



VIISTO, VÄISTÖ JA VUOROVAIKUTUS

*– Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon
kanssakäymisen muotoiluja*



Viisto, väistö ja vuorovaikutus

*- Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon
kanssakäymisen muotoiluja*

NodeHealth-hankkeen synteesiraportti

Jan-Erik Johanson, Päivi Husman, Petri Uusikylä

Case-kuvaukset: Lea Henriksson, Harri Jalonen, Inka Koskela, Jaana Laitinen, Sara Lindström,
Päivi Metsäniemi, Ninna Mäkirinne-Kallio, Patrik Nordin, Mikko Nykänen, Merja Turpeinen
ja Tiina Vihtonen



Tekes

© 2015 kirjoittajat

ISBN 978-952-03-0002-9 (nid.)

ISBN 978-952-03-0003-6 (PDF)

Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere, 2015



Tiivistelmä

NodeHealth on vuosien 2014-2015 aikana toteutettu tutkimushanke, jonka tarkoituksena on ollut arvioida ja kehittää terveyspalveluihin liittyviä uudistuksia innovaation haltuunoton mallin avulla keskittyen julkisyksityisiin toimintatapoihin. Tarkastelun kohteena on ollut innovaatioiden käyttöönotto ja leviäminen sekä niiden tuloksellisuus. Tutkimuksen avulla on pyritty myös selvittämään ja arvioimaan verkostoituneita toimintatapoja, joissa yritykset kohtaavat julkisen sektorin käytäntöjä terveyspalveluissa innovaatioiden käyttöönoton ja leviämisen sekä niiden tuloksellisuuden kannalta. Hankkeessa on tarkasteltu, mitä vaikutuksia erilaisilla terveyspalveluinnovaatioilla on julkisyksityisissä verkostoissa ja löytyykö julkisen sekä yksityisen palvelutuotannon välillä positiivista synergiaa. Hankkeen toteuttajina ovat olleet Tampereen yliopisto ja Työterveyslaitos sekä suuri joukko alan johtavia asiantuntijoita niin Suomesta kuin ulkomailtakin. Hanketta on rahoittanut Tekes.

Julkisen ja yksityisen rajankäynti on juuri nyt ajankohtainen aihe, kun potilasdirektiivin toimeenpano astui vuoden 2014 alusta voimaan samalla kun sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenteita ollaan muuttamassa. Terveystuotannon rahoitus, järjestäminen, tuottaminen ja sääntely ovat keskeisiä muutoksen kohteita. Näyttää varsin selvältä, että myös tulevaisuudessa julkinen sektori toimii suurelta osin terveyspalveluiden rahoittajana riippumatta siitä miten rahoitusvirrat käytännössä tullaan järjestämään. Julkisen ja yksityisen terveyshuollon kohtaamisen, kanssakäymisen ja toisiaan viistävyden erilaisia muotoja voivat olla täydentävyys, kumppanuus, yhteistyö jollakin spesifillä rajatulla alueella, sovitut jaetut roolit esim. jonkun sairauden hoitoprosessin eri vaiheissa, kilpailu, haastaminen, kirittäminen, benchmarking, kannustaminen ja läsnäolo näennäisesti samalla kentällä vailla kontaktia toiseen. Nämä ovat erilaisissa muodoissa läsnä jo nykyisin terveyspalveluissa. Esimerkiksi yksityiset palvelut vaikuttavat julkisten palveluiden kysyntään ja käyttöön, yksityiset työterveyspalvelut kattavat noin 2/3 työssäkäyvien terveyspalvelujen käytöstä, samoja sairaalatiiloja käytetään julkisten ja yksityisten terveyspalvelujen tarjonnassa. Teollisuuden tuotantoprosessia mallinnetaan terveydenhuoltoon, josta esimerkkinä ovat erilaiset Lean Management sovellukset. Tällaisen toiminnan ymmärtäminen edellyttää ajatusta siitä mitä opittavaa yksityisellä ja julkisella on toistensa käytännöistä.

Hankkeen osana tehdyt tapaustutkimukset osoittivat, että tiedolla johtamisen käytännöt vaihtelevat hyvinkin suuresti eri terveysasemien ja kuntien välillä. Vaikka johdolla tai päätöksentekijöillä olisi riittävä määrä evidenssiä päätöksenteon perustaksi (vrt. sähköinen hyvinvointikertomus SHVK, Etydi) sen hyödyntäminen jää nykyisellään liian vähäiseksi. Terveyshyöty-, vaikuttavuus- ja yksikkökustannustietojen tulee olla avainasemassa, kun jatkossa ennakkoluulottomasti arvioidaan terveyspalveluiden tuottamista julkisen, yksityisen tai näiden muodostamien hybridirakenteiden kautta. Tutkimus osoitti, miten haavoittuvia terveydenhuollon innovaatiot ovat niiden jatkon suhteen. Suomessa on meneillään ennen näkemätön kokeilu- ja kehittämishybris, mikä sinänsä on positiivinen asia. Ongelma on kuitenkin se, että innovatiivisia kokeiluja ei kyetä mallintamaan, tuotteistamaan sekä jatkamaan tai kaupallistamaan. Tyypillisesti innovaatio on joko yksittäisen tulisielun tai pienen kehittäjäjoukon tuloksena syntynyt kokeilu, joka valitettavan usein hiipuu projektin päätyttyä. Etenkin ulkopuolisella rahoituksella toteutettavissa hankkeissa juurruttamisvaihe ja tulosten disseminaatio tulisi sisällyttää hankekokeiluun. Tapaustutkimukset ovat antaneet myös rohkaisevia tuloksia siitä, miten yhdenlainen innovaatio (esim. tuoteinnovaatio kuten Hämeenlinnassa terveydenhuollon sähköiset palvelut) on saanut aikaiseksi laajoja organisatorisia muutoksia, uudenlaisia palveluprosesseja (terveyshyöty- ja episodikanavat) sekä fundamentaalisen palveluparadigman muutoksen, joka lähtee asiakkaan tarpeesta ja elämäntilanteesta, jota julkinen palveluorganisaatio käsittelee joustavalla, organisaatio- ja ammattirajat ylittävällä työotteella.



Johdanto

NodeHealth on vuosien 2014-2015 aikana toteutettu tutkimushanke, jonka tarkoituksena on ollut arvioida ja kehittää terveyspalveluihin liittyviä uudistuksia innovaation halluunon mallin avulla keskittyen julkisyksityisiin toimintatapoihin. Tavoitteena on ollut tutkia terveyspalveluinnovaatioiden vaikutuksia julkisyksityisessä toiminnassa. Hankkeessa on tarkasteltu, mitä vaikutuksia erilaisilla terveyspalveluinnovaatioilla on julkisyksityisissä verkostoissa ja löytyykö julkisen sekä yksityisen palvelutuotannon välillä positiivista synergiaa. Hankkeessa selvitettiin, miten terveyspalveluinnovaatiot muotoutuvat julkisyksityisissä verkostoissa ja miten ne muovaavat julkisyksityistä yhteistoimintaa. Tämän tuloksena arvioitiin, miten terveyspalveluita voidaan järjestää niin, että liiketoiminnalliset edut synnyttävät julkista arvoa ja miten julkiset palveluntuottajat voivat tukea terveyttä edistävää liiketoimintaa.

Erityinen mielenkiinto raportissa kohdistuu julkisen ja yksityisen rajapintaan sekä julkisen ja yksityisen kohtaamiseen ja kanssakäymiseen innovaatioiden syntyprosessissa. Julkiset ja yksityiset palvelut ovat jo pitkään viistäneet toisiaan ja vuorovaikuttaneet keskenään. Nämä kohtaamiset eivät kuitenkaan aina ole olleet näkyväksi tehtyjä. Miten erilaiset julkisyksityisen toiminnan muodot ja kohtaamiset muuttavat terveysalaa? Mitä on julkisen ja yksityisen terveydenhuollon kanssakäyminen?

Hankkeen päärahoittaja on Teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus (TEKES). Hanke kuuluu Tekesin Innovaatiot sosiaali- ja terveyspalveluissa –tutkimusohjelmaan. Hankkeen päätoteuttajat ovat Tampereen yliopisto ja Työterveyslaitos. Projektin johtajana on toiminut professori Jan-Erik Johanson Tampereen yliopistosta ja Työterveyslaitoksen osuuden johtajana on toiminut teemajohtaja Päivi Husman.

Hanke jakautui kahteen tehtäväpakettiin, jotka olivat interventiotutkimuspaketti ja synteesipaketti. Interventiotutkimuspaketti koostuu kuudesta tapaustutkimuksesta: 1) Kanavamallin leviäminen ja muuntuminen, 2) Kokonaisverkoston toimivuuden ja tuloksellisuuden arviointi, 3) Diabeteksen käypähoitusosuuden mukaisten hoitokäytäntöjen toteutuminen, 4) Vaikuttavuustiedon kerääminen ja hyödyntäminen, 5) Työterveyspalveluiden asiakasmyyntikonseptin käyttöönotto ja vaikutusten arviointi ja 6) Sähköisen hyvinvointikerto-

muksen käyttäjäkokemusten arviointi liiketoiminnallistamisen lähtökohtana. Lisäksi raportissa sivutaan Pakka-hanketta, joka on ollut myös osa kohdan kaksi kokonaisverkoston toimintaa.

Tämä raportti on hankkeen ns. synteesiraportti. Sen tarkoituksena on kuvata tiiviisti hankkeen käsitteelliset ja teoreettiset lähtökohdat, nostaa esiin kokoavat havainnot empiirisistä tapaustutkimuksista sekä hahmottaa julkisyksityisen terveydenhuollon innovaatioita tukvien prosessien ja rakenteiden tulevaisuutta. Raportti koostuu hankkeen viitekehyksen kuvauksesta sekä kokonaissynteesistä. Tapaustutkimusten keskeiset tulokset on tiivistetty raportin liiteosaan. Laajemmat tapaustutkimukset on luettavissa hankkeen verkkosivuilla: <http://www.uta.fi/jkk/synergos/palvelututkimus/projektit/nodehealth.html>



2. Hankkeen käsitteellinen ja teoreettinen viitekehys

Juha Sipilän hallitus on hallitusohjelmassaan sekä siihen liittyvässä toimeenpano-osassa (kärkihankkeet) sitoutunut toteuttamaan sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistuksen, jonka linjauksista selvitysmies Pöystin johdolla toiminut ryhmä jätti raporttinsa 2.7.2015. Hallituksen terveydenhuollon kehittämistavoitteissa painopiste on ennaltaehkäisyssä, hoitoketjujen sujuvuudessa, henkilöstön hyvinvoinnissa sekä tietojärjestelmien toimivuudessa (VNK 2015a). Kärkihankelinjauksissa puolestaan halutaan uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaprosesseja nostamalla asiakas keskiöön sekä lisäämällä sähköisiä palveluita (omahoito, omakanta, palveluhakemisto) ja edistämällä joustavia maksukokeiluja, kuten palvelusetelien käyttöönottoa (VNK 2015b).

Terveydenhuolto on Suomessa huomattavien muutosten, uudelleen järjestämisen ja toisella tavalla ajattelemisen kohteena. Sote-ratkaisua on odotettu pitkään ja hartaasti. Hallitusohjelmassa on lyhyesti maininnan tasolla asetettu muutamia peruslinjauksia valmistelussa olevan sote-uudistuksen perustaksi. Nykymallissa Suomessa terveydenhuollossa kaikissa muissa paitsi terveystalujen tuotannossa toimija on julkinen. Valvontavastuu on valtiolla, tilaaminen, järjestäminen ja suurimmalta osin myös rahoitus tapahtuvat kunnallisten organisaatioiden välityksellä. Tuottajina voivat olla julkiset, yksityiset ja julkisyksityiset terveydenhuoltolain sisältämät edellytykset täyttävät terveystalujen tarjoajat. Kun terveydenhuollon kentällä lähestytään totutusta poikkeavaa olemassaolon muotoa, julkisyksityistä, omana entiteettinään tai suhteessa julkiseen ja yksityiseen, sitä on hedelmällistä tarkastella teoreettisella tasolla ainakin terveystalujen tuotannon, tilaamisen, järjestämisen, rahoituksen ja valvonnan näkökulmista.

Muutostarve on ilmeinen

Julkisen ja yksityisen rajankäynti on juuri nyt ajankohtainen aihe, kun potilasdirektiivi astui voimaan toimeenpanon osalta vuoden 2014 alusta ja sosiaali- ja terveystalujen rakentamista ollaan muuttamassa. Terveydenhuollon rahoitus, tilaaminen, tuottaminen ja sääntely ovat

keskeisiä muutoksen kohteita. Näyttää varsin selvältä, että myös tulevaisuudessa julkinen sektori toimii suurelta osin terveystalouden rahoittajana riippumatta siitä, miten rahoitusvirrat käytännössä tullaan järjestämään. Sen sijaan palveluiden tuotannossa ja sääntelyssä on tapahtumassa muutoksia, joiden vaikutuksista ei ole vielä tarkkaa kuvaa. Riippumatta siitä, mitä muotoja tuottaminen ja sääntely saavat, julkiselle sektorille jää merkittävä intressi vaikuttaa siihen, miten paljon voimavaroja terveydenhuoltoon käytetään.

Julkisyksityisen toiminnan muotoja on paljon

Nykyisin ja jo kauan aikaisemminkin julkiset ja yksityiset palvelut ovat kohdanneet toisensa, mutta näitä kohtaamisia ei ole tehty riittäväällä tavalla näkyväksi. Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon kohtaamisen ja toisiaan viistäväyden erilaisia muotoja voivat olla täydentävyys, kumppanuus, yhteistyö jollakin spesifillä rajatulla alueella, sovitut jaetut roolit esim. jonkun sairauden hoitoprosessin eri vaiheissa, kilpailu, haastaminen, kirittäminen, benchmarking, kannustaminen ja läsnäolo näennäisesti samalla kentällä vailla kontaktia toiseen. Nämä ovat erilaisissa muodoissa läsnä jo nykyisin terveystalouksissa. Yksityiset palvelut vaikuttavat julkisten palveluiden kysyntään ja käyttöön, yksityiset työterveyspalvelut kattavat noin kaksikolmasosa työssäkäyvien terveystalouksien käytöstä, samoja sairaalatiiloja käytetään julkisten ja yksityisten terveystalouksien tarjonnassa. Teollisuuden tuotantoprosessien mallintamista (kuten Lean Management -sovellukset) on sovellettu myös terveydenhuoltoon. Uudenlaisten toiminnanohjausjärjestelmien käyttöönotto edellyttää ennakkoluulotonta ajattelutapaa siitä mitä opittavaa yksityisellä ja julkisella on toistensa käytännöistä.

Julkisyksityinen osana sote-uudistusta

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja itsehallintoalueiden perustamisen sekä aluehallintouudistuksen valmistelua tukevassa selvityshenkilöhankkeessa (STM 2015) julkisyksityistä palvelurajapintaa on avattu siten, että uudessa mallissa itsehallintoalueet voivat oman palvelutuotantonsa lisäksi käyttää palveluiden tuottamiseen joko yksityisiä tai kolmannen sektorin palveluntuottajia (esim. hyödyntämällä palveluseteliä). Samoin raportissa todetaan, että vaikka kunnat eivät uudessa mallissa tuotakaan enää palveluita, voivat ne yhdessä yritysten ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa osallistua palveluiden tarjoamiseen itsehallintoalueille. Toteutuessaan tämä synnyttää uudenlaisia hybridirakenteita ja koalitioita terveystalouksien tuottamiseen.

Selvitysryhmä korostaa myös, että palvelutuotannon tehokkuuden ja laadun arvioimiseksi tulee laatia selkeät menetelmät ja mittarit. Raportin mukaan niiden tulee olla sellaisia, joiden avulla voidaan seurata ja verrata eri organisaatioiden ja toimintayksiköiden tuottamien palvelujen laatua, kustannuksia ja tehokkuutta sekä myös palvelujen ja palveluketjujen asiakaslähtöisyyttä ja vaikuttavuutta. Saatut julkiset tiedot julkaistaan siten, että ne ovat internetin kautta kaikkien käytettävissä. Selvityshenkilöiden mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksille tarvitaan riittävä näyttöperusta, joka tulisi rakentaa yhdistämällä asiakasvaikuttavuustietoa käytettävissä olevaan kustannustietoon. Vain tämän avulla on mahdollista hahmottaa palveluketjujen toimivuutta kokonaisuuden kannalta optimaalisella tavalla. (STM 2015.)

Selvityshenkilöiden mukaan palvelutuotannon seurannassa ja ohjauksessa käytettäviä tietokokonaisuuksia valmisteltaessa on hyvä ottaa huomioon varsinkin seuraavat näkökohdat:

- koko palvelu- ja hoitoprosessin/ketjun hallinta ja mittaaminen myös asiakkaan/potilaan näkökulmasta (terveyden tila tai/ja toimintakyky)
- kustannuksia seurataan myös asiakasryhmittäin yli organisaatorajojen; asiakkaan palveluketjut on tunnistettava ja niistä aiheutuvat kustannukset asiakkuuden elinkaaren eri vaiheissa (ennen asiakkuutta, asiakkuuden aikana ja asiakkuuden jälkeen)
- myös potilaan itsearvio hoitonsa vaikuttavuudesta olisi mukana toimintaa arvioitaessa
- vastaavasti asiakkaan arviointi on tärkeää myös sosiaalipalveluissa
- mittariston on tarpeen olla monipuolinen, läpinäkyvä ja vertailun mahdollistava.

Innovaatiot ja tiedolla johtaminen terveydenhuollon uudistamisen keskiössä

NodeHealth-hankkeen aikana toteutetut tapaustutkimukset¹ ovat selkeästi osoittaneet, että julkisen ja yksityisen kohtaamista tapahtuu terveystalouden arvoverkostoissa kaiken aikaa ilman, että terveystalouden asiakas edes tiedostaa sitä. Terveydenhuollon innovaatiot syntyvät usein näiden kohtaamisten kautta. Innovaatio sosiaali- ja terveysalalla on yksilön, ryhmän, yhteisön tai verkoston luovan toiminnan tuloksena syntynyt uusi idea, joka johtaa lisäarvoa tuottavaan tulokseen yksilön tai yhteisön hyvinvoinnissa, terveydessä tai palvelujärjestelmässä (vrt. Hämäläinen ym. 2005).

Innovaatiot liittyvät monessa tapauksessa tiedolla johtamiseen, koska ne ovat oppimisprosessin tuloksia ja ne syntyvät organisaatorutiinien uudelleenjärjestämisestä (Feldmann & Pentland 2003). Näissä prosesseissa organisaatioiden tiedon luonti tapahtuu rajoja siirtämällä sosiaalisten käytäntöjen ja verkostojen kautta. Innovaatioajattelu on vasta viime aikoina saavuttanut julkisen sektorin. Sen avulla pyritään parantamaan julkisia palveluita ja kehittämään julkisten organisaatioiden valmiuksia ratkaista sosiaalisia ja yhteiskunnallisia ongelmia.

Innovaation soveltamisen vaiheissa tarvitaan erilaisia rooleja. Ideoijan rooli liittyy alkuvaiheessa epämääräisyyden vähentämiseen. Tulisieluinen kehittäjä saa mallin toimimaan jossain organisaatiossa tai sen osassa. Uupumaton soveltaja levittää käytäntöä laajemmin organisaatiossa tai siirtää sen toisiin organisaatioihin.

¹ Hanke jakautui kahteen tehtäväpakettiin, jotka olivat interventiotutkimuspaketti ja synteesipaketti. Interventiotutkimuspaketti koostuu kuudesta tapaustutkimuksesta: 1) Kanavamallin leviäminen ja muuntuaminen, 2) Kokonaisverkoston toimivuuden ja tuloksellisuuden arviointi, 3) Diabeteksen käypähoitosuosituksen mukaisten hoitokäytäntöjen toteutuminen, 4) Vaikuttavuustiedon kerääminen ja hyödyntäminen, 5) Työterveyspalveluiden asiakasmyyntikonseptin käyttöönotto ja vaikutusten arviointi ja 6) Sähköisen hyvinvointikertomuksen käyttäjäkokemusten arviointi liiketoiminnallistamisen lähtökohtana.

Taulukossa 1 kuvataan julkisyksityisen rajapinnassa vallitsevia keskeisiä innovaatiotyyppejä. Tuote- ja palveluinnovaatiot viittaavat muutoksiin tuotteissa ja palveluissa, joita organisaatio tarjoaa. Prosessi-innovaatio puolestaan kuvaa muutosta palvelun luomisessa tai tarjonnassa. Asemointi-innovaatiolla tarkoitetaan sitä, että olemassa oleva tuote, palvelu tai prosessi tuodaan tai asemoidaan uuteen kontekstiin. Korkeimman asteen paradigmmainnovaatiot kuvaavat kokonaisvaltaista muutosta mentaalisisä malleissa, joihin organisaation koko toiminta ja perustehtävä nojaavat.

Tyypillisesti kirjallisuudessa innovaatiota tarkastellaan yhden innovaatiotyypin ilmentymänä, ottamatta huomioon innovaation aiheuttamaa muutosta toimintaympäristöön. Tuote-/palvelu-, prosessi- ja hallinnolliset innovaatiot ovat edellytyksiä paradigmanmuutokselle. Kaikki innovaatiot muuttavat muotoaan ajassa ja luovat koko ajan uutta.

Taulukko 1. Julkisen sektorin innovaatiotyyppien kategorisointi (Bessant & Tidd 2011)

	Määritelmä
<i>Tuote- ja palveluinnovaatiot</i>	Uusien, parempien ja käyttäjäystävällisempien tuotteiden ja palveluiden kehittäminen
<i>Prosessi-innovaatiot</i>	Sisäisten ja ulkoisten prosessien laadun, tehokkuuden ja vaikuttavuuden parantaminen
<i>Asemointi-innovaatiot</i>	Vanhan tuotteen, palvelun tai prosessin uudelleenasettuminen uudessa kontekstissa
<i>Paradigmmainnovaatiot</i>	Organisaatioiden keskeisten ajattelutapojen ja/tai toimintakulttuurin uudelleenmäärittely

Innovaatioita voidaan tarkastella vaihtoehtoisesti myös niiden synnyn ja hyödynnettävyyden näkökulmasta. Borins (2014) erottaa toisistaan tarveperustaiset ja tehokkuusperustaiset innovaatiot. Tarveperustaiset innovaatiot vastaavat yhteiskunnallisiin ongelmiin ja tehokkuusperustaiset innovaatiot pyrkivät muokkaamaan jo olemassa olevia prosesseja. Borinsin (2014) mukaan tarveperustaiset innovaatiot syntyvät harvoin kriisien seurauksena, vaan pikemminkin julkisen sektorin sisäisistä ongelmista johtuen (budjetin pienentäminen, tavoitteiden saavuttaminen jne.). Tämän seurauksena julkiseen sektoriin kohdistuu paineita tehdä muutoksia ja tulla dynaamisemmaksi sekä joustavammaksi, jolloin innovaatioprosessit kasautuvat vanhojen käytäntöjen päälle kehittäen niitä.

Projektin tulosten mukaan julkisyksityisten innovaatioiden taustalla on voimavaroihin ja verkostorakenteeseen liittyviä selittäviä tekijöitä. Projektien kesto ja siihen uhratut voimavarat ennakoivat innovaatioiden syntymistä. Julkisten viranomaisten, yksityisten yritysten sekä yliopistojen ja tutkimuslaitosten mukaanotto projektin toimintaan ja sidosryhmien laaja osallistuminen projekteihin edistää innovaatioiden syntymistä. Sen sijaan kolmannen sektorin rooli ei näytä olevan keskeinen innovaatioiden muotoutumisessa (Godenhjelm & Johanson 2016).

Digitalisaatio ja tiedon käyttömuodot

Tiedolla ja informaatiolla on keskeinen asema kaikissa tietointensiivisissä organisaatioissa ja innovaatioprosesseissa. Tiedolla johtaminen on alun perin otettu käyttöön yksityisellä sektorilla, viime aikoina myös julkinen sektori on alkanut omaksua sen käytäntöjä. Yksityisestä sektorista eroten julkisella puolella tiedolla johtamisessa on otettava huomioon myös yhteiskunnan ja sidosryhmien edut, jotka pitää yhdistää julkishallinnon toimenpiteisiin strategisen suunnittelun, konsultoinnin ja täytäntöönpanon kautta. Erityisesti julkishallinnossa tietopohjaisten ratkaisujen hyväksikäyttö on yleistynyt ja niitä käytetäänkin nykyään enenevässä määrin julkisten palveluiden tehostamisen ja virtaviivaistamisen taustalla (Wiig 2002), luoden uudenlaista läpinäkyvyyttä julkisen sektorin toimintaan (McAdam & Reid 2001). Suurena haasteena onkin ollut julkisen sektorin muuttuminen aikaisemmista stabiileista organisaatioista dynaamisiksi organisaatioiksi ja tämä vaatii muutosta organisaatio-kulttuurissa. Samalla on luonnollisesti huolehdittava julkisten palveluiden häiriöttömästä jatkuvuudesta ja tasapuolisesta saatavuudesta.

NodeHealth-hankkeen innovaatiot perustuivat tietointensiivisiin toimintatapoihin. Olennaista uudistuksissa ei ole tiedon varastointi, vaan sen saattaminen päätöksenteon tueksi oli sitten kyseessä asiakkaan järkiperaisten valinnanmahdollisuuksien lisääminen, voimavarojen suuntaaminen, toiminnan tehostaminen tai vertailtavuuden lisääminen. Tiedon hankinta tai sen varastointi ei ole pitkään aikaan ollut yhtä suuri ongelma kuin sen inhimillinen käsittelykyky. Tässä mielessä tietotekniset sovellukset antavat entistä paremmat mahdollisuudet tiedon hajautettuun käsittelyyn niin, että terveystietojen asiakkaat, ammattilaiset ja järjestelmän hallinnasta vastaavat pystyvät perustamaan päätöksensä oman asemansa kannalta järkevään tietopohjaan. Toisaalta tämä lisää inhimillistä käsittelykykyä laajentamalla sen käsittelijöiden joukkoa, toisaalta se vähentää tarvetta keskittyneeseen, yhdestä pisteestä johdettuun päätöksentekoon. Hajautettua päätöksentekoa varten tarvitaan ratkaisuja, joilla organisaatioiden tietotarpeet ja ihmisten kokemuseräinen ja eksplisiittinen tieto saadaan yhteensovitettua esim. hiljaisen tiedon siirron avulla (Gore & Gore 1999).

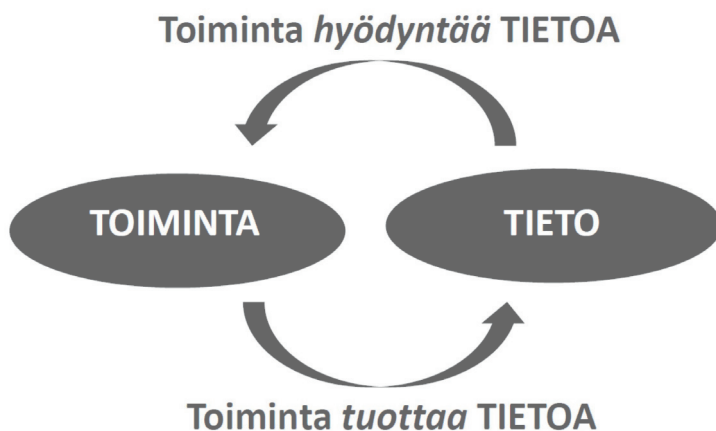
Epäonnistuminen on elimellinen osa innovointia. Keskinäinen luottamus luo ilmapiirin, jossa uskalletaan kokeilla rohkeasti vailla pelkoa epäonnistumisen tuottamasta häpeästä. Luottamus kantaa, kun tieto loppuu ja mahdollistaa myös tietämättömyyden jakamisen.

Tiedolla johtaminen onkin ensisijassa tiedon hallintaa organisaatioiden sisällä ja sen avulla voidaan luoda oikeat olosuhteet oppiville organisaatioille. Davenport & Prusak (1998) määrittelevät tiedon johdettuna tuloksena kehystetyistä kokemuksista ja arvoista sekä taustatietojen ja asiantuntijoiden näkemyksistä, jotka tarjoavat puitteet tiedon arviointiin. Tästä johtuen organisaatioiden tieto on upotettu paitsi strategiaan asiakirjoihin, myös organisaatioiden rutiineihin, prosesseihin, käytäntöihin ja normeihin.

Tiedolla johtaminen onkin ensisijassa tiedon hallintaa organisaatioiden sisällä ja sen avulla voidaan luoda oikeat olosuhteet oppiville organisaatioille. Davenport & Prusak (1998) määrittelevät tiedon johdettuna tuloksena kehystetyistä kokemuksista ja arvoista sekä taustatietojen ja asiantuntijoiden näkemyksistä, jotka tarjoavat puitteet tiedon arviointiin. Tästä johtuen organisaatioiden tieto on upotettu paitsi strategiaan asiakirjoihin, myös organisaatioiden rutiineihin, prosesseihin, käytäntöihin ja normeihin.

Tiedolla johtamisella ei ole itseisarvoa, vaan sen oikeutus syntyy siitä, miten se palvelee käytäntöä. Tiedolla johtaminen tarkoittaa yksinkertaisimmillaan toiminnasta itsestään syntyvän tiedon (esim. palvelun tuotantokustannukset) ja toimintaan vaikuttavan ulkoisen tie-

don (esim. palvelukysyntä) yhdistämistä toimintatilanteessa (esim. päätöksenteko resurssien kohdentamisesta) tavalla, joka vie organisaatiota toivottuun suuntaan.



Kuvio 1. Tiedolla johtaminen osana organisaation toimintaa.

Tietoa tarvitaan sekä innovaatioiden synnyttämisessä että niiden omaksumisessa. Innovaatioiden synnyttämisessä painopiste on tiedon hyödyntämisessä uusien tuotteiden, palveluiden ja toimintatapojen divergoivassa ideoinnissa, kun taas innovaation omaksumisessa tiedon avulla arvioidaan eri vaihtoehtoja ja perustellaan tehtyjä päätöksiä. Innovaation omaksuminen on tietointensiivinen prosessi, jossa innovaation oletetut käyttäjät punnitsevat innovaatioon liittyviä hyötyjä ja haittoja sekä tekevät ratkaisunsa hankkimansa tiedon pohjalta. Innovaation omaksumiseen liittyy erityisiä tiedollisia haasteita, jotka ilmenevä epävarmuutena, monimutkaisuutena, epäselvyytenä ja monitulkintaisuutena.

Epävarmuus (uncertainty): Asiantiloja/ilmiöitä koskevan informaation puute. Voi tarkoittaa innovaation omaksumisen kohdalla esimerkiksi sitä, että innovaation käyttöönotosta päättävillä toimijoilla ei ole riittävästi tietoa oletetun kohderyhmän tarpeista. Mahdollisena ratkaisuna organisaation tiedonhallinnan kokonaisvaltainen kehittäminen ja tietovirtojen systemaattinen johtaminen.

Monimutkaisuus (complexity): Asiantilojen/ilmiöiden yhteenkietkeytymisestä johtuva informaation paljous. Voi tarkoittaa systeemisen innovaation omaksumisen kohdalla esimerkiksi sitä, että riippuvuussuhteet tekevät innovaation hyötyjen ja haittojen arvioinnin vaikeaksi. Mahdollisena ratkaisuna organisaation tietoresurssien monimuotoisuuden varmistaminen vastaanottokykyä lisäämällä.

Epäselvyys (ambiguity): Asiantiloja/ilmiöitä koskeva tulkintavaikeus. Voi tarkoittaa systeemisen innovaation omaksumisen kohdalla esimerkiksi sitä, että innovaation oletetut käyttäjät eivät hahmota innovaation suhdetta laajempaan sosio-teknisen järjestelmän uudistamis-

tarpeeseen. Mahdollisena ratkaisuna yksittäisten tiedonsirpaleiden merkityksellistäminen ja luottamukseen pohjautuvan dialogityyppisen kanssakäymisen edistäminen.

Monitulkintaisuus (equivocality): Asiantiloja/ilmiöitä koskevien tulkintojen paljous. Voi tarkoittaa systeemisen innovaation omaksumisen kohdalla esimerkiksi sitä, että omaksujat näkevät innovaation taustalla erilaisia motiiveja ja piilotettuja agendoja. Mahdollisena ratkaisuna vuorovaikutuksen responsiivisuuden varmistaminen, joka synnyttää moniäänisyyttä ja mahdollistaa erilaisten toimijoiden yhteistyön.

Aiempien tutkimusten perusteella voidaan sanoa, että yksi keskeinen ja erityisesti julkisia organisaatioita koskeva tiedolla johtamisen ongelma on tarvittavan tiedon ja johtamislähestymistapojen irrallisuus (Sotarauta 1996, 2009, Anttiroiko 2000, 2009, Stenvall & Syväjärvi 2006, Toivanen 2006, Koivula 2008, Jääskeläinen & Lönnqvist 2009, 2011, Laihonen, 2009, Laitinen 2009, Serola 2009, Valovirta & Hyvönen 2009, Hintsa 2011, Lönnqvist & Laihonen 2012, Jalonen ym. 2012). Kirjallisuuden tunnistamat haasteet voidaan jakaa karkeasti viiteen luokkaan:

- 1) hierarkkisten ja byrokraattisten toimintamallien korvaaminen kompleksisten vuorovaikutussuhteiden hallinnalla edellyttää strategisempaa otetta tiedolla johtamiseen
- 2) julkisen sektorin ja erityisesti julkisten hyvinvointipalvelujen tuottavuuteen ja innovatiivisuuteen kohdistuvat vaatimukset edellyttävät relevanttia tietoa järjestelmien suorituskyvystä ja kehittämispotentiaalista
- 3) tiedonhallinta on mielletty tekniikkaorientoituneeksi funktioksi, jolloin sen linkitys yleisjohdon ja yksittäisen työntekijän tehtäviin on jäänyt etäiseksi
- 4) kansalaisten kokemuksellisen tiedon integrointi osaksi valmistelu- ja päätöksentekoprosesseja on koettu hankalaksi
- 5) kansalaisille tiedonhallinta näyttäytyy epätäydellisenä prosessina, joka aiheuttaa tietokatkoksia ja merkittäviä ongelmia sujuvan ja laadukkaan asiakaskokemuksen kannalta.

Verkostot koordinaatiomekanismeina ja yhteistyörakenteina

Innovaatiot ja tiedolla johtamisen käytännöt edellyttävät myös uudenlaisia toiminnallisia yhteistyörakenteita ja koordinaatiomekanismeja. Verkostot on nostettu markkinoiden ja hierarkioiden välimaastoon sijoittuviksi, avoimuuteen ja luottamukseen perustuviksi yhteistoimintamuodoiksi. Vaikka verkoston käsite itsessään on varsin monimerkityksinen, soveltuu se erinomaisesti julkisyksityisen toiminnan uusien mallien tarkasteluun. Verkostotaloudeksi kutsutaan ”tapaa toimia löyhien tai tiiviiden yhteenliittymien, verkosto-organisaatioiden kautta, jossa (kilpailu)etu haetaan liittoutumalla kutakin tarvetta parhaiten palvelevien yhteistyötahojen kanssa. (...) idea on, että yhdessä saavutetaan jotain sellaista, mihin kukaan ei yksinään pystyisi” (Hakanen ym. 2007, 15). Terveydenhuollossa tämä tarkoittaa verkottuneita palveluratkaisuja, joita ei välttämättä tuota pelkästään yksi yritys vaan laajempi allianssi tai konsortio. Näin yksi palveluntuottaja kykenee vastaamaan laajemmista palvelukokonaisuuksista. Uusien palveluinnovaatioiden ja joustavien palvelukokonaisuuksien synnyttämistä vaikeuttavat kuitenkin tiukentuvat hankintasäädökset ja etenkin kuntien puutteellinen hankintaosaaminen.

Verkostossa valta on upotettuna vuorovaikutuksen dynamiikkaan. Valtaa voi saada tietoa jakamalla, ei sitä pimittämällä (epämuodolliset kohtaamiset tärkeitä). Sillanrakentajat ja portinvartijat säätelevät, tulkitsevat ja merkityksellistävät tietovirtoja.

Edellä hahmotetulle verkostoajattelulle on tunnusomaista vahva instrumentaalinen, välineellinen suhtautuminen eli verkostot ovat keino jonkun päämäärän saavuttamiseksi (esim. markkinaosuusien lisääminen, uuden tiedon hankkiminen, asiakkaiden tavoittaminen jne.). Toinen tapa hahmottaa verkostoja nousee transformatiivisista lähtökohdist-

ta. Tässä mallissa verkostot ovat jo itsessään tavoiteltavia toimintoja, joilla katsotaan olevan positiivisia vaikutuksia esimerkiksi informaation leviämiseen, yksilöiden turvallisuudentunteen kokemiseen tai hyvinvointiin. Tällöin voidaan puhua kehittäjäverkostoista, joiden keskeisenä tehtävänä on verkostossa toimivien ihmisten oppimisen edistäminen tai yhteisöllisyyden vahvistaminen.

Luottamus verkostotoimijoiden kesken ja julkisyksityisten verkostojen pelisäännöt

Monissa tutkimuksissa luottamus on osoitettu keskeiseksi verkostojen koossapitäväksi tekijäksi (Provan & Milward 2001; Provan & Lemaire 2012). Luottamuksessa on kysymys voimasta, joka liittyy toimijat verkostorakenteeseen ja helpottaa rakenteeseen kuuluvien toimijoiden yhteistyötä ja toimijoiden välistä kommunikaatiota.

Ihmisten välisen luottamuksen ohella verkoston toiminta edellyttää verkostoon kohdistuvaa, systemaattista ja institutionaalista luottamusta (Luhmann 1979). Systeminen luottamus kohdistuu verkoston toimintatapoihin, prosesseihin ja toiminnan periaatteisiin, perustuen siihen ajatukseen, että todellisuus syntyy ihmisten ja ihmisten luomien artefaktien (esim. organisatoriset järjestelyt) välisessä vuorovaikutuksessa. Ihmisten välisen ja systeemisen luottamuksen yhteisvaikutuksena verkostolle avautuu mahdollisuuksia käsitellä myös asioita, joihin kohdistuu eturistiriitoja. Verkostoympäristössä luottamuksella on tärkeä rooli, sillä se vähentää sosiaaliseen toimintaan liittyvää riskiä, sosiaalisiin suhteisiin liittyvää satunnaisuutta, toimintaympäristön monimutkaisuutta ja erityisesti tulevaisuuteen liittyvää epävarmuutta (Luhmann 1988).

Parhaimmillaan luottamus vahvistaa identiteettiä, toimijoiden tunnetta ja käsitystä verkoston jatkuvuudesta, historiasta ja tulevaisuudesta sekä verkoston erottautumista ympäristöstään. Luottamus ja identiteetti ovat toisiaan täydentäviä mekanismeja, jotka yhdessä edistävät verkoston toimintaa kahdella toisiaan tukevalla tavalla: luottamus mahdollistaa erilaisista taustoista (esim. julkinen, yksityinen, kolmas sektori) tulevien toimijoiden yhteistyön, kun taas identiteetin tehtävänä on ohjata toimijoiden käyttäytymistä niin, että toiminta täyttää hyvinvointisektorin erityispiirteet. Luottamus ja identiteetti rakentuvat vastavuoroisuuden periaatteelle. Luottamus tuo mukanaan yhteistoimintaa ja helpottaa kommunikointia, mikä puolestaan edelleen vahvistaa yhteistä identiteettiä ja toimijoiden keskinäistä luottamusta (Nordin & Jalonen 2015).

Julkisyksityisten verkostojen pelisäännöt

Verkostoihin liittyvässä keskustelussa ladataan turhan paljon toivoa siihen, että julkisen ja yksityisen sektorin välinen kanssakäyminen syntyisi automaattisesti korjaamaan olemassa olevia palvelutarjonnan puutteita niin, että yksityiset terveyspalveluyritykset ryhtyisivät luontaisesti täydentämään havaittuja palveluntarjonnan puutteita. Verkotot eivät kuitenkaan synny itsestään. Selvät tavoitteet, verkoston kyky hankkia käyttöönsä voimavaroja ja verkostoihin sisältyvät epämuodolliset koordinaatioroolit edistävät niiden menestystä. Perimmiltään verkotot kuvaavat vuorovaikutusta, joka ei ole muodollisin määräyksiin etukäteen tarkasti säädeltyä tai määriteltyä. Siksi julkisen ja yksityisen sektorin vuorovaikutus tarvitsee tuekseen mahdollistavia rakenteita tai yhteistoiminnan pelisääntöjä, jotka jäsentävät julkisen ja yksityisen sektorin toimijoiden välistä työnjakoa, mutta ei tukahduta verkostojen kykyä järjestää toimintaansa uusin ennen, kokeilemattomin tavoin.

Organisaatiotutkimuksessa verkotot esiintyvät pääasiassa kolmessa eri suuntauksessa: sosiaalista uppoutuneisuutta, hallintorakenteita sekä kaupankäynnin kustannuksia tarkastelevissa lähestymistavoissa. Verkostojen avulla voidaan tutkia organisaatiorakenteiden erilaisia ilmentymiä, kuten hierarkioita, työn jakautumista ja valtasuhteita organisaatioiden sisällä ja niiden välillä. Vaikka kukin näistä lähestyykin verkostoja omasta näkökulmastaan, niiden välillä on myös päällekkäisyyksiä. Sosiaalista uppoutuneisuutta korostavassa suuntauksessa verkostoja tutkitaan sosiaalisina ilmiöinä henkilöiden ja ihmisryhmien välillä. Hallinnon rakenteita painottavassa suuntauksessa tutkitaan markkinoiden rakenteita makrotaloustieteen näkökulmasta. Kaupankäynnin kustannuksia korostava suuntaus tutkii verkostoja yritysten kahdenvälisinä tilaus-toimitussopimuksina. Se keskittyy kysymykseen, onko yrityksen järkevää hankkia tuotannon tekijöitä markkinoilta vai valmistaa ne itse (Johanson & Smedlund 2015).

Sosiaalista uppoutuneisuutta painottavan suuntauksen mukaan kaikki taloudellinen toiminta perustuu ihmisten välisiin suhteisiin. Sosiaalinen uppoutuneisuus muodostaa linkin sosiaalisen ja taloudellisen käyttäytymisen välille liike-elämässä. Toinen pääsuuntaus korostaa hallinnon rakenteita. Tässä suuntauksessa toimijoiden verkoston ajatellaan tuottavan toiminnallaan taloudellista tai muuta arvoa, joten verkostoa on organisoitava ja johdettava jotta yhteiseen tavoitteeseen päästäisiin. Tarkastelun kohteena olivat konsernien sisälle syntyvät pysyvät tai väliaikaiset yhteydet eri yrityksen osien välillä, kun taloudessa suurtuotannon edut vähenivät markkinoiden pirstaloituessa ja talouden kasvaessa (Fligstein 1985). Hallinnon rakenteita painottavassa suuntauksessa käydään keskustelua siitä, miten yritysten välinen verkosto määritellään, ja mitä tästä määrittelystä seuraa organisaation johtamiselle. Näkemykset vaihtelevat: yritysverkostoa voidaan pitää markkinasuhteiden ja hierarkkisten organisaatiosuhteiden sekoituksena (Granovetter 1985; Podolny & Page 1998; Eccles 1985) tai täysin omana organisaatiomuotonaan (Powell 1990).

Kolmas verkostanalyysiä hyödyntävä organisaatiotutkimuksen suuntaus keskittyy kaupankäynnin kustannuksiin, jotka selittävät, miksi yritykset muodostavat verkostosuhteita keskenään (Eisenhardt & Schoonhoven 1996). Kaupankäynnin kustannuksia syntyy aina, kun yritykset käyvät kauppaa keskenään. Usein niitä ei voi mitata rahassa, sillä ne ovat markkinatiedon hankintaa, eri vaihtoehtojen vertailua, päätöksentekoa ja sopimusten toteutumisen valvontaa. Kaupankäynnin kustannukset ovat erityisen korkeat sellaisissa tuotannon tekijä-

jöissä, joiden pääomakustannukset ovat korkeat, esimerkiksi monissa teollisuuden koneissa ja laitteissa. Tavallisesti yrityksen kannattaa ostaa markkinoilta sellaisia tuotannon tekijöitä joiden pääomakustannukset ovat matalat, ja valmistaa itse pääomakustannuksiltaan korkeat tuotannon tekijät (Jarillo 1988). Kustannusten sopivan tason määrittäminen on kuitenkin hankalaa. Tässä suuntauksessa korostetaan luottamuksen merkitystä. Yritysten välisissä sopimussuhteissa luottamusta pitää yllä se, että verkostokumppani käyttäytyy liikesuhteessa odotetulla ja sovitulla tavalla. Luottamuksen puute yhdistettynä liiketoiminnan suuriin riskeihin lisää kaupankäynnin kustannuksia ja tarvetta taata verkostosuhde yhä monimutkaisemmilla sopimuksilla.

NodeHealth-hankkeen tapaustutkimukset osoittavat, että edellytyksenä näiden verkoston eri toimijoiden kohtaamisten kautta synnyttävälle innovaatioille ovat ainakin seuraavat:

- 1) Järjestelmän (säädökset, rahoitus, toimivaltuudet) on mahdollistettava uutta luovat ja ennakkoluulottomat kokeilut ja kohtaamiset terveydenhuollon palveluekosysteemin eri rajapinnoilla.
- 2) Toimijoiden välillä tulee vallita avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri.
- 3) Toiminnan on oltava avointa ja näyttöön perustuvaa (esim. hoidon kustannukset, prosessien läpinäkyvyys, terveyshyödyt ja vaikuttavuus).
- 4) Toimijoiden on kyettävä sopimaan rooleista, valta- ja vastuusuhteista sekä innovaation omistajuuteen liittyvistä kysymyksistä.
- 5) Toimijoille tulee antaa työrauha ja mahdollisuus kehittämishankkeen loppuunsaattamiseen ja pilotointiin ilman toimintaa rajoittavaa, yksityiskohtaista poliittista ohjausta tai lyhytkestoista omistajaohjausta yrityksen taholta.
- 6) Kokeilut ja innovaatiot on kyettävä mallintamaan, tuotteistamaan ja juurruttamaan jo hankkeen aikana toiminnan jatkuvuuden ja levittämisen takaamiseksi.
- 7) Innovaatiivisissa kokeiluissa on uskallettava ottaa riittävästi riskiä. Tämän seurauksena luonnollisesti kaikki kokeilut eivät voi olla onnistuneita. Myös epäonnistumisista tulee raportoida, koska tällaiset kokemukset ovat hyvin tärkeitä jatkossa - esimerkiksi uusia hankkeita suunniteltaessa.



3. NodeHealth-hankkeen innovaation haltuunotto

Hankkeen päämääränä on ollut selvittää, miten uudet tietämyksen tavat muokkaavat terveyspalveluiden käytäntöjä sekä toiminnan tehokkuutta, vaikuttavuutta ja tuloksellisuutta. Tutkimuksen kohteena ovat terveydenhuollon arviointiin liittyvät tietoperusteiset innovaatiot. Ne antavat mahdollisuuksia:

- julkisen ja yksityisen palvelutuotannon yhteistyölle ja terveille kilpailulle
- paremmalle päätöksenteolle
- asiakkaan valinnanvapauden lisäämiselle.

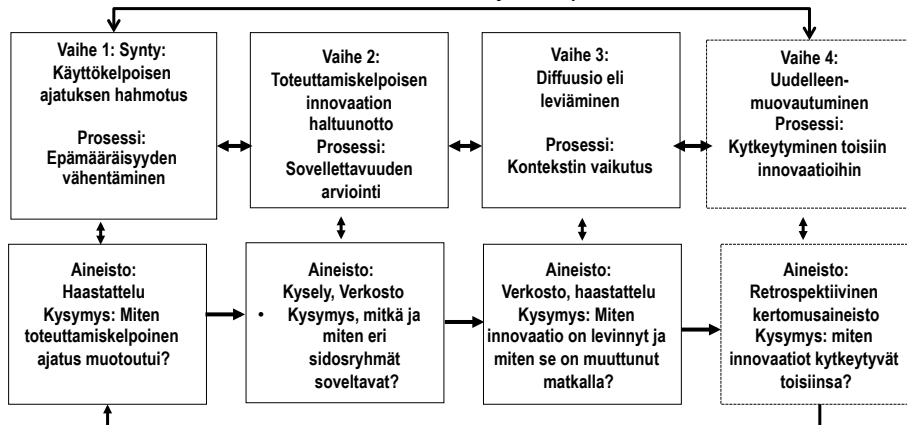
Tässä hankkeessa tutkittiin ja arvioitiin verkostoituneita julkisyksityisiä yhteistyömuotoja terveyspalveluissa innovaatioiden käyttöönoton ja leviämisen tuloksellisuuden näkökulmasta. Hankkeeseen sisältyi kehittämisen ja arviointitutkimuksen piirteitä. Hankkeessa tarkasteltiin

- innovaation syntyä
- käyttöönottoa
- leviämistä (diffuusiota)
- muuntumista

julkisyksityisissä yhteistyön muodoissa terveyspalveluissa verkoston näkökulmasta. Innovaation tuloksellisuuden kannalta hankkeessa selvitettiin sitä, miten julkisen sektorin tilaajaorganisaatio jäsentää ja arvioi julkisyksityisen yhteistoiminnan tuloksellisuutta. Hankkeen tutkimusasetelma ja käsitteellinen jäsenitys voidaan esittää alla olevan kuvion (kuvio 2.) muodossa. Mallissa on kuvattu innovaatiosyklin eri vaiheet ja niiden keskeiset tarkastelu-kohteet sekä yksilöity, millaisten aineistojen ja menetelmien kautta kohdetta on lähestytty sen eri vaiheissa.

INNOVAATION HALTUUNOTTO

Käsitteellinen jäsenys



INNOVAATION HALTUUNOTTO

Aineiston hahmotus

Kuvio 2. Tutkimushankkeen käsitteellinen jäsenys ja aineistotyyppit

Innovaatiot avaavat uusia toimintamahdollisuuksia julkisten organisaatioiden ja yksityisten yritysten välille. Riippumatta siitä, missä innovaatiot tapahtuvat, ne parantavat asiakkaiden mahdollisuuksia saada entistä parempaa hoitoa. Toisaalta uudistukset tuottavat myös jännitteitä sektorien välille. Julkisten toimijoiden osallistuminen markkinakilpailuun tuottaa vastustusta ja voi toimia vallitsevan sääntelyn vastaisesti. Vastaavasti yksityisten yritysten palveluiden laajentuminen sairausryhmiin, joissa niitä ei ole ennen tarjottu, aiheuttaa vaikeuksia julkisen ja yksityisen sektorin välisessä työnjaossa. Uudistukset voivat tuottaa jännitteitä organisaation sisällä, sen eri tasoilla, eri ammattiryhmissä ja työn arjessa.

Ratkaisumyynti tarjosi työterveyshuollolle uusia mahdollisuuksia toimia uudessa asiakasrajapinnassa työterveysyhteistyössä. Samaan aikaan kuitenkin ilmeni jännitteitä uudessa tavassa määrittää asiakkuudet ja niihin liittyvät painotukset. Uudistuksen yhteydessä ilmeni siten tarve uudelleenmäärittellä yhteistyöverkostot kun pohdittiin, lisääkö ratkaisumyynti yhteistyötä mahdollisesti jonkun kohderyhmän kanssa (esim. johto) ja vähentääkö se vastaavasti yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa (esim. henkilöasiakkaat, yhteyshenkilöt, työsuojelu).

Terveydenhuollon ammattiryhmien vahva asema ja tarve vähentää riskialttiita käytäntöjä merkitsevät sitä, että innovaatioiden soveltaminen edellyttää uusien toimintatapojen sosiaalista juurruttamista vallitseviin käytäntöihin. Käytännössä se tarkoittaa mahdollisten käyttäjäryhmien koulutusta ja uudistusten käytännön hyötyjen osoittamista. Päätöksentekijöiden kannalta innovaatiot voivat olla ongelmallisia, koska ne edellyttävät myös heiltä uutta tapaa ajatella olemassa olevia indikaattoreita. Jos esimerkiksi lääkarissäkäyntien määrää pidetään terveydenhuollon toimivuuden indikaattorina, terveyshyötymallin mukaiset toimet ennaltaehkäisyssä, omahoidon lisäämisessä sähköisten sovellusten avulla ja terveydenhuollon muiden ammattiryhmien työpanoksen entistä laajemmassa soveltamisessa tuottavat näen-

näisesti huonoja tuloksia. Varsinkin organisaatioiden välisessä yhteistoiminnassa mahdollisuudet ulkopuolisten voimavarojen hankintaa on myönteinen kannustin kanssakäymisen vakiinnuttamiseen. Toisaalta hyvin toimivat käytännöt myös myyvät itse itsensä. Toimintatapojen todetut myönteiset vaikutukset helpottavat uusien jäsenten liittämistä niiden soveltamisen verkostoon.

Kehittämistyössä väliportaana johtajat ovat usein puun ja kuoren välissä. Kehittämistyötä tehdään varsinaisen työn ohella ja rinnalla. Johdon tuki on tärkeää. Riippuvuus tuliseluisista kehittäjistä tekee hankkeen haavoittuvaksi, jos keskushenkilöt vaihtuvat.

Hankkeessa tutkitut innovaatiot olivat käynnistyneet kahdella tavalla. Ne olivat joko osa organisaation strategiaan perustuvia toimia tai yksittäisten aktiivisten henkilöiden toiminnan tuloksia. Näissä tapauksissa soveltaminen on käynnistynyt rajoitetulla toiminta-alueella

Esimerkiksi KYSissä 15D-elämänlaatumittarin käyttöönottoprosessi mallinnettiin toimijoiden yhteistä ymmärrystä ja toiminnan suunnittelua tukevaksi rakenteeksi. 15D-vaikuttavuustiedon keruuta ja hyödyntämistä rätätelöitiin kunkin erikoisalan potilasprosessien mukaisesti. Samoin otettiin huomioon yksikkökohtaiset tarpeet ja toiveet esimerkiksi käyttöönoton toimenpiteiden aikataulutuksessa sekä koulutuksen ja raportoinnin järjestelyissä.

yksittäisissä organisaation osissa. Kun innovaatio on osa organisaation strategiaa, sen toteuttaminen näyttää helpommalta kuin silloin, kun se toteutuu yksittäisissä organisaation osissa. Hankkeessa on tarkasteltu hankeorganisaatioiden toiminnan ja sen arvioinnin kautta julkisyksityisiä yhteistyön muotoja terveystilaisissa verkostotoiminnan vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden näkökulmasta. Menetelminä käytettiin laadullista ja määrällistä verkostotilaisuuksien sisällönanalyysia ja kyselyaineiston erittelyyn soveltuvia tilastollisia monimuuttujamenetelmiä. Hankkeessa käytettiin pääsääntöisesti neljänlaisia aineistoja: 1) haastatteluaineistoa, 2) kyselyaineistoa, 3) verkostoaineistoa sekä 4) asiakirja- ja arkistodataa.

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa tavoitteena oli saada tietoa terveyshyötytiedon hahmottamisesta ja käyttäjäryhmistä. Terveystilaisuuksien keskeisenä käyttäjäryhmänä hankkeessa olivat terveydenhuollon ammattilaiset ja sen tavoitteena oli toisaalta parantaa hoitoa ja toisaalta saada aikaan tehokkuutta ja vaikuttavuutta. Monissa tapauksista asiakkaiden omahoidon lisääminen ja asiakkaan itse tuottaman tiedon lisääntyvä käyttö oli osa innovaatioiden sisältöä. Tiedon puute terveydenhuollon toiminnan tuloksellisuudesta oli yksi keskeinen kimmoke uuden tietämyksen hahmottamiselle. Ammattilaisten ja asiakkaiden ohella tietämyksen luominen antaa tietoa kanssatuottajille, kilpailijoille ja poliittisille päätöksentekijöille ja valvontaviranomaisille.

Tutkimuksen toisessa vaiheessa selvitettiin innovaation soveltajia, kokemuksia ja sidosryhmien asemaa. Pääpaino tässä vaiheessa oli ensimmäisissä soveltajissa, koska varsinaista leviämistä ei ollut vielä tapahtunut. Tutkimusorganisaatioissa oli kuitenkin tarjolla myös

aineistoa ja tietoa jo aiemmin käynnistyneistä hankkeista (SHVK, Pakka), jotka soveltuivat hyvin myös innovaatiokyklin myöhempien vaiheiden arviointiin. Verkkoperusteisen e-ky-selylomakkeen avulla selvitettiin omaksujien ja erityisesti julkisten ja yksityisten soveltajien

Uuden toimintamallin käyttöönottoprosessi edellyttää ammatillisen osaaminen päivittämistä, kun työhön yhdistyy uusia elementtejä. Ratkaisumyynnin käyttöönotossa tämä tarkoitti mm. palvelu- ja liiketoimintasanastojen ja logiikoiden haltuunottoa. Vanhoille ja tutuille asioille annettiin uusia nimiä. Uuden toimintamallin käyttöönottoprosessissa yhteisten sanastojen löytäminen on yhteisöllinen oppimisen mahdollisuus.

toisistaan poikkeavia näkemyksiä uudistuksen piirteistä. Tässä vaiheessa tutkittiin innovaatioiden saamia toteuttamistapoja prosessien ja paikallisten sovellusten näkökulmasta. Samalla saatiin näkyväksi onnistuneita toimintatapoja, jolloin niiden hyödynnettävyys kasvaa laajemmin.

Soveltajien joukko muodostui niistä kumppaneista, jotka olivat lähinnä aktiivisten kehittäjien joukkoa. Sen jälkeen tapahtuva leviäminen edellytti tietoista valitusta ja vaikuttamista potentiaalisten soveltajien keskuudessa. Soveltamisen halukkuutta lisäsi myös muualla saadut hyvät kokemukset innovaation soveltamisesta.

Olennaista hankkeen kannalta oli saada arvioita innovaation sovellettavuudesta, yksilö- ja organisaatiotason käyttöönottoa edistävästä tekijöissä, muutoksista ja kokemusten vaihteluista. Tuloksellisuuden kannalta innovaation käyttöönotto edellyttää prosessitehokkuutta, jotta se olisi sovellettavissa ilman perinpohjaista muokkaamista. Ylimmän organisaation tuki, innovaation kuuluminen organisaation strategiaan ja aktiivisen ydinryhmän olemassaolo olivat keskeisiä innovaation toteutumista edistäviä tekijöitä. Innovaatiot ovat mahdollistaneet organisaatioiden toimintaprosessien perinpohjaisenkin uudistamisen, mutta ne ovat myös edellyttäneet toisinaan vähäisempiä, toisinaan laajempia työnkuvien ja työnjaon muutoksia.

NodeHealth-hankkeessa tutkittujen innovaatioiden kehittämisessä olennainen piirre on aikaisemmin erillään olleiden toimintamallien ja ajattelutapojen luova kytkeminen toisiinsa. Näin vanhat rakenteet ja prosessit yhdessä synnyttävät jotain uutta ja ainutlaatuista (vrt. eksploraatiivinen hyödyntäminen). Tämä on hyvä esimerkki siitä, että ”pyörää ei tarvitse aina keksiä uudelleen”.

Pakka-toimintaa tutkivassa tapaushankkeessa ilmeni, että kuntien päihdekoordinaattorien julkisyksityinen työ voi tuoda mukanaan uusia toimintatapoja kuten vahvempaa mediavaikuttamista sekä neuvottelu- ja myyntitaitoja yksityisen sektorin toimijoiden suuntaan. Lisäksi työ edellyttää elinkeinonharjoittajien toimintalogiikoiden ymmärrystä eli kuntien päihdetyön ja elinkeinonharjoittajien myyntityön tavoitteiden yhteensovittamista.

Innovaation synnyttämistä helpottaa, jos se on osa organisaation strategisia, pitkántähtäimen tavoitteita. Innovaatiot eivät ole pelkästään vastineita todettuihin ongelmiin, vaan ne tähtäävät myös uusien toiminta-alueiden haltuunottamiseen. Esimerkkinä tästä voidaan mainita terveyshyötymallin käyttöönotto tapaustutkimuksissa. Terveyshyötymalli liittyy selvästi perusteelliseen ajattelutapojen muutokseen, jolle ei ole yhtä yksittäistä oikeaa muotoa. Se toimii pikemminkin monien uusien käytäntöjen lähteenä kuin osoittaa yksittäisiä oikeita toimintatapoja. Kansainväliset esimerkit ovat osoittaneet, että tätä kautta voidaan löytää myös uusia julkisen ja yksityisen yhteistyöalueita. Määrittämällä yhteisiä, terveyteen liittyviä vaikuttavuustavoitteita nämä molemmat sektorit voivat hyötyä. Julkisen terveydenhuollon näkökulmasta terveyshyötyinformaatio mahdollistaa preventiivisen toiminnan ja sitä kautta alentuneet terveydenhoitokustannukset, yksityisille palveluntuottajille se puolestaan avaa uusia liiketoimintamahdollisuuksia. Näin esimerkiksi potilaiden vaikuttavuudesta saatua tietoa voidaan käyttää sairausryhmittäisen prosessitehokkuuden arviointiin ja edelleen toimintaprosessien parantamiseen autoteollisuudessa sovelletun Lean Management mallin mukaisesti.

Kolmannessa vaiheessa puolestaan selvitettiin verkostanalyysin keinoin innovaation leviämistä toimijoiden keskuudessa. Tämän lisäksi selvitettiin sovellusympäristön ja kontekstin vaikutusta innovaation sisältöön. Verkostanalyysin avulla luotiin kuva kokonaisverkoston rakenteesta. Lisäksi eri vaiheissa innovaation käyttöönottaneiden toimijoiden haastattelut antoivat tulkinnan uuden toimintatavan mahdollisesta muuntumisesta. Mielenkiintoista tässä tarkastelun vaiheessa oli se, muuttuuko käyttöönotto siirryttäessä etämmälle ensimmäisten soveltajien joukosta ja kuinka verkostopositio vaikuttaa innovaation käyttöönottoon.

Leviämisen (diffuusio) tarkastelussa innovaatiot voivat keskittyä alkuperäistä ajatusta kaapeampaan sovelluskohteeseen. Esimerkiksi Pakka-toimintamallin alkuperäinen tavoite alkoholin käytön vähentämisestä laajentui myöhemmässä vaiheessa myös tupakoinnin ja rahapelaamisen vähentämiseen. Toisaalta tavoitteet myös laajentuvat prosessin kuluessa. Siten esimerkiksi sähköisen hyvinvointikertomuksen aineistoa on tarkoitus käyttää yhtenä ikkunana kuntien tiedolla johtamisen prosessiin, jossa on mukana terveydenhuollon ohella muutkin kunnan keskeiset toiminta-alueet. Ajallisessa tarkastelussa innovaation omistajuus on merkityksellinen tekijä sen leviämisessä. Omistajuuteen liittyvät toimivaltakiistat ovat omiaan hidastamaan ja vaikeuttamaan innovaation leviämistä.

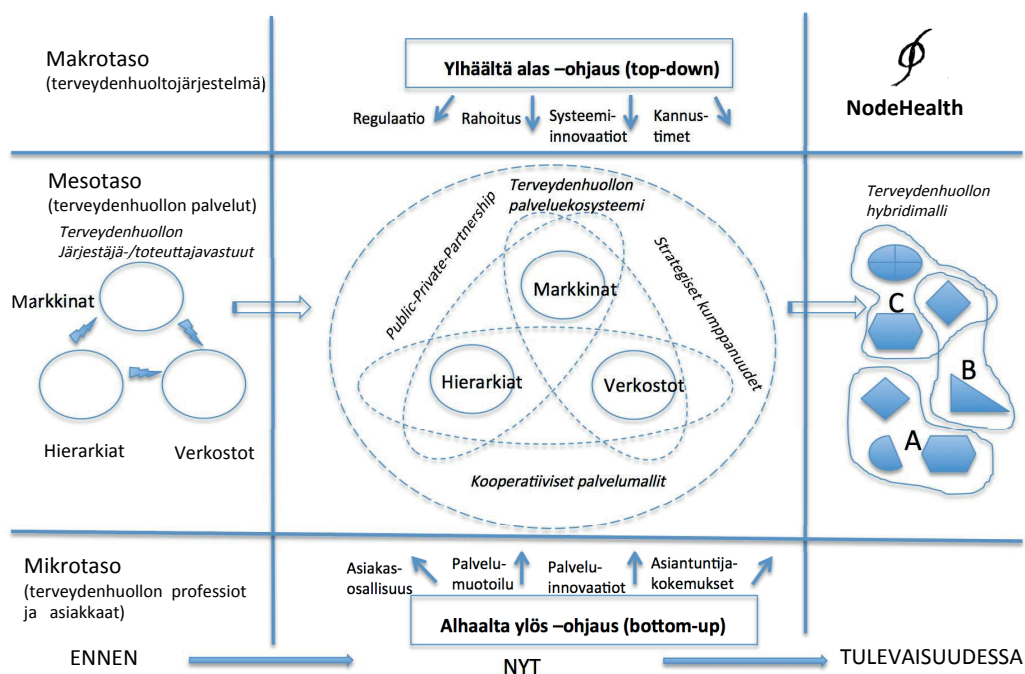


4. Julkisyksityisen hallinnan uudet muodot ja innovaatiot terveydenhuollossa

Terveydenhuollon innovaatioita voidaan tarkastella kokonaisjärjestelmän tasolla, palvelun järjestämis- tai tuottajavastuussa olevien organisaatioiden tasolla tai terveydenhuollon professioiden ja potilaan kohtaamisissa asiakasrajapinnalla. Järjestelmätasolla terveydenhuollon innovaatiot näyttävät ensisijaisesti systeemisinä innovaatioina (vrt. Saranummi ym. 2005, Kokkonen ym. 2011). Saranummen ym. (2005) määritelmän mukaan systeemiset innovaatiot viittaavat uuteen toimintamalliin, jossa monien eri toimijoiden tai toimijaryhmien keskinäisissä verkostoissa tai vuorovaikutussuhteissa kehitetään vastavuoroisesti niin organisaatioita, teknologiaa, palveluita kuin verkostorakenteita. Järjestelmä voi olla joko suljettu tai avoin riippuen siitä, kuinka pitkälle kentälle tulevien toimijoiden määrää, toimintavapauksia ja rooleja on määritely. Järjestelmätason systeemiset innovaatiot ovat usein lähtökohdiltaan ylhäältä alas ohjautuvia (ns. top-down malli). Tällöin järjestelmän kokonaisarkkitehtuuri määritellään lainsäädännön sekä resurssiohjauksen avulla. Näiden perinteisten politiikkainstrumenttien ohella voidaan toki käyttää myös muita ohjausvälineitä, kuten erilaisia kannustimia, informaatio-ohjausta tai hoidon saatavuuteen, laatuun tai vaikuttavuuteen liittyviä indikaattoreita. Etenkin liian yksityiskohtaisella normiohjauksella saatetaan tarpeettomasti rajoittaa innovaatioiden syntyä mm. rajoittamalla erilaisilla rajapinnoilla tapahtuvaa tiedon kulkua (Rogers 2003).

Viron terveydenhuoltoreformia on yleisesti pidetty esimerkkinä onnistuneesta järjestelmä-uudistuksesta, jossa samanaikaisesti luotiin uusi lainsäädäntö, määriteltiin hallinnolliset rakenteet ja toimivaltasuhteet, palveluiden rahoitusmalli ja potilastietojärjestelmä. Suomen terveydenhuoltojärjestelmää on puolestaan uudistettu pitkän aikavälin kuluessa pieninä paloina, minkä seurauksena meillä on tarpeettoman monikerroksinen palvelujärjestelmä sekä monikanavainen rahoitusmalli. Kuviossa 3. on kuvattu suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän ja siihen liittyvien palveluiden innovaatioympäristö. Edellä kuvattu top-down -ohjaus määrittelee kentän toimijoiden välisiä toimivaltasuhteita ja antaa puitteet vaihtoehdoille toiminnan ohjaus- ja koordinaatitavoille. Innovaatiot voidaan nähdä käytännöllisinä lopputuloksina prosesseista, joiden tarkoitus on kehittää yhteiskuntaa ja julkisia palveluita

(Harkema 2003), mutta myös tietointensiivisinä tuote- ja palveluprosesseina tai uuden tiedon luomisena, jonka lopputuloksena on paradigmanmuutos (Gloet & Terziovski 2004).



Kuvio 3. Terveystuon ohjaus- ja koordinaatiomekanismit innovaatioiden mahdollistamisen näkökulmasta.

Kuvioon 3. on tiivistetty terveydenhuollon ohjaus- ja koordinaatiomekanismit innovaatioiden synnyn ja mahdollistamisen näkökulmasta. NodeHealth-hankkeen kokemusten perusteella laadittuun kuvioon on myös hahmotettu systeeminen muutos siirryttäessä suunnittelukeskeisestä terveydenhuoltojärjestelmästä ekosysteemisen ajattelun kautta ns. hybridirakenteisiin. Näiden eri ohjaus- ja koordinaatioparadigmojen väliset erot korostuvat yhtäältä terveyspalveluiden kysynnän ja tarjonnan kohtaannon määrittelyn (keskitetty - hajautettu) ja tätä kautta määräytyvän palveluiden saatavuuden turvaamisen kautta sekä toisaalta julkisyksityisten ja kollektiivisten rajapintojen määräytymisperusteiden näkökulmasta. Perinteisen terveydenhuollon suunnittelulähtöisen mallin (ks. Tiihonen & Tiihonen 1990) lähtökohtana olivat pitkän ja keskipitkän aikavälin suunnittelumallit, joiden kautta määriteltiin alueellisten erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yksiköiden resurssitarpeet. Ohjaus oli keskitettyä ja perustui tiukkaan säädösohjaukseen. Julkinen ja yksityinen terveydenhuolto elivät rinnakkain, mutta eivät palvelurakenteen ja -tarjonnan tasolla kohdanneet toisiaan. Potilaan tai asiakkaan mahdollisuudet vaikuttaa oman hoitoprosessin määritymiseen olivat sängen rajalliset.

Hallinnon hajauttamisratkaisut osana tulosohjauksen käyttöönottoa 1990-luvun alkupuolella siirsivät päätösvaltaa keskushallinnosta alueille. Tätä osaltaan tuki myös vuoden 1993

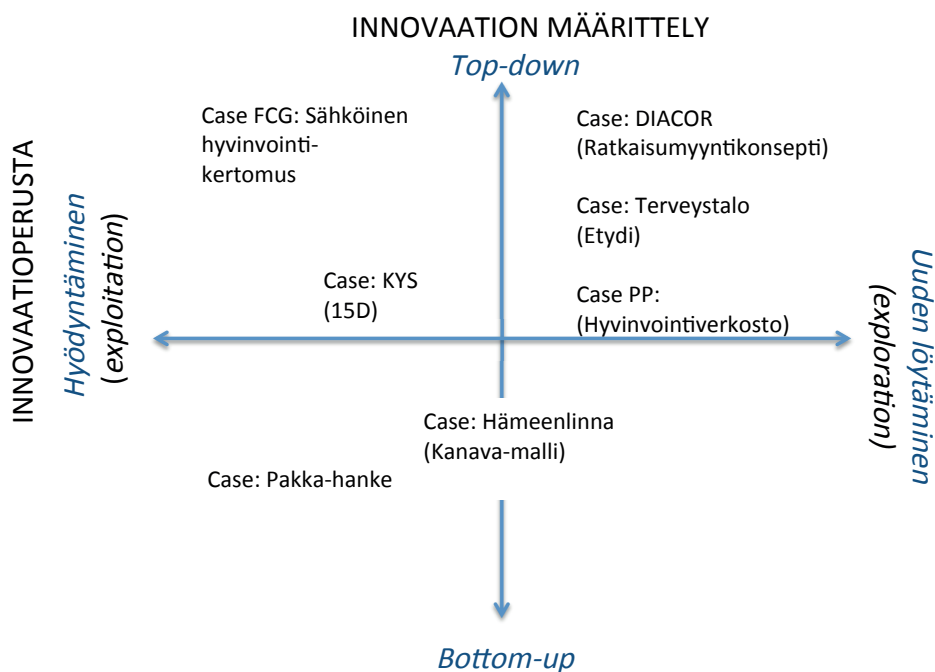
valtionosuusuudistus, jonka keskeisenä ajatuksena oli korvata aikaisemmin käytössä ollut kustannuserusteinen valtionosuusjärjestelmä laskennallisella tukimallilla, jossa esimerkiksi peruskunnat saivat valtionosuutensa yhtenä kokonaisuutena objektiivisten tunnuslukujen perusteella. Tämä mahdollisti olemassa olevan lainsäädännön puitteissa myös erilaiset terveyspalveluiden tuottamiskokeilut. Samalla yksityisille palveluntuottajille avautuivat myös uudenlaiset mahdollisuudet osallistua täydentävillä palveluilla tukemaan julkista perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidoa. Näiden rinnalla lisäksi työterveyden puolella yksityisten toimijoiden määrä kasvoi samanaikaisesti. Erilaiset tilaaja-tuottajamallit toivat joustoa palveluiden tuottamiseen paikallisten muuttuvien tarpeiden mukaisesti.

Julkisen palvelujärjestelmän joustavuutta lisäsivät 1990-luvun lopulla ja 2000-luvun alussa lisääntyneet palvelukokeilut ja innovaatiohankkeet, joiden toteuttajina oli joukko kansalaisjärjestöjä. Näitä kokeiluja rahoitettiin pitkälti Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) sekä Euroopan sosiaalirahaston (ESR) tai muiden EU-osarahoitteisten ohjelmien kautta. Sosiaaliset yritykset, vanhustenhoidon kotisairaanhoidopalvelut sekä lukuisat ennaltaehkäisevän terveydenhuollon innovatiiviset palveluratkaisut ovat syntyneet hierakkisten ja verkostomaisten ohjausmallien väliseen rajapintaan, jota voidaan kutsua kooperatiivisen toiminnan kentäksi (vrt. kuvio 3).

Sipilän hallitus on ottanut näkyvästi kantaa liian yksityiskohtaisten ja turhien normien vähentämiseen. Hallituksen linjauksen taustalla on laajempi eurooppalainen trendi tarpeettoman sääntelyn rajoittamisesta. EU-kielessä 2000-luvun alussa käyttöön tullut nimike parempi sääntely (better regulation) tarkoittaa pyrkimystä turvata se, että sääntely-ympäristö olisi yksinkertainen ja laadukas ja tukisi yritysten kilpailukykyä, niiden taloudellista kasvua lisääviä vaikutuksia ja niiden työllisyysvaikutuksia. Barroson komission loppuvuosiin käynnistämällä järkevän sääntelyn toimintaohjelmalla (Smart Regulation Agenda) ja sitä konkretisoivalla sääntelyn parantamisen ja tuloksellisuuden ohjelmalla (Regulatory Fitness and Performance Programme, REFIT) EU tähtää siihen, että sen politiikka- ja lainsäädäntötoimista aiheutuisivat maksimihyödyt kansalaisille ja yrityksille, että niin tapahtuisi tehokkaimmalla mahdollisella tavalla ja että toimintatavaksi muodostuisi asianomaisten toimijoiden, mukaan lukien sidosryhmien, verkottuminen.

Julkisen ja yksityisen sektorin hybrideistä on viime aikoina puhuttu entistä enemmän. Hybridit yhdistävät toiminnassaan julkisia ja yksityisiä piirteitä. Ne eivät ole pelkästään julkisen viraston tai yksityisen yrityksen jatkeita. Hybridisyyttä voidaan myös ajatella tilana, eräänlaisena pelikenttänä, jossa yksityiset yritykset, julkiset organisaatiot ja kolmannen sektorin järjestöt toimivat samalla toimialalla. Hybridejä on aiemmassa kirjallisuudessa lähestytty kahdelta eri kannalta. Niitä on yhtäältä pidetty julkisen ja yksityisen palvelutuotannon ohella kolmantena julkisten palveluiden järjestämisen vaihtoehtona. Kunnalliset liikelaitokset tai julkisomisteiset osakeyhtiöt ovat käytännön esimerkkejä hybridien olemuksesta, jossa yksikkö toimii yksityisen yrityksen tapaisesti ja pystyy päättämään julkista virastoa itsenäisemmin omasta toiminnastaan. Toisaalta hybridejä on pidetty julkisten organisaatioiden ja yksityisten yritysten sekamuotoina. Sosiaalisia päämääriä tavoittelevat yritykset ovat esimerkki tällaisesta yhdistelmästä (Koppell 2003, Ebrahim et al. 2014, Skelcher & Smith 2015).

Tässä hankkeessa terveydenhuollon innovaatioita ja julkisyksityisen vuorovaikutusta on tutkittu pääsääntöisesti lähellä asiakasrajapintaa. Tällöin huomio on kiinnittynyt ennen kaikkea ennakkoluulottomiin palvelumuotoiluratkaisuihin ja toimintaprosessien uudistamiseen (ks. Hämeenlinnan Kanavamalli), näyttöperusteisuuteen ja tiedolla johtamisen uudelleenkäytänteisiin (KYSin 15D-elämänlaatumittaristo ja sähköinen hyvinvointikertomus eli SHVK sekä potilaan omahoidon ja ennaltaehkäisevän terveydenhuollon järjestelmät, kuten Terveystalon Etydimalli ja Hämeenlinnan Minunterveyteni.fi -palvelu).



Kuvio 4. Tapaushankkeet innovaatioperustan ja -määrittelyn mukaan jäsennettynä.

NodeHealth-hankkeen yksittäiset tapaustutkimukset voidaan lopulta sijoittaa kuvion 4 mukaisesti sen perusteella, onko innovaation käyttöönotossa hyödynnetty jo olemassa olevaa mallia tai kokeilua vai onko se syntynyt vastauksena paikallisesti havaittuun muutostarpeeseen. Toinen ulottuvuus on se, kuinka innovaatio on otettu käyttöön, kenen aloitteesta se on käynnistetty ja kuinka organisaation eri tahot (ylin johto, keskijohto ja työntekijät) ovat siihen sitoutuneet. Tarkastelu-ulottuvuudet on luotu Borinsin (2014) esittämien jaotteluiden perusteella.

Hankkeessa tutkitut innovaatiot olivat käynnistyneet kahdella tavalla. Ne olivat joko osa organisaation strategiaan perustuvia toimia (Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiverkosto, SHVK, Diacor/Työterveys, Etydi/Terveystalo), strategiasta johdettuja (KYSin 15D-elämänlaatumittaus) tai yksittäisten aktiivisten henkilöiden toiminnan tuloksia (Hämeenlinnan kanavamalli). Tapaushaastatteluiden perusteella strategialähtöisten innovaatioiden

käynnistäminen ja koko organisaation sitouttaminen saattaa olla hitaampaa kuin yksilö- tai projektilähtöisessä (etenkin ulkopuolisella rahoituksella toteuttavat hankkeet) mutta niiden toimeenpano ja jatkuvuus ovat vakaammalla pohjalla. Strategialähtöiset innovaatiot ovat myös vähemmän haavoittuvaisia esim. henkilöstövaihdosten tai muiden yllättävien organisaatiomuutosten suhteen.

Vaikka suuri osa innovatiivisista kokeiluista oli johdon aloitteesta syntyneitä, otettiin henkilöstö, sidosryhmät ja eräissä tapauksissa (esim. Kanavamalli) myös asiakkaat mukaan innovaation suunnitteluun, muotoiluun ja toteutukseen. Sähköinen hyvinvointikertomus on esimerkki

Hanketyössä nopeus ei ole aina valttia. Hidas voi olla tehokasta. Hitaassa tehokkuudessa sidosryhmät oppivat vähitellen uuden toimintatavan ja juurruttavat sen omiin käytäntöihinsä projektityön loppuessa.

tiedolla johtamisen välineestä, jonka avulla päätöksentekijät saavat ajan tasalla olevaa tietoa kuntalaisten hyvinvoinnista. Hanke käynnistyi sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta, mutta myöhemmin sen koordinaation on ottanut vastuulleen Kuntaliitto ja FCG Finnish Consulting Group. Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS) puolestaan otti vuonna 2012 käyttöön Suomessa laajemminkin käyttöön levinneen 15D-vaikuttavuusmittarin. Suomessa validoitu 15D-mittari on kehitetty arvioimaan erityisesti aikuisväestön terveyteen liittyvää elämänlaatua. Mittarin tuottamia laatupainotettuja elinvuosia (QALY) käytetään terveydenhuollon taloudellisissa arvioissa vaikuttavuusmittarina. Tällainen vaikuttavuusinformaatio on hyvin käyttökelpoista, kun vertaillaan eri tavalla toteutettujen terveydenhuoltopalveluiden kokonaisvaikuttavuutta joko sellaisenaan tai yhdistettynä hoidon kustannuksiin.

Terveystalossa kehitetty Etydi-työkalu on esimerkki uudesta tavasta tuottaa potilastyötä tekeville terveydenhuollon ammattilaisille automaattisesti potilastietojärjestelmästä kerättyä ja koostettua tietoa heidän potilaistaan. Työkalun avulla hoidon toteutumista voidaan verrata hoitosuosituksen tavoitteisiin. Diacorin ratkaisumyyntikoulutus puolestaan laajentaa työterveyshoitajan ammatillista profilia kannustamalla työterveyshoitajia tarjoamaan asiakkailleen kokonaisvaltaisia työterveyden ratkaisuja yksittäisten toimenpiteiden sijasta. Ratkaisumyyntikonseptin uutuusarvo on siinä, että se tarjoaa työterveyshuollon ammattilaisille konkreettisen keinovalikoiman kommunikoida ennen kaikkea asiakasorganisaation ylätasoin johdon kanssa sekä systemaattiseen tavan luoda ja ylläpitää näitä kumppanuussuhteita.

Pakka-toimintaa tutkivassa tapaushankkeessa ilmeni, että kuntien päihdekoordinaattorien julkisyksityinen työ voi tuoda mukanaan uusia toimintatapoja kuten vahvempaa mediavaikeuttamista sekä neuvottelu- ja myyntitaitoja yksityisen sektorin toimijoiden suuntaan. Lisäksi työ edellyttää elinkeinonharjoittajien toimintalogiikoiden ymmärrystä ja kuntien päihdetyön sekä elinkeinonharjoittajien myyntityön tavoitteiden yhteensovittamista. Hankkeessa verkostoina tai ”mahdollistavina rakenteina” korostuivat tarjontatyöryhmät, joissa koulutuksia, mediakampanjoita ja yhteisiä tapahtumia suunnitellaan ja toteutetaan ravintoloiden, vähittäiskaupan, taksiyrittäjien, kuntien päihdetyöntekijöiden, oppilaitosten ja valvontaviranomaisten yhteistyönä.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiverkosto on hieno esimerkki pitkäjänteisestä kumppanuusajattelusta yhden maakunnan alueella. Verkosto perustettiin kokonaisvaltaisemman hyvinvoinnin edistämisen mahdollistamiseksi alueella. Hyvinvointikysymykset eivät koske ainoastaan sosiaali- ja terveyssektoria, vaan kansalaisten hyvinvointia tulee edistää hallinnonalarajat ylittävällä yhteistyöllä ja strategisella kehystämällä. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiverkosto koostuu lukuisista aliverkostoista, joihin on ohjelman voimassaoloaikana kuulunut useita kymmeniä organisaatioita. Kuntien ja kuntayhtymien lisäksi verkoston toimintaan on osallistunut kymmenittäin järjestöjä ja yhdistyksiä sekä yksityisiä yrityksiä. Yksittäisten hankkeiden synnyttämiä innovaatioita tarkastellaan lähemmin liiteosassa, josta löytyy tiivis kuvaus kustakin hankkeesta. Näiden lisäksi jokaisesta hankkeesta on tuotettu vielä laajempi raportti.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiverkoston toimintaa on määrittänyt yhteen puhaltamisen henki ja vahva epävirallisten verkostositeiden merkitys. Nämä kaksi asiaa ovat tärkeitä varsinkin kehittyvissä verkostoissa, joiden toimintamuoto ei ole (vielä) vakiintunut, ja joissa luottamus on institutionaalista sitouttamista tärkeämpää.

Suoritteiden mittaamisesta terveyshyötyjen todentamiseen

Porterilaisen health gain –pohjaisen ajattelutavan mukaan terveyshyötyjen tavoittelun pitäisi olla perustana tehtäessä muutoksia terveydenhuollon järjestämiseen ja toimintoihin. Terveyshyötynäkökulmaa voi pitää mullistavana paradigmaattisena uudistuksena tai innovaationa, jota vasten tarkasteltuna monet terveyttä edistävät rakenteelliset ja tekniset muutokset asettuvat uuteen valoon. Palvelujärjestelmäkeskustelussa on painottunut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen suhteen tasapainottamisen tarve ja suurten kokonaisuuk-

Toisilta toimialueilta peräisin olevien uudistusten trimmaaminen soveltavien ammattiryhmien kielelle on tärkeää. Muutoin tuloksena voi olla "vaunut, jotka kulkevat toisistaan irrallaan ja eri suuntiin". Yhtenä ulottuvuutena tähän liittyy terveydenhuollon ja liiketalouden periaatteiden yhdistäminen.

sien muodostaminen, mutta paljon vähemmälle huomiolle on jäänyt julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välinen suhde. Julkisen ja yksityisen sektorin rajapinta tiedonvälityksen, kirittämisen, vertailun, yhteistoiminnan ja kilpailun ulottuvuuksilla avaa uusia näkökulmia ja mahdollisuuksia yhdentyvillä eurooppalaisilla terveismarkkinoilla.

Jos terveyshyötyjä tavoiteltaessa julkisten ja yksityisten terveyspalvelujen toisiaan täydentävyyden potentiaali jätetään huomioitta, terveydenhuoltoon kohdenneet sijoitukset ovat voimavarojen tuhlausta. Julkisyksityinen toiminta terveydenhuollossa jää helposti katveeseen, koska sitä ei ole pidetty omana olemassaolon muotonaan. Julkisyksityistä toimintaa kuvaa hyvin labradorinnoutajan ja puudelin risteytys, labradoodle. Se on koirarotu, joka aiheuttaa vähän allergioita ja on tavattoman miellyttävä seurakoirana, mutta kärsii monista toiminnallisista vaikeuksista ja terveydellisistä ongelmista. Samaan tapaan kuntaomisteisiin

terveysyhtiöihin sovelletaan välillä julkisen sektorin sääntelyä, välillä yritysten toimintaa ohjaavaa säännöstöä. Vastaavasti julkisia organisaatioita palvelevat yritykset joutuvat sopeutumaan julkiselle sektorille ominaisiin avoimuuden ja yhteiskuntavastuun vaatimuksiin. Risteytettyjen hybridikoirien tavoin, myös järjestelmien sekamuodot vaativat erityisyytensä huomioimista, hellää hoitoa ja riittävää ymmärrystä toimiakseen kunnolla.

Viisto, väistö, vuorovaikutus

NodeHealth-hankkeessa julkisten toimijoiden ja yksityisten yritysten yhteistoiminnassa esiintyi vivahteiltaan erilaisia muotoja: viistoja, väistöjä ja vuorovaikutusta. Joissain tapauksissa julkinen ja yksityinen kohtasivat toisensa viistäen niin, että julkisen ja yksityisen välinen suhde jää piiloiseksi, vaikka sen mahdollinen hyöty on suuri. Leikkausten hintojen mahdollisimman selvä määrittely, leikkausten terveyshyötyjen arviointi sekä todettujen hyötyjen arviointi verrattuna hoitoprosessiin luovat hyvän lähtökohdan organisaation kehittämiseksi, mutta samalla se tuottaa juuri sitä informaatiota, jota voidaan käyttää julkisten ja yksityisten palveluiden vertailuun asiakkaan tehdessä hoitopäätöstään tai tilaajan arvioi-
dessa mahdollisia vaihtoehtoisia tuottajia. Saman tyyppisestä tilanteesta on kyse, kun innovaation kaupallistamista rajoittaa sen julkinen rahoitus. Joissain tapauksissa julkiset ja yksityiset palveluntuottajat väistävät toisiaan tietoisesti tai tiedostamattaan. Kun tiedetään, että olemassa olevien toimivaltarajojen ylittäminen tuottaa ristiriitoja, keskitytään vain omaan toimintaan kokonaisuuden hahmottamisen kustannuksella. Vastaavasti terveydenhuollon koulutus ei olennaisesti tue kaupallisen toiminnan lähtökohtia. Varsinainen vuorovaikutus voi toteutua yhteistyön tai kilpailun keinoin. Monimutkaisissa yhteistyöverkostoissa julkisesti selvästi ja pitkäaikaisesti määritellyt tavoitteet tuottavat projektirajoituksen hankintaan uskottavaa sitoutumista, johon voidaan helposti liittää lyhyemmällä tähtämellä toimivien yritysten hankkeita. Jossain tapauksissa on selvää, että selvästi määritelty työnjako julkisen ja yksityisen välillä helpottaisi yhteistyötä ja säästäisi voimavaroja.

5. Johtopäätökset ja kehittämissuosituksset

Malleja uusista terveyspalveluiden järjestyksistä voi hakea läheltä tai kaukaa. Julkisen ja yksityisen ymmärtäminen yhteiseksi kokonaisuudeksi muistuttaa erillisten sähköverkkojen yhdentymistä tai päällekkäisyyksien poistamista yhteisten voimavarojen käytön edistämiseksi. Julkisyksityinen toiminta yhdentää erillään olevia toisistaan irrallisia, toistensa ohi puhelevia sektoreita ja osaltaan se poistaa niitä päällekkäisyyksiä, joita erillisissä julkisissa ja yksityisissä terveyspalveluissa on ennestään ollut olemassa. Tämä edellyttää myös ajattelutavan muutosta, vaikka jokainen voi hyvin ymmärtää, että julkiset ja yksityiset palvelut ovat saman terveyspalvelujärjestelmän kokonaisuuden osia, vaikka niillä on eroavaisuuksia organisaatiomuodoissa, toimintatavoissa ja päämäärissä. Jo nykyisessä terveyspalveluiden kentässä terveyspalvelujärjestelmän sääntelyn muutos lisää potilaan valinnanmahdollisuuksia ja tuottaa kilpailua ja yhteistyötä sekä julkisten tuottajien välillä että julkisten ja yksityisten tuottajien välillä.

Terveysteen liittyvä sääntelyn muutos tuottaa yksityisiä järjestelyitä, mutta seuraavassa vaiheessa ne asettuvat julkisyksityisen yhteistoiminnan muodoiksi, joissa on läsnä yhtäaikaan sekä julkisia että yksityisiä piirteitä. Käytännössä voidaan löytää yleistä etua palvelevia toiminnan tapoja tai syriä siihen kuulumatonta toimintaa. Voidaan ehkä jopa kysyä jääkö julkisyksityisen yhteistoiminnan ohella jäljelle enää puhtaasti yksityistä tai julkista terveyspalveluiden tuotantoa?

Julkisyksityistä yhteistyötä terveydenhuollossa on jo nykyisellään paljon olemassa. Sitä ei kuitenkaan ole jäsennetty käsitteelliseen muotoon, mistä johtuen se on näkymätöntä. Julkisyksityisen yhteistyön käytännössä olemassa olevat muodot on tärkeä ymmärtää ja tehdä näkyväksi. Erityisen tärkeää tämä on siksi, että julkisen ja yksityisen kanssakäyminen tulee väistämättä lisääntymään. Tulevaisuudessa liikutaan vielä askel tai kaksi pidemmälle. Se tarkoittaa uudenlaisia julkisyksityisiä hybridisiä toimintamuotoja, joissa julkinen ja yksityinen ovat uppoutuneet toisiinsa, sulautuneet uudeksi omalakisiksi olomuodokseen, joka ei enää ole pilkottavissa alkuperäisiin osiinsa: erilliseksi julkiseksi ja yksityiseksi.

Tulevaisuuden muutosten perusteella sekä julkisen että yksityisen oma itsellinen merkitys vähentyy ja julkisyksityisen yhteistoiminnan muodot valtaavat enemmän toimintatilaa.

Potilaan kannalta ei ensisijaisesti ole väliä kuka palvelun tuottaa, mutta hoitoprosessin linjakkuus edellyttää silti myös tiedonkulun sujuvuutta hoitajakson eri vaiheissa. Lääkärin kannalta työ voi olla asiantuntijatyötä voitontavoittelun ja julkisen tavoitteiden välillä. Tulevaisuuden osalta näyttää siltä, että julkisen ja yksityisen palvelutuotannon lisäksi syntyy kolmas muoto. Siinä julkinen ja yksityinen yhdentyvät sekamuodoiksi tai hybrideiksi, jotka yhdistävät julkisia ja yksityisiä piirteitä omalakisiksi kokonaisuuksiksi. Hybridit eivät enää ole palautettavissa tai pilkkottavissa julkiseen ja yksityiseen vaan ovat omia itsellisiä entiteettejään. Jo julkisten ja yksityisten toimijoiden samanaikainen olemassaolo tai läsnäolo yhteisesti jaetuilla toiminnan kentillä tai erilaisissa tiloissa vaikuttaa puolin ja toisin niiden toimintaan. Vaikka varsinaista yhteistoiminnallista ulottuvuutta toimijoiden välillä ei olisikaan, ne tavalla tai toisella tunnistavat ja haastavat toisensa näkyvällä tai näkymättömällä tavalla. Seuraavaan taulukkoon on koottu vielä hankkeen perusteella esiin nousseet julkisyksityisen terveydenhuoltojärjestelmän lähivuosien keskeisimmät kehittämishaasteet.

Havainto	Aineistolähde	Kehittämissuositus	Ensisijainen toteutusvastuu
Terveyspalveluita koskeva yksityiskohtainen lainsäädäntö ja jämähtäneet toimintamallit hidastavat innovaatioiden syntyä ja uusien toimijoiden mukaan ottamista.	Meta-analyysi haastatteluista ja tapaustutkimuksista	Terveydenhuollon normiohjausta tulisi keventää ja käynnistää ennakkoluulottomia julkisyksityisiä terveyspalvelukokeiluja. Huomiota tulisi kiinnittää julkisen ja yksityisen täydentävyyteen, keskinäisiin rooleihin määrätyillä alueilla, yhteistyöhön, kannustamiseen ja kumppanuuteen. Uusia julkisyksityisen malleja tulisi aluksi käynnistää kokeiluina ja ottaa myöhemmin toimiviksi ja vaikuttaviksi osoittautuvia muotoja osaksi uutta sote-ratkaisua.	Hallitus, eduskunta, itsehallintoalueet
Terveydenhuollon innovaatioiden näkökulmasta nykyinen monikanavainen rahoitusjärjestelmä synnyttää päällekkäisiä rakenteita ja tehottomuutta eikä kannusta uutta luoviin kokeiluihin.	Meta-analyysi haastatteluista ja tapaustutkimuksista	Järjestelmää tulisi kehittää Ruotsin mallia soveltuvin osin mukaillen suomalaisiksi malliksi hyödyntäen ”raha seuraa potilasta” –periaatetta. Tämä lisää terveyspalveluiden valinnanmahdollisuutta ja tasapuolisuutta sekä kannustaa terveyspalveluiden tarjoajia kehittämään toimintansa laatua ja kustannustehokkuutta.	Hallitus, eduskunta
Tässä tutkimuksessa esitellyt näyttöperusteiset kokeilut antavat empiiristä tietopohjaa päätöksentekijöille ja tukevat potilaan aktiivista omahoitoa.	Sähköinen hyvinvointikertomus, Kanavamalli, Etydi tapaustutkimuksina	Päätöksentekijöiden tulisi nykyistä enemmän ja monipuolisemmin hyödyntää asiantuntijatietoa (esim. tutkimukset ja selvitykset) sekä käytettävissä olevaa tilastotietoa. Hanketoiminnassa näyttöperusteisuutta voisi vahvistaa esim. rahoituksen saamisen edellytyksenä.	Itsehallintoalueet, kunnat, sosiaali- ja terveysministeriö, terveyspalvelujen tuottajat
Innovatiivisten kokeilujen levittäminen vaatii sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten keskinäistä verkostoitumista yli ammatti-, organisaatio- ja kuntarajojen. Lisäksi julkisyksityinen yhteistyö vaatii sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta uudenlaista asiantuntemusta esim. eri toimintalogiikoiden ja tavoitteiden yhteensovittamisessa.	Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiverkoston haastattelut, Pakka-tapaustutkimus, Sähköinen hyvinvointikertomus, ratkaisumyyntiä koskeva tapaustutkimus, 15D-tapaustutkimus	Uutta digitaalista ja kasvokkain tapahtuvaa yhteistyötä tulee koordinoida ja tukea. Ammatillisen osaamisen käsityksen tulee laajentua ja kattaa erityyppisen julkisyksityisen toiminnan tarvitsemia verkostoitumis- ja yhteistyötaitoja sekä yliammatillisia osaamisalueita (esim. talous- ja liiketoimintaosaaminen).	Tutkimus- ja asiantuntijalaitokset, julkiset ja yksityiset palveluntuottajat, ammattijärjestöt sekä alan osaamista kehittävä ja ylläpitävät oppilaitokset.

Havainto	Aineistolähde	Kehittämissuositus	Ensisijainen toteutusvastuu
Innovaatiivisten kokeilujen juurruttaminen ja levittäminen ovat tämän tutkimuksen perusteella jääneet puutteellisiksi. Syynä tähän ovat mm. erillisprojektit, jotka eivät välttämättä kytkeydy kokeiluja toteuttavien (emo)organisaatioiden muuhun kehittämiseen.	Meta-analyysi haastatteluista ja tapaustutkimuksista	Organisaatioissa tulisi selvittää uusien toimintamallien levittämisen kohderyhmien tarpeet, tukea käyttöönottoa tarpeiden pohjalta, vakiinnuttaa uusi toimintamalli osaksi organisaation, yksiköiden ja/tai ammattiryhmien käytäntöjä sekä arvioida systemaattisesti uuden toimintamallin toimivuutta ja hyötyjä. Kehittämisrahoitusta tulisi suunnata myös hankkeessa synnytettyjen innovaatioiden levittämiseen uusien pilottien sijaan. Mallien tuotteistamiseen on panostettava nykyistä enemmän.	Terveyspalvelujen tuottajat, kunnat, rahoittajat (kansalliset, alueelliset ja EU-osarahoitteiset ohjelmat)
Innovaatioiden käyttöönottoa ja hyödyntämistä edistäviä tai ehkäiseviä tekijöitä terveydenhuollon organisaatioissa ovat mm. <ul style="list-style-type: none"> - organisaation prosessit ja työnjako sekä kehittämis- ja palkitsemiskäytännöt, - muutoksenhallinta ja uudistamisen ajankohta, - perustehtävän tekemiseen liittyvät tekijät kuten vastuut ja työn rytmi, - ammattikunnan vakiintuneet toimintakäytännöt ja ammatitieteiset periaatteet sekä - asiakkaaseen tai potilaaseen liittyvät erityispiirteet. 	Ratkaisumyyntiä koskeva tapaustutkimus, 15D-tapaustutkimus	Innovaation käyttöönottajien osalta tulisi varmistaa riittävä osaaminen, motivaatio ja heidän mahdollisuutensa hyödyntää innovaatiota perustyössä sekä tarvittaessa velvoittaa heitä käyttöönottoon. Ammattikuntien sisällä, tiimeissä ja organisaatioissa voidaan yhdessä kokeilla, kehitellä, arvioida ja vakiinnuttaa uutta toimintatapaa käyttöönoton ja juurtumisprosessin eri vaiheissa. Samalla on hyödyllistä arvioida uuden toimintamallin käyttöönottoa edistäviä ja estäviä tekijöitä.	Terveyspalvelujen tuottajat, itsehallintoalueet, kunnat
Tiedolla johtamisen käytännöt voivat vaihdella eri erikoisaloilla, organisaatioiden eri yksiköissä ja ammattiryhmien kesken.	Ratkaisumyyntiä koskeva tapaustutkimus, 15D-tapaustutkimus, SHVK-tapaustutkimus	Tiedolla johtamisen käytäntöjä on kehitettävä terveydenhuollon perusyksiköissä samoin kuin kunnissa sekä uusilla itsehallinto- ja sote-alueilla. Kehittämistyöhön on tärkeä osallistaa eri yksiköiden, erikoisalojen ja ammattiryhmien edustajia kehittämistyön kaikissa vaiheissa.	Terveyspalvelujen tuottajat, itsehallintoalueet, kunnat

Havainto	Aineistolähde	Kehittämissuositus	Ensisijainen toteutusvastuu
<p>Innovatiivisten kokeilujen ja uudistusten juurruttaminen ja levittäminen on monivaiheinen ja pitkäkestoinen prosessi. Osa muutoksen elementeistä liikkuu nopeammin, osa hitaammin. Esimerkiksi organisatoriset muutokset ja päätökset muutoksista ovat nopeita, kun taas ammatilliset toimintatavat ja organisaatiokulttuuri muuttuvat hitaammin.</p>	<p>Ratkaisumyyntiä koskeva tapaustutkimus, 15D-tapaustutkimus, Hämeenlinnan kanavamalli-tapaustutkimus</p>	<p>Innovaatioita käyttöönottavissa organisaatioissa tulee kiinnittää huomioita erilaisiin rooleihin käyttöönoton eri vaiheissa. Organisaatioissa tarvitaan innovaatioiden esitaistelijoita ja puolestapuhujia. Innovaatioiden omaksumisen edistäminen ei välttämättä katso henkilön organisatorista asemaa. Ututta toimintatapaa ei voi yksityiskohdissaan määritellä ennakolta, vaan toimintatapaa tarkentuu, todentuu ja muuntuu juurtumisprosessin osana ja osana organisaation ja toimintaympäristön muita muutoksia.</p>	<p>Terveyspalvelujen tuottajat, itsehallintoalueet, kunnat</p>
<p>Toimintaympäristön muutokset asettavat ennakoimattomia ja hallitsemattomia reunaehdoja, rajoitteita, hidasteita ja esteitä, jotka voivat pysäyttää ja kaataa vaikuttavan ja toimivankin uudistuksen. Toisaalta toimintaympäristössä on myös edisteitä ja mahdollisuuksia uusien toimintatapojen omaksumiselle ja leviämiselle.</p>	<p>Meta-analyysi haastatteluista ja tapaustutkimuksista</p>	<p>Toimintaympäristön muutosten tarjoamat mahdollisuudet ja sen aiheuttamat rajoitteet on hyvä pyrkiä ennakoimaan systemaattisilla analyyseillä (esim. skenaariotekniikat, Peste-analyysi ja SWOT-analyysi). Odottamattomien muutosten ja niiden vaikutusten hyödyntämistä ja hallintaa varten tulee aikatauluihin ja suunnitelmiin jättää riittävä yllättävien tekijöiden joustovara toiminnan tarpeenmukaisen uudelleensuuntaamisen mahdollistamiseksi.</p>	<p>Kehittäjät, rahoittajat, päättäjät</p>

Lähteet

- Anttiroiko, A-V. (2000). Strateginen tietojohdaminen kunnallishallinnossa. *Hallinnon Tutkimus*, 19(1), 19-32.
- Anttiroiko, V-A. (2009). Innovaatio muutoksen lähteenä. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 37(3), 276-295.
- Bessant, J. & Tidd, J. (2011). *Innovation and entrepreneurship*. Chichester: Wiley & Sons.
- Borins, S. (2014). *The persistence of innovation in government*. Washington: Brookings Institution Press.
- Davenport, T. & Prusak, L. (1998). *Working knowledge: How organizations manage what they know*. Cambridge: Harvard Business School Press.
- Eccles, Robert G. (1985). *The transfer pricing problem: A theory for practice*. Lexington: Lexington Books.
- Ebrahim, A., Battilana, J., & Mair, J. (2014). The governance of social enterprises: Mission drift and accountability challenges in hybrid organizations. *Research in Organizational Behavior*. 34, 81-100.
- Eisenhardt, K.M. & Bird Schoonhoven, C. (1996). Resource-based view of strategic alliance formation: Strategic and social effects in entrepreneurial firms. *Organization Science*, 7(2): 136-150.
- Feldman, M. & Pentland, B. (2003). Reconceptualizing organizational routines as a source of flexibility and change. *Administrative Science Quarterly*, 48(1), 94-118.
- Fligstein, N. (1985). The spread of the multidivisional form among large firms, 1919-1979. *American Sociological Review* 50(3), 377-91.
- Gloat, M. & Terziovski, M. (2004). Exploring the relationship between knowledge management practices and innovation performances. *Journal of Manufacturing Technology Management* 15(5), 402-409.
- Godenhjelm, S. & Johanson, J-E. (2016). The effect of stakeholder inclusion on public sector project innovation. *International Review of Administrative Sciences*. 84(3).
- Gore, C. & Gore, E. (1999). Knowledge management: The way forward. *Total Quality Management* 10(4), 554-560.
- Granovetter, M. (1985). Economic action and social structure: The problem of embeddedness. *The American Journal of Sociology*, 91(3), 481-510.

- Jarillo, J.C. (1988). On strategic networks. *Strategic Management Journal* 9(1), 31-41.
- Hakanen, M. & Heinonen, U. & Sipilä, P. (2007). *Verkostojen strategiat*. Helsinki: Edita.
- Harkema, S. (2003). A complex perspective on learning within innovation projects. *The Learning Organization* 10(6), 340-346.
- Hintsala, R. (2011). Hyvä hallinto ja uusi julkisjohtaminen kunnallisen tietojohdamisen lähtökohtina. Vaasa: *Acta Wasaensia* no 247.
- Hämäläinen, H. & Jäppinen, T. & Kivisaari S. (2011). Mihin innovaatioita tarvitaan sosiaali- ja terveysalalla? *Yhteiskuntapolitiikka*, 76(2), 219-226.
- Jalonen, H. & Laihonen, H. & Lönnqvist, A. (2012). Tietojohdaminen osaksi kunnan strategista johtamista. *Hallinnon Tutkimus*, 31(2), 138-147.
- Johanson J-E. & Smedlund A. (2015). Verkostoanalyysi. Teoksessa Eriksson K. (toim.). *Verkostot yhteiskuntatutkimuksessa*. Helsinki: Gaudeamus, 234-249.
- Jääskeläinen, A., Lönnqvist, A. (2011). Public service productivity: how to capture outputs? *International Journal of Public Sector Management*, 24(4), 289-302.
- Jääskeläinen, A. & Lönnqvist, A. (2009). Designing operative productivity measures in public services. *VINE: The Journal of Information and Knowledge Management Systems*, 38(1), 55-67.
- Kernick, D. (2004). *Complexity and health care organization. A view from the street*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Koivula, P. (2008). Johtaminen ja IT:n mahdollisuudet. Survey-tutkimus julkishallinnon johtajien käyttämistä IT:n mahdollisuuksista vuosina 1992 ja 2006. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kokkinen, L. & Kivisaari, S. & Saari, E. & Lehto, J. (2011). Top-Down ja Bottom-Up: Huomioita systeemisten innovaatioiden johtamisesta julkisessa terveydenhuollossa. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja*, 39(4), 374-385 .
- Koppell, J. (2003). *The Politics of quasi-government: Hybrid organizations and the control of public policy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Laihonen, H. (2009). *Terveysjärjestelmän johtamisen tietovirrat*. Tampere: Tampereen teknillinen yliopisto, Julkaisu 824.
- Laitinen, I. (2009). *Tietoperustainen johtaminen – Case Helsinki*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, Acta nro 216.

Lönnqvist, A. & Laihonen, H. (2012). Welfare service system productivity: The concept and its application. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 61(2), 128-141.

Luhmann, N. (1979). *Trust and power*. Chichester: John Wiley.

Luhmann, N. (1988). Familiarity, confidence, trust: Problems and alternatives. Teoksessa Gambetta, D. (toim.). *Trust: making and breaking of cooperative relations*. Oxford: Blackwell, 94-107.

McAdam, R. & Reid, R. (2000). A comparison of public and private sector perceptions and use of knowledge management. *Journal of European Industrial Training*, 24(6), 317-29.

Nordin, P. & Jalonen, H. (2015). Hyvinvointiverkosto institutionaalisena yrittäjyytenä: Taupaustutkimus Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelman toteuttajaverkostosta. *Hallinnon tutkimus*, 34(2), 123-142.

Podolny, J.M. & Page, K. (1998). Network forms of organization. *Annual Review of Sociology*, 24(1), 57-77.

Powell, W.W. (1990). Neither market nor hierarchy: Network forms of organization. *Research in Organizational Behavior* 12, 295-336.

Provan, K. & Milward, B. (2001). Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks. *Public Administration Review*, 61(4), 414-424.

Provan, K. & Lemaire, R. (2012). Core concepts and key ideas for understanding public sector organizational networks: Using research to inform scholarship and practice. *Public Administration Review*, 72(5), 638-648.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.

Saranummi, N. & Kivisaari, S. & Väyrynen, E. & Hyppö, H. (2005). *Terveystuhoituksen uudistaminen: Systemiset innovaatiot ja asiantuntijapalvelut muutoksen ajureina*. Helsinki: TEKES Teknologia katsaus 180/2005.

Serola, S. (2009). *Kaupunkisuunnittelijoiden työtehtävät, tiedontarpeet ja tiedonhankinta*. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 1384.

Skelcher, C. & Smith, S. (2015). Theorizing hybridity: Institutional logics, complex organizations, and actor identities: The case of nonprofits. *Public Administration*, 93(2), 433-448.

Sotarauta, M. (1996). Kohti epäselvyyden hallintaa - Pehmeä strategia 2000-luvun alun suunnittelun lähtökohtana. *Acta Futura Fennica No 6*. Jyväskylä: Tulevaisuuden tutkimuksen seura.

Sotarauta, M. (2009). Strateginen innovaatiojohtaminen kunnassa. Teoksessa Haveri, A. & Majoinen, K. & Jäntti, A. (toim.) Haastava kuntajohtaminen. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 56-70.

Stenvall, J. & Syväjärvi, A. (2006). Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä. Helsinki: Valtiovarainministeriön tutkimuksia ja selvityksiä, 3/2006.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2015). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja itsehallintoalueiden perustamisen sekä aluehallintouudistuksen valmistelu - Selvityshenkilöhanke. Raportteja ja muistioita 2015:36. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tiihonen, P. & Tiihonen, S. (1990). Keskitetyn suunnittelun nousu ja tuho. Jäähvyäiset alitavalle pysähtyneisyyden ajan suunnittelulle. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Toivanen, M. (2006). Sähköisten asiointipalvelujen kehittäminen kunnissa. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 1156.

Valovirta, V. & Hyvönen, J. (2009). Julkisen sektorin innovaatiot ja innovaatiotoiminta. Helsinki: Sektoritutkimuksen neuvottelukunta.

Valtioneuvoston kanslia (2015a). Valtioneuvoston tiedonanto eduskunnalle 29.5.2015 nimittetyn pääministeri Juha Sipilän hallituksen ohjelmasta.

Valtioneuvoston kanslia (2015b). Toimintasuunnitelma strategisen hallitusohjelman kärkihankkeiden ja reformien toimeenpanemiseksi. Hallituksen julkaisusarja. Helsinki: 13/2015. Valtioneuvoston kanslia.

Wiig, K. (2002). Knowledge management in public administration. *Journal of Knowledge Management* 6(3), 224-39.

LIITE: TAPAUSTUTKIMUKSET

Hanke:	Hämeenlinnan kanavamalli
Tarkasteluajanjakso:	2009-2015
Vastuututkija(t):	Patrik Nordin, Petri Uusikylä, Inka Koskela
Aineistot:	Teemahaastattelut (10 kpl), kuulemistilaisuus Hämeenlinnassa, kehittämisseminaari, VTT:n evaluaatioraportti
Tarkastelukulma:	Perusterveydenhuollon organisaatio ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä
Innovaatiotyyppi/-tyypit:	Tuote-, palvelu-, prosessi-innovaatio, hallinnollinen ja paradigma
Laajempi raportti:	Löytyy osoitteesta: www.uta.fi/jkk/synergos/palvelututkimus/projektit/nodehealth.html

Tarve innovaatiolle

Hämeenlinnan kaupunki ryhtyi ennakkoluulottomasti uudistamaan perusterveydenhoitoa vuonna 2009. Pyrkimyksenä oli löytää uusia ratkaisuja jo pidempään jatkuneisiin ongelmiin kuten perusterveyspalveluiden saatavuuteen, terveydenhuollon kustannusten kasvuun ja hoidon vaikuttavuuteen. Kehittämishankkeen tavoitteena oli rakentaa malli, jossa sekä palveluiden saatavuus että hoidon tulokset paranisivat kustannusten pysyessä entisellään tai peräti samanaikaisesti alentuen. Mallin konkreettisena tavoitteena oli (1) tarjota joustavasti, laadukkaasti ja turvallisesti palveluita tilapäisille asiakkaille, (2) tarjota kokonaisvaltaisia, ennakoituja ja suunnitelmallisia palveluita korkean riskin pitkäaikaishoitoa tarvitseville potilaille, jotta hoidon tulokset paranisivat, (3) saada resurssitarve hallintaan kansansairauksien ja hoidontarpeen kasvusta huolimatta ja parantaa samalla tuottavuutta ja vaikuttavuutta ns. triple aim –ajattelun pohjalta, (4) parantaa asiakastyytyväisyyttä sekä (5) henkilöstön työviihtyvyyttä.

Lähtökohdaksi uudelle toimintamallille otettiin asiakaslähtöisyys ja asiakkaan tarpeiden huomioiminen lääkäriauktoriteetin sijaan. Lisäksi tavoitteena oli terveyspalveluiden joustavuuden lisääminen, jotta terveyspalvelujen käyttäjät eivät joutuisi enää itse etsimään tarvitsemaansa palvelua usealta eri ”luukulta”. Asiakkaan palvelu usean eri palvelukanavan kautta oli ongelmallista myös siitä syystä, että potilaan tiedot eivät välttämättä seuranneet potilaan mukana hoidon edetessä. Uusi toimintamalli tarkoittikin täydellistä asennemuutosta sekä terveydenhuollon ammattilaisille että asiakkaille, koska asiakas pääsi nyt itse määrittämään hyvin pitkälle hoidon tavoitteet terveydenhuollon ammattilaisen sijaan. Uudessa mallissa asiakkaalle annetaan lisää vastuuta oman hoitonsa päätöksenteosta ja lääkärikunnan ja hoitohenkilöstön tehtävänä on tukea asiakkaan omahoitoa ja samalla voimaannuttaa asiakasta antamalla tälle omistusoikeus omiin tietoihinsa ja siten vapaamman pääsyn omiin hoitotuloksiin ja kokonaisvaltaiseen lääkärykseen.

Mitä tehtiin?

Kanavamallissa perusterveydenhuollon asiakkaat on jaettu kahteen palvelukanavaan eli ns. episodikanavaan ja terveyshyötykanavaan. Näistä ensin mainittuun kuuluvat asiakkaat, joiden terveyspalveluiden tarve on satunnaista ja suurella todennäköisyydellä kertaluontoista. Arvion mukaan n. 95 % kaikista terveyspalveluiden käyttäjistä kuuluu episodikanavan piiriin. Terveyshyötykanavaan pyrittiin ohjaamaan niitä asiakkaita, jotka käyttävät suurimman osan terveydenhuollon resursseista. He ovat usein monisairaita ihmisiä, jotka tarvitsevat säännöllistä hoitoa ja heitä on arviolta n. 5 % kaikista asiakkaista. Kanavamallin avulla pyrittiinkin ennen kaikkea vastaamaan asiakkaiden erilaisiin tarpeisiin resurssien tehokkaammalla kohdistamisella. Terveyshyötypalveluissa asiakas laatii hoitosuunnitelman yhdessä hoitovastaavan kanssa ja tätä suunnitelmaa on tarkoitus seurata säännöllisesti.

Ohjautukseen Terveyshyötykanavaan asiakkaan tulee täyttää asetetut kriteerit: epätasapainossa oleva kansansairaus tai suuri riskiprofiili, joka arvioidaan tiettyjen mittareiden poikkeamana. Terveyshyöty asiakkaiden odotettavissa oleva keski-ikä tulisi olla yli kymmenen vuotta ja heidän tulee olla vähintään 16-vuotiaita Terveyspalveluiden asiakkaita. Episodi-asiakas puolestaan pyritään hoitamaan nopeasti ja kevyellä interventiolla. Keskeistä on potilaalle tarjottavat monimuotoiset omahoidon tukikeinot. Tämän mahdollistaa hoitotiimien käytössä olevat ajantasaiset tiedot asiakkaasta. Tämä potilaskohtainen tieto antaa tukea päätöksenteolle. Kokonaishoidon onnistuneisuus riippuu lopulta siitä, onko toimenpiteisiin mahdollista kohdistaa riittävä määrä resursseja korkealaatuisen hoidon toteuttamiseksi. Mallin tavoitteena on siis tuottaa asiakkaalle mittavaa terveyshyötyä potilaan voimaantumisen, kasvavan omavastuun ja motivoituneen hoitotiimin välisen yhteistyön avulla. Kanavamallin käyttöönoton myötä käytettävissä oleva palveluvalikoima on kasvanut huomattavasti.

Mitä innovatiivista hanke synnytti?

Innovaatiot voidaan jakaa karkeasti neljään eri kategoriaan: tuote- tai palveluinnovaatio, prosessi-innovaatio, hallinnollinen innovaatio ja paradigmmainnovaatio. Kanavamallista on löydettävissä nämä kaikki neljä eri innovaatiotyyppiä.

Taulukko 1. Innovaatiotyyppien ilmeneminen kanavamallissa

Innovaatiotyyppi	Ilmeneminen kanavamallissa
Tuote- tai palveluinnovaatio	- Palvelukanavat (episodi tai terveyshyöty) - Sähköiset omahoitopalvelut
Prosessi-innovaatio	- Asiakaslähtöisyys ja hoidon räätälöinti (ulkoinen) - Organisaatorien prosessien tehostaminen (sisäinen)
Hallinnollinen innovaatio	- Moniammatilliset hoitotiimit ja triangelimainen vuoropuhelu eri henkilöstöryhmien välillä
Paradigmmainnovaatio	- Kokonaisvaltainen muutos perusterveydenhuollon roolissa sairauksien parantamisesta terveyden edistämiseen

Mitkä tekijät vaikuttivat innovaatioiden syntyyn?

Yksi keskeisimmistä muutoksista on ollut johtamiskäytäntöjen muuttuminen hierarkioiden vähentyessä. Tämä näkyy positiivisena muutoksena erityisesti hoitoprosesseissa, joissa nykymallissa jokaiselle asiakkaalle on nimetty vastuuhenkilö. Omahoitaja tai -lääkäri on vastuussa potilaan hoitokokonaisuudesta yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa. Tällöin toiminnan keskiössä on asiakas ja yhdessä laadittu hoitosuunnitelma ohjaa pitkäjänteisesti toimintaa. Tämä on johtanut myös lääkärin ja asiakkaan välisen hoitosuhteen uudelleenmäärittymiseen, koska asiakkaan näkemykselle annetaan uudessa konsultaatiomenettelyssä enemmän painoarvoa. Tämä on tarkoittanut myös protokollien muuttamista uusien toimintatapojen mukana, kun hoitoa ja neuvontaa voidaan antaa myös verkossa vastaanoton ulkopuolella erityisesti episodiasiakkaille. Tämän seurauksena monisairaille terveyshyötyasiakkaille löydetään enemmän aikaa.

Innovaation jatkokehittäminen ja levittäminen

Kanavamallin jatkokehittämisen, kunnollisen juurruttamisen ja levittämisen kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että synnytetty innovaatio mallinnetaan ja tuotteistetaan kunnolla. Samalla on analysoitava kriittiset kontekstuaaliset tekijät, eli historialliset, alueelliset ja toiminnalliset muuttujat, jotka vaikuttivat toimintamallin onnistuneeseen käyttöönottoon. Samaan aikaan organisaation sisäinen viestintä mallin tuloksista on tärkeää etenkin tilanteessa, jossa mallin kehittäjät ja hankkeen tulisielut ovat siirtyneet muihin tehtäviin tai toisten organisaatioiden palvelukseen. Mallin jatkokehittämisessä on otettava huomioon kehittämishankkeen kokonaissykli. Tällä tarkoitamme uudistushankkeen ja jatkokehittämisen pilkkomista selkeisiin erilliskokonaisuuksiin. Näiden kehittämisvaiheiden välille on varattava riittävästi suvantovaiheita, jotta organisaatio ja henkilöstö saavat aikaa sulatella muutoksia ja toimeenpanna uudistukset.

Väestön ikääntyminen ja jatkossa eläköityvien henkilöiden ICT-valmiuksien lisääntyminen tukevat kanavamallin ja etenkin episodikanavan käyttöönottoa ja kehittämistä. Tämän varmistamiseksi kunnan on kuitenkin huolehdittava mallin jatkokehittämisestä ja käyttäjien neuvontapalveluiden organisoinnista. Jatkossa on todennäköistä, että moniammatillista osaamista vaativat terveyshyötypalvelut keskittyvät muutamille terveysasemille ja, että satelliittiasemista tulee episodikanavan myötä esim. kirjastojen yhteydessä toimivia ns. kylmäasemia, jotka lähtökohtaisesti perustuvat potilaan omahoitoon.

Tutkijaryhmän oivallus:

Terveyshyödyn tuottaminen terveydenhuollon toiminnan lähtökohdaksi ja tavoitteen ytimeen, niin sairauden hoidon sijasta keskitytään terveyden edistämiseen. Kuntalaisen vastuun lisääminen omasta terveydestään ja palveluiden räätälöinti niin, että vähäiset kertaluonteiset terveysongelmat hoidetaan nopeasti ja kevyesti, kun taas monista terveysongelmista kärsivät saavat räätälöityä palvelua ja raskaampaa hoitoa. Kaikki voittavat.

Hanke:	Asiakasmyyntikonseptin käyttöönotto
Tarkasteluajanjakso:	2013-2015
Vastuututkija(t):	Inka Koskela, Lea Henriksson, Tiina Vihtonen
Aineistot:	Työterveyshoitajien teemahaastattelut ennen-jälkeen asetelmassa (10/8 kpl), taloudelliset tunnusluvut (2011-2014), keskustelut kehittämistoiminnasta vastaavien henkilöiden kanssa, palautetilaisuus organisaatiossa helmikuussa ja lokakuussa 2015
Tarkastelukulma:	Työterveyshoitajien työn näkökulma
Innovaatiotyyppi/-tyypit:	Tuote-, palvelu-, prosessi-innovaatio, hallinnollinen ja paradigma
Laajempi raportti:	Löytyy osoitteesta: www.uta.fi/jkk/synergos/palvelututkimus/projektit/nodehealth.html

Tarve innovaatiolle

Työterveyshuollon vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden kannalta erityisen keskeistä on, miten pystytään vastaamaan asiakasyritysten tarpeisiin ja palvelujen kysyntään nopeasti muuttuvan työelämän tahdissa. Työelämän uudistusten mukanaan tuomien muutosten tunnistaminen tulee johtaa myös asiakkuussuhteiden uudelleenahmottamiseen työterveydenhuollon ratkaisujen kehittämisessä, niiden markkinoinnissa sekä kilpailukykyisen palvelutoiminnan ylläpitämisessä. Työterveyshuollon näkökulmasta asiakasyritysten tarpeet ovat eriytyneet ja ne voivat muuttua nopeastikin, jolloin yhdenmukainen palvelukonsepti työterveyshuollon perusratkaisuna ei enää toimi. Tarvitaan joustavia, dynaamisia ja ei-standardimuotoisia ja muunneltavissa olevia työterveyshuollon menetelmiä, prosesseja ja välineitä.

Toimintaympäristössä tapahtuviin muutoksiin reagoidakseen kehittämistyön kohteena olevassa yksityisessä työterveyshuolto-organisaatiossa otettiin käyttöön uusi työtapa, konsultoiva ratkaisumyynti. Ratkaisumyyntikonseptin taustaideologian mukaisesti palvelumyynnin lähtökohtana on tarjota asiakkaalle sellaista kokonaisvaltaista hyötyä ja arvoa, jota asiakas ei muualta saa. Tämä edellyttää, että ammattilainen tuntee asiakkaan (liike)toiminnan, tavoitteet ja ydinprosessit riittävän syvällisesti ja pystyy ideoimaan ratkaisuja asiakkaan tarpeista käsin. Perinteiseen palvelumyyntiin verrattuna ratkaisumyynnissä ammattilaisen ja asiakkaan välinen suhde perustuu entistä aktiivisemmalle ja tiiviimmälle kanssakäymiselle, joka parhaimmillaan on vastavuoroista. Ideaalitapauksessa konsultoivan ratkaisumyynnin avulla voidaan aikaansaada sellainen työterveyshuollon toimintaprosessien muutos, jossa neljä keskeistä osapuolta (asiakasyritys, henkilöasiakkaat, työterveyspalvelun tuottaja ja työterveyshuollon ammattilaiset) voittavat ("4winwin – malli").

Mitä tehtiin?

Päätös kehittämishankkeen aloittamisesta tehtiin ylimmän johdon aloitteesta, joka myös vastasi hankkeen etenemisestä. Kehittämistoiminnan yhdeksi keskeiseksi toimijaksi rekrytoitiin talon ulkopuolinen konsultti, joka koulutti ja ohjasi työterveyshuollon ammattilaisia ja asiantuntijoita ratkaisumyyntikonseptin käyttöönotossa. Ensimmäisessä vaiheessa uuden työotteen käyttöön koulutettiin kaikki organisaation työterveyshoitajat ja toisessa vaiheessa hieman muunneltuun koulutukseen osallistuivat muut ammattiryhmät.

Ratkaisumyöntikoulutuksen tavoitteena oli tarjota työterveyshoitajille valmiuksia tarjota asiakkailleen kokonaisvaltaisia työterveyshuollon ratkaisuja yksittäisten toimenpiteiden sijasta. Ratkaisumyöntikonseptin uutuusarvo on siinä, että se tarjoaa työterveyshuollon ammattilaisille konkreettisen keinovalikoiman kommunikoida ennen kaikkea asiakasorganisaation ylätasoin johdon kanssa sekä systemaattiseen tavan luoda ja ylläpitää näitä kumpu-panuussuhteita.

Kehittämistoiminnan kulmakiviksi johto määritteli neljä pääelementtiä: osaamisen, rakenteet, johtamisen ja rekrytoinnin. Hankkeen edetessä nämä elementit liikkui-ivat hieman eri tahtiin. Kehittämistoimintaan suunnattiin osaamiskärki edellä (koulutus), jonka jälkeen huomiota suunnattiin rakenteiden luomiseen (esim. tekniset ja organisatoriset tukirakenteet), johtamisen kehittämiseen (käyttöönnoton ja muutoksen tuki) sekä rekrytoinnin suunn- taamiseen.

Mitä innovatiivista hanke synnytti?

Innovaatiot voidaan jakaa karkeasti neljään eri kategoriaan: tuote- tai palveluinnovaatio, prosessi-innovaatio, hallinnollinen innovaatio ja paradigmmainnovaatio. Ratkaisumyöntikonseptin käyttöönnotossa on löydetävissä nämä kaikki neljä eri innovaatiotyyppiä.

Taulukko 1. Innovaatiotyyppien ilmeneminen ratkaisumyöntikonseptin käyttöönnotossa

Innovaatiotyyppi	Ilmeneminen ratkaisumyöntikonseptin käyttöönnotossa
Tuote- tai palveluinnovaatio	- Standardoidut välineet asiakassuhteen ylläpitämi- seen ja asiakkaan tarpeiden selvittämiseen
Prosessi-innovaatio	- Työterveyshuoltoratkaisujen asiakaslähtöinen räätälöinti ja olemas- sa olevien työterveyshuolto prosessien muokkaus (ulkoinen) - Organisaation omien perusprosessien tehostaminen ja muokkaus (sisäinen)
Hallinnollinen innovaatio	- Moniammatillisen tiimityön uudelleen organisointi asiakastyössä
Paradigmmainnovaatio	- Asiakasosaamiseen perustuvan toimintatavan ja työt- teen hallinta ja omaksuminen työterveysyhteistyössä

Mitkä tekijät vaikuttivat innovaatioiden syntyyn?

Kehittämistoiminnan tavoitteena oli, että työterveyshuoltoa toteutetaan jatkossa kokonais- valtaisilla työhyvinvoinnin ja työkyvyn johtamisen palveluilla. Asiakaskumppanuuksien ja palvelutoiminnan ylläpitämisessä, tuottamisessa ja markkinoinnissa työterveyden ammat- tilaisilla ja erityisesti työterveyshoitajilla on aivan keskeinen rooli. Kuitenkin kokemus oli, että heillä ei ole riittävästi asiakasosaamista ja välineitä asiakassuhteiden luomiseen ja yllä- pitämiseen. Ratkaisumyöntikonseptin avulla työtä tekevien (työterveyshuollon) ammatti- laisten toivottiin pystyvän vastaamaan paremmin erilaisten asiakkaiden erilaisiin tarpeisiin asiakasorganisaation omista lähtökohdista käsin. Parhaimmillaan konseptin käyttö edistää hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisten periaatteiden kuten työterveysyhteistyön, asiakas- keskeisyyden, tarvelähtöisyyden ja riippumattomuuden toteutumista, kun työter- veyteen ja työturvallisuuteen liittyviä kysymyksiä aletaan ratkoa asiakkaan kanssa aidosti ja systemaattisesti yhdessä.

Innovaation jatkokehittäminen ja levittäminen

Työterveyshuollon ammattilaisten ja asiantuntijoiden näkökulmasta asiakaslähtöisen, työkykyä edistävän palvelukonseptin onnistunut jalkauttaminen merkitsee parhaimmillaan syvenevää osaamista, joka lisää ammattilaisten kokemusta työnsä mielekkyydestä ja merkityksellisyydestä. Uudet asiakasosaamisen haasteet tuovat mukanaan tarpeen kollektiivisesti (sote-palvelujen tuottajat, koulutuksen järjestäjät, ammattiliitot ja monialaiset työyhteisöt) reflektoida ja uudistaa ammattikulttuurin (ammattillisuus) perinteisiä ajatus- ja toimintatapoja tässä ja nyt. Kehittämistoiminnan ja uuden toimintatavan vakiinnuttamisen kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että ratkaisumyyntikonseptin käyttöönottoa tuetaan organisaation sisällä etenkin johtamiseen ja rakenteisiin panostamalla. Samalla organisaation eri tasoilla on yhdessä tarkasteltava niitä työn kuvaan, asiakkuuksiin, asiakassopimuksiin ja organisaation sisäisiin yhteistyöverkostoihin liittyviä tekijöitä, jotka toisaalta mahdollistavat ja toisaalta vaikeuttavat toimintamallin käyttöönottoa. Samaan aikaan organisaation yhteisöllinen viestintä toimintamallin käyttöönoton tuloksellisuudesta on tärkeää. Onnistumisen kokemukset ja palaute muutoksen myönteisestä suunnasta vahvistavat työn muutoksen mielekkyyden kokemusta.

Tutkijaryhmän oivallus:

Uuden toimintatavan istuttaminen työterveyshoitajan työkäytäntöihin edellyttää muutoksia suhteissa kaikkiin muihin työntekijöihin, asiakkaisiin ja ammattiryhmiin. Työterveyshoitajan työhön liittyvää liiketoimintaosaamista ja kykyä tunnistaa asiakkaan tarpeet tulisi luoda jo opintovaiheessa.

Hanke:	Sähköinen hyvinvointikertomus
Tarkasteluajanjakso:	2009-2015
Vastuututkija(t):	Patrik Nordin, Inka Koskela
Aineistot:	Kuntien hyvinvointikertomukset, Parihaastattelut kunnissa käyttäjäkokemuksista (n=11), kyselytutkimus tiedolla johtamisesta ja hyvinvointijohtamisesta kunnissa (n=59), kuulemistilaisuus FCG:llä
Tarkastelukulma:	Käyttäjät (kunnat) ja tuottaja (FCG)
Innovaatiotyypit/-tyypit:	Tuote-, palvelu-, prosessi-innovaatio, hallinnollinen ja paradigma
Laajempi raportti:	Löytyy osoitteesta: www.uta.fi/jkk/synergos/palvelututkimus/projektit/nodehealth.html

Tarve innovaatiolle

Toteuttaakseen onnistuneesti laajaa terveydenedistämisen toimintaa kuntien on strategisessa suunnittelussaan asetettava paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin perustuvat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet, määriteltävä niitä tukevat toimenpiteet ja käytettävä näiden perustana kuntakohtaisia hyvinvointi- ja terveysindikaattoreita. Tämän toteutumisen mahdollistamiseksi kuntien on raportoitava valtuustolleen vuosittain kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä toteutetuista toimenpiteistä ja laatia kerran valtuustokaudessa laajempi hyvinvointikertomus.

Mitä tehtiin?

Yksi mahdollinen tapa on laatia hyvinvointikertomus Sähköisen hyvinvointikertomuksen avulla. Kyseessä on työväline, jonka avulla kunnat ja kuntayhtymät voivat kerätä tietoa kuntalaisten hyvinvoinnista. Sähköinen hyvinvointikertomus tuottaa vertailevaa tietoa strategia-työhön sekä toiminnan ja talouden suunnitteluun, toteutukseen, raportointiin ja arviointiin ja sen avulla väestöryhmittäinen hyvinvointitieto löytyy kootusti samasta paikasta tehden kuntien välisestä vertailusta helpompaa. Se mahdollistaa myös kunta- ja kuntayhtymäkoh- taisen tiedon lisäämiseen tilastotiedon rinnalle, jolloin yhteys organisaation muuhun johdon raportointiin mahdollistuu. Sähköinen hyvinvointikertomus ei ole pakollinen, vaan kunnilla on myös mahdollisuus käyttää muita apuvälineitä (tai olla käyttämättä) hyvinvointikerto- muksen laatimisessa. Sähköisen hyvinvointikertomuksen uusimman version käyttöönotto tapahtui loppuvuodesta 2015.

Nykyisessä muodossaan Sähköinen hyvinvointikertomus toimii kuntien eri hallinnonalojen yhteisenä johtamisen välineenä. Koska kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia edistävässä työssä tulevat lähitulevaisuudessa korostumaan enenevässä määrin ylihallinnolliset, verkos- toituneet toimintamuodot ja paikallisen tason julkisyksityinen yhteistyö, on tärkeää, että hyvinvointijohtamisen välineet ovat myös yhteisiä ja paikallisella tasolla jaettuina.

Mitä innovatiivista hanke synnytti?

Sähköisen hyvinvointikertomuksen kehittäneiden STM:n, THL:n ja FCG:n lisäksi myös kuntien edustajilla on ollut keskeinen rooli kehittämistyössä ja välineen pilotoinnissa. Yh- teistyö kuntien kanssa on ollut tärkeää ja sen kautta on pyritty ymmärtämään kokonais- valtaisen tiedon hallinnan ja näyttöön perustuvan päätöksenteon (evidence-based policy) merkitystä kuntatasolla, tavoitteena lisätä julkishallinnon ja laajemmin julkisten palvelujen vaikuttavuutta.

Innovaatiot voidaan jakaa karkeasti neljään eri kategoriaan: tuote- tai palveluinnovaatio, prosessi-innovaatio, hallinnollinen innovaatio ja paradigmmainnovaatio. Sähköisestä hyvin- vointikertomuksesta on löydettävissä nämä kaikki neljä eri innovaatiotyyppiä.

Taulukko 1. Innovaatiotyyppien ilmeneminen Sähköisessä hyvinvointikertomuksessa

Innovaatiotyyppi	Ilmeneminen kanavamallissa
Tuote- tai palveluinnovaatio	- Sähköinen hyvinvointikertomus hallinnon työkaluna
Prosessi-innovaatio	- Kuntien organisatoristen prosessien muuttaminen tietointensiivisempään suuntaan
Hallinnollinen innovaatio	- Näyttöön perustuva päätöksenteko
Paradigmmainnovaatio	- Kokonaisvaltainen muutos tiedolla johtamisen ja hyvinvointijohtamisen huomioimiseen terveyden edistämisessä

Innovaatiotoiminnan laajempaan tavoitteena on liittää Sähköinen hyvinvointikertomus kiinteäksi osaksi kuntien tiedolla johtamisen kokonaisuutta. Tämän saavuttamiseksi välineen keskeisiä kehittämiskohteita ovat mm. integraatio-ominaisuudet sekä paikkatiedon hyödynnettävyys. Valtakunnallinen kehittämistyö indikaattoreiden ja Sähköisen hyvinvointikertomuksen integroimiseksi kuntien ja sote-toimijoiden johdon työpöytään on tärkeä kehitysaskel.

Sähköinen hyvinvointikertomus pitäisi nähdä laajemmin kuin vain teknisenä välineenä osana tiedolla johtamisen kokonaisuutta. Ideaalitalanteessa se toimisi keskeisenä välineenä, joka yhdistää talouden, prosessit ja rakenteet sekä auttaa ottamaan huomioon sekä kuntalaisten että kunnan työntekijöiden kokemukset päätöksenteon taustaksi.

Mitkä tekijät vaikuttivat innovaatioiden syntyyn?

Sähköinen hyvinvointikertomus syntyi vuonna 2009 alkaneen Terveempi Pohjois-Suomi (TerPS) hankkeen puitteissa esimerkkinä tiedolla johtamisen laajentamisesta ja sen ympärille rakennettiin kokonaan uusi johtamisen toimintamalli, johon liittyy mm. hyvinvointijohtamisen diapankki, vuosikello sekä esimerkkejä keskeisten toimijoiden rooleista ja vastuista. TerPS onkin ollut tienraivaaja hyvinvointijohtamisen ja hyvinvoinnin edistämisen työssä auttaen nostamaan niiden arvostusta ja tekemään abstraktista konkreettista mm. viemällä hyvinvointisuunnittelu ja sen toimenpiteet osaksi kuntien vuosikelloja sekä kuvaamaan entistä paremmin, mikä on kunnanjohtajan konkreettinen tehtävä hyvinvointiryhmässä ja miten tavoitteet on mahdollista toteuttaa päivittäisessä työssä. Kaiken kaikkiaan hyvinvointiryhmien toiminta on keskeistä kuntien hyvinvointijohtamisen onnistumisen takaamiseksi. Mikäli hyvinvointiryhmää ei ole tai se ei toimi kunnolla, hyvinvointijohtamisen kulttuuria on vaikea kehittää, koska sen keskeinen ansio on eri hallinnonalueiden ja muiden tahojen vastuun selkeyttäminen hyvinvoinnin edistämässä.

Innovaation jatkekehittäminen ja levittäminen

Uuden version käyttöönoton myötä työvälinettä voivat nykyistä laajemmin hyödyntää muutkin käyttäjäryhmät kuin kunnan työntekijät ja luottamushenkilöt. Potentiaalisia käyttäjiä voisivat olla esim. muut julkiset toimijat, yksityiset palveluntuottajat ja kolmas sektori. Uusien käyttäjäryhmien mukaan ottaminen tuo monia uusia mahdollisuuksia erityisesti laaja-alaisen paikallisen hyvinvointityön toteuttamiseksi ja sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseksi uudessa maakuntamallissa. Ensinnäkin, yhteinen väline voi tuoda lisäarvoa palveluiden järjestämiseen ja optimointiin julkisten ja yksityisten tuottajien välillä. Toiseksi, väline voi tuoda lisäarvoa yksityisille palveluntuottajille palvelujen muotoilussa ja kohdentamisessa paikallisesti. Lisäksi yhteinen väline parhaimmillaan harjaannuttaa toimijoita yhteistoimintaan terveyden edistämiseksi paikallisella tasolla ja ruokkii toimijoita etsimään yhteistoiminnan optimointia. Kolmanneksi, uusien käyttäjäryhmien omien tietovarantojen hyödyntäminen ja integrointi osaksi Sähköistä hyvinvointikertomusta voisi parhaimmillaan laajentaa tai täydentää olemassa olevaa dataa. Samalla saataisiin tietoa siitä, mistä ominaisuuksista tai indikaattoritiedoista muut käyttäjät, esim. yksityiset palveluntuottajat toiminnan/palvelun ohjauksessaan hyötyisivät. Tämän toteuttamiseksi, tarvittaisiin tietoa siitä, millaista hyvinvointitietoa yksityiset palvelun tuottajat ja kolmannen sektorin toimijat

kuntatasolla jo keräävät. Ongelmiksi tietovarantojen yhdistämisessä voivat muodostua joissain määrin eettiset ja tietosuojakysymykset.

Tutkijaryhmän oivallus:

Tietoa on olemassa runsaasti, mutta sitä ei hyödynnetä riittävästi. Tietovirtoja pitäisi hyödyntää entistä paremmin. Sähköinen hyvinvointikertomuksen tähtäin on siinä, että päätöksentekijät saavat käyttökelpoista tietoa kuntalaisten terveydestä valintojensa tueksi. Tiedolla johtamisen edetessä päättäjällä olisi lopulta käytössään yksi tietoiikkuna, jossa näkyisi kaikki keskeinen tieto kaikilta kunnan toimialueilta.

Hanke:	KYS- vaikuttavuustiedon kerääminen ja hyödyntäminen 15D -elämänlaatumittarin avulla
Tarkasteluajanjakso:	2012-2015
Vastuututkija(t):	Merja Turpeinen, Inka Koskela, Ninna Mäkirinne-Kallio
Aineistot:	Uuden toimintamallin levittäjän laatimat asiakirjat (kuten käyttöönotto-suunnitelmat), kyselyt käyttöönottajille/käyttöönottaville yksiköille, keskustelut kehittämistoiminnasta vastaavien henkilöiden kanssa
Tarkastelukulma:	Käyttöönottavat yksiköt, kehittämistoiminnasta vastaavat, työntekijät, johto
Innovaatiotyyppi/-tyypit:	Tuote-, palvelu-, prosessi-innovaatio, hallinnollinen ja paradigma
Laajempi raportti:	Löytyy osoitteesta: www.uta.fi/jkk/synergos/palvelututkimus/projektit/nodehealth.html

Tarve innovaatiolle

Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS) otti vuonna 2012 käyttöön Suomessa laajemminkin käyttöön levinneen 15D-vaikuttavuusmittarin. Terveyteen liittyvä elämänlaadun mittari on yksi terveydenhuollon lupaavimpia ja samalla haasteellisimpia tuloksellisuusmittareita. Terveyteen liittyvät elämänlaatumittarit kiinnittyvät luontevaksi osaksi Patient Reported Outcome (PRO) –näkökulmaa, joka arvioi potilaiden subjektiivisia kokemuksia sairaudesta ja hoidon vaikuttavuudesta. Yhdessä perinteisten kliinisten arviointikeinojen rinnalla PRO–näkökulma edistää holistisempaa arviointinäkemystä hoidon vaikuttavuudesta ja sen hyödyistä tilanteissa, joissa arvioidaan palvelujen tuotannosta ja kulutuksesta aiheutuvia kustannuksia ja vaikuttavuutta sekä palvelun käytön vaikutuksia potilaiden hyvinvointiin.

Suomessa validoitu 15D-mittari on kehitetty arvioimaan erityisesti aikuisväestön terveyteen liittyvää elämänlaatua. Mittarin tuottamia laatupainotettuja elinvuosia (QALY) käytetään terveydenhuollon taloudellisissa arvioissa vaikuttavuusmittarina. (Hoito)interventioiden kustannusvaikuttavuutta voidaan arvioida yhdistämällä QALY-tietoihin hoidon kokonaiskustannukset. Mittarista saadun tiedon avulla pyritään tunnistamaan vaikuttavat ja vaikuttamattomat hoidot toisistaan ja jälkimmäisessä tapauksessa tunnistamaan hoitoprosessien kehittämistarpeita asiakaslähtöisesti. 15D-elämänlaatumittarin tuottamaa tietoa hoidon vaikuttavuudesta voidaan hyödyntää yksittäisen potilaan terveystarpeiden arvioinnissa, hoitotulosten seurannassa sekä potilasohjauksen välineenä. Tuloksia voidaan hyödyntää myös johtamisen työvälineenä, opetuksessa ja erilaisissa tutkimuksissa sekä kehittämishankkeissa. Osaltaan se mahdollistaa niukkojen resurssien suuntaamisen siten, että potilaille voidaan tuottaa olemassa olevien resurssien puitteissa mahdollisimman paljon terveyshyötyä.

Mitä tehtiin?

KYSin omaksumassa toimintamallissa uutta on vaikuttavuuden mittaaminen perinteisten kliinisten arviointimenetelmien lisäksi myös potilasnäkökulmasta. KYSissä perustettiin projektiryhmä jalkauttamaan 15D-mittari sairaalan yksiköihin vuoden 2012 aikana. 15D-mittarin käyttöönotto pilotoitiin vuonna 2012 ja loppuvuoden 2012 sekä vuoden 2013 alun aikana se otettiin käyttöön KYSissä 14 erilaisessa potilasprosessissa ja 32 kliinisessä palveluyksikössä. Käyttöönoton tuki eteni siten, että henkilöstö koulutettiin 15D-mittarin käyttöön. Käyttöönottoprojektin aikana v. 2012 pidettiin kaksi katselmointia, joista ensimmäisessä esiteltiin pilottiyksiköt ja toisessa käytiin läpi pilotoinnin tuloksia. Vuoden 2015 loppuun tultaessa ylläpito-hankkeen osalta vaikuttavuustulosten vienti osaksi käytäntöä jatkuu edelleen.

Tavoitteena on ollut, että toimintaa kehitetään yksiköissä tunnistettujen kehittämistarpeiden mukaisesti. Käyttöönotossa tavoitteena on ollut turvata yksiköille mahdollisimman hyvät, heidän toiminnalleen sopivat olosuhteet sekä tiedolliset, taidolliset ja materiaaliset välineet vaikuttavuustiedon keräämiseen. Sairaalan yksiköitä on ohjattu, avustettu ja tuettu tiedonkeruussa projektiryhmän toimesta käyttöönoton kaikissa vaiheissa. 15D-mittarin tuloksia on jalkautettu yksiköihin eri ammattiryhmät huomioiden.

Mitä innovatiivista hanke synnytti?

Innovaatiot voidaan jakaa karkeasti neljään eri kategoriaan: tuote- tai palveluinnovaatio, prosessi-innovaatio, hallinnollinen innovaatio ja paradigmmainnovaatio. 15D-vaikuttavuusmittarissa on löydettävissä nämä kaikki neljä eri innovaatiotyyppiä.

Taulukko 1. Innovaatiotyyppien ilmeneminen 15D-vaikuttavuusmittarissa

Innovaatiotyyppi	Ilmeneminen 15D-vaikuttavuusmittarissa
Tuote- tai palveluinnovaatio	- 15D-mittari hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa - mittarin sähköinen käyttöliittymä
Prosessi-innovaatio	- Asiakaslähtöisyys ja hoidon räätälöinti (ulkoinen) - Organisatoristen prosessien tehostaminen (sisäinen)
Hallinnollinen innovaatio	- Hoitoprosessin kehittämistarpeiden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi asiakaslähtöisesti osana kaikkea toimintaa
Paradigmmainnovaatio	- Terveystyö- ja potilasnäkökulma erikoissairaanhoidon palvelujen tuotannossa ja hoitoprosessin ohjaamisessa

Mitkä tekijät vaikuttivat innovaatioiden syntyyn?

Ajatusmalli PRO-näkökulman mittauksista erikoissairaanhoidon organisaatiossa oli alkuun melko vieras ja toiminnan perustelu on vaatinut paljon työtä. Kehittämistoiminnan ennakoimattomista jarruista ja takuista huolimatta innovaatiotoiminnalla on ollut havaittavia vaikutuksia. Ensinnäkin lähtötasomittauksista on muodostunut melko luonnollinen osa toimintayksiköiden arkea. Tietojen sähköinen kerääminen on koettu nykyaikaiseksi ja helpokäyttöiseksi, eikä sen pääasiallisesti ole koettu kuormittavan liikaa hoitoa antavien ammattilaisten päivittäisiä toimintoja. Osa henkilöstöstä, varsinkin hoitajista, pitää yksi-

lötulosta hyvänä potilaan ohjausvälineenä. Joissakin yksiköissä on itseohjautuvasti alettu jo hyödyntämään vaikuttavuustietoa toiminnan kehittämiseen ja luotu uusia toimintamalleja. Toisaalta innovaatiotoiminta itsessään voi synnyttää innovaatioita kehittämistoiminnan sivutuotteena. 15D-tapauksen osalta itse mittaria voidaan luonnehtia tuote- tai palveluinnovaatioksi, josta organisatorisen kehittämisen myötä voi seurata prosessi-innovaatioita. Tuoteinnovaatio generoi prosessi-innovaatioita, kun mittarin käytön myötä hoitoprosesseja aletaankin räätälöidä potilaslähtöisesti. Esimerkkinä tästä sairaalan yhden erikoisalalan hoitoprosessin ja toimintamallin muutoksessa yksikön henkilökunta tarkasteli itseohjautuvasti potilaiden raporttoimia 15D-vaikuttavuustietoja ja pohti erikoisalalan osajien muodostamisessa pienryhmissä ratkaisuja, joilla uudessa toimintamallissa voidaan kehittää hoitoon heikoimmin reagoineita elämänlaadun ulottuvuuksia. Yksikkökohtainen kehittämistoiminta voi lopulta johtaa moniammatillisempaan ja keskustellevampaan työotteeseen, jossa generoituu hallinnollisia ja jopa paradigmaattisia innovaatioita, kun sairauksien hoidosta siirrytään terveyshyötylähtöiseen hoitoprosessien tuotanto- ja ohjausmekanismiin.

Innovaation jatkekehittäminen ja levittäminen

Lukuisat erilaiset tekijät luovat puitteita uusien toimintamallien käyttöönotolle ja leviämiseksi, kuten organisaation jäsenten toiminta, organisaation rakenne ja perustehtävä, toimintaympäristöön ja sidosryhmiin liittyvät tekijät, implementaation onnistuminen ja itse innovaatio piirteineen. 15D-ylläpito-hankkeen näkökulmasta nämä tekijät tarkoittavat esim. aikataulujen muutoksia ja ennakoitua, yksiköiden tilanteisiin ja tarpeisiin perehtymistä ja ”etukäteen tunnustelua”. Myös muut suuret muutokset organisaatioympäristössä haastavat uusien toimintamallien läpivientiä. Implementaation onnistumista auttavat organisaatiotoimijoiden innostuminen, osaaminen ja mahdollisuudet ottaa käyttöön ja toteuttaa uutta toimintamallia. Organisaation täytyy tukea innovaation käyttöönottoa ja vakiintumista pysyväksi myös velvoittamalla toimijoita. Toisaalta alustavienkin tulosten esittely toimijoille luo spontaania innostusta ja konkretisoi implementoinnin vaivannäön työn tulosten näkyväksi tulemisena. Prosessien avainhenkilöiden sitoutuneisuudella on myös vaikutuksensa tulosten hyödyntämisen mahdollisuuksiin. Jotta tuloksia voidaan hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti, organisaation on annettava toiminnalle riittävät resurssit, esimerkiksi hankkeen toimintaa on tärkeä resursoida joustavasti yksiköiden kysynnän mukaan.

Tutkijaryhmän oivallus:

Innovaation käyttöönottoa ja levittämistä helpottaa, jos uudistus on räätälöity erikoisalojen oman ymmärryksen ja hoitoprosessin mukaiseksi. Levittämisessä vastaanottajalle soveltuvan ajankohdan valinta on tärkeää; ”perehdytystä ei kannata järjestää, jos koulutettavat ovat 100 muuttolaatikon keskellä”.

Hanke:	Monimutkaisen kokonaisverkoston toimivuuden ja tuotoksellisuuden arviointi
Tarkasteluajanjako:	2007-2014
Vastuututkija(t):	Patrik Nordin, Harri Jalonen
Aineistot:	Viisi ryhmähaastattelua (17 henkilöä), Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelman puitteissa syntyneitä suunnitelmia, muistioita, kyselyjä ja selvityksiä verkostokuvioiden tekemisessä, kuulemistilaisuus Oulussa
Tarkastelukulma:	Verkostotoimijat
Innovaatiotyyppi/-tyypit:	Tuote-, palvelu-, prosessi-innovaatio, hallinnollinen ja paradigma
Laajempi raportti:	Löytyy osoitteesta: www.uta.fi/jkk/synergos/palvelututkimus/projektit/nodehealth.html

Tarve innovaatiolle

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiverkosto perustettiin kokonaisvaltaisemman hyvinvoinnin edistämisen mahdollistamiseksi alueella. Hyvinvointikysymykset eivät koske ainoastaan sosiaali- ja terveyssektoria, vaan kansalaisten hyvinvointia tulee edistää hallinnonalarajat ylittävällä yhteistyöllä ja strategisella kehystämällä.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelma ankuroituu alueen sosiodemografisiin tekijöihin ja erityispiirteisiin. Pohjois-Pohjanmaa on pinta-alaltaan Suomen toiseksi suurin ja asukasluvultaan Suomen neljänneksi suurin maakunta ja se on myös ollut nopeasti kasvava maakunta, johon on vaikuttanut erityisesti maakunnan keskuskaupungin, Oulun merkittävä rooli suomalaisessa tieto- ja viestintäteknologiaklusterissa. Tätä havainnollistaa se, että vain Uudellamaalla ja Pirkanmaalla on investoitu tutkimus- ja kehittämistoimintaan Pohjois-Pohjanmaata enemmän.

Alueen väestökasvu on ollut nopeaa ja väestön keski-ikä monissa maakunnan kaupungeissa valtakunnallisesti katsoen poikkeuksellisen alhainen. Maakunnan väestön keski-ikä oli vuonna 2013 38,8 vuotta. Valtakunnan tasolla vuonna 2013 miesten keski-ikä oli 40,5 ja naisten 43,3 vuotta. Toisaalta maakunta on polarisoitunut, joka on näkynyt selvimmin Oulun seudun kasvuna ja alueen syrjäisempien seutujen autioitumisena sekä väestön keski-ään nousuna (esim. Taivalkoskella väestön keski-ikä on yli 50 vuotta). ICT-alan alamäen myötä nopea väestökasvu ja alhainen keski-ikä ovat kuitenkin kääntyneet nopeasti kasvavaksi työttömyydeksi, joka on koetellut erityisesti nuoria. Absoluuttisesti mitattuna Oulussa oli vuonna 2014 alle 25-vuotiaita työttömiä enemmän kuin väkilukunsa puolesta yli kolme kertaa suuremmassa Helsingissä. Lisäksi maakunnan väestön sairastavuus on valtakunnallisessa vertailussa korkea ja alueella esiintyy paljon perinteisiä kansansairauksia.

Mitä tehtiin?

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiverkoston juuret ovat Pohjois-Pohjanmaan maakuntahallituksen vuonna 2007 hyväksymässä, vuoteen 2017 ulottuvassa hyvinvointiohjelmassa, jonka avulla pyritään edistämään yliseudullista yhteistyötä strategisella ja operatiivisella tasolla. Julkilausuttuna tavoitteena on vastata alueen hyvinvointihaasteisiin, joita ovat mm. ennaltaehkäisevän työn merkityksen kasvu, rakennemuutosten vaikutuksiin vastaaminen,

elämänkaari-ajattelun korostuminen, teknologian laaja soveltaminen sekä kustannuspaineisiin vastaaminen. Hyvinvointiohjelma sisältää strategisia tavoitteita, joita yhdistää ajatus siitä, että hyvinvoinnin kehittäminen edellyttää toimijoiden välistä yhteistyötä ja vahvaa kumppanuutta. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiverkosto koostuu lukuisista aliverkostoista, joihin on ohjelman voimassaoloaikana kuulunut useita kymmeniä organisaatioita. Kuntien ja kuntayhtymien lisäksi verkoston toimintaan on osallistunut kymmenittäin järjestöjä ja yhdistyksiä sekä yksityisiä yrityksiä. Kymmenvuotinen ohjelma voidaan jakaa vuoden mittaisen suunnittelutyön lisäksi kolmeen noin kolmivuotiseen kehittämis-, toteutus- ja levi-tysvaiheeseen. Toiminnallisesti hyvinvointiohjelma koostuu seitsemästä teemasta.

Pohjois-Pohjanmaalla maakunta- ja hyvinvointiohjelman koordinointi onkin luonut edellytykset noin 20 miljoonan euron hankesalkulle vuodesta 2007 lähtien. Maakuntien välisessä ja kokoerot huomioivassa hanketoiminnan vertailussa Pohjois-Pohjanmaa on yksi aktiivisimmista maakunnista, joka näkyy myös alueen KASTE-hankkeille saaduissa valtionavustuksissa vuosien 2008-2011 aikana. Selvää on, että verkoston toimivuuden arviointi hankesalkun koolla ei ole sama asia kuin verkoston vaikuttavuus alueen hyvinvointiin.

Mitä innovatiivista hanke synnytti?

Innovaatiot voidaan jakaa karkeasti neljään eri kategoriaan: tuote- tai palveluinnovaatio, prosessi-innovaatio, hallinnollinen innovaatio ja paradigmmainnovaatio. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiverkostosta on löydettävissä nämä kaikki neljä eri innovaatiotyyppiä.

Taulukko 1. Innovaatiotyyppien ilmeneminen Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiverkostossa

Innovaatiotyyppi	Ilmeneminen Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiverkostossa
Tuote- tai palveluinnovaatio	- Isäntäverkosto konseptina
Prosessi-innovaatio	- Verkostomainen yhteistyö julkisten ja yksityisten toimijoiden kesken
Hallinnollinen innovaatio	- Keskitetty hankesalkku rahoituksen ja verkostomaisen toiminnan koordinointiin
Paradigmmainnovaatio	- Kokonaisvaltainen muutos kaikkien tahojen osallistamisessa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen

Mitkä tekijät vaikuttivat innovaatioiden syntyyn?

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiverkoston tapauksessa sillanrakentajina toimivat yksittäiset ihmiset, joilla on pitkä historia hyvinvointiohjelman toteuttamisesta, useimmilla jo ohjelman suunnitteluvaiheesta. Näiden sillanrakentajien tehtävänä on toimia eräänlaisina suodattimina, jotka säätelevät, tulkitsevat ja merkityksellistävät sekä ympäristöstä verkostoon tulevia että verkostosta ulospäin suuntautuvia tietovirtoja. Olennaista on, että näiden sillanrakentajien asema ei ole sidottu yksilön organisatoriseen asemaan, joskin valtaosa sillanrakentajista Pohjois-Pohjanmaalla sijoittuu oman organisaationsa ylimpään johtoon. Muodollista asemaa tärkeämpää kuitenkin, että sillanrakentajat toimivat verkoston solmuina.

Innovaation jatkokehittäminen ja levittäminen

Julkisten toimijoiden ja yritysten lisäksi Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiverkostossa on ollut alusta asti mukana järjestöjä ja yhdistyksiä, joiden kautta myös kansalaisten ääntä hyvinvoinnin luomisessa on pyritty vahvistamaan. Erityisesti tämä on korostunut pienissä kunnissa, joissa kuntalaisille on tätä kautta suora kanava kunnallishallintoon. Riippumatta Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiverkoston jäsenten yhteisistä ja toisistaan poikkeavista intresseistä, verkoston toimijoita on yhdistänyt huoli Pohjois-Pohjanmaan alueen ihmisten hyvinvoinnista. Toimintalogiikan ja toimintaa ohjaavan ideologian näkökulmasta voidaan kuitenkin ajatella, että siinä missä yritysten tavoitteena on hyvinvoinnin edistämisen tavalta, joka tuottaa taloudellista hyötyä omistajilleen, painottuu julkisten toimijoiden kohdalla yhteiskunnan kokonaisuus ja julkisen toimijan oman aseman turvaaminen. Kolmannen sektorin toimijat kiinnittyvät hyvinvointiohjelmaan edustamiensa asiakasryhmien etujen ajamisen kautta. Aina intressiristiriidat eivät jäseny sektorien välille, vaan niiden sisälle.

Verkoston toiminnan juurruttamisen kannalta ratkaisevan tärkeää on osoittaa maakunnan ihmisille, että verkoston avulla saadaan aikaan hyvinvointia paremmin kuin toimimalla yksittäisinä organisaatioina. Tällöin tärkeää on kykyä esitellä hyvinvointiohjelma selkeästi yhtäältä poliittisille päätöksentekijöille ja toisaalta ruohonjuuritason toimijoille sekä sen saattamista ymmärrettävään ja konkreettiseen muotoon, ettei se jäisi pelkäksi asiakirjaksi. Keskeisiä toimia tässä ovat hyvien käytäntöjen levittäminen sekä aktiivinen hankeviestintä, jotka edistävät verkostomaisen toiminnan juurtumista osaksi kuntien ja muiden organisaatioiden toimintaa. Erityisesti sähköinen hyvinvointikertomus toimii tässä hyvänä johtamisen työkaluna, joka pakottaa kunnat miettimään kuntalaisten hyvinvointia laajemmin kuin pelkkänä sosiaali- ja terveyssektorin toimintana.

Tutkijaryhmän oivallus:

Verkostossa valta on upotettuna vuorovaikutuksen dynamiikkaan. Valtaa voi saada tietoa jakamalla, ei sitä pimittämällä (epämuodolliset kohtaamiset tärkeitä). Sillanrakentajat ja portinvartijat säätelevät, tulkitsevat ja merkityksellistävät tietovirtoja. Verkostoissa pehmeän suostuttelun, myönteisen yhteistoiminnan ja molemminpuolisten etujen korostaminen korvaa käskyihin ja tilivelvollisuuteen liittyvän kovan vallan.

Hanke:	Etydi-työkalun kehittäminen ja käyttöönotto
Tarkasteluaanjakso:	2013 (käyttöönottovuosi)-2015
Vastuututkija(t):	Päivi Metsäniemi, Jaana Laitinen
Aineistot:	Terveystalon keräämä potilasaineisto
Tarkastelukulma:	Hoitoprosessit, hoitotiimit, julkisyksityinen yhteistyö
Innovaatiotyyppi/-tyypit:	Tuote-, palvelu-, prosessi-innovaatio, hallinnollinen ja paradigma
Laajempi raportti:	Löytyy osoitteesta: www.uta.fi/jkk/synergos/palvelututkimus/projektit/nodehealth.html

Tarve innovaatiolle

Terveydenhuollon onnistumista pitäisi mitata toiminnan vaikuttavuuden eli saavutetun terveyshyödyn kautta. Usein joudutaan kuitenkin tyytymään muihin mittareihin kuten saataavuuteen, jonotusaikoihin, toimenpiteiden määrään tai kulutettuihin euroihin, koska tietoa vaikuttavuudesta tai hoitosuosituksen tavoitteiden toteutumisesta terveydenhuollon arjessa ei ole.

Näistä lähtökohdista Terveystalossa lähdettiin määrittelemään strategiaa, jossa pysyvää kilpailuetua haetaan löytämällä uusia tapoja vaikuttavuuden osoittamiseen ja sen jatkuvaan parantamiseen. Tässä yhteydessä vaikuttavuudella tarkoitetaan sitä, miten hyvin hoitosuosituksen tavoitteet toteutuvat tavanomaisessa terveydenhuollon arjessa. Yhtenä esimerkkinä tästä on tyyppi 2 diabeteksen ennaltaehkäisy ja hoidon toteutuminen työterveyshuollossa.

Mitä tehtiin?

Diabetesriskin tunnistaminen ja ennaltaehkäisy toteuttaminen nähtiin Terveystalossa työterveyshuollon tehtävänä. Usein tulivat kuitenkin ilmi kilpailevat prioriteetit: jos yhtäaikaista puututtavia asioita esimerkiksi terveystarkastuksessa on paljon, diabetesriski saattaa jäädä kommunikoidusta ja systemaattinen ennaltaehkäisy toteuttamatta. Pitkäaikaissairauksissa, joiden hoidon onnistuminen riippuu mitä suurimmassa määrin potilaan arkivalinnoista, on hoitoon sitoutumisella iso merkitys, ja nähtiin, että hoitajilla on iso merkitys tämän sitoutumisen parantamisessa. Diabeteshoidon toteuttamisessa tarvitaan usein työterveyshuoltoa, perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidoa, mutta tälle julkisyksityiselle interaktiolle ei ole määriteltyjä tavoitteita, toteutustapaa eikä onnistumisen arviointia. Diabeteksen hoito on monialaisesti toteutettavaa työtä, johon osallistuvat esimerkiksi diabeteshoitaja, työterveyshoitaja, työterveyslääkäri, terveyskeskuksen yleislääkäri, jalkojenhoitaja, ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti, erikoislääkäri ja hammaslääkäri. Kuitenkin koordinaatio näiden ammattilaisten välillä on puutteellista tai olematonta, erityisesti jos toimitaan eri organisaatioissa ja peräti osittain julkisella, osittain yksityissektorilla. Hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesti työterveyshuollon rooli on parhaimmillaan koordinoiva, työkyvyn huomioiva, suunnitelmallinen ja kokoava.

Terveystalossa kehitetty Etydi-työkalu esittää uudella tavalla potilastyötä tekeville terveydenhuollon ammattilaisille automaattisesti potilastietojärjestelmästä kerättyä ja koostettua tietoa heidän potilaistaan vertaamalla hoidon toteutumista hoitosuosituksen tavoitteisiin.

Etydin keräämää tietoa tyyppin 2 diabeteksen riskitekijöiden tunnistamisesta ja puhjenneen sairauden hoidosta on mahdollista hyödyntää työterveyshuollon tiimeissä noin sadalla paikakunnalla, joissa Terveystalolla on toimintaa Suomessa.

Mitä innovatiivista hanke synnytti?

Etydi-työkalu syntyi osana Terveystalon strategista uudelleenmäärittelyä, jossa haluttiin vahvistaa vaikuttavuustiedon hyödyntämistä osana toiminnan laatuun liittyvää edelläkävijän mielikuvaa ja asemaa. Työkalu kehitettiin organisaation sisällä osana omaa kehittämistyötä ja siinä hyödynnettiin muilla toimialoilla tavallisia toiminnan raportointiin ja toiminnan analysointiin keskittyviä työtapoja ja työkaluja.

Etydi järjestää potilastietojärjestelmän sisältämää tietoa uudella tavalla; kun yleensä lääkäri pääsee tarkastelemaan vain yhden potilaan tietoja kerrallaan, kerää Etydi yhteen esim. kaikki diabetesta sairastavat tai riskiryhmään kuuluvat. Tämän jälkeen on mahdollisuus tarkastella, onko hoitoprosessi toteutunut Käypä hoito –suosituksen edellyttämällä tavalla ja minkälaisia ovat hoidon tulokset tarkasteltuna suosituksen esittämällä mittareilla, kuten verensokeritasapaino, verenpaine ja veren kolesterolipitoisuus.

Työkalu sinänsä ei vielä muuta tapaa tehdä työtä. Työkalun käyttöönoton jälkeen seurasi vaihe, joka jatkuu edelleen: tiedon ottaminen hyötykäyttöön. Se toteutettiin osana Terveystalon jatkuvan kehittämisen toimintatapaa, jossa erilaisia useamman toiminnon läpileikkaavia kehittymisteemoja viedään vastaanottotyötä tekevien käyttöön suunnitelmallisella, tiimien omista tavoitteista lähtevällä tavalla.

Innovaatiot voidaan jakaa karkeasti neljään eri kategoriaan: tuote- tai palveluinnovaatio, prosessi-innovaatio, hallinnollinen innovaatio ja paradigmmainnovaatio. Etydi-työkalusta on löydettävissä nämä kaikki neljä eri innovaatiotyyppiä.

Taulukko 1. Innovaatiotyyppien ilmeneminen Etydi-työkalussa

Innovaatiotyyppi	Ilmeneminen Etydi-työkalussa
Tuote- tai palveluinnovaatio	- Etydi-työkalu potilastietojärjestelmien uudelleenjärjestelyä varten - Potilaiden tarkastelu isommissa ryhmissä sairauksien mukaan
Prosessi-innovaatio	- 2 tyyppin diabeteksen hoitoprosessit (ulkoiset) - Organisatoristen prosessien tehostaminen (sisäinen)
Hallinnollinen innovaatio	- Moniammatilliset tiimit ja triangelimainen vuoropuhelu eri henkilöstöryhmien sekä yksityisten ja julkisten hoitoyksiköiden välillä 2 tyyppin diabeteshoidossa
Paradigmmainnovaatio	- Kokonaisvaltainen muutos työterveyshuollon roolissa kansansairauksien ennaltaehkäisyssä ja parantamisessa; laaja-alaisen työkyvyn ja terveyden käsitteen omaksuminen Työterveyshuoltoon

Mitkä tekijät vaikuttivat innovaatioiden syntyyn?

Tyyppin 2 diabetes yleisty jatkuvasti kahdesta syystä: väestön lihominen ja vanheneminen. Sairaus, joka aiemmin tunnettiin nimellä vanhuustyyppin diabetes, puhkeaa nykyään entistä aikaisemmin. Toisaalta työurat kestävät kauemmin, eläkkeelle jäädään myöhemmin kuin

ennen. Näin sairaus, jota aikaisemmin työikäisillä ei juuri nähty, yleistyy myös työterveys-
huollossa. Tulee siis tarpeeseen määritellä se, miten työterveyshuollon tulisi suhtautua tä-
män ja muiden kansansairauden hoitoon.

Uutta ja innovatiivista Etydi-työkalussa on se, että yleensä terveydenhuollon ammattilaiset
eivät saa laadullista palautetta tai vertailutietoa omasta työstään. Etydi-mittaritiedon avulla
tiimit voivat asettaa itsellensä kehittymistavoitteensa lähtötason ja oman toimintaympäris-
tönsä perusteella. He myös pystyvät itse seuraamaan ja arvioimaan kehittymisen suuntaa,
koska mittaritieto on jatkuvasti saatavilla. Työskentelyyn osallistuneet yksiköt arvioivat mm.
seuraavien asioiden parantuneen Etydin käyttöönnoton myötä: yksikön sisäinen työnjako
parani, asiakasorganisaatioille opittiin kommunikoidaan paremmin kroonisiin sairauksiin
liittyvää työkykyriskiä, yhteistyö julkisen sektorin kanssa parani ja kirjaaminen parani.

Innovaation jatkokehittäminen ja levittäminen

Vaikuttavuuden luotettavaa mittaamista vaikeuttaa se, että ei ole olemassa tapaa havain-
noida, mitä yhdelle potilaalle tapahtuu hänen liikkuaan esimerkiksi organisaatiosta toi-
seen tai perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Periaatteessa yksi organisaatio voisi
optimoida hoidon tuloksia lähettämällä kaikki huonossa hoitotasapainossa olevat potilaat
muualle hoidettavaksi tai tuloksia voisi parantaa mittaamalla useammin niiltä, jotka ovat jo
hyvässä hoitotasapainossa. Osaoptimoinnista pitäisi siis päästä kohti tilannetta, jossa pysty-
tään tarkemmin tulkitsemaan kokonaisuuksia ja jatkumia.

Tutkijaryhmän oivallus:

*Lääkäri pystyy sähköisen Etydi-työkalun avulla seuraamaan omien potilaidensa
diabeteksen hoitotasapainoa ja hoitosuosituksen toteutumista sekä määräämään
tarvittavia mittauksia ja hoitoa. Yhteistyö kuntien perusterveydenhuollon kanssa
diabeteksen hoidossa on välttämätöntä, mutta kuntien yhteistyökäytännöt
yksityisen terveystalouden kanssa vaihtelevat paljon. Toiminnan
yhteensovittaminen on työlästä. Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon yhteistyön
koordinointi ja työnjaon selventäminen vähentää kustannuksia ja parantaa
asiakkaiden hoitoa.*

Hanke:	PAKKA-toimintamallin käyttöönotto
Tarkasteluajanjakso:	2004-2015
Vastuututkija(t):	Mikko Nykänen, Sara Lindström
Aineistot:	Pakka-koordinaattorien haastattelut (n=6), Pakka-toiminnan kehittämisessä olleiden henkilöiden haastattelut (n=3), Ehkäisevän päihdetyön koordinaattoreille kohdistetut sähköpostikyselyt (n=75 vastausta)
Tarkastelukulma:	
Innovaatiotyyppi/-tyypit:	Tuote-, palvelu-, prosessi-innovaatio, hallinnollinen ja paradigma
Laajempi raportti:	Löytyy osoitteesta: www.uta.fi/jkk/synergos/palvelututkimus/projektit/nodehealth.html

Tarve innovaatiolle

Suomalaisella sosiaali- ja terveysalalla on jo pitkään ollut tarvetta kehittää uusia käytäntöjä erilaisten elintapahaittojen ehkäisyyn. Yksi kehitetyistä käytännöistä on ollut Pakka-toimintamalli (Paikallinen alkoholi-, tupakka- ja rahapelihaittojen ehkäisy), jonka kulmakiviin kuuluu yhteistyö julkisen ja yksityisen sektorin välillä. THL:n kehittämän toimintamallin painopiste on alkoholin, tupakan ja rahapelien saatavuuteen puuttumisessa. Mallissa yhdistyy virallinen valvonta ja säätely epäviralliseen sosiaaliseen säätelyyn alkoholijuominen välittämisen estämiseksi ja vastuullisen elinkeinotoiminnan edistämiseksi ja haittojen minimoimiseksi. Tavoitteena on vaikuttaa ihmisten elinympäristöön ja tukea lainsäädännön toteuttamista paikallisesti. Toimintamallin kohteena on näin ollen yksilöiden sijaan koko yhteisö. Toimintamallin keskeinen osa on yhteistyö julkisen ja yksityisen sektorin toimijoiden välillä ehkäisevässä päihdetyössä. Toimivaksi havaittua mallia on kokeiltu ja otettu käyttöön kunnissa vuodesta 2004 lähtien.

Pakka-toimintamallin käyttöönoton ja käytön jatkumisen oikeutuksen tutkimus lisää ymmärrystä julkisen ja yksityisen sektorin toimijoiden väliseen yhteistyön perusteista. Saatavaa tietoa voidaan hyödyntää jatkossa suunniteltaessa keinoja vastaavien toimintamallien levittämiseen kunnissa.

Mitä tehtiin?

Pakka-toimintamallissa keskeistä on päihteiden aiheuttamien haittojen ennaltaehkäisy ja vähentäminen puuttamalla päihteiden kysyntään, saatavuuteen, tarjontaan ja pyrkimällä siten vähentämään päihdehaittoja sekä edistämällä terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia. Ehkäisevää päihdetyötä tekevät viranomaiset, järjestöt, yritykset ja yhteisöt. Työtä tehdään esimerkiksi osana kunnan sosiaali- ja terveyspalveluja, kouluissa, nuorisotoiminnassa ja muussa vapaa-ajantoinnassa Pakka-toimintamalli antaa ”nimen” pyrkimyksille vahvistaa julkisen ja yksityisen sektorin välistä yhteistyötä ehkäisevässä päihdetyössä. Sen voidaan nähdä luovan agenda, joka edistää julkisen ja yksityisen sektorin toimijoiden kohtaamista ja yhteisten päämäärien tunnistamista ehkäisevässä päihdetyössä.

Tutkimusosuuden tarkastelun kohteena oli erityisesti poliittisen ohjauksen ja ehkäisevän päihdetyön vaikuttavuuden tavoittelun merkitys Pakka-toimintamallin leviämässä. Tähän

liittyen selvitettiin, kuinka Pakka-toimintamallin käyttöönottoa ja käytön jatkuvuutta legitimoidaan kunnissa rationalisoinnin ja auktorisoinnin kautta. Erityisesti rationalisointi osoittaa uudentyypin, julkis-yksityisen yhteistyön keskeisyyden Pakka-toiminnassa.

Mitä innovatiivista hanke synnytti?

Pakka-toimintamallin toteuttamista legitimoidaan kuvaamalla sitä uutena, aikaisempaa tehokkaampana tapana toteuttaa päihdetyötä kunnissa. Tehokkuusarvona pidetään erityisesti Pakan ydinajatusta julkis-yksityisestä yhteistyöstä kuntakentän ja elinkeinoelämän välillä. Toimintamallia koettiin kunnissa auktorisoivan erityisesti Kaste-ohjelman ja alkoholiohjelman agenda sekä ehkäisevän päihdetyön lakia koskevat muutokset.

Tutkimusaineiston perusteella Pakka-toimintamalli osallistaa yksityisen sektorin elinkeinonharjoittajia kuten yökerhoja, baareja ja vähittäiskauppaa ehkäisevän päihdetyön tavoitteiden tukemiseen. Julkisen ja yksityisen sektorin toimijoiden yhteistoimintaa on toteutunut Pakka-toimintamallin osana esimerkiksi vastuullisen anniskelun koulutuksiin tai kampanjoihin osallistumisena sekä poliisin, alkoholihallinnon ja ehkäisevän päihdetyön toimijoiden yhteisiin foorumeihin osallistumisena. Osassa kunnista Pakka-toimintamalliin on kuulunut ns. tarjontatyöryhmien järjestäminen, joihin on osallistunut elinkeinonharjoittajia, viranomaisia ja oppilaitosten edustajia. Käytännössä tarjontatyöryhmässä on suunniteltu ja toteutettu yhdessä elinkeinon ja viranomaisten kanssa toimenpiteitä, joiden tavoitteena on alkoholia, tupakkaa ja rahapelejä ohjaavan lainsäädännön toteutuminen ja haittojen minimointi. Toimintamallissa on kyse yhteisöinterventiosta, joka nojaa julkisen ja yksityisen sektorin yhteistoimintaan.

Innovaatiot voidaan jakaa karkeasti neljään eri kategoriaan: tuote- tai palveluinnovaatio, prosessi-innovaatio, hallinnollinen innovaatio ja paradigmainnovaatio. Pakka-toimintamallista on löydettävissä nämä kaikki neljä eri innovaatiotyyppiä.

Taulukko 1. Innovaatiotyyppien ilmeneminen Pakka-toimintamallissa

Innovaatiotyyppi	Ilmeneminen kanavamallissa
Tuote- tai palveluinnovaatio	- Pakka-toimintamalli uutena, julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyötä painottavana konseptina
Prosessi-innovaatio	- Pakka-toimintamalli julkis-yksityisenä yhteisöinterventiota ehkäisevän päihdetyön toteuttamisessa
Hallinnollinen innovaatio	- Näyttöön perustuva päätöksenteko tarjonnan rajoittamiseksi
Paradigmainnovaatio	- Kokonaisvaltainen muutos ajattelutavassa yksilölähtöisestä yhteisölähtöiseen ehkäisevään päihdetyöhön

Mitkä tekijät vaikuttivat innovaatioiden syntyyn?

Pakka-toimintamallia ajatellen institutionaalista painetta sen käyttöönottoon ovat potentiaalisesti luoneet erilaiset ministeriön koordinoimat ohjelmat, ehkäisevää päihdetyötä koskevat lait, alueelliset kehittämisohjelmat tai aluehallintovirastojen ohjaus. Myös useat kansalliset ohjelmat Suomessa ovat ohjeistaneet kuntia Pakka-toimintamallin käyttöönottoon (esim. Kaste, Sisäisen turvallisuuden ohjelma). Myös vuonna 2015 voimaanastuvaan lakiin ehkäisevästä päihdetyöstä on kirjattu myös Pakka-toimintamalliin sisältyviä elementtejä. Sosiaali- ja terveysministeriön Alkoholi-ohjelmassa Pakka-toimintamalli on puolestaan mainittu yhtenä ohjelman toteuttamisen osana.

Kunnista kerätyn tutkimusaineiston näkökulmasta Pakka-toimintamallin omaksumiseen on koettu vaikuttavan eniten Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön Alkoholiohjelman ja Kaste-ohjelman agendaan vastaaminen sekä ehkäisevän päihdetyön lakia koskevat muutokset.

Innovaation jatkokehittäminen ja levittäminen

Keskeistä Pakka-toimintamallin jatkokehittämiselle ja levittämiselle on sen myötä syntyneiden tai vahvistuneiden verkostojen myötä tapahtuva anniskelu- ja vähittäismyyntipaikkojen sekä valvontaviranomaisten kanssa tehtävä yhteistyö. Mahdolliset taloudelliset hyödyt syntyvät pääasiassa sosiaalisten ja terveydellisten haittojen vähentämisen kautta. Tutkimusaineiston näkökulmasta Pakka-toimintamallin leviämiseen kunnissa vaikuttaa pyrkimykset vahvistaa ehkäisevän päihdetyön vaikuttavuutta elinkeinoyhteistyön avulla sekä instituutio-naalinen ohjaus kansallisten kehittämisohjelmien ja lainsäädännön kautta.

Tutkijaryhmän oivallus:

On mahdollista tehostaa päihdetyötä niin, että myös elinkeinoelämä hyötyy eikä toisin päin. Pelkkä valvonta ja sääntely eivät johda parhaaseen lopputulokseen vaan tarvitaan myös julkisyksityistä yhteistyötä. Yksittäiset hankkeet ovat tehokkaita keinoja välittää yllätason tavoitteita paikallisiin käytäntöihin ja kuntalaisten hyväksi. Innovaatioiden käyttöönoton motivaattorit löytyvät paikallisesti ja ne vaihtelevat toimijaryhmittäin.



ISBN 978-952-03-0002-9 (nid.)
ISBN 978-952-03-0003-6 (PDF)