

Kari Lappalainen

# **Luova hallinta sosiaali- ja terveyden- huollossa**

Arvoverkkona johdettava alueellinen järjestelmä uudistamisen  
lähtökohtana



ACTA WASAENSIA 427



**Vaasan yliopisto**  
UNIVERSITY OF VAASA

## VÄITÖSKIRJA

*joka Vaasan yliopiston johtamisen yksikön suostumuksella esitetään  
julkisesti tarkastettavaksi Tritonian Nissi-auditoriossa (K218)  
perjantaina 30. elokuuta 2019, kello 12.*

Esitarkastajat Professori Sanna Laulainen  
Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos  
Itä-Suomen yliopisto  
PL 1627  
70211 Kuopio

Professori Elias Pekkola  
Johtamiskorkeakoulu (JKK)  
Kalevantie 4  
33014 Tampereen yliopisto

<b>Julkaisija</b> Vaasan yliopisto	<b>Julkaisupäivämäärä</b> Elokuu 2019	
<b>Tekijä(t)</b> Kari Lappalainen	<b>Julkaisun tyyppi</b> Artikkeliväitöskirja	
<b>ORCID tunniste</b>	<b>Julkaisusarjan nimi, osan numero</b> Acta Wasaensia, 427	
<b>Yhteystiedot</b> Vaasan yliopisto Johtamisenyksikkö Hallintotiede PL 700 FI-65101 VAASA	<b>ISBN</b> 978-952-476-874-0 (painettu) 978-952-476-875-7 (verkkoaineisto) URN:ISBN:978-952-476-875-7	
	<b>ISSN</b> 0355-2667 (Acta Wasaensia 427, painettu) 2323-9123 (Acta Wasaensia 427, verkkoaineisto)	
	<b>Sivumäärä</b> 182	<b>Kieli</b> suomi
	<b>Julkaisun nimike</b> Luova hallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa – arvoverkkona johdettava alueellinen järjestelmä uudistamisen lähtökohtana	
<b>Tiivistelmä</b> <p>Tutkimus tarkastelee sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista johtamista jatkuvan kehittämisen näkökulmasta. Tutkimuksen tavoite on ollut teoretisoida luovan hallinnan (Creative Governance) viitekehys, jota hyödyntämällä sosiaali- ja terveydenhuollon alueelliset arverkot voisivat ylläpitää ja kehittää kykyään selviytyä alati muuttuvassa alueellisessa toimintaympäristössään. Luovalle hallinnalle tunnistettiin kaikkiaan 15 osa-alueita. Nämä jakautuivat mallin kolmeen eri johtamisen elementtiin, joita ovat strateginen johtaminen, palvelujen johtaminen sekä innovaatiojohtaminen. Jotta malli tukisi mahdollisimman hyvin alueellista toiminnan koordinoitua, voidaan luovan hallinnan osa-alueita tarkastella myös arvoverkkojen suunnittelun, ohjauksen sekä tietojohdamisen näkökulmista.</p> <p>Tutkimus rakentuu neljästä artikkelista ja yhteenvedosta. Ensimmäisessä artikkelissa määritettiin luovan hallinnan ydinkategoriat eli alustavat osa-alueet. Tämän jälkeen laadullisen haastattelututkimuksen (2. artikkeli) sekä tieteellisen kirjallisuuskatsauksen (3. artikkeli) avulla suoritettiin akselikoodaus eli luokitusten tarkennukset. Neljännessä artikkelissa kehitettiin lähtökohtia alueellisten arvoverkkojen johtamismallille. Selektiivinen koodaus eli tutkimusmateriaalin integrointi toteutettiin tutkimuksen yhteenvedossa.</p> <p>Tutkimuksen tulokset osoittavat, että alueellisten arvoverkkojen luovan hallinnan avulla voidaan kehittää toimijoiden välistä luottamusta, avoimuutta ja läpinäkyvyyttä sekä edistää siten alueellisen hallinnon ketteryttä, asiakasohjautuvuutta sekä innovaatioihin kannustavaa kokeilukulttuuria.</p>		
<b>Asiasanat</b> hallinnonuudistus, verkostot, kilpailu, innovaatiot		



<b>Publisher</b> Vaasan yliopisto	<b>Date of publication</b> August 2019	
<b>Author(s)</b> Kari Lappalainen	<b>Type of publication</b> Doctoral thesis by publication	
<b>ORCID identifier</b>	<b>Name and number of series</b> Acta Wasaensia, 427	
<b>Contact information</b> University of Vaasa Faculty Department or subject P.O. Box 700 FI-65101 Vaasa Finland	<b>ISBN</b> 978-952-476-874-0 (print) 978-952-476-875-7 (online)	
	URN:ISBN:978-952-476-875-7	
	<b>ISSN</b> 0355-2667 (Acta Wasaensia 427, print) 2323-9123 (Acta Wasaensia 427, online)	
	<b>Number of pages</b> 182	<b>Language</b> Finnish
<b>Title of publication</b> Creative Governance in social and health care - the value network based regional management system as the premise for reform		
<b>Abstract</b> <p>The study examines the continuous development of regional governance in the industry of social and health care. The objective has been to theorize the framework of Creative Governance, which could support the regional value networks to maintain and develop their ability to succeed in increasingly changing regional operating environment. In Creative Governance 15 subcategories were identified and allocated into three different management elements. Those elements are strategic management, service management, and innovation management. From the coordination point of view subcategories can be divided in to the following three dimensions: planning, steering, and knowledge management of the value network.</p> <p>The study consists of four articles and a summary. The first article defined the core categories of Creative Governance, i.e., the preliminary subcategories. Subsequently, a qualitative interview study (article 2.) and a scientific literature review (article 3.) made the classifications more precise. The fourth article defined the baseline for the management model of the regional value network. Integration of the research material was carried out in the summary of the study.</p> <p>The results of the study indicate that the Creative Governance of regional value networks can be used to develop trust, openness and transparency between the different stage holders, thus promoting the agility, customer orientation and innovation-inspiring experimental culture of regional governance.</p>		
<b>Keywords</b> Administrative reform, networks, competition, innovations		



## ESIPUHE

Viimeiset neljä ja puolivuotta ovat opettaneet minulle, että se, mitä Vince Lombardi on todennut johtajuudesta, sopii erinomaisesti myös tutkijana olemiseen. ”Tutkijaksi ei synnytä. Tutkijaksi kasvetaan. Se tapahtuu samalla periaatteella kuin mikä tahansa kasvu ... kovalla työllä.”

Nuorena yliopisto ei ollut minulle itsestään selvä kouluttautumisvaihto. Haminan reservinupseerikurssilla sain mahdollisuuden tutustua määrätietoisiin kavereihin, joiden innoittamana päätin myös itse mennä elämässä eteenpäin ja asettaa tavoitteita. Valmistuessani ensimmäisestä tutkinnostani hallintotieteiden maisteriksi, minulle tarjottiin mahdollisuutta jäädä yliopistolle töihin ja jatkaa opintoja EU-lainsäädäntöön liittyvässä tutkimushankkeessa. Tutkijan ura toki kiinnosti, mutta olin juuri tullut valituksi talouspäälliköksi lentokoneteollisuuteen. Taloushallinnosta innostuneena päätin muutaman työvuoden jälkeen pyrkiä lukemaan kauppatieteitä pääaineena yrityksen laskentatoimi. Perhe- ja työelämän ohessa kolmessa vuodessa tehty toinen maisteritutkinto karisti vuosiksi haaveet jatko-opinnoista.

Tähän mennessä 30 vuotta kestänyt työura on tarjonnut minulle erittäin mielenkiintoisia tehtäviä. Viimeiset 15 vuotta olen saanut työskennellä terveydenhuollon ohjelmistoliiketoiminnan johtotehtävissä. Minulla on ollut onni ja kunnia saada tehdä töitä sellaisten asiakkaiden ja asiantuntijoiden kanssa, joilla on ollut kiinnostusta kehittää toimintaa. Terveydenhuollossa tutkimus on lähellä toimintaa ja terveydenhuollon ammattilaisten urakehitykselle on eduksi tieteellinen pätevyys. Siksi asiakkaiden johtotehtävissä toimivilla henkilöillä on yleensä vahva tieteellinen orientaatio. Toimintaympäristö herätti uteliaisuuteni tieteen tekemiseen. Kun molemmat lapsemme olivat päässeet opiskelemaan yliopistoon ja muuttaneet kotoa toisille opiskelupaikkakunnille, oli tullut aika selvittää mahdollisuudet toteuttaa haave väitöstutkimuksesta.

Vaihtoehtoja kartoittaessani vierailin myös Vaasan yliopiston www-sivuilla ja huomasin jatko-opiskelijoille perustetun julkinen johtaminen ja diskurssit –tutkimusryhmän, jonka vetäjänä toimi myöhemmin väitöstutkimustyötäni ohjannut professori Esa Hyyryläinen. Innostavan puhelinkeskustelun jälkeen sain professori Hyyryläiseltä seitsemän governance –teorioihin liittyvää artikkelia. Tutustuttuani artikkeleihin, oli selvää, että mikäli tutkimussuunnitelmani hyväksyttäisiin ja minulle myönnettäisiin jatko-opiskeluoikeus, tulisi väitöstutkimukseni aihealueena olemaan sosiaali- ja terveydenhuollon verkostomaisen palvelutuotannon johtaminen ja sen uudistumiskyvyn jatkuva kehittäminen. Tunsin aiheeseen alusta saakka

suurta intohimoa. Maailmanlaajuisen tutkimustiedon edessä totean nöyränä, että tutkimusprosessi on syventänyt käsitystäni aihealueesta ja toivon, että tutkimuksessa esitetyt havainnot ja päätelmät ovat osaltaan auttamassa alan kehittymistä.

Reilun neljän vuoden urakka on nyt takana. On aika kiittää kaikkia tutkimushankettani tukeneita tahoja. Mielestäni jokainen tohtorin tutkinto on oodi suomalaiselle koulujärjestelmälle ja siinä toimiville huippuammattilaisille. Kiitos teille kollegat, ystävät ja sukulaiset. Suuri kiitos kaikille tutkimukseni empiiriseen haastatteluosuuteen osallistuneille ja tutkimuksen kohteena olleille sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Erityinen kiitos ohjaajalleni, professori Esa Hyyryläiselle asiantuntevasta ja kannustavasta ohjauksesta. Ilman sitä en olisi tässä ajassa kyennyt viemään tutkimushankettani maaliin. Samoin kiitos lääketieteen tohtori Petri Kiviselle erinomaisesta yhteistyöstä kirjoittaessamme väitöstutkimukseeni liittyvää neljättä artikkelia sekä useista erinomaisista keskusteluista aiheen ympärillä. Kiitos myös professori Lasse Lehtoselle ja lääketieteen tohtori Seppo Rannalle kannustavista keskusteluista tutkimusprosessin aikana. Kiitos esitarkastajille professori Sanna Laulaiselle ja professori Elias Pekkolalle lupautumisesta tehtävään ja ansiokkaista huomioistanne. Kiitos professori Pekkolalle lupautumisesta vastaväittelijäksi. Aivan erityinen kiitos vaimolleni Pirjolle, pojallamme Lasselle ja tyttärellemme Lisalle vapaa-ajalla tapahtuneen tutkimustyön mahdollistamisesta, kannustuksesta, pitkämielisyydestä ja myötäelämisestä. Omistan tämän väitöskirjan rakkaalle vaimolleni Pirjolle.

Hausjärvellä 15.06.2019

Kari Lappalainen

## Sisällys

ESIPUHE .....	VII
1 JOHDANTO .....	1
1.1 Tutkimuksen lähtökohdat ja tutkimusongelma .....	1
1.2 Tutkimuksen rakenne .....	5
1.3 Tutkimuksen metodologia ja aineisto .....	5
2 ARTIKKELIT.....	10
2.1 Artikkel 1: Sosiaali- ja terveydenhuollon alueiden luova hallinta innovatiivisten arvoverkkojen systeemillä koordinaatiolla .....	10
2.2 Artikkel 2: Julkisen erikoissairaanhoidon valmius alueelliseen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistukseen.....	10
2.3 Artikkel 3: Terveydenhuollon hallinnan muutosajureista.....	11
2.4 Artikkel 4: Palvelutuotannon arvon johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon strategisissa arvoverkoissa.....	12
3 KOHTI LUOVAA HALLINTAA .....	13
3.1 Luovan hallinnan perusta on julkisen hallinnan teorioissa.....	13
3.2 Strategiset arvoverkkoteoriat jäsentävät alueiden luovaa hallintaa .....	19
3.3 Systeemitteoriat jäsentävät luovan hallinnan rakenteita.....	23
4 LUOVAN HALLINNAN MALLI .....	26
4.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon strateginen johtaminen arvoverkossa .....	26
4.1.1 Yhteisen vision systeminen koordinaatio .....	26
4.1.2 Resilienssi saa uudistumaan ennen kuin on pakko ..	29
4.1.3 Huippuosaamista verkottamalla ja erikoistumalla....	30
4.1.4 Orgaaniset ja dynaamiset organisaatorakenteet .....	31
4.1.5 Talouden suunnittelu ja seuranta .....	32
4.2 Palvelujen johtamisen tematiikka arvoverkossa.....	35
4.2.1 Systeminen koordinaatio palvelujen johtamisessa..	35
4.2.2 Alueen olosuhteet huomioiva kilpailu .....	37
4.2.3 Työpaikkarakenteiden joustavuus .....	43
4.2.4 Asiakaskommunikaatio, palvelutuottajien seuranta ja prosessien kehittäminen .....	45
4.2.5 Reaaliaikainen, ennustava ja vertailun mahdollistava tietotuotanto.....	47
4.3 Alueiden innovaatiojohtaminen.....	50
4.3.1 Tutkimus- ja kehittämistoiminta osana innovaatiojärjestelmää .....	50
4.3.2 Yksilöiden luovuudesta suuruuden ekonomiaan .....	53
4.3.3 Systeemisten innovaatioiden edistäminen .....	54
4.3.4 Investoinnit informaatioteknologiaan ja innovaatiot	57
4.3.5 Johtaminen innovatiivisuutta ja luottamusta vahvistavana tekijänä .....	60

5	ALUEELLISTEN ARVOVERKKOJEN LUOVA HALLINTA .....	63
5.1	Tutkimuksen keskeiset tulokset .....	63
5.2	Pohdinta luovasta hallinnasta .....	66
	LÄHTEET .....	70
	LIITTEET .....	91
	Liite 1. Väitöskirjan tekijän henkilökohtainen työpanos 4. artikkelissa .....	91
	Liite 2. Haastattelututkimuksen teemahaastattelun kysymykset.....	92
	ARTIKKELIT.....	93
	Sosiaali- ja terveydenhuollon alueiden luova hallinta innovatiivisten arvoverkkojen systeemillä koordinaatiolla .....	94
	Julkisen erikoissairaanhoidon valmius alueelliseen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistukseen.....	110
	Terveydenhuollon hallinnan muutosajureista.....	133
	Palvelutuotannon arvon johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon strategisissa arvoverkoissa .....	152

## Kuviot

<b>Kuvio 1.</b>	Arvoverkkoysteistyön syvyys ja laajuus uudistuksessa. (kts. Peck 2002) .....	37
<b>Kuvio 2.</b>	Esimerkki luovan hallinnan alueellisen arvoverkon työnjakomallista .....	44
<b>Kuvio 3.</b>	Arvoverkon kyvykkyydet .....	56
<b>Kuvio 4.</b>	Luova hallinta – arvoverkon läpinäkyvyyttä parantava ”linssi”.....	68

## Taulukot

<b>Taulukko 1.</b>	Luovan hallinnan avoin koodaus - ydinkategoriat .....	7
<b>Taulukko 2.</b>	Luovan hallinnan akselikoodauksen ulottuvuudet .....	8
<b>Taulukko 3.</b>	Luovan hallinnan selektiivisen koodauksen vaihe - integraatio.....	9
<b>Taulukko 4.</b>	Sosiaali- ja terveydenhuollon luova hallinta .....	66

## Artikkelit

[1] Lappalainen, K. (2015). Sosiaali- ja terveydenhuollon alueiden luova hallinta innovatiivisten arvoverkkojen systeemisellä koordinaatiolla. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, 7(4): 221-236. Saatavissa 9.6.2019 <https://journal.fi/finjehew/article/view/53521>.

[2] Lappalainen, K. (2016). Julkisen erikoissairaanhoidon valmius alueelliseen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistukseen. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, 8(4): 177-199. Saatavissa 9.6.2019 <https://journal.fi/finjehew/article/view/60196>.

[3] Lappalainen, K. (2018). Terveydenhuollon hallinnan muutosajureista. *Journal of Finnish eHealth & eWelfare*, 10(1): 60-78. Saatavissa 9.6.2019 <https://journal.fi/finjehew/article/view/65423>.

[4] Lappalainen, K. & Kivinen, P. (2018). Palvelutuotannon arvon johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon strategisissa arvoverkoissa. *Focus Localis*, 46(4): 49-67.

*Artikkelit on julkaistu copyright-oikeuksien omistajien luvalla;*

*[1] FinJeHeW,*

*[2] FinJeHeW,*

*[3] FinJeHeW ja*

*[4] Focus Localis.*



# 1 JOHDANTO

## 1.1 Tutkimuksen lähtökohdat ja tutkimusongelma

Suomen kuntakeskeisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmien rakentaminen käynnistyi 1960-luvun lopulla, ja erityisesti 1970-luku oli järjestelmien rakentamisen aikaa (Möttönen 2011, 63, 67). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut muodostuvat kolmesta keskeisestä toimialasta, jotka ovat: perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido sekä sosiaalipalvelut. Perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen tuottaminen on lailla asetettu suoraan kuntien vastuulle ja niiden toiminta rahoitetaan kunnallisveroilla, valtionosuuksilla sekä vähäisemmässä määrin asiakkailta perittävillä palvelumaksuilla. (HE 15/2017 vp)

Erikoissairaanhoido on järjestetty Manner-Suomessa 20:n kuntayhtymäpohjaisen sairaanhoitopiirin toimesta. Nykyinen sairaanhoitopiirijärjestelmä perustettiin 1990-luvulla. Aikaisemmin erikoissairaanhoido toimi 1950-luvulla kehitetyn keskussairaalahjärjestelmän pohjalta. (Kärkkäinen 2018) Lainsäädäntö velvoittaa Suomen kuntia kuulumaan johonkin sairaanhoitopiiriin ja turvaamaan siten kunnan väestölle ensisijaiset erikoissairaanhoidon palvelut. Sairanhoitopiirien rahoitus muodostuu kuntayhtymien jäsenkunniltan perimistä kuntien maksuosuuksista, valtionosuuksista sekä asiakkailta perittävistä palvelumaksuista. Viidessä sairaanhoitopiirissä toimii yliopistollinen keskussairaala, jonka tehtävänä on kouluttaa lääkäreitä, toteuttaa lääketieteellistä tutkimusta sekä tuottaa vaativaa erikoissairaanhoidoa. Kukin yliopistollinen keskussairaala muodostaa yhdessä 2-4 muun lähialueen sairaanhoitopiirin kanssa erityisvastuualueen, jonka keskeisin tehtävä on koordinoida alueen sairaanhoitopiirien yhteistä tutkimus- ja kehitystoimintaa. (HE 15/2017 vp)

Suomen erikoissairaanhoidon järjestelmä on kansainvälisesti arvioiden kohtuullisen hyvin toimiva ja kustannustehokas. Sitä vastoin kuntien suoralla järjestämistä vastuulla oleva perusterveydenhuolto ja sen terveystieteiden asema on jäänyt heikoksi ja aliresursoiduksi. Lääkäreistä on pulaa ja jonotusajat ovat usein pitkiä. Yksi seuraus kehityksestä on ollut työterveydenhuollon palvelujen voimakas laajeneminen. Lisäksi yksityisten sairauskuluvakuutettujen kansalaisten määrä on jo viides kokonaisväestöstä. (Kärkkäinen 2018)

Sosiaalipalveluiden osalta kunnat sidottiin 1960-luvulta lähtien osaksi valtiojohtoisen sosiaaliturvajärjestelmän toimeenpanokoneistoa (Kröger 1997, 32-34).

Edelleenkin pääosin kuntien vastuulla oleva sosiaalipalvelujen kokonaisuus muodostaa laajan ja moniulotteisen käsitteiden verkoston, jonka jäsentäminen ei ole yksinkertainen tehtävä. Sosiaalipalvelujen tavoitteet, ohjausmekanismit ja toteuttamisen resurssit vaihtelevat kuntakohtaisesti. (Lehmuskoski & Kuusisto-Niemi 2012, 4).

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialat ja niiden palvelutuottajat ovat perinteisesti toimineet siilomaisesti toisistaan erillään. 2000-luvulla on alettu nähdä tarvetta lisätä toimijoiden välistä integraatiota ja verkostomaisempaa palvelutuotantoa. Kahden viimeisen vuosikymmenen aikana Suomessa on toteutettu useita sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistusselvityksiä. Tavoitteena on ollut löytää keinoja uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantoa siten, että väestön ikääntymiskehityksestä ja uusien hoitomuotojen käyttöönotosta johtuvien menojen kasvua voitaisiin hillitä ja samalla turvata kansalaisten yhdenvertaisuus. Keino-valikoimassa on korostettu palvelujen integraatiota eli palvelukokonaisuuteen osallistuvien palvelutuottajien välisen yhteistyön, työnjaon sekä läpinäkyvyyden lisäämistä. (HE 15/2017 vp) Käytännössä kyse on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuksien tuottamisen tehostamisesta ja asiakasarvon lisäämisestä alueellisen verkostotoiminnan kehittämällä.

Glasby (2007) totesi jo yli 10 vuotta sitten, että ”ratkaiseva tapa edetä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä on vapauttaa kokemusta omaavien asiantuntijoiden luovuus ja innovaatiot, sillä nykymeron jatkaminen ei ole vaihtoehto”. Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen palvelutuotannon uudelleenjärjestelyllä tavoitellaan palvelujen laadun ja kustannustehokkuuden parantamista. Usein tällaiset kehittämistoimenpiteet saavat aikaan merkittäviä hallinnan rakenteisiin kohdistuvia muutoksia. Muutokset ovat luonteeltaan monimutkaisia, lähes aina poliittisesti arkaluontoisia, ja johtajien oman aseman näkökulmasta haasteellisia. (Morrissey 2014, 37) Muutostilanteissa sosiaali- ja terveydenhuollon johtajat ja muutosagentit toimivat erilaisten kulttuuristen periaatteiden sekä jatkuvasti kehittyvien tieteellisten ja teknisten edistysaskeleiden välimaastossa, joten muutosten johtamisen voidaan olettaa säilyvän haasteellisena myös jatkossa (Bowden & Smits 2012). Verkostoituvan toimintaympäristön johtamishaastetta lisää toimijoiden määrän kasvaessa lisääntyvät vuorovaikutus- ja riippuvuussuhteet (Laihonen 2011, 78).

Tässä tutkimuksessa muodostetaan teoreettinen malli, jota tutkimuksessa kutsutaan sosiaali – ja terveystalouden alueellisen johtamisen luovan hallinnan malliksi. Mallin avulla on mahdollista ymmärtää sosiaali- ja terveystalouden johtamista ja osin vielä hyödyntämättömiä potentiaaleja alueellisella tasolla. Muodostettavan mallin perustana on kaksi erillistä, mutta yhteen kietoutuvaa ideaa. Nämä

ovat ideat arvoverkkoista ja jatkuvasta kehittämisestä. Muodostettava teoreettinen malli perustuu arvoverkkoidean ja jatkuvan kehittämisen idean kontrastointiin. Arvoverkko-ulottuvuus on tutkimuksessa tarkennettu arvoverkon suunnittelun, ohjauksen ja sen tietojohdantamisen näkökulmiin. Jatkuvan kehittämisen idea puolestaan tarkennetaan sosiaali- ja terveystalouden strategiseen johtamiseen, varsinaiseen palveluiden johtamiseen ja innovaatiojohtamiseen.

Lähtökohtana on, että arvon kehittämistä alueella edistää alueen sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden tuotantojärjestelmän samansuuntainen yhteistyö. Arvoverkkoidea auttaa ymmärtämään miten toimijoiden koordinoitua yhteistyöllä luodaan enemmän arvoa kuin toimimalla erikseen. Tämä on integroinnin isoin haaste ja mahdollisuus sosiaali- ja terveystaloutta uudelleen organisoitaessa. Kun kyse on sosiaali- ja terveystalouksista, on lisääntynyt arvo käytännössä primääristi parempaa palvelua potilaille ja asiakkaille, kustannussäästöjä veronmaksajille sekä lisääntyvää työhyvinvointia ammattilaisille.

Jatkuvan kehittämisen idea auttaa puolestaan ymmärtämään kuinka sosiaali- ja terveydenhuollon alueelliset järjestelmät pidetään jatkuvasti mahdollisimman paljon arvoa synnyttävinä. Sosiaali- ja terveystalouksissa tämän takeena on kehittämisen systeemisyys eli palvelukokonaisuuteen osallistuvien arvoverkkotoimijoiden yhteistyö innovatiivisten ratkaisujen etsimisessä sekä tutkimustiedon tehokas ja läpinäkyvä hyödyntäminen. Jatkuva kehittäminen edellyttää myös innovatiivisuuden esteiden mahdollisimman pitkälle menevää purkamista.

Tutkimuksen pääkysymys on edellä sanotun pohjalta määritelty seuraavasti:

**Miten arvoverkkoajattelua ja jatkuvan kehittämisen ideaa voidaan hyödyntää teoreettisessa mallissa niin, että sen avulla voi ymmärtää palveluiden integraatioon liittyviä johtamisen mahdollisuuksia ja rajoitteita siirryttäessä alueelliseen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään?**

Vastausta pääkysymykseen haetaan oheisten osakysymyksien avulla:

- 1. Millaisia muutostarpeita ja kehittämissuuntia arvoverkkona johdettava palveluiden integraatioon perustuva alueellinen järjestelmä tuo mukanaan?**
- 2. Millaiset valmiudet julkisella erikoissairaanhoidolla on integroitua arvoverkkona johdettavaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantoon?**

### **3. Mitkä ulkoiset ja sisäiset tekijät kiihdyttävät ja jarruttavat muutosta terveydenhuollon organisoimisessa?**

Muodostettava teoreettinen malli ei tavoittele ”vahvan teorian” asemaa esimerkiksi siinä mielessä kuin Sutton ja Staw sellaisen määrittelevät (Sutton & Staw 1995, 378). Se ei siis yritä vastata miksi-tyyppiseen kysymykseen, vaan pysyy miten-tyyppisten kysymyksien äärellä. Mallin muodostaminen on tässä tutkimuksessa pikemminkin tapa ymmärtää sekä olemassa olevaa, että erityisesti mahdollista. Tässä mielessä mallin muodostamisessa onkin kyse enemmän yrityksestä teoretisoida kuin muodostaa teoria (Weick 1995).

Teoretisointina muodostettava teoreettinen malli pyrkii heijastamaan neljää teorian käyttötarkoitusta, kriittistä, pohtivaa, luovaa ja eettistä (Harisalo 2008, 35-36). Se pyrkii esittämään väitteitä, mutta samalla kun se pyrkii vakuuttamaan esitettyjen väitteiden hyväksyttävyyden puolesta, se tuo esille myös niiden heikkouksia ja ongelmapaikkoja. Tätä on muodostettavan teoreettisen mallin kriittinen käytötapa. Pohtivaa käytötapaa teoreettisessa mallissa on se, että se pyrkii tekemään tarkastellut asiat ja ilmiöt tunnistettaviksi ja näin avaamaan niiden eri ulottuvuuksia. Luovaa käytötapaa muodostettavassa teoreettisessa mallissa on sen myötä avautuva mahdollisuus totuttujen ajatuskuvioiden murtamiseen ja uusien näkökulmien esittämiseen. Jo mallin nimessä näkyvä termi luova, on vahva viite juuri tämän teoreettisen mallin käyttötavan painottamiseen. Teoreettisen mallin eettinen käytötapa taas toteutuu pohdittaessa tarkasteltujen asioiden tapahtumisen ja tapahtumattomuuden toivottavuutta. Malli on väistämättä joiltain osin normatiivinen ja sellaisena heijastaa tekijänsä arvomaailmaa ja preferenssejä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen suhteen.

Tutkimus on toteutettu aikavälillä 2015-2019. Keväällä 2015 eduskuntavaalien jälkeen muodostunut hallitus valmisti Suomen mittavimmaksi hallintoreformiksi kutsuttua sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistusta aina maaliskuuhun 2019 saakka, jolloin se totesi epäonnistuneensa ja erosi vain noin kuukausi ennen seuraavia eduskuntavaaleja. Sosiaali- ja terveydenhuollon luovan hallinnan mallin kehittelyyn tähtäävä väitöstutkimus ei ole ollut suoraan sidoksissa rakenteelliseen uudistukseen, vaikka sen vuosina 2015-2018 julkaistuissa tutkimusartikkeleissa on viitauksia meneillään olleeseen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen vaiheisiin.

## 1.2 Tutkimuksen rakenne

Tutkimus koostuu yhteenvedosta sekä neljästä referee-arvioidusta artikkelista. Yhteenvedon johdannossa (1) kontekstualisoidaan tutkimuksen aihealue sekä esitellään luovan hallinnan mallia kehittävä tutkimuksen metodologia ja aineisto. Toisessa (2) pääluvussa esitellään väitöskirjan neljä tutkimusartikkelia kuvaamalla kunkin artikkelin tavoitteet, tutkimusmenetelmät ja tutkimustulokset väitöskirjan osana. Artikkeleiden esittelyn tavoitteena on antaa yhteenvedon lukijalle riittävät tiedot tutkimuksen kokonaisuudesta ja siitä, miten artikkelit liittyvät toisiinsa sekä miten ne sijoittuvat suhteessa väitöstutkimuksen kokonaisuuteen. Artikkelista yksi on kirjoitettu toisen tutkijan kanssa yhdessä. Tätä artikkelia koskeva tutkijan henkilökohtainen työpanos on esitetty liitteessä 1. Kolmannessa (3) luvussa tarkastellaan hallinnan käsitettä, taloustieteisiin painottuvaa verkostojen ja strategisten arvoverkkojen tutkimusta sekä avataan systeemiparadigmoja, jotka auttavat osaltaan jäsentämään luovaa hallintaa. Neljäs (4) pääluku syventää tarkastelua luovan hallinnan mallin strategisen johtamisen, palvelujen johtamisen ja innovaatiojohtamisen elementteihin, joista kuvataan ja perustellaan yhteensä 15 sosiaali- ja terveydenhuollon arvoverkkojen menestystä edistävää osa-aluetta. Viides (5) pääluku erittelee luovan hallinnan roolia arvoverkkojen hallintaa suunnittelun, ohjauksen ja tietojohdamisen näkökulmista, jonka pohjalta perustellaan myös alueellisen johtamisjärjestelmän mallia. Viidennen pääluvun lopuksi muodostetaan yhteenvedo-osion synteesi sisältäen myös kommentteja tutkimuksen rajoitteista.

## 1.3 Tutkimuksen metodologia ja aineisto

Tutkimuksen eri artikkeleita toteutettaessa on hyödynnetty kuhunkin vaiheeseen soveltuvaa tutkimusstrategiaa. Analysointi perustuu kuitenkin lähtökohtaisesti aina grounded theory –menetelmään. Sen ero muihin menetelmiin ilmenee erityisesti aineiston analysoinnissa, joka perustuu vahvasti luokitteluihin eli teoreettiseen koodaukseen. Tällä tarkoitetaan kategorioiden kytkemistä esille nousevaan teoriaan. Grounded theory ankkuroituu systemaattisesti koottuun ja analysoituun dataan, jonka seurauksena kohteena oleva teoria kehittyy tutkimuksen aikana jatkuvan analyysin ja aineistonkeruun vuorovaikutuksessa. (Strauss & Corbin 1998, 158) Kyseessä on kontekstisidonnainen tutkimusote, jossa teorioita ja säännönmukaisuuksia kehitellään tavoitteena ymmärryksen lisääminen tutkittavasta kohteesta. (kts. Hirsijärvi & Hurme 2014) Grounded theoryn ei ole yksi yhtenäinen suuntaus. Yhteistä grounded theoryn nimissä tehdyillä aineiston analyysillä on, että ne käyttävät laadullisin menetelmin kerättyä aineistoa painottaen empiriaa ja

teorian muodostamista aineiston vertailun ja luokittelun avulla. Aineistoa kerätään siihen saakka, kunnes se ei enää tarjoa uutta ainesta kehitteillä olevaan teoriaan. (Dey 2004, 80-81)

Grounded theoryssa koodaus on keskeisessä asemassa. Koodauksella tarkoitetaan aineiston käsitteellistämistä, pilkkomista ja uudelleen muotoilemista tai jäsentämistä. Tällaisen tiedon analyysin katsotaan olevan keskeistä aineistoon pohjautuvassa teorian muodostuksessa. (Strauss & Corbin 1990) Kyse on sekä systemaattisesta ulkomaailmaa koskevasta tiedonkeruusta että ihmisten hahmottamisen kautta kerättävästä näkemyksellisestä tiedosta (Charmaz 2003, 89). Menetelmässä korostetaan aineistolähtöistä teorianmuodostusta ja induktiivista päättelyä, koska grounded theory on kehitetty vaihtoehdoksi hypoteettis-deduktiiviselle tutkimusperinteelle. Lähtökohtana on, että tutkija lähestyy tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä avoimin mielin ja väljällä tutkimuskohdetta sopivasti rajaavalla kysymyksenasettelulla. Käsitteistö kehittyy induktiivisesti tutkimuksen kuluessa. (Strauss & Corbin 1998, 40-42) Jossakin vaiheessa tutkimus saa abduktiivisia piirteitä, koska tutkija hyödyntää analyysissään enenevässä määrin aikaisemmin omaksumaansa tietoa ja kokemusta (Kts. Raunio 1999, 307-308). Tavoitteena on arvioida, täydentää ja tarkentaa aiempia kategorioihin liittyviä tulkintoja sekä tutkia aineistosta löytyvää variaatiota ja teorian mahdollisia heikkouksia (Charmaz 2003, 97-102).

Grounded theory -menetelmässä toteutetaan kolmen eri vaiheen koodausta. Avoin koodaus tehdään projektin alkuvaiheessa, jolloin luodaan tutkittavasta kohteesta havaintojen pohjalta arvioita sekä mahdollisesti alustava hypoteesi. Tällöin lähtökohtana on, että ensin löydetyin juonen avulla kyetään määrittämään keskeiset ydinkategoriat. Seuraavassa vaiheessa valitaan akselikoodauksen avulla tietyjä keskeisiä piirteitä tarkemman analyysin kohteeksi ja koodaus tapahtuu niiden ”akselien” ympärillä kategorioita hierakaisesti syventäen. Akseleille määritellään tarkemmat ulottuvuudet, jolloin ydinkategorioihin liitetään muita luokkia. Selektiivisen koodauksen vaiheessa on kyse koko tutkimusmateriaalin integroimisesta kokonaisuudeksi. Grounded theory -menetelmän on parhaimmillaan teorian jatkuvassa kehittämisessä, jolloin tutkija haluaa tuottaa teoreettisia ideoita, uusia luokituksia, hypoteeseja tai toisiinsa suhteessa olevia hypoteeseja. Läpikäydessään tutkimusmateriaalia ja selostaessaan kohteen ominaisuuksia, tutkija jäsentää ja integroi teoreettisia näkemyksiään koko ajan uudelleen. (Hirsijärvi & Hurme 2014)

Tutkimusta ei ole puhtaasti perinteinen grounded theory –menetelmän sovellutus, vaan erityisesti neljännessä artikkelissa sekä tutkimuksen yhteenveto-osuudessa on hyödynnetty myös Collinsin, Josephin & Bielaczycin (2004) kuvaamaa design-

tutkimuksen (Design based research) menetelmää. Design -tutkimus keskittyy ratkaisemaan laajoja, kompleksisia reaali maailman ongelmia, jotka ovat kriittisiä toiminnalle, toisaalta ylläpitämään teorian muodostuksen ja selityksen liittymistä toisiinsa (Reeves, Herrington & Oliver 2004). Design-tutkimuksen käsite liitetään usein Ann Brownin (1992) ja Allan Collinsin kuvaamiin menetelmiin (1992) ja se on laajasti käytetty laadullisen tutkimuksen menetelmä (Dominguez 2017). Se on tutkimuksellista ja tavoitteellista johtamisjärjestelmän kehittämistyötä, jossa käytäntö ja teorianmuodostus kytkeytyvät kiinteästi toisiinsa. Design –tutkimus tarjoaa mahdollisuuden tutkimusaiheen lähitarkasteluun, mutta samalla aiheen käytännön tutkimustodellisuus tuottaa esteitä tai ongelmia, jotka pitää ratkaista tässä tutkimuksessa esitetyin teoreettisin lähestymismallein (van den Akker 2007; Plomp 2007, 13-32). Dominguez (2017) luonnehtii design-tutkimusta systemaattiseksi ja sykleittäin eteneväksi tutkimukseksi, jossa analysoidaan, kehitetään ja arvioidaan tai pyritään ratkaisemaan ongelmia sekä luomaan tutkimukseen perustuvia ja arvioituja malleja (kts. myös Cottonin, Lockyer & Brickell 2009, 1366). McKenney ja Reeves (2014) puolestaan tarkentavat, että design-tutkimuksen avulla yritetään vastata keskeisiin arkipäivän kysymyksiin, lisätä tietoa erilaisista ratkaisutavoista ja vahvistaa tutkimuksen teoreettisia ulottuvuuksia. Design -tutkimuksen kannattajat väittävät, että se voi edistää organisaatioteorian ja ammatillisen kehityksen lisääntymistä (Romme 2003). Design-tutkimus ei ole vielä laajasti käytetty hallintotieteen tutkimuksissa. Syynä lienee yksityiskohtaisten ohjeiden puute erityisesti siitä, miten metodologiaa tulisi soveltaa (Andriessen 2008, 125).

**Taulukko 1.** Luovan hallinnan avoin koodaus - ydinkategoriat

	STRATEGIA	JOHTAMINEN	INNOVAATIOTOIMINTA
	Yhteiseen visioon perustuva tarkoituksenmukaisen yhteistoiminnan kuvaus (Systeeminen koordinaatio)	Yhteisesti tapahtuva tavoitteiden asettaminen, yhteisesti sovitut pelisäännöt ja toimivat johtamisen roolit	Tutkimus- ja kehitystoiminnalle sekä tietohallinnolle uusi strategisesti sempi asema
	Keskittymisen ja verkostojen kautta syntyvä huippuosaaminen kumuloitua menestystä (Vahvat verkostotoimijat)	Huomio asiakaskommunikaatiossa, toimialan muiden palvelutuottajien seurannassa sekä huippuosaamiseen perustuvassa palveluprosessien kehittämisessä	Kahden luovuutta edistävän tekijän optimointi: suuruuden ekonomiaan perustuva innovaatioiden prosessikyvykyys ja yksilöiden luovuutta ylläpitävät kohtuullisen kokoiset toimintayksiköt
<b>ALUEELLISEN ARVOVERKON OHJAUS</b>	Strateginen resilienssi keskiössä eli proaktiivinen uudistuminen ilmentää uutta hallintamentaliteettia	Tietotuotanto ja tiedonvälitys nähdään hallinnan järjestelmän keskeiseksi tuottavuusajuriksi	Radikaalien ja perinteisiä rakenteita ravistelevien systeemisten innovaatioiden edistäminen palkitsevalla aloitteen tekijät ja nopeuttamalla uudistusten leviämistä
	Organisaatorakenteissa painottuu verkostoihin ulottuva joustava työnjako, avoin tiedonkulkua, asiantuntemus, nopeus ja innovaatiot (Orgaanisuus ja dynaamisuus)	Alueellisten työpaikkarakenteiden joustavuus keskiössä, jolloin työvoiman suuntaaminen ja jakaminen tehostuu	Informaatioteknologia on systeemisen innovaatiotoiminnan mahdollistaja ja siten keskeinen investointikohde
	Talouden suunnittelu ja seuranta nähdään luovan hallinnan strategiatyökaluna.	Kilpailu johtaa sosiaali- ja terveydenhuollossa parempaan johtamiseen (verkostoekosysteemin kilpailukyky)	Innovatiivisuutta ja luottamusta edistävien tekijöiden vahvistaminen - yritys ja innovatiivisuus ovat henkisiä ominaisuuksia

Tutkimuksen ensimmäisessä artikkelissa hallinto- ja taloustieteen tutkimuskirjallisuudesta muodostuneen aineiston analyysi toteutettiin grounded theory -menetelmän viitoittamana avoimena koodauksena nostamalla esille arvoverkkojen jatkuvan kehittämisen hallintaa koskevat teemat ja kytkemällä ne luokittelun avulla luovan hallinnan ydinkategorioiksi (kts. Taulukko 1).

Toisen artikkelin tutkimus perustui empiiriseen tutkimusstrategiaan, jossa ensimmäisessä artikkelissa kuvatun luovan hallinnan avoimen koodauksen kategorioita testattiin ja tarkennettiin sairaanhoitopiirien johtoon kuuluneille henkilölle suunnatulla puolistrukturoidulla haastattelututkimuksella. Grounded theoryn akselikoodauksen analyysin kautta empiirisen haastattelututkimuksen tulokset tarkensivat valittuja kategorioita (kts. Taulukko 2).

**Taulukko 2.** Luovan hallinnan akselikoodauksen ulottuvuudet

	STRATEGINEN JOHTAMINEN	PALVELUJEN JOHTAMINEN	INNOVAATIO-JOHTAMINEN
<b>ALUEELLISEN ARVOVERKON OHJAUS</b>	<b>Yhteiseen visioon</b> perustuva tarkoituksenmukaisen yhteistoiminnan kuvaus (Systeeminen koordinaatio)	Yhteisesti tapahtuva tavoitteiden asettaminen, <b>yhteisesti sovitut säännöt</b> ja toimivat johtamisen roolit	Tutkimus- ja kehitystoiminnalle sekä <b>tietohallinnolle uusi strategisempi asema</b>
	<b>Keskittymisen ja verkostojen</b> kautta syntyvä <b>huippuosaaminen</b> kumuloi menestystä (Vahvat verkostotoimijat)	Huomio <b>asiakaskommunikaatiossa</b> , toimialan muiden <b>palvelutuottajien seurannassa</b> sekä huippuosaamiseen perustuvassa <b>palveluprosessien kehittämisessä</b>	Kahden luovuutta edistävän tekijän optimointi: <b>suuruuden ekonomiaan</b> perustuva innovaatioiden prosessikyvykyys ja <b>yksilöiden luovuutta</b> ylläpitävät kohtuullisen kokoiset toimintayksiköt
	Strateginen <b>resilienssi</b> keskiössä eli <b>proaktiivinen uudistuminen</b> ilmentää uutta hallintamentaliteettia	<b>Reaaliaikainen, ennustava sekä vertailun mahdollistava tietotuotanto</b> ja tiedonvälitys nähdään hallinnan järjestelmän keskeiseksi tuottavuusajuriksi	Radikaalien ja perinteisiä rakenteita ravistelevien <b>systemisten innovaatioiden edistäminen</b> palkitseamalla aloitteen tekijät ja nopeuttamalla uudistusten leviämistä
	Organisaatorakenteissa painottuu verkostoihin ulottuva <b>joustava työnjako, avoin tiedonkulku, asiantuntemus, nopeus ja innovaatiot</b> (Orgaanisuus ja dynaamisuus)	Alueellisten <b>työpaikkarakenteiden joustavuus</b> keskiössä, jolloin työvoiman suuntaaminen ja jakaminen tehostuu	<b>Informaatioteknologia</b> on systeemisen innovaatiotoiminnan mahdollistaja ja siten <b>keskeinen investointikohde</b>
	<b>Talouden suunnittelu ja seuranta</b> nähdään luovan hallinnan strategiatyökaluna.	<b>Alueen olosuhteet huomioiva kilpailu</b> johtaa sosiaali- ja terveydenhuollossa parempaan johtamiseen (verkostokesysteemin kilpailukyky)	<b>Johtaminen</b> vahvistaa <b>innovatiivisuutta ja luottamusta</b> edistäviä tekijöitä - yrittäjyys ja innovatiivisuus ovat henkisiä ominaisuuksia

Kolmannen artikkelin tutkimuksessa jatkettiin grounded theoryn akselikoodauksen liittyvää analyysiä lähestyen ilmiötä teoreettisella tutkimusstrategialla. Tutkimus syvensi aiemmin valittujen käsitteiden malleja, selityksiä ja rakenteita kansainvälisen tutkimukseen kohdistuneen tieteellisen kirjallisuuskatsauksen avulla (kts. Lappalainen 2018).

Myös neljännen artikkelin tutkimus toteutettiin teoreettisella tutkimusstrategialla yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijan kanssa. Artikkeliki keskittyi erityisesti luovan hallinnan tietojohtamisen luokitteluun (kts. Lappalainen & Kivinen 2018). Grounded theoryn akselikoodausta valittiin tukemaan design-tutki-

musmenetelmä, joka tarjosi analyysitukea tutkimusaiheen syvällisempään lähitar- kasteluun nostaan samalla esiin aiheen käytännön tutkimustodellisuuden kautta haasteita, jotka ratkaistiin systematiikkaa korostavien teoreettisten lähestymis- mallien avulla (van den Akker 2007; Plomp 2007, 13-32). Design-tutkimuksen analyysiotteen avulla työskentelystä tuli systemaattista ja sykleittäin etenevää. Ai- healueita analysoimalla, kehittelemällä ja arvioimalla luotiin tutkimukseen perus- tuvia ja arvioituja malleja. (Dominguez 2017)

Myös tutkimuksen yhteenvedo-osiossa hyödynnettiin teoreettista tutkimusstrate- giaa, jonka tukemana toteutettiin grounded theoryn selektiivisen koodauksen ana- lyyttinen vaihe (kts. Taulukko 3). Tavoitteena oli eri tutkimusartikkeleissa tuote- tun tutkimusmateriaalin integrointi ja jatkojalostaminen siten, että luovan hallin- nan mallista oli mahdollista esittää synteesi. Yhteenvedo-osuudessa noudatettiin myös design –tutkimukselle tyypillistä vaiheittain etenevää analyttistä otetta, joka auttoi luovan hallinnan mallin kehittelyä ja selitysten liittämistä toisiinsa (kts. Reeves ym. 2004).

**Taulukko 3.** Luovan hallinnan selektiivisen koodauksen vaihe - integraatio.

ALUEELLISEN ARVOVERKON LUOVA HALLINTA				JATKUVAN KEHITTÄMISEN JOHTAMINEN		
		STRATEGISEN JOHTAMINEN	PALVELUJEN JOHTAMINEN	INNOVAATIO- JOHTAMINEN		
ARVOVERKON JOHTAMINEN	Arverkon suunnittelu	Yhteiseen visioon perustuva tarkoituksenmukaisen yhteistoiminnan kuvaus (Systeminen koordinaatio)	Yhteisesti tapahtuva tavoitteiden asettaminen, yhteisesti sovitut säännöt ja toimivat johtamisen roolit (Systeminen koordinaatio)	Tutkimus- ja kehitystoiminnalle sekä tietohallinnolle uusi strategisempi asema		
	Arverkon ohjaus	Strateginen resilienssi keskiössä eli proaktiivinen uudistuminen ilmentää uutta hallintamentaliteettia	Alueen olosuhteet huomioiva kilpailu johtaa sosiaali- ja terveydenhuollossa parempaan johtamiseen (arverkon kilpailukyky)	Kahden luovuutta edistävän tekijän optimointi: suuruuden ekonomiaan perustuva innovaatioiden prosessikyvykyys ja yksilöiden luovuutta ylläpitävät kohtuullisen kokoiset toimintayksiköt		
	Arverkon tietojohdaminen	Erikoistumisen ja verkostojen kautta syntyvä huippuosaaminen kumuloit menestystä (Vahvat verkostotoimijat)	Alueellisten työpaikkarakenteiden joustavuus keskiössä, jolloin työvoiman suuntaaminen ja jakaminen tehostuu	Radikaalien ja perinteisiä rakenteita ravistelevien systeemisten innovaatioiden edistäminen palkitsemalla aloitteen tekijät ja nopeuttamalla uudistusten leviämistä		
		Organisaatorakenteissa painottuu verkostoihin ulottuva joustava työnjako, avoin tiedonkulku, asiantuntemus, nopeus ja innovaatiot (Orgaanisuus ja dynaamisuus)	Huomio asiakaskommunikaatiossa, toimialan muiden palvelutuottajien seurannassa sekä huippuosaamiseen perustuvassa palveluprosessin kehittämisessä	Informaatioteknologia on systeemisen innovaatiotoiminnan mahdollistaja ja siten keskeinen investointikohde		
		Talouden suunnittelu ja seuranta nähdään luovan hallinnan strategiatyökaluna.	Reaaliaikainen, ennustava sekä vertailun mahdollistava tietotuotanto ja tiedonvälitys nähdään hallinnan järjestelmän keskeiseksi tuottavuusajuriksi	Johtaminen vahvistaa innovatiivisuutta ja luottamusta edistäviä tekijöitä - yrittäjyys ja innovatiivisuus ovat henkisiä ominaisuuksia		

## 2 ARTIKKELIT

### 2.1 Artikkel 1: Sosiaali- ja terveydenhuollon alueiden luova hallinta innovatiivisten arverkköjen systeemillä koordinaatiolla

Ensimmäisessä artikkelissa (Lappalainen 2015) tavoitteena oli tunnistaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöstä tekijöitä, jotka edesauttavat alueiden organisaatioita ja niiden johtajia edistämään toimijoiden välistä arverkkötoimintaa sekä jatkuvaa kehittämistä. Artikkel 1 toteutettiin tutustumalla aiheeseen liittyviin teorioihin sekä muuhun soveltuvaan tutkimuskirjallisuuteen. Tutkimusaineiston pohjalta suoritettiin avoin koodaus, jossa luovalle hallinnalle määrittyi alustavat ydinkategoriat: strateginen johtaminen, palvelujen johtaminen ja innovaatiojohtaminen. Avointa koodausta täsmennettiin elementtien alle määritetyillä luovan hallinnan 15 osa-alueella.

Artikkelin johtopäätöksenä oli, että vaikka sosiologinen verkostokäsitys on hallinnan käsitteen ytimessä, on sillä avoimemmassa, markkinalähtöisemmässä ja siten kilpailukykyä edellyttävässä toimintaympäristössä tunnistettavissa yhteiseen tavoiteasetantaan liittyvät rajoitteensa. Verkostoitumisen lisääntyessä rajoitteiden todettiin tekevän perinteisen julkisjohtamisen onnistumisen haasteelliseksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden todettiin muodostavan palvelutuotannossaan arverkköjä, joiden tehostamisvaatimusten tueksi ehdotettiin luovan hallinnan malliksi nimettyä teoreettista mallia. Mallia hyödyntämällä erillään toimineiden organisaatioiden erilaisista kulttuureista ja arvoista lähtevää toimintaa voitaisiin paremmin synkronoida yhdeksi alueelliseksi jatkuvan kehittämisen arverkkököksi.

### 2.2 Artikkel 2: Julkisen erikoissairaanhoidon valmius alueelliseen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistukseen

Toisessa artikkelissa (Lappalainen 2016) tavoitteena oli teemahaastattelututkimuksen avulla testata ja kehittää ensimmäisessä artikkelissa koostettua luovan hallinnan mallia ja sen osa-alueita. Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin 12 sairaanhoitopiiriä. Kustakin sairaanhoitopiiristä haastateltiin sairaanhoitopiirin johtaja, johtajaylilääkäri sekä tietohallintojohtaja. Kahdessa sairaanhoitopiirissä sairaanhoitopiirin johtaja ja johtajaylilääkäri olivat sama henkilö. Haastatteluja tuli

siis yhteensä 34 kappaletta. Haastattelut toteutettiin kasvotusten puolistrukturoituna haastattelututkimuksena. Luovan hallinnan ohella haastatteluissa selvitettiin erikoissairaanhoidon johdon valmiutta sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiseen.

Teemahaastattelussa (kts. Liite 2) haastateltaville esitettiin operationalisoituja aihealuekysymyksiä, joihin vastaaminen oli vapaamuotoista ja keskustelevaa. Haastattelut tallennettiin digitaalisiksi äänitallenteiksi. Tutkija toimi itse haastattelijana ja esitti soveltuvasti tarkentavia kysymyksiä. Tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi aineiston keruu, haastattelutallenteiden litterointi sekä huolellisen analyysi raportoitiin ja aineisto saatettiin näin selkeämpään ja tiiviimpään muotoon kadottamatta kuitenkaan aineiston sisältämää informaatiota. Varsinaiseen artikkeliin otettiin myös haastateltujen suoria lainauksia, jotta lukijoilla olisi mahdollisuus arvioida tulkinnan osuvuutta. Artikkelin johtopäätöksenä oli, että ensimmäisessä artikkelissa valikoituneet luovan hallinnan mallin osa-alueet saivat tukea, vaikka kilpailun (paikalliset olosuhteet huomioiva) sekä tietotuotannon (reaaliaikaisen, ennustavan ja vertailumahdollistavan) kuvausta mallissa tarkennettiin.

### 2.3 Artikkelit 3: Terveydenhuollon hallinnan muutosajureista.

Kolmannessa artikkelissa (Lappalainen 2018) tavoitteena oli tarkastella terveydenhuollon keskeisiä muutosajureita ja syventää siten ymmärrystä aikaisemmissa tutkimuksissa kehitellyn luovan hallinnan mallin osa-alueista. Tutkimuksessa muutosajurilla tarkoitettiin megatrendiä, trendiä tai muuta muutosilmiötä, joilla tunnistettiin olevan todennäköinen kansainvälisen tason muutosvaikutus terveydenhuoltoon nyt ja tulevana vuosikymmeninä (Mannermaa 1999). Tutkimusaineisto rajoittui koskemaan terveydenhuoltoa, koska kansainvälisiä sosiaali- ja terveydenhuollon kattavia muutosajuritutkimuksia ei alustavan selvittelyn perustella juurikaan ollut löydettävissä. Tarkasteluun valittiin keskeisimmät luovan hallinnan mallin osa-alueiden teemat, joita olivat: palvelujen integraatio ja verkostot, valinnanvapaus ja kilpailu sekä informaatioteknologia. Tutkimusteemojen valintaa tuki Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisessa korostetut tavoitteet.

Tutkimuksen aineisto muodostui Elsevierin tutkimuspalvelun tieteellisten aikakauslehtien vertaisarvioituista ”e-artikkeleista” eli sähköisessä muodossa jaettavista tieteellisistä julkaisuista. Kirjallisuuskatsauksen seulonnan kautta aineistoksi valikoitui 50 terveydenhuollon muutosajureita käsittelevää kansainvälistä

tutkimusartikkeliä. Paremmen kokonaiskuvan muodostamiseksi tutkimuksessa viitattiin myös 30 muuhun muutoksen tematiikkaa käsittelevään tutkimukseen tai tieteelliseen teokseen. Tutkimus ei tarkastellut terveydenhuollon klinisiin hoitomenetelmiin liittyviä muutoksia, vaan tyytyi nostamaan esiin niiden seurauksena tapahtuneita toiminnan hallintaan liittyviä muutoksia.

Kirjallisuuskatsaus syvensi ymmärrystä terveydenhuollon keskeisistä muutosajureista, kuten tehokkuusvaatimusten seurauksena integroituvista palvelutuotannon arvoverkkoista, valinnanvapauden kautta lisääntyvästä kilpailusta sekä informaatioteknologian uusista mahdollisuuksista. Yhteistä muutosajureille näyttäisi olevan, että ne saavat voimansa terveydenhuollon toimialan kasvavasta taloudellisesta painoarvosta, sekä sen seurauksena syntyvästä tarpeesta uudistaa henkilöstöintensiivisen toimialan johtamista. Tutkimus lisäsi tietämystä aikaisemmissa tutkimuksissa kehitellyn luovan hallinnan mallin osa-alueista ja antoi viitteitä, että luovan hallinnan mallia voisi soveltaa myös kansainvälisesti.

## 2.4 Artikkelin 4: Palvelutuotannon arvon johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon strategisissa arvoverkkoissa

Neljännän artikkelin (Lappalainen & Kivinen 2018) tavoitteena oli laatia ehdotus jatkuvaan kehittämiseen tähtäävien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannon arvoverkkojen johtamismenetelmäksi (enhanced Public Sector Scorecard - ePSS). Ehdotettu menetelmä nostaa erityisesti esille sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisten kyvykkyyksien, prosessien sekä aikaansaatuisten hyötyjen suunnittelua ja seurantaa. Artikkelin toteutettiin tutkijan ja Petri Kivisen kanssa yhteistyössä (kts. Liite 1).

Tutkimuksen johtopäätös oli, että yhteistyötä tekevien organisaatioiden keskinäiset tietovirrat ovat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannon arvoverkkojen johtamisen keskeisiä mahdollistajia. Tutkimus ehdottaakin, että alueellisen yhteistyön kehittämisessä olisi syytä kiinnittää huomio ennen kaikkea kustannuslaskennan ja aikaan saatujen hyötyjen arviointikeinojen yhdenmukaistamiseen sekä strategisen ja operatiivisen tason mittaristojen menetelmälliseen yhteensovittamiseen. Palvelutuotannon hyötyjen ja panostusten suhteesta määräytyvän arvon nähtiin olevan arvoverkon sisäistä läpinäkyvyyttä edistävässä diskurssissa syntyneen yhteisen kielen ja hyvien käytäntöjen levittämisen synteesi, jolle artikkelissa ehdotetun johtamismenetelmän kaltaiset mallit antavat yhteistä käsiteperustaa.

### 3 KOHTI LUOVAA HALLINTAA

#### 3.1 Luovan hallinnan perusta on julkisen hallinnan teorioissa

Toisen maailman sodan jälkeisistä vuosikymmenistä 1980-luvulle saakka julkisen hallinnon rooli kasvoi länsimaaisissa hyvinvointivaltioissa. Se ilmeni yhteiskunnan voimavarojen huomattavana uudelleenjakona sekä julkisten palvelujen laajentumisena. Kehitys johti byrokratian lisääntymiseen ja siihen liittyvään ”siiloutumisongelmaan”, eri osastojen ja toimialojen välisen yhteistyön kehittämisen rajoittamiseen hakemalla perusteita erilaisista eettisistä sekä ammatillisista tekijöistä. (Anttiroiko & Valkama 2016, 675)

1990-luvulla hallinta-käsitteestä (governance) tuli julkisen hallinnon alalla yksi yhteiskuntatieteiden houkuttelevimmista termeistä tarkoittaen ”jotain uutta tai uudistettua”. (Lee 2003, 2) Hallintaa on julkisessa hallinnossa käytetty myös synonyyminä käsitteen hallinto kanssa. Hallinnan voidaan pikemminkin silti katsoa merkitsevän muutosta hallinnon toiminnassa, kuten uudenlaista hallintoprosessia, säännellyn tilan muutosta tai uutta menetelmää, jolla yhteiskuntaa hallitaan. Hallintaa koskeva teoreettinen tutkimus ohjaa yhteiskuntatieteiden tiedeyhteisön kiinnostusta eri hallintotapoja kohtaan. (Rhodes 1996, 652-653)

Etymologisesti tarkastellen hallinnan englanninkielinen termi ”governance” on peräisin muinaisen kreikan verbistä ”kybernein”, jolla alkujaan tarkoitettiin laivan tai maalla kulkevan ajoneuvon ohjaamista. Tietävästi Platon käytti hallintaa metaforisena käsitteenä ensimmäisen kerran kuvaamaan ihmisten välisen toiminnan hallintaa. (Campbell & Carayannis 2012, 3) Yksityisen sektorin yritystoiminnassa ja julkisten organisaatioiden johtamisessa hallinta-termille on muodostunut myös toinen merkitys. Tällöin hallinnalla korostetaan toimivan johdon vastuuta eri sidosryhmille ja tarkoitetaan hyvää hallintotapaa (good governance) eli kaikkea, mikä edistää toiminnan tarkastettavuutta, avoimuutta ja läpinäkyvyyttä (Lee 2003, 5).

Rosenaun (1992, 5) mukaan hallinta tulee nähdä laajempänä ilmiönä kuin hallinto, koska se laajentuu kattamaan myös epävirallisia ja hallinnosta riippumattomia mekanismeja. Hallintaa voidaan harjoittaa monissa eri yhteyksissä, eri toimijoiden kautta ja eri kohteisiin (Helén 2010, 29). Kooimanin (1993) mukaan hallinnalla tarkoitetaan yleisesti kaikkia niitä julkisten ja myös yksityisten toimijoiden vuorovaikutustilanteita, joilla pyritään ratkaisemaan yhteiskunnallisia ongelmia tai luomaan yhteiskunnallisia potentiaaleja. Tällöin hallinnalla sekä luodaan pe-

rusta toimijoiden vuorovaikutuksen sääntelyyn että tarjotaan näin vuorovaikutukselle normatiivinen perusta. Hallinnan kautta julkinen hallinto on siirtynyt yksin-toimimisesta entistä enemmän osallistuvampaan yhteissääntelyyn, yhteisohjaukseen, yhteistuotantoon, yhteishallintaan, julkisen ja yksityisen sektorin väliseen kumppanuuteen sekä muihin hallinnan muotoihin, jotka ylittävät yhteiskunnassa perinteisesti voimassa olleet julkisen ja yksityisen sektorin väliset vastuut. (Kooiman 1993, 1)

Newmanin (2001) mukaan julkisessa hallinnossa hallinnalla voidaan laajasti määriteltynä tarkoittaa useita erilaisia tapoja ratkaista yhteisiä kehityskohteita, kuten organisatorisia, sosiaalisia, kansallisia ja kansainvälisiä haasteita. Tällöin hallinnan ei siis katsota rajoittuvan pelkästään julkisen hallinnon toimiin vaan myös hallintoprosessiin osallistuviin muihin organisaatioihin ja kansalaisiin. Nykyaikaiselle julkiselle hallinnolle on ominaista verkostojen kasvava merkitys niin julkisen sektorin tavoitteiden asettamisessa kuin myös niiden toteuttamisessa. Verkostot edustavat siirtymää perinteisestä hierarkkisesta julkisesta hallinnosta uusliberalisempaan hallintaan, jossa myös markkinoille tunnustetaan legitiimi rooli. (Newman 2001, 4) Julkisen sektorin lisäksi hallintaa harjoitetaan yhä enemmän myös kolmannella sektorilla, talouselämässä, kulttuuripuolella ja jopa perhe-elämässä, jolloin hallinnan tavoitteena on yhteisten päämäärien saavuttaminen eri toimijoiden johdonmukaisella toiminnalla (Kaisto & Pyykkönen 2010,11). Sørensenin & Torfingin (2008, 3) esittävät, että julkinen hallinto etenee yhä useammin verkostotoimijoiden keskinäisen riippuvuuden, luottamuksen ja yhteisesti kehitettyjen sääntöjen, normien ja diskurssien perusteella.

Rhodes (1996) on käyttänyt ilmaisua, että ”hallinnassa on kyse hallinnasta ilman perinteistä julkista hallintoa (governance without government)”. Kooimanin & van Vlietin (1993, 64) mukaan ”hallinta viitekehyksenä viittaa sellaiseen hallintorakenteen tai järjestyksen toteutumiseen, jota ei voida ulkoisesti asettaa, vaan se muodostuu monien hallintaan osallistuvien toimijoiden vuorovaikutuksesta”. Leen (2003, 5-6) mukaan hallinnan vuorovaikutus voi tapahtua sekä virallisten että epävirallisten instituutioiden asettamien rajoitteiden puitteissa. Stoker (1998, 22) on todennut, että hallinnan vuorovaikutukselle voi kehittyä myös järjestelmällisempiä muotoja kuten systeeminen koordinaatio, jolloin verkosto määrittää itse itselleen yhteisen vision sekä yhteistoiminnalliset resurssit. Myös monet muut tutkijat ovat tunnustaneet verkostojen merkityksen ja ovat nähneet toimijoiden vuorovaikutuksessa syntyvät verkostot ytimeksi moderneille hallinnan rakenteille (kts. Rhodes 1997; Kickert 1997; Jessop 1997; Hirst 2000, Pierre & Peters 2000; Lee 2003; Damgaard 2005; Osborne 2010; Laitinen, Kinder & Stenvall 2018).

Stoker (1998) on esittänyt viisi hallintaa määrittävää ehdotusta. Hänen mukaan hallinnan ydin keskittyy sellaisiin mekanismeihin, joissa hallinto ei perusta legitimitettiin vakan käyttämiseen ja hallinnon sanktioihin, vaan on olemassa lähtökohtainen yksimielisyys siitä, että hallinnalla tarkoitetaan hallinnon sellaista kehittämistä, jossa julkisen ja yksityiset sektorin rajat hämärtyvät:

1. Hallinnalla tarkoitetaan joukkoa instituutioita ja toimijoita, joiden valta on peräisin hallinnolta, mutta myös sen ulkopuolelta.
2. Hallinta osoittaa, että sosiaalisten ja taloudellisten kysymysten ratkaisemiseen liittyvät rajat ja vastuut ovat hämärtyneet.
3. Hallinta identifioi vakan riippuvuuden kollektiiviseen toimintaan osallistuvien laitosten välisissä suhteissa.
4. Hallinnassa toteutuu itseohjautuvien verkostotoimijoiden autonominen verkosto.
5. Hallinnalla on kyky saada aikaan asioita, jotka eivät rajoitu hallinnon perinteiseen valtaan hallita tai käyttää sen valtuutusta. Hallinnan voidaan katsoa tarjoavan hallinnolle kyvyn käyttää uusia työkaluja ja tekniikoita toiminnan ohjaamiseen sekä opastamiseen.

Newmanin (2001) mukaan hallintaa yleisesti ottaen vaikeuttaa julkisen hallinnon monimutkaiset rakenteet, jotka samanaikaisesti suuntaavat valtaa sekä ylös että alas. Esimerkiksi avoimen järjestelmän mallia rajoittavat vastuuvaatimukset, jotka vetävät sen takaisin hierarkiaan. Kuvatakseen hallintaan liittyviä vakan rakenteita, hän on kehittänyt hallinnan teoriaa lisäämällä hallinnan tarkasteluun neljä luokittelevaa näkökulmaa:

1. Hierarkkisessa hallinnassa kyse on keskitetystä ja vahvasti kontrolloidusta vallasta (sosiaali- ja terveydenhuollossa ilmenee lisääntyvänä pyrkimyksenä vakan ja jopa EU:n finanssivakan korostamiseen – kts HE 15/2017 vp).
2. Järkevän tavoitteen hallinnan hän näkee manageriaalisena hallintana, jolle on ominaista taloudellisten arvojen korostaminen (sosiaali- ja terveydenhuollossa keskiöön on nostettu kustannussäästöt ja kilpailu – kts. HE 15/2017 vp).

3. Verkkoihin perustuvassa hallinnassa painotetaan joustavaa yhteistyötä ja laajentumista (sosiaali- ja terveydenhuollossa painotetaan palvelujen integraation merkitystä, tietojen läpinäkyvyyttä sekä työnjaon mukanaan tuomaa laajempaa alueellista vastuuta – kts. HE 15/2017 vp).
4. Newmanin itsehallinnoksi nimeämässä hallinnassa puolestaan korostuu kansalaisten rooli (sosiaali- ja terveydenhuollossa esiintyy ideologisena pyrkimyksenä kansalaisten valinnanvapauden laajentaminen ja asiakaslähtöisyys - HE 15/2017 vp). (Newman 2001)

Hallinnan sisällöllistä käsitteistöä on aikojen kuluessa kehitetty. New Public Management (NPM – ”uusi julkinen johtaminen”) alkoi kehittyä Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa 1970- ja 1980-lukujen taloudellisten laskusuhdanteiden seurauksena (Gruening 2001). Ensimmäisenä NPM –käsitteen otti käyttöön Hood (1991) analysoidessaan Thatcherin Isossa-Britanniassa toteuttamia uudistuksia, joita olivat julkisten organisaatioiden yksityistämiset ja markkinatyypisten mekanismien käyttöönotto myös julkisella sektorilla. NPM:n tärkeimmiksi osatekijöiksi katsottiin kilpailu, palvelujen karsiminen, uusien johtamisoppien lainaaminen yksityisiltä yrityksiltä (kuten johtaminen tuloksilla, laadunhallinta jne.), hajauttaminen, ulkoistaminen sekä tilaajan ja julkisen tuottajan erottaminen (Pollitt 1993).

NPM:n näkökulmasta palvelujen tuottamiseksi tarvittavat verkostot mielletään itseorganisoituviksi, organisaatorajat ylittäviksi yhteistoiminnan muodoiksi. Niille on tunnusomaista keskinäinen riippuvuus, resurssien vaihto, keskinäiset pelisäännöt ja huomattava itsenäisyys valtion välittömästä ohjauksesta. (Rhodes 1997, 52) Tällöin siis korostetaan verkostojen vuorovaikutusta ja institutionaalista näkökulmaa, vaikka NPM -käsitteellä voidaan tarkoittaa myös laajaa yhteiskunnallista vaikuttamisen keinovalikoimaa, joiden toivotaan tekevän perinteiset hallinnon rakenneuudistukset tarpeettomiksi (Lee 2003, 10).

Julkista johtamista on NPM:n jälkeen kehitetty edelleen kohti asiakaslähtöisempää näkökulmaa. Keskeisenä uudistavana piirteenä on pyrkimys tuoda tarkastelemaan yhteistyöverkostossa toimivien palvelutuottajien ja niiden ammattilaisten rinnalle myös palvelujen käyttäjät. (Laitinen ym. 2018, 846) Uuden julkisen hallinnan käsite ja sen merkitys uuden julkisjohtamisen seuraajana on esiintynyt sekä kansainvälisten että kotimaisten hallinnon tutkijoiden välisissä keskusteluissa varsin paljon viime vuosina (kts. Bingham, Nabatchi & O’Leary 2005; Haveri 2006; Osborne 2006 & 2010; Haveri & Pehk 2008; Klinj 2008; Pierre 2009; Anttiroiko 2010; Virtanen & Stenvall 2010; Lundström 2011; Peters 2011; Stoker 2011; Hakari 2013; Torfing & Triantafillou 2013; Bryson, Crosby & Bloomberg 2014; Xu, Qigui & Wei 2015; Anttiroiko & Valkama 2016; Laitinen ym. 2018).

Uutta julkista hallintaa kuvaavat verkostomaisuus, monialaisuus ja toimijakentän laajuus. (Kurkinen-Supperi 2006, 24–25) NPG korostaa osallistavaa ja verkosto- maista hallintoa, perustuen toimijoiden keskinäiseen riippuvuuteen, yhteistyöhön ja luottamukseen. Yhdessä nämä toimijat pyrkivät parantamaan prosesseja ja tuo- toksia julkisessa päätöksenteossa ja palvelutuotannossa, taustalla kansalaisten li- sääntyneet odotukset ja vaatimukset julkishallinnon toimintaa kohtaan sekä yh- teiskunnassa kasvava kompleksisuus ja pirstaloituminen. (Torfing & Triantafillou 2013, 10) Vaikka NPG:n tavoitteena on tiivistää palvelutuotannon integraatiota ja siten edistää palvelutuotantoon osallistuvien organisaatioiden koordinoitua ja yh- teistoimintaa, toimii sen keskeisenä ajurina palvelujen käyttäjien tarpeisiin vas- taaminen organisaatiouudistusten suunnittelun sijaan (Gummesson, Lusch & Vargo 2010). NPG korostaa siis enemmän palvelujen tuottamiseen liittyvää integ- raatiokehitystä kuin organisaatioiden integraatiota ja tarjoaa viitekehyksen ym- märtää ja ohjata uudenlaista tapaa aikaansaada hyötyjä verkostotuotantoon osal- listuville palvelujen käyttäjille (Laitinen ym. 2018, 845). NPG:ssä kansalainen ei tyydy vaikuttamaan pelkästään edustuksellisen demokratian kautta tai asiakkaana vaan hänet nähdään yhteisön aktiivisena jäsenenä, joka osallistuu ja vaikuttaa ver- kostoissa suoraan (Bovaird & Löffler 2012, 21-23). Poliitiikkaa ja hallintoa ei ero- teta toisistaan, vaan vaaleilla valitut poliittiset johtajat, hallinto ja merkittävimmät sidosryhmät sitoutuvat yhdessä etsimään ratkaisuja yhteisön ongelmiin ja tehok- kaaseen palvelutuotantoon (Hakari 2013, 43).

Bryson ym. (2014) näkevät hallinnon monipuolisen roolin nykypäivän NPG:ssä poliittisena ohjaajana, operatiivisena vetäjänä, yhteistyökumppanina ja joskus myös tehokkaammille toimijoille tilaa tekeväenä mahdollistajana (Bryson ym. 2014, 448). Xu ym. (2015) ovat eritelleet NPG:lle kuusi erityispiirrettä, joita ovat: hallinnon hajautus, hallinnon rooli koordinoijana, monimutkaisen verkoston hal- linto, resurssien (rahallisten, tiedollisten ja teknologisten) vaihdannan edistämi- nen, sopimus- ja luottamuskulttuuri sekä julkisten organisaatioiden arvo kansa- laisten palvelujen ja julkisen intressin edistämässä. (Xu ym. 2015, 14)

Osborne, Radnor & Nasi (2013) ovat NPG:n yhteydessä nostanut yhteistuotanto- käsitteen esiin ja luokitelleet sen mallit kolmeen näkökulmaan, joita ovat yhteis- tuotanto kuluttajuutena, osallistuva yhteistuotanto sekä kehittynyt yhteistuotanto. Kuluttajuus-näkökulmassa on tavoitteena voimaannuttamisen kautta sitouttaa asiakas yhteistuotantoon palveluprosessin aikana. Näin myös lopputulokset tyy- dyttävät asiakasta enemmän. Osallistavassa yhteistuotannossa tarkoituksena on palvelujen laadun parantaminen käyttämällä erilaisia osallistumismekanismeja, kuten osallistuvaa suunnittelua ja palvelumuotoilua. Kehittynyt yhteistuotanto yh- distää edellisiä käytännön ja strategisen tason yhteistuotannon malleja tarkoituk-

sena haastaa koko palvelujen tuottamiseen liittyvä toimintatapa ja saada näin aikaan käyttäjälähtöisiä innovaatioita, joiden ansiosta julkisia palveluja voidaan tuottaa kokonaan uusilla tavoilla. (Osborne ym. 2013) Osborne (2010) on kuitenkin esittänyt, että siirtymistä NPM:stä NPG:hen ei tulisi tehdä liian suoraviivaisesti, vaan sen sijaan suositeltavampaa olisi edetä varovasti ja kerätä muutosprosessista kokemuksia ja todisteita.

Yhteiskunnallisen kehittymisen seurauksena julkisessa johtamisessa on nähty uusia kehittämistarpeita, jotka ovat syntyneet erityisesti informaatioteknologian, internetin ja sen kautta syntyneiden uusien sosiaalisten verkostojen myötä. Tästä näkökulmasta on esitetty näkemys digitaalisen aikakauden hallinnasta (Digital-Era Governance – DEG), jonka ensimmäisessä aallossa korostettiin erityisesti siiloutuneiden palvelujen uudelleen integrointia, kumppanuuksia, soveltuvin osin kokonaisuuksien koordinoitua sekä digitaalisuuden merkitystä julkisten palvelujen tuottavuuden kehittämisessä. (Dunleavy, Margetts, Bastow & Tinkler 2006) Digitaalisen aikakauden hallinnan toinen aalto täydentää ajattelua tuomalla digitalisaation mahdollistamia uusia käsitteitä kuten palvelujen älykkään keskittämisen ja hajauttamisen, kehittyneen kokonaisvaltaistamisen sekä palvelujen uudelleen osittamisen komponenteiksi. (Dunleavy & Margetts 2010).

Hallinnan teorioiden mukaan toimittaessa sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoreformeissa neuvotellaan eri intressejä edustavien tahojen yhteistyö sekä työnjako uusiksi, että ankkuroidaan tämä sitten instituutioihin kuten lakiin, asetuksiin, organisaatioihin sekä toimialan konventioihin (Lynn, Heinrich & Hill 2001, 7). Silloin kun reformoitava järjestelmä on iso ja kompleksinen, kumpikaan osa haasteesta ei ole helppo. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmien johtamista vaikeuttavat toimialan monet erityispiirteet, kuten julkisen rahoituksen ja tuotannon keskeinen rooli, jotka luovat toimialalle oman johtamiskulttuurin. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johtamisessa tasapainoillaankin toimialan substanssin ja hallinnan välisessä ristipaineessa. Substanssin osalta keskitytään palveluiden varsinaiseen tuottamiseen, kun taas hallinnalla pyritään ohjaamaan palvelutuotannon edellytysten järjestämistä. Hallinnan teoriat pyrkivät tällöin kuvaamaan, kuinka eri toimijoiden ja sidosryhmien välisiä intressejä, valtasuhteita ja kannustimia yhteistoiminnassa säädellään. (Parviainen, Lillrank & Ilvonen 2005, 39) Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaan keskittyvä luovan hallinnan arvoverkkojen johtamisen ja jatkuvan kehittämisen ideat kiinnittyvät hallinnan teorioiden näkökulmasta lähtökohdiltaan NPG:n ja DEG:n viitekehyksiin.

### 3.2 Strategiset arvoverkkoteoriat jäsentävät alueiden luovaa hallintaa

Verkosto (talous)sosiologisenä käsitteenä viittaa dynaamisiin, mutta silti toimijoiden välillä tapahtuviin yksittäisiin vaihdantasuhteisiin. Kun verkostossa toimijat liittyvät toisiinsa, on toimijoilla sekä toisiaan täydentäviä, että toisiaan korvaavia resursseja, sekä keskinäisiä toimintoja. Näin toimijat tulevat toisistaan riippuvaisiksi. (Håkansson & Snehota 1995, 53) Tällöin toimijat ovat yhdessä myös enemmän kuin erikseen. Verkostomainen organisoituminen yhdistelee siis eri suhteissa organisoitumisen perusmuotoja. Vaihdantasuhteissa on lähes aina ripaus kilpailua, autoritaarista ohjausta sekä sosiaaliin suhteisiin rakentuvaa luottamusta (Vesalainen 2004, 17). Verkostoissa muutoksilla on myös systeeminen luonne eli muutoksilla on paljon keskinäisiä riippuvuuksia, ja ne tapahtuvat samanaikaisesti eri puolilla toimialuetta. (Nieminen, Valovirta & Pelkonen 2011)

Verkostot on esitetty arvontuottamisjärjestelminä, jotka muodostuvat organisaatioiden ja muiden toimijoiden hallitsemista arvotoiminnoista eli niistä aktiviteeteista ja aktiviteettiketjuista, joiden kautta erilaisista raaka-aineista, materiaaleista ja tietämysvarannoista jalostetaan asiakkaille lisäarvoa tuovia tavaroita ja palveluja. Verkoston pääpaino voi olla sen jäsenten nykyisen ydinosaamisen hyödyntämisessä ja mahdollisimman tehokkaan yhteisen toimintatavan koordinoimisissa ja ohjauksessa tai uudistavissa kehittämisprojekteissa, joissa pääpaino on verkoston erityisosaajien kykyjen ja tietämyksen yhdistämisessä kiinnostavan tulevaisuusvision tuottamiseksi. Tällöin onnistumisen edellytyksenä nähdään luottamukseen perustuva johtamiskulttuuri, joka tukee avointa tietämyksen tuottamista ja jakamista verkossa. (Möller, Rajala & Svahn 2004)

Verkostoissa voidaan erottaa kolme eri pääulottuvuutta. Näitä ovat rakenteellinen ulottuvuus, suhdeulottuvuus ja tiedollinen ulottuvuus. Rakenteellisella ulottuvuudella tarkoitetaan verkostoon osallistuvien organisaatioiden määrää ja rakennetta, mutta se ei kerro miten verkosto toimii. Suhdeulottuvuus kuvaa toimijoiden välisten suhteiden muodostusta, vuorovaikutusta sekä tilaa erityisesti luottamuksen näkökulmasta. Tietoulottuvuus ilmaisee verkoston keskinäisen tiedonvaihdon ja tietomallien sisällön ylläpitäen ja säädellen verkostoon kuuluvien kykyä ymmärtää toisiaan. (Nahapiet & Ghoshal 1998, 251-256)

Julkisen hallinnon organisoitumisen idea rakentuu perinteisesti sisäisesti verkotuneiden vertikaalien hallintojärjestelmään, jonka keskeinen sisältö muodostuu valtion ja kuntien suhteista. Uudempaa verkostoitumista edustavat hallinnon sisäiset horisontaaliset verkostot ja hallinnon ulkopuolelta tulevat monimuotoiset tuotanto- ja kehittäjäverkostot, jotka mukaan tullessaan tuovat myös uudenlaista

kilpailua. (Valkama & Anttiroiko 2011, 260) Hallinnan teoriat viittaavatkin verkostojen hallinnalla institutionaalisiin kehyksiin, joissa julkisten ja yksityisten toimijoiden yhteistyö tuottaa palveluja (Scharpf 1994; Kickert, Klijn & Koppenjan 1997; Sørensen & Torfing 2007). Muun muassa Hakari (2013, 42) on nähnyt julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin rajoja ylittävät verkostot myös vaihtoehdoksi markkinoille ja hierarkioille.

Hallinnan näkökulmasta verkostoille syntyy organisaatorajat ylittävä ja yhteen vetävä metahallinnan (metagovernance) taso, jonka toimivuus lopulta ratkaisee verkoston kyvyn olla tuottava ja innovatiivinen. Verkostojen yhteistyön hallinta on monimutkaista, koska siinä tasapainoillaan liiallisen kontrollin ja itsenäisyyden välillä. Alimitoitettut interventiot johtavat hajanaisuuteen sekä heikkoon koordinaatioon, kun taas tiukka ohjaus heikentää itsehallintokapasiteetin hyödyntämistä. (Sørensen 2014) Jessop (2003) on määrittänyt metahallinnan koskemaan neljää päämuotoa eli markkinoita, hierarkioita, verkostojen refleksiivistä uudelleenjärjestelyä sekä näiden eri päämuotojen yhdistelmiä. Päämuotoihin liittyen hän on korostanut kolmea yleistä hallinnan periaatetta, joilla monimutkaisuutta voidaan jäsentää. Nämä ovat reagoitukykyyn vaade, moninaisuuden vaade sekä ironian vaade. Näistä reagoitukyky sekä monimuotoisuus ovat tuttuja periaatteita ja yleensä täysin integroituneet osaksi hallinnan analyysiä. Ironian vaateessa sen sijaan korostuu kyky käsitellä ongelmia, jotka todennäköisimmin aiheuttavat hallinnan epäonnistumista. (Jessop 2003)

Digitaalinen murros mahdollistaa uudenlaisia organisointitapoja, jotka perustuvat avoimpiin, joustavampiin ja verkostomaisempiin rakenteisiin. Palvelutuotannossa tämä konkretisoituu mahdollisuutena uudistaa tuotantokokonaisuuteen liittyvien palvelukomponenttien muotoilua ja vakiointia. Verkostopohjaisesti muodostuva kokonaisuus syntyy uudenvälisen yhdistelyn seurauksena suhteellisen edun periaatetta noudattaen (Ylä-Anttila & Kulmala 2009, 26). Suhteellisen edun periaatteen mukaan kunkin palvelukomponentin toimittajaksi valikoituu palvelukomponentin tehokkaimmin tuottamaan kykenevä tuottaja, joka kilpailukykyisimmällä hinnalla hyötyy eniten palvelukomponentin tuottamisesta, vaikka myös muilla tai useimmilla verkoston toimijoilla olisi lähtökohtaiset edellytykset tuottaa kyseinen palvelukomponentti. Vaikka joku toimija olisi paras kaikessa, kannattaa sen keskittyä siihen, jossa sen etu on suhteellisesti suurin. (Ricard 2004) Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille ajatus suhteellisesta edusta on vielä vieras, se voi valinnanvapauden mahdollisesti lisääntyessä muodostua tärkeäksi periaatteeksi. Toimialan luonteen vuoksi suhteellisen edun tarkastelussa korostuu kustannustehokkuuden lisäksi myös asiakkaalle tuotettu hyöty ja siten palvelutuotannon yhteiskunnallinen arvo (kts. Porter 2010).

Verkosto-osaaminen, kyky hyötyä ja hyödyttää muita verkoston jäseniä, edellyttää, että verkostotoimijalla on hyvä sisältöosaaminen omaan toimialaan, teknologiaan, asiakassuhteisiin ja markkinoihin (Gabrielsson & Gabrielsson 2013, 1371). Verkosto-osaaminen on havaittu tärkeäksi erityisesti organisaatioiden välisten suhteiden onnistumisen kannalta (Stenvall & Syväjärvi 2006). Terveysthuollon toimialalla verkostojen on todettu vaikuttavan markkinoihin myönteisesti luomalla keinoja kerätä ja jakaa tietoja sekä yhdistää resursseja siten, että synnytetään täysin uusia mahdollisuuksia, jotka olisivat olleet yksittäiselle toimijalle huomattavasti haasteellisempia toteuttaa (Hamdan 2017, 27). Lisäksi yhteistyö lisää verkostoon kuuluvien toimijoiden näkyvyyttä ja hyväksyntää asiakkaissa (Nichols-Casebolt, Figueira-McDonough & Netting 2000). Toisaalta kuuluminen tiettyyn verkostoon rajoittaa toimijoiden mahdollisuutta tehdä yhteistyötä muiden yhteisöjen tai organisaatioiden kanssa (Nardone, Sisto & Lopolito 2010). Liian vahvat siteet ja eristäytyminen laajemmasta verkoston ulkopuolisesta vuorovaikutuksesta voivat siksi hidastaa innovaatioiden syntyä (Hoyman & Faricy 2009).

Verkostoja voidaan tarkastella myös resurssiriippuvuusteorian näkökulmasta, jonka mukaan verkosto-organisaatiot ovat riippuvaisia toistensa voimavaroista. Riippuvuus pakottaa ne vaihdantaan toimintaympäristönsä organisaatioiden kanssa. Tällöin riippuvuuteen sisältyy riskejä, jotka ilmenevät muun muassa mien haluamien niukkojen resurssien omistajien vaikutusvaltana. Organisaatioiden asema toimintaympäristössä määräytyy niiden hallinnoimien resurssien laadun ja kysynnän mukaan, toisin sanoen toimijan vetovoiman mukaan. Näin ollen niukatkin harvinaiset resurssit voivat tuottaa toimijalle vahvan verkostoaseman. Nopeasti muuttuvassa maailmassa merkittävän aseman voi kuitenkin myös helposti menettää, mikäli toimijan resurssit käyvät tarpeettomiksi verkoston muille toimijoille esimerkiksi teknisen, toiminnallisen tai muun innovaation tai lainsäädännöllisen uudistuksen myötä. (Pfeffer & Salancik 1978) Verkostoriippuvuuden riskejä voitaneen eliminoida avoimella ja luottamusilmapiiriä lisäävällä tietojohdattamisella (kts. Lappalainen & Kivinen 2018). Myös keskinäisen verkostoriippuvuuden tunnustaminen näyttäisi parantavan yhteistyötä ja osoittavan toisille mukana oleville toimijoille, että osapuolet voivat kilpailemisen sijaan tukea toisiaan (van Buuren & Loorbach 2009).

Liiketaloustieteissä kehitetyt strategiset arvoverkoteoriat poikkeavat verkostojen taloussosiologisesta näkökulmasta siten, että kiinnostuksen kohteena ovat organisaatioiden tietoisesti rakentamat ja johtamat verkostot. Ne nähdään selkeästi lisäarvoa tuovan toiminnan toteuttamisen malleina. Strategisessa arvoverkossa arvon syntyminen hajautuu, kun tuotantologiikka ja siten arvon muodostus tietoisesti päätetään jakaa useamman toimijan toteutettavaksi. Samalla hajautetaan myös tuotannon edellyttämät panokset eli investoinnit ja resurssit sekä niihin liittyvät

riskit ja kehittämistarpeet. Mukana pysyvät ainoastaan sellaiset toimijat, jotka kykenevät jatkuvan innovaatiotoiminnan avulla ylläpitämään ja kehittämään tuotannon lisäarvoa ja siten kilpailukykyään. (Jarillo 1993) Strategisista arvoverkosta puhuttaessa käytetään myös käsitettä klusteri. Tehokkaan klusterimaisen toiminnan synergiavaikutus näkyy tuottavuuden kasvussa, innovatiivisuudessa sekä strategisessa kyvykkyydessä. Kun useat tahot kehittävät yhteistyötään, voidaan yhdessä saavuttaa suuruuden ekonomian etuja ilman usein sen tuomaa raskautta. (Hernesniemi, Lammi & Ylä-Anttila 1995)

Strategisen arvoverkon kaltaisille systeemeille on tunnusomaista sopeutuvuus ympäristön muutoksiin ja itseohjautuvuus eli kyky ylläpitää itseään muutoksissa. Tämä tapahtuu osien suhteellisen itsenäisyyden ja samalla riippuvuuden tilassa, jota leimaa osien jatkuva syntyminen, muuttuminen ja häviäminen. (Hautamäki 2008, 90) Strategisessa arvoverkkoajattelussa ja NPG:ssä on tunnistettavissa useita samansuuntaisia tavoitteita. Keskeisin ero syntyy julkisen sektorin tavoitteesta, jonka vuoksi NPG:ssä korostetaan taloudellisten arvojen lisäksi myös yhteiskunnallisia ja sosiaalisia tavoitteita (kts. Moullin 2017).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannossa on paljon hukkaa, jonka voidaan katsoa olevan seurausta kliinisten ja muiden palvelujen hajanaisuudesta ja koordinoimattomuudesta eli palvelujen integraation puutteesta (Redding 2013, 56).

Verkostot nähdäänkin sosiaali- ja terveydenhuollossa arvoa synnyttäviksi palvelujärjestelmiksi, jotka aikaansaavat vuorovaikutussuhteita ja lisäarvoa toimialarajat ylittävien palveluketjujen seurauksena (Laihonen 2011, 78). Organisaatioiden välinen koordinoitu yhteistoiminta, palvelujen integraatio, on pitkään sijoittunut korkealle eri maiden terveydenhuollon tavoitteistossa. Koordinointi-käsite on perinteisesti pitänyt sisällään ajatuksen useamman organisaatioyksikön välisestä yhteistoiminnallisesta integraatiosta, jonka avulla mahdollistuu yhteisten tavoitteiden asettaminen sekä siihen liittyvä keskinäinen työnjako. (Rico, Saltman & Boerma 2003, 593)

Reddingin (2013) mukaan terveydenhuollon integroitu palveluverkosto parantaa sekä organisaatio- että järjestelmätason sijoitetun pääoman tuottoa alentamalla kustannuksia, parantamalla hoidon laatua sekä lisäämällä työvoiman hyvinvointia ja tuottavuutta (Redding 2013, 56). Kustannusvaikutusten realisoituminen ei ole kuitenkaan itsestäänselvyys. Esimerkiksi kahdeksan eri maan järjestelmiin kohdistuneessa tutkimuksessa havaittiin, että integroidulla rahoituksella, eli palvelukokonaisuuden (care pathway) tuottamiseen osallistuvien eri toimijoiden yhteisveloituksella, oli oletettua heikompi yhteys parempaan potilaskokemukseen, palvelujen aikaan saamiin hyötyihin sekä välttämättömien sairaalahoitojen että pit-

kittyneiden hoitajaksoja vähentymiseen. Keskeiseksi selittäväksi tekijäksi talousarviovastuulliset mainitsivat tietojärjestelmäintegraatioiden puutteista johtuneen rajallisen mahdollisuuden valvoa ja vaikuttaa verkostossa. Integroidulla rahoituksella katsottiin kuitenkin olevan selkeästi myönteinen vaikutus hoidon saatavuuteen sekä tyydyttämättömien palvelutarpeiden esilletuloon. Vaikka joiltakin osin hoitokustannusten todettiin jopa kasvaneen, voitiin hoidon saatavuuden täsmällisemmällä ennustettavuudella parantaa asiakkaiden elämänlaatua ja tarjota yhteistoiminnalla enemmän vastinetta rahalle sekä yksilön että yhteiskunnan näkökulmasta. (Mason, Goddard, Weatherly & Chalkley 2015; kts. myös Dickinson & Glasby 2013)

Terveydenhuollon toimialalla hyvänä esimerkkinä strategisista arvoverkoista toimivat Yhdysvalloissa toteutetut väestövastuu-organisaatiot (Accountable Care Organization – ACO), joita on muodostettu integroimalla alueen terveydenhuollon palvelutuottajat verkostoiksi. Näille ACO-verkostoille on annettu tietyn väestön terveydenhuollon palvelujen koordinointi ja tuotantovastuu keskeisenä tavoitteenaan kustannustehokkuus. (Hamdan 2017, 55) Kyse on siis suuruuden ekonomiaan tukeutuvasta verkostosta, jonka lisäarvo syntyy potilaiden kokonaisvaltaisesta hoidosta ja lukuisten yhtäaikaisten palveluprosessien yhteishallinnasta.

Siinä kun Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa sovelletun tilaaja–tuottajamallin kompastuskivenä on nähty kokonaisuuden hallinta ja moninaisuuden johtaminen, pyrkivät strategiset arvoverkot muodostamaan tilaaja–tuottajamallille selkeän vaihtoehdon. (Laihonen 2011, 3) Jatkossa tutkimuksessa käytetään termiä arvoverkko tarkoittamaan sosiaali- ja terveydenhuollon strategista arvoverkkoa, koska se kuvaa ytimekkäästi luovan hallinnan osa-alueita toteuttavan yhteistyöverkoston pyrkimystä arvon tuottamiseen yhteiselle asiakkaalle.

### 3.3 Systemiteoriat jäsentävät luovan hallinnan rakenteita

Arvoverkkoon kuuluvat toimijat muodostavat yhdessä avoimen systeemin. Siksi luovan hallinnan mallissa systeemisyyden on tärkeä jatkuvan muutoksen kohteena oleva taustamuuttuja. Systemiteoreettinen tutkimus on kiinnostunut prosesseista ja rakenteista erilaisissa komplekseissa systeemeissä (Swanson & Miller 1989, 147). Lähtökohtana on, ettei kokonaisuutta voi jakaa itsenäisiin osiin, sillä systeemi toimii kokonaisuutena, vaikka systeemin osat ovat järjestäytyneet tietyllä tavalla. Osien välinen riippuvuussuhde luo kommunikaation ja yhteistyön tarpeen. Systeemin yhteinen tarkoitus on elinehto, sillä ilman sitä ei ole systeemiä. Siksi

systemiteoria olettaa, että yhdessä osajärjestelmässä tapahtuva muutos luo muutostarpeen jossain muussa osajärjestelmässä. (Karjalainen & Karjalainen 2000, 42-44) Systeemin osat voidaankin parhaiten ymmärtää kontekstissa silloin, kun ne ovat yhteydessä sekä toisiinsa että toisiin systeemeihin, päinvastoin kuin, jos systeemin osia ajateltaisiin yksittäisinä osasina (Merali & Allen 2011, 49-50).

Toisin kuin suljettu systeemi, avoin systeemi vaihtaa informaatiota, materiaalia tai energiaa ympäristönsä kanssa. (Chadwick 1971, 377) Avointen systeemien teorian kehittäjäksi nähdään yleisesti Ludwig von Bertalanffy (1969). Hänen mukaansa yleisen systemiteorian tarkoituksena oli luoda tieteiden välinen kieli, jota kaikki ymmärtäisivät. Siksi yleisen systemiteorian mukaan systeemejä ei tule nähdä suljettuina tai mekaanisina, vaan avoimina, kommunikoivina ja jatkuvasti kehittyvinä organismeina. (von Bertalanffy 1969) Avoimen systeemin toiminta on riippuvainen sen suhteesta omaan ympäristöönsä, joka muodostaa taas oman systeemin, mutta se voi koostua myös monista eri systeemeistä. Systemiteoriassa arvioidaan systeemin toimintaa osana suurempaa systeemiä ja verrataan muihin saman ympäristön systeemeihin. (Ackoff 1974, 15)

Systemiteoria jaetaan kovaan ja pehmeään systemiajatteluun. Kova systemiajattelu perustuu näkemykseen, että ongelmat voidaan nähdä pyrkimyksenä löytää tehokas keino saavuttaa määritetyt tavoitteet. Pehmeässä systemiajattelussa taas oletetaan systeemien voivan olla monitulkintaisempia ja vaihtoehtoisia etenemisiä sisältäviä. (Checkland 1981) Ackoffin (1974) mukaan avointen systeemien paradigmassa systemille voidaan yleispiirteisesti määritellä kuuluvan kolme ominaisuutta:

1. Jokaisen osan käyttäytyminen vaikuttaa systeemiin kokonaisuutena.
2. Systeemin osien ominaisuudet ja käyttäytyminen sekä niiden vaikutus kokonaisuuteen riippuvat ainakin yhdestä muusta systeemin osasta. Tämän takia yksikään osa ei vaikuta itsenäisesti kokonaisuuteen. Lisäksi jokaiseen osaan vaikuttaa jokin muu systeemin osa.
3. Jokaisella systeemin alaryhmällä on edellä mainitut ominaisuudet.

Sosiaali- ja terveydenhuollon luovan hallinnan arvoverkkotoimijat toteuttavat systeemin kolme ominaisuusvaatimusta. Tämän tutkimuksen kohteena olevat perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon kokonaisuudet muodostavat ”sote-systeemin” käsitteelliset yläryhmät, joista kukin voidaan jakaa omiin alaryhmiinsä. Ryhmien osien välillä on tunnistettavissa riippuvuuksia, jotka

voivat toteutua sekä yhden yläryhmän sisällä olevien osien välillä tai eri yläryhmistä tulevien osien välillä. Palvelujen integraation lisääntyessä lisääntyvät myös systeemin osien väliset riippuvuudet ja kompleksisuus.

## 4 LUOVAN HALLINNAN MALLI

### 4.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon strateginen johtaminen arvoverkossa

Luovassa hallinnassa osa-alueita on kaikkiaan 15 ja ne jatkuvaan uudistamiseen tähtäävän johtamisen näkökulmasta strategisen johtamisen, palvelujen johtamisen sekä innovaatiojohtamisen osioihin, joille kullekin on tunnistettu viisi osa-alueita.

Strategisen johtamisessa osa-alueina ovat verkostomaisesti integroituvan toimintaympäristön systemisen koordinaation kautta aikaan saatu yhteinen visio, proaktiivista uudistamista korostava toimijoiden resilienssi, keskinäiseen työnjatkoon ja erikoistumiseen perustuva näkemys huippuosaamisesta, dynaamiseen organisoitumiseen liittyvä avoimuus ja joustavuus sekä strategisen roolin omaava talouden suunnittelu ja seuranta. Palvelujen johtamisessa korostetaan systemiseen koordinaatioon perustuvaa yhdessä sopimista, alueen olosuhteet huomioivaa kilpailua, työpaikkarakenteiden joustavuutta alueella, asiakas-, kilpailija- sekä toimintatietoon perustuvaa jatkuvaa kehittämistä sekä reaaliaikaista, ennustavaa ja vertailun mahdollistavaa tietotuotantoa. Innovaatiojohtamisessa painotetaan tutkimus- ja kehittämistoiminnan strategista asemaa, suuruuden ekonomian tuomaa prosessikyvykkyyttä ja pienten yksiköiden mahdollistamaa luovuutta, rakenteita ravastelevien systemisten innovaatioiden edistämistä, investointeja informaatioteknologiaan sekä johtamisen merkitystä innovatiivisuuden ja luottamuksen rakentamisessa. (kts. Lappalainen 2015; kts. Lappalainen 2016)

#### 4.1.1 Yhteisen vision systeminen koordinaatio

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat muodostavat luonnostaan palvelutuotantoon liittyvän verkoston, koska toimijoiden osaaminen ja toiminnalliset resurssit määrittävät niille kyvykkyyteen perustuvan roolin arvoverkossa. Tällöin lähtökohdiana on, että asiakkaat ohjautuvat aluksi perustason palveluun, josta hänet ohjataan lähetteellä erityistason palveluihin, mikäli perustaso ei kykene tuottamaan tarvittavaa palvelua. Vastaavasti erityistason palvelujen jälkeinen jatkopalvelu palautuu usein perustason vastuulle. Vaikka yhteispalvelutuotanto on saatu toimimaan verkostona, on perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen yhteistyö usein löyhää, lainsäädännön minimivaatimukset täyttävää, joskin määrin vastakkain asettelevaa ja kustannuksiin keskittyvää (kts. Lappalainen 2016, 183). Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita koskevissa uusituksissa olisi hyvä luoda edellytyksiä erilaisten ammatillisten ja funktionaalisten siilojen

purkamiseen siten, etteivät ne haittaa alueellisten prosessivirtojen optimointia (van Rossum, Aij, Simons, van der Eng & Ten Have 2016, 489-490).

Valmistautuminen mittaviin uudistuksiin aloitetaan yleensä strategiatason suunnittelusta. Tällöin keskiössä on toimintaympäristön palvelutarpeista johdettu visio. Vision keskeinen osa on kilpailustrategia, jossa kuvataan toimijoiden tuottama keskeinen lisäarvo sekä kilpailuedun perusteet. (Nugent 2011) Visio on siis toimintaan osallistuvien tahojen tulevaisuuteen sijoittuva tahtotilankuvaus, joka laaditaan yleensä arvioimalla erilaisia skenaariovaihtoehtoja, jotka liittyvät vaihe vaiheelta etenevien prosessikuvauksien avulla tulevaisuuden nykyhetkeen (Mannermaa 1999, 60, 220) Arvoverkon visioon liittyvässä strategisessa suunnittelussa on kyse myös toimintaympäristön muutosten arvioinnista, palvelujen kysynnän suurten linjojen hahmottamisesta, verkostotoimijoiden roolien selkiyttämisestä ja siten osaoptimoinnin välttämisestä. (Nordin & Jalonen 2015, 136)

Vision ja siitä johdetun tehtäväksiannon (mission) rooli on antaa eri organisaatioiden jäsenille "osallistumisen merkitys", jonka voidaan katsoa ylittävän heidän yksilölliset ja yksikkökohtaiset organisaatiotarpeensa ja auttavan heitä tunnistamaan arvoverkon tarjoama laajempi lisäarvo yhteisölle, jota se palvelee. (Herald & Alexander 2014) Missio täsmentää visiota kuvaamalla kahta olennaista asiaa. Ensiksikin se kertoo, miksi arvoverkko on yleensäkin olemassa ja toiseksi, millaisia konkreettisia käytännön tavoitteita sekä realistisia keinoja arvoverkolla on käytettävissä. (Houni, Nupponen & Pakarinen 2002, 17–18)

Stokerin (1998) mukaan löyhästä verkostosta strategisesti johdettuun arvoverkkoon siirtyminen edellyttää arvoverkko-toimijoiden yhteistä pidemmän aikavälin visiota ja niiden toteuttamiseen tarvittavien yhteisten resurssien määrittämistä. Kyse on systeemiseksi koordinaatioksi kutsutusta tavoitetilasta, jolla tarkoitetaan hallinnan järjestelmään osallistuvien tahojen tarkoituksenmukaisen yhteistoiminnan kuvausta. Sille on ominaista toimijoiden tietoisesti valitsemat sekä hyväksymät mallit, rakenteet ja kannustimet. (Stoker 1998, 22) Systemisen koordinaation konkreettinen hyöty realisoituu epälineaarisissa kompleksisissa vaihdantasuh-teissa. Tällaisia ovat esimerkiksi moniportaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprosessit, joiden kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta ei voida todentaa yhden yksittäisen osajärjestelmän perusteella. Moniulotteisten palvelupolkujen kehittämisessä on kyse innovoinnista, joka edellyttää huomattavia yhdenaikaisia muutoksia useampaan kuin yhteen osajärjestelmään. Keskinäisten riippuvuuksien vuoksi tarvittavan koordinaation määrä kasvaa olennaisesti. Taustalla vaikuttaa useita tekijöitä, joiden yhteisvaikutuksena tietoisuus verkottuneen toiminnan luonteesta sekä teknologisen, taloudellisen ja sosiaalisen muutoksen yhteen kie-

toutumisesta on lisääntynyt. (Nieminen ym. 2011, 9-11,36) Osana sosiaali- ja terveydenhuollon integroitujen palveluprosessien kehittämistä on syytä kiinnittää huomio myös hallinnollisten prosessien systeemiseen ja koordinoituun kehittämiseen (Fleury, Perreault, Grenier, Imboua & Brochu 2016).

Johtajien tehtävänä on tuottaa, vahvistaa ja ylläpitää yhteisiä arvoja, osallistumista, asiantuntemusta, tulevaisuuteen suuntautumista ja jatkuvasti tukea vision toteuttamista vahvistavaa ilmapiiriä. (Kukkurainen ym. 2012) Laajennettaessa strategisen johtamisen tarkastelu arvoverkko-tason systeemeihin korostuvat roolien täsmentämisen ja yhteisen vision merkitykset entisestään. Erityisesti asiantuntijatyössä johtajien rooli korostuu suunnannäyttäjänä, visioiden ja strategioiden laatijoina ja viestijöinä. Selkeä suunta ja tavoite motivoivat asiantuntijoita, vaikka tietoon perustuvan johtamisen muissa menetelmissä olisikin puutteita organisaation sisällä. (Laihonen, Hannula, Helander, Ilvonen, Jussila, Kukko, Kärkkäinen, Lönnqvist, Myllärniemi, Pekkola, Virtanen, Vuori & Yliniemi 2013, 54)

Sosiaali- ja terveydenhuollon erityishaasteet aiheutuvat väestön ikääntymisestä sekä hoitomenetelmien kehittymisen mukanaan tuomista kustannuspaineista. Päivittäisongelmiin sopeutumisen sijaan johtajat tarvitsevat aikaa ja voimavaroja ylläpitää ja kehittää arvoverkon kaikkia toimijoita puhuttelevaa visiota, joka perustuu monipuoliseen ymmärrykseen toimintaympäristössä tapahtuvista muutoksista sekä kykyyn tehdä uudistuksia. (Swayne, Duncan & Ginter 2008, 6) Kriittisiä menestystekijöitä kuvaavat yhteiset mittarit (Critical Success Factors, CFS) antavat pohjaa arvioida arvoverkkotoiminta ja sen kykyä edetä kohti vision viitoittamia tavoitteita (Rockart 1979, 85-88).

Sairaanhoitopiirin johdon haastatteluihin perustuvassa tutkimuksessa pidemmän aikavälin visio miellettiin ihmisten motivaation kannalta kannustavaksi ja tavoitteita selkiyttäväksi kiteytykseksi. Suurin osa haastatelluista toivoi visiossa korostettavan asiakaslähtöisyyttä. Vision kulmakiveksi nousi kansalaisten omaehtoinen vastuu omasta terveydestä, kokonaisyhyvinvoinnista sekä mahdollisimman pitkään kotona selviytymisestä. Visiotyöskentelyn ongelmaksi koettiin poliittisuus ja yleistasoisuus. Pahimmillaan poliittisuuden nähtiin voivan johtaa ylimitoitettuihin lupauksiin. Siksi vision toivottiin perustuvan tieteellisesti todistettuun näyttöön. ”Tällöin todennäköisyys siitä, että tehdään täysin virheellisiä asioita, on pienempi”. (Lappalainen 2016)

#### 4.1.2 Resilienssi saa uudistumaan ennen kuin on pakko

Sosiaali- ja terveydenhuollon muutosajurit muodostuvat monista lähteistä kuten poliittisten aloitteiden kautta syntyvistä lainsäädännön uudistuksista, kansainvälisistä sekä kotimaisista talous- ja markkinavoimista, väestörakenteen ja elintapojen muutoksista, teknologisista edistysaskeleista sekä palvelutuotantoon liittyvien menetelmien ja järjestelmien muutoksista. (Swayne ym. 2008, 5) Edellä mainittujen lisäksi muutoksia aikaansaavat tieteellisen tietopohjan laajentuminen, toimintaan liittyvien mallien uudistumiset sekä sääntelyn vapautuminen. Siksi sosiaali- ja terveydenhuolto tarvitsee organisaatioissaan uudenlaista "muutoksen kulttuuria", joka kykenee ennakoimaan muutostarvetta, osaa hyödyntää sitä tehokkaasti sekä integroi sen joustavasti osaksi olemassa olevia järjestelmiä. (Bowden & Smits 2012, 155)

Komplekseihin vaihdantasuhteisiin liittyvien muutosten ymmärtämisessä auttaa muun muassa strateginen resilienssitutkimus, joka pyrkii selittämään, miten organisaatiot pystyvät uusiutumaan ennen kuin on pakko. Resilienssitutkimus korostaa tärkeinä muutoksenhallinnan keinoina viestintää, oppimis- ja sopeutumiskykyä, riskinhallintaa sekä organisaatioiden "sosiaalista pääomaa" (Castleden, McKee, Murray & Leonardi 2011).

Verkostojen resilienssitarkastelussa huomio kiinnittyy siihen, kuinka verkostomaisten systeemien keskeiseksi ominaisuudeksi nousee niiden kumuloituva muutosherkkyys, ei tiettyyn aikaan ja paikkaan sidottu tasapainotila. Verkostomaisesti toimivien systeemien sisäkkäisyydestä ja päällekkäisyydestä johtuen niiden resilienssi rakentuu toimijoiden pienempien osien ketteryyden ja mukautumiskyvyn varaan. Systemit ymmärretään kaikkein joustavimmiksi ja muutuskäyisimmiksi silloin, kun ne ovat paikallisia ja monimuotoisia. (Folke 2006, 257) Siksi eri organisaatioiden ei tarvitse tehdä kaikkea samalla tavalla kaikkialla vaan sen sijaan arvostaa ja sopeuttaa toimintansa paikallisten markkinoiden jokapäiväisiin tarpeisiin (Kanter & Dretler 1998).

Tällöin lähellä palvelutuotantoa olevilla toimijoilla on mahdollisuus toteuttaa yhteisen vision toteutumisen kannalta olennaiset toimenpiteet ja tulkita yhteisiä ylemmän tason tavoitteita paikallisia olosuhteita ymmärtäen ja ennakoiden. Jotta keskeiset investoinnit tehtäisiin paikallisista tarpeista ja paikallisten aloitteiden mukaan, myös yhteiskunnallisen innovaatiopolitiikan tulisi tukea nykyistä paljon enemmän alhaalta ohjautuvaa kehittämistoimintaa (Hautamäki 2008, 102). Perinteinen siilomainen toimintatapa on estänyt tehokkaasti yksittäisiä toimijoita ymmärtämästä alueellista toimintaympäristöä laajemmin. Päätöksenteon kan-

nalta tällaisella on taipumusta johtaa osaoptimointiin. Alueellisen arvoverkon luovan hallinnan näkökulmasta systemisen koordinoinnin tulisi varmistaa, että tällaisilta ongelmilta vältytään.

#### 4.1.3 Huippuosaamista verkottumalla ja erikoistumalla

Fragmentaatio eli pirstaloituminen on seurausta jatkuvista modernisointi- ja erikoistumisprosesseista (Fenger, Fenger & Bekkers 2012). Tulevaisuustutkijoiden mukaan osaaminen pyrkii edelleen keskittymään ja syventymään huippuosaamiseksi. Samalla uudesta osaamisesta hyötyvien määrä harvenee, joten erikoistuva yksikkö tarvitsee suuremman väestöpohjan. Suora laajentuminen ei ole kuitenkaan ainut ratkaisu ongelmaan. Verkostomaisella toimintamallilla erikoistuminen saadaan toimimaan verkostoimalla pieniä väestöpohjia. (Kinnula, Malmi & Vauramo 2014, 108)

Osaamisen johtaminen on johtamisen osa-alue, jolla on keskeinen merkitys asiantuntijaorganisaation kilpailukyvyille ja menestymiselle. Osaamisen painoarvoa ja merkitystä korostetaan myös organisaatioiden strategioissa. Tavoitteena tulisi olla, että kollektiivinen osaaminen kasvaa yksilöiden osaamista arvokkaammaksi sekä monipuolisemmaksi ja samalla vähemmän haavoittuvaksi kuin yksilöiden osaaminen (Juuti & Luoma 2009, 77-83). Tämän näkemyksen voidaan olettaa ulottuvan myös arvoverkkoihin. Asiantuntijapalveluissa, joissa toimialan muutokset ovat nopeita, on osaamisen kehittämisessä panostettava ihmisten vuorovaikutuksen lisäämiseen ja nopeatempoiseen uusien asioiden omaksumiseen. Osaamistarpeet on kyettävä määrittelemään ja priorisoimaan strategiset osaamisalueet. (Ojala 2008, 144-147) Osaamistoiminnan kehittämisohjelman kaltaiset työkalut jalkauttavat osaamisstrategiat käytäntöön (Nurminen 2007, 34). Arvoverkon kattavalla osaamisen kehittämisohjelmalla varmistetaan, etteivät yhteisen vision kannalta olennaiset kompetenssit jää liian vähälle huomiolle.

Huippuosaajaksi tuleminen näyttäisi vaativan tietoista strategista valintaa, joka tukee yhteistä visiota ja tarjoaa mahdollisuuden selkeyttää keskinäistä työnjakoa. Käytännössä kyse on uskalluksesta etabloitua uusille markkina-alueille sekä päätöstä luopua jostakin ja samalla erikoistua johonkin. Arvoverkon haasteena on koordinoita syntyvät erikoisosaamiset osaksi markkinoiden haluamia kokonaisuuksia ja ylläpitää kokonaisuuksien jatkuva kehittyminen.

Esimerkiksi huippuosaamisen kehittämisestä sopii harvinaisten sairauksien kansainvälinen tutkimusyhteistyö, jossa verkostomaisesti toimivien osaamiskeskusten on todettu parantavan lääketieteellisen tietämyksen tuottamista ja edistävän tutkimuksessa tarvittavien sekä sisäisten että ulkoisten resurssien hyödyntämistä.

Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa tehty laaja harvinaisten sairauksien osaamiskeskustutkimus osoitti, että osaamiskeskusten välisen tuotekehitysyhteistyön lisäksi verkostot tarjoavat tehokkaan tavan jakaa terveydenhuollon ammatillista osaamista ja kapasiteettia. Ulkoisten kumppanuuksien muodostamat verkostot tarjoavat myös erinomaisen mahdollisuuden tuottaa ja levittää uutta tietoa, jonka nähdään olevan kriittinen tekijä innovatiivisten hoitojen kehittämisessä. (Hannemann-Weber, Kessel & Schultz 2012, 144) Tämän perusteella aktiivinen osallistuminen laajempaan kansainväliseen työnjakoon parantaa myös väestömäärältään pienten valtioiden mahdollisuuksia tuottaa erikoistuvassa tutkimus- ja kehittämistoiminnassa maailmanlaajuisesti merkittäviä innovaatioita.

Informaatioteknologian nopean kehityksen vuoksi tietohallinnolla on alueellisten arvoverkkojen kehittymisessä keskeinen rooli. (Lappalainen 2015) Luovan hallinnan näkökulmasta selkeä työnjako ja keskittyminen vähentävät päällekkäisyyksiä ja luovat edellytyksiä laadukkaammille ja kustannustehokkaammille palveluille. Samalla se ylläpitää tarvetta verkostoitua ja lisätä organisaatioiden ylimenevää läpinäkyvyyttä.

Sairaanhoitopiirin johdolle tehdyssä haastattelututkimuksessa todettiin, että osaamiskeskukseen koottavan palvelukokonaisuuden tuottamisen kannalta keskeiset toiminnot parantavat resurssi- ja virtaustehokkuutta sekä suuremman volymin mahdollistamaa laadun vakioitumista. Sujuvat ja laadukkaat palvelut hyödyttävät sekä asiakkaita, veronmaksajia että ammattilaisia. Asiakkaan harvemmin tarvitsemien erityispalvelujen tuottamisen tehostamiseksi palveluja toivottiin keskitettävän, mutta sitä vastoin peruspalvelujen ja kansalaisten perusturvallisuutta lisäävien palvelujen palveluverkkoa toivottiin kehitettävän läheisyysperiaatteen mukaisesti. (Lappalainen 2016, 190)

#### 4.1.4 Orgaaniset ja dynaamiset organisaatorakenteet

Hierarkkinen organisaatorakenne soveltuu hyvin vakaisiin ja hitaasti muuttuviin toimintaympäristöihin. Tällöin organisaation ohjaus perustuu hierarkiaan, jossa toteutuvat muodolliset komentoketjut, käskytyks sekä perinteiset auktoriteettisuhteet. Sitä vastoin epävakaimmissa, nopeammin muuttuvissa, vaikeammin ennakoitavissa sekä luovuutta edellyttävissä toimintaympäristöissä korostuvat orgaaniselle organisaatorakenteelle tyypilliset ominaisuudet kuten joustava työnjako, avoin tiedonkulku sekä asiantuntemuksen hyväksikäyttö. (Burns & Stalker 1994)

Orgaanista mallia vielä nopeampaan muutostahtiin orientoituneen verkostomaisen toimintaympäristön organisaatiomuotoa voidaan kutsua ”dynaamiseksi”. Sille

on tunnusomaista verkostoon kuuluvien toimijoiden solmukohtiin kehittynyt kyvykkyys heikkojen signaalien havaitsemiseen, vahvistamiseen ja jalostamiseen. Tämä mahdollistaa uusien radikaalien innovaatioiden jatkuvan syntymisen. Dynaamisten verkostojen toimintaympäristössä korostuu toimiala-asiantuntijoiden ja kansalaisten rooli. (Stähle & Sotarauta 2002, 45)

Yleistyneille hyvinvointiin liittyville julkis-yksityisille verkostoille on kuvaavaa niiden joustavuus, virallisten hallintomekanismien puute sekä uusien toimintamallien sisällyttäminen niiden strategiaan. Siinä missä muodolliset instituutiot toimivat tarkoituksenmukaisena keinona järjestää toimintaa yhtenäiskulttuurin, normien ja asenteiden kautta, on monille verkostoille tunnusomaista keskittyminen organisaatioiden sijaan instituution toimintaa määrittäviin sääntöihin. Nämä säännöt saavat muotonsa dynaamisessa ympäristössä. (Nordin & Jalonen 2015, 123-124) Dynaamisuuden lisääntyessä hierarkia ja organisaatorakenteet menettävät merkitystään, jolloin itse toiminta ja sen sääntely tulevat keskiöön. Tällaista alati muuttuvaa toimintaympäristöä on avointen systeemiteorioiden kaltaisten viitekehysten avulla mahdollista jäsentää ja ymmärtää.

Verkostotutkimus tukee aikaisempien tutkimusten havaintoja, että solmukohdat ja verkostojen edelläkävijöiden esimerkit houkuttavat markkinoille tulevia uusia toimijoita, ja ovat siten myös monikansallisten verkostojen laajentumisen kannalta ensiarvoisen tärkeitä (Forkmann, Wang, Henneberg, Naudé & Sutcliffe 2012, 17). Perinteisten isojen yritysten johtajat tunnistavat harvoin uusia mahdollisuuksia luoda alueellisia yksityisen ja julkisen sektorin kumppanuuksia. Heitä rajoittavat perinteiset raportointijärjestelmät, jotka ohjaavat ajattelua pikemminkin kohti lyhyen aikavälin nykyisyydestä lähteviä pieniä muutoksia ja nopeita takaisinmaksuja, kuin laajempia arvoverkkomuutoksia. Dynaamisten verkostoympäristöjen uudet toimijat eli ”katalyytit” ovat yleensä parempia havaitsemaan nykyisyydestä poikkeavia mahdollisuuksia. (Kaplan, Serafeim & Tugendhat 2018) Systeemisessä toimintaympäristössä organisaatorakenteiden määritykset alkavat joustaa ja syntyy arvoverkkona johtamiselle suotuisimmat olosuhteet.

#### 4.1.5 Talouden suunnittelu ja seuranta

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista syntyvien kustannusten tunnistaminen on haastavaa, koska palvelutuotanto on luonteeltaan hajanaista, erittäin monimutkaista sekä toteutustavoiltaan edelleen vaihtelevaa (Kaplan & Porter 2011). Lisäksi eri organisaatioissa on tunnistettu esteitä, jotka ovat hidastaneet kustannuslaskennan hyödyntämistä toiminnan kehittämisessä. Esimerkiksi ylimmän johdon osallistuminen kliinisen päätöksenteon suunnitteluun ja seurantaan on lääkärei-

den taholla koettu perinteisesti vahvan autonomian rajoittamiseksi. Tällä on todettu olevan vaikutusta kliinisen henkilökunnan tapaan suhtautua kustannusten hallintaan sekä toimintatietojen suunnitteluun ja seurantaan yleisemminkin. (Jacobs, Marcon & Witt 2004) Perinteinen suunnittelun ja seurannan idea on ollut vahvasti yksikkökeskeinen ja siten hyvin altis osaoptimoinnille. Jotta kustannukset voidaan saada hallintaan, edellytetään myös laskentatoimelta aikaisempaa monipuolisempaa informaatiota. Olennaista on, että laskenta kykenee antamaan riittävät tiedot siitä, miten arvoa luodaan ja kustannuksia synnytetään osana arvoverkkoa. (Kinnula, Malmi & Vauramo 2014, 116)

Tutkimustuloksia sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen arvoverkon suorituskyvystä tai integroitujen palveluketjujen vaikutuksesta suorituskykyyn on vielä rajoitetusti (Mason, Goddard & Weatherly 2014; Niemi, Ranta, Kuosmanen, Rajala, Torkki & Jämsén 2015). Verkostotoimijoiden yhteinen kustannuslaskenta näyttäisi lisäävän verkoston toimijoiden keskinäistä luottamusta ja siten tehostavan yhteistoimintaa (Tomkins 2001). Aikaperusteisen toimintokustannuslaskennan (Time-Driven Activity-Based Costing -TDABC) merkitys terveydenhuollon organisaatorajat ylittävien prosessien kehittämisessä on viime vuosina kasvanut, koska se edistää arvoverkossa eri toimijoiden välistä kustannusten vakiointia (Cannavacciuolo, Illario, Ippolito & Ponsiglione 2015). Lisäksi se soveltuu erityisen hyvin terveydenhuoltoon, jossa TDABC:n avulla henkilöintensiivisen terveydenhuollon palvelutuotannon todelliset kustannukset saadaan tarkemmin ja olosuhteet paremmin huomioivasti esille ja kohdistettua (Keel, Savage, Rafiq & Mazzocato 2017).

Arvoverkkojen tehokkaalle kustannusten suunnittelulle ja seurannalle voidaan nimetä kolme keskeistä vaatimusta: (1) verkostotoimijoiden tulisi tuntea omat kustannuksensa täsmällisesti, (2) kustannustietoa tulisi hyödyntää avoimesti asiakkaiden ja toimittajien kanssa, ja (3) kustannustietoa tulisi oppimisen tehostamiseksi tarjota myös koko verkostolle. Näitä vaatimuksia voidaan pitää myös toisiaan seuraavina askelina, jotka verkostotoimijoiden olisi kustannuslaskennan alalla otettava matkalla kohti verkostomaista toimintatapaa. (Kulmala 2003) Kun sosiaali- ja terveydenhuollon arvoverkossa syntyvien palvelujen arvolle on olemassa yhdessä hyväksytyt, selkeät ja läpinäkyvät mittarit, voidaan arvotuotantoon osallistuvien toimijoiden suoritusta arvioida objektiivisemmin. Tämä lisää luottamusta ja uskoa siihen, että arvoverkon toimintaan liittyvä päätöksenteko toteutuu kaikkien toimijoiden ymmärtämin perustein. Yhteisen mittariston voidaan katsoa toimivan tehokkaana runkona arvoverkon kattavalle johtamisjärjestelmälle (Lappalainen & Kivinen 2018).

Alueellisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamallissa tarvitaan riittävät kannusteet omaksua laadultaan ja kustannuksiltaan parhaita toimintamalleja muilta. Tällä hetkellä tilastoviranomaisten tarjoamien tietojen käyttökelpoisuus on alueellisessa toiminnan ja talouden suunnittelussa ja seurannassa rajallista. Uudistusten onnistumisen kannalta olisi hyödyksi, että alueiden palvelutuotantoon liittyvää laskentatoimen kyvykkyyttä pystytään kehittämään ja taloushallinnon asemaa vahvistamaan. (Kinnula, Malmi & Vauramo 2017, 10-13) Teknologian kehittyessä sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvittaisiin mekanismeja, jotka edistävät kustannus- ja laatu-tietoihin perustuvaa palvelutuotannon jatkuvaa parantamista (Snyder, Paulson & McGrath 2005) siten, että tietoja analysoitaisiin mahdollisimman laaja-alaisesti (Baesens, Bapna, Marsden, Vanthienen & Zhao 2016).

Tulevaisuudessa yhä luotettavimmiksi kehittyvien kustannusennusteiden mahdollistavat tarkat potilasryhmäkohtaiset ennusteet, joista on jo saatu lupaavia tuloksia (Sushmita, Virendra, Newman, De Cock, Marquardt & Teredesai 2015). Puutteineenkin erityisesti terveydenhuollon resurssien kulutusta, prosessin toimivuutta ja tehokkuutta sekä toiminnan tuotoksia katsotaan jo nykyisin voitavan kohtuudella mitata ja siten myös talouden näkökulmasta suunnitella. Sitä vastoin toiminnan laadullista vaikuttavuutta eli terveyshyötyjä (outcomes) kuvaavia tietoja on toistaiseksi vähän saatavissa. (Kinnula ym. 2017, 13)

Terveydenhuollon organisaatiot ympäri maailmaa ovat alkaneet investoida voimakkaasti terveydenhuollon palvelutuotannon arvopohjaisen ohjaukseen (Value-Based Health Care - VBHC), jossa palvelutuotannon arvo määräytyy mitatun nettoterveyshyödyn ja niiden aikaansaamiseksi tarvittujen panostusten eli kustannusten suhteesta (Keel ym. 2017). VBHC:n keskeisen kehittäjän Porterin (2010) perusajatus on ollut, että terveydenhuollon palvelutuotannon arvo perustuu potilaalle syntyneisiin mitattavissa oleviin terveyshyötyihin ja siksi toiminnan arvioinnissa huomio tulisi siirtää tuotettujen suoritemäärien tarkastelusta aikaansaattujen terveyshyötyjen mittaamiseen. Porter ennustaakin, että potilaille tuotettu arvo on terveydenhuollon tulevaisuuden rahoitusmalleissa palvelutuottajien keskeinen palkitsemisperuste. Hänen mukaansa kyvyttömyys priorisoida terveydenhuollon arvon tuottamista ja mittaamista on hidastanut innovatiivisuutta, johtanut väärityneeseen kustannusten kehittymiseen, vahvistanut terveydenhuollon ”mikro-ohjausta”, ja mahdollisesti lisännyt terveydenhuollon kokonaiskustannuksia. (Porter 2010)

Arvon määrittämisessä tarvittavien terveyshyötyjen ja kustannusten mittaamisen lisäksi huomio tulisi kohdistaa myös siihen, miten mittarit kytkeytyvät niitä tuottavan arvoverkon johtamiseen. Tällöin kyse on ennen kaikkea koko verkoston ky-

vystä tuottaa kustannusvaikuttavasti sitä, mitä siltä odotetaan. Vasta tämän toteutuessa voidaan alueellisissa toimintaympäristöissä alkaa puhua arvopohjaisen palvelutuotannon systemaattisesta johtamisesta. (Mulgan 2009)

Julkisen sektorin palvelutuottajien tavoitteet perustuvat yhteiskunnalliseen kokonaisuuteen, joka ei välttämättä ja aina ole sama asia kuin asiakaslähtöinen palvelun käyttäjän etu. Tästä huolimatta asiakkaiden palvelukokemus on tärkeä osa vaikuttavuuden arviointia ja samalla väline turvata julkisten palvelujen legitimitetti. (Nordin & Parviainen 2018) Talouden arvopohjainen suunnittelu ja seuranta tarjoaa luovalle hallinnalle keskeisen strategiatyökalun. Arvoverkkoon kuuluville toimijoille se tarjoaa objektiivista, läpinäkyvää ja siten luottamusta lisäävää tietoa palvelutuotannon aikaansaannoksista.

## 4.2 Palvelujen johtamisen tematiikka arvoverkossa

### 4.2.1 Systeeminen koordinaatio palvelujen johtamisessa

Arvoverkot eivät ole itsessään taee onnistumisesta niille asetetuissa tehtävissä ja tavoitteissa. Koska arvoverkkokokonaisuuden onnistuminen on keskeistä, jotta yksittäiset jäsenorganisaatiot voivat onnistua, on arvoverkossa toimivien johtajien ja muiden arvoverkossa vaikuttavien tehtävä sitoutua koko arvoverkon tavoitteiden toteutumiseen. Tehokkaille arvoverkoille on havaittu viisi laajaa tunnuspiirrettä: arvoverkon suunnittelu, tarkoituksenmukainen johtaminen ja hallinta, vakaus, legitimitetin rakentaminen/ luottamuksellisten suhteiden luominen, aktiivisuus ja resursointi sen jäsenissä, sekä arvoverkkotoiminnan ylläpitäminen monitasoisella ja henkilöriippumattomalla osallisuudella arvoverkossa. (Provan & Lemaire 2012: 642-643.)

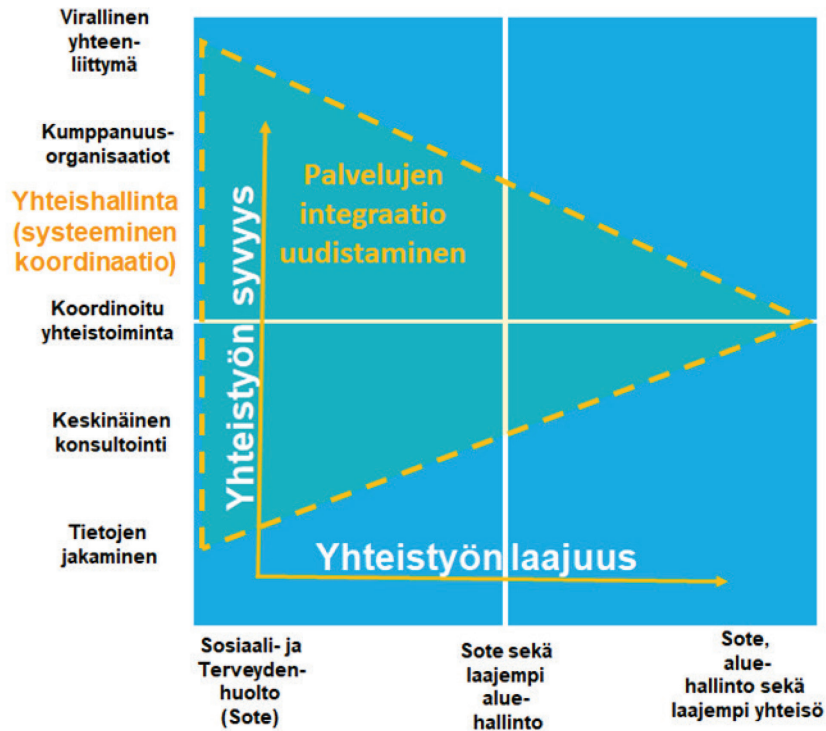
Virtuaalisella integraatiolla tarkoitetaan sellaista arvon tuotantomuotoa, jossa arvoverkon arvotuotanto yhdistyy palvelutuottajien ja asiakkaiden epävirallisilla järjestelyillä. Eri Euroopan maissa toteutettu terveydenhuollon palvelujen virtuaalinen integraatio on samanaikaisesti edistänyt sekä toimintojen autonomiaa, että organisaatioiden välisten järjestelyjen tarjoamia hyötyjä. Esimerkiksi ostovoiman hajauttaminen pienemmille yksiköille vahvistaa arvoverkkoyhteistyötä, kun taas välitön kilpailu voi estää yhteistyötä. Julkisella sektorilla on merkittävä rooli arvoverkkojen toimintaa estävien tekijöiden poistamisessa. Arvoverkkojen johtamisen kannalta keskeinen instrumentti on verkostojärjestelmän koordinaatio, johon kuuluu verkostoon osallistuvien toimijoiden sääntely ja ohjeistaminen, toimintaa tukevien rahoitusmekanismien edistäminen, yhteistä päätöksentekoa koskevien

sääntöjen määrittäminen sekä verkostotoiminnan kannalta tarpeellisten tukipalvelujen tarjoamisen. Julkisen sektorin arverkot ovat saaneet näiden avulla aikaan merkittävää kustannustehokkuutta sekä toimintaan osallistuneiden sidosryhmien tyytyväisyyden parantumista. (van Rossum ym. 2016, 604)

Kanadalaisessa sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että ammatinharjoittajien asenteet, koulutustausta sekä ulkoisista tekijöistä muun muassa taloudelliset paineet edistivät yhteistoimintaa. Keskeisimmin yhteistyöhön vaikuttavat kommunikaatio- ja läheteprosessit sekä valtasuhteet. Verkostomainen toiminta oli lääkäreille lopulta mahdollisuus oppia vähentämään työtaakkaa, ja lisätä siten tosiasiallista sitoutumista organisaatioonsa. (Gaboury, Bujold, Boon & Moher 2009, 707)

Koska arverkot eivät lähtökohtaisesti ole juridisia oikeushenkilöitä, arverkon johtaminen perustuu yhteisymmärrykseen ja luottamukseen. (Nordin & Jalonen 2015, 127) Luottamuksessa on kysymys voimasta, joka liittyy organisaatiot verkostorakenteeseen ja helpottaa rakenteeseen kuuluvien toimijoiden yhteistyötä ja heidän keskinäistä kommunikaatiotaan (Johanson, Husman & Uusikylä 2015, 14). Organisaatioiden sisäinen ja ulkoinen luottamus sekä kyky ja tahto tukea toisten menestystä luo lopulta edellytykset myös omalle menestykselle (Kaplan ym. 2018). Luottamusta lisäävänä toimenpiteenä verkoston hallintaa voidaan myös täydentää esimerkiksi isäntämallilla, jossa verkostotoiminnan koordinoituvastuu annetaan varsinaisen toiminnan ulkopuoliselle isäntäorganisaatiolle (Nordin & Jalonen 2015, 127).

Sosiaali- ja terveydenhuollon reformissa huomio voidaan kiinnittää myös arverkkoyhteistyön syvyyteen ja laajuuteen (kts. Kuvio 1). Syvyyden näkökulmasta uudistaminen voisi syventää tällä hetkellä tyypillisen konsultatiiviseen tietojenvaihtoon perustuvan yhteistyön koordinoitumpaan ja määrämuotoisempia hallinnan rakenteita sisältävään kumppanuuteen. Yhteistyön laajuuden näkökulmasta uudistuksella voisi alkuun edistää muiden alueella toimivien viranomaisten koordinoitumpaa yhteistyötä. Oletuksena on, että mitä laajemmalle toimialojen välinen yhteistyö kehittyy, sitä keskeisemmin yhteistyömuodossa korostuu systeemiseen koordinaatioon perustuva hallinta. Systeemiseen koordinaatioon liittyvät hallinnan rakenteet tarjoavat monipuoliset mahdollisuudet yhteistoimintaan ilman virallisia yhteenliittymiä. Tällaisessa toimintaympäristössä vahva verkostotoimija pystyy muuttamaan kehityksen suuntaa ja luomaan uutta eli valta voidaan nähdä upotetuksi tietoa luovien, muuttavien ja välittävien prosessien vuorovaikutuksen dynamiikkaan (Nordin & Jalonen 2015, 131).



**Kuvio 1.** Arvooverkkoyhteistyön syvyys ja laajuus uudistuksessa. (kts. Peck 2002)

#### 4.2.2 Alueen olosuhteet huomioiva kilpailu

Markkinamekanismien ja liiketoiminnallisten periaatteiden käyttöönotto ja omaksuminen lisäävät periaatteessa julkisessa terveydenhoitojärjestelmässä tehokkuutta sekä asiakkaiden tarpeet huomioonottavaa reagoitokykyä. Aiemmillä vuosikymmenillä toteutetut kilpailua edistävät terveydenhuoltojärjestelmien uudistukset ovat kuitenkin osoittautuneet varsin kiistanalaisiksi, sekä onnistumisten kannalta näytöiltään puutteellisiksi. Kilpailun ideologinen vastustaminen sekä terveydenhuollon ammattilaisten mielipiteiden huomiotta jättäminen ovat olleet osaltaan heikentämässä tuloksia (Mintzberg 1992). Muitakin syitä epäonnistumiseen on kylläkin löydettävissä.

Ruotsissa on viety läpi kaksi merkittävää markkinalähtöistä terveydenhuollon uudistusta. Näistä ensimmäinen oli vuonna 1989 toteutettu terveydenhuollon valinnanvapausuudistus ja toinen vuonna 2005 toteutettu kansallinen hoitotakuu-uudistus. Kyseisten uudistusten keskeisenä tavoitteena on ollut edistää kilpailun avulla potilaiden valinnanvapautta. (Winblad 2007) Uudistusten yhteydessä syntyi myös uusia käsitteitä ja käsitteiden yhdistelmiä, kuten esimerkiksi ”terveydenhuollon kuponki”, ”palveluseteli”, ”raha seuraa potilasta” sekä ”kapitaatioperuste”.

Käsitteet sisältävät uusia asiakkaiden valintaan liittyviä teemoja, joiden voidaan katsoa tarkoittavan siirtymistä uuteen erityiseen diskursiiviseen järjestykseen. (Nordgren 2010) Samat käsitteet ovat nousseet esille myös suomalaisessa palvelujen valinnanvapautta koskevassa keskustelussa.

Perinteisesti yksityiset terveydenhuoltoyritykset poikkeavat julkisista palvelutuotanto-organisaatioista tavoitteiden, motiivien ja ihanteiden osalta. Raja-aitojen hämärtyminen julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä on yhteiskunnallisesti elintärkeä tutkimuskohde. Ruotsalaisessa tutkimuksessa todettiin, että vaikka avoimuus-käsitteeseen liittyy usein julkiselle terveydenhuollolle tutummat demokratian ihanteet, potilaiden oikeudet, vastuuntuntoisuus, tasapuolisuus ja kansalaisten tiedottaminen, voivat nämä olla tärkeitä myös yksityisen toimijan strategisessa arvoperustassa. Esimerkiksi tutkimuksen kohteena ollut yksityinen ruotsalainen terveystalouden tuottaja Capio on pyrkinyt edistämään toimialaan, markkinoihin sekä eurooppalaisuuteen liittyviä ihanteita käyttöönottamalla ja arvioimalla avoimuutta edistäviä teknologioita kuten avoimia laaturekistereitä, Diagnosis Related Groups (DRG) -luokitusta sekä vertaisarviointiin perustuvia parhaita käytäntöjä. Vaikka Capio on tutkimuksen mukaan sitoutunut edistämään avoimuutta liiketaloudellisista syistä, se on samalla edistänyt myös tiettyjen toimialaan liittyvien poliittisten ihanteiden kehittymistä aktivoimalla Ruotsin johtavien terveyden ja hyvinvoinnin viranomaisien tukea sekä työskentelemällä terveydenhuollon käytäntöjen yhdenmukaistamiseksi Euroopassa. (Blomgren & Sundén 2008, 1519)

Toinen Ruotsin terveydenhuollon valinnanvapautta koskevasta uudistuksesta tehty laadullinen tutkimusanalyysi paljasti, että Ruotsissa kilpailua ja valinnanvapautta lisännyt muutos toteutettiin nopeana siirtymänä, jota edisti pääasiassa taloudelliset kannustimet. Muutoksen havaittiin aiheuttaneen tiettyjen potilasryhmien välillä voimavarojen kohdistamiseen liittyviä priorisointiristiriitoja. Lisäksi uudistuksen todettiin tuottaneen voimakkaita ja nopeita vaikutuksia, joiden katsottiin olevan sekä positiivisia että negatiivisia. Vaikka uusia taloudellisia kannustimia pidettiin liikkeellepanevana voimana ja muutoksen välineenä, koettiin kilpailu sekä henkilöstövähennykset epävarmuutta lisäävänä stressitekijänä. Valinnanvapauden lisääntymisen todettiin parantaneen hoitoon pääsyä ja palvelua, mutta myös lisänneen potilailta tulevia kohtuuttomia vaatimuksia. Johtajat näkivät hankalaksi määrittää voimavarojen oikeudenmukainen kohdistaminen eri potilasryhmille ja olivat huolissaan erityisesti heikommassa asemassa olevista monisairaista potilaista. Lisäksi johtajat kokivat, että uudistuneessa tilanteessa heillä oli riittämättömät valmiudet hallita muutosta. (Maun, Nilsson, Furåker & Thorn 2013)

1990-luvulla Isossa-Britanniassa toteutettu terveydenhuollon uudistus sai aikaan sekä palvelujen tilaajien että palvelujen tuottajien välistä kilpailua. Vaikka palveluja ei yksityistetty, ne kaupallistettiin ottamalla käyttöön tilaaja-tuottaja -malli ja luomalla ”näennäismarkkinat”. (Zolkiewski 2004, 1012) Väestöpohjaisen ja potilaskeskeisen mallin yhdistelmä kannusti tilaajia toimimaan potilaiden tehokkaina edunvalvojina, mutta samalla sen katsottiin lisänneen riskiä palvelujen pirstoutumiseen. (Ham 1996) Tutkimus toi esille, että terveydenhuollon johtajien keskeinen ohjausväline tulisi olla asiakkuudenhallintajärjestelmä (business-to-business), jonka avulla voidaan parantaa ja kehittää palvelujen tarjontaa sekä koordinoita useita palvelutuottajia koskevia toimenpiteitä (Zolkiewski 2004, 1019)

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien hajanaisuus on johtanut alueellisiin eroihin asiakkuudenhallinnan kyvykkyydessä. Monet toimivat tällä hetkellä heikon analytiikan tukemana. Vaikka keskusjohtoinen ratkaisukehitys voi pahimmillaan jäykistää alueellista kehittämistä, saattaisi se onnistuessaan mahdollistaa vuorovaikutuksen kannalta keskeisten ohjelmistoalustojen yhdenmukaisuuden ja siten aluerajat ylittävän asiakkuudenhallinnan ja vertaisarvioinnin toteutumisen.

Iso-Britannian kokemukset 1990-luvun loppupuolelta loivat pohjan nykykäytäntöjen muotoutumiselle, mutta asiakkaan näkökulmasta maan terveydenhuollon valinnanvapaus lisääntyi vasta vuoden 2002 jälkeen, kun asiakkaan valinnanvapautta lähdettiin kokeilemaan kiireettömässä sairaanhoidossa. Keskeisimmät valinnanvapausuudistukset on tehty 2010-luvulla, jolloin hajanainen lainsäädäntö koottiin sosiaali- ja terveydenhuoltolakiin (Health and Social Care Act 2012) sekä hoivalakiin (Care Act 2014). Valinnanvapautta on lisätty vaiheittain ja tavoitteet ovat kohdentuneet kustannussäästöjen lisäksi myös laadun, tasa-arvoisuuden, asiakaslähtöisyyden ja tuottajien reagoitakyvyn lisääntymiseen. Nykyisin Ison-Britannian julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin palveluntuottajat voivat tuottaa verovaroin rahoitettuja palveluita, jos he täyttävät toiminnalle ja palveluiden laadulle asetetut yhteiset kriteerit sekä hyväksyvät julkisille palveluille asetetut korvausperusteet. Isossa-Britanniassa on päästy tilanteeseen, että asiakkaan valinnanvapaus itsessään ei yksin toimi palveluntuottajien toimintaa ohjaavana tai kehittäväenä tekijänä. (Whellams 2016)

Aktiivisesti kilpailuetua erilaisilla markkinoilla tavoittelevat organisaatiot ovat siirtyneet toimimaan verkostoissa. Erityisen välttämättömäksi verkostoissa toimiminen on pienille ja keskisuurille toimijoille. Esimerkiksi valmistavassa teollisuudessa osaamisen ja resurssien jakaminen eri organisaatioiden välillä on nähty keskeiseksi ratkaisuksi vastata markkinoiden nopeasti muuttuviin vaatimuksiin. Tunusomaista yhteistyöverkostoille (Collaborative Networks Organizations - CNO)

on, että ne pyrkivät yhteistyön kehittämisessä hyödyntämään mahdollisimman tehokkaasti tieto- ja viestintäteknologiaa. (Camarinha-Matos, Afsarmanesh, Galeano & Molina 2009, 46) Koska arvoverkkoajattelu jäsentää erilaiset palvelutuottajat saman tavoitteiston omaavan verkon toimijoiksi, muodostuu sen kilpailukyky siihen osallistuvien palvelutuottajien kokonaissuorituskyvystä. Asiakkaan näkökulmasta kokonaisuus ratkaisee palvelun todellisen kilpailukyvyn. (Jalonen ym. 2011, 13)

Euroopan terveydenhuoltojärjestelmiä koskeva tutkimus osoitti, että yksityisen palvelutarjoajan läsnäolo voi olla hyödyksi julkiselle terveydenhuollon järjestelmälle, koska yksityisten palvelutarjoajien osallistuminen laskee potilaiden odotusaikaa, ja tietyissä olosuhteissa alensi rahoittajien kustannuksia. Lisäksi tutkimuksessa havaittiin, että mikäli hyvinvointivaatimukset eri maissa ovat riittävän lähellä toisiaan, voi kansallisvaltioiden rajat ylittävää potilaiden liikkuvuutta edistävä terveydenhuoltopolitiikka olla hyödyllinen myös julkisille terveydenhuollon järjestelmille. Raja-alueilla, joilla rajan ylittämisen kustannukset ovat alhaiset, on korkeiden terveydenhuollon kustannusten maiden strategisesti järkevää ulkoistaa valinnaisia palveluja edullisempaan maahan. (Andritsos & Tang 2014)

Kolmannen sektorin palvelujen tarjoajat ovat toissijaisten palvelujen tuottajina sellaisilla alueilla, joita julkisen sektorin verovaroin rahoitetut palvelut eivät kata riittävästi tai eivät olleenkaan. Kolmannen sektorin pyrkimyksenä on vastata terveydenhuollon palvelutarpeisiin noudattaen samalla sosiaalisen osallisuuden ja oikeudenmukaisuuden periaatteita. Sen kilpailukyky on riippuvainen kyvystä toimia rahoitusta ja kysyntää tarjoavissa verkostoissa. Kun esimerkiksi Italian valtion vetäytyminen terveydenhuollon suorasta ohjaamisesta edellytti väistämättä uusien sääntely- ja rahoitusjärjestelmien luomista, todettiin kolmannen sektorin edellytysten parantuneen. Uusi toimintamalli palkitsi sekä suunnitteluvaiheessa että palvelujen toteutusvaiheissa verkostomaiseen toimintamalliin sopeutuneita kolmannen sektorin toimijoita. (Borzaga & Fazzi 2014)

Hyvinvointivaltiolla on ollut taipumusta unohtaa kolmas sektori. Selvitäksemme väestön ikääntymiseen liittyvästä palvelujen kysynnän kasvusta, tarvitaan tulevana vuosikymmeninä julkisen ja kolmannen sektorin arvoverkkokumppanuutta, joka mahdollistaa paremman kokonaissuunnittelun eri tavoin rahoitettavien palvelujen toteutuksesta (kts. Pihlaja 2010, 96). Unohtaa ei myöskään sovi yksityisen ja kolmannen sektorin välimaastoon sijoittuvia osuuskuntatoimijoita, joiden olemassa ole perustuu jaettuun tietämykseen sekä jäsenten haluun ja taloudelliseen kannustimeen osallistua toiminnan yhteiskehittämiseen. (Shah 1996)

Johtajat ovat viime kädessä vastuussa johtamiensa organisaatioiden tuottavuudesta ja kilpailukyvystä. Isossa-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin,

että organisaatioiden välinen kovempi kilpailu, johti sairaaloissa parempaan johtamiseen, joka taas ilmeni toiminnan korkeampana laatuna, tuottavuutena sekä asiakas- ja henkilöstötyytyväisyytenä. Tulokset viittaavat siihen, kilpailu on käytökelpoinen tapa parantaa johtamiskäytäntöjä ja tuloksia terveydenhuollossa. (Bloom, Propper, Seiler & Van Reenen 2014, 30) Menestyneiden organisaatioiden kohdalla puhutaan myös innovatiivisesta kilpailukyvyistä, jolloin organisaatiot eivät kilpaile ainoastaan vakiintuneista markkinoista, vaan myös kyvystä luoda kokonaan uusia markkinoita (Rouvinen 2002). Talouden kestävyysvaje sekä julkista sektoria koskeva valinnanvapaus ovat nostaneet kilpailukykyyn liittyvän näkökulman esille myös Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kilpailun lisääntyessä menestyjiä ovat ne, jotka kykenevät luomaan jatkuvasti kehittyviä korkean hyödyn ja kustannustehokkuuden palvelukokonaisuuksia. Onnistuessaan palvelutuottajien asiakaslähtöinen arvoverkkoysteistyö mahdollistaa palvelujen kilpailukykyä edistävän optimoinnin.

Paikalliset olosuhteet huomiotta jättävällä kilpailulla voi olla myös varjopuolensa. Esimerkiksi Ontariossa toteutetun tutkimuksen mukaan terveydenhuollon kilpailun täytäntöönpano lisäsi entisestään palvelujen saatavuusongelmaa maaseudulla sekä pikkukaupungissa, jossa palvelujen tarjonnassa oli jo valmiiksi haasteita. Lisäksi tulokset osoittivat, että maaseutuyhteisöissä koettiin hoidon laatuun liittyvien erojen olevan voittoa tavoittelevien ja tavoittelemattomien terveydenhuollon organisaatioiden välillä keskimääräistä suuremmat. (Skinner & Rosenberg 2006, 2875) Kilpailun lisäämisellä on katsottu olevan myös toisten organisaatioiden osaamisen ja kapasiteetin hyödyntämistä rajoittava vaikutus. Esimerkiksi Alankomaissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että terveydenhuollon ammattilaisten toimiminen useammassa organisaatiossa katsotaan tietyissä tilanteissa voivan aiheuttaa kilpailusääntöjen rikkomista. (Westra, Angeli, Jatautait, Carree & Ruwaard 2016) Liian vahvat kilpailurajoitteet voivat siis pahimmillaan estää työpaikkarakenteiden optimaalisen joustavuuden (kts. 4.2.3).

Tutkimuksen toisessa artikkelissa raportoitu haastattelututkimus toi esille, etteivät Suomen sairaanhoitopiirien johtoon kuuluneet haastateltavat nähneet kilpailua ”joko-tai” –kysymyksenä. Vaikka tiettyjen ydinpalvelujen tuotantovastuut ja niihin liittyvä rahoitus koettiin julkisen sektorin yksinoikeuteen perustuvaksi, näki enemmistö haastatelluista, että kilpailulle on sosiaali- ja terveydenhuollossa löydettävissä soveltuvia osa-alueita. Haastatteluissa painottui näkemys, että liian pienessä markkinassa käytävä osaamis- ja pääomaintensiivisten palvelujen vapaa kilpailu voi johtaa aluksi yliresursointiin ja siten tuhlailuun. Pelkona oli, että myöhemmin seurauksena on alueen palvelutarjonnan peruuttamaton tuhoutuminen ja siten palvelujen jatkuvuuden sekä yhdenvertaisuuden vaarantuminen. Haastat-

telujen perusteella luovan hallinnan kilpailua koskevalle osa-alueelle tuli tarkentava määräite paikallisten olosuhteiden huomioimisesta. (Lappalainen 2016, 194-195) Tätä tukee Jarillon (1988) tutkimus, jonka mukaan organisaatioiden kannattaa itse tekemisen sijaan tavallisesti ostaa markkinoilta sellaisia tuotannontekijöitä, joiden pääomakustannukset ovat matalat ja vastaavasti valmistaa itse korkean pääomakustannuksen tuotannontekijät. Paikallisiin olosuhteisiin mitoitettulla kilpailulla voitaisiin välttää pienten markkinoiden päällekkäiset investoinnit, mutta samalla turvata julkisen sektorin ydinpalveluja varten tehtyjen investointien edellyttämä riittävä volyyymi.

Organisaatioiden kilpailukyky ja menestys perustuvat tulevaisuudessa lisääntyvässä määrin tietoon ja osaamiseen. Kyse on siitä, kuinka hyvin tiedosta ja osaamisesta kyetään luomaan asiakkaan arvostamia tuotteita ja palveluita. (Laihonon ym. 2013)

Koska sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantoon liittyvät infrastruktuuri-investoinnit ovat mittavia, olisi kilpailun avulla tapahtuvan palvelujen kehittämisen tarkastelu hyvä ulottaa ainakin 10-20 vuotta eteenpäin ja selvittää, kuinka laajoja alueellisia järjestämiskokonaisuuksia Suomeen tulisi muodostaa, jotta kunkin alueen sisäiselle kilpailulle muodostuisi toimivat ja yhdenvertaisuutta edistävät markkinat.

Ovatko väestövastuuseen perustuva kilpailuttaminen sekä palvelujen ennakkolukulon digitalisoituminen niitä keinoja, joilla palvelutuotannon laadukas ja kustannustehokas järjestäminen voidaan turvata tulevaisuudessa? (Lappalainen 2016, 195) Yhdenvertaisuustavoitteen näkökulmasta Tanskassa saadut tulokset osoittavat, että kilpailun tarjoama palveluiden saatavuuden paraneminen ei välttämättä johda terveyserojen tasoittumiseen. Tutkimuksessa todettiin, että sosioekonomiset terveyserot olivat jopa kasvaneet. Terveyseroja korostivat köyhyys, krooniset sairaudet, maahanmuuttajien lähtökohdat sekä syrjäytymisen eri muodot. (Diderichsen, Andersen & Manuel 2012).

Luovassa hallinnassa paikalliset olosuhteet huomioiva kilpailu pakottaa ja palkitsee arvoverkkoja jatkuvaan kehittämiseen. Koska julkisen sektori palvelutuottajille on säilytetty lukuisa määrä palvelutuotantoon liittyviä viranomaisvelvoitteita, on sosiaali- ja terveydenhuollon kilpailun ensisijainen haaste saattaa palvelutuottajat yhdenvertaiseksi.

### 4.2.3 Työpaikkarakenteiden joustavuus

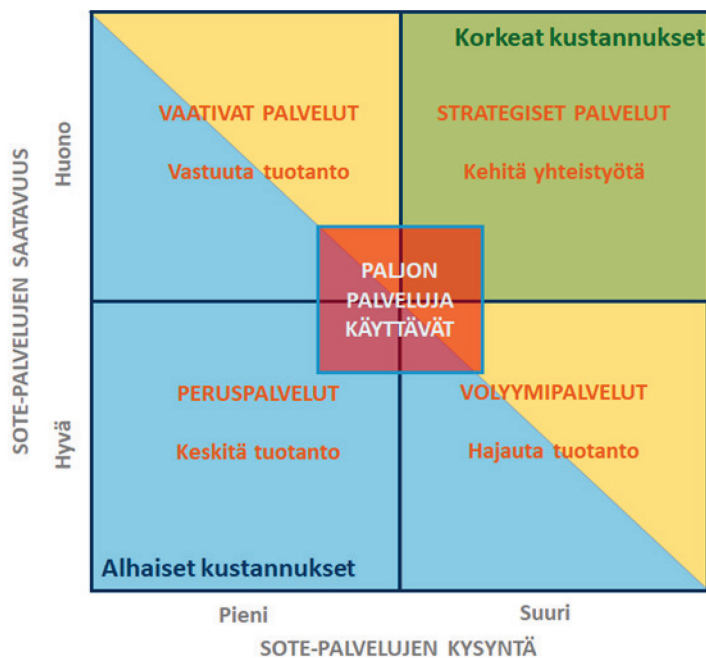
Sosiaali- ja terveydenhuollon arverkon olemassaolo perustuu alueiden palvelustrategioissa määritettyihin moniulotteisiin palveluverkostoihin. Nämä palveluverkostot muodostuvat alueen fyysisistä toimipisteistä, puhelin- ja digipalveluista, liikkuvista ja kotiin vietävistä palveluista sekä muista etäpalveluista. Palveluverkoston hallinnan keskeisin tavoite on optimoida palveluiden saatavuus ja saavutettavuus. Palveluverkoston suunnittelussa huomioidaan palveluiden jako lähipalveluihin, maakuntapalveluihin, yhteistyöaluepalveluihin sekä kansallisiin palveluihin. (Uusimaa 2019 2018, 43)

Tutkimukset osoittavat, että organisaatioiden ja työpaikkarakenteiden muutokset ovat olennainen osa kansantalouden ja sen toimialojen tuottavuuden kasvua. Parhaimmillaan työpaikkarakenteiden joustavuus, jolla tarkoitetaan työn sisältöön, tekemisen paikkaan ja aikaan liittyvää joustavuutta, tarjoaa organisaatioille mahdollisuuksia järjestää tuotantotoimintansa aiempaa tehokkaammin ja kilpailukykyisemmin. (Maliranta 2016, 42-44) Verkostot nousevat tuotantomuotona yhä keskeisemmin esille. Organisaatioiden sijaan kysymys on siitä, miten ja missä ihmiset työskentelevät, kuka työskentelee ja milloin, sekä millainen arvo ja merkitys tietäntyyppisellä roolilla on kokonaisuudelle. Sosiaalisen toimintaympäristömme muoto ja rakenne eli kokemuksemme aineellisesta todellisuudesta muodostuu yhä useammin kyber-fyysisistä kerroksista, jotka koostuvat ihmisen luomista keinotekoisista, sähköisistä ja digitaalisista verkoista sekä fyysisen maailman laitteista, järjestelmistä, ihmisistä, tiedosta ja erilaisista toiminnoista. Informaatioteknologian kehitys onkin yksi keskeisistä muutosajureista työntekemisen uudelleen organisoimisessa ja integroitumisessa. (Beaton 2018) Yksi tulevaisuuden keskeisiä menestystekijöitä on alueen toimijoiden kyky edistää työpaikkarakenteiden joustavuutta ja luoda siten edellytykset työvoiman tehokkaalle käytölle (Maliranta 2014, 45).

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen keskeisenä päämääränä on ollut edistää sekä horisontaalista että vertikaalista integraatiota, johon olennaisella tavalla kuuluu tietointegraatio. Ilman tietojen yhdistämistä yksittäisen siilon tietojen arvo on kokonaisuuden kannalta rajallinen (Valtioneuvosto 2015). Verkostotaloudessa alueellisen suorituskyvyn optimointiin liittyy haasteita. Sosiaali- ja terveydenhuollon arverkkopohjaisessa palvelutuotannossa ensisijainen haaste on optimoida alueen perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon toimijoiden yhteinen suorituskyky siten, että lisääntyvän kysynnän tilanteessa nykyisillä panoksilla saadaan aikaan merkittävästi suurempi palvelutuotos. Yksikkölähtöisestä alueelliseksi laajentuvan tarkastelun voidaan olettaa helpottavan arvoa tuottamattomien sekä yliresursoitujen toimintojen tunnistamista ja eliminointia sekä

resurssi- ja virtaustehokkuuden parantamista. (Robinson, Radnor, Burgess & Worthington 2012, 189)

Asiakkaat ja palvelujen tuottajat muodostuvat alueella kysynnän ja tarjonnan rakenteen. Strategisen suunnittelun avulla alueen palvelut ja niiden käyttäjät voidaan segmentoida siten, että palvelujen sisällön mukaan niille määräytyy kokonaisuutta tukeva tuotantotapa ja vastuu. Resilienssin näkökulmasta kyse on suuntaavasta strategisesta linjaamisesta, jonka tukemana lähellä toimintaa oleva käytännön päätöksenteko voi tukeutua kokonaisuuteen, mutta samalla huomioida paikallisten olosuhteiden asettamat erityisvaatimukset. Silloin kun palvelurakenteet onnistutaan muotoilemaan oikein, on eri palvelusegmenteistä mahdollista vakioida kokonaisuuden kannalta kustannustehokkaita palveluyhdistelmiä. Esimerkiksi paljon erilaisia palveluja käyttäville asiakkaille voidaan tunnistaa alasegmenttejä, joille voidaan palvelumuotoilun avulla standardoida inhimillinen, mutta samalla yhteiskunnan kannalta kustannustehokas palvelukokonaisuus. Työpaikkarakenteiden joustavuus edistää palveluverkoston dynaamista asiakaslähtöisyyttä. (kts. Kuvio 2).



**Kuvio 2.** Esimerkki luovan hallinnan alueellisen arvoverkon työnjakomallista

Sairaanhoitopiirien johdolle tehdyssä haastattelututkimuksessa nousi esille, että työpaikkarakenteiden joustavuus on yhteiskunnallinen megatrendi, jolta myöskään sosiaali- ja terveydenhuolto ei ole suojassa. Terveydenhuollon henkilöstöku-  
lujen todettiin olevan noin 70 prosenttia kokonaiskustannuksista ja siksi arvo-  
verkon tuhannet työntekijät tarjoavat merkittävän tuottavuuspotentiaalin optimoida

työvoiman käyttöä. Työpaikkarakenteiden joustavoittamisessa katsottiin korostuvan liikaa tuottajien, ammattijärjestöjen sekä pienten paikkakuntien työpaikkojen näkökulma, mutta ei asiakkaan saama palvelu. Lisäksi julkisen sektorin virkaehtosopimusten katsottiin enemmän tai vähemmän estävän toiminnan järkevän ja pitkäjänteisen kehittämisen. Esimerkiksi mainittiin työntekijöiden palkkaamiseen, irtisanomiseen ja siirtämiseen liittyvät joustamattomuudet. Enemmistö haastateluista näki, että mikäli asiakaslähtöisyyttä halutaan kehittää, on työpaikkarakenteiden joustavuus väline saada ihmiset tekemään töitä siellä, missä se on asiakkaiden kannalta järkevää ja tehokasta. Ammattilaisten ja työntekijöitä edustavien etujärjestöjen suhtautumisen työpaikkarakenteiden joustavuuteen toivottiin kehittyvän myönteisemmäksi, jotta yksityisen sektorin työsopimuksiin ja päätöksentekoon liittyvä etu kapenisi. (Lappalainen 2016, 190)

#### 4.2.4 Asiakaskommunikaatio, palvelutuottajien seuranta ja prosessien kehittäminen

Verkostojen kyky menestyä tehtävissään kiinnostaa sen sidosryhmiä. Esimerkiksi palvelutuottajat ovat kiinnostuneita sen hyödyistä ja kustannuksista, kun taas palveluja käyttäviä asiakkaita kiinnostaa verkoston kyky hoitaa palvelutuotanto yhtä hyvin tai paremmin kuin yksittäiset palvelutuottajat erikseen. Pyrittäessä hallitsemaan verkostojen toimintaa järjestelmätason ohjausmekanismien ja koko verkoston kattavien suorituskyvyn mittaustyökalujen soveltaminen on avainasemassa (Varamäki, Järvenpää, Kohtamäki, Tuominen, Vuorinen, Sorama, Laitinen, Wingren, Helo & Vesalainen 2006, 510). Näiden avulla sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden on opittava selvittämään, miten kumppaneiden kanssa tapahtuvalla verkottumisella voidaan aikaansaada erikoistumisen vahvuudet silloin, kun osa palvelutuotannosta voidaan tuottaa kumppaneiden toimesta edullisemmin ja kustannusvaikuttavammin. Tällöin toiminnassa voidaan katsoa korostuvan strategisen arverkon visioon perustuvista tavoitteista lähtevä johtaminen, niin roolien ja vastuiden kuin myös ansainnan ja innovaatioiden kannalta. (Möller, Rajala & Svahn 2001)

Juuri samat prosessit ja arvot, jotka ovat organisaatioiden ydinosaamista nykyisessä toimintamallissa, johtavat niiden kyvyttömyyteen muutostilanteessa. Hyvä johto kuuntelee tarkkaavaisesti asiakkaan tarpeita, seuraa huolellisesti kilpailijoiden toimia sekä sijoittaa osaavat ja motivoituneet resurssit suorituskykyisempien, laadukkaampien ja suurempia hyötyjä tuottavien tuotteiden suunnitteluun ja tuotantoon. (Christensen 2007, 132-133) Tulevaisuuden muutostarpeiden tyydyttämiseksi tarvitaan myös asiakkaiden kuuntelemisen edelle menevää omaehtoista tutkimus- ja kehittämistoimintaa (emt., 74-76).

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille sekä muille toimintaa tukeville kumppaneille tulisi siis tarjota käyttöön analysoitua tietoa asiakkaista, kilpailijoista sekä toimintaprosesseista, joiden pohjalta nämä voivat olla nykyistä vieläkin aloitteellisempia ja innovatiivisempia esittämään uusia toimintamalleja ja sekä poistamaan tarpeettomia palvelutapahtumia. Tutkijoiden ja asiantuntijoiden tulisi panostaa onnistumisten ja epäonnistumisten systemaattiseen arviointiin ja siten edistää näyttöön perustuvaa terveydenhuollon ja sen talouden määrätietoista kehittämistä. (Stuckler, Basu & McKee 2010, 289)

Kaikilla arvoverkko toimijoilla on oma kuva arvoverkon laajuudesta, sisällöstä ja ominaisuuksista. Tämä kuva muodostaa pohjan toimijan näkemyksille ja toiminnalle arvoverkossa. Siihen vaikuttavat heidän omat kokemuksensa, suhteensa ja sijaintinsa arvoverkossa. Lisäksi siihen vaikuttavat nykyiset ongelmat, epävarmuudet ja taidot sekä tiedon ja ymmärryksen rajallisuus. (Ford, Gadde, Håkansson & Snehota 2003) Siksi kahdenvälisen vaihtosuhteen analysointi muodostaa arvoverkkojen johtamisen kannalta tärkeän ulottuvuuden. Pystyäkseen toimimaan monimutkaisten suhteiden verkossa, on verkostotoimijoiden pystyttävä hallitsemaan sen kahdenvälisiä suhteita. (Möller, Rajala & Svahn 2005). Yhteisen tiedon luominen vaatii avointa ja luottamuksellista kulttuuria (Dyer & Nobeoka 2002).

Arvoverkkoa koordinoivilta toimijoilta edellytetään kykyä arvioida arvoverkko toimijoiden mahdollisuuksia toimia verkoston hyväksi (Möller ym. 2005). Sairaanhoidopiirin johtajien haastattelussa tuli esille, että uudistuksen onnistuminen edellyttää lähivuosina poikkeuksellisen mittavaa panostusta johtamisjärjestelmän uudistamiseen, muutosjohtamiseen sekä koko henkilöstöä ja asiakaskuntaa koskevaan koulutukseen. (Lappalainen 2016, 191)

Quebecissä toteutetussa päihdeongelmaisten palveluverkoston kehittämishankkeessa investoitiin erityisesti henkilöstön koulutukseen, kliinisten arviointiratkaisujen kehittämiseen sekä päivystyksen yhteystimien toiminnan kehittämiseen. Tuloksia arvioitaessa palveluverkoston integraation toimivuudessa oli yhä havaittavissa puutteita. Keskeisiksi kehittämiskohteiksi tunnistettiin tarve yhdenmukaistaa eri toimijoiden erilaisia suunnittelukäytäntöjä sekä parantaa hajallaan toimivien perusterveydenhuollon yksiköiden yhteistoimintaa. Integroitujen palveluprosessien kehittämisen lisäksi katsottiin tarvittavan myös hallinnollisten prosessien yhtäaikaista ja koordinoitua kehittämistä. (Fleury ym. 2016) Vaikka palvelujen integraatio on ensisijainen keino parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua sekä sen aikaansaamien tulosten vaikutusta ihmisten elämään, on tärkeää

muistaa, että palvelujen integraatiosta ei saa tulla itsetarkoitus. Kansalaiset unohtamalla palvelujen integraatiosta tulee osa ongelmaa pikemminkin kuin osa ratkaisua. (Glasby 2016, 2)

#### 4.2.5 Reaaliaikainen, ennustava ja vertailun mahdollistava tietotuotanto

Alueelliseen arvoverkkoon osallistuvien toimijoiden välinen tiedonkulku on luovan hallinnan keskeinen edellytys. Ilman riittävää kommunikaatiota systeemi ei ole systeemi. Uudistumista voi tapahtua ainoastaan, mikäli alueellisen tietotuotannon tehtäväksi muodostuu yksittäisten toimijoiden aktiivisuuden kehittäminen siten, että toimenpiteiden tavoitteet ja ajoitus toteutuvat synkronoidummin. (Lappalainen 2015, 226) Organisaatioiden kyky omaksua tietoa näkyy yleisesti niiden kyvyssä kerätä, tallentaa ja hyödyntää kollektiivista tietoa luomalla muodollisia tiedonhallinnan prosesseja sekä organisatorisia rutiineja. Ylittämällä institutio-naaliset, organisatoriset ja sosio-kulttuuriset rajat aikaansaadaan eri toimijoiden välinen alueellinen tiedonjako, jonka on havaittu vahvistavan organisaatioiden välistä luottamusta, yhteistä sosiaalista pääomaa sekä vastavuoroisuutta. (Gieske, van Buuren & Bekkers 2016, 7; Batt-Rawden, Björk & Waaler 2017, 17-18)

Arvoverkon yhteistoiminnan menestys on riippuvainen palvelutuotannossa syntyvän asiakastiedon läpinäkyvyydestä. Siksi asiakkaiden ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten välistä sähköistä viestintää tukevia työvälineitä sekä hyvinvoinnin edistämiseen ja sosiaali- ja terveydenongelmien ehkäisemiseen kannustavia sähköisen tiedonhallinnan ratkaisuja, olisi hyvä kehittää tiiviissä alueellisessa yhteistyössä. (Vakava 2014, 15,17) Tältä osin Tanskassa toteutettu terveydenhuollon reformi on tuottanut lupaavia tuloksia. Laajempi alueellinen terveydenhuollon koordinoituvastuu on johtanut tietojärjestelmien yhdenmukaistumiseen ja siten tehostanut tietojen läpinäkyvyyttä sekä standardoinut hoitojen toteutusta erityisesti erikoissairaanhoidossa (Lindström, Nilbert, Lennartsson, Anell, Tengvald & Andersson 2014, 70) Kanadalaisessa tutkimuksessa havaittiin, että perusterveydenhuollon toimintamallien, päivystyksen yhteistoimintaryhmien toiminnalla sekä tietojärjestelmien kehittämisellä saadaan todennäköisimmin parhaiten lisättyä palvelujen integraatiota ja avoimuutta. (Fleury ym. 2016, 13)

Arvoverkon monimutkaisissa vuorovaikutussuhteissa olisi toivottavaa saada aikaan oivalluksia, jotka johtavat uudenlaisiin toimintakonsepteihin ja hyvinvointipalvelujen tuottavuutta lisääviin ratkaisuihin (Jalonen, Aarva, Juntunen, Laiho-nen, Laitinen & Lönnqvist 2011). Tämän vuoksi toiminnan suunnittelussa ja seurannassa avainasemaan nousevat järjestelmätason ohjausmekanismit, arvoverkon kattavat suorituskyvyn mittaustyökalut ja niiden soveltaminen (Varamäki ym.

2006, 510). Yhdenmukaiset ja validoidut mittarit mahdollistavat arviointimenettelyn helpon toistamisen ja edelleen kehittämisen. (Bainbridge, Brazil, Ploeg, Krueger & Taniguchi 2016, 574) Tällaisia vertailun mahdollistavaa organisaatioetta prosessilähtöisiä indikaattoreita ovat esimerkiksi palvelujen saatavuus, asiakastyytyväisyys, omaishoitajien elämänlaatu sekä asiakkaiden elämäntavat ja riskitekijät. Palvelujen vaikuttavuutta kuvaavat muun muassa potilaiden kyky selvittää sairaudesta huolimatta itsenäisesti, muu toimintakyky, elämänlaatu, hyvinvointi, ja kuolleisuus. (Nolte & Pitchforth 2014)

Viimeisten vuosien aikana arvopohjaisen palvelutuotannon (VBHC) potilaille aikaansaadut mitattavat terveyshyödyt ja kustannukset ovat nopeasti alkaneet siirtyä käytäntöön. Yhdenmukaisten potilasryhmäkohtaisten terveyshyötymittarien rakentamiseksi on perustettu kansainvälinen konsortio ICHOM (International Consortium for Healthcare Outcomes Measurement – [ichom.org](http://ichom.org)). Vuoden 2017 lopussa sen määritykset kattoivat jo noin 50 % maailman tautitaakasta. Lisäksi OECD:n ja ICHOM:in yhteistyö on kaikissa 35:ssä OECD- maassa edistämässä uutta potilastasoista terveyshyötyjen mittaamista (Patient-Reported Outcome Measures (PROMS)). (Porter & Kaplan 2017) Samalla kustannuslaskentaa kehitetään tukemaan paremmin resurssien läpinäkyvää ja kustannustehokasta alokointia (Campanale, Cinquini & Tenucci 2014), mahdollistaen terveyshyötyjä ja kustannuksia hyödyntävän arvopohjaisen vaikuttavuuden potilasryhmäkohtaisen arvioinnin (Kaplan & Witkowski 2014).

Toimintaympäristön muutoksessa on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota myös nopeuteen, jolla eri organisaatiot reagoivat toimintaympäristönsä tapahtumiin. Mitä nopeammin organisaatio reagoi sen sisäiseen tai ulkoiseen tapahtumaan, sitä suurempi arvopotentiaali tapahtumaan liittyy (Hackathorn 2004). Tiedon paradoksi syntyy siitä, että yksittäisellä tiedolla on taipumus olla vähemmän relevanttia ajan kuluessa ja toisaalta kertyvän tiedon arvo kasvaa, kun sen määrä kasvaa keräysajanjakson pidentyessä (Castro 2014). Kattavan ennustamisen ja monipuolisen ennakoinnin edellytyksenä on, että alueen eri tietojärjestelmissä olevat tiedot saadaan tehokkaasti yhteen yhtenäiseen tietovarantoon, josta tiedon louhinta ja analyysi voidaan toteuttaa sekä alueellisia että kansallisia työkaluja hyödyntäen (Lappalainen 2016, 189). Hyödyntämisen inertiaa pitää yllä tietosuojaparadoksi. Yksilön suojaksi on arkaluonteisten tietojen käsittelyä rajoittava Euroopan unionin tasoinen tietosuojalainsäädäntö, joka samalla estää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia ottamasta huomioon päätöksissään kaikkia eri toimijoiden tuottamia yksilön hoitoon liittyviä relevantteja tietoja.

Laajojen arvoverkkojen johtamisessa tietoa integroivat vaiheet ovat olennaisen tärkeitä. Siksi informaatio-ohjauksella tulisi pyrkiä paitsi ohjaamaan ja kontrolloimaan alueen toimijoiden toimintaa, mutta myös edistämään ja tukemaan toimijoiden omaehtoista kehittämistä siten, että käsitteellisistä epäselvyyksistä sekä monitulkintaisuudesta johtuvat ongelmat minimoituvat. (Jalonen 2008, 2-4) Arvoverkkojen näkökulmasta informaatio-ohjauksen keinojen olisi muodostettava alueella yhtenäinen ja muihin ohjausmuotoihin nivoutuva kokonaisuus (Stenvall & Syväjärvi 2006), jonka johtaminen perustuu hierarkioiden sijaan tasavertaiseen vuorovaikutukseen (Nyholm 2008, 42). Vaikka informaatio-ohjaus ei sido ohjattavaa, voidaan sillä joko välittömästi tai välillisesti vaikuttaa toimijan toimintaan. Välillisesti informaatio-ohjaus voi vaikuttaa tukemalla normi- ja resurssiohjausta tai osoittamalla toimijalle kehittämiskohteen. (Bekkers & Tummers 2017)

Sairaanhoitopiirien johtajille tehdyssä haastattelututkimuksessa toivottiin, että toimijoiden tulisi päästä toimimaan enemmän reaaliajassa ja ennustamaan tulevaisuutta siten, että pitkäaikavälin väestöpohjainen toiminnan ja talouden ennakointi mahdollistuu. Haastattelun pohjalta tietotuotantoon liittyvää luovan hallinnan osa-alueita tarkennettiin lisäämällä reaaliaikaisuuden ja ennustamisen tarpeet. Alueen kaikkia ammattilaisia ja asiakkaita koskevaa tiedonkulkua korostettiin menestystekijänä. Tiedonkulun kehittymisen ei kuitenkaan uskottu tapahtuvan hetkessä vaan sen arvioitiin vaativan aikaa. Toimintaa kuvaavien mittareiden vertailukelpoisuudella ja julkaisemisella uskottiin olevan tiedon laatua parantava vaikutus. (Lappalainen 2016, 189)

Kilpailun pelättiin vaarantavan tiedonkulun avoimuutta ja läpinäkyvyyttä. Ongelmaa uskottiin voitavan lievittää yhteisten tietojärjestelmien sekä julkiselle rahoitukselle asetettavilla läpinäkyvyysvaatimuksilla. Erityisesti ylimmän johdon toivottiin jatkossa käyttävän nykyistä enemmän aikaa skenaariopohjaiseen pitkän aikavälin suunnitteluun. Johtamista palvelevalle tietotuotannolle toivottiin strategisempaa roolia asettamalla analytiikkapalvelut suoraan ylimmän johdon alaisuuteen pois talousjohdon kapeammasta ohjauksesta. (emt, 192)

Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisten tietovarantojen kehittyessä arvoverkkojen reaktionopeus ja ennakointikyky kehittyvät myönteisesti. Murroskohdissa käytettävissä oleva tieto voi kuitenkin johtaa tulevaisuuden liialliseen projisointiin menneisyyden kautta. Luovassa hallinnassa tiedon reaaliaikaisuus ja ennustaminen edistävät nopeaa ja varhaisen vaiheen reagointia, mutta samalla tuloksiin suhtaudutaan kriittisesti vaihtoehtoisia näkökulmia tuottaen.

### 4.3 Alueiden innovaatiojohtaminen

Luovassa hallinnassa on kyse sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisten arvoverkkojen jatkuvan uudistamiskyvyn hallitusta ylläpitämisestä ja kehittämisestä. Uudistuksia nopeutetaan ja uudelleen suunnataan innovaatioiden avulla. Innovointi koetaan usein laajaksi ja kovin epämääräiseksi käsitteeksi (Maliranta 2014, 45). Sana ”innovaatio” on nykyään lähes kaikkien julkisen sektorin organisaatioiden tavoitteistojen ytimessä ja julkisia organisaatioita kannustetaan lisäämään innovaatiokapasiteettiaan. Käynnissä on jatkuvasti lukuisia hankkeita sekä tutkimuksia, jotka pyrkivät edistämään tämän monimutkaisen ilmiön ymmärtämistä myös osana julkisen sektorin toimintaa. (Emery, Rousseau, Kouadio, Armand, Meunier, Johannsen & Nielsen 2016, Kay & Goldspink 2016, Christensen & Lægread 2016, Gieske ym. 2016, Ringholm 2017, Boukamel & Emery 2017)

Sekä suurten että pienten julkisen hallinnon organisaatioiden katsotaan kykenevän menestyksellisesti hallitsemaan monimutkaisia ja muuttuvia velvollisuuksiin olemalla innovatiivinen. Innovatiivisuus voidaan kuvata uudeksi tavaksi toteuttaa tekninen, organisatorinen, poliittinen, institutionaalinen tai muu konsepti, joka pyrkii muuttamaan ja parantamaan julkisen sektorin toimintaa ja siten aikaansaamaan hyötyä.

#### 4.3.1 Tutkimus- ja kehittämistoiminta osana innovaatiojärjestelmää

1900-luvun alkupuolella vaikuttanut taloustieteilijää Joseph Alois Schumpeteria pidetään yhtenä innovaatioteorioiden perustajana. Kun samoihin aikoihin vaikuttanut Gabriel Tarde tutki innovaatioita filosofian lähtökohdista kaiken sosiaalisen evoluution selittäjänä, tutki Schumpeter innovatiivisuutta ainoastaan talouden kehityksen perustana. (Sundbo 1998, 52-53) Schumpeterin ajatusten voidaan nähdä olevan luovaa hallintaa toteuttavien arvoverkkojen ytimessä (Lappalainen 2015, 230). Hänen teoriansa mukaan talouden muutoksen voimana toimivat yrittäjät, jotka järkyttävät talouden tasapainoa uusilla innovaatioillaan. Uudet innovaatiot laittavat hänen mukaansa liikkeelle talouden uudistusten aallon tuhoamalla vanhan tuotantomallin ja tuomalla tilalle uuden mallin, joka leviää läpi talouden järjestelmän järkyttäen vanhoja rakenteita uuden tasapainotilan saavuttamiseen saakka. (Schumpeter 2005)

Schumpeter nimesi ilmiön ”luovaksi tuhoksi”, joka on suora käänös englanninkielisestä käsitteestä ”creative destruction”, jonka hän lanseerasi ensimmäisen kerran vuonna 1942 kirjassaan *Capitalism, socialism and democracy* (Schumpeter 2003). Ilmiötä voisi lähestyä myös myönteisemmällä ilmaisulla kuten ”luova uudistuminen”, jota käytän jatkossa (Lappalainen 2015, 230).

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa kilpailu on ollut toistaiseksi sääntelyn kautta rajoitettua. Topol (2013) on todennut terveydenhuoltoa ravistelevasta muutoksesta kirjassaan ”The creative destruction of Medicine”, että digitalisaation luoma ”ubiikki konnektiviteetti” eli kaikkialla läsnä oleva tietoverkostoituminen pakottavat muovaamaan myös lääketiedettä ja sen johtamista sisäsyntyisesti. Tiedostaen toimialan raskaat hallinnolliset ja toiminnalliset rakenteet, tulisi jatkuvien uudistusten toteuttamisessa muistaa harkinta, kärsivällisyys, kokeileva vaiheistus sekä jatkuva seuranta.

OECD (2011) painotti palvelujen yhteistuottamista julkisen sektorin innovaatiolähteen potentiaalina ja asetti tavoitteekseen edistää julkisen sektorin suorituskyvyn parantamista ilman kustannusten nousua. Samalla se kuitenkin esitti huolen julkisen sektorin kyvystä parantaa innovatiivista kapasiteettia verkostojensa jatkuvaan uudistamiseen. (OECD 2011)

Alueellinen innovaatiojärjestelmä on maantieteellisesti ja hallinnollisesti määritetty innovatiivisten verkostojen ja instituutioiden järjestelmä, jonka osapuolet ovat säännöllisesti ja kiinteästi keskenään vuorovaikutuksessa parantaakseen alueen organisaatioiden innovaatiotoimintaa. (Cooke & Schienstock 2000) Suomessa kansallinen innovaatiojärjestelmä rakentuu alueellisesti kansallisen tason instituutioiden kuten yliopistojen, tutkimuslaitosten, Business Finlandin (aikaisemmin Tekesin) sekä maakunnallisten ELY-keskusten kautta. Kansallinen innovaatiojärjestelmä tarjoaa kehykset alueelliselle innovaatiotoiminnalle, mutta kukin alue määrittelee itse alueellisessa innovaatioympäristössään toimivat organisaatiot. Samalla alueellisen innovaatioympäristön tehtävänä on nostaa alueiden haasteita ja tarpeita kansallisen innovaatiopolitiikan päättäjien tietoisuuteen. (Ranta 2011)

Innovaatiotoimintaan liittyvillä institutionaalisilla ohjelmilla lisätään kiinnostusta siihen, miten johtamiskäytäntöjä voidaan hyödyntää maailmanlaajuisen kilpailukyvyn edistämiseksi, osaamispääoman lisäämiseksi, kysynnän aikaansaamiseksi uusille ja aikaisempaa tehokkaammille tuotteille ja palveluille sekä organisaatioiden tuottavuuden kehittämiseksi yleensä. (Schrage 2016) Yhdysvaltaisessa tutkimuksessa havaittiin, että laajempien liittovaltiotasoisien innovaatio-ohjelmien menestyksellinen johtaminen edellyttää panostamista arviointityökaluihin sekä tietojen keskitettyyn hallintaan. Näiden avulla katsottiin kyettävän paremmin tunnistamaan ja arvioimaan organisaatioiden sopeutumiskykyyn liittyviä eroja valittaessa erilaisia innovaatiomenetelmiä sekä siirryttäessä kohti jatkuvan kehittämisen innovaatiokulttuuria. Lisääntyvä kiinnostus innovaatioiden mahdollisuuksiin

tukea organisatorisia muutoksia korostaa tarvetta kehittää kykyä mitata innovaatioihin liittyvien ponnistelujen ja aloitteiden vaikutuksia. (Aragon, Schneider, Yang, Basson, Burton, Holman, & Downing 2017, 2-3)

Siinä missä kapea innovaatiojärjestelmäajattelu lähtee organisatorisista hierarkioista, innovaatioympäristö rakentuu aidon taloudellisen dynamiikan ympärille. Alueellinen innovaatiojärjestelmä on eräänlainen institutionaalinen tukiranka, jonka ympärille varsinaiset innovaatioprosessit moniulotteisten toimijoiden kautta kietoutuvat. Tällöin rakenteelliset ja institutionaaliset, organisatoriset ja yksilötasoiset tekijät kietoutuvat toisiinsa monin tavoin, mikä edellyttää kaikkia sidosryhmiä huomioivan keinovalikoiman käyttöä myös alueellisen innovaatiotoiminnan edistämiseksi. (Kolehmainen 2008) Löyhän tai tiiviin yhteistyön verkostoissa ei ole lähtökohtaisesti todettu olevan toinen toistaan parempia tai huonompia. Ne ovat ainoastaan erilaisia tapoja organisoida toimijoiden välinen yhteistyö. Parhaimman mahdollisen organisoitumisen nähdään olevan vahvasti tilannesidonnainen kysymys, minkä mukaisesti myös yhteistyön intensiteetti vaihtelee tilanteesta toiseen. (Ranta 2011, 28) Toimintaympäristön jatkuvan muutoksen vuoksi olisi hyvä pyrkiä jatkuvasti selvittämään, mitkä tekijät ja raja-aidat estävät tiedon jakamista ja hyväksikäyttöä tutkimus- ja kehittämistoiminnassa (El-Den & Feghali 2008, 99).

Nykyisten erityisvastuualueiden yliopistollisilla sairaaloilla on jo nyt rooli koordinoita alueellaan sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Tutkimus- ja kehittämistoiminnan rahoitus- ja tukijärjestelmien luova hallinta antaa mahdollisuuden huomioida suuruuden ekonomiaan mahdollisuudet yhteiskennittää innovaatioprosesseja ja samalla kannustaa yksittäisiä toimijoita erikoistumaan verkostoihin tukeutuvaan huippuosaamiseen. Tällaisilla tutkimus- ja kehittämisarvoverkoilla voisi parhaimmillaan olla myös kaupallista potentiaalia. Varsinkin, jos osapuolina on nykyistä enemmän myös yrityksiä sekä kansainvälisiä sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita, kuten erilaisia tutkimuslaitoksia.

Onnistunut esimerkki verkostoissa tehostuvasta kehittämistoiminnasta löytyy Alankomaiden terveydenhuollon franchising-toimintaa koskevasta tutkimuksesta, jossa kaikki osalliset kokivat hyötävänsä yhden toimijan innovaatiosta, välttämällä samalla tarpeen kehittää asioita erikseen. Samalla mahdollisuus paikalliset olosuhteet huomioivaan soveltamiseen koettiin positiivisena kannusteena. Franchising-verkoston läpinäkyvän ja avoimen toiminnan koettiin vähentävän terveydenhuollon ammattilaisten uudistuksiin liittyvää käyttöönottovaiheen vastustusta ja parantavan sekä franchising-ottajien, että franchising-antajan tyytyväisyyttä. Tämä ilmeni myös hoidon korkeampana laatuna. (Nijmeijer, Fabbrocotti & Huijzman 2015, 19)

Sosiaali- ja terveydenhuollon luovan hallinnan kannalta tutkimus- ja kehittämistoiminnan tehtävänä on varmistaa toimintaan liittyvän sisällöllisen ymmärryksen systemaattinen jalostaminen ja samalla kannustaa toimijoita painostamaan kehittämisessä sellaisiin kohteisiin, joissa hyödyt kulloinkin ovat todennäköisimmät. Johtamisjärjestelmän uudistuminen, sekä teknologiaan ja palvelujen tuottamiseen liittyvien menetelmien nopea kehittyminen sekä kannustaa että painostaa arvoverkko toimijoita investoimaan tutkimus- ja kehittämistoimintaan. Koska systeemissä tutkimus- ja kehittämistoiminnassa on tietojärjestelmillä yhä keskeisempi rooli, olisi kehittämisessä hyvä huomioida myös tietohallinnon kyky toimia arvoverkon ydintoimintoja uudistavana strategisena kumppanina.

#### 4.3.2 Yksilöiden luovuudesta suuruuden ekonomiaan

Thompsonin (1969, 11) mukaan luovuus on ennen kaikkea yksilöllistä, mutta sitä ei juuri esiinny ilman, että yksilö sulautuu osaksi ryhmän synnyttämää suhdeverkkoa. Innovaatiot syntyvät harvoin yksittäisten keksijöiden aivoissa, vaan pikemminkin vahvojen ja vastavuoroisten informaatiovirtojen verkostossa. (Heiskala 2004, 43) Luovuuden ei myöskään uskota vahvistuvan rutinoituneissa ja siiloutuneissa organisaatioissa. Erityisesti työprosesseihin kohdistuvat innovaatiot eivät voi syntyä yksin ja tyhjiössä. Toiminnan jatkuvan kehittämisen kannalta on syytä panostaa innovatiivisuutta estävien tekijöiden poistamiseen tai vähentämiseen. Tällöin yhdessä tekemisen esteiden, kuten luottamuksen puutteen ja huonon työskentelyilmapiiriin poistaminen vaatii johtamiselta avoimuuden ja johdonmukaisuuden lisäksi suvaitsevuuksia epäonnistumisia kohtaan. (Rajaniemi 2010, 15-16) Käänteisesti ilmaisten organisaatioissa on tärkeää panostaa innovatiivisuutta ja luottamusta edistävien tekijöiden vahvistamiseen, joista estävien tekijöiden tunnistaminen ja eliminointi muodostavat tärkeän osa-alueen (Lappalainen 2015).

Julkisen sektorin innovointiin liittyvä kirjallisuus korostaa yhteistyönäkökulmaa erityisesti innovaatioprosesseissa. Osallistuminen on keskeinen osa arvoverkon hallintaa, yhteishallintoa ja yhteistuotantoa (Hartley, Sørensen & Torfing 2013). Asiakkaiden ja muiden sidosryhmien osallistuminen (collaborative innovation) sekä yhteistuotanto (co-production) ovat julkista sektoria uudistavia toimintamalleja (esim. Tuurnas 2015; Meijer 2016; Lindsay, Findlay, McQuarrie, Bennie, Corcoran & Van Der Meer 2017; Nordin & Parviainen 2018). Nämä edistävät osaltaan julkisen hallinnon ymmärrystä verkostojen mahdollisuuksista palvelutuotannon kehittämisessä (Sørensen & Torfing 2017) sekä arvon tuottamisessa (Bryson, Crosby & Bloomberg 2014). Samalla hallinnon sijasta on ryhdytty käyttämään enenevässä määrin hallinnan käsitettä, jonka katsotaan paremmin kuvaavan moniulotteista toimintaympäristöä (Peters 2017).

Kehittämällä määrämuotoisia innovaatioprosesseja, ohjelmia, rakenteita sekä taloudellisia suunnitelmia annetaan henkilöstölle psykologinen signaali luovuuden ja innovatiivisuuden tärkeydestä. Tämän uskotaan vaikuttavan innovatiivisuuteen positiivisesti sekä organisaatio- että yksilötasolla. (Bharadwaj & Menon 2003, 430-431) Myös teoria luovuuteen liittyvistä prosesseista tukee tätä näkemystä (Ripple 1989). Innovaatiotutkimuksen monimutkainen sosiaalinen tarkastelu on usein toteutettu enemmänkin organisaatioiden näkökulmasta kuin palvelujen käyttäjän näkökulmasta (Wisdom, Chor, Hoagwood & Horwitz 2014). Tosin on myös viitteitä, että julkisten palvelujen käyttäjien tuottamat vaatimukset ja palautteet nähdään julkisen sektorin innovaatioiden tärkeänä liikkeellepanijana (Sørensen & Torfing, 2011).

Suurten organisaatioiden on todettu selviävän talouden myllerryksestä pieniä paremmin, vaikka organisaation koolla ei kuitenkaan nähdä olevan toiminnan tehokkuuden, saati optimointikyvyn, kanssa mitään tekemistä (Hannan & Freeman 2009). Yhdysvalloissa toteutetun tutkimuksen perusteella hyvin merkittävä osa tutkimus- ja kehittämistoiminnasta tapahtuu niin sanotuissa vakiintuneissa ja suurissa organisaatioissa, joihin myös julkisen sektorin isot sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiokokonaisuudet voidaan sisällyttää. Nämä suuret organisaatiot tuottavat keskeisimmän osan radikaaleista eli yhteiskuntaa olennaisesti hyödyttävistä innovaatioista. Selittäväksi tekijäksi osoittautui suurten toimijoiden kyvykkyys työstää innovaatioprosesseissaan ideat laajojen markkinoiden hyödynnettäviksi innovaatioiksi. (Bloom, Schankerman & Van Reenen 2013, 1347)

Tutkimus- ja kehittämistoimintaa kartoittaneen tutkimuksen merkittävä löydös oli, että suurten organisaatioiden tutkimus- ja kehittämistoiminnalla näyttää olevan tavallista suuremmat sosiaaliset tuotot. Tällä tarkoitetaan innovaation laajempia yhteiskunnallisia vaikutuksia kuten innovaatioon liittyvien oheistuotteiden ja -palvelujen aikaan saamia uusia liiketoimintoja, työpaikkoja sekä erilaisia tuottavuustekijöitä. Tutkimus esittääkin johtopäätöksissään, että sosiaalisten tuottojen todennäköisyys olisi syytä ottaa selkeämmin huomioon esimerkiksi yhteiskunnan innovaatiotukia kohdennettaessa. (emt, 1389) Luovan hallinnan näkökulmasta tarkastellen suurten toimijoiden innovaatiokyvykkyys näyttäisi tarvitsevan pienempien yksiköiden ideointikyvykkyyttä, joten innovaatiotuissa lienee syytä panostaa sekä pienten että suurten toimijoiden toimintaedellytysten edistämiseen.

#### 4.3.3 Systemisten innovaatioiden edistäminen

Kun organisaatiot kasvavat ja byrokratisoituvat, monimutkaistuvat myös niiden suhdeverkostot. Tämä heikentää organisaatioiden kykyä kohdata uutta ja selviytyä muutosten asettamista haasteista. (Thompson 1969, 28) Essénin ja Lindbladín

(2013) mukaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvä kirjallisuus keskittyy tarkastelemaan ulkoisesti "annettuja" innovaatioita, joita toteutetaan hyvin järjestetyissä, suunnitelluissa ja rahoitetuissa erillisissä muutoshankkeissa. Heidän mukaansa onnistuneimmat terveydenhuollon palvelujärjestelmää koskevat muutokset tapahtuvat pitkäjärjestelmien, inkrementaalisten ja käytännönläheisten muutosprosessien avulla. Tällöin päättäjien on kyettävä tunnistamaan ja edistämään mikrotasolla tapahtuvia jatkuvia innovaatioprosesseja. (emt., 203) Samalla tulisi kuitenkin kyetä ottamaan huomioon myös kansanterveyden laajempia sosiaalisia ja taloudellisia tekijöitä (Castleden ym. 2011).

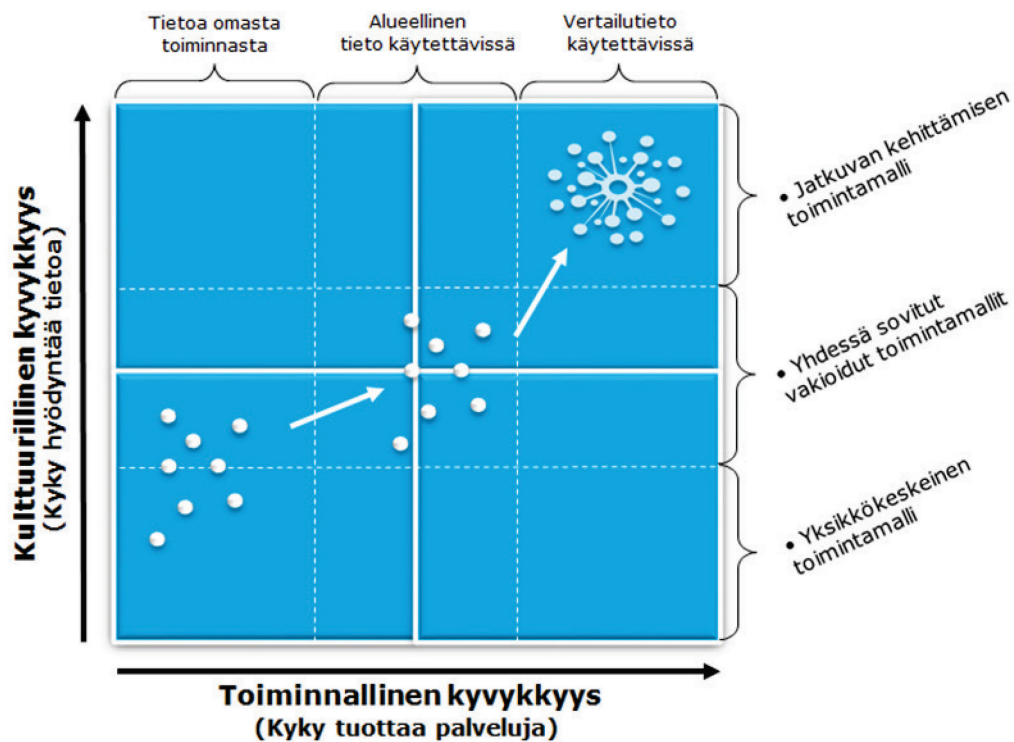
Innovatiivisuuden vaikuttavuuden näkökulmasta arvoverkko-toimijoilla tulisi olla kyky oppia täysin uusia keinoja hakea kasvua ja taloudellisia hyötyjä sekä omasta toimintaympäristöstään että skaalautumalla muihin yhteisöihin ja alueisiin. Tällöin tavoitteena ei ole pelkästään kehittää nykyistä järjestelmää asteittain, vaan pikemminkin vapauttaa markkinavoimat synnyttämään uusia systeemejä, jotka ovat itsessään taloudellisesti kestäviä ja orgaanisesti kasvavia. Uudet toimintamallit edellyttävät yleensä useiden eri sidosryhmien yhtäaikaista ja erilaisia investointeja, jotka luovat hyötyjä kaikille osapuolille. (Kaplan ym. 2018) Tällöin kyse on systeemistä innovaatioista, joilla tarkoitetaan arvoverkon useita eri toimijoita koskevasta yhtäaikaisesta sosio-tekniikan järjestelmän uudistamisesta (Jaspers 2009).

Koska alueellisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprosessit ovat moniportaisia, ei kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta voida todentaa yhden yksittäisen osajärjestelmän perustella. Sosiaali- ja terveydenhuollon systeemissä innovoinnissa on kyse moniulotteisten palvelupolkujen kehittämisessä, joka yleensä edellyttää lukuisia yhdenaikaista muutoksia useampaan kuin yhteen osajärjestelmään. Keskinäisten riippuvuuksien vuoksi tarvittavan koordinaation määrä kasvaa olennaisesti. Taustalla vaikuttavat useat tekijät, joiden yhteisvaikutuksena tietoisuus verkottuneen toiminnan luonteesta sekä teknologisen, taloudellisen ja sosiaalisen muutoksen yhteen kietoutumisesta on lisääntynyt. (Nieminen ym. 2011, 9-11, 36)

Palvelujen rakenteisiin ja toimittamiseen koskeviin innovaatioihin vaikuttaa myös vahva ulkoinen sääntely (normit, viranomaisohjeet, toimialan ja muut sopimusyhteiskunnan konventiot). Tällaisissa olosuhteissa innovaatioiden (kuten uudenlaisen lääkkeen, tietojärjestelmien, kliinisten toimien, ammatillisten roolien ja niin edelleen) erityinen painopiste ei koskaan ole eristetty sen sosiaalisesta, teknisestä tai maantieteellisestä yhteydestä käytännön ympäristöön. Innovaatiot muokkaavat sosiaalista toimintaympäristöä, jossa ne ovat syntyneet ja ovat vahvasti sidoksissa toimintaympäristön yksilöiden ja kollektiivisen kokonaisuuden uskomiin, käyttäytymiseen ja toimintaan. (May 2013, 26)

Organisaatorajat ylittävä tieto luo perustan systeemiseen innovointiin pohjautuvalle toiminnan kehittämiseksi ja antaa lähtökohdat arvoverkon kulttuurisen ja toiminnallisen kyvykkyyden jatkuvalle kehittämiseksi (kts. Kuvio 3). Kulttuurisella kyvykkyydellä tarkoitetaan kykyä hyödyntää tietoa ja toiminnallisella kyvykkyydellä tarkoitetaan kykyä tuottaa palveluja. Molempien kyvykkyyksien kehittyminen on sidoksissa käytettävissä olevan tiedon sisältöön. Kyvykkyyksien kehittyessä voidaan innovaatiotoiminnan tuloksena syntyneiden hyvien käytäntöjen omaksumisen alueella olettaa olevan nopeampaa. (Lappalainen 2015, 226-227) Itse tiedon jakamista edistäviksi tekijöiksi on tunnistettu luottamus, motivaatio, johdon tuki sekä oppiminen. (Holme Hansen & Lilleoere 2011, 55)

Tavoitteisiin nähden sosiaali- ja terveydenhuollon innovaatiotoiminta on edelleen liian satunnaista, pistemäistä sekä huonosti koordinoitua (Lappalainen 2018, 73). Integroitujen palvelujen tutkimus- ja kehittämistarvetta kuvaa hyvin esimerkiksi palliatiivinen hoito eli parantumattomasti sairaiden ja kuolevien ihmisten moniammatillinen ja kokonaisvaltainen hoito silloin, kun sairautta ei voida enää parantaa eikä elämää pidentää. Tämän katsotaan olevan yksi aikamme tärkeimmistä, mutta monitahoisuutensa vuoksi laiminlyöty kansanterveyskysymys. (Davies & Higginson 2009)



**Kuvio 3.** Arvoverkon kyvykkyydet. (Lappalainen 2015, 227)

Vaikuttavuuden aikaansaaminen kustannustehokkaasti näyttäisi edellyttävän organisaatorajat ylittävää systeemistä kehittämistä, johon perinteisesti siilomainen hallintamalli ei ole sisältänyt riittäviä kannusteita. Sosiaali- ja terveydenhuollon arverkot muodostavat alueellisen systeemin, jonka uudistuminen edellyttää kykyä koordinoida systeemisii innovaatioita. Luovan hallinnan osa-alueiden yhteisvaikutuksen tehtävänä on luoda systeemille koordinaatiolle tiedolliset ja toiminnalliset edellytykset.

#### 4.3.4 Investoinnit informaatioteknologiaan ja innovaatiot

Sosiaali- ja terveydenhuollon arverkoissa uudistaminen on pitkäjänteistä ja edellyttää sitoutumista useampivuotiseen toiminnan ja talouden suunnitteluun. Samalla tarvitaan rohkeutta kokeilla teknologisia ja organisatorisia innovaatioita (Niemi, Rautiainen, Kannasoja, Haapakoski, Pellinen & Mäntysaari 2017). Tutkimukset kuitenkin viittaavat, että osaamisen kehittämisessä ja innovoinnissa tietojärjestelmien tarjoamaa hyötyä ei vielä kyetä käyttämään tehokkaasti (Väyrynen, Helander & Jalonen 2015, 323). Jotta arverkkotoimijat voisivat olla nykyistä aloitteellisempia ja innovatiivisempia esittämään uusia toimintamalleja sekä karsimaan tarpeettomia, tulisi tarjolla olla nykyistä enemmän huolellisesti analysoitu tietoa. Tämän aikaansaamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon tutkijoiden ja asiantuntijoiden tulisi panostaa onnistumisten ja epäonnistumisten systemaattiseen arviointiin. (Stuckler ym. 2010, 289) Erityisesti sosiaalihuollon toimijoiden valmiudet informaatioteknologian hyödyntämisessä näyttävät olevan vielä varsin vaatimattomia. (Kuusisto-Niemi, Ryhänen & Hyppönen 2018, 6)

Strategisesti keskeisen aseman saavuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollon markkinoilla edellyttää, että käytettävissä olevat resurssit ja voimavarat keskitetään parempien palvelujen tuottamiseen sekä uuden kilpailukykyisemmän tarjonnan kehittämiseen. Johtavan aseman saavuttaminen edellyttää panostamista innovaatio-toimintaan, tietämyksenhallintaan sekä teknologiainvestointeihin. (Hamdan 2017) Niiden avulla kehittyvät julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin työntekijöiden yhteistoimintaa tukevat tulevaisuuden yhteiset innovaatioalustat (Vuori, Kylänen & Mikkonen 2018).

Tietojärjestelmien rooli ja mahdollisuudet ovat organisaatiotutkimuksen huomion kohteena silloin, kun puhutaan teknologioiden vaikutusten ymmärtämisestä ja tulkinnasta organisaatioiden johtamisessa. (Baesens ym. 2016) Yhdysvalloissa toteutetun tutkimuksen mukaan teknologisilla muutoksilla on usein myös kielteisiä vaikutuksia yksilöihin ja koko organisaatioon. Teknologisen muutoksen negatiivisia vaikutuksia voidaan kuitenkin yrittää lieventää teknologian koko elinkaaren ajan. Muutoksenhallintatekniikat tarjoavat keinoja lieventää terveydenhuollon

ympäristössä käyttöönotettavien teknologioiden soveltamishaasteita. Tällaisia ovat muun muassa johtamistuki, viestintä, koulutus ja loppukäyttäjien osallistaminen. Näiden ennakoivaa, reaktiivista tai passiivista hyödyntämistä suositellaan tilannekohtaisesti. (Magda 2012, 42)

Isossa-Britanniassa toteutettu tutkimus selvitti toimintaympäristöön liittyviä tekijöitä, jotka olivat edellytyksenä sille, että terveydenhuollon ammattilaiset saatiin hyödyntämään teknologiaa ja sen mukanaan tuomia toiminnallisia kehitysmahdollisuuksia. Tutkimuksessa todettiin teknologian muuttavan terveydenhuollon ammattilaisten työn luonnetta niin ajan ja paikan, kuin myös itse työn sisällön suhteen. Vaikka teknologia mahdollisti ammattilaisille laajemman toimintaympäristön, nähtiin sen heikentävän henkilöiden välistä luottamusta. Tutkimus suosittaakin, että terveydenhuollon ammattilaisten toimintaa koskevan uuden teknologian esittely ja perehdyttäminen on suunniteltava ja toteutettava huolellisesti. Erittäin on panostettava sellaisiin ammattiryhmiin, joiden tehtävänkuvaan muutoksella on suurimmat vaikutukset. (Petrakaki, Barber & Waring 2012)

”Big datalla”, suuraineistoilla, tarkoitetaan suurten, eri lähteistä koostettavien, tietomassojen hallintaa ja analytiikkaa, johon liittyvät tietotekniset innovaatiot ovat viimeisten vuosikymmenien merkittävimpiä teknologisia uudistuksia (Wang & Hajli 2017). Suuraineiston avulla organisaatioiden rajojen ulkopuolella syntyvät valtavat tietomäärät ovat tulleet saataville isona potentiaalisena muutostekijänä (Baesens ym. 2016). Myös sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat ovat viime vuosina ryhtyneet investoimaan suuraineistoanalytiikan käyttöönottoon ja siihen, miten suurten tietomassojen hyödyntämiseen liittyvät innovaatiot voivat auttaa parantamaan hoidon laatua ja organisaatioiden taloudellista suorituskykyä (Raghupathi & Raghupathi 2014). Useimmat aiemmin toteutetuista terveydenhuollon suuraineistohankkeista ovat keskittyneet teknisen ymmärryksen lisäämiseen ja tuoneet siten toistaiseksi vähemmän lisäarvoa terveydenhuollon toiminnan arvioinnille (Wang & Hajli 2017).

Suurimmat hyödyt suuraineistoanalytiikasta odotetaan syntyvän silloin, kun sosiaali- ja terveydenhuollon eri osa-alueilta saatavat tiedot, kuten kliiniset, hallinnolliset, taloudelliset ja terveyshyödyt, voidaan integroida yhdeksi kokonaisuudeksi (Zillner & Neururer 2015), tuottaen entistä yksityiskohtaisempia ja tarkempia selityksiä sosiaalisista prosesseista (Taylor, Schroeder & Meyer 2014, 9). Suuraineistojen reaaliaikainen analysointi esimerkiksi paikkatietopalvelujen avulla antaa organisaatioille mahdollisuuden ymmärtää, miten kansalaisten tarpeet muuttuvat ajan ja paikan suhteen. (Baesens ym. 2016)

Kun suuraineistojen hyödyntämisestä tulee valtavirtaa, syntyy lisääntyvässä määrin tarvetta saada käytännön takuita yksityisyyden suojasta, tietoturvasta sekä toimintaa ohjaavista hallinnollisista standardeista (Raghupathi ja Raghupathi 2014, 9). Suuraineistoon liittyvän analytiikan onnistuminen määrittyy lopulta kahden kriittisen ulottuvuuden kautta eli kyvystä hallita tiedon skaalautuvuutta sekä yksityisyyttä (Baesens ym. 2016, 816). Euroopan unionissa tietosuojavaateisiin on reagoitu säätämällä keväällä 2018 sen kaikkia jäsenvaltioita velvoittava tietosuojasetus, joka antaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille yhtenevät yleisohjeet potilas- ja asiakastietojen hallinnointiin.

Center for US Health System Reform on raportissaan kuvannut terveydenhuollon suuraineiston primääreiksi kokonaisuuksiksi toiminta- ja kustannustiedon, kliinisen tiedon, farmaseuttisen tiedon, mutta myös ihmisten tunteisiin ja arkielämään liittyvän tiedon, joista optimitilanteessa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden tulisi saada lähtökohtia alueenhyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen (Groves, Kayyal, Knott & Van Kuikenin 2013). Analyysin kohteena olisi silloin muun muassa hyvinvointia edistävä asuminen, tarvelähtöinen hoito ja hoiva, tilanteeseen sopivan palvelutuottajan aikaansaaman hyödyn optimointi sekä täsmälääketieteen ja innovaatioiden käyttö alueen asukkaiden hyväksi. (emt.) Tällaiset suuraineistot ovat luovaan hallintaan kuuluvan jatkuvan kehittämisen idean keskeinen mahdollistaja.

Lohkoketjuteknologian toivotaan ratkaisevan tulevaisuudessa sähköisten potilas- ja asiakastietojärjestelmien arverkon yhteistoiminnan luottamus-, tietoturva- ja yksityisyysaasteet. Lohkoketjujen avulla eri toimijat voivat harjoittaa toimintaansa tarvitsematta selvittää dokumentoitujen tuotteiden, palvelujen tai potilastietojen alkuperää ja aitoutta. Tällöin yhteistoiminnan mahdollisuudet eivät rajoitu pelkästään maakunnan tai valtion sisäisiin yhteistoiminnan tarpeisiin vaan sen katsotaan skaalautuvan aina globaalille tasolle saakka. Lohkoketjujen käytännön soveltaminen vaatii vielä paljon lisätutkimusta sekä ajattelua suuntaavan ja luottamusta lisäävän yhteisen teoreettisen pohjan kirkastamista. (Nichol & Brandt 2016, 3-8)

Tulevaisuudessa lohkoketjut mahdollistavat henkilökohtaisten tietojen myymisen tai lahjoittamisen hyvään tarkoitukseen yksityisyyttä rikkomatta. Tutkimus- ja kehittämistoiminnan edellytysten parantamiseksi kansallisen tason lisäksi mukaan olisi hyödyllistä saada myös kulttuurillisilta arvoiltaan Suomea lähellä olevat muut Pohjoismaat. Hyötyinä olisivat mittavien investointien jakaminen sekä teknologioiden yhteensopivuuden varmistaminen. Luovan hallinnan näkökulmasta informaatioteknologiainvestoinneilla synnytetään ajasta ja paikasta riippumaton arvoverkkoalusta.

#### 4.3.5 Johtaminen innovatiivisuutta ja luottamusta vahvistavana tekijänä

Organisaation kulttuuri eli ihmisten uskomukset, käyttäytyminen ja arvot vastustavat lähtökohtaisesti muutosta (kts. Melnyk 2016). Isossa-Britanniassa toteutetun tutkimuksen mukaan ne, joilla on pienempi mahdollisuus vaikuttaa terveydenhuollon muutoksiin, olivat kaikkein halukkaimpia aikaan saamaan muutosta ja vastaavasti ne, joilla on todellinen toimivalta toteuttaa muutoksia, olivat siihen kaikkien haluttomimpia. Muutosta näytetään saavan parhaiten aikaan silloin, kun kyetään tasapainoisesti yhdistämään vallitsevista olosuhteista kumpuava rakenteellinen oikeutus ja normatiivinen legitimitetti. (Lockett, Currie, Waring, Finn & Martin 2012, 356) Mitä paremmin muutos resonoi muutoksen kohteena olevien sidosryhmien arvoja, sitä nopeammin institutionaalisia uudistuksia hyväksytään ja levitetään organisaation kenttään (Green 2004).

Innovoinnissa epävarmuus ilmenee sattumanvaraisuutena, jolloin uusien tapahtumien ei koeta noudattavan tuttua logiikkaa ja samalla epätietoisuutena siitä, miten eri ilmiöt liittyvät ja vaikuttavat toisiinsa. (Jalonen 2011a, 48) Innovaatioprosessit sisältävät aina jonkin asteisia riskejä eli uusia ja ennalta tuntemattomia osa-alueita (Brown ja Osborne 2013). Innovaatioihin liittyvät lupaukset paremmasta huomisesta ovatkin usein epävarmalla pohjalla, koska innovaatioilla on välittömien, toivottujen ja odotettujen seurausten ohella usein myös välillisiä, ei-toivottuja ja odottamattomia seurauksia (Jalonen 2011b).

Organisaatioiden menneestä perimien kulttuurillisten ja rakenteellisten jännitteiden katsotaan estävän integraation kehittymistä ja innovaatioiden leviämistä. Muutosta hidastavaa inertiaa tehostaa organisaatioiden taipumus ylläpitää siloja, suojella saavutettuja etuja sekä estää tiedon jakaminen. (Boukamel & Emery 2017, 18) Toisaalta toimijoiden välisten mahdollisten ristiriitojen ja törmäysten on katsottu voivan myös synnyttää uudistamisen prosesseja (Haapakorpi 2017, 229).

Perinteinen julkisen sektorin innovaatioiden ja muutosten johtamista käsittelevä kirjallisuus painottaa johtajuuden merkitystä (Hartley 2005, Osborne & Brown 2011, Kuipers, Higgs, Kickert, Tummers, Grandia & Van Der Voet 2013). Epävarmuutta kokevissa organisaatioissa tarvitaan luottamusta rakentavaa johtajuutta, jossa ratkaisevan tärkeää on arvostaa alaisia ja antaa samanaikaisesti sekä vastuuta että tukea. Keskeiseksi luottamusta rakentavaksi keinoksi nähdään säännöllinen viestintä, joka ei kaihda myöskään epämiellyttäviä asioita. Luottamusta rakentavan johtajuuden on todettu lisäävän vastavuoroisuutta, keskinäistä arvostusta, motivaatiota ja myönteisiä tunteita kuten turvallisuutta. Lisääntyneen työhyvinvoinnin avulla edistetään oppimisen ja innovatiivisuuden ilmapiiriä, mikä puolestaan edistää organisaation menestystä. (Ikonen 2013, 130)

Isossa-Britanniassa toteutettu terveydenhuollon muutoksenhallinnan tutkimus totesi, että sekä normatiiviset että toisilta oppia hakevat muutosvoimat voivat olla tehokkaita. Näin on, kun muutoksen hallinnassa käytetään kielikuvia sisältäviä kertomuksia ja tarinoita, joiden luonnehdinnat ja metaforat auttavat henkilöstöä paremmin ymmärtämään muutoksen vaikutuksia. (Macfarlane, Barton-Sweeney, Woodard & Greenhalgh 2013, 17; kts. myös Haig & Hardy 2011, 408)

Arvoverkkojen muutostilanteissa organisaatorajat ylittävä tiedon jakaminen on keskiössä. Tällöin johtamisen tehokkuus on riippuvainen sekä työntekijöiden että ulkoisten verkostojen välillä vallitsevasta luottamuksesta sekä kyvystä jakaa kontakteja. (Chen, Zheng, Yang & Bai 2016) Yleensä luottamus syntyy ansaiten ja pikkuhiljaa kehittyen (Lappalainen & Kivinen 2018). Myös sillä on merkitystä, miten yksittäiset organisaatiot kykenevät hallitsemaan suhteensa verkoston muiden jäsenten kanssa, mutta myös verkoston ulkopuolisten kilpailijoiden kanssa (Jarillo 1993, 146). Tutkittaessa kahdenvälisen luottamuksen kehittymistä on havaittu, että luottamus saattaa myös pyrkien vahvistua tai nopeasti rapautua jopa noidankehäksi (Ikonen 2013). Yhdistämällä innovaatio- ja investointikyvykkyytensä sekä samalla hajauttamalla kehittämiseen liittyvät riskinsä, arvoverkot parantavat merkittävästi mahdollisuuksiaan selvitä tulevaisuuden alati kovenevassa kilpailussa (Lappalainen & Kivinen 2018).

Norjassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että keskusjohtoisesti ja lyhyessä ajassa toteutettu laaja-alainen sairaalauudistus kohtasi sairaalalääkäreissä voimakasta vastusta niin sanotun "big bang"-luonteensa vuoksi. Jotkut lääkärit näyttivät uudistuksessa hyväksyvän johdon arvot ja työkalut helpommin, kun taas toisille ne jäivät vieraammiksi. Muutokseen suhtautumiseen liittyvät havainnot näyttivät jakautuvan enemmänkin kahteen ääripäähän kuin, että niissä esiintyisi yhdistelmä hyväksyviä ja vastustavia näkemyksiä. Tältä osin uudistusten onnistumisen arviointi herätti lisää uusia kysymyksiä. Tutkimuksen perustella myös lainsäädännöllisen uudistuksen onnistuminen terveydenhuollon organisaatioissa näyttäisi edellyttävän kannusteisiin perustuvaa hyväksyttämistä. Lisäksi on tärkeää, että kannusteiden tulisi koskea kaikkia organisaation terveydenhuollon ammattilaisia eikä pelkästään johtavassa asemassa olevia. (Martinussen & Magnussen 2011)

Sairaanhoidopiirin johdolle tehty haastattelututkimus vahvisti käsitystä, että organisaatiossa luovuus ja innovatiivisuus ovat seurausta avoimesta ja luottamusta herättävästä johtamiskulttuurista, jossa yhteinen ja selkeästi ymmärrettävä visio ohjaa kaikkea toimintaa. Uskallus tehdä kokeiluja ilman pelkoa epäonnistumisen seurauksista, mahdollisuus irtautua arjen kiireistä innovoimaan, sekä palkitsemi-

sen henkilökohtaisuus, arvioitiin luovuuden keskeiseksi edellytyksiksi. Kaiken tämän lisäksi luovuuden nähtiin usein edellyttävän oman toimialan sekä jonkin muun viitekehysten kuten tietoteknologian vahvaa asiantuntemusta.

Luovuudessa kyvyllä samansuuntaistaa useampia lähestymisiä katsottiin olevan merkittävä rooli. Myös haastatellut nostivat esille, että luovuus ja innovaatiot tulee nähdä systemaattisina prosesseina. Ideointivaiheen osalta toivottiin korostettavan ideoiden spontaania ja helppoa esille tuomista sekä niiden läpinäkyvää ja järjestelmällistä keräämistä. Jatkojalostusvaiheessa painotettiin erilaisissa ryhmissä toteutettavia moniammatillisia työpajoja, joiden tulisi keskittyä toiminnan kehittämiseen virheiden ja epäonnistumisten henkilöimisen sijaan. (Lappalainen 2016, 192-193) Arvoverkon luottamusilmapiiriä voidaan pitää luovan hallinnan johtamisen ytimenä.

## 5 ALUEELLISTEN ARVOVERKKOJEN LUOVA HALLINTA

### 5.1 Tutkimuksen keskeiset tulokset

Tutkimuksen pääkysymys asetettiin seuraavasti: **Miten arvoverkkoajattelua ja jatkuvan kehittämisen ideaa voidaan hyödyntää teoreettisessa mallissa niin, että sen avulla voi ymmärtää palveluiden integraatioon liittyviä johtamisen mahdollisuuksia ja rajoitteita siirryttäessä alueelliseen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään?** Vastausta pääkysymykseen haettiin oheisten osakysymyksien avulla: *1. Millaisia muutostarpeita ja kehittämissuuntia arvoverkkoajatteluun perustuva alueellinen järjestelmä tuo mukanaan, 2. Millaiset valmiudet julkisella erikoissairaanhoidolla on integroitua arvoverkkoajatteluun perustuva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantoon ja 3. Mitkä ulkoiset ja sisäiset tekijät kiihdyttävät ja jarruttavat muutosta terveydenhuollon organisoimisessa?*

Integroidun arvoverkon johtamisen tehtävä on tunnistaa muutostarpeita ja suunnata organisaatioiden kehittämistoimintaa. Arvoverkkojen suunnittelussa korostuu organisaatorajat ylittävän alueellisen vision systeeminen hallinta. Alueen organisaatioita johdetaan strategiatason yhteisillä linjauksilla, joiden yhdenmukaista soveltamista ja jalkautumista tukevat yhdessä määritetyt säännöt sekä tehokas konfliktien hallinta. Näin kokonaisuutta huomioiva käytännön päätöksenteko tapahtuu lähellä toimintaa. Erikoistuminen johtaa huippuosaamiseen laajentaen verkostomaista toimintaympäristöä, selkiyttäen jatkuvasti kehittyvää toimijoiden välistä työnjakoa, sekä kannustaen avoimeen tiedonkulkuun. Perinteisen talouden suunnittelun ja seurannan rinnalle nousee vaikuttavuutta korostava hyötyajattelu ja arvoverkon kilpailukyyn varmistaminen.

Arvoverkon lähtökohtana on yhteisten toimintasääntöjen sopiminen, jolloin palvelutuotannon johtamisessa korostuu systeeminen koordinaatio ja konfliktien taitava sovittelu. Menestyksen turvaa paikalliset olosuhteet huomioiva kilpailukyky, jossa työpaikkarakenteiden joustavuudella on keskeinen rooli. Aktiivinen asiakasvuorovaikutus sekä toimialan ja toimintaprosessien systemaattinen analysointi luovat perustan kehittyvälle tietojohtamiselle. Tämän mahdollistaa reaaliaikainen, ennustava ja vertailua korosta tietotuotanto.

Tutkimus- ja kehittämistoiminta on luovan hallinnan ydinfunktio. Systeemin sisäisenä toimintona se onnistuessaan kiihdyttää arvoverkon kehittymistä, mutta epäonnistuessaan se voi olennaisesti jarruttaa muutoksen toteutumista. Ulkopuolelta arvoverkon muutoksia kiihdyttävät ja jarruttavat lainsäätäjän ja viranomaisten

sekä kansainvälistyvien markkinoiden aikaansaamat mahdollisuudet ja uhat. Samalla kun palvelujen kysynnän ennustetaan kasvavan ja asiakkaiden laadullisten odotusten nousevan, on rahoittajien nihkeys lisäpanostuksiin jarruttamassa palvelukapasiteetin laadullista ja määrällistä kehittämistä. Toisaalta se voi parhaimmillaan kiihdyttää tarvetta kyseenalaistaa perinteiset toimintamallit ja hakea uusia luovia ratkaisuja. Yksilöiden luovuudesta lähtevät ideat jalostuvat arvooverkon suuruuden ekonomiaan perustuvissa prosesseissa laadukkaiksi innovaatioiksi. Useita arvooverkkotoimijoita koskevat systeemiset innovaatiot johtavat radikaaleihin muutoksiin, joita nopeutetaan uusilla palkitsemisjärjestelmillä. Investoinnit informaatioteknologiaan edistävät tietojohdamisen tavoitteita eli varmistavat, että johtaminen perustuu tietoon vahvistaen arvooverkkotoimijoiden luottamusta ja siten jatkuvan kehittymisen kykyä.

Tutkimusaineiston perusteella julkisessa erikoissairaanhoidossa nähdään palvelujen integraation tähtäävä rakenneuudistus tarpeelliseksi. Valmius muutokseen ei kuitenkaan kaikilla toimijoilla ole sama. Alueelliset erot tiedostetaan merkittäviksi ja siksi toivotaan, että alueet laativat, kansallisen tason linjausten pohjalta, alueille paikalliset olosuhteet huomioivan kokonaistoteutuksen. Erikoissairaanhoidon lisäksi suunnittelua ja toteutusta halutaan edistettävän yhdessä perusterveydenhuollon, sosiaalipalvelujen ja kansalaisten kanssa, vaikka ajattelussa korostuu nykyisten roolien rajoitteet. Yhteinen näkemys on, että kyseessä on ainutlaatuisen iso ponnistus, joka tarvitsee aikaa ja vaiheittaista etenemistä.

Erikoissairaanhoidon kannalta kuntien ja muiden arvooverkkotoimijoiden vastuut ovat ennakoivan hyvinvoinnin osalta olleet toistaiseksi selkiytymättömiä ja edellyttävät huolellista valmistelua. Tämä on tulevaisuuden kustannustenhallinnan kannalta avainkysymys, koska huonosti hoidettu ennaltaehkäisy johtaa sairauksien hoidossa moninkertaisiin ja helposti hallitsemattomiin kustannuksiin. Siksi myös alueen useita toimijoita koskevilta systeemisiltä investoinneilta toivotaan mitattavaa tuottavuuden parantumista.

Erikoissairaanhoidon palvelutason turvaamiseksi alueiden väestön halutaan käytävän ensisijaisesti julkisen sektorin tuottamia erikoissairaanhoidon kiireettömiä palveluja, ja siten ylläpitävän julkisen sektorin päivystystoiminnan edellyttämää valmiutta. Perusterveydenhuollon saatavuusongelmat halutaan ratkaistavan muuten kuin lisääntyvinä läheteinä erikoissairaanhoidon. Kilpailun katsotaan lähtökohtaisesti rapauttavan harvaanasuttujen alueiden ennestään vaikeuksissa olevaa erikoissairaanhoidon toimintaa, ja johtavan lopulta kustannusten kasvuun. Erityisen huolissaan erikoissairaanhoidon toimijat ovat julkisen sektorin kilpailukyvyistä suhteessa yksityisen sektorin toimijoihin. Toisaalta yksityinen sektori nähdään myös palvelutuotantoa täydentävänä kumppanina. Usein yhteistyömahdollisuuksia

hankaloittaa kuitenkin julkisen terveydenhuollon palveluksessa toimivien lääkäreiden oikeus tehdä vapaa-aikanaan töitä kilpaileville toimijoille. Uudistusten myötä tähän halutaan muutosta ja selkeytystä.

Erikoissairaanhoidossa halutaan sekä hajauttaa (lähipalvelut) että keskittää (osaamiskeskukset) sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Työpaikkarakenteiden joustavuus, alueen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön optimaalinen suuntaaminen, tarjoaa merkittävän tuottavuuspotentiaalin. Toistaiseksi joustavuuden kehittämistä ovat keskeisimmin estäneet ammattijärjestöt sekä pienten paikkakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon työpaikkoihin liittyvät ylläpitovaatimukset. Merkittävä haaste työpaikkarakenteiden joustavuuden kehittämisessä on myös asiakkaiden ja ammattilaisten ajattelutavan muuttamisessa. Muutoksenhallinnan ja viestinnän osaaminen tiedostetaan rajalliseksi ja erityispanostamista edellyttäväksi. Tietojärjestelmiltä odotetaan uudenlaista kykyä tukea alueellista tehtävien ja resurssien hallintaa. Myös ajasta ja paikasta riippumattomat virtuaaliset etäpalvelut muodostuvat tärkeäksi keinoksi edistää työpaikkarakenteiden joustavuutta.

Erikoissairaanhoidon tietotuotanto on siilomaista ja rajoittunutta. Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisessa palvelutuotannossa läpinäkyvyyden tarve korostuu, joten tarvetta on sekä alueellisille että kansallisille työkaluille, jotka mahdollistavat palvelutuotannon hyötyihin ja vaikuttavuuteen liittyvän vertaisarvioinnin. Arvoverkkotoiminnassa tietojohdantiselle pitää saada nykyistä strategisempi rooli. Vaikka lainsäädäntö, useat rekisterinpitäjät sekä standardien ja yhteisten käsitteiden puutteet hidastavat palvelutuotannon systeemisyttä, on tiedonkulun avoimuudessa ja läpinäkyvydessä erikoissairaanhoidon toimijoiden näkökulmasta ennen kaikkea kyse erilaisiin toimintakulttuureihin ja ihmisten asenteisiin liittyvistä haasteista.

Sosiaali- ja terveystalveluiden alueellisen johtamisen luovan hallinnan malli kontrastoi alueellista johtamista arvoverkkotoiminnan ja jatkuvan kehittämisen ideoiden kautta (kts. Taulukko 4).

Arvoverkossa johtamisen haastetta lisäävät alueellisuudesta aiheutuva fyysinen hajanaisuus sekä useiden toimijoiden osallisuus. Muutoksen onnistumisen tärkeimmäksi tekijäksi näyttäisi nousevan ihmisten osallistaminen muutosprosessin suunnitteluun, toteutukseen sekä arviointiin (Lappalainen 2018, 72). Koska informaatioteknologia tarjoaa kiihtyvällä tahdilla uusia mahdollisuuksia ennakoita toimintaa, on arvoverkkojohtamisen ideaa mielekästä tarkastella suunnittelun, ohjauksen ja tietojohdantisen näkökulmista. Jatkuvaa kehittämistä malli esittelee sosiaali- ja terveystalveluiden strategisen johtamisen, varsinaisen talveluiden johtamisen ja innovaatiojohtamisen ulottuvuuksista. Tavoitteena on luovan hallinnan

malli opastaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantoon osallistuvia arvo-verkkotoimijoita poisoppimaan silomaisista toimintatavoistaan.

**Taulukko 4.** Sosiaali- ja terveydenhuollon luova hallinta

ALUEELLISEN ARVOVERKON LUOVA HALLINTA		JATKUVAN KEHITTÄMISEN JOHTAMINEN		
		Strateginen johtaminen	Palvelujen johtaminen	Innovaatiojohtaminen
ARVOVERKON JOHTAMINEN	Arvoverkon suunnittelu	Yhteistoiminta perustuu yhteiseen visioon	Tavoitteet, säännöt ja työnjako sovitaan yhdessä	Tutkimus- ja kehitystoiminta ja tietohallinto strategisessa asemassa
	Arvoverkon ohjaus	Strateginen resilienssi ja uudistuminen keskiössä	Hyödynnetään kilpailua alueen edellytysten mukaisesti	Sovitetaan yhteen suuruuden ja pienuuden edut organisaatiossa
		Tuetaan huippuosaamisen syntymistä verkostoon	Käytetään työvoimaa mahdollisimman joustavasti	Edistetään innovatiivisuutta
	Arvoverkon tietojohtaminen	Joustavoitetaan organisaatiota ja tehostetaan tiedonvaihtoa	Kehitetään palveluprosesseja asiakaslähtöisesti yhdessä verkostotoimijoiden kanssa	Panostetaan informaatioteknologian hyödyntämiseen
		Suunnitellaan ja seurataan taloutta aktiivisemmin	Luodaan mittaus- ja tietojärjestelmät, jotka mahdollistavat tuottavuuden kasvattamisen vertailudataa hyödyntämällä	Rakennetaan luottamusta johtamisen keinoin

## 5.2 Pohdinta luovasta hallinnasta

Viimeisten vuosikymmenten aikana sosiaali- ja terveydenhuollosta on kehittynyt kansantaloudellisesti merkittävä toimiala. Tulevaisuudessa hyvinvointivaltiolamme arvioidaan olevan enenevässä määrin haasteita lunastaa kansalaisilleen antamat lupaukset sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisuudesta. Kasvavan kysynnän tilanteessa teknologian kehittyminen mahdollistaa paremman tuottavuuden, mutta se ei itsessään enää riitä takaamaan menestystä. Eri alueiden

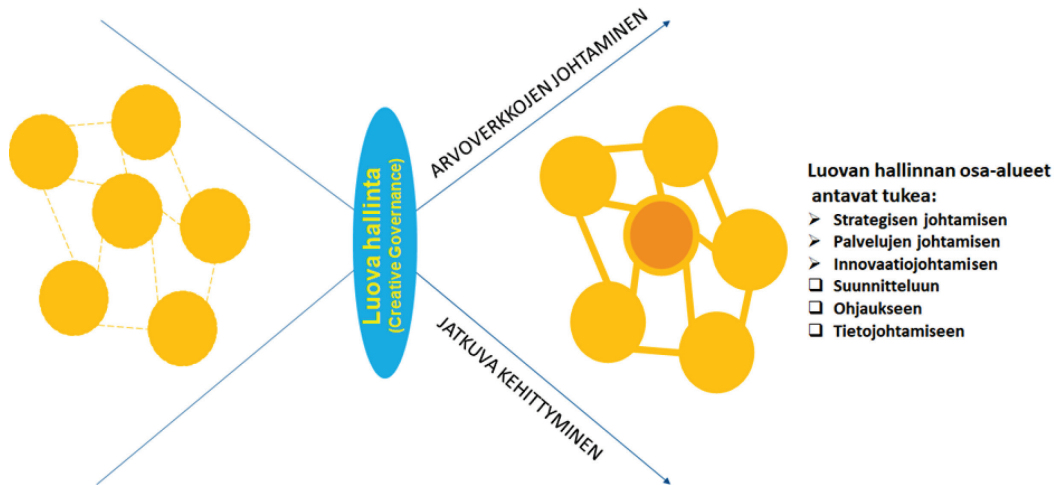
väestön sosioekonomiset profiilit ja väestökehitys poikkeavat merkittävästi toisistaan (Lumme 2017). Palvelutuottajat ovat yhä enemmän kiinnostuneita asiakkaiden tarpeiden ymmärtämisestä ja palveluiden uudelleen muotoilusta. Uudenlaiset ansaintamallit ja kumppanuudet kannustavat toimijoita sitoutumaan verkostomaiseen arvotuotantoon (World Economic Forum 2017, 7).

Suuret organisaatiot näyttäisivät selviävän talouden myllerryksestä pieniä paremmin, vaikka organisaation koolla ei ole toiminnan tehokkuuden, saati optimointikyvyn, kanssa välttämättä mitään tekemistä (Hannan & Freeman 2009). Toisaalta sekä suuret että pienet julkishallinnon organisaatiot kykenevät menestyksellisesti hallitsemaan monimutkaisia ja alati muuttuvia velvollisuuksiaan olemalla innovatiivinen. Arvoverkkojen luovuus tulisi nähdä kapasiteetin monitasoisena ilmentymänä, koska se tapahtuu yksilöiden, organisaatioiden sekä verkostojen tasoisena systeemisenä ilmentymänä käsittäen monimutkaisia ja samanaikaisia yhteyksiä eri sidosryhmien välillä. (Gieske ym. 2016, 2-3)

Luova hallinta on teoreettinen malli, jonka tukemana erillään toimineiden organisaatioiden erilaisista kulttuureista ja arvoista lähtevää toimintaa voidaan paremmin yhdistää jatkuvaan kehittämiseen tähtääväksi arvoverkoksi.

Mallia muodostettaessa tunnistettiin arvoverkkoina johtamiseen liittyviä osa-alueita, joita edistämällä toimijat voivat parantaa uudistumiskykyään ja olemassaolon edellytyksiään. Mallin huomio on omaehtoisessa ja ilmiöperusteisessa muutostyökykydessä erityisesti silloin, kun valta ja vastuu ovat jatkuvassa ristipaineessa hajautetun ja keskitetyn ohjauksen hyötyjen ja haittojen arvioinnissa.

Lähtökohtana on, että arvoverkossa systeemisten interventioiden koordinoitu ja luottamukseen perustuva arviointi saa aikaan jatkuvaa uudistumista. Luovan hallinnan osa-alueet toimivat läpinäkyvyyttä ja johtamista kirkastavana ”linssinä” (kts. Kuva 4), edistäen ketteryyttä, asiakaslähtöisyyttä, innovaatioihin kannustavaa kokeilukulttuuria, sekä näiden seurauksena kehittyvää kilpailukykyä. Arvoverkossa lähtökohdiltaan erilaiset ihmiset ja kulttuurit kykenevät hyödyntämään monipuolisia taustoja ja osaamista. Systemaattinen ja läpinäkyvä mittaaminen varmistaa muutosten halutun suunnan ja nopeuden.



**Kuvio 4.** Luova hallinta – arverkon läpinäkyvyyttä parantava ”linssi”.

Kilpailu muuttaa organisaatioiden johtamiskäytäntöjä myönteiseen suuntaan ja ohjaa palvelutuotantoa asiakaslähtöisemmäksi. Toisaalta se lisää palvelutuottajien välisiä raja-aitoja, joka taas osaltaan heikentää mahdollisuuksia kehittää integroituja palveluja. Liiketoiminnallisten periaatteiden korostuminen ei näyttäisi olevan kaikkien sidosryhmien arvojen mukaista (Maun ym. 2013). Luovan hallinnan malli ottaa kilpailun osalta huomioon paikalliset olosuhteet sekä edistää avointa diskurssia ja yhteistä palkitsemista. Heikon koordinaation uhkakuvana on palvelujen pirstoutuminen, niiden epätasainen jakautuminen sekä kysynnän, ja siten kustannusten, hallitsematon kasvu.

Digitalisaatio asettaa luovan hallinnan osa-alueet kiihtyvän dynaamisen muutoksen kohteeksi. Vaikka kehitys hämärtää perinteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon ammatteihin liittyviä identiteettejä ja autonomiaa, tarjoaa se samalla uudenlaisia moniammatillisia toimintamalleja. Johtamisen näkökulmasta luova hallinta muuttaa parhaimmillaan jälkikäteiseen tietoon pohjautuvan ”seurantakulttuurin” reaaliaikaiseksi ja ennustavan analytiikan tietoon perustuvaksi ”aktiivisen ennakoinnin kulttuuriksi” (Lappalainen 2018).

Toistaiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa on keskitytty pääosin hierarkkisten rakenteiden muodolliseen uudistamiseen. Arverkköjen yhteistoiminnan kehittämisen kannalta alustatalous on potentiaalinen uusi toimintamalli, jossa jokin organisaatio tarjoaa toiminnalle digitaalisen alustan ja samalla liiketoimintamallin, jota muut tuote- ja palvelutarjoajat voivat yhteistyössä hyödyntää toiminnassaan. Lähtökohtana on, että ekosysteemiin perustuva alusta kykenee synnyttämään yksittäistä toimijaa laajemman kysynnän tarjoamalla loppuasiak-

kailleen tuotteita ja palveluja joustavammin, saavutettavammin ja kustannustehokkaammin. Saman toivoisi toteutuvan myös sosiaali- ja terveydenhuollon luovan hallinnan arvoverkkoissa. Alustatalouden kaltaisten systeemisten verkostoteknologioiden avulla radikaalit palveluinnovaatiot, ja siten rakenneuudistuksen tavoitteet, voisivat realisoitua. Parhaimmillaan alustatalouden omistajaorganisaatioille muodostuva valta-asema tarjoaa julkiselle sektorille työväliseen hallita arvoverkkoalustan palvelutuotantoa. Toisaalta liian vahva sääntely ja alisteisuus voi aktivoida arvoverkkotoimijoita hakemaan mahdollisuuksia irtautua alustasta, mikäli vaihtoehtoja on löydettävissä. Alustatalouden edistämisen haasteena yleensä ja julkisella sektorilla on tällä hetkellä alustataloutta koskevan lainsäädännön kehittämättömyys (kts. Finlex 320/2017).

Luovan hallinnan mallille on tunnistettavissa myös rajoitteita. Koska mallille ei ole toteutettu empiiristä testausta, on sen yleistettävyydelle asetettava tältä osin varauksia. Mallin onnistunut hyödyntäminen vaatii arvoverkon johtamisessa kykyä sovittaa ja konkretisoida yleistasoiset sisällöt alueen olosuhteisiin ja rakenteisiin. Vaikka erikoissairaanhoidon johtajat antoivat haastatteluissa tukea luovan hallinnan mallille, on selvää, että tutkimus olisi hyötynyt, mikäli myös perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen edustajien näkemykset olisivat tulleet samalla tavalla kartoitetuksi. Vähemmälle tarkastelulle ovat jääneet myös kansalaisten suorat vaihtumismahdollisuudet sekä mahdollinen kiinnostus alueellisten palvelujen kehittämiseen.

Tutkimus on pääosin tehty sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta valmistelleen ja siinä lopulta epäonnistuneen Sipilän hallituksen (2015-2019) aikana. Kesäkuussa 2019 aloittanut Rinteen johtama hallitus lähtee vuorostaan valmistelemaan rakenneuudistusta, jonka toteutumisen aikataulu on kesäkuussa 2019 toistaiseksi avoin. Lainsäädäntövalmistelun keskeneräisyyden vuoksi aluehallinnon rakenteellinen tarkastelu on tietoisesti jäänyt vähäiseksi. Selkeän rakenteen puuttuminen on toisaalta kannustanut pitämään mallin joustavana ja soveltuvana erilaisiin lopputulemiin.

Luovan hallinnan mallin kehittäminen on ollut neljän ja puolen vuoden tutkimusprojekti, jonka toteuttaminen on tapahtunut varsinaisen päivätyön ohessa. Tutkimuksen aikana olen toiminut sosiaali- ja terveydenhuollon ohjelmistoliiketoiminnan johtotehtävissä. Näistä lähtökohdista olen parhaani mukaan pyrkinyt tarkastelemaan tutkimusaihetta ymmärtääkseni sosiaali- ja terveydenhuollon ilmiöitä, muutoksia ja mahdollisuuksia aikaisempaa paremmin.

## Lähteet

- Ackoff, Russell L (1974). *Redesigning the Future. A Systems Approach to Societal Problems*. New York: John Wiley & Sons.
- Andriessen, Daniel (2008). Combining design-based research and action research to test management solutions. Teoksessa *Towards quality improvement of Action research: developing ethics and standards.*, Boog B, Slagter M, Zeelen J, Preece J (eds). Sense Publishers: Rotterdam. s.125-134.
- Andritsos, Dimitrios A. & Tang, Christopher S (2014). Introducing competition in healthcare services: The role of private care and increased patient mobility. *European Journal of Operational Research*, 234(3): 898-909.
- Anttiroiko, Ari-Veikko (2010). Hallintainnovaatiot. Hallintateoreettinen näkökulma kaupunkien palvelujen organisoiminnin, omistajuuden ja rahoituksen uudistamiseen. Tampereen yliopisto. *Sente-julkaisu 33/2010*.
- Anttiroiko, Ari-Veikko & Valkama, Pekka (2016). Post-NPM-style service integration: partnership-based brokerage in elderly care. *The International Journal of Public Sector Management*, 29(7): 675-689.
- Aragon, Richard, Schneider, Julie, Yang, William, Basson, Jacob, Burton, Andrew, Holman, Read & Downing, Gregory J (2017). Impact of Innovation Initiatives in a Federal Government Agency: Measuring and Understanding the Influence of Culture and Employee Attitudes. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 22(1): 1-51.
- Baesens, Bart, Bapna, Ravi, Marsden, James R., Vanthienen, Jan & Zhao, Leon J. (2016). Transformation issues of big data and analytics in networked business. *MIS Quarterly*, 40(4): 807-818. Saatavissa 9.6.2019 <https://doi.org/10.25300/MISQ/2016/40:4.03>
- Bainbridge, Daryl, Brazil, Kevin, Ploeg, Jenny, Krueger, Paul & Taniguchi, Alan (2016). Measuring healthcare integration: Operationalization of a framework for a systems evaluation of palliative care structures, processes, and outcome. *Palliative Medicine*, 30(6): 567 –579.
- Batt-Rawden, Kari B, Björk, Evastina & Waaler, Dag (2017). *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 22(3), article 3: 1-25.
- Beaton, Brian (2018). *Crucial Answers About Humanoid Capital*. In HRI'18 Companion: ACM/IEEE International Conference on Human-Robot Interaction, March 5-8, 2018, Chicago, IL, USA. ACM, NY, NY, USA, 8 pages. Saatavissa 9.6.2019 DOI: <https://doi.org/10.1145/3173386.3173391>
- Bekkers, Victor J.J.M & Tummers, Lars G (2017). Perspectives on public sector reform: An innovation perspective. In: Van de Walle, S. & Groenvelde, S.M. (Eds.). *Theory and Practice of Public Sector Reform*, s. 61-78. London: Routledge.

- Bharadwaj, Sundar & Menon, Anil (2003). Making Innovation Happen in Organizations: Individual Creativity Mechanisms, Organizational Creativity Mechanisms or Both? *Journal of Product Innovation Management*, 17(6): 424-434.
- Bingham, Lisa, Nabatchi, Tina & O'Leary, Rosemary (2005). The new governance: Practices and processes for stakeholder and citizen participation in the work of government. *Public Administration Review*, 85(5): 547-558.
- Bloom, Nicholas, Schankerman, Mark & Van Reenen, John (2013). Identifying technology spillovers and product market rivalry. *Econometrica*, 81(4): 1347-1393.
- Bloom, Nicholas, Propper, Carol, Seiler, Stephan & Van Reenen, John (2014). *The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals*. CEP Discussion Paper No 983. May 2010 (Revised November 2014). The Centre for Economic Performance. London, UK: London School of Economics and Political Science.
- Blomgren, Maria & Sundén, Eva (2008). Constructing a European healthcare market: The private healthcare company Capio and the strategic aspect of the drive for transparency. *Social Science & Medicine*, 67(10): 1512-1520.
- Borzaga, Carlo & Fazzi, Luca (2014). Civil society, third sector, and healthcare: The case of social cooperatives in Italy. *Social Science & Medicine*, 123: 234-241.
- Boukamel, Owen & Emery, Yves (2017). Evolution of organizational ambidexterity in the public sector and current challenges of innovation capabilities. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 22(2): 1-27.
- Bovaird, Tony. & Löffler, Elke. (2012). From Engagement to Co-production: How Users and Communities Contribute to Public Services. Teoksessa Brandsen, T. & Pestoff, V. (toim.), *New Public Governance, the Third Sector and Co-Production* (s. 35-60). Routledge. London.
- Bowden, Dawn E & Smits, Stanley J (2012). Managing in the context of healthcare's escalating technology and evolving culture. *Journal of Health Organization and Management*, 26(2): 149-157.
- Brown, Ann L. (1992). Design experiments: Theoretical and methodological challenges in creating complex interventions in classroom settings. *The Journal of the Learning Sciences*, 2(2): 141-178.
- Bryson, John, Crosby, Barbara & Bloomberg, Laura (2014). Public value governance: moving beyond traditional public administration and the new public management. *Public Administration Review*, 74(4): 445-456.
- Burns, Tom & Stalker George M (1961 [1994]) *The Management of Innovation*. 3rd. ed. Oxford ; New York : Oxford University Press.
- Campanale, Cristina, Cinquini, Lino & Tenucci, Andrea (2014). Time-driven activity-based costing to improve transparency and decision making in healthcare: A case study. *Qualitative Research in Accounting & Management*, 11(2): 165-186. Saatavissa 9.6.2019 doi:doi.org/10.1108/QRAM-04-2014-0036

- Campbell, David FJ, Carayannis, Elias G (2012) *Conceptual Definition of Two Key Terms: Governance and Higher Education*. In: *Epistemic Governance in Higher Education*. SpringerBriefs in Business. Springer, New York, NY.
- Camarinha-Matos, Luis M, Afsarmanesh, Hamideh, Galeano, Nathalie & Molina, Arturo (2009). Collaborative networked organizations – Concepts and practice in manufacturing enterprises. *Computers & Industrial Engineering*, 51(1): 46-60.
- Cannavacciuolo, Lorella, Illario, Maddalena, Ippolito, Adelaide & Ponsiglione, Cristina. (2015). An activity-based costing approach for detecting inefficiencies of healthcare processes. *Business Process Management Journal*, 21(1), 55-79.
- Castleden, Matthew, McKee, Martin, Murray, Virginia & Leonardi, Giovanni (2011). Resilience thinking in health protection. London. *Journal of Public Health*, 33(3): 369-377. Saatavissa 9.6.2019 <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdro27>
- Castro, Santiago (2014). Optimizing your data management for big data. *Journal of Direct, Data and Digital Marketing Practice (Palgrave Macmillan UK)*, 16(1): 15. Saatavissa 9.6.2019 doi:doi.org/10.1057/dddmp.2014.46
- Chadwick, George F (1971). *A Systems View of Planning. Towards a Theory of the Urban and Regional Planning Process*. Oxford: Pergamon Press.
- Charmaz, Kathy (2003). "Grounded theory". In: Smith, J.A. (ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*, pp. 81-110. London: Sage.
- Checkland, Peter (1981). *Systems Thinking, Systems Practice*. Chichester: Wiley.
- Chen, Lu, Zheng, Wei, Yang, Baiyin & Bai, Shuaijiao (2016). Transformational leadership, social capital and organizational innovation. *Leadership & Organization Development Journal*, 37(7): 843-859. Saatavissa 9.6.2019 doi:http://doi.org/10.1108/LODJ-07-2015-0157
- Christensen, Clayton M. (2007). *Edelläkävijän dilemma*. Helsinki. Talentum; 2007.
- Christensen, Tom & Lægreid, Per (2016). "Organizational innovations and multiple forms of accountability in the post-New Public Management era. pp. 290-309 in J. Torfing and P. Triantafillou (Eds.), *Enhancing Public Innovation by Transforming Public Governance*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Collins, Allan (1992). Towards a design science of education. Kirjassa E. Scanlon & T. O'Shea (Eds.), *New directions in educational technology* (s. 15-22). Berlin: Springer.
- Collins, Allan, Joseph, Diana & Bielaczyc, Katerine (2004). Design research: Theoretical and methodological issues. *The Journal of the Learning Sciences*, Vol 13, s. 15-42.
- Cooke, Philip & Schienstock, Gerd (2000). Structural Competitiveness and Learning Regions. *Enterprise and Innovation Management Studies*, 1(3): 265–280.

Cotton, Wayne, Lockyer, Lori & Brickell, Gwyn J (2009). A Journey Through a Design-Based Research Project. In G. Siemens & C. Fulford (Toim.), *Proceedings of World Conference on Educational Multimedia, Hypermedia and Telecommunications 2009* (s. 1364-1371). Chesapeake, USA: Association for the Advancement of Computing in Education.

Damgaard, Bodil (2005). *Do Policy Networks lead to Network Governing?*. Welfare Systems and Policies Working Paper 03:2005 / Socialforskningsinstituttet The Danish National Institute of Social Research.

Davies, Elizabeth & Higginson, Irene J (2009). *The solid facts: palliative care*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 2009.

Dey, Ian (2004). Grounded theory. In C. Seale, G. Gobo, J.F. Gubrium, & D. Silverman (Eds.), *Qualitative research practice* (pp. 80–93). London: Sage.

Dickinson, Helen & Glasby, Jon (2013) "How effective is joint commissioning? A study of five English localities". *Journal of Integrated Care*, 21(4): 221-232. Saatavissa 9.6.2019 <https://doi-org.proxy.uwasa.fi/10.1108/JICA-04-2013-0012>

Diderichsen, Finn, Andersen, Ingelise & Manuel, Celie (2012). Health inequality – Determinants and policies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8):12-105.

Dominguez, Michael (2017). Qualitative Design Research Methods. *Oxford Research Encyclopedia of Education: Research and Assessment Methods*. Online Publication. DOI: 10.1093/acrefore/9780190264093.013.170.

Dunleavy, Patrick & Margetts, Helen (2010). The Second Wave of Digital Era Governance. In: *American Political Science Association Conference*, 4 September 2010, Washington DC, USA. (Unpublished). Saatavissa 21.7.2018 <http://eprints.lse.ac.uk/27684/>

Dunleavy, Patrick, Margetts, Helen, Bastow, Simon & Tinkler, Jane (2006). New Public Management is dead. Long live digital-era governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16(3): 467-494.

Dyer, Jeffrey H, & Nobeoka, Kentaro (2002). Creating and managing a high performance knowledge-sharing network: the Toyota case. *Strategic Management Journal*, 21(3): 345-367.

El-Den, Jamal & Feghali, Tony (2008). Knowledge transformation among virtually-cooperating group members. *Journal of Knowledge Management*, 12(1): 92-105.

Emery, Yves, Rousseau, Anne, Kouadio, Armand Brice, Meunier, Bertrand, Johannsen, Laurence & Nielsen, Susan M (2016). *Towards innovative public services: A framework for the development of the innovation capability of European Public Administrations*. EUPAN, MFPPA, EIPA, IDHEAP.

Essén, Anna & Lindblad, Staffan (2013). Innovation as emergence in healthcare: Unpacking change from within. *Social Science & Medicine*, 93: 203-211.

Fenger, Hendrikus J, Fenger, Mattheus & Bekkers, Victor (2012). *Beyond Fragmentation and Interconnectivity: Public Governance and the Search for Connective Capacity*. Amsterdam, NL: IOS Press.

Fleury, Marie-Josée, Perreault, Michel, Grenier, Guy, Imboua, Armelle & Brochu, Serge (2016). Implementing Key Strategies for Successful Network Integration in the Quebec Substance-Use Disorders Programme. *International Journal of Integrated Care*, 16(1:7): 1-18. Saatavissa 9.6.2019 <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2457>

Folke, Carl (2006). Resilience: The emergence of a perspective for social–ecological systems analyses. *Global Environmental Change* 16/2006: 253-267. Published by Elsevier Ltd. Sweden.

Ford, David, Gadde, Lars-Erik, Håkansson, Håkan & Snehota, Ivan (2003). *Managing Business Relationships*. (2. Painos) Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

Forkmann, Sebastian, Wang, Di, Henneberg, Stephan C, Naudé, Peter & Sutcliffe, Alistair (2012). Strategic decision making in business relationships: A dyadic agent-based simulation approach. *Industrial Marketing Management*, 41(5): 816-830.

Gaboury, Isabelle, Bujold, Mathieu, Boon, Heather & Moher, David (2009). Inter-professional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: Key components. *Social Science & Medicine*, 69(5): 707-715.

Gabrielsson, Peter & Gabrielsson, Mika (2013). A dynamic model of growth phases and survival in international business-to-business new ventures: The moderating effect of decision-making logic. *Industrial Marketing Management*, 42(8): 1357-1373.

Gieske, Hanneke, van Buuren, Arvin, & Bekkers, Victor (2016). Conceptualizing Public Innovative Capacity: A Framework for Assessment. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 21(1): 1-27.

Glasby, Jon (2007). Time to unleash our creativity. *Community Care*, Sutton Iss. 1659, (Feb 8-Feb 14, 2007): 18.

Glasby, Jon (2016). If Integration Is the Answer, What Was the Question? What next for English Health and Social Care Partnerships? Perspective paper. *International Journal of Integrated Care*, 16(4:11): 1-3. Saatavissa 9.6.2019 DOI: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2535>

Green, Sandy E. (2004). A rhetorical theory of diffusion. *Academy of Management Review*, 29(4): 653-669.

Groves, Peter, Kayyali, Basel, Knott, David & Van Kuiken, Steve (2013). *The "big data" revolution in healthcare. Accelerating value and innovation. Center for US Health System Reform. Center for US Health System Reform*. McKinsey & Company. Saatavissa 9.6.2019 <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/the-big-data-revolution-in-us-health-care>

Gruening, Gernod (2001). Origin and theoretical basis of New Public Management. *International Public Management Journal*, 4(1): 1–25.

Gummesson, Evert, Lusch, Robert F & Vargo, Stephen L (2010). Transitioning from Service Management to Service-dominant Logic: Observations and Recommendations. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 2(1): 8–22.

Haapakorpi, Arja (2017). Oppisopimuskoulutuksen toteuttaminen työpaikoilla – lähestymistapana institutionaalinen teoria. *Hallinnon Tutkimus*, 36(4): 226-241.

Hackathorn, Rickard (2004). The BI Watch: Real-Time to Real Value. *DM Review*, 14(1): 4-7.

Haigh, Carol & Hardy, Pip (2011). Tell me a story – a conceptual exploration of storytelling in healthcare education. *Nurse Education Today*, 31(4): 408-411.

Hakari, Kari (2013). *Uusi julkinen hallinta – kuntien hallinnonuudistusten kolmas aalto? Tutkimus Tampereen toimintamallista*. Akateeminen väitöskirja Tampereen yliopisto, Johtamiskorkeakoulu. Acta Universitatis Tamperensis 1871. Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere.

Ham, Chris (1996). Managed markets in health care: the UK experiment. Elsevier Science Ireland Ltd. *Health Policy*, 35(3): 279-292.

Hamdan, Abdul-Latif (2017). *Strategic Thinking in a Hospital setting*. Beirut, Lebanon: SpringerBriefs in Public Health.

Hannan, Michael T & Freeman, John (2009). *Organizational Ecology*. Harvard University Press.

Hannemann-Weber, Henrike, Kessel, Maura & Schultz, Carsten (2012). Research performance of centers of expertise for rare diseases - The influence of network integration, internal resource access and operational experience. *Health Policy*, 105(2-3): 138-145. Saatavissa 9.6.2019 <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.02.008>

Harisalo, Risto (2008). *Organisaatioteoria*. Tampere, Tampere University Press.

Hartley, Jean (2005). Innovation in Governance and Public Services: Past and Present. *Public Money & Management*, 25(1): 27-34.

Hartley, Jean, Sørensen, Eva & Torfing, Jacob (2013). Collaborative Innovation: A Viable Alternative to Market Competition and Organizational Entrepreneurship. *Public Administration Review*, 73(6): 821-830.

Hautamäki, Antti (2008). *Kestävä innovointi. Innovaatiopolitiikka uusien haasteiden edessä*. Sitran raportteja 76. Helsinki: Edita Prima Oy.

Haveri, Arto (2006). Complexity in local government change. *Public Management Review*, (8)1: 31-46.

Haveri, Arto & Pehk, Teele (2008). *Verkostokunta johtamisen ja demokratian haasteena*. Kunnallistutkimuksia. Tampere.

HE 15/2017 vp - Hallituksen esitys sote- ja maakuntauudistuksesta (2017). Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi 2.3.2017. Saatavissa 9.6.2019 [https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/KasittelytiedotValtiopaivaasia/Sivut/HE\\_15+2017.aspx](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/KasittelytiedotValtiopaivaasia/Sivut/HE_15+2017.aspx)

Herald, Larry R & Alexander, Jeffrey A (2014). Governance Processes and Change Within Organizational Participants of Multi-sectoral Community Health Care Alliances: The Mediating Role of Vision, Mission, Strategy Agreement and Perceived Alliance Value. *American Journal of Community Psychology*, 53: 185-197. Saatavissa 9.6.2019 DOI 10.1007/s10464-013-9618-y

Heiskala, Risto (2004). Informationaalinen vallankumous, verkko ja identiteetti: Manuel Castellisin Informaation ajan kritiikki, s. 40-63. Teoksessa: Rahkonen K (toim). *Sosiologia nykikeskusteluja*. Helsinki: Gaudeamus.

Helén, Ilpo (2010). Hyvinvointi, vapaus ja elämän politiikka: Foucault'lainen hallinnan analytiikka. Teoksessa Kaisto, Jani & Pyykkönen, Miikka (toim.): *Hallintavalta. Sosiaalisen, politiikan ja talouden kysymyksiä*. Gaudeamus Helsinki University Press. Helsinki. 27-48.

Hernesniemi, Hannu, Lammi, Markku & Ylä-Anttila, Pekka (1995). *Kansallinen kilpailukyky ja teollinen tulevaisuus*. Helsinki: ETLA & SITRA.

Hirsijärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2014). *Tutkimushaastattelu*. Gaudeamus Helsinki University Press, Tallinna.

Hirst, Paul Q (2000). "Democracy and Governance". In Pierre, Jon (ed.). *Debating Governance*. Oxford: Oxford University Press. pp 13-35.

Holme Hansen, Ebba & Lilleoere, Anne-Mette (2011). Knowledge-sharing enablers and barriers in pharmaceutical research and development. *Journal of Knowledge Management*, 15(1): 53-70.

Hood, Christopher (1991). A Public Management for All Seasons. *Public Administration*, 69(1): 3-19.

Houni, Markku, Matti Nupponen & Kari Pakarinen (2002). Kuntien strategiatyön avaimet. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Hoyman, Michele & Faricy, Christopher (2009). It takes a village a test of the creative class, social capital, and human capital theories. *Urban Affairs Review*, 44(3): 311-333.

Håkansson, Hakan & Snehota, Ivan (1995). *Developing Relationships in Business Networks*. London, UK: Routledge.

Ikonen, Mirjami (2013). *Trust Development and Dynamics at Dyadic Level A Narrative Approach to Studying Processes of Interpersonal Trust in Leader-Follower Relationships*. Publications of the University of Eastern Finland, Dissertations in Social Sciences and Business Studies no. 53. Joensuu.

Jacobs, Kerry, Marcon, Giuseppe & Witt, David (2004). Cost and performance information for doctors: an international comparison. *Management Accounting Research* 15(3), 337-354.

Jalonen, Harri (2008). Informaatio-ohjaus tietojohdamisen näkökulmasta. *Informaatiotutkimus* 27(2): 1-14.

Jalonen, Harri (2011a). Innovaatiotoiminnan näkymätön dynamiikka. Teoksessa

Jalonen, Harri, Aarva, Kim Juntunen, Pekka, Laihonen Harri, Laitinen, Ilpo & Lönnqvist, Antti, *Arvoverkkoa kokemassa – Saaliina tuottavuutta ja innovaatioita* (s. 45–77). Helsinki: Suomen Kuntaliitto Acta nro 226.

Jalonen, Harri (2011b). Epävarmuuden ilmeneminen innovaatiotoiminnassa – systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Liiketaloustieteellinen aikakauskirja* 4/11: 422–442.

Jalonen, Harri, Aarva, Kim, Juntunen, Pekka, Laihonen, Harri, Laitinen, Ilpo & Lönnqvist, Antti (2011). *Arvoverkkoa kokemassa – saaliina tuottavuutta ja innovaatioita*. Acta nro 226. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Jarillo Carlos J (1988). On strategic networks. *Strategic Management Journal*, 9(1): 31-41.

Jarillo, Carlos J (1993). *Setting Up and Managing in a Strategic Network*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Jaspers, Ferdinand (2009). *Organizing Systemic Innovation*. Academic Dissertation. Erasmus University Rotterdam: ERIM PhD Series in Research in Management, 160.

Jessop, Bob (1997). The Governance of Complexity and the Complexity of Governance: Preliminary Remarks on Some Problems and Limits of Economic Guidance. In Amin, Ash & Hausner, Jerzy (Ed.). *Beyond Market and Hierarchy: Interactive Governance and Social Complexity*. Lyme, U.S.: Edward Elgar. pp.95-128.

Jessop, Bob (2003) Governance and Metagovernance: On Reflexivity, Requisite Variety, and Requisite Irony. Published by the Department of Sociology, Lancaster University, Lancaster LA1 4YN. UK. Saatavissa 9.6.2019 <http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/papers/Jessop-Governance-and-Metagovernance.pdf>

Johanson, Jan-Erik, Husman, Päivi & Uusikylä, Petri (2015). *Viisto, väistö ja vuorovaikutus – Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon kanssakäymisen muotoiluja*. NodeHealth-hankkeen synteesiraportti. Suomen Yliopistopaino Oy. Juvenes Print, Tampere.

Juuti, Pauli & Luoma, Mikko (2009). *Strateginen johtaminen. Miten vastata kompleksisen ja postmodernin ajan haasteisiin*. Keuruu: Otava.

- Kaisto, Jani & Pyykkönen, Miikka (2010). Johdanto: Hallinnan analytiikan suuntaviivoja. Teoksessa Kaisto, Jani & Pyykkönen, Miikka (toim.): *Hallintavalta. Sosiaalisen, politiikan ja talouden kysymyksiä*. Gaudeamus Helsinki University Press. Helsinki. 7-26.
- Kanter, Rosabeth M & Dretler, Thomas D (1998). "Global strategy" and its impact on local operations: Lessons from Gillette Singapore. *Academy of Management Executive*, 12(4): 60-68.
- Kaplan, Ropert S & Porter, Michael E (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 89, 46–52, 4, 6–61 passim.
- Kaplan, Robert S, Serafeim, George & Tugendhat, Eduardo (2018). Inclusive Growth: Profitable Strategies for Tackling Poverty and Inequality. *Harvard Business Review*, (January–February 2018): 126-133.
- Kaplan, Robert S & Witkowski, Mary L (2014). Better Accounting Transforms Health Care Delivery. *Accounting Horizons*, 28(2): 365–383.
- Karjalainen, Tanja & Karjalainen, Eero E (2000). *Laatujohtamisoppien (TQM) soveltaminen PK-yritykseen*. SPC, systeemitheoria, TOC-teoria. Hollola: QualityKnowhow Karjalainen Oy.
- Kay, Robert & Goldspink, Chris (2016). *Public Sector innovation: Why it's different*. edited by Governance Leadership Centre: Australian Institute of Company Director.
- Keel, George, Savage, Carl, Rafiq, Muhammad & Mazzocato, Pamela (2017). Time-driven activity-based costing in health care: A systematic review of the literature. *Health Policy* 121, 755–763.
- Kickert, Walter J.M (1997). Public Governance in the Netherlands: An Alternative to Anglo-American 'Managerialism'. *Public Administration*, 75(4): 731-752.
- Kickert, Walter J.M, Klijn, Erik-Hans & Koppenjan, Joop (1997). *Managing Complex Networks. Strategies for the Public Sector*. London: Sage.
- Kinnula, Petra, Malmi, Teemu & Vauramo, Erkki (2014). *Saadaanko sote-uudistuksella tasalaatua*. Kunnallissalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 82. Vammalan Kirja-paino Oy. Sastamala.
- Kinnula, Petra, Malmi, Teemu & Vauramo, Erkki (2017). *Mitä tunnuslukuja sotealueen sote-alueen johtamisessa tarvitaan?* Osat/vuosik. Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 102. Helsinki: KAKS – Kunnallissalan kehittämissäätiö. Pole-Kuntatieto Oy.
- Klijn, Erik-Hans (2008). Governance and Governance Networks in Europe. *Public Management Review*, 10(4): 505-525.
- Kolehmainen, Jari (2008). Paikallinen innovaatioympäristö ja henkilöiden verkostot - huomioita ICT-ammattilaisten arjesta. Teoksessa: Mustikkamäki, N. & Sotarauta, M. (Toim.). *Innovaatioympäristön monet kasvot*. Tampere: Tampere University Press.

Kooiman, Jan (1993). Societal-Political Governance: Introduction. In Kooiman, Jan (Eds). *Modern Governance: New Government-Society Interactions*. London: Sage.

Kooiman, Jan & Van Vliet, Martijn (1993). Governance and public management. In Elliassen, Kjell A & Kooiman, Jan (Eds). *Managing Public Organisations: Lessons from Contemporary European Experience*, 2nd edn. pp. 58–72. London: Sage.

Kröger, Teppo (1997). *Hyvinvointikunnan aika. Kunta hyvinvointivaltion sosiaalipalvelujen rakentajana*. Tampereen yliopisto (väitöskirja). Acta Universitatis Tampereensis 561.

Kuipers, Ben S., Higgs, Malcom, Kickert, Walter, Tummers, Lars, Grandia, Jolien & Van Der Voet, Joris (2013). The Management of change in public organizations: a literature review. *Public Admin*, 92(1): 1-20. Saatavissa 9.6.2019 doi:10.1111/padm.12040

Kukkurainen, Marja-Leena, Suominen, Tarja, Rankinen, Sirkku, Härkönen, Eeva & Kuokkanen, Liisa (2012). Organizational vision: experience at the unit level. *Journal of Nursing Management*, 20: 868–876. Saatavissa 9.6.2019 DOI: 10.1111/j.1365-2834.2011.01290.x

Kulmala, Harri I. (2003). *Cost management in firm network*. Tampere: Tampere University of Technology, Publications 418.

Kurkinen-Supperi, Anu (2006). *Allekirjoitettu johtajuus. Kuntajohtajien näemyksiä kuntajohtamisen ja johtajasopimuskäytännön nykyhetkestä ja tulevaisuudesta*. Tampereen yliopisto. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Kuusisto-Niemi, Sirpa, Ryhänen, Miia & Hyppönen, Hannele (2018). Tieto- ja viestintäteknologian käyttö sosiaalihuollossa vuonna 2017. Raportti 1/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy Helsinki.

Kärkkäinen, Jukka (2018). Löytyykö perusterveydenhuollon kriisiin ratkaisu perhelääkärimallista? *Julkari, STM:n hallinnonalan avoin julkaisuarkisto. OPTIMI Terveys- ja sosiaalitalouden uutiskirje* : 1/2018. Saatavissa 9.6.2019 <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201804056341>

Laihonen, Harri (2011). Kompleksisen arvoverkon johtaminen. Teoksessa: Jalonen Harri, Aarva, Kim, Juntunen, Pekka, Laihonen, Harri, Laitinen, Ilpo, Lönnqvist Antti (toim). *Arvoverkkoa kokemassa – Saaliina tuottavuutta ja innovaatioita*. Helsinki. Acta nro 226. Suomen kuntaliitto: ss. 78-98.

Laihonen, Harri, Hannula, Mika, Helander, Nina, Ilvonen, Ilona, Jussila, Jari, Kukko, Marianne, Kärkkäinen, Hannu, Lönnqvist, Antti, Myllärniemi, Jussi, Pekola, Samuli, Virtanen, Pasi, Vuori, Vilma & Yliniemi, Terhi (2013). *Tietojohtaminen*. Tampereen Teknillinen Yliopisto, Tiedonhallinnan ja logistiikan laitos. Tampere.

- Laitinen, Ilpo, Kinder, Tony & Stenvall, Jari (2018). Street-level new public governances in integrated services-as-a-system. *Public Management Review*, 20(6): 845-872. Saatavissa 9.6.2019 DOI: 10.1080/14719037.2017.1340506
- Lappalainen, Kari (2015). Sosiaali- ja terveydenhuollon alueiden luova hallinta innovatiivisten arvoverkkojen systeemillä koordinaatiolla. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, 7(4): 221-236. Saatavissa 9.6.2019 <https://journal.fi/finjehew/article/view/53521>
- Lappalainen, Kari (2016). Julkisen erikoissairaanhoidon valmius alueelliseen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistukseen. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, 8(4): 177-199. Saatavissa 9.6.2019 <https://journal.fi/finjehew/article/view/60196>
- Lappalainen, Kari (2018). Terveydenhuollon hallinnan muutosajureista. *Journal of Finnish eHealth & eWelfare*, 10(1): 60-78. Saatavissa 9.6.2019 <https://journal.fi/finjehew/article/view/65423>
- Lappalainen, Kari & Kivinen, Petri (2018). Palvelutuotannon arvon johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon strategisissa arvoverkkoissa. *Focus Localis*, 46(4): 49-67.
- Lee, Myungsuk (2003). *Conceptualizing the New Governance: A New Institution of Social Coordination*. Presented at the Institutional Analysis and Development Mini-Conference, May 3rd and 5th, 2003, Workshop in Political Theory and Policy Analysis, Indiana University, Bloomington, Indiana, USA.
- Lehmuskoski, Antero & Kuusisto-Niemi, Sirpa (2012). *Asiakaslähtöiset ja vaikuttavat sosiaalipalvelut. Opas sosiaalihuollon käsitteelliseen tarkasteluun*. Concept Crystal. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Itä-Suomen yliopisto.
- Finlex 320 (2017), Laki liikenteen palveluista (Liikennepalvelulaki). <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170320>
- Lindsay, Colin, Findlay, Patricia, McQuarrie, Johanna, Bennie, Marion, Dunlop Corcoran, Emma & Van Der Meer, Robert (2017). Collaborative innovation, new technologies, and work redesign. *Public Administration Review*, 78(2): 251-260.
- Lindström, Eva, Nilbert, Mef, Lennartsson, Fredrik, Anell, Anders, Tengvald, Karin & Andersson, Caroline (2014). *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna*. Rapport 2014:8. TMG Sthlm, Stockholm.
- Lockett, Andy, Currie, Graeme, Waring, Justin, Finn, Rachael & Martin, Graham (2012). The role of institutional entrepreneurs in reforming healthcare. *Social Science & Medicine*, 74(3): 356-363.
- Lumme, Sonja (2017). Developing methodology of measuring socioeconomic equity in health care using register data. Doctoral dissertation (article-based). University of Helsinki, Faculty of Medicine, Hjelt Institute, Department of Public Health.

Lundström, Ilona (2011). *Kuntien palveluhankintojen muutos. Tutkimus kuntien palveluhankintojen kilpailuttamisessa esiintyvistä ongelmista ja niiden syistä*. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Lynn, Laurence E Jr, Heinrich, Carolyn J & Hill, Carolyn J (2001). *Improving Governance: A New Logic for Empirical Research*. Washington. D.C.: Georgetown University Press. USA.

Macfarlane, Fraser, Barton-Sweeney, Cathy, Woodard, Fran & Greenhalgh, Trisha (2013). Achieving and sustaining profound institutional change in healthcare: Case study using neo-institutional theory. *Social Science & Medicine*, 80:10-18.

Magda, Beverly (2012). Mitigating the effects of technology change in healthcare IT. *Online Journal of International Case Analysis*, 3(1): 37-43.

Maliranta Mika (2014). *Luovan tuhon tie kilpailukykyyn. Miten innovointi vaikuttaa yrityksiin, kansantalouteen ja kansalaisiin*. Tehokkaan Tuotannon Tutkimussäätiö. Helsinki: Julkaisumonistamo Eteläranta Oy.

Maliranta Mika (2016). Reaalisten yksikkökustannusten kehitys ja siihen vaikuttavat tekijät Suomessa ja Ruotsissa. *Kansantaloudellinen aikakauskirja*, 112(1): 22-46.

Mannermaa, Mika. (1999). *Tulevaisuuden hallinta. Skenaariot strategiatyöskentelyssä*. Porvoo. WSOY.

Martinussen, Pål E & Magnussen, Jon (2011). Resisting market-inspired reform in healthcare: The role of professional subcultures in medicine. *Social Science & Medicine*, 73(2): 193-200.

Mason, Anne, Goddard, Maria K & Weatherly, Helen LA (2014). Financial mechanisms for integrating funds for health and social care: an evidence review. Centre for Health Economics, The University of York, Research Paper 97.

Mason, Anne, Goddard, Maria, Weatherly, Helen & Chalkley, Martin (2015). Integrating funds for health and social care: an evidence review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 20(3): 177-188. Saatavissa 9.6.2019 DOI: 10.1177/1355819614566832

Maun, Andy, Nilsson, Kerstin, Furåker, Carina & Thorn, Jörgen (2013). Primary healthcare in transition – a qualitative study of how managers perceived a system change. *BMC Health Services Research*, 13(382): 1-9.

May, Carl (2013). Agency and implementation: Understanding the embedding of healthcare innovations in practice. *Social Science & Medicine*, 78: 26-33. Saatavissa 9.6.2019 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.021>

McKenney, Susan & Reeves, Thomas C. (2014). Educational design research. Teoksessa J. Michael. Spector, M. David. Merrill, J. Elen & M. J. Bishop (toim.) *Handbook of research on educational communications and technology*. New York: Springer, 131–140.

- Meijer, Albert (2016). Coproduction as a structural transformation of the public sector. *International Journal of Public Sector Management*, 29(6): 596-611.
- Melnyk, Bernadette M (2016). Culture Eats Strategy Every Time: What Works in Building and Sustaining an Evidence-Based Practice Culture in Healthcare Systems. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(2): 99-179.
- Merali, Yasmin & Allen, Peter (2011). Complexity and Systems Thinking. Teoksessa: The SAGE. *Handbook of Complexity and Management*. Edited by Allen, P., Maguire, S. & McKelvey, B. Sage Publication: Great Britain. 31-52.
- Mintzberg, Henry (1992). *Structure in fives: Designing effective organizations*. London. Prentice Hall International Editions.
- Morrissey, Walter W (2014). Reconfiguring your delivery network. *Healthcare Financial Management*, 68(12): 36-39.
- Moullin, Max (2017). Improving and evaluating performance with the Public Sector Scorecard. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 66(4): 442-458.
- Mulgan, Geoff (2009). *The art of public strategy: Mobilizing power and knowledge for the common good*. Oxford: Oxford University Press.
- Möller, Kristian, Rajala, Arto & Svahn, Senja (2001). Strategisten yritysverkkojen tyypit ja johtamisen haasteet. Laatu verkostotaloudessa -teknologiaohjelman loppuraportti 14/2001. Helsinki: Tekes.
- Möller, Kristian, Rajala, Arto & Svahn, Senja (2004). *Tulevaisuutena liiketoimintaverkot. Johtaminen ja arvonnluonti*. Helsinki: Teknologiateollisuuden julkaisu 11/2004.
- Möller, Kristian, Rajala, Arto, & Svahn, Seija (2005). Strategic business nets - their type and management. *Journal of Business Research*, 58(9): 1274-1284.
- Möttönen, Sakari (2011). Kunnallisen itsehallinnon merkitys ja uudistuminen muuttuvassa toimintaympäristössä. Teoksessa: *Kunnallisen itsehallinnon peruskivet*. (toim.) Haveri, Arto., Stenvall, Jari. & Majoinen, Kaija. Kunnallistieteen yhdistys, Suomen Kuntaliitto, Helsinki, 63 - 84.
- Nahapiet, Janine & Ghoshal, Sumantra (1998). Social capital, intellectual capital and the organizational advantage. *Academy of Management Review*, 23(2): 242-266.
- Nardone, Gianluca, Sisto, Riccardo & Lopolito, Antonio (2010). Social capital in the leader Initiative: a methodological approach. *Journal of Rural Studies*, 26(1): 63-72.
- Newman, Janet E (2001). *Modernising Governance: New labour, Policy and Society*. Sage Publications Ltd. UK.
- Nichol, Peter B & Brandt, Jeff (2016). Co-Creation of Trust for Healthcare: The Cryptocitizen Framework for Interoperability with Blockchain. Research Proposal.

ResearchGate. Saatavissa 9.6.2019 <https://www.researchgate.net/publication/306013124>

Nichols-Casebolt, Ann, Figueira-McDonough, Josefina & Netting, Ellen F. (2000). Change strategies for integrating women's knowledge into social work curricula. *Journal of Social Work Education*, 36(1): 65-78.

Niemi, Anu, Ranta, Seppo, Kuosmanen, Pekka, Rajala, Juuso, Torkki, Paulus & Jämsén, Arja (2015). Toiminnan integraatio kuuluu soten ytimeen. Suomen lääkäri-lehti 44: 2930-2931.

Niemi, Petri, Rautiainen, Antti, Kannasoja, Sirpa, Haapakoski, Kaisa, Pellinen, Jukka & Mäntysaari, Mikko (2017). Hyvinvoinnin teorit hyvinvoinnin edistämisessä ja poliittisessa päätöksenteossa. *Hallinnon Tutkimus*, 36(3): 166-181.

Nieminen, Mika, Valovirta, Ville & Pelkonen, Antti (2011). *Systeemiset innovaatiot ja sosiotekninen muutos*. Kirjallisuuskatsaus. VTT Technical Research Centre of Finland. Espoo.

Nijmeijer, Karlijn J., Fabbrocetti, Isabelle N. & Huijsman, Robbert (2015). Creating Advantages with Franchising in Healthcare: An Explorative Mixed Methods Study on the Role of the Relationship between the Franchisor and Units. *PLoS ONE*, 10(2): 1-21. Saatavissa 9.6.2019 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115829>

Nolte, Ellen & Pitchforth, Emma (2014). *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?*. European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen.

Nordgren, Lars (2010). The healthcare voucher: Emergence, formation and dissemination. *Financial Accountability & Management*, 26(4): 443-464.

Nordin, Patrik & Jalonen, Harri (2015). Hyvinvointiverkosto institutionaalisenä yrittäjyytenä. Tapaustutkimus Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelman toteuttajaverkostosta. *Hallinnon tutkimus*, 34(2): 123-142.

Nordin, Patrik & Parviainen, Jarno (2018). Viranomaistehtävien synergioista lähtevä hallinnon organisoiminen – Kokonaisuus ja asiakaslähtöiset palvelut kolmella eri hallinnonalalla. *Hallinnon Tutkimus*, 37(1): 37-52.

Nugent, Michael E (2011). Managing your margin after reform the strategic margin plan. *Healthcare Financial Management*, 65(1), p 40-44.

Nurminen, Ritva (2007). Ammattitaitovalmentaja pk-yrityksessä –projekti. Teoksessa: *Osaaminen hallintaan. Ammattitaidon valmentaminen pienissä ja keski-suurissa yrityksissä*. Toim. Ritva Nurminen. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, 11-81. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 74.

Nyholm, Inga (2008). *Keskijohto kuntamuutoksen näkijänä ja kokijana. Seurattavuus muutosprosessina kuntien keskijohdon näkökulmasta*. Väitöskirjatutkimus. Tampereen yliopisto. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 705. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

OECD (2011). *Together for Better Public Services: Partnering with Citizens and Civil Society*. OECD Public Governance Reviews, OECD Publishing. Saatavissa 9.6.2019 doi:10.1787/9789264118843-en

Osborne, Stephen P (2006). The New Public Governance? *Public Management Review*, 8(3): 377-387.

Osborne, Stephen P (2010). "Introduction. The (new) public governance: A suitable case for treatment?" In *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. edited by Stephen Osborne, 1-16. Abingdon: Routledge.

Osborne, Stephen P & Brown, Louise (2011). Innovation, public policy and public services delivery in the UK: the word that would be king. *Public Administration*, 89(4): 1335-1350.

Osborne, Stephan P, Radnor, Zoe & Nasi, Greta (2013). A New Theory for Public Service Management? Toward a (Public) Service-Dominant Approach. *The American Review of Public Administration*, 43(2): 135-158.

Otala, Leenamajja (2008). *Osaamispääoman johtamisesta kilpailuetu*. Porvoo: WSOY.

Parviainen, Petri, Lillrank, Paul & Ilvonen, Karita (2005). *Johtaminen terveydenhuollossa. Käytännöt, vastuut, valvonta*. Talentum. Helsinki.

Peck, Edward (2002). Integrating health and social care. *Managing Community Care*, 10: 16-19.

Peters, Guy B (2011). Comparative public administration: after new management, what? Teoksessa Hyyryläinen, E. & Viinamäki, O-P. (toim.). *Julkinen hallinto ja julkinen johtaminen* (s. 20-32). Acta Wasaensia No 238. Vaasa.

Peters, Guy B (2017). Management, management everywhere: whatever happened to governance? *International Journal of Public Sector Management*, 30(6-7): 606-614.

Petrakaki, Dimitra, Barber, Nick & Waring, Justin (2012). The possibilities of technology in shaping healthcare professionals: (Re/De-) Professionalisation of pharmacists in England. *Social Science & Medicine*, 75: 429-437.

Pfeffer, Jeffrey & Salancik, Gerald (1978) *The External Control of Organisations: A Resource Dependence Perspective*. New York: Harper and Row.

Pierre, Jon (2009). New Governance, New Democracy? *QoG Working paper*, series 2009:4. University of Gothenburg. Gothenburg.

Pierre, Jon & Peters, Guy B (2000). *Governance, Politics and the State*. London: Macmillan Press.

Pihlaja, Ritva (2010). *Kolmas sektori ja julkinen valta. Kaks – Kunnallissalan kehittämissäätöön tutkimusjulkaisut*, nro 61. Vammalan Kirjapaino Oy, Sastamala.

Plomp, Tjeerd (2007). An introduction. Teoksessa Tjeerd Plomp & Nienke Nieveen (toim.) *An Introduction to Educational Design Research*. SLO - Netherlands institute for curriculum development. Enschede, 3rd print March 2010, s. 10–51.

Provan, Keith & Lemaire, Robin (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.

Pollitt, Christopher (1993). *Managerialism and Public Services. Cuts or Cultural Change in the 1990s*. Oxford, Blackwell. pp. 1 -27.

Porter, Michael E (2010). What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*, 363(26): 2477-2481.

Porter, Michael E & Kaplan, Robert S (2017). Value-Based Healthcare in 2017. Guest editorial. *The Journal of Healthcare Management.org*, 17(1).

Raghupathi, Wullianallur & Raghupathi, Viju (2014). Big data analytics in healthcare: Promise and potential. *Health Information Science and Systems*, 2(1)3: 1-10. Saatavissa 9.6.2019 <https://doi.org/10.1186/2047-2501-2-3>

Raunio, Kyösti (1999). *Positivismi ja ihmistiede: Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt*. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Rajaniemi, Jani (2010). *Organisaatorakenne ja innovatiivisuus. Tutkimus organisaatorakenteista johtuvista innovatiivisuuden esteistä*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Ranta, Tommi (2011). *Innovaatioympäristö monenkeskisenä verkostona, Alueellisen innovaatioympäristön verkostointensiteetti ja organisoitumisen muodot*. Väitöstutkimus. Vaasan yliopisto. Acta Wasaensia no 240. Liiketaloustiede 99, johtaminen ja organisaatiot.

Redding, John (2013). Achieving clinical integration. *Healthcare Financial Management*, 67(11):56-60.

Reeves, Thomas C., Herrington, Jan, & Oliver, Ron (2004). A development research agenda for online collaborative research. *Educational Technology Research & Development*, 52(4), 53-65.

Rhodes, Rod A. W (1996). The New Governance: Governing without Government. *Political Studies*, 44(4): 652–667.

Rhodes, Rod A. W (1997). *Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*. Bristol, PA: Open University Press.

Ricard, David (1817 [2004]). *On the Principles of Political Economy and Taxation*. The work and correspondence of David Ricardo. Volume I. Edited by Piero Sraffa with the Collaboration of M.H. Dobb. Liberty Fund Inc. Indianapolis.

Rico, Ana, Saltman, Richard B & Boerma, Wienke GW (2003). Organizational Restructuring in European Health Systems: The Role of Primary Care. *Social Policy & Administration*, 37(6): 592-608.

- Ringholm, Toril (2017). Ambiguous Accountability in Municipal Innovation. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 22(3): 1-19.
- Ripple, R. E. (1989). Ordinary creativity. *Contemporary Educational Psychology*, 14(3): 189-202.
- Robinson, Steward, Radnor, Zoe, Burgess, Nicole & Worthington Claire (2012). SimLean: Utilising simulation in the implementation of lean in healthcare. *European Journal of Operational Research*, 219(1): 188-197. Saatavissa 9.6.2019 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0377221711011234>
- Rockart, John F (1979). Chief executives define their own data needs. *Harvard Business Review*, March-April. no. 79209: 81-92.
- Romme, A. Georges L (2003). Making a difference: organization as design. *Organization Science: A Journal of the Institute of Management Sciences*, 14: 558-573.
- Rosenau, James N (1992). Governance, Order, and Changes in World Politics. In Rosenau, James & Czempiel, Ernst-Otto (1992). *Governance without Government: Order and Change in World Politics*. Cambridge University Press. pp. 1-29.
- Rouvinen, Petri (2002). Kilpailukykyä etsimässä. *Kansantaloudellinen aikakausikirja*, 98(1): 90-93.
- Scharpf, Fritz W (1994). Games Real Actors Play: Positive and Negative Coordination Embedded Negotiations. *Journal of Theoretical Politics*, 1(6): 27-5.
- Schrage, Michael (2016). Companies are Now Making Innovation Everyone's Job. *Harvard Business Review*, January/2016.
- Schumpeter, Joseph A (1918 [2005]). *The economics and sociology of capitalism*. Edited by Nee Victor & Swedberg Richard (ed.). Princeton, USA: Princeton University Press.
- Schumpeter, Joseph A (1942 [2003]). *Capitalism, socialism and democracy*. With the new introduction of Swedberg Richard. This edition published in the Taylor & Francis e-Library. First published in USA. London and New York: Routledge.
- Shah, Tushaar (1996). *Catalysing Cooperation: design of self-governing organizations*. New Delhi: Sage.
- Skinner, Mark W & Rosenberg, Mark W (2006). Managing competition in the countryside: Non-profit and for-profit perceptions of long-term care in rural Ontario. *Social Science & Medicine*, 63(11): 2864-2876.
- Snyder, Kimberlee D, Paulson, Patrick & McGrath, Patrick (2005). Improving processes in a small health-care network. a value-mapping case study. *Business Process Management Journal*, 15(3), 337-354.
- Stenvall, Jari & Syväjärvi, Antti (2006). *Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjauskuntien hyvinvointitehtävissä*. Helsinki: Valtionvarainministeriö. Tutkimukset ja selvitykset, 3/2006.

Stoker, Gerry (1998). *Governance as theory: five propositions*. Unesco. Oxford, UK and Malden, MA, USA: Blackwell Publishers.

Stoker, Gerry (2011). Was local governance such a good idea? A global comparative perspective. *Public Administration*, 89(1): 15-31.

Strauss, Anselm L & Corbin, Juliet M (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Strauss, Anselm L & Corbin, Juliet M (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. SAGE Publications.

Stuckler, David, Basu, Sanjay & McKee, Martin (2010). How government spending cuts put lives at risk. *Nature*, 465(7296): 289. Saatavissa 9.6.2019 <http://dx.doi.org/10.1038/465289a>

Ståhle, Pirjo & Sotarauta, Markku (2002). *Alueellisen innovaatiotoiminnan tila, merkitys ja kehitys-haasteet Suomessa*. Esiselvitys. Tulevaisuusvaliokunta Teknologian arviointeja 13. Eduskunnan kanslian julkaisu; 2002:8.

Sundbo, Jon (1998). *The Theory of Innovation*. Edward Elgar Publishing. Cheltenham, UK.

Sushmita, Shanu, Virendra, Prabhu R, Newman, Stacey, De Cock, Martine, Marquardt, James & Teredesai, Ankur (2015). Population Cost Prediction on Public Healthcare Datasets. Center for Data Science, University of Washington – Tacoma, Institute of Technology. *DH '15 Proceedings of the 5th International Conference on Digital Health*, s. 87-94. Saatavissa 9.6.2019 <http://dx.doi.org/10.1145/2750511.2750521>

Sutton, Robert I. & Barry M. Staw (1995). What Theory is Not. *Administrative Science Quarterly*, 40(3): 371-384.

Swanson, Gale A & Miller, James G (1989). *Measurement and interpretation in accounting: a living systems theory approach*. New York: Quorum Books.

Swayne, Linda E, Duncan, Jack W & Ginter, Peter M (2008). *Strategic Management of Health Care Organizations*. Sixth editions. John Wiley & Sons Ltd, England.

Sørensen, Eva (2014). The metagovernance of public innovation in governance networks. Paper to be presented at the Policy & Politics conference in Bristol, 16th – 17th of September 2014. Saatavissa 9.6.2019 <https://www.bristol.ac.uk/mediabrary/sites/sps/migrated/documents/sorensonthemetagovernanceofpublicinnovation.pdf>

Sørensen, Eva & Torfing, Jacob (2007). *Theories of Democratic Network Governance*. Basingstoke, UK: Palgrave-Macmillan.

Sørensen, Eva & Torfing, Jacob (2008). 'Governance Network Research: Towards a Second Generation', in Sørensen, Eva & Torfing, Jacob (eds), *Theories of Democratic Network Governance*. London: Palgrave.

Sørensen, Eva & Torfing, Jacob (2011). Enhancing collaborative innovation in the public sector. *Administration & Society*, 43(8): 842-68.

Sørensen, Eva & Torfing, Jacob (2017). Meta-governing collaborative innovation in governance networks. *American Review of Public Administration*, 47(7): 826-839.

Taylor, Linnet, Schroeder, Ralph & Meyer, Eric (2014). Emerging practices and perspectives on Big Data analysis in economics: Bigger and better or more of the same? Sage. *Big Data & Society*, 1(2): 1–10. Saatavissa 9.6.2019 doi:10.1177/2053951714536877

Thompson Victor A (1969). *Bureaucracy and Innovation*. University of Alabama Press. USA.

Tomkins, Cyril (2001). Interdependencies, trust and information in relationships, alliances and networks. *Accounting, Organizations and Society*, 26(2): 161-191.

Topol, Eric (2013). *The creative destruction of Medicine. How the Digital Revolution Will Create Better Health Care*. Basics Books, New York.

Torfing, Jacob & Triantafillou, Peter (2013). What's in a Name? Grasping New Public Governance as a Political Administrative System. *International Review of Public Administration*, 18(2): 9–25.

Tuurnas, Sanna (2015). Learning to co-produce? The perspective of public service professionals. *International Journal of Public Sector Management*, 28(7): 583-598.

Uusimaa 2019 (2018). Sote-järjestäjän käytännöt Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Uudenmaan maakunnassa. 22.10.2018 päivitetty. Saatavissa 9.6.2019 [https://www.uusimaa2019.fi/files/22722/Sote-jarjestajan\\_kaytanot\\_paivittyva.pdf](https://www.uusimaa2019.fi/files/22722/Sote-jarjestajan_kaytanot_paivittyva.pdf)

VAKAVA työryhmä (2014). *Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnon alueellista kehittämistä ohjaava viitearkkitehtuuri*. Valtakunnallinen kokonaisarkkitehtuurin suunnittelun ja kuvaamisen tukiprojektin loppuraportti. Kuntaliitto. 1.9.2014.

Valkama, Pekka & Anttiroiko, Ari-Veikko (2011). Innovaatioperusteinen palvelutalouden muutos: verkostoitumisen ja digitalisaation vaikutukset julkisiin palveluihin. *Kansantaloudellinen aikakauskirja*, 107(3): 256-273.

Valtioneuvosto (2015). *Aluejaon perusteet ja sote-uudistuksen askelmerkit*. Hallituksen linjaus 7.11.2015. Saatavissa 9.6.2019 <http://vnk.fi/documents/10616/1865308/Hallituksen+linjaus+aluejaon+perusteet%2C+sote-uudistuksen+askelmerkit+ja+aluejakomalli.pdf/0e5e4239-01b0-401b-b683-f82a9cb4ddb7>

Van Buuren, Arvin & Loorbach, Derk (2009). Policy innovation in isolation. *Public Management Review*, 11(3): 375-392.

van den Akker, Jan (2007). Curriculum design research. Teoksessa T. Plomp & N. Nieveen (toim.) *An introduction to educational design research*. SLO. Netherlands Institute for Curriculum Development, s. 37–50.

van Rossum, Lisa, Aij, Kjeld H, Simons, Frederique E, van der Eng, Niels & Ten Have, Wouter D (2016). Lean healthcare from a change management perspective: The role of leadership and workforce flexibility in an operating theatre. *Journal of Health Organization and Management*, 30(3): 475-493.

Varamäki, Elina, Järvenpää, Marko, Kohtamäki, Marko, Tuominen, Tommi, Vuorinen, Tero, Sorama, Kirsti, Laitinen, Erkki. K., Wingren, Tom, Helo, Petri & Vesalainen, Jukka (2006). Challenges of creating a network-level performance measurement system for sme networks. *Regional Frontiers of Entrepreneurship Research /* (ed) L. Murray Gillin, Melbourne: AGSE, Swinburne University of Technology, p. 510-530.

Vesalainen, Jukka (2004). Kärkiyrittäjäverkosto ja suorituskyvyn mittaaminen sosiaalisesti konstruoituneena ilmiönä. s. 43–57. Teoksessa: Varamäki, Elina. (Toim.). *Kärkiyrittäjäverkoston suorituskyky - teoreettinen viitekehys*. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 262.

Virtanen, Petri & Stenvall, Jari (2010). *Julkinen johtaminen*. Tietosanoma Oy. Tallinna.

Von Bertalanffy, Ludvig (1969). *General Systems Theory: Foundations, development, applications*. New York, NY: George Braziller.

Vuori, Jari, Kylänen, Marika & Mikkonen, Santtu (2018). Working Citizens' Cross-Sectoral Preferences in England and Finland. Teoksessa Savignon, Andrea B., Gnan, Luca, Hinna, Alessandro, Monteduro, Fabio (ed.). *Cross-Sectoral Relations in the Delivery of Public Services*. Emerald Publishing Limited, West Yorkshire. *Studies in Public and Non-Profit Governance*, 6(1):79–93.

Väyrynen, Hannele, Helander, Nina & Jalonen, Harri (2015). Tietämyksenhallinta osana organisaation toimintaa – hallintaa ja hämmennystä? *Hallinnon Tutkimus*, 34(4): 310-325.

Wang, Yichuan & Hajli, Nick (2017). Exploring the path to big data analytics success in healthcare. *Journal of Business Research*, 70: 287-299. Saatavissa 9.6.2019 <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2016.08.002>

Weick, Karl E (1995). What Theory is Not, Theorizing is. *Administrative Science Quarterly*, 40(3): 385-390.

Westra, Daan, Angeli, Federica, Jatautait, Evelina, Carree, Martin & Ruwaard, Dirk (2016). Understanding specialist sharing: A mixed-method exploration in an increasingly price-competitive hospital market. *Social Science & Medicine*, 162: 133-142.

Whellams, Anne (2016). *Valinnanvapaus Englannin sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Työpäpaperi 2/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Saatavissa 9.6.2019 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-605-6>

Winblad, Ulrika (2007). 'Valfriheten: en misslyckad sjukvardsreform?', in P. Blomqvist (ed.), *Vem styr vården? Organisation and politisk styrning inom svensk sjukvård*. (Centre for Business and Policy Studies, SNS, Stockholm) s. 132-56.

Wisdom, Jennifer P, Chor, Ka Ho Brian, Hoagwood, Kimberly E & Horwitz, Sarah M (2014). Innovation adoption: a review of theories and constructs. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(4): 480-502.

World Economic Forum (2017). Value in Healthcare Laying the Foundation for Health System Transformation. Insight Report. In collaboration with The Boston Consulting Group (BCG). Geneva, Switzerland.

Zillner, Sonja & Neururer, Sabrina (2015). Technology Roadmap Development for Big Data Healthcare Applications. *Künstliche Intelligenz*, 29(2): 131-141. Saatavissa 9.6.2019 <https://doi.org/10.1007/s13218-014-0335-y>

Zolkiewski, Judy (2004). Marketization and the delivery of UK health services. Three case studies. *Journal of Business Research*, 57(9): 1012-1020.

Xu, Runya, Qigui Sun & Wei Si (2015). The Third Wave of Public Administration: The New Public Governance. *Canadian Social Science*, 11(7): 11-21.

Ylä-Anttila, Pekka & Kulmala, Harri I (2009). Miten Suomi erikoistuu maailmantaloudessa? Teoksessa, Valkokari K., Hyötyläinen R., Kulmala H. I., Malinen P., Möller K. & Vesalainen J. (toim.), *Verkostot liiketoiminnan kehittämisessä*: 23-44. WSOY-pro. Helsinki.

## Liitteet

### Liite 1. Väitöskirjan tekijän henkilökohtainen työpanos 4. artikkelissa

**Artikkeli 4:** Palvelutuotannon arvon johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon strategisissa arvooverkoissa.

Artikkeli julkaistiin joulukuussa 2018 Focus Localis nimisessä tiedelehdessä. Artikkelia ei ole aiemmin käytetty osana väitöskirjatutkimusta.

Laadin itse artikkelille perusrungon sekä kirjoitin kokonaisuudesta pohjaversion. Samalla totesin, että artikkeli hyötyisi, mikäli sen toteuttamiseen osallistuisi henkilö, jolla on vahva käytännön asiantuntemus sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisesta johtamisesta sekä kliinisestä potilastyöstä. Artikkelin laadinnassa minulla oli niin sanottu päävastuu.

Petri Kivinen (Siun soten - Pohjois-Karjan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän Hallintoylilääkäri, Lääketieteen tohtori ja Hallintotieteen kandidaatti) tuotti artikkeliin toimialan substanssiin ja tietojohdamiseen liittyviä viitauksia, kommentteja sekä soveltuvia tarkennuksia.

Artikkelin keskeisestä osiosta eli alueellisen arvoverkkojen johtamisjärjestelmän mallinnuksesta tein pohjaehdotuksen, jota jalostimme yhteistyössä.

Artikkelin menetelmä osion sekä analyysin eli pohdintaosin toteutimme yhdessä kirjoittamisvastuuta vuorotellen ja pitäen yhteensä neljä erillistä työpajaa.

## Liite 2. Haastattelututkimuksen teemahaastattelun kysymykset

**TUTKIMUKSEN TEEMAHAASTATTELUOSUUS, Vaasan Yliopisto, Hallintotieteet, Julkisjohtaminen / väitöstutkimus - Kari Lappalainen**

**Tutkimusaihe: Sosiaali- ja terveydenhuollon luova hallinta**

Teemakysymys 1

Kuinka luonnehtisitte Suomen terveydenhuollon nykytilaa?

Teemakysymys 2

Näettekö valmisteilla olevaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen tarpeelliseksi?

Teemakysymys 3

Tulisiko tulevien itsehallintoalueiden yksittäisten toimijoiden palvelutuotannossa ylläpitää palvelujen monipuolisuutta ja sallia päällekkäisiä toimintajia vai tulisiko alueella toteuttaa toimijoiden välistä työpajakoa ja edistää toimijoiden erikoistumista?

Teemakysymys 4

Mitkä olisivat mielestänne sellaisia asioita, joista päättäminen tulisi olla lähellä varsinaista palvelutuotantoa?

Teemakysymys 5

Mitkä olisivat mielestänne sellaisia asioita, joista päättäminen tulisi tulevilla itsehallintoalueilla tehdä keskitetysti?

Teemakysymys 6

Mitkä tekijät mielestänne vaikeuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannon kehittämistä?

Teemakysymys 7

Miten näette kilpailun ja kilpailukykyajattelun soveltuvan terveydenhuollon toimialalle?

Teemakysymys 8

Kuinka itsehallintoalueen työpaikkarakenteiden joustavuutta tulisi mielestänne kehittää?

Teemakysymys 9

Kuinka itsehallintoalueen toimijoiden välistä tiedonkulkua voitaisiin mielestänne kehittää avoimemmaksi ja läpinäkyvämmäksi?

Teemakysymys 10

Miten toimintaan ja talouteen liittyvää suunnittelua ja seurantaa tulisi mielestänne kehittää?

Teemakysymys 11

Miten kuvaisitte tutkimus- ja kehitystoiminnan asemaa ja roolia organisaatiossanne?

Teemakysymys 12

Kuinka kehittäisitte tutkimus- ja kehitystoimintaa tulevilla itsehallintoalueilla?

Teemakysymys 13

Miten ihmiset saadaan antamaan luovuutensa organisaatioidensa toiminnan kehittämiseen?

Teemakysymys 14

Jos visiolla tarkoitetaan näkemystä tulevaisuudesta, jonka organisaatio haluaa saavuttaa niin... Millaisia asioita itsehallintoalueen yhteiseen visioon tulisi sisällyttää?

## Artikkelit

[1] Lappalainen, K. (2015). Sosiaali- ja terveydenhuollon alueiden luova hallinta innovatiivisten arvoverkkojen systeemisellä koordinaatiolla. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, 7(4): 221-236. Saatavissa 9.6.2019 <https://journal.fi/finjehew/article/view/53521>.

[2] Lappalainen, K. (2016). Julkisen erikoissairaanhoidon valmius alueelliseen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistukseen. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, 8(4): 177-199. Saatavissa 9.6.2019 <https://journal.fi/finjehew/article/view/60196>.

[3] Lappalainen, K. (2018). Terveydenhuollon hallinnan muutosajureista. *Journal of Finnish eHealth & eWelfare*, 10(1): 60-78. Saatavissa 9.6.2019 <https://journal.fi/finjehew/article/view/65423>.

[4] Lappalainen, K. & Kivinen, P. (2018). Palvelutuotannon arvon johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon strategisissa arvoverkoissa. *Focus Localis*, 46(4): 49-67.



## Sosiaali- ja terveydenhuollon alueiden luova hallinta innovatiivisten arvoverkkojen systemisellä koordinaatiolla

Kari Lappalainen, HTM, KTM, toimitusjohtaja

FCG Consulting Oy ja FCG Datawell Oy Helsinki, Finland; Vaasan yliopisto, Vaasa, Finland

**Kari Lappalainen, FCG Consulting Oy ja FCG Datawell Oy Helsinki, FINLAND. Tohtoriopiskelija, Vaasan yliopisto (julkisjohtamisen tutkimus), Vaasa, FINLAND. Sähköposti: kari.lappalainen@live.fi.**

### Tiivistelmä

Valmistelun kohteena olevan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen keskeisenä tavoitteena on kehittää palvelutuotantoa ohjaavia hallinnon rakenteita siten, että ne edistävät tuoreiden ja toimintaa innovatiivisesti uudistavien ratkaisujen kehittymistä. Keskiössä on modernin tietoteknologian ja alueellisen arvoverkon erikoistuneen osaamisen hyödyntäminen.

Vaikka huippuosaamisen edellyttämä erikoistuminen saadaan pienemmillä väestöpohjilla toimivaksi luomalla verkostomainen toimintamalli, lisääntyy toimijoiden määrän kasvaessa myös niiden väliset vuorovaikutus- ja riippuvuussuhteet. Systemisten muutosten katsotaan vaativan toisiinsa liittyvien osatekijöiden yhtäaikaista koordinoitua. Tällaista toimintaa voidaan jäsentää hallinnan systemisen koordinaation orientaatiolla, jolle yhteinen visio antaa strategisen ohjauksen ja lähtökohdat alueelliselle työjaolle.

Artikkelin tavoitteena on kehittää hallinnan (Governance) teoriaa jalostamalla teoreettista viitekehystä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita uudistavalle luovan hallinnan (Creative Governance) teorialle, jolle hallinnan systeminen koordinaatio antaa perustan ja jota arvoverkko- ja luovan tuhon (uudistamisen) teorioiden konvergenssi täydentää.

Alueelliseen toimintaympäristöön kohdistuu tulevaisuudessa lisääntyvä määrä systemisiä muutoksia, joten luovassa hallinnassa tulee painottaa orgaanisen ja dynaamisen organisaatorakenteen ominaisuuksia kuten joustavuutta, työjakoa, avoimuutta sekä nopeutta. Reformin konkreettiseksi tavoitteeksi tulee ottaa alueellisten työpaikkarakenteiden joustavuus, jolloin työn suuntaaminen ja jakaminen tehostuu. Uudistusta on pyrittävä edistämään optimoimalla kahta innovaatiotekijää eli suuruuden ekonomiaan perustuvaa innovaatioiden prosessikyvykkyyttä ja yksilöiden luovuutta ylläpitäviä, kohtuullisen kokoisia toimintayksiköitä. Se on mahdollista, jos strategia, johtaminen ja innovaatio toiminta pelaavat yhteen alueellisten arvoverkkojen luovana hallintana.

**Avainsanat:** hallinnonuudistus, verkostot, tietohallinto, tutkimus- ja kehittämistoiminta, innovaatiot



## Abstract

The key objective of the social and health care reform is to develop the administrative structures in such a way that the governance contributes fresh and innovative solutions. The main focus is in the use of modern information technology and the specialized know-how of the regional network.

The excellence can be obtained with the smaller populations by having a network-based approach. This increases the number of players, interactions and dependencies between them. Systemic changes are considered to require simultaneous coordination of related elements. Such activities can be structured by using the orientation of systemic coordination. The common vision provides strategic guidance and basis for the regional division of the responsibilities.

The article aims to develop the theory of Governance by refining the theoretical framework for the administrative structures of social and health care by generating a theory of Creative Governance. The orientation of systemic coordination provides the basis for the theory of creative governance. The convergence of the theories of value network and creative destruction (renewal) will supplement the theoretical framework.

In the future the regional environments are facing the increasing number of systemic changes. The creative governance should emphasize the properties of organic and dynamic organizational structures such as flexibility, division of labor, transparency and speed. A concrete target should be the flexibility of the regional employment structures. The reform must aim to promote innovations by optimizing two factors: capability of innovation processing and a reasonable size of units. It can be achieved, if the strategy, leadership and innovations are synchronized in the creative governance of regional value network.

**Keywords:** reform, networks, information management, research and development, innovation.

## Johdanto

Päätvaiheeseen tulleen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen keskeinen tavoite on supistaa julkisen talouden kestävyysvajetta tehostamalla toiminnan tuottavuutta. Erityisesti organisatorisiin rakenteisiin kohdistuvana muutos on lähivuosina ainutlaatuinen eikä sen kaikkien vaikutusten perinpohjainen ennakoiminen ole mahdollista. Uudistus tulee koskettamaan jokaista Suomen kansalaista. Poliittisen johdon uudistukselle asettamat tavoitteet eivät toteudu itsestään, vaan määrätietoisien ja eri sidosryhmien jatkuvaan vuorovaikutukseen perustuvan pitkäjänteisen kehitystoiminnan seurauksena.

Samalla kun Suomen kansantalouden rakenteelliset heikkoudet luovat tarvetta hakea uusia kustannustehokkaampia tapoja toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, tarjoaa tietoteknologian sekä hoito- ja palvelumenetelmien jatkuva kehittyminen edellytyksiä uusille innovatiivisille palvelutuotannon malleille. Uudistusta edeltävää tilannetta kuvaa hyvin vanhusväestön palvelutuotannon innovaatioita koskevan tutkimuksen johtopäätös, jonka mukaan yrittäjyys ja julkisorganisaatioiden yrittäjämäinen kehittäminen ei toteudu, koska järjestelmätason rakenteelliset esteet eivät jätä tilaa tuoreille ratkaisuille ja palvelujärjestelmää monipuolistaville uusille liiketoiminnoille [1].

Tulevaisuustutkijoiden mukaan osaaminen pyrkii keskittymään ja syventymään. Samalla uudesta osaamisesta hyötyvien määrä harvenee, joten erikoistuva yksikkö tarvitsee suuremman väestöpohjan. Tämä ei kuitenkaan ole ainut ratkaisu ongelmaan. Verkostomaisella toimintamallilla erikoistuminen saadaan toimimaan pienemmillä väestöpohjilla. [2, s. 108] Väestömäärältään pieni valtio, kuten Suomi, voi verkostomaiseen työhakoon perustuvalla tutkimus- ja kehittämistoiminnalla tuottaa



eri erikoisaloilla kansainvälisestäkin merkittäviä innovaatioita. Tietoteknologian nopean kehityksen myötä tietohallinto tulee nähdä kehityksen toteutumisen kannalta keskeisenä mahdollistajana.

Hallituksen valmisteluvaiheessa oleva uuden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmistelussa lähtökohdانا on, että Suomessa sosiaali- ja terveyspalvelujen palvelut kuuluvat julkisen vallan järjestämisvastuulle. Hallinnon rakenneuudistusta koskeva linjaus lähtee siitä, että jatkossa Suomen julkinen hallinto järjestetään kolmella tasolla, jotka ovat valtio, itsehallintoalue ja kunta. Vastuu sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä 18 maakuntapohjaiselle itsehallintoalueelle, jotka vastaavat sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä lain ja sen nojalla tehdyn valtioneuvoston järjestämis päätöksen mukaisesti kuitenkin niin, että kolme itsehallintoaluetta tukeutuu vaativimmissa palveluissa lailla säädettyä työnjaon mukaisesti muiden itsehallintoalueiden palvelurakenteisiin. Vaikka järjestämisvastuun katsotaan olevan kaikilla 18 itsehallintoalueella, muodostuisi sosiaali- ja terveydenhuoltoon tämän perusteella todellisuudessa 15 alueellista kokonaisuutta, joilla sotepalvelut tullaan järjestämään. Itsehallintoalueiden järjestämistehtävään kuuluu palvelutuotantostrategian laatiminen. Lisäksi hallituksen linjauksissa korostetaan, että valtionohjausta vahvistetaan ja se tulee näkymään myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittämistä koskevissa valtakunnallisissa strategiataason tavoitteissa. Järjestämislakiuudistuksen kustannustehokkuustavoitteen kannalta keskeiseksi nähdään palvelutuotannon vaihtoehtojen monipuolistaminen eli pyrkimys laajentaa itsehallintoalueiden valinnanvapautta tuottaa tarvittavat palvelut itse tai käyttää yksityisen tai kolmannen sektorin palveluita. Käytännössä tämä tarkoittaa, että itsehallintoalueiden omaa tuotantoa johtavien ammattijohtajien tulee toimia erillään järjestämistä koskevasta päätöksenteosta. Olennaista on, että palvelujen tulee olla kaikkien saatavilla ja ne kustannetaan pääosin verovaroin. Veroperusteisen rahoitusmallin on katsottu parhaiten varmistavan palvelujen mahdollisimman yhdenvertaisen toteutumisen. Sen myös uskotaan takaavan mahdollisuuden hallita sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kehitystä. [3] Vaikka rahoitusmallin katsotaan olevan päätöksenteon keskiössä, on syytä tiedostaa, että Euroopan Unionin rahoittaman seitsemän maan käytäntöjä ja hoitotuloksia selvittäneen tutkimuksen mukaan maissa, joissa terveydenhuollon rahoitus tapahtuu verovaroin, eivät hoitotulokset kuitenkaan olleet sen parempia kuin vakuutusperusteiseen rahoitukseen toimintansa perustavissa maissa [4].

Tämä artikkeli tarkastelee suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ohjaavien hallinnan rakenteiden uudistamista omaksuen lähtökohdakseen Stokerin [5] hallinnan teorian systeemisen koordinaation. Artikkelin tavoitteena on kehittää hallinnan (Governance) teoriaa jalostamalla teoreettista viitekehystä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita uudistavalle luovan hallinnan (Creative Governance) teorialle, jolle hallinnan systeeminen koordinaatio antaa perustan ja jota arvoverkko- ja luovan tuhon (uudistamisen) teorioiden konvergenssi täydentää. Tähän pyritään tuomalla esille hallintaan liittyviä tekijöitä, joiden avulla sosiaali- ja terveydenhuollon alueelliset toimijat voivat arvoverkossaan edistää jatkuvan kehittämisen kulttuuria tukeutumalla moderniin tietoteknologiaan ja monialaiseen tutkimus- ja kehittämistoimintaan. Luova hallinta korostaa uudistuvien sosiaali- ja terveydenhuollon alueiden innovaatiotoiminnan strategista roolia.

### Hallinnan teoriasta

Hallinnan (public governance) teorian mukaan rakenneuudistuksen kaltaisissa suurissa hallintoreformissa neuvotellaan eri intressejä edustavien tahojen yhteistyö sekä työnjako uusiksi ja ankkuroidaan tämä sitten instituutioihin kuten lakiin, asetuksiin, organisaatioihin sekä toimialan konventioihin [6]. Koska reformoitava järjestelmä on iso ja kompleksinen, kumpikaan osa haasteesta ei ole ollut helppo. Sosiaali- ja terveysjärjestelmien johtamista vaikeuttavat toimialan monet erityspiirteet, kuten julkisen rahoituksen ja tuotannon keskeinen rooli, jotka luovat toimialalle oman johtamiskulttuurin. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johtamisessa tasapainoillaankin toimialan substanssin ja hallinnan välisessä ristipaineessa. Substanssin osalta keskitytään palveluiden varsinaiseen tuottamiseen, kun taas



hallinnalla pyritään ohjaamaan palvelutuotannon edellytysten järjestämistä. Hallinta teoriana pyrkii siis kuvaamaan, miten eri toimijoiden ja sidosryhmien välisiä intressejä, valtasuhteita ja kannustimia säädelään. [7]

Kooimanin [8] mukaan hallinnalla tarkoitetaan yleisesti kaikkia niitä julkisten ja myös yksityisten toimijoiden vuorovaikutustilanteita, joilla pyritään ratkaisemaan yhteiskunnallisia ongelmia tai luomaan yhteiskunnallisia potentiaaleja; osallistamalla toimijoiden vuorovaikutuksen sääntelyyn sekä tarjoamalla vuorovaikutukselle normatiivista perustaa. Newman [9] on kehittänyt hallinnan teoriaa lisäämällä hallinnan tarkasteluun neljä luokittelevaa näkökulmaa. Hierarkkisessa hallinnassa kyse on keskitetystä ja vahvasti kontrolloidusta vallasta. Järkevän tavoitteen hallinnan hän näkee manageriaalisena hallintana, jolle on ominaista taloudellisten arvojen korostaminen. Verkkoihin perustuvassa hallinnassa painotetaan joustavaa yhteistyötä ja laajentumista. Newmanin itsehallinnoksi nimeämässä hallinnassa puolestaan korostuu kansalaisten rooli.

Hierarkkisen eli ”mekanistisen” organisaatorakenteen on katsottu soveltuvan hyvin vakaisiin ja hitaasti muuttuviin toimintaympäristöihin. Tällöin organisaation ohjaus perustuu hierarkiaan, jossa toteutuvat muodolliset komentoketjut, käskytyks sekä perinteiset auktoriteettisuhteet. Sitä vastoin epävakaisiin, nopeasti muuttuviin, vaikeasti ennakoitaviin ja luovuutta edellyttäviin toimintaympäristöihin on katsottu paremmin soveltuvan epämuodollisen eli ”orgaanisen” organisaatorakenteen, jolle on tunnusomaista joustava työnjako, avoin tiedonkulku sekä asiantuntemuksen hyväksikäyttö.[10] Orgaanista mallia vielä nopeampaan muutostahtiin orientoituneen verkostomaisen toimintaympäristön organisaatiomuotoa voidaan kutsua ”dynaamiseksi”, jolle on tunnusomaista verkostoon kuuluvien toimijoiden solmukohtiin kehittynyt poikkeuksellinen kyvykyys heikkojen signaalien havaitsemiseen, vahvistamiseen ja jalostamiseen. Tämän katsotaan mahdollistavan uusien radikaalien innovaatioiden jatkuvan syntymisen nopeuden ollessa keskeisiä kilpailuvaltteja. [11, s. 45]

Toimijoiden määrän kasvaessa lisääntyvät myös niiden väliset vuorovaikutus- ja riippuvuus-suhteet. [12] Tässä mielessä yhtäaikaaisesti 18 itsehallintoaluetta, 15 sosiaali- ja terveydenhuollon aluetta, 12 täydellä teholla päivystävää aluetta ja 5 yliopistollista sairaalaa yhteen kietova sosiaali- ja terveydenhuollon reformi vaikuttaa haasteelliselta hallittavaksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan toimijoiksi voidaan potilaiden, asiakkaiden ja ammattilaisten lisäksi todeta valtio keskus- ja aluehallintoviranomaisineen, kunnat, kuntayhtymät sekä yksityiset ja kolmannen sektorin palvelutuottajat siltä osin kun nämä reformissa säilyvät. Tarkasteluissa on syytä huomioida sisäiset että ulkoiset tukipalveluorganisaatiot kuten tietohallinto sekä lukuisat sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaan liittyvät tavara-, laite- ja ohjelmistotoimittajat sekä globalisaation, EUjäsenyyden ja teknologian uudistumisen mukanaan tuomat ylikansalliset vaikutukset.

### Arvoverkkoteoriat ja systeeminen koordinaatio hallinnan teorian kehittäjinä

Verkosto (talous)sosiologisena käsitteenä viittaa dynaamisiin, yksittäisiin vaihdantasuhteisiin. Kun verkostossa toimijat liittyvät toisiinsa, on toimijoilla sekä toisiaan täydentäviä että toisiaan korvaavia resursseja sekä keskinäisiä toimintoja. Näin toimijat tulevat toisistaan riippuvaisiksi. [13] Ne ovat tällöin yhdessä enemmän kuin erikseen. Hyvinvointipalveluiden arvoverkossa, tai laajemmin käsitettynä palvelujärjestelmässä, syntyy vuorovaikutussuhteita myös toimialarajat ylittävien palveluketjujen seurauksena [12]. Julkisen hallinnon organisoitumisen idea rakentuu perinteisesti sisäisesti verkottuneiden vertikaalien hallintojärjestelmään, jonka keskeinen sisältö muodostuu valtion ja kuntien suhteista. Uudempaa verkostoitumista edustavat hallinnon sisäiset horisontaaliset verkostot ja hallinnon ulkopuolelta tulevat monimuotoiset tuotanto- ja kehittäjäverkostot, jotka mukaan tullessaan tuovat myös uudenlaista kilpailua. [14] Verkostoissa voidaan erottaa kolme eri pääulottuvuutta, joista jokaista on syytä tarkastella ja ymmärtää. Näitä ovat rakenteellinen ulottuvuus, suhde ulottuvuus ja tiedollinen ulottuvuus. Rakenteellisella ulottuvuudella tarkoitetaan verkostoon osallistuvien organisaatioiden määrää ja rakennetta, mutta se ei kerro miten verkosto toimii. Suhde ulottuvuus kertoo toimijoiden välisten suhteiden muodostusta, vuorovai-



kutusta sekä tilaa erityisesti luottamuksen näkökulmasta. Tietoulottuvuus kuvaa verkoston keskinäisen tiedonvaihdon ja tietomallien sisällön säädellen verkostoon kuuluvien kykyä ymmärtää toisiaan. [15]

Strategisten arverkköjen näkökulma poikkeaa verkostojen taloussosiologisesta näkökulmasta siten, että kiinnostuksen kohteena ovat organisaatioiden tietoisesti rakentamat ja johtamat verkot. Ne nähdään selkeästi lisäarvoa tuovan toiminnan toteuttamisen malleina. Strategisessa arverkkössa arvon syntyminen hajautuu, kun tuotantologiikka ja siten arvon muodostus tietoisesti päätetään jakaa useamman toimijan toteutettavaksi. Samalla hajautetaan myös tuotannon edellyttämät panokset eli investoinnit ja resurssit sekä niihin liittyvät riskit ja kehittämistarpeet. Mukana pysyvät ainoastaan sellaiset toimijat, jotka kykenevät jatkuvan innovaatiotoiminnan avulla ylläpitämään ja kehittämään tuotannon lisäarvoa ja siten kilpailukykyään. [16] Taloustieteissä strategisista arverkköista puhuttaessa käytetään myös käsitettä klusteri. Tehokkaan klusterimaisen toiminnan synergiavaikutus näkyy tuottavuuden kasvussa, innovaatiokyvyssä ja strategisessa kyvykkyudessa. Kun useat tahot kehittävät yhteistyötään, voidaan yhdessä saavuttaa suuruuden ekonomian etuja ilman usein sen tuomaa raskautta. [17]

Siinä kun sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa yleistyneen tilaaja–tuottajamallin kompastuskivenä on nähty kokonaisuuden hallinta ja moninaisuuden johtaminen, pyrkii arverkköajattelu muodostamaan tilaaja–tuottajamallille selkeän vaihtoehdon. [18, s. 3] Strategisen arverkkön kaltaisille ekosysteemeille on tunnusomaista sopeutuvuus ympäristön muutoksiin, itseohjautuvuus eli kyky ylläpitää itseään muutoksissa. Tämä tapahtuu osien suhteellisen itsenäisyyden ja samalla riippuvuuden tilassa, jota leimaa osien jatkuva syntyminen, muuttuminen ja häviäminen. [19] Parhaimmillaan toimintaympäristön toimijoista kyetään muodostamaan autonominen arverkkö, jolla on yhteinen visio eli yhdessä määritetyt tavoitteet ja yhteiset resurssit. Stoker on nimennyt tällaisen tavoitetilan systeemiseksi koordinaatioksi. Sillä tarkoitetaan hallinnan järjestelmään osallistuvien tahojen tarkoituksenmukaisen yhteistoiminnan kuvausta. Systeemiselle koordinaatiolle on ominaista toimijoiden tarkoituksellisesti valitsemat sekä hyväksymät mallit, rakenteet ja insentiivit. [5, s. 22] Vision hallinnassa on kyse strategisesta ohjauksesta, jonka tehtävä on toimintaympäristön muutosten arviointi, palvelujen kysynnän suurten linjojen hahmottaminen sekä verkostotoimijoiden roolien selkiyttäminen ja sitä kautta osaoptimoinnin välttäminen. [20, s.136] Vaikka uuden sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen organisaatiokokonaisuuden koordinointi tulee näillä näkymin kuulumaan alueelliselle järjestäjälle, ei arverkkön johtaminen voi perustua pelkästään sen auktoriteettiin. Yksisuuntaisuuden lisäksi palveluverkon johtaminen on siis ohjausta, monimutkaisten toimijasuhteiden koordinoitua sekä useiden erilaisten intressien yhteensovittamista. [21, s. 42] Tällöin vahva verkostotoimija pystyy muuttamaan kehityksen suuntaa ja luomaan uutta eli valta voidaan nähdä upotetuksi tietoa luovien, muuttavien ja välittävien prosessien vuorovaikutuksen dynamiikkaan. [20, s.131].

Systeemisen koordinaation konkreettinen hyöty realisoituu epälinearisissa eli monen vaihtohtoisen etenemän komplekseissa vaihdantasuhteissa. Tällaisia ovat esimerkiksi moniportaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprosessit, joiden kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta ei voida todentaa yhden yksittäisen osajärjestelmän perustella. Moniolotteisten palvelupolkujen kehittämisessä on kyse systeemisestä innovoinnista, joka yleensä edellyttää huomattavia yhdenaikaisia muutoksia useampaan kuin yhteen osajärjestelmään. Keskinäisten riippuvuuksien vuoksi tarvittavan koordinaation määrä kasvaa olennaisesti. Taustalla vaikuttaa siis useita tekijöitä, joiden yhteisvaikutuksena tietoisuus verkottuneen toiminnan luonteesta sekä teknologisen, taloudellisen ja sosiaalisen muutoksen yhteen kietoutumisesta on lisääntynyt. [22, s. 9-11,36] Komplekseihin vaihdantasuhteisiin liittyvien muutosten ymmärtämisessä auttaa muun muassa strategisen resilienssin tutkimus, joka pyrkii selittämään, miten organisaatiot pystyvät uusiutumaan ennen kuin on pakko. Strategisessa ajattelussa resilienssi ilmentää uutta hallintamentaliteettia. [23] Sen puitteissa huomio kiinnittyy siihen, kuinka systeemien keskeiseksi ominaisuudeksi nousee niiden kumuloituva muutosherkkyys, ei niinkään tiettyyn aikaan ja paikkaan sidottu tasapainotila. Systeemien sisäkkäisyydestä ja päällekkäisyydes-



tä johtuen niiden resilienssi rakentuu toimijoiden pienempien osien ketteryiden ja mukautumiskyvyn varaan. Systeemit ymmärretään kaikkein joustavimmiksi ja muutuskäydyimmiksi silloin, kun ne ovat paikallisia ja monimuotoisia. [24]

Koska arvoverkkoajattelu jäsentää erilaiset palvelutuottajat saman tavoitteiston omaavan verkon toimijoiksi, muodostuu ekosysteemin kilpailukyky siihen osallistuvien palvelutuottajien kokonaissuorituskyvystä. Asiakkaan näkökulmasta kokonaisuus ratkaisee palvelun todellisen kilpailukyvyn. [18, s. 13] Verkostotaloudessa kokonaissuorituskyvyn optimoiminen on aina haasteellista. Sosiaali- ja terveydenhuollon arvoverkko pohjaisessa palvelutuotannossa ensisijainen haaste on optimoida alueen perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon toimijoiden kokonaissuorituskyky siten, että lisääntyvän kysynnän tilanteessa nykyisillä panoksilla saadaan aikaan merkittävästi suurempi palvelutuotos. Yksikkölähtöisestä alueelliseksi laajentuvan tarkastelun voidaan olettaa helpottavan arvoa tuottamattomien toimintojen tunnistamista ja eliminointia mahdollistaen resurssi- ja virtaustehokkuuden merkittävän lisäämiseen. [25, s. 189]

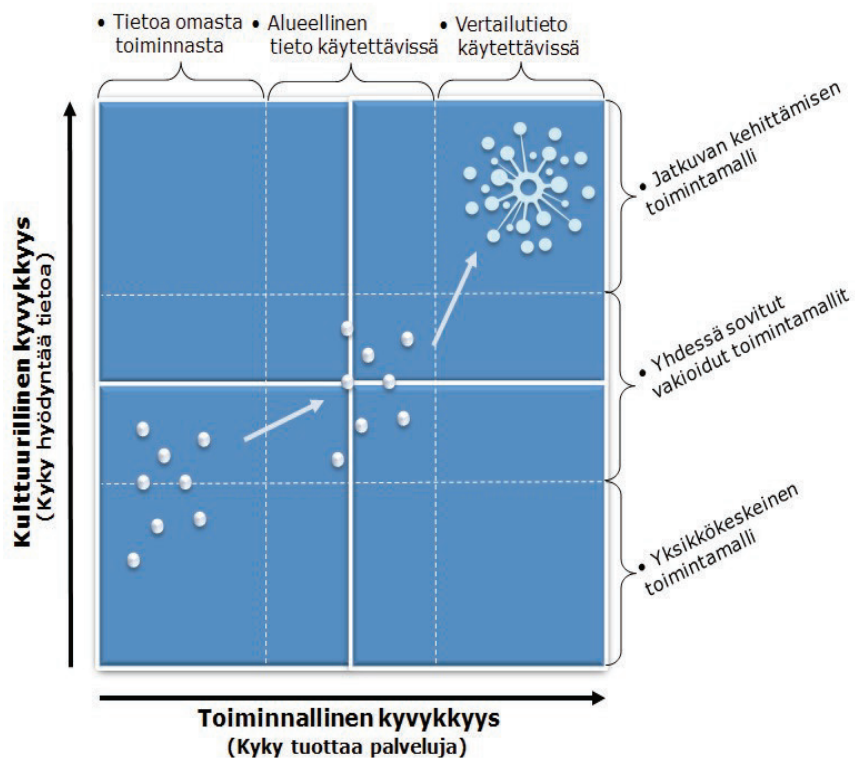
Esimerkiksi digitaalinen murros mahdollistaa uudenlaisia organisointitapoja, jotka perustuvat avoimpiin ja joustavampiin rakenteisiin. Palvelutuotannossa tämä konkretisoituu mahdollisuutena toteuttaa palvelukomponenttien vakiointia ja irrottamista tuotantokokonaisuudesta uudella tavalla. Verkostopohjaisesti muodostuva kokonaisuus syntyy uudenlaisen yhdistelyn seurauksena suhteellisen edun periaatetta noudattaen [26]. Tällöin kunkin palvelukomponentin toimittajaksi valikoituu palvelukomponentin tehokkaimmin tuottamaan kykenevä tuottaja eli se joka kilpailukykyisimmällä hinnalla hyötyy eniten palvelukomponentin tuottamisesta, vaikka myös muilla tai useimmilla verkoston toimijoilla olisi lähtökohtaiset edellytykset tuottaa kyseinen palvelukomponentti. Lisäksi suhteellisen edun periaatteen mukaan, vaikka joku toimija olisi parempi kaikessa, kannattaa sen keskittyä siihen, jossa sen etu on suhteellisesti suurin. [27]

Potilaan hoitoon osallistuvien työmäärää voidaan vähentää organisoimalla työnkuluja uudelleen, integroimalla eri tietojärjestelmiä sekä antamalla asiakkaalle itselleen mahdollisuus tuottaa tietoa. Lisäksi johdon tulee sitoutua kansallisten suositusten käyttöönottoon ja heidän tulee tukea henkilöstöään suositusten käyttöönotossa mahdollistamalla henkilöstölle riittävästi aikaa oppia uudet toimintatavat ja asettamalla asianmukaiset kannustimet. [28, s. 59,61] Tällä hetkellä terveydenhuollon organisaatioissa käytetään ydinpotilastietojärjestelmien lisäksi kymmeniä erikoisala- ja toimintokohtaisia erillisjärjestelmiä, jotka vielä jonkin aikaa siilouttavat tietojen hyödyntämistä. Tulevaisuudessa pyrkimyksenä on, ettei perinteiset palvelutuotannon aika- ja paikkasidonnaisuudet rajoita palvelurakenteiden uudistamista. Valmisteilla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen edellyttämät yhtenäistämistarpeet muuttavat nykyisiä toimijaverkostoja. Uuden palvelujärjestelmän välttämätön edellytys on, että palveluissa syntyvä asiakastieto on saatavilla hallinnollisista rajoista riippumatta ja että tietojärjestelmäratkaisut tukevat organisaatio- ja ammattiryhmärajoja ylittävää yhteistyötä. Lisäksi asiakkaiden ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten välistä sähköistä viestintää tukevia työvälineitä sekä hyvinvoinnin edistämiseen ja sosiaali- ja terveydenongelmien ehkäisemiseen kannustavia sähköisen tiedonhallinnan ratkaisuja tulee kehittää tiiviissä alueellisessa yhteistyössä. [29, s. 15,17]

Talouden suunnittelu ja seuranta tulee nähdä luovan hallinnan strategiatyökaluna. Perinteisesti seurannan idea on ollut vahvasti yksikkökeskeinen ja siten hyvin altis osavoiminnille. Jotta esimerkiksi kustannukset voidaan saada hallintaan, edellytetään myös laskentatoimelta aikaisempaa monipuolisempaa informaatiota. Olennaista on, että laskenta kykenee antamaan riittävät tiedot siitä, miten arvoa luodaan ja kustannuksia synnytetään osana arvoverkkoa. [2, s. 116]

Sosiaali- ja terveydenhuollon alueelliseen arvoverkkoon osallistuvien toimijoiden välinen tiedonkulku on luovan hallinnan keskeinen edellytys. Ilman riittävää kommunikaatiota toimijoiden välillä systeemi ei ole systeemi. Uudistumista voi tapahtua ainoastaan, mikäli alueellisen tietotuotannon tehtäväksi muodostuu yksittäisten toimijoiden aktiivisuuden kehittäminen siten, että toimenpiteiden tavoitteet ja ajoitus toteutuvat synk-

ronoidummin. Organisaatorajat ylittävä tieto luo perustan systeemiseen innovointiin pohjautuvalle toiminnan kehittämiselle sekä antaa lähtökohdat arverkon kulttuurisen ja toiminnallisen kyvykkyyden jatkuvalla kehittämiselle. Tällöin kulttuurisella kyvykkyydellä tarkoitetaan kykyä hyödyntää tietoa ja toiminnallisella kyvykkyydellä tarkoitetaan kykyä tuottaa palveluja. Molempien kyvykkyyksien kehittyminen on sidoksissa käytettävissä olevan tiedon sisältöön. Kyvykkyyksien kehittyessä voidaan innovaatiotoiminnan tuloksena syntyneiden parhaiden käytäntöjen omaksumisen alueella olettaa olevan nopeampaa.



Kuva 1. Alueen toimijoiden kulttuurillinen ja toiminnallinen kyvykkyys.

### Luova hallinta edellyttää johtamisen uudistamista

Perinteisesti julkishallinnon esimiehiltä on vaadittu lakien, asetusten ja määräysten tuntemista ja kuuliaisuutta ylhäältä tulevaa poliittista ja hallinnollista ohjausta kohtaan. Oman tehtäväpiirin tunteminen on ollut asiantuntemuksen ydin, mutta yhteiskunnallisten muutosten myötä julkisjohtajalle ja esimiehelle on sysätty lisää vastuita, kuten tulosvastuu, palveluvastuu, henkilöstövastuu, julkisuusvastuu ja uudistamisvastuu. [30] Pidemmälle aikavälille ulottuvassa heikossa kansantaloudellisessa tilanteessa hyvinvointivaltion peruspalvelujen säilyttäminen edellyttää tavoitteista lähtevää ajattelua ja siten vähintäänkin osittaista irtautumista perinteisesti julkisessa johtamisessa omaksutuista ajatusmalleista.

Monet julkisen sektorin teorit ja kehittämistekniikat sisältävät ideologisia painotuksia siitä, millaista on toimiva ja edistysellinen julkinen johtaminen. Esimerkiksi anglosaksisissa reformeissa on usein kyse valtion roolin minimoimisesta, yksityisen sektorin ihannoinnista ja yksilökeskeisyydestä. Vastaavasti pohjoismaiden kulttuurillinen traditio lähestyy uudistuksia julkisvetoisesti ja yhdenvertaisuuteen perustuvana mallina. [31, s. 8-9] Uudistuvan sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen onnistumisen näkökulmasta juuri kulttuurilla on merkittävä rooli. Esimerkiksi Iso-Britanniassa tehdyn selvityksen mukaan laadukkaan potilaskokemuksen lähtökohtana on toimintakulttuuri, jolle on tunnusomaista poikkeuksellinen avoimuus, huippuosaaminen johtamisessa, vastuiden selkeys, epäonnistumisten systemaattinen käsittely sekä huippusuoritusten palkitseminen [32]. Näyttäisikin, että yhteisymmärryksessä tapahtuva tavoitteiden asetelu, yhteisesti sovitut pelisäännöt ja toimivat johtamisen roolit saattavat olla avaimia onnistuneeseen johtamiseen [33,34]. Näihin teemoihin on myös systeemistä koordinaatiota korostavan luovan hallinnan analyysin hyvä kiinnittyä.

Julkisten organisaatioiden arvot muotoutuvat monimutkaisten arvoverkkojen ja sidosryhmien vuorovaikutuksen perustalta. Tällöin arvot riippuvat paljolti siitä, kuka ja mihin tarkoitusperiin julkista intressiä ja kollektiivisuutta käytetään. [31, s. 43] 1990-luvulla yleistynyt New Public Management (NPM)-ajattelu sisältää normatiivisia periaatteita julkisen sektorin johtamisesta. Ohjaaviksi arvoiksi nousivat taloudellisuus, tehokkuus ja vaikuttavuus eli kolme E:tä englanninkielisen termistön mukaan (economy, efficiency, effectiveness). NPM -näkemys liittyy liikelaitostamiset, valtionosuusuudistukset sekä tulosoajausuudistukset ovat tuoneet mukanaan uudenlaista hallintoajattelua niin kansallisella, kunnallisella kuin myös organisaatiotasolla. [35] Onkin katsottu, että yksityiseltä sektorilta omaksuttavaan tyyliin kuuluu vahvana perustana johtajan oikeus johtaa. Johtajalla pitää olla kontrolli johtamastaan organisaatiosta ja kyky ennakoita tulevia tapahtumia. Tärkeitä kysymyksiä ovat henkilökunnan kohtelu ja työmotivaation kunnioittaminen. Vastuun ja valvonnan lisäksi motivointi ja palkitseminen kuuluvat esimiehen rooliin. [36]

Keskittymisen taloudellisiin arvoihin ja yritysjohtamismetodeihin on julkisten palveluiden osalta katsottu johtavan lisääntyvään keskusteluun arvoista ja normeista. Samaan aikaan kun julkisjohtajalta odotetaan yrittäjämäisempää, riskinottokykyisempää ja luovempaa otetta, tulee hänen yhä vahvemmin vastata hallinnon toimintapoliittisiin toiveisiin. [37] NPM:n ei useinkaan ole aidosti nähty olevan tahtotila, vaan sopeutumista ja realiteetti, johon ajaututaan ratkottaessa käytännön ongelmia. [38]

Johtajat ovat viime kädessä vastuussa johtamiensa organisaatioiden tuottavuudesta ja kilpailukyvystä. Isossa-Britanniassa tehdyssä terveydenhuollon johtamiseen liittyvässä tutkimuksessa havaittiin, että sairaaloiden välinen kovempi kilpailu, johti sairaaloissa parempaan johtamiseen, joka taas ilmeni toiminnan korkeampana laatuna, tuottavuutena sekä henkilöstön tyytyväisyytenä. Tulosten tulkittiin viittaavan siihen, kilpailu on käyttökelpoinen tapa parantaa johtamiskäytäntöjä ja tuloksia terveydenhuollossa. [39]



Terveydenhuollossa lähtökohtana on, että lääkärin tulee ensisijaisesti noudattaa toiminnassaan lääkärin etiikkaa ilman taloudellisia ja hallinnollisia paineita. Tämä ei kuitenkaan käytännössä ole helppoa toteuttaa, koska julkisella sektorilla toimiva lääkäri on virkamies, jonka työtä säätelevät terveyspoliittiset, professionaali-

set ja organisaatioon liittyvät normit. Näitä normeja ohjataan lainsäädännöllä sekä eritasoisilla viranomaisäädöksillä. Lisäksi julkishallinnon uudistukset sekä tehtäväkuvan laajentuminen muuttavat lääkärijohtajien työn luonnetta jatkuvasti. [40, s. 17-18] Lääkärijohtajan rooli on hankala myös siksi, että kollegat näkevät hänet sitä vähemmän oikeana lääkärinä, mitä johtavammassa asemassa hän toimii ja vastaavasti hallintohenkilökunta ei puolestaan näe lääkärijohtajaa välttämättä todellisena johtajana. [41, s. 76] Tätä ei helpota, että omassa ammatissaan ansioitunut ylenee usein uusiin, esimerkiksi johtamistehtäviin, jossa henkilö ei olekaan välttämättä yhtä hyvä kuin perustyössään, johon on saanut koulutuksen ja vankan työkokemuksen. Pätevyys suoriutua uudessa työtehtävässä ei välttämättä korreloi entisessä työssä suoriutumisen kanssa. [42] Lääkärijohtajalla näyttäisi näin olevan raskautettu velvollisuus osoittaa pätevyytensä johtajana, joten sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä johtamisen ristipaineet luovat poikkeuksellisia haasteita kehittää innovatiivisuutta korostavaa luovan hallinnan johtamisotetta. Tilannetta kuitenkin helpottaa jo jonkin aikaa vallinnut kehitys erityisesti nuorten lääkärin lisääntyneestä kiinnostuksesta hallinnollisia asioita ja johtamista sekä näihin liittyvää koulutusta kohtaan [43, s. 111].

Sairaanhoitopiirien taloudellinen aseman osoittaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolisilla tekijöillä kuten alueen yleisellä taloudellisella menestyksellä ja väestörakenteella on de facto -asema luoda tarvittavat voimavarat sosiaali- ja terveydenhuollon toimijan menestykselle. Resurssien riittävyyttä tulevaisuudessa kuvaa veronmaksukyvyn suhde kuolemien määrään [2, s. 122].

Valteen [44, s. 21-23] mukaan pelkojen ja uhkakuvien ilmeneminen ovat henkilöstössä yleisempi reaktio tulevaan muutokseen kuin positiiviset ennakoinnit. Syväjärven [45] tutkimuksen mukaan tietoteknologia on koko työyhteisöä koskettava muutostekijä, joka edellyttää johtamisella tuettuja moniammatillisia ja siten uusia käytänteitä. Sosiaali- ja terveysalalla toimivien asiantuntijoiden toiminta on suuresti oman ammattialansa ohjaamaa, jolloin uudet työyhteisölliset toimintamahdollisuudet ovat usein estyneitä. Toisin sanoen henkilöstön toimintaa ohjaavat vahvasti oman alan sisäiset pätevyydet ja osaamiset, minkä vuoksi kollektiivinen tai moniammatillinen organisaatio-osaaminen ei juuri pääse kukoistamaan. Siksi alueiden luovan hallinnan mahdollistavan tietoteknologian käyttöönotto edellyttää sitoutunutta ja luottamuksellista johtamista sekä yksilöllistä ja kollektiivista pätevyyttä erityisesti henkilöstön suhteen.

### **Innovaatiotutkimuksen kytkentä luovaan hallintaan**

Innovointi koetaan usein laajaksi ja kovin epämääräiseksi käsitteeksi. [46, s. 45] Innovointi on toimintaa epävarmoissa olosuhteissa puutteellisen tiedon pohjalta. Innovoinnissa epävarmuus ilmenee sattumanvaraisuutena, jossa uudet tapahtumat eivät noudata tuttua logiikkaa sekä epätietoisuutena siitä, miten eri ilmiöt liittyvät ja vaikuttavat toisiinsa. [18, s. 48] Innovaatiotoiminta tulee nähdä sosiaalisena prosessina, joka tapahtuu ihmisten välillä. [47,48] Heiskala on todennut, että innovaatiot syntyvät harvoin yksittäisten keksijöiden aivoissa, vaan pikemminkin vahvojen ja vastavuoroisten informaatiovirtojen verkostossa. [49, s. 43] Thompsonin mukaan luovuus on ennen kaikkea yksilöllistä, mutta sitä ei juuri esiinny ilman, että yksilö sulautuu osaksi ryhmän synnyttämää suhdeverkkoa. Kun organisaatiot kasvavat ja byrokraatoituvat suhdeverkko monimutkaistuu, jolloin organisaation kyky kohdata uutta ja selviytyä muutosten asettamista haasteista vaikeutuu. Verkoston kompleksisuuden kasvulla on siis yksilön luovuutta tukahduttava vaikutus organisaatioissa. [50] Rajaniemen mukaan luovuuden ei uskota vahvistuvan rutinoituneissa ja siiloutuneissa organisaatioissa. Erityisesti työprosesseihin kohdistuvat innovaatiot eivät synny yksin ja tyhjiössä. Toiminnan jatkuvan kehittämisen kannalta on syytä panostaa innovatiivisuutta estävien tekijöiden poistamiseen tai vähentämiseen. Tällöin yhdessä tekemisen esteiden, kuten luottamuksen puutteen ja huonon työskentelyilmapiirin poistaminen vaatii johtajuudelta avoimuuden ja



johdonmukaisuuden lisäksi suvaitsevuuatta epäonnistumisia kohtaan. [51, s. 15-16] Käänteisesti ilmaisten organisaatioissa on tärkeää panostaa innovatiivisuutta ja luottamusta edis-

tävien tekijöiden vahvistamiseen, joista estävien tekijöiden tunnistaminen ja eliminointi muodostavat yhden osa-alueen.

Kaikki innovaatiot ovat sosiaalisia kahdessa mielessä. Ensinnäkin se, mikä ymmärretään innovaatioksi ja millaiseksi innovaatioksi se ymmärretään, riippuu yhteiskunnallisesta kontekstista. Siitä nähdään riippuvan myös kyky ottaa sosiaalinen innovaatio käyttöön. Toisaalta innovaatiot ovat sosiaalisia siinä merkityksessä, että mikä tahansa tapa organisoida uudelleen käytäntöjä ja niihin liittyviä todellisuuden tulkintaa on sosiaalinen prosessi. [52, s. 25-26] Koska innovatiivisuuden perusedellytyksenä on luovan energian saattaminen konkreettiseen hyötykäyttöön, tarkoitetaan innovaatiolla ja innovaatiotoiminnalla tässä artikkelissa luovuutta, joka luovan idean lisäksi sisältää pyrkimyksen innovaation saattamisesta hyötykäyttöön. [53]

Yhdysvalloissa toteutetun laajan empiirisen tutkimuksen perustella hyvin merkittävä osa tutkimus- ja kehittämistoiminnasta tapahtuu niin sanotuissa vakiintuneissa ja suurissa organisaatioissa, joihin myös julkisen sektorin isot sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiokokonaisuudet voidaan sisällyttää. Nämä suuret organisaatiot tuottavat keskeisimmän osan radikaaleista eli yhteiskuntaa olennaisesti hyödyttävistä innovaatioista. Selittäväenä tekijänä on suurten toimijoiden innovaatioprosessien kyvykyys työstää ideat laajojen markkinoiden hyödynnettäviksi innovaatioiksi. Tutkimuksen merkittävä löydös on, että suurten organisaatioiden tutkimus- ja kehittämistoiminnalla näyttää olevan tavallista suurempia niin sanotut sosiaaliset tuotot ("social returns"). Tällä tarkoitetaan innovaation laajempia yhteiskunnallisia vaikutuksia kuten innovaatioon liittyvien oheistuotteiden ja -palvelujen aikaan saamia uusia liiketoimintoja, työpaikkoja sekä erilaisia tuottavuustekijöitä. Yhdysvaltalais tutkimus esittääkin johtopäätöksissään, että sosiaalisten tuottojen odotusarvo olisi syytä ottaa selkeämmin huomioon yhteiskunnan innovaatiotukia kohdennettaessa. [54]

Reformejä tarkasteltaessa on syytä tiedostaa, että organisaatioilla on osaamista, joka on olemassa niissä työskentelevien ihmisten kyvyistä riippumatta. Tämä osaaminen on niiden prosesseissa ja arvoissa – ja juuri samat prosessit ja arvot, jotka ovat niiden ydinosaamista nykyisessä toimintamallissa, johtavat niiden kyvyttömyyteen muutostilanteessa. Siksi hyvä johto kuuntelee tarkkaavaisesti asiakkaan tarpeita, seuraa huolellisesti kilpailijoiden toimia ja sijoittaa osaavat ja motivoituneet resurssit suorituskykyisempien, laadukkaampien ja suurempia hyötyjä tuottavien tuotteiden suunnitteluun ja tuotantoon. [55, s. 132-133] Tämä ei kuitenkaan riitä, sillä tulevaisuuden muutostarpeiden tyydyttämiseksi, tarvitaan asiakkaiden edelle menevää omaehtoista tutkimus- ja kehittämistoimintaa. [Ed., s. 74-76]

Joseph A. Schumpeteria (1883-1950) on pidetty yhtenä innovaatioteorioiden perustajana. Kun samoihin aikoihin vaikuttanut Gabriel Tarde tutki innovaatioita filosofian lähtökohdista kaiken sosiaalisen evoluution selittäjänä, tutki Schumpeter innovatiivisuutta ainoastaan talouden kehityksen perustana. [56, s. 52-53] Schumpeteriläisen käsityksen voidaankin nähdä olevan arvoverkkojen ytimessä. Schumpeterin teorian mukaan talouden muutoksen voimana toimivat yrittäjät, jotka järkyttävät talouden tasapainoa uusilla innovaatioillaan. Uudet innovaatiot laittavat hänen mukaansa liikkeelle talouden uudistusten aallon tuhoamalla vanhan tuotantomallin ja tuomalla tilalle uuden mallin, joka leviää läpi talouden järjestelmän järkyttäen vanhoja rakenteita uuden tasapainotilan saavuttamiseen saakka. [57] Schumpeterin mukaan yrittäjyys tulee nähdä enemmänkin inhimillisenä ominaisuutena kuin roolina. [56, s. 57] Huomio on edelleen hyvin ajankohtainen, koska nykyisissäkin neoklassisissa talousteorioissa ja tehokkuusajattelussa korostetaan yöntekijöiden sisäistä yrittäjyyttä organisaatioiden toiminnan tehokkuuden parantamisessa. Schumpeter näkeekin innovatiivisuuden ensisijaisesti sisäsyntyiseksi ilmiöksi, joka lähtee liikkeelle innovatiivisista toimijoista itsestään ja siten suunnitelmallinen innovatiivisuus ei välttämättä kykene luomaan uutta, jos talouden toimijoita ohjataan ulkoisella sääntelyllä. [50, s. 52] Schumpeter nimesi ilmiön "luovaksi tuhoksi" josta käytetään myös myönteisemmäksi koettua ilmaisua "luova uudistuminen".



Luovan uudistumisen on todettu olevan merkittävintä sellaisilla aloilla, joissa panostetaan eniten tutkimus- ja kehittämistoimintaan. Teoriaa tukevana ja kehityksen

luonnetta valaisevana voidaan pitää Malirannan ja Määttäsen tutkimusta, jonka mukaan korkean innovatiivisuuden omaavien yritysten keskuudessa johtajien ja erikoisasiantuntijoiden osuus henkilöstöstä on yli 20 %, kun se matalan innovatiivisuuden yrityksissä oli yleensä alle 10 %. Lisäksi on tärkeää huomata, ettei luova uudistuminen tapahdu hetkessä vaan se näyttää voimistuvan vasta 2-5 vuoden kuluttua tutkimus- ja kehittämistoiminnan tehostumisesta. Tutkimusten mukaan luovalla uudistumisella on aina ollut positiivinen vaikutus tuottavuuden kasvuun, mutta erityisen voimakas vaikutus on ollut silloin, kun toimijan kustannuskilpailukyky on ollut heikko. [46, s. 45-47 & 96]

Christensen, Grossman & Hwang ovat syventäneet luovan uudistumisen ymmärrystä kuvaamalla riisutun tai yksinkertaistetun tarjonnan ilmiötä ”häiritsevän innovaation teoriana” (the disruptive innovation theory). Teoria mallintaa kilpailutilannetta, jossa markkinoille ilmaantuu toimija, jonka tarjonta on yksinkertaisempi, edullisempi ja siten laajemman asiakaskunnan saavutettavissa oleva. Tutkimusten mukaan ”markkinahäirikön” mukaan tulo aiheuttaa lähes poikkeuksetta perinteisen johtavan toimijan häviämiseen markkinoilta. Syynä häviämiseen ei kuitenkaan ole talous- ja henkilöstöresurssien tai teknisen osaamisen puute vaan lyhyen aikavälin negatiivinen taloudellinen kannustin, joka demotivoi kohdistamaan riittävää fokusta markkinahäiriön eliminoimiseksi. [58, s. 4-8]

Yhdysvalloissa terveydenhuollon palveluihin liittyvän tutkimuksen mukaan häiritseviin innovaatioihin perustuvat terveyspalvelut ovat tuoneet jopa 60 %:n kustannussäästöt keskittymällä hoitoprosessien virtaviivaistamiseen, etähoitoon sekä sähköiseen asiointiin hyödyntämisen tehostamiseen. [Ed., s. 26-27] Näistä riittävän hyvistä, mutta kustannussäästöjä tarjoavista toimintamalleista on alkanut näkyä merkkejä myös suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarjonnassa. Esimerkiksi loppuvuonna 2014 radiologia- ja laboratoriopalvelujen markkinoille ilmestyi uusi yksityinen toimija, jonka ensisijaisena kilpailukeinona näytti olevan yksinkertaistettu palvelukokonaisuus ja perinteisiin toimijoihin verrattuna jopa kymmenesosaan puristettu hinnoittelu. Huomionarvoista asiassa on se, että kyseinen toimija hyödyntää palvelukonseptissaan tehokkaasti ja monipuolisesti tietoteknologian mahdollisuuksia. Tämä markkinoita häiritsevä palveluinnovaatio on koettu riittävän konkreettiseksi uhkaksi, koska muut erityisesti yksityiset palvelutuottajat ovat lisänneet kehittämisaktiivisuuttaan korostamalla muun muassa kokonaisuuden merkitystä asiakkaalle syntyvässä lisäarvossa.

### Alueellisten arvoverkkojen luova hallinta

Kaikki Newmanin [9] esille tuomat hallintaa luokittelevat näkökulmat korostuvat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmistelussa. Valtion ohjauksen korostuminen viittaa hierarkkisuuuteen, manageriaalisuutta painotetaan kustannustehokkuuden vaatimuksena, verkostoitumisella ratkaistaan alueellista työnjakoa ja alueiden itsehallinnon uskotaan edistävän kansalaisten osallistamista. Esille tuotujen luokitusten ulottuvuudet voivat joissakin olosuhteissa toimia toistensa vastavoimina, mutta parhaimmillaan ne ovat toisiaan täydentäviä uudistuksen avainelementtejä, jotka helpottavat hallinnan jäsentämistä.

Verkostomaiseen toimintamalliin siirtyminen vaatii organisaatioilta luovuutta sekä kyvykkyyttä vanhasta pois oppimiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistumisen näkökulmasta kyse on tarpeesta synkronoida erillään toimineiden organisaatioiden erilaisista kulttuureista ja arvoista lähtevä toiminta yhdeksi alueelliseksi arvoverkoksi. Alueelliseen toimintaympäristöön kohdistuu tulevaisuudessa lisääntyvä määrä systeemisiä muutoksia, joten luovassa hallinnassa tulee painottaa orgaanisen [10] ja dynaamisen [11] organisaatorakenteen ominaisuuksia kuten joustavuutta, työnjakoa, avoimuutta sekä nopeutta. Vaikka sosiologinen verkostokäsitys on hallinnan teorian ytimessä, on sillä avoimemmassa, markkinalähtoisemmässä ja siten kilpailukykyä peräänkuuluttavassa toimintaympäristössä rajoitteensa. Lisäksi julkisjohtamiselle asetettavat odotukset ja rajoitteet tekevät johtamisessa onnistumisen nykyisellään haasteelliseksi. Siksi julkisen sektorin tehostamisvaatimusten tueksi tarvitaan uudistavaa teoreettista perustaa.



Systeemiseen koordinaatioon [5] tukeutuva strateginen arvoverkkoajattelu [16] antaa pohjan luovalle hallinnalle, jonka viitekehyksessä alueellisen arvoverkon vision tulee kannustaa radikaaleja ja perinteisiä rakenteita ravistelevien innovaatioiden aikaansaamista palkitsemalla aloitteentekijät ja nopeuttamalla uudistusten leviämistä tehokkaan viestinnän avulla. Sosiaaliset innovaatiot [52] voidaan siis nähdä luovan hallinnan ja hallinnoinnin välineitä, jota systeemiseen koordinaatioon perustuvan alueellinen arvoverkko toteuttaa.

Reformin myötä syntyvät alueelliset organisaatiot ovat taloudellisesti merkittäviä toimijoita, joilla on kyky aikaansaada radikaaleja innovaatioita ja siten koko yhteiskuntaa laaja-alaisesti hyödyttäviä sosiaalisia tuottoja. Uudistuksessa onkin pyrittävä edistämään sosiaalisten tuottojen syntymistä optimoimalla kahta innovaatiotekijää eli suuruuden ekonomiaan perustuvaa innovaatioiden prosessikyvykkyyttä ja yksilöiden luovuutta ylläpitäviä, kohtuullisen kokoisia toimintayksiköitä. Se on mahdollista, kun strategia, johtaminen ja innovaatiotoiminta pelaavat yhteen alueellisten arvoverkkojen luovana hallintana.

Strategian osalta tämä edellyttää, että alueen yhteisen vision hallinta nähdään systeemiseen koordinaatioon perustuvana ohjauksena, jonka tehtävä on toimintaympäristön muutosten arviointi, palvelutuotannon suurten linjojen hahmottaminen sekä verkostotoimijoiden roolittaminen siten, että osaoptimointia voidaan välttää. Verkostoa hyödyntämällä toimijat alkavat keskittyä suhteellisen edun tuoviin toimintoihin, joka edelleen syventää osaamista nostaten palvelutuotannon laatutasoa ja kustannustehokkuutta. Luovan hallinnan strategia korostaa resilienssipyrkimyksiä [24], jonka nähdään olevan hallinnan uusi mentaliteetti ja jolle organisaation ja dynaamisen organisaatiomallin joustavuus ja proaktiivisuus tarjoavat poikkeuksellisen nopean kyvyn reagoida muutostarpeisiin. Talouden alueellinen suunnittelu ja seuranta toimivat strategiatyön perustana.

Johtamisen osalta tämä edellyttää, että yksisuuntaisuuden lisäksi palveluverkon johtaminen on yhteistyötä korostavaa ohjausta, monimutkaisten toimijasuhteiden koordinoitua sekä useiden erilaisten intressien yhteensovittamista. Johtamisen ajankäytössä painottuu toimintaympäristön aktiivinen seuranta sekä tiedon monipuolinen hyödyntäminen palveluprosessien jatkuvassa kehittämisessä. Johtamisen päätöksenteossa korostuu alueellisten työpaikkarakenteiden joustavuus [46] ja tehokas työvoiman suuntaaminen ja jakaminen. Aidon kilpailun katsotaan ylläpitävän ja kehittävän toimijoiden johtamiskyvykkyyttä.

Innovaatiotoiminnan osalta tämä edellyttää, että tutkimus- ja kehittämistoiminnalle sekä tietohallinnolle asetetaan uusi aikaisempaa strategisempi rooli. Tällä varmistetaan, että radikaalien innovaatioiden edellytyksenä olevan prosessikyvykkyuden sekä kohtuullisen kokoisten toimintayksiköiden luovuuden välille syntyy koordinoitu ja tavoitteita tukeva hallintamalli, jonka kannustimet johtavat systeemisten innovaatioiden nopeaan leviämiseen. Tietoteknologia on keskeinen panostuskohde, koska se mielletään systeemisten innovaatioiden mahdollistajana. Yrittäjyys nähdään henkisenä ominaisuutena, joka edistää toimijoiden luottamusta ja innovatiivisuutta.



Taulukko 1. Alueellisten arvoverkkojen luova hallinta.

	STRATEGIA	JOHTAMINEN	INNOVAATIOITOIMINTA
ALUEELLISEN ARVOVERKON OHJAUS	Yhteiseen visioon perustuva tarkoituksenmukaisen yhteistoiminnan kuvaus (Systeeminen koordinaatio)	Yhteisesti tapahtuva tavoitteiden asettaminen, yhteisesti sovitut pelisäännöt ja toimivat johtamisen roolit	Tutkimus- ja kehitystoiminnalle sekä tietohallinnolle uusi strategisempi asema
	Keskittymisen ja verkostojen kautta syntyvä huippuosaaminen kumuloitua menestystä (Vahvat verkostotoimijat)	Huomio asiakaskommunikaatiossa, toimialan muiden palvelutuotajien seurannassa sekä huippuosaamiseen perustuvassa palveluprosessien kehittämisessä	Kahden luovuutta edistävän tekijän optimointi: suuruuden ekonomiaan perustuva innovaatioiden prosessikyvykyys ja yksilöiden luovuutta ylläpitävät kohtuullisen kokoiset toimintayksiköt
	Strateginen resilienssi keskiössä eli proaktiivinen uudistuminen ilmentää uutta hallintamentaliteettia	Tietotuotanto ja tiedonvälitys nähdään hallinnan järjestelmän keskeiseksi tuottavuusajuriksi	Radikaalien ja perinteisiä rakenteita ravitelevien systeemisten innovaatioiden edistäminen palkitsemalla aloitteen tekijät ja nopeuttamalla uudistusten leviämistä
	Organisaatorakenteissa painottuu verkostoihin ulottuva joustava työnjako, avoin tiedonkulku, asiantuntemus, nopeus ja innovaatiot (Orgaanisuus ja dynaamisuus)	Alueellisten työpaikkarakenteiden joustavuus keskiössä, jolloin työvoiman suuntaaminen ja jakaminen tehostuu	Informaatioteknologia on systeemisen innovaatiotoiminnan mahdollistaja ja siten keskeinen investointikohte
Talouden suunnittelu ja seuranta nähdään luovan hallinnan strategiatyökaluna.	Kilpailu johtaa sosiaali- ja terveydenhuollossa parempaan johtamiseen (verkostokehosysteemin kilpailukyky)	Innovatiivisuutta ja luottamusta edistävien tekijöiden vahvistaminen - yrittäjyys ja innovatiivisuus ovat henkisiä ominaisuuksia	

Tänä päivänä julkisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden taloudellisen aseman erojen vuoksi hyvä johtaminen ja sisäinen kyvykyys ovat enemmänkin seurausta kuin syy organisaation onnistumiselle. Siksi olisi erittäin tärkeää löytää keinoja nykyisen kaltaisen kehityksen pysäyttämiseen ja aikaansaada aito toimintaa kannattelevaa kilpailukykyä, jota myös uudet alueelliset sosiaali- ja terveydenhuollon arverkot tarvitsevat kyetäkseen säilyttämään asemansa potilaan valinnanvapautta mahdollistavassa toimintaympäristössä.

Henkilöstön kannalta uudistuksen lähtökohdat ovat kuitenkin hyvät, sillä lisääntyvän kysynnän tilanteessa tuottavuuden kehittämisen ei odoteta johtavan henkilöstön vähennyksiin vaan pienempiin lisästarpeisiin. Kun alhaisen lisäarvon työt pyritään eliminoimaan, päästään työmuotojen kehittämisen seurauksena enemmän arvoa tuottaviin ja siten mielekkäämpiin työnkuviin. Edellytyksenä on valmius panostaa innovaatioita edistävään tietotekniikkaan, systemaattiseen tutkimus- ja kehittämistoimintaan sekä organisaatorajat ylittävään viestintään, joista tulee tehdä sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisten arvoverkkojen strategiset toteutusvälineet.

Kyse on siis poliittisen päätöksentekojärjestelmän kyvystä luoda edellytykset hallinnan rakenteita kehittäväälle verkostoituvalle innovaatiokulttuurille, jolle on ominaista uskaltava ja kaikkia sidosryhmiä osallistava diskurssi. Tavoitteiden näkökulmasta kyse on ”liikkuvasta maalista” eli alati muuttuvista olosuhteista. Uudistuksen onnistuminen on riippuvainen rakenteellisen muutosvalmiuden aikaansaamisesta koko yhteiskunnassa eli keskeistä on palveluja tuottavien organisaatioiden johdon ja työntekijöiden sekä palveluja käyttävien kansalaisten kyvystä omaksua uudistava jatkuvan kehittämisen kulttuuri, jonka edistymistä ja suuntaamista yhteiskunta tukee sosiaalisia tuottoja optimoivilla innovaatiotuilla. Onkin tärkeää, että lainsäädäntötyössä kiinnitetään riittävä huomio myös julkisia hankintoja sekä innovaatiotukia ohjaavaan normiston uudistamiseen. Tämä on siis mittava koordinoitua haaste, jonka edessä joudumme kysymään missä on tarpeeksi tietoa ja valtaa sen toteuttamiseksi?

Aiheen tutkiminen jatkuu empiirisellä osuudella, jossa kartoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden valmiutta ja näkemyksiä luovaan hallintaan. Tavoitteena on haastatella sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden yleisjohtajia, lääkäri- ja hoitotyön johtajia sekä tietohallintojohtajia.

## Lähteet

- [1] Heinonen J, Laalo H, Lemström T, Salminen M, Vaapio S. Policy brief 4/2014: Systeeminen muutos ja innovaatiot. Secure Ageing Innovation (SAGE) 2012-2014. Turun Yliopisto; 2014.
- [2] Kinnula P, Malmi T, Vauramo E. Saadaanko soteuudistuksella tasalaatua. Kunnallisan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 82. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy; 2014.
- [3] Hallituksen linjaus 7.11.2015 sekä liite hallituksen linjaukseen, Aluejaon perusteet, sote-uudistuksen askelmerkit ja aluejakomalli. Katsottu 15.11.2015. Saatavilla:  
<http://vnk.fi/documents/10616/1865308/Hallituksen+linjaus+aluejaon+perusteet%2C+soteuudistuksen+askelmerkit+ja+aluejakomalli.pdf/0e5e4239-01b0-401b-b683-f82a9cb4ddb7>.
- [4] EuroHOPE study group – Coordinator Häkkinen U et al., National Institute for Health and Welfare, Finland. EuroHOPE: Evaluating Outcomes, Performance, and Efficiency of European Health Care Systems. Copy-Set Oy Helsinki; 2014. s. 7.
- [5] Stoker G. Governance as theory: five propositions. Unesco. Oxford, UK and Malden, MA, USA: Blackwell Publishers; 1998.
- [6] Lynn L Jr., Heinrich C, Hill C. Improving Governance: A New Logic for Empirical Research. Washington D.C., USA: Georgetown University Press; 2001. s. 7.
- [7] Parviainen P, Lillrank P, Ilvonen K. Johtaminen terveydenhuollossa. Käytännöt, vastuut, valvonta. Helsinki: Talentum; 2005. s. 39.
- [8] Kooiman, J. Societal-Political Governance: Introduction. In: Kooiman J, ed. Modern Governance: New Government-Society Interactions. London, UK: Sage; 1993. [9] Newman JE. Modernising Governance: New Labour, Policy And Society. UK: Sage Publications Ltd.; 2001.
- [10] Burns T, Stalker GM. The Management of Innovation. London, UK: Tavistock; 1961. 8. luku.
- [11] Stähle P, Sotarauta M. Alueellisen innovaatiotoiminnan tila, merkitys ja kehityshaasteet Suomessa. Esiselvitys. Tulevaisuusvaliokunta Teknologian arviointeja 13. Eduskunnan kanslian julkaisu; 2002: 8.
- [12] Laihonon H. Kompleksisen arvonverkon johtaminen. Teoksessa: Jalonen H, Aarva K, Juntunen P, Laihonon H, Laitinen I, Lönnqvist A (toim). Arvonverkkoa kokemassa – Saaliina tuottavuutta ja innovaatioita. Helsinki. Acta nro 226. Suomen kuntaliitto; 2011:78-98. s. 78.
- [13] Häkansson H, Snehota I. Developing Relationships in Business Networks. London, UK: Routledge; 1995. s. 53.
- [14] Valkama P, Anttiroiko AV. Innovaatioperusteinen palvelutalouden muutos: verkostoitumisen ja digitalisaation vaikutukset julkisiin palveluihin. Kansantaloudellinen aikakauskirja 2011;107(3):256-273. s. 260.
- [15] Nahapiet J, Ghoshal S. Social capital, intellectual capital and the organizational advantage. Academy of Management Review 23(2);1998:242-266. s. 251-256.
- [16] Jarillo JC. Strategic Networks. Oxford, UK: Butterworth-Heinemann; 1993.
- [17] Hernesniemi H, Lammi M, Ylä-Anttila P. Kansallinen kilpailukyky ja teollinen tulevaisuus. Helsinki: ETLA & SITRA; 1995.
- [18] Jalonen H, Aarva K, Juntunen P, Laihonon H, Laitinen I, Lönnqvist A. Arvonverkkoa kokemassa – saaliina tuottavuutta ja innovaatioita. Acta nro 226. Helsinki: Suomen Kuntaliitto; 2011.
- [19] Hautamäki A. Kestävä innovointi. Innovaatiopolitiikka uusien haasteiden edessä. Sitran raportteja 76. Helsinki: Edita Prima Oy; 2008.
- [20] Nordin P, Jalonen H. Hyvinvointiverkosto institutionaalisenä yrittäjyytenä. Tapaustutkimus Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelman toteuttajaverkostosta. Teoksessa: Hallinnon tutkimus 34(2);2015:123-142.



- [21] Nyholm I. Keskihoito kuntamuutoksen näkijänä ja kokijana. Seutuyhteistyö muutosprosessina kuntien keskijohdon näkökulmasta. Väitöskirjatutkimus. Tampereen yliopisto. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 705. Helsinki: Suomen kuntaliitto; 2008.
- [22] Nieminen M, Valovirta V, Pelkonen A. Systemiset innovaatiot ja sosiotekninen muutos. Kirjallisuuskatsaus. Espoo: VTT Technical Research Centre of Finland; 2011.
- [23] Juntunen T. Kohti varautumisen ja selviytymisen kulttuuria? Kriittisiä näkökulmia resilienssiin. SPEK puheenvuoroja 2. Suomen Pelastusalan Keskusjärjestö SPEK. Tampere: Tammerprint Oy; 2014. s. 6-7.
- [24] Folke C. Resilience: The emergence of a perspective for social–ecological systems analyses. *Global Environmental Change* 16/2006, 253–267. SWE: Elsevier Ltd.; 2006. s. 257.
- [25] Robinson S, Radnor Z, Burgess N, Worthington C. SimLean: Utilising simulation in the implementation of lean in healthcare. *Eur J Oper Res* 2012;219:188-197. Viitattu 21.11.2015. Saatavissa Elsevier-tietokannassa: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0377221711011234>
- [26] Ylä-Anttila P, Kulmala HI. Miten Suomi erikoistuu maailmantaloudessa? Teoksessa: Valkokari K, Hyötyläinen R, Kulmala HI, Malinen P, Möller K, Vesalainen J (toim). Verkostot liiketoiminnan kehittämisessä. Helsinki: WSOY-pro; 2009. s. 26.
- [27] Ricard D. On the Principles of Political Economy and Taxation (1817). The work and correspondence of David Ricardo. Volume I. Sraffa P, Dobb MH, editors. Indianapolis: Liberty Fund Inc.; 2004.
- [28] Häyrynen K. Kliininen tieto hoitoprosessissa. Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies. N:o 27. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen Yliopisto; 2011.
- [29] VAKAVA työryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnon alueellista kehittämistä ohjaava viitearkkitehtuuri. Valtakunnallinen kokonaisarkkitehtuurin suunnittelun ja kuvaamisen tukiprojektin loppuraportti. Kuntaliitto; 1.9.2014.
- [30] Kivelä J. Esimiehen vastuun ulottuvuudet. Teoksessa: Julkisen toiminnan eettisiä kysymyksiä. Toim. Oulasvirta L. Helsinki: Painatuskeskus; 1993. s. 44-49.
- [31] Viinämäki OP. Julkisen sektorin arvoympäristön kompleksisuus. Tutkimus julkisten organisaatioiden arvojen, johtamisteorioiden ja arvojohtajuuden erityisyydestä. Vaasan Yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 283. Hallintotiede 35. Vaasa: Vaasan Yliopisto; 2008.
- [32] NHS: The report of The Mid Staffordshire NHS Foundation. Patients First and Foremost, The Initial Government Response to the Report of The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. Presented to Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty; March 2013. s. 16.
- [33] Orenius H. Eräitä näkökohtia kuntajohtamisen pelisäännöistä. Muistio työryhmätyöskentelyn pohjalta. 2001(a). s. 1.
- [34] Orenius H. Ajatuksia kuntien johtajasopimuksesta. Visionääri 2001b:(3/2001). s. 6.
- [35] Lähdesmäki K. New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen: Tutkimus tehokkuusperiaatteista, julkisesta yrittäjyydestä ja tulosvastuusta sekä niiden määrittelemistä valtion keskushallinnon reformeista Suomessa 1980- luvun lopulta 2000-luvun alkuun. *Acta Wasaensia* 113. Vaasan yliopisto; 2003. s. 9, 66, 212-214.
- [36] Flynn N. Public Sector Management. London, UK: Harvester Wheatsheaf; 1990. s. 180-182.
- [37] Pollitt C. The Essential Public Manager. Philadelphia, USA: Open University Press; 2003. s. 83.
- [38] Jylhäsaari J. Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatioissa. Tietoista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista? Akateeminen väitöskirja. *Acta Wasaensia* no 212. Hallintotiede 13. Vaasa: Vaasan Yliopisto; 2009. s. 177.
- [39] Bloom N, Propper C, Seiler S, Van Reenen J. The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals. CEP Discussion Paper No 983. May 2010 (Revised November 2014). The Centre for Economic Performance. London, UK: London School of Economics and Political Science; 2014. s. 30.



- [40] Tuomiranta M. Lääkärijohtaja – lääkäri vai johtaja? Tutkimus lääkärijohtajan roolijännitteistä ja johtamisroolin omaksumisesta erikoissairaanhoidossa. Acta Universitatis Tamperensis 854. Tampere: Tampereen yliopisto; 2002.
- [41] Ikola-Norrbacka R. Johtamisen eettisyys terveydenhuollossa. Esimiestyön ja hallinnon eettiset arvot julkisen terveydenhuollon kahdessa professionissa. Väitöstutkimus. Acta Wasaensia no 222. Julkisjohtaminen 14. Vaasa: Universitas Wasaensis; 2010.
- [42] Pluchino A, Rapisarda A, Garofalo C. The Peter Principle Revisited: A computational Study. Physica A 2010;389(3):467-472.
- [43] Tuomiranta M. Lääkäreiden rooliristiriidat johtamisen ja johtajuuden haasteina. Teoksessa: Terveys ja johtaminen. Vuori J, toim. Helsinki: WSOY; 2005. s. 105116.
- [44] Valtee P. Uhkista mahdollisuudeksi: organisaatiomuutosten toteuttaminen työyhteisön haasteena. Työturvallisuuskeskuksen raporttisarja. Helsinki: Työturvallisuus; 2002.
- [45] Syväjärvi A. Inhimillinen pääoma ja informaatioteknologia organisaatiotoiminnassa sekä strategisessa henkilöstövoimavarojen johtamisessa. Väitöskirjatutkimus. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Acta Universitatis Lapponiensis. Rovaniemi: Lapin korkeakoulu; 2005.
- [46] Maliranta M. Luovan tuhon tie kilpailukykyyn. Miten innovointi vaikuttaa yrityksiin, kansantalouteen ja kansalaisiin. Tehokkaan Tuotannon Tutkimussäätiö. Helsinki: Julkaisumönistamo Eteläranta Oy; 2014. s. 45.
- [47] Ståhle P, Sotarauta M, Pöyhönen A. Teknologian arviointeja. 19. Innovatiivisten ympäristöjen ja organisaatioiden johtaminen. Tulevaisuusvaliokunta. Helsinki: Eduskunnan kanslia; 2004.
- [48] West M, Farr JL. Innovation and Creativity at Work: Psychological and Organizational Strategies. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.; 1990. p. 3-13.
- [49] Heiskala R. Informationaalinen vallankumous, verkko ja identiteetti: Manuel Castellisin Informaation ajan kritiikki. Teoksessa: Rahkonen K (toim). Sosiologia nykikeskusteluja. Helsinki: Gaudeamus; 2004. s. 40-63.
- [50] Thompson VA. Bureaucracy and Innovation. USA: University of Alabama Press; 1969. s. 11 & 28.
- [51] Rajaniemi J. Organisaatorakenne ja innovatiivisuus, Tutkimus organisaatiarakenteista johtuvista innovatiivisuuden esteistä. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto; 2010.
- [52] Heiskala R. Instituutiot, sosiaaliset innovaatiot ja yhteiskunnan rakenteellinen muutos. Teoksessa: Nikula J, Merlin H. (toim.) Yhteiskunnallinen muutos. Raimo Blomin 60-vuotisjuhlakirja. Tampere: Osuuskunta Vastapaino; 2003. s. 15-28.
- [53] Siltala R. Innovatiivisuus ja yhteistoiminnallinen oppiminen liike-elämässä ja opetuksessa. Akateeminen väitöskirja. Turun Yliopisto. Turku: KMG Printworks; 2010. s. 29.
- [54] Bloom N, Schankerman M, Van Reenen J. Identifying technology spillovers and product market rivalry. Econometrica July 2013;81(4):1347–1393.
- [55] Christensen CM. Edelläkävijän dilemma. Helsinki: Talentum; 2007.
- [56] Sundbo J. The Theory of Innovation. Cheltenham, UK: Elgar cop; 1998.
- [57] Schumpeter JA. The economics and sociology of capitalism. Schumpeter R (ed.). Princeton, USA: Princeton University Press; 1991. s. 56.
- [58] Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. The Innovator's Prescription. A Disruptive Solution for Health Care. USA: McGraw-Hill Professional; 2009.



## Julkisen erikoissairaanhoidon valmius alueelliseen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistukseen

Kari Lappalainen

Tieto Finland Oy, Helsinki, Finland. Vaasan yliopisto (julkisjohtamisen tutkimus), Vaasa, Finland

**Kari Lappalainen, HTM, KTM. Toimialajohtaja, Sosiaali- ja terveydenhuolto, Tieto Finland Oy, Helsinki, Finland. Tohtoriopiskelija, Vaasan yliopisto (julkisjohtamisen tutkimus), Vaasa, FINLAND. Sähköposti: kari.lappalainen@live.fi.**

### Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rakenneuudistus tavoittelee palvelujen alueellisen integraation sekä kansalaisten valinnanvapauden edistämistä. Tavoitteiden saavuttamisen katsotaan edellyttävän uutta ja aikaisempaa verkostomaisempaa toimintamallia, jossa palvelun tuottamiseen liittyvien toimijoiden määrän kasvaessa myös niiden väliset vuorovaikutus- ja riippuvuus-suhteet lisääntyvät. Systemisten muutosten katsotaan vaativan toisiinsa liittyvien osatekijöiden yhtäaikaista koordinoitua. Tällaista toimintaa voidaan jäsentää hallinnan (Governance) systeemisen koordinaation orientaatiolla, jolle yhteinen visio antaa strategisen ohjauksen ja lähtökohdat alueelliselle työjolle.

Artikkeli kuvaa julkisen erikoissairaanhoidon palvelutuotantoa edustavien johtajien (n=34) näkemyksiä keskeisistä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistukseen liittyvistä osa-alueista. Tietojen keruu tapahtui kevään 2016 aikana teemahaastattelututkimuksena. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä hyödyntäen viitekehystenä luovan hallinnan teoriaa.

Tutkimus vahvistaa, että lainsäädännön valmisteluvaiheessa oleva maakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon verkostomaisen palvelutuotannon tulee pohjautua alueen yhteiseen visioon ja vahvaan strategiseen johtamiseen, jolle systemaattiseen innovaatiotoimintaan perustuva jatkuva kehittäminen antaa onnistumisen edellytykset. Haastattelut antoivat perusteita täsmentää luovan hallinnan teoriaa (Creative Governance). Täsmennykset koskevat alueellista kilpailua, tietotuotantoa sekä johtamisen roolia innovaatiotoiminnassa.

**Avainsanat:** hallinnonuudistus, verkostot, tietohallinto, tutkimus- ja kehittämistoiminta, innovaatiot

### Abstract

The reform of the social and health care services is aiming to integrate the regional services and increase the citizen's freedom of choice. This will require a new network-based operational model. The number of service providers will grow and their interactions and interdependencies will increase. Systemic changes are considered to require simultaneous coordination of related components. The Governance orientation of systemic coordination will provide the theoretical guidance including the idea of common vision as a strategic baseline for the regional service provision.

The article describes the views of managers of public specialized care organizations regarding restructuring of healthcare and social services. Data collection via theme interviews took place during the spring 2016. The interview material were analyzed using content analysis. The theory of Creative Governance were used as the theoretical framework.

The survey confirms that the shared vision will provide the foundation for the network-based social and health care service delivery. Furthermore, the strategic management and continuous development will enable the conditions for success. However, the interviews gave grounds to refine the theory of Creative Governance. Regional competition, knowledge production and the role of leadership in innovations have been improved and refined.

**Keywords:** reform, networks, information management, research and development, innovation

### Johdanto

Luonnosvaiheessa olevan palvelurakenteen uudistusta koskevan lainsäädännön mukaan vastuu sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä maakunnille. Järjestämisvastuuseen sisältyy velvoite huolehtia eri laeissa maakunnalle säädettyjen tehtävien asianmukaisesta hoitamisesta, mutta ei velvoitetta tuottaa kaikkia palveluja itse. Järjestämisvastuu onkin käsitteenä erotettu palvelujen tuottamisesta. [1] Maakuntien lukumääräksi tavoitellaan 18, joiden lisäksi on vielä Ahvenanmaan maakunta, jonka asemasta on säädetty erikseen. Maakunnan katsotaan kuuluvan ”julkisen vallan” käsitteen alle ja se tulisi siten olemaan vastaavan kaltainen julkisoikeudellinen yhteisö kuin valtio, kunnat, kuntayhtymät ja Ahvenanmaan maakunta. [2] Lain valmistelussa katsotaan, että merkittävä osa maakunnan tehtäviin liittyvästä palvelutuotannosta hoidetaan maakunnan palvelulaitoksissa tai yhtiöissä, mutta itse tuottamisen vaihtoehtoina on sopia tuottamisesta yhteistoiminnassa toisen maakunnan kanssa sekä perustaa tai olla osakkaana osakeyhtiössä tai muussa yksityisoikeudellisessa yhteisössä. Lisäksi on mahdollista, että maakunta hankkii palvelut valtiolta, kunnalta tai muulta julkisyhteisöiltä tai yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Järjestäjän vastuulle tuleva asiakaslähtöinen palvelujen integraatio tarkoittaa käytännössä tuottajille velvoitetta toimia yhteistyössä siten, että kansalaisen palveluihin liittyvät terveydenhuollon perustason ja erityistason sekä sosiaalihuollon lähipalvelujen ja erikoistuneempien palvelujen tuottajat toimivat saumattomasti yhteen. [1]

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden valinnanvapautta selvittänyt työryhmä esitti loppukevästä 2016 näkemyksensä, että kansalaisten valinnanvapautta tulisi uudistuksen myötä lisätä. Talouden näkökulmasta tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon kustannustenhallinta siten, että menoissa on vuoteen 2030 mennessä saavutettava kolmen (3) miljardin menotason alenema ennustettuun menokehitykseen verrattuna. [3] Säästöjen ei uskota toteutuvan ilman, että palvelujen tuottamiseen liittyviä rakenteita uudistetaan radikaalisti.

Toimijoiden määrän kasvaessa lisääntyvät myös niiden väliset vuorovaikutus- ja riippuvuusuhteet. [4] Verkostomaiseen toimintamalliin siirtyminen vaatii organisaatio-

toilta luovuutta sekä kyvykkyyttä vanhasta pois oppimiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistumisen näkökulmasta kyse on tarpeesta synkronoida erillään toimineiden organisaatioiden erilaisista kulttuureista ja arvoista lähtevä toiminta yhdeksi alueelliseksi arververkoksi. Vaikka sosiologinen verkostokäsitys on hallinnan



teorian ytimessä, on sillä avoimemmassa, markkinalähtoisemmässä ja siten kilpailukykyä peräänkuuluttavassa toimintaympäristössä rajoitteensa. Lisäksi julkisjohtamiselle asetettavat odotukset ja rajoitteet tekevät johtamisessa onnistumisen nykyisellään haasteelliseksi. Siksi julkisen sektorin tehostamisvaatimusten tueksi tarvitaan uudistavaa teoreettista perustaa (kts. Kuva 1). [5]

	STRATEGIA	JOHTAMINEN	INNOVAATIOTOIMINTA
<b>ALUEELLISEN ARVOVERKON OHJAUS</b>	Yhteiseen visioon perustuva tarkoituksenmukaisen yhteistoiminnan kuvaus (Systeeminen koordinaatio)	Yhteisesti tapahtuva tavoitteiden asettaminen, yhteisesti sovitut pelisäännöt ja toimivat johtamisen roolit	Tutkimus- ja kehitystoiminnalle sekä tietohallinnolle uusi strategisesti asema
	Keskittymisen ja verkostojen kautta syntyvä huippuosaaminen kumuloi menestystä (Vahvat verkostotoimijat)	Huomio asiakaskommunikaatiossa, toimialan muiden palvelutuottajien seurannassa sekä huippuosaamiseen perustuvassa palveluprosessien kehittämisessä	Kahden luovuutta edistävän tekijän optimointi: suuruuden ekonomiaan perustuva innovaatioiden prosessikyvykyys ja yksilöiden luovuutta ylläpitävät kohtuullisen kokoiset toimintayksiköt
	Strateginen resilienssi keskiössä eli proaktiivinen uudistuminen ilmentää uutta hallintamentaliteettia	Tietotuotanto ja tiedonvälitys nähdään hallinnan järjestelmän keskeiseksi tuottavuusajuriksi	Radikaalien ja perinteisiä rakenteita ravistelevien systeemisten innovaatioiden edistäminen palkitsemalla aloitteen tekijät ja nopeuttamalla uudistusten leviämistä
	Organisaatorakenteissa painottuu verkostoihin ulottuva joustava työnjako, avoin tiedonkulkua, asiantuntemus, nopeus ja innovaatiot (Orgaanisuus ja dynaamisuus)	Alueellisten työpaikkarakenteiden joustavuus keskiössä, jolloin työvoiman suuntaaminen ja jakaminen tehostuu	Informaatioteknologia on systeemisen innovaatiotoiminnan mahdollistaja ja siten keskeinen investointikohde
	Talouden suunnittelu ja seuranta nähdään luovan hallinnan strategia-työkaluna.	Kilpailu johtaa sosiaali- ja terveydenhuollossa parempaan johtamiseen (verkostoekosysteemin kilpailukyky)	Innovatiivisuutta ja luottamusta edistävien tekijöiden vahvistaminen - yrittäjyys ja innovatiivisuus ovat henkisiä ominaisuuksia

Kuva 1. Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellinen luova hallinta [5].

Luovan hallinnan teoria antaa siis viitekehyksen alueellisesti toimivalle ja jatkuvasti uudistumaan pyrkivälle verkostomaiselle ekosysteemille, jossa toiminnan tavoitteiden ja toimintamallien asettaminen perustuvat nykyistä huomattavasti keskeisemmin tietämyksenhallintaan ja tiedolla johtamiseen.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen johtamisen apuvälineenä ei ole ollut kattavaa tulevaisuuteen luotaavaa tietoa, joka kertoisi kansalaisten hyvinvoinnin kehittymisestä. Johdon saama tieto on nykyisin taaksepäin katsovaa, seurantamittaristo on toimintokohtainen ja käytettävissä oleva tieto ei tue strategista päätöksentekoa. Lisäksi tieto on pirstaloitunut useisiin eri järjestelmiin. [6] Tietotarpeiden selvittämisen edellytyksenä on toiminnan määrittely, nykytilan kuvaaminen sekä uuden toimintamallin kehittäminen. [7] Jotta tulevaisuusnäkökulmaa saadaan korostumaan, tulee ohjausjärjestelmän lähtökohdaksi määritellä kriittiset menestystekijät (Critical Success Factors, CFS), jotka kuvaavat asioita, joissa toimijoiden on ehdottomasti onnistuttava saavuttaakseen visiota kohti vievät tavoitteet. [8]

Tietämyksenhallinnassa on mitä suurimmassa määrin kyse ihmisten johtamisesta. Siksi pyrkimyksenä tulisi olla kokonaisvaltainen ymmärrys toiminnan tavoitteista ja merkityksestä, tietotulvan parempi hallinta ja päällekkäisten työtehtävien poistaminen. Tarve roolien

täsmäntämiseen ja yhteisen vision muodostamiseen korostuvat entisestään, kun tietämyksenhallinnan tarkastelua laajennetaan verkostoihin tai ekosysteemeihin. [9] Organisaatorajat ylittävien tietovirtojen hallinnan on todettu mahdollistavan verkostomaisen toimintaympäristön strategisten kohteiden tunnistamisen, tarvittavien interventioiden toteuttamisen sekä niiden vaikutusten aktiivisen arvioinnin. [10]

Koska verkostot itsessään eivät ole juridisia oikeushenkilöitä, ei niihin myöskään päde julkishallinnolle tyypillinen asema. Verkoston hallinta tulee perustaa yhteisymmärrykseen ja luottamukseen. [9] Luottamuksessa on kysymys voimasta, joka liittyy toimijat verkostorakenteeseen ja helpottaa rakenteeseen kuuluvien toimijoiden yhteistyötä ja toimijoiden välistä kommunikaatiota. [11]

Verkoston hallintaa voidaan myös täydentää esimerkiksi isäntäorganisaatioverkostomallilla, jossa varsinaisen toiminnan ulkopuoliselle isäntäorganisaatiolle annetaan kokonaisvaltainen koordinoituvastuu verkoston toiminnasta. Viime vuosina yleistyneille hyvinvointiin liittyville julkisyksityisille verkostoille on kuvaavaa niiden joustavuus, virallisten hallintomekanismien puute sekä uusien toimintamallien sisällyttäminen niiden strategiaan. Siinä missä muodolliset instituutiot toimivat tarkoituksenmukaisena keinona järjestää toimintaa yhtenäiskulttuurin, normien ja asenteiden kautta, on uudelle institutionalismille tunnusomaista keskittyminen organisaatioiden sijaan instituution toimintaa määrittäviin sääntöihin. Nämä säännöt saavat muotonsa dynaamisessa ympäristössä. [9]

Tulevaisuuteen suuntaava alueellinen ennakointitoiminta on luonteeltaan verkostoitunutta ja usein monia eri tutkimus- ja ennakointimenetelmiä hyödyntävää. Toimintaympäristön systeemiset eli epälineaariset kehityskulut monimutkaistavat vaihtoehtoja, jolloin käyttökelpoisen tutkimustiedon edellytyksenä on, että ennakointiprosessille ja sen lopputuloksille asetetaan selkeitä ja suunnittelua ohjaavia tavoitteita. Tämä edellyttää toimintaympäristön reaaliaikaista monitorointia ja valmiutta toteuttaa jatkuvaa sopeutumista. Yksi dynaamisen toimintaympäristön arviointiin kehitetty malli on sopeutuva ennakointimalli (Adaptive Foresight Model, AFM). [12] Mallin lähtökohtana ei kuitenkaan pidetä perinteistä proaktiivisuutta vaan mallissa korostetaan: lisääntynyttä tarvetta sopeutua toimintaympäristön muutoksiin, interaktiivisen monitoroinnin ideaa, ajatusta oppimisprosessien tärkeydestä kehittämistoiminnan yhteydessä, osallistumista suljettujen asiantuntijaprosessien sijaan sekä asiakaskeskeisyyden ja sitoutuneisuuden korostamista ennakointitoiminnassa. [13]

Tietojohdoisessa toiminnassa hyödynnetään erityisesti analyysitoiminnan ja johdon laskentatoimen tuloksia päätöksenteon tukena. Tällöin päätöksenteossa korostuu systemaattisesti kerätyn ja analysoidun tiedon oikea-aikaisuus, tarkoituksenmukaisuus sekä tehtävien onnistuneen priorisoinnin edistäminen. Valtakunnallisesti ajatellen hallinnan keskeinen haaste on yhtenäistää ja tehostaa hallinnon eri tasolla tapahtuvaa päätöksentekoa tukeva tietotuotanto. [14] Tietojen hyödyntäminen edellyttää tietojen standardointia, yhtenäisten terminologioiden käyttöä, tietojen yhteistoiminnallisuutta eri tietojärjestelmissä, soveltuvien menetelmien käyttöä sekä tietojen täydentämistä esimerkiksi hallinnollisilla tiedoilla, rekisteritiedoilla ja asiakastytyväisyys- tai asiakkaan elämänlaatuun liittyvillä tiedoilla [15]. Onkin todettu, että pelkästään käsitteiden huolellinen määrittely voi auttaa johtoa näkemään organisaationsa uudella tavalla. [16]

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM), Terveyden- ja Hyvinvoinnin Laitos (THL) ja Suomen Itsenäisyyden Juhlarahasto (Sitra) ovat kehittämässä Palvelupaketteihin perustuvaa tuotteistusta. Lisäksi tulevaan palvelujen rakenneuudistukseen liittyen STM on käynnistänyt ”Sote-tieto hyötykäyttöön” -strategiatyön, jossa kehitetään laajemminkin sosiaali- ja terveydenhuollon tietojohdantamiseen liittyviä uusia välineitä. [17]

Johtamisjärjestelmään kuuluvan avoimen viestinnän tavoitteena on vähentää muutoksista aiheutuvaa vastarainta sekä varautua muutoksiin ajoissa ja yhteistyössä. [7] Johtamisjärjestelmä havainnollistuukin strukturoiden muutoksenhallinnan kautta, jossa viestintäkanavat, -menetelmät sekä kokouskäytännöt ovat avainilmentymiä ja joiden avulla suorituskykyyn liittyvien avainmittareiden seuraaminen, tiedon analysointi,

tavoitteiden asettaminen sekä toimenpiteiden toteuttaminen realisoituvat. [18]

Osaamisen kehittämisessä ja innovoinnissa tietojärjestelmien tarjoamaa hyötyä ei tutkimusten perusteella käytetä vieläkään tehokkaasti. [19] Innovaatiotoiminnan kannalta onkin syytä pyrkiä selvittämään, mitkä tekijät ja raja-aidat estävät tiedon jakamista ja hyväksikäyttöä tutkimus- ja kehittämistoiminnassa. [20] Tiedon jakamista edistäviksi tekijöiksi on tunnistettu luottamus, motivaatio, johdon tuki sekä oppiminen.

[21]

Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata julkisen erikoissairaanhoidon valmiutta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rakenneuudistukseen selvittämällä erikoissairaanhoidon palvelutuotannosta vastuussa olevien sairaanhoitopiirin kuntayhtymien johtavassa asemassa toimivien henkilöiden näkemyksiä. Artikkelitarkastelee aihetta luovan hallinnan teoriasta [5] johdettujen seuraavien alakysymysten avulla:

1. Millainen on Suomen terveydenhuollon nykytila ja mitkä tekijät vaikeuttavat sen kehittämistä?
2. Miksi palvelujen rakenneuudistus nähdään tarpeelliseksi?
3. Soveltuuko kilpailu ja kilpailukykyajattelu terveydenhuollon toimialalle?
4. Kuinka tulevien maakuntien toiminnan ja talouden suunnittelua ja seurantaa, työpaikkarakenteiden joustavuutta, tiedonkulkua, innovatiivisuutta tulisi kehittää?

### Tutkimusmenetelmä ja aineisto

Koska tutkimuksen tavoitteena on kohdeilmion ymmärtäminen, katsottiin tarkoituksenmukaisimmaksi, että tutkimuksen empiirisen aineiston kerääminen toteutetaan laadullisena. [22] Tutkimusotteena laadullinen tutkimus mahdollistaa tilannekohtaisten tekijöiden huomioimisen ja sen katsotaan antavan määrällistä tutkimusotetta paremmat mahdollisuudet kohdeilmion teorian kehittämiseksi. [23] Laadullisen tutkimuksen katsotaan tuovan esille haastateltavien havainnot kohdeilmion kehityksestä sekä mahdollistavan säännönmukaisuuksien ja monimuotoisuuden etsimisen. [24]. Lisäksi laadullista tutkimusta perustelee haastateltavien määrän rajallisuus. [25]

Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin kaksitoista sairaanhoitopiirin kuntayhtymää (SHP): Helsingin ja Uudenmaan SHP, Carea, Eksote, Varsinais-Suomen SHP, Vaasan SHP, Pirkanmaan SHP, Etelä-Pohjanmaan SHP, Kanta-Hämeen SHP, Keski-Suomen SHP, Etelä-Savon SHP, Pohjois-Karjalan Sairaanhoido- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä sekä Pohjois-Pohjanmaan SHP. (Kuva 2) Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin eri puolilla Suomea olevien erikoissairaanhoidon yksiköiden sairaanhoitopiirin johtajat, johtajaylilääkärit sekä tietohallintojohtajat. Sairaanhoitopiirien valinnassa painotettiin tutkimuksen alueellista, väestöpohjaista ja toiminnallista kattavuutta. Valituista Eksote eli Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä edusti haastatteluhetkellä ainoana organisaatiota, jossa oli jo toteutettu yhden johdon alaisuudessa toimiva alueellinen perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palvelujen integraatio.

Tutkimusaineisto muodostui yhteensä 34 haastattelusta, jotka ajoituivat tammikuun 2016 lopun ja kesäkuun 2016 alun väliselle ajanjaksolle. Haastatteluista suurin osa toteutettiin helmi-maaliskuun aikana. Kullekin vastaukselle annettiin haastattelun roolin mukainen tehtävätunnus (TT). Sairaanhoitopiirin johtajat saivat SPJ-tunnuksen (n=12), johtajaylilääkärit JYL-tunnuksen (n=10) ja tietohallintojohtajat THJ-tunnuksen (n=12). Näiden avulla pystyttiin myöhemmin tarkastelemaan esille nousseiden mainintojen esiintyvyyttä eri tehtävätunnuksen mukaisissa rooleissa. Kahdessa sairaanhoitopiirissä johtajaylilääkäri toimi haastatteluhetkellä virkaatoimittavana sairaanhoitopiirin johtajana, joten kyseisten piirien osalta haastatteluksi tuli sairaanhoitopiirin johtajan sekä tietohallintojohtajan tehtävätunnukset. Yhden sairaanhoitopiirin osalta sairaanhoitopiirin johtajan haastattelu, jouduttiin aikatauluhaasteiden vuoksi korvaamaan hallintoylilääkärin haastattelulla. Koska kyseistä piiristä haastateltiin myös johtajaylilääkäri sekä tietohallintojohtaja, on hallintoylilääkärin vastaukset kohdistettu sairaanhoitopiirin johtajan tehtävätunnukselle. Kahdessa sairaanhoitopiirissä

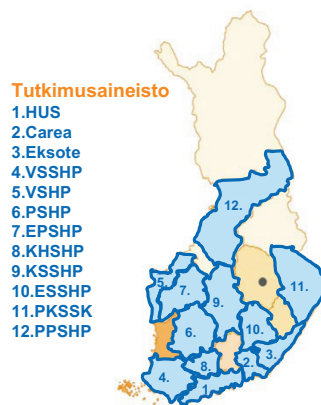


tietohallintojohtajiin kuuluvina haastateltiin kehitysjohtaja-nimikkeellä toimivat, mutta organisaatioidensa tietohallinnossa keskeisesti vaikuttavat henkilöt.

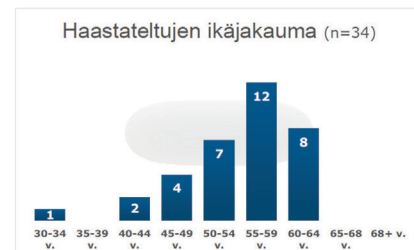
Tutkimus toteutettiin puolistrukturoituna teemahaastatteluna. Haastatelluista 6 oli naisia ja 28 miehiä. Neljä viidestä (4/5) haastatellusta oli iältään 50 vuotta tai vanhempi (Kuva 3). Haastattelut kestivät keskimäärin 50–60 minuuttia.

Tutkimusotetta voidaan kuvata abduktiiviseksi, jolloin tutkijalla on valmiina joitakin teoreettisia johtideoita, joita hän pyrkii todentamaan aineiston avulla. [24] Tutkimuksen lähtökohtana on siis teoriaohjaava-analyysi, joten tutkimuksen teemoilla on tiettyjä kytkentöjä teoriaan. [26]

Kukin teemahaastattelu tallennettiin ja litteroitiin huolellisesti. Analyysivaiheen aluksi jokaisen haastatellun aineistosta muodostettiin taulukkolaskentaohjelmiston avulla vastaajakohtaiset taulukot. Taulukon erillisiin soluihin syötettiin haastatellun teemakysymyskohtaiset vastaukset.



**Kuva 2.** Haastatellut sairaanhoitopiirit.



**Kuva 3.** Haastateltujen ikäjakauma.

Seuraavaksi muodostettiin teemakysymysohjelmat taulukot, joihin kunkin haastatellun teemakohtaiset vastaukset koottiin. Yleiskuvan saamiseksi haastattelumateriaali luettiin kertaalleen läpi, jonka jälkeen aineiston analyysi toteutettiin aineiston teoriaohjaavan sisällönanalyysin keinoin [26]. Analyysivaiheessa tutkija koodasi haastateltujen esiin nostamista maininnoista luokkia, jotka pohjautuvat tutkijan tulkintoihin haastateltavien sanomisista. Näin aineisto saatettiin selkeämpään ja tiiviimpään muotoon kadottamatta kuitenkaan aineiston sisältämää informaatiota.

Yleensä haastattelututkimusten suurin haaste ei ole tulkintojen moninaisuus, vaan haastatteluista syntyvistä teksteistä haettavien merkitysten puutteellinen muotoilu. [27] Koska lukijalla ei ole käytettävissään haastattelututkimuksen koko aineistoa, on lukijan luotettava tutkijan tulkintaan. [24] Tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi aineiston keruu ja analyysin toteutus raportoituihin ja koko aineistoa koskeva analyysi toteutettiin kaksi kertaa. Jotta lukijalla olisi mahdollisuus arvioida tulkinnan osuvuutta, esitetään tuloksia koskevassa osassa haastateltujen suoria lainauksia. [28]

## Tutkimuksen tulokset

### *Suomen terveydenhuollon nykytila ja kehittämisen keskeiset haasteet*

Haastatellut kokivat Suomen terveydenhuollon nykytilan vähintäänkin melko hyväksi ja joiltakin osin jopa erinomaiseksi (n=25). Keskeiseksi haasteeksi arvioitiin kansalaisten eriarvoisuus (n=23), joka ilmenee sekä sosioekonomisten ryhmien että alueiden välisenä eriarvoisuutena. Ongelma voidaan kiteyttää erään haastatellun kysymykseen: ”miksi tavallinen kansa ei pääse lääkäriin?”

Alueiden elinvoimaisuus nähtiin mahdollisuudeksi rakentaa laadullisesti korkeatasoisia ja taloudellisesti tehokkaita sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisia palveluverkostoja. Näkemyksenä esitettiin, että palvelujen rakenneuudistuksen toimintamalleja tulisi kehittää kasvukeskuslähtöisesti sekä keskitettyjen että hajautettujen palvelujen verkostoina.

*”...Tällä hetkellä olemme siis murrosvaiheessa, jossa tavoitteena on palvelujen integraatio. Tämä ei kuitenkaan johda siihen, että palvelut ainoastaan keskittyvät ja että suuruuden ekonomia ratkaisee vaan palvelutuotannon voidaan olettaa myös hajautuvan. Palveluista tulee yhä henkilökohtaisempia.”*

Uudistuksen hitaan etenemisen vuoksi tämän hetken merkittäväksi ongelmaksi nähtiin erityisesti isompien kaupunkien nihkeys lähteä vapaaehtoisesti siirtämään omaan valtiopiiriin kuuluvien toimintojensa järjestämistä. Toisaalta kuntien koettiin vetäytyvän sosiaali- ja terveydenhuollon asioiden pitkäjänteisestä kehittämisestä, vaikka toistaiseksi ei kuitenkaan nähty, että esimerkiksi tarpeellisia investointeja olisi jätetty tekemättä tai investoinneille varattuja varoja olisi alettu allokoida kuntien toisille toimialoille.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutoiminnan kehittämistä keskeisimmin vaikeuttaviksi seikoiksi nähtiin poliittiseen päätöksentekoon liittyvät ristiriitaisuudet (n=19) sekä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja joiltakin osin sosiaalihuollon välinen heikko integraatio (n=13). Poliittisen päätöksenteon haasteet ilmenevät toistuvina päätöksiin liittyvinä paikallisista vaatimuksista lähtevinä kompromisseina ja sitä kautta tavoiteltujen tulosten vesittymisinä. (Kuva 4).

*”...Toimintakulttuurin dynamiikka eli kunnalliselle päätöksenteolle on tyypillistä, että se pyrkii säilyttämään rakenteita ja valtaa siellä missä se on. Tällöin alueen yhteisistä tavoitteista sopiminen hankaloituu. Esimerkiksi päälinoista voidaan päästä yhteisymmärrykseen, mutta sitten detaljeissa lähdetään tuomaan esille ehtoja, että tämä ja tämä ei kuitenkaan saisi muuttua, jolloin päätökset vesittyvät. Lisäksi demokraattinen päätöksenteko, jossa poliitikoilla ja virkamiehillä on suuri määrä erilaisia intressejä, jolloin joudutaan kysymään, miten näistä sitten saadaan tehokkaasti toimiva rakenne...”*

Julkisen sektorin hallitukseen toivottiinkin poliittisen mandaatin sijasta lisää korkeatasoisia substanssi-, talous-, markkinointi-, viestintä- ja henkilöstöhallinnon

osaamista, joiden avulla hallitus kykenisi haastamaan ja sparraamaan operatiivista johtoa, mutta ei syyllistyisi toimintojen mikro-ohjaukseen. Sairaanhoidopiirin johtajapainotteisesti esille nostettiin ammattiyhdistysliikkeiden ja professioiden valta (n=8). (Kuva 4).

*”...Näenkin, että harmillisinta on, että ammattiyhdistykset eivät juhlapuheista huolimatta näe asioita potilaan edunmukaisesti. Eli niin kauan, kun lääkäriellä on oikeus tehdä samanaikaisesti töitä sekä julkiselle työnantajalle että yksityiselle, niin tämä tilanne ei muutu.”*

Tietohallinnon näkökulmasta kehittämistä vaikeuttavina seikkoina esille tuotiin tietojärjestelmien toiminnallisuuksiin ja rajapintoihin sekä henkilöstön ajankäyttöön liittyvät rajoitteet. Erityisen ongelmallisena nähtiin, ettei ydinpalvelutuotannosta ole useinkaan asettaa kehityshankkeille riittävää määrällistä ja laadullista resursointia. Nykyisin käytössä olevien potilastietojärjestelmien katsottiin olevan lainsäädännön edellyttäminä tehty tukemaan yksikköpohjaista ja siten voimakkaasti siilomaista toimintamallia. Erityisesti järjestelmissä ei nähty olevan tarpeeksi tukea alueellisten kokonaisuusien asiakkuudenhallintaan ja toiminnanohjaukseen. Tietosisällön lisäksi nykyisten potilastietojärjestelmäversioiden käytettävyydessä ja toimivuudessa nähtiin haasteita ja siten asiakkuudenhallinnan ja toiminnanohjauksen lisäksi järjestelmien laadun parantamiselle asetetaan tulevaisuudessa kovia odotuksia.

Tietojen avoimuuden ja läpinäkyvyyden osalta palvelujen rakenneuudistuksen yhteydessä odotetaan lainsäädännöllisten rajoitteiden merkittävää poistumista. Muutaman vuoden voimassa olleen sairaanhoidopiiritasoisien alueellisen rekisteripitäjän roolin katsottiin antaneen viitteitä palvelujen alueellisen integraation tarjoamasta potentiaalista. Tällöin yksittäisen potilaan sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon käynteihin ja tutkimuksiin liittyvät tiedot ovat kattavammin terveydenhuollon ammattilaisten käytettävissä. Näiden katsottiin tarjoavan selkeitä tehokkuus ja laatu etuja.

*”...Lisäarvoa on aikaisemmin haettu rakennuksista ja hierarkioista, mutta uudessa ajattelussa se tulee tiedosta. Tämän seurauksena myös kansalainen alkaa tietää asioista, jolloin professioiden autonomia alkaa vähentymään ja kansalaisesta tulee tärkeä...”*



**Kuva 4.** Toiminnan kehittämistä nykytilanteessa vaikeuttavat seikat.

### **Rakennemuutoksen tarpeellisuus**

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen koki tarpeelliseksi lähes kaikki eli 32 haastateltua. Uudistuksen tarpeellisuutta perustellaan nimenomaan palvelujen integraation (n=23), saatavuuden (n=10) ja tuottavuuden parantamisella (n=9). Perimmäisen tarpeen synnyttää Suomen eri alueilla eri tavalla palvelujen kysyntään vaikuttava väestön ikärakenteen muutos, josta taas aiheutuu henkilöstön saatavuuteen ja riittävyteen liittyvät haasteet. Koska kansantalouden näkökulmasta Suomella ei ole katsota olevan mahdollisuutta lisätä vaadittavia palveluja nykyisellä kustannustasolla, nähtiin ainoaksi vaihtoehdoksi löytää kustannustehokkaampia toimintamalleja, joissa tietojärjestelmillä on tuottavuusajurina merkittävä rooli. Kaikki kymmenen (n=10) johtajaylilääkäri-tehtävätunnuksesta vastannutta perusteli uudistuksen tarpeellisuutta nimenomaan palvelujen integraatiolla. Tämän pohjalta voitaneen tulkita, että kliininen johto erikoissairaanhoidossa suhtautuu palveluintegraation kehittämiseen hyvin myönteisesti ja odottavat sen kautta käytännön helpotusta päivittäisiin johtamisen haasteisiinsa. (Kuva 5)

*”Uudistus on ilman muuta tarpeellinen, jotta palvelujen integraatio saadaan toteutettua. On myös tärkeää, että uudenaikaisessa ekosysteemissä esimerkiksi Kelan, verottajan ja muiden viranomaisten tiedot ovat paremmin palvelutuottajien käytössä. Konsepti tulee täysin muuttamaan ja siten voidaan kysyä, että ajaako teknologian nopea kehitys hallinnon uudistuksen tarpeen ohi ja että voidaan tarvittavat uudistukset toteuttaa ilman hallinnon rakenteiden kehittämistäkin.”*

*”...Toimintakykyisenä kotona -ajattelu kääntää lähtökohdan organisaatiosta kansalaisiin eli asiakkaisiin...”*

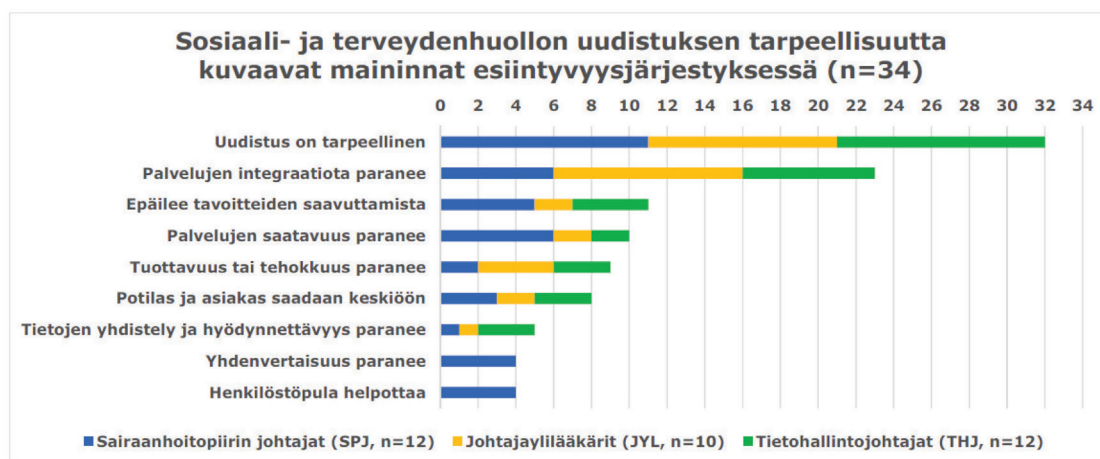
Haastatteluissa nousi esille, että tulevaisuudessa ennakoivaan hyvinvointiin liittyvien vastuiden toiminnan avainhaasteeksi. Huolissaan oltiin myös julkisen sektorin tulevaisuuden kilpailukyvyistä. Kun yksityisen sektorin katsottiin investoivan tällä hetkellä vahvasti toimitiloihin, prosesseihin ja asiakastytyväisyyteen, niin julkisen sektorin nähtiin jäävän odottamaan lainsäädäntöön liittyviä ratkaisuja ja siten heikentävän edellytyksiään kohdata yksityisen kanssa tulevaisuudessa tapahtuvaa uudenlaista kilpailuasetelmaa. Peräti yksitoista (n=11) eli noin kolmasosa (1/3) sanoikin suhtautuvansa tavoitteiden saavuttamiseen epäillen. Vaikka vain kaksi (n=2) haastateltua totesi, etteivät näe uudistusta haastatteluhetken tietojen valossa tarpeelliseksi, kohdistui laajempi huoli nimenomaan uudistuksen käytännön toteuttamiseen liittyvien yksityiskohtien puuttumiseen. Tämän vuoksi uudistuksen tavoitteiden saavuttamista pidettiin aikataulun ja laajuuden osalta enemmän tai vähemmän epärealistisena. (Kuva 5)

Lisäksi koettiin, että uudistuksessa on alettu keskittymään hoitoon pääsyn parantamiseen eli noin 90 prosenttia väestöosuuden palveluihin, mutta ei monisairaiden ja paljon palveluja käyttävien aseman kehittämiseen. Koska pääosa haastatteluista toteutettiin vuoden 2016 helmi- ja maaliskuun aikana, jolloin hallituksen myöhemmin keväällä esille tuomat valinnanvapautteen ja palvelutuotannon yhtiöittäminen liittyvät linjaukset eivät vielä olleet tiedossa, voidaan muutaman myöhemmin keväällä toteutetun haastattelun perusteella olettaa, että palvelujen integraatitavoitteiden saavuttamiseen liittyvät epäilyt olisivat todennäköisesti nousseet aiemmissa haastatteluissa saatuja vastauksia vahvemmin esille.

*”...Integroititavoite on jäänyt viime aikoina taka-alalle, kun on ryhdytty painottamaan kilpailua ja valinnanvapautta.”*

Uudistuksen tarpeellisuutta kartoittavan teemakysymyksen kohdalla laatu ja vaikuttavuus eivät nousseet esille. Myöhemmissä teemakysymyksissä näiden mittaamistarvetta tosin peräänkuulutettiin huolta kantaen. Kun nykytilaa arvioitaessa lähes kaikki sairaanhoitopiirin johtajat toivat esille kansalaisten eriarvoisuuden, mainitsi ainoastaan neljä (n=4) sairaanhoitopiirin johtajaa tämän

teemakysymyksen kohdalla uskovansa uudistuksen parantavan kansalaisten yhdenvertaisuutta. Johtajaylilääkäreistä ja tietohallintojohtajista yhdenvertaisuutta ei tässä yhteydessä maininnut yksikään.



Kuva 5. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tarpeellisuutta kuvaavat maininnat.

Koska kyse on järjestämislain uudistamiseen liittyvän lainsäädännön keskeisimmästä tavoitteesta, olisi tavoitteen onnistumisen kannalta tärkeää, että siihen lähtökohtaisesti uskotaan. Pitivätkö haastatellut yhdenvertaisuustavoitetta itsestään selvytenä vai eikö uudistuksen uskota tuovan parannusta kansalaisten yhdenvertaisuuteen?

#### Kilpailu ja kilpailukykyajattelu

Yhteensä kolmekymmentä (n=30) haastateltua katsoi, että kilpailu ja kilpailukykyajattelu soveltuvat varauksin terveydenhuollon toimialalle ja ainoastaan neljä (n=4) mainitsen niiden soveltuvan huonosti tai ei lainkaan (Kuva 6). Esille tuotuja näkemyksistä voidaan kiteyttää siten, että kilpailun uskotaan parantavan palvelujen saatavuutta, joten kilpailun katsottiin soveltuvan sinne, missä väestöpohja ja kutakin terveydenhuollon palvelua koskeva kysyntä on riittävän suuri ylläpitämään aitoa kilpailua. Tältä osin pääkaupunkiseudun tiedostetaan olevan muuhun Suomeen nähden poikkeuksellisessa asemassa. Toisaalta esille tuotiin, että tasavertaisen kilpailun näkökulmasta julkisella työnantajalla on tällä hetkellä rasitteena muun muassa yksityistä työnantajaa korkeammat eläkemaksut, jotka tulee ottaa huomioon kilpailuasetelmia tarkasteltaessa. (Kuva 6) Lähtökohtaiseksi näkemykseksi muodostui, että tulevien maakuntien tulisi kyetä myös erityistason palvelujen osalta melko laajaan eli niin sanottuun "täydenpalvelun tarjontaan", joista sitten osa tuotetaan yliopistosairaalayhteistyön muodossa. Esille tosin myös tuotiin, että kategorisoitu erikoistuminen voi johtaa usein palvelujen laadun ja saatavuuden heikkenemiseen. Tähän perustuen maakunnallisen järjestäjän odotetaan tekevän pitkäaikaisia puitesopimuksia julkisen palvelutuottajan eli ikään kuin "primäärin sopimustuottajan" kanssa. Tätä sopimusta täydennetään kustannustehokkuudeltaan ylivertaisilla yksityisen ja kolmannen sektorin palvelutuottajilla, joilla ei tulisi olla mahdollisuutta valita asiakkaitaan "rusinat pullasta" -periaatteella. Itsenäisemmässä roolissa olevilla toimijoilla tulisi olla potilasaineistosta episodikohtainen kokonaisvastuu ja vastuu myöskin haitoista, jolloin tuottajien väliset velvollisuudet saadaan tasapuoliseksi. Tärkeäksi myös nähtiin, että väestön palvelutarpeen arvioinnin kriteerit, palveluprosessit sekä ohjaus yhdenmukaistetaan koskemaan samanlaisena kaikkia toimijoita. Lisäksi tarkasteluun tulee ottaa julkisen terveydenhuollon palveluksessa toimivien lääkäreiden oikeus tehdä vapaa-aikanaan töitä kilpaileville työnantajille. Kilpailun laajentuessa nähdään oikeuden rajoittamiselle olevan enenevässä määrin tarvetta.

Heikommassa asemassa olevien kansalaisten turvaksi ajatellun palvelujen integraation kannalta, sosiaali- ja terveydenhuollon kilpailu katsottiin jossakin määrin vastavoimaksi. Liian pitkälle viedyn kilpailun ja valinnanvapauden pelättiin johtavan noin 10 prosentin väestöosuuden muodostaman, monisairaiden ja sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevien palvelujen unohtumiseen ja keskittymiseen hoitoon pääsyä parantaviin tekijöihin. Tämä toki palvelee suurinta osaa väestöä, mutta ei kohdistu toimenpiteitä kustannusten hallinnan kannalta olennaiseen.

Kilpailun pelättiin lisäksi heikentävän kansalaisten alueellista yhdenvertaisuutta. Tätä perusteltiin sillä, että perinteisten (digitalisoimattomien) palvelujen osalta syrjäseutujen alueellinen eriarvoisuus kasvaa suhteessa väestökeskittymiin ja vastaavasti maakuntien pienen väestöpohjan vuoksi sosioekonomista tasa-arvoa ei vaativampien erikoissairaanhoidon palvelujen osalta uskottu edistettävän markkinatalouden mekanismeilla. Alueellisen palvelutason turvaamiseksi nähtiinkin erittäin tärkeäksi, että alueiden väestö saada käyttämään omia julkisen sektorin tuottamia elektiiviä eli kiireettömiä palveluja ja siten ylläpitämään myös julkisen sektorin päivystystoiminnan edellyttämää valmiutta.

*"...Päivystys on nykyisin tarkasti säädeltyä. Erikoisalakohmainen päivystys vaatii noin 8-10 lääkäriä, jotta 24/7-toiminta voidaan toteuttaa. Joten kilpailu nopeasti ja vapaasti toteutettuna voisi johtaa sairaalan toimintojen alasajoa."*

*"...Tutkimukset osoittavat, että hoitopaikan läheisyydellä on suurempi merkitys hoitopaikan valintaan kuin virallisella aluejaoilla. Toinen valintaa ohjaava tekijä on työssäkäyntialue. Kolmantena valinnanvapautta hyödyntävänä ryhmänä voidaan erottaa harvinaisempaa ja vaativampaa hoitoa tarvitsevat potilaat. Näiden potilaiden osalta on syntynyt mielenkiintoinen haaste ratkaistavaksi, kun eri toimijoiden antamissa hoidoissa voi olla merkittäviä sekä sisällöllisiä että kustannuksiin liittyviä eroja."*

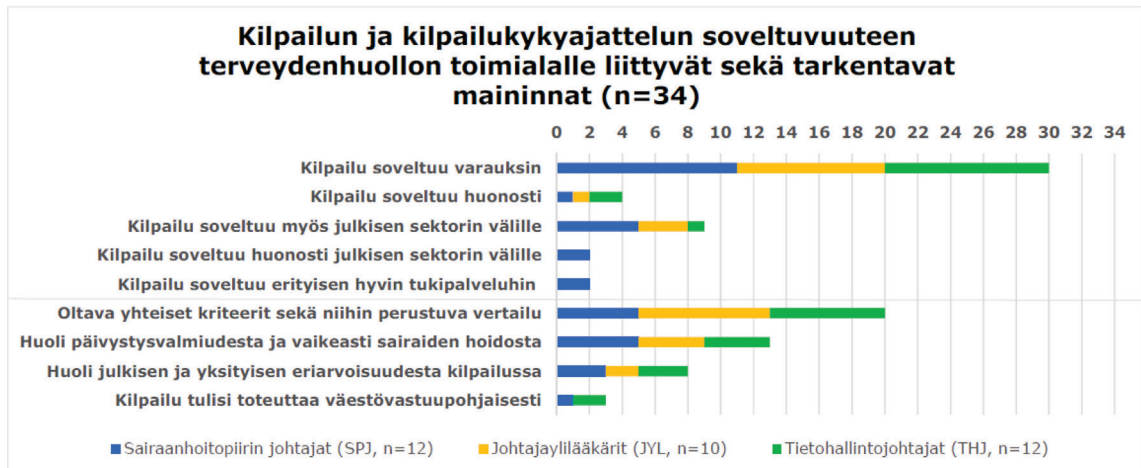
Liiallisen kilpailun ja valinnanvapauden korostamisen pelättiinkin johtavan kustannusten kasvuun. Tätä perusteltiin muun muassa sillä, että tällä hetkellä yleisesti käytössä oleva saatavuuden säännöstelyn poistuminen arvioitiin lisäävän kysyntää ja siten kustannuksia. Haastattelun yhteydessä todettiin, että "toistaiseksi ei ole olemassa makrotason referenssiä, jossa kaupallisiin lähtökohtiin perustuvan terveystalouden puitteissa olisi onnistuttu alentamaan kokonaiskustannuksia". Lisäksi yhtiöittämisen pelättiin vesittävän nimenomaan toiminnan tasolla tapahtuvaa integraatiota. Yhtiöiden välisen kilpailuasetelman vuoksi tätä ei uskota voitavan riittävästi korjata alueellisten tietojärjestelmien eikä yhtiökohtaisesti määräytyvien insentiivirakenteiden avulla.

*"Rajoitetusti kilpailu on tervetullut. En usko, että kuolevien ihmisten hoito on hyvää bisnestä. En myöskään usko, että suuronnettomuusvalmiuden ylläpito on hyvää bisnestä... Mutta sitten kun mennään matalan riskin "bulkkitoimintaan" tai pienten apteekkien, fysioterapiayritysten tai muiden vastaavien lähialueen palvelutuottajien toimintaan, niin näissä kilpailu voi oikeinkin hyvin palvella kokonaisuutta... Esimerkiksi kuvantaminen ja laboratoriotoiminta soveltuvat myös mielestäni oikein hyvin kilpailun alaiseksi toiminnaksi..."*

*"Mielestäni markkinamekanismille tulee antaa tilaa hakea parasta palvelutarjontaa. Tarvitaan jonkinlainen hybridimalli, jossa toteutuu sekä yksityisen sektorin kyvykkyys reagoida kysyntätilanteisiin ja julkisen sektorin voimavarat ylläpitää kattavaa palvelutuotantoa."*

Julkisen sektorin toimijoiden välinen kilpailu nähtiin enemmän mahdollisuutena kuin uhkana, mutta kilpailussa tunnustetaan myös yhteistyön kehittämiseen liittyviä haasteita. Julkisen sektorin välillä kansallisiin määräyksiin perustuva vertaisarviointi koettiin kilpailun luontevimmaksi lähtökohdaksi.

*"...Euroopassa on voitu havaita, että vertailutietoihin perustuva kilpailu on edistänyt heikoimpien suoriutujien laadun parantumista lähemmäksi laadullisesti parhaita suoriutujia."*



**Kuva 6.** Kilpailun ja kilpailukykyajattelun soveltuvuudesta terveydenhuollon toimialalle.

Kilpailulle käsitteenä nähtiinkin tarvetta antaa selkeämmin erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaan soveltuva määräytyminen. Tätä perusteltiin muun muassa sillä, että ”monelle tulee yllätyksenä, kuinka paljon palvelutuotantoa tulee ohjeistaa ja valvoa”. Siksi palvelujen laatua korostettiin kilpailun keskeisenä ja kansallisesti vertailukelpoisena kriteerinä, jolla myös hintaa voidaan perustella. Pohdittiinkin, että kilpailua ja valinnanvapautta ei tulisikaan käsitellä yhtenä kokonaisuutena, vaan se tulee rajoitteineenkin nähdä moniulotteisena, mutta selkiyttämistä edellyttävänä mahdollisuutena. Esimerkiksi nykytilanteen sekavuudesta nousi muun muassa Diagnosis Related Group (DRG) -pohjainen hinnoittelu, jota ei ole kaikkien toimijoiden osalta haluttu saattaa selkeästi yhteismitalliseksi ja velvoittavaksi. Erojen vuoksi jokaisella nähtiin olevan mahdollisuus selitellä tuloksiaan. Tällaisen katsottiin johtuvan kansallisen tason huonosta ja sekavasta johtamisesta sekä ohjeistuksesta.

*”...Tärkeää onkin panostaa laatuun ja oikea-aikaisuuteen sekä myöskin hintaan, koska maksajalle hinta-laatu -suhde on tärkeä...”*

Kilpailun yhteydessä esimerkkinä markkinoita vääristävistä tekijöistä mainittiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon tuotteen ostopäätöksen tekee taho, joka ei kuitenkaan täysin vastaa tuotteen rahoittamisesta. Sekä se, että terveydenhuollossa on tuotteita, joita potilas tai asiakas ei halua, mutta joita se joutuu ottamaan kuten esimerkiksi psykiatriset pakkohoidot. Laajempaa hyväksyntää sai näkemys, että niin sanotun matalan riskin volyympitoisessa ”bulkkitoiminnassa” kilpailulla on mahdollisuus palvella kokonaisuutta. Eli silloin, kun palvelujen tuotantoyksikön perustamiskustannukset ovat kohtuulliset, voidaan markkinoiden olettaa aidosti toimivan. Julkisen sektorin tasapuolisuutta suhteessa yksityiseen ja kolmanteen sektoriin uskottiin parannettavan kilpailutusten väestövastuuvastuulla.

*”...Näissä terveydenhuollon ulkoistuksissa on ollut tilanteita, että säästöjä on lioiteltu jättämällä osa toimintaan liittyvistä kiinteistö- ja tukipalvelukustannuksista veloittamatta ulkoistusyhtiöltä, jolloin tarkoituksellisesti halutaan pitää yllä uskomusta kunnalle aiheutuviista merkittävistä säästöistä.”*

***Tulevien maakuntien toiminnan ja talouden suunnittelu ja seuranta, työpaikkarakenteiden joustavuus, tiedonkulku sekä innovatiivisuus***

Suomen lähes kaikissa sairaanhoitopiireissä käytössä oleva NordDRG-luokitus [29] on tarjonnut jo yli 20 vuotta perustan erikoissairaanhoidon tuotteistukselle. Vaikka haastatellut näkivätkin toimijoiden välisessä yhteismitallisuudessa haasteita, katsottiin erikoissairaanhoidolla olevan nykyisin perusterveydenhuolto ja sosiaalihuolto paremmat valmiudet toiminnan ja talouden suunnitteluun ja seurantaan. Haastatellut arvioivat, että tulevaisuuden alueellisen verkostotoiminnan näkökulmasta nykyisin käytössä olevat tuotteistukset eivät ole johtamisen kannalta riittäviä. Haastatteluissa nousi myös esille, että investointiajattelua tulisi kehittää siten, että alueellisilta investoinneilta ryhdytään aidosti edellyttämään tuottavuuden parantumisen muodossa syntyvää takaisinmaksua.

*”Tarvetta on toimintatiedon kattavammalle tilastoinnille sekä sen hyödyntämiselle käytettävyydeltään paremmilla työkaluilla. Tämä edellyttää, että aikaan saadaan koko aluetta koskeva yhteiset ohjeistukset ja metatiedot, jonka pohjalta tekemistä voidaan yhdenmukaistaa. Standardointi johtaa toiminnan sujuvoittamiseen, leanajatteluun ja parempaan ennakointiin.”*

Alueellisuuden myötä toiminnan ja talouden kytkeminen toisiinsa nähtiin nykyistäkin strategisempaa johtamisen ydinkysymyksenä. Lähtökohtana tulisi olla, että kansallisten linjausten pohjalta maakunnille laaditaan palvelujen tarpeista ja tuotannosta paikalliset olosuhteet huomioiva kokonaisvaltainen näkemys. Jatkossa myös kansalaisten tulisi kansalaisyhteiskunnan hengessä osallistua aikaisempaa enemmän palveluja koskevaan päätöksentekoon.

*”Toiminnan ja talouden kytkeminen toisiinsa on organisaation johtamiskysymys. Tällöin tiedon raportoinnin laatua on parannettava, jotta tieto saadaan johdon työvälineeksi. Eikä vain ylimmän johdon vaan myös keski johdon käyttöön. Yksi iso asia on, että keski johtoa täytyy kouluttaa, jotta he oppivat näkemään tiedolla johtamisen merkityksen.”*

Keskeiseksi katsottiin, että toimijoiden tulisi päästä toimimaan reaaliajassa ja ennustamaan tulevaisuutta siten, että pitkänaikavälin eli useamman vuoden päähän ulottuva väestöpohjainen ennustaminen mahdollistuu. Erityisesti ylimmän johdon toivottiin jatkossa käyttävän nykyistä paljon enemmän aikaa skenaariopohjaiseen pitkänaikavälin suunnitteluun. Johtamisen kannalta olennaiselle tietotuotannolle nähtiin tarvetta antaa nykyistä selkeästi strategisempi rooli asettamalla analytiikkapalvelut suoraan ylimmän johdon alaisuuteen ja pois talousjohdon kapeammasta ohjauksesta. Kattavan ennustamisen edellytyksenä on, että alueen eri tietojärjestelmissä olevat tiedot saadaan tehokkaasti yhteen yhtenäiseen tietovarantoon. Tiedon analyysiin ja louhintaan tarvitaan sekä alueellisia että kansallisia työkaluja. Siksi valmisteilla olevalle kansalliselle Palveluoperaattorille asetettiin korkeat odotukset.

*”...Ennustavia työkaluja on aivan liian vähän. Esimerkiksi jonojen kehittymistä tulisi pystyä ennakoimaan nykyistä paremmin. Jotta toiminnan suunnittelu voitaisiin tehdä nykyistä paremmin, tulisi pitkänaikavälin eli useamman vuoden päähän ulottuva väestöpohjainen ennustaminen mahdollistaa. Ylimmän johdon tulisi käyttää nykyistä paljon enemmän aikaa muutaman vuoden päähän ulottuvaan skenaariopohjaiseen suunnitteluun.”*

Haastatteluissa todettiin, että yhdenvertaisuuden ja kustannustehokkuuden näkökulmista sosiaali- ja terveydenhuoltoon tarvitaan uudentasoista valtakunnallista vertaisarviointia, jonka avulla parhaat käytännöt sekä oman palvelutuotannon kehityskohteet voidaan tunnistaa. Vertailtavuuden edellytyksenä nähtiin yhteinen tuotteistus, jonka koettiin olevan vielä jossakin määrin avoin asia. Tulevaisuudessa muun muassa palvelujen vaikuttavuuden arviointi katsottiin resurssien tehokkaan allokoinnin kannalta välttämättömäksi. Uudistuksen näkökulmasta keskeisenä huolenaiheena esille nousi yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden yhteismitallisuus, tiedon luotettavuus ja avoimuus. Tässä yhteydessä kannettiin huolta siitä, että toistaisek-

si THL ei ole kyennyt ottamaan sille kuuluvaa kansallista ohjaajan ja valvojan roolia.

*”Talouden seurannalla on pitkät perinteet, mutta vaikuttavuuden arvioinnissa on paljon kehitettävää. Eli esimerkiksi, jos potilaan kotikuntoutuksessa panostetaan fysioterapiaan, niin todistetusti muiden palvelujen tarve ja kysyntä vähenee. Tällaisia malleja tulee saada esille ja pystyä systemaattisesti käyttöönottamaan. Vertailtavuudessa ollaan kansallisesti hyvin alkuvaiheessa. Sitä tulee kehittää esimerkiksi Palvelupaketti-hankkeen kaltaisten lähestymisten kautta.”*

Haastatteluissa tuotiin esille, että terveydenhuollon henkilöstökulut ovat kokonaiskustannuksista noin 70 prosenttia ja siksi maakunnallisiin sosiaali- ja terveydenhuollon tuottajaorganisaatioiden tuhansien työntekijöiden muodostamat palveluverkot muodostavat työpaikkarakenteiden joustavuuden eli optimaalisen työvoimaan suuntaamisen kannalta merkittävän tuottavuuspotentiaalin.

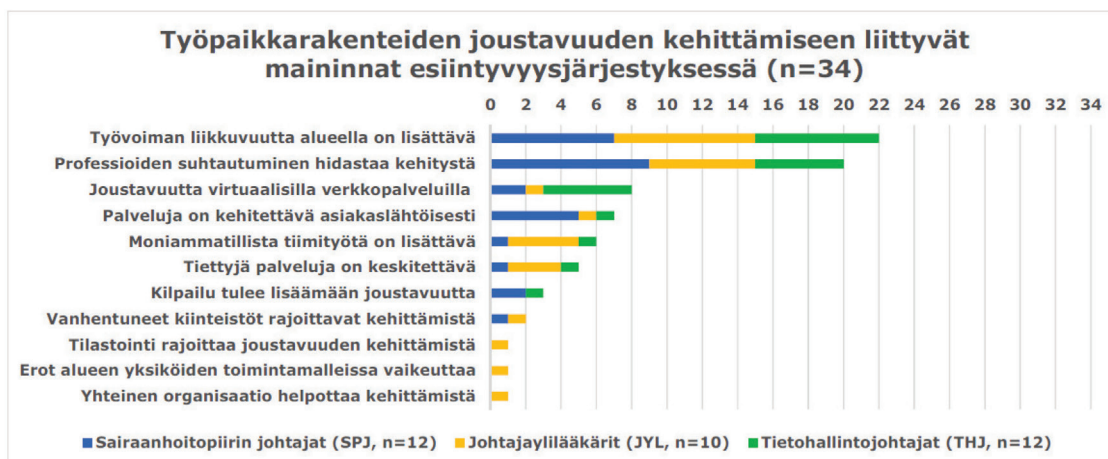
Nykyisellään julkisen sektorin virkaehtosopimusrakenteen katsottiin enemmän tai vähemmän estävän toiminnan järkevän ja pitkäjänteisen kehittämisen. Ihmisten palkkaamisen, irtisanomisen ja siirtämisen ei nykyisin katsottu toimivan riittävän joustavasti. Enemmistö haastatelluista näkikin, että mikäli asiakaslähtöisyyttä halutaan kehittää, on työpaikkarakenteiden joustavuuden kehittäminen itsestään selvä välttämättömyys. Näin saataisiin ihmiset tekemään töitä siellä, missä se on asiakkaiden kannalta järkevää ja tehokasta. Yksityisellä sektorilla katsottiin tässä olevan merkittävää etua sekä työsopimusten että päätöksenteon joustavuuden näkökulmasta.

Työpaikkarakenteiden joustavuudessa arvioitiinkin olevan kyse yhteiskunnallisesta megatrendistä, jolta myöskään sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala ei ole suojassa. Kun palvelutuotannon järjestämisessä katsottiin toistaiseksi liikaa kiinnitetyn huomiota tuottajan, ammattijärjestöjen sekä pienten paikkakuntien työpaikkojen näkökulmaan, toivottiin jatkossa huomion olevan potilaan saamassa palvelussa.

Perusnäkömyksenä esitettiin, että työn liikkuvuutta tulee lisätä (n=22) ja asiakaslähtöisiä valinnanvapauden mahdollistavia palveluja (n=7) on voitava sekä hajauttaa että keskittää (Kuva 7). Hajauttamisella katsottiin tarkoitettavan palvelujen viemistä asiakkaiden kotiin tai kansalaisia lähellä oleviin lähialueiden palveluysiköihin. Hajauttamisen ensisijaiseksi tavoitteeksi nähtiin palvelujen asiakaslähtöisyys. Vastaavasti keskittämisestä katsottiin olevan kyse silloin, kun yhteen fyysiseen osaamiskeskukseen kootaan jonkin palvelukokonaisuuden tuottamisen kannalta keskeiset osa-alueet. Keskittämisen ensisijaiseksi tavoitteeksi nähtiin parempi resurssi- ja virtaustehokkuus sekä suuremman volyymin mahdollistama vakioidumpi laatu. Sujuvien ja laadukkaiden palvelujen uskottiin hyödyttävän sekä asiakkaita että veronmaksajia. Harvemmin tai kerran elämässä tarvittavien erityispalvelujen tuottamisen tehostamiseksi palveluja toivottiin lähtökohtaisesti keskitettävän, mutta sitä vastoin peruspalvelujen ja kansalaisten perusturvallisuutta lisäävien palvelujen palveluverkkoa toivottiin kehitettävän läheisyysperiaatteen mukaisesti. (Kuva 7)

*”...Myös osaamiskeskittymä tulee tarvittaessa pystyä muodostamaan ja parantaa siten virtaustehokkuutta. Osaamiskeskuksissa syntyy myös helpommin joustavuutta lähettää ihmisiä myös lähemmäksi kansalaisia.”*

Terveydenhuollon ammattilaisten ja työntekijäjärjestöjen suhtautumisen työpaikkarakenteiden joustavuuteen (n=20) toivottiin kehittyvän myönteisemmäksi. Isoimmaksi haasteeksi koettiin ihmisten ajattelutavan muuttaminen. Tämän katsottiin koskevan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia että kansalaisia, joiden roolin omaan hoitoon liittyvässä palvelutuotannossa uskottiin lisääntyvän. Esille nousi, että yhtiömuotoisessa toiminnassa työnantajalle tulisi joustavampi mahdollisuus määrittää työn tekemiseen liittyvä paikka ja aika, mutta vastaavasti alueen resurssien joustavalle yhteishyödyntämiselle voi useiden yhtiöiden toimintamalli ylläpitää nykyisen kaltaisia raja-aitoja. (Kuva 7)



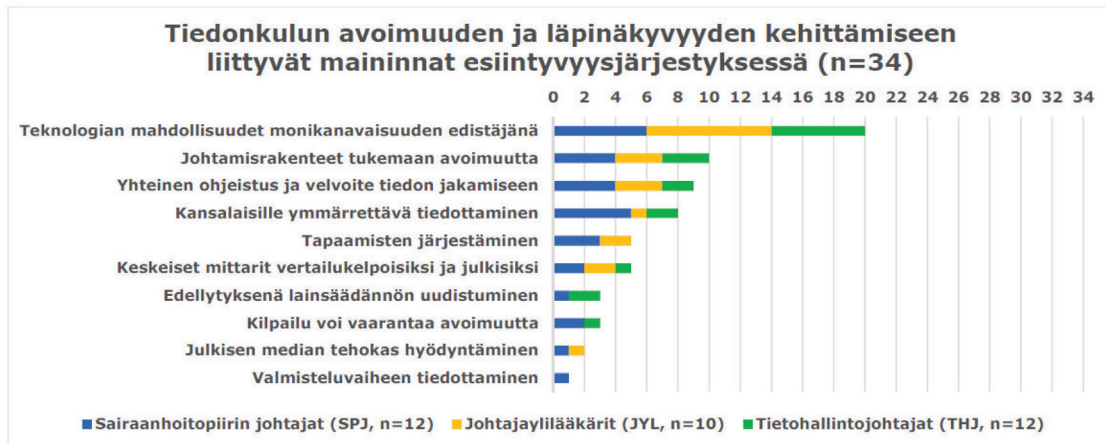
Kuva 7. Työpaikkarakenteiden joustavuuden kehittäminen.

Lisäksi katsottiin, että joustavimmillaan työvuorossa olevat ihmiset tulisi saada osaamisprofiilin puitteissa tekemään kaikkia niitä lisäarvoa tuottavia tehtäviä, joita alueella on kulloinkin olemassa. Uudistusten onnistumisen edellytyksenä nähtiinkin asiakkaiden kulutuskäyttäytymiseen (valinnanvapaus) liittyvä tieto ja sen pohjalta syntyvä uusi tapa johtaa ja tuottaa palveluja. "Tieto muuttuu tietämykseksi, joka muuttuu uudeksi logistiseksi palveluksi". Tämä edellyttää myös tietojärjestelmiltä uudenlaista tehtävien ja resurssien hallintaan liittyvää kyvykkyyttä. Myös teknologian mahdollistama ajasta ja paikasta riippumattomat virtuaaliset etäpalvelut (n=8) koettiin keskeiseksi keinoksi kehittää työpaikkarakenteiden joustavuutta ja kustannustehokkuutta. Jotta joustavuuden lisääntymisen mahdollisuudet voidaan realisoida, katsottiin tulevina vuosina tarvittavan poikkeuksellisen mittavaa panostusta johtamisjärjestelmien uudistamiseen, muutosjohtamiseen sekä koko henkilöstöä ja asiakaskuntaa koskevaan koulutukseen.

Alueellisen tiedonkulun edistämistä katsottiin nykyisin rajoittavan tietosuojan liittyvä lainsäädäntö, siiloutunut rekisterinpitäjäisyys sekä standardien ja yhteisten käsitteiden puuttuminen. Tästä huolimatta nähtiin tiedonkulun avoimuudessa ja läpinäkyvyydessä olevan ennen kaikkea kyse erilaisiin toimintakulttuureihin ja ihmisten asenteisiin liittyvistä haasteista.

*"Yhdysvaltalainen huipputuloksia tuottava Mayo Clinic (<http://www.mayoclinic.org/>) pyrkii perustamaan toimintansa "Evidence Managementin" periaatteisiin, jonka pohjalta organisaatio viestii tekemisistään, arvoistaan ja tavoitteistaan kaikilla tavoilla mahdollisimman yhdensuuntaisesti..."*

Tiedonkulun parantamiseen ei nähty olevan yhtä ainoata ratkaisua, vaan sen kehittämisen katsottiin edellyttävän monikanavaisuutta (n=20) ja siten myös uusien teknologioiden tarjoamien viestintämuotojen aktiivista hyödyntämistä (Kuva 8). Jotta tämä olisi mahdollista, arvioitiin tarvittavan yhteinen alueellinen viestintästrategia sekä tietojärjestelmiä, joissa on keskitetysti ylläpidettävät ja käyttämistä ohjaavat selkeät ja noudattamista edellytettävät alueelliset ohjeistukset (n=9). Tätä perusteltiin myös järjestelmien hankintaan, koulutukseen ja tukeen liittyvillä kustannuksilla. Kansalaisten näkökulmasta parannettavaa nähtiin olevan viestinnän sisällön selkeydessä ja ymmärrettävyydessä (n=8). Teknologiaa ei enää koettu rajoitteeksi vaan kyse oli enemmänkin johtamisesta (n=10) sekä valmiudesta käyttöönottaa ja hyödyntää teknologian tarjoamia vaihtoehtoja. (Kuva 8)



Kuva 8. Maakunnallisen itsehallintoalueen toimijoiden välisen tiedonkulun kehittäminen.

*"Tiedottamisestahan on se vanha vitsi, että tiedottaminen epäonnistuu aina paitsi sattumalta. Luulen, että ei ole olemassa yhtä kanavaa, jota kautta kaikki tarvittava tieto välittyisi organisaation sisällä, saatikka sitten palvelujen käyttäjille..."*

Tiedonkulun kehittämisen katsottiin edellyttävän, että koko henkilöstölle, mutta myös kansalaisille annetaan koulutuksen kautta riittävät valmiudet ymmärtää tiedonkulun merkitys menestystekijänä. Siksi tiedonkulun kehittämisen ei uskottu tapahtuvan hetkessä vaan sen arvioitiin vaativan aikaa. Toimintaa kuvaavien mittareiden vertailukelpoisuudella ja julkaisemisella uskottiin olevan tiedon laatua parantava vaikutus. Myöskään ihmisten fyysisten tapaamisten merkitystä alueen asenneilmapiiriä parantavana tekijänä ei uusilla teknologioilla nähty täysin voitavan poistaa.

Tulevaisuudessa kilpailun pelätään vaarantavan tiedonkulun avoimuutta ja läpinäkyvyyttä. Yhteisten tietojärjestelmien avulla katsottiin tätä ongelmaa voitavan poistaa kunhan pidetään huolta, että jatkossa julkisen rahoituksen edellytyksenä on alueen yhteisiin tietosisältöihin ja toimintaohjeisiin sitoutuminen. Koska valtakunnalliset Sosiaali- ja terveydenhuollon kanta-arkistot tuskin vielä lähitulevaisuudessa kykenevät tarjoamaan riittävän monipuolista ja reaaliaikaista tietoa eri toimijoiden käyttöön, nähtiin maakunnan yhteinen tietojärjestelmämarkketehtuuri perusedellytykseksi tiedonkulun kehittämisessä.

*"Kaikilla toimijoilla tulee olla selkeä rooli ja kaikesta julkisrahoitteisesta toiminnasta, oli se sitten yksityisen tai julkisen toimijan tuottamaa, tulee olla velvollisuus antaa tietoa toiminnastaan..."*

Organisaatiossa tapahtuvan luovuuden ja innovatiivisuuden nähtiin olevan seurausta avoimesta ja luottamusta herättävästä johtamiskulttuurista (n=16), jossa yhteinen ja selkeästi ymmärrettävä visio ohjaa kaikkea toimintaa. Luottamukseen (n=11) perustuen ihmisten koettiin uskaltavan tehdä innovaatioiden edellyttämiä kokeiluja ilman, että epäonnistumista tarvitsee pelätä (n=15) (Kuva 9). Luovuuden katsottiin edellyttävän myös mahdollisuutta irtautua arjen kiireistä ja kohdistaa selkeästi aikaa innovaatiotoimintaan. Myös palkitsemisen ja henkilökohtaisen hyötykokeman (n=12) merkitys luovuudessa arvioitiin tärkeäksi elementiksi. Kaiken tämän lisäksi luovuuden nähtiin usein edellyttävän oman toimialan sekä jonkin muun viitekehityksen kuten tietoteknologian vahvaa asiantuntemusta. Luovuudessa konvergensikyvykytydellä eli kyvyllä samansuuntaistaa useampia lähestymisiä uskottiinkin olevan merkittävä rooli. (Kuva 9)

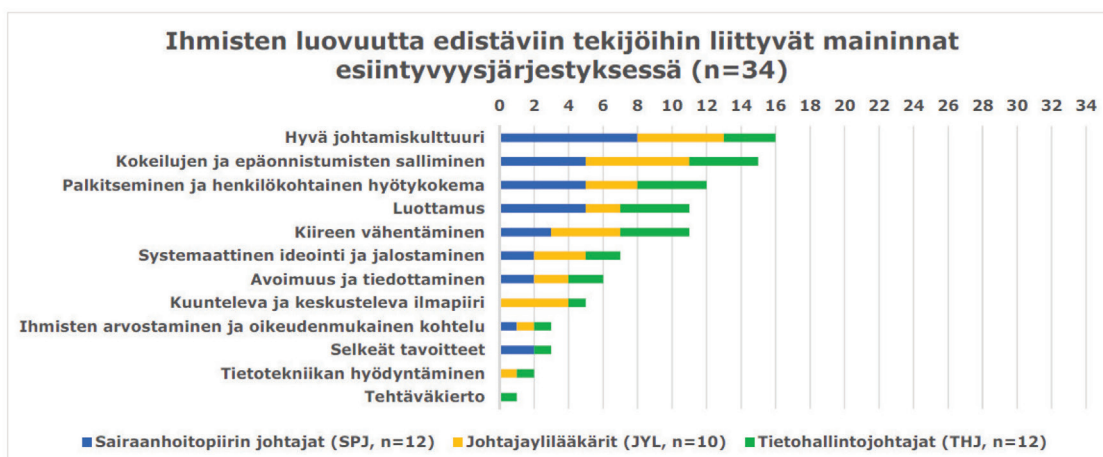


*"...Yksi yli -päättämisen rampauttavasta periaatteesta tulisi luopua, jos haluamme ketterää kehittämistä. Periaate on mielestäni epäluottamuksen osoitus toimijoita kohtaan ja ei edistä luovuutta."*

Kehittämistoiminnan näkökulmasta tietohallinnon roolia toivottiin uudistettavan. Tietotekniikka-asiantuntijoiden toivottiin kehittyvän myös sosiaali- ja terveydenhuollon substanssia hallitsevaksi kehittäjäkumppaniksi. Tällöin tietohallinnolla olisi nykyistä enemmän tehtävänä tukea ja motivoida kehittämistä eli toimia kehittämisen mahdollistajana. Olennaisena edellytyksenä nähtiin myös se, että ihmiset saadaan riittävän usein irti arjesta ja sen kiireistä (n=11). Työnkiertoa toivottiin edistettävän, jolloin henkilölle avautuisi uudessa tehtävässä mahdollisuus havaita kehityskohteita ja muodostaa erilaisia näkemyksiä asioista myös oman perusyksikön ulkopuolisesta näkökulmasta. Tällaiseen työnkiertoon voisi liittyä työskentelyjakso myös kehitysyksikössä. (Kuva 9)

*"...Toiminnankehittämisessä tietohallintoa tulisi aktiivisesti käyttää teknologioiden mahdollistamien uudenlaisten, kansalaisia ja ammattilaisia hyödyttävien, toimintamallien edistäjänä..."*

Haastattelussa nousi myös esille, että luovuus ja innovaatiot tulee nähdä prosessina, jolle myös peräänkuulutettiin systematiikkaa (n=7). (Kuva 9) Ideointivaiheen osalta toivottiin korostettavan ideoiden spontaania ja helppoa esille tuomista sekä niiden näkyvää ja systemaattista keräämistä. Jatkojalostusvaiheessa painotettiin erilaisissa ryhmissä toteutettavien moniammatillisten työpajojen merkitystä, jossa keskipisteessä on toiminnan kehittäminen eikä virheiden ja epäonnistumisten henkilöityminen.



**Kuva 9.** Ihmisten luovuutta työyhteisössä edistäviä tekijöitä.



## Pohdinta

Suomen nykyisen terveydenhuollon palvelujärjestelmän arvioidaan kansainvälisissä vertailuissa olevan sekä laadun että kustannusten suhteen kilpailukyinen. Kansalaisten yhdenvertaisuudessa on kuitenkin tunnistettavissa sekä alueellisia että väestöryhmittäisiä puutteita. Väestön ikärakenne, kaupungistuminen sekä hoitomenetelmien ja teknologian kehitys ovat lähivuosina asettamassa palvelujärjestelmälle uusia ja mittakaavassaan ainutlaatuisia haasteita.

Teemahaastatteluissa esitetyt näkemykset vahvistivat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rakenneuudistuksen tarpeellisuutta nostamalla esille nykyisen palvelutuotannon kehittämistä vaikeuttavat seikat sekä tarpeen kehittää palvelujen integraatiota, saatavuutta sekä tuottavuutta. Paremman integraation arvioidaan edistävän nimenomaan paljon palveluja käyttävien eli noin 10 prosentin väestön osan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen läpinäkyvämpää ja kokonaisvaltaisempaa hallintaa. Paremman koordinaation katsotaan mahdollistavan alueellisten palvelukäytäntöjen ennalta suunnittelun eli vakionnin, jonka taas uskotaan mahdollistavan varhaisemman ja täsmällisemmän palveluintervention. Samalla uskotaan parannettavan palvelujen saatavuutta, laatua, vaikuttavuutta sekä resurssien käytön ennustettavuutta ja kustannustehokkuutta.

Haastatteluissa esiintyi orastavaa myönteisyyttä luovan hallinnan esittämälle keskittymiselle ja vahvalle verkostopohjaiselle palvelutuotannolle. Voidaan kuitenkin todeta, että organisaatioiden välisten strategisten arvoverkkojen rakentaminen tulee vaatimaan aikaa ja asenneilmapiirin kehittymistä. Alkuvaiheessa julkisen sektorin nykyisten toimijoiden välinen integroitu palveluverkosto tulee olemaan jo itsessään iso ponnistus. Resilienssin eli proaktiivisen kehittämisen edellyttämät laajat ja itsenäiset valtuudet nähtiin tärkeäksi, mutta vaativat toimintakulttuurin ja luottamuksen kehittymistä. Haastateltujen lievä varautuneisuus yksiköiden laajempaa itsenäistä päätöksentekoa kohtaan tukee tätä tulkintaa.

Valinnanvapauden edellytyksenä on, että kaksi tai useampi palvelujen tuottaja tarjoaa kansalaisille vaihtoehtoja samasta palvelusta, jolloin palvelutuotantoon syntyy kilpailua. Tämä taas edellyttää päällekkäistä ja siten jossakin määrin ylimääräistä resursointia. Vaikka kansainvälisissä tutkimuksissa [30] kilpailun on todettu parantavan johtamisen laatua ja koko organisaation suorituskykyä, tulisi haastateltujen mielestä Suomen pienen väestöpohjan maakunnissa soveltaa alueen kokonaishyödyn näkökulmaa. Tämän perimmäisenä tavoitteena tulee olla alueen väestölle tarjottavat laadukkaat ja kysynnän mukaan pitkäjänteisesti kehittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Koska sosiaali- ja terveydenhuollon kattava palvelutuotannon toteuttaminen vaatii investointeja henkilöstöön, rakennuksiin, koneisiin, laitteisiin sekä tietojärjestelmiin, painottui haastatteluissa näkemys, että liian pienessä markkinassa käytävä osaamis- ja pääomaintensiivisten palvelujen vapaa kilpailu voi johtaa alueen palvelutarjonnan peruuttamattomaan tuhoutumiseen ja siten jatkuvuuden sekä yhdenvertaisuuden vaarantumiseen.

Haastatellut uskoivatkin kilpailun parantavan palvelujen saatavuutta, mutta johtavan väestöpohjaltaan pienemmissä ”maakunnallisissa markkinoissa” tuhlailuun. Siksi paljon kysyntää sisältävät perustason ja lähipalvelut nähtiin maakunnan sisällä tapahtuvan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuottajien välisen kilpailun luontevimmaksi alueeksi (Kuva 10). Tätä tukee Jarillon verkostotutkimus, jonka mukaan tavallisesti organisaatioiden kannattaa ostaa markkinoilta sellaisia tuotannontekijöitä, joiden pääomakustannukset ovat matalat ja vastaavasti valmistaa itse pääomakustannuksiltaan korkeat tuotannontekijät [31]. Varsinkin lähtötilanteessa maakuntien erityistason ja erikoistuneempien palvelujen osalta laadun ja jatkuvuuden turvaaminen tulee olla ensisijainen kriteeri arvioida kilpailun soveltuvuutta alueelle.

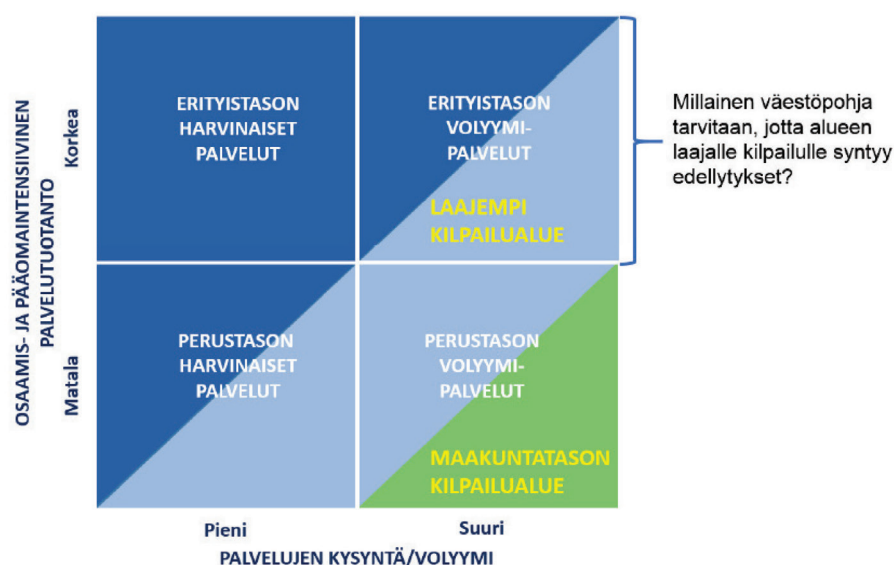
Taloustieteen tutkimukset osoittavat, että organisaatio- ja työpaikkarakenteiden muutokset ovat olennainen osa kansantalouden ja sen toimialojen tuottavuuden kasvua. Parhaimmillaan työpaikkarakenteiden joustavuus tarjoaa organisaatioille mahdollisuuksia järjestää tuotantotoimintansa aiempaa tehokkaammin ja kilpailukykyisemmin. [32]

Organisaatioiden kilpailukyky ja menestys perustuvat tulevaisuudessa lisääntyvässä määrin tietoon ja osaamiseen. Kyse on siitä, kuinka

hyvin tiedosta ja osaamisesta kyetään luomaan asiakkaan arvostamia tuotteita ja palveluita. [33] Haastatellut korostivatkin, että on tärkeää pitää huolta vertailun yhteisistä lähtökohdista eli siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon kilpailulle on olemassa tasapuoliset kriteerit sekä toimijoille yhtäläinen velvoite avoimeen ja läpinäkyvään tietotuotantoon. Siksi sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johdon sekä muun henkilöstön on sitouduttava kansallisten suositusten käyttöönottoon ja heidän tulee tukea henkilöstöään niiden omaksumisessa esimerkiksi erilaisten insentiivien avulla tai vain antamalla henkilöstölle aikaa oppia uudet dokumentaatio- ja työskentelytavat [34]. Tällöin ei tule unohtaa myöskään keskiöön haluttua kansalaisten osallistamista. Näkemys jatkuvasti kehittyvistä Palvelupaketeista antaa olettaa, että ennemmin tai myöhemmin Palvelupaketeista saadaan kaikkien kannalta riittävä yhteiskehittämisen pohja.

Haastatellut eivät nähneet kilpailua ”joko-tai” -kysymyksenä vaan kilpailulle tunnistettiin soveltuvia osa-alueita, vaikka tiettyjen ydinpalvelujen tuotantovastuu rahoituksellisesti säilyisikin julkisen sektorin yksinoikeuteen perustuvana. Kilpailun osalta luovan hallinnan teoriaa on tältä osin syytä täsmentää siten, että osana maakunnallista järjestäytymistä sosiaali- ja terveydenhuollon kilpailu tulee käsitteenä määritellä paikalliset olosuhteet huomioivaksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon kilpailun, kilpailukyvyn ja palvelujen kehittämisen näkökulmasta olisi jatkossa mielekästä selvittää, kuinka laajoja alueellisia järjestämisvastuita Suomeen tulisi muodostaa, jotta alueiden laajemmalle sisäiselle kilpailulle muodostuisi toimivat ja yhdenvertaisuutta edistävät markkinat. Pidemmällä aikavälillä väestövastuupohjainen kilpailuttaminen voi tuoda uudenlaisia mahdollisuuksia palvelutuotannon laadukkaaseen ja kustannustehokkaaseen järjestämiseen. Yhdenvertaisuustavoitteen näkökulmasta on syytä huomioida, että Tanska tarjoaa esimerkin maasta, jossa saatavuuden paraneminen ei ole johtanut terveyserojen tasoittumiseen, vaan siellä sosioekonomiset terveyserot ovat kasvaneet, vaikka hoitopääsy on tasa-arvoistunut [35].

## Kilpailun soveltuvuus sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalle



**Kuva 10.** Kilpailun soveltuvuus sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalle.

Luovan hallinnan teorian korostama toiminnan ja talouden suunnittelun ja seurannan strateginen rooli sai vahvaa tukea. Teoriaa on kuitenkin syytä täsmentää, koska erityisen tärkeiksi nousivat tarpeet reaaliaikaisesta ja ennustavasta tietotuotannosta sekä laajemmasta kansallisesta vertailtavuudesta. Muiltakin osin luovan hallinnan korostama alueellisen tiedonkulun avoimuuden ja läpinäkyvyyden merkitys sai vahvistuksen. Luovan hallinnan teoriassa voidaankin katsoa olevan kyse alueellisen tietämyksen hallinnan viitekehyksestä.

Luovan hallinnan teoriassa esitetyt keskeiset oletukset innovaatiotoiminnasta saivat vahvan tuen. Luottamusta herättävä yhteistyön toimintakulttuuri, jossa yksilöistä lähtevä luovuus sekä isompien organisaatioiden kyvykkyyden innovaatioiden systemaattiseen prosessointiin tulivat haastatteluissa selkeästi esille. Tätä tukee hyvin Rajaniemen tutkimustulos, jonka mukaan luovuuden ei uskota vahvistuvan rutinoituneissa ja siiloutuneissa organisaatioissa ja että erityisesti työprosesseihin kohdistuvat innovaatiot eivät synny yksin ja tyhjiössä [36]. Johtamisosaamisen merkitystä onnistuneen innovaatiotoiminnan synnyttämisessä on luovan hallinnan teoriassa syytä korostaa. Teoriaa tukevasti haastattelujen yhteydessä tietohallinnon edustajilla ilmeni valmiutta ottaa laajempaan roolia tulevien maakuntien tutkimus- ja kehittämistoiminnassa. Myös teknologiainvestointeja edellyttävien etäpalvelujen tärkeys korostui haastatteluissa. Tämä tukee vahvasti luovan hallinnan teoriassa esitettyä näkemystä tietoteknologia investointien strategisesta merkityksestä.

Artikkelin validiteetin rajoitteiksi voidaan katsoa, että haastattelujen kohderyhmänä oli ainoastaan julkisen erikoissairaanhoidon organisaatioiden johtavia viranhaltioita. Tutkimus olisi todennäköisesti hyötynyt, mikäli haastatteluihin olisi otettu mukaan myös suurimpien kaupunkien sosiaali- ja terveydenhuollon johtajien näkemyksiä. Lisäksi tutkimusaiheen kannalta olisi ollut arvokasta saada myös sosiaali- ja terveydenhuollon operatiiviseen palvelutuotantoon osallistuvan henkilöstön mielipiteitä erityisesti johtamisesta, innovaatiotoiminnasta sekä toiminnan kannalta olennaisesta tiedosta. Tutkimus ei myöskään valaise kansalaisten suhtautumista palvelujen rakenneuudistukseen eikä siten kykene varmistamaan, että haastatteluissa esille nostetut painotukset ovat lopulta sosiaali- ja terveydenhuollon potilaiden ja asiakkaiden kannalta oikeita. Tältä osin teemahaastattelututkimuksen voidaan todeta avartaneen näkemyksiä ainoastaan suomalaisen erikoissairaanhoidon johdon valmiudesta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rakenneuudistukseen.

Luovan hallinnan teorian tavoitteena on antaa tukea jatkuvaan kehittämiseen pyrkivälle ja verkostomaisesti toimivalla alueelliselle sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannolle. Tutkimuksella saadut tulokset tukevat luovan hallinnan teoriaa täsmentäen sitä alueellisen kilpailun, tietotuotannon sekä innovaatiotoiminnan johtamisen osalta (kts. Kuva 11).



	STRATEGINEN JOHTAMINEN	PALVELUJEN JOHTAMINEN	INNOVAATIO-JOHTAMINEN
<b>ALUEELLISEN ARVOVERKON OHJAUS</b>	Yhteiseen visioon perustuva tarkoituksenmukaisen yhteistoiminnan kuvaus (Systeeminen koordinaatio)	Yhteisesti tapahtuva tavoitteiden asettaminen, yhteisesti sovitut säännöt ja toimivat johtamisen roolit	Tutkimus- ja kehitystoiminnalle sekä tietohallinnolle uusi strategisempi asema
	Keskittymisen ja verkostojen kautta syntyvä huippuosaaminen kumuloitua menestystä (Vahvat verkostotoimijat)	Huomio asiakaskommunikaatiossa, toimialan muiden palvelutuottajien seurannassa sekä huippuosaamiseen perustuvassa palveluprosessien kehittämisessä	Kahden luovuutta edistävän tekijän optimointi: suuruuden ekonomiaan perustuva innovaatioiden prosessikyvykyys ja yksilöiden luovuutta ylläpitävät kohtuullisen kokoiset toimintayksiköt
	Strateginen resilienssi keskiössä eli proaktiivinen uudistuminen ilmentää uutta hallintamentaliteettia	Reaaliaikainen, ennustava sekä vertailun mahdollistava tietotuotanto ja tiedonvälitys nähdään hallinnan järjestelmän keskeiseksi tuottavuusajuriksi	Radikaalien ja perinteisiä rakenteita ravistelevien systeemisten innovaatioiden edistäminen palkitsemalla aloitteen tekijät ja nopeuttamalla uudistusten leviämistä
	Organisaatorakenteissa painottuu verkostoihin ulottuva joustava työnjako, avoin tiedonkulku, asiantuntemus, nopeus ja innovaatiot (Orgaanisuus ja dynaamisuus)	Alueellisten työpaikkarakenteiden joustavuus keskiössä, jolloin työvoiman suuntaaminen ja jakaminen tehostuu	Informaatioteknologia on systeemisen innovaatiotoiminnan mahdollistaja ja siten keskeinen investointikohde
	Talouden suunnittelu ja seuranta nähdään luovan hallinnan strategiatyökaluna.	Alueen olosuhteet huomioiva kilpailu johtaa sosiaali- ja terveydenhuollossa parempaan johtamiseen (verkostoekosysteemin kilpailukyky)	Johtaminen vahvistaa innovatiivisuutta ja luottamusta edistäviä tekijöitä - yrittäjyys ja innovatiivisuus ovat henkisiä ominaisuuksia

Kuva 11. Alueellisen sosiaali- ja terveydenhuollon luovan hallinnan keskeiset osa-alueet.

## Lähteet

- [1] Hallituksen 27.6.2016 julkaisema keskeneräinen lakiluonnos sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Saatavissa (viitattu 6.11.2016): <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/75185>. s. 7, 24.
- [2] Hallituksen 27.6.2016 julkaisema keskeneräinen maakuntalakiluonnos. Saatavissa (viitattu 6.11.2016): <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/75185>. s. 2, 4.
- [3] Sosiaali- ja terveysministeriö ja Valtiovarainministeriö. Sote-uudistus. Valinnanvapauden toteuttamisen ja monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamisen jatkovalmistelu. 27.6.2016. Saatavissa (viitattu 6.11.2016): <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/2969576/12.+Valinnanvapaus+ja+monikanavarahoituslinjaus+2016-06-27>.
- [4] Laihonen H. Kompleksisen arvoverkon johtaminen. Teoksessa Arvoverkkoa kokemassa – Saaliina tuottavuutta ja innovaatioita. Toim. Jalonen Harri, Aarva Kim, Juntunen Pekka, Laihonen Harri, Laitinen Ilpo, Lönnqvist Antti Helsinki. Acta nro 226. Suomen Kuntaliitto; 2011:78-98. s. 78.
- [5] Lappalainen K. Sosiaali- ja terveydenhuollon alueiden luova hallinta innovatiivisten arvoverkkojen systeemillä koordinaatiolla. Finnish Journal of eHealth and eWelfare. Article first published online: 21 DEC; 2015:7(4). s. 221-236. Saatavissa (viitattu 6.11.2016): <http://ojs.tsv.fi/index.php/stty/article/view/53521/16678>. s. 231.
- [6] Klemola K, Uusi-Illikainen J, Askola T. Sosiaali- ja terveyspalveluiden tietojohdamisen käsikirja. Sitra. 2014. Saatavissa (viitattu 6.11.2016): [http://www.sitra.fi/julkaisut/muut/Sosiaali\\_ja\\_terveyspalveluiden\\_tietojohdamisen\\_kasikirja.pdf](http://www.sitra.fi/julkaisut/muut/Sosiaali_ja_terveyspalveluiden_tietojohdamisen_kasikirja.pdf). s. 5.

- [7] Stenberg M. Tieto – Tietojohdamisen arkkitehtuurit. Otava, Helsinki. 2006. s. 25-29.
- [8] Rockart JF. Harvard Business Review, March-April. no. 79209;1979:81-92. s. 85-88.
- [9] Nordin P, Jalonen H. Hyvinvointiverkosto institutionaalisenä yrittäjyytenä. Tapaustutkimus Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelman toteuttajaverkostosta. Teoksessa: Hallinnon tutkimus 34(2);2015:123-142. s. 123-124, 127.
- [10] Lesser E, Prusak L. Creating Value with Knowledge: Insights from the IBM Institute for Business Value. Cross R, Borgatti SP, Paker A, Prusak L. Making Invisible Work Visible: Using Social Network Analysis to Support Strategic Collaboration. s. 82-98. Oxford University Press. 2004. s. 90.
- [11] Johanson JE, Husman P, Uusikylä P. Viisto väistö ja vuorovaikutus – Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon kanssakäymisen muotoiluja. NodeHealth-hankkeen synteesiraportti. Suomen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print, Tampere. 2015. s. 14.
- [12] Virtanen P, Stenvall J, Rannisto PH. TIEDOLLA JOHTAMINEN HALLINNOSSA, teoriaa ja käytäntöjä. Kaivooja J. Sopeutuva ennakointimalli valtionhallinnon pitkän aikavälin ennakkoinnin työvälineenä. Tampere University Press. s.172-195. 2015. s.175-177.
- [13] Eriksson EA, Weber KM. Adaptive Foresight: Navigating the complex landscape of policy strategies. Technological Forecasting and Social Change 75(4);2008:462-482.
- [14] Virtanen P, Stenvall J, Rannisto PH. TIEDOLLA JOHTAMINEN HALLINNOSSA, teoriaa ja käytäntöjä. Branders M. Tutkimus ja tiedolla johtaminen valtionhallinnon kehittämisessä – esimerkkinä kokonaisturvallisuus. 2015: s.259-290. s. 278-279.
- [15] Dean BB, Lam J, Natoli JL, Butler Q, Aguilar D, Nordyke RJ. Review: Use of Electronic Medical Records for Health Outcomes Research: A Literature Review. Medical care Research and Review 66(6);2009:611-638. s. 99.
- [16] Lönnqvist A. Aineeton pääoma on tärkeää tieto- ja palveluyhteiskunnassa. Liiketaloudellinen Aikakausikirja, 1/2012, s. 97-101. Saatavissa (viitattu 6.11.2016): [http://lta.hse.fi/2012/1/lta\\_2012\\_01\\_d4.pdf](http://lta.hse.fi/2012/1/lta_2012_01_d4.pdf).
- [17] Sitran selvityksiä 113. Sote-tiedosta tekoihin Palvelupaketit raportoinnin työkaluna – ja mitä niillä voidaan seuraavaksi tehdä. Helsinki 2016. Saatavissa (viitattu 6.11.2016): <http://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksiäsarja/Selvityksia113.pdf> Lisätietoja (6.11.2016): <http://www.sitra.fi/hankkeet/sote-palvelupakettienpilotointi>.
- [18] Niemelä M, Pirker AM, Westerlund J. Strategiasta tuloksiin – tehokas johtamisjärjestelmä. Suomen ekonomiliitto, Helsinki. 2008. s. 118-119.
- [19] Väyrynen H, Helander N, Jalonen H. Tietämyksenhallinta osana organisaation toimintaa – hallintaa ja hämmennystä?. Teoksessa: Hallinnon tutkimus 34(4);2015:310-325. s. 323.
- [20] El-Den J, Feghali T. Knowledge transformation among virtually-cooperating group members. Journal of Knowledge Management 12(1);2008:92-105. s. 99.
- [21] Holme HE, Lilleore A-M. Knowledge-sharing enablers and barriers in pharmaceutical research and development. Journal of Knowledge Management 15(1);2011:53-70. s. 55.
- [22] Merriam S. Qualitative Research and Case Study Applications in Education. Jossey-Bass Publishers San Francisco. 1998.
- [23] Eisenhardt K. Building theories from case study research. The Academy of Management Review 14(4);1989:532-550.
- [24] Hirsijärvi S, Hurme H. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus Helsinki University Press. 2014. s. 26-27, 136, 152.
- [25] Bryman A. Research Methods and Organization Studies. Unwin Hyman Ltd. London. 1989.
- [26] Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi Helsinki. 2014.
- [27] Kvale S. InterViews. An introduction to qualitative research interviewing. Sage London. 1996. s. 212.
- [28] Eskola J, Suoranta J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino Tampere. 1998.



[29] NordDRG on Pohjoismaiden yhteisesti ylläpitämä erikoissairaanhoidon potilasluokittelujärjestelmä, jonka ylläpidosta vastaa Nordic Casemix Centre. Suomessa NordDRG:n omistaa Suomen Kuntaliitto. Järjestelmää hallinnoi FCG Konsultointi Oy ja sen Kansallinen DRG keskus. Lisätietoa (viitattu 6.11.2016): <http://www.nordcase.org/> ja <http://www.fcg.fi/norddrg>.

[30] Bloom N, Propper C, Seiler S, Van Reenen J. The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals. CEP Discussion Paper No 983. May 2010 (Revised November 2014). The Centre for Economic Performance. London School of Economics and Political Science. London. UK; 2014. s. 30.

[31] Jarillo JC. On strategic networks. *Strategic Management Journal* 9(1);1988:31-41.

[32] Maliranta M. Reaalisten yksikkökustannusten kehitys ja siihen vaikuttavat tekijät Suomessa ja Ruotsissa. Teoksessa: Kansantaloudellinen aikakauskirja 112(1);2016:22-46. s. 42, 44.

[33] Laihonen H, Hannula M, Helander N, Ilvonen I, Jussila J, Kukko M, Kärkkäinen H, Lönnqvist A, Myllärniemi J, Pekkola S, Virtanen P, Vuori V, Yliniemi T. Tietojohtaminen. Tampereen teknillinen yliopisto. Tiedonhallinnan ja logistiikan laitos. Juvens Print, Tampere. 2013.

[34] Häyrinen K. Kliininen tieto hoitoprosessissa. Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Itä-Suomen Yliopisto. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies. N:o 27. Väitöskirja. Kuopio. 2011. s. 61.

[35] Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Health inequality – Determinants and policies. *Scandinavian Journal of Public Health* 40(8);2012:12-105.

[36] Rajaniemi J. Organisaatorakenne ja innovatiivisuus. Tutkimus organisaatorakenteista johtuvista innovatiivisuuden esteistä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere; 2010.

## Terveydenhuollon hallinnan muutosajureista

Kari Lappalainen, KTM, HTM <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>

Vaasan yliopisto (Julkisjohtamisen tutkimus), Vaasa;

<sup>2</sup>

FCG Prodacapo Group Ltd, Helsinki

**Kari Lappalainen, KTM, HTM, Tohtoriopiskelija, Vaasan yliopisto (Julkisjohtamisen tutkimus), Vaasa. CEO, FCG Prodacapo Group Ltd, Helsinki, FINLAND. Email: kari.lappalainen@live.fi**

### Abstract

The healthcare systems of the welfare societies are subjected economic, social and technology pressures, which further emphasize the role of healthcare in societies. Simultaneously the progress leads to the gradual move to the more integrated ecosystems, where the flow of information and transparency between the participants are recognized as a denominator of creative productivity.

The citizens of the European countries are more and more categorized as the healthcare consumers, which have both rights and obligations. The need for constant re-evaluation of traditional public governance is obvious. The change has become a permanent condition, which is increasingly guided by international impacts. The mechanisms of creativity and self-management are seen as key success factors in healthcare. The need for a new kind of leadership culture has been identified. The management systems supported by theories seek to explain and provide frameworks for the organizations' continuous improvement. The new hybrids of public and private sectors, are representing a new model of governance. The aim of the article is to describe the main change drivers of healthcare. The research was carried out through an international literature review. The Theory of Creative Governance is the theoretical framework of the study. The study deepens our understanding of the key change drivers of healthcare, such as efficiency requires better integration of value networks, the increasing competition through freedom of choice, and the new opportunities for information technology. The common drivers of change seem to get their strength out of the growing economic position of the healthcare industry and the needs to reform the governance of the personnel-intensive healthcare. The study strengthened the assumptions of the theoretical governance framework for the strategic, operational and innovation management of healthcare. The harmonization of the laws and practices in different countries means, that the theory of Creative Governance is applicable also internationally.

**Keywords:** reform, networks, competition, freedom of choice, innovation

## Tiivistelmä

Hyvinvointiyhteiskuntien kansallisiin terveydenhuoltojärjestelmiin kohdistuu taloudellisia, yhteiskunnallisia sekä teknologisia muutospaineita, jotka korostavat terveydenhuollon asemaa yhteiskunnissa. Samalla kuin siilomaisesta toimintamallista siirrytään asteittain integroidumpaan ja verkostomaisempaan ekosysteemiin, tiedostetaan toimijoiden välinen tiedonkulku ja läpinäkyvyys innovaatioita synnyttäväksi tuottavuustekijäksi.

Euroopan Unionin maiden terveydenhuollossa kansalaiset koetaan enenevässä määrin kuluttajiksi, jolla on sekä oikeuksia, mutta myös velvollisuuksia. Julkisen sektorin perinteisiä hallinnan (governance) malleja joudutaan jatkuvasti uudelleen arvioimaan ja muutoksesta onkin tullut pysyvä olotila, jota enenevässä määrin ohjaavat myös kansainväliset vaikutukset. Terveydenhuollossa luovuutta ja itseohjautuvuutta edistävät mekanismit nähdäänkin organisaatioiden keskeisiksi menestystekijöiksi. Tarve uudella johtamisen kulttuurille on tunnistettu. Johtamisjärjestelmiä tukevat teoriat pyrkivät selittämään ja tarjoamaan viitekehyksiä, joihin tukeutumalla jatkuvaan kehittämiseen orientoituvat organisaatiot pyrkivät sopeutumaan alati uudistuviin olosuhteisiin, joissa julkisen ja yksityisen sektorin hybridit edustavat uudenlaista hallintamallia. Artikkelin tehtävänä on kuvata terveydenhuollon keskeisiä muutosajureita kansainvälisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä toimii luovan hallinnan teoria (Creative Governance). Tutkimus syventää ymmärrystämme terveydenhuollon keskeistä muutosajureista, kuten tehokkuusvaatimusten seurauksena integroituvista arverkoista, valinnanvapauden kautta lisääntyvästä kilpailusta sekä informaatioteknologian uusista mahdollisuuksista. Yhteistä muutosajureille näyttää olevan, että ne saavat voimansa terveydenhuollon toimialan kasvavasta taloudellisesta painoarvosta sekä sen seurauksena syntyvästä tarpeesta uudistaa henkilöstöintensiivisen toimialan johtamista. Tutkimus vahvisti osaltaan teoreettisen viitekehyksen oletuksia terveydenhuollon strategisesta, operatiivisesta sekä innovaatiojohtamisesta ja vahvisti näkemystä, että eri maiden lainsäädäntöjen ja käytäntöjen yhtenäistyessä luovan hallinnan teoria on sovellettavissa kansainvälisesti.

**Avainsanat:** hallinnonuudistus, verkostot, kilpailu, valinnan vapaus, innovaatiot

## Johdanto

Terveydenhuolto toimialana koetaan yhteiskunnan voimavaroja kuluttavana välttämättömyytenä, vaikka se voitaisiin nähdä myös talouskasvua vahvasti edistävänä mahdollisuutena. [1-3] Vuonna 2013 terveydenhuollon palvelutuotanto muodosti noin 9 prosenttia Euroopan Unionin bruttokansantuotteesta. Samanaikaisesti terveyden ja hyvinvoinnin toimialalla työskenteli noin 10 prosenttia kaikista Euroopan unionin alueella toimivista työntekijöistä. Nykyisin terveydenhuolto on toimialana yksi suurimmista ja tärkeimmistä palvelualoista. [4, s. 17]

Euroopan unionin lainsäädännön tavoitteena on yhtenäinen ja vapaaseen kilpailuun perustuva Euroopan laajuinen markkina, jossa tavaroiden, palvelujen, pääoman ja ihmisten vapaa liikkuvuus pyritään varmistamaan poistamalla rajoittavaa lainsäädäntöä. [5] Euroopan unionin terveydenhuoltoa koskevien ohjeistusten noudattamisessa jäsenmaiden on havaittu tulkitsevan ohjeistusten velvoittavuutta eri tasoisesti. Euroopan unionin virallinen rooli jäsenmaiden terveydenhuollon toteutuksen ohjaamisessa nähdäänkin rajalliseksi, mutta välillisesti sen katsotaan vaikuttavan järjestelmien kehittämiseen. Viime aikoina on kiinnitetty huomiota myös siihen, kuinka Euroopan markkinoita ja kilpailua ohjaava lainsäädäntö vaikuttaa eri jäsenvaltioiden kansalaisten terveyteen. [6]

Organisaation kulttuuri eli ihmisten uskomukset, käyttäytyminen ja arvot vastustavat lähtökohtaisesti muutosta. [kts. 7] Tänä päivänä muutoksia saa aikaan terveydenhuollon tieteellisen tietopohjan laajentuminen, teknologinen edistys, palvelujärjestelmien ja -menetelmien kehittyminen sekä liiketoimintamallien ja säänte-

lyn vapautuminen. Monimutkaistuva ja jatkuvasti uudistuvaa terveydenhuolto tarvitsee organisaatioissaan uudenlaista "muutoksen kulttuuria", joka kykenee ennakoimaan muutostarvetta, osaa hyödyntää sitä tehokkaasti sekä integroida sen joustavasti osaksi olemassa olevia järjestelmiä. [8, s. 155]

### Tutkimuksen teoreettinen viitekehys

Artikkelin teoreettisena viitekehysenä toimii luovan hallinnan teoria (The theory of Creative Governance), jonka lähtökohtana on tarve tuoda julkisen sektorin tehostamisvaatimusten tueksi uudistavaa teoreettista perustaa kuvaamalla sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden menestyksen kannalta keskeiset elementit. Muutosalttiissa ja verkostomaisesti integroituvassa toimintaympäristössä alueen strategisen johtamisen perusta on alueen systemisen koordinaation kautta aikaan saadussa visiossa, jonka tehtävänä on antaa yhteinen suunta palvelutuotantoon osallistuville verkostotoimijoille. Asiakkaiden valinnanvapaus ja sen aikaansaama palvelutuottajien välinen kilpailu synnyttää teorian mukaan tarvetta toiminnan jatkuvaan kehittämiseen. Muutoksissa korostuu resilienssi eli kyky sietää ja ennalta sopeutua toimintaympäristön muutoksiin tai häiriöihin. Operatiivinen johtaminen painottaa verkostossa tapahtuvan yhteistyön ohjausta, monimutkaisten toimijasuhteiden koordinoitua sekä useiden erilaisten intressien yhteensovittamista. Tueksi se tarvitsee toimintaympäristön aktiivista talouden suunnittelua ja seurantaa sekä ennakoitua tukevaa tietotuotantoa, jolle on tunnusomaista joustavuus, työjako, avoimuus sekä nopeus. Teorian mukaan innovaatiojohtamisessa korostuu kyky yhdistää suurille organisaatioille tyypillinen voimavara toteuttaa innovaatioprosessit laadukkaasti sekä pienten toimintayksiköiden luovuus. Tällöin keskiössä ovat toimijoiden välinen luottamus sekä informaatioteknologiaan panostaminen. [9,10].

Artikkelin toteuttamisen metodologinen lähtökohta on ankkuroidussa teoriassa, joka on yleinen metodologia teorian kehittämiseen. Ero ilmenee erityisesti analysoinnissa, joka perustuu vahvasti luokitteluihin eli teoreettiseen koodaukseen. Tällä tarkoitetaan kategorioiden kytkeä esille nousevaan teoriaan. Ankkuroitu teoria siis ankkuroituu systemaattisesti koottuun ja analysoituun dataan, jonka seurauksena kohteena oleva teoria kehittyi tutkimuksen aikana jatkuvan analyysin ja aineistonkeruun vuorovaikutuksessa. [11] Artikkelissa toteutettiin ankkuroidun teorian metodin mukaiset vaiheittaiset koodaukset. Alkuvaiheessa määritettiin avoin koodaus eli alustava hypoteesi (ydinkategoria). Tämän jälkeen suoritettiin akselikoodaus (ulottuvuudet), jossa valittiin tiettyjä keskeisiä piirteitä tarkemman analyysin kohteeksi. Kolmas eli selektiivisen koodauksen vaihe toteutettiin lopuksi pohdintaa osiossa, jonka tehtävänä oli koko tutkimusmateriaalin integroiminen ja lähtökohtana olleen teorian arviointi. [kts. 12]

Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on kuvata terveydenhuollon palvelutuotannon organisointiin liittyvää muutoksen tematiikkaa yleensä sekä sen keskeisiä muutosajureita. Tässä yhteydessä muutosajurilla tarkoitetaan megatrendiä, trendiä tai muuta muutosilmiötä, joilla tunnistetaan olevan todennäköinen kansainvälisen tason muutosvaikutus terveydenhuoltoon nyt ja tulevana vuosikymmeninä. Jotta aineiston tulkinta toimisi tieteellisen keskustelun osana, on tulkinnan eli aineiston kuvaukset ja selitykset pyrittävä yksinkertaistamaan usein monimutkaisista kokonaisuuksista keskittymällä vain muutamaan aineistoa luokittelevaan koodiin eli avainluokkaan, joita ovat palvelujen integraatio ja verkostot, valinnanvapaus ja kilpailu sekä informaatioteknologia. Luokituksen rakenne on teoreettisen viitekehysten määrittelyn yhteydessä huolellisesti selvitetty [kts. 9].

Sosiaalihuollon tarkastelu jätetään tarkoituksella vähemmälle huomiolle, vaikka kiinnostavia yhteisiä näkökulmia olisi löydettävissä esimerkiksi psykiatrian erikoisalalta, jolla on pitkä traditio moniammatillisesta työskentelystä ja jossa sosiaalityöllä on perinteisesti kiinteä rooli monessa psykiatriaan kuuluvassa palvelukokonaisuudessa. Lisäksi artikkeli ei tarkastele suoraan kliinisiin hoitomenetelmiin liittyviä muutoksia vaan tyytyy nostamaan esiin niidenkin seurauksena tapahtuneita organisaatiotason toiminnallisia muutoksia.

## Tutkimuksen toteuttaminen

Lähtökohtana kirjallisuuskatsauksen tutkimusaineistolle oli kaikki Vaasan yliopiston Tritonia Finna-kirjastopalveluista saatavat tietokannat (yhteensä 20). Ensimmäisessä tarkentavassa haussa aineiston hakukriteereissä aineistotyyppi rajattiin koskemaan vain vertaisarvioituissa tieteellisissä aikakauslehdissä julkaistuja "e-artikkeleita", aihealueeksi valittiin "Health Care Industry" sekä julkaisuvuosina käytettiin aikaväliä "2008-2017". Seuraaville Boolean-operaattoria "AND" hyödyntäville hakuehdoille saatiin suluissa esitetyt määrät osumia:

- "change" AND "healthcare" (11586 kpl)
- "service integration" AND "healthcare" (3359 kpl)
- "network" AND "healthcare" (6621 kpl)
- "freedom of choice" AND "healthcare" (849 kpl)
- "competition" AND "healthcare" (3255 kpl)
- "information technology" AND "healthcare" (8698 kpl)

Seuraavaksi haku rajattiin pelkästään "ScienceDirect Journals (Elsevier)" -tietokannasta löytyviin artikkeleihin. Näillä tarkennuksilla saatiin suluissa esitetyt määrät osumia:

- "change" and "healthcare" (341 kpl)
- "service integration" AND "healthcare" (93 kpl)
- "network" AND "healthcare" (124 kpl)
- "freedom of choice" AND "healthcare" (24 kpl)
- "competition" AND "healthcare" (69 kpl)
- "information technology" AND "healthcare" (143 kpl)

Näin saatujen artikkelien tiivistelmät luettiin ja arvioitiin, jonka pohjalta tutkimuksen artikkeleiksi valikoitui 50 terveydenhuollon hallinnan muutosta ja muutosajureita käsittelevää artikkelia. Lisäksi mukaan valittiin tutkimuksen kohdeilmion kannalta relevantteja tutkimuksia, joihin viitattiin mainituissa 50 artikkelissa. Kaikki valitut artikkelit luettiin huolella läpi ja niistä otetut tekstiviitaukset kohdistettiin teoreettisen viitekehysten avainluokkiin ensin taulukkomuodossa. Tämän jälkeen suoritettiin sisällön tarkempi analyysi, jonka pohjalta artikkelin tekstien lopullinen järjestys ja muoto määräytyivät. Kokonaisuuden arviointi toteutettiin pohdinnoissa.

Mahdollisimman luotettavan kokonaiskuvan muodostamiseksi tutkimuksessa hyödynnettiin myös kirjoittajan aiempien artikkelien yhteydessä läpikäymää relevanttia kirjallisuutta, jota vielä täydennettiin suomen- ja englanninkielisellä muutoksen tematiikkaa käsittelevällä kirjallisuudella. Kirjallisuuskatsauksessa hyödynnettävien lähteiden kokonaismääräksi muodostui lopulta 80. Vaikka aineiston käsittely ja analyysi toteutettiin laadulliseen tulkintaan pohjautuvana sisällön analyysinä, jolla ei pyritty saavuttamaan vain yhtä oikeaa tulkintaa tutkimuskirjallisuudessa esiintyneistä muutosilmiöistä, toteutettiin tutkimus johdonmukaisesti, täsmällisesti ja läpinäkyvästi [kts. 13].

## Muutoksen tematiikka terveydenhuollossa

Terveydenhuollon laadun ja kustannustehokkuuden parantamiseen tähtäävät palveluverkostojen uudelleenjärjestelyyn ja optimointiin liittyvät toimenpiteet edellyttävät merkittäviä hallinnan rakenteisiin kohdistuvia muutoksia, jotka ovat luonteeltaan monimutkaisia, usein poliittisesti arkaluontoisia ja terveydenhuollon johtajien oman aseman näkökulmasta haasteellisia. [14, s. 37] Terveydenhuollon palvelujen rakenteisiin ja toimittamiseen koskeviin innovaatioihin vaikuttaa vahva ulkoinen sääntely. Tällaisissa olosuhteissa innovaatioiden (kuten uudenlaisen lääkkeen, tietojärjestelmien, kliinisten toimien, ammatillisten roolien jne.) erityinen painopiste ei koskaan ole eristetty sen sosiaalisista, teknisestä ja avaruudellisesta yhteydestä toimintaympäristönsä. Innovaatioiden katsotaan muokkaavan sosiaalista toimintaympäristöä, jossa ne ovat syntyneet ja ovat vahvasti sidoksissa toimintaympäristön yksilöiden ja kollektiivisen kokonaisuuden uskomuksiin, käyttäytymiseen ja toimintaan. [15, s.26] Julkishallinnon innovaatiotutkimuksen haasteeksi nähdään innovaatiokäsitteen epämääräisyys, moniulotteisuus ja toisaalta normatiivisuus. [16] Toisaalta sen on myös todettu innostavan julkisia organisaatioita ja kansalaisia kohtaamaan uudistamiseen liittyvä haaste paremmin kuin käyttämällä esimerkiksi termejä "uudistus" tai "muutos". Esimerkiksi "sosiaalisen innovaation" -käsitteen katsotaan vähemmän saatavan aikaan vastustusta, vaikka se voi samalla hämärtää ymmärrystämme muutoksen luonteesta. [17]

Eri valtioiden hallinnon uudistuksissa harva uudistamisidea on kokonaan omaa tuotantoa, vaan samojen ideoiden voidaan havaita löytyvän eri maiden uudistusten taustalta. Anglosaksisilla mailla voidaan todeta olevan laajempaakin vaikutusta erilaisissa uudistuksissa, koska ne sijaitsevat eri puolilla maailmaa ja eri maista tulevien tutkijoiden tuottamat kuvaukset ja analyysit ovat nopeasti ja mittavasti jakelussa laajasti ymmärretyllä kielellä. Tämä luo hyvät edellytykset monikansalliselle diskurssille. Myös OECD:n kaltaisten kansainvälisten organisaatioiden rooleilla ja toimintatavoilla on havaittu olevan olennainen merkitys eri maiden valitsemiin kehityslinjauksiin. [18] Kyse on siis joko samojen ideoiden yhtäaikaista löytämisestä tai toisilta omaksumisesta. [19]

Terveydenhuollon muutosajurit muodostuvat monista lähteistä kuten poliittisten aloitteiden kautta syntyvistä lainsäädännön uudistuksista, kansainvälisistä sekä kotimaisista talous- ja markkinavoimista, väestörakenteen ja elintapojen muutoksista, teknologisista edistysaskeleista sekä terveydenhuollon palvelutuotantoon liittyvien menetelmien muutoksista. [20, s. 5] EU jäsenvaltioiden keskeiseksi haasteeksi on jo pitkään tunnistettu tarve hallita terveydenhuollon kompleksisuutta. Ongelmaa on lähestytty kehittämällä analytiikkaa, jolla voidaan paremmin ennakoita tulevaisuuden muutostarpeita. Systemaattisiin analyyseihin perustuvat toimintasuunnitelmat varmistavat muutosten täytäntöönpanon, tulosten jatkuvan mittaamisen sekä tarvittaessa korjaavat toimenpiteet. [21, s. 407]

Aikaisemmin terveydenhuoltoon liittyvän muutoksen katsottiin olevan tehokkainta silloin, kun se tapahtui hitaasti ja terveydenhuollon ammattilaisten osallistuessa toimintaprosessien muutoksiin. [22] Osallistumisen merkitystä havainnollistaa Espanjassa talouskriisin seurauksena toteutetut julkisten palvelujen tehostamishankkeet, joiden toteuttamisessa oli laiminlyöty niin diskurssi kuin myös toimenpidetason informointi. Muun muassa johdon ja ammattilaisten vähäisen osallistumisen vuoksi heistä tuli enemmänkin prosessin ulkopuolisia tarkkailijoita. Lisäksi oli syntynyt yleinen käsitys, että kustannusten leikkauksille tai palvelujen omavastuuosuuden lisäämiselle ei oltu riittävästi haettu vaihtoehtoisia ja/tai täydentäviä toimenpiteitä. Samalla nähtiin, että niin diskurssista kuin myös ehdotetuista menettelytavoista puuttui täysin tieteellinen näkökulma. [23]

Terveydenhuoltoon liittyvä kirjallisuus keskittyy tarkastelemaan ulkoisesti "annettuja" innovaatioita, joita toteutetaan hyvin järjestetyissä, suunnitelluissa ja rahoitetuissa erillisissä muutoshankkeissa. Essén ja Lindblad ovat kuitenkin todenneet, että muutos toteutuu parhaiten pitkäjänteisessä muutostyössä, jotka terveydenhuollon palvelujärjestelmissä toteutuu parhaiten inkrementaalisten ja käytännönläheisten muutosprosessien avulla. Tällöin päättäjien on kyettävä tunnistamaan ja edistämään mikro-tasolla tapahtuvia jatkuvia innovaatioprosesseja [24, s. 203] huomioon ottamalla myös kansanterveyden laajempia sosiaalisia ja taloudellisia tekijöitä. [25] Terveydenhuollon johtajilla tulee olla laajaa ymmärrystä toimintaympäristössä tapahtuvista muutoksista ja pelkän sopeutumisen lisäksi johtajien tulee jatkuvasti ylläpitää tulevaisuusvisiota, jonka kautta syntyy valmius tehdä merkittäviäkin toimintaa koskevia muutoksia. [20, s. 6]

Isossa-Britanniassa toteutetun vertailevan tapaustutkimuksen mukaan ne, joilla on pienempi mahdollisuus vaikuttaa terveydenhuollon muutoksiin, olivat kaikkein halukkaimpia aikaan saamaan muutosta ja vastaavasti ne, joilla on todellinen toimivalta toteuttaa muutoksia, olivat siihen kaikkien haluttomimpia. Muutosta saadaankin parhaiten aikaan silloin, kun kyetään tasapainoisesti yhdistämään vallitsevista olosuhteista kumpuava rakenteellinen oikeutus ja normatiivinen legitimitetti. [26, s. 356] Mitä paremmin muutos resonoi yleisön arvoihin, sitä nopeammin institutionaalisia uudistuksia hyväksytään ja levitetään organisaation kenttään. [27] Vaikka hallinnan rakenteet eivät muutu helposti, voidaan Isossa-Britanniassa tehdyn terveydenhuollon muutoksenhallintaan liittyvän tapaustutkimuksen perustella todeta, että sekä normatiiviset että toisilta oppia hakevat eli jäljittelevät muutosvoimat ovat tehokkaita. Tällöin muutosta kuvaavissa kertomuksissa käytetyt kielikuvat ja tarinat sekä niiden luonnehdinnat ja metaforat auttavat henkilöstöä paremmin ymmärtämään muutoksen vaikutuksia. [28, s. 17] Potilailta ja terveydenhuollon ammattilaisilta kerättävillä tarinoilla katsotaankin olevan mahdollista edistää klinisten käytäntöjen muuttamista. Internetin keskustelu-

palstojen sekä digitaalisesti helpottavien tarinankeräystoimintojen avulla pyritään varmistamaan, että potilaan tuottamia kokemuksellisia tarinoita hyödynnetään myös terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksessa. [29, s. 408]

Isossa-Britanniassa toteutetussa, kolmea sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiota koskevassa, tutkimuksessa havaittiin, että vahvaa ammatillista arvostusta nauttivat asiantuntijat eli ”sankarit” olivat muutoksen ensimmäisessä vaiheessa erittäin tehokkaita muutosagentteja. Tällöin muutosta ei vielä oltu täsmennetty erilaisiin käytännön osa-alueisiin. Laajennettaessa muutosvaikuttamista ”sankareiden” omien erikoisalojen ulkopuolelle alkoi heidän tehokkuus muutosagenttina vaihdella. Laaja-alaisen organisoimiseen liittyvien muutosvaikutusten konkretisoituessa alkoivat ”sankareiden” innovaatiot tyrehtyä ja jotkut ryhtyivät vastustamaan muutosta. ”Sankareiden” hyöty alkuvaiheessa voi siis myöhemmin muuttua vähemmän hyödylliseksi tai jopa haitalliseksi. Siksi muutoksen aikaansaamista ei saa säilyttää vain muutaman henkilön vastuulle vaan siihen tulee osallistaa koko organisaatio. [30, s. 348] Norjassa keskusjohtoisesti ja lyhyessä ajassa toteutettu laaja-alainen sairaalauudistus kohtasi sairaalalääkäreissä voimakasta vastusta niin sanotun ”big bang” luonteensa vuoksi. Tutkimuksessa todettiin, että jotkut lääkärit näyttävät uudistuksessa hyväksyvän johdon arvot ja työkalut helpommin, kun taas toisille ne jäävät vierasemmiksi. Muutokseen suhtautumiseen liittyvät havainnot näyttäisivät jakautuvan enemmänkin kahteen ääripäähän (polarisaatio) kuin, että niissä esiintyisi yhdistelmä (hybridi) hyväksyviä ja vastustavia näkemyksiä, joten uudistusten onnistumisen arviointi herätti siltä osin lisää uusia kysymyksiä. Tutkimuksen perustella myös lainsäädännöllisen uudistuksen onnistuminen terveydenhuollon organisaatioissa näyttää edellyttävän kannusteisiin perustuvaa hyväksyttämistä. Lisäksi on tärkeää, että kannusteiden tulisi koskea kaikkia organisaation terveydenhuollon ammattilaisia eikä pelkästään johtavassa asemassa olevia. [31]

Espanjassa tehty tutkimus osoitti, että muutosmyönteisen johtamisen ja tiimityöskentelyn välillä on positiivinen yhteys terveydenhuollon tiimeissä. Tutkimuksen perusteella yhdessä tekemistä korostava muutosmyönteinen johtaminen, jossa keskitytään innovaatioihin, parannuksiin ja ulkoisiin muutoksiin sopeutumiseen, edistää kokeiluihin kannustavaa ja turvallista ilmapiiriä. Esimerkkinä toimivien tiiminvetäjien todettiin voivan kehittää tiimin innovatiivista ajattelua kannustamalla henkilökohtaisen riskin ottamiseen sekä helpottamalla virheiden ja ratkaisujen avointa keskustelua. Lisäksi tutkimuksessa todettiin, että psykologista turvallisuutta ja muutosmyönteisyyttä kehittävän ilmapiirin aikaansaaminen edellyttää riittävää ja asianmukaista koulutusta tiiminvetäjille. [32, s. 317-318] Alankomaissa toteutetussa Lean-menetelmän käyttöönottoa terveydenhuollossa koskevassa tutkimuksessa todettiin, että organisaatioiden henkilöstön joustavuus määrittelee, missä määrin organisaatioelementtejä, kuten käyttäytymistä, käytäntöjä, järjestelmiä ja rakenteita voidaan säätää niin, että muutokset voidaan toteuttaa organisaatioiden eri puolilla olevissa toiminnoissa ja samalla optimoida kokonaisprosesseja. Tutkimus korosti, että erityisesti terveydenhuollon organisaatioiden on keskityttävä erilaisten ammatti- ja funktionaalisten siilojen purkamiseen siten, etteivät ne haittaa koko prosessivirran optimointia. [33, s. 489-490].

### Palvelujen integraatio ja verkostot muuttavat terveydenhuoltoa

Terveydenhuollon organisaatioiden välinen koordinoitu yhteistoiminta eli palvelujen integraatio on pitkään sijoittunut korkealle terveydenhuollon tavoitteistossa. Koordinointi käsitteenä on perinteisesti pitänyt sisällään ajatuksen organisaatioyksiköiden välisestä yhteistoiminnallisesta integraatiosta, jonka avulla mahdollistuu yhteisten tavoitteiden asettaminen sekä siihen liittyvä keskinäinen työnjako. [34, s. 593] Terveydenhuollon suuret kustannukset ja palvelujen käyttö sisältää paljon hukkaa, jonka katsotaan olevan seurausta kliinisten palvelujen hajanaisuudesta ja koordinoimattomuudesta eli palvelujen integraation puutteesta. Integroidun palveluverkoston katsotaan tarjoavan, niin sairaala kuin myös koko järjestelmätasolla, korkeampaa tuottoa sijoitetulle pääomalle (Return On Investment), koska palvelujen kokonaiskoordinaation lisäämisen on todettu alentavan kustannuksia, parantavan hoidon laatua sekä

lisäävän työvoimaan hyvinvointia ja tuottavuutta. [35, s. 56] Esimerkiksi Campaignian alueella Italiassa yhteistyössä etukäteen määriteltyjen hoitosuosituksen käyttöönoton todettiin vähentäneen merkittävästi kotihoitoa tarjoavien toimijoiden palvelujen ja hoitojen vaihtelua. [36] Keskinäisen riippuvuuden tunnustaminen terveydenhuollossa katsotaan tärkeäksi tavaksi parantaa yhteistyötä ja osoittaa toisille mukana oleville toimijoille, että osapuolet voivat kilpailemisen sijaan tukea toisiaan. [37]

Muun muassa Isossa-Britanniassa, Tanskassa ja Alankomaissa toteutettu terveydenhuollon palvelujen virtuaalinen integraatio on mahdollistanut samanaikaisesti sekä toimintojen autonomian, että organisaatioiden välisten integraatioiden tarjoamat hyödyt. Tutkimuksessa todettiin, että ostovoiman hajauttaminen pienemmille yksiköille vahvistaa verkostomaista yhteistyötä, kun taas välitön kilpailu saattoi estää yhteistyötä. Julkisen sektorin katsottiin omaavan merkittävän roolin arvoverkkojen toimintaa estävien tekijöiden poistamisessa. Keskeiseksi julkisen sektorin keinoksi todettiin verkostojärjestelmän koordinointi, johon katsotaan kuuluvan verkostoon osallistuvien toimijoiden sääntely ja ohjeistaminen, toimintaa tukevien rahoitusmekanismien edistäminen, yhteistä päätöksentekoa koskevien sääntöjen määrittäminen sekä verkostotoiminnan kannalta tarpeellisten tukipalvelujen tarjoaminen. Tutkimus osoitti, että onnistunut julkisen sektorin toiminta verkostoissa sai aikaan merkittävää kustannustehokkuutta sekä toimintaan osallistuneiden toimijoiden tyytyväisyyden parantumista. [33, s. 604] Verkostomaisessa toiminnassa tavoitteita voidaan edistää myös kehittämistä tukevalla informaatio-ohjauksella. Vaikka informaatio-ohjaus ei sido ohjattavaa, voi se joko välittömästi tai välillisesti vaikuttaa toimijan toimintaan. Välillisesti informaatio-ohjaus voi vaikuttaa tukemalla normi- ja resurssiohjausta tai osoittamalla toimijalle kehittämiskohteen. [38, 17] Vuonna 2016 julkaistun tutkimuksen mukaan Iso-Britannian terveydenhuoltojärjestelmän heikkouksiksi havaittiin edelleen hoidon koordinoinnin haasteet, kotiutusvaiheessa annettavan ohjeistuksen viestinnälliset puutteet sekä palvelujärjestelmän monimutkaisuudesta johtuvat potilaiden liikkumisen ongelmat. Myönteisenä nähtiin, että vähitellen on alettu maksua tapaa työskennellä moniammatillisissa tiimeissä, joissa tiimin jäsenet kuten palveluohjaajat, sosiaalityöntekijät ja terveydenhuollon ammatillaiset yhteistoiminnassa pyrkivät edistämään sekä yksittäisen potilaan että koko väestön terveyttä. [39]

Kansainvälisessä yritystutkimuksessa korostetaan kulttuurin ja instituutioiden vaikutusta liiketoiminnan luonteeseen. [40, s. 17] Monikansallisissa yrityksissä toteutetussa tutkimuksessa todettiin, että eri yksiköiden välisen tietämyksen omaksumista ohjaa keskeisesti alayksiköiden motivaatio. Alayksiköiden motivaatio sitoutua tehokkaaseen tiedonsiirtoon on syvällä toiminnan rakenteissa. Sellaiset alayksiköt, joiden toiminta on pääasiallisesti kokonaisuutta täydentävää, omaavat "luonnollisen" motivaation tehdä yhteistyötä ja varmistaa, että siirretty tieto omaksutaan. Keskusjohdon aktiivinen seuranta johtaa todennäköisesti jäsennellympään tapaan siirtää tietoa (audit trail). Tämän katsotaan edistävän parempaa läpinäkyvyyttä sekä mahdollistavan toiminnan yksityiskohtaisempaa arviointia. [41, s. 251– 252]

Strategisten arvoverkkojen näkökulmasta kiinnostuksen kohteena ovat organisaatioiden tietoisesti rakentamat ja johtamat verkostot. Ne nähdään selkeästi lisäarvoa tuovan toiminnan toteuttamisen malleina. Strategisessa arvoverkossa arvon syntyminen hajautuu, kun tuotantologiikka ja siten arvon muodostus tietoisesti päätetään jakaa useamman toimijan toteutettavaksi. Samalla hajautetaan myös tuotannon edellyttämät panokset eli investoinnit ja resurssit sekä niihin liittyvät riskit ja kehittämistarpeet. Mukana pysyvät ainoastaan sellaiset toimijat, jotka kykenevät jatkuvan innovaatio toiminnan avulla ylläpitämään ja kehittämään tuotannon lisäarvoa ja siten kilpailukykyään. [42] Kansainvälinen verkostotutkimus tukee aikaisempien tutkimusten havaintoja, että solmukohtat sekä verkostojen edelläkävijöiden esimerkit houkuttavat markkinoille tulevia uusia toimijoita ja ovat siten myös monikansallisten verkostojen laajentumisen kannalta ensiarvoisen tärkeitä. [43, s. 17] Erityisesti liiketoimintojen välisen (business-to-business) suhteen onnistumisen kannalta verkosto-osaaminen havaittiin tärkeäksi. [38] Tämän ei kuitenkaan voida katsoa vähentävän tarvetta kehittää yksittäisten toimijoiden toimialaan, teknologiaan, asiakas-



suhteisiin ja markkinoihin liittyvää muuta sisältöosaamista. [44, s. 1371]

Kanadan Quebecissä tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että terveydenhuollon palvelujen integraatiostrategioiden kehittämistoimet olivat olleet riittämättömiä varmistamaan toimintakykyisten palveluverkostojen syntyminen. Muun muassa päihderiippuvaisten kohdalla yksilöiden hoidon jatkuvuuden parantamiseksi katsottiin tarvittavan systemaattisempaa ja läpinäkyvämpää suunnittelua eri klinikoiden ja hallinnon välillä. Tutkimus osoitti, että perusterveydenhuollon toimintamallien, päivystyksen yhteistoimintaryhmien toiminnalla sekä tietojärjestelmien kehittämisellä saadaan todennäköisimmin parhaiten lisättyä palvelujen integraatiota ja avoimuutta. [45, s. 13] Vastaavasti Kanadan IHC klinikoissa toteutetussa tutkimuksessa havaittiin, että ammatinharjoittajien asenteet, koulutustausta sekä ulkoisista tekijöistä muun muassa taloudelliset paineet edistivät yhteistoimintaa. Keskeisimmin yhteistyöhön katsottiin vaikuttavan kommunikaatio- ja läheteprosessit sekä valtasuhteet. Esille nousseiden tekijöiden perusteella todettiin, että verkostomainen toiminta oli lääkäreille lopulta mahdollisuus oppia vähentämään työtaakkaa ja lisätä siten tosiasiallista sitoutumista organisaatioonsa. [46, s. 707]

Esimerkki verkostoissa tehostuvasta kehittämistoiminnasta löytyy Alankomaiden terveydenhuollon franchising toimintaa koskevasta tutkimuksesta, jossa franchising-antajan edustajien ja ketjuun kuuluvien franchising-ottajien johtajien välinen luottamus sekä viestinnällisesti avoin ilmapiiri antoivat kokemuksen mahdollisuudesta ilmaista tarpeitaan sekä osallistua toiminnan kehittämisen ideointiin. Tämän katsottiin johtavan synergioiden tehokkaaseen realisoitumiseen siten, että kaikki hyötyvät yhden toimijan innovaatiosta eikä jokaisen tarvitse kehittää asioita erikseen. Samalla kuitenkin koettiin mahdollisuus yksiköiden paikalliset olosuhteet huomioivaan soveltamiseen. Franchising-verkoston läpinäkyvän ja avoimen toiminnan nähtiin vähentävän terveydenhuollon ammattilaisten uudistuksiin liittyvää käyttöönottovaiheen vastustusta ja parantavan sekä franchising-ottajien, että franchising-antajan tyytyväisyyttä. Tämän katsottiin ilmenevän erityisesti korkeampana hoidon laatuuna. [47, s. 19] Resilienssitarkastelussa huomio kiinnittyy siihen, kuinka verkostomaisten systeemien keskeiseksi ominaisuudeksi nousee niiden kumuloitua muutosherkkyys, ei niinkään tiettyyn aikaan ja paikkaan sidottu tasapainotila. Verkostomaisesti toimivien systeemien sisäkkäisyydestä ja päällekkäisyydestä johtuen niiden resilienssi rakentuu toimijoiden pienempien osien ketteryden ja mukautumiskyvyn varaan. Systeemit ymmärretään kaikkein joustavimmiksi ja muutoskykyisimmiksi silloin, kun ne ovat paikallisia ja monimuotoisia. [48, s. 257] Siksi organisaatioiden ei, kansainvälisestä tai jopa maailmanlaajuisesta strategiasta huolimatta, tarvitse tehdä kaikkea samalla tavalla kaikkialla vaan sen sijaan arvostaa ja sopeuttaa toimintansa paikallisten markkinoiden jokapäiväisiin tarpeisiin. [49]

Harvinaisten sairauksien hoidoissa on alettu tukeutua erilaisiin osaamiskeskukseen, joiden katsotaan parantavan lääketieteellisen tietämyksen tuottamista ja tarvittavien sekä sisäisten että ulkoisten resurssien hyödyntämistä. Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa tehty laaja harvinaisten sairauksien osaamiskeskustutkimus osoitti, että osaamiskeskusten välisen tuotekehitysyhteistyön lisäksi verkostot tarjoavat tehokkaan tavan jakaa terveydenhuollon ammattilaisten osaamista ja kapasiteettia. Ulkoisten kumppanuuksien muodostamat verkostot tarjoavat myös erinomaisen mahdollisuuden tuottaa ja levittää uutta tietoa, jonka nähdään olevan kriittinen tekijä innovatiivisten hoitojen kehittämisessä. [50, s. 144]

Vaikka kiinnostus kokonaisuuksia ja sen osien välisiä riippuvuuksia kohtaan on lisääntynyt, tulisi terveystaloustieteilijöiden edelleen kiinnittää enemmän huomiota integroituun palvelutuotantoon ja pyrkiä selvittämään, millaisia erilaisia vaikutuksia ja tuloksia integroitujen palvelujen monimuotoiset interventiot saavat eri tasoilla aikaan. Tutkimuskysymyksiksi esitetään muun muassa, millaisia taloudellisia vaikutuksia väestön ikääntymisellä on integroitujen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kysyntään ja tarjontaan, integroitujen hoitojärjestelmien tehokkuuteen, rahoitussopimusten menetelmälliseen tuloksellisuuteen sekä integroitujen palvelujen nykyisiin ja uusiin innovatiivisiin rahoitus- ja maksujärjestelyihin? [51, s. 4-8] Potilasryhmistä integroitujen palvelujen tutkimustarvetta ilmentää esimer-

kiksi palliatiivinen hoito eli parantumattomasti sairaiden ja kuolevien ihmisten aktiivinen, moniammatillinen ja kokonaisvaltainen hoito silloin, kun sairautta ei voida enää parantaa eikä elämää pidentää. Tämän katsotaan olevan yksi aikamme tärkeimmistä, mutta silti laiminlyöty kansanterveyskysymys. [52]

Jotta integroidun terveydenhuoltojärjestelmän arviointi olisi mielekästä, tarvitaan yhdenmukaistetut ja validoidut mittarit, jotka mahdollistavat arviointimenettelyn helpon toistamisen ja edelleen kehittämisen. [53, s. 574] Tutkimustulosten luokittelua on toivottu lähestyttävän erilaisilla sekä organisaatio- että prosessilähtöisillä indikaattoreilla. Tällaisia voisivat olla esimerkiksi palvelujen saatavuus, asiakastyytyväisyys, omaishoitajien elämänlaatu sekä asiakkaiden elämäntavat ja riskitekijät. Palvelujen vaikuttavuuden näkökulmasta tarkastelun kohteeksi soveltuvat muun muassa potilaiden kyky selvitä sairaudesta huolimatta itsenäisesti, muu toimintakyky, elämänlaatu, hyvinvointi, ja kuolleisuus. [54] Terveydenhuollon ammattilaisilla sekä muilla toimintaa tukevilla kumppaneilla kuten järjestelmätoimittajilla tulee olla käytössään huolellisesti analysoitua tietoa, joiden pohjalta nämä voivat olla nykyistä vieläkin aloitteellisempia ja innovatiivisempia esittämään uusia toimintamalleja ja sekä poistamaan tarpeettomia palvelutapahtumia. Lisäksi julkisen terveydenhuollon tutkijoiden ja asiantuntijoiden tulisi panostaa onnistumisten ja epäonnistumisten systemaattiseen arviointiin ja siten edistää näyttöön perustuvaa terveydenhuollon ja sen talouden määrätietoista kehittämistä. [55, s. 289] Vaikka palvelujen integraation katsotaan olevan ensisijainen keino parantaa terveydenhuollon palvelua sekä sen aikaan saamien tulosten vaikutusta ihmisten elämään, on tärkeää muistaa, että palvelujen integraatiosta ei saa tulla itsetarkoitus. Unohtaessamme kansalaisen keskiöstä, tulee palvelujen integraatiosta osa ongelmaa pikemminkin kuin osa ratkaisua. [56, s. 2]

### Valinnanvapaus ja kilpailu terveydenhuollon muutosajureina

Markkinamekanismien ja liiketoiminnallisten periaatteiden käyttöönoton ja omaksumisen katsotaan julkisessa terveydenhoitojärjestelmässä lisäävän tehokkuutta ja potilaiden tarpeet huomioonottavaa reagoitukykyä. Aiemmillä vuosikymmenillä toteutetut kilpailua edistävät terveydenhuoltojärjestelmien uudistukset ovat osoittautuneet varsin kiistanalaisiksi sekä onnistumisten kannalta näytöiltään puutteellisiksi. Kilpailun ideologinen vastustaminen sekä terveydenhuollon ammattilaisten mielipiteiden huomiotta jättäminen ovat olleet osaltaan heikentämässä tuloksia. [22]

Yleiseurooppalaisena ilmiönä myös Ruotsissa on toteutettu kaksi merkittävää markkinalähtöistä terveydenhuollon uudistusta. Näistä ensimmäinen oli vuonna 1989 toteutettu terveydenhuollon valinnanvapausuudistus ja toinen vuonna 2005 toteutettu kansallinen hoitotakuu-uudistus. Kyseisten uudistusten keskeisenä tavoitteena on ollut edistää kilpailun avulla potilaiden valinnanvapautta. [57] Uudistusten yhteydessä syntyi myös uusia käsitteitä ja käsitteiden yhdistelmiä, kuten esimerkiksi "terveydenhuollon kuponki", "palveluseteli", "raha seuraa potilasta" sekä "kapitaatioperuste". Käsitteet sisältävät uusia asiakkaiden valintaan liittyviä teemoja, joiden voidaan katsoa tarkoittavan siirtymistä uuteen erityiseen diskursiiviseen järjestykseen. [58]

Perinteisesti yksityiset terveydenhuoltoyritykset poikkeavat julkisista palvelutuotanto-organisaatioista tavoitteiden, motiivien ja ihanteiden osalta. Raja-aitojen hämärtyminen julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä on yhteiskunnallisesti elintärkeä tutkimuskohde. Ruotsalaisessa tutkimuksessa todettiin, että vaikka avoimuuskäsitteeseen liittyy usein julkiselle terveydenhuollolle tutummat demokratian ihanteet, potilaiden oikeudet, vastuuntuntoisuus, tasapuolisuus ja kansalaisten tiedottaminen, voivat nämä olla tärkeitä myös yksityisen toimijan strategisessa arvoperustassa. Esimerkiksi tutkimuksen kohteena ollut yksityinen ruotsalainen terveyspalvelujen tuottaja Capio on pyrkinyt edistämään toimialaan, markkinoihin sekä eurooppalaisuuteen liittyviä ihanteita käyttöönottamalla ja arvioimalla avoimuutta edistäviä teknologioita kuten avoimia laaturekistereitä, Diagnosis Related Groups (DRG) -luokitusta sekä vertaisarviointiin perustuvia parhaita käytäntöjä. Vaikka Capio on tutkimuksen mukaan sitoutunut edistämään avoimuutta liiketaloudellisista syistä, se on samalla edistänyt myös tiettyjen toimialaan liittyvien poliittisten ihanteiden kehittymistä aktivoimalla

Ruotsin johtavien terveyden ja hyvinvoinnin viranomaisten tukea sekä työskentelemällä terveydenhuollon käytäntöjen yhdenmukaistamiseksi Euroopassa. [59, s. 1519]

Ruotsin terveydenhuollon valinnanvapautta koskevasta uudistuksesta tehty laadullinen tutkimusanalyysi paljasti, että Ruotsissa kilpailua ja valinnanvapautta lisännyt muutos toteutettiin nopeana siirtymänä, jota edisti pääasiassa taloudelliset kannustimet. Muutoksen havaittiin aiheuttaneen tiettyjen potilasryhmien välillä voimavarojen kohdistamiseen liittyviä priorisointiristiriitoja. Uudistuksen todettiin tuottaneen voimakkaita ja nopeita vaikutuksia, joiden katsottiin olevan sekä positiivisia että negatiivisia. Vaikka uusia taloudellisia kannustimia pidettiin liikkeellepanevana voimana ja muutoksen välineenä, koettiin kilpailu sekä henkilöstövähennykset epävarmuutta lisäävänä stressitekijänä. Valinnanvapauden lisääntymisen katsottiin parantaneen hoitoon pääsyä ja palvelua, mutta myös lisänneen potilailta tulevia kohtuuttomia vaatimuksia. Johtajat kokivat hankalaksi määrittää voimavarojen oikeudenmukaista kohdistamisesta eri potilasryhmille ja olivat huolissaan erityisesti heikommassa asemassa olevista monisairaista potilaista. Lisäksi johtajat kokivat, että uudistuneessa tilanteessa heillä oli riittämättömät valmiudet hallita muutosta. [60]

1990-luvulla Isossa-Britanniassa toteutettu terveydenhuollon uudistus sai aikaan sekä palvelujen tilaajien että palvelujen tuottajien välistä kilpailua. Vaikka palveluja ei yksityistetty, ne kaupallistettiin ottamalla käyttöön tilaaja - tuottaja jako ja luomalla "näennäismarkkinat". [61, s. 1012] Väestöpohjaisen ja potilaskeskeisen mallin yhdistelmä kannusti tilaajia toimimaan potilaiden tehokkaina edunvalvojina, mutta samalla sen katsottiin lisänneen riskiä palvelujen pirstoutumiseen. [62] Vuonna 2004 Isossa-Britanniassa julkaistu tutkimus toi esille, että terveydenhuollon johtajien keskeinen ohjausväline tulisi olla asiakkuudenhallintajärjestelmä (business-to-business), jonka avulla voidaan parantaa ja kehittää palvelujen tarjontaa sekä koordinoita useita palvelutuottajia koskevia toimenpiteitä. Tarpeen katsottiin entisestään korostuneen, kun tilaajat alkoivat ostaa palveluita enenevässä määrin väestöryhmäpohjaisesti. [61, s. 1019]

Kokemukset 1990-luvun loppupuolelta loivat pohjan nykykäytäntöjen muotoutumiselle, mutta asiakkaan näkökulmasta Iso-Britannian terveydenhuollon valinnanvapaus lisääntyi vasta vuoden 2002 jälkeen, kun asiakkaan valinnanvapautta lähdettiin kokeilemaan kiireettömässä sairaanhoidossa. Lainsäädännön näkökulmasta Ison-Britannian keskeisimmät valinnanvapausuudistukset on tehty 2010-luvulla, jolloin hajanainen lainsäädäntö koottiin sosiaali- ja terveydenhuoltolakiin (Health and Social Care Act 2012) sekä hoivalakiin (Care Act 2014). Nykyisin Ison-Britannian julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin palveluntuottajat voivat tuottaa verorahoin rahoitettuja palveluita, jos he täyttävät toiminnalle ja palveluiden laadulle asetetut yhteiset kriteerit sekä hyväksyvät julkisille palveluille asetetut korvausperusteet. Aluksi valinnanvapauden laajenemisella tavoiteltiin onnistuneesti hoitoyksiköiden kapasiteetin tehokkaampaa käyttöä ja jonotusaikojen lyhentämistä kiireettömässä sairaalahoitossa. Järjestelmätason toimintaedellytysten kasvaessa valinnanvapautta on lisätty vaiheittain ja tavoitteet ovat kohdentuneet myös laadun, tehokkuuden, tasa-arvoisuuden, asiakaslähtöisyyden ja tuottajien reagoitavuuden lisääntymiseen. Julkisten palveluntuottajien osalta merkittävää on ollut se, että he toimivat avoimemmassa palvelujärjestelmässä ja ovat aiempaa tietoisempia palveluiden kustannuksiin, tehokkuuteen, toiminnan tuloksiin sekä asiakaslähtöisyyteen liittyvistä tekijöistä. Kaiken kaikkiaan on päästy tilanteeseen, että asiakkaan valinnanvapaus itsessään ei yksin toimi palveluntuottajien toimintaa ohjaavana tai kehittäväksi tekijäksi. [63]

Terveydenhuollon johtamiseen liittyvä Isossa-Britanniassa tehty tutkimus paljasti, että kansalaisten valinnan vapauden lisääntyminen ja sairaaloiden välinen kovempi kilpailu sai sairaaloissa aikaan korkeatasoisempaa johtamista. Tämä ilmeni toiminnan parempana laatuna, tuottavuutena sekä henkilöstön tyytyväisyytenä. Tutkimustulosten katsottiin osoittavan, että kilpailu on käyttökelpoinen tapa parantaa johtamiskäytäntöjä sekä palvelun tuloksia terveydenhuollossa. Siten johtajien katsotaan viime kädessä olevan vastuussa johtamiensa organisaatioiden tuottavuudesta ja kilpailukykyistä. [64, s. 30] Toisaalta esimerkiksi Kanadan Ontarioissa

toteutetun tutkimuksen mukaan terveydenhuollon kilpailun täytäntöönpano korosti entisestään palvelujen saatavuusongelmaa maaseudulla sekä pikkukaupungissa, jossa palvelujen tarjonnassa oli jo valmiiksi haasteita. Lisäksi tulokset osoittavat, että maaseutuyhteisöissä koettiin hoidon laatuun liittyvien erojen olevan voittoa tavoittelevien ja tavoittelemattomien terveydenhuollon organisaatioiden välillä keskimääräistä suuremmat. [65, s. 2875] Kilpailun lisäämisellä on katsottu olevan vaikutusta myös eri organisaatioiden mahdollisuuksiin hyödyntää toisten organisaatioiden osaamista ja kapasiteettia. Esimerkiksi Alankomaissa tehdyn tutkimuksen mukaan terveydenhuollon ammattilaisten toimiminen useammassa organisaatiossa katsotaan tietyissä tilanteissa voivan aiheuttaa kilpailusääntöjen rikkomista. [66]

Kolmannen sektorin palvelujen tarjoajat nähdään tyypillisesti toissijaisten palvelujen tuottajina sellaisilla alueilla, joita julkisen sektorin palvelut eivät kata riittävästi tai eivät olleenkaan. Kolmannen sektorin pyrkimyksenä on vastata terveydenhuollon palvelutarpeisiin noudattaen samalla sosiaalisen osallisuuden ja oikeudenmukaisuuden periaatteita. Kolmannen sektorin katsotaankin toimivan yhteistyötaloudessa, jossa kilpailukyky on riippuvainen kyvystä toimia rahoitusta ja kysyntää tarjoavassa verkostoissa. Kun Italian valtion vetäytyminen terveydenhuollon suorasta ohjauksesta edellytti väistämättä uusien sääntely- ja rahoitusjärjestelmien luomista, todettiin kolmannen sektorin edellytysten parantuneen, koska uusi toiminta malli palkitsi sekä suunnitteluvaiheessa että palvelujen toteutusvaiheissa verkostomaiseen toimintamalliin sopeutuneita. [67] Vastaavan mahdollisuuden on katsottu sisältyvän myös osuuskuntatoimintaan, jolle on tyypillistä jaettu tietämys sekä jäsenten halu ja taloudellinen kannustin osallistua toiminnan kehittämiseen. [68]

Euroopan terveydenhuoltojärjestelmiä koskeva tutkimus osoitti, että yksityisen palvelutarjoajan läsnäolo voi olla hyödyksi julkiselle terveydenhuollon järjestelmälle, koska yksityisten palvelutarjoajien osallistuminen laski potilaiden odotusaikaa ja tietyissä olosuhteissa alensi rahoittajien kustannuksia. Lisäksi tutkimus osoitti, että mikäli hyvinvointivaatimukset eri maissa ovat riittävän lähellä toisiaan, voi potilaan liikkuvuutta edistävä kansallisvaltioiden rajat ylittävä terveydenhuoltopolitiikka olla hyödyllinen myös julkisille terveydenhuollon järjestelmille. Analyysin mukaan raja-alueilla, joilla rajan ylittämisen kustannukset ovat alhaiset, korkeiden terveydenhuollon kustannusten maissa valinnaisten hoitopalvelujen ulkoistaminen edullisempaan maahan on toimiva strategia, josta kummankin maan järjestelmät voivat hyötyä. [69] Vaikka kansainvälisen laajentumisen on katsottu tarjoavan organisaatioille mahdollisuuksia lisätä tuottoja ja tiedon hankintaa sekä alentaa yksikkökustannuksiaan, nähdään terveydenhuollon organisaatioiden kansainvälistyminen monitasoisena ilmiönä, jonka empiirinen tutkiminen on vaikeaa. [70, s. 419420]

### Informaatioteknologia muuttaa terveydenhuoltoa

Euroopan komission julkaiseman eGovernment 2016–2020 toimenpidesuunnitelman mukaan Euroopan unionin julkishallinnon ja julkisten laitosten tulisi olla vuoteen 2020 mennessä avoimia, kattavasti tehokkaita sekä palveluiltaan läpinäkyviä, henkilökohtaisia, käyttäjäystävällisiä ja alusta loppuun digitaalisia. Suunnitelman mukaan tällaisten julkisten palvelujen tulisi olla kaikkien Euroopan unionin kansalaisten sekä yritysten käytettävissä siten, että tarpeisiin ja aloitteisiin perustuvien palvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa käytetään innovatiivisia lähestymistapoja. Tavoitteena on hyödyntää digitaalisen toimintaympäristön mahdollisuudet edistää eri sidosryhmien välistä vuorovaikutusta. [71, s. 2]

Yhdysvalloissa toteutetun tapaustutkimuksen mukaan teknologisilla muutoksilla on usein myös kielteisiä vaikutuksia organisaation yksilöihin ja koko organisaatioon. Siksi onkin tärkeää, että teknologisen muutoksen vaikutuksia yritetään lieventää teknologian koko elinkaaren ajan. Muutoksenhallintatekniikat, kuten johtamistuki, viestintä, koulutus ja loppukäyttäjien osallistaminen tarjoavat keinoja lieventää terveydenhuollon ympäristössä käyttöönotettavien teknologioiden soveltamishaasteita ja niitä tulisi kyetä käyttämään tilannekohtaisesti joko ennakkoivasti, reaktiivisesti tai passiivisesti. [72, s. 42] Resilienssitutkimus korostaa tärkeinä

muutoksenhallinnan keinoina viestintää, oppimis- ja sopeutumiskykyä, riskinhallintaa sekä organisaation "sosiaalista pääomaa". [25] Mikäli johtajat ja muutosagentit eivät löydä uusia keinoja toimia tehokkaasti nykyisten kulttuuristen periaatteiden sekä tieteellisten ja teknisten edistysaskeleiden välimaastossa, säilyvät terveydenhuollon järjestelmään kohdistuvat muutokset haasteellisena hallita myös jatkossa. [8]

Isossa-Britanniassa toteutettu tutkimus selvitti toimintaympäristöön liittyviä tekijöitä, jotka olivat edellytyksenä, että terveydenhuollon ammattilaiset saatiin hyödyntämään teknologiaa ja sen mukanaan tuomia toiminnallisia kehitysmahdollisuuksia. Ensimmäinen tekijä oli, että teknologian mahdollistaman automatisoinnin katsottiin muuttavan terveydenhuollon ammattilaisten työn luonnetta niin ajan ja paikan kuin myös itse työn sisällön suhteen. Toiseksi teknologian nähtiin toimivan välittäjänä eri ammattiryhmien ja toimijoiden välisessä yhteistyössä, jolloin seurauksena on todennäköisesti enemmän persoonaton toimintamalli, jonka on todettu heikentävän perinteisiä työnkuvia tukevia arvoja kuten esimerkiksi ammattiryhmien välistä henkilötason luottamusta. Kolmantena seikkana todettiin, että teknologia voi tehdä terveydenhuollon ammattilaisten työstä läpinäkyvämpää ja tarjoavan siten paremmat edellytykset viranomaisten ohjaukselle ja valvonnalle. Neljäntenä keskeisenä tekijänä havaittiin, että yhteisen sähköisen tunnistautumisen ja laajemman järjestelmäympäristön avulla mahdollistetaan ammattilaiselle edellytykset toimia erilaisissa ympäristöissä eri ammattiryhmien erilaisten arvopohjien ja työskentely ilmapiirin olosuhteissa. Tekijöiden katsottiin voivan sumentaa ammatillista identiteettiä ja luovan määrittelemättömiä alueita, jossa ammattilainen voi tarkoittaa mitä tahansa ja siksi ei mitään. Tutkimus suosittikin, että terveydenhuollon ammattilaisten toimintaa koskevan uuden teknologian esittely ja perehdyttäminen on suunniteltava ja toteutettava huolellisesti. Erityisesti on panostettava sellaisiin ammattiryhmiin, joiden tehtäväkuvaan muutoksella on suurimmat vaikutukset. [73]

Big dataan eli suurten, eri lähteistä koostettavien, tietomassojen hallintaan ja analytiikkaan liittyvät tietotekniset innovaatiot ovat viimeisten vuosikymmenien merkittävimpiä teknologisia uudistuksia. [74] Big datan aikakauden katsotaan muuttavan maailmaa dramaattisesti. Tällä uudella aikakaudella tietojärjestelmien rooli ja mahdollisuudet tulisi olla organisaatiotutkimuksen eturintamassa silloin, kun puhutaan teknologioiden vaikutusten ymmärtämisestä ja tulkinnasta organisaatioiden johtamisessa. [75] Myös terveydenhuollon toimijat ovat viime vuosina ryhtyneet panostamaan big data -analytiikan käyttöönottoon ja siihen, miten suurten tietomassojen hyödyntämiseen liittyvät innovaatiot voivat auttaa parantamaan hoidon laatua ja organisaatioiden taloudellista suorituskykyä. [76] Useimmat aiemmin toteutetuista terveydenhuollon big data -hankkeista ovat keskittyneet teknisen ymmärryksen lisäämisen ja tuoneet siten toistaiseksi vähemmän lisäarvoa terveydenhuollon toiminnan arvioinnille. [74] Suurimmat hyödyt big data -analytiikasta odotetaan syntyvän silloin, kun terveydenhuollon eri osa-alueilta saatavat tiedot, kuten kliiniset, hallinnolliset, taloudelliset ja terveyshyödyt voidaan integroida yhdeksi kokonaisuudeksi. [77]

Sähköisten potilastietojärjestelmien rakenteisten tietojen saatavuuden ja käytettävyyden katsotaan parhaiten edistävän terveydenhuollon palvelutuotannon arviointia ja kehittämistä. Näihin tietoihin perustuvasta terveydenhuollon kustannusten analysoinnista on tullut tärkeä osa sekä kokeellista että epidemiologista tutkimusta. Kustannusten hallinnan näkökulmasta terveydenhuollon kustannusten ennakoivan mallintamisen tutkimuksen katsotaan muodostavan merkittävän arviointiperustan sekä väestö- että potilastason hoidolle. Vaikka huipputason koneoppimisen teknologioita hyödyntävillä algoritmeilla tunnustetaan yhä olevan rajoitteita, voidaan niiden avulla ennakoita aikaisempiin tekniikkoihin nähden huomattavan paljon tarkemmin suuren väestöosan terveydenhuollon kustannusjakautumia. Eräässä tutkimuksessa käytetyt M5-mallipuut pystyivät ennakoimaan erittäin tarkasti sen 75 prosentin väestöosan, joiden kustannukset olivat alle 125 dollaria vuodessa. Tulevaisuudessa luotettavien kustannusennusteiden katsotaan edelleen kehittyvän ja mahdollistavan tarkat ennusteet myös suurille sairausryhmäkohtaisille segmenteille, joiden osalta on jo saatu

lupaavia, kohtuullisen alhaisen virhemarginaalin, tuloksia. [78]

Tulevaisuudessa verkostoihin perustuvan terveydenhuollon integroidun palvelutuotannon kehittämiseksi arvioidaan saatavan vahvaa tukea myös lohkoketjuteknologiasta (Blockchain), jolla nähdään olevan valtavia vaikutuksia globaalin liiketoimintaan, maailmantalouteen sekä kansalaisten päivittäiseen käyttäytymiseen. Koska sekä palvelutarjoajat että potilaat haluavat tehokasta pääsyä terveydenhuollon tietojärjestelmien potilastietoihin, arvioidaan lohkoketjujen ratkaisevan tulevaisuudessa sähköisten potilas- ja asiakastietojärjestelmien keskinäiset yhteistoiminnan haasteet. Lohkoketjujen avulla eri toimijoiden katsotaan voivan harjoittaa toimintaansa läpinäkyvämmässä ekosysteemissä tarvitsematta selvittää dokumentoitujen tuotteiden, palvelujen tai potilastietojen alkuperää ja aitoutta. Yhteistoiminnan mahdollisuuksien ei katsota rajoittuvan pelkästään maakunnan tai valtion sisäisiin yhteistoiminnan tarpeisiin vaan sen katsotaan skaalautuvan aina globaalille tasolle saakka. Lohkoketjujen nähdään tuovan terveydenhuollon ekosysteemiin luottamusta, lisäävän potilaiden olosuhteet huomioivaa yksityisyyttä sekä lisäävän sähköisten potilastietojärjestelmien tietoturva. Lohkoketjuteknologian integrointi toimimaan osana nykyisiä potilastietojärjestelmiä ei nähdä olevan vaikeaa, koska kyse on lisätietokannan sekä uuden tunnistautumisalgoritmin käyttöönotosta. Lohkoketjujen käytännön soveltamisen katsotaan kuitenkin vaativan vielä paljon lisätutkimusta sekä ajattelua suuntaavan ja luottamusta lisäävän yhteisen teoreettisen pohjan kirkastamista. [79, s. 3-8]

### Pohdinta

Läpikäydyistä artikkeleista on havaittavissa, että Euroopan unionin integraatiokehitys näyttäisi pikkuhiljaa yhdenmukaistavan eri jäsenvaltioiden erilaisista lähtökohdista ponnistavaa terveydenhuoltoa. Kehitystä ei voi täysin selittää sillä, että kaikilla olisi sama ongelma ratkaistavanaan. Osittain synnä on eri maiden päätöksentekoa yhdenmukaistavat mekanismit kuten tiedeyhteisöjen tehostunut diskurssi sekä kansainvälisten organisaatioiden yhtenäistävä vaikutus.

Samalla kun terveydenhuollosta on kehittynyt taloudellisesti merkittävä toimiala, on muutoksesta terveydenhuollossa tullut jatkuva ja pysyvä olotila, jonka muoto ja voimakkuus vaihtelevat. Muutoksenhallinnan kyvykkyydestä näyttäisi muodostuvan tulevaisuuden terveydenhuollon organisaatioiden merkittävin kilpailuetu. Tutkimuksen kohteena olleessa kirjallisuudessa tärkeimmäksi muutoksen onnistumista edistäväksi tekijäksi nähtiin ihmisten osallistamisen tärkeys muutosprosessin kaikissa vaiheissa (valmistelu-toteutus-arviointi). Läpikäytyjen tutkimusten tuloksissa ei ollut tunnistettavissa ristiriitaisuuksia vaan onnistuneen muutoksen edellytyksenä korostettiin avainroolien, kannusteiden sekä viestinnän oikea-aikaista ja monipuolista hyödyntämistä.

Verkostoissa toimittaessa muutoksilla on systeeminen luonne eli muutoksilla on paljon riippuvuuksia ja ne tapahtuvat samanaikaisesti eri puolilla toimialuetta. [80] Myös tutkimusaineistossa korostui, että terveydenhuolto on toimialana kompleksi kokonaisuus, joka integroidusti toimiakseen tarvitsee organisaatioiden välistä vahvaa luottamusta sekä arvoverkoille tyypillistä yhteistä toimeksiantoa ja tavoitteistoa. Päämääränä tulee olla yhteistä visiota tavoittelevien alueellisten toimijoiden saumaton yhteentoimivuus. Integroitu palvelujärjestelmä edellyttää terveydenhuollon järjestämisvastuussa olevalta taholta kykyä ohjata ja koordinoita palvelujen tarjontaa siten, että palvelujärjestelmän monimutkaisuus ja palveluissa liikkumisen ongelmat eliminoiduvat. Olennaista on, että kaikille sidosryhmille turvataan aiempaa parempi tieto palveluiden kustannustehokkuudesta, toiminnan vaikuttavuudesta sekä asiakaslähtöisyydestä. Koska alueellisuuden ja toimijoiden määrän lisääntyessä yhteisten sääntöjen ja menettelyohjeiden tarve kasvaa, tulee palveluja koordinoivan järjestäjän luoda ympärilleen moderniinformaatioteknologiaan perustuva viestintäintensiivinen systeemi, jossa luottamusta ylläpidetään avoimella ja läpinäkyvällä faktapohjaisella päätöksenteolla. Kyky tuottaa systeemisiä innovaatioita paranee kokonaisuusien hahmottamisen kautta, mutta samalla on kyettävä turvaamaan paikallisten toimijoiden resilienssi. Erilaiset lähiolosuhteet edellyttävät, että laajojenkin kansainvälisten vaikutusten alaisena toimijoiden



on kyettävä toteuttamaan lähellä toimintaa tapahtuvaa luovaa hallintaa eli uudistavaa ”muutoksen kulttuuria”, jolle on tunnusomaista joustava ja alueen väestön kysynnästä lähtevä palvelutuotanto [9], koska terveydenhuollon yksittäisten toimijoiden kulttuurillinen kyvykyys mitataan kykynä sisäistää laajemman tason visio ja ennakoita sen toteuttamiseksi vaadittavat toimenpiteet.

Valinnanvapaus tuo mukanaan kilpailua ja hämärtää yksityisten ja julkisten terveydenhuollon palvelutuottajien välisiä eroavaisuuksia. Kilpailun on todettu muuttavan johtamiskäytäntöjä ja ohjaavan palvelutuotantoa kansalaisten arvostusten suuntaan. Lopulta tästä hyötyvät kaikki. Toisaalta kilpailun on todettu lisäävän toimijoiden välisiä rajoitustoimia, joka taas heikentää mahdollisuuksia kehittää integroituja palveluja. Toiminnan alueellinen ja sisällöllinen laajentuminen, joko orgaanisen kasvun tai erilaisten yhdistymisten kautta, tarjoaa terveydenhuollon organisaatioille mahdollisuuksia lisätä palvelutuotannosta saatavia tuottoja ja alentaa yksikkökustannuksia. Pienemmällä markkinoilla tämä näyttäisi johtavan helposti vaihtoehtojen häviämiseen ja monopolin syntymiseen. Tällöin riskinä on palvelujen saatavuuden ja laadun heikkeneminen. Yhteistyöorientoituneen kolmannen sektorin aseman vahvistamisen arvioidaan parhaimmillaan tuovan merkittävää lisäarvoa alueelliseen palveluverkostoon. Valinnanvapauden lisääminen on institutionaalinen uudistus, jonka liiketoiminnallisten periaatteiden korostuminen ei tutkimusaineiston mukaan näyttäisi resonoivan kattavasti eri sidosryhmien arvoja [kts. 60]. Kilpailun lisäksi tarvitaan säänneltyä läpinäkyvyyttä ja avointa diskurssia, jossa jokainen sidosryhmä osallistetaan ja myös palkitaan yhteisten tavoitteiden saavuttamisesta. Huonon toteutuksen uhkakuvana on palvelujen pirstoutuminen, eriarvoistava jakautuminen sekä kysynnän ja kustannusten hallitsematon kasvu. Tutkimusaineiston valossa uhkakuvien voidaan todeta olevan mahdollinen kehityskulku, mikäli palvelujen järjestäjän valtuudet ja vastuut ovat kansalaisten valinnanvapautta vähäisemmät.

Palvelujen digitaalisuus muuttaa palvelutuotantoa ja edistää radikaalien toimintamallien syntymistä. Jotta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset saadaan hyödyntämään teknologian mahdollisuuksia, on heidät saatava hyväksymään, että työn tekeminen muuttuu ajan, paikan sekä sisällön suhteen. Vaikka kehityksen voidaan jossakin määrin nähdä hämärtävän perinteistä, terveydenhuollon ammatteihin liittyvää, identiteettiä, tarjoaa se samalla uudenlaisia mahdollisuuksia tehokkaampiin moniammatillisiin toimintamalleihin, jossa avoimuus ja läpinäkyvyys mahdollistavat paremman yhteistoiminnan. Tämän avulla myös toiminnan suunnittelu, ohjaus ja arviointi muuttuvat jälkikäteiseen tietoon perustuvasta ”seurantakulttuurista” reaaliaikaiseen ja ennustavan analytiikan tietoon perustuvan ”aktiivisen ennakoinnin kulttuuriksi”.

Sosiaali- ja terveydenhuollon innovaatiotoiminnan voidaan edelleen katsoa olevan satunnaista, pistemäistä ja yleisesti ottaen huonosti koordinoitua. Läpinäkyvyyttä edistävät informaatioteknologiat, kuten lohkoketjut, voivat tulevaisuudessa olla koko toimialaa ravistelevia muutosajureita. Hyödyntämisen näkökulmasta lainsäädännölliset rajoitteet ovat vielä tänä päivänä suuremmat kuin teknologiset rajoitteet, mutta jo lähitulevaisuudessa terveydenhuollon tietotekniikkatoimittajille, järjestäjille sekä palvelutuottajille mahdollistuu kehittää yhdessä big data -tietovarantoihin perustuvia yleiskäyttöisiä algoritmeja, joiden avulla tuotetut analyysit syntyvät suhteellisesti pienemmällä, laajempaa asiakaskuntaa palvelevalla ja kokeneemmalla asiantuntijajoukolla. Tällaisen kehityksen pitäisi johtaa myös suurempaan määrään tietämyksenhallinnan innovaatioita, joiden menetelmällinen prosessointi voidaan toteuttaa laadukkaammin, nopeammin ja kustannustehokkaammin. Kansainväliset osaamiskeskusverkot sisältävät mahdollisuuden tiedon edelleen nopeutuvaan jakamiseen. Onnistuneiden muutosten suunnittelu ja ohjaus tulee perustua sekä taloutta että terveyshyötyjä kuvaaviin tunnuslukuihin, joiden pohjalta on mielekästä käydä kaikkia osapuolia huomioiva tulevaisuuskeskustelu sekä tavoitteiden asettaminen.

Tutkimus syventää ymmärrystämme terveydenhuollon keskeisistä muutosajureista, kuten tehokkuusvaatimusten seurauksena integroituvista arverkoista, valinnanvapauden kautta lisääntyvästä kilpailusta sekä informaatioteknologian uusista mahdollisuuksista. Yhteistä muutosajureille näyttää olevan, että ne saavat voimansa terveydenhuollon toimialan kasvavasta taloudel-

lisesta painoarvosta sekä sen seurauksena syntyvästä tarpeesta uudistaa henkilöstöintensiivisen toimialan johtamista. Tutkimus vahvistaa jatkuvaan kehittämiseen tähtäävän luovan hallinnan teorian keskeisiä oletuksia verkostomaisesti toimivan alueellisen terveydenhuollon hallinnasta. Lainsäädännön ja hallinnan rakenteiden yhtenäistymisen myötä viitekehysten voidaan katsoa olevan sovellettavissa myös kansainvälisesti.

## Lähteet

- [1] Katz A. The Sachs Report: investing in health for economic development – or increasing the size of crumbs from the rich man’s table, part I. *Int J Health Serv.* 2004;34(4):751-773. <https://doi.org/10.2190/6BVE-W9G4-GWBN-LNVK>
- [2] Suhrcke M, McKee M, Sauto Arce R, Tsolova S, Mortensen J. The contribution of health to the economy in the European Union. European Commission. Directorate General Health and Consumer protection. Office for Official Publications of the European Communities; 2005. Saatavissa [https://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_overview/documents/health\\_economy\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/documents/health_economy_en.pdf).
- [3] McKee M, Balabanova D, Basu S, Ricciardi W, Stuckler D. Universal health coverage: a quest for all countries but under threat in some. *Value Health.* 2013 Jan-Feb;16(1 Suppl):S39-45. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2012.10.001>
- [4] Quaglio G, Karapiperisa T, Van Woensela L, Arnolda E, McDaid D. Austerity and health in Europe. *Health Policy* 2013;113(1-2):13-19. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.005>
- [5] Craig P. The evolution of the single market. In: Barnard C, Scott J (eds). *The law of the single European market: unpacking the premises.* Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing; 2002. s. 1-39.
- [6] Greer SL, Hervey TK, Mackenbach JP, McKee M. Health law and policy in the European Union. *Lancet* 2013;381:1135–1144. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62083-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62083-2)
- [7] Melnyk BM. Culture Eats Strategy Every Time: What Works in Building and Sustaining an Evidence-Based Practice Culture in Healthcare Systems. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2016 Apr;13(2):99-101. <https://doi.org/10.1111/wvn.12161>
- [8] Bowden DE, Smits SJ. Managing in the context of healthcare’s escalating technology and evolving culture. *J Health Organ Manag.* 2012;26(2):149-57. <https://doi.org/10.1108/14777261211230826>
- [9] Lappalainen K. Sosiaali- ja terveydenhuollon alueiden luova hallinta innovatiivisten arvoverkkojen systeemillä koordinaatiolla. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 2015;7(4):221-236.
- [10] Lappalainen K. Julkisen erikoissairaanhoidon valmius alueelliseen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistukseen. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 2016;8(4):177-199.
- [11] Strauss A, Corbin JM. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 1998. s. 158.
- [12] Hirsijärvi S, Hurme H. *Tutkimushaastattelu.* Tallinna: Gaudeamus Helsinki University Press; 2014.
- [13] Bauer MW. Classical Content Analysis: a review. Teoksessa Bauer MW, Caskell GD. (Eds.), *Qualitative researching with text, image and sound. A practical handbook.* London: Sage; 2000. s. 131-151. <https://doi.org/10.4135/9781849209731.n8>
- [14] Morrissey WW. Reconfiguring your delivery network. *Healthc Financ Manage.* 2014 Dec;68(12):36-9.
- [15] May C. Agency and implementation: Understanding the embedding of healthcare innovations in practice. *Soc Sci Med.* 2013 Feb;78:26-33. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.021>
- [16] Pollitt C, Hupe P. Talking about government: The role of magic concepts. *Public Management Review* 2011;13(5):641-658. <https://doi.org/10.1080/14719037.2010.532963>
- [17] Bekkers VJJM, Tummers LG. Perspectives on public sector reform: An innovation perspective. In: Van de Walle S, Groenvelde SM. (Eds.). *Theory and Practice of*

Public Sector Reform. London: Routledge; 2017. s. 6178.

[18] Hyyryläinen E. New Public Managementin kukoistuskauden aikana syntynyt monikansallinen hallinnon uudistamiskäytäntö: Diskursiivisen institutionalismin tulkinta. *Hallinnon Tutkimus* 2014;33(4):297-313.

[19] Eymeri-Douzans JM. NPM reforms legacy: A common praxeologic, a variety of acclimatizations, a renewed bureaucratization. Teoksessa: Eymeri-Douzans JM, Pierre J (Eds.). *Administrative reforms and democratic governance*. London: Routledge; 2011. s. 9-26.

[20] Swayne LE, Duncan JW, Ginter PM. *Strategic Management of Health Care Organizations*. Sixth editions. John Wiley & Sons Ltd, England; 2008.

[21] Avgerinos ED, Koupidis SA, Filippou DK. Impact of the European Union enlargement on health professionals and health care systems. *Health Policy* 2004;69(3):403-408. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.02.002>

[22] Mintzberg H. *Structure in fives: Designing effective organizations*. London: Prentice Hall International Editions; 1992.

[23] Gené-Badiaa J, Gallob P, Hernández-Quevedo C, García-Armestod S. Spanish health care cuts: Penny wise and pound foolish? *Health Policy* 2012;106(1):23-28. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.02.001>

[24] Essén A, Lindblad S. Innovation as emergence in healthcare: Unpacking change from within. *Soc Sci Med*. 2013 Sep;93:203-11. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.035>

[25] Castleden M, McKee M, Murray V, Leonardi G. Resilience thinking in health protection. *J Public Health (Oxf)*. 2011 Sep;33(3):369-77. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr027>

[26] Lockett A, Currie G, Waring J, Finn R, Martin G. The role of institutional entrepreneurs in reforming healthcare. *Soc Sci Med*. 2012 Feb;74(3):356-63. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.031>

[27] Green SE. A rhetorical theory of diffusion. *Academy of Management Review* 2004;29(4):653-669.

[28] Macfarlane F, Barton-Sweeney C, Woodard F, Greenhalgh T. Achieving and sustaining profound institutional change in healthcare: case study using neoinstitutional theory. *Soc Sci Med*. 2013 Mar;80:10-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.01.005>

[29] Haigh C, Hardy P. Tell me a story - a conceptual exploration of storytelling in healthcare education. *Nurse Educ Today*. 2011 May;31(4):408-11. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.08.001>

[30] Hendy J, Barlow J. The role of the organizational champion in achieving health system change. *Soc Sci Med*. 2012 Feb;74(3):348-55. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.009>

[31] Martinussen PE, Magnussen J. Resisting market-inspired reform in healthcare: The role of professional subcultures in medicine. *Soc Sci Med*. 2011 Jul;73(2):193-200. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.025>

[32] Ortega A, Van den Bossche P, Sanchez-Manzanares M, Ramon R, Gil F. The Influence of Change-Oriented Leadership and Psychological Safety on Team Learning in Healthcare Team. *Journal of Business and Psychology* 2014;29(2):311-321.

[33] van Rossum L, Aij KH, Simons FE, van der Eng N, Ten Have WD. Lean healthcare from a change management perspective. *J Health Organ Manag*. 2016 May 16;30(3):475-93. <https://doi.org/10.1108/JHOM-06-2014-0090>

[34] Rico A, Saltman RB, Boerma WGW. Organizational Restructuring in European Health Systems: The Role of Primary Care. *Soc Policy Admin* 2003;37(6):592-608. <https://doi.org/10.1111/1467-9515.00360>

[35] Redding J. Achieving clinical integration. *Healthcare Financial Management* 2013;67(11):56-60.

[36] Ippolito A, Boni S, Cinque E, Greco A, Salis S. Using Time-Driven Activity-Based Costing to Establish a Tariff System for Home Health Care Services. *J Healthc Manag*. 2016 Nov/Dec;61(6):436-447. <https://doi.org/10.1097/00115514-201611000-00009> [37] van Buuren A, Looibach D. Policy innovation in isolation. *Public Management Review* 2009;11(3):375392. <https://doi.org/10.1080/14719030902798289>

- [37] van Buuren A, Loorbach D. Policy innovation in isolation. *Public Management Review* 2009;11(3):375-392. <https://doi.org/10.1080/14719030902798289>
- [38] Stenvall J, Syväjärvi A. Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä. Tutkimukset ja selvitykset, 3/2006. Helsinki: Valtionvarainministeriö; 2006.
- [39] Powell RE, Doty A, Casten RJ, Casten BW, Rising KL. A qualitative analysis of interprofessional healthcare team members' perceptions of patient barriers to healthcare engagement. *BMC Health Services Research* 2016;16(493):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1751-5>
- [40] Hohenthal J, Johanson J, Johanson M. Network knowledge and business-relationship value in the foreign market. *International Business Review* 2014;23(1):4-19. <https://doi.org/10.1016/j.ibusrev.2013.08.002>
- [41] Andersson U, Gaur A, Mudambi R, Persson M. Unpacking interunit knowledge transfer in multinational enterprises. *Global Strategy Journal* 2015;5(3):241-255. <https://doi.org/10.1002/gsj.1100>
- [42] Jarillo CJ. *Strategic Networks*. Oxford, UK: Butterworth-Heinemann; 1993.
- [43] Forkmann S, Wang D, Henneberg SC, Naudé P, Sutcliffe A. Strategic decision making in business relationships: A dyadic agent-based simulation approach. *Industrial Marketing Management* 2012;41(5):816-830. <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2012.06.010>
- [44] Gabrielsson P, Gabrielsson M. A dynamic model of growth phases and survival in international business-to-business new ventures: The moderating effect of decision-making logic. *Industrial Marketing Management* 2013;42(8):1357-1373. <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2013.07.011>
- [45] Fleury MJ, Perreault M, Grenier G, Imboua A, Brochu S. Implementing Key Strategies for Successful Network Integration in the Quebec Substance-Use Disorders Programme. *Int J Integr Care*. 2016 Apr 5;16(1):7. <https://doi.org/10.5334/ijic.2457>
- [46] Gaboury I, Bujold M, Boon H, Moher D. Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: Key components. *Soc Sci Med*. 2009 Sep;69(5):707-15. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.048>
- [47] Nijmeijer KJ, Fabbriotti IN, Huijsman R. Creating Advantages with Franchising in Healthcare: An Explorative Mixed Methods Study on the Role of the Relationship between the Franchisor and Units. *PLoS ONE* 2015;10(2):1-21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115829>
- [48] Folke C. Resilience: The emergence of a perspective for social-ecological systems analyses. *Global Environmental Change* 2006;16(3):253-267. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2006.04.002>
- [49] Kanter RM, Dretler TD. "Global strategy" and its impact on local operations: Lessons from Gillette Singapore. *Academy of Management Executive* 1998;12(4):60-68. <https://doi.org/10.5465/AME.1998.1333948>
- [50] Hannemann-Webera H, Kessela M, Schultzb C. Research performance of centers of expertise for rare diseases – The influence of network integration, internal resource access and operational experience. *Health Policy*. 2012 May;105(2-3):138-45. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.02.008>
- [51] Tsiachristas A, Stein KV, Evers S, Rutten-van Mölken M. Performing Economic Evaluation of Integrated Care: Highway to Hell or Stairway to Heaven? *Int J Integr Care*. 2016 Oct 19;16(4):3. <https://doi.org/10.5334/ijic.2472>
- [52] Davies E, Higginson JJ. *The solid facts: palliative care*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 2009.
- [53] Bainbridge D, Brazil K, Ploeg J, Krueger P, Taniguchi A. Measuring healthcare integration: Operationalization of a framework for a systems evaluation of palliative care structures, processes, and outcomes. *Palliat Med*. 2016 Jun;30(6):567-79. <https://doi.org/10.1177/0269216315619862>
- [54] Nolte E, Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? *European Obser-*



vatory on Health Systems and Policies. Copenhagen: World Health Organization; 2014.

[55] Stuckler D, Basu S, McKee M. How government spending cuts put lives at risk. *Nature*. 2010 May 20;465(7296):289. <https://doi.org/10.1038/465289a>

[56] Glasby J. If Integration Is the Answer, What Was the Question? What next for English Health and Social Care Partnerships? Perspective paper. *Int J Integr Care*. 2016 Oct 28;16(4):11. <https://doi.org/10.5334/ijic.2535>

[57] Winblad U. Valfriheten: en misslyckad sjukvårdsreform? in Blomqvist P (ed.). *Vem styr vården? Organisation and politisk styrning inom svensk sjukvård*. Stockholm: Centre for Business and Policy Studies, SNS; 2007. s. 132-56.

[58] Nordgren L. The healthcare voucher: Emergence, formation and dissemination. *Financial Accountability & Management* 2010;26(4):443-464. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0408.2010.00510.x>

[59] Blomgren M, Sundén E. Constructing a European healthcare market: The private healthcare company Capio and the strategic aspect of the drive for transparency. *Soc Sci Med*. 2008 Nov;67(10):1512-20. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.06.035>

[60] Maun A, Nilsson K, Furåker C, Thorn J. Primary healthcare in transition – a qualitative study of how managers perceived a system change. *BMC Health Serv Res*. 2013 Oct 3;13:382. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-382>

[61] Zolkiewski J. Marketization and the delivery of UK health services. Three case studies. *Journal of Business Research* 2004;57(9):1012-1020. [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(02\)00347-8](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(02)00347-8)

[62] Ham C. Managed markets in health care: the UK experiment. *Health Policy*. 1996 Mar;35(3):279-92. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(95\)00789-X](https://doi.org/10.1016/0168-8510(95)00789-X)

[63] Whellams A. Valinnanvapaus Englannin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Työpäpaperi 2/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2016. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-605-6>.

[64] Bloom N, Propper C, Seiler S, Van Reenen J. The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals. CEP Discussion Paper No 983. May 2010 (Revised November 2014). The Centre for Economic Performance. London, UK: London School of Economics and Political Science; 2014.

[65] Skinner MW, Rosenberg MW. Managing competition in the countryside: Non-profit and for-profit perceptions of long-term care in rural Ontario. *Soc Sci Med*. 2006 Dec;63(11):2864-76. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.07.028>

[66] Westra D, Angeli F, Jatautait E, Carree M, Ruwaard D. Understanding specialist sharing: A mixed-method exploration in an increasingly price-competitive hospital market. *Soc Sci Med*. 2016 Aug;162:133-42. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.019>

[67] Borzaga C, Fazzi L. Civil society, third sector, and healthcare: The case of social cooperatives in Italy. *Soc Sci Med*. 2014 Dec;123:234-41. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.001>

[68] Shah T. *Catalysing Cooperation: design of selfgoverning organisations*, New Delhi: Sage; 1996.

[69] Andritsos DA, Tang CS. Introducing competition in healthcare services: The role of private care and increased patient mobility. *Eur J Oper Res* 2014;234(3):898-909. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2013.11.022>

[70] Brouters KD. Boundaries of the Firm: Insights From International Entry Mode Research. *J Manage* 2007;33(3):395-425. <https://doi.org/10.1177/0149206307300817>

[71] European Commission. Communication from the commission to the European parliament, the Council, the European economic and Social committee and the Committee of the Regions. EU eGovernment Action Plan 2016-2020. Accelerating the digital transformation of government. COM(2016) 179 final. 19.4.2016. Brussels: European Commission; 2016.

[72] Magda B. Mitigating the effects of technology change in healthcare IT. *Online Journal of International Case Analysis* 2012;3(1):37-43.

[73] Petrakaki D, Barber N, Waring J. The possibilities of technology in shaping healthcare professionals: (re/de-

)professionalisation of pharmacists in England. Soc Sci Med. 2012 Jul;75(2):429-37. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.033>

[74] Wang Y, Hajli N. Exploring the path to big data analytics success in healthcare. Journal of Business Research 2017;70:287-299. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2016.08.002>

[75] Baesens B, Bapna R, Marsden JR, Vanthienen J, Zhao LJ. Transformational issues of big data and analytics in networked business. MIS Quarterly 2016;40(4): 807-818. <https://doi.org/10.25300/MISQ/2016/40:4.03>

[76] Raghupathi W, Raghupathi V. Big data analytics in healthcare: Promise and potential. Health Inf Sci Syst. 2014 Feb 7;2:3. <https://doi.org/10.1186/2047-2501-2-3>

[77] Zillner S, Neururer S. Technology Roadmap Development for Big Data Healthcare Applications. Künstliche Intelligenz 2015;29(2):131-141. <https://doi.org/10.1007/s13218-014-0335-y>

[78] Sushmita S, Virendra PR, Newman S, De Cock M, Marquardt J, Teredesai A. Population Cost Prediction on Public Healthcare Datasets. Center for Data Science, University of Washington – Tacoma, Institute of Technology. DH '15 Proceedings of the 5th International Conference on Digital Health s. 87-94; 2015. <https://doi.org/10.1145/2750511.2750521>

[79] Nichol PB, Brandt J. Co-Creation of Trust for Healthcare: The Cryptocitizen Framework for Interoperability with Blockchain. Research Proposal. ResearchGate; 2016. Saatavissa <https://www.researchgate.net/publication/306013124>. DOI 10.13140/RG.2.1.1545.4963

[80] Nieminen M, Valovirta V, Pelkonen A. Systeemiset innovaatiot ja sosiotekninen muutos. Kirjallisuuskatsaus. Espoo: VTT Technical Research Centre of Finland; 2011.

# Palvelutuotannon arvon johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon strategisissa arvoverkoissa



Kari Lappalainen ja Petri Kivinen

## Abstract

Strategic value networks in the health and social services industry are seen as models for the implementation of added-value activities where value creation is spread and where the deliberate decision is made to share the production logic with more than one service provider. From the point of view of data streams and structures, strategic value networks can be seen as complex entities where the effective governance of information flows in the service production of networked-based health and social services is a critical success factor. The need for commonly agreed and constantly evolving methodological models is both obvious and beneficial. In changes of governance structures, information sharing is considered to be at the centre of change, as the efficiency of transformation leadership depends both on trust between employees and external/internal networks and on the ability to share social capital. The article introduces a methodology for the management of development-oriented strategic value networks in health and social services (the enhanced Public Sector Scorecard — ePSS), emphasising in particular the creative governance of regional capabilities, processes and outcomes.

## Key words:

Reform, management, strategic networks, innovations

## Johdanto

OECD (2011) on raportissaan korostanut palvelujen yhteistuottamista julkisen sektorin innovaationa ja asettanut tavoitteekseen edistää julkisen sektorin suorituskyvyn parantamista ilman kustannusten nousua. Samalla se kuitenkin esitti huolen julkisen sektorin kyvystä parantaa verkostojensa innovatiivista kapasiteettia (emt.). Sosiaali- ja terveydenhuolto Suomessa rahoitetaan pääosin julkisin verovaroin, jonka riittävydestä hyvinvointivaltion kaikkiin tehtäviin ollaan oltu huolissan jo pidemmän aikaa.

Tuleville vuosikymmenille ennustettu huoltosuhteen heikentymiskehitys ei ole tuomassa helpotusta sosiaali- ja terveydenhuollon rajallisiin resursseihin. Toisaalta esimerkiksi teknologian kehitykseen liittyvät mahdollisuudet sisältävät merkittävän kustannussäästöpotentiaalin alueellisen toiminnan uudistamisessa heikentämättä palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Jotta sosiaali- ja terveydenhuollon arvoverkkojen alueellista yhteistoimintaa voidaan kehittää systemaattisesti, on sitä voitava arvioida avoimesti ja läpinäkyvästi. Tällöin mahdollistetaan strategisissa arvoverkoissa tuotettujen palvelujen

aikaansaamien hyötyjen ja kustannusten suhteesta määräytyvän arvon määrittäminen sekä vertailtavuus. Alueiden strategisten arvoverkkojen johtamisessa on siis kyse tiedolla johtamisesta eli toimijoiden toiminnan mahdollisimman kattavasta, luotettavasta ja yhdenmukaisesta suunnittelusta, ohjaamisesta ja seurannasta. Tietojohdamisen onnistumisen lähtökohdiana on kaikkia toimijoita sitouttava yhteisen johtamisjärjestelmän mallinnus.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotanto on perinteisesti koettu organisaatiokeskeiseksi ja siilomaisesti johdetuksi. Toimintaan liittyvät haasteet on tiedostettu jo pitkään, mutta viime aikoina ratkaisuksi on lähdetty hakemaan uusia, organisaatiot rajat ylittäviä, palvelujen tuotantomalleja, joiden keskeisenä pyrkimyksenä on toiminnan tehokkuuden, taloudellisuuden ja vaikuttavuuden kehittäminen. Organisointiin liittyvistä muutoksista ja niiden johtamisesta on laadittu universaaleja malleja, mutta malleja on myös kritisoitu niiden puutteellisesta kyvystä antaa johtajille konkreettisia työkaluja arjen johtamisen haasteisiin (Iveroth & Hallencreutz 2016). Alueelliset yhteistoimintamallit voidaan nähdä myös strategisina arvoverkkoina, joiden aikaansaamaa hyötyä on mielekästä tarkastella toiminnan yhteistuloksena pikemminkin kuin yksittäisten osien tuloksina.

Valinnanvapauden ja kilpailun lisääntyessä edellytykset strategisesti keskeisen aseman säilyttämiseen paranisivat, mikäli käytettävissä olevat resurssit ja voimavarat kohdistettaisiin parempien palvelujen tuottamiseen sekä uuden kilpailukykyisemmän tarjonnan kehittämiseen. Näkemyksenä on, että tähän kyetäkseen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden tulisi panostaa innovaatiotoimintaan, tietämyksenhallintaan sekä teknologiainvestointeihin (Hamdan 2017.). Tällöin voidaan puhua myös innovatiivisesta kilpailukykyvystä, jossa organisaatiot eivät kilpaile ainoastaan vakiintuneista markkinoista, vaan myös kokonaan uusien markkinoiden luomisesta (Rouvinen 2002). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa katsotaankin tarvittavan teknologia-, palvelu- ja organisaatioinnovaatioiden lisäksi myös innovaatiokäytäntöihin liittyviä ”toisen tason innovaatioita” (Pekkarinen

ym. 2011, 507). Näillä pyritään vastaamaan Jalosen (2010, 115) esittämään kysymykseen, miten verkostojen kaltaisissa monimutkaisissa vuorovaikutussuhteissa kyetään tuottamaan oivalluksia, jotka johtavat uudensuuntaisiin toimintakonsepteihin ja hyvinvointipalvelujen tuottavuutta lisääviin ratkaisuihin?

Organisatoristen tavoitteiden asettamiseen vaikuttavat keskeisesti arvot ja arvostukset. Jotta johtajat kykenevät antamaan toiminnalle eettisen merkityksen ja jakamaan sen henkilöstön kanssa, tulisi heidän tuntee ja sisäistää toimintaa ohjaavat arvot, osittaa ne johtajuustavoitteisiin ja -toimintoihin sekä kyetä tarvittaessa tekemään priorisointia kilpailevien arvojen välillä. (Viinamäki 2012.). Julkisella sektorilla kulttuurillisten arvojen yhdeksi tehtäväksi on katsottu toimijoiden käyttäytymisen ohjaaminen niin, että myös innovaatiotoiminnassa toteutuu julkisen palvelutuotannon erityispiirteet (Jalonen 2011). Vaikka innovaation ja muutoksen välillä on usein havaittavissa vahva syy-seuraussuhde, ei innovaatiota tule rinnastaa kaikkiin muutostyyppeihin (Matei & Bujac ym. 2016). Näkemys organisatorisista innovaatioista jatkuvana uudelleenmuotoilun prosessina ja kehittämiskaarena on todettu toimivaksi lähtökohdaksi erityisesti nopeasti muuttuvilla toimialoilla (Steiber 2012).

Kun perinteisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden johtamisessa on panostettu toiminnan suoriteperusteiseen tuottavuuden arviointiin, on alueellisen yhteistyön lisääntyessä alettu kiinnittää lisääntyvässä määrin huomiota myös vaikuttavuuden ja sen kautta palvelutuotannon arvon mittaamiseen. Näiden hyötyjen nähdään realisoituvan erityisesti poliittisessa päätöksenteossa sekä palvelujen strategisessa johtamisessa (Niemi ym. 2017, 167). Yhteistuotannon alueellinen johtaminen edellyttää yhteensovittamista ja ei siksi ole itsestään selvyyttä. Jotta arvoverkko voisi toimia yhteisten tavoitteiden mukaisesti olisi siihen osallistuvien toimijoiden pyrittävä kehittämään yhteinen ja mahdollisimman laajalti hyväksyttävissä oleva näkemys johtamisjärjestelmän keskeisistä elementeistä sekä keskenään yhteensopivista tietovirroista. Tällöin ennen kaikkea alueellisen palvelutuotannon

tuottavuuteen liittyvä kustannuslaskenta sekä vaikuttavuuteen liittyvä hyötyjen mittaaminen tulisi alueen toimijoiden välillä kyetä menettelmällisesti yhteen sovittamaan.

Organisaatioiden strategiseen johtamiseen on esitetty erilaisia johtamisjärjestelmämalleja, kuten Kaplanin & Nortonin (2001) tasapainotettu tuloskortti (Balanced Scorecard – BSC), Neelyn ym. (2001) Performance Prism sekä Brysonin (1981) malli, mutta julkisen sektorin toimintaympäristössä niihin on kohdistettu kritiikkiä (Moullin 2017, Awadallah & Allam 2015, Kriemadis & Theakou 2007, Nørreklit 2000). Lisäksi verkostomainen sekä integroidumpi alueellinen palvelutuotanto asettaa johtamiselle uusia erityisvaatimuksia, jotka edellyttävät kykyä jatkuvaan uudistumiseen.

Artikkelin tavoitteena on vastata kahteen keskeiseen tutkimuskysymykseen. Ensiksi, millaisia johtamiseen liittyviä muutostarpeita on tunnistettavissa siirryttäessä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannossa yksikkökeskeisestä toimintamallista palvelujen integraatiota edistäviin alueellisiin arvoverkkoihin? Toiseksi, miten arvoverkkojen johtamisjärjestelmää tulisi tämä perustella kehittää?

Artikkeli muodostuu seitsemästä erillisestä luvusta. Johdannon jälkeen artikkeli esittelee sen laatimisessa käytetyn tutkimusmenetelmän. Tämän jälkeen siirrytään tarkastelemaan strategisia arvoverkkoja uudistavana palvelutuotannon muotona. Neljännessä luvussa kuvataan strategisten arvoverkkojen tietojohtamiseen liittyviä erityiskysymyksiä. Viidennessä luvussa perustellaan tarkemmin strategisten arvoverkkojen palvelutuotannon arvon muodostumista ja sen merkitystä sosiaali- ja terveydenhuollon onnistumisen arvioinnissa. Edeltävien lukujen pohjustamana kirjoittajat tekevät kuudennessa luvussa ehdotuksen Moullinin (2017) julkisen sektorin –tuloskortin (Public Sector Scorecard - PSS) hyödyntämisestä strategisten arvoverkkojen johtamisjärjestelmän lähtökohtana ja kuinka sitä voitaisiin edelleen kehittää väestön tilasta johdetulla tavoitteiden ja keinojen määrittämismenetelmällä, verkostojen kannattavuuden, kasvun ja riskien mittaamisella sekä luovan hallinnan teoreettisella viitekehyksellä siten, että

näistä muodostuva kokonaisuus tarjoaa perustan sosiaali- ja terveydenhuollon strategisten arvoverkkojen alueelliselle johtamisjärjestelmälle. Lopuksi pohdintaluvussa kytketään tutkimus aikaisempaan tutkimukseen sekä annetaan perusteltu synteesi tutkimuskysymyksiin koostamalla artikkelissa esitellyn *täydennetyin julkisen sektorin tuloskortin (enhanced PSS- ePSS)* argumentaatioita rajoituksiin.

## Artikkelin tutkimusmenetelmä

Tässä laadullisessa tutkimusasetelmassa on hyödynnetty strategisista arvoverkkoista ja soveltuvista johtamismalleista käytettävissä olevaa tutkimustietoa. Tietojen pohjalta kirjoittajat ovat laatineet ehdotuksen julkisen sektorin tuloskortin PSS:n täydentämiseksi tukemaan paremmin strategisten arvoverkkojen käytännön johtamiseen liittyviä tarpeita (ePSS). Johtamisjärjestelmää on esitelty ja sen hypoteettisia hyötyjä on arvioitu uudistusten kohteena olevan sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen palvelutuotannon käytännön kontekstissa.

Tutkimus mukailee Collinsin ym. (2004) kuvaamaa design-tutkimuksen (Design based research) menetelmää, joka usean tutkijan näkemyksen mukaan helpottaa tutkimuksen ja käytännön välistä kuilua (Romme 2003; Van Aken 2004). Design-tutkimuksen käsite liitetään usein Ann Brownin (1992) ja Allan Collinsin kuvaamiin menetelmiin (1992) ja se on laajasti käytetty laadullisen tutkimuksen menetelmä (Dominguez 2017). Se on tutkimuksellista ja tavoitteellista johtamisjärjestelmän kehittämistyötä, jossa käytäntö ja teorianmuodostus kytkeytyvät kiinteästi toisiinsa. Design –tutkimus tarjoaa tutkijalle mahdollisuuden tutkimusaiheen lähitarkasteluun, mutta samalla aiheen käytännön tutkimustodellisuus tuottaa esteitä tai ongelmia, jotka pitää ratkaista tässä tutkimuksessa esitetyn teoreettisin lähestymismallein (van den Akker 2007; Plomp 2007, 13-32.). Dominguez (2017) luonnehtii design-tutkimusta systemaattiseksi ja sykleittäin eteneväksi tutkimukseksi, jossa analysoidaan, kehitetään ja arvioidaan tai pyritään ratkaisemaan ongel-

mia sekä luomaan tutkimukseen perustuvia ja arvioituja malleja. McKenney ja Reeves (2014) puolestaan tarkentavat, että design-tutkimuksen avulla yritetään vastata keskeisiin arkipäivän kysymyksiin, lisätä tietoa erilaisista ratkaisutavoista ja vahvistaa tutkimuksen teoreettisia ulottuvuuksia. Design-tutkimuksen kannattajat väittävät, että se voi edistää organisaatioteorian ja ammatillisen kehityksen lisääntymistä (Romme 2003, van Aken 2004).

Design-tutkimuksessa on tavoitteena pohtia ratkaisu käytännön ongelmaan. Design-tutkimus ei ole vielä laajasti käytetty hallintotieteen tutkimuksissa, vaikka se on tieteen metodologiaan hyväksytty. Syy lienee siinä, että harva kirjoittaja on antanut yksityiskohtaiset ohjeet siitä, miten metodologiaa tulisi yksikäsitteisesti soveltaa (Andriessen 2008, 125).

Design-tutkimus keskittyy ratkaisemaan laajoja, kompleksisia reaali maailman ongelmia, jotka ovat kriittisiä toiminnalle, toisaalta ylläpitämään teorian muodostuksen ja selityksen liittymistä toisiinsa (Reeves ym. 2004). Tämä lähestymistapa pyrkii myös tekemään sekä käytännön ja tieteellistä panosta valitulla alalla (van den Akker 1999). Cottonin ym. (2009, 1366) kuvaamalla nelivaiheista lähestymistä mukaillen 1) artikkelissa on analysoitu käytännön tietojohdattamisen ongelmia sosiaali- ja terveydenhuollon strategisissa arvoverkkoissa, 2) jonka pohjalta on kehitetty ratkaisua teoreettisessa viitekehityksessä, 3) tämän avulla on arvioitu ja peilattu hypoteesia reaali maailman ongelmiin ja 4) lopuksi syntynyt teoriaa on design-tutkimuksen periaatteiden mukaisesti dokumentoitu ja reflektoitu artikkelissa. Pyrkimyksenä on siis ollut design-tutkimuksen metodologista lähestymistapaa hyödyntämällä luoda ePSS-mallista sosiaali- ja terveydenhuollon strategisen arvoverkkojen reaali maailman tarpeita huomioiva ja siten käyttöön otettavissa oleva johtamisjärjestelmä, joka reflektoi olemassa olevaan tutkimustietoon.

### **Strategiset arvo verkot palvelutuotannon muotona**

Aktiivisesti kilpailuetua erilaisilla markkinoilla

tavoittelevat organisaatiot ovat siirtyneet toimimaan verkostoissa. Tällöin eri toimijoiden johtaminen on yhteisiin tavoitteisiin tähtäävän verkoston määrätietoista koordinoitua ja kehittämistä. Erityisen välttämättömäksi verkostoissa toimiminen on todettu pienille ja keskisuurille organisaatioille. (Camarinha-Matos ym. 2009, s. 46) Verkostot on esitetty arvontuottamisjärjestelminä, jotka muodostuvat organisaatioiden ja muiden toimijoiden hallitsemista arvotoiminoista eli niistä aktiviteeteista ja aktiviteettiketuista, joiden kautta erilaisista raaka-aineista, materiaaleista ja tietämysvarannoista jalostetaan asiakkaille lisäarvoa tuovia tavaroita ja palveluja. Verkoston pääpaino voi olla sen jäsenten nykyisten ydinosaamisten mahdollisimman tehokkaassa yhteensovittamisessa tai uudistavissa kehittämisprojekteissa, joissa tavoite on verkoston erityisosaajien kykyjen ja tietämyksen yhdistämisessä kiinnostavan tulevaisuusvision tuottamiseksi. Molemmissa onnistumisen edellytykseksi nähdään luottamuksellinen johtamiskulttuuri, joka tukee avointa tietämyksen tuottamista ja jakamista verkostossa. (Möller ym. 2004) Verkostojen muutos- eli transformatiojohtajuuden tehokkuuden katsotaankin olevan riippuvainen sekä organisaation sisällä, että organisaatioiden välillä vallitsevasta luottamuksesta sekä kyvystä jakaa sosiaalista pääomaa (Chen ym. 2016). Eli sillä on merkitystä, miten yksittäiset organisaatiot kykenevät hallitsemaan suhteensa verkoston muiden jäsenten kanssa, mutta myös verkoston ulkopuolisten kilpailijoiden kanssa (Jarillo 1993, 146).

Verkostojen on todettu vaikuttavan markkinoihin luomalla keinoja kerätä ja jakaa tietoja sekä yhdistää resursseja siten, että synnytetään täysin uusia mahdollisuuksia, jotka yksittäiselle toimijalle olisivat olleet huomattavasti haasteellisempia toteuttaa (Hamdan 2017, 27). Esimerkiksi valmistavassa teollisuudessa osaamisen ja resurssien jakaminen eri organisaatioiden välillä on nähty keskeiseksi ratkaisuksi vastata markkinoiden nopeasti muuttuviin vaatimuksiin. Tunnuksomaista yhteistyöverkostoille (*Collaborative Networks Organizations* - CNO) on, että ne pyrkivät yhteistyön kehittämisessä hyödyntämään mahdollisimman tehokkaasti tie-

to- ja viestintäteknologiaa. (Camarinha-Matos, ym. 2009, 46.). Verkostot näyttäisivät lisäävän myös verkostoon kuuluvien toimijoiden näkyvyyttä ja hyväksyntää asiakkaissa, mikä puolestaan lisää maineen myönteistä kehittymistä (Nichols-Casebolt ym. 2000).

Strategisten arvoverkkojen tutkimuksen primääriä kiinnostuksen kohteena ovat organisaatioiden tietoisesti rakentamat ja johtamat verkostot. Ne nähdään selkeästi lisäarvoa tuovan toiminnan toteuttamisen malleina. Strategisessa arvoverkossa arvon syntyminen hajautuu, kun tuotantologiikka ja siten arvon muodostus tietoisesti päätetään jakaa useamman toimijan toteutettavaksi. Samalla hajautetaan myös tuotannon edellyttämät panokset eli investoinnit ja resurssit sekä niihin liittyvät riskit ja kehittämistarpeet. Mukana pysyvät ainoastaan sellaiset toimijat, jotka kykenevät jatkuvan innovaatiotoiminnan avulla ylläpitämään ja kehittämään tuotannon lisäarvoa ja siten kilpailukykyään. (Jarillo 1993.). Hyvänä terveydenhuollon esimerkkinä strategisista arvoverkoista toimivat Yhdysvalloissa toteutetut väestövastuu-organisaatiot (*Accountable Care Organization* – ACO), joita muodostetaan integroimalla alueen palvelutuottajat verkostoiksi, joille annetaan tietyn väestön terveydenhuollon palvelujen koordinointi ja tuotantovastuu keskeisenä tavoitteenaan kustannustehokkuus (Hamdan 2017, 55).

Taloustieteissä strategisista arvoverkoista puhuttaessa käytetään myös käsitettä klusteri. Klusterimaisen toiminnan vaikutuksen katsotaan realisoituvan tuottavuuden kasvuna, joka on seurausta sen innovaatio- ja strategiakyvykkyydestä. Kun useat tahot kehittävät yhteistyötään, voidaan yhdessä saavuttaa suuruuden ekonomian etuja usein ilman sen tuomaa raskautta. (Hernesniemi ym. 1995.). Tällöin puhutaan usein systeemisestä innovoinnista eli koko verkostoa yhtäaikaaisesti koskevasta sosiaalis-teknisen järjestelmän uudistamisesta (Jaspers 2009). Kehittämisen yhdistämällä luodaan perusta myös julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin työntekijöiden yhteistoiminnassa esille nostamille tulevaisuuden yhteisille innovaatioalustoille (Vuori ym. 2018).

Yhdistämällä innovaatio- ja investointikyvykkyytensä ja samalla hajauttamalla kehittämiseen liittyvät riskinsä arvoverkot voivat parantaa mahdollisuuksiaan selvittää tulevaisuuden alati kovenevassa kilpailussa.

Strategisten arvoverkkojen toimijoilla nähdään olevan kyky oppia täysin uusia keinoja hakea kasvua ja taloudellisia hyötyjä sekä omasta toimintaympäristöstään että skaalautumismahdollisuuksista muihin yhteisöihin ja alueisiin. Tällöin tavoitteena ei voi olla pelkästään kehittää nykyistä järjestelmää asteittain, vaan pikemminkin vapauttaa markkinavoimat synnyttämään uutta ekosysteemiä, joka on itsessään taloudellisesti kestävä ja orgaanisesti kasvava. Uudet toimintamallit edellyttävät yleensä useiden eri sidosryhmien yhtäaikaista ja erilaisia investointeja, joiden katsotaan luovan laajempia sosioekonomisia voittoja kaikille sidosryhmille. Siksi keskiöön nousee kysymys sisäisestä ja ulkoisesta luottamuksesta, sekä kyvystä ja tahdosta tukea toisten menestystä, ja nähdä se myös lopulta oman menestyksen edellytyksenä. Jotta tällainen koordinointi olisi mahdollista, tarvitaan uusia laaja-alaisesti tietoa koostavia ja jalostavia mittaus- ja ohjausjärjestelmiä, jotka sekä sitouttavat että yhdenmukaistavat strategiseen arvoverkkoon kuuluvia toimijoita. (Kaplan ym. 2018.).

Strategisia arvoverkkoja tarkasteltaessa on hyvä kiinnittää huomiota myös resurssiriippuvuusteorian näkökulmaan, jonka mukaan verkosto-organisaatiot ovat riippuvaisia toistensa voimavaroista. Tämän riippuvuuden katsotaan pakottavan organisaatiot vaihdantaan muiden toimintaympäristössään olevien organisaatioiden kanssa. Teorian mukaan riippuvuus sisältää riskejä, jotka ilmenevät muun muassa kysyntään nähden alimitoitettujen resurssien omistajien korostuvana vaikutusvaltana. Tällöin organisaatioiden aseman katsotaan toimintaympäristössä määräytyvän niiden hallintoimien resurssien laadun ja kysynnän mukaan, toisin sanoen toimijan vetovoiman mukaan. Näin ollen niukatkin harvinaiset resurssit voivat tuottaa toimijalle vahvan verkostoaseman. Toisaalta esimerkiksi toiminnallisen innovaation tai lainsäädännöllisen uudistuksen myötä

merkittävän aseman voi myös menettää helposti, joten nopeasti muuttuvassa maailmassa toimijan resurssit voivat hetkessä käydä tarpeettomiksi verkoston muille toimijoille. (Pfeffer & Salancik 1978.).

### Strategisten arvoverkkojen johtaminen tiedolla

Kaikilla verkostotoimijoilla on oma kuva verkoston laajuudesta, sisällöstä ja ominaisuuksista. Tämä kuva muodostaa pohjan toimijan näkemyksille ja toiminnalle strategisessa arvoverkossa. Toimijan verkostokuvaan vaikuttaa heidän omat kokemukset, suhteet ja sijainti strategisessa arvoverkossa. Lisäksi siihen vaikuttavat nykyiset ongelmat, epävarmuudet ja taidot sekä tiedon ja ymmärryksen rajallisuus. (Ford ym. 2003) Usein uudet markkinatoimijat ovat perinteisiä parempia havaitsemaan nykyisyydestä poikkeavia mahdollisuuksia. Perinteisten ja isojen organisaatioiden ylimmällä johdolla katsotaan olevan rajalliset edellytykset tunnistaa uusia mahdollisuuksia luoda alueellisia yksityisen ja julkisen sektorin kumppanuuksia. Heitä rajoittavat muun muassa perinteiset johdon raportointijärjestelmät, jotka ohjaavat ajattelua pikemminkin kohti lyhyen aikavälin nykyisyydestä lähteviä pieniä muutoksia ja nopeita takaisinmaksuja kuin laajempia arvotekijumuutoksia. (Kaplan ym. 2018.).

On luonnollista, että verkostojen kyky menestyä tehtävissään kiinnostaa sen sidosryhmiä. Esimerkiksi verkostossa toimivat palvelutuottajat ovat kiinnostuneita sen hyödyistä ja kustannuksista, kun taas palveluja käyttäviä asiakkaita kiinnostaa verkoston kyky hoitaa palvelutuotantoa yhtä hyvin tai paremmin kuin yksittäiset palvelutuottajat erikseen. Pyrittäessä hallitsemaan verkostojen toimintaa, on järjestelmätason ohjausmekanismien ja koko verkoston kattavien suorituskyvyn mittaustyökalujen soveltaminen avainasemassa (Varamäki ym. 2006, 510). Erityisesti arvoverkkoa koordinoivalla toimijalla tulisi olla kyky arvioida arvoverkko toimijoiden mahdollisuudet toimia verkoston hyväksi (Möller ym. 2005). Ylätasolla strategista arvoverkkoa ohjaa yhteiseen visioon

perustuva johtaminen, jonka tehtävänä on selkiyttää toimijoiden roolit, vastuut, ansainta sekä systeeminen innovointi. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon strategisen arvoverkon on opittava selvittämään, miten kumppaneiden kanssa tapahtuvalla verkottumisella voidaan aikaansaada erikoistumisen vahvuudet silloin, kun osa palvelutuotannosta voidaan tuottaa kumppaneiden toimesta edullisemmin ja kustannusvaikuttavammin. (Möller ym. 2001.).

Aikaisemmin eri organisaatioiden tietovirrat ovat olleet sekä laadultaan että sisällöltään hyvin erilaatuisia. Tiedon hyötykäyttö integroituneessa toimintaympäristössä on luonut perustan nähdä, ymmärtää ja toteuttaa asiat uudella tavalla. Tietotuotannon näkökulmasta strategiset arvoverkot nähdään kompleksisia tietovirtoja muodostavina kokonaisuuksina, joissa toimijoiden määrän kasvaessa muuttuvat myös niiden väliset vuorovaikutus- ja riippuvuus-suhteet (Laihonen 2011). Yhteisen tiedon luominen vaatii siis avointa ja luottamuksellista toimintakulttuuria (Dyer & Nobeoka 2002). Yleensä luottamus syntyy ansaiten ja pikkuhiljaa kehittyen. Pystyäkseen toimimaan monimutkaisten suhteiden verkossa, tulee verkostotoimijoiden pystyä hallitsemaan sen kahdenvälisiä suhteita. Kahdenvälisen vaihtosuhteiden analysointi muodostaakin strategisten arvoverkkojen johtamisen kannalta tärkeän ulottuvuuden. (Möller ym. 2005). Tutkittaessa kahdenvälisen luottamuksen (dyadic trust) kehittymistä on havaittu, että luottamus saattaa pyrkähtäen vahvistua, mutta myös nopeasti rapautua jopa noidankehäksi (Ikonen 2013).

Vaatimustenmukaisen rekisterinpidon seurauksena jo nykyisellään sosiaali- ja terveydenhuollossa syntyy paljon toimintaan ja asiakkaisiin liittyvää digitaalista informaatiota (Baesens ym. 2016). Toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotanto on muuttunut entistä kompleksisemmäksi ja samalla sen aikaansaamien hyötyjen osoittaminen perinteisin tietovirroin on vaikeutunut ja muuttunut työläemmäksi. Vaikka organisaatioilla on käytössään yhä enemmän tietoa, vaikeuttavat organisaatorajoihin perustuvat siilot edelleen kokonaisuuksien hahmottamista. (Lappalainen & Kivinen 2017.). Ilman

yhdistämistä yksittäisen siilon tietojen arvo on kokonaisuuden kannalta rajallinen. Siksi sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yksi keskeisistä päämääristä on edistää sekä horisontaalista että vertikaalista integraatiota, johon olennaisella tavalla kuuluu myös tietointegraatio (Valtioneuvosto 2015). Sosiaali- ja terveydenhuollossa tietointegraation merkitystä kuvaa hyvin palvelujen vaikuttavuuden eli aikaansaatuisten hyötyjen alueellinen tarkastelu. Usein sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuus syntyy usean toimijan tuottamasta palvelukokonaisuudesta, jolloin yksittäisen toimijan erillinen arviointi voi johtaa virhetulkintaan ja tulosten kannalta olennaisten seikkojen huomioimatta jättämiseen. Tietointegraatiolla parannetaan siis erityisesti vaikuttavuuden eli hyötyjen sekä kustannusten kokonaisvaltaisempaa arviointia ja mahdollistetaan osaoptimoinnin tunnistaminen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoittelemalla valinnanvapauden katsotaan edistävän kilpailuun perustuvaa monituottajamallia ja pitävän sisällään riskin toiminnan eriytymiseen ja samalla tiedon sirpaloitumiseen (Lappalainen ja Kivinen 2017). Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijat voivat yksin tai yhdessä muodostaa yksiköidensä välisiä strategisia arverkkkoja ja johtaa niitä uudella tavalla siten, että informaation määrän kasvaessa kyetään luomaan myös uusia keinoja visualisoida alueellisia palveluverkostoja ja niiden toiminnassa syntyneitä tietovirtoja. Tarvetta korostaa vielä se, että toisin kuin yksittäisen palvelutuottajan henkilöstö yleensä, toimivat strategisiin arverkkkoihin osallistuvat yksiköt usein fyysisesti toisistaan erillään. Spatiaalisen eli maantieteellisen paikkatiedon hyödyntämisen voidaan tulevaisuudessa olettaa korostuvan strategisten arverkkkojen analytiikassa. Terveydenhuollossa tiedon visualisoinnin on todettu myös helpottavan palvelutuotannon arvon määrittystä sekä arvon kehittymiseen vaikuttavien tekijöiden tunnistamista. Erityisesti visualisoinnin hyötyjen katsotaan realisoituvan sellaisissa potilasryhmissä, joissa on suuri volyyymi, korkeat kustannukset tai palvelutarjoajien välillä voidaan tunnistaa merkittäviä eroavaisuuksia (Kawamoto ym. 2014).

Verkostojen keskeiseksi tietojohdamiseen muodoksi on katsottu informaatio-ohjaus. Vaikka informaatio-ohjaus ei sido ohjattavaa, voidaan sillä joko välittömästi tai välillisesti vaikuttaa eri toimijoiden toimintaan. Välillisesti informaatio-ohjaus voi vaikuttaa tukemalla normi- ja resurssiohjausta tai osoittamalla toimijoille kehittämiskohteita. (Stenvall & Syväjärvi 2006; Bekkers & Tummers 2017) Jotta tiedon analysointi, visualisointi sekä tulkinta voidaan toteuttaa luotettavasti ja yhdenmukaisella tavalla, on laajojen strategisten arverkkkojen tietotuotantoa kyettävä johtamaan ja huoltamaan systemaattisesti. Tällöin informaatio-ohjaus voidaan nähdä keskeiseksi välineeksi alueen toimijoiden toiminnan ohjaukseen ja kontrollointiin, mutta myös edistämään ja tukemaan toimijoiden omaehtoista kehittämistä siten, että käsitteellisistä epäselvyyksistä sekä monitulkintaisuudesta johtuvat käytännön implikaatiot minimoituvat. (Jalonen 2008, 2-4.). Mikäli informaatio-ohjauksen keinoilla saadaan muodostumaan yhtenäinen ja muihin ohjausmuotoihin nivoutuva kokonaisuus (Stenvall ja Syväjärvi 2006), luodaan edellytyksiä tasavertaiseen vuorovaikutukseen perustuvalla ja hierarkioita kaihittavalla strategisten arverkkkojen johtamiselle (Nyholm 2008, 42). Käytännössä tämä tarkoittaa tiedon yhteisöllistä tuottamista, avointa osallistumista, kokemusten jakamista sekä erilaisten toimijoiden uudenlaista verkostoitumista. Informaatio-ohjauksen vaikuttavuutta lisäävinä tekijöinä pidetään juuri ohjauksen monimuotoisuuden, yhteisen tulkinnan ja tiedon sosiaalisen rakentamisen tukirakenteita. Keskeinen kysymys tältä osin on, miten ajasta ja paikasta riippumatonta tieto- ja viestintäteknologiaa voidaan hyödyntää paitsi ohjausinformaation jakamisessa, mutta myös ennen kaikkea strategisen arverkon toimijoiden välisen vuorovaikutuksen tukemisessa. (Jalonen 2008, 11.).

### **Arverkon tuotannon arvo on hyötyjen ja kustannusten suhde**

Terveydenhuollon organisaatiot ympäri maailmaa investoivat tällä hetkellä voimakkaas-

ti terveydenhuollon palvelutuotannon arvo-pohjaiseen kehittämiseen (*Value Based Health Care* - VBHC), jolloin palvelutuotannon arvo määräytyy mitatun nettoterveyshyödyn ja niiden aikaansaamiseksi tarvittujen panostusten eli kustannusten suhteesta (Keel ym. 2017). Arvopohjaisen terveydenhuollon keskeisen kehittäjän Porterin (2010) perusajatus on, että terveydenhuollon palvelutuotannon arvo perustuu potilaalle syntyneisiin mitattavissa oleviin terveyshyötyihin (*outcomes*). Tällöin toiminnan arvioinnissa tulisi huomio siirtää tuotettujen suoremäärien tarkastelusta aikaansaatuun terveyshyötyjen ja tarvittujen panosten mittamiseen. Potilaille tuotetun arvon tulisikin olla terveydenhuoltojärjestelmän rahoitusmallissa palvelutuottajien keskeinen palkitsemisperuste. Kyvyttömyys priorisoida terveydenhuollon arvon tuotantoa edistäviä tekijöitä ja arvon mittamista on hidastanut innovatiivisuutta, johtanut vääristyneeseen kustannusten kehittymiseen, vahvistanut terveydenhuollon ”mikro-ohjausta” ja mahdollisesti lisännyt näin terveydenhuollon kokonaiskustannuksia. (Porter 2010.).

Puutteineenkin erityisesti terveydenhuollon resurssien kulutusta, prosessin toimivuutta ja tehokkuutta sekä toiminnan tuotoksia katsotaan jo nykyisin voitava kohtuudella mitata. Sitä vastoin toiminnan vaikuttavuutta eli terveyshyötyjä kuvaavia tietoja on toistaiseksi vähän saatavissa. (Kinnula 2017, s. 13) Toisaalta pelkkien terveydenhuollossa aikaansaatuun terveyshyötyjen ei voida katsoa olevan merkityksellisiä irrallisina, vaan huomio tulisi kohdistaa myös siihen, miten terveydenhyödyt kytkeytyvät niitä tuottavan strategisen arvon johtamiseen ja ennen kaikkea siihen, miten kokonaisuus kykenee tuottamaan verkostona sitä, mitä siltä odotetaan ja vielä kustannusvaikuttavalla tavalla. Vasta tämän toteutuessa voidaan alueellisissa toimintaympäristöissä alkaa puhua arvopohjaisen palvelutuotannon systemaattisesta johtamisesta. (Mulgan 2009.).

Boston Consulting Group on raportissaan esittänyt kahdeksan suositusta, joilla Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus saadaan tuottamaan maksimaalinen arvo: (1) arvopohjaisen palvelutuotannon ohjauksen (VBHC) -stra-

tegia tulisi määrittää kansallisella tasolla, (2) kansallisen tason vaikuttavuusstandardit tulisi sopia ja käynnistää niihin perustuva vaikuttavuuden mittaaminen, (3) sosiaali- ja terveydenhuollon IT-infrastruktuurille tulisi sopia yhdenmukainen kansallisen tason arkkitehtuuri, (4) tieto tulisi toimijoiden välillä saada läpinäkyväksi, (5) vertaisarviointia ja organisaatioiden oppimista tulisi tukea, (6) VBHC-hallintamallille tulisi luoda laillinen kehys, (7) kliinisen hoidon koordinoitua ja hallintaa ohjaavat mekanismit ja roolit tulisi määrittää ja (8) toiminto- sekä suoriteperusteisesta (*activity-based*) korvausjärjestelmästä tulisi siirtyä terveyshyötyjä arvottavaan (*outcome-based*) korvausjärjestelmään. (Kainu ym. 2016.). Näiden lisäksi tarve vauhdittaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuslaskennan uudistamista on merkittävä (Kinnula ym. 2017, 10-13).

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen onnistumisen katsotaan edellyttävän alueiden palvelutuotantoon liittyvän laskentatoimen kyvykkyyden kehittämistä ja taloushallinnon aseman vahvistamista. Alueellisessa johtamisessa tarvittaisiin nykyistä konkreettisempaa tilastoinformaatiota toiminnasta ja sen kustannuksista. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamalli hyötyisi, jos siihen voisi kehittää kannusteita omaksua laadultaan ja kustannuksiltaan parhaita toimintamalleja myös muilta maakunnilta ja kansainvälisiltä verrokeilta. Tällä hetkellä kansallisten tilastoviranomaisten tarjoamien tietojen käyttökelpoisuuden katsotaan olevan alueellisessa johtamisessa ja vertaisarvioinnissa vielä rajallista. (Kinnula ym. 2017, 10-13.).

Sosiaali- ja terveydenhuollon verkostojen integroiduissa palvelukokonaisuuksissa syntyvien kustannusten tunnistamisen katsotaan olevan haastavaa, koska palvelutuotanto on luonteeltaan hajanaista, erittäin monimutkaista sekä toteutustavoiltaan edelleen vaihtelevaa (Kaplan & Porter 2011). Tutkimuksia sosiaali- ja terveydenhuollon integroidun kokonaisjärjestelmän suorituskyvystä tai integroitujen palveluketjujen vaikutuksesta suorituskykyyn on vielä rajoitetusti (Mason 2014; Niemi ym. 2015). Teknologian kehittyminen tarjoaa jatku-

vasti uusia mahdollisuuksia luoda mekanismeja, jotka edistävät sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan jatkuvaa parantamista käyttämällä tehokkaasti hyödyksi alueellisen palvelutuotannon kattavia kustannus- ja laatutietoja (Snyder ym. 2005). Kansainvälinen asiantuntijapaneeli on arvioinut, että Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus tarvitsee onnistuakseen maakuntien strategisen ostokyvyyden kehittämistä. Paneelin näkemys oli, että tieto- ja osaamisvajeet rajoittavat maakuntien kykyä arvioida alueiden kompleksisia sopimusmenetelmiä ja toimintoja. Tilanteen korjaamiseksi sekä hallinnollisten kustannusten alentamiseksi ehdotettiin mittavia investointeja kustannuslaskentaan, alueelliseen suorituskyvyn mittaamiseen sekä terveyshyötyjä mittaaviin laatujärjestelmiin. (Couffinhal ym. 2016.). Olennaista on luoda edellytykset kustannusten ja hyötyjen arvioinnin kannalta olennaisten laatu- ja laatutietojen mahdollisimman laaja-alaiselle analysoinnille (Baesens ym. 2016).

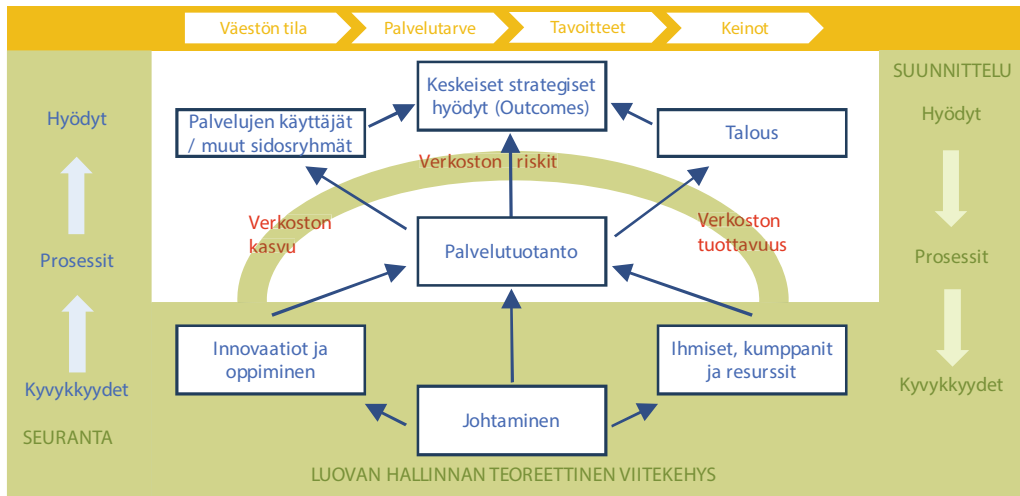
Terveydenhuollon johtajien on katsottu saavan toimintolaskennan (*Activity-Based Costing* – ABC) avulla täsmällisempää tietoa eri palvelupolkuun liittyvien toimintojen resurssien käytöstä sekä kokonaiskustannuksista (Jacobs ym. 2004). Erityisesti toimintolaskennan on todettu mahdollistavan toimintojen tehottomuuden havaitsemisen sekä prosessien parantamiseen tähtäävät toimenpiteet (Malmi ja Granlund 2009). Toisaalta ABC-menetelmässä on myös kyetty tunnistamaan joukko merkityksellisiäkin rajoitteita kuten muun muassa sen ylläpitoon liittyvä raskaus (Kulmala 2003, 51). Monet muutkin esteet ovat hidastaneet uusien kustannuslaskennan menetelmien hyödyntämistä terveydenhuollon organisaatioissa. Esimerkiksi ylimmän johdon osallistuminen kliinisen päätöksenteon seurantaan ja ohjaukseen on lääkäreiden taholla koettu perinteisesti vahvan autonomian rajoittamiseksi. Tällä on todettu olevan vaikutusta kliinisen henkilökunnan tapaan suhtautua kustannusten hallintaan sekä toimintatietojen seurantaan yleisemminkin (Jacobs ym. 2004).

Perinteisen toimintokustannuslaskennan rajoitteiden eliminoimiseksi on kehitetty aikaperusteisen toimintokustannuslaskennan menetelmä (*Time-Driven Activity-Based Costing*

– TDABC). Sen katsotaan soveltuvan erityisen hyvin terveydenhuoltoon, koska TDABC:n avulla henkilöintensiivisen terveydenhuollon palvelutuotannon todelliset kustannukset saadaan tarkemmin ja olosuhteet paremmin huomioivasti esille ja kohdistettua (Keel ym. 2017). Aikaperusteinen toimintokustannuslaskenta yksinkertaistaa kustannusprosessia poistamalla toimintolaskennan perinteisen tarpeen haastatella ja tutkia työntekijöiden ja muiden resurssien käyttöä ennen kustannusten allokoinnista toimintoille ja sieltä edelleen kustannusobjekteille kuten palveluille ja asiakkaille. Menetelmä kohdistaa resurssin kustannukset suoraan käytetyn aja perusteella kustannusobjekteille. Tämän mahdollistamiseksi tarvitaan selvittää resurssien käytettävissä oleva kapasiteetti sekä kyseisen kapasiteetin aikaan perustuva yksikkökustannus (esimerkiksi euroa/minuutti). Kumpaakaan näistä ei yleensä ole mahdotonta saada selville. (Kaplan & Anderson 2007, 18). Yksikkökustannusta käyttäen aikaperusteisessa toimintokustannuslaskennassa selvitetään, kuinka kauan kukin resurssi osallistuu potilaan hoitotoimenpiteisiin alueellisen palvelupolun eri vaiheissa. Lyhytkestoisissa ja edullisissa toiminnoissa voidaan käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten arvioita. Pitkien, monimutkaisten ja kalliiden toimintojen osalta on suositeltava lähestymistapa pyrkiä mittaamaan todellinen ajankäyttö. (Kaplan & Porter 2011.). Karoliinisen Instituutin tutkimus (El Alaoui & Lindefors 2016) osoitti, että aikaperusteisen toimintokustannuslaskennan avulla kyettiin saamaan parempi ymmärrys siitä, kuinka toiminnot ja resurssit kumuloituvat potilastason kustannuksina. Tämä puolestaan katsottiin helpottavan strategisen tason päätöksentekoa (emt.). Lisäksi aikaperusteisen toimintokustannuslaskennan on todettu edistävän strategisiin arvoverkkoihin osallistuvien organisaatioiden resurssien allokoinnin läpinäkyvyyttä (Campanale ym. 2014) sekä siten lisäävän koko strategisen arvoverkon tehokkuutta ja tuottavuutta (Kaplan & Witkowski, 2014).

TDABC-laskennan merkitys terveydenhuollon organisaatorajat ylittävien prosessien kehittämisessä on viime vuosina kasvanut, kos-

## Alueellisen arvoverkon johtamisjärjestelmän mallinnus



Moullin 2017 & Rozner 2013 & Varamäkiet al 2008 & Lappalainen & Kivinen 2018

ka strategisissa arvoverkkoissa aikaperusteinen toimintolaskenta edistää eri toimijoiden välistä kustannusten vakiointia (Cannavacciuolo ym. 2015). Lisäksi verkostotoimijoiden yhteisen kustannuslaskennan on todettu lisäävän verkoston toimijoiden keskinäistä luottamusta ja siten tehostavan yhteistoimintaa (Tomkins 2001). Strategisten arvoverkkojen tehokkaalle kustannusten hallinnalle voidaan nimetä kolme keskeistä vaatimusta: (1) verkostotoimijoiden tulisi tuntea omat kustannuksensa täsmällisesti, (2) kustannustietoa tulisi hyödyntää avoimesti asiakkaiden sekä muiden toimijoiden kanssa, ja (3) kustannustietoa tulisi oppimisen tehostamiseksi tarjota myös koko verkostolle. Näitä vaatimuksia voidaan pitää myös toisiaan seuraavina askelina, jotka verkostotoimijoiden olisi kustannuslaskennan alalla otettava matkalla kohti verkostomaista toimintatapaa. (Kulmala 2003.).

### Julkisen sektorin tuloskortti (pss) strategisten arvoverkkojen johtamisen tukena

Kansainvälisesti tunnettuja julkisen sektorin johtamisjärjestelmämalleja on esitelty useita, mutta jatkuvasti uudistuvan toimintaympäristön

myötä niihin on myös kohdistettu kritiikkiä ja kehitysehdotuksia. Useissa eri maissa hyödynnetyn Brysonin strategisen johtamisen kehyksen on nähty aikaansaavan muutoksia organisaatioissa silloin, kun johtamisjärjestelmää tarvitaan tai sen odotetaan käsittelevän sellaista tilannetta, jossa olemassa olevat resurssit, menettelyt, lait, rakenteet tai mekanismit ovat riittämättömiä. (Bryson 1981, 181.). Brysonin malli ei ole kuitenkaan löytänyt paikkaansa Suomen julkisen sektorin johtamisjärjestelmissä (Bryson 2011). Sen yhdeksi heikkoudeksi on katsottu liiallinen keskittyminen lyhyenajan hyötyjen hakemiseen (Wolf & Floyd 2013, 9). Lisäksi jatkuvasti lisääntyvän kilpailun toimintaympäristössä mallin tuki on arvioitu puutteelliseksi (Kriemadis & Theakou 2007).

Moullin (2009) on määrittänyt julkisen ja kolmannen sektorin toiminnan tuloksellisuustarkasteluun julkisen sektorin tuloskortin (PSS), joka tulisi nähdä aikaansaatuja hyötyjä, niitä tuottavien prosessien ja prosessien tarvitsemien kyvykkyyksien välisten suhteiden kuvaajaksi. Kannustimena mallin kehittämiseksi on ollut, että julkisen sektorin toimijoille on syntynyt tarve fokusoida asiakkaiden sekä muiden sidosryhmien palveluista saamaan hyötyyn (Moullin 2009). Kaplanin ja Nortonin (2001) tasapaino-

tetun tuloskortin (*Balanced Scorecard* – BSC) -neljästä näkökulmasta (talous, asiakas, organisaation sisäinen sekä innovaatiot ja kasvu) PSS:n seitsemän näkökulmaa (Kuva 1) eroavat monin eri tavoin. Julkiselle sektorille soveltuvampia malleja on kehitetty, koska BSC:n on katsottu soveltuvan rajoitetusti julkisen sektorin moniulotteisen tavoitteiston ohjaamiseen (Määttä 1999).

Erityisesti PSS-tuloskortin kärjessä olevan ”Keskeisten strategisten hyötyjen saavuttaminen -näkökulman” tehtävänä on varmistaa, että julkisen ja kolmannen sektorin organisaatioiden päätavoitteissa otetaan korostetusti huomioon myös yhteiskunnalliset ja sosiaaliset arvot. ”Talous-näkökulma” on BSC:lle ja PSS:lle yhteinen, vaikka tarkemmalla tasolla tarkastellen rahoitusmalleissa on merkittäviä eroja. BSC:n ”Asiakkuus” on PSS:ssa korvattu laajemmalla ”Palvelun käyttäjien ja sidosryhmien -näkökulmalla”. PSS:n ”Palvelujen toimitus -näkökulmalla” on monia yhtäläisyyksiä BSC:n ”organisaation sisäisen näkökulman” kanssa, kun taas BSC:n ”Innovaatiot ja kasvu” on PSS:ssa korvattu ”Innovaatiot ja oppiminen -näkökulmalla”. Tätä Moullin perustelee sillä, että julkisen palvelutuotannon intressi ei aina esimerkiksi erikoissairaanhoidon osalta ole pyrkiä suoraviivaisesti palvelutuotannon kasvattamiseen. PSS:n ”Resurssi-näkökulma” nähdään julkisen sektorin onnistumisen kannalta tärkeänä lisäyksenä, koska usein heikko suorituskyky ei johdu itse ydinprosessista vaan esimerkiksi heikosta kommunikaatiosta, puutteellisesta koulutuksesta, henkilöstön alhaisesta motivaatiosta, alimitoitetuista resursseista tai ”Johtajuusnäkökulman” riittämättömästä kyvykkyydestä. (Moullin 2009.).

Isossa-Britanniassa toteutetussa tapaustutkimuksessa havaittiin, että organisaation suorituskykyä voidaan parhaiten edistää kulttuurissa, jossa toiminnan jatkuva kehittäminen perustuu toiminnassa syntyvien innovaatioiden ja oppisen systemaattiseen ja tehokkaaseen hyödyntämiseen eikä ylhäältä annettuihin ohjeisiin. Mainitussa tutkimuksessa PSS toimi kehyksenä integroidulle tulosohejuukselle. Siihen kuului strategian arviointi, palvelujen mittaus ja analysointi sekä niiden pohjalta tapahtuvan jatkuva

parantaminen. Keskittymällä erityisesti yhdessä saavutettujen lopputulosten tarkasteluun, PSS:n huomattiin edistävän eri sidosryhmien ja verkoston eri organisaatioiden välistä kumppanuutta auttamalla erilaisissa rooleissa toimivia ihmisiä ymmärtämään hankkeen saavutukset sekä osaluheet, jotka tarvitsevat lisäpanostuksia tulevaisuudessa. (Moullin 2017.). Kahdessa erillisessä tapaustutkimuksessa, joista toinen toteutettiin valtionhallinnossa ja toinen suurkaupungissa, havainnollistettiin sitä, miten PSS toimii yli organisaatorajojen ulottuvassa ohjauksessa. Tulosten mukaan PSS toimii erityisen hyvin erillisten johtamisjärjestelmien rinnalla, tukien yksiköiden välisen verkostomaisen yhteistyön ja koordinoinnin toteuttamista siten, että kansalaisille tarjottavat integroidut palvelut voidaan toteuttaa kustannustehokkaasti ja laadukkaasti. (Cordella & Bonina 2012.). Moullin (2017, 444-445) kannustaakin näkemään PSS-tuloskortin joustavana kehyksenä, jonka näkökulmien nimeämistä voidaan ja tulisi muuttaa organisaatioiden tai verkostojen tarpeiden mukaan. Tätä tukee myös Porterin kuvaama malli hyödynmittaamisen hierarkiasta (Porter 2010).

Kanadan Quebecissä toteutetussa päihdeongelmaisten palveluverkoston kehittämishankkeessa investoitiin erityisesti henkilöstön koulutukseen, kliinisten arviointiratkaisujen kehittämiseen sekä päivystyksen yhteistiimien toiminnan kehittämiseen. Hankkeen tuloksia arvioitaessa palveluverkoston integraation toimivuudessa oli yhä havaittavissa puutteita. Edelleen kehittämisen keskeisiksi kohteiksi tunnistettiin tarve yhdenmukaistaa eri toimijoiden erilaisia suunnittelukäytäntöjä sekä parantaa hajallaan toimivien perusterveydenhuollon yksiköiden yhteistoimintaa. Integroitujen palveluprosessien kehittämisen lisäksi katsottiin tarvittavan myös hallinnollisten prosessien systemistä eli eri prosessin vaiheita koskevaa yhtäaikaista ja koordinoitua kehittämistä. (Fleury ym. 2016.). Suorituskyypohjaisen budjetoinnin (*Performance-Based Budgeting*) katsotaan auttavan mittareidensa avulla tunnistamaan palvelutuotantoon liittyvän kapasiteetin monimutkaiset ominaispiirteet ja tarjoavan mekanismin tasapainottaa innovaatioiden ja tehokkuutta tu-

kevien toimintamallien edellyttämiä resursseja (Gieske ym. 2016, s. 10). Menetelmällisesti suorituskykypohjaisen budjetoinnin voidaan katsoa sopivan hyvin julkisen sektorin tulokortin kokonaiskonseptiin, koska sen avulla PSS voidaan kytkeä osaksi suunnittelun ja seurannan järjestelmää. Tämä edellyttää koko strategista arverkkoa koskevaa budjontireformia, jossa yksiköiden perinteinen kustannuslajipohjainen (palkat, vuokrat, sähköt, yms.) budjontointi muutetaan koko arverkkoa koskeväksi suorituskyvyn suunnitteluksi (Mischen & Sinclair 2017). Tällöin yhdessä sopien toimintoille asetetaan sekä määrälliset tavoitteet että niiden avulla tavoiteltavat kokonaishyödyt (outcomes), joiden tuottamiseksi tarvittavista palveluprosesseista sekä niiden käyttämistä resursseista muodostuvat kustannusbudjetit.

Koska julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin muodostamien hybridien yhteistyö näyttäisi lisääntyvän sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisessa palvelutuotannossa, tulisi PSS-tulokorttia täydentää tukemaa sen eri toimijoiden erilaisista lähtökohdista tulevia moninaisia tietotarpeita. Katsommekin, että alueellisen arverkon informaatio-ohjauksen ja laajemmin tietojohdamisen järjestelmänä PSS-malli voisi tarjota paremmin tukea, jos sitä täydennetään Roznerin (2013) väestön tilasta johdetulla tavoite- ja keinomenetelmällä, Varamäen ym. (2008) määrittämällä verkoston tuottavuus-, riski- ja kasvutarkasteluilla sekä luovan hallinnan teoreettisen viitekehyksen (Lappalainen 2015; Lappalainen 2016) määrittämällä alueellisen arverkon johtamisen osa-alueilla. Näin täydennetyllä julkisen sektorin tulokortilla (enhanced Public Sector Scorecard – ePSS) konkretisoidaan erityisesti verkostojohtamisen liittyviä elementtejä ja luodaan edellytyksiä parantaa arverkon suhteellista etua kiristyvillä markkinoilla.

Roznerin johtaman yhdysvaltalaisen terveydenhuollon talouden ja hallinnan kehittämissuunnitelmassa laadittiin menetelmä ja ohjeisto terveydenhuollon johtamisen liittyvien tunnuslukujen määrittämiseksi. Menetelmän lähtökohdaksi on, että määrittely työ lähtee liikkeelle alueen väestön terveydentilasta ja siitä johdetusta pal-

velutarpeen määrittämisestä. Palvelutarvetta verrataan käytettävissä oleviin voimavaroihin, jolloin voidaan asettaa konkreettiset tavoitteet, määrittää tarvittavat kehittämiskohteet sekä valita soveltuva keinovalikoima tavoitteiden saavuttamiseksi. Näiden avulla määritetään yksityiskohtaiset mittarit, jotka mahdollistavat tavoitteiden tehokkaan ja konkreettisen ohjaamisen, tarkentamisen sekä valittujen keinojen vaikuttavuuden arvioinnin ja kehittämisen. (Rozner 2013.). Roznerin malli antaa menetelmällistä tukea PSS-tulokortin mittaristojen määrittämiselle sekä edelleen kehittämiseksi strategisen arverkon alueellisessa toimintaympäristössä.

Strategisen arverkon systeemisyyden johtaa Varamäen ym. (2008) mukaan yhdistettyihin resursseihin ja riskinjakoon. Tämän nähdään tarjoavan strategiselle arverkolle yksittäistä organisaatiota paremmat lähtökohdat kehittää ja aikaansaada menestyksellisiä innovaatioita. Yhteisten resurssien avulla arverkon sisällä syntyy materiaali-, palvelu- sekä informaatiovirtoja, jotka luovat perustan strategiselle arverkolle. Yhteisten arvojen ja kulttuurin tukemana näiden virtojen tehokas ja läpinäkyvä hallinta mahdollistaa strategisen arverkon kehittymisen kilpailijoitaan tuottavammaksi mahdollistaen näin koko arverkon ja siihen osallistuvien toimijoiden kannattava kasvun sekä yhteisen riskien hallinnan. Strategiseen arverkkoon liittyvän integraation tuottavuutta, kasvua sekä riskejä voidaan mitata yksityiskokotaisemmin sekä toiminnallisesta että organisatorisesta näkökulmasta. Strategisen arverkon toiminnallisen integraation kuusi ulottuvuutta ovat: yhteinen tuotekehitys, yhteinen brändi, yhteiset tuotteet sekä palvelut, yhteinen strategiasuunnittelu, yhteinen voitonjako ja yhteinen riskinotto. Organisatorisen integraation kuusi ulottuvuutta ovat: yhteiset rakenteet, yhteiset järjestelmät, yhteinen päätöksenteko, luottamusryhmään, yhteiset tavoitteet sekä vuorovaikutusryhmässä. (Varamäki ym. 2008.).

PSS:n kyvykkyys elementin osioiden (johtajuus, innovaatiot ja oppiminen sekä resurssit) konkretisoimiseen tarjoaa tukea Lappalaisen (2015, 2016) esittelemä sosiaali- ja terveydenhuollon strategisten arverkkokojen luovan

hallinnan teoreettinen viitekehys (The theory of Creative Governance). Luovan hallinnan lähtökohtana on, että strategisen arvon johtaminen perustuu verkostotoimijoita puhuttelevaan yhteiseen visioon ja siitä johdettuihin tavoitteisiin. Arvoverkkotoimijoiden johtaminen nähdään systeemiseksi koordinoinniksi, jossa korostuu kyky eri osapuolten moniulotteisten tavoitteiden yhteensovittamiseen. Innovaatioiden edistäminen luo edellytykset jatkuvaan uudistamiseen. Luovan hallinnan tuki ePSS:n kyvykkyys elementissä (johtaminen, resurssit ja innovaatiot) konkretisoituu arvoverkkojen johtamisen liittyvänä 15 osa-alueena, joiden on erilaisissa tutkimuksissa havaittu edistävän verkostomaisesti toimivien organisaatioiden yhteistoiminnan menestystä ja kykyä ylläpitää jatkuvaa uudistumista. Johtamisen näkökulmasta osa-alueet on jaettu strategisen johtamisen, palvelujen johtamisen sekä innovaatiojohtamisen osioihin, joista kullekin on tunnustettu viisi luovan hallinnan osa-alueita. Strategisen johtamisen osiossa osa-alueina ovat verkostomaisesti integroituvan toimintaympäristön systeemisen koordinaation kautta aikaan saatu yhteinen visio, proaktiivista uudistamismista korostava toimijoiden resilienssi, keskinäiseen työnjakoon ja erikoistumiseen perustuva näkemys huippuosaamisesta, dynaamisen organisoitumisen liittyvä avoimuus ja joustavuus sekä strategisen roolin omaava talouden suunnittelu ja seuranta. Palvelujen johtamisen osiossa korostetaan systeemiseen koodinaatioon perustuvaa yhdessä sopimista, alueen olosuhteet huomioivaa kilpailua, työpaikkarakenteiden joustavuutta alueella, asiakas-, kilpailija- sekä toimintatietoon perustuvaa jatkuvaa kehittämistä sekä reaaliaikaista, ennustavaa ja vertailun mahdollistavaa tietotuotantoa. Innovaatiojohtamisen osiossa painotetaan suuruuden ekonomian tuomaa prosessikyvykkyyttä ja pienten yksiköiden mahdollistamaa luovuutta, johtamisen merkitystä innovatiivisuuden ja luottamuksen rakentamisessa, rakenteita ravistelevien systeemisten innovaatioiden edistämistä, tutkimus- ja kehittämistoiminnan strategista asemaa sekä investointeja informaatioteknologiaan. (Lappalainen 2015, Lappalainen 2016.).

## Pohdintaa

Siinä kun perinteinen julkisen sektorin innovaatioiden ja muutosten johtamista käsittelevä kirjallisuus painottaa johtajuuden merkitystä (Hartley 2005, Osborne & Brown 2011, Kuipers ym. 2013), nähdään strategisten arvoverkkojen johtamisessa korotuvan organisaatioarajat ylittävän yhteisen strategian toteutumisen monipuolinen monitorointi ja evaluointi. Operatiivisella tasolla johdolla on tässä tukenaan erilaisia tietoa koostavia ohjausnäkyymiä (*dashboardeja*), kun taas strategisella tasolla johtamisen tueksi on kehitetty tunnuslukuja koostavia tulokortti (*scorecard*)-malleja. Useita strategisen johtamisen koostavia malleja on ollut tarjolla (Bryson 2011, Neelyn ym. 2001, Kaplanin & Norton 2001), mutta monikaan niistä ei ole kuitenkaan löytänyt pysyvää paikkaansa Suomen julkisen sektorin johtamisjärjestelmissä. Tutkimuksissa niiden heikkoudeksi on esimerkiksi katsottu liiallinen keskittyminen lyhyenajan hyötyjen hakemiseen (Wolf & Floyd 2013, 9), tai ne ovat muutoin olleet vahvan kritiikin kohteena (Moullin 2017, Awadallah & Allam 2015, Kriemadis & Theakou 2007, Nørreklit 2000).

Julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannon eri osa-alueet ovat perinteisesti toimineet siilomaisesti toisistaan erillään. Toimijoiden välisen yhteistyökehittämistä ovat jarruttaneet muun muassa lainsäädännölliset, kulttuurilliset sekä teknologiset esteet. Asiakaiden etua korostavien palvelujen integraatiovaatimusten lisääntyminen asettaa toimijoille muutostarpeita, joihin vastaaminen vaatii osapuolilta aikaisempaa tiiviimpää yhteistyötä. Alueellista yhteistyötä edistävään strategiseen arvoverkkoon siirtyminen vaatii kaikilta toimijoilta kykyä uudistaa itse palvelujen tuottamista sekä niiden johtamista. Keskeistä näyttäisi olevan uuden alueellisen työjakokonvention aikaansaaminen palvelujen tuottamiseksi. Sen katsotaan mahdollistavan riskien hajauttamisen, päällekkäisyyksien eliminoinnin ja siten käytettävissä olevien voimavarojen käytön tehostamisen. Panostaminen informaatioteknologian avulla kehitettyyn mittaus- ja ohjausjärjestelmään kehittää avo-

imuutta ja palvelusysteemien läpinäkyvyyttä eli tekee systeemistä systeemin. Tämän on todettu lisäävän sekä luottamusta että tuottavuutta. Kilpailukyyn parantuminen tarjoaa strategiseen arvoverkkoon kuuluville toimijoille mahdollisuuden edistää kannattavuuttaan ja hakea soveltuvaan kasvuun.

Useamman organisaation muodostamassa strategisessa arvoverkossa tapahtuva ketterä kehittäminen näyttäisi korostavan tarvetta yhteiselle visiolle, johon strategiseen arvoverkkoon osallistuvat toimijat voivat kiinnittyä ja saada kaikki puhuttelevan ylätasoinen strategisen tavoitteiston. Yhteiset mittarit tarjoavat mahdollisuuden yhdenmukaistaa eri palvelutuottajien palvelu- sekä tietotuotantoa. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaa koskeva integraatiokehitys näyttäisi edellyttävän toimijoiden johdolta sitoutumista useampiutuotiseen toiminnan ja talouden yhteiseen suunnitteluun sekä samalla rohkeutta kokeilla teknologisia ja organisatorisia innovaatioita (Niemi ym. 2017). Verkostomainen sekä integroidumpi alueellinen palvelutuotanto asettaa johtamiselle erityisvaatimuksia, jotka edellyttävät kykyä jatkuvaan uudistumiseen, minkä vuoksi monet aiemmat strategisen johtamisen mallit eivät ole soveltuneet sellaisenaan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johtamisen tueksi.

Mulgan (2009) määrittelee julkisen sektorin strategian systemaattiseksi julkisen sektorin resurssien ja vallan käytöksi, joka tähtää julkisten tavoitteiden toteuttamiseen. Näkemyksemme mukaan Moullinin (2017) julkisen sektorin tulokortti (PSS) –ajattelu tarjoaa hyvän pohjan tarkastella tavoitteista lähtevää resurssien ja vallan käyttöä systemaattisesti. Ajattelu korostaa tavoiteltuja hyötyjä ja niitä tuottavia prosesseja sekä prosessien tarvitsemia kyvykkyyksiä. Hyötyjen kattava tarkastelu antaa eri sidosryhmien näkökulmasta hyvän perustan arvioida sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannon yhteiskunnallisia arvokysymyksiä. Ehdotamme PSS-tulokorttimallia täydennettäväksi artikkelissa esitetyillä verkostomaista toimintaa tukevilla menetelmällisillä lisäyksillä, koska sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannossa korostuu strategisten arvoverkkojen

tuottamien integroitujen palvelujen edut sekä asiakkaille että palvelujen tuottajille.

Roznerin (2013) avulla täydennetty ePSS-malli korostaa, että erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa yhteisten tavoitteiden ja valittujen keinojen määrittämisen tulisi perustua ymmärrykseen alueen väestön tilasta ja tarpeista. Varamäen ym. (2008) avulla ePSS-mallissa kehitetään strategisen arvoverkon toiminnallisen ja organisatorisen integraation mahdollistaman tuottavuuden, kasvun ja riskienhallinnan hallintaa. Lappalaisen (2015; 2016) esittelemän luovan hallinnan teoreettisen viitekehyksen avulla tarjotaan ePSS-mallin kyvykkyyksien johtamisen tueksi arvoverkkojen strategista johtamista, palvelujen johtamista sekä innovaatiojohtamista tukevia osa-alueita, joiden on erilaisissa tutkimuksissa todettu edistävän arvoverkkojen kykyä menestyä ja ylläpitää jatkuvaa kehittämistä. Näkemyksemme mukaan näillä täydennyksillä ePSS-malli konkretisoi erityisesti verkostojohtamisen liittyviä elementtejä ja luo edellytyksiä parantaa arvoverkon suhteellista etua kiristyvillä markkinoilla. Näin aikaansaadun mittariston toteumaseuranta antaa kattavan kuvan johtamisjärjestelmään eri osa-alueiden toimivuudesta sekä tarjoaa mahdollisuuden tunnistaa kehityskohteiden prioriteetit.

Asiakaskeskeinen, organisaatorajat ylittävä, palvelutuotannon malli tarvitsee kattavan moderniin informaatioteknologiaan perustuvan tietovarannon, jota hyödyntämällä strategiseen arvoverkkoon kuuluvien toimijoiden välillä voidaan määrittää laadultaan, kustannuksiltaan että terveyshyödyiltä tavoitteisiin nähden optimaalinen tuotantotapa. Tällöin joudutaan vertaamaan myös palvelutuottajien välisiä eroja kyvyssä tuottaa hyötyjä tehokkaasti. Siksi arvopohjaisen palvelutuotannon ohjauksen perusta on tietämyksessä tuotannon oikeista kustannuksista ja niiden avulla aikaansaaduista hyödyistä. Tarjontaa suuremman kysynnän tilanteessa sosiaali- ja terveydenhuollon alueelliseen palvelutuotannon keskeinen tavoitteena on, käytävissä olevien resurssien puitteissa, maksimoida yhteiseen tavoiteasetantaan perustuvat hyödyt ja minimoida palvelujen tuottamisesta aiheutuvat kustannukset.

Jotta strategiaan arvoverkkoihin perustavan palvelutuotannon vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden mittaaminen olisi mielekästä, tulisi toimijoiden ensin yhdenmukaistaa oman palvelutuotantonsa ydintoiminnot ja niiden keskeiset käytännöt. Tämän jälkeen mahdollistuu toimijoiden välisten keskinäisten käytäntöjen yhteensovittaminen. Organisaatioiden välisen systeemisen kehittämisen edellytysten voidaan olettaa parantuvan, mikäli toimijoiden omat ydintoiminnot saadaan ensin vakioitua ja kehitettyä riittävälle tasolle. Samalla verkostotoimijoiden olisi tärkeää pyrkiä selvittämään, kuinka strategisten arvoverkkojen kumppanuuksilla voidaan aikaansaada omaan erikoistumiseen, omien vahvuuksien tunnistamiseen sekä jatkuvan kehittämiseen liittyvien hyötyjen siirtymisen optimaalisesti osaksi omaa palvelutuotantoa ja sen johtamista. Arvoverkkojen riskejä katsotaan voitavan parhaiten eliminoida avoimella ja luottamusilmapiiriä lisääväällä tietojohtamisella, joka näyttäisi olevan sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen palvelutuotannon tuloksellisen johtamisen kriittinen menestystekijä.

Ehdotettua ePSS-mallia ei ole vielä käytännössä systemaattisesti validoitu ja siksi esitetyn hypoteettisen konseptin mahdollinen soveltaminen alueelliseen tietovarantoon pohjautuen edellyttää mittarisoihin liittyvää yksityiskohtaisempaa tietomäärittystä. Yleisesti ottaen eri alueilla toteutetut strategisten arvoverkkojen johtamiseen liittyvät käytännön toimenpiteet ovat vielä varsin vaatimattomia. Nykyisessä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä ePSS-mallin hyödyntämiselle voidaan tunnistaa erilaisia rajoitteita, kuten: sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön ohjaama toiminnallinen, taloudellinen ja kulttuurillinen hajanaisuus, alueellisten tietojärjestelmien rajoitteet, osaamisen määrälliset ja laadulliset puutteellisuudet sekä keskitetyn tuen ja ohjauksen organisoitumattomuus. Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon strategisten arvoverkkojen johtamiskulttuuria on jo nyt mahdollista kehittää, syntyy kehittämiselle tosiasialliset edellytykset vasta, kun toimijoiden palveluja kuvaava tietotuotanto saadaan alueella yhdenmukaistettua. Lainsäädäntöuudistuksen vuoksi

kehittämiseen liittyvät yhteiskunnalliset panostukset ovat tällä hetkellä merkittävät ja tämän perusteella voidaan olettaa, että hyvin pian lähitulevaisuudessa meillä on olemassa tekninen kyvykkyys johtaa strategisia arvoverkkoja. Lainsäädäntöuudistusten viivästyminen tai alueiden poliittisen konsensuksen puuttuminen voivat hidastaa strategisten arvoverkkojen syntymistä ja kehittymistä. Nykyisen kaltaiset rahoitusmallit ylläpitävät alueilla päällekkäisiä toimintoja, joihin meillä ei huoltosuhteen heikentyessä ole tulevaisuudessa varaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon strategisessa arvoverkossa syntyvien palvelujen arvopohjainen suunnittelu ja ohjaaminen näyttäisi tarvitsevan tuekseen alueen toimijoiden yhdessä hyväksymiä, selkeitä ja läpinäkyviä mittareita, jotka lisäävät toimijoiden välistä luottamusta ja uskoa siihen, että arvoverkon toimintaan liittyvä päätöksenteko toteutuu oikeudenmukaisesti ja kaikkien toimijoiden ymmärtämin perustein. Yhteinen arvopohjaisen palvelutuotannon mittaristo tarjoaa perustan strategisen arvoverkon kattavalle johtamisjärjestelmälle. Tästä huolimatta verkostomaista toimintamallia ei tulisi pitää itseisarvona, vaan mahdollisuutena alueellisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tehokkaampaan järjestämiseen.

Hyötyjen ja panostusten suhteesta määräytyvän arvon voidaan katsoa olevan arvoverkon sisäistä läpinäkyvyyttä edistävässä diskurssissa syntyneen yhteisen kielen, ja hyvien käytäntöjen levittämisen synteesi, jolle ePSS:n kaltaiset johtamisen mallit antavat yhteisen käsiteperustan.

## Lähteet

- Adams, Chris & Neely, Andy (2000). The performance prism to boost M&A success, *Measuring Business Excellence*, Vol 4, No 3, s. 19-23. doi:<https://doi.org/10.1108/13683040010377818>.
- Andriessen, Daniel (2008). Combining design-based research and action research to test management solutions. Teoksessa *Towards quality improvement of Action research: developing ethics and standards.*, Boog B, Slagter M, Zeelen J, Preece J (eds). Sense Publishers: Rotterdam. s.125-134.
- Awadalla, Emad A & Allam, Amir (2015). A Critique of the Balanced Scorecard as a Performance Measurement Tool. *International Journal of*

- Business and Social Science*, Vol 6, No 7, s. 91-99.
- Baensens, Bart, Bapna, Ravi, Marsden, James R., Vanthienen, Jan & Zhao, Leon J (2016). Transformation issues of big data and analytics in networked business. *MIS Quarterly*, Vol 40, No 4, s. 807-818.
- Bekkers, Victor J.J.M. & Tummers, Lars G. (2017). Perspectives on public sector reform: An innovation perspective. In: Van de Walle, S. & Groenvelde, S.M. (Eds.). *Theory and Practice of Public Sector Reform*, s. 61-78. London: Routledge.
- Bharadwaj, Sundar & Menon, Anil (2003). Making Innovation Happen in Organizations: Individual Creativity Mechanisms, Organizational Creativity Mechanisms or Both? *Journal of Product Innovation Management*, Vol 17, No 6, s. 424-434.
- Brown, Ann L. (1992). Design experiments: Theoretical and methodological challenges in creating complex interventions in classroom settings. *The Journal of the Learning Sciences*, Vol 2, No 2, s. 141-178.
- Bryson, John M. (1981). A Perspective on Planning and Crises in the Public Sector. *Strategic Management Journal*, Vol 2, No 2, s. 181-196. doi:10.1002/smj.4250020207
- Bryson, John M. (2011). *Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations: A guide to strengthening and sustaining organizational achievement*. 4th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Camarinha-Matos, Luis, Afsarmanesh, Hamideh, Galeano, Nathalie & Molina, Arturo (2009). Collaborative networked organizations – Concepts and practice in manufacturing enterprises. *Computers & Industrial Engineering*, Vol 57, No 1, s. 46-60.
- Campanale, Cristina, Cinquini, Lino & Tenucci, Andrea (2014). Time-driven activity-based costing to improve transparency and decision making in healthcare: A case study. *Qualitative Research in Accounting & Management*, Vol 11, No 2, s. 165-186. doi:doi.org/10.1108/QRAM-04-2014-0036.
- Cannavacciuolo, Lorella, Illario, Maddalena, Ippolito, Adelaide & Ponsiglione, Cristina. (2015). An activity-based costing approach for detecting inefficiencies of healthcare processes. *Business Process Management Journal*, Vol 21, No 1, s. 55-79.
- Chen, Lu, Zheng, Wei, Yang, Baiyin & Bai, Shuaijiao (2016). Transformational leadership, social capital and organizational innovation. *Leadership & Organization Development Journal*, Vol 37, No 7, s. 843–859. doi:http://doi.org/10.1108/LODJ-07-2015-0157.
- Collins, Allan (1992). Towards a design science of education. Kirjassa E. Scanlon & T. O’Shea (Eds.), *New directions in educational technology* (s. 15-22). Berlin: Springer.
- Collins, Allan, Joseph, Diana & Bielaczyc, Katerine (2004). Design research: Theoretical and methodological issues. *The Journal of the Learning Sciences*, Vol 13, s. 15-42.
- Cordella, Antonia & Bonina, Carla M (2012). A public value perspective for ICT enabled public sector reforms : A theoretical reflection. *Government Information Quarterly*, Vol 29, No 4, s. 512-520.
- Cotton, Wayne, Lockyer, Lori & Brickell, Gwyn J (2009). A Journey Through a Design-Based Research Project. In G. Siemens & C. Fulford (Toim.), *Proceedings of World Conference on Educational Multimedia, Hypermedia and Telecommunications 2009* (s. 1364-1371). Chesapeake, USA: Association for the Advancement of Computing in Education.
- Couffinal, Agnes, Cylus, Jonathan, Elovainio, Riku, Figueras, Josep, Jeurissen, Patrick, McKee, Martin Smith, Peter, Thomson, Sarah & Winblad, Ulrika (2016). International expert panel pre-review of health and social care reform in Finland. Helsinki: *Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2016:66*. Haettu sivulta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3848-9>, 4.1.2018.
- Dominguez, Michael (2017). *Qualitative Design Research Methods*. Oxford Research Encyclopedia of Education: Research and Assessment Methods. Online Publication. DOI: 10.1093/acrefore/9780190264093.013.170.
- Dyer, Jeffrey H, & Nobeoka, Kentaro (2002). Creating and managing a high performance knowledge-sharing network: the Toyota case. *Strategic Management Journal*, Vol 21, No 3, s. 345-367.
- El Alaoui, Samir & Lindefors, Nils (2016). Combining Time-Driven Activity-Based Costing with Clinical Outcome in Cost-Effectiveness Analysis to Measure Value in Treatment of Depression. *PLoS ONE*, Vol 11, No 10, e0165389. doi:doi.org/10.1371/journal.pone.0165389.
- Fleury, Marie-Josée, Perreault, Michel, Grenier, Guy, Imboua, Armelle & Brochu, Serge (2016). Implementing Key Strategies for Successful Network Integration in the Quebec Substance-Use Disorders Programme. *International Journal of Integrated Care*, Vol 1, No 17, s.1–18. doi:http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2457.
- Ford, David, Gadde, Lars-Erik, Håkansson, Håkan, Snehota, Ivan (2003). *Managing Business Relationships*. (2. Painos) Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Gieske, Hanneke, van Buuren, Arvin, & Bekkers, Victor (2016). Conceptualizing Public Innovative Capacity: A Framework for Assessment. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, Vol 21, No 1, s. 1-27.
- Hamdan, Abdul-Latif (2017). *Strategic Thinking in a Hospital setting*. Beirut: SpringerBriefs in Public Health.

- Hartley, Jean (2005). Innovation in Governance and Public Services: Past and Present. *Public Money & Management*, Vol 25, No 1, s. 27-34.
- Hernesniemi, Hannu, Lammi, Markku & Ylä-Anttila, Pekka (1995). *Kansallinen kilpailukyky ja teollinen tulevaisuus*. Helsinki: ETLA & SITRA.
- Humphreys, Michael & Brown, Andrew (2002). Narratives in organizational identity and identification: A case study of hegemony and resistance. *Organizations Studies*, Vol 23, No 3, s. 421-447.
- Ikonen, Mirjami (2013). *Trust Development and Dynamics at Dyadic Level A Narrative Approach to Studying Processes of Interpersonal Trust in Leader-Follower Relationships*. Publications of the University of Eastern Finland, Dissertations in Social Sciences and Business Studies no. 53. Joensuu.
- Iveroth, Einar & Hallencreutz, Jacob (2016). *Effective organizational change. Leading through sensemaking*. London and New York: Routledge.
- Jacobs, Kerry, Marcon, Giuseppe & Witt, David (2004). Cost and performance information for doctors: an international comparison. *Management Accounting Research*, Vol 15, No 3, s. 337-354.
- Jalonen, Harri (2008). Informaatio-ohjaus tietojohdantamisen näkökulmasta. *Informaatiotutkimus*, Vol 27, No 2, s. 1-14.
- Jalonen, Harri (2010). Hyvinvointipalvelujen johtamisen kompleksisuusteoreettisessa tulkintakehyksessä. *Hallinnon Tutkimus*, Vol 29, No 2, s. 111-133.
- Jalonen, Harri (2011). Innovaatiotoiminnan näkymätön dynamiikka. Teoksessa Jalonen, Harri, Aarva, Kim Juntunen, Pekka, Laihonon Harri, Laitinen, Ilpo & Lönnqvist, Antti, *Arvoverkkoa kokemassa – Saaliina tuottavuutta ja innovaatioita* (s. 45–77). Helsinki: Suomen Kuntaliitto Acta nro 226.
- Jarillo, Jose Carlos (1993). *Setting Up and Managing in a Strategic Network*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Jaspers, Ferdinand (2009). *Organizing Systemic Innovation*. Academic Dissertation. Erasmus University Rotterdam: ERIM PhD Series in Research in Management, 160.
- Kainu, Tommi, Köhler, Arne & Larson, Stefan (2016). *The Missing piece in Finnish health care reform*. The Boston consulting group.
- Kaplan, Robert S. & Norton, David P. (2001). *The Strategy-Focused Organization*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Kaplan, Robert S., Serafeim, George & Tugendhat, Eduardo (2018). Inclusive Growth: Profitable Strategies for Tackling Poverty and Inequality. *Harvard Business Review*. (Jan-Feb 2018), s. 126-133.
- Kaplan, Robert S. & Anderson, Steven R. (2007). *Time Driven Activity-Based Costing - Simplier and more powerful path to higher profit*. Boston: Harvard Business School Press.
- Kaplan, Robert S. & Porter, Michael E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 89, 46–52, 4, 6–61 passim.
- Kaplan, Robert S. & Witkowski, Mary L. (2014). Better Accounting Transforms Health Care Delivery. *Accounting Horizons*, 28(2), s. 365–383.
- Kawamoto, Kensaku, Martin, Cary J., Williams, Kip, Tu, Ming-Chieh, Park, Charlton G., Hunter, Cheri, Staes, Catherine J., Bray, Bruce E., Deshmukh, Vikrant G., Holbrook, Reid A., Morris, Scott J., Fedderson, Matthew B., Sletta, Amy., Turnbull, James., Mulvihill, Sean J., Crabtree, Gordon L., Entwistle, David E., McKenna, Quinn L., Strong, Michael B., Pendleton, Robert C., Lee, Vivian S. (2014). Value Driven Outcomes (VDO): a pragmatic, modular, and extensible software framework for understanding and improving health care costs and outcomes. *Journal of the American Medical Informatics Association* 0, s. 1-9. doi:10.1136/amiajnl-2013-002511 1.
- Keel, George, Savage, Carl, Rafiq, Muhammad & Mazzocato, Pamela (2017). Time-driven activity-based costing in health care: A systematic review of the literature. *Health Policy*, Vol 121, s. 755–763.
- Kinnula, Petra, Malmi, Teemu & Vauramo, Erkki (2017). *Mitä tunnuslukuja sote-alueen sote-alueen johtamisessa tarvitaan? Osat/vuosik*. Tutkimusjulkaisusarjan julkaisu nro 102. Helsinki: KAKS – Kunnallissalan kehittämissäätiö. Pole-Kuntatieto Oy.
- Kriemadis, Thanos & Theakou, Elena (2007). Strategic Planning Models in Public and Non-Profit Sport Organizations. *Sport Management International Journal Choregia*, Vol 3, No 2, s. 27-37.
- Kuipers, Ben S., Higgs, Malcom, Kickert, Walter, Tummers, Lars, Grandia, Jolien & Van Der Voet, Joris (2013). The Management of change in public organizations: a literature review. *Public Admin*, Vol 92, No 1, s. 1-20. doi:10.1111/padm.12040.
- Kulmala, Harri I. (2003). *Cost management in firm network*. Tampere: Tampere University of Technology, Publications 418.
- Laihonon, Harri (2011). Tietovirrat palvelujärjestelmän tuottavuusajureina. Teoksessa Jalonen, Harri, Aarva, Kim Juntunen, Pekka, Laihonon Harri, Laitinen, Ilpo & Lönnqvist, Antti, *Arvoverkkoa kokemassa – Saaliina tuottavuutta ja innovaatioita*, (s. 78-98). Helsinki: Suomen Kuntaliitto Acta nro 226.
- Lappalainen, Kari (2015). Sosiaali- ja terveydenhuollon alueiden luova hallinta innovatiivisten arvoverkkojen systeemillä koordinaatiolla. *Finnish Journal of Health & eWelfare*, Vol 7, No 4, s. 221-236.
- Lappalainen, Kari (2016). Julkisen erikoissairaanhoidon valmius alueelliseen sosiaali- ja terveydenhuollon

- rakenneuudistukseen. *Finnish Journal of eHealth & eWelfare*, Vol 8, No 4, s. 177-199.
- Lappalainen, Kari (2018). Terveydenhuollon hallinnan muutosajureista. *Journal of Finnish eHealth & eWelfare*, Vol 10, No 1, s. 60-78.
- Lappalainen, Kari & Kivinen, Petri (2017). Tietämyksenhallinnan avulla ennustamisesta aktiiviseen ennakkointiin. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, Vol 9, No 1, s. 31-36. doi:doi.org/10.23996/fjhw.60864.
- Malmi, Teemu & Granlund, Markus (2009). In search of management accounting theory. *European Accounting Review*, Vol 18, No 3, s. 597-620.
- Mason, Anne, Goddard, Maria Karen, Weatherly, Helen Louise Ann (2014). *Financial mechanisms for integrating funds for health and social care: an evidence review*. Centre for Health Economics, The University of York, Research Paper 97.
- Matei, Anu & Bujac, Razvan (2016). Innovation and public reform. *Procedia Economics and Finance* 39, s. 761 – 768. doi:10.1016/S2212-5671(16)30278-7
- McKenney, Susan & Reeves, Thomas C. (2014). Educational design research. Teoksessa J. Michael Spector, M. David, Merrill, J. Elen & M. J. Bishop (toim.) *Handbook of research on educational communications and technology*. New York: Springer, 131–140.
- Mischen, Pamela A & Sinclair, Thomas A P. (2017). Small is Beautiful: Knowledge Management and Budget Reform in a Rural Count. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, Vol 22, No 1, Article 2 (1-17).
- Moullin, Max (2009). The Public sector scorecard. *Nursing Management*, Vol 16, No 5, s. 26-31.
- Moullin, Max (2017). Improving and evaluating performance with the Public Sector Scorecard. *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol 66, No 4, s. 442-458.
- Mulgan, Geoff (2009). *The art of public strategy: Mobilizing power and knowledge for the common good*. Oxford: Oxford University Press.
- Määttä, Seppo & Ojala, Timo (1999). *Tasapainoisen onnistumisen haaste: johtaminen julkisella sektorilla ja Balanced scorecard*. 2. painos. Helsinki: Edita.
- Möller, Kristian, Rajala, Arto & Svahn, Senja (2001). *Strategisten yritysverkkojen tyypit ja johtamisen haasteet. Laatu verkostotaloudessa -teknologia-ohjelman loppuraportti 14/2001*. Helsinki: Tekes.
- Möller, Kristian, Rajala, Arto ja Svahn, Senja (2004). *Tulevaisuutena liiketoimintaverkot. Johtaminen ja arvonluonti*. Helsinki: Teknologiateollisuuden julkaisuja 11/2004.
- Möller, Kristian, Rajala, Arto, & Svahn, Seija (2005). Strategic business nets - their type and management. *Journal of Business Research*, Vol 58, No 9, s. 1274-1284.
- Neely, Andy, Adams, Chris & Crowe, Paul (2001). The performance prism in practice, *Measuring Business Excellence*, 5(2), s. 6-13. doi.org/10.1108/136830401110385142
- Nichols-Casebolt, Ann, Figueira-McDonough, Josefina & Netting, Ellen F. (2000). Change strategies for integrating women's knowledge into social work curricula. *Journal of Social Work Education*, Vol 36, No 1, s. 65-78.
- Niemi, Anu, Ranta, Seppo, Kuosmanen, Pekka, Rajala, Juuso, Torkki, Paulus & Jämsén, Arja (2015). Toiminnan integraatio kuuluu sotien ytimeen. *Suomen lääkärilehti* 44, s. 2930-2931.
- Niemi, Petri, Rautiainen, Antti, Kannasoja, Sirpa, Haapakoski, Kaisa, Pellinen, Jukka & Mäntysaari, Mikko (2017). Hyvinvoinnin teoriat hyvinvoinnin edistämisessä ja poliittisessa päätöksenteossa. *Hallinnon tutkimus*, 36(3), s. 166-181.
- Nyholm, Inga (2008). *Keskijohto kuntamuutoksen näkijänä ja kokijana. Seutuyhteistyö muutosprosessina kuntien keskijohdon näkökulmasta*. Väitöskirjatutkimus. Helsinki: Suomen kuntaliitto: Tampereen yliopisto. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 705.
- Nørreklit, Hanne (2000). The balance on the balanced scorecard — a critical analysis of some of its assumptions. *Management Accounting Research*, 11, s. 65-88. doi:10.1006/mare.1999.0121
- OECD (2011). *Together for Better Public Services: Partnering with Citizens and Civil Society*. OECD Public Governance Reviews, OECD Publishing. doi:10.1787/9789264118843-en.
- Osborne, Stephen & Brown, Louise (2011). Innovation, public policy and public services delivery in the UK: the word that would be king. *Public Administration*, Vol 89, No 4, s. 1335-1350.
- Pekkarinen, Satu, Hennala, Lea, Harmaakorpi, Vesa & Tura, Tomi (2011). Clashes as potential for innovation in public service sector reform. *The International Journal of Public Sector Management*, Vol 24, No 6, s. 507-532. DOI:10.1108/09513551111163639.
- Pfeffer, Jeffrey & Salancik, Gerald (1978). *The External Control of Organisations: A Resource Dependence Perspective*. New York: Harper and Row.
- Plomp, Tjeerd (2007). An introduction. Teoksessa Tjeerd Plomp & Nienke Nieveen (toim.) *An Introduction to Educational Design Research*. SLO - Netherlands institute for curriculum development. Enschede, 3rd print March 2010, s. 10–51.
- Porter, Michael E. (2010). What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*, Vol 363, No 26, a. 2477-2481.
- Reeves, Thomas C., Herrington, Jan, & Oliver, Ron (2004). A development research agenda for online collaborative research. *Educational Technology*

- Research & Development*, 52(4), 53-65.
- Romme, A. Georges L (2003). Making a difference: organization as design. *Organization Science: A Journal of the Institute of Management Sciences*, Vol 14, s. 558-573.
- Rouvinen, Petri (2002). Kilpailukykyä etsimässä. *Kansantaloudellinen aikakauskirja*, Vol 98, No 1, s. 90-93.
- Rozner, Steve (2013). *Developing and Using Key Performance Indicators. A Toolkit for Health Sector Managers*. Office of Health Systems Bureau for Global Health, Abt Associates Inc., Bethesda, s. 1-56.
- Snyder, Kimberlee D, Paulson, Patrick & McGrath, Patrick (2005). Improving processes in a small health-care network. a value-mapping case study. *Business Process Management Journal*, Vol 15, No 3, s. 337-354.
- Steiber, Annika (2012). *Organizational Innovations: A conceptualization of how they are created, diffused, and sustained*. Gothenburg, Sweden: Chalmers University of Technology.
- Stenvall, Jari & Syväjärvi, Antti (2006). *Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä*. Helsinki: Valtiovarainministeriö.
- Tomkins, Cyril (2001). Interdependencies, trust and information in relationships, alliances and networks. *Accounting, Organizations and Society*, Vol 26, No 2, s.161-191.
- Valtioneuvosto. 2015. ”Aluejaon perusteet ja sote-uudistuksen askelmerkit.” Hallituksen linjaus 7.11.2015. Haettu 16.9.2018. <http://vnk.fi/documents/10616/1865308/Hallituksen+linjaus+aluejaon+perusteet%2C+sote-uudistuksen+askelmerkit+ja+aluejakomalli.pdf/0e5e4239-01b0-401b-b683-f82a9cb4ddb7>
- van Aken, Joan E. (2004). Management research bas on the paradigm of the design sciences: The quest for field-tested and grounded technological rules. *Journal of Management Studies*, Vol 41, s. 219-246.
- van den Akker, Jan (1999). Principles and Methods of Development Research. Teoksessa van der Akker, R. Branch, K. Gustafson, N. Nieveen & T. Plomp (Eds.), *Design approaches and tools in education and training* (s. 45-58). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- van den Akker, Jan 2007. Curriculum design research. Teoksessa T. Plomp & N. Nieveen (toim.) *An introduction to educational design research*. SLO. Netherlands Institute for Curriculum Development, s. 37–50.
- Varamäki, Elina, Järvenpää, Marko, Kohtamäki, Marko, Tuominen, Tommi, Vuorinen, Tero, Sorama, Kirsti, Laitinen, Erkki. K., Wingren, Tom, Helo, Petri & Vesalainen, Jukka (2006). Challenges of creating a network-level performance measurement system for sme networks. *Regional Frontiers of Entrepreneurship Research* / (ed) L. Murray Gillin, Melbourne: AGSE, Swinburne University of Technology, s. 510-530.
- Varamäki, Elina, Kohtamäki, Marko, Järvenpää, Marko, Sorama, Kirsti, Vuorinen, Tero, Laitinen, Erkki K, Wingren, Tom, Helo, Petri, Pihkala, Timo, Tenhunen, Jarkko, Tuominen, Tommi & Vesalainen, Jukka (2008). A framework for network-level performance measurement system in SME networks. *International Journal of Networking and Virtual Organisations*, Vol 5, No 3, s.415-435.
- Viinämäki, Olli-Pekka (2012). Why Leaders Fail in Introducing Values-Based Leadership? An Elaboration of Feasible Steps, Challenges, and Suggestions for Practitioners. *International Journal of Business and Management* (Canadian Center of Science and Education), Vol 7, No 9, s. 28-39.
- Vuori, Jari, Kylänen, Marika & Mikkonen, Santtu (2018). Working Citizens’ Cross-Sectoral Preferences in England and Finland. Teoksessa Savignon, Andrea B., Gnan, Luca, Hinna, Alessandro, Monteduro, Fabio (ed.). *Cross-Sectoral Relations in the Delivery of Public Services*. Emerald Publishing Limited, West Yorkshire. Studies in Public and Non-Profit Governance, 6(1):79–93.
- Weick, Karl, Sutcliffe, Katherin & Obstfeld, David (2005). Organizing and the process of sensemaking. *Organization Science*, Vol 16, No 4, s. 409-442.
- Wolf, Carola & Floyd, Steven (2013). Strategic Planning Research: Toward a Theory- Driven Agenda. *Journal of Management*, Vol 43, No 6, s. 1-35. DOI: 10.1177/0149206313478185