

Sirkku Kivisaari & Niilo Saranummi

Terveydenhuollon systeemiset innovaatiot vuorovaikutteisen kehittämisen kohteena

| Case Pro Viisikko

Terveydenhuollon systemiset innovaatiot vuorovaikutteisen kehittämisen kohteena Case Pro Viisikko

Sirku Kivisaari & Niilo Saranummi

VTT



ISBN 951-38-6765-X (URL: <http://www.vtt.fi/inf/pdf/>)
ISSN 1455-0865 (URL: <http://www.vtt.fi/inf/pdf/>)

Copyright © VTT 2006

JULKAISIJA – UTGIVARE – PUBLISHER

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

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

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

VTT, Kemistintie 3, PL 1000, 02044 VTT
puh. vaihde 020 722 111, faksi 020 722 7007

VTT, Kemistvägen 3, PB 1000, 02044 VTT
tel. växel 020 722 111, fax 020 722 7007

VTT Technical Research Centre of Finland, Kemistintie 3, P.O. Box 1000, FI-02044 VTT, Finland
phone internat. +358 20 722 111, fax +358 20 722 7007

VTT, Sinitaival 6, PL 1300, 33101 TAMPERE
puh. vaihde 020 722 111, faksi 020 722 3498

VTT, Sinitaival 6, PB 1300, 33101 TAMMERFORS
tel. växel 020 722 111, fax 020 722 3498

VTT Technical Research Centre of Finland, Sinitaival 6, P.O. Box 1300, FI-33101 TAMPERE, Finland
phone internat. +358 20 722 111, fax +358 20 722 3498

Kivisaari, Sirkku & Saranummi, Niilo. Terveysthuollon systeemiset innovaatiot vuorovaikutteisen kehittämisen kohteena. Case Pro Viisikko [Interactive development of systemic innovations in health care. Case Pro Viisikko]. Espoo 2006. VTT Tiedotteita – Research Notes 2324. 77 s. + liitt. 4 s.

Avainsanat systemic innovations, health care, PPP, private sector, public sector, collaboration, collaboration networks, network management

Tiivistelmä

Julkaisu kuvaa tapaustutkimukseen pohjautuen julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön haasteita ja mahdollisuuksia terveydenhuollon uudistamisessa. Se syventää ymmärrystä siitä, miten systeemisten innovaatioiden kehittämistä ja leviämistä voidaan edistää.

Tarkastelun kohteena on Pro Viisikko -niminen kehittämishankkeiden kokonaisuus, jossa viisi sairaanhoitopiiriä yhteistyökumppaneineen kehittää ja kokeilee vuorovaikutteisia toimintamalleja. Pro Viisikkoa rahoitetaan kansallisista kehittämisohjelmista. Tutkimusaineisto koostuu avainhenkilöiden haastatteluista sekä dokumenttimateriaalista.

Tutkimus osoitti, että ensimmäisen vuoden kokemus yhteistyöstä Pro Viisikon sisällä on lisännyt osapuolten ymmärrystä siitä, minkälaisia olosuhteita tuloksellinen julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö edellyttää ja mitä osaamista osapuolilla tulee olla. Kehittämishaasteina esille nousevat uudistamiseen tähtävien ohjelmien koordinaation parantaminen, yhteistyötä ohjaavien normien selkiyttäminen sekä hyvien ratkaisujen leviämisen edistäminen. Lisäksi on syytä pyrkiä aiempaa selkeämmin erottamaan toisistaan toisaalta uusien käytäntöjen ja teknologioiden käyttöönotto sekä toisaalta tutkimus- ja kehitystyö, koska niiden rahoittamisen tulisi tapahtua eri lähteistä.

Kivisaari, Sirkku & Saranummi, Niilo. Terveysthuollon systeemiset innovaatiot vuorovaikutteisen kehittämisen kohteena. Case Pro Viisikko [Interactive development of systemic innovations in health care. Case Pro Viisikko]. Espoo 2006. VTT Tiedotteita – Research Notes 2324. 77 p. + app. 4 p.

Keywords systemic innovations, health care, PPP, private sector, public sector, collaboration, collaboration networks, network management

Abstract

On the basis of a case study the report illustrates the challenges of collaboration between private and public actors in health care renewal. It increases insight in how systemic innovation and its diffusion can be enhanced.

The study focuses on five hospital districts' collaborative network in developing new interactive health services. The network is called Pro Viisikko and it is funded by public research and development programmes. The data covers interviews of key actors and document material.

The study indicated that the experiment has increased the understanding of the barriers to and carriers for public and private collaboration and the competence requirements for partners. The development challenges incorporate improving coordination between programmes aiming at health care renewal, clarification of norms governing collaboration, and promoting diffusion of systemic innovation. Additionally, clearer distinction should be made between implementation of new practices and technologies, on the one hand, and research and development, on the other because they need to be financed from different sources.

Esipuhe

Tämä julkaisu arvioi Tekesin Finnwell-ohjelmaan kuuluvan Pro Viisikko -hankkeen edistymistä. Hanke on palvellut myös Sitran Terveystieteiden ohjelman tavoitteiden toteuttamista.

Arviointiraportin laatineet VTT:n ammattilaiset Sirkku Kivisaari ja Niilo Saranummi ovat taitavasti valaisseet Pro Viisikko -hankkeen ominaisuuksia, heikkouksia ja vahvuuksia eri suunnista. Erityisen ansiokkaana on pidettävä sitä tapaa, jolla he ovat – hankkimansa haastatteluaineiston avulla – samalla peilanneet esille yhden projektin rutiiniarviota huomattavasti laajemman näköalan, jonka opetuksia kannattaisi soveltaa laajemmin moniin muihinkin nyt käynnissä oleviin vastaavanlaisiin hankkeisiin.

Näin tämä arviointiraportti pystyy antamaan pohjaa jatkokehitykselle. Se osoittaa, että tällaiselle kehitykselle on olemassa todellisia mahdollisuuksia, mutta merkittäviin tuloksiin pääseminen vaatii nyt nähtyyn verrattuna vielä paljon lisäponnisteluja. Ollaan ikään kuin kiipeämässä vuoren rinteeseen mutkittavaa tietä pitkin ylös sellaiselle kansainväliselle tasolle, josta olisi huikeat näköalat. Mutta tien toisella puolella vaanii ”turhuuden rotko”, johon voidaan suistua, mikäli voimat, innovaatiot tai kehittämisinto loppuvat matkalla. Tämän vaihtoehdon arvioijat ovat kuvanneet floppiksi, jolloin kehittäjät eivät edes itse ota käyttöön tai hyödynnä oman työnsä tuloksia – muista puhumattakaan. Tällaisia turhuuden rotkoon suistuneita floppeja on maassamme tehty kehityshankkeiden nimissä viime vuosina paljon.

Vahvuutena on pidettävä sitä, että hankkeen päärahoittaja Tekes, arvion laatinut VTT ja hankkeen kehittämiseen osallistunut Sitra ovat löytäneet toisensa ja yhteiset jatkonäköalat: seuraavat Pro Viisikkoakin terävämät hankkeet ovat jo työn alla, eli ponnistelu kohti vuoren huippua voi jatkua. Kaveria ei jätetä. Viisikon jäseniä kutsutaan veresten voimien kanssa mukaan jatkoponnisteluihin, jos he niin haluavat.

Toivottavasti tämä arvio on palanen suurta suomalaista tulevaisuuden menestystarinaa, joka voidaan saavuttaa vain kumppanuuden kautta. Sitra haluaa omasta puolestaan kiittää sekä arvion kirjoittajia että kaikkia muita myötävaikuttaneita tahoja sille avautuneesta kumppanuuden mahdollisuudesta.

Haluan toivottaa Pro Viisikko -ponnisteluihin osallistuneille henkilöille tämän julkaisun lukemisen jälkeen edelleen aitoa jatkokiipeämisen iloa.

Ilmo Parvinen
Toimialajohtaja
Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitra

Alkusanat

Käsillä oleva julkaisu valottaa niitä haasteita, jotka liittyvät julkisen sektorin pyrkimykseen edistää terveydenhuollon innovaatiokykyä. Kysymystä tarkastellaan tapaustutkimuksen kautta. Kohteena on Pro Viisikko -nimen saanut kehittämishankkeiden kokonaisuus, jota Tekes, Sitra ja sosiaali- ja terveysministeriö rahoittavat. Pro Viisikon puitteissa viisi sairaanhoitopiiriä yhteistyökumppaneineen kehittää ja pilotoi vuorovaikutteisia toimintamalleja sekä selvittää niiden vaikutusta palvelujen saatavuuteen.

Tämä Pro Viisikkoa koskeva selvitys on osa VTT:n laajempaa ns. Juureva-hanketta, jossa on tutkittu julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön mahdollisuuksia terveydenhuollon toiminta- ja palvelumallien uudistamisessa. Se syventää ymmärrystä siitä, miten systeemisten innovaatioiden kehittämistä ja käyttöönottoa voidaan edistää terveydenhuollossa. Hanke kuuluu kauppa- ja teollisuusministeriön ja Tekesin yhteiseen ProACT-tutkimusohjelmaan.

Haluamme kiittää hankkeen päärahoittajana toiminutta Tekesiä sekä rahoittamiseen osallistunutta VTT:tä siitä, että ne ovat mahdollistaneet Juureva-hankkeen ja sen osana Pro Viisikko -tapaustutkimuksen toteuttamisen. Samalle kiitämme Sitran asiantuntijoita erittäin toimivasta ja hedelmällisestä yhteistyöstä Pro Viisikko -tutkimuksen kaikissa vaiheissa.

Sirkku Kivisaari ja Niilo Saranummi

Sisällysluettelo

Tiivistelmä.....	3
Abstract.....	4
Esipuhe.....	5
Alkusanat.....	6
Käytetyt lyhenteet.....	9
1. Johdanto.....	11
1.1 Tutkimuksen tausta ja tavoite.....	11
1.2 Tutkimuksen toteuttaminen.....	12
1.3 Julkaisun rakenne.....	14
2. Teoreettiset lähtökohdat.....	15
2.1 Sosio-tekninen muutos monitasoisena prosessina.....	15
2.2 Nichen muodostamisen onnistumisen arvioiminen.....	18
2.3 Strategian merkitys muutosjohtamisessa.....	21
3. Pro Viisikko -yhteistyön käynnistäminen.....	24
4. Kehittämisprosessit alueilla.....	28
4.1 Kymenlaakson sairaanhoitopiiri.....	28
4.1.1 Kehittämisprosessin kuvaus.....	28
4.1.2 Avaintoimijoiden odotukset.....	35
4.2 Etelä-Savon sairaanhoitopiiri.....	35
4.2.1 Kehittämisprosessin kuvaus.....	35
4.2.2 Avaintoimijoiden odotukset.....	39
4.3 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.....	40
4.3.1 Kehittämisprosessin kuvaus.....	40
4.3.2 Avainhenkilöiden odotukset.....	44
4.4 Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.....	45
4.4.1 Kehittämisprosessin kuvaus.....	45
4.4.2 Avainhenkilöiden odotukset.....	47
4.5 Vaasan sairaanhoitopiiri.....	49
4.5.1 Kehittämisprosessin kuvaus.....	49
4.5.2 Avainhenkilöiden odotukset.....	52
4.6 Tapaustutkimusten yhteenveto.....	54

5. Yritysten ja valtakunnallisten toimijoiden näkökulma verkoston johtamiseen	57
5.1 Yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyö.....	57
5.2 Kokemukset yhteistyön koordinoinnista	61
5.3 Tavoitteiden toteutumisen arviointia.....	65
6. Yhteenveto ja johtopäätökset.....	68
6.1 Yhteistyö Pro Viisikon sisällä	68
6.2 Rahoittajanäkökulma.....	69
6.3 Pro Viisikko toimintamallin muutoksen edistäjänä.....	70
Lähdeluettelo	74
Tausta-aineistoa	76
Liitteet	
Liite A: Pro Viisikko suomalaisen terveydenhuollon uudistamisen kentässä	
Liite B: Haastatellut henkilöt	
Liite C: Teemahaastattelurungot	

Käytetyt lyhenteet

ASP	Application Service Provision, sovellusvuokraus
BSC	Balanced Score Card
ERVA	Erikoisvastuualue
EPshp	Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
ESshp	Etelä-Savon sairaanhoitopiiri
IP	Internet Protocol
IPR	Intellectual Property Rights, teollisoikeudet
IT	Informaatioteknologia
KNF	Kliininen neurofysiologia
KPshp	Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
Kshp	Kymenlaakson sairaanhoitopiiri
PD	Professional Development, täydennyskoulutus
RAI	Resident Assessment Instrument, asiakaspohjainen arviointi- ja seurantajärjestelmä
shp	Sairaanhoitopiiri
SHQS	Social and Health Quality Service -laatuohjelma
SIP	Session Initiation Protocol, IP-puhelinyhteyksien luonnista vastaava tietokoneprotokolla
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
TAYS	Tampereen yliopistollinen keskussairaala
TQM	Total Quality Management
Vshp	Vaasan sairaanhoitopiiri

1. Johdanto

1.1 Tutkimuksen tausta ja tavoite

Tämä julkaisu liittyy terveydenhuollon uudistamiseen, joka on ajankohtainen haaste niin Suomessa kuin muissakin länsimaissa. Terveyspalvelujen kysyntä on kasvamassa väestön ikääntymisestä johtuvien tarpeiden sekä lääketieteen ja teknologian tarjoamien uusien mahdollisuuksien myötä. Yhteiskunnallisesti tärkeäksi päämääräksi on asetettu palvelujen saatavuuden turvaaminen, niiden laadun parantaminen, palvelutuotannon tehostaminen ja asiakaskeskeisyyden parantaminen. Resursseja terveydenhuoltoon ei kuitenkaan olla merkittävästi lisäämässä. On siis uudistettava koko terveydenhuollon järjestelmää, eli on muutettava palveluiden, organisatoristen ratkaisujen ja teknologioiden yhteen kietoutunutta kokonaisuutta siten, että asetetut tavoitteet saavutetaan. Tarviin toimintatapojen ja teknologioiden vuorovaikutteista kehittämistä sekä koko järjestelmää koskevia innovaatioita.

Terveydenhuollon uudistamisessa julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyöllä on suuri merkitys. Sen sujuvuutta ei voida pitää itsestäänselvyytenä. Yksi yhteistyön onnistumisen perusedellytys on yhteisymmärrys siitä, minkälaisia eroja ja yhtäläisyyksiä julkisen ja yksityisen sektorin organisaatioiden välillä on. Julkisten organisaatioiden ensisijaiset tavoitteet hyvinvointisektorilla liittyvät tyypillisesti hoidon laatuun, saatavuuteen ja palvelutuotannon kustannustehokkuuteen. Yrityksen toiminnan perusmotivaatio on saada riittävä tuotto yritykseen sijoitetulle pääomalle. Perusedellytys tuloksen tekemiselle on se, että yritys tuottaa asiakkailleen näiden tarpeiden mukaisia palveluita tai tuotteita. Sekä julkiset organisaatiot että yritykset joutuvat toimimaan budjettien puitteissa, ja molemmat tavoittelevat suhteellista etua, jonka ne voivat saavuttaa oman asiantuntemuksensa alueella. Näistä lähtökohdista seuraa, että sen enempää julkiset kuin yksityisetkään organisaatiot eivät halua osallistua sellaisen ongelman ratkaisemiseen, jota ne eivät pidä omanaan. Mikäli jonkin osapuolen tavoitteiden ja toimintalogiikan oikeutus kielletään, se vääjäämättä hankaloittaa tämän osapuolen tavoitteiden saavuttamista ja vähentää sen kiinnostusta osallistumiseen. On siis tärkeä huolehtia siitä, että tavoitteen saavuttaminen palvelee kaikkien osallistuvien tahojen etuja ja että siihen osallistuvat oikeat tahot.

Yritysten ja julkisen sektorin yhteistyöhön ryhtyminen edellyttää uudenlaisen kumppanuussuhteen rakentamista. Osapuolten suhteet eivät tällöin määräydy hierarkian pohjalta, eivätkä niitä määrää markkinat niin kuin organisaatioiden sisäisessä tai yritysten välisessä yhteistyössä. Suhteet muotoutuvat neuvottelemalla, ja siksi osapuolilta vaaditaan erityistä kykyä dialogiin, neuvotteluun ja keskinäiseen vuorovaikutukseen. Kumppanuuden ydinhaasteeksi voidaan kiteyttää useita eri näkökulmia edustavien toimijoiden dialogin luominen ja ylläpitäminen.

Verkoston johtamista pidetään usein kehittyneimpänä tapana johtaa kompleksisia muutosprosesseja, ja siitä on tullut yhä suosituimpi hallinnointitapa. Verkoston rakentaminen edellyttää joskus myös uusien toimijoiden luomista esimerkiksi vakiintuneiden toimijoiden uudelleen ryhmittymisen kautta. Uusien toimijoiden on kyettävä luomaan toiminnalleen edellytykset ja rakentamaan luottamukselliset suhteet olemassa oleviin toimijoihin. Tämä edellyttää selkeää omaa roolia ja vankkaa osaamista. Olennaista on, että verkoston osapuolet havaitsevat ja hyväksyvät toistensa erilaiset ongelmanmäärittelyt, tarpeet ja intressit sekä arvostavat toistensa erilaista osaamista (Kivisaari ym. 1999, 2004a,b,c).

Tämä julkaisu on osa laajempaa VTT:n toteuttamaa ns. Juureva-hanketta, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, minkälaista kumppanuutta yritysten ja julkisen vallan välille tarvitaan ja minkälaisia uusia rooleja osapuolet voivat omaksua. Juureva toteutetaan kahden tapaustutkimuksen kautta. Tässä julkaisussa kuvataan näistä toista. Julkaisun kohteena oleva Pro Viisikko on Sitran ja LifeIT Oyj:n koordinoima viiden sairaanhoitopiirin yhteinen kehittämishanke, jota rahoitetaan pääosin Tekesin FinnWell-ohjelmasta mutta myös Sitran terveydenhuollon Teho-ohjelmasta (ks. liite A). Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö osallistuu rahoitukseen Keski-Pohjanmaan puhelinneuvontahankkeen osalta. Pro Viisikossa pilotoidaan uusia vuorovaikutteisia toimintamalleja. Pro Viisikolla pyritään lisäämään hoitoketjujen toimivuutta parantamalla tiedonvälitystä potilaan ja palvelujen tuottajien välillä.

Julkaisu pyrkii syventämään käsitystä siitä, miten uusien toimintatapojen kehittämistä ja käyttöönottoa voidaan edistää. Vallitsevan tilanteen kuvaaminen tarjoaa pohjaa sen arvioimiselle, miten julkisen terveydenhuollon innovaatiotoimintaa ja innovaatioiden leviämistä voidaan vauhdittaa.

1.2 Tutkimuksen toteuttaminen

VTT:n Juureva-hankkeen näkökulmasta Pro Viisikko näytti kiinnostavalta tutkimuskohteelta, koska siinä pilotoitiin – paitsi uudenlaisia terveydenhuollon toimintamalleja ja teknologioita – myös Tekesin ja Sitran uudenlaista rahoitusyhteistyötä. Molempien rahoittajien tutkimusohjelmat pyrkivät terveydenhuollon uudistamiseen. Tekesin terveydenhuollon ohjelman tavoitteena on ”parantaa terveydenhuollon laatua ja tuottavuutta sekä edistää alan yritystoimintaa ja vientiä”. Sitran Terveydenhuollon ohjelma ”etsii uusia ratkaisuja, jotta kansalainen saisi parempaa palvelua ja alan toiminta tehostuisi entisestään”.

Pro Viisikkoon kohdistuvan kartoituksen tekemisestä sovittiin VTT:n, Tekesin ja Sitran edustajien välisissä neuvotteluissa helmikuussa 2005. Tällöin sovittiin, että VTT:n

tutkijat selvittäisivät Pro Viisikko -kokonaisuuteen kuuluvien hankkeiden etenemistä, yhteyttä sairaanhoitopiirien strategiatyöhön sekä hanketyön edellyttämän yhteistyön toimivuutta. Tutkimuksen kohteina olivat taulukossa 1 esiteltävät innovaatioprosessit.

Keskeisen aineiston muodostavat teemahaastattelut, jotka on toteutettu kahdessa vaiheessa. Ensimmäinen haastattelukierros toteutettiin Pro Viisikon avainhenkilöiden eli sairaanhoitopiirien johtajien ja eräiden kaupunkien perusterveydenhuollosta vastaavien henkilöiden (ks. liite B) keskuudessa huhti-kesäkuussa 2005, jolloin hankkeet olivat olleet käynnissä noin puoli vuotta ja Pro Viisikon päättymiseen oli aikaa vielä runsaat puoli vuotta. Haastattelujen yhteenveto esitettiin Pro Viisikko yhteistyötä koordinoiville tahoille kesäkuussa. Tässä yhteydessä päätettiin toisen haastattelukierroksen toteuttamisesta koordinoivien tahojen (Tekes, Sitra, Life Oyj) ja yritysten (Medineuvo Oy) keskuudessa. Nämä haastattelut toteutettiin alkusyksynä 2005. Haastattelujen tietoja päivitettiin ja täydennettiin myöhemmin syksyllä sähköpostitse tehdyin tiedusteluihin.

Taulukko 1. Tarkastellut innovaatioprosessit.¹

<i>Hankkeesta vastaava organisaatio</i>	<i>Innovaatioprosessi</i>
<i>Kotkan kaupunki ja Kymenlaakson shp</i>	Puhelinneuvontapalvelu EnsiNeuvo24
<i>Etelä-Savon shp</i>	Internet-neuvonta
<i>Etelä-Pohjanmaan shp</i>	a) Sairaalaprosessien kehittäminen b) SIP-protokollan soveltaminen
<i>Keski-Pohjanmaan shp</i>	Toimintakykyarviointiohjelmiston hyödyntäminen puhelinneuvonnassa
<i>Vaasan shp</i>	Portaalihojtaus

Haastattelut kestivät 1–2 tuntia. Useimmat tehtiin henkilökohtaisesti tapaamalla ja erät puhelimitse. Alueiden asiantuntijoiden ja valtakunnallisten toimijoiden haastattelut pohjautuivat jossain määrin erilaiseen teemahaastattelurunkoon (ks. liite C). Kaikkien haas-

¹ <http://www.proviisikko.net/>

tattelujen yhteydessä koottiin dokumenttimateriaalia innovaatioprosesseihin ja niiden taustoihin liittyen.

Julkaisun luvuissa 3–5 käytetään haastatteluista sitaatteja. Näin on pyritty paitsi elävöittämään tekstiä myös tuomaan esille oikeita sävyjä ja tulkintoja. Kulloinkin kyseessä olevan haastatellun rooli tässä tutkimuksessa on merkitty sitaatin jälkeen seuraavasti:

<i>Sitaatin jälkeinen merkintä</i>	<i>Sisältö</i>
Alueen asiantuntija	Sairaanhoidopiirin tai kaupungin terveydenhuollon asiantuntija
Yrityksen edustaja	Hankkeisiin osallistuneen yrityksen johdon edustaja
Rahoittajan edustaja	Sitran tai Tekesin edustaja
Koordinaattori	Helpointin tai LifeIT:n edustaja

Haastatellun roolin jälkeen merkitty numero sitaatin yhteydessä erottaa eri henkilöt toisistaan.

1.3 Julkaisun rakenne

Luvussa 2 kuvataan tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat. Luku 3 kuvaa Pro Viisikon käynnistämisen vaiheet ja sen muotoutumista ohjanneet näkökohdat.

Luvussa 4 kuvataan Pro Viisikkoon kuuluvien osahankkeiden toteuttamista alueiden asiantuntijoiden näkökulmasta. Asiantuntijoina olivat sairaanhoidopiirien johtajat sekä suurimpien kaupunkien perusterveydenhuollosta vastaavat henkilöt. Jokaisen sairaanhoidopiirin osalta kuvataan ensin kehitysprosessin kulku ja tuodaan sitten esille alueellisten asiantuntijoiden arvioita Pro Viisikosta. Luvun lopussa kootaan yhteen se, miten alueilla toteutetut kehittämishankkeet toteuttavat terveydenhuollon organisaatioiden strategiaa sekä minkälaisia kokemuksia julkiset organisaatiot ovat saaneet yhteistyöstä yritysten kanssa.

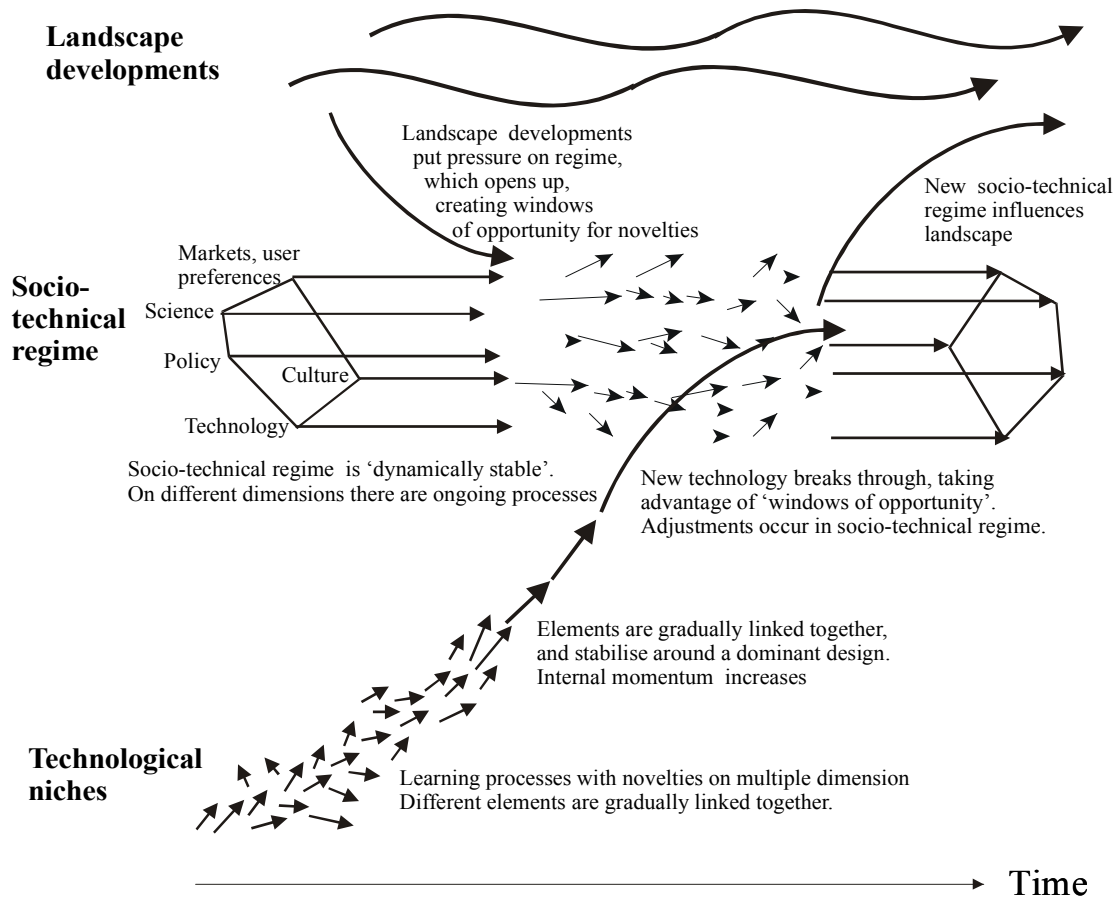
Luvussa 5 kuvataan valtakunnallisten rahoittajien ja koordinaattoreiden sekä yritysten kokemuksia yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyöstä, koordinoinnista sekä arvioita tavoitteiden toteutumisesta ja verkostojohtamisen kehittämisen tarpeesta. Tekes, Sitra ja STM ovat verkoston rahoittajatahot. Koordinaattoreina ovat toimineet Life Oyj ja Sitran puolesta Helpoint. Luvussa 6 esitetään tapaustutkimuksen yhteenveto ja tehdään tutkimuksen johtopäätökset.

2. Teoreettiset lähtökohdat

Tässä luvussa esitellään kolmitasoinen *sosio-tekni- sen muutoksen malli*, joka tarjoaa tutkimukselle yleisen viitekehyksen ja aineiston analyysiin soveltuvia käsitteellisiä työkaluja. Sen jälkeen tarkastellaan *arviointikriteeristöä*, joka on kehitetty uusien ratkaisujen kokeilun onnistuneisuuden mittaamiseen. Tämä kriteeristö pohjautuu sosio-tekni- sen muutoksen malliin. Lopuksi tarkastellaan *terveysjärjestelmän muutosjohtamisen haasteita* aiemman tutkimuksen valossa.

2.1 Sosio-tekni- nen muutos monitasoisena prosessina

Ulkoiset paineet eivät sinänsä saa aikaan terveydenhuollon järjestelmän muuttumista. Muutoksen aikaansaamiseen tarvitaan monien toimijoiden päätöksiä ja toimenpiteitä. Hyödyllisen käsitteellisen viitekehyksen avaintoimijoiden keskinäisten roolien ja vuoro- vaikutuksen ymmärtämiseen tarjoaa kolmitasoinen sosio-tekni- sen muutoksen malli (ku- vio 1, Geels 2002). Sen avulla voidaan hahmottaa muutoksen dynamiikkaa.



Kuvio 1. Sosio-tekni- nen muutos kolmen tason vuorovaikutuksena.

Geelsin mallissa erotetaan kolme muutoksen tasoa. Mallin pohjana oleva käsite on sosio-tekninen järjestelmä (socio-technical system). Sen elementteihin kuuluvat esim. teknologia, tieteellinen tieto, regulaatio, markkinat, käyttötoiminnot, kulttuuriset merkitykset ja palvelujen tuotantorakenne. Tämän järjestelmän luomiseen ja ylläpitämiseen osallistuvat monet toimijat, kuten terveystalvet tuottavat organisaatiot, teknologiaa tuottavat yritykset, tutkimuslaitokset, poliittiset päättäjät, käyttäjät, intressi- ja eturyhmät sekä media. Ne määrittelevät järjestelmän elementtejä erilaisten toisiinsa liittyvien sääntöjen mukaan. Niiden määrittelemistä säännöistä muodostuu mallin keskimäinen taso eli vallitseva *toimintamalli* (socio-technical regime). Se pitää yllä järjestelmän pysyvyyttä. Esimerkiksi teknologian kehittäjien omaksumat kognitiiviset säännöt voivat tehdä heidät ”sokeiksi” sille kehitykselle, joka tapahtuu heidän fokuksensa ulkopuolella. Systeemin pysyvyyttä lisäävät erilaiset juridiset ja muut sopimukset eri toimijoiden välillä ja ylipäätään se, että sopimukset ovat osa laajempaa yhteiskuntaa. Yhteiskunta pyrkii luomaan systeemille suotuisaa sääntelyä ja infrastruktuuria, ja kansalliset puolestaan sopeuttavat elämäntyyliä vakiintuneen systeemin mukaiseksi.

Toimintamalli siis muodostaa keskimäisen tason kolmitasoisesta muutoksen mallista. Mallin alin taso muodostuu *rajatuista sovellusalueista* (niche), joilla tapahtuu kokonaan uudenlaisten, innovatiivisten ratkaisujen kehittäminen ja kokeilu. Innovaatioiden suorituskyky ei yleensä heti aluksi ole paras mahdollinen, ja siksi kokeilu saattaa tarvita jonkinlaisia tukitoimenpiteitä. Rajatut sovellusalueet muodostavat tilan, jossa voidaan rakentaa sosiaalisia verkostoja innovaatioiden tukemiseksi. Tällaisia verkostoja ovat esimerkiksi alihankintaketjut tai tuottaja-käyttäjäsuhteet.

Mallin ylimmällä tasolla on *toimintaympäristö* (landscape). Siihen kuuluvat sellaiset asiat kuin taloudellinen kehitys, maastamuutto, laajat poliittiset ryhmittymät ja kulttuuriset arvot, jotka ulkoisessa ympäristössä luovat puitteet toimintamalleille. Eri tasot muodostavat sisäkkäisen hierarkian.

Muutokselle ei ole yksittäistä ajuria, vaan se tapahtuu eritasoisten prosessien vuorovaikutuksessa. Niche-tasolla kehitetyt innovaatiot voivat tulla hyväksytyksi käyttöön, kun ulkoiset olosuhteet ovat niille suotuisia. Toimintamallin ja toimintaympäristön prosessit voivat avata mahdollisuuksien ikkunan radikaalille innovaatiolle. Tähän saattavat myötävaikuttaa vallitsevan toimintamallin jännitteet. Myös toimintaympäristön muutokset voivat synnyttää painetta toimintamallia kohtaan. Tästä esimerkkinä on väestön ikääntymisestä johtuva terveystalvet kasvava kysyntä. Painetta vallitsevaa toimintamallia kohtaan voi syntyä myös teknisistä ongelmista, negatiivisista ulkoisvaikutuksista tai muuttuvista käyttäjien mieltymyksistä. Kustannustehokkuuden parantamispyrkimyksen voi stimuloida uusien innovaatioiden käyttöönottoa.

Tältä pohjalta muutosprosessien syvyyseroja voidaan kuvata tarkastellen toisaalta muutoksen alkujuuria ja kohdetta ja eri toimijoiden roolia siinä. Geels ja Kemp (2006) erottavat kolme muutoksen astetta: uusintaminen, muuntuminen ja rakennemuutos (ks. taulukko 2). Näistä *uusintaminen* viittaa tavanomaiseen pienimuotoiseen uudistamistyöhön toimintamallin tasolla. Sektorin vakiintuneet toimijat muokkaavat sääntöjä. Avainteknologioissa tai -prosesseissa ei tällöin tapahdu syvällistä muutosta.

Taulukko 2. Eroja muutosprosessien mekanismeissa.

	<i>Uusintaminen</i>	<i>Muuntuminen</i>	<i>Rakennemuutos</i>
<i>Muutoksen taso</i>	Vallitsevat toimintatavat ja käytännöt	Muutospaine toimintaympäristöstä Toimintamallin sopeutumista ja uudelleen suuntautumista	Paine toimintaympäristöstä Lisääntyviä ongelmia toimintamallissa ja yrityksiä suuntautua uudelleen Uusia innovaatioita rajatuilla sovellusalueilla, läpimurtoja
<i>Toimijoiden roolit</i>	Vakiintuneet toimijat	Paine muutokseen ulkopuolisten taholta Vakiintuneet toimijat suuntaavat uudelleen innovaatio-toimintaansa.	Paine ulkopuolisten taholta Vakiintuneet toimijat epäonnistuvat ongelman ratkaisussa. Ulkopuoliset kehittävät uusia innovaatioita.

Muuntumisella tarkoitetaan muutosprosessia, jossa on paljon toimintamallin ja toimintaympäristön välistä vuorovaikutusta mutta vain vähän nichejen vaikutusta. Tässä tapauksessa muutokset toimintaympäristössä luovat vakiintuneille toimijoille painetta suunnata uudelleen innovaatiotoimintaansa. Muuntumistilanteessa ulkopuoliset toimijat eivät tarjoa kilpailevia ratkaisuja olemassa olevalle järjestelmälle. Vakiintuneiden toimijoiden asema ei ole uhattuna. On mahdollista, että uusi järjestelmä syntyy pikkuhiljaa kumulatiivisen pienimuotoisen muutoksen seurauksena.

Rakennemuutoksessa on kysymys epäjatkuvuuskohdasta järjestelmän kehityksessä. Tällainen muutos ei yleensä tapahdu ilman, että toimijakentässä tapahtuu muutosta. Tämä johtuu siitä, että vakiintuneilla toimijoilla on pyrkimys vähätellä rakenneuutoksen tarvetta. Ulkopuolisilla on helpommin mahdollisuus kyseenalaistaa vallitsevia oletuksia ja esittää uusia ideoita. Prosessi käynnistyy toimintaympäristössä ilmenevistä muutoksista, jotka asettavat toimintamallille huomattavia ongelmia ja muutospaineita. Vallitsevat toimijat reagoivat tähän sopeuttamalla järjestelmää mutta eivät onnistu ratkaisemaan ongelmaa. Tämä synnyttää nichejen puitteissa kehitetyille uusille innovaatioille mahdollisuuden ikkunan. Uuden radikaalin innovaation läpimur-

tilanteessa osa vallitsevista toimijoista joutuu siirtymään syrjään. Rakennemuutosta taas seuraa tilanteen vakautuminen ja uusintaminen alkaa.

Voidaan kysyä, onko suomalainen terveydenhuollon kenttä muuntumis- vai rakenne-muutosvaiheessa tämän viitekehyksen lähtökohdista tarkastellen. Uudistamisen paineita tulee sisältä ja ulkoa. Niitä synnyttää yhä kasvava kuilu terveystalouden kysynnän ja tarjonnan välillä. Kysyntää kasvattavat mm. väestön ikääntyminen ja muuttuvien elämäntapojen mukanaan tuomat krooniset sairaudet ja toisaalta teknologian ja tieteen edistys, joka tarjoaa aiempaa parempia mahdollisuuksia diagnosoida ja hoitaa terveysongelmia. Koska poliittista valmiutta terveydenhuollon kansantuoteosuuden merkittävään kasvattamiseen ei ole, on parannettava järjestelmän kustannustehokkuutta. Muutoksia on havaittavissa myös tekniikan kehityksessä, visioissa, asetetuissa tavoitteissa ja sääntelyssä. Julkisissa tutkimus- ja kehittämissuunnitelmissa on alettu rahoittaa teknologia- ja palveluyritysten lisäksi myös julkisia terveydenhuollon organisaatioita. Hallitus on antanut suuntaviivat uudistamisen suunnalle, ja sääntelyn sopeuttaminen on aloitettu. Uusia innovaatioita on kehitetty, mutta niiden diffuusio on ollut hidasta. Jotta tilanne voitaisiin tulkita rakennemuutokseksi, innovaatioiden pitäisi levitä laajalle ja niiden tulisi johtaa radikaaleihin tai epäjatkuviin muutoksiin.

Käynnissä olevassa muutosprosessissa on syytä myös pohtia, minkälainen on tarvittava muutoksen mittakaava. On tuotettava ymmärrystä siitä, koska on riittävää, että radikaaleja innovaatioita kehitetään yksittäisten organisaatioiden tarpeista käsin, ja minkälaisissa asioissa taas tarvitaan radikaalisti uusia alueellisia ratkaisuja tai jopa uusia radikaaleja kansallisia toimintamalleja. Lisäksi on tuotettava ymmärrystä siitä, minkälaisissa asioissa ja minkälaisien edellytysten vallitessa tarvitaan uudenlaista työnjakoa julkisen ja yksityisen palvelutuotannon kesken ja sen osana tilaaja-tuottajatahojen eriyttämistä.

2.2 Nichen muodostamisen onnistumisen arvioiminen

Edellä esitetyn viitekehyksen pohjalta Pro Viisikkoa voidaan tarkastella nichen rakentamisen prosessina. Hoogma ym. (2004) esittävät kiinnostavan mittariston sille, kuinka nichen rakentamisen onnistumista voidaan arvioida silloin, kun muutos on vasta alkuvaiheessaan.

Ensimmäisen kriteerin muodostaa *oppimisen laatu*. Oppiminen viittaa erilaisiin prosesseihin, joiden kautta toimijat lausuvat julki näkemyksensä esimerkiksi siitä, mitkä ovat relevantteja teknologioita tai markkinoita, joiden kautta he myötävaikuttavat nichen muodostamiseen. Tätä kutsutaan oppimiseksi, koska lopputuloksia ei tiedetä edeltä käsin vaan toimijat joutuvat tekemään työtä niiden määrittämiseksi.

Oppinen voi rajoittua yhteen ”silmukkaan” (single-loop learning). Tätä tapahtuu esimerkiksi silloin, kun toimijat oppivat, kuinka suunnittelua pitää kehittää, minkälaiset palvelun ominaisuudet käyttäjät voivat hyväksyä tai kuinka poliittisin keinoin voidaan luoda kannusteita ratkaisun käyttöönotolle (taulukko 3).

Taulukko 3. Oppimisen ulottuvuuksia (Hoogma ym. 2004).

<i>Oppimisen sisällöllinen ulottuvuus</i>	<i>Esimerkkejä</i>
<i>Tekninen kehitys ja infrastruktuuri</i>	Suunnitteluspesifikaatiot, tarvittava täydentävä teknologia, infrastruktuuri
<i>Käyttöympäristön kehittäminen</i>	Käyttäjien ominaisuudet, käyttäjien vaatimukset, merkitykset, joita käyttäjät liittävät uuteen teknologiaan, käytön esteet
<i>Yhteiskunnalliset vaikutukset</i>	Potilasturvallisuus, terveyspalvelujen saatavuus
<i>Teollisuuden kehitys</i>	Innovaation diffuusioon tarvittava tuotanto- ja ylläpitoverkosto
<i>Julkinen politiikka ja sääntely</i>	Institutionaaliset rakenteet, lainsäädäntö, hallituksen rooli uusien ratkaisujen käyttöönotossa, mahdolliset kannusteet käyttöönoton edistämiseksi

Jotta nichen syntyminen edistäisi toimintamallin muutosta, tarvitaan lisäksi kaksisilmukkaista oppimista (double-loop learning). Tällöin käsityksiä teknologiasta, käyttäjien vaatimuksista ja sääntelystä ei testata, vaan ne kyseenalaistetaan ja tutkitaan. Tässä prosessissa voi tapahtua Wynnen (1995) kuvaamaa kollektiivista arvo-oppimista eli tuottajien, käyttäjien ja muiden osapuolten arvojen selkiyttämistä ja toisiinsa suhteuttamista.

Toinen onnistumisen kriteeri liittyy *institutionaaliseen juurruttamiseen* (institutional embedding). Sen ulottuvuuksia ovat

- täydentävien teknologioiden ja infrastruktuurin kehittäminen
- yhteisten odotuksien luominen laajassa mittakaavassa siitä, mikä on toteuttamiskelpoista uuden toimintamallin vallitessa
- monenlaisten toimijoiden (tuottajat, käyttäjät ja yhteiskunnalliset toimijat) sitouttaminen uuden toimintamallin tukemiseen.

Kolmas kriteeri liittyy *toimintamallin muutoksen* suuntaan. Laajemman muutoksen toteutuminen edellyttää sitä, että määritellään tietyt ”kehityksen käytäviä”, joissa nichen kehitys ja kokeilu voi tapahtua. Näitä voidaan määritellä kolmella tasolla:

- T&K-toiminnan peruseriaatteet
- sääntely, T&K-työtä ja kokeiluja suuntaavat kannusteet
- tulevaisuussuuntautuneen tiedon tarjonta (esim. ennakointi- ja delphi-tekniikat).

Sekä edellä kuvattu kolmitasoinen muutoksen malli että nichen onnistumisen arviointi-kehikko painottavat innovaatioprosessin sosiaalisia, teknologisia, taloudellisia ja poliittisia ulottuvuuksia. Innovaatiotoiminta on monitahoinen prosessi, ja sen suuntaaminen kestäväen kehityksen mukaiseksi edellyttää näiden eri ulottuvuuksien huomioon ottamista politiikkatoimenpiteissä. Tältä pohjalta voidaan perustella kokonaisvaltaisen ja systeemisen lähestymistavan soveltuvuutta. Hoogman ym. (2004) mukaan tarvitaan sellaisen integroivan strategian soveltamista, joka pyrkii vaikuttamaan samaan aikaan sekä käynnissä olevan dynamiikan mukauttamiseen että käytävien avaamiseen tulevalle kehitykselle. Poliitiikan asettajien tulisi pyrkiä edistämään yhteiskunnallisesti suotuisaa kehitystä ja asettamaan esteitä vähemmän toivotulle kehitykselle, jotta se suuntautuisi toivottavampaan suuntaan. Poliitiikan asettajat voivat toimia eräänlaisen prosessijohtajan roolissa.

Taulukko 4. Prosessijohtamisen aktiviteetteja, toimijoita ja välineitä eri tasoilla (Hoogma ym. 2004).

	<i>Toimintamallin taso</i>	<i>Nichen taso</i>	<i>Hanketaso</i>
Prosessi-johtamisen aktiviteetteja	Odotusten muutosten arviointi, synergioiden tunnistaminen, pelikentän rakentaminen, vision kehittäminen, esteiden ja kannustimien tunnistaminen ja niihin vaikuttaminen	Hankesalkun hoitaminen, projektien välinen oppiminen, institutionaalinen juurruttaminen, ”niche-osaamiskeskukseen” luominen ja ylläpito	Hankepääällikkyys, verkostojohtaminen, tulosten laaja levittäminen
Johtamiseen osallistuvia toimijoita	EU, kansalliset hallitukset, valtuutetut välittäjätahot	Valtuutetut välittäjät kansallisella ja kv-tasolla, kuten ohjelmatoimistot tai intressiryhmät	Paikalliset toimijat (tuottajat, käyttäjät, yhteiskunnalliset toimijat) ja kansalliset/kv. ohjelmapääälliköt
Johtamisen välineitä	Teknologian arviointi, delphi, skenaariotyöpajat, klusteripoliittikka, ohjelmarahoitus, T&K-tuet, verotus	Delphi, strategiset työpajat, standardit, benchmarking, parhaiden käytäntöjen tunnistaminen, hankerahoitus	Strategiset työpajat, hankearvioinnit ”niche-osaamiskeskus”-muodossa

Prosessijohtamisen helpottamiseksi on kehitetty toimintamalleja ja käsitteellisiä työkaluja. Tällaisia ovat juurruttaminen (Kivisaari ym. 2004a), strategic niche management (Weber ym. 1999) ja transition management (Elzen ym. 2004). Kaksi ensin mainittua liittyvät lähinnä niche-tason toimintaan ja viimeksi mainittu myös muille tasoille. Yhteistä näille on pyrkimys uusien innovaatioiden ja ympäristön molemminpuoliseen sopeuttamiseen tukemalla avaintoimijoiden välistä vuoropuhelua. Taustalla on näkemys siitä, ettei mikään yksittäinen taho voi hierarkkisesti johtaa monitahoisien toimijajoukon toimintaa. Pikemminkin johtamisen haasteena on luoda osapuolten välille keskusteluyhteydet ja pitää niitä yllä prosessin edetessä. Tärkeitä erilaisia intressejä ja

arvoja edustavia toimijoita ovat esimerkiksi terveystalouden asettajat, palveluntuottajat ja teknologiantoimittajat. Näiden toimijoiden yhteistyön suuntaamisessa on kysymys yhteisiä etuja palvelevien synergioiden luomisesta.

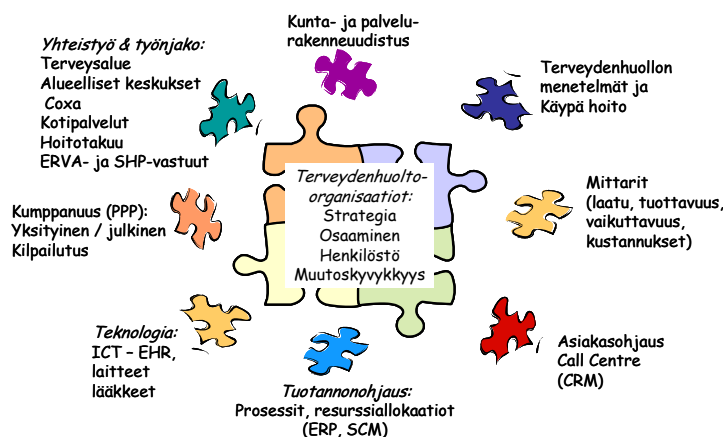
Taulukko 4 kuvaa yhteistyön suuntaamisen monitahoisuutta. Se hahmottaa prosessijohtamisaktiiviteetteja, johtamiseen osallistuvia tahoja ja johtamisen välineitä toiminnan eri tasoilla. Toimintamallin, nichen ja projektin tasoilla tavoitteet hahmotetaan eri tavoin. Projektitasolla esimerkiksi painottuu pyrkimys ratkaista paikallisia ongelmia. Kansallisen tai EU-tason toimijat taas pyrkivät yleisempiin ratkaisuihin, joita voidaan siirtää monille alueille. Verkoston johtamisessa pyritään rakentamaan win-win-tilannetta eri tasojen välille.

2.3 Strategian merkitys muutosjohtamisessa

Yksittäisen terveydenhuollon organisaation muutosprosessin läpiviennille edellytyksiä luovat strategisen johtamisen työkalut ja kyky rakentaa yhteisymmärrystä muutoksen tukemiseen eri sidosryhmissä (Kivisaari ym. 2004b, Kivisaari & Saranummi 2005). Yhteisymmärryksen hakeminen on erityisen tärkeää terveydenhuollossa, koska lääkeillä on varsin autonominen asema hoitopäätöksissä, joilla puolestaan on merkittävä vaikutus resurssien allokointiin. Johto ei voi hierarkkisin päätöksin muuttaa lääkäreiden toimintaa (Striem ym. 2003, Degeling ym. 2003). Konsensuksen rakentamisen välttämättömyyttä korostaa myös julkisten organisaatioiden hajautettu päätöksenteko.

Haasteita uudistamiselle asettaa myös se, että terveydenhuollosta puuttuvat objektiiviset, määrälliset indikaattorit, joilla voitaisiin mitata prosessien laatua ja tehokkuutta. Niitä tarvitaan sekä uudistustarpeen perustelemiseen että uudistusten vaikuttavuuden arvioimiseen. Toinen haasteiden joukko liittyy siihen, miten rakennemuutos toteutetaan. Parhaiten soveltuvia organisaatiomuotoja on tarkoin harkittava: valinta esimerkiksi liikelaitoksen tai osakeyhtiömuodon välillä tuo mukanaan erilaisia lähtökohtia johtamiskäytännöille ja kilpailulle.

Terveydenhuollon uudistamisprosessin luonnetta voidaan kuvata ”palapeliksi”, jossa on kysymys siitä, miten tarjolla olevia keinoja käytetään ja miten niiden avulla kootaan väestön tarpeisiin vastaava terveystalouden kokonaisuus (Saranummi ym. 2005). Momenlaisia keinoja on tarjolla. Keskeisenä haasteena on eri keinojen soveltamisen taito ja kyky saada osapuolet sitoutumaan uudistukseen. (Ks. kuvio 2.)



Kuvio 2. Terveysthuollon uudistamisen palapeli.

Palapelin ratkaisemisessa avaintekijöitä ovat toisaalta valtio ja toisaalta kunnat. Edellisen odotetaan asettavan nykyistä selkeämpiä tavoitteita terveysthuollon uudistamiselle. Vaikka tarve uudistamiselle on tunnustettu ja siihen on olemassa valtakunnallista rahoitusta, niin muutoksen konkreettisia tavoitteita alueellisella ja terveysthuollon organisaatioiden tasolla ei ole selvästi pystytty muotoilemaan. Kansallisen tason tavoitteena olevaa koko järjestelmän tehostamispyrkimystä ei ole purettu tavoitteiksi, joita voisi toteuttaa yhteisesti terveysthuollon organisaatioiden ja kuntien alueellisen yhteistyön ja työnjaon pohjalta.

On tärkeää ymmärtää, mitä hyötyjä muutoksella tavoitellaan ja missä laajuudessa. Tämä vaikuttaa siihen, toteutetaanko muutos yksittäisen organisaation sisällä vai tarvitaanko toiminnan uudelleenjärjestelyä yli vallitsevien organisaatorajojen esim. seudullisesti, alueellisesti, erityisvastuualueen (ERVA) laajuisesti tai valtakunnallisesti. Mitä suuremmasta yhteisöstä on kysymys, sitä haasteellisemmaksi muutoksen läpivienti muodostuu.

Yksittäisen organisaation muutostarpeet voidaan tunnistaa säännöllisen strategiatyön yhteydessä. Mutta kenen vastuulla on seudullisen, alueellisen ja muun yhteistyön ja työnjaon kehittäminen, siis sen pohjaksi tarvittavan strategia- ja muutokseen sitouttamisprosessien läpivienti? Lainsäädännössä sairaanhoitopiireille (ja ERVA-alueille) on annettu tehtäväksi tästä huolehtiminen. Kuntia ja kuntayhtymiä ei kuitenkaan ole velvoitettu yhteistyöhön. Viime kädessä seudullisten ja alueellisten yhteistyörakenteiden kehittyminen riippuukin osapuolten yhteisestä tahdosta. Toinen muutosten tekoa komplisoiva tekijä on se, että terveysthuoltopalveluita tuottavat sekä julkiset että yksityiset ja kolmannen sektorin tahot ja että palveluita rahoitetaan useasta eri lähteestä (Saranummi ym. 2005).

Asiantuntijapalveluilla on keskeinen rooli muutosten toteuttamisessa. Tänä päivänä terveysthuollon organisaatiot hyödyntävät pääasiassa sisäisesti tuotettuja asiantuntijapalveluita uudistusprosessiensä tukena. Tämä on ymmärrettävää siitä näkökulmasta, että

muutoskyvykkyys pitää kyetä rakentamaan osaksi omaa toimintaa. Toisaalta pelkästään sisäisen asiantuntijuuden kehittämiseen panostaminen estää tai ainakin hidastaa oppimisen kumuloitumista kansallisella tasolla. Kehittämistä edistäisi se, että terveydenhuollon organisaatiot pyrkisivät määrätietoisesti oppimaan toisiltaan ja näin hyödyntämään ja kartuttamaan yhteistä osaamispääomaansa. Tasapainoinen kansallinen kehittäminen edellyttää, että sisäisiä ja ulkoisia asiantuntijapalveluita kehitetään ja käytetään sopivassa suhteessa toisiinsa. (Saranummi ym. 2005.)

3. Pro Viisikko -yhteistyön käynnistäminen

Sitrassa Pro Viisikon juuret ulottuvat 2000-luvun alkuun, jolloin Sitra käynnisti eHealth-toimintaansa. Tällöin Ilmo Parvinen nimitettiin eHealth-toiminnan vastuuhenkilöksi Sitran Life Sciences -tiimiin. Näiden vuosien aikana Sitrassa opittiin, että konkreettisten muutosten aikaansaaminen edellyttää kuntien ja kuntayhtymien mukaan saamista. Sitra pyrki aluksi hakemaan kumppania pääkaupunkiseudulta ja hakeutui neuvotteluihin HUSin kanssa. Asiat kuitenkin etenivät hitaasti. HUSin suuren koon ja organisatorisen monimutkaisuuden vuoksi Sitran ei ollut helppo löytää niitä tahoja, joiden kanssa asioista olisi voitu sopia.

”Tämä ei oikein lähtenyt käyntiin niin kuin Sitra oli toivonut. Saatiin aluksi pikkusen varpaillemme tai nenillemme. Meidän oli mietittävä että okei, jätetäänkö nyt sikseen vai yritetäänkö vielä. Silloin Aatto Prihti, meidän silloinen yliasiamies, ja asiamies Kari Tolvanen miettivät ja... Kari sen muotoili sanoiksi että ’hyvä pölynimurikauppias menee takaovelle uudelleen koputtamaan, kun ei etuovelta ihan heti osteta – eli niitä ajatuksia’. Se takaovi, mihin mentiin koputtamaan... jotenkin älyttiin, että valaan sijasta, vertaan nyt pääkaupunkiseudun mammuttia, on viisaampi turvautua silakkaparveen. Ja silloin löydettiin näitä keskiraskaan sarjan toimijoita – Kotka, Mikkeli, Joensuu, Vaasa, Seinäjoki, Kokkola – he olivat niitä, jotka olivat valmiita lähtemään mukaan nopeampaan kehittämistoimintaan.” (Rahoittajan edustaja 1)

Sitrassa pohdittiin, riittääkö yksi kokeilualue vai tarvitaanko kaksi, ja päädyttiin jälkimmäiseen vaihtoehtoon. Sopiviksi alueiksi valittiin aluksi Kymenlaakso sekä Etelä-Savo. Saadakseen kokemusta Sitra solmi kehittämissopimuksia joillakin alueilla sairaanhoitopiirien kanssa ja joillakin alueilla taas suurten kaupunkien kanssa. Kymenlaakson alueella se teki kehittämissopimuksen sekä Kotkan kaupungin että Kymenlaakson sairaanhoitopiirin kanssa. Mikkelin seudulla sopimus tehtiin vain sairaanhoitopiirin kanssa. Pro Viisikon käynnistämisen jälkeen Sitra solmi Vaasan kaupungin kanssa puhelinneuvontaan liittyvän kehittämissopimuksen, johon Vaasan sairaanhoitopiiri ei ollut osallisena.

”Siinä vaiheessa ja sillä aikapaineella ei ollut muuta mahdollisuutta kuin tukeutua pääasiassa viiteen sairaanhoitopiiriin ja Kotkaan. Myöhemmin esimerkiksi Vaasan kaupunki on tullut mukaan kehittämään. Nyt kuitenkin on ihan ilmiselvää, että täytyy tajuta, mikä se interaktio keskeisimmän kuntaomistajan ja sairaanhoitopiirin välillä on. Siinä tullaan tähän suurensuureen pulmaan, että tilaajan ja tuottajan roolit eivät ole eriytyneet.” (Rahoittajan edustaja 1)

Aluksi Sitrassa kehittämisen kohteeksi hahmotettiin puhelinneuvonta, mutta tavoite laventui pian ”virtuaalisen perusterveydenhuollon” kehittämiseksi, ja Pro Viisikko alkoi antaa sisältöä tälle termille. Sitra kutsui Helpointin Pro Viisikon moderaattoriksi. Tällä termillä pyrittiin korostamaan verkostonrakentamisen näkökulmaa.

”Valitsimme tämän sanan ’moderaattori’ koska hän ei ole koordinaattori saatikka projektin johtaja. Näin ollen hän ei saa eikä hänellä ole instrumentteja puuttua määräämällä, vaan hän yrittää liimata, koota ja kehittää. Niinpä sitten Teemu Paavola (LifeIT) otti sitten tämän virallisen Tekeskuponkien täyttövastuun.” (Rahoittajan edustaja 1)

”Toimin ’liimana’, pyrin verkostoimaan, saamaan ihmisiä työskentelemään yhdessä ja tukemaan näitä yhteisiä tavoitteita sekä Sitran terveydenhuollon osalta että FinnWellin tavoitteiden suuntaisesti.” (Koordinaattori 1)

Alun perin ymmärrettiin, että Pro Viisikon onnistunut käynnistäminen edellyttäisi monikanavaista rahoitusta. Taloudellista perustaa käynnistämiseksi ovat tarjonneet STM:n aluerahoitus, Tekesin myöntämä FinnWell-kehittämistuki, Sitran moderaattorin palkkaaminen sekä sopimusrahoitus. Rahoittajat pyrkivät myös estämään rahoituksen sirpaloitumisen tehostamalla toimintansa koordinoitua. Tavoitteena oli suunnata aiempaa merkityksellisempiä taloudellisia voimavaroja tärkeinä pidettyihin kehittämis-kohteisiin.

”Ajatellen, että terveysteollisuus on maailman suurin teollisuuden haara, voidaan kysyä, olemmeko täällä meillä nyt sitten edistyneet laadullisesti ja olemmeko edistyneet alan kansainvälisessä kaupassa. Suomi ei ole edistynyt ja se johtuu siitä, että kehitysinvestoinnit ovat edelleen liian pieniä ja ne on päästetty sirpaloitumaan. Tätä yritetään nyt korjata.” (Rahoittajan edustaja 1)

Hankeaihiot olivat sairaanhoitopiireissä olemassa jo Pro Viisikon valmisteluvaiheessa, mutta piireillä ei ollut kokemusta rahoituksen hakemisesta Tekesistä. Hankeaihioiden muokkaaminen hakemuksen edellyttämään muotoon vaati työtä ja koordinoitua. Koska sairaanhoitopiireillä ei ollut henkilöstöä, joka olisi huolehtinut teknisestä hankevalmistelusta, LifeIT toimi ”aktiivisena työrukkasena” jokaisessa sairaanhoitopiirissä.

Tekes ei edellyttänyt yhden yhteisen vision muodostamista, vaan hankkeiden monimuotoisuutta pidettiin hyväksyttävänä. Esimerkiksi kaikissa puhelinneuvontaan liittyvissä hankkeissa perustavoite oli sama eli lääkärin vastaanottopalvelujen kysynnän hillitseminen, mutta suunniteltu toteutus vaihteli. Kymenlaaksossa ja Etelä-Savossa palvelu suunniteltiin ostettavaksi, mutta Etelä-Pohjanmaa piti parempana palvelun toteuttamista ilman ulkopuolista palveluntarjoajaa

Tekesin tehtyä myönteiset rahoituspäätökset sairaanhoitopiirit alkoivat itse nimetä ja rekrytoida henkilöitä hankevalmisteluun. Tässä vaiheessa Paavolan rooli painottui Pro Viisikon sisäisen verkostoitumisen ja tiedonvaihdon edistämiseen. Paavola on toiminut kaikkien hankkeiden johtoryhmissä. LifeIT:n ja Helpointin yhteistyönä rakennettiin myös Internet-sivusto (<http://www.proviisikko.net>) projektien tukemiseksi sekä järjestettiin aihehryhmäkokouksia ja Pro Viisikon sisäisiä seminaareja. Sitra laajensi viiden

hankkeeseen ja osallistui Pro Viisikon koordinointiin. Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin yhteistyöyrityksenä Tekes-näkökulmasta toimi Raisoft Oy, jonka tavoitteena on pilotoida ja kehittää omia järjestelmiään. Tekes rahoittaa Raisoftin tähän liittyvää yhteistyöprojektia. Raisoftin yhteistyökumppanuus Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kanssa toteutuu Chydenius-Instituutin suorittaman RAI:n testaamisen kautta. Vaasan sairaanhoitopiirissä yritys yhteistyö rajoittuu lähinnä kahden ohjelmistoyrityksen osallistumiseen hankkeen ohjausryhmätyöskentelyyn.

Edellä mainittujen yritysten lisäksi alueiden hankkeisiin on osallistunut muita yrityksiä, joista on mainintoja luvussa 4 esitettävissä alueiden kehittämisprosessien kuvauksissa. Nämä eivät kuitenkaan ole kuuluneet niihin yrityksiin, joiden kumppanuutta julkisten palveluntuottajien kanssa Pro Viisikko kokonaisuudessa on pyritty erityisesti edistämään. Tässä julkaisussa Pro Viisikon yritys yhteistyöstä puhuttaessa viitataan jatkossa vain Tekes-tukea saavien yritysten ja ko. sairaanhoitopiirien yhteistyöhön.

Pro Viisikon ensimmäinen vaihe käynnistyi syksyllä 2004, ja sitä pidennettiin aluksi kevättalveen ja sittemmin syksyyn 2006. Tämän julkaisun kirjoittamisen aikaan syksyllä 2005 Sitra ja Tekes pyrkivät yhteistyössä tarkentamaan Pro Viisikon toisen vaiheen eli ”Pro Monikoksi” nimitettävän kokonaisuuden linjaukset ensimmäisen vaiheen kokemuksia hyödyntäen.

4. Kehittämisprosessit alueilla

Tässä luvussa kuvataan Pro Viisikon osahankkeiden toteuttamista eri sairaanhoitopiireissä ja kunnissa. Luku pohjautuu pääosin alueellisten toimijoiden ja osin yritysten edustajien haastatteluihin ja dokumenttimateriaaliin.

4.1 Kymenlaakson sairaanhoitopiiri

4.1.1 Kehittämisprosessin kuvaus

Kehittämisen kohde ja kehitysprosessi pähkinäkuoressa

Kymenlaakson alueen osalta tässä julkaisussa tarkasteltavana innovaationa oli EnsiNeuvo24-nimisen puhelinneuvontapalvelun kehittämiseen tähtäävä nelivuotinen kehityshanke.

<i>Tarkasteltava innovaatioprosessi</i>	EnsiNeuvo24, puhelinneuvontapalvelu
<i>Osapuolet</i>	Kymenlaakson sairaanhoitopiiri, Kotkan kaupungin sosiaali- ja terveystoimi, Medineuvo Oy, Sitra
<i>Kehittämisen juuret</i>	1998 aloitettu nelivuotinen sosiaali- ja terveysalan PD-koulutus, Kustannus Oy Duodecimin kirjaprojekti
<i>Hankkeen edistyminen</i>	Hanke käynnistyi kesäkuussa 2003. Neuvonta käynnistyi lokakuussa 2003, päivystyksen puhelujärjestelmä helmikuussa 2004 ja terveyskeskuksen ajanvaraus huhtikuussa 2004.
<i>Innovaation kuvaus</i>	Neuvontapuhelimen kehittäminen puhelinvastaanotoksi, yhdeksi perusterveydenhuollon terveyspalveluksi
<i>Innovaatioprosessin rooli Pro Viisikossa</i>	Hoitoepisodioiden seurannan työkalujen kehittäminen siten, että terveydenhuollon ammattilainen voi seurata prosessin etenemistä sairaalajärjestelmästä. Potilaalle mahdollisuus seurata hoitoepisodia puhelin- tai nettimeuvonnan kautta, kun rajapinta sairaalajärjestelmiin toteutetaan.

EnsiNeuvo24-palvelun olennaisena ajatuksena on asiakkaan tarpeista lähtevä 24 tuntia vuorokaudessa toimiva puhelinpalvelu, josta kotkalaiset ja sairaanhoitopiirin asiakkaat voivat kysyä neuvoa terveydestään ja sairauksistaan. Lisäksi palvelu kattaa neuvonnan sosiaaliin ongelmiin, alueen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarjontaan sekä yksityisen ja kolmannen sektorin palveluihin liittyen. Puheluihin vastaavat MediNeuvo Oy:n terveydenhuollon ammattilaiset.

EnsiNeuvo24-palvelun kehittämisprosessin juuret sijoittuvat 1990-luvun lopulle. Hankkeen suunnitteluprojekti käynnistettiin lokakuussa 2003. Varsinainen kehittämishanke

käynnistettiin kesäkuussa 2003, ja se kestää vuoden 2006 loppuun. Tänä aikana palvelutoimintaa on paitsi kehitetty myös laajennettu. Aluksi palvelu kattoi vain neuvonnan, mutta pian siihen yhdistettiin lisäksi hoidontarpeen arvio ja ajanvaraus. Hoitajat tekevät puhelimesta hoidon tarpeen arvion, jonka pohjalta asiakas ohjataan tarvittaessa lääkärin vastaanotolle samana päivänä, kiireettömissä tapauksissa kolmen kuukauden sisällä. Osassa tapauksista riittää terveydenhuollon ammattilaisen puhelimesta antama konsultaatio. Toiminnan sisältö on kehittämishankkeen aikana tarkoitus muotoilla niin, että se on palveluna tai palveluina kilpailutettavissa vuodelle 2007 tai otettavissa omaksi toiminnaksi parhaiden käytäntöjen osalta.

Hanke on toteutettu Kymenlaakson sairaanhoitopiirin, Kotkan kaupungin sosiaali- ja terveystoimen, Medineuvo Oy:n ja Sitran yhteistyönä.² Kotkan kaupungin osalta EnsiNeuvo24 on ollut strategiasta johdettu innovaatioprosessi, ja sitä on tukenut samoihin aikoihin aloitettu Internet-neuvonta. Kymenlaakson sairaanhoitopiirin hallitus ja johto kehittivät toimintaa avoimessa ja luottamuksellisessa yhteistyössä.

”Puhelinneuvontahanke on strategiasta johdettu, ja ei tarvitse edes sanoa ’niin kuin strategiasta johdettu’. Kirjoitetun strategian pohjalta on lähdetty miettimään, miten se toteutetaan. Strategiaa ei ole kuitenkaan julkaistussa muodossa. Se on yksi niitä asioita, jotka ilman muuta pitäisi olla jossain kansallisten kehittämishankkeiden perusarkistossa, mutta sellaista ei ole. Se on yksi isoimmista puutteista kansallisesti. Meillä ei kerätä terveyskeskusten tai sairaanhoitopiirien tutkimus- ja kehittämishankkeita eikä niiden tuloksia mihinkään. Ne häviävät. Samoja asioita pohditaan ja ratkaistaan eri puolilla yhtä vähäisillä resursseilla kuin aina aikaisemmin.” (Alueen asiantuntija 1)

”Olisi kaunistelua sanoa, että kehittämishankkeet olisivat osa hienoa strategista suunnitelmaa. Ne lähtevät enemmän hallituksen ja johdon keskinäisestä luottamuksesta.” (Alueen asiantuntija 2)

Innovaatioprosessin kuvaus

Seuraavassa kuvataan innovaatioprosessin kulkua kiinnittäen huomiota erityisesti eri toimijoiden väliseen yhteistyöhön prosessin eri vaiheissa.

Juuret. Tarvetta asiakaspalvelun ja toimintatapojen kehittämiseen on Kymenlaaksossa luonut erityisesti alueella 2000-luvun alusta asti vallinnut lääkärripula ja siitä johtuva ajanvarauksen ja vastaanottojen ruuhkautuminen. Kotkan kaupunki alkoi luoda perustaa sosiaali- ja terveystoimen kehittämiseksi vuonna 1998 tilaamalla Helsingin yliopiston täydennyskoulutuskeskus Palmenialta nelivuotisen sosiaali- ja terveysjohtamisen PD

² Kymenlaakson sairaanhoitopiirin 12 jäsenkunnan yhteenlaskettu asukasmäärä on 181 000. Piirin hallinto ja keskussairaala sijaitsevat Kotkassa. Lisäksi Kuusankoskella on aluesairaala ja uusi psykiatrinen sairaala. Kuntayhtymään kuuluvat myös Haminan ja Kouvolan mielenterveystoimistot. Kotkan kaupungissa on 54 000 asukasta. Kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaa sosiaali- ja terveyslautakunta.

(professional development) -koulutusohjelman. Idean esitti kaupungilla ylihoitajana toiminut Varpu Pistala, ja ajatus sai toimialajohtaja Tauno Telarannan varauksettoman tuen. Koulutus suunnattiin Kymenlaakson alueen sosiaali- ja terveydenhuollon johtajistoon. Siihen osallistuivat sairaanhoitopiirin ylilääkärit ja ylihoitajat sekä terveyskeskusten ylilääkärit, ylihoitajat ja talouspäälliköt.

Merkittävän lisäponnen toimintatapojen muutokselle antoi valtioneuvoston keväällä 2002 linjaama hoitotakuun periaate, joka astui voimaan maaliskuussa 2005. Oli ilmeistä, että vanhalla järjestelmällä hoitotakuun vaatimuksia ei pystyttäisi täyttämään. Samaan aikaan Kotkan terveysjohtajana toiminut Jukka Mattila osallistui eräiden muiden terveydenhuollon asiantuntijoiden ohella Kustannus Oy Duodecimin julkaiseman, terveyspalveluiden suunnittelua koskevan kirjan laatimiseen (Mäntyranta ym. 2004). Työhön osallistuneen asiantuntijaverkoston keskeisenä lähtökohtana oli kysyntä–tarve–tuotanto-kolmion käsitteellinen avaaminen. Jukka Mattilan välityksellä tämän työn yhteydessä tuotettuja ideologioita ja käsitteellisiä lähtökohtia alettiin hyödyntää myös Kymenlaakson muutosprosessin valmistelussa.

”Isoin ideologinen ja toiminnallinen haaste viimeisen kolmen vuoden aikana on ollut tilanteen avaaminen niin, että pystytään rakentamaan uusi systeemi, jossa oikeasti nykypäivän ihmisten terveyspalvelutarpeet tyydytetään, eikä pelkästään kysyntä... Isoin juttu on, että meidän ei tule järjestää hoitoa ihmisten mielihaluun mukaan vaan tarpeen mukaan. Kukaan ei ole koskaan käsitellyt sitä, mikä on terveyspalvelujen tarve. On iso juttu avata terveyspalvelut käsitteenä ja sen jälkeen muokata palvelut niin, että tarpeen mukainen terveyspalvelu on mahdollista saada.” (Alueen asiantuntija 1)

Kotkan kaupungin terveysasemilla tehtiin samoihin aikoihin selvitys siitä, minkälaisien syiden vuoksi asiakkaat ovat tulleet lääkärin vastaanotolle. Selvitys osoitti, että neljännes käynneistä liittyi helppohoitoisiin infektioihin, jotka paranevat ilman vastaanottokäyntiäkin. Näissä tilanteissa asiakkaalla ei ollutkaan siis vastaanottopalvelun tarvetta vaan tarve konsultoida ammattihenkilöä. Selvitys antoi syyn pohtia, miten palvelutarve voidaan tyydyttää entistä joustavammin ja kevyemmin niin, ettei asiakkaan tarvitse tulla terveysasemalle. Ajatus puhelinpalvelun kehittämisestä heräsi. Nämä tavoitteet kirjattiin Kotkan kaupungin sosiaali- ja terveystoimen strategiaan.

Kymenlaakson sairaanhoitopiirin osalta sopivia lähtökohtia hankkeelle puolestaan löi se, että sairaanhoitopiiri oli ryhtynyt määrätietoisesti ottamaan tietotekniikkaa hallinnolliseen ja muuhunkin käyttöön. 1990-luvun puolivälissä Silja-Riitta Sinisalo (sittemmin Medineuvon toimitusjohtaja) toimi sairaanhoitopiirin yhteistyökumppanina tietotekniikkakysymyksissä. Mittavin kehittämistyö liittyi sairaanhoitopiirin keskeiseen rooliin Kaakkois-Suomen sähköisen potilastietojärjestelmäprojektin KAAPON käynnistämi-

sessä. Siinä yhteydessä sairaanhoitopiiriin saatiin tietoa Ruotsissa ja Englannissa toimivasta puhelinneuvonnasta.

Hankkeen käynnistäminen. Kehityshanke sai ilmaa siipiensä alle, kun Medineuvo Oy tarjosi palvelujaan sen käynnistämiseksi. Yrityksen tarjoama palvelu oli yksi kriittinen rakennuselementti. Koska Kymenlaakson sairaanhoitopiirillä ja Kotkan kaupungilla oli entuudestaan toimivat yhteistyösuhteet, niiden oli luontevaa lähteä mukaan hankkeeseen partnereina.

”Meillä on hirmuhyvät yhteistyösuhteet sairaanhoitopiiriin ja se on alusta asti ollut mukana tässä kokonaisuudessa. Ilman sitä tätä ei olisi tällä tavalla syntynyt. Olemme tehneet tätä ihan kimpassa... Sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon mukanaolo puhelinpalvelusysteemin kehittämisessä on avainjuttu.” (Alueen asiantuntija 1)

”Idea tuli Medineuvolta. Vaikka olimme ajatelleet puhelinneuvontaa, emme olleet yhdistäneet sitä mitenkään vielä Medineuvoon. Ei me oltaisi yksin varmaan lähdetty liikkeelle.” (Alueen asiantuntija 2)

”Medineuvon tarjoama palvelu oli täysin avainasia. Yritys, jolla on itsellä intressi kehittyä ja pysyä hengissä, panostaa oman osaamisensa kehittämiseen ja pistää siihen kaikki likoon... Toisin olisi, jos olisimme itse lähteneet tekemään: kaikilla olisi ollut vanha duuni, joka olisi hoidettu siinä sivussa ja mielellään katsottu että se uusi toiminta ei ainakaan vaikuta omaan duuniin mitenkään.” (Alueen asiantuntija 1)

Myös poliittinen ulottuvuus oli tärkeä innovaatioprosessin käynnistämiseksi. Kehittämistyöhön lähteminen nimittäin edellytti poliittisen yhteisymmärryksen aikaansaamista. Kymenlaakson sairaanhoitopiirin johtaja kuvasi kuntien perussuhtautumista uudistushalukkaaksi ja arveli sen liittyvän alueen vähäisiin perinteisiin.

”Kunnissa nähdään, että pitää uudistua ja Kymenlaaksossa on sellainen henki, ettei se (uudistaminen) tähän lopu... Ehkä se, ettei ole perinteitä, tekee ihmiset tällaisiksi. Ei ole mitään pakkoa vanhoa vanhan nimeen. Yhteiskunnassa on jotain, mikä antaa mahdollisuuden puhua asioista asioina... Sairaanhoitopiirin hallitus ja johto ovat keskustelleet aina siitä, mihin suuntaan ollaan menossa. Siellä ei ole poliittisia riitoja, vaan siellä on puhuttu siitä, miten tätä hommaa pitää viedä eteenpäin. Niin se on ollut koko ajan, jokaisessa hallituksessa.” (Alueen asiantuntija 2)

Vaikka vastustusta hankkeelle ei ollut kovin paljoa, neuvotteluja tarvittiin. Heikki S. von Hertzen, jolla oli asema sekä Kotkan terveyslautakunnan puheenjohtajana että sairaanhoitopiirin hallituksen puheenjohtajana, toimi hankkeen aktiivisena puolestapuhujana. Tämä edisti sekä Kotkan kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunnan että sairaanhoitopiirin hallituksen tuen saamista. Sitä helpotti myös se, että ideologia ja strategia

uudenlaisesta toimintamallista olivat olemassa, samoin kuin Medineuvo Oy:n tarjoamat työkalut. Sitran tarjoama noin 40 %:n suuruinen taloudellinen tuki yli miljoona euroa maksavaan kehittämishankkeeseen lisäsi valmiutta myönteiseen päätöksentekoon.

Kesken budjettikauden kesäkuussa 2003 Kotkan kaupungin terveyslautakunta ja sairaanhoitopiirin hallitus päättivät tehdä huomattavan taloudellisen satsauksen puhelinpalvelun kehittämiseen. Sitra sitoutui hankkeen osarahoittajaksi. Tältä pohjalta solmittiin sopimus Kotkan kaupungin, Kymenlaakson sairaanhoitopiirin, MediNeuvo Oy:n ja Sitran välillä kesäkuussa 2003. Hankeen tavoitteeksi määriteltiin tutkia ja selvittää, miten kansalaisen terveystalouden ohjaus- ja tukitoimintoja voidaan kehittää. Hanke saatiin käynnistettyä lokakuussa 2003. Kehittämistyö siirrettiin erilliselle projektiryhmälle, johon kutsuttiin asiantuntijoita sekä Kotkan kaupungilta että sairaanhoitopiiristä. Lisäksi tärkeän asiantuntijapanoksen antoi mm. sairaanhoitopiirin tietotekniikkayhtiön MediIT:n johtaja Timo Koivu.

Aluksi toimintamallia kokeiltiin pelkkänä neuvontana, mutta jo helmikuussa 2004 koko ajanvaraustoiminta yhdistettiin neuvontapuhelimeen. Tilanne näytti aluksi erittäin hyvältä. Asiakkaiden odotusajat puhelimesta olivat lyhyitä, ja noin viidennes niistä ihmisistä, jotka olivat päättäneet tulla lääkäriin, saikin ratkaisun ongelmaansa jo puhelimesta. Hoidettujen puhelujen määrä kuukaudessa oli noin 12 000. Asiakkaiden palaute oli myönteistä.

”Väestö ihan spontaanisti esitti kiitoksia palvelusta. Sellaista ihmettä ei ole ennen tapahtunut.”
(Alueen asiantuntija 1)

Kriittinen vaihe. Keväällä 2005 tilanne kuitenkin muuttui: puhelut alkoivat ruuhkautua ja odotusajat venyä. Vastattujen puheluiden osuus oli aluksi 80 %. Osuuden pieneneminen noin 50 %:iin aiheutti luonnollisesti suurta tyytymättömyyttä asiakkaisissa.

Syntyneen ongelman juuret olivat monissa asioissa. Puhelinneuvontahanke oli käynnistetty tilanteessa, jossa lääkäripulasta johtuen kotkalaisten oli erittäin vaikea saada lääkärin vastaanottoaikoja. Tilannetta vaikeutti tilapäisesti KAAPOon liittyvän Efficatietojärjestelmän käyttöönotto Kotkan kaupungissa vuodenvaihteessa 2004. Uuden tekniikan opettelu lisäsi sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön työpaineita siinä määrin, että vastaanottoaikojen antaminen lopetettiin kolmen viikon ajaksi. Tämä puolestaan lisäsi asiakkaiden tarvetta soittaa Ensineuvo24:ään, jotta he sitä kautta saisivat varata ajan.

Puhelinyhteydenottoja lisäsi huomattavasti vielä maaliskuussa 2005 voimaan astunut hoitotakuu. Terveystalouden organisaatio toimi edelleen entisellä kapasiteetilla, joten vastaanottoaikoja jouduttiin antamaan entistä kauemmas tulevaisuuteen. Tässä

tilanteessa osa asiakkaiden soittomäärien lisäyksestä johtui siitä, että he halusivat kysyä mahdollisesti vapautuvia vastaanottoaikoja lähitulevaisuudesta.

Tähän puhelujen määrän äkilliseen kasvuun osapuolet eivät olleet varautuneet. Kun asiakkaat purkivat tyytymättömyyttään puhelinneuvojiin, neuvojen työ kävi raskaammaksi ja heidän vaihtuvuutensa lisääntyi. Ammattitaitoisten puhelinneuvojen rekrytointitarve kasvoi nopeasti. Medineuvo alkoi kouluttaa heitä lisää, ja tilanne saatiinkin kevään 2005 kuluessa taas hallintaan.

Keväällä 2005 tilanne tuntui sekä Kotkan kaupungin että Medineuvon näkökulmasta äärimmäisen turhauttavalta, mitä kuvaa osittain seuraava lausunto:

”Nyt sitten on vaan hukattu se tilaisuus, mikä oli olemassa. Eli meillä oli tilaisuus siihen, että meillä on kaikkien hyväksymä palvelu, joka toimii. Nyt sitä ei enää ole. Hyväksyntä täytyy rakentaa sille uudestaan. Se on paljon vaikeampi juttu ja vie enemmän aikaa kuin hyväksyntä uudelle palvelulle. Nyt on muodostunut mielipide, että se ensineuvo on muuttunut ’ensineuvotomuuudeksi’.” (Alueen asiantuntija 1)

Ehkä eräs lisäsyö ongelman syntymiseen oli se, että uutta puhelinneuvontapalvelua oli markkinoitu aktiivisesti ilman, että olisi painotettu mahdollisten alkuvaiheen hankaluuksien ja ongelmien kohtaamista. Näistä lähtökohdista pettymys oli kriisitilanteessa suurempi kuin tilanteessa, jossa odotukset eivät olisi olleet niin korkealla. Tietynlaista kriittistä suhtautumista ja muutosvastarintaa oli tosin henkilöstön keskuudessa olemassa ja jo aivan hankkeen alusta lähtien.

Muutoksen vastavoimat. Tärkeimmät toimintamallin muutosta vastustavat voimat tulivat organisaation sisältä. Vastustusta ilmeni kaikissa henkilöstöryhmissä. Tämä liittyi toimenkuvien muutoksiin ja työn vaativuuden lisääntymiseen. Kaikkein tyytymättömmimpiä olivat terveyskeskusavustajat, joiden työ muuttui voimakkaasti uuden puhelinpalvelutoimintamallin käyttöönoton seurauksena. Muutoksen seurauksena ajanvarauksesta alkoivat vastata siis Medineuvon terveyden- ja sairaanhoitajat, ja terveyskeskusavustajien työ muuttui heidän koulutustaan vastaavan avustajan työksi. Muutos korjasi näiltä osin sitä ongelmaa, että terveyskeskusavustajista, joilla ei ollut yleensä terveydenhuoltoalan koulusta, oli suunnittelematta tullut perusterveyspalveluihin pääsyn priorisoijia. Ongelmaa ei ollut silloin, kun kaikki pääsivät hoitoon, mutta kun palvelutarjontaan käytettävissä olevat resurssit ja palvelujen kysyntä eivät enää kohdanneet, ongelma oli muodostunut merkittäväksi.

”Vastaanottoapulaiset, joilla ei ole terveydenhuollon kompetenssia ovat ainoat, jotka menettävät työpaikkansa. Suomen hallitus määräsi, että hoidon tarpeen arvioinnin pitää tehdä henkilö, jolla on terveydenhuollon ammattilaisen kompetenssi. Ja useimmissa kaupungeissa vastaanottotiskillä ei

ole ollut sairaanhoitaja, vaan joku muu, lähihoitaja tai merkonomi. Ne menettivät työnsä silloin, kun hoitotakuu astui voimaan. Kun yleisesti kaupungeissa ei ihmisiä irtisanota, haasteena on löytää heille uusi työtehtävä ja saada heidät koulutettua siihen.” (Yrityksen edustaja 1)

Vallitseva lääkäripula lähtökohtatilanteena oli jo sinänsä heikentänyt työtyytyväisyyttä kaikissa henkilöstöryhmissä. Uusi palvelu toi lisäksi muutoksia lääkäreiden ja sairaanhoitajien työhön. Lääkäreiden potilaskunta muuttui vaativammaksi, eivätkä kaikki kokee neet myönteisenä sitä, että helposti hoidettavien potilaiden osuus väheni. Uuden toimintamallin myötä lääkärin vastaanotolle pääsevät vain ne, joiden katsotaan olevan nimenomaan sen tarpeessa. Tilanne edellytti lääkäreiden ja sairaanhoitajien yhteistyön ja työnjaon kehittämistä. Osa niistä tehtävistä, jotka suoritettiin lääkärin vastaanotolla, siirrettiin sairaanhoitajille. Myös Internetin kautta tapahtuvaa neuvontaa alettiin kehittää. Samalla terveyskeskusavustajien virkoja vähennettiin terveysasemilta ja niitä muutettiin sairaanhoitajien viroiksi. Näin saatiin uusia sairaanhoitajia lisää. Myös pieniä palkkojen tarkistuksia tehtiin sairaanhoitajille, joiden vastuu kasvoi.

”Jos valta-asetelmaa siinä ajattelee, niin tapahtui täydellinen vallankumous.” (Alueen asiantuntija 1)

”Sairaanhoitajat terveyskeskuksissa pitävät aina puhelinneuvontaa fantastisena juttuna. Se selkiyttää heidän työnsä, he saavat paljon enemmän vastuuta, pystyvät hoitamaan potilaita. Suurin vastarinta tulee yleensä lääkäreiltä, koska... me määrätään nyt, ketkä sinne vastaanotolle tulee ja he ovat menettäneet osan siitä kontrollista. Ja voi olla, etteivät palkkausperusteet väestövastuusopimuksessa istu tähän uuteen malliin.” (Yrityksen edustaja 1)

Kehittämisen tilanne joulukuussa 2005 eli tämän julkaisun kirjoittamisen aikaan on seuraavanlainen: Ajanvarusohjetta viimeistellään, ja se on levitetty Kotkan kaupungin henkilöstön käyttöön. Koska reseptit työllistävät terveyskeskuksia paljon, on perustettu työryhmä selvittämään, miten EnsiNeuvo24 voi helpottaa tilannetta (esimerkiksi reseptin tarpeen kirjaamisella potilastietojärjestelmään tai reseptin tarkistamisella). Suun terveydenhuollon viikonloppupäivystyksen puheluiden siirtämisestä EnsiNeuvoon neuvotellaan. Lisäksi fysioterapeutit ovat aloittamassa akuuttivastaanottoa, johon Ensineuvo24 ohjaa alaselkäkipupotilaat ennalta sovituin kriteerein. Fysioterapeutit tutkivat potilaat ja ohjaavat tarvittaessa lääkäriin.

Kymenlaaksossa tavoitteena on kehittää puhelinpalveluneuvontaa sellaiseksi, että se sopii käytettäväksi myös laajemmalla alueella. Tarkoituksena on, että se voisi tulevaisuudessa toimia Kaakkois-Suomen yhteisenä palvelujärjestelmänä.

4.1.2 Avaintoimijoiden odotukset

Kymenlaaksossa verkottumista pidettiin sinänsä hyvänä tavoitteena, mutta Pro Viisikkoa ja Sitran roolia sen koordinoijana ei koettu helposti hahmotettaviksi asioiksi. Pro Viisikkoa pidettiin melko hajanaisena, mitä kuvaa seuraava sitaatti:

”Hiukkasen epäilyttää, että on niin erillisiä juttuja... Pro Viisikon ongelma on se, että eri kehityshankkeissa liikutaan hyvin eri tasoilla. Kun innovaatiosta lähdettiin liikkeelle, osapuolet olisi pitänyt pakottaa tekemään yhteistyötä. Tavoitteenasettelu on ollut liian nopea ja löyhä.” (Alueen asiantuntija 2)

Sekä sairaanhoitopiirissä että Kotkan kaupungissa julkisen rahan käyttöä arvioitiin kriittisesti. Kaupungin terveysjohtaja totesi, ettei mikään kaupungin suurista kehittämishankkeista ole rakentunut julkisen tuen varaan tai ratkennut sen myötä. Tosin hän arveli, että ilman Sitran panostusta kaupungin valmius tehdä myönteinen päätös puhelinneuvonnasta olisi ollut vähäisempi. Hankehakemusten tekeminen koettiin raskaana työnä.

”Kyllä se hankkeiden muotoilu ja hankehakemuksien tekeminen on uuvuttavaa. Eikä hankehakemus vielä tarkoita sitä, että rahaa tulisi. Joku väsää hankehakemuksia ja niihin koetetaan jotenkin ymmärtää joku idea, jolla siihen voisi itse liittyä mukaan. Ja jos sieltä sattuisi tulemaan fyrkkaa, niin koetetaan sitten tehdä sille jotain. Ei se musta voi olla tapa, jolla kehitetään järkevästi terveydenhuoltoa.” (Alueen asiantuntija 1)

”Olen sitä mieltä, että jokainen organisaatio vastaa perusuudistamisesta itse... Ministeriön rahan pitäisi ehkä olla tällaista ohjelmarahaa. Asiaa laitettaisiin jollain monistustavalla kuntoon. Ei sellaista, että kaikkea hyvää jos keksitte niin sitten.” (Alueen asiantuntija 2)

4.2 Etelä-Savon sairaanhoitopiiri

4.2.1 Kehittämisprosessin kuvaus

Etelä-Savossa tarkastelun kohteena oli Internet-neuvontahankkeen integroiminen osaksi alueellisia päivystystoimintoja. Hanke on toteutettu Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ja Medineuvon yhteistyönä.³

³ Etelä-Savon sairaanhoitopiirin 12 jäsenkunnan yhteenlaskettu väestömäärä on noin 106 000. Sairaanhoitopiirillä on kaksi sairaalaa: Mikkelin keskussairaala ja Moision sairaala. Mikkelin kaupunki on jäsenkunnista suurin ja sen asukasluku on 47 000.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä ei ole ollut kirjallista strategiaa, jonka pohjalta puhelinpalvelu- ja nettimeuvontahankkeet olisi käynnistetty. Itse asiassa kirjallinen strategia tuotettiin sairaanhoitopiirissä vasta keväällä 2005. Hankkeiden käynnistämällä pyrittiin ensi sijassa päivystystoiminnan järjestämisessä ennakoitujen ongelmien ratkaisuun.

”Eihän niiden (puhelin- ja nettimeuvontahankkeiden) lähtökohta ollut sellainen, että me oltaisiin strategiasta käsin lähdetty hakemaan. Se oli tällainen spontaani alku. Jotakin piti tehdä, kun oli yhteispäivystys tulossa, että päivystykset ylipäättään hanskataan. Lähtökohta oli enemmänkin käytännöstä kuin strategisesta ajattelusta käsin.” (Alueen asiantuntija 3)

<i>Tarkastettava innovaatioprosessi</i>	Internet-neuvontapalvelun integroiminen osaksi alueellisia päivystystoimintoja
<i>Osapuolet</i>	Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, Medineuvo Oy
<i>Kehittämisen juuret</i>	Mikkelin amk:n kehittämä Hyvis-portaali
<i>Hankkeen eteneminen</i>	Hanke käynnistettiin lokakuussa 2004. Sen toteutuksessa on kolme vaihetta: <ol style="list-style-type: none"> 1. suunnittelu ja yhteistyökumppaneiden etsiminen lokakuu 2004–tammikuu 2005 2. kehittämistyö ja käyttöönotto helmikuu 2005–toukokuu 2005 3. kokeilu, tulokset ja opetukset kesäkuu 2005–helmikuu 2006.
<i>Innovaation kuvaus</i>	Internet-palvelun kehittäminen yhdeksi terveydenhuollon terveystalouksiksi
<i>Innovaatioprosessin rooli Pro Viisikossa</i>	Internet-neuvonnan integroiminen osaksi alueellisia päivystystoimintoja

Internet-neuvonnan kehittämisen rinnalla toteutettiin Etelä-Savon Ensineuvo-puhelinpalveluhanke. Puhelinpalvelu käynnistettiin marraskuussa 2003 siten, että palvelun antajana toimii Medineuvo Oy. Kaikki terveyskeskuspuhelut ja päivystysajan puhelut siirrettiin puhelinpalveluun. Etelä-Savon Ensineuvolla on yhteys sairauskertomukseen hoidontarpeen arviointia ja ajanvaraustoimintoja varten. Sellaisia palveluja, jotka vaativat merkintää sairauskertomukseen, ei voida kuitenkaan antaa Internet-palveluina.

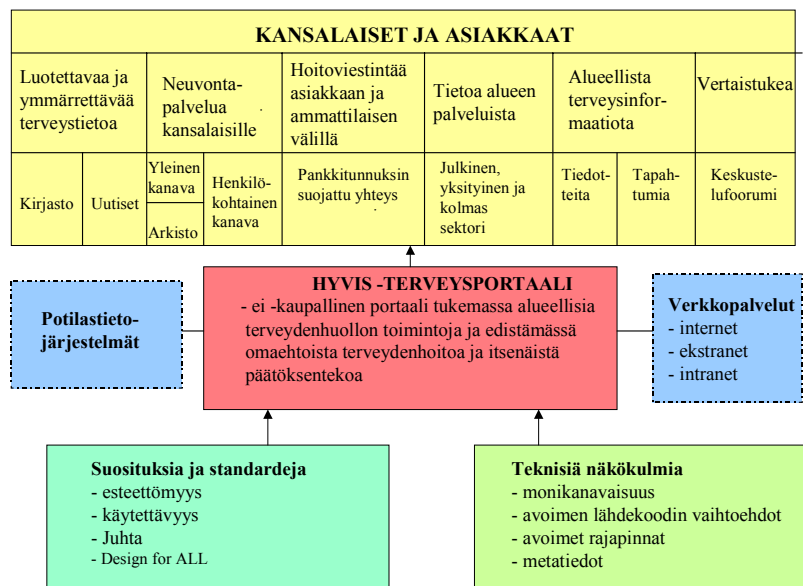
Internet-neuvontahankkeelle hyvän perustan tarjosi Mikkelin ammattikorkeakoulun kehittämä Hyvis-neuvontaportaali. Sitä päätettiin laajentaa kattamaan palveluneuvonnan lisäksi terveysneuvonta, ajanvarauspalvelu ja tulosten vastauspalvelu. Lisäksi ajatuksena oli käyttää verkkopalvelussakin Medineuvon terveyden- ja sairaanhoitajia, jotka toimivat jo sairaanhoitopiirin puhelinneuvonnassa. Tehtävään ryhtyminen kiinnostikin Medineuvoa, koska Internet-kysymyksiin vastaamisella se pystyi tasaamaan puhelinneuvonnan työmäärien huippuja. Internet-neuvonnassa vastausaika on kolme vuorokautta.

Sairaanhoitopiirin hallituksen tuki puhelin- ja Internet-neuvontahankkeille saatiin ilman vaikeuksia.

”Poliittisen tuen saanti tälle muutosprosessille on ollut tosi helppoa. Taloudelliset resurssit on saatu. Tämä lähti hurjan nopeasti liikkeelle. Kun tuli tieto, että tällaiseen on mahdollisuus osallistua, meni muutama päivä kun hankehakemus vietiin hallitukseen ja se hyväksyttiin heti. Innostuksen vallassa lähdettiin ja innostus on jatkunut.” (Alueen asiantuntija 3)

Lisäpontta hankkeiden käynnistykseen antoi Tekesiltä saatava tuki. Sen saaminen edellytti kuitenkin kehittämishankkeen suuntaamista hieman tulevaisuussuuntautuneemmaksi. Hankkeen tavoitteet muotoiltiin laveammiksi: tavoitteena oli tukea ja edistää kansalaisten omatoimista kykyä ratkaista hyvinvointiin liittyviä kysymyksiä sekä helpottaa yhteydenottoa sosiaali- ja terveyspalveluiden tarjoajiin ajasta ja paikasta riippumatta.

Hanke käynnistettiin keväällä 2004. Sen vetäjäksi valittiin Mikkelin ammattikorkeakoulun lehtori Maija Paukkala, joka oli ollut alusta asti kehittämässä Hyvis-portaalia. Sairaanhoitopiirin Internet-neuvontahankkeessa portaalin kehittäminen alkoi Mikkelistä, ja sitä laajennettiin pian koko Etelä-Savon alueelle. Aluksi se kattoi vain palveluluettelon, mutta syksyllä 2005 se sisälsi jo Oy Duodecimin Kansalaisen terveyskirjaston hakupalveluineen, uutispalvelun, Ajankohtaista-palstan, neuvontapalvelun, palveluhakemiston ja keskustelufoorumin (kuvio 3). Lähitulevaisuudessa asiakkaalle avautuu mahdollisuus omaan hoitoon liittyvään viestintään terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.



Kuvio 3. Hyvis-terveysportaalin kokonaisuus ja periaatteet (ESshp:n tiedote 7.11.2005).

Etelä-Savossa sekä Internet- että puhelinneuvonnan kehittäminen organisoitiin sairaanhoitopiirin hankkeiksi toisin kuin Kymenlaaksossa, jossa kehittämishanke on ollut vahvasti sairaanhoitopiirin ja Kotkan kaupungin yhteishanke. Syitä tähän voi hakea ensinnäkin eräistä aiemmista yhteistyökokemuksista, joissa riittävää luottamusta ei ollut aina syntynyt. Erityisesti alueen psykiatrian rakennemuutoksessa ongelmia oli syntynyt siitä, että kaupungin näkökulmasta sairaanhoitopiiri ei ottanut huomioon sen intressejä ja näkökulmaa. Mikkelin kaupungin ja sairaanhoitopiirin yhteistyö on tosin saanut konkreettisia muotoja mm. siinä, että Mikkelin kaupungin ilta- ja virka-ajan ulkopuolinen päivystys toimii sairaanhoitopiirin tiloissa, ja siinä, että kaupunki ostaa laboratorio-palvelunsa sairaanhoitopiiriltä. Kaupungin näkökulmasta yhteistyö näissä asioissa toimiikin erittäin hyvin potilastasolla. Toiseksi ongelmia yhteistyöhön ovat aiheuttaneet sairaanhoitopiirin jäsenkuntien keskinäiset jännitteet.

”Meillä on piirissä sellaisia vastakkainasetteluja, että ”Mikkeli vastaan muut”. Ja kun Mikkeli ei muodosta enemmistöä sairaanhoitopiirissä, vaikka se maksaa puolet ja joskus yli puolet kuluista, piiri linnoittautuu muiden kuntien puolelle Mikkeliä vastaan. Vedotaan siihen, että ei voida tehdä ratkaisuja, jotka eivät ole koko piirin kannalta edullisia. Mikkeli ei voi lähteä ratkaisuihin, jotka maksaa Mikkelille suhteessa enemmän kuin muille kunnille.” (Alueen asiantuntija 4)

Internet- ja puhelinneuvontahankkeessa Mikkelin kaupunki kuitenkin osallistuu kehittämiseen käyttäjän roolissa, ja sairaanhoitopiiri on ollut tyytyväinen Mikkelin aktiivisuuteen uusien asioiden testauksessa. Myös kaupungin näkökulmasta yhteistyö sairaanhoitopiirin kanssa Internet- ja puhelinneuvonnan kehittämisessä on toiminut hyvin.

Sairaanhoitopiirin henkilökunta on suhtautunut jossain määrin kriittisesti muutokseen, ja muutosvastarintaa on ilmennyt. Myös lehtien yleisönosastoissa on ollut kirjoituksia siitä, että ajanvarauksen siirto Medineuville johtaa siihen, että terveyskeskusavustajien työpaikat häviävät.

”Tiedän, että henkilökunnan keskuudessa on ollut jonkin verran muutosvastarintaa. Jotkut työt loppuvat esimerkiksi terveyskeskuksissa, kun sitä työtä ei ole. Tällä hetkellä työttömiä tämä ei tuo, koska meillä on kohtuullisen paljon muutakin työtä.” (Alueen asiantuntija 3)

Yhteistyö sairaanhoitopiirin ja Medineuvon kanssa on periaatteessa toiminut hyvin. Puhelinneuvonnan kokeilun käynnistäminen samanaikaisesti Kymenlaaksossa ja Etelä-Savossa tuotti vuorovaikutteista oppimista, joka liittyi käyttöön ja käyttöympäristöön. Kokeilut aloitettiin syksyllä 2003 hieman eri konsepteilla. Kotkassa aloitettiin vain neuvonnalla, kun taas Etelä-Savossa Medineuvo otti päivystyksen heti hoidettavakseen. Päivystyspuhelut toimivat niin hyvin, että Kotka siirtyi nopeasti samaan järjestelmään.

”Kun käytännöt ovat erilaisia eri kaupungeissa, pystymme imemään parhaimmat ja levittämään ne asiakkaille tai kehittämään niitä itsekin eteenpäin. Toimintamalli vaatii sitä, että kaikki kirjataan. Kun on hoitajia ympäri Suomea, prosessien pitää olla aivan selkeitä. Sitä ne eivät ole tänä päivänä missään. Saman terveystieteiden sisällä voi samaa asiaa hoitaa monella eri tavalla.” (Yrityksen edustaja 1)

Alueilla kohdattiin myös samoja ongelmia, kuten ruuhkautuminen. Keväällä 2005, kun Etelä-Savossa laboratorio- ja päivystysajanvaraukset siirrettiin puhelinpalveluun ja kun hoitotakuu astui voimaan, puhelumäärä kaksinkertaistui eivätkä Medineuvon resurssit riittäneet vastaamaan riittävään määrään puheluita. Tästä aiheutui tyytymättömyyttä asiakkaiden keskuudessa. Medineuvon toteuttama uuden henkilöstön rekrytointi ja kouluttaminen helpotti tilannetta kuitenkin nopeasti. Erityisen myönteistä paikallisten toimijoiden näkökulmasta oli se, että Medineuvo perusti uuden palvelupisteensä Mikkelin, koska se tuo uusia työpaikkoja.

Etelä-Savon kehittämistyössä on kohdattu siis jossain määrin samoja haasteita kuin Kymenlaaksossa. Toisaalta toteutustapa ja tavoitteenasettelu eivät ole aivan samanlaisia. Ensinnäkään Etelä-Savossa hanke ei ole suurimman kaupungin ja sairaanhoitopiirin yhteinen kuten Kymenlaaksossa, vaan se on yksin sairaanhoitopiirin vetämä. Toiseksi tavoitteenasettelussa Etelä-Savossa ei myöskään mennä yhtä pitkälle kuin Kymenlaaksossa. Kotkan terveysjohtaja kuvaa eroja seuraavasti:

”Etelä-Savon puhelinneuvonta on sairaanhoitopiirin vetämä hanke. Ne alun pitäen keskittyivät vain tähän neuvontapalveluun. Sitten siihen tuli sairaanhoitopiirin päivystysten puhelut mukaan, mutta ei sitä hoidontarpeen arvio -osiota kokonaisuudessaan perusterveydenhuollon osalta, joka oli se meidän ainoa tärkeä, vaikuttava, muuttava osio, jonka takia me haluttiin lähteä rakentamaan sitä.” (Alueen asiantuntija 1)

4.2.2 Avaintoimijoiden odotukset

Pienenä sairaanhoitopiirinä Etelä-Savo on pyrkinyt säästämään resursseja yhteistyön avulla. Miljoonapiirissä se on tottunut tekemään yhteistyötä yliopistosairaalan kanssa, ja erityisesti Itä-Savon piirin kanssa sillä oli vakiintuneet toiminnalliset yhteistyösuhteet. Esimerkiksi sädehoitopalvelut se ostaa Jyväskylästä ja Lappeenrannasta. Mikkelin perusterveydenhuollon laboratorio- ja apteekkitoiminnot on yhdistetty sairaanhoitopiirin vastaaviin toimintoihin, ja piiri hoitaa kokonaan myös Mikkelin kaupungin hoitotarvikevarastoinnin.

Tästä samasta näkökulmasta tarkastellen Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ja Mikkelin kaupungin haastatellut edustajat kokivat Pro Viisikko -yhteistyön erittäin hyvänä: kehiti-

tämishankkeita on hyödyllistä tehdä yhdessä, jottei tehdä päällekkäistä työtä eikä hukata resursseja. Tekesin rahoitus oli edellytys sille, että sairaanhoitopiiri pystyi käynnistämään Internet-neuvontahankkeen. Pro Viisikon odotettiin tuottavan hyvin monenlaisia tuloksia. Niihin kuuluivat niin uudet innovaatiot ja käytännöt kuin nykyisten toimintamallien parantaminen.

”Sairaanhoitopiirien välinen yhteistyö on erittäin hyvä, koska sitä varmaan joudutaan tekemään laajemmalla rintamalla muutenkin. Erinomaisen hyvä kuvio opetella yhteistyötä.” (Alueen asiantuntija 3)

”Odotan siltä varsin paljon uusien innovaatioiden ja uusien käytäntöjen luomista ja hoitoprosessin sähläyksen poistoa. Tietotekniset potilaan lähettämiset ja kuvan siirrot, senhän pitäisi muuttaa tätä nykyistä toimintaa olennaisesti monissa asioissa.” (Alueen asiantuntija 4)

Pro Viisikon tapaisten verkostojen arveltiin pystyvän edistämään innovaatioiden leviämistä. Haastatellut toivat samalla kiinnostavasti esille ajatuksia siitä, miten tällaiset verkostot voivat edistää uusien ideoiden leviämistä ja hyödyntämistä:

”Jos (Pro Viisikossa) jossain joku asia on korjattu, sitä mennään katsomaan. Asia saa paljon paremmin tuulta siipien alle, kun saman erikoisalalan kollegaylilääkäri kertoo sille ja se voi viedä ajatuksen omana tai saman ammattikunnan ideana omaan sairaalaan, ettei sitä ylhäältäpäin tuoda. Se on yksi salaisuus. Professionaaliset ammattikunnat ja perinteiset tavat toimia ovat erittäin muutosvastarintaisia. Usein yksikön ylilääkäri ratkaisee paljon enemmän yksikkönsä toiminnasta kuin joku sairaanhoitopiirin johtava lääkäri, vaikka se olisi kuinka innokas viemään sinne. Jos siellä on joku vanha jäärä, joka sanoo, että vain minun ruumiini yli, niin se menee vain sen ruumiin yli.” (Alueen asiantuntija 4)

4.3 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

4.3.1 Kehittämisprosessin kuvaus

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri⁴ on mukana Pro Viisikko -kokonaisuudessa kahdessa eri roolissa. Toisaalta sillä on kaksi osahanketta ja toisaalta se toimii kokonaisuuden koordinoijana.

⁴ Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin 26 jäsenkunnan yhteenlaskettu asukasmäärä on 194 000. Piirissä on kaksi sairaalaa: Seinäjoen keskussairaala ja Ähtärin sairaala.

<i>Tarkasteltava innovaatioprosessi:</i>	a) Sairaalaprosessien kehittäminen b) SIP-protokollan soveltaminen
<i>Osapuolet</i>	a) EpsHP, LifeIT Oyj, Tampereen teknillinen yliopisto b) EpsHP, Wirlab-konsortio, pieniä tietotekniikkayrityksiä, QDC Business Engineering Oy
<i>Kehittämisen juuret</i>	a) LifeIT Oyj:n perustaminen 2000, yrityksen tulo Pro Viisikon koordinoijaksi b) Shp:n ja Wirlabin osallistuminen STM:n Itse-hankkeeseen
<i>Hankkeen eteneminen</i>	a) Käynnistettiin kesäkuussa 2004 shp:n omana kehittämishankkeena. Kaksi pilotointijaksoa ollut, kolmas tulossa. Pilottivaiheissa tehty 3 leikkausta/pvä aiemman kahden sijasta. Tietoa kerätään piloteista tuloksia varten. b) Hanke käynnistetty jo ennen Pro Viisikkoa. Tavoitteen muuttuminen. SIP-ympäristöä kehitetty ja rakennettu erillisen SIP-proxyn ympärille.
<i>Innovaation kuvaus</i>	a) Tekonivelleikkausprosessin uudistaminen b) Alkuperäisistä tavoitteista luovuttiin.
<i>Innovaatioprosessin rooli Pro Viisikossa</i>	a) Hoitoketjujen hallinnan työkalujen kehittäminen b) Osa terveydenhuollon viestinvälitys- ja läsnäolopalvelua, joka liittyy edelliseen.

Strategisen suunnitteluprosessin ja tulosjohtamisjärjestelmän rakentaminen on Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä aloitettu vuonna 1991. Nykyisin tulosyksiköt muodostuvat lääketieteellisistä erikoisaloista, hallinto- ja taloustoiminnoista sekä teknisistä palveluista. Piirissä toteutettiin 1990-luvun puolivälissä laaja TQM-ajatteluun pohjautuva laatuhanke yhdessä Kuntaliiton kanssa. Sen jälkeen on alettu soveltaa BSC-järjestelmää. Laatuajattelua ei kuitenkaan vielä ole omaksuttu kattavasti.

Kahdesta osahankkeesta toinen eli sairaalaprosessien kehittäminen pohjautuu piirin vuonna 2002 laadittuun strategiaan. Toinen osahanke sen sijaan ei ollut strategiasta ohjautunut. Seuraavassa kuvataan lyhyesti molemmat osahankkeet ja niiden eteneminen.

A. Sairaalaprosessien kehittämishanke

Osahankkeen A tavoitteena on sairaalaprosessien sujuvuuden kehittäminen. Pilottina on ollut Seinäjoen sairaalan leikkaussaliprosessi, ja tavoitteena on tuottaa mittareita ja välineistöä, jolla prosessitietoa voidaan helposti kerätä. Samalla selvitetään, miten prosessit toimivat käytännön kannalta eli miten asiantuntijat toimivat prosessissa.

Hankkeen juuret liittyvät telelääketieteen kehittämisyritys LifeIT:n perustamiseen. Sen toiminta alkoi yhdistyksenä jo 1997 ja on jatkunut osakeyhtiömuotoisena vuodesta 2000. Sen suurimpana omistajana toimii Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ja muita omistajia ovat mm. Seinäjoen kaupunki, Cygate Oy ja TietoEnator Oyj. Yrityksen

johtoon tuli vuonna 2003 TkL Teemu Paavola, jonka asiantuntemus liittyi erityisesti sairaalaprosessien kehittämiseen.

Sairaalaprosessien kehittäminen käynnistettiin sairaanhoitopiirin omana kehittämissankkeena jo kesäkuussa 2004, siis ennen kuin Tekes oli tehnyt päätöksen Pro Viisikkoa varten anotun hankkeen rahoituksesta. Hanketta tarvittiin, koska leikkaussalien vaihdot olivat hitaita ja leikkaussaleissa saatiin leikattua liian vähän potilaita. LifeIT tarjosi hankkeeseen prosessinkehitystyökaluja ja sovelsi tuotannonohjausta sairaalaympäristössä. Hankkeessa tavoiteltiin tilannetta, jossa tekonivelleikkausten osalta leikkaussalia voitaisiin ”ajaa kuin konetta”. Leikkaussalin kapasiteetin käyttöä nostettiin mm. eriyttämällä tekonivelpotilaan puudutusvaihe salista erilliseen induktiotilaan. Hanke tuottikin tilanteeseen nopeasti parannusta. Lopputuloksena Seinäjoen keskussairaalan tekonivelsalin päivätuotanto saatiin nostettua kahdesta leikkauksesta kolmeen, mikä olennaisesti paransi mahdollisuutta toteuttaa hoitotakuun mukainen palvelu. Uudistetun hoitoprosessin laskettiin tuovan keskussairaalalle yli puolen miljoonan euron kustannussäästön (Jokipii ym. 2005).

LifeIT:n olemassaolo ja Teemu Paavolan osaaminen tarjosivat edellytykset Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tarjoutumiselle myös Pro Viisikon koordinaattoriksi. Sairanhoitopiiri osti koordinoitupalvelun LifeIT:ltä. Näistä lähtökohdista lähti liikkeelle myös sairaanhoitopiirin hankkeiden sisällöllinen suunnittelu.

”Siitä sitten seurasi, että kun LifeIT tuli suunnittelemaan tätä koko Pro Viisikkoa, Teemu Paavola tuli myös kokoamaan Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin osioita Pro Viisikkoon. LifeIT kehitti siihen Etelä-Pohjanmaan A-hankkeen, jossa meidän oma substanssiosaaminen oli vahva. Tämä alkuperäinen Wirlabin hanke sitten otettiin meidän osahankkeeksi B.” (Alueen asiantuntija 5)

B. SIP-tekniikan hyödyntäminen kotihoidossa

Toinen osahanke liittyy SIP-tiedonsiirtoprotokollan soveltamiseen terveydenhuollon informaationvälitykseen. Hanke syntyi sairaanhoitopiirin ulkopuolella eikä piirin strategian ohjaamana. Sen juuret ovat STM:n vetämässä, valtakunnallisessa vanhusten ja vammaisten itsenäistä selviytymistä tukevassa Itse-hankkeessa, johon Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri oli osallistunut. Itse-hankkeen historia puolestaan liittyy Tampereen teknillisen yliopiston pyrkimykseen kehittää ja tutkia langattomia teknologioita. Yliopisto rakensi tätä tarkoitusta varten Wirlab-nimisen konsortion, johon liittyy myös joukko yrityksiä ja puhelinoperaattoreita, kehittämään ja tutkimaan tietoliikenteen sovelluksia. Wirlab kehitti Itse-hankkeessa SIP-tekniikan pohjalle rakentuvaa, potilaiden kotihoitoa tukevaa ohjelmistoa. Tämä ohjelmisto tarjosi lähtökohdan Etelä-Pohjanmaan Pro Viisikko -hankkeen määrittelylle.

Hankehakemuksen lähtökohtana oli se, että sairaanhoitopiirissä Seinäjoen terveystakeskus ja Seinäjoen kotipalvelu kokeilevat ohjelmistoa, koska se on kehitettykin tässä ympäristössä. Testaukseen oli tarkoitus kytkeä useita työntekijöitä siten, että he tekevät normaalia työtään mutta puhelin taskussa, jolloin työ olisi ollut Tekes-rahoitukseen vaa-dittavaa omaa rahoitusta. Suunnitelma ei kuitenkaan onnistunut, koska Seinäjoen seudun terveystakeskus valitsi kotisairaanhoidon tietojärjestelmäksi Effican, ja kun Wirlabin kehittämä ohjelmisto ei ollut yhteensopiva Effican kanssa, yhtymä ei halunnut lähteä mukaan kokeiluun. Wirlab oli projektissaan alun perin tavoitellut yhteensopivuutta Effican kanssa, mutta kehitysprosessi oli niin pitkä, että Effican kehitys meni Wirlabin ohitse. Tilanne johti siihen, että keväällä 2005 havaittiin, ettei Itse-järjestelmän kaupallistaminen onnistu alun perin suunniteltuun käyttöön. Hankkeen tavoitteesta jouduttiin siis tältä osin luopumaan.

”Kehittämisprosessi on ollut sen verran pitkä, ettei meidän kannata Itse-järjestelmää enää kaupallistaa siihen alkuperäiseen käyttöön. Muita sovellusalueita pitäisi tutkia. Tavoitteet elävät tällä hetkellä. Markkinat ovat niin pienet, ettei montaa rinnakkaista järjestelmää kannata synnyttää. Pitäisi olla niin ylivoimainen verrattuna muihin, että pystyisi valloittamaan markkinoita olemassa olevilta järjestelmiltä. Tämä on Itse-ohjelmiston heikkous.” (Alueen asiantuntija 5)

Tällä hetkellä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirillä ei ole sopimusta SIP-verkkoa kehittäneen tahon kanssa. Verkko on rakennettu sairaanhoitopiiriin, ja se on asennettujen puhelimien osalta toiminnassa. Puhelimia käytetään, joskin käyttö on ollut hyvin satunnaista. Hankkeen puitteissa SIP-puhelimia on jaettu Seinäjoen keskussairaalan henkilökunnalle ja koesoittoja on tehty. Verkossa on otettu videoneuvotteluyhteyksiä; esimerkiksi joulukuussa 2005 lähetettiin ensiapupoliklinikalta potilaan kipsauskuvaa kipsauskoulutukseen. Tavoitteena on testata vielä SIP-puhelimia ennen 28.2.2006, jolloin SIP-puhelimien ja SIP-proxyn vuokrausaika loppuu.

Kahden hankkeen rinnakkainen vetäminen ei ole sujunut ongelmitta henkilökemioista johtuen. Tätä kuvaa seuraava sitaatti:

”Etelä-Pohjanmaan osalta hankaluus on se, että A- ja B-osoiden toteuttajilla on aika vahvat henkilötason jännitteet keskenään, mikä ei koskaan helpota. Siinä on ihan selvästi kilpailuasetelma. Olisi hyvä, jos se ohjautuisi positiiviseksi voimaksi, mutta jos se on negatiivista energiaa, niin ei. B-osan, siis alkuperäisen osan kirjoittaja on jouduttu sivuuttamaan ja uusi rakenne tekemään siihen B-osaan.” (Alueen asiantuntija 5)

4.3.2 Avainhenkilöiden odotukset

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä koettiin, että Sitran kokoamat neuvottelutilaisuudet olivat olleet se vahvin tekijä, joka yhdisti alueiden kehittämistyötä Pro Viisikon puitteissa. Kokonaisuuteen suhtauduttiin kuitenkin varsin kriittisesti.

Kokonaisuuden ongelmana pidettiin sitä, että se on rakennettu yhdistämällä sairaanhoitopiirien jo olemassa olleita erillisiä hankkeita ilman kokonaissuunnitelmaa. Hyödyllisempänä olisi pidetty sitä, että sairaanhoitopiirit olisivat alusta alkaen itse tehneet yhteisen kehittämissuunnitelman ja sitä koskevan tehtävajaon. Tällaisen toimintamallin olisi arveltu tuottavan enemmän synergioita. Pro Viisikossa Etelä-Pohjanmaan hankkeilla ei ole synergiaa muiden Pro Viisikko -hankkeiden kanssa.

”Tämän hankkeen ongelma on se, että olemassa olevia hankkeita pantiin yhteen ilman kunnollista suunnitelmaa. Uskon, että tämä olisi ollut hyödyllisempi, jos nämä viisi sairaanhoitopiiriä olisivat puhtaalta pöydältä lähteneet miettimään, mitä terveydenhuollossa pitää kehittää ja sitten tehty tehtävänjako. Silloin varmasti synergioita olisi syntynyt.” (Alueen asiantuntija 5)

Tekesin ja STM:n rahoitushakuja pidettiin päällekkäisinä, mikä aiheutti koordinaatio-ongelmia. Niitä aiheutui myös siitä, että kokonaisuus käynnistyi hankkeilla, jotka olivat eri kehitysvaiheissa. Toisissa oli pitkälle edennyttä tuotekehitystä ja testaustakin, ja toisten osalta oltiin alkuideoinnissa.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä kehitetyistä palveluista ei odotettu syntyvän vielä Pro Viisikon päättymisvaiheessa monistettavia ratkaisuja. Sen sijaan arveltiin, että kokonaisuuteen liittyvät puhelinneuvontaratkaisut olisivat silloin valmiita levitettäväksi. Odotukset Pro Viisikon tuloksista eivät liittyneet niinkään kaupallistettaviin teknologioihin vaan pikemminkin yhteistyön edellytysten rakentumiseen:

”Paras lopputulos olisi, että saisimme tämän yhteistyöverkoston sillä tavalla vakiinnutetuksi, että voisimme lähteä tekemään yhteistä hanketta jatkossa. Eikä vaan viittä erillistä hanketta. En usko, että näistä syntyy teknologioita, joita olisi helppo kaupallistaa ja levittää. Ei ainakaan näistä aineksista, mutta terveydenhuollon tietoteknologiassa ja käytännöissä on paljon sellaista, jossa voisi aidostikin synnyttää kehittämishankkeita, joissa syntyy myös kaupallistettavaa ja levitettävää tuotetta.” (Alueen asiantuntija 5)

Sairaanhoitopiireillä luonnollinen yhteistyökuvio on miljoonapiirien ERVA-puitteissa, ja sen arvioitiin toimivan hyvin. Kansallinen terveysthanke on vauhdittanut yhteistyötä TAYSin erityisvastuualueella, ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on toiminut tiiviissä yhteistyössä useissa suurissa hankkeissa. Näistä voidaan mainita erilaiset sairauskohtaiset hankkeet ja itse asiassa kaikkein suurimpana tietotekniikkahanke, jossa

otetaan käyttöön viitetietokantajärjestelmä. Keskussairaalatason yhteistyön arvioitiin täydentävän ERVA-tason yhteistyötä hyvin.

”Pro Viisikko rikkoo erityisvastuualueen rajaa. Samantyyppiset, tavalliset keskussairaalat oppivat tekemään yhteistyötä. Meillä on nyt esim. käynnistymässä 10 sairaanhoitopiirin yhteishanke, jossa kehitetään sähköistä sairaskertomusjärjestelmää. Samantyyppisesti kuin Pro Viisikossa siellä sovitaan, mitä osa-aluetta kukin sairaanhoitopiiri kehittää. Siellä on jo aidosti se, että jos joku sen kehittää niin muut voivat ottaa sen käyttöön. Siinä on yhdistävänä tekijänä se, että kaikilla on sama sähköinen sairaskertomusjärjestelmä eli TietoEnatorin Effica-järjestelmä. Yhteinen pohja on aidompi. Uskon, että tavallisten keskussairaaloitten kannattaa verkottua ja tehdä yhteistyötä myös yliopistosairaaloitten ohitse. Yliopistosairaaloitten ongelma yhteistyökuvioissa on se, että ne yleensä dominoi. Se ei ole aina hauskaa.” (Alueen asiantuntija 5)

4.4 Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

4.4.1 Kehittämisen prosessin kuvaus

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin⁵ osallistuminen Pro Viisikkoon liittyy puhelinneuvontapalvelun kehittämiseen. Puhelinneuvonnan kehitystyössä on mukana vuonna 2000 perustettu ohjelmistoyritys Raisoft Oy. Sen tuottamat ohjelmistoratkaisut pohjautuvat Resident Assessment Instrument (RAI) -järjestelmään ja sen hyödyntämiseen vanhus-tenhuollon suunnittelussa ja johtamisessa. Yritys on kehittänyt ohjelmiston sekä van- husten koti- että laitoshoidon, ja kehitteillä on ohjelmisto akuuttihoitoon. Pro Viisikko -hankkeessa on tarkoitus pilotoida Raisoftin akuuttihoitojärjestelmiä ja screening-järjestelmiä. RAI-ohjelmistoperheeseen liittyvää koulutusta antaa Chydenius- Instituutti, joka on Kokkolan yliopistokeskukseksi ja koulutusorganisaatio. Stakes on osallistunut tiiviisti RAI-ohjelmistopakettien kehittämiseen.

⁵ Piiriin 13 jäsenkunnan yhteenlaskettu asukasmäärä on 77 000. Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on sopinut Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirien kanssa siitä, että kuntayhtymät huolehtivat erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisesta myös toistensa jäsenkuntien väestölle ilman erillistä maksusitoumusta. Keski-Pohjanmaan keskussairaala sijaitsee Kokkolassa.

<i>Tarkasteltava innovaatioprosessi</i>	Edellytysten luominen kolmen sairaanhoitopiirin yhteisen call centerin toteuttamiselle
<i>Osapuolet</i>	Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Raisoft Oy, ACC Group, Chydenius-Instituutti, Stakes, Kokkolan kaupunki, Kokkolan seudun terveystieteiden tutkimuskeskus
<i>Kehittämisen juuret</i>	2000-luvun alun puhelinneuvontaan liittyvät selvityshankkeet
<i>Hankkeen eteneminen</i>	Puhelinpalveluneuvonnan pilotointi aloitettiin lokakuussa 2005. Tietoa annetaan palvelutarjonnasta. Vuoden 2006 aikana palvelua laajennetaan henkilökohtaiseen ohjeistukseen.
<i>Innovaation kuvaus</i>	Tavoitteena seudullinen call center
<i>Innovaatioprosessin rooli Pro Viisikossa</i>	Potilasneuvonnan ja hoidon koordinoinnin kehittäminen osana usean sairaanhoitopiirin yhteistä hanketta

Sairaanhoitopiirillä on kirjallinen strategia, ja laatujärjestelmää on rakennettu vuodesta 1996 lähtien. Piirin johto on kokenut laatujärjestelmän tuoneen systemaattisuutta ja muita hyötyjä. Laatutoiminta on kuitenkin ollut hoitohenkilökuntavetoista, koska lääkärit kokevat sen lähinnä lisäävän työtä. Kehittämistoimenpiteillä on merkittävä asema sairaanhoitopiirin strategiassa, ja hankeideoiden strategista merkitystä arvioidaan sen pohjalta.

Puhelinneuvontaidean syntyyn Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä vaikutti kaksi aihetta sivuavaa selvitystyötä. Toinen niistä sijoittuu vuoteen 2002, jolloin Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri yhteistyössä neljän muun sairaanhoitopiirin kanssa teetti konsulttitoimistolla selvityksen asiasta. Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin johtaja kuului selvityshankkeen ohjausryhmään. Toinen selvitystyöstä oli STM:lle tehty puhelinneuvontaa koskeva selvitys, johon liittyen sairaanhoitopiirin johtajaa haastateltiin. Nämä haastattelut johdattivat hänet perehtymään puhelinneuvonnan haasteisiin ja mahdollisuuksiin.

Piiri haki STM:ltä kehittämisrahaa puhelinneuvonnan kehittämiseen ja saikin sitä. Samoihin aikoihin saatiin tieto, että Pro Viisikko -kokonaisuus oli suunnitteilla ja että Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirit olivat päättäneet osallistua siihen. Keski-Pohjanmaata kannusti osallistumaan se, että sillä oli entuudestaan yhteistyösuhteet näiden piirien kanssa ja oma puhelinneuvontahanke oli jo käynnistetty.

Keski-Pohjanmaan Pro Viisikko -hankkeessa pyritään pilotoimaan puhelinpalvelua, joka tuotetaan omin voimin, ilman ulkopuolista palveluntuottajaa. Puhelinpalvelu, joka toimii joka päivä 24 tuntia vuorokaudessa, edellyttää kuitenkin riittävää väestöpohjaa. Tavoitteena onkin toimintamalli, joka täydessä mitassaan palvelisi kolmen sairaanhoito-

piirin aluetta (Keski-Pohjanmaa, Etelä-Pohjanmaa ja Vaasa), jonka asukasmäärä on yhteensä yli 400 000. Kukin piiri hoitaisi virka-aikana oman palvelunsa, ja sovitun työnjaon mukaan jokin yksikkö vastaisi palvelusta hiljaisena aikana eli iltaisin, öisin ja viikonloppuisin.

Puhelinneuvonnan pilotointi aloitettiin lokakuussa 2005. Aluksi kaksi terveyden- tai sairaanhoitajaa antaa virka-aikana lähinnä päivystysaikaista palvelutarjontaa ja palveluvaihtoehtoja koskevaa neuvontaa. Samanaikaisesti aloitettiin asia-, sairaus- ja potilasryhmäkohtainen puheluiden suunnittelu. Käytössä on ASP-palveluna toteutettu ohjelmisto, josta voi tehdä linkityksiä käypähoitosuositukseen, kuntakohtaisiin palvelutietoihin ja sairaalan potilasohjeisiin. ASP-sovelluksen on toimittanut ACC Group, ja se on ollut luomassa myös piirin puhelinviestintästrategiaa. Medictes Oy integroi puhelin- ja potilastietojärjestelmän sekä tuo parempia puhelinliikennekäytäntöjä sairaalan palveluneuvontayksikköön ja kirurgian poliklinikalle. Vuoden 2006 aikana palvelua laajennetaan siten, että numerosta voi saada henkilökohtaista ohjeistusta ja ehkä myös hoidon tarpeen arviointia. Puhelinkontaktit kirjataan aluksi erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmään.

Puhelinneuvontahanke on ollut Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hallinnoima. Terveyskeskusten taholta on nostettu esille kysymys siitä, kenellä on mandaatti edistää tällaista toimintaa: onko sairaanhoitopiiri oikea organisaatio, kun puhelinneuvonta vastaa selkeämmin perusterveydenhuollon tarpeisiin. Sairanhoitopiiri on pyrkinyt pitämään terveyskeskukset ajan tasalla hankkeen etenemisestä mm. kutsumalla Kokkolan seudun terveyskeskusten edustajat hankkeen ohjausryhmään. Jatkossa on tarkoitus integroida puhelinneuvonta myös terveyskeskusten toimintaan.

Sairanhoitopiirin hallituksessa hankkeeseen on suhtauduttu rakentavasti ja myönteisesti. Hallitus ei ole kyseenalaistanut kehittämistarvetta eikä lähestymistapaa. Sen sijaan henkilöstön suhtautuminen ei ole kokonaisuudessaan ollut näin ristiriidaton. Sairanhoitopiirin henkilöstön suhtautumista hankkeeseen kuvattiin keväällä ”varovaisen odottavaksi” painottaen sanaa varovainen. Sen suhtautuminen on neutraalimpi kuin terveyskeskusten henkilöstön, jolla on paljon enemmän odotuksia mutta enemmän myös epäilyksiä ja kriittisyyttä.

4.4.2 Avainhenkilöiden odotukset

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin yhteistyö Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirien kanssa on ollut tiiviimpää kuin muiden Pro Viisikko -tahojen kanssa. Kokonaisuuden kahtiajakoa ei kuitenkaan koettu tapahtuneen:

”Käytännön yhteyksien kannalta yhteys Vaasan ja Seinäjoen kanssa on huomattavasti tiiviimpää kuin Mikkelin ja Kotkan kanssa. Pro Viisikko on kuitenkin kokonaisuus ja siinä kaikki osapuolet ovat voineet olla hyvin tasavertaisesti. En näe Pro Viisikon sisällä minkäänlaista vastakkainasettelua.” (Alueen asiantuntija 6)

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä Pro Viisikon kaltaista yhteistyötä pidettiin myönteisenä, koska yhden sairaanhoitopiirin voimavarat ovat rajalliset. Kun toimijoiden määrä saadaan riittävän suureksi, tarve saada yhtenäisiä ratkaisuja automaattisesti lisääntyy. Näin saadaan resursseja ja kriittistä massaa. Tärkeää on, että käyttötapakirjo saadaan niin suureksi, että kaikki ominaisuusvaatimukset tulevat esille, koska ihmiset toimivat ja käyttävät samoja työkaluja eri tavalla. Riittävän suuri toimintatapakirjo auttaa löytämään optimiratkaisun. Pro Viisikossa oli kertynyt tärkeää kokemusta ja oppia yhteistyön tekemisestä.

Tulosodotusten suhteen oltiin kuitenkin varovaisia. Periaatteessa odotettiin, että yhteistyöllä saadaan tuotettua hyviä työkaluja kysynnän hallintaan ja prosessien parantamiseen, mutta näin lyhyellä aikajänteellä ei sellaisia vielä odotettu syntyvän. Ensimmäisen vaiheen tuloksena odotettiin syntyvän aiheita jatkokehitystä varten.

Yritysyhteistyöhön liittyi erilaisia kokemuksia. Sairaanhoitopiiri oli kokenut yhteistyön Raisoftin kanssa rakentavana, joskin kokemuksia oli kertynyt vasta muutamasta toimintavaihtoehdoista kartoittavasta palaverista syksyyn 2005 mennessä. Sen sijaan Medineuvon markkinointi oli koettu sairaanhoitopiirissä kielteisesti.

”Kyllähän tässä on nähtävissä, että kaikilla markkinoilla toimivilla osapuolilla on varsin itsekäät tarkoitusperät, jotka lyövät joskus vähän läpikin. Viitataan ulkopuoliseen palveluntuottajaan eli lähinnä Medineuvon. Tietenkin olemme saaneet sieltä ihan hyvää tutkimusinformaatiota ja keskusteluyhteys on toiminut ihan hyvin. Mutta kriittisiä ajatuksia on herättänyt markkinointi Pro Viisikon ulkopuolella oleviin toimijoihin. Mennään alueen muiden toimijoiden kautta, kun meillä on nyt tämä poikkeava lähestymistapa, eli ei ole suoraan lähdetty ostamaan.” (Alueen asiantuntija 6)

4.5 Vaasan sairaanhoitopiiri

4.5.1 Kehittämisen prosessin kuvaus

Vaasan sairaanhoitopiiriin⁶ portaali-ohjauksen kehittämishanke muodostuu neljästä osiosta. Niistä tärkein on vuorovaikutteisten palvelujen testaaminen Stockholms läns landstingin käytössä olevan Vårdguiden-portaalin avulla. Sen tavoitteena on parantaa hoito-
ketjujen toimivuutta. Toinen osio liittyy Duodecimin terveyskirjaston soveltuvuuden arviointiin, kolmas portaali-ohjauksen kokeiluun tietyllä potilasryhmällä ja neljäs potilaan ja lääkärin väliseen suoraan Internet-asiointiin. Sitran toimiminen omistajana ruotsalaisessa yhtiössä, joka on mukana Vårdguidenissa, on helpottanut kokeilua ja kiinnittänyt Vaasan sairaanhoitopiiriin Vårdguideniin. Kokeilu on edellyttänyt yhteistyötä Stockholms läns landstingin ja it-alan yrittäjien kanssa. Portaalia kokeillaan Maalahden ruotsinkielisessä terveyskeskuksessa.

<i>Tarkasteltava innovaatioprosessi</i>	Portaali-ohjauksen kehittäminen
<i>Osapuolet</i>	Vaasan sairaanhoitopiiri
<i>Kehittämisen juuret</i>	Kehittämiseen liittyviä ideoita on ollut esillä useiden vuosien ajan.
<i>Toiminnan käynnistämisen vaiheet</i>	Hankkeessa on kaksi vaihetta: 1) ohjelmiston sovittaminen paikallisiin olosuhteisiin ja 2) varsinainen kokeilu. Vårdguidenin kokeilu Maalahden terveyskeskuksessa käynnistynyt syksyllä 2005. Laboratorion ajanvarausohjelman ja vuorovaikutteisen lääkäri-/hoitajavastaanotto-ohjelman kokeiluvaihe 11/05–04/06.
<i>Innovaation kuvaus:</i>	Vårdguiden portaalin siirrettävyyden kokeilu
<i>Innovaatioprosessin rooli Pro Viisikossa</i>	Asiakkaan toimintamahdollisuuksien vahvistaminen terveyspalvelujen käyttäjänä terveysportaalin avulla

Vårdguidenin (<http://www.vardguiden.se>) avulla asiakas voi saada tietoa ja palvelua terveysongelmiensa hoitamiseksi 24 tuntia vuorokaudessa. Hän saa tietoa hoitojärjestelmästä, odotusajoista, sairauksista ja niiden hoidosta ja voi tehdä ajanvaraukset perusterveydenhuoltoon ja kysyä neuvoa asiantuntijoilta. Portaalissa voidaan hyödyntää asiakkaan saamaan hoitoon ja palveluun liittyvää rekisteritietoa, joka kertyy sosiaalitoimessa, perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Vårdguiden-portaali palvelee yli 1,5 miljoonaa asukasta Tukholman alueella.

⁶ Piirin 17 jäsenkunnan yhteenlaskettu väestömäärä on 166 000. Noin puolet asukkaista on ruotsin- ja puolet suomenkielisiä. Sairaanhoitopiirillä on kaksi sairaalaa: Vaasan keskussairaala ja Selkämeren sairaala Kristiinankaupungissa. Vaasan kaupungin asukasluku on 57 000. Kaupungin sosiaali- ja terveystoimi yhdistyivät vuoden 2005 alusta.

Portaaliohjauksen kehittämisestä Pro Viisikossa vastaa Vaasan sairaanhoitopiiri. Vaasan sairaanhoitopiirissä strategiatyötä on tehty pitkään, mutta sen toteuttaminen on ollut vaikeaa. Tämän nähtiin liittyvän yleisempäänkin ongelmaan, jota seuraava lainaus kuvaa:

”Yksi ongelma strategioissa ja niiden toteuttamisen työkaluissa on, että niistä puuttuu visio. Valtaosa henkilökunnasta elää hiljaisen epätoivon vallassa. Olemme luoneet järjestelmän, jossa paine potilaiden puolelta on hirvittävän kova, määrällisesti ja laadullisesti. Ja johto ja eduskunta mukaan luettuna syytävät tietoa, jossa taataan kaikille kaikkea niin paljon kuin ne ikinä kehtaavat pyytää, mutta ilmaiseksi. Eli se ei saisi maksaa mitään eikä resursseja siihen pistää. Tämä heijastuu alas koko organisaation läpi siivoojia myöten. Siinä toimintaympäristössä strategian läpivienti on vaikeaa, koska uskottava visio puuttuu. Tämä on keskeinen ristiriita kaikessa mitä tehdään.”
(Alueen asiantuntija 7)

Portaaliohjauksen kehittäminen ei pohjautu sairaanhoitopiirin strategiassa selkeästi esitettyyn tavoitteeseen. Pikemminkin kysymys on siitä, että portaaliohjaus on mielletty osaksi prosessin hallintaa ja asiakaslähtöisyyden lisäämistä, ja sitä on siitä syystä pidetty tärkeänä. Mahdollisuus saada muiden sairaanhoitopiirien tiedot käyttöön helpotti myönteisen päätöksen tekoa.

Sairaanhoitopiirissä on pyritty laatujärjestelmän käyttöönottoon. Tällä hetkellä Selkämeren sairaalassa on käytössä auditoitu SHQS-järjestelmä ja Vaasan keskussairaalassa on käynnissä laatujärjestelmän yhtenäistäminen. Henkilöstöä ei kuitenkaan ole saatu sitoutumaan järjestelmään hyvin. Erityisesti lääkärinkunta kokee laatujärjestelmät paino-lastiksi; hoitajat ovat sitoutuneempia. Tilanne on siis samanlainen kuin Keski-Pohjanmaalla.

Vaasan alueella portaalikehitystyön idea on kytynyt jo 1990-luvulla. Osa ideoista on ollut lähtöisin teknologian tarjoamista mahdollisuuksista ja osa käytännön ongelmista. Pro Viisikko -kokonaisuuden tarjoama mahdollisuus lisäsi pontta suunnitteluun.

Hankkeen käynnistäminen edellytti sairaanhoitopiirin johdon sitoutumista. Piirin kehityksikkö ryhtyi myös puhumaan käynnistämisen puolesta. Terveyskeskukset osoittivat suurta kiinnostusta haettaessa portaalin pilotointiin sopivaa kohdetta. Maalahti-Korsnäs-terveyskeskus valittiin pilotiksi, koska kokeilu haluttiin pitää pienenä. Kunnan ruotsinkielisyys tarjosi sen edun, että kokeiluversiota ei tarvitsisi kääntää. Vaasan kaupunki ei ole hankkeessa mukana, mutta kaupungin johtava lääkäri on hankkeen johtoryhmässä. Tämä varmistaa tiedonvaihdon ja kytkennän terveyskeskustyöhön.

Hankkeen käynnistysvaihe on ollut hyvin pitkä, eikä kokeilun analysoimiseen jää paljoa aikaa. Erityisesti neuvottelut ruotsalaisten kanssa Vårdguidenin käyttöönotosta ovat kestäneet kauan, koska osapuolet ovat toimineet pioneereina ja kaikki on ollut uutta.

”Ongelma on, että neuvotteluosapuoli on ollut Stockholms läns landsting. Kun he yhtäkkiä saivat kyselyn Suomesta, että millä ehdoilla teidän järjestelmää saisi koekäyttää, he eivät olleet edes pohjineet myyvänsä sitä kenellekään. Se aiheutti byrokraattisen hallintaongelman: kuka neuvottelee, miten määritellään hinta, mitkä ehdot. Kevät on mennyt siihen.” (Alueen asiantuntija 7)

Tämän julkaisun kirjoittamisajankohtana loppuvuonna 2005 Vårdguidenin käyttö Maa-lahden terveyskeskuksessa on käynnissä, ja sillä on 128 rekisteröityä käyttäjää. Asiak-kaiden ja hoitohenkilökunnan palaute on ollut pelkästään myönteistä. Käytön kokeilu jatkuu kevääseen 2006. Koska kokemukset ovat hyviä, myös Mustasaaren kunta on halukas ottamaan Vårdguidenin koekäyttöön ja sille on annettu siihen lupa. Kunnan ikäjakautuma tekee mahdolliseksi uusien käyttäjäryhmien, kuten neuvola-asiakkaiden, mukaan ottamisen. Laboratorion asiakaskysely on valmistunut. Laboratorioon sopiva ajanvarausohjelma on hankittu, ja sitä aletaan juuri testata asiakkailla. Kokeilun ajaksi käyttöön on myös hankittu vuorovaikutteinen lääkäri-hoitajavastaanotto-ohjelma, ja sen testaus aloitettiin marraskuussa 2005.

Vaasan johtavan lääkärin osallistuminen sairaanhoitopiirin portaalihankkeen johtoryh-mään on tarjonnut mahdollisuuden johtoryhmässä käsitellä ja seurata myös Vaasan kaupungin puhelinneuvontajärjestelmän kehittämisen etenemistä. Vaasan kaupunki käynnisti Medinfo-puhelinneuvontahankkeen yhteistyössä Sitran kanssa joulukuussa 2004 ja siihen liittyvän toiminnan maaliskuun alussa 2005. Suurimpana ajurina hank-keelle olivat hoitotakuun asettamat vaatimukset. Vaasassa puhelinneuvontapalvelut ostetaan Medineuvolta, ja tähän liittyen Kotkan kaupungin kokemusten hyödyntäminen on tarjonnut arvokasta tukea. Sitran kanssa tehty sopimus sallii Kotkan kokemusten hyödyntämisen, kun Vaasa kehittää palveluun uudeksi lisäkomponentiksi hammas-huollon ohjaus- ja ajanvarausjärjestelmää.

Vaasan kaupunki on toivonut sairaanhoitopiirin ja lähikuntien mukaantuloa puhelinneu-vontaan, mutta nämä eivät toistaiseksi ole olleet siihen halukkaita. Halukkuuden herää-misestä on kuitenkin jo merkkejä. Vaasan hanke ei ole osa Pro Viisikkoa, mutta vuoro-vaikutus Pro Viisikon kanssa on ollut aktiivista.

”Medinfo toimii käytännössä samalla lailla kuin Kymenlaaksossa. Sieltä on otettu meille soveltuvat asiat ja rakennettu siitä meidän olosuhteisiin toimiva systeemi. Tarkoitus on aikaan-saada uusia komponentteja omaan toimintaan: ensin netin kautta, sitten puhelimen kautta hoita-jalle ja sitten lääkärille. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että joka portaalla työ vaikeutuu. Lääkä-reille pitäisi tulla vain kaikkein vaikeimmat tapaukset. Otamme hoitajilta pois helpot tapaukset, jotka hoidetaankin puhelimitse jo call centerin kautta. Kun hoitajilta häviää työtä helppojen tapausten kautta ja ajanvarauksen hoitamisen häviämisen kautta, lääkäreiltä voidaan siirtää hoitajille joitakin tehtäviä.” (Alueen asiantuntija 8)

Vaasassa sosiaali- ja terveystoimen henkilöstö on ottanut muutoksen vastaan myönteisemmin kuin Kotkassa. Tämä johtuu osittain siitä, että Vaasassa ajanvaraushenkilökunta on koostunut pääosin sairaanhoitajista tai perushoitajista, jotka muutoksen jälkeen on voitu siirtää potilastyöhön.

”Tosin meilläkin ensimmäinen reaktio oli, että ’emmekö me voida neuvontaa tarpeeksi hyvin, miksi se pitää muille antaa’, mutta kyllä tämä on aika nopeasti todettu hyväksi... Toinen Kotkassa oleva yllättävän iso ongelma, ainakin jos vertaa siihen miten vähän se meillä on ongelmia tuottanut, oli tällainen ajanvarauskirja. Siellä oli kaikilla lääkäreillä oma systeemi, millä haluttiin antaa aikoja. Se systeemi pitää saada mahdollisimman yhteneväksi koko talon osalta. Sen konsensuksen tekeminen tuntui Kotkassa olevan aika hankalaa. Meillä se ei ainakaan vielä ole sotia synnyttänyt, se on mennyt yllättävän helposti. Voi olla että vaikeudet ovat vasta tulossa, mutta ei ainakaan vielä.” (Alueen asiantuntija 8)

Muutokset ovat tehneet lääkärin työn vaativammaksi ja hitaammaksi. Jos suoritteita pidetään tehokkuuden mittarina, tehokkuus näyttää laskevan, koska suoritteet väistämättä vähenevät, jos vaikeuskerroin kasvaa. Näin ei tilannetta kuitenkaan pidä tulkita. Oma-lääkäreiden melko suuren vajauksen vuoksi hoitajien on ollut pakko auttaa lääkäreitä.

Ainoat kielteiset kommentit asiakkailta ovat liittyneet palvelun saatavuuteen eli siihen, että he ovat joutuneet soittamaan pitkään. Tähän on ollut kaksi syytä: tekniset ongelmat ja väärä tekniikka soitettaessa. Itse neuvoista ei ole tullut kielteistä palautetta. Aluksi tosin ongelmana oli se, että sairauskertomusta ei ollut teknisesti valmiina puhelinpalvelussa. Tältä osin tilanne on nyt saatu korjattua.

Vaasassa puhelinneuvontapalvelua ei ole pyritty mainostamaan kovin paljoa, jotteivät asiakkaiden odotukset olisi aluksi liian suuria. Tiedossa oli, että puhelimet saattavat ruuhkautua. Aluksi niiden puheluiden osuudet, joihin terveyskeskuksessa ehdittiin vastata, eivät olleetkaan kovin korkeita vaan noin 70–75 %, mutta kevät-kesällä 2005 vastausprosentti oli noussut jo noin 90:een.

4.5.2 Avainhenkilöiden odotukset

Vaasan sairaanhoitopiirin hankeidea oli Pro Viisikon käynnistymisen aikaan vasta ideavaiheessa. Tästä syystä valtaosa työstä on kulunut valmisteluvaiheen parissa. Tämän asian korjaamiseksi peräänkuulutettiin hankkeille pidempää aikajännettä ja määrätietoisempaa kokonaisuuden johtamista.

”Hyvin vahva sektoroituminen osahankkeissa on yksi ongelma. Riippumatta siitä mitä yrität saada aikaiseksi, jos siinä on komponentti monesta eri intressiryhmästä, aika menee siihen, että saat aikaan sen etkä sitä kokeilua. 2/3 ajasta menee siihen että saa projektin alkuun, ja sen jälkeen

pikkuisen pyöritetään ja sitten tehdään johtopäätös. Jos nyt jotain pitäisi oppia tästä, niin projekti-aikaa pitäisi pidentää ja johtaa paljon jämäkämmin tätä alkuvaihetta. Meillä oikeastaan päätyö tulee vasta syksyllä (2005). Tämä on ollut ehkä suurin ongelma koko järjestelmässä. Suurin ongelma on ollut palasten kokoaminen, että voidaan kokeilla sitä, mitä ilmoitettiin että kokeillaan... Vårdguiden oli hyvin tyypillinen esimerkki, jossa oli kaksi maata, ja monta eri intressiä.... On hirvittävän iso työ selvittää, miten pääsee käsiksi käyttöoikeuksiin, jotta voisi kokeilla oikeata asiaa.” (Alueen asiantuntija 7)

Toisena mahdollisena vaihtoehtona ongelman ratkaisuun pidettiin yhteistyön käynnistämistä valmisteluhankkeena:

”Valmisteluprojektilla olisi säästetty hirvittävästi aikaa ja energiaa. Olisi saatu tehdä ennakkoon kaikki se, mitä nyt projektin alkuvaiheessa joudutaan tekemään, että päästään alkuun. Näillä keinoin varsinainen projekti olisi voitu hoitaa paljon tehokkaammin. Olisi tarvittu valmisteluprojekti jossa olisi katsottu, onko kaikki toteuttamiseen tarvittavat palaset. Tämä tulee eteen kaikissa projekteissa, mutta tässä ongelma on kuitenkin oikein kärjistynyt.” (Alueen asiantuntija 7)

Pro Viisikon tulosodotukset olivat Vaasan sairaanhoitopiirissä varovaisia. Hankkeen ei odotettu tuottavan uusia tuoteinnovaatioita tai liiketoimintaa. Arvioitiin, että sellaisten tulosten tuottaminen vaatii pidempää aikajännettä. Suurimpana hyötynä pidettiin sitä, että päästiin vaihtamaan kokemuksia, hakemaan uusia tapoja ja tekemään best practice -vertailuja. Sairaanhoitopiiriin johtaja- ja kehittäjä-tason yhteistyötä pidettiin tärkeänä ja sen koettiin sujuneen hyvin.

Yritysyhteistyön ongelmista sairaanhoitopiirissä nostettiin esille erityisesti kilpailuttamiseen liittyvät haasteet. Tekes edellyttää, että sen rahoittamissa hankkeissa vähintään kaksi yritystä osallistuu hankkeen ohjausryhmätyöskentelyyn. Yrityksiä on kuitenkin vaikea saada mukaan, koska osallistuminen rajoittaa niiden kilpailumahdollisuuksia jatkossa.

”Että saa yrityksen mukaan ohjausryhmätyöskentelyyn... kilpailurajoitus iskee hirveän lujaa päälle, yritys ei saa käyttää missään sitä ohjausryhmästä tulevaa tietoa. He ovat hyvää hyvyttään mukana. Ehkä bisneksen kannalta on mielenkiintoista kuulla, minkä näköisiä kehitystrendejä terveydenhuollossa on, mutta yrityksillä ei ole paljoa halua tulla ohjausryhmään. Me pyrimme pilotoimaan nettiasioinnissa valmista softaa, mutta he eivät pääse tarjoamaan, koska he ovat sen verran sisällä jo siinä systeemissä.” (Alueen asiantuntija 7)

Vaasan johtava ylilääkäri puolestaan nosti esille hyötyjä mutta ennen kaikkea vaaroja, joita liittyy yksityisten yritysten roolin kasvuun terveydenhuollossa. Potentiaalisenä hyötynä on se, että yritys saattaa tuottaa palvelut alhaisemmin kustannuksin. Toisaalta valitessaan esimerkiksi lonkkaleikkauksen palveluntuottajaa kunnan on kyettävä tarkkaan vertaamaan, mitä palveluja sopimukseen kuuluu ja mitä ei. Verratessaan, kannat-

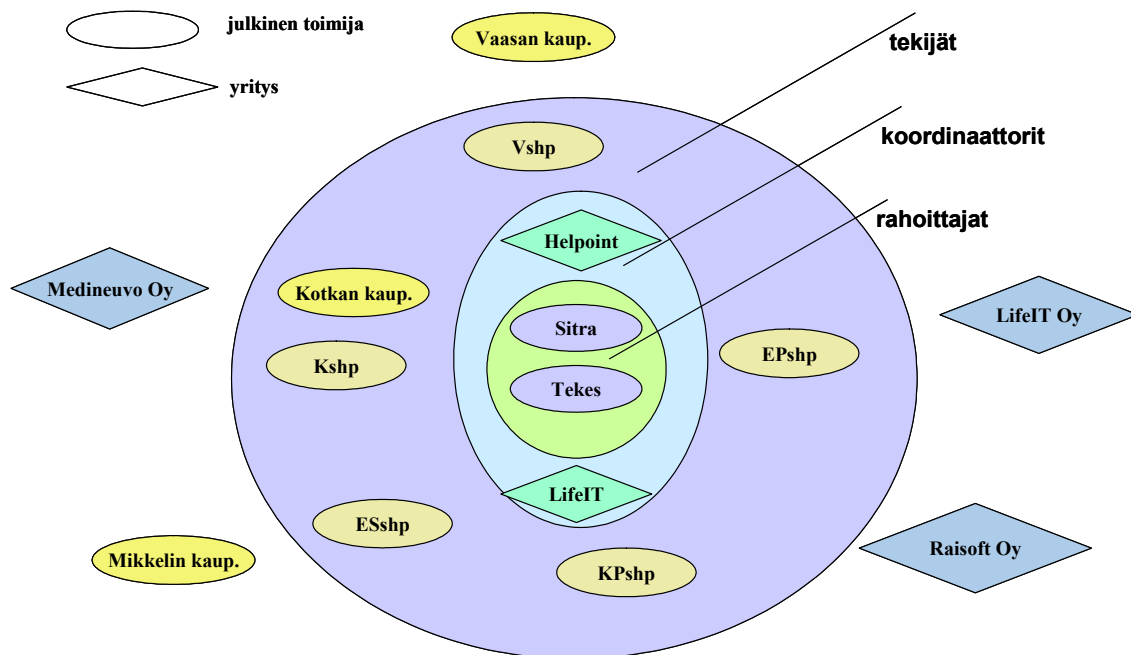
taako ostaa lonkkaleikkaus omalta sairaanhoitopiiriltä vai esimerkiksi Coxalta, kunnan on arvioitava syntyvät kustannukset myös esivalmistelujen ja mahdollisten komplikatioiden ja tehohoidon osalta, joita Coxa ei hoida. Myös teknologiayritysten kanssa ongelmia syntyy joskus siitä, että niiden kehittämisinto loppuu siihen vaiheeseen, kun tuote on myyty.

4.6 Tapaustutkimusten yhteenveto

Toimijoiden verkoston rakentaminen

Pro Viisikon varsinaiset tekijäosapuolet olivat viisi sairaanhoitopiiriä ja Kotkan kaupunki (kuvio 5). Niiden lisäksi eräät muut kaupungit ja kunnat, kuten Vaasa ja Mikkeli, tulivat myöhemmin mukaan yhteistyöhön.

Vaasan kaupunki tuli eräänlaisena ulkojäsenenä hyödyntämään Pro Viisikon kokemuksia puhelinneuvonnasta, jossa Vaasan sairaanhoitopiiri ei kuitenkaan ollut mukana. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri hallinnoi yksin Internet-neuvontahankettaan mutta oli saanut Mikkelin kaupungin mukaan tärkeäksi pilottikäyttäjäksi. Vaasa pilotoi portaalia Maalahti-Korsnäs-terveyskeskuskuntayhtymässä. Valmiudet sairaanhoitopiirien ja kuntien kumppanuuteen eivät kaikilla alueilla olleet kehittyneet yhtä hyvin. Sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien yhteistyön tiivistämisestä pidettiin tärkeänä tulevaisuuden haasteena.



Kuvio 4. Pro Viisikon toimijaverkosto.

Hankkeen rahoittajina toimivat Tekes ja Sitra, ja koordinoinnista vastasivat Helpoint ja LifeIT. Medineuvo ja LifeIT olivat ne yritysosapuolet, jotka varsinaisesti osallistuivat uusien palveluiden kehittämiseen Pro Viisikossa. Raisoftin ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin yhteistyötä valmistelevat neuvottelut olivat vasta käynnistyneet.

Sisällöllisesti heterogeeninen kokonaisuus

Pro Viisikkoon kuuluvat hankkeet edustavat jossain määrin erilaisia aihepiirejä. Kokonaisuus on rakennettu sairaanhoitopiirien olemassa olleiden hankeaihioiden pohjalle. Yhteisen vision muodostamista ei ole sairaanhoitopiireiltä edellytetty. Useat alueiden avainhenkilöt pitivät kokonaisuutta hajanaisena ja tavoitteenasettelua liian löyhänä. Kokonaisuuden koettiin koostuvan erillisistä hankkeista, joiden välillä ei synny synergiaa. Useat sairaanhoitopiirien johtajat olisivat pitäneet hyvänä ”jäməkämpää” johtamista ja yhteistyöhön pakottamista jo hankesuunnitelmassa.

Hankkeiden kytkentä sairaanhoitopiirien strategiaan

Kartoitus osoitti, että useissa sairaanhoitopiireissä strategiatyö oli vielä jäsentymätöntä ja kaikissa piireissä sen jalkauttaminen koettiin ongelmaksi. Samoin henkilöstön sitouttaminen laatutyöhön oli vaikeaa. Näistä lähtökohdista johtuen ei ole yllättävää, että alueiden hankkeet eivät tyypillisesti olleet strategiasta johdettuja.

Alueiden väliset erot olivat kuitenkin suuret. Kotkan kaupungin sosiaali- ja terveys-toimissa strategiatyöllä oli tärkeä rooli ja sen ohjausvaikutus näkyikin vahvana. Vaikka Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä strategiaa ei kirjallisessa muodossa ollut, päättävien elinten keskusteluissa strateginen näkemys kuitenkin oli ja sitä oli kyetty toteuttamaan. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä laaditulla strategialla oli kehittämistyötä ohjaavaa vaikutusta, mutta vain toinen sen hankkeista oli strategiasta johdettu. Keski-Pohjanmaan, Etelä-Savon ja Vaasan sairaanhoitopiireissä hankkeet eivät sen sijaan olleet strategiasta johdettuja. Niitä voidaan strategian näkökulmasta luonnehtia marginaalisiksi. Etelä-Savon hanke oli syntynyt spontaanisti käytännön ongelmien ratkaisupyrkimyksistä, ja piirin strategian määrittelytyö itse asiassa käynnistettiin vasta vuoden 2005 alusta henkilökunnan ja päättäjien vaatimuksesta.

Alueiden välinen yhteistyö

Yleisesti ottaen alueiden avainhenkilöt suhtautuivat myönteisesti kehittämishankkeiden verkottamiseen. Sekä piirijohtaja- että projektitason yhteistyötä Pro Viisikossa pidettiin tärkeänä ja sen arvioitiin sujuneen hyvin. Piirien johtajien yhteistyölle oli olemassa vakiintuneet perinteet Pro Viisikon ulkopuolellakin, mutta projektitason yhteistyön tiivistämistä pidettiin uutena saavutuksena. Kaikki osapuolet kokivat voivansa olla tasa-

vertaisesti mukana Pro Viisikossa, eikä kokonaisuuden sisällä havaittu vastakkainasettelua.

Alueiden sisäinen yhteistyö

Kaikissa sairaanhoitopiireissä yhteistyötä suurimpien kaupunkien kanssa pidettiin tärkeänä, mutta yhteistyölle ei ollut vielä rakentunut niin vakiintunutta pohjaa, että hankkeet olisi alun perin voitu rakentaa yhteistyön pohjalle. Näin voitiin tehdä ainoastaan Kymenlaakson sairaanhoitopiirin ja Kotkan kaupungin tapauksessa, joilla oli yhteistä historiaa toimivasta yhteistyöstä. Nämä osapuolet pitivät keskinäistä yhteistyötään luonnollisena asiana ja erittäin merkityksellisenä lähtökohtana. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ja Mikkelin kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon aiemmissa yhteistyösuhteissa taas ei ollut syntynyt kumppanuussopimukseen tarvittavaa luottamusta. Mikkelin toimii kuitenkin Internet-neuvontahankkeessa aktiivisena käyttäjänä, ja yhteistyö on sujunut saumattomasti. Vaasan sairaanhoitopiiri hallinnoi yksin portaalinkehityshanketta mutta pyrki pitämään tiedonkulkuyhteydet Vaasan kaupungin sosiaali- ja terveystoimeen kunnossa. Vaasan kaupunki olisi toivonut sairaanhoitopiirien ja muiden kuntien osallistumista puhelinneuvontapalvelun järjestämiseen ja kehittämiseen, mutta nämä eivät olleet osoittaneet halukkuutta tähän. Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri hallinnoi puhelinneuvontahanketta, mutta terveystakeskukset kyseenalaistivat sen mandaatin.

Avaintoimijoiden kokemus yhteistyöstä yritysten kanssa

Sairaanhoitopiirien kokemukset yritysyhteistyöstä olivat Pro Viisikossa melko vähäisiä. Eniten kokemuksia kertyi yhteistyöstä Medineuvo Oy:n kanssa. Kokemukset Medineuvosta Kymenlaakson ja Etelä-Savon alueilla sekä Vaasan kaupungissa kattoivat hyvin käynnistyneen yhteistyön, äkillisestä resurssipulasta syntyneen kriisivaiheen ja tilanteen melko nopean korjaantumisen Medineuvon toimenpiteiden seurauksena. Nämä alueiden toimijat olivat kaiken kaikkiaan varsin tyytyväisiä yhteistyön sujumiseen. Etelä-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirien maakunnallisen puhelinneuvontapalvelun kehittämissuunnitelmat sen sijaan eivät lähteneet ulkopuolisen palveluntuottajan hyödyntämisestä, koska sitä pidettiin kalliina, ja Medineuvon liian aktiivisena pidettyä palvelujen markkinointia kritisoitiin.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri oli erittäin tyytyväinen LifeIT:n antamaan panokseen. Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä kuvattiin yhteistyötä Raisoft Oy:n kanssa rakentavaksi, joskin yhteistyö oli vasta ensimetreillä. Vaasan sairaanhoitopiirissä tuotiin esille ongelmia, jotka liittyvät yritysten johtoryhmätyöskentelyyn. Yrityksiä on erittäin vaikea saada mukaan, koska ne eivät koe osallistumisen hyötyjä merkittäviksi ja osallistuminen saattaa suorastaan haitata liiketoimintamahdollisuuksia tulevaisuudessa.

5. Yritysten ja valtakunnallisten toimijoiden näkökulma verkoston johtamiseen

Tässä luvussa kuvataan sitä, miten yritykset ja valtakunnalliset toimijat ovat arvioineet Pro Viisikon yhteistyön sujumista ja tuloksia. Luku pohjautuu lähinnä yritysten edustajien, rahoittajien ja koordinoivien tahojen haastatteluihin.

5.1 Yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyö

Yritysten kokemukset yhteisestä kehittämistyöstä julkisten palveluntuottajien kanssa jäivät Pro Viisikon puitteissa vähäiseksi (taulukko 5). Medineuvo ja LifeIT olivat yrityksistä ainoat, joka olivat mukana varsinaisessa pilotoinnissa. Sen lisäksi Raisoft oli käynyt lähtökohtavalintoihin liittyviä neuvotteluja sairaanhoitopiirin kanssa.

Taulukko 5. Tekes-rahoitusta saavien yritysten roolit osahankkeissa.

<i>Osahanke</i>	<i>Yritys</i>	<i>Yrityksen rooli</i>
Puhelinneuvonta Kymenlaaksossa	Medineuvo Oy	Puhelinneuvontapalvelun kehittäminen, potilastietojärjestelmien saumattomuuden kehittäminen
Internet-neuvonta Etelä-Savossa	Medineuvo Oy	Internet-palvelun kehittäminen, potilastietojärjestelmien saumattomuuden kehittäminen
Etelä-Pohjanmaalla sairaalaprozessien kehittäminen	LifeIT Oyj	Prosessinohjaustyökalujen ja tuotannonohjauksen soveltaminen sairaalaympäristöön
SIP-protokollan soveltaminen	WirLab-konsortio	Langattoman teknologian kehittäminen
Puhelinneuvonta Keski-Pohjanmaalla	RaiSoft Oy	Akuuttihoidon ja screening-järjestelmien tutkimus, soveltaminen ja pilotointi; atk-ohjelmistojen kehittäminen ja liittäminen call center -toimintaan
Portaaliohjaus	Kaksi IT-yritystä	Yritysnäkökulman tuominen hankkeen johtoryhmätyöskentelyyn

Raisoftin osallistuminen Pro Viisikkoon liittyi yrityksen kehittämän ohjelmiston pilotointiin Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Ilman Tekesin myöntämää kehitystukea ei yrityksellä olisi ollut mahdollisuuksia ryhtyä hankkeeseen. Raisoftilla oli entuudestaan yhteistyösuhteet Kokkolan terveystieteiden keskuksen kanssa, mutta Pro Viisikko -kokeilu nähtiin mahdollisuutena asiakaskunnan laajentamiseen tällä alueella.

”Se on ensimmäinen askel siihen, että meille tulee tiiviimpi yhteistyö sairaanhoitopiirin kanssa jatkossakin. Tämä sairaanhoitopiiri kattaa kunnat täällä ja siitä voi syntyä vaikka mitä, kun otetaan RAI käyttöön koko sairaanhoitopiirissä. Tämä on meidän tavoite.” (Yrityksen edustaja 2)

LifeIT:n prosessinkehittämishankkeen käynnistämistä ja toteuttamista edisti se, että yrityksellä oli kattava kontaktiverkosto ja että se tunnettiin Seinäjoen keskussairaalassa. Muiden keskussairaaloiden vastaavien ylilääkäreiden kanssa yritys ei kuitenkaan onnistunut pääsemään edes keskusteluun. Keskustelun käynnistäminen ”osoittautui niin hankalaksi, että monen kalenterikuukauden turhautumisen päälle näistä eteenpäin viemisistä luovuttiin”.

Medineuvossa koettiin yhteistyö Kymenlaakson ja Etelä-Savon alueiden kanssa hyvin haasteelliseksi mutta myös antoisaksi. Puhelinneuvontakokeilun käynnistyessä syksyllä 2003 yrityksellä oli Ruotsista saatu tarvittava teknologinen osaaminen ja tieto siitä, miten osaavaa henkilöstöä koulutetaan ja ohjataan. Kokeilun aikana ideat on kehitetty toimiviksi palveluiksi. Se on edellyttänyt jatkuvaa vuorovaikutteista toimintatapojen muutosta ja kehittämistä yrityksessä, terveyskeskuksissa ja sairaaloissa. Muutos on kohdannut paljon vastarintaa terveyskeskuksissa, mutta yrityksessä koettiin, että julkisen ja yksityisen toimijan yhteistyö on toiminut hyvin.

”Pro Viisikossa public private partnership on toiminut erittäin hyvin meidän asiakkaiden kanssa. Muutoksia saadaan paljon nopeammin tehtyä, kun ulkopuolinen prässää päälle. Sisäisesti ei voi ketään syyttää tämän keksimisestä, vaan se on Medineuvo. Mutta me olemmekin sitten se ’säkki’, johon kaikki purkavat frustraationsa. Hoitajat joutuvat kuulemaan paljon epäasiallisuuksia organisaatioista.” (Yrityksen edustaja 1)

Haasteellisinta Medineuville oli terveydenhuollon perusprosessien luominen toimintansa pohjaksi. Yhteistyö Kotkan ja Kymenlaakson kanssa sujui työläydestään huolimatta hyvin. Ajanvarauskäytäntöjen kuvauksesta syntyi Kotkassa aluksi erittäin mittava dokumentti, jota oli vaikea hyödyntää käytännössä. Kuvausta työstettiin yhteistyössä Kotkan terveyskeskuksen kanssa lyhyemmäksi ja tiiviiksi. Tämä prosessinkuvaus on sitten hyväksytty muuallakin käytännöksi, joten siihen liittyvää työtä ei ole tarvinnut tehdä uudestaan. Samanlainen työ on jouduttu kuitenkin tekemään jokaisen perusprosessin kuvaamiseksi ennen kuin on päästy tuotantovaiheeseen. Tuotantovaiheeseen siirtäessä Medineuvo on kouluttanut hoitajansa uusiin asioihin ja työskennellyt yhteistyön aikaansaamiseksi terveyskeskuksen henkilöstön kanssa.

Medineuvon haasteena on ollut pyrkimys saada asiakkaat suunnittelemaan toimintaansa aikaisempaa organisoidummin eli siten, että muutoksia tehtäisiin aiempaa harvemmin, esimerkiksi kerran kuukaudessa. Tämä helpottaisi yrityksen vastuulla olevaa hoitajien muutuskoulutusta ja muutoksista tiedottamista.

Kokeilu on tuottanut tietoa siitä, että kannattava puhelinneuvontatoiminta edellyttää varsin suurta väestöpohjaa. Medineuvon palvelun nykyinen väestöpohja on 400 000. Saadut kokemukset viittaavat siihen, että sen pitäisi olla vielä laajempi.

Konkreettisia tuloksia ei Pro Viisikon ensimmäinen vaihe kuitenkaan yrityksille juuri tuottanut. Medineuvon tavoitteena oli kehittää Pro Viisikon puitteissa adaptereita erilaisten ajanvaraus- ja potilastietojärjestelmien välille palvelun saumattomuuden edistämiseksi, ja Medineuvolle oli myönnetty tähän tarkoitukseen julkista T&K-tukea. Puhelinneuvontakokeilu osoittautui kuitenkin huomattavasti vaativammaksi tehtäväksi kuin oli ennakoitu ja edellytti henkilöstömäärän moninkertaistamista sekä uuden henkilöstön kouluttamista lyhyessä ajassa. Kasvun hallinta vei resurssit kehittämishankkeen toteuttamiselta suunnitellussa aikataulussa. Medineuvon näkökulmasta yrityksen saamat hyödyt jäivät vähiin.

”Ei paljon mitään (hyötyjä) itse asiassa. Sanotaan, että Mikkelin nettineuvontaosuus on sellainen konkreettinen toiminta, mitä ei tehty ennen Pro Viisikkoa. Se toinen hyöty tietysti on se, että mekin saimme rahoitusta ja olemme pystyneet kehittämään osa-alueita meidän kokonaiskonseptiin. Mutta eihän me olla kovin paljon rahaa kyllä käytetty siitä, mitä meille myönnettiin.” (Yrityksen edustaja 1)

Rahoittajien ja koordinaattoreiden käsitykset siitä, miten sairaanhoitopiirien ja yritysten yhteistyö oli sujunut, olivat varovaisen myönteisiä. He arvioivat, että sairaanhoitopiirit ovat aiempaa aktiivisemmin hakeneet kontaktia oman paikkakuntansa yrityksiin ja että mukana olevat yritykset ovat oppineet tuntemaan sairaanhoitopiiriin tarpeita.

”Tuntuma on, että yritykset ovat päässeet paremmin sisälle siihen, miten sairaanhoitopiiri toimii. Ja ainakin yhteistyö on käynnistynyt. Mutta en tiedä, ovatko yritykset saaneet kauppaa ja uusia tuotteita. Tämä on ollut vasta kohtuullisen lyhyt aika. Ne päätökset tuli syksyllä loka-marraskuussa, ihan vuottakaan ei ole vielä mennyt.” (Rahoittajan edustaja 2)

”MediNeuvo on juuri nyt pääsemässä hyötymään. Eli nyt se toteuttaa sitä Tekes-hankettaan ja niitä kehitysaskeliansa ja juuri nyt se on mukana tämän prosessin melskeessä hyvine ja huonoine kokemuksineen ja palautteineen. Nyt se on mun mielestä oikeassa paikassa, siellä pesuvedessä mukana.” (Rahoittajan edustaja 1)

Yhteistyössä oli kohdattu kuitenkin myös haasteita ja ongelmia, jotka liittyvät erityisesti seuraaviin asioihin:

- alihankintojen kilpailuttaminen
- tulosten omistusoikeus
- yritysyhteistyöpartnereiden valintatapa

- toimintakulttuurien erot yksityisellä ja julkisella sektorilla
- julkisen sektorin puutteellinen dokumentointi ja kustannus seuranta.

Alihankintojen kilpailuttamisen hankaluus tuli jossain määrin yllätyksenä sekä Tekesille että sairaanhoitopiireille. Tekesille se oli yllätys, koska sen normaaleissa yrityshankkeissa alihankinnat eivät olleet tuottaneet ongelmia. Useille sairaanhoitopiireille odottamatonta taas oli, että myös Tekesin rahoittamissa kehittämishankkeissa edellytettiin kilpailuttamista.

”Alihankintojen kilpailuttaminen oli hankalaa. Julkisen organisaation pitää periaatteessa kilpailuttaa alihankintansa. Jos kilpailutetaan, suunniteltu alihankkija ei ehkä voitakaan kilpailua ja suunnitelmat menevät uusiksi. Tämä on hankalaa ja aiheutti kovasti yllätyksiä. Nyt ilmeisesti ollaan menossa siihen suuntaan, että jos julkisiin projekteihin liittyy tutkimusta ja tuotekehitystä, voidaan käyttää neuvottelumenettelyä ja suunniteltu alihankkija voi toteuttaa alihankinnan. Mutta kun mennään varsinaiseen tuotantoon, on pakko kilpailuttaa. Monet sairaanhoitopiirit ajattelivat, että sopimus Tekes-rahoituksesta vapauttaa heidän hankintasäännöstään. Mutta hankinnat toteutetaan sairaanhoitopiirin oman organisaation hankintapäätösten mukaisesti.” (Rahoittajan edustaja 2)

Pro Viisikossa ei ollut vielä syntynyt kaupallistettavia tuotteita, mutta ongelmat siitä, *mitä osapuoli omistaa kehittämisen tulokset*, ovat jo nousseet pinnalle.

”Yksi esille tulleista särmistä liittyi kaupallistamiseen. Tämän hetken käsitykseni on, että hankkeiden kehitystyö tulee piirien omaisuudeksi. Piirit suhtautuvat vaihtelevasti siihen, mitä se tarkoittaa: pitääkö ostopalveluja saada halvemmalla vai syntyykö myytävissä oleva IPR-oikeus. Tästä ehkä saadaan pilotointikokemusta. Kun hankkeet eivät ole maalissa, meillä ei ole selvää kuvaa siitä, tuleeko vielä isoja särmiä eteen vai miten se järjestyy.” (Koordinaattori 2)

”Yritys pystyy monistamaan kyllä yksittäistä tuotetta, mutta se miten kokonaisratkaisu on monistettavissa, on vähän kysymysmerkki.” (Rahoittajan edustaja 3)

Toimijoiden kesken ei ollut yhteistä käsitystä siitä, *miten yritykset tulisi kytkeä julkisiin kehittämishankkeisiin*. Sitra arvosteli Tekesin tapaa käydä yritysneuvottelut yksin ja irrallaan tutkimus- ja pilotointihankkeiden käsittelystä. Toisaalta mainittiin myös, että sairaanhoitopiirit eivät olleet tottuneet tekemään yritysten kanssa yhteistyötä kehittämisen alkuvaiheissa.

”On vähän pulmallista, että Tekes pitää yritysneuvottelut itsellään ja ne eivät tule näkyviin. Tutkimus- ja pilotointihankkeita käsitellään porukalla, mutta yrityshankkeet, joilla ei ole hakuaikaa, menevät siellä omia ratojaan... Tässä on vielä kehittämisen varaa.” (Rahoittajan edustaja 1)

Julkisen ja yksityisen sektorin *toimintakulttuurien erot* heijastuivat yhteistyöhön, ja esimerkiksi aikataulukysymykset olivat aiheuttaneet jonkin verran ongelmia. Yritykset

kokivat julkisen sektorin hitaamman päätöksentekorytmin ja poliittisen päätöksenteon rasitteena. Ongelmana nähtiin lisäksi julkisen sektorin puutteellinen dokumentointi ja kustannusseuranta. Tietojen keruu aiheuttaa viivettä ja hankaluuksia. Lisäksi julkiset organisaatiot saattavat kokea yritysten kanssa työskentelyn ikäväksi, koska ne joutuvat silloin käyttämään vähiä resurssejaan työlääseen tiedonkeruuseen. Tämäkin näkökohta on tärkeää ottaa huomioon, jotta yhteistyö saadaan sujumaan hyvin.

”Vaikka sanomme, että suomalaisessa terveydenhuollossa on korkea taso, meidän dokumentaation taso on aika olematonta, kun pitää tiettyjä tietoja välittää yrityksille. Se on hirveätä suomeksi sanottuna, missä olemme tiedontasossa ja dokumentoinnissa. Kirjaaminen vie aikaa, kun sitä ei ole ollut tai se on hyvin hajallaan monessa eri järjestelmässä... Sitten on kustannusseuranta eli kustannustietoisuus ja mitä lasketaan kustannukseksi. Näissä perusasioissa julkisella sektorilla on aika paljon vielä opittavaa. Yritysyhteistyössä joudutaan avaamaan toimintoja, laskemaan kustannuksia eri tavalla kuin julkisessa budjetoinnissa.” (Koordinaattori 1)

Lisäksi viitattiin mahdollisiin rajapintaongelmiin, jotka aiheutuvat ihmisten erilaisesta tavasta työskennellä yksityisellä ja julkisella sektorilla. Julkisella sektorilla työntekijät ovat nykyisin kuormittuneita ja kiireisiä. Nopeatahtisen yritystoiminnan rytmin voi olettaa sopivan sen kanssa yhteen, mutta tilanne saattaa osoittautua ”karikoksi”. Yritysten kiireinen tahti saattaa ahdistaa liikaa kovissa paineissa työskenteleviä julkisen sektorin työntekijöitä. Näitä ongelmia ei Pro Viisikossa ollut vielä koettu, mutta vaara tunnistettiin.

5.2 Kokemukset yhteistyön koordinoinnista

Yhteistyön koordinoinnin sujumista tarkastellaan seuraavassa osahankkeiden välisen yhteistyön, rahoittajien yhteistoiminnan ja ulkoisten yhteistyösuhteiden näkökulmista.

Osahankkeiden koordinointi osoittautui haasteelliseksi tehtäväksi. Tähän vaikutti osaltaan yhteisen vision puute ja puuttuvat koordinoinnin pelisäännöt. Lisäksi koordinoititehtävälle omia ehtojaan asetti osahankkeiden projektionnin tapa ja alueiden avainhenkilöiden vaihtuminen. Seuraavassa kuvataan näitä näkökohtia.

Koordinaattorit näkivät Pro Viisikon päämäärältään poikkeavan sellaisista yhteishankkeista, joissa kootaan saman alueen edelläkävijät yhteen toteuttamaan tiettyä *yhteistä visiota*. Pro Viisikossa lähtökohtana on ollut se, että kaikki sairaanhoitopiirit saavat keskittyä omaan aiheeseensa ja tuottaa siitä jaettavaa kokemusta. Koordinaattorit arvioivat alueiden välisen yhteistyön sujuneen melko hyvin.

”Hyödynnetään toisten hyviä kokemuksia ja opitaan toisten huonoista kokemuksista. Se on Viisikon ideologia. Nämä viisi hanketta ovat eriaiheisia ja eri aikaan eteneviä. Näillä ei ole niin

olennaista sen yhteisen maalin kuvaaminen kuin sellaisella aiheyhmäkokonaisuudella... Viisikos-
sa nimenomaan kaikilla on omat aiheensa ja aiheiden valinta on perustunut siihen, mikä historias-
sa on se kehitystrendi ja mihin kiinnostus on... Mun mielestä se yhteinen visio liittyy kehitys-
alustan etenemiseen eli miten tämä kehitysyhteistyö sitten hyödynnetään.” (Koordinaattori)

Alueiden ja Medineuvon näkökulmasta sisällöllistä hajanaisuutta ja synergioiden
puutetta pidettiin kuitenkin ongelmana. Pro Viisikon ensimmäisen vaiheen tärkeim-
mäksi opetuksiksi mainittiin se, että jatkossa (”Pro Monikko” -vaiheessa) osapuolilta on
edellytettävä yhteisen vision luomista.

”Pro Viisikko oli konseptina ihan hyvä, mutta ne projektit ovat vähän liian hajallaan. Ne oli-
vat ’legacy-projekteja’ jotka yritettiin saada siirtymään paikasta toiseen. Siirtyminen tapahtuu vain
silloin, kun projektit ovat samaa aihepiiriä ja kun tahtotila ja ongelma ovat suurin piirtein saman-
laisia... Ja luulen, että kaikki mukana olijat, ainakin piirinjohdajat ja minä, ovat sitä mieltä, että
seuraavalla agendalla pitäisi olla todella kansallista merkitystä... Pro Monikko ei tule onnistu-
maan, ellei ole yhteistä visiota.” (Yrityksen edustaja 1)

Kaikesta huolimatta haastatellut olivat yleensä tyytyväisiä projektien väliseen yhtey-
denpitoon. Sen toimivuuden varmistamista jatkossakin pidettiin erittäin tärkeänä, jotta
ei ajauduttaisi alueellisten ratkaisujen tekemiseen, kun tavoitteena on valtakunnallisesti
ja kansainvälisesti monistettavien palvelujen kehittäminen. Yhteydenpidon nähtiin
edellyttävän ainakin yhteistä johtoryhmää ja yhteistyön koordinoinnin varmistamista.
Koordinaattorit pitivät tärkeänä, että jatkossa projektipäälliköiden ja johtoryhmien
sitouttamisesta koordinoinnin järjestämiseen huolehditaan paremmin kuin Pro Viisikos-
sa, jossa *koordinoinnin pelisäännöistä* ei ollut yhteisesti sovittu. Alkuideana oli ollut,
että LifeIT ottaa vastuun hankevalmistelusta ja koordinoinnista, mutta kokonaisuuden
käynnistyessä ajatus kohtasi vastustusta. Sairaanhoidopiirit kilpailuttivat koordinointi-
osuuden eivätkä olleet varauksettoman valmiita maksamaan LifeIT:n palveluista. LifeIT
ei näistä lähtökohdista päässyt kunnolla tekemään koordinointityötä. Paavola toimi
kuitenkin kaikkien hankkeiden ohjausryhmissä ja edisti projektihallinnan työkalujen
käyttöönottoa yhteistyössä Sitran kanssa.

”Koordinaation kannalta ongelmallista on, että sairaanhoidopiirit ovat nähneet koordinoinnin luon-
teen vähän eri tavoilla ja eri tavoin ymmärtäneet, että koordinointi myös maksaa jotakin. Jos Tee-
mu Paavola käy pitkin Suomea kokouksissa, sairaanhoidopiirien pitää siitä jotakin maksaa. Siinä
on ollut vähän kädenvääntöä, että tällainen koordinointi saa maksaa. Siitä on lopuksi päästy yksi-
mielisyYTEEN... Koordinointi olisi varmasti saanut toisenlaisen roolin, jos tätä olisi alun perin läh-
detty tekemään yhdessä eikä niin, että Sitra junailuttaa meidät kasaan. Silloin tämä olisi nähty toi-
sella tavalla yhteiseksi hankkeeksi... Meillä tämä näyttää vähän liikaakin siltä, että Sitra koettaa
lähinnä järjestelmiä, joita he pyrkivät tämän hankkeen kautta levittämään muille sairaanhoidopi-
reille.” (Alueen asiantuntija 5)

Se, miten selkeästi alueet olivat *projektoineet* omat kehityshankkeensa ja selkiyttäneet niihin liittyvät vastuut, vaihteli ja vaikutti koordinoinnin sujumiseen. Useat haastatellut koordinaattoreiden ja alueellisten toimijoiden edustajat toivat esille, että Pro Viisikon alkuvaiheen ”rintamalinja” länsirannikon kolmen sairaanhoitopiirin ja kahden itäisen Suomen sairaanhoitopiirin välillä oli hävinnyt. Niiden välinen yhteistyö oli käynnistynyt, ja erityisen myönteisenä pidettiin Etelä-Savon ja Vaasan välisten yhteyksien tiivistymistä. Eri alueiden projektipäälliköiden yhteistyön käynnistymiseen oltiin tyytyväisiä.

”Uusi elementti on ollut se, että Pro Viisikko -hankkeiden myötä projektipäälliköt ovat verkottuneet.” (Koordinaattori 2)

”Varsinaisten toimijoiden kentässä niillä alueilla, joilla johto on selkeästi projektoinut ja antanut projektipäällikkyyden, siellä näkyy struktuuri. Näillä alueilla, missä on kontaktihenkilöt, esimerkiksi yhteisten tapaamisten sopiminen sujuu hirveen kivuttomasti, mutta muilla alueilla se on sellaista lypsämistä.” (Koordinaattori 1)

Yhteistyön sujumiseen vaikuttivat – milloin hankaloittaen, milloin vauhdittaen – *alueiden johtavien henkilöiden vaihtumiset*. Pro Viisikon aikana sekä Vaasan että Etelä-Savon sairaanhoitopiirien johtajat vaihtuivat ja muillakin alueilla tapahtui johtavien lääkäreiden vaihdoksia.

”Ne kohdat, missä alueiden johto on vaihtunut, näkyvät aina ’liimaajan’ roolista käsin pysähdyskohtina... Se, minkälainen linja uudella johtajalla on ja miten hän suhtautuu kehitystyöhön, vaikuttaa paljon. Kun tulee uusi johtaja, on näytön paikka ja vaikutus saattaa olla hyvinkin vauhdittavaa. Tai voi olla että pannaan homma seis ja katsotaan, missä mennään. Nämä ovat kohtia, mihin pitäisi hirvittävän hyvin valmistautua yhteisellä profiililla että, miten briiffataan uusi johto siitä, mistä on kysymys.” (Koordinaattori 1)

Rahoittajien yhteistoiminnan näkökulmasta haastateltavat nostivat tärkeiksi kehittämisenäkökohdiksi entistä selkeämmän yhteisen tahtotilan luomisen ja STM:n ja muiden rahoittajien välisen yhteistyön tiivistämisen.

Pro Viisikon koordinointiin ovat osallistuneet useat tahot. Sitra käynnisti moderaattoritoiminnan, ja LifeIT on tukenut verkoston rakentamista. Monien rahoittajatahojen ja koordinaattoreiden yhteistyön arveltiin aluksi näyttäneen melko ”kaoottiseltakin”. Rahoittajat pyrkivätkin kehittämään yhteistyötään ja selkiyttämään roolejaan, mutta yhteisen sävelen löytäminen on vaatinut paljon työtä, eikä se ole ollut ongelmattonta. Rahoittajien toisistaan poikkeavien toimintatapojen arveltiin aiheuttaneen jännitettä sairaanhoitopiireissä, jotka olivat tottuneet toisenlaisiin sopimuskäytäntöihin ja päätöksentekoaikatauluihin.

Tekesin ja Sitran edustajat ovat kokoontuneet säännöllisesti sopimaan yhteistyöstä ja keskustelemaan teemoista. Osapuolet olivat keskinäiseen yhteistyöhönsä tyytyväisiä ja näkivät roolinsa rahoittajina toisiaan täydentävinä. Tekesin roolin kuvattiin painottuvan ”ruohonjuuritason ja aluskasvillisuuden ylösnostamiseen” ja Sitran taas ”lyhteiden kasaamiseen ja niiden markkinoille viemiseen”. STM:n rooliksi kuvattiin terveydenhuollon suuntaviivojen määrittäminen. Tekesin ja Sitran yhteistyö STM:n kanssa ei ollut kovin aktiivista, ja sen tiivistämistä jatkossa pidettiin toivottavana.

”Tekes-Sitra-yhteistyö Pro Monikon tavoitteiden osalta olisi hyvä hitsata yhteen. STM:n rooli on rahoittajakokonaisuudessa niin keskeinen, että sen mukaan saaminen tähän keskusteluun olisi tärkeää lähitulevaisuudessa.” (Koordinaattori 1)

Rahoittajien edustajat pitivät yhteistyön laajentamista tärkeänä jatkon kannalta. Erityisen tärkeäksi nähtiin sairaanhoitopiirien kansainvälisen yhteistyön vahvistaminen sekä verkoston yhteistyön tiivistäminen tutkimuslaitosten ja kolmannen sektorin kanssa.

Sairaanhoitopiirien kansainvälisen yhteistyön vahvistamisella jatkossa edistetään sitä, että prosessien kehittämisessä opitaan parhaista käytännöistä ja että Suomessa kehitetyt hyvät käytännöt leviävät ulkomaille. Esimerkiksi kohonneen verenpaineen tai diabeteksen hoidossa ja ennaltaehkäisyssä olisi hyvä pyrkiä samantyyppisiin prosesseihin ja käytäntöihin, jotta kehitettävät tuotteet soveltuvat kansainvälisille markkinoille. Sairaanhoitopiireille kertyisi osaamista myös siitä, minkälaisia tuotteita tarvitaan hoito- ja palveluprosesseja tukemaan ja tieto olisi välitettävissä suomalaisille yrityksille. Yritysten on vaikea päästä suoraan kansainväliseen yhteistyöhön ilman näyttöjä kotimaisesta kehittämissyhteistyöstä ja tuloksista.

Yhteistyötä on tärkeä tiivistää *tutkimuslaitosten*, erityisesti yliopistojen ja VTT:n, kanssa. Samoin *kolmannen sektorin roolia* on syytä vahvistaa. Pro Viisikon ensimmäisessä vaiheessa yhteistyö erityisesti Diabetesliiton kanssa on ollut hedelmällistä, mutta tarvetta olisi saada yhteistyöhön mukaan muitakin potilasjärjestöjä, koska ne tuovat tietoa asiakkaiden tarpeista ja siitä, miten uusia palveluja voidaan tuoda käytäntöön. Lisäksi niillä on kansainvälisiä yhteyksiä, joiden kautta voi ehkä madaltaa tuotteiden pääsyä kansainvälisille markkinoille.

”Kyllä näkisin tässä vaiheessa, kun on toinen vuosi lähdössä käyntiin, että sairaanhoitopiireillä on vielä tekemistä tässä yhteistyössä yritysten ja tutkimuslaitosten kanssa. Tärkeää on, että sairaanhoitopiirit varautuvat tutkimukseen, tuotekehitykseen ja että heillä on resursseja, rahaa ja henkilöitä sitä varten. Ja siten, että sairaanhoitopiirit näkevät sen yhteiskunnallisen vastuun myös elinkeinoelämän osalta, että heillä on rooli myös elinkeinojen kehittämisessä.” (Rahoittajan edustaja 2)

Kaiken kaikkiaan rahoittajat arvioivat toimintatapoihinsa ja työmenetelmiinsä liittyneet valinnat kohtalaisen hyväksi. Sitran edustajat korostivat, että Pro Viisikon toisessa vaiheessa on tärkeä kiinnittää huomiota verkoston aiempaa määrätietoisempaan johtamiseen ja tavoitteiden täsmällisempään määrittelyyn. Johtamisessa käytettävän voiman suuruutta on kuitenkin kyettävä sovittamaan verkostokokonaisuuteen.

”Olemme olleet aika kiitettävän määrätietoisia... Olemmeko liian hengästyttävän nopeita? Psykologisiin tekijöihin täytyy tietienkin uhrata tietty aika. Jos menee liian määrätietoiseksi ja määrätietoiseksi, lapsi menee – että hujauttaa – pesuveiden mukana. Porukka ei kykene tai halua pysyä mukana.” (Rahoittajan edustaja 1)

5.3 Tavoitteiden toteutumisen arviointia

Tekes pyrkii FinnWell-ohjelmallaan uusien tuotteiden ja uuden liiketoiminnan synty-miseen, ainakin lähivuosina. Pro Viisikkoon suhtauduttiin myös oppimismahdollisuutena. Korostettiin, että siinä on kysymys ”pilotoinnin pilotoinnista”, jossa rahoittajat pyrkivät oppimaan, miten julkisen terveydenhuollon prosessien uudistamista voidaan edistää. Hankkeessa onkin syntynyt syvällisempää ymmärrystä siitä, että prosessien uudistamista tulee tarkastella pitkäjänteisenä vuorovaikutteisen kehittämisen edellytysten luomisena. Monistettavien tuotteiden ja palvelujen kehittäminen julkisen terveydenhuollon organisaatioiden ja yritysten yhteistyönä vaatii rahoittajaltakin pitkäjänteisyyttä. Pro Viisikon ansiosta alueiden verkosto- ja projektiosaamisen nähtiin lisääntyneen, mikä helpottaa hanketyötä jatkossa. Projektipäälliköiden verkostoitumisen todettiin myös edistyneen päällekkäisen kehittämistyön purkua.

”Tuloksia varmasti on odotettavissa vasta kahden kolmen neljän vuoden päästä. FinnWell-ohjelma jatkuu 2009 saakka. Innovaatioita olisi hyvä syntyä silloin, viimeistään.” (Rahoittajan edustaja 2)

”Tämä on ollut meillekin oppimisprosessi, että me nähdään mitä se on... Kyllä me on jouduttu hyväksymään se, että nämä ovat todella pitkän tähtäimen tavoitteita. Siitä on käyty keskustelua moneen kertaan.” (Rahoittajan edustaja 3)

”Kiitos Sitra-yhteistyön, saamme varmaan projektihallinnan työkaluja käyttöön. Mutta on pitkä polku saada organisaatiot omaksumaan niiden kytkeminen kirjanpitoon asti. Tällaiset uudet elementit tukisivat sitä ajattelua, että vaikka hankkeet menisivät mönkään, niin trimmataa hyviä keskenään verkottuneita toimijoita ja projektihallinnon ammattilaisia. Tässä olisi tehty valtava palvelus koko Suomelle. Kun jatkossa tulee hanke, se etenee kuin juna. Vielä ei ole raiteita tai valtatietä, jossa hankkeet menisi.” (Koordinaattori 2)

Ne tavoitteet, jotka Sitra alun perin asetti Pro Viisikolle, liittyivät prosessin uudistamiseen, päällekkäisen kehittämistyön purkamiseen ja ”kansalaisen laajakaistaan” eli kansalaisen mahdollisuuteen päästä terveystietoihinsa ja aktiiviseen vuorovaikutukseen terveydenhuollon ammattihenkilöstön kanssa.

Arvioidessaan asetettujen tavoitteiden realistisuutta Sitran edustaja piti tärkeänä edistyskseenä sitä, että tulevan vuoden aikana tuotetaan todellisiin lukuihin pohjautuvaa tietoa, jonka avulla voidaan valita prosessien kehittämisen suunta. Pro Viisikko on saanut aikaan kehittämistyöhön liittyvää työnjakoa ja sen puitteissa on alettu oppia toisilta, vaikka kaikkea päällekkäistä kehitystyötä ei olekaan pystytty lopettamaan. ”Kansalaisen laajakaista” on kuitenkin ehkä opettanut Sitraa eniten. Siihen liittyen Sitra on yksi osapuoli kansallisen toimijan kehittämisessä terveydenhuollon tiedonhallintaan, kansallisen kuva-arkiston konkretisoimiseen ja elektronisen reseptin käyttöönoton edistämiseen. Pro Viisikko on tarjonnut osaamista tähän työhön.

”Toisaalta luulen, että ilman Pro Viisikko -vaihetta ja kaikkea tätä, emme olisi pystyneet tajumaan ja olemaan näin määrätietoisia.” (Rahoittajan edustaja 1)

Pro Viisikon tuloksia pyritään arvioimaan prosessin eri vaiheissa. Konsulttitoimiston laatima Kymenlaakson ja Etelä-Savon pilotoinnin ensimmäistä vaihetta koskeva arviointi valmistuu lähiaikoina. Siinä on selvitetty, minkälaisella talouslaskentamallilla rakenteen muutoksen onnistuneisuutta voidaan arvioida. Raportti perustuu todellisiin lukuihin, joskin niiden saaminen osoittautui erittäin vaikeaksi. Samansuuntainen havainto tehtiin professori Kinnusen johtamassa henkilöstöressurssien käytön muutoksia koskevassa tutkimuksessa: HUS-piirissä ei palkkalaskennankaan kautta voitu tuottaa henkilöstöressurssien määrää kuvaavaa tietoa. Pro Viisikon laskentatoimeen pohjautuvaa evaluointia on tarkoitus jatkaa ainakin vuoden. Pro Viisikko -kokeilujen odotetaan lisäävän ymmärrystä siitä, minkälaista resurssien käyttöä kuvaavaa tietoa julkisissa organisaatioissa on jatkossa kyettävä tuottamaan terveydenhuollon uudistuksen oikeaa suuntaamista varten.

Haastateltu koordinaattori painotti, että arviointitietoa tulisi koota ja systemaattisesti hyödyntää jo pilotoinnin aikana. Tämä voisi lisätä yhteistyön hedelmällisyyttä ja johtaa tulokselliseen tuotekehitykseen. Välttämätöntä ei ole se, että hankekokonaisuudet rakennetaan suuriksi, koska rahoittajat voisivat myös entistä tehokkaammin hyödyntää muiden rahoittajien hankeraportteja.

”Valtakunnan tasolla puhutaan siitä, mitä isoilla hankekokonaisuuksilla ja konsortioilla parhaimmillaan voidaan saavuttaa ja miten niitä voitaisiin tehokkaasti hyödyntää. Raportteja on monenlaisia mutta kaipaisi sitä että tietoa koottaisiin enemmän hyödynnettäväksi. Jokaisella rahoittajalla on se oma maailmansa että miten isommista hankekokonaisuuksista tuotetaan raportteja, mutta voisi

ristiinkin hyödyntää. On huoli, että tietyt asiat nielaistaan itsestään selvyyksinä niin kuin 'suuret hankekokonaisuudet'. Eihän se ole mikään itseisarvo, jos ei se toimi ja palvele ja jos ei sillä ole selkeää yhteistä tavoitetta ja haeta jotain konkreettisia lopputuloksia.” (Koordinaatori 1)

Hankkeiden vaikuttavuuden arviointia pidettiin asiana, johon Pro Viisikon toisessa vaiheessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota kuin ensimmäisessä vaiheessa oli mahdollista.

6. Yhteenveto ja johtopäätökset

Tässä luvussa esitetään kartoituksen tulokset kolmesta näkökulmasta. Ensin tulokset vedetään yhteen Pro Viisikon sisäisen yhteistyön sujumisen osalta ja sen jälkeen rahoittajien toiminnan näkökulmasta. Lopuksi tuloksia tarkastellaan sosio-teknisen muutoksen mallin pohjalta. Tällöin arvioidaan sitä, miten Pro Viisikon avulla on edistetty uuden toimintamallin syntymistä suomalaisen terveydenhuoltoon.

6.1 Yhteistyö Pro Viisikon sisällä

Kartoitus osoitti, että Pro Viisikkoon sisällytettyjen *kehittämishankkeiden yhteys avaintoimijoiden strategioihin* ei yleisesti tarkasteltuna ollut vahva. Yhteys vaihteli piireittäin. Kymenlaakson alueella strategian ohjausvaikutus näkyi, samoin Etelä-Pohjanmaalla jossain määrin. Muiden hankkeiden osalta voitiin vain todeta, että laajassa mielessä ajatellen hanke on strategian suuntainen. Strategisen johtamisen työkalujen tarpeesta oltiin kyllä tietoisia, mutta työkalujen käyttöönotto ei ollut yleensä sujunut ongelmitta.

Kaikissa piireissä *osahankkeisiin liittyviä vastuita* ei määritelty selkeästi, mikä hankaloitti kokonaisuuden koordinoimista. Tämä saattaa johtua projektityöosaamisen puutteesta tai siitä, että osahankkeiden strateginen merkitys ei ollut suuri. Piireillä oli vain vähän aikaisempaa näyttöä merkittävien muutoshankkeiden läpiviennistä, joskin Kotkan kaupunki ja Kymenlaakson sairaanhoitopiiri olivat hankkineet sellaista kokemusta KAAPON yhteydessä.

Tärkeää *kokemusta yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyöstä* saatiin puhelin- ja Internet-neuvonnan kehittämishankkeissa sekä sairaalaprosessien kehittämishankkeessa. Edellisessä tapauksessa sekä yritys että julkiset palveluorganisaatiot arvioivat kumppanuutta erittäin myönteisesti. Yhteistyö johti terveyskeskusten ja muiden julkisten palveluorganisaatioiden toimintaprosessien kehittämiseen ja yhtenäistämiseen sekä yrityksen liiketoimintamallin hioutumiseen. Jälkimmäisessä paikallinen yhteistyö sujui hyvin, mutta yhteistyö muiden keskussairaaloiden ja prosesseja kehittäneen LifeIT:n välillä osoittautui vaikeaksi. Pro Viisikon kokonaisuudessa opittujen hyvien käytäntöjen siirtäminen keskussairaalaan toiseen oli työlästä. Hankkeiden sisällä yksityisten ja julkisten osapuolten välille oli onnistuttu rakentamaan win-win-tilanne, mutta mallin ”myyminen” muille Pro Viisikon osapuolille ei näyttänyt tarkasteluajanjaksolla etenevän.

Samoin *sairaanhoitopiirien ja suurimpien kaupunkien väliset suhteet* jäivät Pro Viisikkoon kokonaisuutena tarkastellen hieman sekaviksi. Kaikissa piireissä ja suurissa kaupungeissa tätä yhteistyötä pidettiin erittäin tärkeänä. Ellei hanke ollut käynnistetty

yhteistyönä, sairaanhoitopiirit pyrkivät useimmiten integroimaan suuria kaupunkeja mukaan käyttäjiksi. Poikkeuksena tästä oli Vaasan sairaanhoitopiiri, joka pyrki nimenomaan saamaan käyttäjiksi pienempiä kuntia pilotin yksinkertaistamiseksi. Toisaalta Vaasan kaupunki toivoi sairaanhoitopiirin mukaantuloa puhelinneuvontahankkeeseen, mutta näin ei ollut tapahtunut. Yleisesti ottaen vaikutti siltä, että sairaanhoitopiirien ja piirin suurien kaupunkien yhteistyö vaatii määrätietoista vahvistamista.

6.2 Rahoittajanäkökulma

Tekes ja Sitra pyrkivät ohjelmillaan edistämään terveydenhuollon prosessien uudistamista ja uusien toimintamallien käyttöönottoa. Pro Viisikon muodostamisen avulla rahoittajat ovat pyrkineet tukemaan sairaanhoitopiirien ja yritysten vuorovaikutteista kehittämistyötä ja niiden välisten kumppanuussuhteiden rakentamista. Tämän kartoituksen pohjalta voidaan arvioida sitä, miten verkoston rakentamisessa on onnistuttu.

Useat osapuolet arvostelivat sitä lähtökohtaa, että liikkeelle lähdettiin eri piirien olemassa olevista, toisistaan irrallisista hankkeista. Pro Viisikko -kokonaisuudessa ei yhteisen vision löytymiseen panostettukaan. Ehkä juuri tästä syystä osapuolet olivat varsin tyytymättömiä itse kehittämiinsä ratkaisuihin eikä suurempaa kiinnostusta syntynyt muualla kehitettyjen ratkaisujen soveltamiseen omassa sairaanhoitopiirissä. Sisällöllisesti tulokset näyttivät jäävän hajanaisiksi. Voidaankin kysyä, olisiko jatkossa syytä käyttää kannusteita tai pakkoa käynnistysvaiheessa, jotta hankkeet saadaan samansuuntaisiksi. Kartoituksen pohjalta näyttäisi tärkeältä edellyttää verkoston osapuolilta yhteistä näkemystä päämäärästä ja tavoiteltujen vaikutusten nykyistä tarkempaa määrittelyä. Tässä yhteydessä kriittisen tärkeää on selvittää, missä mittakaavassa uusia ratkaisuja tulisi hakea. Riittääkö se, että kehitetään ratkaisuja yksittäisten palveluorganisaatioiden tarpeisiin tai seudullisiin tarpeisiin vai onko tärkeää pyrkiä alueellisesti tai kansallisesti monistettaviin ratkaisuihin?

Pro Viisikon puitteissa kehitettiin puhelinneuvontapalvelua sekä yksityisen ja julkisen toimijan kumppanuuden pohjalta että sisäisesti organisoituna ratkaisuna. On olennaista hyödyntää tätä asetelmaa jatkossa erilaisten ratkaisujen vertailuun, kuten siihen, koska ja millä ehdoin sisäinen tai ulkoistettu ratkaisu on hinnaltaan ja laadultaan perusteltu ratkaisu. Tämä kannustaisi palveluorganisaatioita tuottamaan kehittämisstrategioita, jotka auttaisivat niitä hankintojen suunnittelussa ja palvelujen organisoinnissa. Yleisesti ottaen tarvittava määrällinen tieto ja mittarit erilaisten tilaaja-tuottaja-asetelmien arvioimiseksi eivät ole helposti saatavissa.

6.3 Pro Viisikko toimintamallin muutoksen edistäjänä

Seuraavassa tarkastellaan Hoogman ym. (2004) kehyksen pohjalta sitä, missä määrin Pro Viisikko on onnistunut nichen muodostamisessa ja miten terveydenhuollon toimintamallin muutos etenee. Tässä kehyksessä keskeisiä ulottuvuuksia ovat oppimisen laatu, institutionaalinen juurtuminen ja toimintamallin kehittämisen suunta.

Oppimisen laatu

Nichen syntymiselle on olennaista, että verkostossa tapahtuu sekä single-loop- että double-loop-oppimista. Pro Viisikon yhteistyössä ei ole erityisesti pyritty kyseenalaistamaan vallitsevia käsityksiä teknologiasta, käyttäjien vaatimuksista ja sääntelystä vaan pikemminkin on testattu vallitsevien käsitysten toimivuutta. Double-loop-oppimistavoitteen olemassaolo voidaan silti havaita rahoittajien suhtautumisessa Pro Viisikkoon ”pilotoinnin pilotointina”. Rahoittajat pyrkivät oppimaan, minkälaisia rooleja ne voivat omaksua pyrkiessään edistämään terveydenhuollon prosessien uudistamista, ja saamaan tietoa siitä, miten kehittämishankkeet tulisi organisoida. Rahoittajat olivat havainneet ainakin tarpeen tiivistää keskinäistä yhteistyötään ja toimintojensa koordinoitua. Erityisen tärkeänä nähtiin se, että Tekes ja Sitra tiivistävät yhteistyötä STM:n kanssa. Lisäksi tärkeäksi nousi projektihallinnan työkalujen käyttöönoton edistäminen sairaanhoitopiireissä.

Myös Pro Viisikkoa edeltävissä vaiheissa on tapahtunut double-loop-oppimista. Parhaiten sitä edustaa terveystalouden kysyntään ja tarpeeseen kohdistunut uudelleenkäyttökeskustelu, jota tehtiin laajemmassa terveydenhuollon asiantuntijoiden verkostossa (ks. Mäntyranta ym. 2004). Tässä keskustelussa pyrittiin kysyntä-, tarve- ja tuotantokäsitteiden syvempään ymmärtämiseen. Tämän asiantuntijaverkoston yhtenä osapuolena Kotkan terveysjohtaja toi syntyneitä uutta näkemystä Kotkan sosiaali- ja terveystoimeen. Kysynnän ja palvelutarpeen parempi käsitteellinen ja käytännöllinen erottelu kyky johtikin Kymenlaakson alueella puhelinpalvelujärjestelmän kehittämiseen.

Pro Viisikossa tapahtunut single-loop-oppiminen on liittynyt erityisesti käyttöympäristöön, projektihallinnan työkaluihin ja jonkin verran myös uusien toimintamallien yhteiskunnallisiin vaikutuksiin ja liiketoimintamahdollisuuksiin.

Käyttöympäristöön liittyvää oppimista tapahtui erityisesti puhelinneuvonnan kokeiluvaiheessa. Se liittyi mm. käyttäjien vaatimuksiin ja uuden palvelun käytön esteisiin. Esimerkiksi lääkäreiden muutosvastarinnan kohtaaminen toi joissakin piireissä esille tarpeen määrittellä uudelleen heidän palkkarakennettaan, jottei puhelinpalveluun siirtymisen heikentäisi heidän palkkaustaan. Puhelinpalvelun käynnistäminen on johtanut jatkuvaan vuorovaikutteiseen toiminnan muutokseen ja sopeuttamiseen kuntien terveystalouden

kuksissa. Vähitellen on opittu siitä, mitä mahdollisuuksia uusi palvelu tarjoaa terveyskeskustoiminnan kehittämiseksi. Parhaita käytäntöjä kyettiin siirtämään alueelta toiselle. Kokeilu on osoittanut, että kansalaiset suhtautuvat puhelinneuvontaan sinänsä myönteisesti eivätkä vierasta sitä. Luonnollisesti kansalaiset vaativat kuitenkin suhteellisen lyhyitä vastausaikoja.

Tekes ja Sitra ovat Pro Viisikon rahoittajina pyrkineet toimintamalliensa aiempaa parempaan yhteensovittamiseen. Sitra ja LifeIT ovat kehittäneet *projektihallinnan työkaluja*, joita ensi vaiheessa hyödynnetään rahoittajien yhteistoiminnan tukemisessa. Myöhemmin ne on suunniteltu lanseerattaviksi myös sairaanhoitopiireille, mikäli piirit haluavat tehostaa ja yhtenäistää käytäntöjään.

Yhteiskunnallisten vaikutusten osalta oppiminen liittyy hoitotakuun toteutumiseen ja työllisyysnäkökohtiin. Sekä puhelinneuvonnalla että sairaalaprosessien kehittämisellä pyrittiin parantamaan palvelujen saatavuutta siten, että se vastaa hoitotakuun vaatimuksia. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sairaalaprosessien kehittämishankkeessa tietoa vaikutuksista saatiin pian. Hankkeen tuloksena Seinäjoen keskussairaalan tekonivelsalin päivätuotantoa saatiin lisättyä, mikä edisti hoitotakuun mukaisen palvelun tuottamista. Puhelinneuvonnan osalta vaikutusten arviointi on hankalampaa. Pro Viisikon puitteissa on valmistumassa selvitys siitä, minkälaisella talouslaskentamallilla rakenteellisen muutoksen onnistuneisuutta voidaan arvioida. Puhelinneuvontaan siirtymisellä ei havaittu olevan merkittäviä työllisyysvaikutuksia, mutta sen vaikutukset hoitoprosesseihin ja töiden sisältöihin olivat melko suuria. Medineuvon IP-pohjainen toiminta mahdollisti neuvontakeskusten perustamisen niille paikkakunnille, joilla puhelinneuvontaan siirryttiin, ja kunnat ottivat luonnollisesti uudet syntyvät työpaikat mielellään vastaan.

Liiketoiminnan edellytyksiä koskeva oppiminen on liittynyt puhelinneuvontaan. Kokeilun kautta on tullut esille mm. se, että liiketaloudellisesti kannattava puhelinneuvontatoiminta edellyttää varsin suurta väestöpohjaa. Väestömäärän on oltava vähintään 400 000 mutta ehkä vieläkin korkeampi. Tämä viittaisi siihen, että Pohjanmaan kolmen sairaanhoitopiirin suunnittelema yhteispalvelu ei ehkä ole vielä tarpeeksi laaja liiketaloudellisesti kannattavalle toiminnalle. Eri potilastietojärjestelmien saumattomuus on tärkeää toiminnan helpottamiseksi jatkossa.

Institutionaalinen juurtuminen

Institutionaalisen juurtumisen toteutumista voidaan arvioida täydentävien teknologioiden, yhteisten odotuksien syntymisen ja toimintamalliin sitoutuneiden toimijoiden määrän pohjalta. Pro Viisikon suhteellisen lyhyen keston aikana ei ole vielä realistisesti voitu odottaa täydentävien teknologioiden ja tarvittavan infrastruktuurin kehittämistä. Sen sijaan seuraavassa tarkastellaan lyhyesti odotuksia ja toimijoiden sitoutumista.

Voidaan havaita, että on syntymässä yhteinen, uskottava odotus siitä, että puhelinneuvonnan avulla jonoja voidaan lyhentää. Mutta käsitykset ja uskomukset eroavat siitä, tuotetaanko palvelu kustannustehokkaammin ja laadukkaammin sisäisesti vai ulkoa ostettuna. Pro Viisikko on tukenut molempia mutta ei ole pyrkinyt arvioimaan niiden paremmuutta. Jatkossa näiden vaihtoehtojen vertaaminen ja kilpailuttaminen Pro Viisikon sisällä tarjoaisi hyödyllistä tietoa sen arvioimiseksi, kumpi ratkaisu on kulloinkin parempi. Samalla olisi tärkeää tuottaa kokemuksellista tietoa siitä, mikä palvelun sisällön tulisi olla, miten asiakasohjaus tulisi kytkeä ajanvaraukseen ja muihin logistiikkajärjestelmiin ja missä mittakaavassa palvelu pitäisi tuottaa.

Pro Viisikolla ei ole pyritty selkeästi yhden ”toimintamallin” edistämiseen. Hankkeita yhdistävänä punaisena lankana voidaan pikemminkin nähdä pyrkimys pilotoida uudenlaisia asiakasohjauksen ratkaisuja: puhelinneuvontaa, Internet-neuvontaa ja portaali-ohjausta. Tämän sateenvarjon ulkopuolelle jää tosin leikkaussaliprosessien kehittämishanke. Voidaan kysyä, voiko yksi sairaanhoitopiiri tuottaa muille neljälle asiakasohjauksen uuden ratkaisun Pro Viisikon mallilla. Miten muiden tarpeet tulevat otetuiksi huomioon, jos kussakin sairaanhoitopiirissä edistetään omaa hanketta?

Toimintamallin kehittämisen suunta

Suomen terveydenhuollon kentässä on havaittavissa selkeitä merkkejä rakenteellisesta muutoksen käynnistymisestä. Uudistamista on 2000-luvulla edistetty käynnistämällä useita suuria julkisia tutkimus- ja kehitysohjelmia (mm. kansallinen terveyshanke, Finn-Well, Teho ja Terttu) ja näiden jatkeeksi keväällä 2005 pantiin liikkeelle valtiosihteerivetoinen kunta- ja palvelurakennemuutos. Valtioneuvoston alainen tietoyhteiskuntaohjelma on myös selvittänyt valtion ja kuntien palveluiden uudistamista tietoteknologiaa hyödyntäen (ns. KuntaTIME ja TEHO-TIVI -aktiviteetit). Osa näistä aktiviteeteista pyrkii muutoksiin toimintaolosuhteita ja säätelyä muuttamalla, osa taas kohdistuu terveydenhuollon prosessien ja teknologioiden vuorovaikutteiseen kehittämiseen.

Tulokset ovat kuitenkin toistaiseksi vaatimattomia. Paineita muutoksille on kyetty luomaan, ja muutosten ideointiin, kehittelyyn ja toteuttamiseen on saatavissa julkista osarahoitusta. Oppimisprosessit ovat kuitenkin vielä kesken. Tämä koskee sekä valtakunnan tason toimijoita, jotka luovat olosuhteita, että muutosta toteuttavia tahoja.

Pro Viisikko on hyvä esimerkki laajan, jopa kansallisen kehittämishankkeen pilotista, jossa oppimista on tapahtunut kaikilla toiminnan tasoilla. *Ohjelmatasolla tarkastellen* selvitys nostaa esille erityisesti seuraavat kehittämishaasteet. Ensinnäkin uudistamiseen tähtäävien ohjelmien välistä koordinaatiota ja synergiaa pitää parantaa. Erityisesti tarvitaan ”normitusta”, jonka puitteissa toimijat voivat nykyistä paremmin toteuttaa konkreettisia hankkeitaan. Hyvistä käytännöistä ja ratkaisuista tulisi oppia, ja niitä

pitäisi levittää kaikkien käyttöön, joten kannusteita on kehitettävä näiden ratkaisujen leviämisen edistämiseen. Julkisten palveluorganisaatioiden kytkeminen teknologiaohjelmiin on haasteellinen tehtävä Tekesille ja vaatii tältä osin uusien käytäntöjen kehittämistä ja omaksumista. Koska tavoitteena on julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön edistäminen, Tekesin rooli on erityisen tärkeä yritysten kytkemisessä tähän prosessiin.

Ohjelmatasolla on lisäksi kyettävä tekemään selkeämpi ero toisaalta uusien toimintakäytäntöjen käyttöönoton ja sitä tukevien teknisten ratkaisujen hankinnan sekä toisaalta uusien toimintamallien ja teknologioiden tutkimuksen ja kehitystyön välillä. Kehittämishankkeiden rahoitus on suunnattava selkeästi tutkimus- ja kehittämistyöhön.

Viimeksi mainittu erottelu on haaste myös *toteuttajatasolle*. Kunnissa ja sairaanhoitopiireissä on tärkeää erottaa uusien käytäntöjen toimeenpano ja uuden teknologian hankinta tutkimus- ja kehittämistyöstä. Edelliset kuuluvat käyttörahoituslaskelmien ja tavanomaisten investointien piiriin. Jälkimmäiseen voidaan hakea julkista kehittämisrahoitusta. On selvitetävä, mikä on valmista ja pitää panna toimeksi ja mikä vaatii todellista tutkimusta ja tuotekehitystä. Tällä hetkellä näyttäisi siltä, että kaikki ovat kehittämässä uusia ratkaisuja, mutta kukaan ei ota niitä käyttöön.

Päätösten valmistelussa ja päätöksenteossa näyttäisi siis näiltä osin olevan paljon parantamisen varaa niin kunnissa ja kuntayhtymissä kuin kansallisellakin tasolla.

Lähdeluettelo

Degeling, P., Maxwell, S., Kennedy, J. & Coyle, B. 2003. Medicine, management, and modernisation: a “danse macabre”? *British Medical Journal* 326: 649–652.

Elzen, B., Geels, F. & Green, K. (toim.). 2004. *System innovation and the Transition to Sustainability: Theory, Evidence and Policy*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. 2005. *Nettineuvontahanke etenee*. Tiedote 7.11.2005.

FinnWell-terveydenhuollon teknologiaohjelman strategia. 18.4.2005.

Geels, F. 2002. Technological transitions as evolutionary reconfiguration processes: a multi-level perspective and a case-study. *Research Policy* 31:8/9: 1257–1274.

Geels, F. & Kemp, R. 2006. Transitions, transformations and reproduction: dynamics in socio-technical systems. Teoksessa: McKelvey, M. & Holmen, M. (toim.). *Flexibility and Stability in the Innovating Economy*. Oxford University Press. (Painossa.)

Hoogma, R., Weber, K. M. & Elzen, B. 2004. Integrated long-term strategies to induce regime shifts to sustainability: The approach of Strategic Niche Management. Teoksessa: Hemmelskamp, J. & Weber, M. (toim.). *Towards Environmental Innovation Systems*. Heidelberg: Springer Verlag.

Jokipii, P., Kalliovalkama, K. & Paavola, T. 2005. Tekonivelpotilaan hoitoprosessin uudistaminen. *Käsikirjoitus julkaistavasta artikkelista*.

Kivisaari, S., Kortelainen, S. & Saranummi, N. 1999. Innovaatioiden juurruttaminen terveydenhuollon markkinoilla. *Digitaalisen median raportti*. Helsinki: Tekes.

Kivisaari, S., Saranummi, N. & Parvinen, P. 2004a. Vanhusten palvelut Espoossa. Kehittämisen lähtökohdat juurruttamalla. VTT Working Papers 3. Espoo: VTT. 59 s. + liitt. 2 s. <http://virtual.vtt.fi/inf/pdf/workingpapers/2004/W3.pdf>.

Kivisaari, S., Saranummi, N. & Väyrynen, E. 2004b. Knowledge-intensive service activities in health care innovation. Case Pirkanmaa. VTT Research Notes 2267. Espoo: VTT. 104 s. + liitt. 4 s. <http://virtual.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2004/T2267.pdf>.

Kivisaari, S., Lovio, R. & Väyrynen, E. 2004c. Managing experiments for transition: examples of societal embedding in energy and health care sectors. Teoksessa: Elzen, B.,

Geels, F. & Green, K. (toim.). System innovation and the Transition to Sustainability: Theory, Evidence and Policy. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

Kivisaari, S. & Saranummi, N. 2005. Managing systemic innovation in health care. Public-Private Partnerships in managing change. The 5th Triple Helix Conference: The capitalisation of knowledge: cognitive, economic, social and cultural aspects – proceedings. Turin, 18.–21.5.2005.

Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J. & Viitala, J. (toim.). 2004. Terveyspalvelujen suunnittelu. Helsinki: Duodecim.

Pro Viisikko, viiden sairaanhoitopiirin yhteishanke. Hankesuunnitelma ja ehdotus johtoryhmän asiantuntijoiksi viiden sairaanhoitopiirin Tekesin FinnWell-teknologiaohjelmaan esittämälle ryhmähankkeelle. 22.4.2004.

Saranummi, N., Kivisaari, S., Väyrynen, E., Hyppönen, H., Perälä, M.-L. & Saalasti-Koskinen, U. 2005. Terveystenhuollon uudistaminen. Systemiset innovaatiot ja asiantuntijapalvelut muutoksen ajureina. Teknologiaakatsaus 180. Helsinki: Tekes.

Sitra. 2005. Terveystenhuollon ohjelman esite. Tavoitteena kansalaisen paras. Helsinki: Sitra 6/2005.

Striem, J., Ovreteit, J. & Brommels, M. 2003. Is health care a special challenge to quality management? Insights from the Danderyd Hospital case. Quality Management in Health care 12:4: 250–258.

Weber, M., Hoogma, R., Lane, B. & Schot, J. 1999. Experimenting with Sustainable Transport Innovations. A workbook for strategic niche management. Seville/Entschede: University of Twente.

Wynne, B. 1995. Technology assessment and reflexive social learning: observations from the risk field. Teoksessa: Rip, A., Misa, T. & Schot, J. (toim.). Managing Technology in Society. The Approach of Constructive Technology Assessment. London: PinterThomas. S. 19–36.

Tausta-aineistoa

Etelä-Pohjanmaan terveysstrategia. Loppuraportti.

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. Pro Viisikko -osahankkeen projektisuunnitelma ”Nettineuvonnan integroiminen osaksi alueellisia päivystystoimintoja Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä”. 11.2.2005.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Strategia ja tuloskortti (luonnos vuosien 2006–2008 taloussuunnitelman pohjaksi).

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin nettineuvontahankkeen väliraportti. 22.4.2005.

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuoteen 2012. Luonnos 25.6.2002.

Konttinen, M. (toim.). 2005. Tilaaja-tuottajamalli terveydenhuollossa. Stakesin asiantuntijoiden näkemyksiä. Työpapereita 10. Helsinki: Stakes.

Kotkan kaupunki, Kymenlaakson sairaanhoitopiiri, Medineuvo Oy & Sitra. 2005. Terveydenhuollon neuvontapalvelujen kehittämistä koskevan projektin (EnsiNeuvo 24) raportti. Kehittämishankkeen vaihe 1.10.2003–28.2.2005. Julkaisematon raportti.

Mattila, J. 2003. Sosiaali- ja terveyspalvelujen puhelinneuvonta + palvelu – uuden sukupolven terveyspalvelu. Kotkan kaupunki. Suunnitelma 3.4.2003.

Pekurinen, M. 2005. Tilaaja-tuottajamallit: käsitteitä ja kansainvälisiä kokemuksia. Esitys ja kalvosarja, Stakes, Helsinki 24.11.2005. Suomen terveydenhuollon arvioinnin seuran järjestämä seminaari ”Tilaaja ja tuottaja – onko ero paras vaihtoehto?”

Pro Viisikon ”Tuloksia ja tulevat haasteet” -seminaarin aineisto. Vaasan yliopisto, Tritonia-talo 18.11.2005.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen puhelinneuvonta + palvelu – uuden sukupolven terveyspalvelu. Kotkan kaupunki, julkaisematon strategiapaperi 3.4.2003.

STM. 2005. Tutkimustoiminta terveyskeskuksissa: nykytila ja tulevaisuus. Selvityshenkilöiden raportti. STM Työryhmämuistioita 2005:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Vaasan sairaanhoitopiiri. Julkaistu esite. 1999.

Vaasan sairaanhoitopiiri. 2004. Vshp osana viiden sairaanhoitopiirin Pro Viisikko yhteishanketta. Hankesuunnitelma.

Vaasan sairaanhoitopiirin strategia 2003–2010.

Liite A: Pro Viisikko suomalaisen terveydenhuollon uudistamisen kentässä

Pro Viisikon syntyhistoria liittyy STM:n koordinoimaan kansalliseen terveyshankkeeseen, Suomen Akatemian Terveydenhuoltotutkimuksen tutkimusohjelmaan, Tekesin FinnWell-ohjelmaan sekä Sitran terveydenhoidon (Teho) ohjelmaan. Seuraavassa tarkastellaan näiden ohjelmien tavoitteita.

STM:n koordinoima Terveys 2015 on yhteistyöohjelma, joka toimii laajana kehyksenä yhteiskunnan eri osa-alueilla kehitettävälle kansanterveyden edistämiseksi. Se ulottuu yli hallintosektoreiden, koska kansanterveys määräytyy suurelta osin terveydenhuollon ulkopuolisista asioista. Kansallinen terveyshanke puolestaan perustuu valtioneuvoston huhtikuussa 2002 tekemään periaatepäätökseen Suomen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Tavoitteena on kehittää terveyspalveluja valtion ja kuntien yhteistyönä niin, että jokainen saa tarvitsemansa laadukkaat terveyspalvelut varallisuudestaan ja asuinpaikastaan riippumatta. Julkisen sektorin yhteistyökumppaneina ovat kolmas sektori ja yksityinen terveydenhuolto, ja hanke kestää vuoden 2007 loppuun. Kansallinen terveyshanke antaa sisällölliset linjat ja puitteet sille, mitä Pro Viisikossa kehitetään: kyseiset sairaanhoitopiirit ovat saaneet STM:n rahoitustukea niille hankkeille, joista myöhemmin muodostettiin Pro Viisikko.

Suomen Akatemian Terveydenhuoltotutkimuksen tutkimusohjelma (Terttu) tuottaa vastauksia terveydenhuollon tulevaisuuden haasteisiin tutkimuksen keinoin. Monitieteisen ohjelmakokonaisuuden tavoitteena on myös tutkimuksen vahvistaminen ja tutkijoiden vuorovaikutuksen lisääminen. Ohjelma toteutetaan vuosina 2004–2007.

FinnWell on Tekesin rahoittama terveydenhuoltoon kohdennettu teknologiaohjelma. Sitä ovat edeltäneet Terveydenhuollon digitaalinen media (1996–1999) ja iWell (2000–2004) -ohjelmat. Jo iWell-vaiheessa pyrittiin hankekokonaisuuksiin, joissa yhdistyisi teknologiatuotteiden ja palveluiden kehittäminen, mutta yhteishankkeita ei silloin saatu käyntiin. Näistä aiemmista kokemuksista on pyritty oppimaan viisivuotista (2004–2009) FinnWell-teknologiaohjelmaa muodostettaessa. FinnWellin tavoitteeksi on asetettu terveydenhuollon laadun ja tuottavuuden parantaminen sekä alan yritystoiminnan ja viennin edistäminen. (FinnWell-strategia 2005.) Ohjelman puitteissa rahoitetaan kolmenlaisia hankkeita:

1. hoito- ja diagnostiikkateknologian kehittäminen
2. hoitoa, seuranta- tai sairauksien ennaltaehkäisyä tukevien tietoteknisten tuotteiden ja järjestelmien kehittäminen
3. yritysten ja julkisten organisaatioiden yhteiset pilotointihankkeet, joiden tavoitteena on terveydenhuollon toimintaprosessien ja palvelujen kehittäminen.

Sitran viisivuotinen (2005–2009) Terveysthuollon ohjelma (Teho) pyrkii luomaan entistä parempia terveyspalveluja vientikelpoisin keinoin. Ohjelmassa etsitään uusia ratkaisuja sille, että kansalainen saisi parempaa palvelua ja alan toiminta tehostuisi, sekä keinoja terveydenhuoltoa tukevan palvelualan kehittämiseksi. Olennaista on parhaiden käytäntöjen tunnistaminen, kehittäminen ja levittäminen valtakunnallisiksi. (Sitra 2005.)

Pro Viisikko rahoitetaan Tekesin FinnWell- ja Sitran Teho-ohjelmien puitteissa. Ohjelmat ovat tavoitteenasettelultaan hyvin samansuuntaisia, mutta rahoittajien käyttämät instrumentit ovat jossain määrin erilaisia. Tekesin keskeiset rahoitusinstrumentit ovat T&K-tukia, kun taas Sitran toiminta kattaa myös muutosjohtamista taloudellisten investointien, yhteiskuntasuhteiden ja verkostojen hyödyntämisen keinoin. Tekes ja Sitra pyrkivät yhteistyöhön ohjelmiensa toteuttamisessa.

FinnWell-ohjelmassa Pro Viisikko edustaa sitä hanketyyppiä, jossa rahoitetaan julkisten terveydenhuollon organisaatioiden ja yritysten yhteistyönä tapahtuvaa toimintaprosessien kehittämistä. Tekes on asettanut Pro Viisikko -kehittämistyön tavoitteeksi sen, että alueittain rinnakkain etenevä kehitystyö tuottaa ratkaisun, joka on laajennettavissa kansalliseen ja kansainväliseen käyttöön joko kokonaisratkaisuna tai täydentyvinä modulaarisina toteutuksina. (Pro Viisikko -hankesuunnitelma 2004.)

Liite B: Haastatellut henkilöt

Hassinen Kari, Kymenlaakson sairaanhoitopiirin johtaja, 20.4.05.
Honga Göran, Vaasan sairaanhoitopiirin johtaja, 31.5.05.
Huttunen Jussi, professori, Lääkäriseura Duodecim, 18.4.05.
Hyvärinen Antti, johtava ylilääkäri, Mikkelin kaupunki, 19.04.05.
Mattila Jukka, terveysjohtaja, Kotkan sosiaali- ja terveystoimi, 12.4.05.
Paavola Teemu, toimitusjohtaja, LifeIT Oyj, 17.8.05.
Pajunpää Hannu, Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin johtaja, 24.5.05.
Palko Teija, Senior Technology Adviser, Tekes, 17.8.05.
Parvinen Ilmo, toimialajohtaja, Sitra, 14.9.05.
Pietikäinen Juhani, Senior Technology Adviser, Tekes, 2.9.05.
Pihlajamäki Jaakko, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin johtaja, 16.05.05.
Pyykkö Virpi, projektikoordinaattori, Helpoint, 6.9.05.
Sandström Kenneth, toimitusjohtaja, Medineuvo Oy, 13.10.05.
Sirviö Markku, johtava ylilääkäri, Vaasan kaupunki, 31.5.05.
Teräsalmi Outi, Etelä-Savon sairaanhoitopiirin vs. johtaja, 19.04.05.
Åström Robert, toimitusjohtaja, Raisoft Oy, 1.09.05.

Hankekohtaisten kuvausten täydennystietoja sähköpostitse

Johannila-Kemppainen Riitta, ylihoitaja, Kotkan sosiaali- ja terveystoimi, 1.12.05.
Kontkanen Päivi, projektityöntekijä, Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, 2.11.05.
Mattila Ilkka, Pro Viisikko -hankkeen projektipäällikkö, Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, 2.11.05 ja 5.1.06.
Paukkala Maija, projektipäällikkö, Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, 11.11.05.
Perälä Sami, projektityöntekijä, LifeIT Oyj, 4.11.05 ja 29.12.05.
Tuomaala Arja, hankekoordinaattori, Vaasan sairaanhoitopiiri, 4.1.06.

Liite C: Teemahaastattelurungot

Teemahaastattelurunko terveydenhuollon edustajille

- Haastatellun taustatiedot
- Nykytilanteen ja ratkaistavan ongelman kuvaus
- Sairaanhoidopiirin tai kaupungin sosiaali- ja terveystoimen strategiatyö
- Pro Viisikko -yhteistyölle asetetut tavoitteet
- Ongelman ratkaisemiseen tähtäävän prosessin kuvaus
- Yhteistyön arviointi
- Odotukset tuloksiin nähden

Haastattelurunko yhteiskunnallisille toimijoille

- Pro Viisikolle asetetut tavoitteet
- Kuvaus Pro Viisikko -kokonaisuuden etenemisestä
- Pro Viisikon arviointi
- Arvio kansallisen tason kehyksestä ja pyrkimyksistä

Tekijä(t) Kivisaari, Sirkku & Saranummi, Niilo			
Nimeke Terveydenhuollon systeemiset innovaatiot vuorovaikutteisen kehittämisen kohteena Case Pro Viisikko			
Tiivistelmä Julkaisu kuvaa tapaustutkimukseen pohjautuen julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön haasteita ja mahdollisuuksia terveydenhuollon uudistamisessa. Se syventää ymmärrystä siitä, miten systeemisten innovaatioiden kehittämistä ja leviämistä voidaan edistää. Tarkastelun kohteena on Pro Viisikko -niminen kehittämishankkeiden kokonaisuus, jossa viisi sairaanhoitopiiriä yhteistyökumppaneineen kehittää ja kokeilee vuorovaikutteisia toimintamalleja. Pro Viisikkoa rahoitetaan kansallisista kehittämisohjelmista. Tutkimusaineisto koostuu avainhenkilöiden haastatteluista sekä dokumenttimateriaalista. Tutkimus osoitti, että ensimmäisen vuoden kokemus yhteistyöstä Pro Viisikon sisällä on lisännyt osapuolten ymmärrystä siitä, minkälaisia olosuhteita tuloksellinen julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö edellyttää ja mitä osaamista osapuolilla tulee olla. Kehittämishaasteina esille nousivat uudistamiseen tähtävien ohjelmien koordinaation parantaminen, yhteistyötä ohjaavien normien selkiyttäminen sekä hyvien ratkaisujen leviämisen edistäminen. Lisäksi on syytä pyrkiä aiempaa selkeämmin erottamaan toisistaan toisaalta uusien käytäntöjen ja teknologioiden käyttöönotto sekä toisaalta tutkimus- ja kehitystyö, koska niiden rahoittamisen tulisi tapahtua eri lähteistä.			
Avainsanat systemic innovations, health care, PPP, private sector, public sector, collaboration, collaboration networks, network management			
ISBN 951-38-6765-X (URL: http://www.vtt.fi/publications/index.jsp)			
Avainnimeke ja ISSN VTT Tiedotteita – Research Notes 1455-0865 (URL: http://www.vtt.fi/publications/index.jsp)			Projektinumero P4SU00014
Julkaisuaika Tammikuu 2006	Kieli Suomi, engl. tiiv.	Sivuja 77 s. + liitt. 4 s.	Hinta B
Projektin nimi Uutta luova kumppanuus palveluiden kehittämisessä		Toimeksiantaja(t) Tekes, kauppa- ja teollisuusministeriö	
Yhteystiedot VTT Kemistintie 3, PL 1000, 02044 VTT Puh. vaihde 020 722 111 Faksi 020 722 7007		Myynti VTT PL 1000, 02044 VTT Puh. 020 722 4404 Faksi 020 722 4374	

Author(s) Kivisaari, Sirkku & Saranummi, Niilo			
Title Interactive development of systemic innovations in health care Case Pro Viisikko			
Abstract On the basis of a case study the report illustrates the challenges of collaboration between private and public actors in health care renewal. It increases insight in how systemic innovation and its diffusion can be enhanced. The study focuses on five hospital districts' collaborative network in developing new interactive health services. The network is called Pro Viisikko and it is funded by public research and development programmes. The data covers interviews of key actors and document material. The study indicated that the experiment has increased the understanding of the barriers to and carriers for public and private collaboration and the competence requirements for partners. The development challenges incorporate improving coordination between programmes aiming at health care renewal, clarification of norms governing collaboration, and promoting diffusion of systemic innovation. Additionally, clearer distinction should be made between implementation of new practices and technologies, on the one hand, and research and development, on the other because they need to be financed from different sources.			
Keywords systemic innovations, health care, PPP, private sector, public sector, collaboration, collaboration networks, network management			
ISBN 951-38-6765-X (URL: http://www.vtt.fi/publications/index.jsp)			
Series title and ISSN VTT Tiedotteita – Research Notes 1455-0865 (URL: http://www.vtt.fi/publications/index.jsp)			Project number P4SU00014
Date January 2006	Language Finnish, engl. abstr.	Pages 77 p. + app. 4 p.	Price B
Name of project Innovative Partnership in Service Development		Commissioned by Tekes (the Finnish Funding Agency for Technology and Innovation), Ministry of Trade and Industry	
Contact VTT Technical Research Centre of Finland Kemistintie 3, P.O. Box 1000, FI-02044 VTT, Finland Phone internat. +358 20 722 111 Fax +358 20 722 7007		Sold by VTT P.O.Box 1000, FI-02044 VTT, Finland Phone internat. +358 20 722 4404 Fax +358 20 722 4374	

Julkaisu liittyy ajankohtaiseen ja tärkeään kysymykseen siitä, miten voidaan edistää suomalaisen terveydenhuollon uudistamista siten, että korkealaatuisten terveyspalvelujen saatavuus on turvattu myös tulevaisuudessa. Aihetta käsitellään erityisesti julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön mahdollisuuksien näkökulmasta.

Julkaisu kuvaa tapaustutkimuksen avulla kansallisen kehittämishankkeen kokeilua, jossa on pyritty selvittämään, miten voidaan edistää julkisten terveyspalvelujen tuottajien ja yritysten yhteistyötä uusien vuorovaikutteisten palvelujen kehittämisessä. Tapaustutkimuksen pohjalta kehittämishaasteiksi nousevat erityisesti uudistamiseen tähtäävien ohjelmien koordinoinnin parantaminen, yhteistyön normien kirkastaminen sekä systeemisten innovaatioiden leviämisen edistäminen.

Tätä julkaisua myy

VTT
PL 1000
02044 VTT
Puh. 020 722 4404
Faksi 020 722 4374

Denna publikation säljs av

VTT
PB 1000
02044 VTT
Tel. 020 722 4404
Fax 020 722 4374

This publication is available from

VTT
P.O. Box 1000
FI-02044 VTT, Finland
Phone internat. + 358 20 722 4404
Fax + 358 20 722 4374
