



Sirkku Kivisaari, Lauri Kokkinen, Juhani Lehto & Eveliina Saari

Sosiaali- ja terveydenhuollon systemisen innovaation johtaminen

| Kahden tapaustutkimuksen opetuksia

ISBN 978-951-38-7326-4 (nid.)

ISSN 1235-0605 (nid.)

ISBN 978-951-38-7327-1(URL: <http://www.vtt.fi/publications/index.jsp>)

ISSN 1455-0865 (URL: <http://www.vtt.fi/publications/index.jsp>)

Copyright © VTT 2009

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

Toimitus Mirjami Pullinen

Kannen graafinen toteutus Eveliina Saari ja Kaisa Kuisma

Edita Prima Oy, Helsinki 2009

Sirkku Kivisaari, Lauri Kokkinen, Juhani Lehto ja Eveliina Saari. Sosiaali- ja terveydenhuollon systeemisen innovaation johtaminen – kahden tapaustutkimuksen opetuksia. [Management of system innovation in welfare and health sector. Lessons learned from two case studies.] Espoo 2009. VTT Tiedotteita – Research Notes 2504. 69 s. + liitt. 16 s.

Avainsanat system innovation, welfare and health services, renewal of service system, management of innovation, intermediary actors

Tiivistelmä

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakäytäntöjen ja rakenteiden uudistamisen tarpeesta vallitsee suuri yksimielisyys. Monet vahvat trendit, kuten väestön ikääntyminen ja teknologioiden uudistuminen, lisäävät palvelujen tarvetta ja kysyntää. Systeemisiä innovaatioita tarvitaan varmistamaan, että kansalaiset saavat laadukkaita palveluja tulevaisuudessakin ilman, että sosiaali- ja terveysmenojen osuus bruttokansantuotteesta kohtuuttomasti kasvaa.

Julkaistu raportoi Innovaatiojohtaminen terveydenhuollossa -hankkeen (INNOTE) tulokset. Hankkeen tavoitteena oli syventää ymmärrystä siitä, miten systeemisiä innovaatioita edistetään. Julkaisu pohjautuu kahteen tapaustutkimukseen, joissa on seurattu systeemisten innovaatioaihioiden kehittämistä ja levittämistä kahden ja puolen vuoden ajan.

Innovaatioaihion kehittäminen laajamittaisesti hyödynnettäväksi systeemiseksi innovaatioksi edellyttää eritasoisten prosessien ja useiden toimijoiden keskinäistä vuorovaikutusta. Innovaatiojohtaminen tapahtuu tällöin verkostossa ja on luonteeltaan kollektiivista. Kysymys on sen yhteistyön suuntaamisesta, jolla systeemistä innovaatiota kehitetään, viedään käytäntöön ja levitetään.

Yleisellä johtamisosaamisella ja paikallisilla muutosagenteilla on suuri merkitys innovaatioprosesseissa. INNOTE-tutkimuksessa nousi esille lisäksi erilaisten välittävien toimijoiden keskeinen rooli innovaation leviämässä. Levittämisessä tarvitaan visionäärisiä hybriditoimijoita, jotka linkittävät paikallisen tason ideoita ja kokeiluja keskenään ja yhdistävät niitä koko palvelujärjestelmän kehittämistoimenpiteisiin. Innovaatiota tällä tavoin eteenpäin kantava toimija voi vaihtua-kin prosessin kuluessa. Lisäksi innovaatiopolun varrella voidaan luoda uutta toimijuutta.

Tapaustutkimukset toteuttivat kahta erilaista innovaatiomallia: avointa, yhteiskehittelyyn pyrkivää ja suljettua, siirtävää mallia. Avoin ja yhteiskehittelyyn

pyrkivä innovaatiomalli lisää sitoutumista ja antaa mahdollisuuden paikallisten versioiden muokkaamiseen innovaatiota levitettäessä. Jos innovaatioaihion kehittäminen avataan muille toimijoille sen ollessa vielä keskeneräinen, innovaation kehitys voi kiihtyä. Toisaalta niin sanottu suljettu, siirtävä innovaatiomalli, jossa malli rakennetaan ensin valmiiksi yhdessä paikassa, pitää innovaatioprosessin ja innovaation mittakaavan hallittavampana. Ongelmaksi voi myöhemmin muodostua sellaisen toimijan löytäminen, joka on motivoitunut levittämään innovaatiota.

Koska sosiaali- ja terveyspalvelut tuotetaan pääosin julkisella sektorilla ja niihin kohdistuu voimakas yhteiskunnallinen intressi, poliittiset ohjelmat ja käsitteet voivat luoda edellytyksiä innovaatioiden leviämiseksi tällä sektorilla. Tutkimus nostaa poliittisen uudelleenmäärittelyn yhdeksi systemisen innovaation ulottuvuudeksi: jokin ryhmittymä voi uudelleenmäärittellä, mikä on hyväksyttävää ja tavoiteltavaa. Tutkimus valottaa politiikkatoimijoiden merkitystä muutoksen katalysoijina.

Tutkimuksen mukaan kehittävä tutkija voi osallistua systemisen innovaation edistämiseen ja siihen liittyvän johtamisen tukemiseen. Kehittävä tutkija voi edistää innovaation yhteiskunnallista laadukkuutta synnyttämällä ja ylläpitämällä toimijoiden välistä dialogia prosessin eri vaiheissa.

Sirkku Kivisaari, Lauri Kokkinen, Juhani Lehto ja Eveliina Saari. Management of system innovation in welfare and health sector. Lessons learned from two case studies. [Sosiaali- ja terveydenhuollon systeemisen innovaation johtaminen – kahden tapaustutkimuksen opetuksia.] Espoo 2009. VTT Tie-dotteita – Research Notes 2504. 69 p. + app. 16 p.

Keywords system innovation, welfare and health services, renewal of service system, management of innovation, intermediary actors

Abstract

In Finland there is a wide agreement on the necessity to renew current practices and structures of the welfare and health system. Concern for availability of high quality services at reasonable cost in the future has increased the need to create favourable conditions for sustainable system innovation.

The publication reports the main findings of Management of innovation in health care (INNOTE) project. The objective of the project is to provide deeper understanding of how system innovation can be enhanced in the welfare and health sector. The publication is based on two case studies that have followed the development and spreading of two system innovation embryos in 2007–2009.

The study suggests that realization of system innovation entails linking of developments at multiple levels and interaction between multiple stakeholders. Management of innovation, then, takes place in networks and is collective in its nature. It is about moderating the collaborative process that aims at development, utilization and spreading of system innovation.

General managerial competence and local change agents play an important role for innovation processes. Additionally, INNOTE-project illustrates the significance of various intermediary actors for spreading. Visionary hybrid actors are needed to link local ideas and experiments to each other and to various policy measures. The actor that carries the innovation forward this way may change during the process. And new agency may even be created.

Two different models of innovation were manifested by the cases: more open, co-production oriented and more closed transfer oriented. The open, co-production oriented model increases commitment by allowing local adaptations while spreading the innovation. Opening access to development of the innovation more widely may accelerate innovation development. On the other hand, a more closed, transfer oriented innovation which is completed before

spreading keeps innovation process and its scale more manageable. Finding an actor capable and motivated to its spreading may, however, become a problem at a later stage.

Because welfare and health services are mainly produced in the public sector and because there is a strong societal concern over them, political agendas and concepts may prepare ground for spreading of innovations in this sector. The project introduces political redefinition as one dimension of system innovation: a coalition may redefine what is acceptable and eligible. The report sheds light to the role of policy actors in catalysing change.

The findings indicate that a developer-researcher may have a role in enhancing system innovation, as well. By creating and maintaining dialogue in the actor network a developer-researcher may contribute to the societal quality of innovation.

Alkusanat

Käsillä oleva julkaisu on VTT:n ja Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksen yhteistyönä toteutetun Innovaatiojohtaminen terveydenhuollossa -tutkimushankkeen (INNOTE) loppuraportti. Hankkeen tavoitteena on ollut tuottaa syvällisempää tietoa tavasta, jolla terveydenhuollon systeemisiä innovaatioita kehitetään ja viedään laajamittaisesti käyttöön. Hankkeessa on seurattu kahden systeemin innovaatioaihion alkutaivalta vuosina 2007–2009.

Julkaisu kiteyttää tapaustutkimusten pohjalta tehtävät johtopäätökset ja kokoaa hankkeen aiempien raporttien ja artikkeleiden keskeisen annin. Julkaisu on kirjoitettu ensi sijassa niille sosiaali- ja terveydenhuollon ja innovaatiopolitiikan käytännön toimijoille, jotka ovat kiinnostuneita systeemisten innovaatioiden edistämisestä. Julkaisun loppuun olemme koonneet eräitä tutkimuksellisia huomioita.

INNOTE-hanketta ovat rahoittaneet Tekes, Sitra, VTT, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Vaasan sairaanhoitopiiri sekä Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri, joista kustakin oli edustaja hankkeen johtoryhmässä. Johtoryhmä kokoontui viisi kertaa keskustelemaan hankkeen kannalta keskeisistä asiakysymyksistä. Kiitämme rahoittajia tilaisuudesta toimia kehittävinä tutkijoina kahden systeemin innovaatioaihion alkutaipaleella sekä johtoryhmää kannustavasta suhtautumisesta tutkimukseemme. Kiitämme lämpimästi myös haastattelemiamme asiantuntijoita, koska heidän kauttaan meille avautui eri näkökulmia innovaatioiden polkuihin.

Monitieteiseen INNOTE-tutkimustiimiin ovat kuuluneet VTT:ltä Sirkku Kivisaari, Eveliina Saari, Niilo Saranummi ja Annele Eerola sekä Tampereen yliopiston terveystieteen laitokselta Juhani Lehto, Lauri Kokkinen ja Liina-Kaisa Tynkkynen. Tämä raportti on syntynyt tiimiläisten monien intensiivisten keskustelujen ja vuorovaikutteisen kirjoittamisen kautta. Kiitämme ”esilukijoina” toimineita Niilo Saranummea, Annele Eerolaa ja Liina-Kaisa Tynkkystä huolellisesta paneutumisesta loppuraporttiin sekä erinomaisista kommentteista ja ehdotuksista sen kehittämiseksi.

Sisällysluettelo

Tiivistelmä	3
Abstract	5
Alkusanat	7
1. Johdanto	10
1.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon haasteet ja toimintamallien uudistamisen tarve	10
1.1.1 Uudistus, reformi, innovaatio	11
1.1.2 Terveydenhuollon innovaatioympäristö	11
1.1.3 Innovaatioperspektiivi terveydenhuollon uudistumisen johtamiseen	12
1.2 INNOTE-hankkeen tavoitteet ja toteuttaminen	13
1.3 Julkaisun rakenne	15
2. Kuntien peruspalveluiden johtamistapa muutoksessa	16
2.1 Tilaa- ja tuottajamallien yleistymisen kuntien ohjaukselle	16
2.2 Maisemamallin kehittämisen ja levittämisen kehityskaari	18
2.2.1 Ratkaisun kehittäminen paikallisiin ongelmiin Raisiossa	18
2.2.2 Kokeilujen ankkurointi kansallisen tason kehittämissuunnitelmaan	19
2.2.3 Uuden toimijuuden synnyttäminen kokeilujen laajentamisvaiheessa	21
2.3 Muutosdynamikka maisemamallin levittämisessä	24
2.3.1 Innovaatioaihion kehittyminen matkan varrella	24
2.3.2 Eri toimijoiden roolit mallin levittämisessä	26
2.3.3 Yhteiskehittämisen haaste	28
3. Millainen uusi toimintamalli silmätautihoitoon muodostuu?	29
3.1 Silmätautihoitoon haasteet	29
3.2 Silmätautihoitoon kehittämishankkeen kehityskaari	30
3.2.1 Esitys yliopistosairaalan huippuyksiköstä	31
3.2.2 Keskustelua kaikenkattavasta toimintamallista	32
3.2.3 Pirkanmaan silmäkeskus tyydyttävänä osaoptimointina	34
3.3 Silmäkeskuksen kehittämisdynamikka	36
3.3.1 Ongelmien ja ratkaisuvaihtoehtojen muuttuminen matkan varrella	36
3.3.2 Siirtävää kehittämistä systeemimuutosagentin rekrytoinnin kautta	37

4.	Systeemisten innovaatioiden kehityspolkujen opit	39
4.1	Tapaustutkimusten kehityskaaret	39
4.2	Erlaiset systeemisen innovaation mallit muutoksen vauhdittajina	43
4.3	Terveydenhuolto innovaatiojohtamisen erityisenä toimintaympäristönä.....	48
4.4	Systeemisen innovaation johtaminen	52
4.4.1	Hyvä yleisjohtaminen innovaatioiden edistämisen tukena	52
4.4.2	Innovaation käyttöönoton johtamisen merkitys	53
4.4.3	Verkostossa tapahtuva neuvotteleva innovaatiojohtaminen	53
5.	Tutkimukselliset päätelmät ja teoreettiset huomiot.....	57
5.1	Systeemisen innovaation käsite.....	57
5.2	Kehittävän tutkijan rooli systeemisten innovaatioiden edistämisessä.....	60
5.2.1	Yhteisen kehityskohteen jäsentäminen entistä laajemmin ja monipuolisemmin	60
5.2.2	Kehittävä tutkija innovaatiota edistävän toimijuuden luojana	61
5.2.3	Innovaatioprosessin ja sen kohteen mallintaminen.....	63
	Lähdeluettelo.....	65

Liitteet

- Liite A: Aineistonkeruu INNOTE-hankkeen toisessa vaiheessa
- Liite B: Maisemamallin hyödyntäminen tarkastelluissa kunnissa
 - B1: Maisemamallin hyödyntäminen Raisiossa
 - B2: Maisemamallin hyödyntäminen Jämsässä
 - B3: Maisemamallin hyödyntäminen Raaseporissa
 - B4: Maisemamallin hyödyntäminen Mikkelissä
- Liite C: Silmäcase-taulukko
- Liite D: INNOTE-hankkeen raportteja

1. Johdanto

1.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon haasteet ja toimintamallien uudistamisen tarve

Terveydenhuollon toimintakäytäntöjen ja organisaatioiden uudistamista pidetään tämän päivän polttavana haasteena. Tämä on ilmennyt viime aikoina sekä tutkijoiden kirjoituksissa että poliittisten toimijoiden puheissa. Väestön ikääntyminen, teknologioiden uudistuminen, terveydenhuoltoon kohdistuvien odotusten muuttuminen sekä kustannusten kasvuvauhdin kehittyminen mahdolltomaksi suhteessa kansantalouden kantokykyyn ja terveydenhuollon muuttuminen yhä merkittävämmäksi liiketoiminnaksi ovat eräitä keskeisimpiä muutosvoimia.

Terveydenhuollon toimijat ja organisaatiot ovat olleet sekä nopeita että hitaita uudistumaan. Uudistumiskyvystä kertoo esimerkiksi tarve hillitä vauhtia, jolla siirrytään uusien ja kalliimpien lääkkeiden ja instrumenttien käyttöön (Mäkelä et al. 2007). Siitä kertoo myös keskimääräisten sairaalahoitajaksojen lyheneminen alle kolmannekseen parissa vuosikymmenessä (Lehto 2001). Eräät systeemiset innovaatiot, kuten perusterveydenhuollon lääkäriytyövoiman vuokraus oman henkilöstöjohtamisen kehittämisen sijasta, puolestaan levisivät 2000-luvun alussa miltei epidemian tavoin.

Myös uudistumisen hitaudesta voidaan esittää monia esimerkkejä. Terveydenhuollon tietojärjestelmien vaihtaminen uudempiin ja toimivampiin on osoittautunut monin verroin vaikeammaksi kuin terveydenhuollon käyttämien bioteknologioiden vaihtaminen ajanmukaisempiin (Webster 2006). Kun erikoissairaanhoido on kerran organisoitu lääketieteen erikoisalojen mukaan, on organisoitumisen periaatteen vaihtaminen esimerkiksi potilasryhmien tarpeiden mukaiseksi yllättävän vaikeaa (Porter & Teisberg 2006). Vaikka terveydenhuollon yksiköiden tuottavuus- ja vaikuttavuuserot osoitettaisiin kuinka luotettavasti tahansa, se, miten vaikeaa on siirtyä heikommista toimintamalleista tuottavampiin ja vaikuttavampiin

malleihin, on yllättänyt monet (Ham 1999). Myös useat kehittämissuunnitelmien arviot kertovat hankkeiden varsin alhaisesta onnistumisasteesta (Tuomola et al. 2008).

1.1.1 Uudistus, reformi, innovaatio

Uudistumisen ja muutoksen kieli terveydenhuollossa on muuttunut ajan kuluessa. Voidaan sanoa, että silloin, kun innovoitiin suomalainen terveyskeskuksen ja kansanterveystyön malli 1960-luvulla, A-klinikka 1970-luvulla tai vanhusten palveluasuminen 1980-luvulla, puhuttiin *uudistuksista*. Myöhemmin tämä uudistuminen on leimattu *laajentaen uudistumiseksi*. Kansainvälinen keskustelu siitä, että on välttämätöntä uudistaa historiallisesti muodostuneita terveydenhuollon rahoituksen, tuottamisen, johtamisen ja ohjaamisen rakenteita ja siten tavoitella tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamista ilman kustannusten kasvua, toi käyttöön *reformin* tai *rakennemuutoksen* käsitteen. Pian koettiin, että rakennemuutosten rinnalle tarvitaan teknologioiden uudistamista. Tämä toi terveydenhuollon uudistamisen kieleen käsitteen *innovaatio*.

Kun kuitenkin pelkkä teknologioiden vaihtaminen ei riitä uudistamaan sen paremmin muita talouden sektoreita kuin terveydenhuoltoakaan, on tarvittu *systemisen innovaation* käsite. Sen avulla voidaan puhua entistä kokonaisuutta täydentävistä uudistuksista, esimerkiksi puhelinvälitteistä palveluista tai call centeristä, lähelle ihmisten arkea rakentuvista terveyskeskuksista tai case- ja care-managereista. Systeminen innovaatio käsittää myös palvelutuottamisen uudet rakenteet, esimerkiksi erikoistuvat ja itsenäistyvät osaamiskeskukset kuten Sydänkeskus-liikelaitoksen ja osakeyhtiömuotoisen tekonivelsairaalan. Samoin se kattaa uudet ohjausjärjestelmät, kuten tilaaja-tuottajamallit tai yksityisen ja julkisen sektorin kumppanuudet.

Innovaatio ja systeminen innovaatio eivät ole ilmiöinä uusia, vaikka ne ovat terveydenhuollossa varsin uusia termejä. Parhaimmillaan ne voivat jäsentää uudistumisprosesseja kriittisemmin ja analyttisemmin ja näin antaa aineksia myös uudistumisprosessien parempaan johtamiseen sekä aidosti uudenlaisten ratkaisujen löytämiseen.

1.1.2 Terveydenhuollon innovaatioympäristö

Uudistus-, rakennemuutos-, kehittämissuunnitelma- ja innovaatiohankkeista saadut kokemukset nostavat usein esiin terveydenhuollossa ominaiset piirteet. Terveydenhuollossa on erittäin vahva julkisen vallan intressi, joka ei ilmene vain julkisina

1. Johdanto

tuotanto-organisaatioina vaan myös laajemmin vaikuttavana julkisena rahoittajaintressinä sekä vahvana julkisen sääntelyn perinteenä.

Suomen terveydenhuoltoon on rakentunut erityinen julkisten ja yksityisten palvelutuottajien rinnakkaisuus – pikemminkin kuin kilpailu tai vastakkainasettelu. Tämä rinnakkaisuus perustuu terveydenhuollon julkisen rahoituksen kaksikanavaisuuteen: verotuloilla katettavaan julkiseen palvelutuotantoon ja yleiseen sairausvakuutukseen, joka kattaa myös yksityisten palvelutuottajien palveluita käyttävät. Kokonaisuutena hahmottuu järjestelmä, jossa kilpailua on toisaalta osaavasta työvoimasta ja edelläkävijän imagosta ja toisaalta julkisten menojen säästöstä, ei niinkään maksavista asiakkaista. Viime aikoina sairaanhoitopiirit ovat alkaneet puhua kahdenlaisesta asiakkuudesta: potilasasiakkuudesta ja kunta-asiakkuudesta, koska kunta on varsinainen maksava asiakas. Sama erottelu syntyy myös peruspalveluihin erilaisten tilaaja-tuottajamallien myötä, kun tilaajasta muodostetaan tuottajasta erottuva ”maksava asiakas”. Niin kauan kuin tuottajat tai maksajat eivät kilpaile keskenään, tilaaja-tuottajamallitkaan eivät synnytä kilpailua maksavista asiakkaista. Kannuste innovatiivisuuteen on siis perin toisenlainen kuin asiakkaista markkinoilla kilpailevilla yrityksillä.

Oman erityisyytensä innovaatioympäristöön luo myös asiantuntijaorganisaation rakentuminen poikkeuksellisen vahvoista ja valta-asemiaan puolustavista ammattikunnista (esim. Moran 1999). Tieto, valta ja etiikka jäsentyvät ammattikuntien mukaan, ja professorijat määrittävät myös esimiessuhteita ja varsinkin erikoissairaanhoidossa jopa organisaatioyksiköiden rajaviivoja. Professori-ajaja rikkomaan pyrkivillä innovaatioilla on siksi erityisiä haasteita voitettavanaan.

Viime vuosina terveydenhuollossa on yhä useammin pohdittu niin sanottua keskeneräisen potilaan (KEP) ongelmaa eli hoitoprosessien hitauden ja potilaskonjonien aiheuttamia kustannuksia. Ongelma kumpuaa muun muassa terveydenhuollon organisaatioiden siiloutumisesta ja puutteellisesta prosessi-johtamisesta (Lillrank & Parvinen 2004). Haasteena onkin kehittää organisaatorajat ylittäviä ratkaisuja ja toiminnanohjausta.

1.1.3 Innovaatioperspektiivi terveydenhuollon uudistumisen johtamiseen

Terveydenhuollon innovaatioympäristöön liittyy siis koko joukko erityispiirteitä, jotka tekevät siitä haasteellisen. Toisaalta itse muutos- ja innovaatioprosessit ovat monitasoisia. Siksi tarvitaan välineitä, joiden avulla tätä kompleksista prosessia voidaan jäsentää ja tarkastella kehityskulkuja riittävän kokonaisvaltaisesti.

Transition management pyrkii jäsentämään järjestelmän muutosdynamiikkaa ja systeemisen innovaation prosessia monitasoisen mallin kautta. Geelsin (2004, 37) mukaan radikaalit innovaatiot voivat syntyä paikallisen tason kokeiluista silloin, kun olosuhteet ovat suotuisat. Sosiaali- ja terveysjärjestelmässä ja muualla yhteiskunnassa käynnissä olevat prosessit voivat yhdessä avata mahdollisuuksia uudelle, toimintakelpoiseksi havaitulle innovaatiolle.

Innovaatioaihion ensimmäisen kokeilun laajentaminen on todettu haasteelliseksi vaiheeksi. Tällöin aihiota laajennetaan useiksi kokeiluiksi, joissa sitä kehitetään soveltuvaksi laajempaan käyttöön. Paikallinen kokeilu täytyy saattaa vuorovaikutukseen muiden käynnissä olevien samansuuntaisten aktiviteettien kanssa. Tätä voi edistää kytkemällä prosessiin uusia sidosryhmiä, ottamalla toimijaverkostoon mukaan kilpailevia toimijoita, käynnistämällä uusia kokeiluja tai muutoilemalla kokeilujen leviämistä helpottavia politiikkatoimenpiteitä.

1.2 INNOTE-hankkeen tavoitteet ja toteuttaminen

Innovaatiojohtaminen terveydenhuollossa -hanke (INNOTE) on toteutettu VTT:n ja Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksen yhteistyönä 1.5.2007–30.9.2009. Hankkeen tavoitteena on ollut tuottaa aiempaa syvällisempää tietoa innovaatiojohtamisesta sosiaali- ja terveydenhuollon alalla. Tutkimuksessa on paneuduttu erityisesti siihen, miten systeemisten innovaatioiden kehittämistä, käyttöönottoa ja levittämistä johdetaan monen eri toimijan verkostossa. Lähestymistapamme on yhdistänyt sekä terveydenhuollon politiikan dynamiikan että paikallisten kokeilujen kehityskaaren seuranta.

Systeemistä innovaatiota luonnehtii se, että useista organisaatioista ja niiden osista koostuva sosiotekninen järjestelmä löytää uuden tavan toimia. Systeemisessä innovaatiossa uudistetaan samanaikaisesti useita osa-alueita, kuten prosesseja, palveluita, rakenteita, organisointitapoja, henkilöstön osaamista ja käytettyä teknologiaa (Saranummi et al. 2005). Tarkastelemamme systeemiset innovaatiot kohdistuvat sosiaali- ja terveysjärjestelmän rajattuihin osiin.

Innovaatiojohtamisella tarkoitamme sen yhteistyön ja vuorovaikutuksen suuntaamista, jolla systeemistä innovaatiota kehitetään, viedään käytäntöön ja levitetään laajamittaisesti. Johtaminen tapahtuu verkostossa, johon kuuluu tyypillisesti julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoita. Haastetta prosessiin tuo se, että toimijaryhmät ovat pääsääntöisesti toisistaan riippumattomia ja niillä on erilaiset toimintalogiikat ja arvot. Johtaminen ja sen tutkiminen edellyttääkin eri toimijoiden intressien ja tarpeiden esille tuomista.

1. Johdanto

Kun kehitetään yhteiskunnallisista tarpeista nousevia innovaatiota, on tärkeää, että innovaation laatu ymmärretään tavallista syvällisemmin. Innovaation on vastattava tuottajien, käyttäjien, kehittäjien ja yhteiskunnallisten toimijoiden erilaisiin vaatimuksiin ja tarpeisiin. On pyrittävä sellaisen ratkaisun kehittämiseen, joka sekä vastaa paikallisiin tarpeisiin että soveltuu laajamittaiseen käyttöön.

Halusimme tutkimuskohteiksemme lupaavia, alkuvaiheessa olevia kehittämiss-hankkeita, jotta voisimme seurata samanaikaisesti sekä innovaatioaihioiden että niitä kehittävän verkoston muotoutumista. Tutkimuksen kohteiksi valittiin kaksi systeemisen innovaation aihiota, joista toisen painopiste on peruspalveluissa ja toisen erikoissairaanhoidon palveluissa.

Toinen tapaustutkimuksen kohde on niin kutsuttu maisemamalli, joka edustaa uutta tapaa ohjata kuntapalveluita. Olemme tarkastelleet tämän innovaatioaihion kehittämistä, käyttöönottoa ja levittämistä ensin Sitran maisemahankkeen ja sit-ten Kuntamaisema Oy:n liiketoiminnan puitteissa. Seurasimme prosessia Raisi-ossa, Mikkelissä, Jämsässä ja Raaseporissa. Toinen tapaustutkimuksen kohde on silmäsairaanhoidon uuden alueellisen mallin kehittäminen Tampereen yliopistol-lisen sairaalan erityisvastuualueella. Tässä tapauksessa jo itse innovaatioaihion määrittäminen osoittautui vaativaksi. Molempien kehittämiss-hankkeiden alkuvai-heitä on kuvattu hankkeen aiemmissa raporteissa (Kivisaari et al. 2008; Kokki-nen et al. 2009a). Liitteessä A on kuvattu edellä mainittujen väliraporttien jäl-keinen aineiston keruu kummassakin tapaustutkimuksessa. Liitteessä B on ku-vattu tarkasteltuja kuntia maisemamallin käyttöönoton näkökulmasta.

Koko tutkimustiimi on osallistunut molempien tapaustutkimusten toteuttami-seen. Päävastuu maisematapaustutkimuksesta oli kuitenkin VTT:n tutkijoilla, kun taas Tampereen yliopiston tutkijat keskittyivät enemmän silmäsairaanhoidon tapaukseen. Aluksi tarkastelimme tapauksia eri teoreettisista perspektiiveistä. Maisema-casessa muutosta analysoitiin monitasoisen muutoksen mallin kautta (Geels 2002; ks. myös Heiskanen et. al 2009). Tämä lähestymistapa soveltu-i tapaukseen hyvin, koska kehitysprosessi oli ollut käynnissä jo muutaman vuoden. Silmäsairaanhoidon kehittämiss-hanketta sen sijaan lähestyttiin politiikan tutki-muksen lähtökohdista käsin (Kingdon 1984), mikä soveltu-i paremmin vasta ver-sovaiheessa olevan aihion erittelyyn. Kahden eri teoreettisen viitekehyyksen käyt-töä puolsivat myös VTT:n ja Tampereen yliopiston tutkijoiden erilaiset mutta toisiaan täydentävät tutkimustraditiot.

1.3 Julkaisun rakenne

Luvussa 2 kerromme maisemamallin tähänastisen kehityskaaren nostamalla esille keskeiset toimijat ja niiden välisen vuorovaikutuksen prosessin eri vaiheissa. Luvussa 3 kuvaamme vastaavalla tavalla silmänsairaanhoidon kehitystä.

Luku 4 sisältää yhteenvedon ja johtopäätökset. Alun yhteenvedo tehdään tarkastelemalla innovaatioprosessien kehityskaarien eroja ja yhtäläisyyksiä. Prosessien kehittämisdynamiikat pohjautuvat erilaisiin innovaatiomalleihin: toinen melko avoimeen ja yhteiskehittelyä tavoittelevaan malliin ja toinen suljettuun, siirtävään malliin. Yhteenvedon jälkeen esitämme sosiaali- ja terveydenhuollon ja innovaatiopolitiikan toimijoille tarkoitetut keskeiset johtopäätökset innovaatiojohtamisesta. Luvussa 4.3 luonnehdimme sosiaali- ja terveydenhuoltoa innovaatiojohtamisen erityisenä toimintaympäristönä. Luku 4.4 keskittyy systeemisen innovaation johtamisen haasteisiin. Havainnollistamme hyvän yleisjohtamisen ja paikallisten muutosagenttien merkitystä innovaatioiden kehittämisessä ja käyttöönotossa. Lisäksi nostamme esille erilaisten hybridi- ja politiikkatoimijoiden tärkeän roolin innovaatioiden levittämisessä. Tapausesimerkit kuvaavat systeemisen innovaation kehittämisen, käyttöönoton ja levittämisen yhteenkietoutuneisuutta.

Luvussa 5 nostetaan keskusteluun eräitä teoreettisia teemoja. Ensin jäsenämme systeemisen innovaation käsitettä ja arvioimme monitasoisen analyysin mahdollisuuksia. Lopuksi tarkastelemme rooleja, joiden kautta kehittävä tutkija voi osallistua systeemisen innovaation edistämiseen. Käynnistämällä ja ylläpitämällä keskeisten toimijoiden välistä dialogia kehittävä tutkija voi edistää innovaation yhteiskunnallisen laadun toteutumista.

2. Kuntien peruspalveluiden johtamistapa muutoksessa

Uusia toimintamalleja ei sosiaali- ja terveydenhuollossa oteta käyttöön pelkäämään ulkoisten paineiden tai yksittäisen tekijän vaikutuksesta. Tässä tapaustutkimuksessa aineiston keruuta onkin ohjannut monitasoisen muutoksen malli (Geels 2002), joka jäsentää muutosta eritasoisten prosessien vuorovaikutuksena.

Systeemisen innovaation syntyyn tarvitaan ensinnäkin ulkoisesta toimintaympäristöstä syntyviä järjestelmän muutospaineita (esim. samanaikainen vanhusten määrän lisääntyminen ja väestön eliniän pidentyminen sekä maailmantalouden lama). Toiseksi vallitsevaan järjestelmään täytyy sisältyä merkittäviä jännitteitä ja/tai siinä on oltava tilaa ja mahdollisuuksia uudistukselle. Esimerkkejä toimenpiteistä, joilla parhaillaan luodaan tilaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän uudistamiselle, ovat kunta- ja palvelurakennemuutos, uusi terveydenhuoltolaki sekä lukuisat sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiseen kohdistuvat ohjelmat. Jännitettä luo lisäksi kuntien budjetoitijärjestelmien vajavaisuus, kun kunnat pyrkivät vaikeassa taloustilanteessa sopeuttamaan palvelutarjontansa vastaamaan kasvavaa ja muuttuvaa palvelutarvetta. Muutos edellyttää lisäksi, että paikallisella tasolla syntyy uusia toimintamalleja koskevia ideoita ja kokeiluja. Tällaisista esimerkkeinä voidaan mainita erilaisten tilaaja-tuottajamallien kehittäminen ja käyttöönotto sekä erilaisten tilaaja-tuottaja-asetelmaan tarkoitettujen työkalujen kehittäminen eräissä suurissa kaupungeissa. Seuraava tapauskuvaus pyrkii valottamaan konkreettisemmin eri tason prosesseja ja niiden dynamiikkaa.

2.1 Tilaaja-tuottajamallien yleistymisen kuntien ohjausmalleina

Ajatus terveydenhuollon toiminnanohjauksen perustumisesta jonkinlaisen tilaajan ja tuottajan erotteluun sekä sopimustyypin keskinäisyyden luomiseen on

2. Kuntien peruspalveluiden johtamistapa muutoksessa

edennyt Suomessa 1980-luvulta alkaen erityisesti kahta tietä. Toinen on ollut organisaatioiden sisäisessä johtamisessa omaksuttu tulosjohtamisen ajatus. Tulosjohtaminen painottaa ainakin periaatteessa sitä, että ohjaavan tahon (johdon) ohjauksen kohteena on ennen kaikkea ohjattavan tahon tulos. Ohjattavan tahon pitäisi olla aiempaa autonomisempi sen suhteen, millä asianmukaiseksi katsotuilla toimintatavoilla tulos tuotetaan (Möttönen 1997). Toinen tie on ollut vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen jälkeinen kuntien ja sairaanhoitopiirien välinen suhde, jota on usein kuvattu ”sopimusohjaukseksi” (Ihalainen 2007). Tässäkin mallissa ohjaajan (kunnan) oletetaan keskittyvän haluamansa tuloksen tai terveysvaikutuksen saavuttamiseen ja antavan ohjattavalle riittävästi vapautta päättää tuloksen aikaansaamisen tavoista.

Sekä tulosjohtaminen että sopimusohjaus ovat luoneet pohjaa laajemmalle samansuuntaiselle siirtymälle, jota on kutsuttu kansainvälisessä kirjallisuudessa muun muassa tilaaja-tuottajaerotteluksi (purchaser-provider split), tilaamalla ohjaamiseksi (purchasing) tai osittaismarkkinoiden (quasi-market) luomiseksi. Robinson et al. (2005) nimeävät kansainvälisessä yhteenvetoraportissa viisi tilaaja-tuottajamallien keskeistä tavoitetta:

- Tavoitteiden, suunnitelmien ja resurssien allokoinnin välisen suhteen tiivistäminen perinteistä julkisen sektorin suunnittelua ja budjetointia vaikuttavammalla tavalla.
- Väestön terveystarpeiden ja terveyspalvelujen kuluttajaodotusten aiempaa parempi huomioonottaminen rakentamalla tilauspäättökset niiden pohjalle.
- Tuottajien toiminnan tehostaminen ja responsiivisuuden parantaminen rakentamalla tilauksiin tätä edistäviä insentiivejä ja seurantajärjestelmiä.
- Perinteisen julkisen sektorin hierarkisesti rakentuneiden komento- ja kontrollijärjestelmien aiheuttamien organisatoristen jäykkyyksien lieventäminen erottamalla tilaaja- ja tuottajafunktiot toisistaan.
- Edellytysten luominen tuottajien kilpailuttamiselle ja markkinamekanismien hyödyntämiselle tuotannon tehostamisessa.

Suomessa tilaaja-tuottajamallit näyttävät yleistyvän sekä yksittäisten suurten tai keskisuurten kuntien toiminnanohjauksen tavoiksi että Paras-hankkeen myötä syntyvien uusien yhteistoiminta-alueiden hallinnan ratkaisuksi (Stenvall et al. 2009). Malli toteuttaa niin sanottua uuden julkisjohtamisen periaatteita.

2. Kuntien peruspalveluiden johtamistapa muutoksessa

Yksi tilaaja-tuottajamallien yleistymiseen liittyvä palvelu on tämän tutkimuksen kohteena ollut maisemamalli. Maisemamallia voidaan luonnehtia paikallisesti kehitetyksi johtamisen työkalupakiksi, jota voidaan käyttää erilaisissa kuntien tai kuntayhtymien tilaaja-tuottajarakenteissa. Mallin keskeiset työkalut ovat kunnallisen palvelutuotannon ohjaamiseen Excel-ohjelmalla rakennetut resurssi- ja tilaustaulukot. Mallin taustafilosofiana on pyrkimys palvelukokonaisuuden optimointiin. Malli ja Excel-työkalut auttavat kokonaiskuvan hahmottamisessa, mutta ne eivät yksin takaa optimaaliseen tulokseen pääsyä. Palvelukokonaisuuden optimointiin voidaan päästä vain johdonmukaisella kehittämistyöllä, jossa kunta jatkuvasti uudistaa prosesseja sekä kehittää tilaajan ja tuottajan roolimäärittäjä, toiminnan läpinäkyvyyttä sekä laadun ja kustannusten yhteyttä.

Maisemamallin uutuusarvo liittyy siihen, että se toimii samanaikaisesti sekä kunnan peruspalveluiden ohjausvälineenä että mallia käyttävien kuntien palvelutuotannon keskinäisenä vertailuvälineenä. Vaikka benchmarking-tietokantoja on rakennettu myös muualla (Stakes, Efektia), eivät nämä vertailuvälineet sovellu samalla tavalla kunnan palvelutuotannon ohjaukseen. Maisemamallin keskeisenä tavoitteena on, että kunnan päätöksentekijät ja asiantuntijat voisivat saada nopeasti kokonaiskuvan palveluiden taloudellisesta tilanteesta ja havaita hälyttävät poikkeamat. Malliin ei kuitenkaan sisälly vielä tietojärjestelmää, joka palvelisi prosessien uudistamista.

2.2 Maisemamallin kehittämisen ja levittämisen kehityskaari

Olemme seuranneet maisemamallin kehityskaarta toukokuusta 2007 elokuuhun 2009 saakka ja analysoineet sitä useissa aiemmissa raporteissamme (Kivisaari et al. 2008; Saari & Kivisaari 2008; Kivisaari & Saari 2009; Kivisaari et al. 2009). Seuraavassa kuvaamme mallin kehittämisen ja levittämisen kolmea vaihetta.

2.2.1 Ratkaisun kehittäminen paikallisiin ongelmiin Raisiossa

Maisemamallin alkujuuret juontavat Raisioon ja 2000-luvun alkuun, jolloin kaupungin tulokehitys oli hitaampaa kuin menojen kasvu. Talousarvion valmistelu edellisen vuoden tilinpäätöksen pohjalta oli osoittautunut kestävämmäksi. Yksittäisenä impulssina tärkeäksi nousi kaupunginhallituksen vuonna 2003 esittämä vaatimus sen selvittämiseksi, miksi päivähoiton kustannukset olivat lisääntyneet, vaikka hoidettavien lasten määrä oli vähentynyt. Kaupungin uusi sosiaali-

2. Kuntien peruspalveluiden johtamistapa muutoksessa

ja terveysjohtaja Eero Vaissi alkoi tutkia tilannetta ja havaitsi, että silloinen budjetoitijärjestelmä johti osaoptimointiin ja teki kustannusten hallinnan vaikeaksi. Kaupunginjohtaja Karjalainen kannusti johtamisjärjestelmän uudistamiseen, ja innovaattorina tunnettu Vaissi alkoi kehittää uutta mallia palvelutuotannon johtamiseen. Tavoitteena oli kehittää malli, joka antaisi kaupunginvaltuustolle yleiskuvan kunnan tarjoamien sosiaali- ja terveyspalvelujen laadusta ja kustannustehokkuudesta.

Raisiossa oltiin tietoisia siitä, että uuden toimintamallin käyttöönotto edellyttäisi henkilöstön, kuntalaisten ja poliittisten päättäjien hyväksyntää. Tästä syystä sovittiin, että (1) kaupunki ei ostaisi ulkopuolelta palveluita muutoin kuin ruuhkahuippujen tasaamiseksi, (2) uuden järjestelmän pilotointivaiheessa palvelujen laatuun ei puututtaisi ja (3) rakenteellisista syistä johtuvia henkilöstön irtisanomisia ei tehtäisi kahteen vuoteen. Näillä lupauksilla muokattiin maaperää yhteistyössä tapahtuvalle paikalliselle kehittämistyölle. Raisiossa selkeytettiin tilaajan ja tuottajan roolit ja kehitettiin tilaus- ja resurssitaulukot johtamisen työkaluiksi. Kaupunginvaltuusto ja -hallitus edustivat tilaajaa ja sosiaali- ja terveystoimen johto tuottajaa. Palvelut jaoteltiin karkeasti suurtuotteisiin ja toiminnan mittareita alettiin kehittää.

Kaupunginvaltuusto oli halukas kokeilemaan keskeneräistä mallia käytännössä jo vuonna 2006, vaikka laatumittareiden kehittäminen ei ollut vielä käynnistynyt. Näin valtuutetutkin pääsivät vaikuttamaan työkalun kehittämiseen.

2.2.2 Kokeilujen ankkurointi kansallisen tason kehittämisohjelmaan

Muut kunnat kiinnostuivat Raision johtamisjärjestelmän uudistuskokemuksista, ja Raision sosiaali- ja terveysjohtajana tuolloin työskennellyt Eero Vaissi ja kaupunginjohtaja Kari Karjalainen olivat halukkaita vuoropuheluun. Pelkkä Raision mallin esittely siellä vierailleille toisten kuntien edustajille ei kuitenkaan tuntunut oikealta vuorovaikutustavalta, vaan Vaissi ja Karjalainen tavoittelivat järjestelmällisempää tapaa yhteiseen oppimiseen ja kokemusten levittämiseen.

Samaan aikaan Sitrassa oli käynnistynyt terveydenhuollon ohjelma, joka pyrki edistämään uusien innovatiivisten käytäntöjen leviämistä suomalaisessa terveydenhuollossa. Sitran toimialajohtaja Ilmo Parvinen kiinnostui mallin käyttämisestä kuntien terveystoimen kustannustehokkuusvertailun ja muutosjohtamisen työkaluna. Sitrassa ennakoitiin, että kun kunnat saisivat vertaisarvioinnin tulokset, ne käynnistäisivät tehottomiksi havaittujen palveluprosessien ja rakenteiden uudistamistyön ja saavuttaisivat näin huomattavia kustannussäästöjä. Keväällä

2. Kuntien peruspalveluiden johtamistapa muutoksessa

2007 Sitra käynnisti niin sanotun maisemahankkeen kahdenkymmenen kunnan kustannustehokkuuden vertailulla. Nordic Healthcare Group Oy (NHG) osallistui mittariston kehittämiseen ja vertailun toteuttamiseen Sitran rahoittamana. Sitra rekrytoi Vaissin ja Raision sosiaali- ja terveystoimen tuolloisen talouspäällikön Satu Grönlundin tukemaan kokeiluun osallistuvien kuntien tiedonkeruuta ja tarjosi vertailuun osallistuville kunnille taloudellisia kannusteita.

Kesällä 2007 aloimme tutkia INNOTE-hankkeessa maisemamallin käyttöönottoa ja levittämistä. Sitra tarjosi tutkijoille pääsyn hankkeen kokouksiin ja dokumenttimateriaaliin. Aloimme havainnoida levittämisprosessia aluksi Mikkelissä ja Raisiossa. Myöhemmin laajensimme tarkastelua Jämsään ja Raaseporiin. Pyrimme helpottamaan verkoston toimijoiden yhteistyötä tekemällä eri osapuolten tarpeet, intressit ja tulevaisuuden visiot haastattelujen avulla näkyviksi. Keskustelimme havainnoistamme säännöllisesti Sitran edustajien kanssa ja raportoimme tuloksia myös paikallisille toimijoille.

Sitra toimi aktiivisena muutosagenttina ja edisti kustannustehokkuusvertailujen toteuttamista. Samalla se suositteli kunnille maisemamallin hyödyntämistä jatkossa palvelurakenteen muutoksen työkaluna. Pian kävi ilmi, että kunnissa siirtyminen kustannusvertailusta rakenteellisten muutosten toteutukseen ei tulisi tapahtumaan niin nopeasti kuin Sitra oli odottanut. Useat kunnat olivat kiinnostuneita käyttämään mallia vain kertaluontoiseen vertailuun eivätkä olleet halukkaita sen hyödyntämiseen palveluiden hallinnan työkaluna.

Syksyllä 2007 Mikkelin seudun kunnat näyttivät mahdollisilta edelläkävijöiltä Sitran maisemahankkeessa, ja Sitra käynnisti seudulla kuntien sosiaali- ja terveyspalveluita koskevan vertailun. Sitran toimialajohtaja Ilmo Parvinen toimi maisemahankkeessa keskeisenä innovaation kantajana ja verkoston rakentajana. Kokeneena lääkärinä ja johtajana hän kykeni keskustelemaan asiantuntevasti terveydenhuollon toimijoiden kanssa. Hän ”myi” hanketta aktiivisesti valtakunnallisille, alueellisille ja paikallisille päätöksentekijöille. Hän motivoi paikallisia toimijoita kuvaamalla heitä kehityksen edelläkävijöiksi ja vertasi heitä vastaviin kansainvälisiin pioneereihin. Parvinen kannusti paikallisia toimijoita uudistamaan vanhentuneita toimintamallejaan ja piti heidät tietoisina kansallisista kehittämissuuntaviivoista asettaen näin paikalliset muutosprosessit laajempaan viitekehikseen. Parvinen piti myös valtakunnalliset päättäjät tietoisina käynnissä olevista maisemakokeiluista. Hän rakensi dialogia paikallisen, alueellisen ja kansallisen tason avaintoimijoiden välille ja tarjosi heille tietoa eri tasojen samansuuntaisista kehittämissuunnitelmista.

2. Kuntien peruspalveluiden johtamistapa muutoksessa

Mikkelin seudun kuntien alkuperäinen motiivi maisemamallin käyttöönottoon oli liittynyt ennen kaikkea kuntien välisen kustannustehokkuusvertailun tekemiseen, koska sen odotettiin helpottavan raskaiksi käyneitä kuntaliitosneuvotteluja. Sitra tarjosi kunnille tukeaan sillä ehdolla, että ne jatkaisivat kokeilua muutosjohtamisen vaiheeseen maisemamallin avulla. Vertailun tulokset eivät kuitenkaan edistäneet kuntaliitosneuvotteluja. Koska kuntien johto ja luottamusmiehet eivät olleet valmiita tekemään vaikeita kuntaliitospäätöksiä, ei pienillä kunnilla ollut motivaatiota siirtyä uuden palveluohjausmallin käyttöön.

Mikkelin sosiaali- ja terveystoimessa maisemamallia pidettiin varsin hyödyllisenä työkaluna, vaikka Sitran samanaikaisia kaupallisia intressejä vierastettiin. Mikkelin kaupunginjohto ei kuitenkaan ollut kovin halukas siirtymään tilaaja-tuottajamalliin, ja luottamushenkilöt kokivat sosiaali- ja terveyspalvelujen rakentamiseen puuttumisen liian herkäksi asiaksi. Mikkelin ei jatkanut yhteistyötä maisemahankkeen vertailuvaiheen jälkeen vaan päätti kehittää oman vastaavantapaisen mallin.

2.2.3 Uuden toimijuuden synnyttäminen kokeilujen laajentamisvaiheessa

Sitra neuvotteli yhteistyöstä useiden uusien kuntien kanssa, mutta keväällä 2008 se alkoi vetäytyä maisemamallin aktiivisesta levittämisestä. Yhdessä Raision kaupungin ja NHG:n kanssa se perusti Kuntamaisema Oy:n jatkamaan levittämistyötä.

Eero Vaissi nimitettiin Kuntamaisema Oy:n toimitusjohtajaksi, ja myös Raision sosiaali- ja terveystoimen talouspäällikkö Satu Grönlund siirtyi yrityksen palvelukseen. Vaissin johdolla yritys alkoi markkinoida mallia kunnille ja kuntayhtymille. Lisäksi se alkoi kehittää mallin työkaluja käytettäväksi erilaisissa tilaaja-tuottajarakenteissa ja sovellettavaksi myös muilla kunnan toimialoilla kuin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Toimitusjohtaja Eero Vaissia tähän työhön motivoi ennen kaikkea pyrkimys kuntajohtamisen kehittämiseen, ei niinkään taloudelliset voitot. Systeminen innovaatio tässä tapauksessa vaati levitäkseen uudenlaisen toimijan. Mikäli Vaissi olisi jäänyt Raision sosiaali- ja terveysjohtajaksi, mallin leviäminen muille paikkakunnille olisi todennäköisesti hiipunut.

Toimittuaan vajaa 1,5 vuotta syyskuun lopussa 2009 Kuntamaisema Oy kertoo onnistuneensa kasvattamaan vertaisarviointiin osallistuneiden kuntien määrän 60:een. Osa kunnista on benchmarkattu useaan kertaan. Samaan aikaan kerrotaan, että 27 kuntaa on ottanut mallin talouden ja toiminnan hallinnan ja ohjauksen

2. Kuntien peruspalveluiden johtamistapa muutoksessa

työkalukseen sosiaali- ja terveystoimessa ja että kuusi kuntaa on ottanut sen käyttöön myös sivistystoimessa (taulukko 1). Sivistystoimeen tarkoitetut taulukot ovat tulleet Kuntamaiseman tuotevalikoimaan vuonna 2009. Yrityksen tavoitteena on tarjota kuntien tekniselle toimelle vastaavat taulukot vuoden 2010 aikana.

Taulukko 1. Maisemamallin leviäminen.

Ajankohta, silloinen keskeinen hybriditoimija	Vertaisarviointiin osallistuneiden kuntien määrä	Kunnat, jotka ottaneet mallin käyttöön budjetoinnissa, seurannassa, tilinpäätöksissä (kumulatiivisesti)
1.5.2007, Sitra	20 sosiaali- ja terveystoimen osalta	1 (Raisio)
1.5.2008, Kuntamaisema Oy	9 sosiaali- ja terveystoimen osalta	13
30.9.2009, Kuntamaisema Oy	52 sosiaali- ja terveystoimen osalta, 8 sivistystoimen osalta	27 sosiaali- ja terveystoimen osalta, 6 sivistystoimen osalta

Haastattelujemme pohjalta vaikutti siltä, että erityisesti kuntaliitosta tekevät kunnat olivat halukkaita ottamaan uuden ohjausjärjestelmän käyttöön. Kuntaliitosprosessi näytti kuitenkin hidastavan mallin käyttöönottoa ja tekevän sen henkilöstölle raskaaksi. Havaitsimme, että maisemamallin keskeneräisyydestä oli siinä mielessä hyötyä, että mallia hyödyntävät kunnat ovat pystyneet jossain määrin muotoilemaan taulukoita paremmin paikallisia tarpeitaan vastaaviksi ilman, että vertailumahdollisuus eri kuntien välillä olisi menetetty. Mahdollisuus tällaiseen ”jatkoinnovointiin” on saanut käyttäjäkunnan toimijat sitoutumaan malliin paremmin. Systemisen innovaation aihion levittämisessä on tultu vaiheeseen, jossa tarvitaan uusia toimijoita, jotka kehittävät palvelutuotantoa ja sen ohjausvälineitä yli kuntarajojen.

Huhtikuussa 2009 organisoimme yhdessä Kuntamaisema Oy:n kanssa seminaaria nykyisille ja tuleville Kuntamaiseman asiakkaille. Tätä voidaan pitää ensimmäisenä pyrkimyksenä luoda horisontaalinen vuorovaikutusfoorumi maisemakunnille. Seminaarin tarkoituksena oli vaihtaa kokemuksia maisemamallin käytöstä sekä tunnistaa tulevia kehittämistarpeita. Seminaariin osallistui lähes 60 johtajaa ja asiantuntijaa yhteensä 25 kunnasta tai terveydenhuollon organisaatiosta.

2. Kuntien peruspalveluiden johtamistapa muutoksessa

Tilaisuuden avannut kuntaministeri Mari Kiviniemi kannusti kuntia uudistamaan johtamisen työkaluja ja palvelurakenteita. Maisemamallia käyttäneiden kuntien edustajat kertoivat puheenvuoroissaan niistä kokemuksista, joita mallin käytöstä oli saatu. Tutkijoina esittelimme mallin kehittämisen haasteita ja mahdollisuuksia neljän kunnan asiantuntijahaastatteluihin pohjautuen. Jäsensimme teemat seuraavalla tavalla:

- 1) Maisemamallin yhteiskehittelyn vahvistaminen kuntaverkostossa. Tarvitaan uusia foorumeita ja toimijoita siirtämään hyviä palveluratkaisuja kunnasta toiseen.
- 2) Maisemamallin tietojärjestelmän kehittäminen: kuinka vähentää tilaus- ja resurssitaulukoiden täyttöön liittyvää käsityötä?
- 3) Mikä on maisemamallin kyky hallita uudenlaisia integroituja palveluja, jotka ylittävät tuoteperheiden rajat?
- 4) Laatu- ja vaikuttavuusmittareiden kehittäminen.

Ensin mainittu haaste nousi esille myös joidenkin maisemakuntien edustajien puheenvuoroissa. Seminaarin puheenjohtaja totesikin, että tulevaisuudessa Kuntamaisema voisi panostaa käyttäjäkeskeisiin foorumeihin.

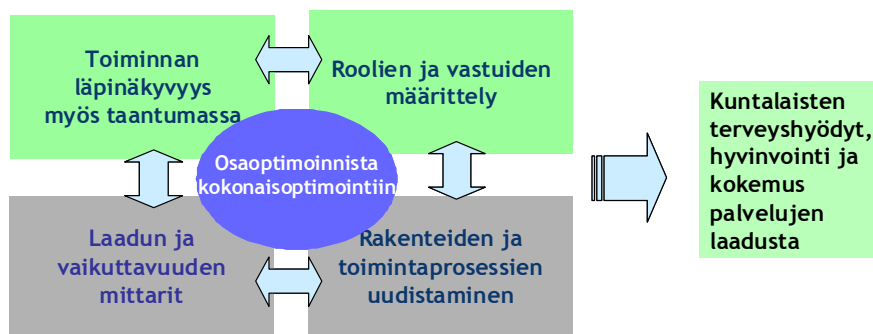
Kuntamaisema on myös kehittämässä tietojärjestelmästään sellaista, että se siirtää maisemataulukoihin automaattisesti tarvittavat tiedot olemassa olevista tietokannoista. Maisemataulukoista on kehitteillä modulaarinen ratkaisu, joka tekee tuoteluokittelun joustavammaksi. Sen avulla yksittäiset kunnat voivat ryhmitellä palvelunsa omalla tavallaan, mutta tarkoituksena on kuitenkin kuntien välisen vertailumahdollisuuden säilyttäminen. Tämä malliin liittyvä joustavuus tekee mahdolliseksi myös uudenlaiset, omaperäiset palveluyhdistelmät ja niiden kustannustehokkuusseurannan.

Palveluiden laatuindikaattoreiden kehittämisessä ei ole vielä edetty, mutta asiaa on alettu lähestyä uudella tavalla. Kuntamaisema on palkannut asiantuntijan kehittämään sivistystoimen taulukoita alun perin Kemin sivistystoimessa kehitettyjen taulukoiden pohjalta. Nämä ovat ensimmäiset yritykset palvelun laadun mittaamiseksi. Maisemamallin sovelluksia pyritään parhailaan laajentamaan sosiaali- ja terveydenhuollosta muidenkin hallintokuntien alueelle, ts. sivistystoimeen, kulttuuritoimeen ja teknisiin palveluihin. Tämä merkitsee suuria oppimishaasteita mutta myös pyrkimystä kasvattaa maisemamallin vaikuttavuutta.

Kuvassa 1 on kiteytettynä maisemamallin keskeiset elementit. Maisemamalli on jo osoittanut muuttavansa palvelutuotantoa läpinäkyvämmäksi sekä tilaajalle

2. Kuntien peruspalveluiden johtamistapa muutoksessa

että tuottajalle. Kuntamaisema on myös antanut neuvoja tilaaja- ja tuottajaorganisaatioiden roolien ja vastuiden määrittämiseen paikkakuntaa tukevalla tavalla. Mallin kaksi harmaalla merkittyä palkkia ovat sen sijaan niitä elementtejä, jotka ovat toteutuneet heikommin. Koska palvelujen laadun ja vaikuttavuuden mittaaminen on koettu haasteelliseksi, kehitystyö on pitkittynyt. Maisemavertaisarvioinneissa on pystytty tunnistamaan kehitettäviä palvelutuotannon osia, mutta kunnissa ei ollut vielä keväeseen 2009 mennessä kokemuksia mallin käytöstä jatkuvana kehitettävien kohtien indikoijana.



Kuva 1. Malli vaatii jatkuvaa kehittämistä kaikissa kunnissa.

Maisemamallin tuottaman läpinäkyvämmän ja ohjattavamman peruspalvelutuotannon tulisi tulevaisuudessa näkyä viime kädessä parantuneina palveluina ja sitä kautta kuntalaisten hyvinvoinnin kehityksenä. Tähän laatu- ja vaikuttavuusmittarit eivät vielä toistaiseksi ole pystyneet pureutumaan.

2.3 Muutosdynamikka maisemamallin levittämisessä

2.3.1 Innovaatioaihion kehittyminen matkan varrella

Kahden ja puolen vuoden seurantajakson aikana innovaatioaihio on ollut jatkuvassa muutoksessa. Alkuvaiheessa levittämisen kohteena oli karkeasti ottaen koko Raision tilaaja-tuottajamalli johtamisen apuvälineineen. Melko pian kävi ilmi, että kunnat tavoittelivat erilaisia tilaaja-tuottajaratkaisuja, eikä juuri tietäntyyppipisten tilaaja-tuottajarakenteiden kehittäminen ollut se, mitä pyrittiin levittämään. Innovaatioaihio pystyttiin rajaamaan selkeämmin vain johtamisen apuvälineisiin, joita voidaan soveltaa erilaisissa tilaaja-tuottajaympäristöissä. Kunta-

2. Kuntien peruspalveluiden johtamistapa muutoksessa

maisema Oy on kehittänyt tilaus- ja resurssitaulukoita jatkuvasti siten, että ne olisivat käyttökelpoisia monissa kunnissa ja eri hallintokunnissa. Alun perin mallin oli ajateltu soveltuvan nimenomaan keskisuurten kuntien johtamisapuvälineeksi, mutta sen osia on kokeiltu hyvin tuloksin myös Tampereen kaupungin vanhuspalvelujen ohjauksessa (Päivärinta 2009).

Maisemamalli eroaa muissa kaupungeissa sovellettavista tilaaja-tuottajatyökaluista siinä, että maisemamallissa keskiössä ovat tuotannonohjaus ja budjetointi. Muissa malleissa keskiössä ovat tyypillisesti toimijoiden uudet roolitukset, kuten Tampereella pormestariin liitetty ”poliittinen ohjaus” ja Espoossa ja Jämsässä toimintaan liitetty yksityisten ja julkisten tuottajien kilpailutus. Tässä mielessä maisemamallilla voisi olla hyvät etenemismahdollisuudet, kunhan se viritetään niin, että se toimii erilaisilla roolituksilla. Jotta mallia voitaisiin käyttää kilpailutuksen välineenä, keskeistä olisi saattaa laatumittarit kuntoon ja kehittää sopimusmalleja. Nykyisellään maisemamalli on suunniteltu ennen muuta päätöksenteon, ei pitävän sopimuksenteon välineeksi.

Maisemamalli on palvelutuotannon kokonaisuutta vahvasti ”ylhäältä päin” kehittävä väline. Se ikään kuin kilpailee markkinoilla ”alhaalta päin” tuotelähtöisesti rakentuvien toiminnan kehittämismallien kanssa (Vaissi 10.9.2009). Alhaalta päin tuotteistuspolkulähtöistä lähestymistapaa edustavat erikoissairaanhoidon DRG-laskenta ja perusterveydenhuollossa sovellettava APR-malli. Kuntamaisemalla ei siis ole vielä erikseen välineistöä yksittäisten, ruohonjuuritasolta kumpuavien palveluratkaisuihoiden tukemiseen. Ero Vaissi kertoi kuitenkin siirtävänsä ideoita ja yhteyksiä eri kuntien hyvistä palveluratkaisuista esimerkiksi kehottamalla kuntia ottamaan yhteyttä suoraan toisiinsa. Tämä on mielenkiintoinen, hinnoittelematon Kuntamaiseman ”tuote”, jossa Kuntamaisema ikään kuin avaa ovia muilta oppimiseen kuntien sisäisille kehittäjille.

Maisemamalli on osoittautunut pikemminkin tilaaja-tuottajamallia palvelevaksi välineeksi kuin varsinaiseksi tilaaja-tuottajamalliksi. INNOTE-hankkeessa tämä tuli konkreettisimmin esiin Mikkelin seudulla. Seutukunnan alueella nousi tutkimushankkeen aikana ainakin neljä erilaista ja eri toimijoiden ajamaa ajatusta siitä, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotanto ja sen ohjaus tulisi järjestää. Etelä-Savon sairaanhoitopiiristä esiin tuotiin sairaanhoitopiirikeskeinen ohjausmalli. Etelä-Savon maakunnan tilaama selvityshenkilö Kari Puro esitti maakunnan sairaanhoitopiirien ja perusterveydenhuollon kokoamista yhteen organisaatioon. Mikkelin kaupungin johdon haastatteluissa esitettiin toiveita seudun pienten kuntien liittymistä Mikkelin kanssa seutukunnan kattavaksi yhdeksi kunnaksi. Eräiden toimijoiden mielissä oli niin kutsuttu isäntäkuntamalli, jossa

2. Kuntien peruspalveluiden johtamistapa muutoksessa

Mikkeli olisi vastannut suurelta osin seutukunnan palvelujen tuottamisesta myös muiden, itsenäisenä pysyvien kuntien väestöjen tarpeisiin. Kun yksimielisyyttä ei syntynyt siitä, miten seudun poliittishallinnollinen rakenne järjestettäisiin, ei myöskään maisemavälineille löytynyt mielekästä käyttöä. Maisemamalli näyttikin parhaiten soveltuvan sellaisiin paikallisiin kokonaisuuksiin, jossa tilaaja-tuottajamallin poliittishallinnollinen innovaatio oli jo tehty.

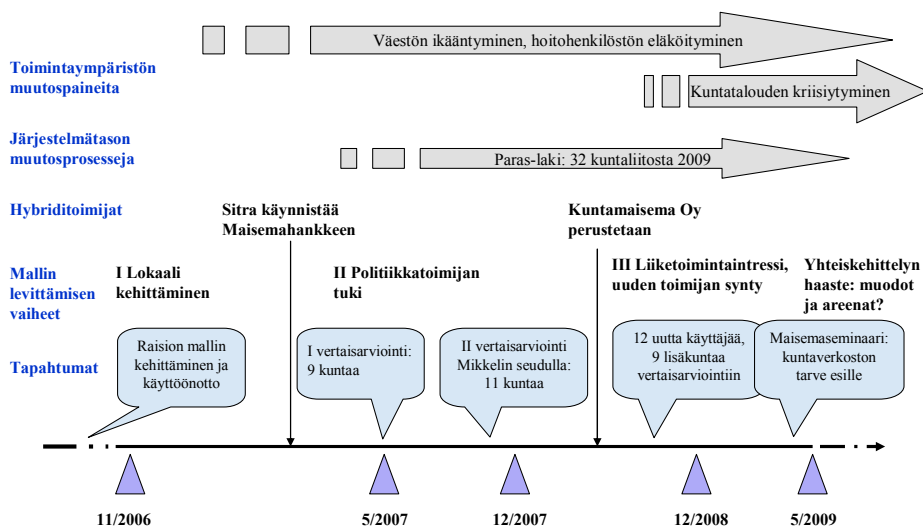
2.3.2 Eri toimijoiden roolit mallin levittämisessä

Terveydenhuollon organisaatioille on tyypillistä, että ne kehittävät uusia toimintamalleja itse ja uudistuvat pitkälti omin voimin. Tämä on luonnollista siksi, että toimintatapojen uudistaminen edellyttää syvällistä oman toiminnan tuntemista. Lisäksi terveydenhuollon henkilöstössä on paljon korkeasti koulutettuja, kehittämisestä kiinnostuneita asiantuntijoita. Sisäisessä kehittämisessä uusi osaaminen jää oman organisaation vahvuudeksi. Asian käänköpuoli on kuitenkin se, että toisten organisaatioiden kokemuksia ja niiden kehittämiä hyviä käytäntöjä ei useinkaan hyödynnetä. Hyvät käytännöt ja innovaatiot eivät leviä, koska kenenkään intresseissä ei ole edistää niiden levittämistä. Terveydenhuollon ulkoisten asiantuntijapalvelujen markkinat ovat Suomessa varsin kehittymättömät. Alalle on syntynyt vain vähän sellaisia palveluorganisaatioita, jotka kehittäisivät ja levittäisivät uusia toimintamalleja. Puutetta on sekä tarjonnasta että kysynnästä (Saranummi et al. 2005).

Tätä taustaa vasten Kuntamaisema Oy on kiinnostava tapaus. Se on esimerkki palvelu yrityksestä, joka pyrkii levittämään hyviä käytäntöjä. Juuri tällaisten palveluntuottajien syntymistä on pidetty tärkeänä. Tässä tapauksessa tarvittiin Sitra edistämään uuden toimijan syntyä. Raisio ehdotti ensin levittämissyhteistyötä muun muassa Kuntaliitolle, mutta tämä ei lähtenyt mukaan. Sitra sen sijaan tuli antamaan lisäpotkua ja vahvistusta mallin kehittämiselle ja levittämiselle. Kuntamaiseman perustamisella Sitra pyrki saamaan aikaan levittämiselle jatkuvuutta.

Sekä Sitra että Kuntamaisema voidaan nähdä tässä tapauksessa tärkeinä levittämistä edistävinä toimijoina (kuva 2). Kirjallisuudessa sellaisia toimijoita, jotka kytkevät yhteen tai ankkuroivat toisiinsa eri tason kehittämistoimenpiteitä, kutsutaan *hybriditoimijoiksi*. Alkuvaiheessa Sitra toimi hybriditoimijan roolissa, mutta myöhemmin tähän tehtävään luotiin kokonaan uusi toimija, Kuntamaisema Oy. Näiden kahden toimijan edellytykset ja mahdollisuudet eri tason prosessien ankkurointiin eivät ole samanlaiset. Käsittelemme tätä seuraavassa.

2. Kuntien peruspalveluiden johtamistapa muutoksessa



Kuva 2. Historiallinen kuvaus maisemamallin kehityksestä 2007–2009.

Tutkimuksemme valotti Sitran kriittistä roolia valtakunnallisen ja Mikkelin seudullisen kehityksen ankkuroijana. Tätä roolia on tarkasteltava paitsi organisaatio- myös henkilötasolla. Organisaationa Sitran hybriditoimijuudelle luo edellytyksiä sen toiminta itsenäisenä julkisoikeudellisena rahastona, joka rahoittaa toimintansa peruspääoman ja pääomasijoitusten tuotoilla. Se ei siis toimi verovaroin. Lisäksi Sitralla on sosiaalisia verkostoja ja vaikutusvaltaa, joita se on käyttänyt sekä sosiaali- ja terveystalouden että innovaatiopolitiikan linjauksiin Suomessa. Toisaalta Sitran puolueettomuutta parhaiden käytäntöjen levittäjänä on nakertanut sen samanaikainen toiminta riskisijoittajana ja kaupallisena toimijana. Sitraa edustavan lääkäri-johtaja Ilmo Parvisen henkilökohtaiset ominaisuudet ja toimintatavat saivat kuitenkin hybriditoimijuuden toteutumaan. Hänen kykynsä innostaa muita ja puhua eri ammattiryhmien kieltä, toimia ”kääntäjänä” eri prosessien välillä, sai aikaan tarvittavaa muutosvoimaa.

Kuntamaisema Oy puolestaan on yritys, jonka liiketoiminnan keskiössä on maisemamallin kehittäminen ja levittäminen. Yrityksen haasteena on sen pieni koko ja kohtuullisen kapea erityisasiantuntemus. Yritys on vuoden 2009 aikana

2. Kuntien peruspalveluiden johtamistapa muutoksessa

tehnyt uusia rekrytointeja, joiden avulla on pyritty syventämään muun muassa tietotekniseen sovellukseen liittyvää osaamista. Kuntamaiseman hybriditoimijuuden on viime kädessä mahdollistanut yrityksen toimitusjohtajana toimivan Eero Vaissin laajasti tunnustettu asiantuntemus ja sen kautta syntynyt luottamus.

Mielenkiintoista on, että hybriditoimijuus näytti olevan vahvasti henkilösidonnaista. Sitran ja Kuntamaiseman tapaiset organisaatiot olivat sinänsä sopivia muutoksen käynnistäjiksi. Maisematapauksessa kummankin hybriditoimijuus toteutui kuitenkin ennen kaikkea asiantuntevan, laaja-alaisen ja innostavan henkilön toiminnan kautta.

2.3.3 Yhteiskehittämisen haaste

Kuntien vastavuoroinen oppiminen on alusta asti ollut johtava ajatus Raisiossa kehitetyn mallin levittämiseksi. Raisiossa haluttiin oppia lisää vaihtamalla kokemuksia muiden kuntien kanssa. Koska Raisiossa oltiin edelläkävijöitä, tie vuorovaikutteiseen oppimiseen oli melko pitkä. Ensimmäiset opit Raisioon tulivat Kemien sivistystoimesta vuosien 2008 ja 2009 vaihteessa.

Levittämisen prosessin alkutaipaleella eri toimijoiden vuorovaikutus tapahtui ensin Sitra- ja sitten Kuntamaisema-keskeisesti. Kun niin sanottujen maisemakuntien lukumäärä kasvoi ja kokemuksia saatiin kerrytettyä eri paikkakunnilla, alkoi näissä kunnissa herätä tarve kokemusten vaihtamiseen suoraan muiden vastaavassa tilanteessa toimivien kuntien kanssa. Tieto ja kokemus ovat tähän asti kulkeneet kokonaan Kuntamaisema Oy:n kautta, ja yrityksen resurssien rajallisuus on tässä työssä alkanut näkyä.

Maisemaseminaarissa keväällä 2009 havaittiin uusi mahdollinen vaihe innovaatioprosessissa: maisemakunnissa koetaan tarvetta ottaa enemmän vastuuta mallin käyttöönotosta ja yhteiskehittämisestä. Kuntamaiseman haasteena on tässä vaiheessa luoda kuntien välisen vuorovaikutuksen arena ja välineet, joilla kunnat voisivat toimia keskenäänkin, ilman Kuntamaisemaa. Kuntamaisema on kaa-vaillut vuosittaisten ”tuotekehitysseminaarien” järjestämistä maisemakuntien kesken. Vuorovaikutteinen innovaatiomalli kaipaisi kuitenkin myös muita välineitä, esimerkiksi virtuaalista keskustelufoorumia tai palveluprosessikohtaisia areenoita. Muutoin Kuntamaisemasta itsestään voi tulla pullonkaula mallin kehittämisessä ja laadukkaamman palvelutuotannon syntymisessä.

3. Millainen uusi toimintamalli silmäsairaanhoidon muodostuu?

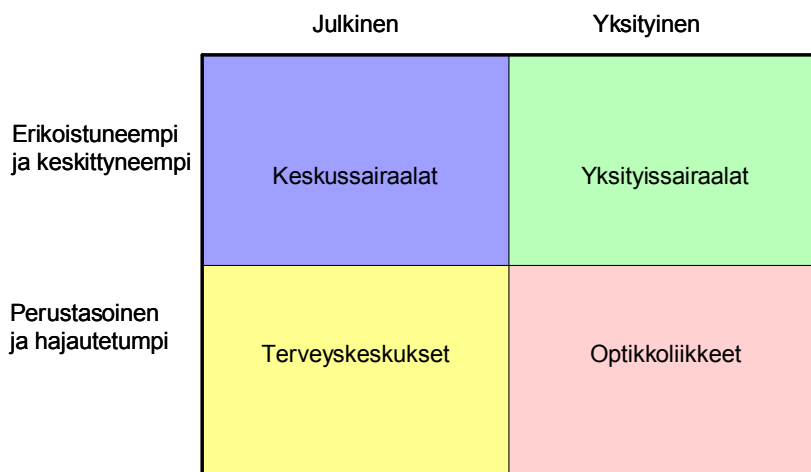
Seuraavaksi tarkastelemme Tampereen yliopistosairaalan erityisvastuualueella toteutetun silmäsairaanhoidon kehittämishankkeen alkutaivalta. Olemme jäsen-täneet sen kolmeen vaiheeseen. Tarkastelua tukee liitetaulukko (ks. liite C), jossa olemme analysoineet kehityskaarta Kingdonin (1984) mallia hyödyntäen. Seuraava kehityskuvaus asetetaan ensin laajempaan perspektiiviin kuvaamalla lyhyesti suomalaisen silmäsairaanhoidon nykytilannetta ja haasteita.

3.1 Silmäsairaanhoidon haasteet

Tämän päivän suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä, ja silmäsairaanhoido-järjestelmä sen osana, on keskeisiltä osiltaan luotu 1960- ja 1970-luvuilla. Tuon ajan jälkeinen väestötekijöiden kehitys on ollut yhteiskunnallisesti huomattavaa, ja myös teknologiset mahdollisuudet ovat mullistuneet. Tämä kehitys on aiheuttanut silmäsairaanhoidon painetta kahdesta suunnasta. Ensinnäkin erityisesti väestön ikääntymisestä ja diabeteksen yleistymisestä johtuen palvelutarve on lisääntynyt voimakkaasti. Toiseksi silmäsairauksien hoitamiseen liittyvä teknologia on kehittänyt radikaalisti. Vaativiin silmäsairauksiin, joita on aiemmin pidetty mahdottomina hoitaa, on kyetty kehittämään yhä tehokkaampia hoitomuotoja. Samanaikaisesti teknologinen kehitys on mahdollistanut myös yhä enemmän päiväkirurgista massatuotantoa, johon tarvitaan kevyempää välineistöä ja vähemmän erikoistunutta osaamista. (Kokkinen et al. 2009a.)

Suomalainen silmäsairaanhoido-järjestelmä on pysynyt suhteellisen muuttumattomana huolimatta siihen kohdistuneesta kaksoispaineesta. Nykytilanteessa sen on väitetty ylläpitävän sekä pitkiä leikkausjonoja että silmä lääkäri vajetta julkisella sektorilla (Tuulonen 2003a; Tuulonen 2003b).

3. Millainen uusi toimintamalli silmäsairaanhoidon muodostuu?



Kuva 3. Alueellisen silmäsairaanhoidon toimintakenttä.

Julkisella sektorilla silmäsairaanhoidon palvelutuotannosta huolehtivat lähes yksinomaan kuntayhtymien omistamat keskussairaalat ja yliopistolliset keskussairaalat (kuva 3, ylävasen). Julkisessa perusterveydenhuollossa ei joitain poikkeuksia lukuun ottamatta ole silmälääkäreitä, mutta kuntien perusterveydenhuollon lääkärit hoitavat silmäsairauksia jossain määrin oman osaamisensa rajoissa (kuva 3, alavasen). Tästä johtuen keskeisin perusterveydenhuoltotason toiminta löytyy yksityisistä optikkoliikkeistä, joissa palvelua tuottavat optikot ja liikkeissä yksityisinä ammatinharjoittajina toimivat silmälääkärit (kuva 3, alaoikea). Yksityissektorilla toimii myös skaalaedusta hyötyviä ketjuuntuvia yrityksiä, joilta kunnat ovat viime vuosina ostaneet esimerkiksi harmaakaihileikkauksia hoitajonoja purkaessaan (kuva 3, yläoikea). Kun kansalaiset hakevat tarvitsemansa palvelut yksityisiltä palveluntuottajilta ilman julkisen sektorin lähetettä, he ovat oikeutettuja sairaskorvaukseen. Sairaskorvausta ei kuitenkaan yleensä myönnetä silmälaseja korvaavien operaatioiden osalta. (Kokkinen et al. 2009a.)

3.2 Silmäsairaanhoidon kehittämishankkeen kehityskaari

Tässä luvussa tarkasteltavalla silmäsairaanhoidon kehittämishankkeella on pitkä historia. Hanke oli Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (PSHP) agendalla jo 1990-luvun puolivälissä, jolloin keskusteltiin kaihisairaalan rakentamisesta Tampereelle. 2000-luvun alkupuoliskolla kaihisairaalan tarve nousi uudestaan esille, ja

3. Millainen uusi toimintamalli silmäsairaanhoidon muodostuu?

keskustelun kohteena oli erityisesti liikelaitokseksi organisoitava erikoisyksikkö. Tämän silmäsairaanhoidon autonomisuutta lisäävän ehdotuksen sijaan silmien hoitaminen päätettiin vuonna 2005 kuitenkin liittää yhteen korva- ja suusairauksien kanssa. Jo kahden ensimmäisen vuoden aikana osoittautui, että silmä-, korva- ja suusairauksista vastaava yksikkö oli kykenemätön vastaamaan silmätautien erikoisalalan haastaviin ongelmiin. Niinpä sairaanhoitopiirin ylin johto päätti alkukesästä 2007 ryhtyä toimiin ongelmien ratkaisemiseksi. Piirin johdon kuvauksen mukaan suurimpia ongelmia tuolloin olivat silmäspesialistien lisääntyvä siirtyminen yksityisen sektorin palvelukseen, Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS) silmäsairaanhoidon tehottomuus sekä väestön ikääntymisestä johtuva silmäsairaanhoidon tarpeen lisääntyminen lähitulevaisuudessa. Silmäspesialistien riittävyteen ja väestön ikääntymiseen liittyvät ongelmat tunnistettiin myös muissa TAYSin vastuualueen sairaanhoitopiireissä, Etelä-Pohjanmaalla, Kanta-Hämeessä, Päijät-Hämeessä sekä Vaasassa. Siksi näiden sairaanhoitopiirien johtajat päättivät käynnistää yhteisen silmäsairaanhoidon kehittämishankkeen.

Analysoimme kehittämishankkeen tapahtumia alkukesästä 2007 loppukesään 2009 asti. Analyysin teoreettisena apuvälineenä hyödynnämme väljästi Kingdonin (1984) kehittämää mallia, jonka avulla voidaan pyrkiä ymmärtämään, miksi jotkin asiat ja ongelmat nousevat politiikan tekemisen (muutostyön) agendalle ja muuttuvat edelleen konkreettisiksi toimintapolitiikoiksi ja miksi toiset eivät. Mallia on hyödynnetty ennen kaikkea julkisen sektorin – kuten terveydenhuollon – vaikutuspiirissä olevien institutionaalisten muutosten ja muuttumattomuuksien analysoimiseen. Mallin mukaan muutos edellyttää kolmea asiaa: ratkaistavan ongelman ja ratkaisuvaihtoehtojen määrittelemistä sekä poliittisia päätöksiä. Edellytysten täyttyessä samanaikaisesti muutokselle avautuu mahdollisuuksien ikkuna (*window of opportunity*), ja tällöin tietty ongelmanasettelu saattaa muuttua konkreettiseksi toimintapolitiikaksi.

3.2.1 Esitys yliopistosairaalan huippuyksiköstä

Kun sairaanhoitopiirien johtajat olivat käynnistäneet kehittämishankkeen, nimettiin elokuussa 2007 projektiryhmä tekemään kehittämistyötä. Projektiryhmään kuului PSHP:stä silmälääketieteen asiantuntijoita, keskijohtoa, hoitotyön johtajia sekä yksi alueen muita sairaanhoitopiirejä edustava keskussairaalan johtaja. Syksyn 2007 aikana tämä silmätautiopin professorin vetämä asiantuntijaryhmä kehitti sille asetetun tavoitteen mukaisesti uuden mallin silmäsairauksien hoitamiseen. Ryhmän suunnittelema uusi malli keskittyi kaikkein vaativimman silmäsairaanhoidon

3. Millainen uusi toimintamalli silmäsairaanhoidon muodostuu?

hoidon ja tutkimustoiminnan uudelleenorganisointiin. Tutkimustoimintaan liittyvien epäkohtien lisäksi ratkaistavaan ongelmaan liitettiin tässä vaiheessa oman yksikön leikkaustoiminnan tehottomuus sekä TAYSin heikko kyky houkuttaa silmäsairaanhoidon erikoisosajia palvelukseensa.

Ratkaisumalliksi projektiryhmä esitti, että kaikkein vaativin silmäsairaanhoidollinen toiminta keskitettäisiin huippuyksikköön yliopistosairaalaan. Yksikkö optimoisi tutkimusmahdollisuudet, houkuttaisi parhaat silmäsairaanhoidon osajat ja kykenisi tarvittavilta osin kilpailemaan työvoimasta yksityisten toimijoiden kanssa. Uuteen malliin sisältyi mahdollisuus antaa joitain erityistehtäviä myös muille vastuualueen keskussairaaloille, mutta lähtökohtana oli, että muiden keskussairaaloitten rooli voisi muotoutua vasta yliopistosairaalaan koskevien ratkaisujen kautta. Yhteistyö sekä perusterveydenhuollon että yksityisen sektorin toimijoiden kanssa jätettiin kokonaan ratkaisuvaihtoehdon ulkopuolelle. (Kokkinen & Lehto 2009a.)

Tämä yliopistosairaalakeskeinen uusi toimintamalli kohtasi huomattavaa kritiikkiä, kun se ensimmäisen kerran esiteltiin vastuualueen sairaanhoitopiirien johtajille loppuvuonna 2007 (Kokkinen et al. 2009a). Ei-yliopistollisten piirien johtajien mielestä mallin taustalla ollut ongelmanasettelu oli aivan liian suppea eikä huomionut lainkaan hankkeen taustalla ollutta kysymystä silmäsairaanhoidollisten resurssien optimaalisemmasta hyödyntämisestä. Sairaanhoitopiirien johtajat näkivät ongelman yliopistosairaalan tehottomuuden ja osajapulan lisäksi myös silmäsairaanhoidon kentän pirstaleisuuden koko erityisvastuualueella. Ensinnäkin yhteistyö ja koordinaatio sekä perus- ja erikoistasoisen hoidon että julkisten ja yksityisten toimijoiden välillä koettiin riittämättömäksi. Toiseksi vastuiden ja toimintojen jakamista vastuualueen viiden sairaanhoitopiirin välillä pidettiin puutteellisena. Keskittyessään vain julkiseen erikoissairaanhoidon uusi malli jätti suuren osan silmäsairaanhoidon asiakkaista ratkaisun ulkopuolelle. Lisäksi nähtiin, että pyrkimys yhden ylivertaisen yksikön luomiseen hankaloittaisi osajien rekrytointia muihin keskussairaaloihin entisestään.

3.2.2 Keskustelua kaikenkattavasta toimintamallista

Kritiikin pohjalta projektille perustettiin ohjausryhmä, joka koostui pääasiassa sairaanhoitopiirien ylimmistä viranhaltijoista. Siihen kuului myös edustaja INNOTE-tutkimusryhmästä, mikä tarjosi tutkijoille tilaisuuden osallistua hankkeen tulevien suuntaviivojen hahmotteluun. Ohjausryhmän kokouksessa keväällä 2008 tutkimusryhmämme esitteli erilaisia vaihtoehtoja. Karkeasti ottaen hank-

3. Millainen uusi toimintamalli silmäsairaanhoidon muodostuu?

keella vaikutti tässä vaiheessa olevan kaksi toisensa poissulkevaa vaihtoehtoa: (1) jatkaa yliopistosairaalaan rajoittuvan mallin kehittämistä tai (2) rakentaa uusi toimintamalli yhteistyössä muiden alueen keskussairaaloiden, perusterveydenhuollon ja/tai yksityisen sektorin toimijoiden kanssa (Kokkinen et al. 2009a). Näistä vaihtoehtoista ohjausryhmä päätyi suosittamaan alueellisen silmäsairaanhoidon tarkastelemista laajemmassa kontekstissa ja asetti projektiryhmän jatkotyön lähtökohdaksi jälkimmäisen hahmottelemistamme vaihtoehtoista.

Hankkeen jatkotyön pohjaksi sairaanhoitopiirin johtajien määrittelemä ongelma näyttäytyi siis hyvin erilaisena kuin se, mihin projektiryhmä oli oman ratkaisunsa syksyn 2007 aikana tuottanut. Ensinnäkin ratkaisumallilta edellytettiin erityisvastuualueen laajuista toimintojen optimointia. Toiseksi silmäsairaanhoidon pirstaleisuudesta aiheutuvien ongelmien ratkaisemisen nähtiin edellyttävän perus- ja erikoistasojen sekä yksityisen ja julkisen sektorin välillä olevien raja-aitojen ylittämistä. Laajemman ongelmanasettelun myötä kehittämishankkeessa käytiinkin vuoden 2008 ajan keskustelua kaikenkattavasta (perus- ja erikoistaso, yksityinen ja julkinen, viisi sairaanhoitopiiriä) uudesta toimintamallista. (Kokkinen & Lehto 2009a.)

Mitään konkreettista vaihtoehtoa optimaalisesta laajemmasta kokonaisuudesta ei kuitenkaan saatu rakennettua. Käytännössä hanke lähes keskeytyi noin vuoden ajaksi. Oli hyvin lähellä, ettei se rauennut kokonaan.

Prosessi oli kuitenkin käynnissä, ja loppuvuonna 2008 PSHP:n ylin johto päätti organisoida silmäsairaanhoidon kehittämisen projektiryhmän uudelleen. Tähän mennessä hankkeen toteuttaminen ei ollut juurikaan saanut tukea sairaanhoitopiirin ylimmältä johdolta, ja kehittämistyötä oli tehty oman työn ohella. (Kivisaari et al. 2009.) Nyt projektissa päätettiin aloittaa toinen vaihe. Hanketta johtamaan rekrytoitiin tunnettu silmätautialan uudistaja Anja Tuulonen Oulun yliopistollisesta sairaalasta. Hän oli kehittänyt Oulussa uusia toimintamalleja muun muassa hoitoketjujen kokonaisuuden optimoimiseksi ja käytettävissä olevien henkilöstövoimavarojen tehokkaammaksi hyödyntämiseksi. Projektiryhmälle rekrytoidun päätoimisen johtajan lisäksi myös hänen työparinaan toimiva projektipäällikkö päätettiin osa-aikaisesti vapauttaa kliinisestä työstä kehittämishankkeen hyväksi. Lisäksi projektiryhmän kokoonpanoa laajennettiin myös muulla kuin silmäsairaanhoidon erikoisosaamisella: rakennussuunnittelun ammattilaisilla ja perusterveydenhuollon edustajilla.

3. Millainen uusi toimintamalli silmäsairaanhoidon muodostuu?

3.2.3 Pirkanmaan silmäkeskus tyydyttävänä osaoptimointina

Hankkeen kolmannessa vaiheessa uusi projektijohtaja palautti ongelman määrittelyn Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin sisäiseksi (Kokkinen & Lehto 2009b). Hänen mukaansa ongelmissa oli kyse yliopistosairaalan tehottomuudesta sekä huonosta yhteistyöstä ja koordinaatiosta perusterveydenhuollon kanssa. Itse ongelmanmäärittelyprosessi poikkesi aiemmista vaiheista suuresti siinä, että nyt perusterveydenhuollon edustajat otettiin alusta lähtien mukaan hankkeen lähtökohtien määrittämiseen. Lisäksi ongelman määrittely poikkesi aiemmista vaiheista siinä, että uusi projektijohtaja ei nähnyt julkisella sektorilla olevan pulaa työvoimasta. Hänen mielestään olemassa olevaa työvoimaresurssia ei vain osattu hyödyntää riittävän hyvin.

Hankkeen aiempien vaiheiden ratkaisuyrityksissä oli noussut esiin kaksi ääripäätä. Ensimmäinen, tutkimustoiminnan optimoimiseen keskittyvä malli oli koettu liian suppeaksi, mutta myöskään sitä seurannut keskustelu kaikenkattavasta optimoinnista ei lopulta ollut tuottanut mitään konkreettista ratkaisumallia. Nyt kolmannessa vaiheessa uusi projektijohtaja alkoi muokata mukanaan tuomaansa poliittikkavaihtoehtoa hankkeen aiemmissä vaiheissa syntyneeseen ”tilaan” sopivaksi.

Projektijohtajan mukaan hänen tuomallaan toimintapolitiikalla yliopistosairaalan tehokkuutta voidaan parantaa ensiksikin työprosesseja standardoimalla sekä siirtämällä joitain lääkäreille aiemmin kuuluneita tehtäviä hoitajille ja edelleen teknisille avustajille. Lisäksi kaikkien työntekijäryhmien työpanoksen hukkumista tietohallintoon voidaan ehkäistä keventämällä kirjaamiskäytäntöjä sekä hyödyntämällä esimerkiksi puheentunnistusta. Tukea näiden toiminnallisten muutosten suunnittelemiseen ja perustelemiseen haettiin Intiaan ja Hollantiin suuntautuneilta opintomatkoilta. Toiseksi yliopistosairaalan tehokkuutta voidaan lisätä keskittämällä aiemmin kuudessa eri toimipisteessä tapahtunutta silmäsairaanhoidon yhteen uuteen, Silmäkeskuksen nimellä kulkevaan rakennukseen. Kolmanneksi malliin sisältyy mahdollisuus siirtyä kohti osakeyhtiö- tai osuuskuntamuotoa ja siten irtautua suuren organisaation byrokratiasta ja sairaanhoitopiiriin poliittisesta ohjauksesta.

Yliopistosairaalan oman toiminnan tehostamisen lisäksi projektijohtajan tuoma ratkaisumalli sisälsi osittaisen vastauksen hankkeen toisessa vaiheessa esitettyyn vaatimukseen silmäsairaanhoidon kentän kokonaisuuden paremmasta koordinaatiosta. Malli määritteli perus- ja erikoistasoisen toiminnan välisen rajapinnan uudelleen, joskin vain Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin alueella. Ratkaisuun sisällytettiin Tampereen kaupungin silmälääkäreiden yhdistäminen uuteen Silmä-

3. Millainen uusi toimintamalli silmäsairaanhoidon muodostuu?

keskukseen sekä muille alueen kunnille tarjottava kiertävä kuvantamispalvelu sekä konsultaatioapu silmäsairanhoidollisten palveluiden ostamiseen markkinoilta. Yliopistosairaalan itsensä tekemät ostot yksityisiltä toimijoilta päätettiin lopettaa kokonaan. Projektijohtaja argumentoi, että näin voidaan parantaa sairaanhoitopiirittaisen toiminnan koordinaatiota ja investoida uuden Silmäkeskuksen omaan toimintaan se raha, joka tähän asti oli mennyt ostopalveluihin.

Tamperetta lukuun ottamatta Pirkanmaan kuntajohtajilla oli aluksi huomattavia epäilyksiä projektijohtajan esittämää uutta toimintamallia kohtaan. Ensinnäkin Tampereen kaupungin silmälääkäreiden siirtyessä uuteen yksikköön muut kunnat pelkäsivät joutuvansa maksumiehiksi samalla, kun Tampere saisi jotain ylimääräistä. Toinen kritiikin kohde koski hankkeen erikoislääkärivetoisuutta. Kolmanneksi kritiikkiä kohdistettiin ennen kaikkea uuteen toimintamalliin liittyvän ”McDonaldisaation” eli toimintaprosessien standardoimisen ja erikoisosaajien autonomian vähentämisen soveltuvuuteen Pirkanmaalle. Tilaisuuksissa, joissa uusi toimintapolitiikka kohtasi huomattavaa kritiikkiä, sairaanhoitopiirin ylin johto pyrki kuitenkin puolustamaan uuteen malliin liittyviä mahdollisuuksia.

Kuntapäätäjien ohella suureksi haasteeksi osoittautui silmälääkäreiden hyväksynnän saavuttaminen. Kuntapäätäjien ja lääkäreiden suurin kritiikki kohdistui alkuvaiheessa toimintojen standardoimiseen ja pyrkimykseen tehostaa toimintaa niukkaa lääkäri työvoimaa paremmin hyödyntämällä. Lääkärikunnalle projektijohtaja pyrki osoittamaan uuden toimintamallin hyödyt pilotoimalla uusia toimintaprosesseja käytännössä jo vanhoissa tiloissa. Tämän lisäksi projektijohtaja kävi lääkärikunnan kanssa sekä kahdenkeskisiä että koko henkilöstön kattavia keskusteluja ja onnistui saamaan kaikkein syvimmin julkisen terveydenhuollon kehittämiseen sitoutuneet osajat puolelleen. Muutostyön edetessä näiden ensimmäisten innostujien mukaan lähti hitaasti muutakin lääkärikuntaa.

Pirkanmaan kuntapäätäjien ja lääkäriprofession lisäksi muutosvastarintaa esiintyi myös joissakin muissa vastuualueen sairaanhoitopiireissä. Uuden Silmäkeskuksen pelättiin muodostuvan liian houkuttavaksi työpaikaksi silmäsairanhoidon erikoisosaajille. Sen arveltiin myös käyttävän hoitopotentiaaliaan muiden sairaanhoitopiirien potilaiden hoitamiseen, jolloin muille piireille ei jäisi kriittistä potilasmassaa, jonka tiettyjen toimintojen ylläpitäminen vaatii. Varsinaisten aluepoliittisten ongelmien ehkäisemiseksi oli olennaista, että kaikkiin vastuualueen julkisiin toimijoihin oli oltu yhteydessä heti hankkeen kolmannen vaiheen alussa. Näin ollen hanketta kyettiin epäluuloisuuden vallitessakin viemään eteenpäin.

3. Millainen uusi toimintamalli silmäsairaanhoidon muodostuu?

3.3 Silmäkeskuksen kehittämisdynamiikka

3.3.1 Ongelmien ja ratkaisuvaihtoehtojen muuttuminen matkan varrella

Kahden ja puolen vuoden seurantajakson aikana kehittämishankkeella ratkaistavan ongelman määrittely muuttui suuresti. Ensimmäisen vaiheen silmäspesialistien erityisestä kato-ongelmasta yliopistosairaalassa siirryttiin toisessa vaiheessa takaisin hankkeen taustalla vaikuttaneeseen yleiseen silmäspesialistien katoon julkisella sektorilla. Kolmannessa vaiheessa ongelma taas määriteltiin toiminnan tehottomuudeksi. Ongelman määrittelemisen laaja-alaisuus oli koko seurantaajan vahvasti sidoksissa kehittämistyöhön osallistuneen toimijaverkoston laajuuteen. Ensimmäisessä vaiheessa yliopistosairaalan silmäsairaanhoidon erikoisosaajat määrittelivät ongelman omista tarpeistaan lähtien. Toisessa vaiheessa sairaanhoitopiirien johtajat palauttivat ongelman määrittelyn koko miljoonapiirin tasolle. Kolmannessa vaiheessa Pirkanmaalla ongelman määrittelemiseen osallistui sairaalan ulkopuolelta projektijohtajaksi rekrytoitu kansallinen ja kansainvälisen tason silmäsairaanhoidon osaaja ja hänen ympärilleen rakennettu, yhden piirin julkiset toimijat kattava verkosto.

Ratkaisuvaihtoehdot puolestaan ulottuivat kaikkia neljää päätoimijaryhmää koskevasta muutoksesta yliopistosairaanhoidopiiriin rajoittuvaan ratkaisuun. Ratkaisuvaihtoehtoja muotoiltaessa nousi konkreettisesti esiin, kuinka projektijohtajat toteuttivat omia visioitaan. Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa hahmoteltu ehdotus huippututkimuskeskuksesta syntyi pitkälti projektijohtajan tieteellisistä intresseistä¹. Toisessa vaiheessa, sairaanhoitopiirien johtajien nostaessa tieteellisten intressien rinnalle laajemman, koko erityisvastuualueen laajuisia silmäsauroksien hoitamiskokonaisuutta koskevan keskustelun, ei hanketta vienynt käytännössä kukaan eteenpäin. Kolmannessa vaiheessa uusi projektijohtaja taas pyrki tuomaan Pirkanmaalle Pohjois-Pohjanmaalla hyväksi havaitsemaansa toimintapolitiikkaa ja kehittämään tätä ratkaisuaihiota entistä kilpailukykyisemmäksi.

Poliittisen ilmapiirin näkökulmasta esiin nousi vahvaa vieroksuntaa niitä ratkaisuja kohtaan, joissa julkisen ja yksityisen sektorin välinen yhteistyö olisi muodostunut toisenlaiseksi kuin aiemmin (ks. Tynkkynen & Lehto 2009). Myös

¹ Myöhemmin silmäsairaanhoidon tutkimuskeskus (SILK) on perustettu Tampereen yliopiston, Tampereen teknisen yliopiston ja yliopistosairaalan yhteistyöllä. Tuleva silmäsauroala ja SILK hakevat kummallekin sopivaa yhteistyötappaa.

3. Millainen uusi toimintamalli silmäsairaanhoidon muodostuu?

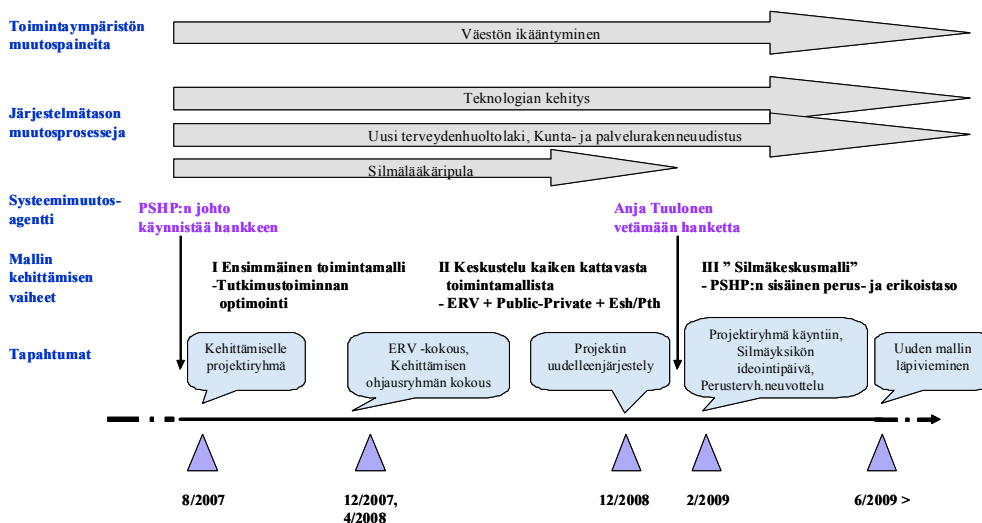
siihen, että erityisvastuualueella olisi poliittisesti mahdollista päästä yhdessä innovoiden yhteiseen ratkaisuun, kohdistui suuria epäluuloja. Seurantajakson aikana mahdollisuuksien ikkuna aukesi siis vain yliopistosairaalaan ja sen lähikuntiin rajoittuvalle ratkaisulle, vaikka kaikkien toimijoiden piirissä tämä nähtiin vain osaoptimoinniksi. Näin ollen voidaan sanoa, että innovaatioaihion muotoutumiseen vaikutti hyvin vahvasti se institutionaalinen ja poliittinen ympäristö, jossa sitä kehitettiin.

3.3.2 Siirtävää kehittämistä systeemimuutosagentin rekrytoinnin kautta

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin johto käynnisti kehittämishankkeen yhdessä muiden piirien johtajien kanssa tavoitteenaan saada aikaan muutos alueellisessa silmäsairaanhoidonjärjestelmässä (kuva 4). Kun hankkeessa ensimmäisen puolentoista vuoden aikana syntyi kaksi vaihtoehtoista tapaa hahmottaa sekä silmäsairaanhoidon liittyviä ongelmia että mahdollisia ratkaisuja, se ajautui umpikujaan. Tässä tilanteessa PSHP:n johto otti vuosien 2008 ja 2009 vaihteessa jälleen aktiivisen roolin. Se teki kehittämisen suunnan kannalta ratkaisevan päätöksen hanketta toteuttaneen projektiryhmän uudelleenorganisoinnista ja päätoimisen projektijohtajan rekrytoimisesta.

Sairaanhoitopiirin johdon tukemalla Oulusta Tampereelle siirtyneellä projektijohtajalla oli tarjota esikuva sekä ongelman määrittämisen että siihen tarvittavan ratkaisun laajuudelle, ja hän lähti päättäväisesti toteuttamaan mukanaan tuomaansa toimintapolitiikkaa. Projektijohtajan ajamat muutokset lähtivät liikkeelle puhtaasti yhden sairaanhoitopiirin julkisten toimintojen uudelleenjärjestelystä. Lähitulevaisuudessa tällä tiukasti rajatulla systeemillä innovaatiolla voidaan kuitenkin olettaa olevan vaikutuksia myös laajempaan julkisten ja yksityisten toimijoiden sekä viiden eri sairaanhoitopiirin muodostaman alueellisen silmäsairaanhoidon kokonaisuuteen (vrt. Kokkinen & Lehto 2009b).

3. Millainen uusi toimintamalli silmäsairaanhoidon muodostuu?



Kuva 4. Historiallinen kuvaus silmäsairaanhoidon kehittämisestä 2007–2009.

Mahdolliset toimintamallin laajentamisen ja levittämisen kanavat kytkeytyvät lähitulevaisuudessa pääasiassa tutkimuksellisiin yhteistyömahdollisuuksiin ja uuteen projektijohtajaan. Tutkimusyhteistyön tarve saattaa ennen kaikkea haastaa hankkeen erityisvastuualueen laajuisiin ratkaisuihin ja palauttaa siten agendalle kysymyksen sairaanhoitopiirien välisiä raja-aitoja ylittävästä ratkaisusta. Projektijohtaja taas saattaa tiiviillä yhteistyöllään muiden yliopistosairaanhoitopiirien kanssa siirtää luomaansa toimintapolitiikkaa tai sen osia muualle Suomeen. Lokaalin kehittämisen ja kansallisen tason välistä hybriditoimijaa, joka tulevaisuudessa pyrkisi aktiivisesti levittämään syntymässä olevaa silmäkeskusmallia Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ulkopuolelle, ei kuitenkaan ole näköpiirissä.

4. Systemisten innovaatioiden kehityspolkujen opit

4.1 Tapaustutkimusten kehityskaaret

Tapaustutkimuksen kohteina olevat systemisen innovaation kehityspolut sijoittuvat innovaatioprosessin eri vaiheisiin. Silmätaudin toimintamallin muodostumista pääsimme seuraamaan jo sen ideointivaiheessa. Silloin eri toimijoilla, kuten TAYS:n johdolla, silmälääkäreillä ja erityisvastuualueen eri sairaanhoitopiirien johdolla, oli erilaisia käsityksiä siitä, minkä ongelman vuoksi uutta toimintamallia oltiin luomassa ja kuinka laaja mallista oli tarkoitus tulla. Maisemamallia puolestaan tutkimme siinä vaiheessa, kun paikallisesti kehitettyä mutta edelleen keskeneräistä Raison tilaaja-tuottajamallia alettiin levittää muille paikkakunnille. Tässä vaiheessa innovaation kehittäminen ja levittäminen kietoutuivat toisiinsa. Tapaustutkimusten kehityskaarten erilaiset dynamiikat havaitsee helpommin, kun kaaria tarkastelee rinnakkain. Teemme seuraavassa näin. Olemme kuitenkin tietoisia, että tapaukset eivät sinänsä ole keskenään vertailukelpoisia.

Taulukossa 2 kiteytämme kummankin innovaatioaihion kehityspolun viidestä näkökulmasta:

1. Millainen toimijaverkosto innovaatiota oli kehittämässä?
2. Millainen ongelma (ja missä laajuudessa) uudella toimintamallilla haluttiin ratkaista?
3. Kuinka avoin ja vuorovaikutteinen innovaatioprosessi oli eri toimijoiden kesken?
4. Ketkä veivät innovaatiota vaiheesta toiseen?
5. Mikä on innovaation kehityshorisontti ja todennäköinen lopputulema tähänastisen kehityskaaren perusteella?

4. Systemisten innovaatioiden kehityspolkujen opit

Taulukko 2. Tarkasteltujen innovaatioprosessien kehitysdynamiikan vertailu 2007–2009.

	<i>Maisemamalli</i>	<i>Uusi silmäsairaanhoidon malli</i>
<i>Toimija-verkosto</i>	<ul style="list-style-type: none"> Paikallisen tason asiantuntijat, johto, kunnalliset luottamushenkilöt ja kansallinen politiikkatoimija yhdessä aloittivat mallin levittämisen. 	<ul style="list-style-type: none"> Idean kehittäminen keskitettiin keskeiselle palveluntuottajalle ja silmäsairaanhoidon asiantuntijoille.
<i>Toimintamallilla ratkaistavan ongelman määrittely</i>	<ul style="list-style-type: none"> Paikallinen toimintamalli nähtiin ratkaisuna muillekin kunnille ja kuntaliitoksille. Malli laajeni sote-johdon ohjausvälineestä eri hallinnon alojen palvelujen ohjausvälineeksi. Mallin hyödyt kansalaisen kannalta vielä huomiotta. Hyöty kohdistuu kustannustehokkaampaan palvelutarjontaan. 	<ul style="list-style-type: none"> Ongelma nähtiin ensin TAYSin sisäisenä. Toisessa vaiheessa ongelman määrittely laajeni erikoissairaanhoidon, julkisen sektorin ja yhden sairaanhoitopiirin ulkopuolelle. Kolmannessa vaiheessa ratkaistaan yhden piirin väestön silmien hoitamisen kokonaisuutta.
<i>Eritasoisten prosessien vuorovaikutus innovaation synnyssä</i>	<ul style="list-style-type: none"> Innovointi paikallisen toimijan ja politiikkatoimijan kesken. Sitran ohjelmasta taloudellista tukea ja vetoapua. Kunta- ja palvelurakenneuudistus lisäsi uusien johtamismallien tarvetta. Poliittikatoimijoilta kannustusta tt-malliin siirtymiseen. Mallin kehittäminen ensin avointa, myöhemmin maisemakuntien keskinäistä. 	<ul style="list-style-type: none"> Innovointi keskijohdosta ja asiantuntijoista käsin. Poliittikatoimijan tuki puuttui. Terveystuon rahoituksen linjaukset esillä, mutta ne otaksuttiin toistaiseksi muutattomiksi. Kehittämishanke aluksi heikosti resursoitu. Kehittäminen Pirkanmaan sisällä.
<i>Hybriditoimijat ja muut välittävät toimijat</i>	<ul style="list-style-type: none"> Hybriditoimijat: 1) Sitran edustaja – liikkui kuntien verkostossa sekä poliittisen tason toimijaverkossa 2) Paikallinen toimija siirtyi Kuntamaisema Oy:hyn, 3) Maisemakuntien palveluntuottajat potentiaalisia kuntarajat ylittäviä kehittäviä toimijoita. Tutkijat innovaatioprosessia reflektioivina toimijoina. 	<ul style="list-style-type: none"> Tutkijat innovaatioprosessia reflektioivina toimijoina.
<i>Innovaation kehityshorisontti</i>	<ul style="list-style-type: none"> Kehittymässä elementtejä laajasti hyväksytyyn tt-malliin. Malli vielä hauras, kuntien verkostossa kehitettävä versio. Laatumittaristot laahaavat kustannustehokkuusindikaattoreiden perässä. Malli kilpailee muiden tt-mallien työvälineiden kanssa. 	<ul style="list-style-type: none"> Tulokseksi syntyy ensi vaiheessa Pirkanmaan sisäinen, perus- ja erikoissairaanhoidon rajan ylittävä malli. Ei vielä näkyvässä, miten mallia laajennetaan tai siirretään muualle.

4. Systemisten innovaatioiden kehityspolkujen opit

Verrattaessa *keskeisiä innovaatiota edistäviä toimijoita* voidaan havaita, että molemmissa tapauksissa alkuperäisen innovaatioaihion käynnisti paikallinen asiantuntija. Maisemacasessa Sitran mukaantulo laajensi toimijaverkostoa nopeasti. Silmäsairanahoidon tapauksessa kehittämistyöstä ovat koko hankkeen ajan keskeisesti vastanneet PSHP:n asiantuntijat sekä viime vaiheissa Pirkanmaan kuntien perusterveydenhuollon edustajat.

Ratkaistavan ongelman määrittely laveni maisematapauksessa varsin pian paikallisesta kansalliseen mittakaavaan. Silmäsairanahoidon kehittämishankkeessa PSHP:n silmäsairanahoidon asiantuntijat näkivät keskeiseksi ongelmaksi sen sijaan omat heikot työskentelyolosuhteet ja pitivät sisäisen organisaation kehittämistä ongelman ratkaisuna. Muiden sairaanhoitopiirien pieni edustus ei pystynyt laajentamaan ongelman määrittelyä alueelliseen tai kansalliseen mittakaavaan. Kun silmäsairanahoidon kehittämisen kolmannessa vaiheessa hankkeelle valittiin uusi johtaja, malli laajeni erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Lisäksi ratkaisu rajattiin koskemaan vain Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä. Kehittämishanketta tai innovaatioaihiota kantavan johtajan näkemyksellä sekä kehityshankkeen kokoonpanolla vaikuttaakin olevan suuri rooli siinä, kuinka laajaa tai paikallista ratkaisua aletaan rakentaa. Uuden toimintamallin kehittäminen on sitä haasteellisempaa, mitä laajempaa toimijaverkkoa se koskee. Kehityshankkeen vetäjä joutuu ratkaisemaan, kuinka laajassa mittakaavassa on kulloinkin mahdollista hallitusti liikkua.

Kummassakaan tapauksessa uusista toimintamalleista kansalaiselle koituvat hyödyt eivät olleet ensisijaisia. Mallit olivat hallintolähtöisiä, mutta niiden uskottiin näkyvän jossain vaiheessa myös kansalaiselle parempina palveluina. Karkeasti ottaen maisemamalli näyttää ensi vaiheessa pyrkivän kustannustehokkaampaan palvelutuotantoon. Silmäsairanahoidon uusi toimintamalli puolestaan näytti aluksi tähtäävän henkilöstön hyvinvoinnin edistämiseen ja myöhemmässä vaiheessa myös silmäterveydenhuollon potilaan palvelun laadun parantamiseen.

Eri tasojen vuorovaikutusta tarkasteltaessa poliittisen toimijan rooli näyttäytyi tapaustutkimuksissamme erilaisena. Kumpikin innovaatioidea syntyi paikallisella tasolla organisaation johdossa. Ration mallista johdettua maisemamallia alettiin kuitenkin levittää muihin kuntiin poliittisen toimijan, Sitran, tukemana jo hyvin varhaisessa vaiheessa. Vaikka mallin tarjoama välineistö oli käsityömäinen ja keskeneräinen, sitä lähdettiin levittämään ensin vertailuvälineenä muihin kuntiin. Käsityömäisellä välineellä viittaamme siihen, että malli oli muodostettu vasta excel-taulukkona ja tietojärjestelmäratkaisu, joka sopisi laajaan käyttöön oli vielä ratkaisematta. Muista kunnista toivottiin vastavuoroista apua mallin

4. Systemisten innovaatioiden kehityspolkujen opit

kehittämiseen. Tässä mielessä innovaatioprosessi oli avoin ja se pyrki yhteiskenttelyyn. Silmäsaaraanhoidon toimintamallin kehittämässä ei puolestaan ole vielä kahden ensimmäisen vuoden aikana tunnistettavissa aktiivista poliittista toimijaa, joka edistäisi innovaation levittämistä. Mallin ratkaisu on kuitenkin hyvin linjassa vallitsevan terveystolitiikan kanssa, jossa erikoissaraanhoidon ja perusterveydenhuollon raja-aitoja pyritään madaltamaan. Uusi silmäkeskusmalli kehitettiin erikoissaraanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyössä. Silmäsaaraanhoidon organisoimisissa otettiin tässä vaiheessa oppia myös ulkomaisista esimerkeistä.

Maisemamallin levittämisessä oli tunnistettavissa perinteiset osaamis- ja valtarajat ylittäviä hybriditoimijoita. Ensimmäisessä vaiheessa poliittinen toimija (Sitra) jalkautui paikalliselle tasolle, kuntiin, ja antoi vetoapua Raisiolle vertaisarvion tekemiseen. Toisessa vaiheessa paikallinen toimija (Raision sosiaali- ja terveysjohtaja) siirtyi Kuntamaisema Oy:n toimitusjohtajaksi levittämään maisemamallia päätoimisesti muihin kuntiin. Kolmannessa vaiheessa saattaa maisemakunnista edelleen nousta uusia palveluprosessikohtaisia toimijoita, joilla on halua, kykyä ja motivaatiota siirtää hyviä palveluratkaisuja omasta kunnasta muihin kuntiin. Silmäsaaraanhoidon mallin kehittämässä tutkijoille muodostui erityinen sillanrakentajan rooli projektiryhmän johtajan vaihtuessa. Myös hankkeen toinen johtaja on tuonut Oulusta jo kokeiltuja ratkaisuja elementeiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ja toiminut tässä mielessä eräänlaisena hybridiaktorina.

Seuraamamme kahden vuoden kehityskaaren perusteella innovaation horisontti ja seuraava kehitysvaihe vaikuttaa maisemamallin tapauksessa melko lupaavalta. Maisemamalli on jo osoittanut käyttökelpoisuutensa kuntien vertaisarvioinnin välineenä noin 60 kunnassa sekä ohjausvälineenä 27 kunnassa. Kehittämisen pullonkaulaksi voi muodostua Kuntamaisema itse, mikäli se pitää mallin kehittelyn tiukasti vain omana asianaan eikä kunnista aktivoidu uusia palvelujen kehittäjiä. Myös silmäsaaraanhoidon uusi toimintamalli on päässyt hyvään vauhtiin uuden johtajan ja kehittämisspektiivin avautumisen myötä. Hankkeen etenemistä legitimoii ja aikatauluttaa samanaikainen silmäkeskuksen rakennushanke. Tulokseksi syntyyneen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä perusterveydenhuollon ja erikoissaraanhoidon rajan ylittävä silmäsaaraanhoidon malli. Vielä ei ole näkyvisä, miten mallia mahdollisesti levitetäisiin tai laajennettaisiin muualle Suomeen.

4.2 Erilaiset systemisen innovaation mallit muutoksen vauhdittajina

Tässä jaksossa tarkastellaan, millaisella johtamis- ja innovointimallilla uusia innovaatioaihoita kehitettiin tapaustutkimusten kahden ja puolen vuoden seurantajakson aikana. Hyödynnämme tarkastelussa Lars Fuglsangin (2008) innovaatiotypologiaa (kuva 5). Tyypittelyn pohjana on kaksi ulottuvuutta: (1) tulevatko innovaation alkuideat ulkopuolelta vai sisältä ja (2) nähdäänkö innovaation toteuttajat yksilöinä vai kollektiiveina.

	Ulkoiset lähteet	Sisäiset lähteet
Yksilö-toteuttajat	Avoin innovaatio	Yrittäjät
Kollektiivi-toteuttajat	Strateginen refleksiivisyys	Institutionaalinen innovaatio

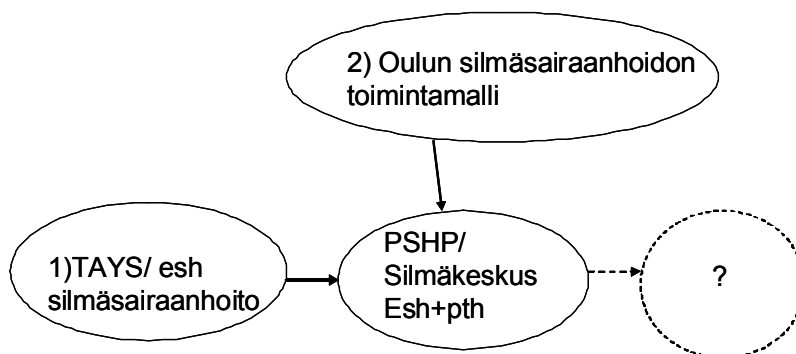
Kuva 5. Innovaatiomallien tyypittely (Fuglsang 2008).

Silmäsairaanhoidon kehityshankkeen alkuvaiheessa perusidea erikoissairaanhoidon sisäisestä huippuyksiköstä näytti syntyvän melko suljetussa piirissä silmä-lääketieteen specialistien ja hoitajien kesken. Innovaatioaiho rakennettiin vastaamaan silmäsairauksiin erikoistuneen henkilöstön tarpeita ja vaatimuksia. Sen kehittämisessä ei juuri tietoisesti punnittu muiden ERV-alueen silmäyksiköiden ja asiakkaiden näkökulmaa ja tarpeita. Malli haluttiin pitää yhden organisaation sisäisenä.

Hankkeen edellä kuvatun kriisiytymisen ja pysähtymisen jälkeen toinen johtaja otti käyttöön muita toimijoita kuuntelevan ja heitä suostuttelevan toimintatavan. Uuden toimintamallin avulla pystyttiin ylittämään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon organisaatorajat. Myös yksityisen silmäsairaanhoidon toimijoita kuunneltiin. Mallin kehittämiseen kietoutui lisäksi muutosta fyysis-materiaalisessa mielessä vauhdittava tekijä, silmäsairaalan rakennushanke. Uusi

4. Systemisten innovaatioiden kehityspolkujen opit

johtaja toi malliin jo koeteltuja aineksia Oulun silmäsairaanhoidosta. Tässä mielessä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimintamallia voisi kutsua myös Oulun mallin ”kopioimiseksi”. Kuva 6 esittää pelkistään, mistä uuden systemisen innovaation ainekset olivat peräisin.



Kuva 6. Siirtävä, suljettu innovaatiomalli, jossa ideat tulevat erikoissairaanhoidon sisältä ja uusi malli rakennetaan valmiiksi ennen sen levittämistä.

Mielenkiintoista on se, missä määrin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ylin johto ”tilasi” Oulusta muutosjohtajan ja valmiin toimintapolitiikan. Etuna siirtävässä mallissa oli, että ratkaistavan ongelman laajuuden määrittelemiselle ja uudelle toimintamallille saatiin konkreettinen esikuva silmäsairaanhoidon sisältä. Tällöin keskeisenä muutosagenttina voidaan nähdä nimenomaan PSHP:n johto, joka tilasi käyttöönotettavaksi tietyn ratkaisun. Kaupanpäällisiksi saatiin projektijohtaja, josta tuli uuden mallin aktiivinen puolestapuhuja. Voidaan myös ajatella, että Oulusta rekrytoitiin ennenkaikkea muutosjohtaja: koko hankkeeseen haettiin uuden vetäjän myötä uutta puhtia ja uskottavuutta ilman merkittävää tietoisuutta uuden johtajan johdolla syntyvästä toimintapolitiikasta.

Olemme nimenneet innovointimallin siirtäväksi innovaatiomalliksi, koska kehityshankkeen toisessa vaiheessa rekrytoidun muutosjohtajan myötä Pirkanmaalle siirrettiin muualla kehitetty malli. Mallia voisi luonnehtia myös suljetuksi, koska sen kehittäminen on haluttu pitää PSHP:n sisäisenä. On kuitenkin huomattava, että muita toimijoita on hankkeen jälkimmäisessä vaiheessa kuultu. Vielä tässä vaiheessa ei ole kannettu huolta mallin levittämisestä esimerkiksi muiden yliopistosairaaloitten silmäsairaanhoidoon. Mallin edelleen levittäminen tulee ajankohtaiseksi myöhemmin, mikäli löytyy siirtämisestä kiinnostunut toimija. Siksi seuraava vaihe on kuvattu katkoviivoin.

PSHP:n johdon visiossa on haettu skaalaetuja yksittäisten erikoissairaanhoidon alojen ja tukiprosessien rakenteellisin uudistuksin (ks. Kivisaari et al. 2004). Voidaan kysyä, ovatko silmäkeskusmallin johtamisen esikuvina toimineet PSHP:n muiden erikoisaloiden edelläkävijäesimerkit, kuten tekonivelsairaala Coxa Oy ja Sydänkeskus-liikelaitos². Tekonivelleikkausten keskittämällä Coxaan Pirkanmaalla on saatu parannettua leikkausten laatua ja pienennettyä niiden yksikkökustannuksia. Sekä asiakastyytyväisyys että henkilöstön työtyytyväisyys ovat Coxassa erittäin korkeita. Toistaiseksi malli ei ole levinnyt muihin sairaanhoitopiireihin, vaikka tekonivelleikkausten tehostamiseen on ilmeinen tarve. Esimerkiksi Seinäjoen keskussairaalassa on kuitenkin tehty omin voimin tekonivelpotilaan uudistettu hoitoketju (Jokipii et al. 2006). Toisaalta Pirkanmaan sairaanhoitopiirillä ei ole ollut kiinnostusta lähteä edistämään mallinsa levittämistä.

Eräs haaste Coxan mallin levittämisessä on se, että leikkaustoiminnan lisäksi joudutaan muutamaankoko tekonivelleikkauksen hoitoketju. Muutoksen vaikutukset ulottuvat siis sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuoltoon. Toinen haaste on se, että tehokkuuden ja vaikuttavuuden yhtenäiset mittarit puuttuvat, joten koko hoitoketjun vertaaminen ei ole ollut mahdollista. Lisäksi on havaittu, että ulkoisten asiantuntijapalvelujen vähäinen käyttäminen terveydenhuollossa heikentää innovaatioiden leviämistä, koska välittäjäorganisaatioita ei synny. (Saranummi & Kivisaari 2009.) PSHP:n sisäiset esimerkit ovat kuitenkin saattaneet vaikuttaa muiden TAYSin erikoistumisalojen innovaatiologiikkaan.

Toisen näkökulman tarjoaa se, miten silmäsairaanhoito oli uudelleenorganisoitu juuri ennen silmäsairaanhoidon kehittämishankkeen aloittamista. TAYSissa kehitetty logiikka oli yhdistänyt silmä-, korva- ja suusairauksien hoidon samaan organisaatioon ja ylittänyt näin osaamissiilorajoja. Tällä ratkaisulla oli pyritty saamaan aikaan kustannushyötyjä, kun samoja leikkaustiloja ja hoitohenkilöstöä pystyttiin käyttämään tehokkaasti yli erikoistumisalojen. Uutta silmäkeskusmallia motivoi sen sijaan todennäköisesti sekä silmäsairaanhoidon laadun että kustannustehokkuuden tavoittelu. Tällainen erikoistumisalueen sisäinen uudistaminen ja yhä paremman laadun tarjoaminen potilaille on nähty liiketoimintatutkimuksen näkökulmasta tyypilliseksi terveydenhuollon innovaatiologiikaksi (Hwang & Christensen 2008; Christensen et al. 2009, Christensen et al. 2006).

² Aiemmin Silmäkeskusnimellä valmistettua yksikköä alettiin keuhkokuumeen nimellä kutsua Silmäkeskukseksi, jotta nimestäkin kävisi ilmi, että kyse on perinteisestä sairaalasta poikkeava, myös perusterveydenhuollon silmälääkäritoimintaa sisältävä yksikkö.

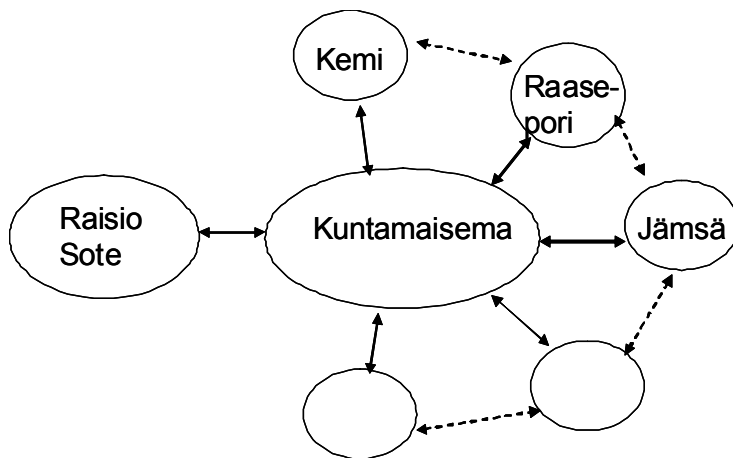
4. Systemisten innovaatioiden kehityspolkujen opit

Kuitenkin sellaisia uudistuksia, joissa lääkärin työtä pystyttäisiin siirtämään vähemmän koulutetulle ja halvemmalle työvoimalle sekä asiakkaille itselleen, pidetään toistaiseksi vaikeampina toteuttaa, vaikka ne tuottaisivat kustannushyötyjä nopeammin. Se, että innovaatio kehitettiin silmäsairaanhoidon sisäisenä toimintamallina, ilmentää vahvaa oman erikoistumisalueen autonomian tarvetta, mikä on toisinaan nähty myös terveydenhuollon innovatiivisuuden esteenä (Denis et al. 2002; Ferlie et al. 2005). Silmäsairauksien hoitamisen yhdistäminen korva- ja suusairauksien hoitamiseen rajattiin pois heti hankkeen käynnistyessä. Ratkaisu oli perusteltu mutta herättää tutkijan mielessä kuitenkin kysymyksen erikoisalarajat ylittävän innovoimisen mahdollisuudesta terveydenhuollossa.

Maisemamallia voisi puolestaan luonnehtia avoimeksi yhteiskehittelyä tavoittelevaksi innovaatiomalliksi. Seurantajaksomme alkoi siinä vaiheessa, kun Raision sosiaali- ja terveystoimessa oli kehitetty ja otettu käyttöön resurssi- ja tilaustaulukoiden ensi versioita ja mallia oli alettu levittää muiden kuntien sosiaali- ja terveystoimien vertailu- ja ohjausvälineeksi. Maisemamallia alettiin levittää sen ollessa vielä keskeneräinen. Seurantajaksomme aikana perustettiin Kuntamaisema Oy kehittämään ja levittämään maisemamallia edelleen. Osa vertailuvaiheen läpikäyneistä kunnista on ottanut mallin jatkuvaksi ohjauksen välineekseen.

Maisemamallin keskeneräisyys ja käsityömyisyys on ollut sen leviämässä sekä pullonkaula että vahvuus. Kun tilaaja- ja tuottajaroolit on voitu rakentaa paikkakuntaakohtaisesti, kuntien on ollut helpompi sitoutua malliin. Toiseksi maisemamallin parannukset ja laajennukset edelläkävijäkunnissa siirtyvät Kuntamaisema Oy:n kautta muidenkin kuntien käyttöön. Innovointi ei siis keskity pelkästään Kuntamaiseman vastuulle, vaan osallistujakuntien on mahdollista siirtää omia hyviä ratkaisujaan muille. Esimerkkinä tästä on mallin laajentuminen sivistystoimien palvelujen puolelle Kemin rakentamien tuoteperheluokitusten mukaan. Kuva 7 luonnehtii tapauksen innovaatiomallia.

4. Systemisten innovaatioiden kehityspolkujen opit



Kuva 7. Yhteiskehittelyä tavoitteleva innovaatiomalli, jossa Raisiossa luotua keskeneräistä innovaatioaihiota kehitetään ja levitetään samanaikaisesti.

Innovaatiomalli muistuttaa strategiaperustaista *vuorovaikutukseen nojaavaa innovaatiomallia* (strateginen refleksiivisyys), joka hyödyntää tehokkaasti ympäröivässä maailmassa esiintyviä muutostoiveita mutta joka samanaikaisesti kokoaa niitä yhteisesti toteutettavaksi strategiaksi (Fuglsang & Sundbo 2005; Fuglsang 2008). Innovaatiomalli eroaa perinteisestä yksilövetoisesta, yhden karismaattisen johtajan läpi viemästä yrittäjyyteen perustuvasta innovaatiomallista siinä, että tässä mallissa kehittävää kohdetta rakennetaan kollektiivisesti verkostossa – kuitenkin niin, että kehittämisehdotukset kumuloituvat yhteiseen malliin. Esimerkiksi maisemakuntien verkostossa syntyvät ideat ja parannusehdotukset kumuloituvat osittain Kuntamaisema Oy:n ylläpitämään malliin. Kuntamaiseman keskeinen innovaattori Eero Vaissi voi kuntien välillä sukuloidessaan siirtää paikallisesti kehitettyjä hyviä ideoita, jotka voivat liittyä esimerkiksi uudenlaisiin palveluyhdistelmiin ja asiakasohjauksen tapoihin, vaikka Kuntamaiseman ydintuote koskeekin vain itse ohjausmallia. Vaissi kertoi 10.9.2009 saattavansa kuntia yhteen oppimaan toinen toisiltaan tehokkaampia ja laadukkaampia palveluratkaisuja. Kuntamaisema on kaavailut, että yksi sen toimintamuodoista olisi jatkossa vuosittainen ”tuotekehitysseminaarin” järjestäminen maisemakunnille. Yhteiskehittämisen voima on siis jo havaittu. Koska sitä tukevat toimintatavat ovat kuitenkin vielä varsin hauraita ja harvoja, kuntien väliset vuorovaikutussuhteet on kuvattu mallissa katkoviivoina.

Maisemacasessa yhteiskehittämiseen pyrkivästä mallista on vielä matkaa sel-laiseksi *avoimeksi innovaatiomalliksi*, jossa palvelujen käyttäjienkin parannus-

4. Systemisten innovaatioiden kehityspolkujen opit

ehdotukset tulisi hyödynnettyä. Nyt vuorovaikutus toimii mallissa tilaajan ja tuottajan välillä, mutta tulevaisuudessa mallin avulla voidaan mahdollisesti siirtää myös innovatiivisia ratkaisuja kunnasta toiseen. Maisemamallin kehittämisen logiikka näyttää etenevän tuoteajattelulogiikalla, siis luokitellen olemassa olevia palveluja ”ylhäältäpäin” johdettaviksi tuoteperheiksi. Mallissa myös painottuu palvelujen kustannustehokkuus enemmän kuin palvelujen laatu. Palvelujen arvoa painottava toimintamalli (*service-dominant logic*) lähestyisi palvelutuotannon uudistamista sen kautta, miten se parhaiten tuottaisi arvoa palvelujen käyttäjälle (ks. myös Porter 2008; Teperi et al. 2009). Keinoina asiakasarvon tuottamiseen nähdään erilaiset yhteiskehittämisen areenat asiakkaan ja palveluntuottajan välillä (ks. Vargo & Lusch 2008).

Tapausesimerkeissämme ei tullut vahvasti esiin niin sanottu institutionaalinen innovaatiologiikka, jossa poliittiset säädökset ja normit ovat keskeisiä uudistusten edistäjiä ja aikaansaaajia (Fuglsang & Sundbo 2005). Vaikka erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajojen ylittämisestä on puhuttu, ei esimerkiksi päätöstä terveystieteiden muodostamisesta ole vielä tehty. Näin ollen Silmäkeskuksen mallin leviämistä ei vielä vauhdita mikään poliittinen päätös. Maisemamallin kaltaisten työkalujen leviämistä kunnan johtamisen apuvälineiksi voisi vastaavasti vauhdittaa normi, joka edistäisi tilaaja-tuottajamallien käyttöönottoa.

4.3 Terveysthuolto innovaatiojohtamisen erityisenä toimintaympäristönä

Kirjallisuudessa valtavirtana esiintyvä käsitys innovaatioprosesseista ja niiden johtamisesta rakentuu suurelta osin teollisuusyritysten teknologian kehittämiseen kohdistuneen tutkimuksen pohjalta. Suomalainen terveysthuolto innovaatioympäristönä on useassa suhteessa erityinen tähän valtavirtaan verrattuna. Tapausesimerkeissämme nousevat esiin seuraavat keskeiset erot:

- Globaaleilla markkinoilla toimivien teollisuusyritysten innovaatioprosessien ajoitukseen ja pakkoon vaikuttavat vahvasti kilpailuasetelmien muutokset talouden suhdannevaihteluiden rytmittämisenä. Terveysthuollon julkisen sääntelyn ja rahoituksen eräänä keskeisenä tavoitteena taas on palvelujen saatavuuden turvaaminen suhdannevaihtelujen vaikutus minimoiden.
- Terveysthuolto hyödyntää teollisesti tuotettuja lääkkeitä ja tarvikkeita. Silti sen ydin on henkilöasiakkaiden palvelu, johon kohdistuvien

4. Systemisten innovaatioiden kehityspolkujen opit

innovaatioiden tiedeperusta, käyttäjäroolit ja toimijaverkostot poikkeavat teollisuustuotteiden vastaavista.

- Terveydenhuollossa yksityinen markkinaehtoinen ja julkinen poliittisesti ohjattu toiminta kietoutuvat yhteen tavalla, joka useissa systemisissä innovaatioissa edellyttää myös tämän kietoutuneisuuden uudelleenajattelua.
- Terveydenhuollon systemiset innovaatiot haastavat aiemman teknologian ja organisoinnin lisäksi myös terveydenhuoltoa koskevat poliittiset paradigmat. Tällöin systemisten innovaatioiden keskeiseksi osaksi ja edellytykseksi voivat nousta ”poliittiset innovaatiot”.

Eräs valtavirtaisen innovaatiopolitiikan lähtökohta on ajatus *luovasta tuhosta* (Schumpeter 1987). Ajatuksen mukaan markkinakilpailu synnyttää kannusteen innovoida kilpailijoita tehokkaampia ja tuottavampia tuotantotapoja. Sama kilpailu yhdessä taloudelle ominaisten suhdannevaihtelujen kanssa johtaa innovatiivisuudeltaan heikompien yritysten häviämiseen markkinoilta, niiden konkurssiin ja tuhoutumiseen. Tämä ”luova tuho” synnyttää markkinoilla tilaa sille, että innovatiivisimmat yritykset kasvattavat osuuttaan ja uusilla yrityksillä on tilaa työntyä markkinoille. Vanha voi tuhoutua ennen kuin uutta on saatu pystytettyä, koska kysyntä ja myynti voivat vaihdella jyrkästikin suhdannekierron eri vaiheiden välillä.

Yhteiskunnalla on vahva intressi ylläpitää terveystalvelujen saatavuutta ja jatkuvuutta suhdannekierroista riippumatta siten, että palvelut vastaavat yhteiskunnallisesti määrittyvää väestön tarvetta. Tämä yhteiskunnallinen intressi perustelee terveydenhuollon julkista sääntelyä, rahoitusta ja tuottamista siten, että schumpeterilaisen luovan tuhon mahdollisuudet ovat erittäin rajalliset. Vanhankaikasta ja kilpailussa jo tehottomaksi osoittautuvaa toimintaa jatketaan, kunnes korvaava, tehokkaampi toiminta on saatu kehitetyksi. Innovaatiojohtaminen terveydenhuollossa on vielä vaativampaa kuin puhtaasti markkinaehtoisessa toiminnassa, koska suhdannevaihtelujen luomaa pakkoa ja mahdollisuutta ei voida hyödyntää. Molemmissa tapausesimerkeissämme tämä ilmeni esimerkiksi siinä, että organisaatioiden johtajilla ei tuntunut koskaan olevan riittävästi aikaresursseja samanaikaiseen ”perustoimintojen pyörimisestä huolehtimiseen” ja ”liian laajaksi paisuneen kehittämishanketulvan innovatiiviseen toteuttamiseen ja johtamiseen”. Eräät viimeaikaiset selvitykset ovat nostaneet haasteeksi terveydenhuollon organisaatioiden kehittämistoiminnan strategisen johtamisen (esim. Tekes 2007; Barlow & Burn 2008).

4. Systemisten innovaatioiden kehityspolkujen opit

Henkilöasiakkaiden palvelu terveydenhuollon tuotannon ytimenä merkitsee muun muassa sitä, että innovaatioissa ei ole kysymys vain luonnontieteisiin ja teknisiin tieteisiin perustuvien uusien laitteiden kehittämistä. Kysymys on lisäksi inhimillisten toimintamallien muokkaamisesta, mikä nojaa vahvasti yhteiskunta- ja käyttäytymistieteisiin. Henkilöasiakkaiden palveluissa tuottaja ei tuota palvelutulosta yksin, vaan palvelun käyttäjä on ”kanssatuottaja” (*co-producer*).

Terveydenhuollossa tähän liittyy paradoksaalinen asetelma: vaikka palvelun käyttäjä on oman terveytensä keskeinen kanssatuottaja, samaan aikaan terveydenhuollon ammattilaisten auktoriteettia korostava perinne on omiaan hiljentämään asiakkaan ääntä, myös innovaatioprosesseissa (García-Goñi 2008). INNOTE-hanke kohdistuu tätä palvelutoimintaa ohjaavien systemien tasolla tehtäviin innovaatioihin. Olemme tekemisissä tutkimuskohteen kanssa, joka nojaa innovaatiovaltavirtaa olennaisesti laajempaan ja kompleksisempaan tiedeperustaan ja edellyttää olennaisesti tavanomaista laajemman toimijaverkoston aktivoimista ja osallistumista. Tästä perspektiivistä tutkimusryhmämme haluaa kiinnittää huomiota siihen, että asiakkaiden osallisuus on jäänyt varsin marginaaliseen asemaan kummankin casen tähänastisissa kehitysvaiheissa. Olemmekin jo hakemassa mahdollisuutta jatkaa näiden tapausesimerkkien seuraamista siten, että yhtenä uutena fokuksena on asiakasnäkökulman toteutuminen terveydenhuollon innovaatioprosesseissa. Asiakkaalla tarkoitamme palvelun käyttäjää tai yksittäistä palvelun tarvitsijaa sekä palveluja tarvitsevaa ja/tai niistä hyötyvää väestönosaa.

Systemiset innovaatiot eivät haasta vain joko yksityisiä yrityksiä tai julkisia toimijoita vaan molempia ja erityisesti niiden rajapintoja. Silmänsairaanhoitoon liittyvässä tapauksessa keskeinen liikkeelle paneva voima oli yksityisen ja julkisen sektorin kilpailu samasta niukasta osaajapotentiaalista eli silmälääkäreistä. Ongelman innovatiivisten ratkaisuvaihtoehtojen joukossa oli prosessin keskivaiheilla myös ajatus yksityisten ja julkisten palvelutuottajien kumppanuutta rakentavasta yhteisorganisaatiosta (Tynkkynen & Lehto 2009), mutta se ei ollut vielä kypsä toteutettavaksi. Uusi julkinen silmänsairaala pyritäänkin rakentamaan josain määrin julkista erikoissairaanhoitoa ja perusterveydenhuoltoa lähentävällä tavalla. Ennen kaikkea tavoitteena on julkisen silmänsairaanhoidon sellainen tehokkuus, laatu ja osaajiin vaikuttava vetovoimaisuus, että julkisen sektorin kilpailukyky suhteessa yksityiseen sektoriin paranisi. Tätä pidetään tärkeänä, koska erikoissairaanhoitotasoista silmänsairaanhoitoa uhkaa kaiken aikaa parhaiden osaajien menettämisen ja tuottavuuden alenemisen noidankehä. Uhat on ratkaistava yhtä aikaa eikä yksi kerrallaan. Toisin sanoen kilpailuun reagoidaan pikemminkin kilpailukykyä parantamalla kuin kumppanuudella.

4. Systemisten innovaatioiden kehityspolkujen opit

Maisematapauksen keskeinen liikkeellepaneva ajatus oli yhden kunnan palvelujärjestelmän benchmarkkausta ja tuotannonohjausta palvelevan tietojärjestelmän luominen tilaajan ja tuottajan roolit erottelevan hallinnon käyttöön. Alkuperäisessä Raision mallissa yksityisten tuottajien rooli ajateltiin vähäiseksi, lähinnä ”päätuottajien” mahdolliseksi alihankinnaksi. Sovellettaessa maisemamallia muihin kuntiin ja kuntayhtymiin haasteelliseksi on muodostunut sen sovellettavuus myös laajemmin yksityisten ja julkisten tuottajien sekä erilaisten yksityisten tuottajien välisen kilpailun salliviin tilaaja-tuottajamalleihin. Tätä kirjoitettaessa sovellettavuus tällaiseen asetelmaan on vasta koetteilla. Näyttää siltä, että maisemamallin täydentäminen malliin soveltuvilla laatumittareilla ja -kriteeristöillä nousee erityisen voimakkaasti esiin juuri kilpailua korostavissa sovellutuksissa.

Terveystuon systemisten innovaatioiden osana ja edellytyksenä on usein myös *poliittisen uudelleenajattelun edistäminen*, ”poliittiset innovaatiot”. Silmäsaiaanhoidon tapauksessa oli vaikeaa saada aikaan samansuuntaiset poliittisen tason päätökset viidessä saiaanhoitopiirissä samaan aikaan. Tämä oli keskeinen argumentti sen innovaatioaihion hylkäämisessä, jossa silmäsaiaanhoitolle olisi muodostettu koko TAYSin ERV-aluea kattava yhteinen organisatorinen konsepti. On myös ilmeistä, että nimenomaan epäilyt sekä valtakunnallisen että maakunnallisen poliittisen päätöksenteon olemassa olevista tai oletetuista esteistä ovat omiaan rajaamaan vaihtoehtojen piiristä yksityisen ja julkisen uudenlaiset kumppanuussuhteet. Toisaalta Pirkanmaan saiaanhoitopiiriin johdon vahva poliittinen tahtotila toimia Suomen erikoissaiaanhoidon uudistamisen kärkiryhmissä on ollut keskeinen edellytys sille, että uuden innovaation kehittäjät ovat voineet luottaa poliittisen päätöksenteon tukeen. INNOTE-hankkeen raporteissa (Kokkinen et al. 2009a; Kokkinen & Lehto 2009a, 2009b; Tynkkynen & Lehto 2009) analysoidaan Kingdonin teoriaan (1984) nojautuen vaihtoehtoisten poliittisten mahdollisuuksien (*window of opportunity*) avautumista ja sulkeutumista hankkeen aikana.

Maisemacasessa poliittisen päätöksenteon tuki osoittautui keskeiseksi alkuperäisen Raisiossa sovelletun mallin edellytykseksi. Kun mallia siirrettiin muille paikkakunnille, myös poliittiset edellytykset vaihtelivat. Toisissa kunnissa poliittiset päättäjät olivat kiinnostuneita mallin käyttämisestä vain vertaisarviointiin. Toisilla paikkakunnilla – esimerkiksi Mikkelin seudulla – ei ollut poliittista tahtoa siirtyä yhteiseen tilaaja-tuottaja-asetelmaan, minkä vuoksi myös maisemamallin soveltaminen jäi kesken. Lisäksi mallia soveltavat kunnat määrittelevät tilaaja-tuottajamallin eri tavoin. Toiset pitävät sitä esimerkiksi pääasiassa julkisen sektorin sisäisenä järjestelynä ja toiset taas erilaisten palvelutuottajien kilpailu-

4. Systemisten innovaatioiden kehityspolkujen opit

tukseen sovellettavana mallina. Tämä on aiheuttanut tarpeen muokata maisemamalliin sisältyvän tuotannonohjausaspektin ja malliin sisältyvän tilaaja-tuottaja-ajatuksen keskinäistä suhdetta joustavammin eri asetelmiin soveltuvaksi.

4.4 Systemisen innovaation johtaminen

Tarkasteltaessa edellä kuvattuja tapaustutkimuksia johtamisen näkökulmasta on tärkeää erottaa organisaatioiden yleinen johtaminen, systemisen innovaatioaihion käyttöönottoprosessin johtaminen organisaatiotasolla sekä verkostossa tapahtuva innovaatiojohtaminen, jossa innovaatioaihiota pyritään kehittämään laajamittaisesti hyödynnettäväksi systemiseksi innovaatioksi. Käsittelemme näitä eri näkökulmia seuraavassa.

4.4.1 Hyvä yleisjohtaminen innovaatioiden edistämisen tukena

Systemisen innovaatioaihion kehittäminen edellyttää hyvää strategista, henkilö-, talous-, päivittäis-, muutos- ja muuta yleistä johtamista siinä julkisessa organisaatiossa, jossa kehittäminen käynnistetään. Kyseessä on tyypillisesti radikaalin innovaation aihio, joka voidaan luoda organisaatiossa aluksi pienimuotoisesti mutta joka jossain vaiheessa edellyttää ylimmän johdon hyväksyntää ja tukea tullakseen käyttöönotetuksi. Ration tapauksessa havaittiin, että kunnan johdon eri tasojen välillä tehtiin erittäin hyvää yhteistyötä innovaatioaihion edistämiseksi. Sosiaali- ja terveystoimen johtaja ja kunnanjohtaja toimivat vahvana työparina innovaatioaihion kehittämisessä sekä henkilöstön ja luottamushenkilöt sitouttamisessa uuden työkalun käyttöönottoon.

Vaikka silmänsairaanhoidon tapauksessa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin johto synnytti innovaatioaihion, kehittämistyöryhmä ei saanut tai hakenut työilleen ylimmän johdon huomiota ja tukea. Tämä heijastui kehittämisprojektin tavoitteenasettelun horjuvuudessa ja resursoinnin puutteessa. Hankkeen alkuvaiheessa kehittämistyöryhmä suunnitteli toimintamallin omista lähtökohdistaan ilman sairaanhoitopiirin ylimmän johdon tukea. Malli tulikin tyrmätyksi, kun työryhmä esitteli sitä ensi kertaa. Hankkeen toisessa vaiheessa sairaanhoitopiirien johtajat vaativat erityisvastuualueen laajemmin huomioivaa ratkaisumallia mutta eivät tarjonneet oman työnsä ohessa kehittämistyötä tehneelle ryhmälle eväitä tällaisen ratkaisumallin luomiseen. Vasta hankkeen kolmannessa vaiheessa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin johto antoi kehittämistyöryhmälle täyden tukensa ja vapautti kehittämistyöhön resursseja perustyöstä.

Kehittämishankkeen onnistunut toteutus edellyttää paitsi ylimmän johdon sitoutumista myös selkeää projektointia ja hyvää projektinhallintaa. Tavoitteen ja vastuiden selkeä määrittely, toteutusaikataulu ja toteuttamiseen tarvittavien resurssien osoittaminen edesauttavat tulosten saavuttamista.

Maisemamallin levittämisen kokemukset ovat osoittaneet, että systeemisen innovaation levittämävaiheessa myös uudessa käyttäjäorganisaatiossa tarvitaan hyvää yleisjohtajuutta. On osoittautunut, että ohjaustyökalusta ei ole hyötyä, ellei sitä oteta kunnassa luontevaksi osaksi johtamista (Vaissi 10.9.2009).

4.4.2 Innovaation käyttöönoton johtamisen merkitys

Systeemisen innovaation alkutaipaleella innovaation levittämistä uusille käyttäjille on syytä tarkastella vuorovaikutteisena prosessina. Innovaatioaihio ei ole vielä kypsä laajamittaiseen levittämiseen. Sen piirteet ja ominaisuudet voivat kehittyä levittämislle suotuisiksi juuri alkuvaiheen käyttöönottilanteissa. Ensimmäisissä käyttöönottoprosesseissa on kyse myös innovaatioaihion jatkokehittämisestä uuteen ympäristöön sopivaksi. Termit *siirtäminen* tai *levittäminen* tuottavat liian yksisuuntaisen mielikuvan systeemisen innovaation ensimmäisistä käyttöönottoprosesseista.

Kun systeemisen innovaation aihio pyritään ottamaan kehittämällä käyttöön uudessa organisaatiossa, tarvitaan prosessia vetämään visionäärinen, mukaansatempaava sisäinen muutosagentti. Maisematapaustutkimuksessa havaittiin, että Mikkelin seudulla muutosprosessi ei voi käynnistyä ilman sisäistä muutosagenttia. Silmänsairaanhoidon toisessa vaiheessa taas uuden toimintamallin käyttöönottoa helpotti saman alan uudistajan rekrytoiminen projektipäälliköksi.

4.4.3 Verkostossa tapahtuva neuvotteleva innovaatiojohtaminen

Kun systemistä innovaatioprosessia tarkastellaan laajemmassa kehyksessä, innovaatiojohtaminen avautuu sellaisen yhteistyön mobilisoimisena ja suuntaamisena, jolla systemistä innovaatiota kehitetään, viedään käytäntöön ja levitetään laajamittaisesti. Tämä tapahtuu suurelta osin verkostossa ja osin myös markkinasuhteiden vallitessa. Yhteistyöhön tarvitaan tyypillisesti paitsi julkisen, myös yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoita ja osallistujia niin palvelutuotannosta, hallinnosta, poliittisesta päätöksenteosta kuin asiantuntijapalveluja tarjoavista instituutioistakin.

4. Systemisten innovaatioiden kehityspolkujen opit

Yleensä systemisen innovaation toteuttaminen edellyttää sellaisten toisistaan riippumattomien toimijoiden vuorovaikutusta, joiden toimintaratonaaliteetit ovat erilaisia ja usein keskenään ristiriitaisia. Johtaminen on siksi luonteeltaan neuvottelevaa ja niin kutsuttua verkostojohtamista. On tärkeää, että osapuolet havaitsevat ja hyväksyvät toistensa erilaiset ongelmanmäärittelyt, tarpeet ja intressit. Se tarjoaa pohjaa luottamuksen rakentamiseen ja ratkaistavan ongelman syvällisempään ymmärtämiseen.

Yksittäinen toimija ei riitä johtamaan muutosta, koska johtaminen ei tapahdu vain yhden hierarkkisesti rakentuneen organisaation sisällä ja koska innovaatio ulottuu yli organisaatorajojen. Sen sijaan johtaminen edellyttää vaikuttamista toimijaverkostoissa ja -markkinoilla. Innovaatiojohtamisessa ei ole kysymys ennalta määritetyn ratkaisun toimeenpanosta. Olennaista on sen prosessin johtaminen, jossa innovaation kehittämisen ja hyödyntämisen kannalta keskeiset toimijat muodostavat yhteisen käsityksen siitä, mikä on vallitsevan järjestelmän ongelma ja millainen ratkaisu (innovaatioaihio) kannattaa kehittää. Innovaatiota kantavat ja edistävät toimijat voivat muuttua prosessin kuluessa. Innovaatioprosessin kuluessa voi myös syntyä uudenlaista toimijuutta.

Maisemamallin etenemisessä Sitran edustajilla ja taloudellisilla resursseilla oli ratkaiseva rooli Raisiossa synnytetyn innovaatioaihion levityksen käynnistämisessä. Kun aihio ei sellaisenaan ollut sovellettavissa muihin kuntiin ja kuntaryhmiin, etenemistapa muotoutui avoimemmaksi innovaatiomalliksi, joka nojaa maisemakuntien kehittäjäverkostoon. Samalla Sitra vetäytyi sivummalle, ja verkoston tukeminen ja ylläpitäminen siirtyi Kuntamaisema Oy:n vastuulle. Tähän avoimempaan innovaatiomalliin siirtyminen merkitsi myös siirtymistä yksikeskuisesta johtamisesta verkoston eri osapuolien jakamaan johtamiseen.

Silmäsairaanhoidon kehittämishankkeessa alkuvaiheen kehitystyö oli puolestaan löyhän ERV-alueen sairaanhoitopiirien muodostaman verkoston ja yhdelle toimijalle vastuussa olevan projektiryhmän varassa. Tätä voi luonnehtia innovaatioaihion hakemiseksi laajemmassa innovaatioverkostossa. Kun yhteistä aihiota ei kuitenkaan löytynyt, prosessia jatkettiin yhden hierarkkisesti rakentuneen sairaanhoitopiirin sisäisenä toimintana, johon on liittynyt verkostomaisesti eräitä sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskuksia. Innovaatiomalli on siis ollut ennemmin suljetun innovaatiomallin mukainen. Johtamisen kannalta se on voinut nojautua yhden organisaation sisällä saatuun hierarkkiseen tukeen, ja verkostomaisen johtamisen tarvetta on ollut vähemmän.

Välittävien toimijoiden roolit

Monitasoinen muutoksen malli auttoi meitä tunnistamaan paikallisten muutosagenttien tarpeen lisäksi erilaisten välittävien toimijoiden merkityksen. Viimeaikaisessa kirjallisuudessa on kuvattu niin sanottuja hybriditoimijoita, jotka luovat yhteyden paikallisen ja järjestelmätason toimijoiden ja prosessien välille (Elzen et al. 2008; Smith 2007). Tätä linkittämisprosessia on kirjallisuudessa nimitetty *ankkuroinniksi*. Ankkurointi johtaa pysyvämpiin muutoksiin, ja se voi aloittaa kehityksen vallitsevasta järjestelmän dynamiikasta poikkeavaan suuntaan. Ankkurointi voi siis johtaa laajempaan muutokseen, joskaan aina näin ei tapahdu. Muutoksen laajuuteen vaikuttaa muun muassa se, säilyvätkö eri tason prosessien kytkennät pitkään vai rikkoutuvatko ne.

Maisematapaustutkimuksemme valottaa hybriditoimijoiden tärkeää roolia. Se tuo esille, että tällaisen roolin voivat ottaa eri toimijat innovaatioprosessin eri vaiheissa. Kun sopivaa toimijaa ei ole olemassa, sellainen voidaan luoda. Hybriditoimijan roolissa toimivalta organisaatiolta edellytetään ketteryyttä, innovatiivisuutta ja uskottavuutta. Nämä organisaation ominaisuudet eivät kuitenkaan riitä, koska hybriditoimijuus on myös vahvasti henkilösidonnaista. Olennaista on hybriditoimijana toimivan henkilön kokemus ja työhistoria.

Sitran ja Kuntamaisema Oy:n tapaiset organisaatiot ovat sinänsä sopivia muutoksen käynnistäjiä ja kantajia. Molempien organisaatioiden voidaan nähdä toimineen maisemacasessa hybriditoimijoina, jotka ankkuroivat eri tason prosesseja toisiinsa. Keskeistä oli kuitenkin kummankin organisaation avainhenkilön kyky toimia uskottavasti monilla eri foorumeilla, puhua eri alojen asiantuntijoiden kanssa ja katsoa oman erityisosaamisalueensa ulkopuolelle. He kykenivät käytännössä rakentamaan vuoropuhelua eri toimijoiden välille. He linkittivät paikallisen tason ideoita ja kokeiluja keskenään sekä yhdistelivät niitä koko sosiaali- ja terveysjärjestelmän kehittämistoimenpiteisiin.

Tapaustutkimuksemme nosti esille myös politiikkatoimijoiden merkityksen. Sitraa voidaan luonnehtia eräänlaiseksi politiikkayrittäjäksi (Mintrom 1997; Windrum 2008, 236), joka pyrkii katalysoimaan muutosta tunnistamalla ongelmia, verkottamalla politiikkapiireissä, vaikuttamalla poliittisiin väittelyihin ja rakentamalla liittoutumia. Se sijoittaa resurssejaan hyväksi katsomansa politiikan edistämiseen. Silmäsairaanhoidon tapausesimerkin ensi vaiheissa eräänä ongelmana oli se, ettei löytynyt politiikkayrittäjää, joka olisi lähtenyt päättäväisesti rakentamaan sinänsä mahdolliseksi katsottua laajemman ERV-alueen, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä yksityisen ja julkisen sektorin toimijoita

4. Systemisten innovaatioiden kehityspolkujen opit

yhdistävää aihiota. Kolmannessa vaiheessa muutosjohtajaksi palkattu henkilö voidaan nähdä myös politiikkatasoon vaikuttavana muutosagenttina, mutta hänen mahdollisuutensa ovat rajoittuneet lähinnä yhteen sairaanhoitopiiriin ja julkiseen sektoriin kohdistuvaan politiikkayrittäjyyteen (Kokkinen & Lehto 2009b). Myös maisemamallin heikko edistyminen Mikkelin seudulla voidaan tulkita politiikkayrittäjyyden puutteeksi tai Sitran heikkoudeksi toimia politiikkayrittäjänä Mikkelin seudun heterogeenisessä intressiympäristössä.

Tutkimuksemme osoittaa myös, että systemisen innovaation kehittäminen, käyttöönotto ja levittäminen eivät ole toinen toisiaan seuraavia vaiheita. Ne ovat vahvasti yhteenkietoutuneita prosesseja, jotka tapahtuvat osittain samanaikaisesti. Innovaation käyttöönoton ja levittämisen edellytyksiä luodaan jo kehittämisen alkutaipaleella.

Yhteenvetona voidaan todeta, että systemisen innovaation kehityspolulla tarvitaan johtamista monella tasolla ja monessa organisaatiossa. Tapaustutkimuksemme osoittivat, että yksittäinen vahva yrittäjyshenkinen ”innovaation omistaja” ei pysty yksin viemään innovaatiota laajamittaiseen käyttöön yli organisaatiorajojen. Verkostojohtamiseen tarvitaan innovaation kantajia ja välittäviä toimijoita, jotka kykenevät edistämään innovaatioaihion kriittistä siirtymää paikalliselta tasolta laajemmin hyödynnettäväksi systemiseksi innovaatioksi. Heidän roolinaan on saattaa eri tason prosesseja yhteen ja mahdollistaa laajan toimijajoukon keskinäinen vuorovaikutus. Verkostossa tapahtuvan innovaation käyttöönoton onnistumisen edellytys on, että myös innovaatiota edelleen kehittämissä ja käyttöönottavissa organisaatioissa on johtajuutta, tahtoa ja kykyä muutosten läpivientiin.

5. Tutkimukselliset päätelmät ja teoreettiset huomiot

5.1 Systemisen innovaation käsite

Systemisen innovaation käsite on viime vuosina levinnyt laajaan käyttöön. *Systemi* on terminä hyvin laava ja yleinen ja voi viitata sekä luonnollisiin että ihmisen suunnittelemiin eritasoisin järjestelmiin. Siitä syystä systemisen innovaation käsitteeseen ei ole yksiselitteinen, vaan sen käyttö edellyttää rajausta ja täsmennystä.

INNOTE-tutkimuksessa tarkastelemamme systemiset innovaatiot liittyvät suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän uudistamiseen. Tarkastellut innovaatiot kohdistuvat sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän eri osaluokkiin: toinen alueelliseen erikoissairaanhoidon palvelutuotannon malliin ja toinen kunnallisten peruspalvelujen ohjausmalliin.

Transition Management -tutkimuksen piirissä, jossa systemisiä innovaatioita on tutkittu paljon, systemiset innovaatiot on hahmotettu siirtymiksi sosioteknisestä järjestelmästä toiseen (Geels 2004, 37; Geels 2005; Kemp & Rotmans 2004, 139). Siirtymä voi tapahtua asteittaisena tai epäjatkuvana muutoksena tai sisältää sekä nopean että hitaan muutoksen vaiheita. Systemisen muutoksen aikajänne on tyypillisesti pitkä, jopa 25–50 vuotta. Frank Geels (2004) erottaa neljä piirrettä, jotka tyypillisesti luonnehtivat tällaisia innovaatioita:

1. Systemiset innovaatiot rakentuvat sekä tarjonta- että kysyntäpuolen muutoksista. Tarjontapuolen muutoksilla Geels viittaa esimerkiksi palveluihin, teknologiaan, tietoon tai toimialan rakenteeseen. Kysyntäpuolen muutoksilla hän puolestaan tarkoittaa esimerkiksi käyttäjien mieltymyksiä, kulttuurisia merkityksiä ja infrastruktuuria.

5. Tutkimukselliset päätelmät ja teoreettiset huomiot

2. Systemiset innovaatiot ovat ilmeisiä organisatorisia innovaatioita, joissa sosioteknisen järjestelmän elementit ja rakenne muuttuvat.
3. Systemisten innovaatioiden tuottamiseen tarvitaan monia toimijoita erilaisista yhteiskunnallisista ryhmistä.
4. Systemiset innovaatiot vaativat kehittyäkseen pitkän aikajänteen.

Systeminen innovaatio liittyy siis tyypillisesti rakenteiden, prosessien, teknologioiden ja käyttötottumusten samanaikaiseen uudistamiseen. INNOTE-tutkimuksen pohjalta voidaan nostaa esille lisäksi uusi ulottuvuus. Koska Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä on painottunut julkiseen sektoriin ja siihen kohdistuu voimakas yhteiskunnallinen intressi, poliittiset agendat ja konseptit voivat olla edellytyksiä innovaation leviämislle. Systeminen innovaatio voi siis sisältää myös *poliittisen innovaation*: jokin ryhmittymä voi uudelleenmääritellä, mikä on hyväksyttävää ja tavoiteltavaa. Esimerkiksi silmäsairaanhoidon laajempi yhteistyö (*partnership*), joka olisi ulottunut ERV-alueen, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä julkisen ja yksityisen sektorin toimijoihin, olisi edellyttänyt luopumista vallitsevista eri toimijoiden välisiä suhteita koskevista poliittisista ennakoasetelmista. Se olisi edellyttänyt esimerkiksi ERV-alueen kokemista poliittisesti yhteisemmäksi kokonaisuudeksi paikallisintressin korostamisen sijasta. Olisi myös tarvittu julkisen ja yksityisen kumppanuuden etsimistä kilpailun tai ”rauhanomaisen rinnakkaiselon” sijasta sekä sairausvakuutusrahoituksen ja kuntarahoituksen kahtiajaon ajatuksellista ylittämistä. Myös Mikkelin seutukunnan saaminen maisemamalliin olisi todennäköisesti edellyttänyt jotakin vastaavanlaista erillisintressit ylittävää poliittista innovaatiota.

Projektimme kuluessa on myös noussut esiin tarve jäsentää täsmällisemmin, mitä kovin erilaisissa systemisiksi innovaatioiksi kutsutuissa ilmiöissä on yhteistä ja mihin erilaisiin luokkiin niitä voisi jakaa. Huomionarvoinen on Windrumin (2008) tyypittely, jossa systemiset innovaatiot on jaettu kuuteen perustyyppiin:

- palveluinnovaatiot
- palvelutuotantoinnovaatiot
- hallinnon ja organisoinnin innovaatiot
- käsitteelliset innovaatiot
- politiikkainnovaatiot
- järjestelmäinnovaatiot.

5. Tutkimukselliset päätelmät ja teoreettiset huomiot

Tutkimistamme tapauksista maisemamalli luokittuu ensisijaisesti hallinnon ja organisoinnin innovaatioksi ja toteuttamisvaiheeseen edennyt silmäsairaanhoidon hanke palvelutuotantoinnovaatioksi. Kummassakin prosessissa jouduttiin vaikeuksiin, kun olisi tarvittu käsitteellistä ja politiikkainnovaatiota. Jos systeemillä innovaatiolla tarkoitetaan Windrumin tavoin organisaatioiden välisten suhteiden ja niiden tietopohjan uudistamista, molemmat caset ovat kyllä sivunneet tätä, mutta eteneminen on ollut toistaiseksi vähäisempää kuin edellä mainituilla ensisijaisilla innovaatioalueilla.

Terveydenhuoltojärjestelmän uudistamista on tyypillisesti tarkasteltu rakenteiden ja politiikkojen näkökulmasta. Innovaatiotutkimus on täydentänyt tarkastelua valottamalla innovaattoreiden ja visionääristen johtajien merkitystä muutoksen agentteina.

Transition Management -tutkimuksessa on kehitetty monitasoinen muutoksen malli (Geels 2002), joka tarjoaa näitä yhdistävän tavan tarkastella muutosta. Sen mukaan systeeminen innovaatio edellyttää sekä ylhäältä alaspäin että alhaalta ylöspäin suuntautuvia prosesseja. Toisaalta se korostaa yhteiskunnallisesti asettettujen poliittisten visioiden määrittelyn ja päämäärien asettamisen merkitystä. Toisaalta se taas korostaa paikallisten aloitteiden moninaisuuden ja kokeilujen merkitystä. Paikallisista kokeiluista voi kehittyä laajamittaisesti hyödynnettävä systeeminen innovaatio, mikäli mahdollisuuksien ikkuna on järjestelmässä avoinna.

Soveltamalla monitasoisen muutoksen mallia olemme pyrkineet tuottamaan ymmärrystä sosiaali- ja terveydenhuollon systeemisen innovaation dynamiikasta. Samalla olemme pyrkineet asettamaan erilaiset innovaatiotoiminnan agentit ja politiikkatoimenpiteet tähän kontekstiin.

Tutkimusryhmän monitieteisyys on tarjonnut mahdollisuuden tuottaa tietoa eri tason innovaatioprosesseista sekä havainnoida niiden linkittymistä. Olemme tarkastelleet sosiaali- ja terveystieteiden ja palvelujärjestelmän käynnissä olevaa kehittämistä sekä hyödyntäneet juurruttamisen ja toiminnan tutkimuksen käsitteellisiä työkaluja käynnissä olevien innovaatioprosessien herkkien vuorovaikutussuhteiden analyysiin. Monitasoinen muutoksen malli on auttanut tunnistamaan innovaatioaihioiden leviämistä estäviä ja edistäviä tekijöitä sekä paikallisen tason että järjestelmätason prosesseissa ja toiminnassa.

5.2 Kehittävän tutkijan rooli systeemisten innovaatioiden edistämisessä

INNOTE-hankkeessa pyrittiin ensisijaisesti tuottamaan syvempää ymmärrystä systeemisten innovaatioiden dynamiikasta suomalaisessa terveydenhuollossa. Kehitysprosesseja seurattessamme koimme kuitenkin mahdolliseksi vaikuttaa toimijoiden valintoihin innovaatiopolulla – eli meille muodostui eräänlainen kehittävän tutkijan rooli. Seuraavassa on pohdittu, millainen merkitys kehittäville tutkijoilla voi olla systeemisen innovaation edistämisessä (ks. myös Saari & Kivisaari 2009a, 2009b).

Tarkastelemme kehittävän tutkijan roolia kolmesta näkökulmasta. Ensinnäkin tutkimuksella voi olla rooli systeemisen innovaation varhaisessa vaiheessa itse ratkaisua vaativan ongelman – yhteisen kohteen – hahmottamisessa mahdollisimman monipuolisesti. Toiseksi kehittävä tutkija voi auttaa innovaatiota koskevan toimijaverkon kokoamisessa ja yhteensaattamisessa sekä innovaatiota eteenpäin kantavan toimijuuden synnyttämisessä. Kolmanneksi kehittävä tutkija voi järjestää työpajoja ja palautetilaisuuksia, joissa toimijaverkolla on mahdollisuus keskustella kehitettävästä kohteestaan käsitteellisemmällä tasolla, esimerkiksi tutkijan muodostaman, innovaation kehitysvaihetta kuvaavan mallin avulla. Seuraavassa on avattu näitä näkökulmia hiukan syvemmin.

5.2.1 Yhteisen kehityskohteen jäsentäminen entistä laajemmin ja monipuolisemmin

Innovaation polkua aiheista käyttöönotetuksi innovaatioksi voidaan tarkastella toiminnan teorian valossa ensinnäkin kehittyvänä kohteena, joka muuntuu matkan varrella eri toimijoiden mielessä olevasta ideasta jaetuksi suunnitelmaksi ja lopulta fyysis-materiaaliseksi näkyväksi toimintamalliksi. Toiseksi innovaatioaihe voidaan nähdä ensin kehittäjien toiminnan kohteena, joka siirtyy käyttäjien toiminnan välineeksi. Kolmanneksi innovaatiota voidaan tarkastella kohteen leviämisenä paikallisesta ratkaisusta laajasti hyödynnettäväksi, yhteiskunnallista ongelmaa ratkaisevaksi käytännöksi. (Vrt. Miettinen et al. 2006, 52.)

Tutkija voi auttaa eri toimijoita näkemään kehittävän kohteen ja ratkaisua vaativan kysymyksen näiden omaa näkökulmaa monipuolisemmin. Kehittävä tutkija voi myös auttaa toimijoita näkemään kohteen jopa kokonaan uudessa valossa. Tutkija voi korostaa palveluiden käyttäjän näkökulmaa esimerkiksi nostamalla toiminnan kohteen näkyväksi kehittämisprosessiin etnografisen kuvauksen avulla.

Terveydenhuollon turvallisuuskulttuurin kehittämistyössä on rakennettu tällaisia oppivia käytäntöjä, joissa kohde näyttäytyy uudella tavalla. Niissä on esimerkiksi tarkasteltu vaaratilanteita mahdollisuutena oppia ja kehittää potilasturvallisuutta (ks. Ruuhilehto & Knuutila 2008). Organisaation tasolla vältettävä asia nostetaan ikään kuin kehittämishaasteeksi ja yhteisen oppimisen kohteeksi.

Silmäsairaanhoidon toimintamallin muodostamisen varhaisessa vaiheessa tutkijoille kehittyi toimintamallia laajemmin avaava rooli. Kun TAYSin toimijat pyrkivät ensimmäisessä vaiheessa ratkaisemaan vain TAYSin sisäisen organisoimisen ongelmaa, tutkijat nostivat esiin innovaatioaihion alkuperäistä ERV-alueen toimijoiden näkökulmaa ja pyrkivät näin laajentamaan ratkaisun mittakaavaa.

5.2.2 Kehittävä tutkija innovaatiota edistävän toimijuuden luojana

Kun toimijat ovat vasta määrittämässä ongelmaa, johon ratkaisua etsitään, ovat sekä kehitettävä ratkaisu että sitä edistävä toimijaverkosto vielä määrittämättä. Tätä vaihetta voidaan kutsua *etsivän oppimisen vaiheeksi*, jossa toimijoiden välillä ei vielä vallitse yhdessä tekemisen kautta saavutettua luottamusta eikä yhteistä toimijuutta. Verkosto ei ole vielä organisoitunut yhteisen toiminnan kohteen ympärille, vaan eri toimijat ikään kuin parveilevat asian ympärillä. (Ahonen 2008, 69.) Tällaisessa etsivän oppimisen vaiheessa kehittävä tutkija voi koota aloitteellista toimijaverkkoa ja käynnistää pohdiskelun uudesta toimintamallista.

INNOTE-hankkeessa silmäsairaanhoidon alueellisen uuden toimintamallin kehittämisessä pohdinta käynnistyi keskustelemalla nykyisen toimintamallin ongelmista. Eri toimijat näkivät erilaiset asiat ratkaisua vaativina ongelmina. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin johto näki akuuttina ongelmana TAYSin silmälääkärin siirtymisen yksityiselle puolelle; TAYSin silmälääkärit ja leikkaushoitajat puolestaan näkivät keskiössä TAYSin leikkaustoimintaprosessin ongelmat; TAYSin erityisvastuualueen muiden sairaanhoitopiirien edustajat olivat huolissaan koko erityisvastuualueen sisäisen työnjaon tasapainoisesta rakentamisesta. Myös visio mahdollisesta uudesta toimintamallista näyttäytyi eri toimijoiden puheissa erilaisena. Vaihe ennen systeemisen innovaation syntyä voi kestää pitkäänkin. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin silmäsairaanhoidon uusi malli oli keskustelun kohteena runsaan vuoden verran ennen kuin konkreettiset kehittämisteot alkoivat. (Kokkinen et al. 2009a.)

Kun eri toimijoiden suhde yhteiseen kehitettävään kohteeseen alkaa muotoutua ja päästään yhteisymmärrykseen siitä, millaista toimintamallia aletaan yhdessä rakentaa, syntyy samalla kohteeseen suuntautuva yhteistoimijuus, kehittäjäyhteisö.

5. Tutkimukselliset päätelmät ja teoreettiset huomiot

Yhteistoimijuutta lujittavat toimijoiden toisiaan täydentävät roolit ja osaamiset sekä onnistumisen kokemukset yhteisen tavoitteen saavuttamisessa. Yhteistoimijuus perustuu toimijoiden väliseen, innovaatiota kehitettäessä syntyvään luottamukseen. Pelkkä luottamus ja osaaminen eivät kuitenkaan riitä innovaation edistämiseksi, vaan tarvitaan myös toimijoiden keskinäistä työnjakoa ja henkilökoh- taista vastuunottoa, jota voisi tässä yhteydessä kutsua innovaatiojohtamiseksi. Yksityisten ja julkisten toimijoiden verkostossa innovaatiojohtaminen on yleensä ns. jaettua johtajuutta, vaikka usein on tunnistettavissa ne toimijat, jotka ovat erityisen vahvoja innovaation kantajia.

Verkostosuhteet ovat myös hyvin haavoittuvia ja alttiita katkeamaan innovaatio- aihion kehittyessä vaiheesta toiseen. Verkostosuhteiden keskiöstä löytyy usein sinnikäs, omaa toimintareviiriään laajemmin ajatteleva ja monilla areenoilla toi- miva edellä jo tarkemmin kuvattu hybriditoimija, joka saattaa itse muuttaa sosiaa- lista positiotaan innovaation kehittyessä paikallisesta kokeilusta laajempaan käyttöön. Tunnistimme tällaisen hybriditoimijan merkityksen INNOTE-hankkeessa, kun tutkimme maisemamallin levittämistä laajamittaisesti uudelleen kuntien pe- ruspalveluiden johtamismalliksi (Kivisaari et al. 2008). Innovaation laajentuessa paikalliselta tasolta laajemmaksi, uuteen vaiheeseen ja positiioon siirtyivät niin edellisen vaiheen tekijät kuin heidän välineistönsä. Innovaatioprosessin edetessä vaiheesta toiseen toimijuus on ikään kuin synnyttävä uudelleen.

Näemme kehittäväällä tutkijalla merkittävän tehtävän *eri toimijoiden äänen esiintuojana* ja marginaalisten toimijoiden vahvistajana. Eri toimijat eivät lähtö- kohtaisesti ole toimintavaltuuksiltaan ja intresseiltään tasavahvoja. Kehittävä tutkija voi tietoisesti nostaa innovaation kehittämisen kannalta olennaista mutta prosessissa heikommin vaikuttavan toimijan ääntä esiin. Palveluinnovaatioiden kehittämisen kannalta käyttäjien näkökulma on perustavanlaatuinen. Käyttäjän näkökulmaa voidaan korostaa esimerkiksi haastatteleamalla käyttäjiä, ottamalla näiden edustajia mukaan vuoropuheluun ja työpajoihin tai rakentamalla etnogra- fisia kuvauksia näiden toiminnasta.

Systemisten innovaatioiden polku on pitkä ja työläs, eikä kehittävä tutkija voi edistää prosessin kulkua vuosia. Tutkimukselle voi muodostua *sillanrakentajan rooli* innovaatioaihion siirtyessä ideavaiheesta kokeiluvaiheeseen ja edelleen le- viämisvaiheeseen. Tällainen rooli tutkijoille muodostui esimerkiksi silmäsa- raanhoidon mallin rakentumisessa, kun kehittämishankkeen johto vaihtui. Sovel- tavan tutkimuksen luontevaksi rooliksi onkin muodostumassa entistä tietoisempi oppimiskäytäntöjen sekä eri toimijoiden välisen dialogin rakentajan rooli (ks. Arnkil et al. 2005). Kehittävä tutkija ei voi kuitenkaan ottaa vastuuta innovaation

onnistumisesta tai epäonnistumisesta. Hänen tehtävänä on ennen kaikkea mahdollistaa oppiminen toimijoiden välillä.

5.2.3 Innovaatioprosessin ja sen kohteen mallintaminen

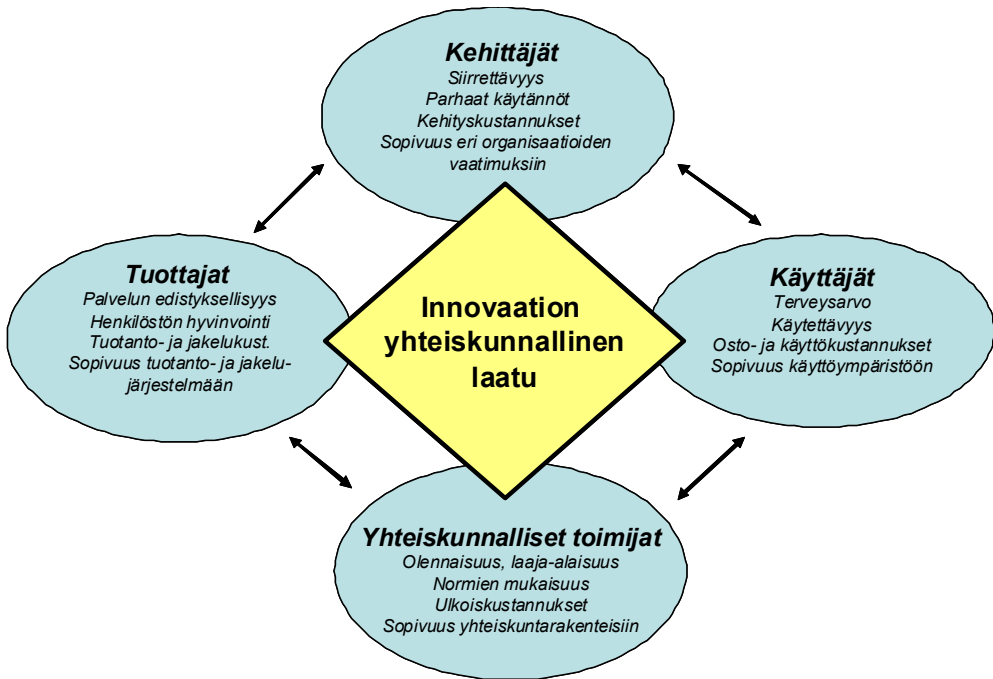
Uuden toimintalogiikan näkyväksi tekevät mallit ja visuaaliset tai käsitteelliset representaatiot auttavat työntekijöitä reflektoimaan ja sitä kautta muuttamaan työtään. Kehittävä tutkija osaa usein rakentaa uutta toimintamallia tuottavia ja mahdollistavia työvälineitä. Organisaation oppimista ja toiminnan jatkuvaa kehittämistä edistää esimerkiksi sellaisten työvälineiden ja työkäytäntöjen rakentaminen palvelutoiminnan sisään, joilla työyhteisö pystyy saamaan palautetta käyttäjiltään (ks. esim. Miettinen & Virkkunen 2005, 451).

Innovaatioprosessit ovat usein pitkiä, vuosiakin kestäviä polkuja, ja toimijat saattavat vaihtua matkan varrella. Tällöin prosessin kuvaaminen ja mallintaminen itsessään voi palvella innovaation edistymistä. Innovaation eri vaiheissa toimijoiden intressien näkyväksi tekeminen ja kehittyvän kohteen mallintaminen on keskeinen kehittävän tutkijan tehtävä eri osapuolten välisen oppimisen mahdollistamisessa.

On tärkeää antaa innovaatioprosessin toimijoille käyttöön käsitteellinen malli, jonka avulla he voivat tehdä tulkintaa ja nähdä ”havainnot todellisuudesta” uudella tavalla ja yleisemmällä tasolla. Toiminnanteorian piirissä tätä kutsutaan *kaksoisärsytyksen menetelmäksi* (Vygotsky 1978, 74). Yksi tällaiseen tarkoitukseen sopiva malli on esimerkiksi kuva innovaation yhteiskunnallista laadukkuudesta (kuva 8).

Innovaatiojohtamiseen tarvittava toimijaverkosto kattaa ainakin neljänlaisia toimijoita: tuottajia, kehittäjiä, käyttäjiä ja yhteiskunnallisia toimijoita (ks. myös Lovio 2009, 25). Näitä kaikkia toimijoita tarvitaan systeemisen innovaation yhteiskunnallisen laadukkuuden varmistamiseen. Kehittäjiin lukeutuvat myös kehittävät tutkijat, joiden rooleja olemme edellä tarkastelleet. Näkemyksemme mukaan kehittäviä tutkijoita voisi kytkeä aiempaa vahvemmin innovaatioverkon aktiivisiksi toimijoiksi. Näin voidaan edistää kehittävän dialogin syntymistä eri toimijoiden välille innovaatioprosessin eri vaiheissa. Palveluinnovaatiokirjallisuudessa on tuotu esiin, että radikaali innovaatio vaatii uudenlaista osaamista ja toimintakäytäntöjä sekä palvelun tuottajalta, käyttäjiltä että politiikkatoimijoilta (Windrum & Garcia-Goñi 2008).

5. Tutkimukselliset päätelmät ja teoreettiset huomiot



Kuva 8. Innovaation yhteiskunnallisessa juurruttamisessa tarvittava toimijaverkosto.

Kuvassa 8 on jäsenneily innovaation yhteiskunnalliseen juurruttamiseen osallistuvat toimijat sekä heidän intressinsä. Tapaustutkimuksemme innovaatioiden kehityskaaret osoittivat, että eri näkökulmien huomioiminen ja kuuleminen jo innovaatioaihion kehitysvaiheessa on tärkeää ja nopeuttaa itse innovaation syntyä. Siitä, jos jokin näkökulma puuttuu innovaation kehityksen varhaisessa vaiheessa, voi muodostua innovaation pullonkaula leviämisen myöhemmässä vaiheessa. Innovaation yhteiskunnallisessa juurruttamisessa on siis kyse eräänlaisesta ennakoinnista vaikuttavuuden arvioinnista. Tämä merkitsee sellaisen prosessin organisoimista terveydenhuollon asiantuntijoiden, uuden mallin käyttäjien ja politiikka-toimijoiden kesken, jossa voidaan ennakoita uuden mallin käyttökelpoisuutta ja vaikutuksia jo innovaatioprosessin varhaisessa ideointi- ja kokeiluvaiheessa. Tällainen oppivan dialogin rakentajan rooli voi muodostua innovaatioprosessia tutkivalle tutkimuslaitokselle tai yliopistolle (ks. Nowotny et al. 2001).

INNOTE-hankkeen valossa näyttää siltä, että systeemisten innovaatioiden edistäminen ja niihin liittyvän johtamisen tukeminen on mahdollista tutkimuksen keinoin. Tutkijat voivat edistää innovaatioprosessia nostamalla esille uusia näkökulmia käsitteellisten työvälineiden avulla sekä toimimalla siltarakentajina ja vuoropuhelun luojina eri toimijoiden välillä innovaatioprosessien eri vaiheissa.

Lähdeluettelo

- Ahonen, H. 2008. Oppimisen kohteen ja oppijan vastavuoroinen kehitys. Teleyrityksen asiakaspalvelun työyhteisöjen oppimiskäytäntöjen uudistaminen osana teknologistaloudellista kumousta. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 218. Helsinki. Yliopistopaino.
- Arnkil, T. E., Seikkula, J. & Arnkil, R. 2005. Hyvien käytäntöjen tutkittavuudesta, siirrettävyydestä ja jatkuvuudesta. Yhteiskuntapolitiikka 70:6, s. 639–649.
- Barlow, J. & Burn, J. 2008. All Change Please. Putting the Best New Healthcare Ideas into Practice. Policy Exchange, Clutha House, 10 Storey's Gate, London SW1P 3AY. ISBN 978-1-906097-38-7. <http://www.policyexchange.org.uk>.
- Christensen, C. M., Bauman, H., Ruggles, R. & Sadtler, T. M. 2006. Disruptive Innovation for Social Change. Harvard Business Review. December 2006. S. 94–101.
- Christensen, C. M., Bohmer, R. & Kenagy, J. 2009. Will Disruptive Innovations Cure Health Care? Harvard Business Review. September-October, s. 102–112.
- Denis, J. L., Herbert, Y., Langley, A. Lozeau, D. & Trottier, L. H. 2002. Explaining Diffusion Patterns for Complex health Care Innovations. Health Care Management Review 27:3, s. 60–73.
- Elzen, B., Leeuwis, C. & van Mierlo, B. 2008. Anchorage of Innovations: Assessing Dutch efforts to use the greenhouse effect as an energy source. Paper presented in conference organised jointly by the Society for Social Studies of Science (4S) and European Association for the Study of Science and Technology (EASST) "Acting with science, technology and medicine", Rotterdam, The Netherlands, 20th–23rd August, 2008.
- Ferlie, E., Fitzgerald, L. Wood, M. & Hawkins, C. 2005. The Nonspread of Innovations. The Mediating Role of Professionals. Academy of Management Journal 48:1, s. 117–134.
- Fuglsang, L. & Sundbo, J. 2005. The organizational innovation system: Three modes. Journal of Change Management 3:5, s. 329–344.
- Fuglsang, L. 2008. Capturing the Benefits of Open Innovation in Public Innovation: A case study. Int. J. Services Technology and Management 9:3–4, s. 234–248.
- García-Goñi, M. 2008. The adoption and diffusion of technological innovations in a Spanish hospital. Teoksessa: Windrum, Paul & Koch Per. Innovation in Public Sector Services. Entrepreneurship, Creativity and Management. Edward Elgar, Cheltenham 2008.

- Geels, F. 2002. Technological transitions as evolutionary reconfiguration processes: a multi-level perspective and a case-study. *Research Policy* 31, s. 1257–1274.
- Geels, F. 2004. Understanding System Innovations: a critical literature review and a conceptual synthesis. *Teoksessa: System Innovation and the Transition to Sustainability. Theory, Evidence and Policy.* Elzen, B., Geels, F. W. & Green, K. (toim.) Edward Elgar.
- Geels, F. 2005. *Technological Transitions and Systems Innovations. A Co-Evolutionary and Socio-technical Analysis.* Edward Elgar. Cheltenham, UK.
- Grin, J., Rotmans, J. & Schot, J. 2009. *Transitions to Sustainable Development.* Unpublished manuscript to a book.
- Ham, C. 1999. *Health Policy in Britain, 4th edition.* Palgrave, Houndmills.
- Heiskanen, E., Kivisaari, S., Lovio, R. & Mickwitz, P. 2009. Designed to Travel? Transition Management Encounters Environmental and Innovation Policy Histories in Finland. *Policy Sciences: Special issue "Designing long-term policy" 42:3.*
- Hwang, J. & Christensen, C. M. 2008. Disruptive Innovation in Health Care Delivery. A Framework for Business-Model Innovation. *Health Affairs* 27:5, s. 1329–1335.
- Ihalainen, R. 2007. Sopimusohjaus erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisen ohjauksessa. *Acta Universitatis Tamperensis* 1234. Tampere.
- Jokipii, P., Kalliovalkama, K. & Paavola, T. 2006. Tekonivelpotilaan hoitoprosessin uudistaminen. *Suomen Lääkärilehti* 14:6, s. 1626–1627.
- Kemp, R. & Rotmans, J. 2004. *Managing the Transition to Sustainable Mobility.* Teoksessa: Elzen, B., Geels, F. & Green, K. (toim.). *System Innovation and the Transition to Sustainability: Theory, Evidence and Policy.* Cheltenham: Edward Elgar.
- Kingdon, J. 1984. *Agendas, Alternatives and Public Policies.* Longman, New York.
- Kivisaari, S., Saranummi, N. & Väyrynen, E. 2004. Knowledge-intensive service activities in health care innovation. Case Pirkanmaa. VTT Research notes 2267. Espoo. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2004/T2267.pdf>.
- Kivisaari, S. & Saari, E. 2009. The role and significance of hybrid actors in system innovation. Changing primary health care management. Paper presented in the 1st European Conference on Sustainability Transitions: "Dynamics & Governance of Transitions to Sustainability. Amsterdam, 4–5 June 2009.

- Kivisaari, S., Saari, E., Lehto, J., Kokkinen, L. & Saranummi, N. 2009. System Innovation in the Making: Hybrid Actors and the Challenge of Up-Scaling. Proceedings of 2nd Annual Conference of the Health and Care Infrastructure Research and Innovation Centre "Improving Healthcare Infrastructures through Innovation". 2–3 April 2009, Brighton.
- Kivisaari, S., Saari, E. & Lehto, J. 2008. Systeemisen innovaation polku sosiaali- ja terveydenhuollossa. Raisonin tilaaja-tuottajamallin levittämisen ensi askeleet. VTT Tiedotteita 2440. Espoo. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2008/T2440.pdf>.
- Kokkinen, L., Lehto, J., Kivisaari, S. & Saari, E. 2009a. Uutta alueellista silmäsairaanhoidon mallia rakentamassa. Havaintoja TAYSin erityisvastuualueen hankkeen alkuvaiheesta kehittämisverkoston johtamisen näkökulmasta. VTT Tiedotteita 2461. Espoo. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2009/T2461.pdf>.
- Kokkinen, L. & Lehto, J. 2009a. Structures and "Constructures": The Barriers in the Reforming of Ophthalmology Services in Finland. Artikkelikäsikirjoitus.
- Kokkinen, L. & Lehto, J. 2009b. Changing Health Care From Inside Out: Policy Entrepreneur Questioning Ophthalmology Service Production in Finland. Artikkelikäsikirjoitus.
- Lehto, J. 2001. Terveyspalvelujärjestelmän tulevaisuus. Teoksessa: Voutilainen, P., Saranto, K., Peiponen, A. & Mikkola, T. (toim.). Hoitotyön vuosikirja 2002, Tammi, Helsinki. S. 101–111.
- Lillrank, P. & Parvinen, P. 2004. Omistaja, prosessi, potilas. Suomen Lääkärilehti 10:59, s. 1052–1955.
- Lovio, R. 2009. Näkökulmia innovaatiotoiminnan ja -politiikan muutoksiin 2000-luvulla. Helsingin kaupakorkeakoulu. Working Papers 266. HSE Print.
- Maisema. Loppuraportti 2007. Sitra, Raison kaupunki & Nordic Healthcare Group.
- Miettinen, R., Toikka, K., Tuunainen, J., Lehenkari, J. & Freeman, S. 2006. Sosiaalinen pääoma ja luottamus innovaatioverkoissa. Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikkö. Tutkimusraportteja 9. Helsinki. Yliopistopaino.
- Miettinen, R. & Virkkunen, J. 2005. Epistemic Objects, Artefacts and Organizational Change. Organization 12:3, s. 437–456.
- Mintrom, M. 1997. Policy entrepreneurs and the diffusion of innovation, American Journal of Political Science 41:3, s. 738–770.
- Moran, M. 1999. Governing the Health Care State. A comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany. Manchester University Press. Manchester.

- Mäkelä, M., Kaila, M., Lampe, K. & Teikari, M. (toim.). 2007. Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Duodecim, Hämeenlinna.
- Möttönen, S. 1997. Tulosjohtaminen ja valta poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhalitijoiden välisessä suhteessa. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Nowotny, H., Scott, P. & Gibbons, M. 2001. Re-thinking Science. knowledge and the Public in an Age of Uncertainty. Blackwell Publishers Inc. USA, Polity Press.
- Porter, M. E. 2008. Value-Based Health Care Delivery. *Annals of Surgery* 248:4, s. 503–509.
- Porter, M. E. & Teisberg, E. 2006. Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business School Press, Boston.
- Päivärinta, E. 2009. Mitä maisemamalli toi esiin Tampereella. Tilaajan ja tuottamisen läpinäkyvyys. Power point esitys. Maisemaseminaari 23.4.2009. Tieteiden talo. http://www.kuntamaisema.fi/index.php?node_id=11814.
- Robinson, R., Kaubowski, E. & Figueras, J. 2005. Introduction. Teoksessa: Figueras, J., Robinson, R. & Jakubowski, E. (toim.). Purchasing to improve health system performance. Open University Press, Maidenhead.
- Ruuhilehto, K. & Knuutila, J. 2008. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä: 2008:16. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1065027.
- Saari, E. & Kivisaari, S. 2009a. Juurruttaminen systeemisten innovaatioiden edistäjänä ja toimijoiden oppimisprosessina. Julkaisematon konferenssipaperi Suomen tieteen ja teknologian tutkimusseuran tutkimuspäiville 5.3.2009.
- Saari, E. & Kivisaari, S. 2009b. Can system innovations be facilitated by societal embedding? Teoksessa: Norros, L., Koskinen, H., Salo, L. & Savioja, P. ECCE 2009 – European Conference on Cognitive Ergonomics. Designing beyond the Product – Understanding Activity and User Experience in Ubiquitous Environments. VTT Symposium 258. S. 293–296. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/symposiums/2009/S258.pdf>.
- Saranummi, N. & Kivisaari, S. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuolto. Teoksessa: Valovirta, V. & Hyvönen, J. (toim.). Julkisen sektorin innovaatiot ja innovaatiotoiminta. Esiselvitys sektoritutkimuksen neuvottelukunnalle. Sektoritutkimuksen neuvottelukunta. Osaaminen, työ ja hyvinvointi. 11/2009.
- Saranummi, N., Kivisaari, S., Väyrynen, E., Hyppönen, H., Perälä, M.-L. & Saalasti-Koskinen, U. 2005. Healthcare renewal. System innovations and knowledge intensive services as drivers of change (in Finnish). *Teknologiakatsaus* 180/2005.

- Schumpeter, J. A. 1987. *Capitalism, Socialism and Democracy*. Unwin Paperbacks.
- Smith, A., 2007. Translating Sustainabilities between Green Niches and Socio-Technical. *Technology Analysis & Strategic Management* 19:4, s. 427–450.
- Stenvall, J. & Vakkala, H., Syväjärvi, A., Leinonen, J., Juntunen, P., Oulasvirta, L. & Tiilikainen, A. 2009. Parasta nyt. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen suunnittelu- vaiheen loppuraportti. Valtiovarainministeriön julkaisuja 11/2009.
- Tekes 2007. Innovaatioita julkiseen terveydenhuoltoon. FinnWell-ohjelman ensimmäinen väliarviointi. Teknologiaraportti 3. Helsinki.
- Teperi, J., Porter, M. E., Vuorenkoski, L. & Baron, J. F. 2009. *The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective*. Sitra Reports 82. Helsinki.
- Tuomola, S., Idänpää-Heikkilä, U., Lehtonen, O.-P. & Puro, M. 2008. Arviointiselvitys vuosina 2002–2007 toteutuneesta kansallisesta terveyshankkeesta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:22, Helsinki.
- Tuulonen, A. 2003a. Silmä lääkäreiden työtyytyväisyyteen ja motivaatioon vaikuttavat tekijät. *Suomen lääkärilehti* 58:38, s. 3801–3805.
- Tuulonen, A. 2003b. Voidaanko kaihijonot poistaa? Suomen silmäterveydenhuollon kehitys tilastojen valossa vuosina 1984–2000. *Suomen lääkärilehti* 58:24, s. 2657–2663.
- Tynkkynen, L.-K. & Lehto, J. 2009. An analysis of the Finnish Ophthalmology Services. Has the Time Come for a Public Private Partnership? *Health Research Policy and Systems*. Submitted.
- Vargo, S. L. & Lusch, R. F. 2008. From goods to service(s): Divergences and convergences of logics. *Industrial Marketing Management* 37:3, s. 254–259.
- Vygostky, L. S. 1978. *Mind in society*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Webster, A. (toim.) 2006. *New Technologies in Health Care. Challenge, Change and Innovation*. Palgrave, Houndmills.
- Windrum, P. 2008. Conclusions: Public Innovation and Entrepreneurship. Teoksessa: Windrum, P. & Koch, P. (toim.). *Innovation in Public Sector Services. Entrepreneurship, Creativity and Management*. Cheltenham, UK: Edward Elgar. S. 228–243.
- Windrum, P. & García-Goñi, M. 2008. A neo-Schumpeterian model of health services innovation. *Research Policy* 37, s. 649–672.

Liite A: Aineiston keruu INNOTE-hankkeen toisessa vaiheessa

Maisemacase: toinen vaihe 1.9.2008–30.9.2009

Haastatellut henkilöt

Heimberg Ulf, kaupunginhallituksen puheenjohtaja, Raasepori, 4.5.2009
Johansson Mårten, kaupunginjohtaja, Raasepori, 14.11.2008
Karjalainen Kari, kaupunginjohtaja, Raisio, 25.9.2008, 30.3.09
Kilpeläinen Jorma, apulaiskaupunginjohtaja, Jämsä 14.10.2008
Kuitunen Soile, kehitysjohtaja, Mikkeli, 28.10.2008, 25.3.2009
Kuokkanen Tuula, Raaseporin kaupunki, 4.5.2009
Lehto-Laurila Hannele, kaupunginhallituksen pj, Raisio, 30.3.2009
Liehu Tuula, sosiaali- ja terveysjohtaja, Jämsä, 23.10.2008, 20.4.2009
Lähteenmäki Heli, talousjohtaja, Raisio. 25.9.2008
Lyysaari Anne, Jokilaakson sairaalan johtava ylihoitaja, 21.10.2008
Mattila Tapani, kaupunginjohtaja, Jämsä, 23.1.2009
Mäkiäho Aija, osastonhoitaja, kaupunginvaltuuston jäsen, Jämsä, 13.10.2008
Nummenmaa Arne, sosiaali- ja terveysjohtaja, Raasepori, 14.11.2008
Närhinen Maria, sos.- ja terveysjohtaja, Mikkeli, 28.10.2008, 23.4.2009
Oikarinen Arto, vs. sos.- ja terveysjohtaja, Raisio 25.9.2008, 30.3.2009
Oksanen Heikki, sosiaalijohtaja, Jämsä, 13.10.2008
Pajunen Jeannette, hoivapalvelujen osastopäällikkö, Raasepori, 4.5.2009
Paunonen Kari, sosiaalijohtaja, Jämsä, 23.10.2008
Penkkala Pasi, kaupunginhallituksen puheenjohtaja, Raisio, 22.9.2008
Päivärinta Ritva, hoito- ja hoivapalvelujen johtaja, Raisio, 22.9.2008, 30.3.2009
Rantanen Päivi, päivähoidon johtaja, Raisio. 22.9.2008
Siira Heikki, talouspäällikkö, Mikkeli. 28.10.2008
Suominen, Seppo, kaupunginhallituksen pj, Jämsä, 14.10.2008

Storgårds Eva, tuotantojohtaja, Raasepori, 5.11.2008, 17.4.2009, 4.5.2009
Vaissi Eero, toimitusjohtaja, Kuntamaisema Oy, 29.9.2008, 10.9.2009
Vesala Arto, hallintoylilääkäri, Jämsä, 13.10.2008, 20.4.2009
Ylönen Outi, talouspäällikkö, Jämsä, 14.10.08, 20.4.2009

Havainnoidut tilaisuudet

Maisemamallia ja benchmarkingina koskeva tiedotustilaisuus Raaseporin uudelle kaupunginvaltuustolle, Karjaa 5.11.2008

Silmäsairaanhoidon case: toinen vaihe 1.1.2009–30.9.2009

Haastatellut henkilöt silmäcasessa (hankkeen toinen vaihe, vuoden 2009 alusta lukien)

Tuulonen Anja ja Kataja Marko, Tampere, 19.3.2009
Tuulonen Anja ja Kataja Marko, Tampere, 27.4.2009
Tuulonen Anja ja Kataja Marko, Tampere, 3.6.2009
Tuulonen Anja ja Kataja Marko, Tampere, 13.8.2009

Havainnoidut tilaisuudet silmäcase (hankkeen toinen vaihe, vuoden 2009 alusta lukien)

Silmäsairaalahankkeen esittely PSHP:n henkilökunnalle, Tampere 9.2.2009
Silmäyksikön henkilöstön ideointipäivä, Tampere 11.2.2009
Yliopistosairaaloitten silmäytilääkärin tapaaminen, Turku 27.2.2009
Silmäsairaalahankkeen projektiryhmän kokous, Tampere 2.3.2009
Silmäsairaalahankkeen vetäjien vierailu Lahden keskussairaalaan, Lahti 4.3.2009
Silmäsairaalahankkeen projektiryhmän kokous, Tampere 16.3.2009
Silmäsairaalahankkeen projektiryhmän kokous, Tampere 2.4.2009
Silmäsairaalahankkeen ohjausryhmän kokous, Tampere 8.4.2009
Silmäsairaalahankkeen projektiryhmän kokous, Tampere 30.4.2009
Silmäsairaalahankkeen etenemisen esittely PSHP:n henkilökunnalle, Tampere 11.5.2009
Silmäsairaalahankkeen projektiryhmän kokous, Tampere 20.5.2009
Silmäsairaalahankkeen ohjausryhmän kokous, Tampere 20.5.2009
Silmäsairaalahankkeen projektiryhmän kokous, Tampere 10.6.2009
PSHP:n silmälääkäreiden aamupalaveri, Tampere 20.8.2009
Silmäkeskushankkeen projektiryhmän kokous, Tampere 25.8.2009
Silmäkeskushankkeen projektiryhmän kokous, Tampere 23.9.2009
Silmäkeskushankkeen ohjausryhmän kokous, Tampere 30.9.2009

Liite B: Maisemamallin hyödyntäminen tarkastelluissa kunnissa

B1: Maisemamallin hyödyntäminen Raisiossa

Raision kaupunki

Raision kaupunki sijaitsee Turun lähistöllä Varsinais-Suomessa. Se on muuttunut maatalousvaltaisesta kunnasta 1970-luvun myötä teollisuuskeskukseksi erityisesti Raisio-yhtymän kasvun myötä. Sen seurauksena Raision väkiluku alkoi voimakkaasti kasvaa. Tällä hetkellä Raisiossa on asukkaita noin 24 000. Raision suurimmat työllistäjät ovat palveluala ja teollisuus.

Vuoden 2009 alusta Raisio alkoi hoitaa Ruskon ja Vahdon sosiaali- ja terveystointa isäntäkuntamallilla. Raisiossa on ollut tähän asti edullinen ikäpyramidi. Lähikunnista on viime vuosina muuttanut Raisioon lisää vanhempaa väestöä.

Maisemamallin kehitys Raisiossa

Maisemamalli on alun perin kehittynyt Raisiossa luodusta palveluiden tilaajan ja tuottajan väliseen neuvotteluun tarkoitettuna johtamisen apuvälineenä, tavasta jäsentää sosiaali- ja terveyspalvelut ns. tuoteperheisiin. Koska itse mallin kehitystä on raportissa jo kuvattu, keskitytään tässä siihen, mitä Raisiossa on tapahtunut sen jälkeen, kun sosiaali- ja terveysjohtaja Eero Vaissi ja talouspäällikkö Satu Grönlund ovat siirtyneet Kuntamaisema Oy:hyn levittämään maisemamallia muille kunnille.

Raision kaupunginvaltuusto päätti 21.4.2008 jatkaa maisemamallin kehitystyötä Sitran kanssa perustettavan yhtiön Kuntamaisema Oy:n osakkaana. Perustettavan yhtiön työn ja tuotekehityksen tulokset ovat Raision käytettävissä. Raisio

saa apua mallin ja sen työkalujen kehittämiseen, vertailutietoa muista kunnista sekä mahdollisuuden vaikuttaa valtakunnallisesti kuntatalouden ohjaukseen. Raision sosiaali- ja terveysjohtaja jatkaa yhtiön toimitusjohtajana seuraavat kolme vuotta.

Tilanne keväällä 2009

Raisiossa maisemamallin apuvälinettä on käytetty jo kolmessa tilaajan ja tuottajan välisessä budjettineuvonpidossa. Eri toimijoiden haastatteluiden mukaan uusi työväline on parantanut valtuuston kykyä nähdä palvelutuotannon kokonaisuus ja vertailla ostopalveluita omiin palveluihin. Myös budjettikeskusteluihin käytetty aika on lyhentynyt. Valtuuston keskustelu on muuttunut omakohtaisten kokemusten esiin tuomisesta faktapitoisemmaksi. Päättäjät luottavat työkalun tietoon, ja keskustelu on siirtymässä enemmän siihen, mitä kansalaiset saavat palveluihin budjetoidulla rahalla.

Uusi sosiaali- ja terveysjohtaja on kokenut kaksoisroolinsa tilaajan ja tuottajan välissä osin hankalaksi, joten taloudellista vastuuta on pyritty siirtämään palvelutuotanto-organisaatiossa alaspäin. Maisemamallin resurssi- ja tilaustaulukoiden täyttäminen on koettu työlääksi maisemapohjan uudistuttua. Kuntamaiseman tietojärjestelmäratkaisua, jossa luvut siirtyisivät automaattisesti olemassa olevista järjestelmistä maisemataulukkaan, odotetaan näin ollen innokkaasti.

Palveluiden laatutasoluokitteluja on käytetty budjettityöskentelyssä vuoden 2008 aikana. Kolmitasoisesta laatutasomäärittelystä on siirrytty kaksitasoiseen luokitukseen (lainmukainen, riittävä taso ja korotettu laatutaso). Palveluiden laadun määrittely koetaan edelleen vaikeaksi.

Raisiossa on saatu aikaan palvelujen paranemista ja palveluinnovaatioiden ituja. Esimerkiksi palveluohjausta on tehostettu vanhustenpalveluissa ns. palvelu-arvioijan avulla. Lisäksi on kehitetty hallintokunnat ylittäviä toimintakonsepteja kuten kylätalo ja monipalvelukeskus.

Osittain maisemamallin kehittämistä Raisiossa on hidastanut se, että itse työkalun pääinnovaattorit ovat siirtyneet Kuntamaisema Oy:hyn. Kun uudet henkilöt ovat ottaneet mallin käyttöön, työkalun puutteet ja käyttökelpoisuus ovat nousseet keskusteluun uudelleen.

B2: Maisemamallin hyödyntäminen Jämsässä

Jämsän kaupunki

Jämsän ja Jämsänkosken kaupungit liittyivät yhteen vuoden 2009 alusta. Kuntaliitoksen yhteydessä toteutettiin joukko muitakin merkittäviä muutoksia. Tällaisia olivat ennen kaikkea Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymän purku ja terveydenhuollon siirtyminen uuden kaupungin hallinnon alaisuuteen. Muita samassa vuodenvaiheessa toteutettuja suuria muutoksia olivat sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistäminen sekä päätös yhtiöittää Jokilaakson aluesairaala julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuuden kautta. Sairaalan ulkoistamisen perusteena on seudun liian pieni väestömäärä laadukkaan erikoissairaanhoidon järjestämiseksi.

Uudessa Jämsän kaupungissa on noin 23 000 asukasta. Kaupungin talouselämälle perustaa luovat muun muassa Kaipolan ja Jämsänkosken paperitehtaat, Patrian lentokonetehtaat sekä Himoksen hiihtokeskus. Kaupunki itse työllistää 1 800 henkilöä. Kaupungin taloudellinen tilanne on vaikea, ja koko henkilöstö lomautetaan vähintään kahden viikon ajaksi vuonna 2009. Henkilöstölle on luovuttu työpaikkojen säilyminen viisi vuotta kuntaliitoksen syntymisestä. Talouden tasapainottaminen on haasteellista, koska henkilöstökulujen osuus on noin 80 prosenttia kaikista kuluista.

Kaupungin väestörakenteessa on odotettavissa suuri muutos. Vanhusten määrän on ennakoitu nousevan erittäin voimakkaasti vuoden 2010 jälkeen. Tästä syystä kaupungin vanhustenhuollon strategiassa on asetettu tavoitteeksi, että mahdollisimman moni vanhus voisi elää itsenäisesti omassa kodissaan. (Jämsän seudun vanhustenhuollon strategia 2003–2010.)

Maisemamallin hyödyntämisen vaiheet Jämsässä

Kun Sitra vuonna 2007 käynnisti maisemahankkeen, jossa vertailtiin kahdenkymmenen kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannustehokkuutta, Jämsän ja Jämsänkosken kaupungit päättivät osallistua vertailuun. Vertailusta laadittu raportti nosti Jämsän keskeisiksi haasteiksi vanhuspalvelujen liiallisen laitostaisuuden ja epätarkoituksenmukaisen hoidon porrastuksen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä (Maisema. Loppuraportti 2007).

Jämsän kaupunki ryhtyi Sitran kannustamana eräänlaiseksi pioneeriksi ottaessaan maisemamallin käyttöön sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen työkaluna.

Sitra tarjosi tukea muutosjohtamiseen muun muassa konsulttipalveluiden muodossa. Tuki kattoi esimerkiksi Bearing Point Oy:n syksyllä 2008 laatiman selvityksen kaupungin vanhuspalveluiden kehittämismahdollisuuksista.

Jämsän kaupungissa mallin käyttöön oli määrä siirtyä vuoden 2009 alusta lukien, mutta käyttöönotto on venynyt. Maisemamallin käyttöönoton osuminen yhteen alussa mainittujen useiden suurten muutosten kanssa lisäsi käyttöönoton haasteellisuutta. Taulukoiden käyttöönotto edellytti muutenkin kuormitetulta henkilöstöltä paljon ylimääräistä työtä.

Jämsän mallissa tilaajan ja tuottajan roolit on määritelty jonkin verran eri lailla kuin Raisiossa ja kaksoisrooleista on pyritty selkeästi eroon. Jämsässä virkamiehistä koostuva tilaajaorganisaatio hallinnoi tilauksen tekemistä. Se esittelee tilauksen valtuustolle, jolla on ylin päätösvalta asiassa. Tilaajaorganisaation vastuuhenkilöinä toimii apulaiskaupunginjohtaja, jolla on tukenaan sekä terveydenhuollon että sosiaalitoimen asiantuntija. Sosiaali- ja terveysjohtaja vastaa tuotantoorganisaatiosta, ja hän toimii tuottajalautakunnan alaisuudessa.

Tilanne keväällä 2009

Haastattelujemme mukaan tilaajan ja tuottajan roolit on eriytetty, mutta käytännössä niitä ei ole vielä opittu. Henkilöt toimivat vielä helposti entisissä rooleissaan. Jämsässä talousarvio vuodelle 2009 tehtiin kahteen kertaan: kaupungin tili-kartan mukaan ja maisemamallin mukaan. Vuoden 2009 talousarvion laadinnassa ei ollut vielä valmiutta laatia tilaaja-tuottajamallin mukaisia tarjouspyyntöjä ja käydä sen mukaisia tarjousneuvotteluja. Tilaajan ja tuottajien väliset neuvottelut käytiin lomittain niin sanotun normaalin talousarvion rakentamisen kautta.

Maisemamallin käyttöönottoon kaivattiin sosiaali- ja terveystoimessa kipeästi lisäresursseja keväällä 2009. Toukokuun lopussa 2009 Jämsässä oli kerätty suurin osa vuoden 2008 tilinpäätöstiedoista taulukoihin. Työtä jatketaan vuosien 2008–2009 tietojen osalta. Kesäkuussa 2009 Kuntamaisema opetti kunnan luottamusmiehille taulukkojen hyödyntämistä.

Laatutasojen määrittämistä ei ole vielä aloitettu. Tämän on katsottu olevan tilaajalautakunnan vastuulla. Laatutasokuvauksien soveltaminen on suunniteltu aloitettavaksi Jämsässä vuoden 2010 talousarvion yhteydessä.

Jämsässä on ollut vahva pyrkimys oman toiminnan analysointiin. Myös Bearing Pointin tekemiä selvityksiä pidettiin hyödyllisinä. Ongelmana kaupungissa on ollut se, että selvitykset ovat harvoin johtaneet niiden viitoittamaan päätöksentekoon.

Jokilaakson sairaalan toiminta on päätetty ulkoistaa. Perustetun osakeyhtiön osakkaina ovat Jämsän kaupunki, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Pihlajalinna Oy sekä Terveysrahasto Oy. Yksityisillä osakkailta on osake-enemmistö. Yhtiön toiminta ei ole kuitenkaan käynnistynyt, koska tilaaja valmistelee tarjouspyyntöä. Sen odotetaan valmistuvan vuoden 2009 aikana.

Jämsässä maisemamalli on päätetty ottaa ensin käyttöön sosiaali- ja terveydenhuollossa. Muiden hallintokuntien siirtymisestä mallin hyödyntäjiksi ei ole vielä tarkemmin suunniteltu. Tästä aiheutui haastattelujemme mukaan sellainen ongelma, että sosiaali- ja terveydenhuolto jäi yksin niiden ongelmien kanssa, jotka liittyivät siirtymiseen tilaaja-tuottajamalliin ja maisemataulukoiden hyödyntämiseen. Tätä kuvaa seuraava lainaus: ”Kaupungin keskijohdossa uskotaan, että tilaaja-tuottajamalli on sosiaali- ja terveystoimen oma juttu, joka menee ohi... // Korostan, että koulutus on erittäin tärkeää kaupungin johtoryhmälle! Kaikki johtoryhmäläiset pitää kouluttaa siihen, mikä on terveydenhuollon tilaaja-tuottajamalli. Se on siksi tärkeää päätöksenteossa, että emme olisi yksin.” Ongelman korjaamiseksi ja yhteistyön edellytysten luomiseksi pidettiin erittäin tärkeänä, että kaupungin ylin johto ja eri hallinnonalojen johto saavat koulutusta tilaaja-tuottajamallin hyödyntämiseen.

B3: Maisemamallin hyödyntäminen Raaseporissa

Raaseporin kaupunki

Raaseporin kaupunki syntyi Länsi-Uudellemaalle 2009, kun Tammisaari, Karjaa ja Pohjan kunta yhdistyivät. Uudessa kunnassa on 28 800 asukasta ja henkilökuntaa noin 1 800. Raaseporin asukkaista 67 prosenttia on ruotsinkielisiä. Raaseporin elinkeinoelämä muodostuu vahvasti pk-teollisuudesta, joskin viime vuosina matkailusta on tullut yhä tärkeämpi elinkeino. Julkisen palvelun osuus työpaikoista on suuri. Suurimmat julkiset työnantajat itse kaupungin lisäksi ovat Tammiharjun sairaala ja Länsi-Uudenmaan aluesairaala (n. 650 työntekijää) sekä Uudenmaan prikaati.

Kaupungin perusturvan palveluista 20 prosenttia ostetaan ulkoa. Näistä noin puolet on HUSin erikoissairaanhoidon palveluja. Vuoden 2009 säästötavoite on miljoona euroa. Nämä säästöt on tehtävä omasta palvelutuotannosta, koska Karjaa on tehnyt viiden vuoden sopimukset yksityisten palveluntuottajien kanssa.

Yksityisten palvelujen suuren osuuden taustalla on se, että Karjaan kunta ulkoisti sosiaali- ja terveydenhuollon vuonna 1998. Tällöin Folkhälsan otti vasta-

takseen kaupungin terveydenhuollosta ja vanhustenhuollosta. Kaupungin järjestämien sosiaali- ja terveystalvelujen kustannukset alkoivat tämän jälkeen kuitenkin voimakkaasti kasvaa, ja tilanteeseen haluttiin saada muutos. Tammikuussa 2007 Karjaa järjesti tarjouskilpailun terveystalveluistaan. Jotta mukaan saataisiin enemmän tarjoajia, talvelut kilpailutettiin kolmessa osassa. Terveyden- ja sairaanhoitotalvelujen tuottajaksi Karjaa valitsi Mehiläisen. Vanhusten asumistalvelut tuottaa MedOne. Kotitalvelu, kotisairaanhoido, päiväkeskustoiminta ja kotihoiton tukitalvelut ostetaan Carema Hoivatalveluilta. Folkhälsan vastaa vanhusten vuodeosasto- ja laitospaikoista, ja erikoissairaanhoidon tuottaa HUS. Sopimukset ulkoisten tuottajien kanssa on tehty viideksi vuodeksi.

Raaseporissa tilaajan roolissa toimivat perusturvalautakunta ja perusturvajohtaja. Perusturvalautakunta voi tilata talvelut joko kaupungin omasta tuotannosta tai ulkopuolelta. Perusturvajohtajalla on perusturvan budjettivastuu, ja hän vastaa muiden kuntien kanssa tehdyistä sopimuksista. Tuotantoa ohjaa perusturvatuotannon johtokunta, ja virkamiestuottajana toimii tuotantopäällikkö.

Maisemamallin hyödyntämisen vaiheet Raaseporissa

Raaseporissa toteutettiin maisemamallin mukainen kuntien sosiaali- ja terveystalvelujen vertaisarviointi syksyllä 2008. Sen mukaan merkittävimmät ongelmat liittyvät erikoissairaanhoidon suuriin kustannuksiin ja siihen, että hoitoketju on laitospainotteinen. Raaseporissa päätettiin ottaa maisemamalli välittömästi johtamisen työkaluksi. Maisemamallia ja benchmarkingia koskeva tiedotustilaisuus pidettiin Raaseporin uudelle kaupunginvaltuustolle 5.1.2008.

Raaseporin ja Hangon kaupunkien johtoryhmät ovat sopineet sosiaali- ja terveydenhuoltoalueen perustamisesta vuonna 2013. Yhteistyö toimisi Raaseporissa kehitetyn Rast-mallin mukaan. Kaupungeilla olisi yhteinen perusturvalautakunta, ja Raasepori toimisi isäntäkuntana, jolloin kaikki työntekijät olisivat Raaseporin kaupungin talveluksessa. Yhteinen perusturvalautakunta päättää, miten talvelut koko alueella järjestetään. Se päättää myös maksupolitiikasta ja talvelujen sijainnista. Seuraavan neljän vuoden ajan kaupunkien sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia seurataan maisematyökalujen avulla.

Tilanne keväällä 2009

Haastatellut henkilöt pitivät maiseman vertaisarviointia hyödyllisenä ja Raaseporin osalta oikeansuuntaisia tuloksia tuottaneena. Ne asiat, jotka vertaisarviointi

oli osoittanut kustannuksiltaan kalliiksi, olivat jo kehittämistyön kohteina. Esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajapintaa mielenterveys- ja päihdeprosesseissa oltiin kehittämässä.

Toukokuussa 2009 Raaseporin kaupungin sosiaali- ja terveydenhuolto oli tilaaja-tuottajamallin siirtymisessä ja maisemamallin työkalujen käyttöönotossa alkuvaiheessa. Toimijoiden asettuminen tilaajan ja tuottajan rooleihin näytti vievän aikaa, samoin poliittisten päättäjien ja virkamiesten yhteistyön oppiminen. Lisäksi roolien epäselvyys rasitti henkilöstöä.

Samanaikainen kolmen kunnan yhteenliittyminen asetti haasteita uuden toimintatavan oppimiselle. Toisaalta se saattoi myös luoda edellytyksiä muutokselle. Eräs haastateltu totesi, että ”maisemamalli on jäänyt vähän jalkoihin”. Hän tarkensi epäkohtien liittyvän siihen, etteivät tilaaja- ja tuottajapuolen henkilöt ole vielä yhdessä analysoineet maisemavertailun tuottamia tuloksia eikä talousseuranta toimi vielä mallin mukaisesti. Valtuusto ei ollut vielä kevään aikana oppinut tuntemaan maisemamallia. Kuntamaisema Oy toimi valtuuston perehdyttäjänä.

Sosiaali- ja terveystoimessa keväällä 2009 toteutunut potilastietojärjestelmän ja organisaatorakenteen uudistaminen tuotti omat haasteensa. Lisäksi kävi ilmi, että ulkopuolisten palveluntuottajien kanssa oli tehty sopimuksia ennen maisemamalliin siirtymistä. Ulkopuoliset palveluntuottajat kyllä antavat maisemamallin edellyttämät tiedot, mutta kaupungin työntekijöiden on syötettävä ne malliin.

Laatutason arviointikriteerien kehittämistä sekä kustannusten ja laadun yhteyden näkemistä pidettiin tärkeinä tulevaisuuden tavoitteina. Maisemamallista toivottiin Raaseporissa välinettä ulkopuolisen ja oman palvelutuotannon vertailuun.

B4: Maisemamallin hyödyntäminen Mikkelissä

Mikkelin kaupunki

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, ja vuonna 2007 Mikkelin liitettiin myös Haukivuori. Mikkelin sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset olivat keskisuurten kaupunkien vertailussa 2,2 prosenttia keskitasoa suuremmat. Erityisen suurina Mikkelin kustannukset olivat psykiatrisessa hoidossa, vammaispalveluissa ja lastensuojelussa. Kustannukset olivat myös kasvaneet vertailukuntia enemmän vuosina 2005–2007 (Mikkelin seudun

Maisema-hankesuunnitelma 1.9.2007). Etelä-Savolle on ollut tyypillistä väestömäärän väheneminen. Alue on kuitenkin suosittu lomanviettopaikka, joten kesäkuukausina loma-asukkaat lisäävät alueen ostovoimaa lähes kolmanneksella (Etelä-Savon maakuntaliitto 2006).

Mikkelin seudulla muodostettiin vuonna 2006 seutukokeilulain perusteella alueen elinvoimaisuuden edistämiseksi seitsemän kunnan välinen itsenäinen julkishallinnollinen yhteisö, Mikkelin seutu. Sen tavoitteena on edistää alueen kehitystä niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin. Mikkelin seutuun kuuluvat Hirvensalmi, Kangasniemi, Mikkelä, Mäntyharju, Pertunmaa, Puumala ja Ristiina. Yhteistyössä on mukana myös Juva. Alueen asukasmäärä on noin 74 000. Paras-hankkeen linjausten mukaisesti Mikkelin seutuvaliokunta on asettanut tavoitteeksi yhteistoiminta-alueen luomisen sosiaali- ja terveystoimeen vuoden 2009 alusta.

Maisemamallin kehitys Mikkelissä

Kun Sitra ehdotti 2007 Mikkelin seudulle yhteistyötä maisemahankkeen ensimmäisessä, kuntien palvelutuotannon kustannustehokkuuden vertailuvaiheessa, sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat pitivät hanketta hyvänä keinona kerätä tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista Mikkelin ja ympäröivien kuntien yhteistoiminta-alueen muodostamista varten. Vertaisarvioon lähtivät mukaan Mikkelä, Pieksämäki, Ristiina, Hirvensalmi, Mäntyharju, Pertunmaa, Suomeniemi, Kangasniemi ja Puumala. Muutaman kuukauden viiveellä mukaan liittyivät samalta seudulta Juva ja Joroinen. Hankkeella pyrittiin toiminnan läpinäkyvyyden lisäämiseen ja tuottavuuden parantamiseen kaikissa mukana olevissa kunnissa. Lisätavoitteeksi asetettiin erikoissairaanhoidon tilauksen kehittäminen Maisema-mallin mukaiseen yksinkertaiseen suuntaan (Mikkelin seudun Maisemahankesuunnitelma 1.9.2007).

Vertaisarvioinnin tuloksista tiedotettiin kuntien sosiaali- ja terveystoimen välille ja luottamushenkilöille helmikuussa 2008. Vertailun tulokset osoittivat että suurimmat erot kunnilla olivat hoito- ja hoivapalveluissa ja erikoissairaanhoidon kustannuksissa. 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 miljoonaa euroa, mikäli seutu siis järjestäisi palvelut samalla kustannustasolla kuin Raisio. Vertailu nosti esiin myös yhden

ns. mallioppilaskunnan, Pertunmaan, jonka sosiaali- ja terveyspalvelut oli organisoitu yhtä kustannustehokkaasti kuin Raisiossa (ks. Kivisaari et al. 2008).

Maisemahankkeen vertailuvaiheen jälkeen keväällä 2008 Sitra tarjosi Mikkelille mahdollisuutta lähteä seuraavaan ns. muutosjohtamisen vaiheeseen, jossa maisemajohtamisvälineen käyttöönottoa ja palvelutuotannon uudistamista olisi lähdetty edistämään. Mikkelin seudulla ei kuitenkaan syntynyt tarvittavaa tahtoa yhteistoiminta-alueen muodostamiseen. Mikkelin kaupungin talousjohto näki, että pystyi jatkamaan omin voimin budjetointivälineen kehittelyä. Kuntamaisema Oy:n perustaminen osui samaan kevääseen ja Mikkelin toimijat yllättyivät tästä käänteestä, joka vaikutti mallin avoimen hyödyntämisen mahdollisuuteen. Mikkelin kaupunki ei näin ollen lähtenyt jatkamaan maisemamallin kehittelyä Sitran ja Kuntamaiseman kanssa, vaan päätyi rakentamaan oman tuoteluokitusmallin palvelutuotantonsa kokonaisuuden hallintaan.

Tilanne keväällä 2009

Kevään 2009 haastatteluissa ilmeni, että Mikkelin sosiaali- ja terveysjohtaja on sittemmin rakentanut seutuyhteistyötä ympäröivien kuntien kanssa pienin askelein. Mikkelin myy vastuukuntamallilla neljälle kunnalle palveluitaan. Palvelut järjestetään yhdessä, mutta itse tuotanto tapahtuu kunnissa. Tästä on syntynyt eräänlainen tilaaja-tuottaja-asetelma. Mikkelin sosiaali- ja terveysjohtaja näki Maisema-hankkeen vaikuttaneen myönteisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen kehittämiseen sekä motivaatioon seurata läpinäkyvästi palvelutuotannon kustannustehokkuutta, vaikka ei itse maisemamallin toteuttajaksi lähtenytäkään. Kaupungin talousjohtaja on tehnyt ensimmäiset versiot ns. TUTA-taulukkoja tiettyjen palvelujen kustannustehokkuuden seuraamiseen ja esitellyt niitä valtuustolle. Palvelutuotannon perusseurantavälineiden kehittämistä on jo saatu luottamusmiehiltä hyvää palautetta.

Keväällä 2009 Mikkelissä on käynnistetty asiakas- ja käyttäjälähtöinen kaupungin palveluiden kehittämiskokeilu Kuntaliiton pilottina. Kokeilussa asukkaat voivat ehdottaa palveluparannuksia, tarpeitaan ja toiveitaan internetin kautta kaupungin johdolle ja päätöksentekijöille. Ehdotukset hyödynnetään rakennettaessa uutta kaupunkistrategiaa. Kokeilun on katsottu luovan hyvää myönteistä imagoa Mikkelin kaupungille. Mikkelin seudulla on meneillään useita sosiaali- ja terveydenhuollon sektoriin kohdistuvia kehittämishankkeita muun muassa kaupungin palvelurakenteen muutosohjelma on käynnistetty. Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama MIEPÄ-hanke on tuottanut seudullisen mielenterveyspalvelu-

Liite B: Maisemamallin hyödyntäminen tarkastelluissa kunnissa

keskuksen perustamisen idean. Kaupungin johdossa ja sosiaali- ja terveyssektorilla on tapahtunut paljon johtajavaihdoksia ja ilmapiiri muutosten toteuttamiselle on tässä mielessä suotuisa.

Lähteet

Etelä-Savon maakuntaliitto 2006. Palveleva Etelä-Savo 2013. Etelä-Savon menestyksen avaimet. Etelä-Savon maakuntaliiton julkaisu 69: 2006. Etelä-Savon maakuntaliitto, Mikkeli.

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

LIITE C: Silmäcase-tilaus

Taulukko C1. Silmätaimituksen kehittämissankkeen tapahtumat jäsennettynä Kingdonin mallia hyödyntäen.

HANKKEEN TAUSTA			HANKKEEN 1. VAIHE	HANKKEEN 2. VAIHE	HANKKEEN 3. VAIHE
1995	2003	2005	2007 kesä–joulukuu	2008	2009 tammi–syyskuu
Idea kaihi-sairaa-lastasta	Idea liikelaitosmallista	Silmät osaksi SKS-vastuu-alueetta	1. projektiryhmä suunnitteli uuden toimintamallin.	Kehittämissankkeen johtoryhmä määritteli hankkeelle uudet linjaukset.	2. projektiryhmä suunnitteli uuden toimintamallin ja aloitti sen läpiviemisen.
RATKAISTAVA ONGELMA			PSHP:n oman tutkimus- ja leikkaustoiminnan tehottomuus ja osaaajapula.	Silmätaimituksen kentän pirstaleisuus koko ERV-alueella, julkisen sektorin silmätaimituspiiriä.	PSHP:n oman toiminnan tehottomuus ja osaaajatyövoiman hyödyntäminen, erikois-taimituksen ja perusterveydenhuollon yhteistyö piiriin alueella.
RATKAISUVAIHTOEHDOT			Yliopistosairaalan keinojen vaatimman toiminnan optimointi ja tutkimustoiminnan turvaaminen.	Keskustelu kaikenkattavasta mallista, johon kuuluivat yksityinen ja julkinen, perus- ja erikoistaso sekä kaikki viisi sairaanhoitopiiriä.	PSHP:n alueen perus- ja erikoistasoisen julkisen toiminnan uudelleenorganisointi sekä yliopistosairaalan oman toiminnan ”McDonaldisaatio”.
POLIITTINEN ILMAPIIRI			Ratkaisumalli ei edellyttänyt institutionaalisia muutoksia, joten suhtautuminen Pirkanmaalla oli neutraalia. Malli ei huomionnut muita sairaanhoitopiirejä eikä saavuttanut aluepoliittista tukea.	Radikaali julkisen ja yksityisen sektorin välisen rajan ylittäminen ei ollut yleisen poliittisen ilmapiiriin hyväksytty eikä saavuttanut myöskään lääkäriprofession hyväksyntää.	Paras-hanke ja uusi terveydenhuoltolaki tukevat perus- ja erikoistasoisen hoidon integroimista. Alueen kuntapäätäjät saatiin mukaan.

LIITE C: Silmäcase-tilaus

<p>JOHTAMISPROSESSI</p>	<p><i>Ohjausryhmän rooli</i></p> <p>Kehittämishanketta kohdanneiden ongelmien pääsyiksi voidaan nähdä ohjausryhmän myöhäinen kokoaminen ja sen täydellinen kykenemättömyys ohjata hankekokonaisuutta haluttuun suuntaan (ks. Kokkinen ym. 2009a). Lisäksi PSHP:n ylimmillä viranhaltijoilla vaikutti olevan eriäviä tulkintoja sekä määriteltävän ongelman että tarvittavan ratkaisun laajuudesta, ja avoin tilanne asetti projektiryhmän huomattavan ristiriitaiseen tilanteeseen.</p> <p><i>Projektiryhmän johtaminen</i></p> <p>Kehittämishanketta toteuttanutta projektiryhmää vietiin määrätietoisesti eteenpäin, kunnes koko ERV-laajuisen hankkeen johtaminen törmäsi ristiriitaisuuksiin sekä ratkaistavan ongelman että ratkaisuvaihtoehtojen määrittelemisessä, eikä johtamisongelmaa kyetty ratkaisemaan olemassa olevassa projektiryhmässä.</p> <p><i>Muilla toimijoilla ei mainittavaa roolia.</i></p>	<p><i>Ohjausryhmän rooli</i></p> <p>Kehittämishankkeella säännöllisesti kokoontuva, PSHP:n ylimmistä viranhaltijoista ja keski johdosta sekä kuntapäätäjistä koostuva ohjausryhmä. Ohjausryhmä paitsi peilasi projektiryhmän toimintaa suhteessa laajempiin kokonaisuuksiin, myös päätti hankkeen taloutta koskevista suurista linjoista sekä hoiti poliittisiin päätöksiin liittyvän valmistelutyön.</p> <p><i>Projektiryhmän johtaminen</i></p> <p>Projektiryhmän uusi, ERV-alueen ulkopuolelta palkattu johtaja toimi ohjausryhmän esittelijänä. Projektiryhmässä johtaja kantoi vastuun hankkeen etenemisen kokonaisuudesta, ja myös muiden ryhmän jäsenten vastuut ja valtuudet oli kirjallisesti määritelty.</p> <p><i>Muina toimijoina rakennussuunnitteluyritys.</i></p>
-------------------------	---	--

Liite D: INNOTE-hankkeen raportteja

- Heiskanen, E., Kivisaari, S., Lovio, R. & Mickwitz, P. 2009. Designed to Travel? Transition Management Encounters Environmental and Innovation Policy Histories in Finland. *Policy Sciences: Special issue "Designing long-term policy"* 42:3.
- Kivisaari, S. & Saari, E. 2009. The role and significance of hybrid actors in system innovation. Changing primary health care management. Paper presented in the 1st European Conference on Sustainability Transitions: "Dynamics & Governance of Transitions to Sustainability. Amsterdam 4–5 June 2009.
- Kivisaari, S., Saari, E., Lehto, J., Kokkinen, L. & Saranummi, N. 2009. System Innovation in the Making: Hybrid Actors and the Challenge of Up-Scaling. *Proceedings of 2nd Annual Conference of the Health and Care Infrastructure Research and Innovation Centre "Improving Healthcare Infrastructures through Innovation"*, 2–3 April 2009, Brighton.
- Kivisaari, S., Saari, E. & Lehto, J. 2008. Systemisen innovaation polku sosiaali- ja terveydenhuollossa. Rationaalisen tilaaja-tuottajamallin levittämisen ensi askeleet. VTT Tiedotteita 2440. Espoo. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2008/T2440.pdf>.
- Kokkinen, L., Lehto, J., Kivisaari, S. & Saari, E. 2009a. Uutta alueellista silmäsairaanhoidon mallia rakentamassa. Havaintoja TAYSin erityisvastuualueen hankkeen alkuvaiheesta kehittämisverkoston johtamisen näkökulmasta. VTT Tiedotteita 2461. Espoo. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2009/T2461.pdf>.
- Kokkinen, L., Saari, E., Kivisaari, E. & Lehto, J. 2009b. Top-Down ja Bottom-Up: Huomioita systeemisten innovaatioiden johtamisesta (julkisessa) terveydenhuollossa. Artikkelikäsikirjoitus.
- Kokkinen, L. & Lehto, J. 2009a. Structures and "Constructures": The Barriers in the Reforming of Ophthalmology Services in Finland. Artikkelikäsikirjoitus.

Liite D: INNOTE-hankkeen raportteja

- Kokkinen, L. & Lehto, J. 2009b. Changing Health Care From Inside Out: Policy Entrepreneur Questioning Ophthalmology Service Production in Finland. Artikkelikäsitelmäkirjoitus.
- Kokkinen, L. & Lehto, J. 2008. "Developing System Innovation in Regional Ophthalmology Services: New Technologies, New Relationship between Private and Public Sector, New Model for Organizing Hospital Services" Paper presented in conference "Acting with science, technology and medicine" organized by 4S and EASST. Rotterdam, The Netherlands, 20th–23rd August, 2008.
- Saari, E. & Kivisaari, S. 2009b. Can system innovations be facilitated by societal embedding? Teoksessa: Norros, L., Koskinen, H., Salo, L. & Savioja, P. ECCE 2009 – European Conference on Cognitive Ergonomics. Designing beyond the Product – Understanding Activity and User Experience in Ubiquitous Environments. VTT Symposium 258. S. 293–296. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/symposiums/2009/S258.pdf>.
- Saari, E. & Kivisaari, S. 2009a. Juurruttaminen systeemisten innovaatioiden edistäjänä ja toimijoiden oppimisprosessina. Julkaisematon konferenssipaperi Suomen tieteen ja teknologian tutkimusseuran tutkimuspäiville 5.3.2009.
- Saari, E. & Kivisaari, S. 2008. "The Challenge of System Innovation in Finnish Health Care: From a Local Benchmarking Tool to a National Tool for Governance of Municipal Health Care Services?" Paper presented in conference "Acting with science, technology and medicine" organized by 4S and EASST. Rotterdam, The Netherlands, 20th–23rd August, 2008.
- Tynkkynen, L.-K. & Lehto, J. 2009. An analysis of the Finnish Ophthalmology Services. Has the Time Come for a Public Private Partnership? Health Research Policy and Systems. Submitted.
- Tynkkynen, L.-K. 2009. Mahdollisuuksien ikkunaa etsimässä. Yksityisen ja julkisen sektorin kumppanuuden esteet ja edellytykset suomalaisessa silmäsairaanhoidossa. Tampereen yliopiston Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.



Tekijä(t) Sirkku Kivisaari, Lauri Kokkinen, Juhani Lehto & Eveliina Saari		
Nimeke Sosiaali- ja terveydenhuollon systeemisen innovaation johtaminen – Kahden tapaustutkimuksen opetuksia		
Tiivistelmä Terveydenhuollon toimintamallien uudistamisen tarve on tämän päivän polttava haaste. Keskeisimmät muutosvoimat liittyvät väestön ikääntymiseen, teknologioiden uudistumiseen, hyvinvointipalveluihin kohdistuvien odotusten muuttumiseen sekä poliittiseen pyrki- mykseen hillitä kustannusten bkt-osuuden nousua. Julkaisu valottaa systeemisen innovaa- tion edistämisen haasteita johtamisen näkökulmasta. Julkaisu perustuu tapaustutkimuksiin, joissa on kahden ja puolen vuoden ajan seurattu systeemisten innovaatioiden kehittämisen ja levittämisen alkutaivalta. Olemme tarkastel- leet kahden innovaation polkua monitasoisen muutoksen mallin kautta. Tarkasteltujen in- novaatioiden kehittämisdynamiikat edustavat keskenään erilaisia innovaatiomalleja. Tutkimus nostaa esille paitsi paikallisten muutosagenttien keskeisen roolin, myös hyb- riditoimijoiden ja politiikkatoimijoiden merkityksen innovaatioiden levittämisessä. Tutkimus valottaa systeemisen innovaation kehittämisen, käyttöönoton ja levittämisen yhteen- kietoutuneisuutta. Innovaation käyttöönoton ja levittämisen edellytyksiä luodaan jo kehit- tämisen alkutaipaleella.		
ISBN 978-951-38-7326-4 (nid.) 978-951-38-7327-1 (URL: http://www.vtt.fi/publications/index.jsp)		
Avainnimeke ja ISSN VTT Tiedotteita – Research Notes 1235-0605 (nid.) 1455-0865 (URL: http://www.vtt.fi/publications/index.jsp)		Projektinumero 17027
Julkaisuaika Lokakuu 2009	Kieli Suomi, engl. tiiv.	Sivuja 69 s. + liitt. 16 s.
Projektin nimi Innovaatiojohtaminen terveydenhuollossa (INNOTE)		Toimeksiantaja(t) Tekes, Sitra, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja sen erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit
Avainsanat system innovation, welfare and health services, renewal of service system, management of innovation, intermediary actors		Julkaisija VTT PL 1000, 02044 VTT Puh. 020 722 4404 Faksi 020 722 4374



Series title, number and
report code of publication

VTT Research Notes 2504
VTT-TIED-2504

Author(s) Sirkku Kivisaari, Lauri Kokkinen, Juhani Lehto & Eveliina Saari		
Title Management of system innovation in welfare and health sector – Lessons learned from two case studies		
Abstract The need of systemic change in health care has been well recognized in most Western Countries. The key drivers of change relate to population ageing, technological development, changing expectations towards services and the political strive to put a damper on the growth of the GDP share of health expenditure. The publication sheds light on challenges in management of systemic innovation. The publication is based on two case studies on development and spreading of system innovations. The multi level perspective of change has been used for the analysis. The development dynamics in the two cases reflect different innovation models. The study reveals not only the key role played by local change agents but also significance of various hybrid actors and policy actors for innovation spreading. The study sheds light to the interconnectedness of development, utilization and spreading processes in system innovation. The conditions for utilization and spreading are laid already in the early stages of development.		
ISBN 978-951-38-7326-4 (soft back ed.) 978-951-38-7327-1 (URL: http://www.vtt.fi/publications/index.jsp)		
Series title and ISSN VTT Publications 1235-0605 (soft back ed.) 1455-0865 (URL: http://www.vtt.fi/publications/index.jsp)		Project number 17027
Date October 2009	Language Finnish, Engl. abstr.	Pages 69 p. + app. 16 p.
Name of project Management of Innovation in Healthcare		Commissioned by Tekes (The Finnish Funding for Technology and Innovation), Sitra (The Finnish Innovation Fund), VTT Technical Research Centre of Finland, Pirkanmaa Hospital District, Vaasa Hospital District, Kanta-Häme Hospital District, Southern Ostrobothnia Hospital District, Päijät-Häme Welfare and Health Federation
Keywords system innovation, welfare and health services, renewal of service system, management of innovation, intermediary actors		Publisher VTT Technical Research Centre of Finland P. O. Box 1000, FI-02044 VTT, Finland Phone internat. +358 20 722 4404 Fax +358 20 722 4374

Terveydenhuollon toimintamallien uudistamisen tarve on tämän päivän polttava haaste. Muutosvoimat liittyvät väestön ikääntymiseen, teknologioiden uudistumiseen, hyvinvointipalveluiden laatuvaatimuksiin sekä pyrkimykseen hillitä kustannusten kasvua. Julkaisu pureutuu kysymyksiin siitä, miten uudistuksia johdetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa ja miten paikalliset onnistuneet toimintamallit saadaan levitettyä laajempaan käyttöön.

Julkaisu perustuu tapaustutkimuksiin, joissa on kahden ja puolen vuoden ajan seurattu systeemisten innovaatioiden kehittämisen ja levittämisen alkutaivalta. Tutkimuksessa analysoidaan kahden innovaation polkua hyödyntäen monitasoisen muutoksen mallia ja eri toimijoiden näkökulmia. Innovaatioiden kehittämisdynamiikat edustavat keskenään erilaisia innovaatiomalleja.

Tutkimus korostaa paikallisten muutosagenttien sekä verkostossa liikkuvien hybriditoimijoiden ja politiikkatoimijoiden merkitystä ja yhteistyötä innovaatioiden levittämisessä. Yrittäjähenkisen johtajan merkitys havaittiin molemmissa tapauksissa suureksi innovaatioprosessin alussa. Kohtuullisen avoin verkosto, jossa innovaatiota samanaikaisesti kehitetään ja levitetään, voi nopeuttaa ratkaisun leviämistä paikalliselta tasolta laajempaan käyttöön.