

Sirkku Kivisaari, Eveliina Saari & Juhani Lehto

Systemisen innovaation polku sosiaali- ja terveydenhuollossa

Raision tilaaja-tuottajamallin levittämisen
ensi askeleet

Systemisen innovaation polku sosiaali- ja terveydenhuollossa

**Rasion tilaaja-tuottajamallin levittämisen
ensi askeleet**

Sirkku Kivisaari & Eveliina Saari

VTT

Juhani Lehto

Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos



ISBN 978-951-38-7219-9 (URL: <http://www.vtt.fi/publications/index.jsp>)
ISSN 1455-0865 (URL: <http://www.vtt.fi/publications/index.jsp>)

Copyright © VTT 2008

JULKAISIJA – UTGIVARE – PUBLISHER

VTT, Vuorimiehentie 3, PL 1000, 02044 VTT
puh. vaihde 020 722 111, faksi 020 722 4374

VTT, Bergsmansvägen 3, PB 1000, 02044 VTT
tel. växel 020 722 111, fax 020 722 4374

VTT Technical Research Centre of Finland, Vuorimiehentie 3, P.O. Box 1000, FI-02044 VTT, Finland
phone internat. +358 20 722 111, fax +358 20 722 4374

VTT, Vuorimiehentie 5, PL 1000, 02044 VTT
puh. vaihde 020 722 111, faksi 020 722 4374

VTT, Bergsmansvägen 5, PB 1000, 02044 VTT
tel. växel 020 722 111, fax 020 722 4374

VTT Technical Research Centre of Finland, Vuorimiehentie 5, P.O. Box 1000, FI-02044 VTT, Finland
phone internat. +358 20 722 111, fax +358 20 722 4374

Kannen valokuvat Eveliina Saari

Toimitus Anni Repo

Kivisaari, Sirkku, Saari, Eveliina & Lehto, Juhani. Systemisen innovaation polku sosiaali- ja terveydenhuollossa. Raison tilaaja-tuottajamallin levittämisen ensi askeleet [The path of system innovation in welfare and health sector. The beginnings of dispersion of Raisio purchaser-provider model]. Espoo 2008. VTT Tiedotteita – Research Notes 2440. 88 s. + liitt. 13 s.

Avainsanat innovation management, systemic innovations, municipal healthcare services, welfare services, Finland, purchaser-provider model, change management, implementation, commercialization, Raisio

Tiivistelmä

Käsillä oleva julkaisu liittyy niin kutsuttuun INNOTE-tutkimushankkeeseen, jossa tarkastellaan innovaatiojohtamista suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hanke tuottaa aiempaa syvempää tietoa siitä, minkälaisia haasteita kohdataan, kun sosiaali- ja terveydenhuollon vakiintuneita toimintamalleja pyritään uudistamaan systeemisten innovaatioiden pohjalta.

Tässä julkaisussa Raison tilaaja-tuottajamallia tarkastellaan systemisen innovaation aihiona. Tarkastelun kohteena on Sitran MAISEMA-hankkeessa tapahtuva Raison tilaaja-tuottajamallin kehittäminen, käyttöönotto ja levittäminen suomalaiseen kuntakenttään. Kyseistä mallia pyritään levittämään muihin kuntiin ensin vertaisarvioinnin työkaluksi ja sitten uudelleenlaiseksi johtamistyökaluksi. Julkaisussa analysoidaan erityisesti mallin viemistä Etelä-Savon kuntien vertaisarvioinnin työkaluksi. Tutkimusaineisto koostuu avaintoimijoiden haastatteluista, dokumenttimateriaalista ja kehittämishankkeeseen kuuluneiden tilaisuuksien havainnoinnista.

Sitra pyrkii viemään MAISEMA-hankkeen läpi kolmessa vaiheessa. Ensimmäinen vaihe liittyy kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon muutostarpeiden tunnistamiseen vertaisarviointien pohjalta, toinen muutosjohtamisen käynnistämiseen ja kolmas MAISEMA-menetelmän tuotteistamiseen. Tässä julkaisussa esiteltävä Etelä-Savon seudun kehityskulku liittyy ensimmäiseen vaiheeseen ja päättyy muutosjohtamisesta käytäviin neuvotteluihin.

Tutkimuksessa on nostettu esille toimijoiden intressien, tarpeiden ja odotusten eroja ja yhtäläisyyksiä, jotta ne tiedostettaisiin ja voitaisiin ottaa kehittämistyössä huomioon. Julkaisussa kuvataan myös niitä haasteita, joihin kehittäjien on kyettävä jatkossa vastaamaan, kun mallia pyritään levittämään laajemmin suomalaiseen kuntakenttään. Keskeiset haasteet liittyvät muun muassa kehittämisvoimaa ylläpitävän toimijaverkoston rakentamiseen sekä seudullisella että valtakunnallisella tasolla.

Kivisaari, Sirkku, Saari, Eveliina & Lehto, Juhani. Systemisen innovaation polku sosiaali- ja terveydenhuollossa. Raision tilaaja-tuottajamallin levittämisen ensi askeleet [The path of system innovation in welfare and health sector. The beginnings of dispersion of Raisio purchaser-provider model]. Espoo 2008. VTT Tiedotteita – Research Notes 2440. 88 p. + app. 13 p.

Keywords innovation management, systemic innovations, municipal healthcare services, welfare services, Finland, purchaser-provider model, change management, implementation, commercialization, Raisio

Abstract

This publication relates to so called INNOTE research project that focuses on management of innovation in Finnish healthcare and welfare sector. It offers a deeper understanding on the challenges that will be met when striving to develop and disperse systemic innovations to healthcare and welfare sector.

Raisio purchaser-provider model is perceived as an embryo of a systemic innovation. We study how the embryo of innovation is taking shape when it is being transferred from its original local environment to wider use in municipalities in Southern Savo region. In its early phase, the innovation embryo appears as a benchmarking tool for comparing the cost effectiveness of municipal healthcare services but it has a potential to become a sustainable tool for municipal management system. The study is based on interviews, documentary material and observation of the development process during ten months.

The transfer of the Raisio model to wider use is part of so called MAISEMA-project managed by Sitra, the Finnish Innovation Fund. The first phase of the project relates to identification of change needs on the basis of benchmarking, the second relates to change management and the third to commercialization of the MAISEMA model. The studied chain of events in Southern Savo region relates to the first phase and it ends in change management negotiations.

The study raises up similarities and differences in actors' interests, needs and expectations so that they can be taken into consideration in the future development work. It also describes the challenges that need to be met in the future when the model is being dispersed. Among the key challenges is developing dynamic actor networks to maintain momentum of the change process on regional and nation level.

Alkusanat

Tämä julkaisu on osa laajempaa VTT:n ja Tampereen yliopiston yhteistyönä toteutettavaa Innovaatiojohtaminen terveydenhuollossa (INNOTE) -tutkimushanketta. Hankkeessa tutkitaan tapaa, jolla Suomen terveydenhuollossa kehitetään ja otetaan käyttöön systemisiä innovaatioita. Hankkeen päärahoittajana toimii Tekes ja rahoitukseen osallistuvat lisäksi Sitra, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, TAYSin erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit sekä VTT.

Hanke toteutetaan case-strategialla tarkastelemalla kahta systeemisen innovaation kehittämiprosessia. Toisen tapauksen valinta tehtiin neuvotellen Sitran kanssa ja toisen valinta sairaanhoitopiirien edustajien kanssa, koska näiden rahoittajatahojen osallistuminen hankkeen rahoittamiseen perustui nimenomaan niiden intresseihin edistää konkreettisesti tiettyjä uudistuksia. Tekesin rahoitusintressit pohjautuivat yleisempiin yhteiskunnallisiin intresseihin.

Sopivien systeemisten innovaatioiden aihioiden valinnassa käytettiin kolmea valintakriteeriä: Ensinnäkin edellytimme, että systeemisen innovaation ahiolla on olemassa toteuttaja, joka vastaa aihion edelleen kehittamisestä ja käytäntöön viemisestä. Toiseksi aihion tuli olla vielä kehitteillä eli sellainen, joka kaipaisi muokkaamista käyttöön sopivaksi. Kolmanneksi aihion tuli edustaa pyrkimystä ratkaista ajankohtainen ja merkittävä terveydenhuollon ongelma ja olla mahdollisesti myöhemmin monistettavissa ja valtakunnallisesti hyödynnettävissä.

Tutkimuksen kohteiksi valikoitui kaksi kehittämishanketta: Toinen tapaustutkimuksen kohde on Sitran MAISEMA-hanke Mikkelin seudulla, jossa Sitra pyrkii edistämään Raision tilaaja-tuottajamallin kehittämistä ja levittämistä. Toinen tapaustutkimuksen kohde on silmäsairanhoidon uuden mallin kehittäminen TAYSin erityisvastuualueella. Tämä julkaisu liittyy ensin mainittuun tapaustutkimukseen.

Olemme kirjoittaneet tämän julkaisun niille käytännön toimijoille, jotka pyrkivät kehittämään, ottamaan käyttöön ja levittämään systemisiä innovaatioita sosiaali- ja terveydenhuollossa, sekä sosiaali- ja terveystalouden ja innovaatio- ja elinkeinopolitiikan kehittäjille ja toteuttajille. Lisäksi toivomme, että julkaisu tarjoaa mielenkiintoista tietoa tutkijoille, jotka ovat kiinnostuneita systeemisten innovaatioiden leviämisestä.

Raision tilaaja-tuottajamalli edustaa tässä julkaisussa systeemisen innovaation ahiota. Kuvaamme systeemisen innovaation aihion muotoutumista sen alkuvaiheessa eli siinä vaiheessa, kun sitä ensimmäisiä kertoja pyritään hyödyntämään uusilla paikkakunnilla. Tavoitteena on lisätä ymmärrystä siitä, *miten systeemisten innovaatioiden kehittämistä ja levittämistä voidaan alkuvaiheessa edistää.*

Kantavana ajatuksena on ollut tapahtumien kulun kuvaaminen monen toimijan näkökulmasta. Olemme pyrkineet avaintoimijoiden tarpeiden, intressien, odotusten ja visioiden erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien tunnistamiseen ja esille tuomiseen, jotta ne voidaan ottaa huomioon muutoksen läpiviennissä. Näin pyrimme edistämään uuden kestävän toimintamallin tuottamista.

Kuvaamme innovaatioprosessin vaiheita varsin yksityiskohtaisestikin, jotta innovaatiopolun hidasteet, kannusteet ja haasteet tulisivat ymmärrettäviksi. Tämä on eräänlainen aineistoa esittelevä peruseräraportti, jonka pohjalta jatkossa tuotamme tiiviimpiä konferenssipapereita, artikkeleita ja käytännön toimijoille tarkoitettuja puheenvuoroja.

Monitieteisessä INNOTE-tutkijatiimissä ovat työskennelleet VTT:stä Sirkku Kivisaari, Eveliina Saari ja Annele Eerola sekä Tampereen yliopistosta Juhani Lehto, Lauri Kokkinen ja Liina-Kaisa Tynkkynen. Tiimissä on yhdistynyt niin liiketaloustieteen, aikuiskasvatustieteen, terveystaloustieteen kuin tekniikankin asiantuntemus. Inspiroivat ja moninäkökulmaiset keskustelut ovat leimanneet tiimin yhteistyötä. Olemme pyrkineet hyödyntämään eri näkökulmia ja lähestymistapoja syvällisemmän ymmärryksen tuottamiseksi tutkittavasta ilmiöstä.

Haluamme kiittää hankkeen rahoittajia siitä, että ne ovat mahdollistaneet systeemisten innovaatioiden levittämisen läpiviennin tutkimuksen INNOTE-hankkeen puitteissa. Samalla kiitämme Sitran asiantuntijoita erittäin antoisista vuoropuheluista ja hyvin toimineesta yhteistyöstä MAISEMA-tapaustutkimuksessa. Lopuksi haluamme osoittaa kiitoksemme kaikille haastattelemillemme asiantuntijoille siitä, että he ovat kiireisistä aikatauluistaan huolimatta suhtautuneet myönteisesti haastattelupyyntöihimme. Se on mahdollistanut systeemisen innovaation haasteiden monitahoisen tutkimuksen.

Sisällysluettelo

| | |
|---|----|
| Tiivistelmä..... | 3 |
| Abstract..... | 4 |
| Alkusanat..... | 5 |
| 1. Systemiset innovaatiot tutkimuksen kohteena..... | 9 |
| 1.1 Pyrkimys vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden parantamiseen..... | 9 |
| 1.2 Näkymä innovaatiopolun alkuhaasteisiin..... | 10 |
| 1.3 Julkaisun rakenne..... | 11 |
| 2. Systemisen innovaation aihion polku kohti vakiintunutta käytäntöä..... | 13 |
| 2.1 Systemisen innovaation käsite..... | 13 |
| 2.2 Kolme lähestymistapaa systeemiin innovaatioihin..... | 13 |
| 2.3 Monitasoinen muutoksen malli..... | 15 |
| 2.4 Juurruttamisen toimintamalli..... | 18 |
| 2.4.1 Tavoitteena innovaation yhteiskunnallinen laadukkuus..... | 18 |
| 2.4.2 Yhteisen oppimisen polku..... | 20 |
| 2.4.3 Keskeiset toimintatavat..... | 22 |
| 3. Mahdollisuuksien ikkuna raottumassa vallitsevassa järjestelmässä?..... | 23 |
| 3.1 Ulkoisen toimintaympäristön luoma paine..... | 23 |
| 3.2 Vallitsevan sosiaali- ja terveysjärjestelmän kehittämissuunnitelmat ja havaitut ongelmat..... | 24 |
| 3.2.1 Uudistamiseen tähtäävät politiikkatoimenpiteet..... | 24 |
| 3.2.2 Kuntien vakiintuneen johtamiskäytännön ongelmat..... | 26 |
| 3.3 Tilaa- ja tuottajamallin tarjoama mahdollisuus..... | 27 |
| 4. Raision tilaa- ja tuottajamalli, sen kehittäminen ja levittäminen..... | 29 |
| 4.1 Raision tilaa- ja tuottajamalli..... | 29 |
| 4.1.1 Raision tilaa- ja tuottajamallin keskeiset periaatteet ja työkalut..... | 29 |
| 4.1.2 Haastateltujen asiantuntijoiden luonnehdinta Raision mallista..... | 32 |
| 4.1.3 Raision tilaa- ja tuottajamalli innovaationäkökulmasta..... | 32 |
| 4.2 Tilaa- ja tuottajamallin kehittämishistoria Raisiossa..... | 34 |
| 4.3 Raision tilaa- ja tuottajamallin levittämisen käynnistäminen..... | 37 |
| 5. Muutosprosessin kuvaus Etelä-Savossa..... | 40 |
| 5.1 Alueelliset avaintoimijat ja keskeiset kehittämissuunnitelmat..... | 40 |
| 5.2 Muutoksen käynnistyminen MAISEMA-hankkeen näkökulmasta..... | 43 |
| 5.2.1 Kuntien vertaisarvioinnin käynnistäminen..... | 43 |

| | | |
|---------|---|----|
| 5.2.2 | Vertaisarvioinnin tuloksista tiedottaminen | 46 |
| 5.2.2.1 | Tiedottaminen henkilöstölle ja kunnan päättäjille | 46 |
| 5.2.2.2 | Tulosten julkistaminen tiedotusvälineille | 48 |
| 5.2.2.3 | Pertunmaa lähikuvassa..... | 49 |
| 5.2.3 | Seminaari kehittämishankkeiden yhteistyön vahvistamiseksi | 54 |
| 5.2.3.1 | Palvelujen järjestämisen mittakaava | 54 |
| 5.2.3.2 | Tilaaaja-tuottajamallin sovellettavuus terveydenhuoltoon | 56 |
| 5.2.4 | Neuvottelut muutosjohtamisvaiheen toteuttamisesta..... | 58 |
| 5.2.4.1 | Alustavaa tunnustelua | 58 |
| 5.2.4.2 | Ratkaisua vauhdittava kokous..... | 60 |
| 6. | Muutoksen läpiviennin haasteet Etelä-Savossa | 63 |
| 6.1 | Eri tason toimijoiden intressit ja vuorovaikutus..... | 63 |
| 6.1.1 | Eri hallinnonalojen intressit | 63 |
| 6.1.2 | Paikallisten toimijoiden yhteistyö..... | 67 |
| 6.1.3 | Eri tasojen vuorovaikutus..... | 69 |
| 6.2 | Ylitettävät esteet innovaatioaihion polulla | 69 |
| 6.2.1 | Innovaatioaihion kehittämisen haasteet | 72 |
| 6.2.2 | Innovaatioaihion käyttöönoton haasteet..... | 73 |
| 7. | Yhteenveto ja johtopäätökset..... | 76 |
| 7.1 | Haasteet ja mahdollisuudet innovaatioaihion polulla..... | 76 |
| 7.1.1 | Tilan luominen uusille innovaatioille..... | 76 |
| 7.1.2 | Etuna innovaatioaihion keskeneräisyys | 77 |
| 7.1.3 | Verkottajan kriittinen rooli muutosjohtamisessa | 78 |
| 7.2 | Onko mahdollisuuksien ikkuna todella avautumassa?..... | 79 |
| 7.3 | Vertaisarviointi organisaation oppimisen käynnistäjänä..... | 81 |
| | Lähdeluettelo | 84 |

Liitteet

Liite A: Jämsä MAISEMA-hankkeen muutosjohtamisen pioneerina

Liite B: Tiedon keruu

Liite C: Etelä-Savon kunnat

1. Systemiset innovaatiot tutkimuksen kohteena

1.1 Pyrkimys vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden parantamiseen

Julkiset ja yksityiset terveydenhuoltopalvelut ovat maailmanlaajuisesti voimakkaassa muutoksessa. Suomessa niin kuin muissakin länsimaissa keskeisiksi muutosvoimiksi on tunnistettu väestön ikääntyminen, terveystieteen laajeneminen sekä tieteen ja teknologian kehityksen tarjoamat sairauksien diagnosointi- ja hoitomahdollisuudet, jotka kasvattavat terveyspalvelujen tarvetta ja kysyntää. Nämä trendit lisäävät painetta uudistaa sosiaali- ja terveysjärjestelmää, jotta kansakunnan tasolla kyetään vastaamaan palvelutarpeeseen laadukkain palveluin ilman, että terveystieteen bruttokansantuoteosuus nousee kohtuuttomalle tasolle. Tämä luo samanaikaisesti mahdollisuuksia uudelle hyvinvointiin liittyvälle palvelu- ja teknologia-liiketoiminnalle niin Suomessa kuin kansainvälisesti.

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen tarpeesta näyttää vallitsevan yksimielisyys. Palvelujen korkean laadun ja vaikuttavuuden edistäminen sekä asiakaslähtöisyyden lisääminen koetaan ensiarvoisen tärkeäksi. Toisaalta puhutaan palvelujärjestelmän tehostamisen tarpeesta. Tyypillistä keskustelulle on, että laadun ja kustannustehokkuuden kehittäminen nähdään vastakkaisina tai lähes vaihtoehtoisina linjoina. Näin ei kuitenkaan pitäisi olla. Terveydenhuollon etiikan arvostettu asiantuntija, dosentti Martti Lindqvist on kiteyttänyt asian hyvin. Hän on todennut terveydenhuollon laadun näkyvän hoidon tuloksissa, asiakkaiden kohtelussa ja järjestelmän tehokkuudessa. Hänen mukaansa pyrkimys järkevyyteen, tehokkuuteen ja tuottavuuteen on myös eettisesti keskeistä. (Lindqvist 2000.)

Tarvitaan siis systemisiä innovaatioita, joissa toteutuvat samanaikaisesti palvelujen korkeampi laatu, tuottavuus ja tehokkuus. Systemisillä innovaatioilla viittaamme yleisesti ottaen uusiin toimintamalleihin, joihin sisältyy palveluihin, toimintaprosesseihin, organisatorisiin rakenteisiin ja teknologioihin liittyviä innovaatioita. Systeminen innovaatio voi koskea koko terveydenhuollon järjestelmää tai jotakin sen osaa.

Laitteisiin ja lääkkeisiin liittyvät teknologiset innovaatiot leviävät tyypillisesti nopeasti terveydenhuollon alalla. Ne kehitetään pääsääntöisesti lääketieteen erikoisalojen sisällä ja ne leviävät pääasiassa mielipidejohtajien ja tieteellisen julkaisutoiminnan välityksellä. Sen sijaan systemisten innovaatioiden leviämisen eteen nousee esteitä ja hidasteita vanhoista rakenteista ja toimintatavoista (Saranummi et al. 2005). Systemisten innovaatioiden levittämisessä ei ole kyse vain taloudellis-teknisestä järjestelmän uudistamisesta, vaan muutoksella on vahvat poliittiset, kulttuuriset ja sosiaaliset ulottuvuudet.

Systeemisten innovaatioiden tai uusien toimintamallien käyttöönotto voi edellyttää valitsevien voimasuhteiden tai professioiden rajojen muuttamista. Se voi myös edellyttää palvelujen tuotantoon osallistuvien yksikköjen tai organisaatioiden välisten vastuiden muuttamista, uusia tuottaja- ja rahoittajarakenteita tai näitä kaikkia yhdessä. Vastustusta pyritään usein vähentämään hankkimalla näyttöjä uuden toimintamallin vaikuttavuudesta ja kustannusvaikutuksista mm. näyttöpohjaisen lääketieteen, terveysteknologioiden arvioinnin ja toimintopohjaisen laskennan avulla.

Suomessa on viime vuosina käyty vilkasta keskustelua julkisten asiantuntijaorganisaatioiden johtamisesta. Terveystieteiden suurimpien haasteiden on sanottu liittyvän julkisten organisaatioiden johtamismallien uudistamiseen. Uudistamistarvetta on perusteltu muun muassa sillä, että poliittinen päätöksenteko tekee strategisen johtamisen ja pitkäjänteisen kehittämisen vaikeaksi ja että ammattilaisten reviiritaistelut johtavat välinpitämättömyyteen kustannuksista. Yhdeksi avaimiksi ongelman ratkaisuun on tarjottu markkinaperusteista ohjausmallia. Tilaaja-tuottajamalli on esimerkki sellaisesta.

Markkinaperusteisen ohjausmallin ja siihen liittyvän kilpailuttamisen tulemiseen julkiselle sektorille on oleellisesti vaikuttanut niin sanottu New Public Management -ajattelu. Sen keskeisenä piirteenä on toiminnan tuloksellisuuden parantaminen soveltamalla yksityisen sektorin johtamiskäytäntöjä ja tulosjohtamista. Sen perusolettamus on, että asiakkaat saavat paremmin tuotettuja ja laadukkaampia palveluja, kun julkinen palvelutuotanto saatetaan kilpailun piiriin ja sen tuotannonohjauksessa käytetään markkinamekanismia.

1.2 Näkymä innovaatiopolun alkuhaasteisiin

Tässä julkaisussa kuvaamme Raisiossa kehitetyn uudenlaisen johtamiskäytännön eli niin sanotun Raision tilaaja-tuottajamallin kehittämistä ja levittämisyrittäystä laajemmin suomalaiseen kuntakenttään. Julkaisussa Raision tilaaja-tuottajamallia tarkastellaan kehkeytyvänä *systemisen innovaation aihiona*.

Analysoimme julkaisussa tapahtumajaksoa, jolloin Mikkelin seudulla toteutettiin Raision mallin mukaiset kuntien terveystieteiden vertaisarviointit. Tapahtumat sijoittuvat kymmenen kuukauden ajanjaksolle syyskuusta 2007 huhtikuuhun 2008. Kuvaamme eri osapuolten intressejä lähteä mukaan vertaisarviointiin, vertaisarvioinnin toteuttamista ja sen tulosten vastaanottoa. Julkaisu kuvaa eri toimijoiden näkökulmia ja intressejä vertaisarviointiin ja sosiaali- ja terveystieteiden palvelurakenteen muutokseen yleisemmin. Se nostaa myös esille eri toimijoiden välisiä jännitteitä ja syventää ymmärrystä siitä, minäkalaisiin asioihin Raision mallin levittämisen hidasteet, esteet ja kannusteet liittyvät.

Kuvaamalla ja analysoimalla tämän systeemisen innovaatioaihion alkutaivalta pyrimme lisäämään ymmärrystä siitä

1. miten suomalaisessa terveydenhuollossa systeemistä innovaatiota kehitetään ja levitetään laajamittaiseen käyttöön
2. minkälaisia esteitä ja edellytyksiä systeemisen innovaation leviämislle on ja miten niihin voidaan vaikuttaa
3. miten systeemisen innovaatioaihion ominaisuudet muotoutuvat, kun se pyritään ottamaan käyttöön uudessa ympäristössä.

Tarkastelujakson päättyessä Mikkelin seudun kunnat alkoivat neuvotella Sitran kanssa Raision mallin käyttöönotosta muutosjohtamisen työkaluna. Sitra vetäytyi vertaisarvioinnin edistämisestä, ja päävastuu siitä siirrettiin 30.4.08 perustetulle uudelle yhtiölle, Kuntamaisema Oy:lle. Yrityksen omistavat Sitra, Raision kaupunki ja Nordic Healthcare Group Oy. INNOTE-hanke seuraa kehityskulkua vuoden 2009 kevääseen asti ja raportoi siitä erikseen. Tässä julkaisussa nostetaan esille keskeisiä haasteita, joihin avaintoimijoiden on jatkossa kyettävä vastaamaan.

1.3 Julkaisun rakenne

Luvussa 2 kuvaamme tutkimuksen viitekehystä ja lähestymistapaa. Luku alkaa viitekehystenä toimivan monitasoisen sosio-tekni- sen muutoksen mallin esittelyllä ja jatkuu juurruttamisen toimintamallin kuvaamisella.

Luvussa 3 kuvaamme viitekehysemme pohjalta niitä muospaineita, joita toimintaympäristöstä kohdistuu vallitsevaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään, ja niitä toimenpiteitä, joilla vallitsevaa järjestelmää pyritään parhaillaan uudistamaan. Luonnehdimme yleisellä tasolla tilaaja-tuottajamallin tarjoamia mahdollisuuksia vastata haavittuihin haasteisiin.

Luvussa 4 esittelemme Raision tilaaja-tuottajamallin keskeiset periaatteet ja tarkastelemme sitä systeemisen innovaation aihiona. Sitten kuvaamme mallin kehittämisen ja käyttöönoton vaiheita Raisiossa ja mallin valtakunnallisen levittämispöessin käynnistämistä.

Luvussa 5 kuvaamme eri toimijoiden pyrkimyksiä uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja johtamismalleja Etelä-Savossa. Asetamme sitten Sitran vetämän MAISEMA-hankkeen tähän kontekstiin ja kuvaamme empiirisen aineiston pohjalta Raision tilaaja-tuottajamallin hyödyntämiseen liittyvää yhteistyötä ja vuorovaikutusta. Kuvaamme myös eri toimijoiden sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutokseen ja tilaaja-

tuottajamallin hyödyntämiseen liittyviä tarpeita, intressejä, pelkoja ja visioita. Haastatteluaineiston pohjalta vertaillaan seudullisten substanssiosajien, kunnanjohtajien, sairaanhoitopiiri- ja maakuntatason johdon sekä valtakunnallisten toimijoiden näkemysten eroja ja yhtäläisyyksiä. Luvussa 6 nostamme Etelä-Savon tapaustutkimuksen avulla esille niitä haasteita, joita systemisen innovaatioaihion kehittämiseen ja levittämiseen liittyy.

Haastatteluaineistoa on jäsennetty haastateltavan taustan ja roolin mukaan. Luvuissa 3–6 käytetään haastatteluista otteita. Näillä sitaateilla pyritään tuomaan esiin toimijoiden omaa ääntä. Haastattelun rooli on merkitty sitaatin jälkeen seuraavasti:

| Sitaatin jälkeinen merkintä | Sisältö |
|------------------------------------|---|
| Seudullinen substanssiasiantuntija | Kaupungin tai kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntija |
| Kunnallinen luottamushenkilö | Kaupungin- tai kunnanvaltuuston tai -hallituksen jäsen |
| Kunnanjohtaja | Kaupungin- tai kunnanjohtaja |
| Alueellinen toimija | Sairaanhoitopiirin tai maakunnan asiantuntija tai johtaja |
| Valtakunnallinen toimija | Ministeriöiden, rahoittajaorganisaatioiden tai muiden edustaja |

Luvussa 7 esitämme tutkimuksen yhteenvedon ja nostamme keskeiset havainnot tarkempaan pohdintaan. Keskustelulle taustaa tarjoavat viimeaikaiset terveydenhuollon muutosjohtamista koskeneet tutkimukset.

2. Systemisen innovaation aihion polku kohti vakiintunutta käytäntöä

2.1 Systemisen innovaation käsite

Tässä julkaisussa tarkastellaan systemisen innovaation aihion syntyprosessia siinä vaiheessa, kun systemistä innovaatiota pyritään ottamaan käyttöön uusissa ympäristöissä. Systeminen innovaatio ei ole käsitteenä vielä vakiintunut, ja siksi käsitteen merkitystä on syytä jäsentää. Tässä julkaisussa se on hyvin lähellä uuden toimintamallin käsitettä. Tarkoitamme sillä *moniulotteista toimintamallin muutosta sosiaali- ja terveystajärjestelmän osan toimintatavassa: innovaatioita liittyy samanaikaisesti palveluihin, toimintaprosesseihin, organisatorisiin rakenteisiin, toimijoiden välisiin suhteisiin ja teknologiaan.*

Termit ”systeminen innovaatio” ja ”toimintamallin muutos” eivät edellä kuvatussa mielessä ole selkeästi erotettavissa toisistaan. Geels (2004) rinnastaa systemisen innovaation ja siirtymän (transition) käsitteen. Hän erottaa neljä piirrettä, jotka tyypillisesti luonnehtivat systemisiä innovaatioita:

1. Systemiset innovaatiot rakentuvat sekä tarjontapuolen että kysyntäpuolen muutoksista. Tarjontapuolen muutoksilla Geels viittaa esimerkiksi palveluihin, teknologiaan, tietoon tai toimialan rakenteeseen ja kysyntäpuolen muutoksilla puolestaan esimerkiksi käyttäjien mieltymyksiin, kulttuurisiin merkityksiin ja infrastruktuuriin.
2. Systemiset innovaatiot ovat ilmeisiä organisatorisia innovaatioita, joissa sosio-tekni- sen järjestelmän elementit ja rakenne muuttuvat.
3. Systemisten innovaatioiden tuottamiseen tarvitaan monia toimijoita erilaisista yhteiskunnallisista ryhmistä.
4. Systemiset innovaatiot vaativat kehittyäkseen pitkän aikajänteen.

2.2 Kolme lähestymistapaa systemisiin innovaatioihin

Systemisten innovaatioiden tarkastelussa pääviitekehystenä toimii Hollannissa kehitetty monitasoinen sosio-tekni- sen muutoksen malli. Tämä viitekehys on ohjannut aineiston keruuta, analyysiä ja tutkimuksen raportointia. Tutkimuksen johtopäätöksiä vetäessämme olemme tarkastelleet innovaatioprosessia myös kahdesta muusta näkökulmasta. Tästä syystä esittelemme lyhyesti tässä kaikki kolme näkökulmaa ja kuvaamme pääviitekehystä tarkemmin vasta kohdassa 2.3.

Tutkimuksemme viitekehys on siis moniaineksinen. Kansainvälisessä tieteen ja teknologian tutkimuksessa (science & technology studies, STS) innovaatioiden kehittymistä on tutkittu materiaalistien artefaktien ja sosiaalisten verkostojen muuttumisena ja ikään kuin toiminnan mikrotasolla. Viime aikoina tällä kentällä on oltu yhä enemmän kiinnostuneita siitä, miten teknologian ja tieteen tuotokset siirtyvät yhteiskunnalliseen käyttöön. Siten terveydenhuollon ja lääketieteen viimeisimpien tulosten hyödyntäminen käytännössä on tullut merkittäväksi tutkimuskohteeksi. Tämä on tuonut samalla tieteen ja teknologian tutkijat keskusteluyhteyteen terveydenhuollon tutkijoiden kanssa.

Viime aikoina STS-kentän tutkijoiden parissa on kritisoitu vallitsevaa tapaustutkimus-tyyppistä valtavirtaa ja alettu etsiä uudenlaisia lokaalin ja globaalin tason yhdistäviä lähestymistapoja (Wyatt & Palmer 2007). Yksi tällainen eri toiminnan dynamiikan tasolla liikkuva ja eri tasojen välisiä yhteyksiä ymmärtämään pyrkivä viitekehys on niin sanottu *Transition Management -lähestymistapa* (Geels 2007). Hyödynnämme systeemisen innovaatioaihion kehityksen tarkastelussa tähän lähestymistapaan liittyvää monitasoista muutoksen mallia (Geels 2002; Geels 2004). Malli selittää systeemisen innovaation syntyä ja leviämistä eritasoisten prosessien vuorovaikutuksen pohjalta. Muutosta ei kuvata pelkästään paikallisen tason ilmiönä eikä toisaalta niin yleisellä tasolla, että tapauksen erityispiirteet häviäisivät.

Kun seuraamme innovaatioprosessin kehitystä julkisen sektorin vahvassa vaikutuspiirissä olevalla toimialalla, hyödynnämme myös tällaisten toimialueiden *institutionaalisten muutosten ja muuttumattomuuksien analyysissä käytettyä Kingdonin (1995) mallia*. Tämän mallin mukaan muutos voi tapahtua tai muutoksen mahdollisuuden ikkuna voi avautua (window of opportunity) vain silloin, kun edellytykset syntyvät yhtä aikaa kolmella alueella. Nämä alueet ovat

- ratkaistavaa ongelmaa koskeva tietoisuus
- ratkaisuvaihtoehtoa koskeva riittävä yksimielisyys
- poliittiset edellytykset tarvittavien poliittisen tason päätösten syntymiseen.

Malli ohjaa huomaamaan, ettei muutoksen mahdollisuus useinkaan ole kiinni vain esimerkiksi ”poliittisesta tahdosta”, yleisestä muutoshalukkuudesta tai muutoshaluttomuudesta tai soveltuvasta vaihtoehdosta nykyiselle tavalle toimia. Pikemminkin muutokseen tarvitaan riittäviä edellytyksiä vähintään kaikissa näissä suhteissa. Erityisesti julkisen sektorin systeemisten innovaatioiden kehittämisessä ja arvioinnissa on syytä ottaa huomioon kaikki nämä mahdollisuuksien ikkunan ulottuvuudet.

Paikallisella, esimerkiksi yksittäisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tasolla uudenlaisen toimintamallin kehittymisen ymmärtämistä tukevat myös *organisaation oppimisteoriat*. Hyödynnämme erityisesti sellaisia lähestymistapoja, jotka näkevät toi-

mintatavan muutoksen systeemisena kehityskulkuna ja sosiaalisena, verkoston eri toimijoiden välillä tapahtuvana oppimisprosessina (mm. Engeström 2001).

2.3 Monitasoinen muutoksen malli

Keskeisen teoreettisen viitekehyksen aineiston analyysille ja tutkimuksen raportoinnille tarjoaa Hollannissa kehitetty kolmitasoinen sosio-teknisen muutoksen malli (Geels 2002; Rip & Kemp 1998), joka liittyy niin kutsuttuun Transition Management -lähestymistapaan. Malli auttaa hahmottamaan muutoksen dynamiikkaa.

Mallin kantavana ajatuksena on se, että *sosio-tekninen muutos tapahtuu eritasoisten prosessien vuorovaikutuksessa*. Uusien toimintamallien käyttöönotto terveydenhuollossa ei siis synny minkään yksittäisen tekijän vaikutuksesta, eivätkä ulkoiset paineet sinänsä riitä aiheuttamaan toimintamallin muutosta.

Järjestelmätason muutos (transition) syntyy siitä, että eri tasoilla tapahtuu samansuuntaisia prosesseja. Muutokset yleisessä toimintaympäristössä voivat luoda painetta sosiaali- ja terveysjärjestelmän toiminnan muuttamiseksi. Vastaavasti järjestelmätasolla voi syntyä jännitteitä tai ristiriitoja, joihin ei voida löytää ratkaisua nykyisen toimintamallin pohjalta. Tällaiset jännitteet voivat avata mahdollisuuksia laajemmalle toimintamallin muutokselle. Tällaisessa tilanteessa paikallisella tasolla kehitetyt uudet innovaatiot ja niiden menestykselliset kokeilut voivat löytää tiensä laajamittaiseen käyttöön ja tulla vakiintuneiksi käytännöiksi. Jotta dynamiikka tulisi ymmärrettäväksi, seuraavassa kuvataan tarkemmin sitä, mitä eri tasoilla tarkoitetaan.

Mallissa erotetaan kolme muutoksen tasoa. Mallin ylimmällä tasolla on *toimintaympäristö* (landscape). Siihen kuuluvat sellaiset asiat kuten taloudellinen kehitys, demografiset muutokset (esim. väestön ikääntyminen), laajat poliittiset ryhmittymät ja kulttuuriset arvot. Näihin asioihin terveydenhuollon vakiintuneet toimijat eivät voi vaikuttaa. Ulkoinen toimintaympäristö luo puitteet vallitsevan toimintajärjestelmän kehitykselle.

Mallin keskimmäisen tason muodostaa *vallitseva toimintajärjestelmä* (socio-technical regime). Sosiaali- ja terveydenhuollon vallitseva toimintajärjestelmä koostuu muun muassa vakiintuneista teknologioista, tieteellisestä tiedosta, sosiaali- ja terveydenhuoltoa säätelevistä laeista ja asetuksista, markkinoista, käyttötoiminnoista, kulttuurisista merkityksistä ja sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantorakenteesta. Vallitsevan toimintajärjestelmän luomiseen ja ylläpitämiseen osallistuvat monet toimijat, kuten palveluja tuottavat organisaatiot, teknologiaa tuottavat yritykset, tutkimuslaitokset, poliittiset päättäjät, palvelujen käyttäjät, professionaaliset ja potilasjärjestöt, ammattijärjestöt sekä media. Ne määrittelevät mallin elementtejä monien toisiinsa liittyvien sääntöjen mukaan, ja tämä

säännöstö pitää yllä järjestelmän pysyvyyttä. Esimerkiksi teknologian kehittäjien omaksumat tiedonkäsittelyn tavat voivat estää heitä näkemästä heidän fokuksensa ulkopuolista kehitystä. Erilaiset juridiset sopimukset puolestaan lujittavat toimijoiden välisten suhteiden pysyvyyttä. Yhteiskunta pyrkii luomaan systeemille suotuisaa sääntelyä ja infrastruktuuria, ja kansalaiset puolestaan sopeuttavat elämäntyyliinsä vakiintuneen systeemin mukaiseksi. Vallitsevan toimintajärjestelmän tasolla tapahtuu jatkuvasti pienimuotoista kehittämistä, mutta radikaalit innovaatiot syntyvät tyypillisesti paikallisella tasolla.

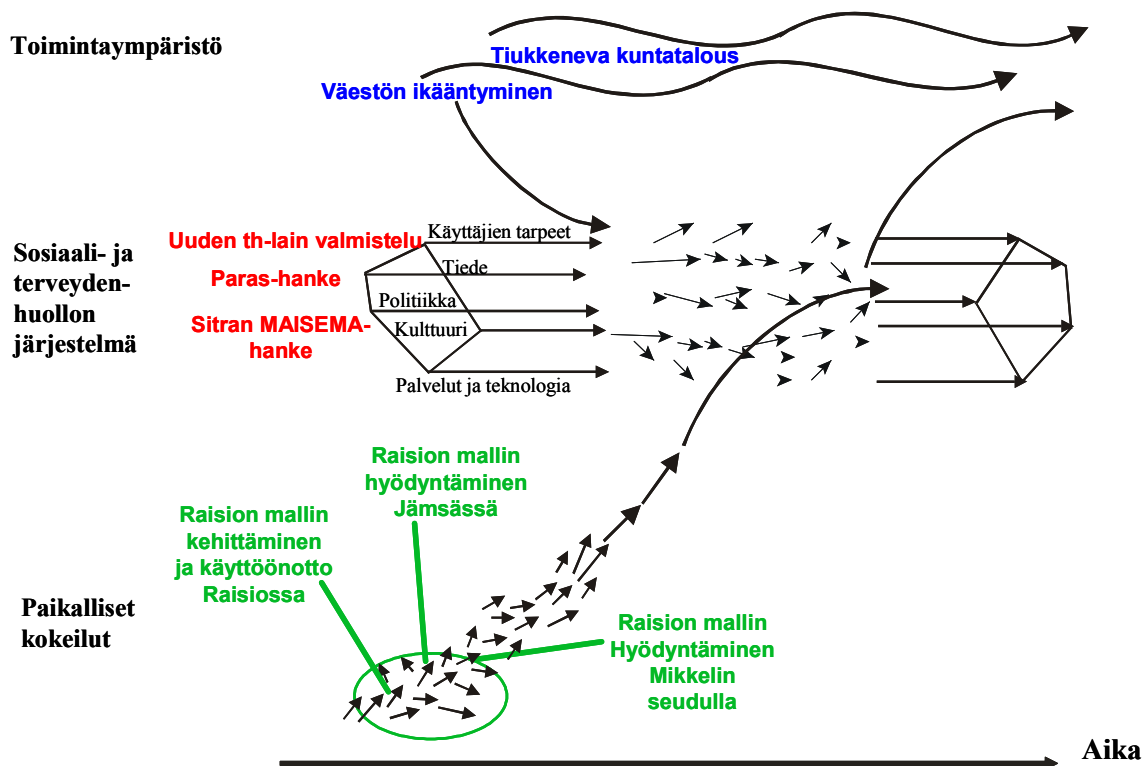
Mallin alin taso muodostuu *paikallisista kokeiluista* (niche). Tämä viittaa siihen, että paikallisesti kehitettyjä, kokonaan uudenlaisia innovatiivisia ratkaisuja otetaan kokeilukäyttöön. Innovaatioiden suorituskyky ei yleensä aluksi ole paras mahdollinen, ja siksi kokeilu saattaa tarvita tukitoimenpiteitä. Poliittisin toimenpitein voidaan tukea eräänlaisen väliaikaisen ”suojatun tilan” rakentamista uuden innovatiivisen ratkaisun kehittäväälle kokeilulle. Paikallisesti voidaan rakentaa sosiaalisia verkostoja innovaatioiden tukemiseksi. Tällaisia verkostoja ovat esimerkiksi alihankintaketjut tai tuottaja-käyttäjäsuhteet. Tämä on se taso, jossa radikaalit innovaatioaihiot syntyvät.

Eri tasot muodostavat sisäkkäisen hierarkian. Paikallisella tasolla kehitetyt innovaatiot voivat tulla hyväksytyiksi käyttöön, kun ulkoiset olosuhteet ovat niille suotuisia. Vallitsevan toimintajärjestelmän ja ulkoisen toimintaympäristön prosessit voivat avata mahdollisuuksia radikaalille innovaatiolle. Mahdollisuuksien ikkunan avautumiseen voivat vaikuttaa vallitsevan toimintamallin jännitteet ja muuttuvasta toimintaympäristöstä aiheutuvat paineet (esim. väestön ikääntymisestä johtuva terveyspalvelujen kasvava kysyntä). Pyrkimys kustannustehokkuuden parantamiseen voi myös stimuloida uusien innovaatioiden käyttöönottoa.

Kuvassa 1 esitämme karkeasti, minkälaisia sellaisia prosesseja voidaan tunnistaa, jotka vaikuttavat Rasion tilaaja-tuottajamallin mahdolliseen leviämiseen paikallisen tason uudesta toimintamallista vallitsevaksi käytännöksi. Tämä kolmen eri tason käsitteellinen erottelu on ohjannut tutkimuksemme raportointia.

Esimerkit niistä yleisen toimintaympäristön trendeistä ja tekijöistä, jotka luovat paineita sosiaali- ja terveysjärjestelmän muutokselle, on merkitty kuvaan sinisellä värillä. Tällaisia ovat väestön ikääntyminen ja tiukentuva kuntatalous.

Esimerkit niistä prosesseista, jotka pyrkivät luomaan tilaa ja mahdollisuutta uusien toimintamallien hyödyntämiselle, on merkitty punaisella värillä. Näistä esimerkkeinä ovat valtionvarainministeriön koordinoima kunta- ja palvelurakennemuutos (ns. Paras-hanke), valmisteilla oleva uusi terveydenhuollon laki ja sosiaali- ja terveysministeriön, Tekesin ja Sitran terveydenhuollon palvelujen uudistamiseen tähtäävät ohjelmat. Tämän julkaisun fokusta lähellä oleva, muutosta vauhdittava MAISEMA-hanke on osa Sitran Terveydenhuollon ohjelmaa.

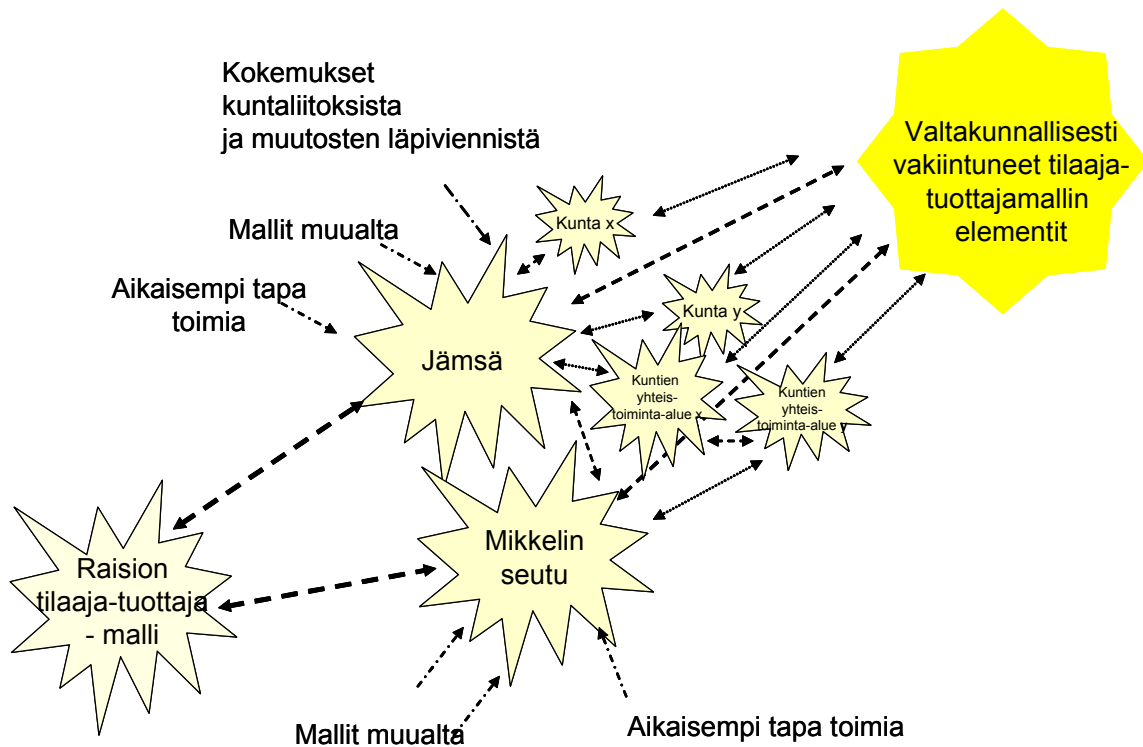


Kuva 1. Raision mallin kehittäminen monitasoisen muutoksen mallin kehityksessä.

Vihreällä värillä puolestaan on merkitty ne paikallisen tason ideat ja kokeilut, joita tässä tutkimuksessa tarkastellaan. Paikallisen tason prosesseista kuvaan on merkitty Raision mallin kehittäminen ja käyttöönotto Raisiossa sekä mallin kokeilu Jämsässä ja Mikkelin seudulla.

Kuvassa 1 alatasolta keskitasolle kulkevat pienet nuolet kuvaavat sitä oppimisen polkua, jota kautta systeemisen innovaation aihio voi – suotuisissa olosuhteissa ja oppimisen kautta – kehittyä osaksi vallitsevaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmää. *Tämä polku on julkaisumme keskiössä.* Tarkastelemme sitä, minkälaisia muutoksen esteitä tällä polulla kohdataan, miten toimijat pyrkivät näitä esteitä madaltamaan ja ylittämään ja miten innovaatioaihio kehittyi tässä prosessissa. Tämän polun eri vaiheissa tunnistamme myös Kingdonin (1995) mallin mukaisia institutionaalisen muutoksen mahdollisuuksien ikkunoiden avautumisia ja sulkeutumisia.

Kuva 2 pyrkii hahmottamaan tutkimusasetelmaamme. Tarkastelemme sitä, kuinka innovaatioaihio (Raision tilaaja-tuottajamalli) muuttuu ja kehittyi paikallisissa käyttöönotto-kokeiluissa eri toimijoiden vuorovaikutuksen tuloksena. Kaksisuuntaiset nuolet kuvaavat eri kokeilujen välillä tapahtuvaa oppimista.



Kuva 2. Innovaatioaihio kehittyä oppimiseen tähtäävien kokeilujen kautta.

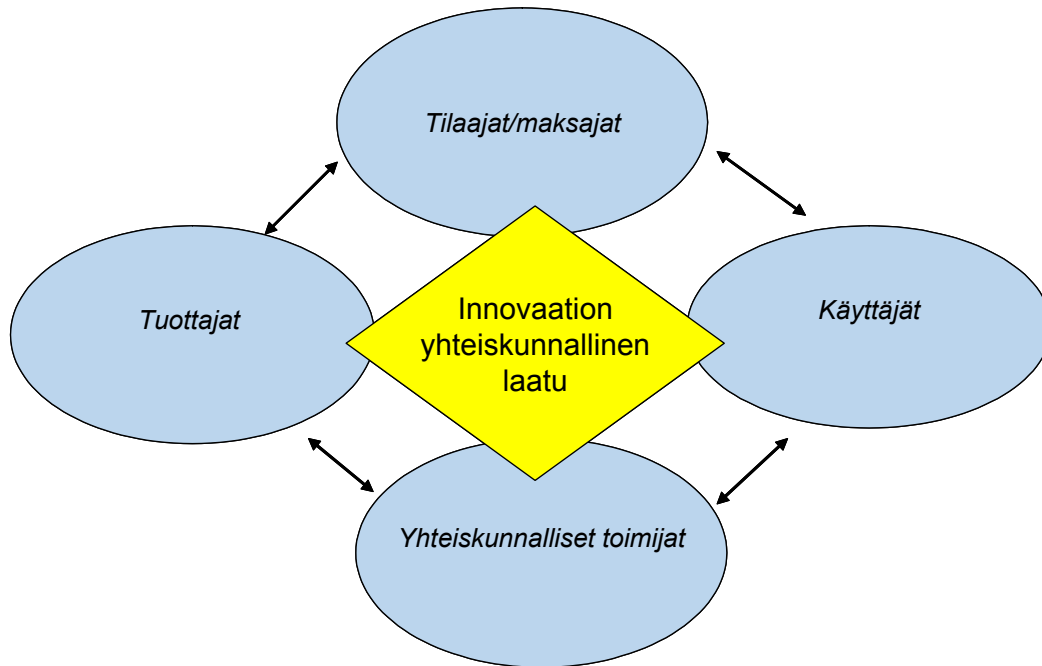
Kuva 2 tuo esille, että systeemisen innovaation aihion muotoutumiseen vaikuttavat erilaiset muutkin paikalliset mallit ja kokemukset. Tällaisia ovat esimerkiksi Raision mallia soveltamaan pyrkivän kunnan vakiintunut tapa toimia, kunnan aiemmat kokemukset muutosten läpiviennistä (esim. kuntaliitoksissa) ja muut (Raision mallille) kilpailevat johtamismallit. Ikään kuin tulevaisuuden visiona kuva tuo esille sen, että useiden kokeilujen kautta saadaan tuotettua joukko sellaisia tilaaja-tuottajamallin elementtejä, joita pidetään valtakunnallisesti hyväksyttävänä ja haluttuina.

2.4 Juurruttamisen toimintamalli

2.4.1 Tavoitteena innovaation yhteiskunnallinen laadukkuus

Innovaatiota pidetään usein onnistuneena, jos se on edistyksellinen ja vastaa hyvin käyttäjien tarpeisiin. Sellaisen innovaation onnistumista, jonka kehittämiseen ja laajamittaiseen käyttöönottoon on julkinen intressi, tulisi kuitenkin arvioida laajemmin. Onnistumisen käsitteen tulisi sisältää myös yhteiskunnalliset hyödyt ja seurausvaikutukset. Tällöin voidaan puhua innovaation *yhteiskunnallisesta laadukkuudesta*. Tämä onnistumisen käsite viittaa siihen, että tuottajien ja käyttäjien vaatimusten lisäksi innovaatio tuo helpotusta yhteiskunnalliseen ongelmaan.

Juurruttaminen on toimintamalli, joka pyrkii edistämään yhteiskunnallisesti laadukkaiden innovaatioiden kehittämistä (Kivisaari et al. 2004a; Kivisaari & Lovio 2000; Kivisaari 2001). Sen avulla pyritään toisaalta muovaamaan uutta innovaatioaihiota vastaamaan mahdollisimman hyvin asiakkaiden tarpeisiin ja yhteiskunnan vaatimuksiin. Toisaalta pyritään saamaan ympäristössä aikaan niitä muutoksia, joita tarvitaan uuden innovaation käyttöönottamiseksi ja hyödyntämiseksi. Sovellamme tutkimuksessa juurruttamisen toimintatapaa.



Kuva 3. Alustava hahmotelma systeemisen innovaation kehittäjäosapuolista.

Innovaation yhteiskunnallinen laadukkuus voi syntyä vain monien toimijoiden yhteistyön ja oppimisen tuloksena (kuva 3). Kehittäjäverkostoon tarvitaan osapuolia, jotka varmistavat erilaisten vaadittavien ominaisuuksien sisällyttämisen innovaatioon. Luonnollisesti innovaation tuottaja ja asiakas (tilaaja, maksaja ja käyttäjäasiakas) ovat keskeisiä osapuolia, joiden näkökulmat ja tarpeet kehittämisessä tulee huomioida. Tuottaja-osapuoliin voivat kuulua esimerkiksi erilaiset sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjoajat. Tuottajan intressinä on tuottaa mahdollisimman hyvin ja tehokkaasti sellaisia palveluja, joita tilataan. Tilaajat tai maksajat voivat olla esimerkiksi kuntia. Tilaajan intressi liittyy siihen, että tarvittavat laadukkaat palvelut saadaan ostettua mahdollisimman kustannustehokkaasti. Käyttäjät voivat olla esimerkiksi kansalaisia tai sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Käyttäjän intressi liittyy palvelujen laatuun ja saatavuuteen.

Näiden avaintahojen lisäksi on tärkeää ottaa huomioon epäsuorasti innovaation kehittämiseen vaikuttavat erilaiset niin sanotut yhteiskunnalliset toimijat. Niillä tarkoitetaan toimijoita, joiden intressit eivät ensisijaisesti liity tarkasteltavaan kehittämishankkeeseen

vaan sitä yleisempien tavoitteiden saavuttamiseen. Esimerkkejä yhteiskunnallisista toimijoista voivat tapauksesta riippuen olla esimerkiksi valtakunnan tason poliittiset päättäjät, erilaiset viranomaistahot tai asiantuntijat. Yhteiskunnallisten toimijoiden huomiointi on tärkeää, koska ne asettavat pelisääntöjä tai ehtoja sille, minkälaisia uusia toimintamalleja aiemmin mainitut toimijat voivat kehittää ja ottaa käyttöön.

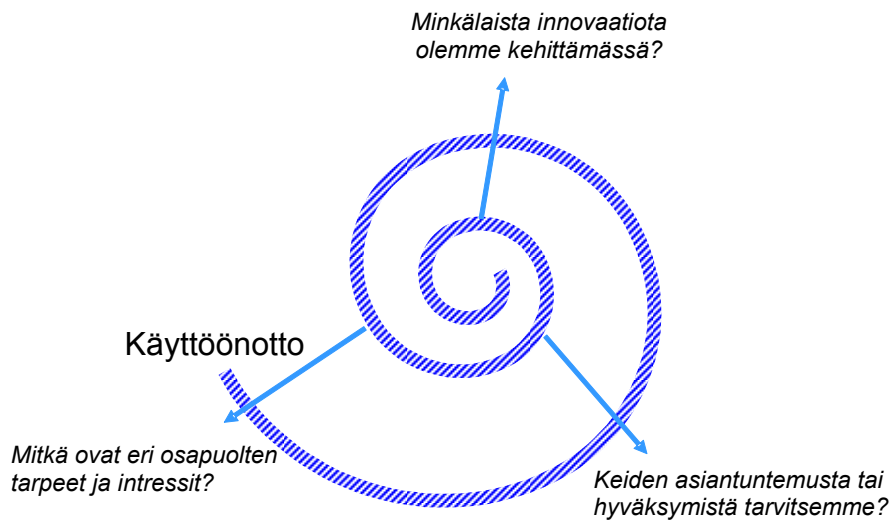
Juurruttamisen perusidea on se, että eri toimijat asettavat innovaation kehittämiseksi ehtoja omien perusintressiensä mukaisesti. Siksi on tärkeää varmistaa, että kaikki tahot ovat edustettuina tässä kehittämisvuoropuhelussa. Eri toimijaryhmien koostumus luonnollisesti vaihtelee tapauskohtaisesti.

2.4.2 Yhteisen oppimisen polku

Juurruttaminen on pohjimmiltaan kollektiivinen oppimisprosessi. Siinä pyritään hyödyntämään kehittämisprosessin aikana kumuloituvaa tietoa ja ymmärrystä ratkaistavasta ongelmasta, kehitettävän innovaation vaadittavista ominaisuuksista ja kehittämisen ehtoista ja edellytyksistä. Tätä tietoa hyödyntämällä voidaan jatkuvasti uudelleenarvioida kehittämisprosessin tavoitetilaa ja edistää kehitettävän ratkaisun yhteiskunnallista laadukkuutta.

Kehittämisprosessin aikana käydään useita ”oppimiskierroksia”, joiden aikana haetaan uusia, ajanmukaisia vastauksia kolmeen ydinkysymykseen: (1) miten määrittelemme kehittämisen kohteen, (2) keiden asiantuntemusta tai hyväksymistä kehittämiseen tai käyttöönottoon tarvitaan ja (3) mitkä ovat kunkin avaintoimijan intressit kehittämisen lopputulokseen nähden (Kivisaari et al. 2004b).

Näihin kysymyksiin on löydettävä uusi, oppimiseen pohjautuva vastaus juurruttamisen edetessä. Kehittämishankkeen aluksi on olemassa enemmän tai vähemmän epämääräinen idea siitä konseptista, jota kehitetään. Vastuuhenkilöt nimitetään kehittämään konseptia, ja heidän sitoutumisensa täytyy varmistaa. Kehittämisen edetessä syntyy syvällisempi ymmärrys siitä, minkälainen innovaation täytyy olla, ja tämä saattaa vaatia muutoksia kehittämisverkoston kokoonpanoon. Mahdollisten uusienkin toimijoiden sitoutuminen kehittämiseen on varmistettava, ja siksi toimijoiden tarpeet ja osallistumisen intressit on syytä selvittää. Koska on tärkeää, että jokainen avaintoimija, uudet mukaan luettuina, pitää kehittämisen kohdetta saavuttamisen arvoisena, konseptia on ehkä modifioitava. Näin syklinen prosessi jatkuu. (Ks. kuva 4.)



Kuva 4. Juurruttaminen oppimisen kehänä.

Ei ole itsestään selvää, minkälaisia ratkaisuja eri toimijat pitävät tarkoituksenmukaisina. Näkemysten yhteinen määrittely vaatii työtä ja yhteistä oppimista, joka pohjautuu vuorovaikutteisissa prosesseissa julkilausuttuihin erilaisiin näkemyksiin.

Koska oppiminen on juurruttamisen ytimessä, on tarpeen määrittellä, mitä sillä tässä yhteydessä tarkoitamme. Perinteinen käsitys oppimisesta liitetään koulukontekstissa tapahtuvaan prosessiin, jossa opettaja välittää uutta tietoa oppilaille. Tuloksena oppilaan tieto asiasta lisääntyy, ja tätä kutsutaan oppimiseksi. Organisaation oppimisteorioissa oppiminen nähdään tätä laajempänä ilmiönä. Organisaation oppimisesta puhutaan toisaalta prosessina, jossa yksilö sosiaalistuu ympäröivän organisaation käytäntöihin (Lave & Wenger 1991). Toisaalta organisaation oppimista tapahtuu, kun kokonainen organisaatio tai sen osa kehittää sellaisia uusia toimintatapoja, jotka auttavat sitä paremmin selviytymään ja menestymään muuttuvassa toimintaympäristössä (Crossan et al. 1999).

Systeemisen innovaation syntymisessä tarvitaan sekä sellaista *oppimista, jonka avulla olemassa olevaa toimintamallia pienin askelin korjataan* (single-loop learning, ks. Argyris 1999, vrt. Hoogma et al. 2005), että *vanhan toimintamallin kyseenalaistavaa oppimista* (double-loop learning, emt.). Kyseenalaistavassa oppimisessa vanha toimintamalli, rakenteet ja tapa toimia todetaan riittämättömiksi vastaamaan senhetkisiin toimintaympäristön haasteisiin. Tämän jälkeen toimijat alkavat rakentaa kokonaan uudenlaista toimintamallia. Systeemisen innovaation rakentuminen ei rajoitu yhden organisaation sisällä olevien toimijoiden oppimisprosessiin, vaan oppimisen eli uuden toimintamallin kehkeytymisen nähdään tapahtuvan eri toimijoiden (esim. valtakunnalliset toimijat, kunnan johto, sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijat) välisenä vuorovaikutuksena ja toimintana. Juurruttamisessa näiden eri toimijoiden käsityksiä entisestä, nykyisestä ja tulevasta toimintamallista saatetaan tutkijoiden avustuksella käsitteellisemmälle tasolle

ja näkyviksi. Parhaimmillaan juurruttaminen edesauttaa toimijoiden välisten käsityserojen paikantamisessa ja sitä kautta yhteisen tulevaisuuden rakentamisessa.

2.4.3 Keskeiset toimintatavat

Juuruttamisen päämetodit ovat (1) osallistuva havainnointi, (2) eri toimijoita koskevan haastattelumateriaalin kerääminen, jäsentäminen ja analyysi, (3) jäsennehtyn haastattelu-materiaalin tarjoaminen muutosprosessin läpiviennistä vastaavien toimijoiden käyttöön muutoksen eri vaiheissa sekä (4) moniäänisten työkokousten järjestäminen. Näitä toimintoja luonnehditaan tässä lyhyesti (ks. tarkemmin liite B).

Tutkijat *osallistuvat havainnoijina* mahdollisuuksien mukaan avaintoimijoiden keskinäisiin kokouksiin ja seminaareihin. Tilaisuuksista laaditaan kenttäraportit, joissa kuvataan tapahtumien kulku ja eri toimijoiden näkökulmat.

Teemahaastatteluilla pyritään tunnistamaan tarkasteltavan innovaatioprosessin avainosapuolet ja kuvaamaan niiden tarpeet ja intressit. Avaintoimijoita pyritään tunnistamaan sellaisista toimijaryhmistä, joilla on intressi kehittämisen lopputulokseen nähden tai jotka toiminnallaan vaikuttavat lopputulokseen.

Eri toimijoiden intresseistä, tarpeista ja visioista *koottua tietoa jäsennetään ja tarjotaan* (joko suullisesti tai kirjallisesti) *kehittämissprosessin eri vaiheessa avainhenkilöiden käsiteltäväksi*. Tarkoituksena on se, että kehittämisen vastuuhenkilöt saavat palautetta toiminnastaan ja voivat hyödyntää tietoa arvioidessaan sitä, vastaako kehitettävä uusi toimintamalli avaintoimijoiden ja yhteiskunnan vaatimuksia ja tarpeita ja ovatko kaikki tarvittavat kehittämistahot mukana. Palautteen pohjalta kehittämisen kohdetta ja kehittämisverkostoa voidaan muuttaa tarpeen mukaan. Tieto auttaa myös tunnistamaan kehittämisen ja käyttöönoton esteitä, hidasteita ja edellytyksiä ja vaikuttamaan niihin.

Haastattelujen tuloksia raportoidaan myös *työkokouksissa*, joihin kutsutaan erilaista osaamista edustavia ja eri rooleissa toimivia osapuolia. Työkokousten tavoitteena on tunnistaa osapuolten näkemysten yhteneväisyydet ja erot. Sitä kautta pyritään ratkaistavan ongelman syvempään ymmärtämiseen ja luottamukseen pohjautuvan yhteistyön rakentamiseen.

Juuruttamisella pyritään siihen, että avainosapuolet oppivat näkemään kehittämisen kohteen useasta eri näkökulmasta. Vuorovaikutuksessa toimiessaan he oppivat entistä syvemmin ymmärtämään, mitä ongelmaa innovaation avulla pyritään ratkaisemaan, minkälaisia keinoja voidaan käyttää ongelman ratkaisemiseen ja minkälaisia ovat toimintaympäristön tarjoamat mahdollisuudet ja sen rajoitteet. Näistä lähtökohdista uutta ratkaisua muokataan ja sille pyritään luomaan käyttöönoton edellytykset.

3. Mahdollisuuksien ikkuna raottumassa vallitsevassa järjestelmässä?

Tässä luvussa kuvaamme monitasoisen muutoksen mallin (kuva 1) ylintä eli toimintaympäristön tasoa ja keskimmäistä eli vallitsevan järjestelmän tasoa. Ensin kohdassa 3.1 kuvaamme toimintaympäristöstä syntyviä, sosiaali- ja terveysjärjestelmään kohdistuvia muutospaineita erityisesti kuntanäkökulmasta. Kohdassa 3.2 kuvaamme vallitsevan järjestelmän politiikkoja ja ohjelmia, joiden kautta parhaillaan pyritään luomaan tilaa ja mahdollisuuksia uusille toimintamalleille. Nostamme esille myös vallitsevan järjestelmän jännitteitä, jotka luovat painetta uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisjärjestelmää. Lopuksi luonnehdimme tilaaja-tuottajamallia yhtenä mahdollisena muutoksen avaimena. Monitasoisen muutoksen mallin ”alimman” eli paikallisen tason prosesseja kuvataan myöhemmin luvussa 4 Ration osalta ja luvuissa 5–6 Etelä-Savon osalta.

3.1 Ulkoisen toimintaympäristön luoma paine

Julkaisun alussa viitattiin koko sosiaali- ja terveysjärjestelmään kohdistuviin muutospaineesiin. Seuraavassa paineita tarkastellaan erityisesti kuntien näkökulmasta, koska tarkastelemamme innovaatioaihio liittyy kunnallisen palvelujärjestelmän uudistamiseen.

Kuntaliiton selvityksen mukaan osa keskeisimmistä kuntien toiminnan muutospaineesista aiheutuu väestön ikääntymisestä. Ikääntymisellä on monenlaisia seurausvaikutuksia. Toisaalta se kasvattaa hoivantarvetta ja sitä kautta lisää sosiaali- ja terveydenhuollon menoja. Toisaalta ikääntymisen seurauksena bruttokansantuotteen ja verotulojen kasvu hidastuu ja syntyy pulaa osaavasta työvoimasta. (Kietäväinen 2008.)

Muutospaineita aiheutuu myös muuttoliikkeestä. Väestö on keskittymässä lisääntyvästi kasvuseuduille. Kasvuseuduilla on havaittu ylikuumentumisen uhka ja työvoiman saantivaikeuksia, koska asuntoja on vaikea saada. Kasvuseutujen ulkopuolella taas syntyy ongelmia, jotka johtuvat eläkeläispainottuneesta ikärakenteesta, pahenevasta työvoimapulasta ja vajaakäyttöisestä infrastruktuurista. Muina kuntien toiminnan muutospaineesina on mainittu globalisaation eteneminen, verokilpailun koveneminen ja alueiden välisen kilpailun kasvaminen.

Edellä mainituista trendeistä johtuen Kuntaliitto painottaa sitä, että kuntien olisi uudistettava ja tehostettava palvelujen tuotantoa, tehtävä strategisia kuntaliitoksia ja tehostettava kuntien välistä yhteistyötä (Kietäväinen 2008).

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehityksen osalta edellä kuvattuihin toimintaympäristön muutospaineesiin yhdistyy se, että väestön palveluihin kohdistamat odotukset ja laatu-

vaatimukset ovat nousseet. Myös nopeasti kehittyvä teknologia luo omia muutospaineita (Tommaso & Schweitzer 2005; Piltzer 2002; Steffen et al. 2005). Se luo toisaalta paineita keskittää palvelutuotantoa (esim. kallista teknologista infrastruktuuria hyödyntävät vaativat uudet hoitomuodot) suurempiin yksiköihin. Toisaalta uusi teknologia tarjoaa mahdollisuuksia hajauttaa palveluja lähemmäs palvelun tarvitsijoita. Esimerkiksi telelääketiede tarjoaa mahdollisuuksia viedä potilaan tutkimus- ja seurantaprosessi pienempiin yksiköihin tai kotiolosuhteisiin.

3.2 Vallitsevan sosiaali- ja terveysjärjestelmän kehittämislinjaukset ja havaitut ongelmat

3.2.1 Uudistamiseen tähtäävät politiikkatoimenpiteet

Terveydenhuollon järjestelmän uudistaminen on perinteisesti kuulunut sosiaali- ja terveyspolitiikan hallinnonalalle, mutta nykyisin siihen pyritään lisääntyvästi vaikuttamaan myös teknologia- ja innovaatiopolitiikan keinoin ja muidenkin hallinnonalojen toimenpitein. Eri hallinnonalojen politiikkojen polttopiste on luonnollisesti eri paikassa. Sosiaali- ja terveyspolitiikan perimmäisenä tavoitteena on turvata palveluiden ja hoidon saatavuus, laatu ja riittävyys maan eri osissa asukkaiden maksukyvästä riippumatta. Teknologia- ja innovaatiopolitiikalla taas edistetään elinkeinoelämän kilpailukykyä ja yhteiskunnan hyvinvointia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonalalla terveydenhuollon uudistumiskyvyn edistämiseen pyritään monien kansallisten kehittämissuunnitelmien avulla, joita ovat muun muassa KASTE- ja Terveystä 2015 -ohjelmat. STM on käynnistänyt hallitusohjelman mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatiohankkeen, jonka tavoitteena on parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden vaikuttavuutta, lisätä kustannustehokkuutta ja kehittää palveluvalikoimaa.

Työ- ja elinkeinoministeriön hallinnonalalla Tekes on viime vuosina yhä aktiivisemmin panostanut julkisen sektorin ja erityisesti terveydenhuollon alueen kehittämistyöhön. Tekesillä on käynnissä viisivuotinen FinnWell-ohjelma, ja kesällä 2008 se on parhailaan käynnistämässä seitsemänvuotista Innovaatiot sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä -ohjelmaa.

Sitra on puolestaan, osana omaa Terveydenhuollon ohjelmaansa, pyrkinyt lisäämään terveydenhuollon toiminnan tuottavuutta sekä julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyötä. Tässä julkaisussa erityistä huomiota kiinnitetään Sitran toimintaan tilaaja-tuottajamallin edistäjänä, muutoksen vauhdittajana ja toimijaverkoston rakentajana. Sitra käynnisti vuonna 2007 kuntien vertaisarvioon perustuvan niin sanotun MAISEMA-hankkeen, joka

pyrkii edistämään terveydenhuollon toiminnan läpinäkyvyyttä ja tuottavuutta. Siihen liittyy Raision mallin kehittäminen aiempaa toimivammaksi työkaluksi terveyspalvelujen tilaamiseen ja tuottamiseen sekä niiden ohjaukseen.

Viime vuosina Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistamista on vauhdittanut ja suunnannut erityisesti valtioneuvoston keväällä 2005 käynnistämä *kunta- ja palvelurakenteen uudistamisprosessi* (ns. Paras-hanke). Kunta- ja palvelurakenteen uudistamiseen liittyvä puitelaki tuli voimaan helmikuussa 2007. Sen avulla pyritään varmistamaan elinvoimainen, toimintakykyinen ja eheä kuntarakenne sekä laadukkaiden palvelujen saatavuus koko maassa.

Puitelain tavoitteena on luoda edellytykset kunta- ja palvelurakennemuutokselle, kehittää palvelujen tuotantotapoja ja organisointia ja uudistaa rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmiä. Sillä pyritään myös tarkistamaan valtion ja kuntien välistä tehtävienjakoa ja parantamaan tuottavuutta, hillitsemään menojen kasvua ja luomaan edellytyksiä palvelujen ohjauksen kehittämiseksi. Puitelakiin sisältyy useita kuntia koskevia velvoitteita. Elokuussa 2007 kunnat joutuivat antamaan selvitykset yhteistyöstä ja toimeenpanosuunnitelmat palveluiden järjestämisestä. Puitelain mukaan yhteistyö voi tapahtua joko kuntaliitoksin tai yhteistoiminta-alueita muodostamalla. Lain mukaan kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii perusterveydenhuollosta ja siihen liittyvistä sosiaali-toimen tehtävistä, on oltava vähintään 20 000 asukasta.

Tammikuussa 2008 valtionvarainministeriö asetti Kuntien parhaat palvelukäytännöt -foorumin Paras-hanketta vahvistamaan. 25-jäsenisen foorumin tehtävänä on antaa suosituksia kunnille näiden palvelukäytäntöjen parantamiseksi. Foorumia johtaa kunta-ministeri Mari Kiviniemi, ja sen toimikausi on runsaan vuoden pituinen.

Myös käynnissä oleva *uuden terveydenhoitolain valmistelu* asettaa ehtoja muutokselle. Esitys uudeksi terveydenhoitolaiksi lähetetään laajalle lausuntakierrokselle kesällä 2008. Uudella lailla pyritään asettamaan suuntaviivoja ja reunaehtoja muun muassa sille, miten perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö Suomessa tulee järjestää.

Lisäksi Suomen terveydenhuollossa on parhaillaan käynnissä suuri joukko rakenteellisia muutoshankkeita (mm. Kainuun ja Päijät-Hämeen maakuntakokeilut), toimintojen alueellisia uudelleenjärjestelyjä (mm. laboratorio- ja kuvantamiskeskukset) ja terveystiedon infrastruktuurin kehitysohjelmia (mm. kansallinen potilaskertomuspalvelu).

3.2.2 Kuntien vakiintuneen johtamiskäytännön ongelmat

Edellä mainitut kehittämistoimenpiteet ovat omiaan luomaan tilaa uudentilaisille toimintamalleille. Lisäksi painetta uusien toimintamallien omaksumiselle aiheuttaa vallitsevassa järjestelmässä havaituista jännitteistä ja ongelmista (Häkkinen & Lehto 2005). Tämän julkaisun näkökulmasta keskeiseen asemaan nousevat ne ongelmat, jotka on viime aikoina liitetty julkisorganisaatioiden johtamistapaan.

Sitä johtamis- ja hallintojärjestelyä, jota julkisen sektorin hyvinvointipalveluorganisaatioissa on noudatettu toisen maailmansodan jälkeen, on eräissä yhteyksissä kutsuttu PBP-malliksi (Ferlie et al. 1996). Ideallisessa PBP-mallissa poliittinen (Political), hallinnollinen (Bureaucratic) ja ammatillinen (Professional) johtaminen ovat tasapainoisessa ja toisiaan tukevassa suhteessa. Poliittinen päätöksenteko välittää systeemiin kansalaisten tahdon ja keskittyy strategiaan ja keskeisiin arvovalintoihin. Hallinto on neutraali ja ennustettavissa oleva poliittisen päätöksenteon valmistelija ja tehtyjen päätösten välittäjä toimeenpanosta vastaavien ammattilaisten suuntaan. Ammattilaisten toimintaa ohjaa poliittisten päätösten rinnalla erityisasiantuntemus ja asiakkaan hyvään sitoutunut ammattietiikka (Ferlie et al. 1996).

Suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutettua PBP-johtamismallia luonnehtivat tietyt erityispiirteet. Suomessa poliittista edustusta ja taloudellista vastuuta edustavien kuntien keskimääräinen koko on pieni. Kansainvälisessä vertailussa on käynyt ilmi, että hallintoon käytettyjen voimavarojen suhteellinen osuus on Suomessa pieni ja ammattilaisten koulutustaso varsin hyvä (Rostgaard & Lehto 2001).

PBP-mallin on sanottu ajautuneen ongelmiin. Poliittista päätöksentekoa arvostellaan lyhytjänteiseksi ja kykenemättömäksi strategiseen johtajuuteen. Hallinnolliseen byrokraatiaan liitetään ennakoitavuuden sijasta esimerkiksi joustamattomuuden, hitauden ja kustannustehottomuuden piirteitä. Väitetään, että ammattilaisten keskeisyys toimeenpanevien organisaatioiden päätöksenteossa on johtanut organisaatioiden fragmentoitumiseen erityisalojen – eikä asiakassegmenttien – mukaan. Sanotaan myös, että se on johtanut ammattilaisten reviiri- ja resurssitaisteluihin ja välinpitämättömyyteen kustannuksista (Ferlie et al. 1996). Suomessa nämä ongelmat lisäksi yhdistetään pienten kuntien päätöksenteon valmistelun asiantuntemattomuuteen, kuntien ristiriitaisiin intresseihin ja riittämättömään taloudelliseen vastuun kantokykyyn (Lehto 2003).

New Public Management -paradigman lähtökohdista on nostettu esille edellä kuvattua kritiikkiä ja samalla julkispainotteisen hyvinvointisektorin johtamisjärjestelmän kehittämissajatuksia. Tilaaja-tuottajamalli on yksi johtamisen uudistamisessa usein esille nostettu käsite (Figueras et al. 2005; Pollitt et al. 2007).

3.3 Tilaaja-tuottajamallin tarjoama mahdollisuus

Tilaaja-tuottajamalli on yleisnimike joukolle erilaisia uusmuotoisia julkisen sektorin palvelutuotannon rakenteita. Käytännön tasolla ei ole löydettävissä yhtä yhtenäistä tilaaja-tuottajamallia, pikemminkin kyse on toiminnan yleisestä logiikasta, jonka organisatoriset ja tuotannolliset sovellukset ovat hyvin monimuotoisia. Tilaaja-tuottajamallin ideana voidaan pitää sitä, että tilaaja ja tuottaja erotetaan toisistaan, jotta ne voisivat keskittyä perustehtäväänsä. (Pirkkalainen 2007; Kähkönen 2007.)

Tilaaja-tuottajamallin kehittäminen ja soveltaminen käynnistyi Isossa-Britanniassa 1990-luvun alkupuolella. Mallia on sovellettu muidenkin maiden, esimerkiksi Uuden-Seelannin ja Ruotsin, sosiaali- ja terveydenhuollossa ja näitä kokemuksia on raportoitu tieteellisissä julkaisuissa (esim. Ashton et al. 2005). Kansainvälisesti on myös jo kokemusta tilaaja-tuottajamallista luopumisesta ja alun perin kehitettyjen toimintamallien radikaalistakin muokkaamisesta alkuperäisestä poikkeavaksi (esim. Figueras et al. 2005; Pollitt et al. 2007; Christensen & Laegreid 2007).

Tilaaja-tuottajamalliin on liitetty kaksi keskeistä periaatetta (Aronen et al. 2001, s. 42; Ihalainen 2007). Ensimmäinen näistä on *tilaajan ja tuottajan erottaminen toisistaan*. Tilaaminen määritellään usein poliittisten päättäjien tehtäväksi. Heidän tulee määritellä, mitä palveluita verovaroilla hankitaan. Tuottajat muodostavat omat erilliset organisaatiot, joiden intressinä on vastata poliitikkojen tilaukseen. Jos tuottajaorganisaatiot ovat julkisessa omistuksessa, myös niissä korkein päätöksenteko kuuluu poliittisille päättäjille. Heidän tämän puolen ohjaustehtäväänsä kutsutaan ”omistajaohjaukseksi” erotuksena tilauspuolen ”tilaajaohjauksesta”.

Toinen keskeinen periaate on se, että tilaajan ja tuottajayksiköiden on *luotava markkinoita muistuttava ostaja-myyjäsuhte*. Näin syntyvien näennäismarkkinoiden kehittämiseen sovelletaan useimmiten palvelujen tuotteistamista. Näennäismarkkinoiden kehittämisessä pyritään eri tuottajayksiköiden hinta-laatusuhteiden vertailuun ja siinä tehtävässä tarvitaan aiempaa kehittyneempiä tapoja kuvata ja arvioida palvelujen laatua. Siksi tilaaja-tuottajamallien suosio onkin liittynyt läheisesti palvelujen tuotteistamisprojekteihin, kustannuslaskennan kehittämisprojekteihin ja laatujärjestelmien kehittämisprojekteihin – joita toki tehdään myös riippumatta tilaaja-tuottajamalleihin siirtymisestä. Tilaajapuolen kehittämisessä keskeisenä haasteena on pidetty tuottajien vaikutuksesta riippumatonta palvelujen tarpeen arviointia ja määrittämistä. Tämänkin haaste on olemassa myös ilman tilaaja-tuottajamalliin siirtymistä. Näin ollen tilaaja-tuottajamalliin kiteytyy monia mallista riippumattomia julkispainotteisten hyvinvointipalvelujen johtamisen ja hallinnan kehittämisyrittämyksiä.

Tilaaja-tuottajamallin hyötyinä pidetään yleensä sitä, että sen oletetaan lisäävän kustannustietoisuutta ja nostavan laadun palvelutuotannon keskeiseksi kysymykseksi. Mallin

haittapuoliksi mainitaan mm. byrokratian lisääntyminen, laadunvalvonnan vaikeudet ja erilaisten transaktiokustannusten lisääntyminen, jolloin mallin kokonaistaloudellista edullisuutta on vaikea osoittaa.

Tilaaaja-tuottajamalli voi toteutua kunnassa kahdella tavalla (Kilpailuvirasto 2001; Ihalainen 2007): sisäisenä tilaaaja-tuottajamallina tai kilpailun sallivana mallina. Jälkimmäisessä vaihtoehdossa kunnan omia tuotantoyksiköitä kilpailutetaan ulkopuolisten palveluntuottajien kanssa. Myös ensin mainitussa tapauksessa mallin käyttöönotto merkitsee kunnan siirtymistä organisaation sisäisestä hierarkkisesta normiohjauksesta markkinaperusteiseen ohjaukseen. Näin on siksi, että myös julkisen sektorin sisällä tuotannon järjestämisestä sovitaan markkinavaihdannalle tyypillisin kriteerein. Kunnan sisälle syntyy markkinapaikka, mikä lisää tietoisuutta toiminnan taloudellisesta luonteesta ja kustannuksista. Samalla hintatietoisuus ja kustannusvastaavuus lisääntyvät ja tuotanto kohdistuu täsmällisemmin tilaajan tarpeiden mukaan (Kilpailuvirasto 2001, s. 30–31).

Asiantuntijat ovat pohtineet mallin sovellettavuutta suomalaiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon (esim. Konttinen 2005; Lillrank & Haukkapää-Haara 2006; Ihalainen 2007), ja perusteltuja kannanottoja on esitetty sekä mallin puolesta että sitä vastaan. Päätäjien suhtautumisessa tilaaaja-tuottajamallin soveltamiseen voidaan viime vuosina havaita muutos aiempaa myönteisempään suuntaan.

Suomessa tilaaaja-tuottajamallin soveltaminen on saanut alkunsa 1990-lopulta lähtien vahvistuneista vaatimuksista tehostaa terveydenhuollon kustannusintensiivisintä osaluetta eli erikoissairaanhoidon palvelutoiminnan ohjaukseen ja säätelyyn nähtiin sopimusmenettelyjen kehittäminen eli sopimusohjaus (Ihalainen 2007, s. 67–68). Tilaaaja-tuottajamallin ensimmäiset sovellukset Suomessa liittyivät erikoissairaanhoidon.

Perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen tehostamisvaatimuksia alettiin esittää vasta myöhemmin. Viime vuosina tilaaaja-tuottajamallin sovelluksia on kehitetty sillekin alueelle ja niitä on otettu käyttöön monissa suurissa kaupungeissa. Näin on tehty esimerkiksi Tampereella ja Oulussa. Alan asiantuntijat arvioivat näitä suomalaisia tilaaaja-tuottajamallin variantteja kaupunkien sisäisiksi toimintamalleiksi, jotka eivät ole vielä varsinaista tilaaaja-tuottajatoimintaa. Näin ollen kansainväliset kokemukset, jotka ovat koskeneet terveydenhuollon järjestelmätasolla toteutettua eriytymistä, eivät ole sellaisenaan hyödynnettävissä suomalaisiin kokeiluihin (Haastattelu, valtakunnallinen toimija).

Tässä julkaisussa kuvataan pyrkimystä levittää niin kutsuttua Raison tilaaaja-tuottajamallia muidenkin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksvälineeksi. Tarkastelumme keskittyy jatkossa mallin käyttöönottoon erityisesti Etelä-Savossa. Julkaisussa pohditaan erityisesti sitä, minkälaisen eritasoisten prosessien kautta systemisen innovaation aihio kehittyi ja miten sen käyttöönoton edellytykset syntyivät.

4. Raision tilaaja-tuottajamalli, sen kehittäminen ja levittäminen

Tässä luvussa siirrymme monitasoisen muutoksen mallin (kuva 1) alimman eli paikallisen tason tarkasteluun. Raision sosiaali- ja terveystoimessa on kehitetty tilaaja-tuottajamallia jo usean vuoden ajan. Sen kehittäminen ja käyttöönotto aloitettiin kaupungin sosiaali- ja terveystoimesta, ja tavoitteena on ottaa se käyttöön pian koko kaupunginhalinnossa.

Tässä luvussa kuvataan Raision tilaaja-tuottajamallin keskeisiä periaatteita ja ohjausvälineitä sekä niiden kehittämisprosessia. Sitten arvioidaan, missä mielessä ja millä perusteella malli voidaan nähdä systeemisen innovaation aihiona. Lopuksi kuvataan Raision mallin levittämisen käynnistämistä muihin kuntiin.

4.1 Raision tilaaja-tuottajamalli

Raision mallia on luonnehdittu toiminnanohjausjärjestelmäksi (Halonen 2007) ja palvelumalliksi (Karjalainen 2006). INNOTE-hankkeessa sitä tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän ohjausmallina. Raision malli on kehitetty keskisuuren kaupungin johtamisen tarpeisiin. Se on luonteeltaan sisäinen tilaaja-tuottajamalli. Toisin sanoen siinä on kyse ensisijaisesti *sisäisestä hankinnasta*. Raision malli kyllä sallii palvelujen hankinnan paitsi kunnan omilta yksiköiltä, myös yksityisiltä palveluntuottajilta ja kuntayhtymiltä. Raision mallissa ulkoisten palvelujen hankinta tapahtuu siten, että kunnallinen tuottaja toimii alihankkijana. Tämä piirre erottaa Raision mallin tyypillisestä tilaaja-tuottajamallista.

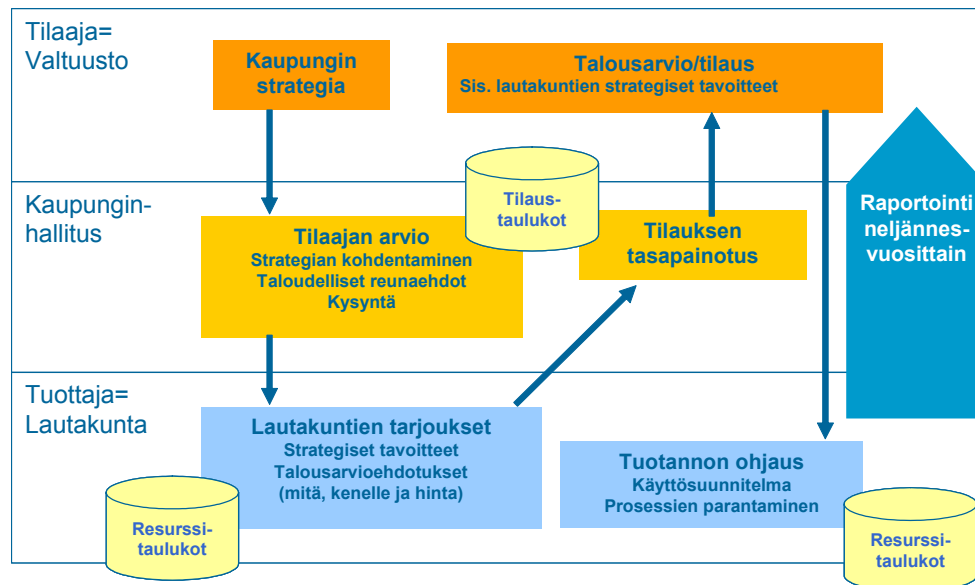
Mallin yhtenä kehittäjänä toimineen Eero Vaissin (2007) mukaan Raision mallin neljä kulmakiveä ovat

1. toiminnan läpinäkyvyys ja jatkuva reagointi kysyntään
2. tilaajan ja tuottajan roolien erottaminen
3. palvelujen laadun ja kustannusten yhteys
4. prosessien virtaviivaistaminen.

4.1.1 Raision tilaaja-tuottajamallin keskeiset periaatteet ja työkalut

Kuten tilaaja-tuottajamallissa yleensä, Raision mallissa tilaajan ja tuottajan rooleja on pyritty selkiyttämään. Tilaajan tehtävä on määritellä, mitä asiakas saa (palvelujen laatu, määrä ja kustannukset), kun taas tuottajan tehtävä on keskittyä tuotannon kehittämiseen

ja järjestämiseen parhaalla mahdollisella tavalla. Tilaajana Raisiossa toimivat kaupunginvaltuusto ja kaupunginhallitus (kuva 5). Tuottajina toimivat eri lautakunnat.



Kuva 5. Raision mallin talouden ja toiminnan ohjaus (Mikkelin seudun MAISEMA-hankesuunnitelma 1.9.2007).

Tilaajan ja tuottajan neuvotteluja käydään virkamiestasolla keskushallinnon ja palveluja tuottavan hallintokunnan välillä. Näiden neuvottelujen pohjalta tuotetaan esitykset päätäville elimille. Neuvottelut käydään ennen kuin tilaaja esittää arvionsa tulevasta palvelutarpeesta ja ennen kuin tuottaja esittää tarjouksensa. Näiden neuvottelujen jälkeen käydään varsinaiset tasapainotusneuvottelut, joiden keskeisiksi työvälineiksi on kehitetty tilaus- ja resurssitaulukko.

Raision mallin tärkein asiakirja on talousarvio, jonka sitovista tavoitteista on tehty *tilausasia*. Talousarvion kautta valtuusto tilaa kaupungin omalta organisaatiolta palvelut seuraavaksi vuodeksi. *Tilaustaulukko* toimii valtuuston tilauksen pohjana, ja sitä käytetään tilauksen toteutumisen seurantavälineenä. Tilaustaulukko on jäsennetty ns. suursuoritejakoon pohjautuen, ja sen tiedot pohjautuvat resurssitaulukkoon.

Resurssitaulukko toimii päätöksentekovälineenä kaupungin toiminnan suunnitteluprosessissa, ja sitä käytetään apuvälineenä jokapäiväisessä toiminnan ohjauksessa ja seurannassa. Resurssitaulukoissa toimitaan ”alasuoriteilla”, ja niissä on näkyvillä tuoteryhmittäin sekä toiminta että euromääräiset kustannukset. Resurssitaulukoista on rakennettu yhteys tilaukseen. Taulukot on laadittu Excel-ohjelmalla.

Raision mallin pohjana on 12-osainen tuoteryhmäjako (kuva 6). Tuottajaorganisaatioiden ja tilausten tulee perustua pääpiirteittäin tähän tuoteryhmäjakoon. Kaikissa tuoteryhmissä on omat resurssi- ja tilaustaulukot. Tuoteryhmäjako on asiakaslähtöinen,

ei lakisääteinen. Muiksi työkaluiksi Vaissi (2007) nimeää prosessityön ja toimintalaskennan. Se tehdään siinä tapauksessa, että Excel-ohjelmaan rakennetut ”hälytykset” osoittavat, että jonkin suursuoritteen tai alasuursuoritteen kustannustehokkuus ei täytä tiettyjä sovittuja kriteereitä.



Kuva 6. Raison mallin mukaiset suurtuotteet.

Raison mallin perusmittarit (1G-mittarit) liittyvät (1) tehokkuuden, (2) tuottavuuden, (3) palvelujen käytön & ohjauksen sekä (4) saatavuuden & laadun mittaamiseen (kuva 7). Jokaisella tuotekokonaisuudella eli taulukolla on omat perusmittarinsa. Kustannusmittareihin sisällytetään kaikki tuotekokonaisuuden kustannukset siten, että *yhteenlaskettu tuoteperheen kokonaiskustannus muodostaa talousarvion*. Myös kunnan sisäisten palvelujen laskutukset otetaan mukaan todellisessa laajuudessaan. Mitään kustannuksia ei jätetä tarkastelun ulkopuolelle. Kustannukset jakautuvat henkilöstö-, kiinteistö- ja muihin kustannuksiin.

1G mittarit



Kuva 7. Raison mallin mittarien tyypittely (Mikkelin seudun MAISEMA-hanke-suunnitelma 1.9.2007).

Lisäksi mallissa käytetään korkeamman tason mittareita (2G-mittarit), jotka käyttävät useampaa tietolähdettä (useammasta tuotekokonaisuudesta tai taulusta). Näin tarkaste- luun saadaan mukaan useampi ulottuvuus.

4.1.2 Haastateltujen asiantuntijoiden luonnehdinta Raision mallista

Haastattelemamme sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin asiantuntijat luonnehtivat Raision mallia *sisäiseksi toiminnanohjausmalliksi*. Se on tapa tehostaa sisäistä palvelun- tuotantoa. Siinä on jonkin verran tilaaja-tuottajamallin ominaisuuksia, mutta haastatte- lemamme asiantuntijat eivät kuvaa sitä ”oikeaksi” tilaaja-tuottajajärjestelmäksi, jossa on erikseen tilaajat ja tuottajat (Haastattelut).

Raision mallia pidettiin edistyksellisenä siinä, että se *mahdollistaa kokonais kuvan saa- misen kunnan palveluista*. Eräs asiantuntija kuvaa mallia seuraavalla tavalla:

”Kuuntelin Vaissin esitystä Kuntaliiton tilaisuudessa. Esityksestä tuli sellainen käsitys, että tässä on harvinaisen systemaattinen Excel-taulukko tästä koko systeemistä. // Olemme koko ajan selvillä, mitä tapahtuu, ja voimme ohjata järjestelmää tämän tiedon valossa. // Olen aiemmin ollut Oulusta ja Tampereesta vähän pää pyörällä, että mitähän nämä oikein meinaa. Vaissin puheesta tuli ihan toisenlainen olo. Jonkun pitää tämä kokonaisuus nähdä ja antaa joidenkin asioiden tapahtua mark- kinaehtoisesti ja nähdä, mitä tehdään omana työnä. Pitää kohtalaisen jämpästi tietää, mitä palvelu- tuotteet sisältävät ja mikä niiden hinta on.” (Haastattelu, valtakunnallinen toimija)

Tilaajan ja tuottajan roolien erottaminen ei Raision mallissa toteudu niin selkeästi kuin varsinaisessa tilaaja-tuottajamallissa. Haastatellut asiantuntijat mainitsivat kuitenkin Raision mallin eduksi sen, että se selkiyttää kunnan sisäistä päätöksentekoa ja vastuita.

4.1.3 Raision tilaaja-tuottajamalli innovaationäkökulmasta

Tässä julkaisussa tarkastelemme Raision mallia *johtamisinnovaation aihiona*. Innova- tiivista siinä on pyrkimys tehdä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen päätöksenteko- järjestelmä läpinäkyväksi ja suursuoritejako, joka mahdollistaa palvelukokonaisuuksien riittävän karkean tason tarkastelun ja mallin käyttämisen johtamisen johtamisvälineenä. Uutta on erityisesti johtamistapa, jossa vertailutaulukoista koostuva tietokanta toimii taloussuunnittelun pohjana.

Resurssitaulukoiden käyttö kuntien vertaisarvioinnin työkaluna ei sen sijaan ole ainut- laatuista. Esimerkiksi Stakes ja Efeko ovat aiemmin kehittäneet vastaavanlaisia bench- marking-työkaluja, ja niitä on käytetty vertaisarvioinnissa noin 15 vuoden ajan.

MAISEMA-hankkeessa ei ole käytetty Stakesin ja Tilastokeskuksen valmiita tietoja, vaan tiedot on kerätty kunnista noudatellen mahdollisimman tarkkaan Raision suurtuotejakoa.

Verrattuna useimpiin muihin Suomessa kehitettyihin tilaaja-tuottajamalleihin Raision mallissa erityistä on se, että tilattavat tuoteryhmät tai ”suursuoritteet” on määritelty tasolla, jossa ne voidaan suoraan operationalisoida valtuuston hyväksymään budjettiin. Useimmissa muissa kaupungeissa (esim. Tampere, Oulu) kehitteillä olevat mallit eivät kytke tuotteistamista yhtä läheisesti budjettiin ja poliittiseen päätöksentekoon. Useimmissa muissa malleissa myös tilaajapäätöksenteko on rakennettu kilpailuttamiseen suuntautuvalla ja kilpailuttamisen mahdollistavalla tavalla. Raision mallissa kilpailuttamista käsitellään tuottajapuolen mahdollisuutena alihankintaan. Mahdollinen ulkoistaminen ja kilpailuttaminen on siis tuottajapuolen, ei tilaajapuolen vastuulla.

Raision malli voidaan edellä kuvatulla tavalla nähdä *kunnan tai kuntayhtymän budjetointiprosessin virtaviivaistamisena*. Sen sijaan mallin mahdollisuudet edistää tuotannon ohjausta tavalla, joka paremmin kannustaisi tuotannon tehostamiseen tai laadun parantamiseen, eivät ole yhtä ilmeiset. Osittain tämä johtuu mallin laatuindikaattorien kehittymättömyydestä. Osittain se johtuu siitä, että ”suurtuotteiksi” tuotteistaminen on ilmeisesti eri asia kuin se tuotteistaminen, jota tarvitaan tuotantoprosessien kehittämisessä. Sisäisenä tilaaja-tuottajamallina kehittyminen merkinnee myös sitä, että malli perustuu toisenlaisiin kannustimiin kuin tuottajien kilpailuttamiseen suuntautuvat mallit. Ainakin näiltä kahdelta osalta mallin leviämisen ja juurtumisen voi olettaa edellyttävän merkittävää kehittämistyötä, jos käyttäjät vaativat mallilta budjetoinnin selkeytymisen lisäksi myös tuotantoprosessien jatkuvaa kehittämistä ja tehostamista edistäviä ohjaus- ja kannustinvaikutuksia.

Sitran pyrkimys levittää Raision tilaaja-tuottajamallia vertaisarviointien kautta muidenkin kuntien ohjaustyökaluksi tarjoaa mahdollisuuden innovaatioaihion kehittymiselle yleisemmin hyödylliseksi välineeksi. Näin on kuitenkin vain, mikäli tietoisesti pyritään oppimaan niistä asioista, joita työkalussa pitää muuttaa, jotta se vastaisi paremmin käyttäjien tarpeisiin ja yhteiskunnan vaatimuksiin.

Kuvaamme tämän systeemisen innovaatioaihion alkutaivalta, jonka aikana eri toimijat pyrkivät muovaamaan aihiota omien intressiensä mukaiseksi. Innovaatioaihio voi saada uusia ominaisuuksia yhteisen oppimisen kautta. Tässä tapauksessa esimerkiksi vielä puuttuvien laatu- ja vaikuttavuusmittareiden kehittäminen saattaa olla yksi osa-alue, jossa eri paikkakuntien vuorovaikutus voi tuottaa yhteistä oppimista. Oletuksena on, että paikallisten kokeilujen ja yhteisen oppimisen seurauksena aihioista voi paikallisten kokeilujen myötä syntyä *valtakunnallisesti vakiintuvia tilaaja-tuottajamallien elementtejä*. Sen sijaan ei ole realistista odottaa, että paikallisten kokeilujen tuloksena syntyisi vain yksi kaikkiin kuntiin sovellettava sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnanohjausmalli.

INNOTE-hankkeen näkökulmasta kiinnostavaa on se, millä ehdoin *muissa kunnissa ja kuntien yhteistoiminta-alueilla resurssitaulukoista koostuva tietokanta otetaan talous-suunnittelun pohjaksi ja sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen työkaluksi*. Haasteeksi nousee se, että Paras-hanke on parhaillaan käynnistänyt suomalaisessa kuntakentässä monenlaisten verkosto-organisaatioiden (esim. kuntien yhteistyöalueet, kuntayhtymät) syntymisen. Tässä vaiheessa ei voida vielä arvioida, voidaanko Raision mallin pohjalta kehittää työkalu verkosto-organisaatioiden johtamiseen.

4.2 Tilaja-tuottajamallin kehittämishistoria Raisiossa

Seuraavassa tarkastellaan tilaja-tuottajamallin kehittämisen historiaa Raisiossa. Taus-taksi kuvataan ensin lyhyesti Raision kaupunkia. Sitten kuvataan, minkälaisen kehityskulkujen kautta Raision mallia on kehitetty kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa.

Raision kaupunki sijaitsee Turun lähistöllä Varsinais-Suomessa (kuva 8). 1970-luvulle asti alue oli erittäin maanviljelyspainotteinen. Turku pakkolunasti pieneltä kunnalta alueita, ja kunnan koko olemassaolo oli vaakalaudalla, kunnes Raision Tehtaat (nyk. Raisio Yhtymä) alkoi menestyä. Kunnasta tuli teollisuuskeskus, minkä seurauksena Raision väkiluku alkoi voimakkaasti kasvaa: koko 1900-luvun aikana se on 11-kertaistunut. Tällä hetkellä Raisiossa on asukkaita 24 000. Kasvuun on vaikuttanut myös Turun kaupungin välitön läheisyys. Raisiosta tuli kaupunki vuonna 1974. Raision suurimmat työllistäjät toimivat palvelualalla ja teollisuudessa.



Kuva 8. Raision sijainti Lounais-Suomessa.

Kuntaliiton kustannusvertailut keskisuurten kaupunkien terveystoimista osoittavat, että Raisio tuottaa palvelunsa edullisesti. Silti kunnan meno- ja tuloskehityksen epätasapaino on pakottanut kunnan kehittämään ohjauksjärjestelmänsä ja tukeutumaan 1990-luvun

alusta lähtien useaan kertaan säästötalkoisiin. Kaupunki alkoi 1990-luvun loppupuolella panostaa strategiatyöhön Balanced Score Card -toimintamallin avulla. Talousarvion tavoitteista muodostettiin aluksi ”tasapainotettu tuloskortisto”, joka edelleen jalkautettiin organisaatiossa alaspäin talousarvion käyttösuunnitelmien myötä.

Tätä ohjaustapaa ei kuitenkaan koettu hyväksi. Se ei kyennyt ennakoimaan muutostarpeita. Sen avulla ei kyetty ennakoimaan kysynnän vaihteluita tai selkiinnyttämään, minkätasoisia palveluja kaupungin tulee järjestää. Se ei myöskään auttanut ymmärtämään kustannusten muodostumista ja kohdentamaan voimavaroja uudelleen. (Karjalainen 2006.)

Kaupungin taloushallinnossa oli perinteisesti noudatettu samaa toimintamallia kuin monissa muissakin kunnissa: talousarvion raamit pohjautuivat edellisen vuoden tilinpäätökseen – eli vanhaan tietoon. Kun 2000-luvun alussa kunnan tulokehitys oli hitaampaa kuin menojen kasvu, näytti ilmeiseltä, että talousarviota olisi valmisteltava uudelta pohjalta. Raison mallin kehittäminen saikin alkuimpulssinsa talousarviovalmistelusta. Vuoden 2004 tiukkaa talousarviota laadittaessa herättiin pohtimaan taloutta ensi kertaa tuotteiden näkökulmasta. Vuonna 2004 kaupungin johto laati perinteisiä ajattelumalleja ravistelevan palvelustrategian, joka vaati huomion kiinnittämistä toiminnan lopputuloksiin. (Karjalainen 2006.)

Sosiaali- ja terveysjohtaja Eero Vaissista tuli kaupunginjohtaja Kari Karjalaisen vahva työpari Raison mallin kehittämiseen. Hän oli tunnettu innovatiivisena terveydenhuollon kehittäjänä jo siirtyessään vuonna 2002 Turun kaupungin palveluksesta Raison sosiaali- ja terveysjohtajan tehtäviin. Hän oli yhdessä lääkäri Tapio Rajalan kanssa aiemmin kehittänyt vanhusten toimintakyvyn arviointiin muun muassa ns. RAVA-mittarin, joka on 2000-luvulla levinnyt laajaan käyttöön Suomen kuntasektorilla.

Raison kaupunginhallitus kiinnitti vuonna 2003 huomiota siihen, että päivähoiton hinta lasta kohden oli kasvanut edelliseen vuoteen nähden hoidettavien lasten määrän vähenyttyä. Vaissin johdolla alettiin miettiä, miten päivähoiton organisaatiota voidaan sopeuttaa vastaamaan kysyntään kestäväällä tavalla. Oli selvää, että menojen ei voida antaa kasvaa kysynnän laskiessa, mutta toisaalta oli vakuutettava kuntalaiset ja poliittiset päättäjät siitä, että kaikille tarvitseville järjestetään päivähoitopalvelut tyydyttävällä tavalla. Raisiossa alettiin kehittää uusia välineitä kokonaisuuden hahmottamiseen, päättäjien, henkilöstön ja kuntalaisten rauhoitteluun sekä sosiaali- ja terveystoimen toiminnan ohjaamiseen ja ennakointiin (Karjalainen 2006). Tätä ohjasi se periaate, että kysyntään täytyy jatkuvasti reagoida.

Konkreettinen kehittäminen aloitettiin sosiaali- ja terveystoimesta, mutta työtä koordinoitiin kaupungin keskushallinnossa. Vaissin tärkeänä työparina toimi sosiaali- ja terveystoimen talouspäällikkö Satu Grönlund. Operatiivista ja strategista tukea he saivat

kaupungin keskushallinnosta, ennen kaikkea kaupunginjohtaja Kari Karjalaiselta, talouspäällikkö Heli Lähteenmäeltä ja suunnittelupäällikkö Marja-Riitta Pulkkiselta. Kaupungin palvelustrategian ohjausryhmä, joka muodostui luottamushenkilöistä ja henkilöstön edustajasta, seurasi kehittämistyötä koko vuoden 2004. Ohjausryhmä kävi läpi tekstit, esitti kommentteja ja kysymyksiä. (Karjalainen 2006.)

Vaissi tunnisti sosiaali- ja terveydenhuollon yhdeksi keskeiseksi ongelmaksi sen, että kukaan ei hahmota kokonaistilannetta ja siksi päädytään optimoimaan yksittäisiä asioita (haastattelu, Vaissi 10/07). Tästä syystä alettiin kehittää uudenlaista taulukkomallia, joka perustuisi aiempaa laajemmille palvelukokonaisuuksille. Sosiaali- ja terveystoimen vetämänä luotiin suurtuotekuvaukset. Uudella toimintamallilla pyrittiin ratkaisemaan osaoptimoinnin ongelmaa ja tuottamaan tietoa kokonaisuudesta. Palveluprosesseja alettiin parantaa ja tilaaja-tuottajamallia kehittää.

Mallin kehittäjät olivat asettaneet kunnianhimoiseksi tavoitteekseen määrän, laadun ja kustannusten keskinäisen riippuvuuden sisällyttämisen tilauksiin. Toisin sanoen tilauksesta tulisi näkyä kustannusvaikutus sille, että jotakin palvelua parannetaan tai huononnetaan. Pian kehittäjät kuitenkin huomasivat, että laadun määrittäminen ja mittaaminen oli useimmissa tuoteryhmissä hankalaa. Hinnan määrittäminen eri laatutasoille osoittautui vielä hankalammaksi (Karjalainen 2006). Siksi laatumääreiden kehittäminen aiotulla aikataululla ei onnistunut ja laatumittareiden kehittäminen siirrettiin vähän myöhemmäksi.

Suurtuotteille pohjautuvat tilaus- ja resurssitaulukot päätettiin esitellä mahdollisimman pian kaupunginvaltuustolle, jotta poliittiset päättäjät saataisiin mukaan uuden toimintamallin kehittämiseen ja käyttöönottoon. Aluksi tilaaja-tuottajamallia vastustivat erityisesti ammattijärjestöjen ja Vasemmistoliiton edustajat, jotka pelkäsivät lisääntyvää palvelujen ulkoistamista. Syntyneen levottomuuden johdosta laadittiin ulkoistamisohjeet, joissa linjattiin kilpailuttamisen tapahtuvan lähinnä ruuhkahuippujen tasaamistilanteissa. Lisäksi tilastot näyttivät kaupungin palvelujen olevan niin edullisia, että voitiin vakuuttaa, ettei ulkoistamisen tarvetta ole. Pelko väheni ja poliittisilta päättäjiltä saatiin varsin laaja sitoutuminen muutokseen. Vastustusta kohdattiin myös yllättävältä taholta eli sairaanhoitopiiristä sekä sosiaali- ja terveysministeriöstä. Ministeriö ei ole pitänyt lisääntyvää tilaaja-tuottajamalliin siirtymistä varauksena myönteisenä kehityksenä, koska ulkomaiset kokemukset eivät ole osoittaneet sen tuovan odotettuja hyötyjä. (Karjalainen 2006; haastattelut.)

Raision kaupunginvaltuusto laati ensimmäisen tilaaja-tuottajamallin mukaisen sosiaali- ja terveystoimen talousarvion vuodelle 2006. Taloussuunnittelun pohjana toimivat tällöin palvelukokonaisuuksien pohjalle laaditut tilaus- ja resurssitaulukot. Taulukoita tarjottiin tuoteryhmien johtajille työkaluiksi, joiden kautta he voivat kehittää palvelujensa

kokonaisuutta ja nähdä yhteydet kustannuksiin. Excel-ohjelman käyttökoulutus tehtiin esimiehille pakolliseksi ja heitä on pyritty motivoimaan taulukoiden käyttöön. Haastattelujen mukaan taulukoiden hyödyntäminen johtamistyökaluina on osoittautunut kuitenkin merkittäväksi kynnykseksi. Toiseksi haasteeksi nousi se, miten valtuusto, hallitus ja sosiaali- ja terveyslautakunta löytävät uuden roolinsa. Haastattelujen mukaan uuden tilaajaroolin omaksuminen on sujunut valtuustolta melko hyvin. Vaikeampaa uusien roolien omaksuminen on ollut kunnanhallitukselle ja sosiaali- ja terveyslautakunnalle.

Palvelukuvausten ja niiden laatumääreiden rakentaminen käynnistettiin vuonna 2007. Raisiossa pyritään kehittämään mittareita ”tilaajan laadulle”, ei asiakkaan laadulle. Haastateltu asiantuntija kuvaa tilaajan laatua seuraavalla tavalla:

”Sellaista karkean tason laatua, jota kaupunginvaltuusto tilatessaan tarvitsee... Se ei saa mennä yksittäisten palveluiden laatuihin. Eli tilaajalaatu on esimerkiksi aukioloaikoja, palvelun saavutettavuutta ja virheprosentteja. Yksittäisen asiakkaan laatu on eri asia, mutta asiakasmittausten yhteenvedot ovat tilaajalaatua.” (Haastattelu, seudullinen substanssiosaaja)

Päivähoidon osalta palvelukuvaukset ja laatumittarit kehitettiin alustavaan muotoon vuoden 2008 alussa.

4.3 Raision tilaaja-tuottajamallin levittämisen käynnistäminen

Raision sosiaali- ja terveysjohtaja Vaissi on aktiivisesti mukana mallin levittämistyössä. Hänen mukaansa palautteen saaminen omasta työstä ja muilta oppiminen tekee työn palkitsevaksi. Hän näkee, että mallissa on elementtejä, joita muutkin kunnat tarvitsevat. Hän kuvaa näin:

”Kun täällä kävi vierailijoita ja heidän ’lamppunsa syttyi’, huomasimme että käyttöä olisi muualakin. Me haluttiin peilejä, miten Raisio toimii suhteessa muihin kuntiin. Kun esittää asiaa julkisesti sadan ihmisen edessä ja kysymyksiä lentää, malli pakosti kehittyy. En siksi malttanut pyöriä vain omassa huoneessani.” (Haastattelu)

Vaissin mukaan ”Sitra ei löytänyt Raision mallia ihan sattumalta”. Hän kuvaa Raision aktiivista pyrkimystä yhteistyökumppanin löytämiseen näin:

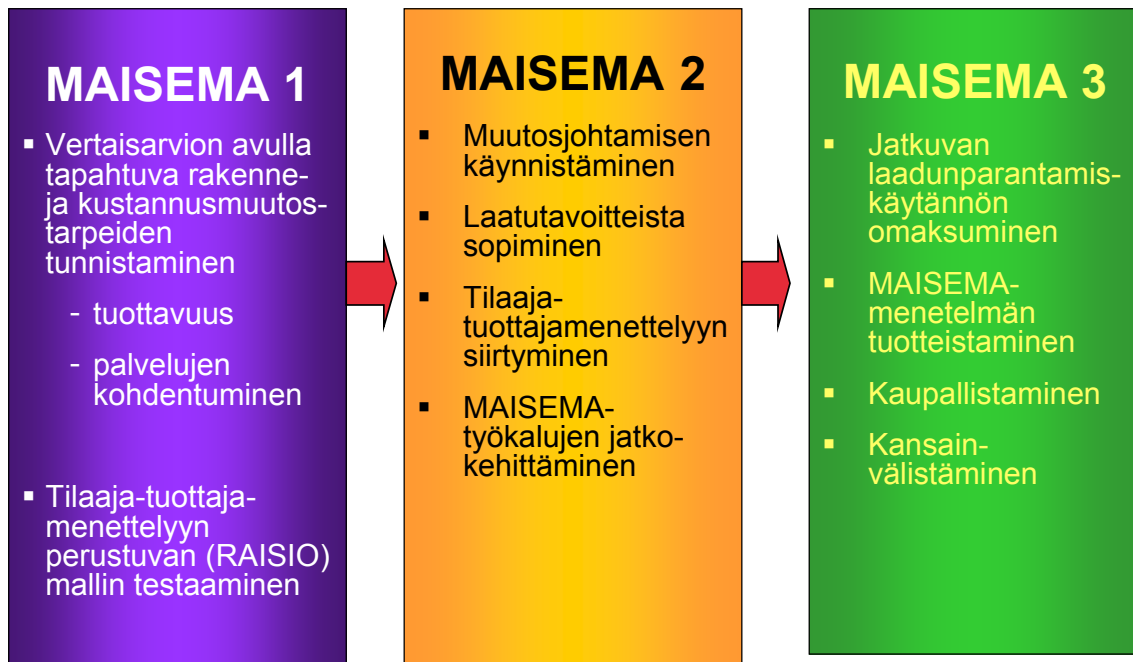
”Raisio toimi aktiivisesti kouluttajana ja konsulttina kunnille, jotka olivat kiinnostuneita mallin hyödyntämisestä. Haimme yhteistyökumppaneita muun muassa Kuntaliitosta ja Efecosta, jotka olivat minulle jo tuttuja RAVAn kehittämisestä. Myös HAUSin suuntaan teimme tunnusteluja. Tässä yhteydessä Sitra kuuli asiasta ja järjestyi tapaaminen ja Sitran kanssa asia lähti nopeasti eteenpäin.” (Haastattelu)

Sitra oli parhaillaan toteuttamassa omaa Terveystuollon ohjelmaansa, jonka tavoitteena on lisätä terveystuollon tuottavuutta ja tehoa sekä julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyötä. Sitran toiminnan esikuvina ovat toimineet yhdysvaltalaiset terveystuollon organisaatiot Kaiser Permanente ja Veterans Administration. Niistä malliksi on otettu erityisesti järjestelmän läpinäkyvyyden lisääminen ja prosessien uudistaminen siten, että tuottavuus kasvaa.

”Terveystuolto on läpinäkymätöntä, ei tiedetä minkälaisia potilaita, onko hoidolla merkitystä, mitä maksaa eikä järjestelmällistä tapaa toimia. Veterans Hospital -tapa inspiroi meitä. Veterans Hospitalin johtaja oli sitä mieltä, että muutetaan homma läpinäkyväksi ja prosesseja aletaan johtaa. He nousivat huippuluokan palveluntarjoajaksi. Veteraanit ovat huonoa potilasainesta, mutta tulokset ovat hyviä. Tämä on siis tehtävä Suomessakin... On päästävä sellaisiin hoitoprosesseihin, joissa tuottavuus kasvaa. Kun sen saamme aikaiseksi, olemme tuotteistaneet asian. Sitten tulee myös vaihtoehtoja ja syntyy vertailtavuutta. Asiakas rupeaakin tajuamaan, mistä haluaa palvelun.”
(Haastattelu, valtakunnallinen toimija)

Sitran Terveystuollon ohjelman vastuuhenkilöt näkivät Raision tilaaja-tuottajamallin edistämisen sopivan hyvin osaksi kyseistä ohjelmaa. Raision malli vaikutti välillä, jonka avulla kunta voi hyvin suunnitella, ohjata, toteuttaa ja seurata kustannuksiaan. Sitra käynnisti kuntien kanssa ns. MAISEMA-hankkeen, jonka päämääräksi asetettiin sen *selvittäminen, miten lainmukaiset, riittävät ja laadukkaat terveystuollut voidaan tulevaisuudessa toteuttaa* (MAISEMA Loppuraportti 16.5.2007). Sitra rekrytoi partnereikseen tähän työhön Raisiosta Eero Vaissin ja Satu Grönlundin sekä mittareiden kehittämiseen Nordic Healthcare Groupin.

Sitra käynnisti MAISEMA-hankkeen *kuntien terveystuollujen vertaisarviointilla*. Keväällä 2007 siihen osallistuivat Turun läntiset kunnat (Raisio, Rusko, Naantali, Rymättylä, Merimasku), Vaasa sekä Jämsän seudun kunnat (Jämsä, Jämsänkoski ja Kuhmoinen). Toinen MAISEMA-hankkeen mukainen kuntavertailu käynnistettiin syksyllä 2007, jolloin Mikkelin seudulta lähti mukaan 11 kuntaa. Lisäksi noin 70 muuta kuntaa on ilmaissut Sitralle kiinnostuksensa osallistua vertaisarviointiin. Sitralle oli ajatuksena myöhemmin kaupallistaa MAISEMA-menetelmä (ks. kuva 9).



Kuva 9. MAISEMA-hankkeen vaiheistus (Sitran dokumentti).

Sitra pyrki MAISEMA-hankkeella kuitenkin pidemmälle kuin vain vertaisarvioinnin tekemiseen. Sitran tavoitteena oli edistää kuntien palvelurakenteen muutosta. Odotuksena oli, että kun Raision mallin pohjalta tehty vertaisarviointi tuo muutostarpeet näkyviksi, kunnissa käynnistetään tätä mallia hyödyntäen tarpeellisiksi havaittuja muutosprosesseja. Jämsän seutu ilmoitti ensimmäisenä kiinnostuksensa muutosvaiheeseen lähtemisestä syksyllä 2007. Liitteessä A kuvaamme Jämsän tilannetta vuodenvaihteessa 2008–2009 ikään kuin näytteeksi siitä, kuinka Raision malliin pohjautuvasta vertaisarvioinnista voidaan siirtyä muutosjohtamiseen.

5. Muutosprosessin kuvaus Etelä-Savossa

Tämän luvun polttopisteessä on Mikkelin seudun MAISEMA-hankkeen eteneminen vertaisarvioinnista muutosjohtamisen käynnistysneuvotteluihin saakka. Painopiste on monitasoisen muutoksen mallin jäsentelyyn viitaten (kuva 1) alimman eli paikallisen tason prosesseissa, mutta kuvaukseen kietoutuu lähinnä Sitran toiminnan kautta myös vallitsevan järjestelmän tason tapahtumia ja toimintaa. Muutoksessa kysymys on viime kädessä juuri eri tasojen välisen vuorovaikutuksen aikaansaamisesta.

Ennen Mikkelin seudun MAISEMA-prosessin kuvausta esittelemme kuitenkin Etelä-Savon alueelliset ja seudulliset avaintoimijat ja MAISEMA-hankkeelle puitteita luovat keskeiset alueelliset kehittämissuunnitelmat.

5.1 Alueelliset avaintoimijat ja keskeiset kehittämissuunnitelmat

Etelä-Savon maakuntaan kuuluu 20 kuntaa (ks. liite C), ja sen asukasluku on noin 160 000 (ks. kuva 10). Etelä-Savon maakunnalle on leimallista väestön väheneminen. Selkeimmin väestö on vähentynyt maaseutukunnissa, joista väestöä muuttaa keskustaajamiin.



Kuva 10. Mikkelin seudun MAISEMA-hankkeen vertaisarvioinnissa mukana olevat kunnat.

Ikääntyneiden osuus Etelä-Savossa kasvaa nopeammin kuin muualla maassa. Maakunnan elinkeinorakenne on maan alkutuotantovaltais. Työllisyysaste on kuluvan vuosikymmenen aikana kehittynyt myönteiseen suuntaan, mutta on edelleen maan keskiarvoa heikompi. Etelä-Savoon saapuu kesäkausina paljon loma-asukkaita, ja ostovoima lisääntyy kesäisin lähes kolmanneksella (Etelä-Savon maakuntaliitto 2006a).

Seuraavassa kuvataan sellaisia alueellisia toimijoita, jotka Etelä-Savossa osallistuvat jollain tavalla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen kehittämiseen. *Kunnat* ovat luonnollisesti tästä näkökulmasta aivan keskeisessä asemassa. Etelä-Savon suurin kaupunki on *Mikkeli*. Mikkelin suurimmat teolliset työnantajat toimivat graafisen teollisuuden, elintarviketeollisuuden, puunjalostuksen ja sairaalatekstiilien aloilla. Nykyisen Mikkelin koko ja muoto on kahden kuntaliitoksen tulosta: Vuonna 2001 Anttola, Mikkelin maalaiskunta ja Mikkelin yhdistyivät uudeksi Mikkelin kaupungiksi. Vuonna 2007 Mikkelin liitettiin myös Haukivuori. Mikkelin sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset ovat keskisuurten kaupunkien vertailussa keskitasoa 2,2 % suuremmat. Erityisen suuria Mikkelin kustannukset ovat psykiatrisessa hoidossa, vammaispalveluissa ja lastensuojelussa. Kustannukset ovat nousseet vertailukuntia enemmän parina viime vuonna. (Mikkelin seudun MAISEMA-hankesuunnitelma 1.9.2007.)

Alueen kunnat jakautuvat pääosin kahteen sairaanhoitopiiriin. *Etelä-Savon sairaanhoitopiirin* väestöpohja on 108 000. Se on kymmenen kunnan kuntayhtymä. Siihen kuuluvat Hirvensalmi, Juva, Kangasniemi, Mikkelin, Mäntyharju, Pertunmaa, Pieksämäki, Puumala, Ristiina ja Suomenniemi. Piirin kaksi sairaalaa ovat Mikkelin keskussairaala ja Moision sairaala. Ylintä päätäntävaltaa sairaanhoitopiirissä käyttää valtuusto, jossa jokaisella jäsenkunnalla on kunnan asukaslukuun perustuva määrä jäseniä. Hallitus on toimeenpaneva elin, ja siinä on yhdeksän jäsentä. Piirin henkilöstömäärä vuonna 2004 oli 1 200.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirillä on käynnissä niin sanottu Piirin Paras -hanke. Hankkeessa kehitetään sellaista toimintamallia, jossa Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntien sosiaalitoimi, ympäristöterveydenhuolto, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido yhdistetään yhdeksi järjestelmäksi. Hanke selvittää myös, miten alueella organisoidaan Paras-hankkeen edellyttämät 20 000 asukkaan väestöpohjat huolehtimaan palvelujen tilaamisesta. Sairaanhoitopiiri uudistaa parhaillaan johtamisprosessejaan.

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (niin sanottu SOSTERI) on erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen palveluja kattava sairaanhoitopiiri. Sen väestöpohja on 43 000, ja sen jäsenkunnat ovat Enonkoski, Kerimäki, Parikkala, Punkaharju, Rantasalmi, Savonlinna, Savonranta ja Sulkava. SOSTERIn vakituisen henkilöstön määrä on noin 1 600. Piirin ainoa sairaala on Savonlinnan keskussairaala.

Mikkelin seudun vetovoimaisuuden ja elinvoimaisuuden lisäämiseksi seudun seitsemän kuntaa muodostivat vuonna 2006 seutukokeilulain perusteella *Mikkelin seudun*, joka toimii itsenäisenä julkishallinnollisena yhteisönä. Sen tavoitteena on edistää alueen kehitystä niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin. Seudun toimielimet ovat seutuvaltuusto ja seutuvaliokunta. Mikkelin seutuun kuuluvat virallisen seutukuntajaon mukaan Hirvensalmi, Kangasniemi, Mikkelin, Mäntyharju, Pertunmaa, Puumala ja Ristiina. Yhteistyössä on mukana myös Juva. Alueen asukasmäärä on yli 74 000. Kaikki Mikkelin seutuun kuuluvat kunnat ovat mukana MAISEMA-hankkeessa.

Etelä-Savon maakuntaliitto puolestaan on aluekehitysviranomainen, joka vastaa Etelä-Savon maakunnan yleisestä kehittämisestä. Maakuntaliitto toimii jäsenkuntiensa yhteisenä tahdonmuodostusväylänä ja valvoo maakunnan etua. Vuonna 2004 maakuntahallitus käynnisti ”Palveleva Etelä-Savo 2013” -hankkeen selvittämään kunnallisten palvelujen rakenteita ja tuottamaan esityksiä sellaisista palvelujen tuottamistavoista, joilla turvataan maakunnan asukkaille palvelujen saavutettavuus ja laatu. (Etelä-Savon maakuntaliitto 2006b.)

Selvityksen valmistuttua maakuntaliitto nimesi tohtori Kari Puron selvittämään Etelä-Savon optimaalista kunta- ja palvelurakennetta. Selvitysraportissa todettiin, että suurin osa eteläsavolaisista kunnista ei pysty itsenäisesti tuottamaan perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluja riittävän tehokkaasti ja taloudellisesti. Raportissa esitettiin kolme vaihtoehtoista kuntien yhteistyöjärjestelyn mallia, joista jokaisessa lähtökohtana on tilaaja-tuottajapohjainen toteuttamistapa (Puro 2008). Parhaimpana mallina esitettiin Etelä-Savon rakentuminen kuntaliitoksin Mikkelin, Savonlinnan ja Pieksämäen ympärille, jolloin Etelä-Savossa olisi kaksi tai kolme peruskuntaa. Tällaisella kuntarakenteella peruskunta pystyisi vastaamaan koko sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluista ja erikoissairaanhoidonkin palveluista. Puro ei kuitenkaan uskonut, että tällainen rakenneuudistus saataisiin lyhyessä ajassa toteutettua.

Raportin vaihtoehtoiset mallit pohjautuivat kuntayhtymiin. Niiden eduksi mainittiin se, että palvelujen tilaaja ja tuottaja eivät olisi sama yksikkö. Toinen malli oli yksi kuntayhtymä, joka toimisi koko tai miltei koko maakunnan alueella. Kolmas oli kahden kuntayhtymän malli, jossa Mikkelin seudulla toimisi oma sosiaali- ja terveydenhuollon tilaajaorganisaatio ja Savonlinnan seudulla oma. Pieksämäki voisi jatkaa palvelujen tuottamista nykyiseen tapaan. Esiselvitys ei missään mallissa esittänyt nykyisten Etelä- ja Itä-Savon sairaanhoitopiirien yhdistämistä.

Seuraavaksi tarkastellaan sitä, kuinka Sitran MAISEMA-hanke pyritään viemään osaksi edellä kuvattua seudullista kehittämistä. Tapahtumien kulusta esitetään kronologinen kuvaus.

5.2 Muutoksen käynnistyminen MAISEMA-hankkeen näkökulmasta

5.2.1 Kuntien vertaisarvioinnin käynnistäminen

Paras-hankkeen linjausten mukaisesti Mikkelin seutuvaliokunta oli asettanut tavoitteeksi yhteistoiminta-alueen luomisen sosiaali- ja terveystoimeen vuoden 2009 alusta (Mikkelin seutuvaliokunnan kokouspöytäkirja 4/2007). Kun Sitra ehdotti Mikkelin seudulle yhteistyötä MAISEMA-hankkeen puitteissa kesällä 2007, seudun sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat pitivät hanketta hyvänä *välineenä kerätä sellaista tietoa, jota tarvitaan yhteistoiminta-alueen muodostamisprosessissa*. Mikkelin seudun, Etelä-Savon sairaanhoitopiirin, Mikkelin kaupungin ja Sitran välillä käydyt yhteistyöneuvottelut johtivat lokakuussa 2007 sopimuksen allekirjoittamiseen MAISEMA-hankkeen toteuttamiseksi Mikkelin seudulla. Tässä vaiheessa INNOTE-hankkeen tutkijat käynnistivät Mikkelin seudun MAISEMA-prosessin havainnoinnin ja avaintoimijoiden haastattelut (liite B). Tavoitteena oli tutkia Raision tilaaja-tuottajamallin käyttöönoton läpivientiä Mikkelin seudulla.

Sitralla Mikkelin seudun MAISEMA-hankkeen käynnistyminen merkitsi 11 uuden kunnan mukaansaantia vertaisarvioon. Aluksi mukaan lähtivät Mikkeli, Pieksämäki, Ristiina, Hirvensalmi, Mäntyharju, Pertunmaa, Suomenniemi, Kangasniemi ja Puumala. Muutaman kuukauden viiveellä mukaan liittyivät samalta seudulta Juva ja Joroinen. Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen asiantuntija kuvasi kunnan osallistumisintressejä seuraavasti:

”Raision mallin valtava julkisuus vaikutti ja edesauttoi. Ilmo Parvisen markkinointireissut saivat vakuuttuneiksi, Sitran oma aktiivisuus. Raision malli näytti konkreettiselta mallilta, jossa päästään asioihin kiinni. Sitran yhteistyöhakuisuus Mikkkelissä oli taustalla, Sitralla on ollut monta hanketta Mikkkelissä ja siihen luotetaan. Otettiin kiinni tästä asiasta, kun kuultiin.” (Haastattelu, seudullinen substanssiosaaja)

Sitran tavoitteet yhteistyölle ulottuivat alusta pitäen vertaisarviointia pidemmälle, *kuntien palvelurakenteen muutosvaiheeseen*. Vaikka tämän vaiheen yhteistyö ei kuulunutkaan alkuvaiheessa sopimuksen piiriin, se kirjattiin Mikkelin MAISEMA-hankesuunnitelmaan (ks. kuva 11).



Kuva 11. Mikkelin MAISEMA-hankkeen aikataulu (Mikkelin seudun MAISEMA-hankesuunnitelma 1.9.2007).

Sitran edustaja kuvasi Sitran pyrkimyksiä Mikkelin seudulla seuraavasti:

”(Onnistuminen olisi) se, että Mikkeliissä saadaan tuottavuuden nousun avulla uudelleen allokoitavaa rahaa. Ennen vanhaan sitä kutsuttiin säästökseksi. Se pitäisi nyt investoida laadun kehittämiseen. Eli että jos Mikkelin menot jäätyisivät viideksi vuodeksi, ehkä pidemmäksikin, mutta laatu silti parani.” (Haastattelu, valtakunnallinen toimija)

Hankkeen tavoitteeksi asetettiin Raision mallin mukaisten tietojen kerääminen ja analysointi sekä muutostarpeiden esittäminen analyysin pohjalta. Hankkeella pyrittiin toiminnan läpinäkyvyyden lisäämiseen ja tuottavuuden parantamiseen kaikissa mukana olevissa kunnissa. Lisätavoitteeksi asetettiin se, että yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa kehitetään erikoissairaanhoidon tilausta Raision mallin mukaiseen yksinkertaiseen suuntaan. (Mikkelin seudun MAISEMA-hankesuunnitelma 1.9.2007.)

Vertailutiedon keruu Mikkelin seudulla käynnistettiin lokakuussa 2007. Raision sosiaali- ja terveystoimen talouspäällikkö Satu Grönlund tarjosi kuntien vertailutietojen kerääjille asiantuntevaa tukeaan. Ennen tiedonkeruun käynnistämistä hän kävi henkilökohtaisesti kaikissa kunnissa keskustelemassa taulukoiden täytön vaatimuksista ja tutustui kunnan talousseurannan tapaan. Tämän keskustelun pohjalta hän laati kullekin kunnalle taulukko-pohjan täydennettäväksi ja lähetti täyttöohjeet. Noin parin viikon päästä tästä hän otti kuntiin yhteyttä ja tarjosi apua, mikäli se oli tarpeen. Koska vakiintuneet kirjaustavat olivat kunnissa vaihtelevia eivätkä tietojärjestelmät aina tarjonneet tukeaan, tiedonkeruu kunnissa oli työlästä ja kysymyksiä Satu Grönlundille esitettiin paljon.

”On ollut iso työ kerätä lähtötiedot. Se on ollut osittain vaikeata. Mutta työ on nähty mielekkäänä ja ollaan motivoituneita.” (Haastattelu, seudullinen substanssiosaaja)

”Huomattiin, että taulukoiden täyttö on monimutkaista, se vaatii paljon tietoa ja aikaa ja vaivaa... Meidän tietojärjestelmät eivät tuota riittävästi ja helposti sitä tietoa, jota taulukoiden täyttämiseen tarvitaan.” (Haastattelu, seudullinen substanssiosaaja)

Myös Satu Grönlundin tiedonkeruuseen ja analyysiin liittyvä työ oli vaativaa, mitä kuvaa oheinen raportti:

”Tänään oli kova päivä. // Aamupäivästä iltapäivän puolelle kävimme läpi Mikkelin hoito- ja hoivapalveluiden, keskeneräisten vastaanottopalveluiden, hammashoidon ja aikuispsykososiaalisten palveluiden taulukot. Suurin aika kului hoito- ja hoiva-asioihin. Paikalla oli oikeita henkilöitä ja keskustelua tuli paljon. Yritin osoittaa kohdat, joiden tieto pitää olla aivan oikein. Kerroin jatkoanalyysien aikaisemmista painopisteistä jne. // Illalla kokosin uudelleen vastaanottopalvelujen taulukon Mikkelin, Ristiinan ja Puumalan osalta. Samoin hammashuollon taulukot... Päivän päätteeksi kerroin itselleni: kaikki päivät eivät ole toistensa kaltaisia, tänään tehty työ helpottaa huomista.” (Kenttäraportti)

Grönlund käsitteli taulukoiden täyttöön liittyviä kysymyksiä ja näkökohtia kunkin kunnan sosiaali- ja terveystoimen asiantuntijoiden ja talouspäälliköiden kanssa, jotta tulkinnat kaikissa kunnissa olisivat mahdollisimman vertailukelpoisia. Hän muokkasi kuntien toimittamien tietojen pohjalta vertaisarvion. Hänen työhönsä oltiin kunnissa tyytyväisiä ja häneen luotettiin, kuten seuraava arvio kuvaa:

”Rautainen Satu Grönlund sanoo, miten ne lasketaan ja se tehdään näin. (Sitra) henkilöityy Satuun myös – jalat maassa, tehdään työ hyvin.” (Haastattelu, seudullinen substanssiosaaja)

Vertaisarvioinnin alustavat tulokset esiteltiin ensin MAISEMA-hankkeen koordinaatioryhmälle tammikuussa 2008. Lähes kaikki koordinaatioryhmän jäsenet olivat saapuneet kiinnostuneina paikalle, mutta tilaisuudessa käyty keskustelu tai tulosten kommentointi julkisesti oli vähäistä. Tulosten julkaisemisen jälkeisissä haastatteluissa kuntien perusturvajohtajat kertoivat, ettei vertaisarvioinnissa tullut esille yllättävää. Se lähinnä vahvisti aiempia käsityksiä siitä, mikä on oman kunnan palvelutilanne. Kunnat saivat viikon aikaa tehdä pieniä tärkeäksi näkemiään korjauksia omiin tietoihinsa.

5.2.2 Vertaisarvioinnin tuloksista tiedottaminen

5.2.2.1 Tiedottaminen henkilöstölle ja kunnan päättäjille

Tammikuun lopulla 2008 Sitra kutsui kunnanjohtajat, kunnan hallitusten puheenjohtajat sekä muut alueen sosiaali- ja terveystoimen päättäjät MAISEMA-hankkeen tulosten esittelytilaisuuteen. Tilaisuuteen oli pyydetty myös valtionvarainministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön edustajat puhumaan valtiovallan politiikkatoimenpiteistä. Ministeriöiden edustajien läsnäolo loi tilaisuuteen sen vireyksen, että Mikkelin MAISEMA-hankkeessa kehittämistä tehdään valtakunnallisten linjausten mukaan.

Sitran edustaja kannusti osallistujia muutokseen viitaten tietoihin siitä, miten Mikkelin seudun kuntien verotulot ja valtionosuudet ovat muuttuneet. Hän kiteytti sanomansa seuraavasti:

”Kasvut ovat kohtuullisia, joten tilanne on hallittavissa. Nyt tarvitaan jämäkkyyttä ja yhteishenkeä. On kaikkien etu ja jokaisen kunnan etu lähteä yhteistyöhön. Tuotanto- ja palvelurakenteita on muutettava tarkoituksenmukaisiksi väestön tarpeeseen nähden eikä totuttuihin tuotantomenetelmiin nähden.” (Kenttäraportti, valtakunnallinen toimija)

Mikkelin seudun raportti esiteltiin pääpiirteissään ja kommenttipuheenvuorot siihen oli pyydetty Mikkelin kaupunginjohtajalta ja Etelä-Savon sairaanhoitopiirin johtajalta. Kaupunginjohtaja kiteytti myönteisessä kommenttipuheenvuorossaan: ”Rakenteet ja palvelut kuntoon. Se on elinvoimaisuutemme edellytys.” Piirinjohtaja kertoi sairaanhoitopiiriin osallistumisintressin liittyvän haluun lisätä läpinäkyvyyttä ja tuottavuutta. Sairaanhoitopiirillä on käynnissä oman organisaation, budjettirakenteiden ja seurantajärjestelmien uudistaminen:

”(Piirissä pyritään) löytämään oikea suhde kansalaisten tarpeiden ja tuotannon välille niin, ettei tuotanto ohjaa kaikkea.” (Kenttäraportti 24.1.08)

MAISEMA-hankkeen tuloksista tiedotettiin kuntien sosiaali- ja terveystoimen omalle välle ja kuntien luottamushenkilöiden edustajille kahdessa peräkkäisessä tilaisuudessa helmikuun alkupuolella 2008. Etukäteen varmistettiin, että sekä Mikkelin kaupunginjohtaja että sairaanhoitopiirin johtaja pääsevät osallistumaan näihin tilaisuuksiin, jotta organisaatioiden sitoutuminen näkyisi. Koska Sitra oli pyrkinyt siirtämään vastuuta prosessin etenemisestä paikallisille toimijoille, kunnat järjestivät sisäiset tilaisuudet omin voimin. Osallistujien joukko jäi odotettua pienemmäksi, koska henkilöstölle oli kerrottu mahdollisesta tilanpuutteesta, jos suuri joukko osallistuisi. Kahdessa tilaisuudessa kuuli-joita oli yhteensä runsaat seitsemänkymmentä odotetun parin sadan sijaan.

Eero Vaissi esitteli tulokset molemmissa tilaisuuksissa todeten, että tarkastelluissa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksissa oli merkittäviä eroja, jotka eivät selittyneet ikärakenteen ja sairastavuuden eroilla. Suurimmat erot olivat hoito- ja hoivapalveluissa ja erikoissairaanhoidon kustannuksissa. Hoito- ja hoivapalveluiden kustannustaso 75 vuotta täyttäneellä kohden vaihteli Mikkelin seudun kunnissa välillä 6900–9400 €. Mikkelin seudun erikoissairaanhoidon kustannukset olivat yhtä korkeita kuin Jämsän seudulla ja Vaasassa. Palveluihin ohjaaminen oli osoittautunut seudulla hajanaiseksi. Kotihoidon vaikuttavuus palvelurakenteisiin oli havaittu heikoksi, koska palvelujen tuotanto oli organisoitu erikseen kotisairaanhoidon, kotipalveluun, tukipalveluihin ja päiväkeskukseen. Aikuisten psykososiaalisten palvelujen kustannuserot olivat suuria sekä avo- että laitospuolella. Selvityksen tekijät arvioivat Mikkelin seudun optimointivaraksi 39 milj. €. (Mikkelin seudun MAISEMA-hanke. Loppuraportti. 2008.)

Johtopäätöksenä Vaissi totesi, että terveystaloudet voidaan toteuttaa siten, että kustannukset pysyvät kurissa ja palvelujen laatu samanaikaisesti säilyy tai jopa parantuu. Esimerkiksi tästä hän nosti Pertunmaan kunnan ja kuvasi sitä vanhustenpalveluissa ”mallioptimiksi”. Pertunmaan kunnan hoito- ja hoivapalvelujen rakenne oli osoittautunut tasapainoiseksi, ja oli käynyt ilmi, että siellä palvelutarpeen arviot tehtiin tarkasti. Kunnan kustannukset hoiva- ja hoitopalveluissa olivat edullisia eikä merkittävää säästöpotentiaalia ollut. Palvelujen peittävyys oli vähäinen, mutta toisaalta palvelujen ulkopuolella ei ole niitä tarvitsevia vanhuksia. Tämä oli selvitetty mm. kattavilla kotikäynneillä.

Uusi käänne: Raision malli isompiin kuntakokoihin sopivampi

Tilaisuuden lopuksi Vaissi toi esille yllättävän toteamuksen. Hän huomautti, ettei Raision tilaaja-tuottajamalli sovellukaan Mikkelin seudulle suunnitellun yhdeksän kunnan yhteistoiminta-alueen ohjausmalliksi. Hän esitti, että kuntaliitoksilla tulisi luoda suurempia kuntaryppäitä. Hän tiivistä:

”MAISEMAsta tulee raskas ja liian monimutkainen. // Isompiin kuntakokoihin pitäisi päästä.”
(Kenttäraportti 11.2.08)

Tämä huomio herätti hämmennystä joissakin osallistujissa, koska kuntaliitoksista ei seudulla juuri ollut keskusteltu. Laajan yhteistoiminta-alueen rakentamisen ajatus oli edelleen vahvasti monien seudun toimijoiden mielessä. Tämä ilmeni erään osallistujan huomautuksesta:

”Eero Vaissi on sitä mieltä, että tähän tarvittaisiin kuntaliitos, jotta Raision malli toimisi. Kunnilla on kyllä aika erilaisia käsityksiä siitä. Saa nähdä mitä tästä tulee.” (Kenttäraportti 11.2.08, seudullinen substanssiosaaja)

Aiheesta ei lähdetty kuitenkaan tilaisuudessa julkisesti keskustelemaan. Yleisöstä esitettiin muutamia tarkentavia kysymyksiä, mutta kaiken kaikkiaan keskustelu jäi vaimeaksi.

Edellä kuvattuja henkilöstölle ja kunnan päättäjille tarkoitettuja tilaisuuksia suunniteltaessa Sitra oli korostanut sitä, että tilaisuudet on järjestettävä huolella, koska olisi kriittisen tärkeää saada henkilöstö ja päättäjät mukaan MAISEMA-vertaisarvion esille nostamien muutostarpeiden toteuttamiseen. Sitra oli tarkoituksella pitäytynyt tilaisuuksien järjestelyjen ulkopuolella siirtääkseen enemmän vastuuta muutoksen eteenpäinviemisestä seudullisille osajille. Jälkikäteen arvioiden Sitran vetäytyminen järjestelyistä oli ehkä liian aikaista, koska tilaisuuksien toteutus paikallisin voimin ei ollut kovin onnistunut: osallistujien määrä jäi pieneksi ja keskustelu vaimeaksi. Tilaisuuksien ohjelmassa ei myöskään ollut kaupungin tai sairaanhoitopiirin johdon kannanottoja tai muutokseen innostavaa puheenvuoroa, joilla olisi voitu antaa sisältöä nyt kalpeaksi jääneelle selvitysraportoinnille.

5.2.2.2 Tulosten julkistaminen tiedotusvälineille

Sitra oli ottanut vastuulleen tiedotusvälineille suunnatun tulosten julkistamistilaisuuden järjestelyt. Tiedotusvälineet oli kutsuttu paikalle Mikkelin pääkirjaston auditorioon samana iltapäivänä kuin henkilöstötilaisuudet oli pidetty. Paikalla oli noin 20 henkeä, joista 3–4 edusti paikallista lehdistöä. Osallistujille jaettiin lehdistötiedotteet ja ohjelmat. Tilaisuuden ohjelmassa oli Eero Vaissin tulosesittely ja siihen pyydetty puheenvuorot Mikkelin kunnanjohtajalta, Etelä-Savon sairaanhoitopiirin johtajalta sekä Pertunmaan perusturvajohtajalta. Sitran Terveystieteiden ohjelman johtaja oli saapunut pitämään tilaisuuden päätöspuheenvuoron. Sitran edustaja kiteytti lähtökohdat seuraavasti:

”Tällä seudulla on MAISEMAN selvityksen mukaan noin 10–39 miljoonan euron optimointivara, joka tulisi sijoittaa uudelleen. Nyt Mikkelin seudun kuntarakenne tulisi ottaa luupin alle. Koska seudulla on noin 100 000 asukasta, täällä on Mikkelin lisäksi tilaa vain kahdelle kunnalle.” (Kenttäraportti 20.2.08, valtakunnallinen toimija)

Mikkelin kunnanjohtaja piti muutoshenkeä nostattavan puheenvuoron, jossa hän pyrki rikkomaan sellaisia uskomuksia kuin että Mikkelin terveystieteiden palvelut olisivat alibudjetoituja, palvelutaso laskisi kun järjestelmää muutetaan ja että terveydenhuollon uudistaminen olisi mahdotonta. Hän ilmoitti, että Mikkelin kaupunki on lähdössä MAISEMA-hankkeen muutosjohtamiseen.

”MAISEMAN tulokset on toki tiedetty itsekin, mutta tämä antaa nyt perusteluja ja kättä pidempää. Nyt aletaan tehostaa oikeasta paikasta.” (Kenttäraportti 20.2.08, kunnanjohtaja)

Pertunmaan perusturvajohtaja Hans Gärdström kertoi siitä muutoksesta, joka Pertunmaan peruspalvelujen ongelmien ratkaisemiseksi oli tehty vuodesta 2000. Kunnan sosiaali- ja terveystoimi yhdistettiin, prosessit rakennettiin asiakaslähtöisiksi ja kaikki säästöt sijoitettiin kehittämistyöhön. Kehittämisen punaisena lankana oli se asenne, että ihmisen paras paikka on kotona. Hän kuvasi, että työläs muutos on tuottanut hyvän tuloksen:

”(Asennemuutos) vaati isoa kädenväntöä! Ihmiset ovat kuntoutuneet ja asenne on muuttunut myös henkilökunnalla. Ja mummot ja vaarit eivät ole Pertunmaalla barrikaadeilla. He ovat tyytyväisiä. Meillä on hyvä yhteys erikoissairaanhoidon. Olemme panostaneet ennalta ehkäisevään terveydenhuoltoon.” (Kenttäraportti 20.2.08, seudullinen substanssiosaaja)

Sitran päätöspuheenvuorossa kerrottiin yhdysvaltalaisen Veterans Administration -sairaalan menestyksestä. Sairaala oli kymmenen vuotta Yhdysvaltain huonoimpien terveyspalvelun tarjoajien joukossa ja on nyt toiseksi paras. Kustannusten kasvu oli saatu kuriin.

”Uusi läpinäkyvyyden kulttuuri muutti kaiken. Suomessa läpinäkyvyys on todellinen ongelma. Tässä hankkeessa on nyt päästävä vuorovedoin liikkeelle. Opitaan toinen toisiltamme: Pertunmaalla on tuo hyvin, Vaasassa tuo. Poolissa on nyt 35 kuntaa. Kun saadaan 70–100 kuntaa tähän mukaan, saadaan hyvä muutosvoima aikaan. Ei ole nopeita caseja. Tämä on jatkuvaa uudelleen motivoitumista, kehittämistä ja kouluttautumista.” (Kenttäraportti 20.2.08, valtakunnallinen toimija)

”Vuoroveto”-ideaan nojaten Sitra painotti, että jämsäläisten, mikkeliäisten ja raisio-laisten tapaaminen on tärkeää. Pertunmaan tapaus osoitti, että seudun kuntien ei tarvitsekaan käyttää vertailukriteerinä Raision kaupungin tilannetta. Omalta seudulta näytti löytyneen kunta, jonka väestörakenne vastaa paremmin seudun muiden kuntien rakennetta kuin Raision. Mikkelin sosiaali- ja terveysjohtaja kiteytti asian ideaksi, että Pertunmaasta voisi tulla ”seudullinen konsultti”. Pertunmaan löytyminen malliksi näytti vahvistavan luottamusta yhteisen oppimisen mahdollisuuteen.

5.2.2.3 Pertunmaa lähikuvassa

Koska Pertunmaan kunnan terveyspalvelut näyttivät MAISEMA-hankkeen vertailussa poikkeavan edukseen muista Etelä-Savon kunnista, luomme katsauksen siihen, millä tavalla sosiaali- ja terveystoimi on kunnassa organisoitu ja mihin kunnan lähipalvelujen kustannustehokkuus perustuu. Seuraava kuvaus perustuu tutkijoiden yhteen vierailukäyntiin kunnassa ja sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomuksiin vuosilta 2000–2007.

Pertunmaan¹ terveyspalvelut oli organisoitu vuoteen 2000 asti kuntayhtymänä Mäntyharjun kunnan kanssa, ja vain sosiaali- ja terveystoimi kuului siihen asti kunnan omaan organisaatioon. Kuntayhtymä päätettiin purkaa vuonna 2000. Purkautumiseen liittyi erimielisyyksiä kuntien luottamusmiesten välillä. Pertunmaan oli pienenä kuntana etsittävä uutta tehokasta tapaa organisoida lähipalvelut. Ensimmäisenä muutostoimenpiteenä päätettiin yhdistää kunnan sosiaali- ja terveystoimi hallinnollisesti ja toiminnallisesti.

Haastateltavat kuvasivat muutoksen edenneen toisaalta alueellisten kehittämishankkeiden siivittämänä, toisaalta henkilökunnan omien huomioiden ja tehostamispyrkimysten kautta. Pertunmaan kunnassa esimerkiksi yhdistettiin vuonna 2007 kunnallinen kotipalvelu (kuva 12) ja kotisairaanhoidon. Aloite lähti henkilökunnasta, kuten johtava hoitaja kuvaa:

”Meillä on viime vuonna yhdistetty kotipalvelu ja kotisairaanhoidon. Henkilökunta itse sitä halusi ja oli hyvä sauma sitten yhdistää nämä. // Kotihoidossa oli aikaisemmin kaksi kotisairaanhoidtajaa, toinen oli lähihoitaja, toinen terveydenhoitaja. He olivat jakaneet kunnan puoliksi. Sitten musta tuntui, että se ei ole ihan tasapainossa. Ja oli samoja asiakkaita kotipalvelun kanssa. Kotipalvelussa oli vastavalmistuneita lähihoitajia. He toivat esille, miten he kelpaavat jakamaan viikonloppuna lääkkeitä ja hoitamaan haavoja, kun he eivät saa tehdä mitään, vaikka heillä on alan koulutus. Ihan lähti tällainen keskustelu liikkeelle. // Sitten käytiin puoli vuotta työnjakoa henkilökunnan kanssa läpi ja meidän kaikki lähihoitajat kävivät labrassa opettelemassa verinäytteen ottoa jne. Eli meillä toimii nyt yksi terveydenhoitaja tiiminvetäjänä ja samalla menttiin tällaiseen itseohjautuvaan tiimimalliin.” (Haastattelu, seudullinen substanssiosaaja)

Haastatteluote kuvaa, että henkilökunta halusi itse koulutautua tekemään sekä kotipalveluun että kotisairaanhoidon liittyviä tehtäviä, koska työntekijät huomasivat palvelevansa samoja asiakkaita.

¹ Pertunmaan kunta on väkiluvultaan pieni, 2 021 henkeä. Kunta on suosittu lomanviettopaikka. Kesäasukkaita kuntaan tulee vuosittain noin 3 700. Pertunmaa kuuluu Etelä-Savon maakuntaan. Mikkelin kaupunkiin matkaa on noin 60 kilometriä. Pertunmaalla on kaksi päätaajamaa. Kirkonkylä toimii Pertunmaan hallinnollisena keskuksena ja on myös keskustaan ulottuvine järvimaisemineen rauhallinen asuinpaikka palveluineen. (<http://www.pertunmaa.fi> 9.5.2008.)



Kuva 12. Pertunmaan kunnan kotipalvelujen päiväkeskus.

Henkilökuntaa² on viime vuosina koulutettu itseohjautuvaan tiimitoimintaan. Koulutuspalvelut on hankittu Mikkelin ammattikorkeakoululta. Henkilökuntaa on myös kannustettu kouluttautumaan monitaitoisiksi osaajiksi. Yksi henkilö voi toimia pienessä kunnassa samanaikaisesti ja vuorotellen eri tehtävissä, kuten osastonhoitaja kuvasi omaa tehtäväkenttäänsä:

”Nyt olen osastonhoitajana tuossa terveydenhoitopuolella sekä teen sosiaalipuolella töitä. Tänään olin iltapäivällä hammashoitolassa, koska mulla on hammashoitajan koulutus myös. Tein kolme tuntia siinä hammashoitajan töitä, ja vastaanotossa voin tehdä työtä ja osastolla ja olen tehnyt päiväkeskuksessa työtä. Täällä monitaitoisuus on edellytys.” (Haastattelu, seudullinen substanssiasiantuntija)

Pertunmaan kunnassa on pyritty systemaattisesti ja johdonmukaisesti vähentämään vuodepaikkojen määrää. Samanaikaisesti painopistettä on siirretty palveluasumista ja kotihoitoa tukevaksi. Seuraava ote perusturvalautakunnan kokouksesta (17.10.2007) kiteyttää tätä suuntaa:

”Pertunmaan perusturva on vuosien aikana onnistunut erinomaisesti kehittämään ikäihmisten kotona asumista tukevia palveluita ja ryhmäkotiasumista. Tavoitteena on ollut ikäihmisten inhimillinen

² Pertunmaan kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrä vuonna 2008 oli 48 (ilman päivähoitoa ja sosiaalitoimistoa).

ja turvallinen elinympäristö kunnioittaen heidän omia tarpeitaan ja itsemääräämisoikeutta. Laitosvaltaisuutta on määrätietoisesti vuosien varrella vähennetty ja myös meneillään oleva Kotona-projekti tukee ikäihmisten kotona selviytymistä. Laitospaikkojen vähentämistä on syytä edelleen jatkaa, tällä hetkellä Pertunmaan vuodeosastolla on 15 laitospaikkaa. Paikkojen määrää on tarkoitus vähentää 1.3.2008 neljään vuodeosastopaikkaan, kahdeksan paikkaa muuttuu tehostetun palveluyksikön paikoiksi ja lisäksi samanaikaisesti on tarkoitus lisätä nykyisen Kissankulman paikkamäärää kahdella siirtämällä fysioterapia muihin tiloihin.” (Pertunmaan perusturvalautakunnan kokouspöytäkirjan ote 17.10.2007)

Haastateltavat kuvasivat, kuinka vanhusten itsemääräämisoikeutta on haluttu kunnioittaa palveluasumisessa. Henkilökunta ei esimerkiksi mene ilmoittamatta omilla avaimillaan vanhusten asuntoihin.

Kehittämistoimintaa on ohjannut samanaikaisesti tietoisuus ja halu tehdä laadukkaampaa hoito- ja hoivatyötä, mutta myös toiminnan kustannusten hallinta ja läpinäkyvyys ovat olleet tärkeitä motivoivia tekijöitä. Johtava hoitaja kuvaa seuraavasti:

”Taloushallinta on jotain erilaista täällä (kun vertaan toiseen kuntaan, jossa olin vuoden verran töissä). Miten meillä budjetti rakennetaan. Lähdetään jo kesällä rakentamaan. Se lähtee siitä meidän toiminnasta eikä vaan tehdä äkkiä viime vuoden lukujen pohjalta. Täällä on jotain sellaista erilaista. Totta kai on kova paine tehdä karsintaa ja tehdään monta kierrosta kunnanhallituksessa. Täällä perustellaan asioita, eikä meidän ole tarvinnut tehdä budjettia, joka olisi ihan mahdoton. Lautakunnassa seurataan kolmen kuukauden välein, mikä on taloustilanne. Ja me itse seurataan ihan kuukausittain, miten toteumat kehittyvät.” (Haastattelu, seudullinen substanssiasiantuntija)

Vierailukäynnistä tuli vaikutelma vahvasta Pertunmaan me-hengestä ja kunnan yhteisöllisyyden merkityksestä. Kunnassa on paljon ikäihmisiä kiinnostavaa vireää järjestötoimintaa. Sosiaali- ja terveystoimen johtaminen on ollut kannustavaa ja ihmisläheistä. Henkilökunnan omia luovia käytännön ratkaisuja on sekä kuunneltu että lähdetty yhdessä kehittämään eteenpäin. Johtava hoitaja kuvaa asiaa seuraavalla tavalla:

”Täällä on hirmu kannustavaa ja innostavaa tehdä työtä, kun meille jokaiselle jää tilaa. Musta se salaisuus siihen, että ne muutokset lähtevät käytäntöön, on että on lupa lähteä heti toteuttamaan. Meillä on vapaus luovasti miettiä niitä käytännön ratkaisuja henkilökunnan kanssa. Meillä hyvin nopeasti asiat toteutetaan. Meillä on kuitenkin sellainen hallinnan tunne. Kaikilla asioilla on väliä. Muutoksen johtamisessa on tärkeä se luottamus.” (Haastattelu, seudullinen substanssiasiantuntija)

Pertunmaan kunnan perusturvajohtajan mielestä pienen kunnan palvelujen organisoinnissa on se etu, että ihmisillä säilyy tuntuma oman työnsä vaikutuksiin ja halu kehittää työtään.

”Autonomiset yksiköt pitäisi olla pieniä, koska siten säilyisi ihmisillä vahva halu kehittää. Halu tehdä yhteisön eteen enemmän säilyisi. Tämä ei ole ollut vielä (MAISEMA-hankkeen) koordinaatio-ryhmässä keskustelussa. Jos mennään liian isoihin yksiköihin, ihmisiltä häviää aito halu kehittää työyhteisöä.” (Haastattelu, seudullinen substanssiasiantuntija)

Pertunmaan edistyksellinen toiminta on huomattu myös mm. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin tasolla. Pertunmaan niin sanottu TULPPA-työryhmä sai hoitotyön palkinnon vuonna 2007. TULPPA on ryhmämuotoinen avokuntoutusohjelma valtimotautipotilaille ja niille, joilla on hoitoa vaativia vaaratekijöitä. Ohjelmassa pyritään erityisesti vähentämään vaaratekijöitä elintapakorjauksella. Lisäksi pyritään vähentämään sairauden mukanaan tuomaa pelkoa ja ahdistusta sekä puuttumaan ajoissa masennukseen.

Palkinnon myöntämisen perusteluissa todettiin seuraavaa (Pertunmaan perusturvalautakunnan kokouspöytäkirjan ote 19.3.2008):

- uuden palvelun mahdollistaminen kuntalaisille
- toiminnan kohdistuminen pertunmaalaisen väestön kannalta merkittävään sairausryhmään
- toiminta osana potilaan laajempaa hoitoketjua
- onnistuminen moniammatillisuuden ja yhteistyön hyödyntämisessä väestön parhaaksi
- onnistuminen tiedottamisessa
- TULPPA-ryhmään osallistuneiden potilaiden myönteinen palaute
- onnistuminen kuntalaisten kiinnostuksen herättämisessä ja yhteistyö terveydenedistämistyössä paikallisen järjestötoiminnan kanssa
- työryhmän hyvä yhteishenki ja innostus kehittämistyöhön sekä rohkeus kokeilla erilaisia tapoja työskennellä
- valtakunnallisen hankkeen hyödyntäminen oman kunnan terveydenhuollon lähipalvelujen kehittämiseksi.

Yhteenvedona voidaan todeta, että pienen kunnan on mahdollista saada aikaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoista itsestään lähtevä myönteisen kehittämisen kehä. Pertunmaan tilannetta ja muutoksen kehityskaarta kannattaisi käyttää esimerkkinä muiden kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden muutokseen innostamisessa.

5.2.3 Seminaari kehittämishankkeiden yhteistyön vahvistamiseksi

Helmikuussa 2008 Etelä-Savon sairaanhoitopiiri järjesti oman alueensa sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen tähtävien hankkeiden yhteistyöseminaarin. Seminaariin oli kutsuttu lähinnä Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin ja sen jäsenkuntien sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoita. Paikalle oli saapunut 60–70 hengen osallistujajoukko.

Seminaarissa luotiin yleiskatsaus käynnissä oleviin hankkeisiin, jotka eri tavoin tähtäävät Etelä-Savon alueen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiseen. Ne olivat Mikkelin seudun mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishanke (MIEPÄ), Etelä-Savon sosiaalityön ja varhaisen työn kehittämysyksikkö -hanke, Mikkelin seudun MAISEMA-hanke, Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistaminen (Piirin Paras) -hanke sekä Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin johtamisprosessien uudistaminen. Hankkeiden kattama substanssialueen laajuus vaihteli: ensin mainitut kaksi hanketta liittyivät rajattuun sosiaali- ja terveydenhuollon alueeseen, MAISEMA-hanke liittyi lähinnä terveydenhuoltoon, ja Piirin Paras -hanke taas kattoi koko sosiaali- ja terveydenhuollon kentän.

Tavoitteena oli varmistaa se, että hankkeet pyrkivät uudistamaan alueen sosiaali- ja terveydenhuoltoa mahdollisimman samansuuntaisesti. Tässä tilaisuudessa esiteltiin ensi kerran konkreettisia vaihtoehtoja, mikä johti osallistujien keskuudessa aktiiviseen keskusteluun ja esitettyjen vaihtoehtojen punnintaan. Keskeisiksi teemoiksi nousivat kysymykset siitä, missä mittakaavassa palvelujen tilaaminen tulisi järjestää ja millä ehdoin tilaaja-tuottajamalli soveltuu sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Seuraavassa kuvataan alueen toimijoiden näkemyksiä seminaarissa käytyjen keskustelujen ja haastattelujen pohjalta.

5.2.3.1 Palvelujen järjestämisen mittakaava

Mikkelin seudun kuntien kesken ei ole löytynyt yhteistä näkemystä siitä, miten seudulla voidaan täyttää Paras-hankkeen vaatimus organisoida palvelujen tilaaminen 20 000 asukkaan väestöpohjalle. Tähän kysymykseen vastaaminen oli asetettu Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin käynnistämän Piirin paras -hankkeen yhdeksi tavoitteeksi. Valaistusta tähän kysymykseen pyrittiin samaan aikaan saamaan myös Etelä-Savon maakuntaliiton nimittämän selvitysmiehen työn kautta. Myös MAISEMA-hankkeen pohjalta nousi esille tähän liittyviä näkökohtia. Seuraavassa jäsennetään ensin keskeiset vaihtoehdot ja sitten kuvataan, miten niitä arvioitiin eri näkökulmista.

Piirin Paras -hankkeen selvitys tuotti seuraavat johtopäätökset seudun palvelujärjestelmästä: 1) se on kirjava ja erilaisia yhteistoimintasopimuksia on runsaasti, 2) tärkeintä on palvelujen järjestämisen ja tilaamisen koordinaatio ja yhtenäistäminen sekä 3) palvelujen tuottaminen on saatava omaksi ”yrittäjämäiseksi lajikseen”. Hankkeen ehdotus siitä,

minkäläinen toiminnanohjausjärjestelmä soveltuisi parhaiten, pohjautui tilaaja-tuottajamallin soveltamiseen. Esille nousi kolme vaihtoehtoista mallia (Tuomola 2008):

1. *Maakuntamalli*, jossa yhteistoiminta-alueena olisi koko maakunta, jonka väestömäärä olisi noin 160 000. Tällöin tilaajayhteisönä olisi yhteinen toimielin eli kuntayhtymä, jolla olisi valtuusto tai yhtymäkokous. Tuottajina olisivat nykyiset palveluntuottajat tai ne kunnallisiksi liikelaitoksiksi muunnettuina. Palveluntuotantoa olisi yli kuntarajojen.
2. *Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kattava malli*, joka väestömäärä oli 108 000. Tilaajayhteisönä toimisi yhteinen toimielin eli kuntayhtymä, jolla olisi valtuusto tai yhtymäkokous tai isäntäkunnan hallinnossa toimiva yhteinen toimielin. Palvelujen tuottajina toimisivat nykyiset palveluntuottajat tai ne kunnallisiksi liikelaitoksiksi muunnettuina. Palveluntuotantoa olisi yli kuntarajojen. Etelä-Savon erikoissairaanhoidon ja erityispalvelujen välille tarvittaisiin työnjakosopimus.
3. *Seutumalli*, jossa yhteistoiminta-alueina toimisivat erilaiset seutualueet. Tässä mallissa tilaajayhteisöjä olisivat yhteisinä toimieliminä toimivat seudulliset lautakunnat. Palvelujen tuottajina toimisivat nykyiset palveluntuottajat tai ne kunnallisiksi liikelaitoksiksi muunnettuina. Palveluntuotantoa olisi yli kuntarajojen. Erikoissairaanhoidon ja erityispalvelujen osalta olisi harkittava alueellista tai maakunnallista tilaajayhteisöä.

Myös haastattelumme osoittivat, että mielipiteet jakautuvat ja ovat eri malleja kannattavissa ryhmissä vahvoja. Osan mukaan oikea mittakaava on vähintään maakunnan laajuinen, mielellään koko Itä-Suomen laajuinen, osan mukaan Etelä-Savon sairaanhoitopiirin laajuinen, ja osa edustaa erilaisia pienempien yhteistoiminta-alueiden tai kuntafuusioiden malleja. Alueellisen tason asiantuntija kannatti laajaa mallia, ja erikoissairaanhoidon osalta mallille kannatusta löytyy myös pienistä kunnista.

”Maakunnan sosiaali- ja terveystalvveluja ei voi ratkaista Mikkeli-keskeisesti. On otettava Savonlinna tarkasteluun mukaan. KYSin erva-alue on keskeinen. // Tämä pitää ratkaista maakunnallisesti vähintäänkin, mielellään koko Itä-Suomen osalta. // Erva-alueen maakunnat voisivat katsoa KYSin päälle, tilaus tulisi siltä tasolta. En usko kaikkein kalleimman erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhdistämiseen.” (Haastattelu, alueellinen toimija)

”Kunnat ovat olleet aloitteellisia siihen suuntaan, että nämä kaksi sairaanhoitopiiriä yhdistettäisiin. Sitä ei ole tapahtunut. Mutta niiden pitäisi löytää keskinäinen työnjako. Tarvitaanko sitten enää kahden sairaanhoitopiirin hallinto-organisaatiota? Maksajan kannalta ei. Tämä on köyhintä seutua, jos Kainuuta ei oteta mukaan. Erikoispalveluiden tuottamisessa meidän pitäisi saada paljon kaupunkia ja ympäristökuntia yhteen. // Jatkossa järjestämisvastuu voisi olla uusimuotoisella sairaanhoitopiirin alueella. Olisiko se nämä yhdessä vai voisiko se olla laajempikin?” (Haastattelu, seudullinen substanssiosaaja)

Pienten kuntien keskeinen intressi oli säilyttää omat kyläkeskuksensa elinvoimaisina ja pitää niissä lähipalvelut. Niitä eivät houkuttaneet sen enempää kuntafuusio kuin isäntäkuntamalli Mikkelin tai Savonlinnan kanssa, koska nämä ovat velkaisten kaupunkien maineessa. Pienet kunnat pelkäsivät lähipalvelujen häviävän, jos ne liittyisivät suureen kaupunkiin. Tällaisia seurausvaikutuksia näytti aiemmilla kuntaliitoksilla olleen. Pieniä kuntia kiinnosti siksi enemmän piirimalli.

MAISEMA-mallin mukaiset työvälitteet toimivat hyvin yhden kunnan sisällä. Siksi MAISEMAN näkökulmasta yksinkertaisin ratkaisu tilaaja-tuottajamallin toteuttamiselle olisi sellainen kuntafuusiomalli, jossa alueella olisi 1–3 kuntaa, joista jokainen olisi muodostettu yli 20 000 asukkaan väestöpohjalla.

Näkemykset siitä, missä muodossa Mikkelin seudun yhteistoiminta-alue voidaan toteuttaa, olivat siis keskenään hyvinkin erisuuntaisia. MAISEMA-mallin näkökulmasta Mikkelin seudun laajuinen, noin yhdeksän kunnan yhteistoiminta-alue ei näytä mahdolliselta ratkaisulta. Myös haastatteluissamme laajan yhteistoiminta-alueen syntymiseen suhtauduttiin joskus epäilevästikin kysyen, oliko ajatus yhteistoiminta-alueesta vanhanaikainen jo syntyessään. Arvioitiin, että yhteistoiminta-alue jossain muodossa voidaan saada synnytettyä aikaisintaan vuonna 2010, mutta se voi viivästyä vuoteen 2012 asti, jolloin on uudet kunnallisvaalit.

5.2.3.2 Tilaaja-tuottajamallin sovellettavuus terveydenhuoltoon

Etelä-Savon toimijoiden usko tilaaja-tuottajamallin soveltuvuuteen sosiaali- ja terveydenhuoltoon vaihteli. Hankkeiden yhteistyöseminaarissa aiheesta syntyi vilkas keskustelu, kun eräs alustaja mainitsi, että Uudessa-Seelannissa, Englannissa ja Ruotsissa tilaaja-tuottajamallista on luovuttu, koska se ei sovellu sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Sanottiin, että malli soveltuu paremmin kappaletavaraantoon, jossa sekä tilaaja että tuottaja voivat vaikuttaa siihen, mistä sovitaan. Lisäksi tuotiin esille, että tilaajan valtaa sosiaali- ja terveydenhuollossa rajoittaa se, että kansalaisilla on joihinkin palveluihin (esim. päivähoito) subjektiivinen oikeus.

Sitran edustajat puolustivat Raision tilaaja-tuottajamallia tuoden esille, että jotkin kansainväliset kielteiset kokemukset johtuvat siitä, että järjestelmä on perustunut liialliseen yksityiskohtaisuuteen. Raision suurtuotepohjaisen mallin etuna tuotiin esille sen päätöksentekijöille sopiva karkeusaste palvelujen jaottelussa.

”Ruotsissa ne, jotka ovat menneet lillukanvarsitilaamiseen, ovat pettyneet ja ajaneet itsensä umpikujaan. Ne, jotka ovat muodostaneet suurtuotteita, ovat tyytyväisiä.” (Kenttäraportti 20.2.08, valtakunnallinen toimija)

”Raision malli yhdistetään tilaaja-tuottajamalliin. Korostaisin, että puhuttiin tilaajan ja tuottajan roolien eriyttämisestä. Se selkiyttää, ei ole pelottavaa. Kyllä tilaajalla on mahdollisuus vaikuttaa.” (Kenttäraportti, 20.2.08, valtakunnallinen toimija)

Piirin Paras -hankkeessa toimiva konsultti vertasi laadittavaa yhteistoimintasopimusta perustuslakiin. Olennaista on se, *mistä sovitaan*. Tärkeää on se, että sopimussuure on sellainen, johon sekä tilaaja että tuottaja voivat vaikuttaa. Selkeintä olisi sopia tietystä järjestelystä. Sopimisen sisältö, suuret ja vastuutukset on huolella määriteltävä. Sopimuksessa on myös varmistettava, että kunta voi vaikuttaa palvelutasoon.

Haastatellessamme seudullisia toimijoita kävi ilmi, että pienemmissä kunnissa yleensä Raision tilaaja-tuottajamalli miellettiin tässä vaiheessa vain vertaisarvioinnin työkaluksi ja sitä pidettiin siinä tehtävässä hyvänä. Jotkut pienten kuntien edustajat, mutta varsinkin suurten kuntien edustajat pohtivat tilaaja-tuottajamalliin siirtymistä myös tilaajan ja tuottajan roolien erottamisen näkökulmasta. Suhtautuminen Raision mallin toimivuuteen vaihteli tällöin erittäin paljon. Toiset suhtautuivat melko myönteisesti tilaajan ja tuottajan roolien erottamiseen, mutta silti eri syistä epäilevästi nimenomaan Raision mallin soveltuvuuteen. Tätä kritisoi toisaalta siitä syystä, ettei se ollut aito tilaaja-tuottajamalli, ja toisaalta, koska se on kehitetty yhden kaupungin johtamistyökaluksi eikä yhteistoiminta-alueen johtamismalliksi.

”Raision malli on sovellettu tilaaja-tuottajamalli: kustannukset läpinäkyväksi -malli ja tehokkuuden etsintä -porautumismalli. Raisiossa ihmiset istuvat kahdella pallilla – tilaajan ja tuottajan. Tuotanto ohjaa loppujen lopuksi tilausta. En tiedä, miten Raisiossa on ratkaistu tilaajaosaaminen. Ostaja on valtuusto, ei ole substanssiosaamista.” (Haastattelu, seudullinen substanssiosaaja)

”Tilaamisen ja tuottamisen ajatus johtamiseen on kyllä tulossa. // Tilaaja-tuottajamalli tuo laadukkaampaa päätöksentekoa. Raision mallissa olennaista on se, että tiedetään, mitä tuotetaan ja kenelle ja minkälaisina. // Raision malli on kaupungin sisäinen malli. Meillä on oltava kuntien yhteistoiminta-alue.” (Haastattelu, seudullinen substanssiosaaja)

Toiset suhtautuivat kielteisesti tilaaja-tuottajamallin soveltuvuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa ylipäätään.

”Tämä on puhdas työkalu, miten pitäisi terveystoimessa asioita tarkastella, mihin pitäisi kiinnittää huomiota. En niinkään usko tilaaja-tuottajamalliin, kun ei meillä ole niitä markkinoita. Sopeutuuko kustannusrakenne vähenevään kysyntään?” (Haastattelu, kunnanjohtaja)

Toisilla taas oli usko siihen, että tilaaja-tuottajamalli käy yhteistoiminta-alueenkin johtamisen työkaluksi.

”Jos yhteistoiminta-alue syntyy ja joudutaan miettimään sen johtamista ja organisointia, tässä on yksi malli tarjolla ottaa käyttöön. Uskon, että jos se syntyy, Raison malli otetaan käyttöön.” (Haastattelu, seudullinen substanssiosaaja)

5.2.4 Neuvottelut muutosjohtamisvaiheen toteuttamisesta

5.2.4.1 Alustavaa tunnustelua

Jo MAISEMA I -hanketta käynnistettäessä syksyllä 2007 Sitra oli kirjannut hankesuunnitelmaan toiseksi vaiheeksi muutosjohtamisen, vaikka seudun kunnat sitoutuivat siinä vaiheessa vain vertaisarvion tekemiseen. Muutosvaiheeseen mukaan lähtemisestä alettiin konkreettisemmin keskustella Mikkelin seudulla vasta vuoden 2008 alussa, kun vertaisarviointi oli päätöksessä.



Kuva 13. Mikkelin seudun MAISEMA-hankkeen kokoustyöskentelyä.

Sitra teki Mikkelin seudun kunnille esityksen niin sanotun MAISEMA II -hankkeen toteuttamiseen liittyen ja pyysi kuntia ilmoittamaan kiinnostuksestaan olla mukana. Sitran esityksessä todetaan, että ”hankkeessa käynnistetään tarpeelliset muutosprosessit hankkeen ensimmäisessä vaiheessa syntyneisiin taloudellisiin ja toiminnallisiin tietoihin perustuen. Muutosprosessit ovat vaativia ja niiden tuomia haasteita on vaikea etukäteen kattavasti ennakoida. *Sitra on halukas tukemaan Mikkelin seutua tämän vaativan muutosprosessin toteutuksessa alueen toimiessa samalla mahdollisten kansallisten ratkaisujen testaajana*” (seutuvaliokunnan pöytäkirja 19.2.2008). Asiaa käsiteltiin mm. Mikkelin seudun seutuvaliokunnan ja Mikkelin seudun MAISEMA-hankkeen koordinaatioryhmän kokouksissa (kuva 13).

Seutuvaliokunta totesi, että mikäli hanke käynnistetään, se on tarkoituksenmukaista toteuttaa yhteistoiminta-alueen muodostavien kuntien kesken ja kiinteässä yhteistyössä Piirin Paras -hankkeen ja muiden meneillään olevien sosiaali- ja terveystoimen kehittämishankkeiden kanssa. Tavoiteaikataulun mukaan kuntakohtainen analyysi muutostarpeista olisi valmis 30.6.2008 mennessä, jotta ensimmäiset korjausliikkeet olisivat otettavissa huomioon kuntien vuoden 2009 talousarvioissa. Pöytäkirjan mukaan alustavissa keskusteluissa MAISEMA II:n toteuttamiseen on suhtauduttu myönteisesti ja Mikkelin kaupunki on ilmoittanutkin Sitralle kiinnostuksensa osallistua muutosjohtamisvaiheeseen. Seutuvaliokunta päätti suosittaa jäsenkunnilleen mukaan lähtemistä (seutuvaliokunnan pöytäkirja 19.2.2008).

Erilaiset käsitykset ohjelmiston käyttöoikeuksista

MAISEMA-hankkeen koordinaatioryhmän kokouksessa 20.2.2008 tuli esiin jännite, joka oli pikkuhiljaa muodostunut Raision mallin levittämiseen pyrkivän Sitran ja Mikkelin seudun toimijoiden välille. Jännitteen syynä olivat osapuolten erilaiset tulkinnat siitä, minkälaiset oikeudet Mikkelin MAISEMA-hankkeeseen osallistuneilla kunnilla on käyttää Raision Excel-ohjelmajohdantaisia tilaus- ja resurssitaulukoita suoritetun vertaisarvioinnin jälkeen. Kuntien edustajilla oli sellainen käsitys, että he voivat vapaasti hyödyntää ohjelmistoa seuraavankin vuoden taloussuunnittelussa, vaikka eivät lähtisi mukaan muutosjohtamisen vaiheeseen. Sitran ja kuntien allekirjoittamassa rahoitus- ja keuhkokuopimuksesta oli kuitenkin salassapitovelvollisuuspykälä, joka rajoitti tätä oikeutta. Näin Sitra oli pyrkinyt suojaamaan raisiolaisten oikeudet kehittämäänsä teknologiaan ja mahdollistamaan ”MAISEMA-toimintamallin” tuotteistamisen ja kaupallistamisen myöhemmässä vaiheessa. Tarkoituksena on kehittää mallista kehittyneempi versio ja toteuttaa sen pohjalta vuosittaisia vertaisarvioita ja myydä tämä palvelu kunnille³. Näin mallin käyttö vakioidaan ja varmistetaan, että mallia käyttävien kuntien tiedot pysyvät vertailukelpoisina.

Koordinaatioryhmän kokouksessa käydyssä keskustelussa kuntien toimijat moittivat kaupallistamiseen pyrkiviä tahoja siitä, että tätä asiaa ei ollut avoimesti kerrottu aiemmin. Sitra puolestaan katsoi tuoneensa kaupallistamisintressinsä aiemmin esille. Tilaisuudessa päädyttiin sovitteluun ratkaisuun siinä mielessä, että kunnat saivat luvan käyttää nykyistä ohjelmistoa seuraavankin vuoden taloussuunnittelussa. Mutta samalla

³ Kaupallistamiseen liittyen Sitra ja sen yhteistyökumppanit (Vaissin esitys 20.2.08) toivat esille käsitteellisen erottelun ”Raision mallin” ja ”MAISEMA-mallin” välillä. Edellinen viittaa Raision tapaan johtaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa; johtamistapaan kuuluvat suurtuotejaottelu, tilaajan ja tuottajan erottaminen, taulukot, prosessityö, toimintolaskenta, palvelutyökuvaus ja pitkän tähtäyksen palveluohjelma. MAISEMA-malliin taas liittyy taulukoiden käyttö jatkuvan benchmarkkauksen välineenä sekä muutosjohtaminen.

tuotiin esille se, että ohjelmiston kehittyneempi versio tulee olemaan maksullinen. Kaupalliset neuvottelut ovat edessäpäin.

Sitra pyrkii siirtämään vastuun prosessin etenemisestä ja suuntaamisesta muutosjohtamisvaiheessa seudun omille toimijoille. Sitra kannusti seudullisia toimijoita laatimaan itse muutosjohtamisen hankesuunnitelman todeten, että näin jämsäläisetkin olivat toimineet. Mikkelin seudun kuntien edustajat puolestaan pyysivät Sitraa laatimaan hankesuunnitelman vedoten siihen, että Mikkelin seudulla ei ole vielä riittävästi yhteistä näkemystä suunnitelman tuottamiseen omin voimin. Sitra lupasi tehdä seudulle ehdotuksen MAISEMA II -hankkeen toteuttamisesta. (Koordinaatioryhmän muistio 20.2.2008.)

Sitra kannusti kuntia lähtemään mukaan tarjoamalla muutostyöhön tueksi konsultit. Näin oli toimittu Jämsässäkin, jossa konsultit olivat juuri aloittaneet työnsä.

”Saatte meiltä muutosjohtamiskonsultit lahjaksi, jos lähдете tähän uuteen vaiheeseen.” (Kenttäraportti 12.2.08, valtakunnallinen toimija)

5.2.4.2 Ratkaisua vauhdittava kokous

Mikkelin seudun MAISEMA-hankkeen vertaisarviovaiheen viimeinen koordinaatioryhmän kokous pidettiin 24.4.2008. Tässä tilaisuudessa raportoitiin ensimmäisen kerran Joroisten ja Juvan, eli pienellä viiveellä Mikkelin seudun MAISEMA-hankkeeseen liittyneiden kuntien, vertaisarvioinnin tulokset. Näitä tuloksia eivät kyseisten kuntien edustajat vielä olleet itsekään kuulleet. Tilaisuuden osallistujia hämmensi se, että kyseisistä kunnista ei kuitenkaan ollut edustajia saapunut paikalle kuulemaan tuloksia. Heidän poissaolonsa herätti kysymyksen siitä, kuinka motivoituneita kyseiset kunnat ovat osallistumaan jatkossa muutosvaiheeseen.

Sitra oli antanut Bearing Pointin konsulteille ja Vaissille tehtäväksi laatia alustava ehdotus siitä, miten Mikkelin seudun muutosjohtamisessa kannattaisi edetä. Sitra oli esittänyt kuntien edustajille kutsun jatkaa keskustelua tästä esityksestä heti koordinaatiokokouksen jälkeen. Tässä vaiheessa koordinaatiokokouksen osallistujajoukkoon liittyi vielä joitakin uusia keskustelijoita, ei kuitenkaan Joroisten ja Juvan edustajia.

Tilaisuuden aluksi Ilmo Parvinen toi osallistujille terveiset VM:n ja STM:n samalla viikolla järjestämästä valtakunnallisesta seminaarista ”Paras-uudistus – Katse kohti tulevaisuuden palvelurakenteita”, jonne oli kokoontunut 800 kuntien luottamushenkilöä keskustelemaan hallituksen kuntapolitiikasta. Parvinen kertoi, että kyseisessä tilaisuudessa hallinto- ja kuntaministeri Mari Kiviniemi oli painottanut kattavan palvelustrategian laatimisen ja siihen sitoutumisen merkitystä palvelutuotannon uudistamisessa.

Ministeri oli suosittanut tilaaja-tuottajamallien käyttöönottoa ja yhteistyön lisäämistä julkisten palveluorganisaatioiden, yritysten ja kolmannen sektorin välille. Tilaisuudessa oli käynyt ilmi, että VM selvittää yhdessä Kuntaliiton ja koulutusorganisaatioiden kanssa mahdollisuutta lisätä muutosjohtajuutta tukevaa koulutusta kuntien luottamushenkilö- ja virkamiesjohdolle. Myös peruspalveluministeri Paula Risikko oli painottanut, että kunnat tarvitsevat yhteistyökumppaneiksi yksityisiä ja kolmannen sektorin palveluntuottajia sekä aktiivisia kuntalaisia ja palvelujen käyttäjiä.

Näiden valtakunnallisten terveisten jälkeen Eero Vaissi kertoi, että perusteilla on uusi yritys, jonka tarkoituksena on kehittää tilaaja-tuottaja-työkaluja ja edistää muutosjohtamista. Vaissi totesi MAISEMA-mallin sopivan niin yhden kunnan malliin, isäntäkuntamalliin kuin piirimalliinkin, kunhan tilaajan ja tuottajan roolit on selkeästi erotettu toisistaan. Hän kertoi, että kunnille on jätetty neljä erilaisiin kuntayhteistyömalleihin pohjautuvaa tarjousta. Tarjoukset koskivat vuosittaista vertaisarviointia ja muutosjohtamista, joka jakautuisi organisaatiomuutokseen ja palvelurakennemuutokseen.

Bearing Pointin konsultit esittelivät tilaisuudessa haastatteluihinsa pohjautuen Mikkelin kaupungin lähtökohtatilanteen muutokseen ja kaupungin tekemät säästölinjaukset sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Mikkelin seudun edustajat vahvistivat, että kuvaus vastaa todellisuutta.

Konsultit esittivät sen jälkeen oman näkemyksensä muutostarpeesta. He arvioivat, että tarvittava muutos on syvä ja että se tulisi ymmärtää *palvelutuotannon strategisena uudelleenjärjestelyinä* pikemminkin kuin olemassa olevan palvelutuotannon kehittämisenä. He kävivät läpi strategisen uudelleenjärjestelyn osa-alueita ja välineitä oman viitekehksensä kautta. Muutoskonsulttien liiketoimintajohtamisen välineet oli kuitenkin ilmaistu kielellä, joka ei ollut tuttua paikalla olleille sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille. Liiketoiminnan logiikka ja muutoskonsulttien viesti saivat aikaan ärtymistä substanssiasiantuntijoissa, jotka olivat huolissaan siitä, hukkuuko palvelujen laatu muutoksessa ja otetaanko prosessissa huomioon paikalliset ponnistukset toiminnan kehittämiseksi. Tätä kuvaa seuraava osallistujan kommentti muutoskonsulttien esitykseen:

”Vaikea hahmottaa noin ylätasolta. Haluan mennä sisälle (sosiaali- ja terveystalouteen). Kyllä me tiedämme, missä me olemme kalliita. Sosiaali- ja terveydenhuolto on erilaista kuin kaikki muu. Palvelujen kysyntä on hirveää ja lainsäädäntö ja muut. Kaikki painavat päälle. En näe muuta mahdollisuutta kuin sen, että päätetään vain, mitä pitää olla vähemmän, ja että toiminta pitää järjestää siltä pohjalta. Sinä puhut ihan eri kielellä. // Kerropa sinä minulle, missä ne isot rakenteelliset ratkaisut sinusta olisivat! Sanot, että iske rakenteisiin. Mihin rakenteisiin?” (Kenttäraportti 24.4.2008, seudullinen substanssiosaaja)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijat pitivät palvelurakenteiden muuttamista hyvin vaikeana jäykästi johdetussa ja säädellyssä järjestelmässä. Esitys synnytti vilkkaan keskustelun siitä, miten muutokseen voidaan lähteä. Tässä keskustelussa törmäsivät yhteen toisalta muutoskonsulttien liiketoimintajohtamisen logiikka ja toisalta sosiaali- ja terveydenhuollon sisäisen toiminnan kehittämisen rationaliteetti. Sitran edustajat rauhoittelivat välillä kiihkeääkin keskustelua, mitä kuvaa seuraava sitaatti:

”Isot asiat ovat palvelurakenteessa. // Mutta nyt teidän pitää ensin lähteä siitä, mikä palaa punaisella, ja korjailla niitä. Te tukehduitte, jos lähdette ihan kaikkeen.” (Kenttäraportti 24.4.2008, valtakunnallinen toimija)

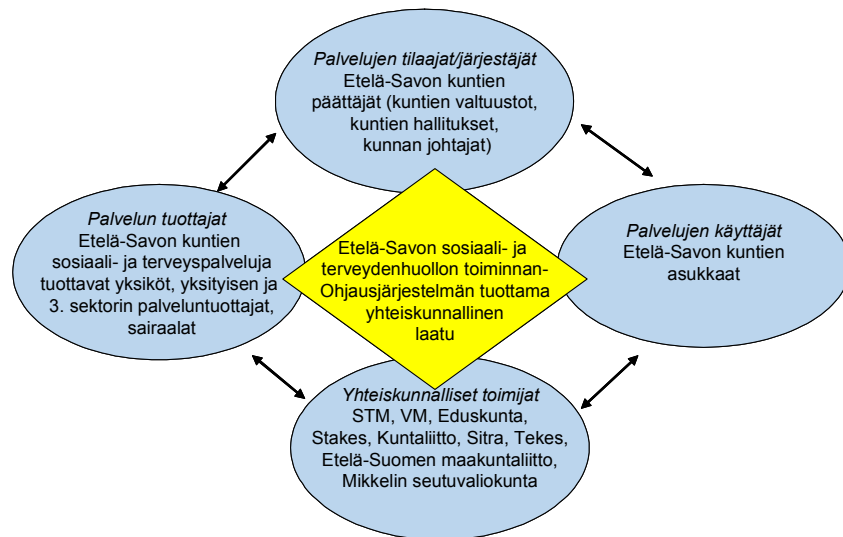
Sitran edustaja päätti tilaisuuden toteamalla, että kesään 2008 mennessä päätetään, keiden kanssa muutosjohtaminen viedään läpi: onko kyseessä vain Mikkeli, vai Mikkeli sekä neljä kuntaa, jotka ostavat siltä palveluja, vai laajempi kuntajoukko. Kun mukaan lähtijöiden joukko selviää, Sitra laatii muutosjohtamisen projektisuunnitelman kuntien hyväksyttäväksi.

Sitran, Raision kaupungin ja Nordic Healthcare Group Oy:n yhteinen uusi yritys, jonka nimeksi tuli Kuntamaisema Oy, perustettiin 30.4.2008. Yritys tarjoaa kuntien vertaisarviointia sekä Raision malliin pohjautuvaa johtamistyökalua. Jälkimmäinen on toimintamalli, jolla kunnat voivat resurssitaulukoiden pohjalta tehdä talousarviot ja johtaa kunnan sosiaali- ja terveystoimen sekä päivähoidon toimintaa. Yrityksen toimitusjohtajana toimii Eero Vaissi. Sitra supisti samalla rooliaan MAISEMA-vertaisarviointien levittämisessä.

6. Muutoksen läpiviennin haasteet Etelä-Savossa

6.1 Eri tason toimijoiden intressit ja vuorovaikutus

Uuden toimintamallin yhteiskunnallisen laadukkuuden varmistamiseen tarvitaan monien valtakunnallisten, alueellisten ja seudullisten asiantuntijoiden, päättäjien ja kuntalais-tenkin vuorovaikutusta ja yhteistyötä. Tapaustutkimuksen pohjalta on noussut esille monia toimijoita, jotka vaikuttavat tai joilla on intressi vaikuttaa Etelä-Savon palvelurakenteen muutosprosessiin (kuva 14). Haasteena on näiden toimijoiden vuoropuhelun aikaansaaminen ja ylläpito.



Kuva 14. Avaintoimijat Etelä-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon uuden toiminnanohjausjärjestelmän kehittämisessä.

Seuraavassa kohdassa 6.1.1 kuvaamme eri hallinnonalojen toimijoiden pyrkimyksiä ja niiden välisiä suhteita, jännitteitä ja kilpailuasetelmia. Kuvaus liittyy monitasoisen muutoksen mallin keskimmaiseen eli vallitsevan järjestelmän tasoon. Kuvaus pohjautuu valtakunnallisten asiantuntijoiden haastatteluihin. Kohdassa 6.1.2 kiteytämme mallin alimman eli paikallisen tason toimijoiden yhteistyön jännitteitä. Luvun lopuksi nostamme esille innovaatioaihion kehittämisen ja levittämisen keskeiset haasteet.

6.1.1 Eri hallinnonalojen intressit

Kuten julkaisussa edellä on kuvattu, Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa on parhailaan käynnissä suuri joukko rakenteellisia muutoshankkeita. Uudistamista ei ohjata vain sosiaali- ja terveysministeriöstä, vaan siihen osallistuvat aktiivisesti myös uusi työ- ja

elinkeinoministeriö sekä valtionvarainministeriö. Ministeriöiden välinen yhteistyö on koordinoimatonta ja löyhää, ja niiden toimintaa ohjaavat erilaiset rationaliteetit.

Eräs haastateltu asiantuntija luonnehti valtakunnallisten toimijoiden suhtautumista tilaaja-tuottajamalliin ”isoksi vedenjakajaksi”. Haastatellut arvioivat, että tilaaja-tuottajamallin täysin tuomitsevia toimijoita ei juuri ole, mutta toimijoiden välillä on suuria eroja siinä, kuinka ehdottomana ja mullistavana he tilaaja-tuottajamallia pitävät. (Haastattelu, valtakunnallinen toimija.)

Sosiaali- ja terveysministeriön keskeisimpien linjausten todettiin liittyvän toisaalta peruspalveluiden kehittämisedellytysten parantamiseen ja toisaalta sosiaali- ja terveyspalveluiden vahvempaan integraatioon. Haastattelemamme valtakunnalliset asiantuntijat nostivat kuitenkin ongelmaksi sen, että ministeriössä ei ole selvää toimintasuunnitelmaa tavoitteiden saavuttamiseksi. Alueellisella ja seudullisella tasolla kaivattiin sosiaali- ja terveysministeriöstä selkeitä toimintaohjeita muutokselle. Näin kuvaa eräs alueellinen toimija:

”Avaintekijä on sosiaali- ja terveysministeriö. Pitää saada järki siihen, että uskaltavat tehdä linjauksia maatasolla eivätkä sekoile kuvioissa. Tämä on raakaa puhetta, mutta mun mielestä pitäisi ruveta linjaamaan.” (Haastattelu, alueellinen toimija)

Haastateltu valtakunnallinen asiantuntija luonnehtii suomalaista keskustelua ”epäehdelmällisen polarisoituneeksi”. Tässä polarisoituneessa asetelmassa STM:lle jää helposti konservatiivinen, olemassa olevaa asetelmaa puolustava rooli, kun radikaali pooli perustelee muutoksen välttämättömyyttä väitteellä kriisistä. Haastateltu tarkentaa:

”Ministeriön edustajat joutuvat aika usein puolustuskannalla osoittamaan kovia lukuja siitä, että kansainvälisessä vertailussa palvelujärjestelmä toimii hyvin, ja kriisimielialan lietsominen pyritään osoittamaan vähintäänkin liioitelluksi. Samaan aikaan selvästi ministeriössä ymmärretään, että isot muutospaineet, ikääntyminen ja veropohjan leveys tuovat reaalisia rajoituksia ja tulevat edellyttämään uudenlaista toimintaa. Jos ilman nurkkaan asettamisen asetelmaa keskustellaan, kaikki ovat sitä mieltä, että tarvitaan uusia toimintatapoja ja pitää oppia hyödyntämään uusia mahdollisuuksia ja hyödyntää uutta teknologiaa ja lisätä kansalaisen omaa roolia. Mutta samaan aikaan on olemassa huoli levinneistä hyvinvointieroista monilla mittareilla katsottuna.” (Haastattelu, valtakunnallinen toimija)

Tilaaja-tuottajamalliin ei sosiaali- ja terveysministeriöllä ole virallista kantaa; kanta riippuu henkilöstä ja tilanteesta. Ministeriön edustajat ovat perustelleet kielteisiä kannanottojaan kansainvälisten tutkimusten tuloksilla, joiden mukaan tilaaja-tuottajamallin sovelluksella ei ole saavutettu tavoiteltuja hyötyjä. Toisaalta ministeriössä ollaan kuitenkin tietoisia siitä, että suomalaiset kuntatason ja sairaanhoitopiirintason sovellukset ovat erilaisia kuin kansainväliset järjestelmätason mallit.

Valtionvarainministeriön kanta tilaaja-tuottajamalliin liittyy valtakunnallisten asiantuntijoiden haastattelujen mukaan siihen, minkälaisia kokonaistaloudellisia seurauksia mallin toteuttamisella ja kilpailuttamisella yleisemmin uskotaan olevan. VM:n intresseissä on periaatteessa palvelujärjestelmän tuottavuuden parantaminen. Toisaalta haastateltu asiantuntija totesi, että entisen sisäasiainministeriön kuntaosaston äskettäinen siirtäminen valtionvarainministeriöön voi vaikuttaa intressien muuttumiseen. Kun valtiontaloutta ja kuntataloutta katsotaan yhtenä kokonaisuutena, saattaa syntyä uudenlaisia näkemyksiä.

Sosiaali- ja terveysministeriössä Paras-hankkeen merkitystä pidettiin vähäisenä innovatiivisuuden näkökulmasta arvioiden. Sen puitteissa tehtävän vähittäisen kehittämisen nähtiin tähtäävän kuntien ”harteiden leventämiseen”. Se kokoaa kuntia yhteen vahvemiksi toimijoiksi siten, että ne pystyvät paremmin takaamaan palvelut. Paras-hankkeen ei uskottu vahvistavan alhaalta ylöspäin suuntautuvaa innovatiivisuutta. Haastatellut asiantuntijat näkivät sosiaali- ja terveysministeriön ja valtionvarainministeriön välillä kilpailua ja yhteensovittamattomuutta, joka liittyy palvelurakenteen uudistamiseen. Haastatellut asiantuntijat odottivat, että kun siirrytään kuntarakenteen uudistamisesta palvelurakenteen uudistamiseen, prosessiin tarvitaan valtionvarainministeriön rinnalle sosiaali- ja terveysministeriön osaaminen ja instrumentit. Tästä konkreettisena osoitukseksi nähtiin valtionvarainministeriön äskettäin nopeasti pystyttämä Parhaiden palvelukäytäntöjen foorumi. (Haastattelu, valtakunnallinen toimija.)

Kuntaliiton suhtautuminen tilaaja-tuottajamalliin arvioitiin yleisesti myönteiseksi. Tästä osoituksena pidettiin sitä, että Kuntaliitto on lähtenyt mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuotteistamistoimintaan. (Haastattelu, valtakunnallinen toimija.)

Työ- ja elinkeinoministeriön hallinnonalan yleistä suhtautumista tilaaja-tuottajamalliin pidettiin myönteisenä, mutta näkemysten variaatiota pidettiin suurena. Osa toimijoista uskoo, että kilpailuttamisen kautta saadaan aikaan läpimurtoja, kun osa taas painottaa, että liiketoimintaa voi kehittää vain yritysten ja tilaajien pitkäaikaisten kumppanuussuhteiden pohjalta.

Sitra on toiminut MAISEMA-hankkeen keskeisenä muutosagenttina ja paikallisten koekielujen sarjan käynnistäjänä. Se on vauhdittanut tilaaja-tuottajamallin käyttöönottoa rakentamalla toimijaverkostoa ja valjastamalla siihen mukaan erilaisia asiantuntijoita. Sen aktiivinen sukkulointi valtakunnallisten, alueellisten ja seudullisten toimijoiden sekä julkisen sektorin tutkijoiden ja yksityisten konsulttiyritysten verkoston kutojana on ollut näkyvää. Sitran pyrkimys suomalaisen terveydenhuollon rakennemuutoksen katalysaattoriksi muun muassa Stakesin ja Kuntaliiton rinnalle herättää vakiintuneissa toimijoissa ristiriitaisia tunteita.

”Se on vähän ambivalentti tilanne. Heillä on intoa, on tietoa ja taitoakin ja rahaa. Mutta he ajavat asioita ihan eri agendalla kuin sosiaali- ja terveysministeriö. Se on vähän niin kuin kilpailevaa toimintaa. // Toisaalta tarvitaan sellaista aktiivisempaa toimijaa, joka pystyy herättelemään väkijoukkoja ja kuntapäätäjiä.” (Haastattelu, valtakunnallinen toimija)

”Olennaista on se, että he tuovat rahoitusta ja järjestävät innovatiivisia kokeiluja ja benchmarkkausta. Jos ei muu yhteiskunta saa aikaan tällaista, niin se on oikea rooli. Jonkun pitää tukea edelläkävijöitä.” (Haastattelu, alueellinen toimija)

Sitra on MAISEMA-hankkeen eri vaiheissa painottanut toimivansa parhaiden käytäntöjen levittäjänä. Sen toiminta sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä on monella tavalla erilaista kuin muiden julkisten toimijoiden. Itsenäisenä julkisoikeudellisena rahastona Sitra rahoittaa toimintansa peruspääoman ja pääomasijoitusten tuotoilla. Näistä lähtökohdista Sitralle tarjoutuu enemmän vapausasteita kuin niille, joiden toimintaa rahoitetaan verovaroin. Sitran puolueettomuutta parhaiden käytäntöjen levittäjänä nakertaa sen samanaikainen toiminta riskisijoittajana ja kaupallisena toimijana (haastattelu, alueellinen toimija). Sitran johdossa on poliittisia vaikuttajia, ja sitä kautta Sitra käyttää sosiaalisia verkostojaan ja vaikutusvaltaansa myös sosiaali- ja terveys- sekä innovaatiopolitiikan linjauksiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon haastatellut valtakunnalliset toimijat näkivät Sitran liian mustavalkoisesti moittivan suomalaista terveydenhuollon järjestelmää ja harrastavan liian vähän itsekritiikkiä kokeiluissaan.

Ketteränä pidetyn Sitran toiminnan erityispiirre ovat taloudelliset kannusteet, joita se tarjoaa innovatiivisiin kokeiluihin. Sitran rahoittamia kokeiluja pidettiin kiinnostavina ja innostusta herättävinä, mutta Sitraa arvosteltiin liiallisesta oman linjan toteuttamisesta. Arvioitiin, että Sitran käynnistämät innovatiiviset kokeilut saisivat lisää kantavuutta, mikäli sillä olisi vahvempi kumppanuussuhde muiden julkisten toimijoiden kanssa. Eräs haastateltu kiteyttää asian seuraavasti:

”Sitran pitäisi jo niitä (uusia palvelumalleja) luodessaan selkeämmin pyrkiä hakemaan linkkiä kansalliseen palvelujärjestelmäpolitiikan kehittämiseen. Ilman niitä, ne (kokeilut) ovat liian pieniä impulsseja.” (Haastattelu, valtakunnallinen toimija)

Tiivistetysti voidaan todeta, että suhtautuminen tilaaja-tuottajamalliin vaihteli eri hallinnonaloilla: työ- ja elinkeinoministeriön suunnalla malliin suhtauduttiin ongelmattomammin kuin sosiaali- ja terveysministeriön tai valtionvarainministeriön alalla. Palvelurakennuudistukseen liittyviä jännitteitä ja kilpailua havaittiin sosiaali- ja terveysministeriön ja valtionvarainministeriön välillä. Sitran vahva esiintyminen sosiaali- ja terveysjärjestelmän kriittikkona tunnistettiin yhteistyön esteeksi ja Sitran toivottiin rakentavan toimintaansa vastaisuudessa kumppanuuksien pohjalle. Eräs haastateltu valtakunnallinen asiantuntija toi esille, että uudistamistyötä edistäisi se, että olisi olemassa sellainen toimija, joka

tekisi ”raudanlujaa” terveystaloustieteellistä analyysiä. Tällaista analyysiä toivottiin myös Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksiköltä FinOHTAlta, kun se tekee uusien teknologioiden käyttöönoton alkuvaiheen arviointia.

Haastatellut asiantuntijat uskoivat, että lähivuosina suomalainen sosiaali- ja terveysjärjestelmä pysyy peruskuntavetoisena. Siitä huolimatta he kaipasivat jo nyt käytävää yhteiskunnallista keskustelua siitä, miten terveydenhuollon järjestämisvastuu ja rahoitus tulevaisuudessa halutaan toteuttaa. Painotettiin sitä, että tulisi *hyvissä ajoin* arvioida esimerkiksi sitä, mitä vaikutuksia järjestämisvastuun siirtämisellä maakunnalle tai uudelle käynnistettävälle aluehallinnolle olisi. Tämä tarkoittaisi sitä, että maakunnat voisivat vastata hyvinvointipalvelujen järjestämisestä ja kunnat osallistuisivat niiden rahoittamiseen, ellei verotusjärjestelmää uudisteta. Toinen esimerkki arvioitavasta mallista on KELAn ehdotus, jossa yksi sairausvakuuttaja ottaisi hoitaakseen yleisen terveystakuun ja ainoana rahoittajana myös tilaisi terveyspalvelut. Suuria tulevaisuuden linjauksia tulisi valmistella jo nyt siksi, ettei niitä jouduta tekemään paniikkitalanteessa. (Haastattelut, valtakunnalliset toimijat.)

6.1.2 Paikallisten toimijoiden yhteistyö

Edellä kuvattiin Sitran omaksumaa vahvaa roolia muutoksen valmisteluvaiheen käynnistäjänä ja suuntaajana. Jatkossa Etelä-Savon omien toimijoiden on kuitenkin otettava vastuu alueen kunta- ja palvelurakenteen muutoksen käynnistämistä, toteuttamisesta ja johtamisesta.

Paras-hankkeeseen liittyvän puitelain mukaan kuntien on järjestettävä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjalta ja tämä voi tapahtua joko kuntaliitoksin tai yhteistoiminta-alueita muodostamalla. Palvelujen järjestämisen malli kytkeytyy läheisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen toiminnanohjausjärjestelmän uudistamiseen. Siksi niin valtakunnalliset ja alueelliset toimijat kuin seudulliset substanssi-asiantuntijatkin odottavat kunnan päättäjien näyttävän suuntaa sille, missä laajuudessa järjestäminen halutaan toteuttaa (haastattelut). Kunnanjohtajien ja luottamusmiesten nähtiin olevan nyt avainasemassa ja heiltä toivottiin kykyä tehdä vaikeitakin päätöksiä.

Kuntien päättäjät eivät kuitenkaan olleet valmiita toimimaan. Kaupunginjohtajat ja luottamushenkilöt sen sijaan pallottelivat päätöksentekovastuuta toinen toisilleen. Kunnanjohtaja odotti aloitetta luottamushenkilöiltä:

”Ei ole odotettavissa kuntaliitoksia. En ole se, joka tässä vaiheessa nostaa kuntaliitosasian esille. Se pitäisi tulla seudun kuntien luottamushenkilöiden kautta.” (Haastattelu, kunnanjohtaja)

Luottamushenkilöt taas kokivat vaikeaksi puuttua näin herkkään asiaan, kuten seuraavasta sitaatista käy ilmi:

”Se on vaikea alue tarttua, kun puhutaan ihmisten terveydestä. Pidetään väkisinkin lähipalveluja yllä. Päätäjien tuntemuksen mukaan palvelut tulisi säilyttää mahdollisimman lähellä kuntalaisia. Halutaan pitää yllä nykyistä järjestelmää.” (Haastattelu, kunnallinen luottamushenkilö)

Sosiaali- ja terveydenhuollon vastuuhenkilöt odottivat kunnanjohton linjauksia kärsimättöminä, koska vasta niiden pohjalta voitaisiin lähteä sisällölliseen kehittämiseen. Pattitilanne näyttäyty selkeänä, mikä ilmenee seuraavasta sitaatista:

”Kai sen nyt näitte! Kaikki kunnanjohtajat poteroissaan!” (Kenttäraportti 20.2.08, seudullinen substanssiosaaja)

Haastatellut toivat esille sen mahdollisuuden, että ulkoisesta ympäristöstä johtuvat paineet voivat saada valtiovallan puuttumaan tiukemmin tilanteeseen. Päätäjät olivat tietoisia siitä, että valtiolta voi pakottaa kuntaliitoksiin, elleivät kunnat itse tee ratkaisuja tähän suuntaan. (Haastattelu, seudullinen luottamushenkilö.)

Haastattelujen mukaan kuntien virkamies- ja luottamushenkilöjohtolta odotetaan siis selkeää suunnannäyttämistä kuntien yhteistyö- tai kuntafuusiokysymyksissä. Tässä yhteydessä on tarkkaan suunniteltava, millä periaatteilla sosiaali- ja terveystalvelujen toiminnanohjaus toteutetaan. Vasta sitten päästään suunnitelmallisesti kehittämään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta. Tässä kehittämisessä substanssiosaajat haluavat olla mukana, jotta varmistetaan, että toimintamallin avulla tilattavia ja tarvittavia palveluja tuotetaan mahdollisimman hyvin ja tehokkaasti. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnanohjausjärjestelmän uudistamisen perimmäisenä tavoitteena on parantaa kuntien asukkaiden palvelujen laatua ja saatavuutta, joten kansalaisten tarpeiden näkökulma kehittämiseen on varmistettava.

Palvelurakenteen muutoksen suunnan ja sisällön suunnitteluun ei päästä ennen palvelujen järjestämismallin ratkaisemista. Mikkelin kunnanjohtossa nähtiin kuitenkin akuutti tarve karsia menoja määrätietoisesti. Johto totesi, että siihen tarvitaan ”ajattelutavan alaspäin viemistä”, mutta johto ei ollut tarkemmin pohtinut henkilöstön sitouttamista muutoksiin. Henkilöstön odotukset olivat kuitenkin suuria. Kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijat toivoivat muutoksen päämäärän asettamista ja muutoksen johtamista. Haastatellut substanssiasiantuntijat pitivät toivottavana, että muutokseen saataisiin mukaan toimijoiden laaja joukko ja että huomiota kiinnitettäisiin erityisesti luottamuksen rakentamiseen ja siihen, että päätäjät ”altistuvat vuorovaikutukselle”.

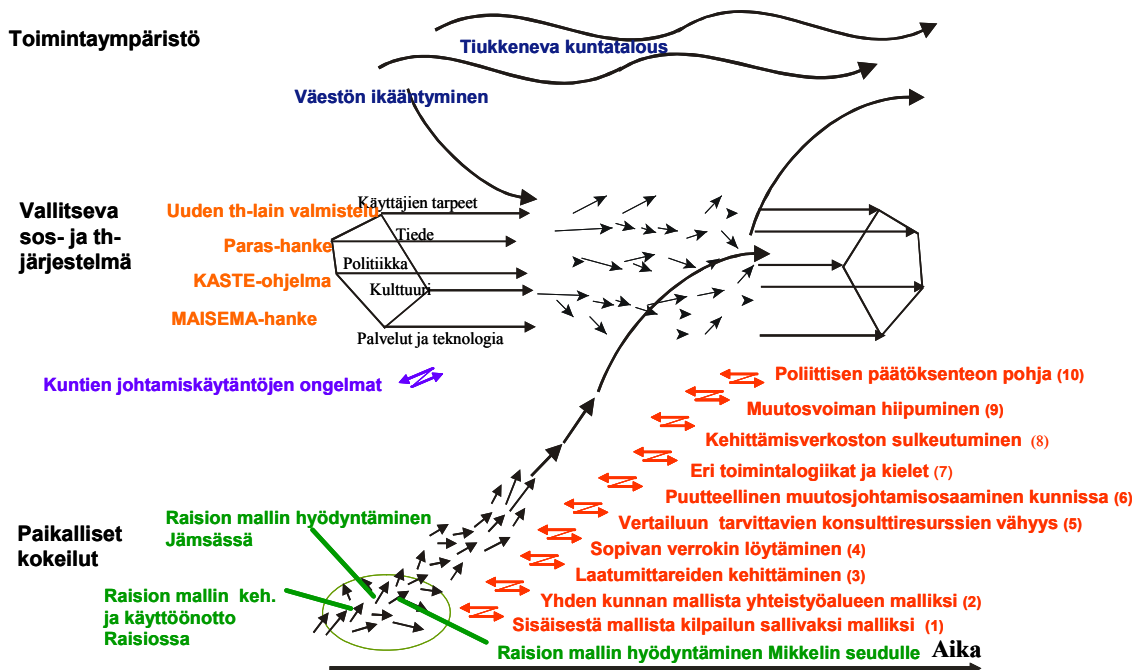
6.1.3 Eri tasojen vuorovaikutus

Yhteiskunnallisesti laadukkaan ratkaisun kehittäminen edellyttää eritasoisten kehittämisprosessien välistä vuorovaikutusta. Mikkelin seudun MAISEMA-hanke lähti liikkeelle pyrkimyksestä löytää sellainen sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnanohjausmalli, joka palvelisi parhaalla mahdollisella tavalla Mikkelin seudun asukkaita. Toisaalta MAISEMA-hankkeen kuluessa on tullut ilmeisen tärkeäksi ja järkeväksi arvioida mahdollisuutta kehittää laajemmassa, ehkä koko maakunnankin mittakaavassa toteutettava toimintamalli. Siksi toimintamallin kehittäjiä on oltava tietoisia paitsi eri kuntien tarpeista, myös Etelä- ja Itä-Savon sairaanhoitopiirien strategisista linjauksista ja maakuntatason kehittämisenäkökohdista.

Edellä on kuvattu lisäksi niitä ehtoja ja edellytyksiä, joita uuden toimintamallin kehittämiselle asetetaan valtakunnallisen tason ohjelmissa ja säädöksissä. Kestävän ratkaisun löytäminen edellyttää sitä, että huomiota kiinnitetään eri tason muutosten väliseen tiedonkulkuihin.

6.2 Ylitettävät esteet innovaatioaihion polulla

Seuraavaksi käsittelemme niitä esteitä tai kehittämishaasteita, joita Raison mallin koekeluissa uusilla paikkakunnilla on kohdattu. Kuva 15 esittää karkeasti ne elementit, joiden vuorovaikutusta systemaattisen innovaation aihion kehittämiseen olemme kuvanneet. Kuvassa on hyödynnetty monitasoisen muutoksen mallin perushahmotelmaa (vrt. kuva 1). Kuvassa on merkitty punaisella tekstillä kymmenen haastetta, jotka voidaan tunnistaa tarkastellun innovaatioaihion kehityksen polulla.



Kuva 15. Tunnistettuja haasteita innovaatioaihion pohulla.

Haasteet eivät ole ratkaistavissa yksinkertaisesti, vaan niiden hallinta edellyttää tasapainottelua ristiriitaisten vaatimusten välillä. Paikalliset, alueelliset ja valtakunnalliset prosessit kohtaavat eri tavoin. Joskus kohtaamispiinnasta syntyy ongelmia tai dilemmoja, joita on pyrittävä ratkaisemaan tai joiden kanssa on koetettava tasapainoilla. Joskus taas kohtaamispiinnassa syntyy ratkaisun aihioita. Taulukkoon 1 on tiivistetty kunkin haasteen paikallisen, alueellisen ja valtakunnallisen tason ”juuria” ja kuvattu niitä toimenpiteitä, joilla ongelmaa pyritään lievittämään.

Mainittujen haasteiden voidaan nähdä sijoittuvan innovaatiopolun eri vaiheisiin seuraavasti: Haasteet 1–3 liittyvät Raision tilaaja-tuottajamallin käyttökelpoisuuteen kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisessa ja sitä kautta itse innovaatioaihion kehittämistarpeeseen. Muut haasteet liittyvät innovaatioaihion levittämisen eri vaiheisiin: 4–5 vertailuvaiheeseen, 6–9 vertailun käynnistämään muutosjohtamiseen ja 10 poliittisen päätöksenteon syntyedellytyksiin. Seuraavissa alaluvuissa haasteita kuvataan tarkemmin.

Taulukko 1. Haasteita ja niiden ratkaisuun parhailaan tuotettavia elementtejä.

| Haaste | Ongelman/dilemman kuvaus Raision mallin käyttöönoton ja leviämisen kannalta | Ratkaisun elementtejä |
|---|--|--|
| 1. Soveltuvuus kilpailun sallivaksi malliksi | Raision malli on luonteeltaan sisäinen tilaaja-tuottajamalli. Useissa kunnissa pyritään malliin, jossa tilaaja kilpailuttaa tuottajia. | |
| 2. Soveltuvuus yhteistyöalueen malliksi | Raision malli on kehitetty yhden pienehkön kunnan tarpeisiin. Paras-hanke synnyttää yhteistyöalueita, joilla erilaiset johtamisen apuvälinetarpeet. | |
| 3. Laatu- ja vaikuttavuusmittareiden kehittäminen | Keskeisten mallin kehittäjien siirtyminen Raision kaupungilta Kuntamaisema Oy:n palvelukseen. | Raisiossa aloitettu mittareiden kehittäminen |
| 4. Sopivan verrokin löytäminen | Raisio eroaa Mikkelin seudun kunnista väestön ikääntymisen, sairastavuuden ja erityisesti sote-järjestelmän kehityshistorian ja sen tuottamien rakenteiden suhteen. Jos Raision mallia käytetään valtakunnallisena benchmarking-välineenä, päätettävä verrokin valintakriteerit. | Paikallisella tasolla Mikkelin seudulla verrokiksi löytyi Pertunmaa |
| 5. Vertailuun tarvittavien konsultti-resurssien rajallisuus | MAISEMA-vertaisarvointien toteuttaminen työvaltaista. Mahdollistui Sitran tuella noin 20 ensimmäisessä kunnassa. Suuremman kuntajoukon mukaantulo lisäsi tarvetta konsulttiresursseille ja mallin standardoinnille. | Vertaisarvointitoiminnan yhtiöittäminen |
| 6. Kuntien muutosjohtamisen osaaminen | Kunnilla ei kokemusta suurista sote-palveluiden johtamismallin ja palvelurakenteen muutoksista. | Sitralta muutosjohtamiskonsultit Jämsään ja Mikkeliiin. VM:n ja Kuntaliiton suunnittelema muutosjohtamiskoulutus |
| 7. Eri toimintalogiikat ja kielet | Sosiaali- ja terveydenhuollon sisäisen kehittämislogiikan ja liiketoiminnan kehittämislogiikan välinen jännite ilmeni paikallisissa MAISEMA-kokouksissa. Eri hallinnonalojen ja alueellisten organisaatioiden intressien ja toiminta-logiikoiden erot kehitettäessä sosiaali- ja terveys-palvelujärjestelmää. | Siträn edustajat MAISEMA-tilaisuuksissaen tulkkina, sovittelijoina. Eri hallinnonalojen ja -tasojen sote-sektoriin kohdistuvien kehittämistoimien koordinointi |
| 8. Kehittämisverkoston sulkeutuminen | Mallin levittämisen yhtiöittäminen uhka tähänastiselle "avoimelle" kehittämiselle. | |
| 9. Muutosvoiman hiipuminen kokeiluvaiheen jälkeen | Sellaisten kumppanuuksien puute, joista terveydenhuollon uudistamisen sitkeä jatkaja ja innovaation kantaja, kun Sitra supistaa rooliaan. | Paikallisten muutoksen vetäjien nimeäminen. Valtakunnallisen ja alueellisen tason toimijoiden kumppanuuksien rakentaminen |
| 10. Poliittisen päätöksenteon pohjan syntyminen | Tarvitaan samanaikaisesti riittävä yhteinen ongelmätietoisuus, yhteinen käsitys tavoiteltavasta muutoksesta ja edellytykset riittävälle poliittiselle yksimielisyydelle käytäntöön sovellettavasta MAISEMA-mallin pohjalta kehittyneestä "Mikkelin seudun mallista". | |

6.2.1 Innovaatioaihion kehittämisen haasteet

Seuraavassa tarkastellaan niitä esille nousseita haasteita, jotka liittyvät Raision mallin kehittämiseen.

1. Sisäisestä tilaaja-tuottajamallista kilpailun sallivaksi malliksi. Raision malli on kehitetty sisäisen hankinnan välineeksi, mutta Jämsän seudulla osa haastatelluista asiantuntijoista esitti tilaaja-tuottajamallin käyttöönoton tavoitteeksi myös palveluiden kilpailuttamisen julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin välillä. Tilanne nostaa esille kysymyksen siitä, minkälaisia kehittämistarpeita Raision mallille aiheutuu siitä, että sitä käytettäisiin myös kilpailuttamisen välineenä. Tästä kysymyksestä ei ole MAISEMA-hankkeessa vielä avattu keskustelua.

Haastattelemamme kansallisen tason asiantuntijat pohdiskelivat yleisemmällä tasolla sosiaali- ja terveystalouden kilpailuttamista. Kilpailuttaminen edellyttää sitä, että on riittävästi palveluntuottajia, jotka pystyvät tyydyttämään tilaajan palvelutarpeet, jotta tilaaja voi verrata laatua ja hintaa. Mahdollinen poliittinen päätös avata palvelut kilpailulle edellyttää kilpailuttamisen syiden ja edellytysten tarkkaa punnintaa. Päätäjien tulee selvittää, onko tarjontaa olemassa riittävästi ja halutaanko sitä luoda. Haastateltu asiantuntija korosti, että mikäli esimerkiksi henkilöstöpulasta johtuen nähdään tarvetta käyttää ulkopuolisen organisaation palveluja, ulkoistettavien palveluiden tulisi olla suuria kokonaisuuksia. Ulkopuolisen työvoiman käyttö yksittäisten virkojen hoitamisessa johtaa vääristyneeseen palkkarakenteeseen ja työmotivaatio-ongelmiin. (Haastattelut.)

2. Yhden kunnan johtamismallista yhteistyöalueen johtamiseen. Toinen esille noussut haaste ilmeni Mikkelin seudulla. Raision malli oli kehitetty yhden kunnan toiminnanohjauksen työkaluksi. MAISEMA-hankkeen käynnistyessä Mikkelin seudulla paikallisilla toimijoilla oli tarve löytää työkalu, joka soveltuisi *kuntien yhteistoiminta-alueen ohjaukseen*. Vertaisarvioinnin päätyttyä Sitran edustaja esitteli johtopäätöksensä siitä, että Raision malli ei tulisi soveltumaan useiden kuntien yhteistyöalueiden johtamiseen. Raision mallin hyödyntäminen Mikkelin seudulla edellyttäisi jatkossa kuntafuusioita. Myöhemmin tulkinta oli kuitenkin se, että MAISEMA-malli soveltuu eri kuntamalleihin, kunhan tilaajan ja tuottajan rooli on selkeästi erotettu toisistaan.

3. Laatu- ja vaikuttavuusmittareiden kehittäminen. Tässä vaiheessa Raision tilaaja-tuottajamallista puuttuvat vielä laatu- ja vaikuttavuusmittarit, mutta niiden kehittämistyö on aloitettu Raisiossa. Laatu- ja vaikuttavuusmittareiden sisällyttäminen Raision malliin on edellytys mallin pysyvyydelle ja levittämisen onnistumiselle.

6.2.2 Innovaatioaihion käyttöönoton haasteet

Siirrymme tarkastelemaan niitä haasteita tai uhkia, jotka liittyvät Raision mallin käyttöönottoon ja leviämiseen.

1. Sopivan verrokin löytäminen Raision tilalle. Monet haastattelemamme seudulliset asiantuntijat pitivät ongelmallisena Raision käyttämistä vertailukuntana MAISEMA-hankkeen vertaisarvioinnissa. Raision käyttämistä verrokkina kritisoitiin muun muassa sen perusteella, että Raisio eroaa useista muista vertailukunnista historiallisesti kehittyneiden palvelurakenteittensa, väestön ikärakenteen ja väestön sairastavuuden näkökulmista (haastattelut, seudulliset substanssiosaajat).

Valtakunnallisten asiantuntijoiden kritiikki kohdistui muun muassa poikkileikkausaineiston käyttöön. He painottivat, että sosiaali- ja terveydenhuollon kustannustilanne selittyy aina pitkälle kunnan aikaisemmalla historialla, valinnoilla ja rakenteellisilla ratkaisuilla. He kyseenalaistivat Raision käyttämisen vertailukuntana myös siksi, että Suomessa on paljon kuntia, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon menokehitys on ollut Raisiota hitaampaa. Näin on ollut esimerkiksi Helsingin kaupungin terveydenhuollossa ja vanhuspalveluissa. Merkittävimmät muutokset sosiaali- ja terveystenon kasvukertoimen pienentämiseksi on tehty Oulussa.

MAISEMA-mallin kehittäjillä on ollut tavoitteena jatkossa löytää tapa tehdä vertailu kestävämmällä pohjalla, esimerkiksi valita sopivampi vertailukunta tai käyttää valtakunnallista keskiarvoa (haastattelut). Mikkelin seudun MAISEMA-hanke osoitti, että myös seuturyppään sisältä voi löytyä seudullinen verrokki tai malli. Pertunmaa nähtiin tällaisena ja sen edustajat mainittiin mahdollisiksi konsulteiksikin.

2. Vertailun toteuttamiseen tarvittavien konsulttiresurssien rajallisuus. Mikkelin seudun vertaisarvioinnin valmistumisen aikaan suuri joukko kuntia oli esittänyt Sitralle kiinnostuksensa osallistua MAISEMA-vertaisarviointiin. Tässä vaiheessa kävi ilmeiseksi, että vertaisarviointiin varatut henkilöresurssit eivät riittäisi vastaavansuuruiseen tukeen muissa kunnissa. Sitra oli varautunut toiminnan laajentamiseen tekemällä suunnitelmat MAISEMA-vertaisarviointitoiminnan yhtiöittämisestä ja lisäresursoinnista. Yhtiöittäminen merkitsi samalla siirtymää kokeilevasta toiminnasta liiketoimintaan.

3. Muutosjohtamisen osaamisen puutteellisuus kunnissa ei tullut Sitralle yllätyksenä. Se oli varautunut hakemaan sopivia muutosjohtamisen konsultteja kuntien tueksi ja myös rahoittamaan konsulttien toiminnan. Jämsässä Bearing Pointin konsultit tuotiin muutosprosessiin mukaan vasta, kun kunnan omat vastuuhenkilöt olivat tehneet suunnitelmat ja käynnistäneet muutosta pohjustaneita selvityksiä. Jämsän seudun kunnat ottivat tuen kiitollisina vastaan. Mikkelin seudulla konsulttien tukea tarvittiin jo aikaisemmassa

vaiheessa, muutossuunnitelman luonnosteluun. Haastatellut valtakunnalliset toimijat pitivät Sitran mahdollisuutta tarjota muutokseen taloudellisia kannusteita ja niiden avulla hankittavia konsulttiresursseja merkittävänä muutoksen käyntiin lähtöä vauhdittavana tekijänä.

Kuntien osaamista saatetaan jatkossa vahvistaa myös laajamittaisemmin. Valtionvarainministeriö selvittää parhaillaan Kuntaliiton kanssa mahdollisuutta lisätä kuntien luottamus- henkilö- ja virkamiesjohdolle tarkoitettua muutosjohtamiskoulutusta.

4. Liiketoiminnan kehittämisen rationaliteetin ja sosiaali- ja terveystoimen sisäisen kehittämisen rationaliteetin ja niihin liittyvien erilaisten kielten välinen jännite. Paikallisella tasolla Mikkelin seudulla muutosjohtamisen konsulttien käyttämä liiketoiminnan kieli ja liiketoiminnan kehittämisen rationaliteetti olivat omiaan aiheuttamaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoissa huolen siitä, että palvelujen laatu- ja laatu- ja heidän asiantuntemuksensa sivuutetaan. Mikkelin seudun maisemaprosessia vetävät Sitran edustajat, joilla on vahva terveydenhuollon tuntemus, pehmensivät näkemyseroja ja jännitteitä toimimalla tulkkeina ja välittäjinä.

Samantyyppinen erilaisten intressien ja toimintalogiikoiden tai paradigmojen haaste voidaan nähdä valtakunnallisella ja alueellisella tasolla. Alueellisella tasolla tämä liittyy esimerkiksi sairaanhoitopiirin ja maakuntaliiton väliseen yhteistyöhön. Valtakunnallisella tasolla haaste liittyy eri hallinnonalojen sosiaali- ja terveyssektoriin kohdistuvien politiikkatoimenpiteiden koordinointiin. Yhteistyötä voidaan rakentaa yhteisen tulevaisuuden vision avulla ja tunnistamalla ja hyväksymällä eri toimijoiden lähtökohtien erot.

5. Innovaatioaihion kehittämisverkoston sulkeutuminen toiminnan kaupallistamisen myötä. MAISEMA-vertaisarviointia on leimannut Raision mallin eräänlainen kehittävä kokeilu. Raision mallia on pyritty viemään muille kunnille koekäyttöön soveltamalla sitä paikallisiin lähtökohtiin. Prosessissa on pyritty samalla oppimaan kokemuksista ja hiomaan levitettävää mallia sellaiseksi, että se toimisi monenlaisissa kunnissa. Vertaisarvioinnin yhtiöittäminen sisältää uhkan siitä, että mallin kehittäminen yhdessä käyttäjien kanssa pysähtyy ja sen muotoutuminen laajemmin sovellettavaan muotoon loppuu.

6. Muutosvoiman hiipuminen Sitran roolin supistuessa. Sitra on toiminut proaktiivisena ja innostavana muutoksen käynnistäjänä, joka on voinut taloudellisin kannustein motiivoida kuntia lähtemään mukaan muutokseen. Taloudelliset kannustimet on tarkoitettu lähinnä muutoksen käynnistämiseen. Jatkokehityksen on sen sijaan tapahduttava sen motivoimana, että hyvin toteutettu muutos voi tuoda tullessaan kunnille myös taloudellista etua verrattuna siihen, että muutosta ei tehtäisi. Myöskään Sitran proaktiivinen ja innostava rooli ei voi laajentua muutostyön laajentuessa, vaan pikemminkin Sitra on rajaamassa rooliaan ja siirtämässä osan rooleistaan vastaperustetulle Kuntamaisema Oy:lle. Muutos-

prosessin tukemiseksi olisi hyvä saada muita ulkoisia toimijoita täydentämään ja korvaamaan Sitran roolia. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja kunnallishallinnon kehittämisen perinteisempien toimijoiden ja Sitran välillä ei kuitenkaan näytä syntyneen sellaista suhdetta, joka varmistaisi tällaisen täydentämisen ja korvaamisen suunnitelmallisesti.

7. Poliittisen päätöksenteon pohja. Systemisten innovaatioiden käyttöönotto ja leviäminen laajamittaiseen käyttöön edellyttävät yhtäaikaaisesti riittävää yhteistä käsitystä ratkaistavasta ongelmasta ja uudesta toimintamallista, jolla ongelman ratkaisuun voidaan pyrkiä, sekä poliittisen päätöksenteon edellytyksiä (ks. tarkemmin kohta 7.2). Näiden edellytysten täyttymistä on syytä tarkastella paitsi paikallisella myös valtakunnallisella tasolla.

7. Yhteenveto ja johtopäätökset

Olemme kuvanneet yhden tapaustutkimuksen kautta tapaa, jolla Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa kehitetään ja levitetään systeemisiä innovaatioita. Kuvaamaamme prosessia voidaan nimittää innovaatiojohtamiseksi. Tällaisessa julkisten ja yksityisten toimijoiden muodostamassa verkostossa innovaatiojohtaminen on tyypillisesti luonteeltaan neuvottelevaa ja vuorovaikutteista. Se ei perustu hierarkialle, niin kuin organisaatioiden sisäinen johtaminen.

Tässä julkaisussa on tarkasteltu Raision tilaaja-tuottajamallia kehkeytyvänä *systeemisen innovaation aihiona*. Olemme eritelleet tapaustutkimuksen pohjalta sitä muutosjohtamista, jolla kyseistä innovaatioaihiota on tässä alkuvaiheessa pyritty kehittämään, viemään käyttöön ja levittämään.

Seuraavassa Mikkelin seudun MAISEMA-hankkeen alkuvaihetta analysoidaan kolmen eri tutkimusperinteen näkökulmasta. Ensin kuvaamme systeemisen innovaation leviämisen edellytysten ja esteiden kehkeytymistä monitasoisen muutoksen mallin kehyksessä. Sitten arvioimme mahdollisuuksien ikkunan avautumista hallintotieteellisestä näkökulmasta. Lopuksi arvioimme vertaisarviointia organisaation oppimisen näkökulmasta.

7.1 Haasteet ja mahdollisuudet innovaatioaihion polulla

7.1.1 Tilan luominen uusille innovaatioille

Transition Management -kehikossa asiaa tarkastellen voidaan havaita, että hedelmällistä maaperää ja tilaa Raision tilaaja-tuottajamallin käyttöönottamiselle ovat tarjonneet niin laajempi toimintaympäristön kehitys kuin vallitsevan sosiaali- ja terveysjärjestelmän uudistamispyrkimyksetkin. Keskeisimmät *toimintaympäristön muospaineet* syntyvät suomalaisen väestön nopeasta ikääntymistrendistä, joka näkyy sekä palvelutarpeen kasvuna että työvoimapulana julkisissa palveluorganisaatioissa. Suomessa kuntien resurssit eivät riitä siihen, että ne vastaisivat kasvavaan palvelutarpeeseen nykyisellä palvelurakenteella. Palvelurakenteen muutosta pidetään välttämättömänä. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamallien ja palvelujen uudistamiseen kohdistuu suuria paineita, jotta jatkossakin voitaisiin turvata kansalaisille laadukkaiden palvelujen saatavuus käytettävissä olevin voimavaroin.

Vallitsevan sosiaali- ja terveysjärjestelmän kehittämistä varten onkin käynnistetty mitattavat toimenpiteet. Nykyisessä hallitusohjelmassa on linjattu alan perusratkaisuja. Tavoitteeksi on asetettu kattavat ja vaikuttavat sosiaali- ja terveyspalvelut. Hallitusohjelman mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuu säilytetään

julkisella sektorilla ja ammattitaitoisen henkilöstön saanti pyritään turvaamaan koulutuksen, palkkauksen, sisältöjen ja johtamisen kehittämällä sekä oppimis- ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämisellä. Lisäksi hallitusohjelmaan on kirjattu pyrkimys asiakaslähtöisyyden vahvistamiseen. Tällä viitataan lähinnä kansalaisten yhdenvertaisuuden turvaamiseen, palvelun laatusuositusten uudistamiseen, toiminnan ja palvelujen laadun ja vaikuttavuuden arvioinnin parantamiseen sekä palvelujen valvonnan ja ohjauksen parantamiseen.

Keskeisiä hallituksen toimenpiteitä järjestelmän uudistamiseksi on koottu Paras-hankkeeseen, jolla luvataan vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta, KASTE-yhteistyöhön, jonka luvataan tukevan uusien toimintamallien luomista, sekä uuden terveydenhuollon lainsäädännön valmisteluun. Näillä toimilla pyritään muovaamaan institutionaalista, poliittista ja sääntely-ympäristöä ja luomaan mahdollisuutta ”suojatun tilan” laajenemiselle. Hedelmällistä maaperää nimenomaan tilaaja-tuottajamallin käyttöönotolle tarjoaa uuden julkisjohtamisen paradigman melko laaja hyväksyntä valtakunnallisten päättäjien keskuudessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon vakiintuneet johtamismallit ja palvelurakenteet eivät ole kuitenkaan helposti muutettavissa. Viitekehyksemme mukaan muutokset vallitsevassa järjestelmässä eivät toteudu yksin ylhäältä alaspäin suunnattujen toimenpiteiden vaikutuksesta. Lisäksi tarvitaan alhaalta ylöspäin suuntautuvaa uudistamista.

Raision tilaaja-tuottajamalli edustaa tässä viitekehyksessä paikallisesti kehitettyä johtamisinnovaatioaihiota ja nimenomaan alhaalta ylöspäin tapahtuvaa järjestelmän uudistamista. Olemme edellä kuvanneet Jämsän ja Mikkelin seudulla käynnistettyjä innovaatioaihion kokeiluja, joiden taustalla on pyrkimys kehittää valtakunnallisesti hyväksyttävissä ja vakiinnutettavissa olevia tilaaja-tuottajamallin elementtejä. Näissä MAISEMA-hankkeen puitteissa käynnistetyissä toisiinsa liittyvissä kokeiluissa osapuolilla on ollut mahdollisuus oppia Raision mallin eduista ja ongelmista. Kokeilujen sarja on auttanut selvittämään mallin käyttäjien vaatimuksia ja käyttöönoton vaikutuksia sekä ymmärtämään, miten kehittämistä voidaan edistää. Tarkasteltua MAISEMA-prosessia (Raisio–Jämsä–Mikkeli) voidaan luonnehtia varsin vuorovaikutteiseksi ja vastavuoroiseen oppimiseen kannustavaksi.

7.1.2 Etuna innovaatioaihion keskeneräisyys

Tarkastellussa tapauksessa Raision tilaaja-tuottajamalli on hahmotettu nimenomaan innovaatioaihioksi, siis kehittäjien ja käyttäjien ja yhteiskunnallisten toimijoiden vuoropuhelussa kehittyväksi ja kehitettäväksi toimintamalliksi. Lähtökohtana on ollut ajatus siitä, että mallia voidaan modifioida kunkin kunnan tai yhteistoiminta-alueen tarpeiden

mukaiseksi. Mallin räätälöinnille tietyt rajat asettaa kuitenkin se, että vertaisarviokäytännön täytyy olla jatkossa mahdollista. Mallin aihio-ominaisuus tai tietty keskeneräisyys on etu siinä mielessä, että juuri se mahdollistaa mallin aidon kehittämisen yhdessä uusien käyttäjien kanssa ja mallin elementtien kehittämisen mahdollisesti valtakunnallisestikin levitettäviksi. Toisaalta levittäminen on luonnollisesti työläämpää, kun mallin ominaisuuksia kehitetään jatkuvasti. Tämä vaatii paljon henkilöresursseja. Kun yhä useammat kunnat alkoivat osoittaa kiinnostusta Raision mallin kokeiluun ja käyttöönottoon, lisäresurssien tarve Raision mallin levittämiseen nousi ilmeiseksi.

Vastuu MAISEMA-mallin levittämisestä siirrettiin uudelle perustettavalle yritykselle. Kaupallisen toiminnan etuna on se, että se mahdollistaa lisähenkilöiden rekrytoimisen ja avainhenkilöiden keskittymisen päätoimisesti mallin kehittämiseen ja levittämiseen aieman ”sivutoimisen innovoinnin” sijaan. Toisaalta siirtymisessä kaupalliseen toimintaan piilee se vaara, että mahdollisuus avoimeen ja vuorovaikutteiseen kehittämiseen suljetaan, kun pyritään varjelemaan ja standardoimaan uutta tuotetta. Kysymyksessä on tasapainoilu ristiriitaisten vaatimusten paineissa.

Innovaation kaupallistaminen ja omistusoikeudet ovat tyypillisesti asioita, joista organisaatioiden välisissä kehityshankkeissa syntyy osapuolten välisiä intressiristiriitoja. Sitra on Mikkelin seudun MAISEMA-hankkeen alkuvaiheesta asti tietoisesti pyrkinyt kehittämään MAISEMA-mallista kaupallistettavaa tuotetta. Tätä silmällä pitäen Sitran ja kuntien väliseen sopimukseen oli kirjattu salassapitovelvollisuus, joka koski Raision mallin keskeistä toiminnallista työkalua eli sen laskentamallia. Mikkelin seudun kokeiluun osallistuneet kunnat eivät kuitenkaan olleet mieltäneet, että niistä tulisi kokeilun etenemisen myötä kaupallisen yrityksen asiakkaita ja että ne joutuisivat maksamaan laskentamallin käytöstä, jonka kehittämiseen he olivat kokeilullaan panostaneet. Ristiriitaiset käsitykset kuntien oikeuksista käyttää mallia nousivat esille vertaisarvioinnin päätyttyä. Sitra pystyi sopimustekstiin nojaten osoittamaan olevansa juridisesti oikeassa. Kuntien edustajien sopimustekstin tuntemus ei ollut yhtä hyvä. He kokivat särön syntyneen siihen luottamukseen, jota he olivat siihen asti Sitraan kumppanina tunteneet. Molempipuolinen luottamus on kumppanuussuhteen kulmakivi. Avoin keskustelu osapuolten erilaisista intresseistä on tärkeää pitkän aikavälin kumppanuussuhteen kehittämisessä. On tärkeää varmistaa, että kaikilla osapuolilla on yhteinen käsitys pelisäännöistä.

7.1.3 Verkottajan kriittinen rooli muutosjohtamisessa

Transition management -kehyksessä tarkastellen eri tasojen välinen vuorovaikutus on olennainen edellytys Raision mallin leviämiseksi laajamittaiseen käyttöön sosiaali- ja terveydenhuollon uudenaikaisena johtamismallina. Muutoksen tapahtuminen edellyttää sitä, että vallitsevan toimintajärjestelmän kehittämisen ja paikallisen kokeilutoiminnan

välillä on vuorovaikutusta. Vuorovaikutus mahdollistaa Raision mallin käyttöönoton mahdollisuuksien ja esteiden tunnistamisen ja auttaa esteiden madaltamisessa tai poistamisessa. Vuorovaikutuksen kautta voidaan myös rakentaa kehittämisen ja käyttöönoton edellytyksiä. Tapaustutkimus on tuonut esille Sitran aktiivisen roolin näiden eri tasojen vuorovaikutteisuuden synnyttämisessä muutosprosessin alkuvaiheessa.

Mikkelin MAISEMA-hankkeessa Sitra on toiminut keskeisenä *muutosagenttina* sekä *katalyyttina* ja *välittäjänä* valtakunnallisen ja paikallisen tason pyrkimysten välillä. Tämä on ilmentynyt muun muassa siten, että Sitra on innostanut ja motivoinut paikallisia toimijoita tuomalla heille tiedoksi ministeriöiden kannanottoja ja valtakunnallisesti asetettuja kehittämissuunnitelmia ja -toimia. Näin se on pyrkinyt osoittamaan paikallisille toimijoille, että niiden pyrkimykset MAISEMA-hankkeessa ovat valtakunnallisten tavoitteiden mukaisia ja että seudulla olisi mahdollisuus toimia kehityksen edelläkävijänä. Vastavasti Sitra on vienyt valtakunnallisen tason toimijoille tietoa MAISEMA-hankkeesta saaduista kokemuksista. Sitra on myös mobilisoinut erilaisia toimijoita – konsultteja, tutkijoita, tilaaja-tuottajamallin puolesta puhujia – mukaan MAISEMA-hankkeen toimintaa edistämään. Sitra perusti myös yhdessä Raision kaupungin ja Nordic Healthcare Groupin kanssa yhtiön, joka otti vastuulleen MAISEMA-mallin kehittämisen ja levittämisen.

Jatkossa kriittinen kysymys tulee olemaan se, riittävätkö uuden yrityksen resurssit yksin viemään Raision mallia uutena johtamisnovaationa suomalaiseen kuntakenttään. Jatkuuko mallin kehittäminen ja eri paikkakunnilla käynnistetty muutos, kun Sitra vetäytyy fasilitaattorin roolista eikä tarjoa enää taloudellista ja asiantuntijatukea?

Kestävän kumppanuussuhteen rakentaminen STM:n hallinnonalan ja Sitran välille lisäisi muutoksen kantavuutta ja muutosvoimaa. Sitra on innostava ja ketterä muutoksen käynnistäjä, mutta sen käynnistämien muutosprosessien jatkuvuuden varmistaminen edellyttäisi enemmän yhteispeliä muiden toimijoiden kanssa. Haastattelut toivat esille jännitteiset suhteet ja eräänlaiset kilpailuasetelmat Sitran ja sosiaali- ja terveydenhuollon väkiintuneiden toimijoiden välillä. Miten kilpailijat voisivat päästä rakentamaan, toinen toisiaan innostavaan ja kehittävään yhteistyösuhteeseen? Se edellyttäisi ainakin osapuolten erilaisten komplementaaristen osaamisten tunnistamista ja yhteistoiminnan rakentamista näiden osaamisten pohjalta sekä toinen toistaan arvostavaa toimintatapaa.

7.2 Onko mahdollisuuksien ikkuna todella avautumassa?

Kingdonin (1995) analyysimallin ohjaamana voidaan kysyä, onko systeemisten innovaatioiden mahdollisuuksien ikkuna todella avautumassa. Tällöin kysytään, ovatko (1) riittävän yhtenäinen ongelmatietoisuus, (2) yhteinen käsitys tavoiteltavasta muutoksesta sekä (3) riittävät poliittisen päätöksenteon edellytykset olemassa yhtäaikaisesti.

Paikallisten toimijoiden keskuudessa on varmaankin suhteellisen suuri yksimielisyys siitä, että ”haasteina” ovat väestön vanheneminen ja muut palvelutarpeita kasvattavat tekijät yhtä aikaa kuntien tulopohjan heikkenemisen kanssa. Siitä huolimatta varsinaisen ”ongelma” määritellään vielä eri tavoilla. Lisäksi joillakin ei ole yhtään aikaa odottaa, toiset taas näkevät mahdolliseksi vielä katsoa ensin, mitä toiset tekevät ja mitä kokemuksia heidän valinnoistaan saadaan. Joillekin ongelman ytimessä ovat pienet kunnat, toisille taas liian itsetietoiset suuret palvelutuottajaorganisaatiot, maakuntakeskukset tai professiot. Joillekin ongelmana on suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon perinteinen hallinto- ja johtamistapa, jotkut taas eivät koe siinä varsinaista ongelmaa ja paikantavat ongelman pikemminkin muihin kunta- ja palvelurakenteen piirteisiin.

Vaikka tilaaja-tuottajamallilla on aiempaa enemmän kannatusta vaihtoehtoisten toimintamallien hahmottelijoiden keskuudessa, on asiasta myös erilaisia näkemyksiä. Lisäksi käsitykset siitä, mitä tilaaja-tuottajamallilla tarkoitetaan, vaihtelevat suuresti. Toiset näkevät mallin vain julkisen hallinnon sisäisen työnjaon ja roolituksen muutoksena, toisille se merkitsee tietä kohti kovaa kilpailutusta ja vähittäistä palvelutuotannon yksityistämistä. Voidaan kysyä, onko jokin tietty tilaaja-tuottajamallin tulkinta nousemassa dominoivaksi.

Muutoksen mahdollisuuksia poliittisen päätöksenteon kannalta on jossakin määrin vaikeaa arvioida. Poliittisten kantojen ja intressien jako ei näytä niinkään menevän puolue-rajojen mukaan, vaan pikemminkin puolueiden sisällä. Tämä luo epävarmuutta muutoksen poliittisen tuen suhteen. Voi myös olettaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset (joita lienee tutkitulla alueella yli 15 % kunnallisvaalien äänestäjistä) ovat tärkeä poliittisiin kantoihin vaikuttava taho. Kuntien johtavat virkamiehet ja poliitikot joutuvat olemaan jossain määrin epävarmoja sen suhteen, seuraavatko valtuutetut ja äänestäjät heitä, mitä he sitten valitsevatkin. Tilaaja-tuottajamallin puoltajien kannalta vaarana lienee myös se, että tulkinta siitä, mitä malli käytännössä tarkoittaa, voi vielä ideologisoitua. Malli voi alkaa merkitä esimerkiksi yksityistämistä tai vain byrokratian monimutkaistamista. Ideologisoitumisen vaara lienee erityisen suuri ennen kunnallisvaaleja, mutta voi hyvinkin jatkua myös niiden jälkeen.

Tästä näkökulmasta voi sanoa, että muutoksen mahdollistamiseksi ja myös muutossuunnan täsmälliseksi valitsemiseksi tarvitaan vielä paljon pätevää muutosjohtamista. Lisäksi muutosjohtaminen ei ole vain valmiiksi päätetyn tai sovitun muutossuunnan toteuttamista, vaan myös edelleen riittävän yksimielisyyden synnyttämistä ratkaistavana olevasta ongelmasta, ongelman ratkaisemiseksi tuotettavasta vaihtoehdosta ja muutoksen poliittisten edellytysten turvaamisesta.

7.3 Vertaisarviointi organisaation oppimisen käynnistäjänä

Organisaation oppimisen ja toiminnan strategisen uusiutumisen (esim. Crossan et al. 1999; Engeström 2001) voidaan nähdä tapahtuvan tavallisesti kyseenalaistamalla oma vallitseva toimintatapa sekä ottamalla mallia kehittyneemmistä ratkaisuista ja toimintamalleista. Jotta organisaation vallitseva toimintatapa voidaan kyseenalaistaa, tarvitaan tietoa organisaation nykyisestä toiminnasta ja toiminnan epäkohdista ikään kuin peiliksi omasta toiminnasta. MAISEMA-hankkeessa tällaisena ”peilinä” kuntien nykyisestä toiminnasta toimi kuntien palvelujen kustannustehokkuusanalyysi, joka tehtiin vertailemalla kunnan tilannetta tavallaan ihannekunnan, Raision, vastaaviin lukuihin. Vertaisarvioinnin oletettiin saavan aikaan tarpeen uudelleenorganisoida kunnan palvelut kustannustehokkaammin. Tutkimuksemme havainnot osoittavat, että muutostarve havaittiin vahvasti erityisesti kuntien ja kaupunkien johdossa, mutta heikommin sosiaali- ja terveydenhuollon omien toimijoiden keskuudessa. Siellä tulokset herättivät varauksellisuutta ja jonkinasteista muutosvastarintaa. Tämä herätti tutkijat miettimään, mistä tämä erilainen suhtautuminen muutostarpeen havaitsemiseen johtuu.

Ensinnäkin kunnan ja kaupunkien johto on tottunut tarkastelemaan alueensa tilannetta taloudellisten mittareiden kautta. Talousseuranta on osa johtamistyötä. Johdolle tieto palvelujen kustannustehokkuudesta virittää välittömästi oppimisoivalluksen ja muutostarpeen. Kustannustehokkuuteen keskittyvä vertaisarviointi puhuu johdolle tutulla kielellä. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden arkityön kohde on puolestaan potilaat ja heidän hyvinvointinsa edistäminen. Jotta sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat havaitsivat muutostarpeen, he tarvitsivat ”kustannustehokkuuspeilin” rinnalle tietoa siitä, millaista on nykyisten sosiaali- ja terveystalvelujen laatu ja vaikuttavuus. Toimivatko nykyiset potilaan hoitoketjut katkeillen vai tehokkaasti, ja ovatko kansalaiset tyytyväisiä hoidon nykyiseen laatuun? Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden arkikokemukseen liittyy myös usein se, että jo nyt tehdään työtä kiireessä eikä ole aikaa nähdä potilasta hänen oman elämäntilanteensa kokonaisuudessa. Toiminnan tehostamisvaatimukset tässä tilanteessa ovat omiaan herättämään vastarintaa.

Selvityksemme Pertunmaan kunnan omaehtoisesta oman toiminnan jatkuvasta kehittämisestä avaa uuden ymmärryksen kehittämisen logiikkaan. Pienessä kunnassa on mahdollisuus säilyttää tuntuma palvelujen laatuun ja synnyttää valmiutta lähteä yhdessä koko henkilökunnan kanssa tekemään parempaa sosiaali- ja terveydenhoitoa. Pertunmaan sosiaali- ja terveydenhuollon tehokkuutta on lähdetty hakemaan tavallaan ruohonjuuritasolta. Henkilökuntaa on koulutettu toimimaan monessa eri tehtävässä, toiminnan joustavuutta on saatu aikaan tiimityöskentelyllä ja eri ammattiryhmien välisellä yhteistyöllä. Vanhusten laitospaikkoja on vähitellen vähennetty ja vaihtoehtoiseen kotipalvelutoimintaan panostettu. Vanhustenhoidossa on pyritty kunnioittamaan vanhusten itsemääräämisoikeutta ja kunnassa on tuettu mm. vireää järjestötoimintaa, joka pitää ikään-

tyvän väestön aktiivisena. Ratkaisuja on lähdetty tekemään miettimällä samanaikaisesti palvelujen laadun kehittämistä ja niiden kustannustehokkuutta.

Pertunmaan esimerkki valottaa sitä, kuinka tärkeää muutosjohtamisen vaiheessa on nostaa esiin ja levittää edelleen tällaisia toiminnan omaehtoisesta kehittämisestä lähteviä hyviä käytäntöjä ja ratkaisuja. Jos muutosjohtaminen lähtee vain lyhytnäköisestä taloudellisesta ahdingosta selviämisen eikä pitempijänteisestä toiminnan uudistamisen logiikasta, se nojautuu helposti niin sanottuihin koviin arvoihin ja hakee ratkaisuja ensisijaisesti kustannustehokkuuden aikaansaamisen näkökulmasta. Tällaisia ratkaisuja edustavat muun muassa toimintojen karsiminen, prosessien ulkoistaminen sekä kulujen karsinta. Näkemyksemme mukaan, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat saataisiin mukaan toimintansa uudistamiseen, uusien ratkaisujen tulisi sallia kehkeytyä myös toiminnan sisällön kehittämisen kautta. Parhaimmillaan liiketoimintalogiikan kautta uudistaminen tapahtuisi rinnakkain sosiaali- ja terveydenhuollon sisäisen kehittämislogiikan kanssa, niin että oltaisiin yhtä mieltä, millaiseen tulevaisuuden visioon toiminnalla tähdätään. Tämän yhteisen tulevaisuuden kuvan rakentaminen puolestaan vaatii keskustelua kaupungin johdon, luottamusmiesten sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden kesken. Parhaimmillaan rakenteiden uudistus ja toiminnan sisällön vähittäinen kehittäminen kulkevat käsi kädessä ja niiden nähdään tähtäävän yhdessä yhteiskunnallisesti kestävään ja laadukkaaseen toimintamalliin.

Toimintatapojen levittäminen yksittäisistä kokeiluista laajempaan käyttöön on tunnistettu myös organisaation oppimiskirjallisuudessa yleiseksi haasteeksi (mm. Engeström et al. 2007; Buchanan & Fitzgerald 2007). Muutoksia johdetaan usein projektiluontoisesti, ja katkokset uusien toimintatapojen leviämisessä tapahtuvat, kun yksi muutosprojekti päättyy eikä jatkoa ole vielä tiedossa. Tällainen potentiaalinen katkos muutoksen käynnistymisessä ja etenemisessä on nähtävissä myös MAISEMA-hankkeen siirtymässä vertaisarviointivaiheesta muutosjohtamisen vaiheeseen. Muutosjohtamisen vaiheen alkaminen kunnissa tai kuntien yhteistoiminta-alueilla vaatii muutosjohtajan löytymistä sekä kunnanjohtajatasolta että sosiaali- ja terveydenhuollon sisältä. Muutosjohtajakaksikko takaisi sen, että sosiaali- ja terveystalouden uudistamisessa kunnioitettaisiin niin liiketoiminnan logiikalla tapahtuvaa uudistustyötä kuin toiminnan sisällön ja laadun kehittämisen motiivilla tehtävää uudistustyötä. Näin saataisiin palvelurakenteen uudistamistyö ja toisaalta palvelujen sisältöjen kehittäminen vuoropuheluun keskenään. Ellei muutosjohtajia selvästi tunnisteta, vastuuta muutoksen johtamisesta pallotellaan helposti eri toimijoiden välillä, kuten havaintomme Etelä-Savon toimijakentästä muutoksen alkuvaiheessa osoittivat. Kun Sitran Terveydenhuollon ohjelma ottaa etäisyyttä muutoksen käynnistämiseen kunnissa, täytyy muutoksen vetäminen selkeästi henkilöidä uudelleen ja nimetä muutosjohtajarooleihin sopivat kentän toimijat.

Sitra on MAISEMA-hankkeen keskeisenä innovaattorina ja toimijoiden välisten yhteyksien rakentajana luonut toimivat verkostot ja uuden toimintamallin leviämiskanavat sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliseen ja sairaanhoitopiirin tasoon sekä kuntien ja kaupunkien johtoon. Seudullisella tasolla tarkastellen uudistusten toteutumisen kannalta kriittinen kysymys kuitenkin on, miten saada seudulliset sosiaali- ja terveydenhuollon omat toimijat vakuuttumaan uudistamisen tarpeesta ja puhaltamaan yhteen hiileen kaupungin tai kunnan johdon kanssa. MAISEMA-hankkeen kannalta tärkeä kysymys on se, päästäänkö vertaisarvioinnin kautta tunnistettujen muutostarpeiden toteuttamiseen ja hyväksyvätkö Mikkelin seudun kunnat Raision mallin johtamisen työkaluksi palvelurakenteen muutokseen.

Kuntien toiminnan tasolla vertaisarviointi voi tuottaa erilaisia kehityskulkuja. Vertaisarviointi saattaa käynnistää kunnan olemassa olevien sosiaali- ja terveystalouden uudelleenorganisoinnin tarpeen ja tehostamista pienin parannuksin. Vertaisarviointi saattaa myös vauhdittaa kuntien keskinäisten palveluiden synnyttämistä ja jopa johtaa kuntaliitoksiin. Palveluiden tehostamista ja uudelleenorganisointia voidaan puolestaan tehdä joko ilman varsinaisen tilaaja-tuottajamallin käyttöönottoa palveluiden ohjaamisessa tai osana tätä uudenlaista ohjausmallia. Jatkossa olisikin kiinnostava seurata MAISEMAN vertaisarvioinnin tuottamia erilaisia kehityskulkuja eri paikkakunnilla.

Valtakunnallisella tasolla tarkastellen kiinnostavaa on se, miten eri toimijat jatkossa hahmottavat roolinsa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisessa. Sitra on toiminut pääosin haastajan ja muutosagentin roolissa. Sillä on ollut edellytykset synnyttää, innostaa ja taloudellisesti kannustaa nopeasti liikkeelle lähteviä valikoituja innovatiivisia keitoja. Tämän roolin ylläpitämiseksi sille on myös tärkeää kyetä irrottautumaan tukemistaan hankkeista, jotta se kykenee panostamaan seuraaviin innovaatioihin. Vakiintuneemmat alan valtakunnalliset toimijat eivät näytä yhtä ketteriltä, mutta ne eivät myöskään voi olla yhtä valikoivia tukemiensa kehitysprosessien määrän, laajuuden ja keston suhteen. Tämä tehtävien erilaisuus selittää osaltaan sitä, että haastajan ja haastettujen välillä ei ainakaan vielä ole kehittynyt sellaista kumppanuussuhdetta, joka mahdollistaisi innovaatioaihioiden parempaa yhteistä kehittämistä ja käynnistetyille muutosprosesseille kantavuutta, pysyvyyttä ja laajentuvaa soveltamista.

Lähdeluettelo

- Argyris, C. 1999. *On Organizational Learning*. 2. ed. Blackwell Publishers Ltd, Cornwall.
- Aronen, K., Järviö, M.-L., Luoma, K. & Rätty, T. 2001. *Yhteistyöllä ja kilpailen. Peruspalvelut 2000 -tutkimusraportti*. VATT-julkaisuja 31. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki.
- Ashton, T., Mays, N. & Devlin, N. 2005. Continuity through change: the rhetoric and reality of health reform in New Zealand. *Social Science & Medicine*, Vol. 61, s. 253–262.
- Buchanan, D. A. & Fitzgerald, L. 2007. The Best Practices Puzzle: Why are New Methods Contained and not Spread? Teoksessa *The Sustainability and Spread of Organizational Change*. Toim. Buchanan, D. A., Fitzgerald, L. & Ketley, D. Routledge, London and New York. S. 41–59.
- Christensen, T. & Lægreid, P. (toim.). 2007. *Transcending New Public Management. The transformation of Public Sector Reforms*. Ashgate, Aldershot.
- Crossan, M., Lane, H. & White, R. 1999. An Organizational Learning Framework: From Intuition to Institution. *The Academy of Management Review*, Vol. 24, No. 3, s. 522–537.
- Engeström, Y. 2001. Expansive Learning at Work: Toward an Activity Theoretical Reconceptualization. *Journal of Education and Work*, Vol. 14, No. 1, s. 133–156.
- Engeström, Y., Kerosuo, H. & Kajamaa, A. 2007. Beyond Discontinuity: Expansive Organizational Learning Remembered. *Management Learning*, Vol. 38, No. 3, s. 319–336.
- Etelä-Savon maakuntaliitto. 2006a. Etelä-Savon maakuntaohjelma 2007–2010. Etelä-Savon maakuntaliiton julkaisu 80:2006. Etelä-Savon maakuntaliitto, Mikkeli.
- Etelä-Savon maakuntaliitto. 2006b. Palveleva Etelä-Savo 2013. ”Etelä-Savon menestyksen avaimet.” Etelä-Savon maakuntaliiton julkaisu 69:2006. Etelä-Savon maakuntaliitto, Mikkeli.
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L. & Pettigrew, A. 1996. *The New Public Management in Action*. Oxford University Press, Oxford.
- Figueras, J., Robinson, R. & Jakubowski, E. (toim.). 2005. *Purchasing to improve health system performance*. Open University Press, Maidenhead.

Geels, F. W. 2002. Technological transitions as evolutionary reconfigurations processes. A multi-level perspective and a case study. *Research Policy*, Vol. 31, No. 8/9, s. 1257–1274.

Geels, F. W. 2004. Understanding system innovations: A critical literature review and a conceptual synthesis. Teoksessa *System Innovation and the Transition to Sustainability: Theory, Evidence and Policy*. Toim. Elzen, B., Geels, F. & Green, K. Edward Elgar, Cheltenham. S. 19–47.

Geels, F. W. 2007. Feeling of discontent and the promise of middle range theory for STS, Examples from technology dynamics. *Science, Technology & Human Values*, Vol. 32, No. 6, November, s. 627–651.

Halonen, M. 2007. Tilaaja-tuottajamalli tukena kaupungin toiminnanohjauksen rationaalisoinnissa. Case: Raison malli. Pro gradu -tutkielma. 10.5.2007. Turun kauppakorkeakoulu, Turku.

Hoogma, R., Weber, M. & Elzen, B. 2005. Integrated long-term strategies to include regime shifts to sustainability: The approach of Strategic Niche Management. Teoksessa *Towards Environmental Innovation Systems*. Toim. Hemmelskamp, J. & Weber, M. Springer Verlag, Heidelberg.

Häkkinen, U. & Lehto, J. 2005. Reform, Change, and Continuity in Finnish Health Care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, No. 1–2, s. 79–96.

Ihalainen, R. 2007. *Sopimusohjaus erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisen ohjauksessa*. Acta Universitatis Tamperensis 1234. Tampere University Press, Tampere.

Karjalainen, K. 2006. Raison malli. Mahdollisuus keskisuuren kunnan talouden ja toiminnan hallintaan. Esitys seminaarissa ”Millä palvelumallilla kuntien tulevaisuuteen? Tilaaja-tuottajatoimintatavan mahdollisuuden ja rajat”. 15.3.2006. Kuntatalo.

Kietäväinen, T. 2008. Maakuntakierros 2008. Power point -esitys Etelä-Savon maakuntaliiton järjestämällä kuntapäivillä Savonlinnassa 4.4.2008.

Kilpailuvirasto. 2001. Markkinat ja kilpailu kuntien tuotantotoiminnassa. Kilpailuviraston selvitys 1/2001. Kilpailuvirasto, Helsinki.

Kingdon, J. 1995. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Longman, New York.

Kivisaari, S. 2001. *Kokemuksia vuorovaikutuksesta kehittämistyöstä*. Työpapereita 58. VTT, Teknologian tutkimuksen ryhmä, Espoo.

Kivisaari, S. & Lovio, R. 2000. Tuottajan ja käyttäjän ja yhteiskunnan vuorovaikutus teknologian muutokseen suuntaajana. Teoksessa *Näkökulmia teknologiaan*. Toim. Lemola, T. Gaudeamus, Helsinki.

Kivisaari, S., Lovio, R. & Väyrynen, E. 2004a. Managing experiments for transition. Examples of societal embedding in energy and health care sectors. Teoksessa *System Innovation and the Transition to Sustainability: Theory, Evidence and Policy*. Toim. Elzen, B., Geels, F. & Green, K. Edward Elgar Publishing, Cheltenham.

Kivisaari, S., Saranummi, N. & Parvinen, P. 2004b. *Vanhusten palvelut Espoossa. Kehittämisen lähtökohdat juurruttamalla*. VTT Working Papers 3. VTT, Espoo.

Konttinen, M. (toim.). 2005. *Tilaja-tuottajamalli terveydenhuollossa. Stakesin asiantuntijoiden näkemyksiä*. Työpapereita 10/2005. Stakes, Helsinki.

Kähkönen, L. 2007. Näennäismarkkinat ja tilaja-tuottajamalli. Esitys Sosiaalipolitiikan päivillä Tampereella 25.–26.10.2007.

http://www.uta.fi/laitokset/sospol/spol_paivat/pdf/tiltuot.pdf.

Lave, J. & Wenger, E. 1991. *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge University Press, Cambridge.

Lehto, J. 2003. *Terveydenhuoltopolitiikkaa uusilla säännöillä*. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, Vol. 40, No. 4, s. 237–244.

Lindqvist, M. 2000. *Tässä seison – uskottavan etiikan jäljillä*. Otava, Helsinki.

Lillrank, P. & Haukkapää-Haara, P. 2006. *Terveydenhuollon tilaja-tuottajamalli*. Kauppa- ja teollisuusministeriö 1/2006. Kauppa- ja teollisuusministeriö, Helsinki.

MAISEMA Loppuraportti 16.5.2007. Sitra, Raison kaupunki & Nordic Healthcare Group. URL: <http://www.sitra.fi>.

Mikkelin seudun MAISEMA-hanke. Hankesuunnitelma 1.9.2007. Sitra, Raison kaupunki & Nordic Healthcare Group.

Piltzer, P. 2002. *The wellness revolution*. Wiley & Sons, New York.

Pirkkalainen, J. 2007. Sopimusvälittyneisyys julkisen sektorin palvelutuotannossa: tilaja-tuottajamalli käytännössä. Esitys Sosiaalipolitiikan päivillä Tampereella 25.–26.10.2007. http://www.uta.fi/laitokset/sospol/spol_paivat/pdf/tiltuot.pdf.

Pollitt, C., van Thiel, S. & Homburg, V. (toim.). 2007. *New Public Management in Europe. Adaptation and Alternatives*. Palgrave Macmillan, Houndmills.

Puro, K. 2008. Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen edellyttämistä kuntarakenteen muutoksista ja kuntien yhteistyöjärjestelyistä. Väkiraportti 7.4.2008. http://www.esavo.fi/media/Puro_valiraportti_150408.pdf.

Rip, A. & Kemp, R. 1998. Technological Change. Teoksessa *Human choice and climate change*. Vol. 2. Toim. Rayner, S. & Malone, E. L. Battelle Press, Columbus, OH. S. 327–399.

Rostgaard, T. & Lehto, J. 2001. Health and social care systems: How different is the Nordic Model? Teoksessa *Nordic Welfare States in the European Context*. Toim. Kautto, M., Fritzell, J., Hvinden, B., Kvist, J. & Uusitalo, H. Routledge, London.

Saranummi, N., Kivisaari, S., Väyrynen, E., Hyppönen, H., Perälä, M.-L. & Saalasti-Koskinen, U. 2005. *Terveystalouden uudistaminen. Systemiset innovaatiot ja asian-tuntijapalvelut muutoksen ajureina*. Tekes teknologiakatsaus no. 180. Tekes, Helsinki.

Steffen, M., Laming, W. & Lehto, J. 2005. Introduction: the Europeanization of health policies. Teoksessa *Health Governance in Europe. Issues, challenges and theories*. Toim. Steffen, M. Routledge, London.

Tommaso, M. & Schweitzer, S. 2005. *Health Policy and High-Tech Industrial Development*. Edward Elgar, Cheltenham.

Tuomola, S. 2008. Etelä-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamishanke. Piirin Paras -hanke. Tilannekatsaus. Power point -esitys 20.2.2008.

Vaissi, E. 2007. Sosiaali- ja terveystalouden Ration mallin kehittyminen ja työkalut. Power point -esitys 4.9.2007.

Vaissi, E. 2008. Ration malli. Toimintatapoja ja työkaluja kunnan talouden ja toiminnan ohjaukseen, hallintaan ja seurantaan. Power point -esitys 20.2.2008.

Wyatt, S. & Palmer, B. 2007. Home on the Range. What and Where is the Middle in Science and Technology Studies? *Science, Technology & Human Values*, Vol. 32, No. 6, s. 619–626.

Muu taustamateriaali

Grönlund, S. 2007. Raisio-malli. Power point -esitys.

Hanhijärvi, H. 2007. MAISEMA-hanke Raision mallin testaajana: hankkeen tavoite ja toteutus. 14.12.2007. Power point -esitys.

Jousi 14.4.2008. Etelä-Savon maakuntaliiton lehti.

Kiviniemi, M. 2008. Puhe Paras-hankkeen luottamushenkilöseminaarissa. Finlandia-talo, 22.4.2008.

Mikkelin seudun MAISEMA I -hankkeen loppuraportti. 2008. Sitra, Raision kaupunki & Nordic Healthcare Group. (URL: <http://www.sitra.fi>.)

Projektisuunnitelma tilaaja-tuottajamalliin siirtymisestä Jämsän seudulla, luonnos 19.9.2007.

Risikko, P. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäminen tulevaisuudessa. Luottamushenkilöseminari. Finlandia-talo 22.4.2008.

Pöytäkirjat ja sopimukset:

- Kuhmoisten kunnanhallituksen pöytäkirjan ote 27.3.2006: Jokilaakson sairaalan tulevaisuus, esitys Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymälle.
- Mikkelin seudun seutuvaliokunnan kokouspöytäkirjat.
- Mikkelin seudun SOTE-yhteistyöryhmän kokouspöytäkirjat.
- Mikkelin seudun MAISEMA-hankkeen koordinaatioryhmä kokouspöytäkirjat.
- Pertunmaan perusturvalautakunnan kokouspöytäkirja 19.3.2008.
- Mikkelin MAISEMA-hanketta koskeva rahoitus- ja kokeiluhankesopimus 10.9.2007.

Liite A: Jämsä MAISEMA-hankkeen muutosjohtamisen pioneerina

Jämsän seudun kunnat (Jämsä, Jämsänkoski ja Kuhmoinen, ks. kuva A1) osallistuivat keväällä 2007 Sitran toteuttamaan MAISEMA I -hankkeeseen, jossa tunnistettiin kuntien vertaisarvioinnin pohjalta rakenne- ja kustannusmuutostarpeita. Raportti nosti Jämsän keskeisinä ongelmina esille liiallisen laitospalveluisuuden vanhustalveissa ja epätarkoituksenmukaisen hoidon porrastuksen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osalta (MAISEMA Loppuraportti 16.5.2007).

Lokakuussa 2007 Sitra tilasi VTT:ltä kartoituksen, jonka tavoitteena oli selvittää Jämsän seudun avaintoimijoiden käsityksiä tarvittavan muutoksen suunnasta ja sen edellyttämästä yhteistyöstä. Sitran näkökulmasta kartoitus edusti yhteistyön riskianalyysia, jota se piti tärkeänä toteuttaa ennen ryhtymistään Jämsän toimijoiden kanssa yhteistyöhön muutoksen toteuttamiseksi. INNOTE-tutkimuksen näkökulmasta kartoitus oli kiinnostava, koska se syventäisi Mikkelin seudulla kohdattavien haasteiden ymmärrystä. VTT toteutti haastattelut marras-joulukuussa ja kartoitus liitettiin osaksi INNOTE-hanketta.



Kuva A1. Jämsä sijaitsee Keski-Suomessa.

Seuraavassa eritellään tarkemmin kartoituksen tuloksia. Erityisesti keskitytään eri toimijoiden, kuten kaupungin tai kunnan johdon, kunnallisen luottamushenkilön, seudullisten sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden ja alueellisten toimijoiden, näkökulmien vertailuun siitä, millaisena ratkaisuna MAISEMA-hankkeen lanseeraama tilaaja-tuottajamalli nähtiin Jämsän seudulla.

MAISEMA-raportin johtopäätökset erikoissairaanhoidon osalta liittyivät Jämsän kaupunginjohtajan jo kolme vuotta aiemmin käynnistämään elinkeino- ja työllisyyspoliittiseen keskusteluun. *Kaupunginjohtaja* oli tuonut esille huolensa siitä, että Jokilaakson aluesairaala ajautuu kriisiin, jollei sen toiminnan uudistamiseen ryhdytä. Hän esitti erikoissairaanhoidon järjestämistä yksityisten kumppanien kanssa (esim. Kuhmoisten kunnanhallituksen pöytäkirja 27.3.2006, haastattelut), mikä oli herättänyt vilkkaan keskustelun puolesta ja vastaan. Kaupungin johdon näkökulmasta Jokilaakson sairaalan tilannetta ei ollut järkevää pyrkiä ratkaisemaan irrallaan koko Jämsän seudun sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudesta. Tämän laajemman palveluiden tilanteen ja organisoinnin kartoittamiseen MAISEMA I -hankkeen vertaisarvioinnin vaihe antoi hyvän apuvälineen, kuten Jämsän kaupungin entinen johtaja totesi vertailutietojen kartoitusvaiheen jälkeen:

”MAISEMAN lähtökohtana oli tämä Jokilaakson sairaalan tilanne, mutta tätä kysymystä oli mielellöntä miettiä yksinään. On tarkasteltava koko sosiaali- ja terveystoimi siinä samassa. Sain aikoinaan turpaani, kun käynnistin keskustelun – muutosta vastustettiin. /.../ Nyt on henkinen valmius muutoksen suhteen on ihan toista luokkaa.” (Haastattelu, kunnanjohtaja)

Kaupunginjohtajat näkivät kunnan talouden kokonaisuutena ja korostivat, että kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvu pitäisi saada pysähtymään, vaikka väestö ikääntyykin. Näin yksi kaupunginjohtaja kuvaili:

”Sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvu syö kunnan talouden muuta pelivaraa. Ja näin ei saisi olla, kyllä meidän täytyy koulutkin hoitaa ja joskus pitää vetää putkeakin maan alle. Tämähän ei ole vain meidän ongelma, vaan koko valtakunnan ongelma. Terveystoimen menojen kasvu syö muut resurssit. Haasteena on saada aikaan mahdollisimman kustannustehokas rakenne niin, että palvelut kasvavalle vanhusväestölle tulee hoidettua.” (Haastattelu, kunnanjohtaja)

Kaupunginjohtajien näkökulmasta sosiaali- ja terveydenhoitopalvelut eivät ole helposti johdettava kokonaisuus. Tilaaja-tuottajamallin uskottiin tuovan uudenlaista ohjausvoimaa sekä luovan mahdollisuutta pitkällä tähtäyksellä tehdä valintoja julkisten ja yksityisten palveluntarjoajien kesken.

Kunnallisen luottamushenkilön näkökulmasta Jämsän ja Jämsänkosken kaupunkien yhdistyminen sekä sosiaali- ja terveystoimen organisatorinen yhdistyminen on järkevää ja kannatettavaa. Sen sijaan kanta tilaaja-tuottajamallin käyttöönottoon palveluiden tehostamiseksi oli varauksellinen, mikä ilmenee seuraavasta haastatteluotteesta:

”Ymmärrän Sitran innokkuuden löytää joku ohjausmalli, joka toimisi. Tilaaja-tuottajamallilla pyritään tehokkuuteen. Se kuitenkin vesittyy, kun siihen sekoittuu puoluepoliittinen peli. Asiantunte mattomat sotkeutuvat terveydenhuollon asioihin.” (Haastattelu, kunnallinen luottamushenkilö)

Luottamushenkilö ei uskonut, että poliittisilla luottamushenkilöillä olisi riittävää tilaaja-osaamista, jotta he voisivat tehdä järkeviä valintoja tilatessaan sosiaali- ja terveydenhoitopalveluita. Myös vanhustenhoitoon tarkoitettujen vuodepaikkojen määrän vähentäminen vaikutti luottamushenkilön näkökulmasta vaikealta, koska seudun väestörakenteen enustettiin vanhenevan. Hän uskoi palveluiden tehostamisen vähentävän lähipalveluja ja lisäävän palvelua tarvitsevien kuljettamista keskustoihin. Vanhusten kuljetuskustannukset palvelujen ääreen voivat tulla kunnalle kalliiksi. Lisäksi luottamushenkilö uskoi, että satelliittiyksiköissä tehtävän työn tuottavuus olisi parempi kuin suurissa yksiköissä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijat suhtautuivat Raision tilaaja-tuottajamalliin osin myönteisesti ja osin näkivät sen yhtenä tilaaja-tuottajamalliratkaisuna muiden joukossa. Heillä oli kiinnostusta oman seudullisen tilaaja-tuottajamallin rakentamiseen Raision mallia hyödyntäen. Toimijat olivat omaa mallia suunnitellessaan tutustuneet myös muiden paikkakuntien tilaaja-tuottajamalleihin.

Substanssiasiantuntijoiden tulevaisuuskuva Jämsän seudun kehityksestä ei ollut yhtä myönteinen kuin kaupunkien johtajien. Esimerkiksi yksi haastateltava korosti, että väestörakenteen vanhenemiseen tulisi varautua jo kaupunkirakenteen suunnittelussa.

”Tilaaja-tuottajamallia kohtaan on olemassa epäilyksiä ja tietämättömyyttä ja pelkoa omista mandaateista. Uskon, että seutu on menossa suureen väestörakennemuutokseen. Yleisesti mainostetaan, että väkiluku lähtee nousuun. Useimmat tietävät, että näin ei tule käymään. // Vanhusten määrä tulee kaksinkertaistumaan. Vanhukset pitäisi saada vanhainkodeista tehostettuun palveluasumiseen. Voisiko senioriasuminen olla myös keskustoissa? Kun lähdetään tekemään vanhustenhuollon tulevaisuutta, tulisi osata tehdä ihan uusia ratkaisuja.” (Haastattelu, seudullinen substanssiosaaja)

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat toivat esiin, että kuntavertailun perustaminen MAISEMA-hankkeessa vain kustannustehokkuusmittareihin antaa melko yksipuolisen kokonaiskuvan palveluista. Jatkossa tilaaja-tuottajamalliin olisi pystyttävä luomaan myös palveluiden laatua ja vaikuttavuutta kuvaavia mittareita, kuten yksi toimija luonnehti:

”On iso puute, ettei ole laatumittareita. On vaarana, että resurssit alkavat ohjata ajattelua. Ajatellaan että tuottavuus ja tehokkuus on sitä, kuinka paljon käyntejä on per lääkäri. Ei lääkäreillä ole mitään ongelmaa kasvattaa potilaiden käyntimääriä. Ei siinä ole vaikuttavuusnäkökulmaa sitten ollenkaan. Jos tuottavuutta ja tehokkuutta aletaan mitata vääristyneesti, hukataan tämä laatu! Jos laatu perustuu suoriteperusteiseen laatuun, niin näyttää siltä, että asiasta saadaan ulkoistettuna enemmän tehoa.” (Haastattelu, seudullinen substanssiosaaja)

Terveydenhuollon asiantuntijat olivat kuvanneet toimintaansa prosesseina ja tehneet laadunkehittämistyötä, jonka toivottiin antavan pohjaa palveluiden tuotteistuksen yhteydessä tehtävään laadun määrittelyyn.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä kannettiin erityistä huolta siitä, että Jokilaakson sairaalan tilanne saataisiin ratkaistua niin, että siellä säilyisi riittävä sisätautien vuodekapasiteetti. Jokilaakson sairaala nähtiin ikään kuin varakapasiteettina Jyväskylän keskussairaallalle.

”Sairaanhoitopiirin kapasiteetti ei riitä, jos Jokilaakson sairaala poistetaan kapasiteetista. Tiedämme mitä tapahtuu välittömästi, jos se sairaala ei toimi. Päivystysvirta kasvaa – osin hallitsemattomasti. Se näkyy täällä heti.” (Haastattelu, alueellinen toimija)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin johto varoitti siitä, että terveydenhuollon palveluja ei voi tilata kappale-tavaratuotannon mallilla, vaan pitää olla ymmärrys samalla katkeamattomien hoitoketjujen ja kumppanuuksien rakentamisesta eri palveluntarjoajien kesken. Lisäksi sairaanhoitopiirin näkökulmasta pidettiin tärkeänä, että koko Keski-Suomen perus- ja erikoissairaanhoidon tilannetta tarkasteltaisiin kokonaisuutena. Rakenteelliset ratkaisut palveluiden organisoinnissa olisi pohdittava tässä laajemmassa mittakaavassa, ei vain Jämsän seudun mittakaavassa. Raision mallin kytkennän valtakunnallisiin tuoteistusratkaisuihin perusterveydenhuollossa tulisi olla selkeä.

”Perusterveydenhuollosta ei ole ollut tuoteistustietoa saatavissa. Jyväskylän seudulle on tulossa seututerveyskeskus, jolle on tulossa kymmeniä kuntia. Pitäisi luoda valtakunnallisia standardeja, vertailukelpoisia tuoteistuksia. Kustannuslaskennan ajurit tulisi olla riittävän tarkkoja. Vaikka pyritäänkin isoihin tuotteisiin, niin enemmän pitäisi olla kapitaatioita miten kustannukset kertyvät. Miten elegantti Raision malli on, sitä en tunne. Siinä kuitenkin pitäisi olla Stakes, ministeriö ja Kuntaliitto mukana, jotta siitä syntyisi koko valtakunnassa kaikkien osapuolten kannalta hyödynnettävä malli.” (Haastattelu, alueellinen toimija)

Taulukkoon A1 on kiteytetty eri toimijoiden näkemysten erot. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat suhtautuvat muutokseen kaikkein varautuneimmin. He näkevät, että väestön ikääntyminen tuo painetta palveluiden kasvattamiseen. Kaupungin ja kunnan johto puolestaan näyttää olevan valmis aloittamaan palvelujen uudistamisen. Sairaanhoitopiiri puolestaan haluaisi laajentaa tarkastelun mittakaavaa koko piirin tasolle ennen kuin tehdään muutostoimenpiteitä.

Taulukko A1. Jämsän seudun eri toimijoiden suhtautuminen sosiaali- ja terveystoimen uudistamiseen.

| Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat ja kunnallinen luottamushenkilö | Kaupungin- tai kunnanjohtajat | Keski-Suomen sairaanhoitopiiri |
|---|---|--|
| Ikääntyvän väestörakenteen tuottama paine palveluiden kasvattamiseen | Jämsän seudun elinkeinorakenteen kehitysoptimismi | Palveluiden rakennetta katsottava koko sairaanhoitopiirin näkökulmasta |
| Huoli palveluiden laadusta ja vaikuttavuudesta sekä riittävästä lähipalveluista | Huoli kunnan kokonaistaloudesta, sote-menojen kasvu saatava pysähtymään | Tärkeää saada aikaan valtakunnallisesti vertailukelpoiset tuotteistukset Katkeamattomat hoitoketjut ja palvelujen tarjoajien kumppanuus tärkeää |

Kysyttäessä eri toimijoiden tulevaisuudenvisiota Jämsän seudun sosiaali- ja terveystoimen ja kuntien tilanteesta viiden vuoden kuluttua kuvaukset vaihtelivat seuraavasti: *Jämsän substanssiosaajien eli alueen sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden tulevaisuudenvisiassa* oli uskoa siihen, että sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuus ja hoitoprosessi ovat selkeämpiä ja hallitumpia sitten, kun kuntaliitos on toteutunut ja on vain yhdet päättäjät. Yleisesti uskottiin, että palvelut tuotetaan aiempaa kustannustehokkaammin ja että henkilöstömäärän ja kustannusten nousu nykyisestä saadaan estettyä tai ainakin sitä saadaan hillittyä.

Substanssiosaajat näkivät suurimpien haasteiden olevan vanhuspalvelujen alueella, mutta heidän tulevaisuudenvisiionsa vanhuspalvelujen kehityksestä ei ollut yhtenäinen. Toiset olivat tässä asiassa optimistisempia kuin toiset. Osa arveli, että laitospaikkoja on selkeästi vähennetty samalla kun avopalvelut ja tehostettu palveluasuminen ovat löytäneet paikansa. Yksi substanssiasiantuntija uskoi, että viiden vuoden kuluttua vanhustenhuolto vaatii enemmän resursseja kuin nyt halutaan laskea, koska pula ammattitaitoisista kotipalvelutyöntekijöistä tulee jatkumaan.

Alueen substanssiosaajat uskoivat, että Jämsän seudulla säilyy omaa erikoissairaanhoidon palvelua ja polikliinistä toimintaa. Mutta sitä, miten Jokilaakson sairaala tulevaisuudessa profiloituu, eivät useimmat heistä lähteneet tarkemmin hahmottelemaan. Yksi substanssiosaaja toivoi sairaalan jatkossa keskittyvän selkeästi elektiiviseen toimintaan ja kirurgiaan. Useat substanssiosaajista toivoivat omistajaksi mukaan yksityistä toimijaa. Tämän toiveen taustalla oli usko siihen, että yksityisen kumppanin kautta saadaan rekrytoitua lääkärihenkilöstöä. Toiseksi arveltiin, että tämä estäisi ”keskussairaalan tohvelin alle jäämisen”. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kanssa toivottiin kuitenkin kohtuullista yhteistyötä.

Lisäksi yksi substanssiosaaja ennakoi, että pienten terveyskeskusten toiminta osoittautuu niin tehokkaaksi, ettei niitä voidakaan lakkauttaa. Tulevaisuudessa odotettiin enemmän sähköistä asiointia. Yksi substanssiosaaja mainitsi visiossaan, että esimiehet ovat sisäistäneet tilaaja-tuottajamallin.

Kunnanjohtajien visioissa tuotiin esille onnistuminen tilaaja-tuottajamallin käyttöönotossa. Tällä viitattiin siihen, että päättäjät ymmärtävät, mistä tekevät päätöksiä, ja että sote-palvelut tuotetaan kustannustehokkaasti. Esitettiin arvio, että kustannukset olisivat viiden vuoden kuluttua kuusi miljoonaa euroa nykyistä pienempiä ja palvelutaso entistä parempi. Osa toiminnoista on karsittu pois, ja entistä suuremman osan palveluista tuottavat yksityiset yritykset. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö voi hyvin, ja työpaikka sillä alueella on haluttu. Lisäksi visioon kuuluivat toimivat, tietoon perustuvat johtamisjärjestelmät. Kuhmoisten kunnanjohtajan visiossa myös Kuhmoisten vanhusten palvelut tuotetaan hyvin yhteistyössä Jämsän kanssa. Kunnanjohtajien visiossa Jämsä on haluttu asuinpaikka, jolla on hyvä imago. Aikuisille löytyy työpaikat, ja lapset saavat hyvää koulutusta.

Myös kunnanjohtajat, kuten substanssiosaajatkin, ennakoivat yksityisten palveluntuottajien vahvistuvaa roolia seudun palveluntuotannossa. Jokilaakson sairaalaan ennakoitiin jo vuoden 2008 alkupuolella saatavan yksityinen partneri, jonka kanssa muodostetaan osakeyhtiö. Sairaala toimii jatkossa laaja-alaisemmin kuin nyt ja sen palveluita myydään asiakkaille Jämsän seudun ulkopuolellakin.

Sairaanhoitopiirin vision keskiössä on perusterveydenhuollon vahvistuminen sekä sosiaalipalveluiden, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon entistä tiiviimpi yhteistyö. Vaikka vision mukaan toiminnan tehokkuus lisääntyy, kuntien talousniukkuus ei tule katoamaan. Osaamisella varmistetaan toiminnan vaikuttavuus. Uudenlaiset yhteistyökonseptit yksityisten kanssa tulevat lisääntymään.

Sairaanhoitopiirin visiossa Jokilaakson sairaalalla on tulevaisuus, mutta sairaalan pärjäämiseen yksin ei uskottu. Yhtenä mahdollisuutena pidettiin fuusioitumista sairaanhoitopiirin kanssa. Tässä visiossa Jokilaakson sairaalaan ei siis välttämättä tarvita yksityistä kumppania. Yksityisen kumppanin mukaantuloa kuitenkin pidettiin yhtenä vaihtoehtona. Sairaanhoitopiirin johto piti tärkeänä sitä, että ennen lopullisen päätöksen tekemistä katsotaan, minkälaisia ehtoja ja suuntaviivoja valmisteilla oleva uusi terveydenhuoltolaki tulee asettamaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyölle.

Kokonaisuudessaan odotukset sosiaali- ja terveydenhuollon kehityksestä Jämsän seudulla olivat loppuvuodesta 2007 moninaiset ja eri toimijoiden kehitysperspektiivit vaihtelivat. INNOTE-tutkijoiden selvitys toi nämä eri näkemykset näkyviksi. Selvityksessä päädyttiin suosittamaan, että Jämsän seudun sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksen

valmistelua vedetään kaupungin yleisjohdon ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden yhteistyönä. Seudun riittävä vuorovaikutus sairaanhoitopiirin kanssa on myös tarpeen, jotta ratkaisut, esimerkiksi perusterveydenhuollon palveluiden tuotteistusratkaisut, pysyisivät vertailukelpoisina laajemmassa mittakaavassa.

Muutoksen käynnistyminen Jämsän seudulla

Jämsän, Jämsänkosken ja Kuhmoisten kuntien yhteistyölle on pitkät perinteet. Kunnat yhdistivät terveystoimensa yhteiseen Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymään vuonna 1993. Kuntien päättäjät ovat keskustelleet kuntaliitoksen mahdollisuudesta yli kymmenen vuoden ajan, mutta riittävää yksimielisyyttä ei ole löytynyt. Jämsänkosken kaupunki on vanhana teollisuuspaikkakuntana luottanut suuren paperitehtaan tarjoamaan taloudelliseen pohjaan ja halunnut säilyttää itsenäisen päätöksenteon. UPM Kymmenen vähennettyä henkilöstöään paikkakunnalla rajusti vuonna 2006 mielipiteet alkoivat tulla kuntaliitokselle suosiollisemmiksi.

Syksyllä 2007 Jämsän ja Jämsänkosken kaupungit tekivät päätöksen kuntien yhteenliittymisestä vuoden 2009 alusta lukien. Tässä yhteydessä puretaan Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä, johon kuuluu Jämsän ja Jämsänkosken kaupunkien lisäksi Kuhmoisten kunta. Jämsän ja Jämsänkosken sosiaali- ja terveystoimi yhdistetään sen sijaan uuden kaupungin organisaatioon 1.1.2009 lukien. Yhdistetyssä uudessa Jämsässä asukkaita tulee olemaan yli 23 000. Kuhmoisten kunta päätti jäädä kuntaliitoksen ulkopuolelle, mutta sen sosiaali- ja terveystoimet pyritään järjestämään yhteistyössä uuden Jämsän kaupungin kanssa.

Syksyllä 2007 Jämsän ja Jämsänkosken kaupunkien päättäjät ilmaisivat kiinnostuksensa siihen, että uuden kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollossa siirryttäisiin heti tilaaja-tuottajamallin mukaiseen organisaatioon ja johtamiseen. Sitran ja Jämsän seudun yhteistyönä käynnistettiin MAISEMA II -hanke tukemaan siirtymistä uuteen toimintamalliin ja palvelurakenteen muutosjohtamista (Projektisuunnitelma tilaaja-tuottajamalliin siirtymisestä Jämsän seudulla, luonnos 19.9.2007). Samalla tavoitteeksi asetettiin seudullisten erikoissairaanhoidon palvelujen turvaaminen: *kirurgian potilasaluetta pyritään laajentamaan niin, että Jokilaakson sairaalan toimintaa ei tarvitse supistaa*. Jämsän seudulla tilaaja-tuottajamalliin siirtyminen kytkeytyy siis samanaikaisesti käynnissä olevaan kuntaliitokseen ja seudun sosiaali- ja terveystoimien uudelleenorganisointiin.

MAISEMA I -vaihe, jossa Jämsän seudun sosiaali- ja terveystoimien kustannuksia verrattiin Turun läntisten kuntien ja Vaasan tilanteeseen, sai Jämsän seudun toimijoissa aikaan vahvan halun alkaa tehdä muutoksia palvelurakenteeseen. Näin yksi haastateltava totesi:

”Vihdoinkin, muutos on nyt tapahtumassa! On ollut kaikkien tiedossa jo muutenkin, että terveydenhuollolle pitäisi tehdä jotakin, mutta nyt saadaan tekoja aikaiseksi. MAISEMA potki tämän näkyville.” (Haastattelu, seudullinen substanssiasiantuntija)

Jämsän seudun sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat käynnistivät omin voimin ensimmäiset toimenpiteet palvelurakenteen uudistamiseksi uudessa Jämsässä. Erillinen työryhmä lähti suunnittelemaan Jokilaakson sairaalan yhtiöittämistä. Tavoitteeksi näytti nopeasti muodostuvan löytää Jokilaakson sairaalalle yksityinen kumppani ja lisätä sen avulla potilasvirtaa sairaalaan. Selvitysmiehet asetettiin myös vanhustenhoitopalveluille sekä terveyskeskuksen avovastaanottopalveluille.

Sitra tarjoutui rahoittamaan muutosjohtamiskonsultit tukemaan uudistustyötä. Sitra valitsi tehtävään terveydenhuollon prosessien uudistamisesta kokemusta omaavat Bearing Pointin konsultit. Heidät esiteltiin uuden Jämsän johdolle 12.2.2008. Samassa tilaisuudessa esiteltiin INNOTE-hankkeen tutkijoiden haastattelukartoituksen tulokset siitä, miten Jämsän toimijat suhtautuivat tulevaan tilaaja-tuottajamallin käyttöönottoon. Seuraava ote INNOTE-hankkeen kenttäraportista kuvaa välittömiä tunnelmia konsulttien ja Jämsän seudun sosiaali- ja terveystalveluiden omien uudistajien välillä.

”Tilaisuus oli kauttaaltaan innostuneen henkinen. Tuli tunne, että Jämsä oli edennyt muutoksesaan omien asiantuntijoidensa vetämänä tämän alkuvuoden. Nyt Sitra marssitti konsultit vihdoinkin apuun. Konsulteilla näyttää olevan liiketoimintaorganisaation kehittämisen viitekehys. Puhuivat terveydenhuollon palveluista liiketoimintana ja tuotantona. Selvästi konsultit vastaanotettiin myönteisessä hengessä. Kysyttiin ’montako teitä pääsee meille kokopäiväisesti muutostueksi’. Sitra ilmoitti että siitä lähdetään nyt neuvottelemaan iltapäivällä. Ilmo nostatti Jämsän henkeä: ’Teistä voi tulla malli muille ja aisapari Mikkelin muutokselle.’”(Kenttäraportti 12.2.2008 Jämsä)

Sitralle näytti muodostuvan rooliksi laittaa eri paikkakunnat kilvoittelemaan keskenään sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palvelujen uudistustyössä. Sitra pyrki saamaan Etelä-Savon seudusta ”aisaparin” Jämsän seudulle. Se on edistänyt vastaavanlaisen hankkeen käynnistämistä myös Etelä-Savossa.

Liite B: Tiedon keruu

Tutkimusaineisto koostuu kerätystä dokumenttiaineistosta, osallistuvaan havainnointiin pohjautuvista kenttäraporteista sekä teemahaastatteluista. Dokumenttiaineistona on käytetty lähinnä hankesuunnitelmia ja -raportteja, avainhenkilöiden esitysmateriaaleja sekä kokousmuistioita ja pöytäkirjoja (ks. lähdeluettelo ja muu taustamateriaali). Kenttäraportit on laadittu taulukossa B1 mainituista tilaisuuksista, joita INNOTE-hankkeen tutkijat ovat havainnoineet.

Taulukko B1. INNOTE-hankkeen havainnoimat MAISEMA-caseen liittyvät tilaisuudet.

| Tilaisuus | Ajan-kohta | Paikka |
|---|------------|---|
| Satu Grönlundin käynnistämä MAISEMA-aloitustapahtuma | 8.10.07 | Mikkelin sosiaali- ja terveyskeskus |
| Satu Grönlundin käynnistämä MAISEMA-aloitustapahtuma | 8.10.07 | Mikkelin keskussairaala |
| Satu Grönlundin käynnistämä MAISEMA-aloitustapahtuma | 9.10.07 | Kangasniemi |
| Tiedotustilaisuus MAISEMA-hankkeesta sosiaali- ja terveydenhuollon johtoryhmälle | 9.10.07 | Mikkeli |
| Mikkelin seudun MAISEMA-hankkeen koordinaatioryhmän kokous | 29.11.07 | Rantakylätalo, Mikkeli |
| Mikkelin seudun MAISEMA-hankkeen koordinaatioryhmän kokous | 10.1.08 | Rantakylätalo, Mikkeli |
| Mikkelin seudun MAISEMA-hankkeen tulosten esittely Etelä-Savon sairaanhoitopiirin jäsenkuntien päättäjille | 24.1.08 | Rantakylätalo, Mikkeli |
| Mikkelin seudun loppuraportin julkistus- ja tiedotustilaisuudet luottamusmiehille ja henkilöstölle | 11.2.08 | Rantakylätalo ja kaupunginkirjaston Mikkelisali |
| Mikkelin seudun MAISEMA-loppuraportin lehdistötilaisuus | 11.2.08 | Mikkelin kaupungin kirjaston Mikkelisali |
| Mikkelin seudun MAISEMA-hankkeen koordinaatioryhmän kokous | 20.2.08 | Rantakylätalo, Mikkeli |
| Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueen sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeiden yhteistyöseminaari | 20.2.08 | Rantakylätalo, Mikkeli |
| Etelä-Savon maakuntaliiton ja Kuntaliiton järjestämä ajankohtaispäivä Etelä-Savon kunnille ja kuntayhtymille | 4.4.08 | Ravintola Paviljonki, Savonlinna |
| Mikkelin seudun MAISEMA-hankkeen koordinaatioryhmän kokous sekä sitä seurannut keskustelutilaisuus muutosjohtamisvaiheeseen siirtymisestä | 24.4.08 | Rantakylätalo, Mikkeli |

Teemahaastatteluja on tehty Raision, Mikkelin ja Jämsän seudun kunnallisten päättäjien ja sosiaali- ja terveystoimen asiantuntijoiden keskuudessa sekä osin valtakunnallisten toimijoiden keskuudessa. Haastateltuja henkilöitä on kaikkiaan 37. Haastatelluilla henkilöillä on eri rooli, näkökulma ja tarkastelutaso Raision tilaaja-tuottajamallin kehittämiseen, käyttöönottoon ja levittämiseen nähden. Mukaan on pyritty saamaan seudullisia sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoita, kaupungin ja maakuntatason johtoa, sairaanhoitopiiritason asiantuntijoita ja johtoa sekä valtakunnallisen tason toimijoita. Haastatteluaineiston analyysissä on systemaattisesti tarkasteltu näkemysten eroja ja yhtäläisyyksiä eri vastaajaryhmien välillä.

Haastattelut toteutettiin pääsääntöisesti kahden tutkijan yhteistyönä syksyn 2007 ja kevään 2008 aikana, ja ne pohjautuivat yhtenäiseen teemahaastattelurunkoon. Haastattelut toteutettiin pääsääntöisesti haastateltujen työpaikoilla, ja niistä kukin kesti 1–1,5 tuntia. Kaikki haastattelut nauhoitettiin. Osa haastattelunauhoista purettiin ja kaikista tehtiin kirjalliset muistiinpanot.

Haastattelujen toteuttaminen Jämsän ja Mikkelin seuduilla osui hieman eri vaiheisiin, koska Jämsän seudulla Raision mallin hyödyntämiseen lähdettiin aikaisemmin kuin Mikkelin seudulla. Jämsän seudulla haastattelut toteutettiin siinä vaiheessa, kun seudulla oltiin jo valmistelemaan sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutoksia ja siirtymistä tilaaja-tuottajamalliin. Mikkelin seudulla haastattelut ajoittuivat kuntien vertaisarvioinnin toteuttamisen ja julkistamisen vaiheeseen.

Mikkelin seudun ja Jämsän seudun MAISEMA-casetutkimuksessa haastateltiin seuraavia asiantuntijoita syksyn 2007 ja kevään 2008 aikana:

- * Airaksinen Riitta, osastonhoitaja, Pertunmaan sosiaali- ja terveystoimen keskus, 24.4.2008
- * Asikainen Pertti, ylilääkäri, Jämsän seudun terveydenhuollon ky, 13.12.2007
- * Asunmaa Pentti, entinen kaupunginjohtaja, Jämsä, 20.11.2007
- * Auvinen Satu, perusturvan toimialajohtaja, Juva, 20.2.2008
- * Grönlund Satu, sosiaali- ja terveystoimen talouspäällikkö, Raisio, 5.10.07
- * Gärdström Hans, johtava ylilääkäri, Pertunmaa, 29.11.07
- * Hahl Anna-Liisa, avo- ja hoivapalvelujohtaja, Puumala, 11.2.2008
- * Hanhijärvi Hannu, ohjelmajohtaja, Sitra, 17.12.2007
- * Helminen Niina, perusturvajohtaja, Ristiina, 24.1.2008
- * Heusala Anne, kunnanjohtaja, Kuhmoinen, 12.12.2007
- * Kiljunen Riitta, perusturvajohtaja, Suomenniemi, 24.1.2008
- * Kilpeläinen Jorma, kaupunginjohtaja, Jämsänkoski, 14.12.2007
- * Kiviluoto Maikki, sosiaali- ja terveystoimen kehittämisspäällikkö, Mikkelin 7.11.07
- * Kokko Simo, kehittämisspäällikkö, Stakes, 2.4.2008
- * Kunttu Timo, Keski-Suomen shp:n johtaja, 13.12.2007

- * Liehu Tuula, johtava ylihoitaja, Jämsän seudun terveydenhuollon ky, 20.11.2007
- * Loberg Hannu, lääkäri, kaupunginvaltuuston ja -hallituksen jäsen, Jämsänkoski 14.12.2007
- * Loponen Maija, johtava hoitaja, Pertunmaan sosiaali- ja terveyskeskus, 24.4.2008
- * Mattila Tapani, kaupunginjohtaja, Jämsä, 12.12.2007
- * Mikander Kimmo, Mikkelin kaupunginjohtaja, 19.2.2008
- * Mäyränen Heikki, talous- ja hallintopäällikkö, Pieksämäki, 11.2.2008
- * Nupponen Matti, sairaanhoitopiirin johtaja, Etelä-Savon shp, 4.4.2008
- * Närhinen Maria, sosiaali- ja terveystoimen johtaja, Mikkeli, 7.11.07
- * Oksanen Heikki, sosiaalijohtaja, Jämsänkoski, 14.12.2007
- * Parvinen Ilmo, toimialajohtaja, Sitra, 29.10.07, 17.12.2007
- * Paunonen Kari, sosiaalijohtaja, Jämsä 20.11.2007
- * Pekurinen Markku, tutkimusprofessori, Stakes, 7.4.2008.
- * Päivinen Mira, perusturvajohtaja, Hirvensalmi, 20.2.2008
- * Rajapolvi Aino, sosiaali- ja terveystoimen hallintopäällikkö, Mikkeli, 7.11.07
- * Rytkönen Asko, kehityspäällikkö, Keski-Suomen shp, 12.2.2008
- * Seppälä Arto, kaupunginhallituksen puheenjohtaja, Mikkeli, 19.2.2008
- * Teperi Juha, palveluinnovaationhankkeen johtaja, STM, 26.3.2008
- * Tuunainen Markku, perusturvajohtaja, Kangasniemi, 24.1.2008
- * Vaissi Eero, sosiaali- ja terveysjohtaja, Raisio 5.10.07
- * Vesala Arto, johtaja, Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä, 12.2.2007
- * Viialainen Matti, Etelä-Savon maakuntajohtaja, 19.2.2008
- * Wirta Jussi, johtava lääkäri, Jokilaakson sairaala, 20.11.2008

Haastattelumateriaalia jäsennettiin ja tarjottiin muutosprosessin läpiviennistä vastaavien toimijoiden käyttöön muutoksen eri vaiheissa. Nämä työkokoukset on listattu taulukossa B2.

Taulukko B2. INNOTE-hankkeen MAISEMA-casen eteneminen. Keskeiset työkokoukset.

| Päivä-määrä | Tavoite/tarkoitus | Osallistujat |
|--------------------|--|---|
| 9.5.07 | INNOTE-hankkeen suuntaviivojen ja tapaustutkimusten alustava sopiminen | Sitran, Pshp:n ja INNOTE-hankkeen edustajat |
| 14.6.07 | Etelä-Savon alueen MAISEMA-hankkeen käynnistyskokous | Sitran, Raison kaupungin, Etelä-Savon kuntien ja sairaanhoitopiirin, Nordic Healthcare Groupin sekä INNOTE-hankkeen edustajat |
| 29.10.07 | MAISEMA-casen käynnistyksen raportointi ja keskustelu case-tutkimuksen etenemisen suuntaviivoista. Sitran odotusten ja tavoitteiden tarkentaminen. | Sitran ja INNOTE-hankkeen edustajat |
| 11.1.08 | Jämsän seudun kartoituksen raportointi Sitralle | Sitran ja INNOTE-hankkeen edustajat |
| 12.2.08 | Jämsän seudun kartoituksen raportointi Jämsän muutosjohtamisen vastuuhenkilöille | Jämsän avainhenkilöt, Sitran ja INNOTE-hankkeen edustajat sekä Bearing Pointin konsultit |
| 16.5.08 | MAISEMA-casetutkimuksen ensimmäisen vaiheen raportointi Sitralle | Sitran ja INNOTE-hankkeen edustajat |
| 16.6.08 | INNOTE-tutkimuksen jatkon suuntaviivojen sopiminen ja roolin täsmentäminen | Sitran ja INNOTE-hankkeen edustajat |
| 14.8.08 | MAISEMA-casetutkimuksen ensimmäisen vaiheen raportointi Mikkelin seudulla | Mikkelin seudun avaintoimijat, Sitran ja INNOTE-hankkeen edustajat |

Liite C: Etelä-Savon kunnat

Taulukko C1. Etelä Savon kunnat ja niiden väkiluku.

| Kunta | Väkiluku |
|--------------|-----------------|
| Enonkoski | 1 700 |
| Heinävesi | 4 400 |
| Hirvensalmi | 2 600 |
| Joroinen | 5 700 |
| Juva | 7 400 |
| Kangasniemi | 6 400 |
| Kerimäki | 5 900 |
| Mikkeli | 48 000 |
| Mäntyharju | 7 000 |
| Pertunmaa | 2 000 |
| Pieksämäki | 21 000 |
| Punkaharju | 4 100 |
| Puumala | 2 800 |
| Rantasalmi | 4 400 |
| Ristiina | 5 100 |
| Savonlinna | 27 500 |
| Savonranta | 1 200 |
| Sulkava | 3 300 |

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| Tekijä(t) Kivisaari, Sirkku, Saari, Eveliina & Lehto, Juhani | | |
| Nimeke Systemisen innovaation polku sosiaali- ja terveydenhuollossa Raision tilaaja-tuottajamallin levittämisen ensi askeleet | | |
| Tiivistelmä Julkaisu syventää ymmärrystä systeemisten innovaatioiden kehittämisen ja levittämisen haasteista sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tarkastelun kohteena on Sitran johtama niin kutsuttu MAISEMA-hanke, joka pyrkii Raision tilaaja-tuottajamallin kokeilemiseen, käyttöönottoon ja levittämiseen suomalaisessa kuntakentässä. Julkaisussa analysoidaan Raision tilaaja-tuottajamallin hyödyntämistä vertaisarvioinnin työkaluna Etelä-Savon kunnissa. Raision tilaaja-tuottajamallia tarkastellaan systemisen innovaation aihiona. Julkaisu nostaa esille innovaatioprosessin alkuvaiheen johtamisen haasteita. Se tunnistaa kehittämisen erilaisia toimintarationaliteetteja sekä avaintoimijoiden tarpeiden, intressien ja odotusten erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Julkaisu painottaa monitasoisen yhteistyön merkitystä innovaation onnistuneelle levittämiselle. | | |
| ISBN 978-951-38-7219-9 (URL: http://www.vtt.fi/publications/index.jsp) | | |
| Avainnimeke ja ISSN VTT Tiedotteita – Research Notes 1455-0865 (URL: http://www.vtt.fi/publications/index.jsp) | | Projektinumero 17027 |
| Julkaisuaika Elokuu 2008 | Kieli suomi, engl. tiiv. | Sivuja 88 s. + liitt. 13 s. |
| Projektin nimi INNOTE | Toimeksiantaja(t) Tekes, Sitra, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, TAYSin erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit, VTT | |
| Avainsanat innovation management, systemic innovations, municipal healthcare services, welfare services, Finland, purchaser-provider model, change management, implementation, commercialization, Raisio | Julkaisija VTT PL 1000, 02044 VTT Puh. 020 722 4520 Faksi 020 722 4374 | |

| | | |
|--|-----------------------------------|---|
| Author(s) Kivisaari, Sirkku, Saari, Eveliina & Lehto, Juhani | | |
| Title The path of system innovation in welfare and health sector The beginnings of dispersion of Raisio purchaser-provider model | | |
| Abstract The publication deepens the understanding of the challenges related to development and dispersion of systemic innovations in the Finnish welfare and healthcare sector. The publication focuses on the project whereby Sitra, the Finnish Innovation Fund, aims to promote development, utilization and dispersion of Raisio purchaser-provider model in Finnish municipalities. The publication analyses the utilization of the model as a benchmarking tool in Southern Savo Region. The Raisio model is studied as an embryo of system innovation. The publication points out challenges that will be met in the early stages of the innovation process. It identifies different development rationalities in use as well as similarities and differences in key actors' interests, needs and expectations. The publication underlines the importance of multi-level collaboration for successful dispersion of systemic innovations. | | |
| ISBN 978-951-38-7219-9 (URL: http://www.vtt.fi/publications/index.jsp) | | |
| Series title and ISSN VTT Tiedotteita – Research Notes 1455-0865 (URL: http://www.vtt.fi/publications/index.jsp) | | Project number 17027 |
| Date August 2008 | Language Finnish, engl. abstr. | Pages 88 p. + app. 13 p. |
| Name of project INNOTE | | Commissioned by Tekes, Sitra, Pirkanmaa Hospital District, VTT |
| Keywords innovation management, systemic innovations, municipal healthcare services, welfare services, Finland, purchaser-provider model, change management, implementation, commercialization, Raisio | | Publisher VTT Technical Research Centre of Finland P.O. Box 1000, FI-02044 VTT, Finland Phone internat. +358 20 722 4520 Fax +358 20 722 4374 |

Julkaisu valottaa systeemisten innovaatioiden kehittämisen ja levittämisen haasteita Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Aihetta käsitellään tapaus-tutkimuksen kautta. Julkaisu kuvaa kuntien käyttöön tarkoitetun johtamis-innovaation aihion alkutaivalta eli sitä vaihetta, jolloin ensimmäiset uudet käyttäjät kokeilevat innovaatioaihiota.

Julkaisu jäsentää aihion polkua valtakunnallisesti hyväksytyksi inno-vaatioksi monitasoisen muutoksen mallin kehyksestä käsin. Se tunnistaa polulla esteitä ja hidasteita, joita on madallettava tai poistettava, ja in-novaation leviämistä edistäviä tekijöitä. Matka on vaativa, ja sen aikana on tunnistettava innovaatiolle asetetut moninaiset vaatimukset ja raken-nettava kestävää muutosta kantavia kumppanuussuhteita.

Julkaisu on saatavana

VTT
PL 1000
02044 VTT
Puh. 020 722 4520
<http://www.vtt.fi>

Publikationen distribueras av

VTT
PB 1000
02044 VTT
Tel. 020 722 4520
<http://www.vtt.fi>

This publication is available from

VTT
P.O. Box 1000
FI-02044 VTT, Finland
Phone internat. + 358 20 722 4520
<http://www.vtt.fi>
