

## Terveydenhuollon hallinnan muutosajureista

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

<sup>1</sup> Vaasan yliopisto (Julkisjohtamisen tutkimus), Vaasa; <sup>2</sup> FCG Prodacapo Group Ltd, Helsinki Mob, Helsinki

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

### Abstract

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

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

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

## Tiivistelmä

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

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

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

## Johdanto

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

Euroopan unionin lainsäädännön tavoitteena on yhtenäinen ja vapaaseen kilpailuun perustuva Euroopan laajuinen markkina, jossa tavaroiden, palvelujen, pääoman ja ihmisten vapaa liikkuvuus pyritään varmista-

maan poistamalla rajoittavaa lainsäädäntöä. [5] Euroopan unionin terveydenhuoltoa koskevien ohjeistusten noudattamisessa jäsenmaiden on havaittu tulkitsevan ohjeistusten velvoittavuutta eri tasoisesti. Euroopan unionin virallinen rooli jäsenmaidensa terveydenhuollon toteutuksen ohjaamisessa nähdäänkin rajalliseksi, mutta välillisesti sen katsotaan vaikuttavan järjestelmien kehittymiseen. Viime aikoina on kiinnitetty huomiota myös siihen, kuinka Euroopan markkinoita ja kilpailua ohjaava lainsäädäntö vaikuttaa eri jäsenvaltioiden kansalaisten terveyteen. [6]

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

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

### Tutkimuksen teoreettinen viitekehys

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

Artikkelin toteuttamisen metodologinen lähtökohta on ankkuroidussa teoriassa, joka on yleinen metodologia teorian kehittämiseen. Ero ilmenee erityisesti analysoinnissa, joka perustuu vahvasti luokitteluihin eli teoreettiseen koodaukseen. Tällä tarkoitetaan kategorioiden kytkemistä esille nousevaan teoriaan. Ankkuroi-

tu teoria siis ankkuroituu systemaattisesti koottuun ja analysoituun dataan, jonka seurauksena kohteena oleva teoria kehittyy tutkimuksen aikana jatkuvan analyysin ja aineistonkeruun vuorovaikutuksessa. [11] Artikkelissa toteutettiin ankkuroidun teorian metodin mukaiset vaiheittaiset koodaukset. Alkuvaiheessa määritettiin avoin koodaus eli alustava hypoteesi (ydinkategoria). Tämän jälkeen suoritettiin akselikoodaus (ulottuvuudet), jossa valittiin tiettyjä keskeisiä piirteitä tarkemman analyysin kohteeksi. Kolmas eli selektiivisen koodauksen vaihe toteutettiin lopuksi pohdintaa osiossa, jonka tehtävänä oli koko tutkimusmateriaalin integroiminen ja lähtökohtana olleen teorian arviointi. [kts. 12]

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

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

## Tutkimuksen toteuttaminen

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

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

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

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

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

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

## Muutoksen tematiikka terveydenhuollossa

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

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

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

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

että niin diskurssista kuin myös ehdotetuista menettelytavoista puuttui täysin tieteellinen näkökulma. [23]

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

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

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

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

Espanjassa tehty tutkimus osoitti, että muutosmyönteisen johtamisen ja tiimityöskentelyn välillä on positiivinen yhteys terveydenhuollon tiimeissä. Tutkimuksen perusteella yhdessä tekemistä korostava muutosmyön-

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

### **Palvelujen integraatio ja verkostot muuttavat terveydenhuoltoa**

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



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

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

on alettu omaksua tapaa työskennellä moniammatillisissa tiimeissä, joissa tiimin jäsenet kuten palveluohjaajat, sosiaalityöntekijät ja terveydenhuollon ammattilaiset yhteistoiminnassa pyrkivät edistämään sekä yksittäisen potilaan että koko väestön terveyttä. [39]

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

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

suhteisiin ja markkinoihin liittyvää muuta sisältöosaa-  
mista. [44, s. 1371]

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

Esimerkki verkostoissa tehostuvasta kehittämistoiminnasta löytyy Alankomaiden terveydenhuollon franchising toimintaa koskevasta tutkimuksesta, jossa franchisingantajan edustajien ja ketjuun kuuluvien franchisingottajien johtajien välinen luottamus sekä viestinnällisesti avoin ilmapiiri antoivat kokemuksen mahdollisuudesta ilmaista tarpeitaan sekä osallistua toiminnan kehittämisen ideointiin. Tämän katsottiin johtavan synergioiden tehokkaaseen realisoitumiseen siten, että kaikki hyötyvät yhden toimijan innovaatiosta eikä jokaisen tarvitse kehittää asioita erikseen. Samalla kuitenkin koettiin mahdollisuus yksiköiden paikalliset olosuhteet huomioivaan soveltamiseen. Franchisingverkoston läpinäkyvän ja avoimen toiminnan nähtiin vähentävän terveydenhuollon ammattilaisten uudistuksiin liittyvää käyttöönottovaiheen vastustusta ja parantavan sekä franchisingottajien, että franchisingantajan tyytyväisyyttä. Tämän katsottiin ilmenevän erityisesti korkeampana hoidon laatuina. [47, s. 19]

Resilienssitarkastelussa huomio kiinnittyy siihen, kuinka verkostomaisten systeemien keskeiseksi ominaisuudeksi nousee niiden kumuloituva muutosherkkyys, ei niinkään tiettyyn aikaan ja paikkaan sidottu tasapainotila. Verkostomaisesti toimivien systeemien sisäkkäisyydestä ja päällekkäisyydestä johtuen niiden resilienssi rakentuu toimijoiden pienempien osien ketteryyden ja mukautumiskyvyn varaan. Systeemit ymmärretään kaikkein joustavimmiksi ja muutoskykyisimmiksi silloin, kun ne ovat paikallisia ja monimuotoisia. [48, s. 257] Siksi organisaatioiden ei, kansainvälisestä tai jopa maailmanlaajuisesta strategiasta huolimatta, tarvitse tehdä kaikkea samalla tavalla kaikkialla vaan sen sijaan arvostaa ja sopeuttaa toimintansa paikallisten markkinoiden jokapäiväisiin tarpeisiin. [49]

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

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



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

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

### **Valinnanvapaus ja kilpailu terveydenhuollon muutosajureina**

Markkinamekanismien ja liiketoiminnallisten periaatteiden käyttöönoton ja omaksumisen katsotaan julkisessa terveydenhoitojärjestelmässä lisäävän tehokkuut-

ta ja potilaiden tarpeet huomioonottavaa reagoitakykyä. Aiemmillä vuosikymmenillä toteutetut kilpailua edistävät terveydenhuoltojärjestelmien uudistukset ovat osoittautuneet varsin kiistanalaisiksi sekä onnistumisten kannalta näytöiltään puutteellisiksi. Kilpailun ideologinen vastustaminen sekä terveydenhuollon ammattilaisten mielipiteiden huomiotta jättäminen ovat olleet osaltaan heikentämässä tuloksia. [22]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Euroopan terveydenhuoltojärjestelmiä koskeva tutkimus osoitti, että yksityisen palveluntarjoajan läsnäolo voi olla hyödyksi julkiselle terveydenhuollon järjestelmälle, koska yksityisten palveluntarjoajien osallistuminen laskee potilaiden odotusaikaa ja tietyissä olosuhteissa alensi rahoittajien kustannuksia. Lisäksi tutkimus osoitti, että mikäli hyvinvointivaatimukset eri maissa ovat riittävän lähellä toisiaan, voi potilaan liikkuvuutta edistävä

kansallisvaltioiden rajat ylittävä terveydenhuoltopolitiikka olla hyödyllinen myös julkisille terveydenhuollon järjestelmille. Analyysin mukaan raja-alueilla, joilla rajan ylittämisen kustannukset ovat alhaiset, korkeiden terveydenhuollon kustannusten maissa valinnaisten hoito- palvelujen ulkoistaminen edullisempaan maahan on toimiva strategia, josta kummankin maan järjestelmät voivat hyötyä. [69] Vaikka kansainvälisen laajentumisen on katsottu tarjoavan organisaatioille mahdollisuuksia lisätä tuottoja ja tiedon hankintaa sekä alentaa yksikkökustannuksiaan, nähdään terveydenhuollon organisaatioiden kansainvälistyminen monitasoisena ilmiönä, jonka empiirinen tutkiminen on vaikeaa. [70, s. 419-420]

### **Informaatioteknologia muuttaa terveydenhuoltoa**

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

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

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

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

Big dataan eli suurten, eri lähteistä koostettavien, tietomassojen hallintaan ja analytiikkaan liittyvät tietotekniset innovaatiot ovat viimeisten vuosikymmenien mer-

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

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

lupaavia, kohtuullisen alhaisen virhemarginaalin, tuloksia. [78]

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

## Pohdinta

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

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

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



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

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

Palvelujen digitaalisuus muuttaa palvelutuotantoa ja edistää radikaalien toimintamallien syntymistä. Jotta sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillaiset saadaan hyödyntämään teknologian mahdollisuuksia, on heidät

saatava hyväksymään, että työn tekeminen muuttuu ajan, paikan sekä sisällön suhteen. Vaikka kehityksen voidaan jossakin määrin nähdä hämärtävän perinteistä, terveydenhuollon ammatteihin liittyvää, identiteettiä, tarjoaa se samalla uudenlaisia mahdollisuuksia tehokkaampiin moniammatillisiin toimintamalleihin, jossa avoimuus ja läpinäkyvyys mahdollistavat paremman yhteistoiminnan. Tämän avulla myös toiminnan suunnittelu, ohjaus ja arviointi muuttuvat jälkikäteiseen tietoon perustuvasta ”seurantakulttuurista” reaaliaikaiseen ja ennustavan analytiikan tietoon perustuvan ”aktiivisen ennakoinnin kulttuuriksi”.

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

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



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

## Lähteet

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

- Public Sector Reform. London: Routledge; 2017. s. 61-78.
- [18] Hyyryläinen E. New Public Managementin kukoistuskauden aikana syntynyt monikansallinen hallinnon uudistamiskäytäntö: Diskursiivisen institutionalismin tulkinta. *Hallinnon Tutkimus* 2014;33(4):297-313.
- [19] Eymeri-Douzans JM. NPM reforms legacy: A common praxeologic, a variety of acclimatizations, a renewed bureaucratization. Teoksessa: Eymeri-Douzans JM, Pierre J (Eds.). *Administrative reforms and democratic governance*. London: Routledge; 2011. s. 9-26.
- [20] Swayne LE, Duncan JW, Ginter PM. *Strategic Management of Health Care Organizations*. Sixth editions. John Wiley & Sons Ltd, England; 2008.
- [21] Avgerinos ED, Koupidis SA, Filippou DK. Impact of the European Union enlargement on health professionals and health care systems. *Health Policy* 2004;69(3):403-408.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.02.002>
- [22] Mintzberg H. *Structure in fives: Designing effective organizations*. London: Prentice Hall International Editions; 1992.
- [23] Gené-Badiaa J, Gallob P, Hernández-Quevedoc C, García-Armestod S. Spanish health care cuts: Penny wise and pound foolish? *Health Policy* 2012;106(1):23-28. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.02.001>
- [24] Essén A, Lindblad S. Innovation as emergence in healthcare: Unpacking change from within. *Soc Sci Med*. 2013 Sep;93:203-11.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.035>
- [25] Castleden M, McKee M, Murray V, Leonardi G. Resilience thinking in health protection. *J Public Health (Oxf)*. 2011 Sep;33(3):369-77.  
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr027>
- [26] Lockett A, Currie G, Waring J, Finn R, Martin G. The role of institutional entrepreneurs in reforming healthcare. *Soc Sci Med*. 2012 Feb;74(3):356-63.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.031>
- [27] Green SE. A rhetorical theory of diffusion. *Academy of Management Review* 2004;29(4):653-669.
- [28] Macfarlane F, Barton-Sweeney C, Woodard F, Greenhalgh T. Achieving and sustaining profound institutional change in healthcare: case study using neo-institutional theory. *Soc Sci Med*. 2013 Mar;80:10-8.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.01.005>
- [29] Haigh C, Hardy P. Tell me a story - a conceptual exploration of storytelling in healthcare education. *Nurse Educ Today*. 2011 May;31(4):408-11.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.08.001>
- [30] Hendy J, Barlow J. The role of the organizational champion in achieving health system change. *Soc Sci Med*. 2012 Feb;74(3):348-55.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.009>
- [31] Martinussen PE, Magnussen J. Resisting market-inspired reform in healthcare: The role of professional subcultures in medicine. *Soc Sci Med*. 2011 Jul;73(2):193-200.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.025>
- [32] Ortega A, Van den Bossche P, Sanchez-Manzanares M, Ramon R, Gil F. The Influence of Change-Oriented Leadership and Psychological Safety on Team Learning in Healthcare Team. *Journal of Business and Psychology* 2014;29(2):311-321.
- [33] van Rossum L, Aij KH, Simons FE, van der Eng N, Ten Have WD. Lean healthcare from a change management perspective. *J Health Organ Manag*. 2016 May 16;30(3):475-93. <https://doi.org/10.1108/JHOM-06-2014-0090>
- [34] Rico A, Saltman RB, Boerma WGW. Organizational Restructuring in European Health Systems: The Role of Primary Care. *Soc Policy Admin* 2003;37(6):592-608.  
<https://doi.org/10.1111/1467-9515.00360>
- [35] Redding J. Achieving clinical integration. *Healthcare Financial Management* 2013;67(11):56-60.
- [36] Ippolito A, Boni S, Cinque E, Greco A, Salis S. Using Time-Driven Activity-Based Costing to Establish a Tariff System for Home Health Care Services. *J Healthc Manag*. 2016 Nov/Dec;61(6):436-447.  
<https://doi.org/10.1097/00115514-201611000-00009>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[63] Whellams A. Valinnanvapaus Englannin sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Työpaperi 2/2016*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2016. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-605-6>.

[64] Bloom N, Propper C, Seiler S, Van Reenen J. The Impact of Competition on Management Quality: Evi-

dence from Public Hospitals. CEP Discussion Paper No 983. May 2010 (Revised November 2014). The Centre for Economic Performance. London, UK: London School of Economics and Political Science; 2014.

[65] Skinner MW, Rosenberg MW. Managing competition in the countryside: Non-profit and for-profit perceptions of long-term care in rural Ontario. *Soc Sci Med*. 2006 Dec;63(11):2864-76. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.07.028>

[66] Westra D, Angeli F, Jatautait E, Carree M, Ruwaard D. Understanding specialist sharing: A mixed-method exploration in an increasingly price-competitive hospital market. *Soc Sci Med*. 2016 Aug;162:133-42. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.019>

[67] Borzaga C, Fazzi L. Civil society, third sector, and healthcare: The case of social cooperatives in Italy. *Soc Sci Med*. 2014 Dec;123:234-41. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.001>

[68] Shah T. *Catalysing Cooperation: design of self-governing organisations*, New Delhi: Sage; 1996.

[69] Andritsos DA, Tang CS. Introducing competition in healthcare services: The role of private care and increased patient mobility. *Eur J Oper Res* 2014;234(3):898-909. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2013.11.022>

[70] Brouthers KD. Boundaries of the Firm: Insights From International Entry Mode Research. *J Manage* 2007;33(3):395-425. <https://doi.org/10.1177/0149206307300817>

[71] European Commission. Communication from the commission to the European parliament, the Council, the European economic and Social committee and the Committee of the Regions. EU eGovernment Action Plan 2016-2020. Accelerating the digital transformation of government. COM(2016) 179 final. 19.4.2016. Brussels: European Commission; 2016.

[72] Magda B. Mitigating the effects of technology change in healthcare IT. *Online Journal of International Case Analysis* 2012;3(1):37-43.

[73] Petrakaki D, Barber N, Waring J. The possibilities of technology in shaping healthcare professionals: (re/de-

- )professionalisation of pharmacists in England. *Soc Sci Med.* 2012 Jul;75(2):429-37. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.033>
- [74] Wang Y, Hajli N. Exploring the path to big data analytics success in healthcare. *Journal of Business Research* 2017;70:287-299. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2016.08.002>
- [75] Baesens B, Bapna R, Marsden JR, Vanthienen J, Zhao LJ. Transformational issues of big data and analytics in networked business. *MIS Quarterly* 2016;40(4):807-818. <https://doi.org/10.25300/MISQ/2016/40:4.03>
- [76] Raghupathi W, Raghupathi V. Big data analytics in healthcare: Promise and potential. *Health Inf Sci Syst.* 2014 Feb 7;2:3. <https://doi.org/10.1186/2047-2501-2-3>
- [77] Zillner S, Neururer S. Technology Roadmap Development for Big Data Healthcare Applications. *Künstliche Intelligenz* 2015;29(2):131-141. <https://doi.org/10.1007/s13218-014-0335-y>
- [78] Sushmita S, Virendra PR, Newman S, De Cock M, Marquardt J, Teredesai A. Population Cost Prediction on Public Healthcare Datasets. Center for Data Science, University of Washington – Tacoma, Institute of Technology. DH '15 Proceedings of the 5th International Conference on Digital Health s. 87-94; 2015. <https://doi.org/10.1145/2750511.2750521>
- [79] Nichol PB, Brandt J. Co-Creation of Trust for Healthcare: The Cryptocitizen Framework for Interoperability with Blockchain. Research Proposal. ResearchGate; 2016. Saatavissa <https://www.researchgate.net/publication/306013124>. DOI 10.13140/RG.2.1.1545.4963
- [80] Nieminen M, Valovirta V, Pelkonen A. Systemiset innovaatiot ja sosiotekninen muutos. Kirjallisuuskatsaus. Espoo: VTT Technical Research Centre of Finland; 2011.