



Lauri Kokkinen, Juhani Lehto, Sirkku Kivisaari & Eveliina Saari

## Uutta alueellista silmäsairaanhoidon mallia rakentamassa

Havaintoja Taysin erityisvastuualueen hankkeen alkuvaiheesta kehittämisverkoston johtamisen näkökulmasta

# **Uutta alueellista silmäsairaanhoidon mallia rakentamassa**

**Havaintoja Taysin erityisvastuualueen hankkeen  
alkuvaiheesta kehittämisverkoston johtamisen  
näkökulmasta**

Lauri Kokkinen, Juhani Lehto,  
Sirkku Kivisaari & Eveliina Saari



ISBN 978-951-38-7258-8 (URL: <http://www.vtt.fi/publications/index.jsp>)

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

Copyright © VTT 2009

JULKAISIJA – UTGIVARE – PUBLISHER

VTT, Vuorimiehentie 5, PL 1000, 02044 VTT  
puh. vaihde 020 722 111, faksi 020 722 7001

VTT, Bergsmansvägen 5, PB 1000, 02044 VTT  
tel. växel 020 722 111, fax 020 722 7001

VTT Technical Research Centre of Finland, Vuorimiehentie 5, P.O. Box 1000, FI-02044 VTT, Finland  
phone internat. +358 20 722 111, fax +358 20 722 7001

Toimitus Maini Manninen

Taitto Tarja Haapalainen

Lauri Kokkinen, Juhani Lehto, Sirkku Kivisaari & Eveliina Saari. Uutta alueellista silmäsairaanhoidon mallia rakentamassa. Havaintoja Taysin erityisvastuualueen hankkeen alkuvaiheesta kehittämisverkoston johtamisen näkökulmasta. Espoo 2009. VTT Tiedotteita – Research Notes 2461. 48 s. + liitt. 9 s.

**Avainsanat** healthcare, innovation management, systemic innovations, healthcare services, welfare services, Finland, operating models, modelling, centralization, Tampere University Hospital, eye diseases, sections, networking, development networks

## Tiivistelmä

Tämä julkaisu liittyy INNOTE-tutkimushankkeeseen, jossa perehdytään innovaatiojohtamiseen suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hanke tuottaa tietoa haasteista joita kohdataan, kun historian saatossa muotoutuneita sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja toimintamalleja pyritään uudistamaan systemisiä innovaatioita kehittämällä ja levittämällä.

Julkaisussa tarkastellaan silmäsairaanhoidon uuden mallin rakentamista Tampereen yliopistollisen sairaalan (Tays) erityisvastuualueella. Synnytettävä uusi silmäsairaanhoidon malli nähdään systeemisen innovaation aihiona, ja analyysi käsittelee mallin rakentamisen alkuvaihetta. Julkaisussa keskitytään erityisesti prosessiin, jossa ratkaistava ongelma ja innovaatioaihio määrittyvät terveydenhuollon eri toimijoiden välisissä neuvotteluissa, sekä tapaan, jolla kehittämistyöhön kuuluvaa toimijaverkostoa johdetaan. Tutkimusaineisto koostuu avaintoimijoiden haastatteluista, kehittämishankkeeseen kuuluneiden tilaisuuksien havainnoinnista ja aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta.

Tutkimuksessa on nostettu esille monitoimijaisen kokonaisuuden verkostojohdamisen vaativuus ja uuden mallin rakentamisen alkuvaihetta leimanneet haasteet yhteisen käsityksen muodostamisessa niin ratkaistavan ongelman kuin myös ratkaisuksi soveltuvan innovaatioaihion suhteen. Tämä kehittämistyön alkuvaiheen syvälinen analyysi luo myös pohjaa jatkotyössä tulevaisuudessa kohdattaviin haasteisiin varautumiselle.

## Alkusanat

Tämä julkaisu on osa laajempaa VTT:n ja Tampereen yliopiston yhteistyössä toteuttamaa tutkimushanketta Innovaatiojohtaminen terveydenhuollossa (INNOTE). Hankkeen polttopisteessä ovat tavat, joilla Suomen terveydenhuollossa kehitetään ja otetaan käyttöön systeemisiä innovaatioita. Hankkeen päärahoittajana toimii Tekes – teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus. Rahoittamiseen osallistuvat lisäksi Sitra, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Taysin erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit ja VTT.

Hanke toteutetaan case-strategialla tarkastelemalla kahta systeemisen innovaation kehittämisprosessia. Tapaustutkimuskohteet ovat silmäsairaanhoidon uuden mallin kehittäminen Taysin erityisvastuualueella ja Sitran MAISEMA-hanke Mikkelin seudulla.

Tämä julkaisu käsittelee ensin mainittua tapaustutkimusta. Olemme kirjoittaneet julkaisun ennen kaikkea terveydenhuollon käytännön toimijoille, jotka pyrkivät kehittämään systeemisiä innovaatioita. Kehittämistyössä on kuitenkin kyse yhteistyöstä, ja toivommekin julkaisun tarjoavan mielenkiintoisen näkökulman myös terveydenhuollon tutkijoille, kehittäjille ja muille toimijoille.

Kuvaamalla uuden mallin rakentamista alueelliseen silmäsairaanhoitoon pyrimme lisäämään ymmärrystä systeemisen innovaation kehittämiseen liittyvistä haasteista ja siitä, miten kehittämistyön alkuvaihetta voitaisiin edistää. Johtavana ajatuksena on ollut tapahtumien kulun kuvaaminen monen toimijan näkökulmasta. Olemme pyrkinneet nostamaan esille sekä yhtäläisyyksiä että eroavaisuuksia avaintoimijoiden tarpeissa, intresseissä ja odotuksissa, ja näin luomaan pohjaa alueellisen yhteistyön ymmärtämiselle. Julkaisussa käydään läpi myös alueellisen silmäsairaanhoidon tunnuslukuja ja erikoisalan lähihistoriaan liittyvää kehitystä. Näin pyritään antamaan kuvaus kokonaisuudesta, jonka osana erilliset toimijat ratkaisujaan tekevät.

Monitieteellisessä INNOTE-tutkijatiimissä ovat työskennelleet VTT:stä Sirkku Kivisaari, Eveliina Saari, Annele Eerola ja Niilo Saranummi ja Tampereen yliopistosta Juhani Lehto, Lauri Kokkinen ja Liina-Kaisa Tynkkynen. Tiimissä yhdistynyt monialainen osaaminen on antanut hedelmällisen lähtökohdan tutkimuskohteisiimme liittyville keskusteluille. Tämän peruseräraportin lisäksi tuotamme tapaustutkimuksen pohjalta konferenssisiesitelmiä, artikkeleita ja puheenvuoroja. Haluamme kiittää hankkeen rahoittajia siitä, että he ovat mahdollistaneet INNOTE-hankkeen toteuttamisen. Erityisen kiitoksen ansaitsevat haastattelimme asiantuntijat, jotka kiireisistä aikatauluistaan huolimatta toivat esiin oman arvokkaan näkökulmansa. Lopuksi haluamme kiittää Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä, sekä muita Taysin erityisvastuualueen sairaanhoitopiirejä, jotka ennakkoluulottomasti päästivät tutkijat seuraamaan haasteellista urakkaansa.

# Sisällysluettelo

Tiivistelmä .....	3
Alkusanat .....	4
1. Johdanto .....	8
2. Silmäsaahanhoidon kehitys ja tila.....	10
2.1 Valtakunnallisen tason kehitys, nykytila ja tulevaisuuden näkymät.....	10
2.2 Taysin erityisvastuualueen silmäsaahanhoito lähemmässä tarkastelussa .....	15
3. INNOTE-tutkimushankkeen näkökulma Taysin ERVA-alueen silma saahanhoidon kehittämiseen.....	20
3.1 INNOTE-hankkeen yleiset lähtökohdat.....	20
3.2 Silmäsaahanhoito tapaustutkimuskohteena .....	21
3.3 Raportin tekemistä ohjannut metodologia.....	22
4. Kehittämishanke käynnistyi ennen ratkaistavan ongelman määrittämistä ...	25
4.1 Mistä kaikki alkoi?.....	25
4.2 Hankkeen lähtökohdista oltiin montaa mieltä – ajatukset silmäsaahanhoidon tulevaisuudesta yhdistivät.....	27
4.3 Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä agendalla olivat oman leikkaustoiminnan ongelmat .....	29
4.4 Muiden sairaanhoitopiiri edustajat toivat esiin myös keskittämisen ongelmia, yksityinen sektori ja perusterveydenhuolto katsoivat asiaa omalta kantiltaan .....	30
4.5 Mistä malli ratkaisulle ja mikä osoittaa uuteen toimintamalliin siirtymisen vaikuttavuuden?.....	32
5. Uusi toimintamallikin muotoutui ennen ratkaistavan ongelman määrittämistä .....	34
5.1 Silmäsaahanhoidon projektiryhmä työsti esityksen uudesta toimintamallista.....	34
5.2 Uusi toimintamalli esiteltiin ERVA-kokouksessa joulukuussa ja kehittämishankkeen johtoryhmän kokouksessa huhtikuussa .....	37
6. Keskustelua kehittämisverkoston johtamisesta .....	40
6.1 Kehittämishankkeen sisäinen ja ulkoinen tehokkuus johtamisen tavoitteina.....	40

6.2 Ratkaistavan ongelman määrittäminen verkoston innovaatiojohtamisen kriittisenä kysymyksenä .....	43
7. Johtopäätökset.....	46
Lähdeluettelo.....	47

## Liitteet

Liite 1: Haastatellut henkilöt

Liite 2: Teemahaastattelurunko julkisen sektorin toimijoille

Liite 3: Teemahaastattelurunko yksityisen sektorin toimijoille



# 1. Johdanto

Tässä julkaisussa tarkastellaan yhden tapaustutkimuksen kautta suomalaisen terveydenhuollon uudistamista. Pyrkimyksenä on kuvata ja analysoida terveydenhuoltoa uudistavan systeemisen innovaation alkumetrejä, joilla määritellään ongelmaa ja sen ratkaisuun sopivaa innovaatioaihiota ja päätetään keiden ratkaisun kehittämiseen tulee osallistua. Tapaustutkimuksen kohteena on Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen silmäsairaanhoito, jonka uudelleenorganisoidun hankkeen alkuvaihetta erittelemällä pyrimme lisäämään ymmärrystä siitä

1. Miten ratkaistava ongelma ja innovaatioaihio määrittyvät terveydenhuollon eri toimijoiden välisessä neuvotteluprosessissa?
2. Miten kehittämisverkostoa johdetaan?

Analysoimme kaikkien viiden Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella olevan sairaanhoitopiirin (Pirkanmaa, Vaasa, Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme ja Päijät-Häme) alueella tapahtuvan hankkeen johtamista ja neuvotteluprosessissa tapahtuvaa innovaatioaihion määrittämistä. Raportti on kirjoitettu ensisijaisesti kehittämisverkoston toimijoille itselleen, ja se tarjoaa toivottavasti hyödyllisen analyysin hankkeen jatkotyötä varten.

Raportti koostuu seitsemästä luvusta. Johdantoluvun jälkeen esitellään silmäsairaanhoidon kehitystä, nykytilannetta ja tulevaisuuden näkymiä Suomessa, ja luodaan tarkempi katsaus Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueelle. Kolmannessa luvussa esitellään INNOTE-tutkimushankkeen yleiset lähtökohdat ja silmäsairaanhoidon kehittämishankkeen päätyminen tutkimuskohteeksi, sekä kuvataan tämän tutkimuksen tekemistä ohjannut metodologia. Tämän jälkeen havainnollistetaan silmäsairaanhoidon kehittämishankkeen käynnistymistä ja esitetään kooste kehittämisprosessin kannalta keskeiseksi nähtyjen toimijoiden haastatteluista (= 24). Viidennessä luvussa kuvataan kehittämishankkeen projekti-

ryhmän työn etenemistä syksyn 2007 aikana ja läpikäydään projektiryhmän tuottamia ajatuksia kehittämisen suuntaviivoista. Kuudennessa luvussa esitetään kriittisiä arvioita tähänastisesta muutoksen valmistelusta hyödyntäen mallia terveydenhuoltoreformien analyyttisestä kehittämisestä, aiemmissa luvuissa kuvattuja aineistoja ja aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja tilastotietoa. Raportin lopuksi esitetään joitain johtopäätöksiä hankkeen jatkotyön ja suomalaisen terveydenhuollon innovaatiojohtamisen suhteen.

## **2. Silmänsairaanhoidon kehitys ja tila**

Pyrittäessä uudistamaan silmänsairaanhoitoa on tunnettava sen nykyinen tilanne ja tilanteeseen liittyvät ongelmat. Terveysthuollon historiallisen luonteen vuoksi tänä päivänä kohdatut ongelmat ovat kuitenkin osin seurausta historian saatossa tehdyistä ratkaisuista, joiden myötä järjestelmä on kokonaisuudessaan pala palalta muotoutunut. Näin ollen on hyvä olla tietoinen myös nykyisiin ongelmiin johtaneista syistä ja tulevaisuuden kehitysvaihtoehtoista.

### **2.1 Valtakunnallisen tason kehitys, nykytila ja tulevaisuuden näkymät**

Silmäsairaudet heikentävät yksilön elämänlaatua merkittävästi ja aiheuttavat huomattavia kustannuksia yhteiskunnalle. Näkövammaisuuden, kuten yleensäkin vammaisuuden, määritelmä on sopimuksenvaraista ja sidoksissa yhteiskunnan arvomaailmaan ja yhteiskunnan jäsenilleen asettamiin vaatimuksiin. Maailman terveysjärjestön suosituksen mukaan näkövammaisen on henkilö, jolla paremman silmän näöntarkkuus eli visus on alle 0,3. Näkövammaisena ei kuitenkaan pidetä henkilöä, jolla näön heikkoudesta aiheutuneet haitat voidaan paikata silmä- tai piilolaseilla. Näin määriteltynä näkövammaisia on Suomessa yli 80 000 eli noin 1,5 % väestöstä (Ojamo 2006). Näön heikkeneminen saattaa kuitenkin aiheuttaa yksilön suorituskyvyn ja yhteiskunnan asettamien vaatimusten välistä ristiriitaa, vaikkei yksilöä näkövammaiseksi luettaisikaan. Näkövammaisuuden lisäksi myös alentuneen näkökyvyn onkin todettu lisäävän hoitokuluja, tapaturmien määrää ja työelämän ulkopuolelle jäämistä (esim. Klein ym. 2003; Kannus ym. 2005).

Alentuneen näkökyvyn yleisyydestä ja vähintään optikkoliikkeen tasoisen silmäterveydenhuollon piirissä olemisen laajuudesta kertoo se, että noin 2,7 miljoonaa suomalaista eli 51 % väestöstä tarvitsee arkielämässään säännöllisesti

silmälaseja. Lisäksi silmälaseja käyttää silloin tällöin 19 % väestöstä eli noin miljoona suomalaista. (Taloustutkimus 2006; Terveys 2000) Vaikka silmälääketiedettä pidetään lääketieteen ja erikoissairanhoidon piirissä ”pienenä erityisalana”, vähintään silmälasien tarpeen ja sopivuuden arvioinnin osalta kyse on väestötasolla laajasta terveystarpeesta.

Silmälääketieteessä on viime vuosikymmeninä tapahtunut huomattavaa kehitystä erityisesti silmän etuosaan kohdistuvien sairauksien, kuten harmaakaihin, hoidon osalta. Kaihileikkauksesta on tehty massatuote, joka pystytään suorittamaan suhteellisen kevyellä välineistöllä ja henkilötyövoimalla. Kaikista Suomessa tehdyistä silmäleikkauksista noin 80 % on kaihileikkauksia, ja kaihi-jonojen purkamiseen on laitettu huomattavasti resursseja leikkausten tultua hoitotakuun piiriin. Silmäsauroksista näkövammaisuutta aiheuttavat tänä päivänä eniten silmänpohjan, verkkokalvon ja näköhermon sairaudet. Muiden korkean elintason maiden tavoin yleisin näkövammaisuuden aiheuttaja Suomessa on ikääntyneiden makuladegeneraatio, jonka osuus kaikista näkövammadiagnooseista on 42,3 %. Seuraavaksi eniten näkövammaisuutta aiheuttavat verkkokalvon perinnölliset rappeumat (9,4 %), näkötorojen ei-synnynäiset viat (9,1 %), diabeettinen retinopatia (6,9 %) ja glaukooma (6,4 %). (Ojamo 2006) Näkövammaisuus painottuu kaikissa korkean elintason maissa ikääntyneisiin, eikä kaikkia näön heikkenemiseen johtaneita sairauksia voida koskaan hoitaa. Myös edellä mainittuihin silmäsauroksiin kyetään kuitenkin koko ajan kehittämään yhä tehokkaampia hoitomuotoja. Viimeisen parin vuoden aikana on esimerkiksi ikärappeuman hoitoon hyväksytty käyttöön lasiaisen sisäiset lääkehoidot, jotka ovat mullistaneet koston ikärappeuman hoidon. Käyntimäärät tullevatkin lähivuosina moninkertaistumaan lasiaisen sisäisen lääkehoidon osalta. Kun vuonna 2003 kaikista silmätautien hoitoon käytettävissä olevista erikoislääkärijohtoisista resursseista harmaakaihi ja glaukooma kuluttivat noin 80 % (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003), saattaa teknologian kehitys lähitulevaisuudessa tuoda yhä uusia hoitomuotoja ja siten muuttaa resurssien jakamista tautiluokkien kesken.

Merkittävä silmäterveydenhoidon teknologinen muutos on myös aiemmin silmälaseilla korjattujen taittovirheiden lisääntyvä korjaaminen laseria soveltavilla toimenpiteillä. Laserleikkauksia on viimeisen kymmenen vuoden aikana tehty jo lähes sadalletuhannelle suomalaiselle, ja toimenpiteiden määrän voidaan olettaa entisestään lisääntyvän lähitulevaisuudessa.

Kaikki merkittävät silmätaudit, edellä mainitut mukaan lukien, yleistyvät voimakkaasti iän myötä. Suomessa viime vuosina rekisteröidyistä uusista näkövammailmoituksista noin 85 % on koskenut 65 vuotta täyttäneitä, näkövammaisten

## 2. Silmäsairanhoidon kehitys ja tila

keski-iän (mediaani) ollessa 77 vuotta (Ojamo 2006). Tulevaisuudessa silmäsairanhoidon kysyntä tulee kasvamaan merkittävästi väestön ikääntyessä, kun vuonna 2020 yli 65-vuotiaita suomalaisia arvioidaan olevan noin 270 000 enemmän kuin vuonna 2006 (Stakes 2007). Väestön ikääntymisen lisäksi diabeteksen yleistyminen aiheuttaa kasvavaa tarvetta diabeetikkojen silmäterveyden seurannalle ja rappeumatautien hoidolle kaikissa ikäryhmissä. Arvion mukaan diabetesta sairastaa Suomessa noin 500 000 ihmistä, joista noin 200 000 ei tiedä sairastavansa sitä (Diabetesliitto). Myös muilla sairauksilla, kuten kohonneella verenpaineella, on todettu olevan voimakas yhteys silmäsairauksiin. Lisäksi hoidon kysynnän kasvuun vaikuttaa yhteiskunnan yleinen visualisoituminen ja kansalaisten vaatimustason kasvu. Näin ollen myös heikkenevään näköön liittyvät tutkimukset ja hoidot, kuten silmälaseja korvaavat hoidot, sekä esteettiset hoidot tullevat tulevaisuudessa lisääntymään. Teknologian kehitys voi tulevaisuudessa paitsi mahdollistaa aiemmin hoitamattomina pidettyjen silmäsairauksien hoitamista myös oleellisesti muuttaa nykyisin käytössä olevia hoitomuotoja. Tällöin nykyisellään raskaita ja kalliita toimenpiteitä voidaan mahdollisesti suorittaa entistä kevyemmällä välineistöllä ja miehityksellä, sekä vähemmän spesifioituneella osaamisella. Tehostettu palvelutuotantokaan ei kuitenkaan voi tasa-painottaa silmäsairanhoidon kysyntää ja tarjontaa, vaan kipeitä päätöksiä hoitamisen ja hoitamatta jättämisen suhteen täytyy tehdä jatkossakin. Useiden silmäsairauksien esiintyvyys lisääntyy ikääntymisen myötä vääjäämättä, mutta elämäntapoja ja ympäristöriskejä muokkaamalla kysyntää voidaan pyrkiä rajoittamaan myös terveydenhuollon ulkopuolisilla tekijöillä. Elämäntapasairauksiin voidaan parhaiten vaikuttaa elämäntapoja muuttamalla.

Silmäsairanhoidolle leimaa antava piirre suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on julkisen perusterveydenhuollon (terveyskeskusten) osuuden puuttuminen lähes kokonaan alan palvelutarjonnasta. Esimerkiksi Pirkanmaalla perusterveydenhuollon silmälääkäreitä on vain Tampereella. Heidän työajastaan suurimman osan vievät silmäsairauksien ensihoito ja diabeetikoiden silmänpohjakuvaukset. Muissa kunnissa terveyskeskuslääkärit hoitavat silmäsairauksia osaamisensa mukaan. Esimerkiksi Hämeenlinnassa terveyskeskus kuvaa itse diabeetikoiden silmänpohjat ja kuvat katsoo omalääkäri. Jos kuvat katsonut terveyskeskuslääkäri tarvitsee konsultaatiota, ohjataan potilas joko yksityiselle silmälääkärille omalla kustannuksellaan tai lähetetään keskussairaalan poliklinikalle. Esimerkiksi Tampereen kehyskunnat, kuten Pirkkala ja Nokia, taas ostavat silmänpohjankuvaukset ja silmälääkärikonsultaatiot asukkaalleen yksityiseltä sektorilta. Päivystyksellistä diagnostiikkaa tai toimenpiteitä tarvitsevat potilaat

lähetetään erityisvastuualueella yleensä terveyskeskuksista suoraan keskussairaalaan, josta hänet ohjataan tarvittaessa yliopistosairaalaan, koska silmätautien ympärivuorokautista päivystystä ei keskussairaaloissa ole.

Perusterveydenhuollolla ei myöskään ole selkeitä lähetekäytäntöjä perustason silmätutkimuksiin optikkoliikkeisiin – eikä niistä mitään palautetietojärjestelmää (epikriisiä tms.) takaisin perusterveydenhuoltoon. Keskeisin perusterveydenhuoltotason toiminta onkin tarjolla yksityisissä optikkoliikkeissä, lähinnä optikojen mutta myös liikkeissä toimivien silmälääkäreiden tuottamana. Tästä johtuen suomalaisessa silmäsairanhoidossa ei ole toimivaa gatekeeper-mekanismia, jolla palvelujen kysyntää voitaisiin ohjata. Julkisen puolen silmäsairanhoito toteutetaan pääosin erikoissairaanhoidossa, tarkoittaen yliopisto-, keskus- ja jossain määrin aluesairaaloita. Erikoissairaanhoidon organisaatioissa tehdään samassa paikassa sekä vaativia että ”kevyempiä” silmäsairanhoidollisia toimenpiteitä. Tulevaisuudessa kevyet hoidot oletetaan usein hajauttaviksi julkisen sektorin sisällä tai yksityisen sektorin palveluntuottajille. Sen sijaan kaikkein vaativimpia hoitoja oletetaan olevan tarpeen keskittää nykyistään enemmän, ehkä vain muutamaaan sairaalaan koko maassa. Keskittämisen ja hajauttamistarpeeseen vaikuttavat teknologisten edellytysten tai vaatimusten lisäksi suuresti eri hoitojen vaatimat esi- ja jälkikäynnit varsinaisen hoitotoimenpiteen antavaan yksikköön. Keskustelu kulminoituu tältä osin usein teknisen tehokkuuden ja kliinisen osaamisen lisääntymisen sekä toisaalta tehokkaan saavutettavuuden ja aluepoliittisten aspektien väliseen ristiriitaan.

Silmäsairanhoidossa yksityisen sektorin osuus palvelutuotannosta on useita muita erikoisaloja suurempi. Yksityinen sektori houkuttelee monin paikoin silmäsairanhoidon osajia julkista puolta parempien ansaintamahdollisuuksien sekä joustavampien työkäytäntöjen ja -aikojen vuoksi. Tämä on vaikuttanut silmälääkäripulan kroonistumiseen julkisella sektorilla 30 viime vuoden aikana. 1980-luvulta lähtien vaje on ollut keskimäärin 23 % (Tuulonen 2003). Vaikkakin silmälääkärivirat ovat monin paikoin täytettyinä, ilmenee työvoimapulaa myös sen vuoksi, että lääkärit hoitavat virkojaan vain osa-aikaisesti. Nykytilanteessa erikoislääkärit työskentelevät julkisen sairaalan lisäksi usein yksityisissä terveydenhuolto-organisaatioissa tai toimivat vapaina ammatinharjoittajina sopimussuhteessa optikkoliikkeisiin. Vuonna 2001 Suomessa oli 373 työikäistä silmälääkärinä. Heistä 50 % työskenteli kokonaan yksityisellä sektorilla, 41 % sekä yksityisellä että julkisella sektorilla ja pelkästään julkisella sektorilla työskenteli vain 10 % silmälääkäreistä. (Tuulonen 2003a.) Haastatteluissamme monet alan

## 2. Silmäsairaanhoidon kehitys ja tila

asiantuntijat ovat tuoneet esiin, että kilpailu erikoislääkäreistä on kovaa, koska he kykenevät luomaan tiiviitä yhteisöjä ja kilpailuttamaan eri organisaatioita.

Tulevaisuuden kannalta huolestuttavana monet näkevät myös sen, että sairaalavirkoja hoitavista silmälääkäreistä huomattava osa eläköityy lähivuosina, eikä nuorempien erikoislääkäreiden halukkuudesta täyttää vapautuvia virkoja ole varmuutta. Lisäksi kilpailun myös erikoistuneista sairaanhoitajista voidaan olettaa tulevaisuudessa kovenevan.

Myös silmäsairaanhoidon yksityissektorilla on tapahtumassa merkittäviä muutoksia. Optikkoliikkeet ovat jo pitkälle keskittyneet muutamaksi ketjuksi. Uudet teknologiat silmälasien valmistuksessa ja optikkoliiketoiminnan kansainvälinen ketjuuntuminen näyttävät ainakin tällä hetkellä lisäävän alalla perinteisesti melko heikkoa hintakilpailua. Silmälasien korvaaminen korjaustoimenpiteillä siirtää asiakkaita keskitetympiin ja erikoistuneempiin toimenpideyksiköihin. Harmaakaihi- ja eräiden muiden leikkausten ostopalvelukysyntä kunnalliselta sektorilta luo myös markkinoita keskitetyimmille yksityisille toimenpideyksiköille. Lääkärikeskustoiminnan nopea keskittyminen muutaman suuren ketjun omistukseen muuttaa myös silmälääkäreitä vapaan ammatin harjoittajista ja pienten lääkärikeskusten osakasyrittäjistä suurten yksityisten terveydenhuoltoyritysten työntekijöiksi.

Suomen silmäsairaanhoidon rakenteen on silmälääkärivajeen lisäksi todettu ylläpitävän myös pitkiä leikkausjonoja (Tuulonen 2003b). Yli kuusi kuukautta hoitoa tai leikkausta odottaneiden määrä olikin silmätaudeissa esimerkiksi korva-, nenä- ja kurkkutauteihin verrattuna koko Suomen tasolla yli kaksinkertainen vuonna 2007. Joulukuussa 2007 silmätautien erikoisalalla noin 23 % hoitoa tai tutkimusta odottaneista joutui odottamaan yli kuusi kuukautta, kun vastaava osuus korva-, nenä- ja kurkkutaudeissa oli noin 11 %. (Stakes 2008.) Silmäsairaanhoidon erikoisalana jonoja ylläpitävään rakentumiseen on historian saatossa suuresti vaikuttanut rahoituskanavien segmentoituminen. Nykyisellään kunnat maksavat asukkaidensa hoidon siltä osin kuin on säädetty julkisen sektorin velvollisuudeksi. Kuntarahoitus kohdistuu silmäsairaanhoitoon paitsi julkisen erikoissairaanhoidon myös ostopalveluleikkauksien muodossa. Jos kuntalaiset sen sijaan hakevat tarvitsemansa silmäsairaanhoidon palvelut yksityissektorilta ilman kuntamaksajaa, ovat he yleensä oikeutettuja sairaskorvaukseen. Optikon tutkimuksiin ja silmälasisiin kelakorvausta ei myönnetä, koska silmälasien määritys ei kuulu julkisen sektorin tehtäviin, jonka seurauksena KELA ei osallistu myöskään silmälasia korvaavista hoidoista asiakkaalle aiheutuviin kustannuksiin. Asiakkaan maksama omavastuu vaihtelee sektorien välillä mer-

kittävästi. Kuntarahoitettussa (kunnan tuottamassa tai ostamassa) silmäsairaanhoidossa perittiin Tampereella keväällä 2008 poliklinikkakäyntimaksua (22 euroa/käynti), päiväkirurgisen hoidon toimenpidemaksua (72 euroa/toimenpide) tai vuodeosaston hoitopäivämaksua (26 euroa/hoitovuorokausi). KELA-rahoitteisessa hoidossa korvataan korkeintaan 60 % hyväksytyin tasoista hoitohinnoista ja kun hyväksymistasot eivät seuraa hintatasoa, käytännössä korvattava osuus vuonna 2004 oli 31 % todellisista hinnoista (KELA 2004), jolloin potilaan maksettavaksi jää moninkertainen maksu verrattuna kuntarahoitteisiin palveluihin. Kun erityinen sairauskulujen verovähennysoikeus on poistettu, jää Kela-korvauksen ulkopuolella oleva yksityinen silmäterveydenhuolto kokonaan asiakkaan maksettavaksi, ellei ole sellaisessa etuoikeutetussa työsuhteessa, jossa työnantaja osallistuu näihin kustannuksiin.

### **2.2 Taysin erityisvastuualueen silmäsairaanhoidon lähemmässä tarkastelussa**

Taysin erityisvastuualueella asuu yli 1,2 miljoonaa ihmistä eli noin 620 000 arkielämässään säännöllisesti silmälaseja tarvitsevaa henkilöä. Kun silmälasien vaihtoväli on Suomessa keskimäärin 3–5 vuotta, tarkoittaa tämä 120 000–210 000 silmälasien vaihtoa erityisvastuualueella joka vuosi. Diabeetikoita erityisvastuualueella asuu noin 115 000 ja näkövammaisia yli 37 000. Näkövammaisuuden ikä- ja sukupuolivakioitu esiintyvyys 10 000 asukasta kohden (30,59) on erityisvastuualueella hieman Suomen kokonaisprevalenssia (32,20) pienempi. Näkövammaisuuden prevalensseissa esiintyy kuitenkin suuria eroja erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien välillä. Korkeimmat esiintyvyydet olivat vuonna 2006 Kanta-Hämeessä (37,86) ja Etelä-Pohjanmaalla (37,29). Matalimmat prevalenssit olivat Pirkanmaalla (26,25) ja Vaasassa (26,95) Päijät-Hämeen sijoituksessa lähimmäksi koko maan keskiarvoa (30,43). (Taulukko 1.)

Näkövammaisuus on voimakkaasti yhteydessä ikäänymiseen ja osa sairaanhoitopiirien välisistä eroista voidaan selittää yli 65-vuotiaiden suhteellisella osuudella väestöstä. Alueen sairaanhoitopiireistä eniten yli 65-vuotiaita suhteessa väestömäärään onkin Etelä-Pohjanmaalla (18,9 %) ja vähiten Pirkanmaalla (16,6 %). Kanta-Hämeessä (18,1 %), Päijät-Hämeessä (18,4 %) ja Vaasassa (18,4 %) yli 65-vuotiaita on sen sijaan suurin piirtein yhtä iso osuus väestöstä. Tästä huolimatta näkövammaisuuden esiintyvyys on Kanta-Hämeessä lähes 1,5-kertainen Vaasaan nähden. Lukuihin tulee kuitenkin suhtautua varauksella, sillä sairaanhoitopiirien väliset erot näkövammaisuuden esiintyvyyden suhteen saat-



## 2. Silmäsairaanhoidon kehitys ja tila

tavat kertoa enemmän sairaaloiden ilmoitusaktiivisuudesta kuin todellisesta tilanteesta. Oleellista luvuissa on kuitenkin se, että erityisvastuualueella asuu nykyään lähes 40 000 näkövammaista ja ikääntymisen myötä näkövammaisuuden esiintyvyys tulee alueella tulevaisuudessa kasvamaan. Kun vuonna 2007 hieman alle 18 % alueen väestöstä oli yli 65-vuotiaita, ennustetaan heitä vuonna 2020 olevan noin 24 %, mikä tarkoittaa noin 90 000 yli 65-vuotiasta nykyistä enemmän. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Erityisvastuualueen väestö vuonna 2007 ja väestöennuste vuodelle 2020.

Erityisvastuualueen väestö vuosina 2007 ja 2020	2007				2020	
	Asukkaita	Yli 65-vuotiaita	Silmälasin käyttäjiä	Näkövammaisia	Asukkaita	Yli 65-vuotiaita
<b>Etelä-Pohjanmaan shp</b>	194463	36754	99176	7252	194787	49476
<b>Kanta-Hämeen shp</b>	171449	31032	87439	6491	183302	44726
<b>Pirkanmaan shp</b>	474526	78771	242008	12456	521382	113661
<b>Päijät-Hämeen shp</b>	211317	38882	107772	6430	217748	58356
<b>Vaasan shp</b>	167623	30843	85488	4517	173485	41636
<b>Yhteensä</b>	<b>1219378</b>	<b>216282</b>	<b>621883</b>	<b>37146</b>	<b>1290704</b>	<b>307855</b>

Lähteet: Stakesin SOTKANet-verkkopalvelu; Optisen alan tiedotuskeskus 2007; Taloustutkimus 2006; Näkövammarekisteri 2006.

Taysin erityisvastuualueella silmälääkäreitä toimii kaikkien viiden sairaanhoitopiirin sairaaloissa ja Tampereen kaupungin silmäyksikössä. Tamperetta lukuun ottamatta erityisvastuualueen kunnissa ei ole perusterveydenhuollon silmälääkäreitä, vaan kunnat ostavat silmäsairaanhoidollisia palveluita sekä yksityiseltä sektorilta että sairaanhoitopiireiltä. Julkisten sairaaloiden välillä yhteistyötä tehdään pääasiallisesti vain koulutuksellisissa asioissa ja keskittämällä vaativimmat tapaukset ja päivystys yliopistosairaalaan. Tampereen lisäksi raskasta – muuta kuin silmän etuosaan kohdistuvaa – silmäkirurgiaa tehdään Seinäjoella ja Lahdessa. Erityisvastuualueen julkisissa sairaaloissa työskentelee noin 40 silmälääkärinä, joista suurin osa hoitaa virkojaan osa-aikaisesti 60–85 %:n panoksella. Yksityisellä sektorilla alueella toimii hieman julkista sektoria runsaslukuisampi joukko, reilut 40 silmälääkärinä. (Taulukko 2.)

Erityisvastuualueen sairaalat ovat viime vuosina tuottaneet keskimäärin 10 000–11 000 silmäsairaanhoidollista hoitopakettia vuodessa, joista noin 75 pro-

## 2. Silmäsairaanhoidon kehitys ja tila

senttia on ollut kaihileikkauksia. Avohoitokäyntejä alueella on viime vuosina tuotettu noin 64 000 vuodessa. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Julkisen silmäsairaanhoidon resurssit erityisvastuualueella.

Silmäsairaanhoidon resurssit	Silmälääkäreitä	Takaosa-kirurgi	Hoitojaksoja/vuosi	Kaihileikkauksia hoitojaksoista (%)	Avohoitokäyntejä/vuosi	Päivystys
<b>Etelä-Pohjanmaan shp</b>	6	kyllä	1670	75	11015	TAYS
<b>Kanta-Hämeen shp</b>	5	ei	1122	85	10450	TAYS
<b>Pirkanmaan shp</b>	15–18	kyllä	4247	80	18157	TAYS
<b>Päijät-Hämeen shp</b>	9	kyllä	2811	65	13874	HYKS
<b>Vaasan shp</b>	3–4	ei	905		10371	TAYS
<b>Yhteensä</b>	<b>38–42</b>		<b>10755</b>	<b>75</b>	<b>63867</b>	

Lähteet: Stakesin SOTKANet-verkkopalvelu; sairaanhoitopiirien internet-sivustot; yliopistosairaalan ja keskussairaaloiden silmäylikkäreiden ilmoittamat tiedot. (Sarakeissa hoitojaksot/vuosi ja avohoitokäynnit/per vuosi ilmoitetaan vuosien 2004–2006 keskiarvo.)

Stakesin tilastot eivät anna täysin oikeaa kuvaa sairaanhoitopiireissä tuotetuista hoitojaksoista, koska niissä toimenpiteet on kirjattu suoritetuiksi sille sairaanhoitopiirille joka ne maksaa, vaikka toimenpide olisi ostettu talon ulkopuolelta. Näin ollen Pirkanmaan ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirien luvut ovat todellisuutta pienempiä, sillä piirit tuottavat huomattavissa määrin silmäsairaanhoidollisia hoitojaksoja myös muille sairaanhoitopiireille. Luvut antavat kuitenkin käsityksen suoritteiden mittasuhteista sairaanhoitopiireittäin ja hyvän kuvan erityisvastuualueen kokonaiskuvasta, koska suurin osa talon ulkopuolelle myytävistä hoitojaksoista tuotetaan muille oman erityisvastuualueen sairaanhoitopiireille. Kokonaisuuden kannalta on oleellista huomata, että silmäsairaanhoidolliset hoitojaksot ovat kymmenessä vuodessa (1997–2006) kasvaneet erityisvastuualueella lähes 10 prosentilla. (Taulukko 3.)

## 2. Silmäsairaanhoidon kehitys ja tila

Taulukko 3. Silmän ja sen apuelinten sairauksien hoitojaksot erityisvastuualueella.

Erikoissairaanhoidon hoitojaksot	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	1997–2006
<b>Etelä-Pohjanmaan shp</b>	1927	1618	1649	1461	1319	1577	1452	1580	1595	1834	<b>16012</b>
<b>Kanta-Hämeen shp</b>	1035	968	1277	1286	1187	1362	1348	1260	1114	993	<b>11830</b>
<b>Pirkanmaan shp</b>	3347	3827	3828	4003	3282	3857	4835	4143	5154	3445	<b>39721</b>
<b>Päijät-Hämeen shp</b>	1761	1797	1924	1863	2081	2059	2131	2219	3181	3033	<b>22049</b>
<b>Vaasan shp</b>	1234	1157	921	1046	899	1177	1038	1128	817	769	<b>10186</b>
<b>Yhteensä</b>	<b>9304</b>	<b>9367</b>	<b>9599</b>	<b>9659</b>	<b>8768</b>	<b>10032</b>	<b>10804</b>	<b>10330</b>	<b>11861</b>	<b>10074</b>	<b>99798</b>

Lähteet: Stakesin Terveys-Netti -hoitoilmoitustietokanta.

Julkisen silmäsairaanhoidon avohoitokäyntien kokonaismäärä on erityisvastuualueella kasvanut 1997–2006 välisenä aikana yli 14 prosenttia. Samana ajanjaksona avopalveluiden käytössä on ollut suuria sairaanhoitopiirikohtaisia eroja. Ennätyksellisen vähän avopalveluita käytettiin Pirkanmaalla vuonna 2005, jolloin käyntejä oli vain 32 tuhatta asukasta kohden, kun edellisenä vuonna (2004) käyntejä oli Kanta-Hämeessä tuhatta asukasta kohden 72. Pirkanmaalla avohoitokäyntejä oli enimmilläänkin, vuonna 2006, vain 47 käyntiä tuhatta asukasta kohden. Samana vuonna avohoitokäyntejä oli Etelä-Pohjanmaalla ja Kanta-Hämeessä 55 tuhatta asukasta kohden. Päijät-Hämeessä vastaava suhdeluku oli 66 ja Vaasassa 64. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Silmän ja sen apuelinten sairauksien avohoitokäynnit erityisvastuualueella.

Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	1997–2006
<b>Etelä-Pohjanmaan shp</b>	11737	9902	10845	10584	9941	10505	10109	11675	10690	10681	<b>106669</b>
<b>Kanta-Hämeen shp</b>	9737	9235	9085	8927	9269	10119	10999	12069	9934	9347	<b>98721</b>
<b>Pirkanmaan shp</b>	14912	16765	16863	21436	17563	14968	19190	17520	14885	22066	<b>176168</b>
<b>Päijät-Hämeen shp</b>	11926	12537	14410	12739	13584	12774	13004	14283	13443	13896	<b>132596</b>
<b>Vaasan shp</b>	8851	9846	10641	10292	9456	12983	8957	10797	9634	10682	<b>102139</b>
<b>Yhteensä</b>	<b>57163</b>	<b>58285</b>	<b>61844</b>	<b>63978</b>	<b>59813</b>	<b>61349</b>	<b>62259</b>	<b>66344</b>	<b>58586</b>	<b>66672</b>	<b>616293</b>

Lähde: Stakesin SOTKAnet-verkkopalvelu.

Yksityisellä sektorilla Taysin erityisvastuualueella toimii sekä ketjuuntuvia yksityisiä organisaatioita että optikkoliikkeiden yhteydessä toimivia vastaanotto-

## 2. Silmäsaahanhoidon kehitys ja tila

teitä. Yksityisen sektorin toiminta on alueella aktiivista ja palveluita on saatavilla runsaasti. Yksityiset toimijat ovat viime vuosina tuottaneet jonkin verran esimerkiksi kaihileikkauksia ostopalveluina alueen kunnille ja sairaanhoitopiireille. Määrällisesti yksityislääkärikäyntejä oli kymmenvuotiskautena 1997–2006 huomattavasti julkisen sektorin silmälääkärikäyntejä enemmän, mutta niiden sisällöstä ei ole olemassa paljoakaan tietoa.

Taulukko 5. Kela-korvatut silmäsaahanhoidon yksityislääkärikäynnit erityisvastuualueella.

Kela-korvatut yksityislääkärikäynnit	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	1997–2006
<b>Etelä-Pohjanmaan shp</b>	17141	17644	18364	18135	18680	19803	19570	19095	17860	18942	<b>185234</b>
<b>Kanta-Hämeen shp</b>	17536	18177	17610	17459	17564	17951	18278	17616	17918	17619	<b>177728</b>
<b>Pirkanmaan shp</b>	39726	42079	41297	43542	43727	48486	49064	46590	46902	46945	<b>448358</b>
<b>Päijät-Hämeen shp</b>	16606	18186	17159	16623	18016	16494	17995	18485	18495	18118	<b>176177</b>
<b>Vaasan shp</b>	12339	12493	12284	11825	11526	11674	13060	13146	13254	14958	<b>126559</b>
<b>Yhteensä</b>	<b>103348</b>	<b>108579</b>	<b>106714</b>	<b>107584</b>	<b>109513</b>	<b>114408</b>	<b>117967</b>	<b>114932</b>	<b>114429</b>	<b>116582</b>	<b>1114056</b>

Lähde: Stakesin SOTKAnet-verkkopalvelu.

## **3. INNOTE-tutkimushankkeen näkökulma Taysin ERVA-alueen silmäsairaanhoidon kehittämiseen**

### **3.1 INNOTE-hankkeen yleiset lähtökohdat**

INNOTE-tutkimushankkeen kohteina on kaksi suomalaisen terveydenhuollon uudistamiseen kohdistuvaa kehittämishanketta. Hanke tutkii muutosprosessin kulkua näissä valituissa tapauksissa ja tuo niihin lisäarvoa tutkimuksellisin keinoin. Toinen tapaustutkimuksen kohde on Sitran MAISEMA-hanke (ks. Kivisaari ym. 2008), erityisesti Mikkelin seudulla, ja toinen silmäsairaanhoidon uuden mallin kehittäminen Taysin erityisvastuualueella. Tässä julkaisussa käsitellään vain jälkimmäistä tapaustutkimusta, jossa vastuu uuden toimintamallin kehittamisestä on erityisvastuualueen sairaanhoitopiireillä.

INNOTE-hankkeen päärahoittajana toimii Tekes. Hankkeen rahoittamiseen osallistuvat lisäksi Sitra, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Vaasan sairaanhoitopiiri, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä sekä VTT.

Hanke pyrkii tuottamaan tutkimuksellista tietoa, ja toisaalta tukemaan kohteeksi valittuja innovaatioprosesseja tutkimustiedon avulla. Hankkeen polttopisteessä ovat erityisesti terveydenhuollon systeemiset innovaatiot.

Systemisellä innovaatiolla tarkoitetaan uudenlaista toimintatapaa, jossa usein monien eri intressiryhmien ristipaineessa kehitetään vastavuoroisesti niin organisaatiota, teknologiaa, palveluita kuin moninaisia verkosto- ja kumppanuussuhteitakin (vrt. Saranummi & Kivisaari 2006). Systeminen innovaatio voi koskettaa terveydenhuoltojärjestelmää kokonaisuudessaan tai jotain sen osaa, esimerkiksi yksittäistä organisaatiota. Kirjallisuudessa hyvin lähelle systemisen innovaation käsitettä tulee joskus käsite terveydenhuollon reformi (vrt. esim. Roberts ym. 2004), joskin reformin käsite on monitulkintaisempi. Tässä julkaisussa tarkastel-

laan systeemisen innovaation kehittämistä yhdellä erikoisalalla (silmäsairaanhoito) ja tietyllä maantieteellisesti rajatulla alueella (Taysin erityisvastuualue). Koska systeemisten innovaatioiden kehittäminen on terveydenhuollon kontekstissa vaikeaa, on kehittämisprosessien kuvaaminen ja prosessikuvauksista saaduista kokemuksista oppiminen ensiarvoisen tärkeää.

### **3.2 Silmäsairaanhoito tapaustutkimuskohteena**

Silmäsairaanhoito ei päätenyt tutkimuskohteeksi sattumalta, vaan tutkittavan kohteen valinta tehtiin neuvotellen Taysin erityisvastuualueen edustajien kanssa, koska sairaanhoitopiirien osallistuminen INNOTE-tutkimushankkeen rahoittamiseen perustui niiden intresseihin konkreettisesti edistää tiettyjä uudistuksia. Kohteelta edellytettiin, että se edustaisi pyrkimystä ratkaista ajankohtainen ja merkittävä terveydenhuollon ongelma ja että mahdollinen ratkaisu voisi olla myöhemmin muualla toistettavissa ja valtakunnallisesti hyödynnettävissä. Lisäksi kohteelta edellytettiin, että ongelman ratkaisuun tarjottavaa innovaatioaihiota ei ollut valmiiksi määritetty. Sairaanhoitopiireillä oli mahdollisuus ehdottaa kehittämisen kohteita, jotka täyttivät edellä mainitut kriteerit ja joissa tapahtuvat uudistukset palvelisivat niiden yhteisiä intressejä.

Idea silmäsairaanhoidon valitsemisesta INNOTE-hankkeen tutkimuskohteeksi tuli Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ylimmältä johdolta (ks. lisää luku 4). Koska aihepiiri oli muissakin erityisvastuualueen sairaanhoitopiireissä tärkeä ja erikoisalan rakenteellinen ympäristö koko maassa suboptimaalinen, muut sairaanhoitopiirit yhtyivät PSHP:n johdon aloitteeseen. Myös INNOTE-hankkeen kannalta erityisvastuualuelaajuinen silmäsairaanhoidon kehittämishanke vaikutti mielenkiintoiselta tutkimuskohteelta. Valittu tapaus edusti suhteellisen pientä lääketieteen erikoisalaa, jossa innovatiivisen uudistuksen synnyttämistä voitiin todella pitää tarpeellisenä ja mahdollisena. Näin ollen tapaustutkimuksen katsottiin tuovan oman arvokkaan lisänsä INNOTE-tutkimushankkeen polttopisteessä olevaan kysymykseen suomalaisen terveydenhuollon kyvystä tuottaa systeemisiä innovaatioita.

Tutkimuksellisen lisäarvon tuottamiseksi silmäsairaanhoidon kehittämiseen INNOTE-tutkimusryhmä teki syksyn 2007 ja kevään 2008 aikana yhteensä 24 haastattelua kehittämisen kannalta keskeisille toimijoille. Haastateltavina oli runsas joukko Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin edustajia, vähintään yksi edustaja kaikista muista erityisvastuualueen sairaanhoitopiireistä, perusterveydenhuollon edustaja Tampereelta, keskeisten yksityissektorin toimijoiden edustajat, valta-

### 3. INNOTE-tutkimushankkeen näkökulma Taysin ERVA-alueen silmäsairaanhoidon kehittämiseen

kunnallisen tason toimija sosiaali- ja terveystieteiden professori. Haastateltaviksi pyydettiin aluksi Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin keskeisiä silmäspesialisteja, erikoisalan johtajia ja ylimmän johdon edustajia sekä erityisvastuualueen näkökulmaa antamaan tuotantojohtaja ja ylilääkäri Lahden keskussairaalaan. Näiden haastattelujen pohjalta nähtiin tärkeäksi haastatella muidenkin erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien edustajia ja kartoittaa yksityisen sektorin toimijoiden mielipiteitä. Yksityiseltä sektorilta haastateltiin kolmen suurimman Pirkanmaalla toimivan silmäsairaanhoitopalveluita tuottavan yrityksen johdon edustajat ja yksi silmälääkäri. ERV-alueelta haastatteluaineistoa kerättiin vaihtamalla ajatuksia Etelä-Pohjanmaan, Vaasan ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirien johtajien sekä Vaasan silmäymlilääkärien kanssa. Silmäsairaanhoidon kokonaisuuden hahmottamiseksi tutkijat haastattelivat lisäksi perusterveydenhuollon johtajan, palveluinnovaatiohankkeen johtajan sosiaali- ja terveystieteiden professorin. (Ks. liite 1.)

Otteita näistä haastatteluista käytetään luvusta 4 eteenpäin. Haastatteluaineistoa on jäsennetty haastateltavan taustan ja roolin mukaan, jotta eri toimijoiden äänet tulisivat julkaisua lukiessa esiin. Haastattelun rooli on merkitty sitaatin jälkeen seuraavasti:

<i><b>Merkintä</b></i>	<i><b>Sisältö</b></i>
Lääkäri	Pääosin potilastyötä tekevät lääkäritaustaiset PSHP:n edustajat
Hoitaja	Pääosin potilastyötä tekevät hoitajataustaiset PSHP:n edustajat
PSHP:n johdon edustaja	Pääosin hallinnollista työtä tekevät PSHP:n viranhaltijat
Muun SHP:n toimija	Päijät-Hämeen, Kanta-Hämeen, Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirien viranhaltijat
Yksityinen sektori	Medilaserin, Mehiläisen tai Terveystalon johtavat henkilöt

### 3.3 Raportin tekemistä ohjannut metodologia

Julkaisun pyrkimyksenä on kuvata ja analysoida systeemisen innovaation alkuvaihetta, jossa innovaatiota haastava ongelma alkaa täsmentyä ja ensimmäiset näkemykset tarvittavasta systeemisestä muutoksesta alkavat hahmottua. Systeemisen innovaation prosessi voidaan kuvata tapahtuvaksi ongelman hahmottamisen kautta innovaatioaihion – eräänlaisen oman kehitystyön pohjana olevan uuden systeemin prototyypin – valintaan ja sen jälkeen toimintana, jolla aihio

### 3. INNOTE-tutkimushankkeen näkökulma Taysin ERVA-alueen silmäsairanhoidon kehittämiseen

muokataan muokattavaan organisatoriseen, toiminnalliseen ja poliittiseen kontekstiin soveltuvaksi ja toteuttamiskelpoiseksi. Prosessi jatkuu innovaation juurruttamisena kohdeympäristöönsä, ja viimeisenä vaiheena voidaan nähdä innovaation leviäminen myös muihin vastaaviin ympäristöihin, esimerkiksi muille sairaanhoidon erityisvastuualueille. Tässä raportissa on mahdollista käsitellä vain prosessin alkupäätä.

Alkupään jäsentämisen teoreettiseksi apuvälineeksi olemme valinneet Roberts ym. (2004) esittämän mallin terveydenhuoltoreformien analyttisestä kehittämisestä. Se on tarkoitettu erityisesti niille, jotka haluavat oppia monien aiempien reformirytysten epäonnistumisista ja valmistella tulevat reformit aiemmista kokemuksista oppineena. Roberts ym. jäsenitys rakentuu seuraavista elementeistä:

1. On tehtävä oikea diagnoosi eli ongelmanmäärittely. Jäsenitys korostaa, että ongelmanmäärittelyssä terveydenhuolto-organisaatiot on nähtävä välineinä eikä päämäärinä ja ongelma pitää määrittellä terveydenhuollon tavoitteiden kannalta. Tavoitteina Roberts ym. näkevät ennen muuta myönteiset vaikutukset kohdeväestön terveydentilassa ja tyytyväisyydessä palveluihin sekä eri osapuolten taloudellisten rasitusten ja riskien minimoinnin.
2. Ongelman määrittelemistä ja ratkaisuvaihtoehtojen hahmottamista Roberts ym. jäsentävät viiden elementin ("control knobs") kautta. Nämä viisi reformin valmistelussa erityishuomiota saavaa elementtiä ovat systeemin rahoitus (mistä saada rahat), maksaminen (miten maksetaan eri toimijoille ja synnytetään heihin kohdistuvia insentiivejä), organisointi (esim. yksityisten ja julkisten toimijoiden kokonaisuus), sääntely (esim. toimijoiden keskinäissuhteita sääntelevät sopimukset, lait tai muut ohjausmekanismit) ja käyttäytyminen (miten eri toimijat reagoivat toistensa toimintaan).
3. On suunniteltava toimintapolitiikka, jolla siirrytään nykytilasta uudistettuun tilaan, juurrutetaan innovaatio pysyväksi uudeksi systeemiseksi kokonaisuudeksi.
4. On valmistauduttava siihen, että terveydenhuollon pienetkin mutta merkitykselliset systeemiset muutokset edellyttävät myös poliittisia päätöksiä. Siksi realistinen suunnittelu valmistautuu myös siihen, miten ehdotus on



### 3. INNOTE-tutkimushankkeen näkökulma Taysin ERVA-alueen silmäsairaanhoidon kehittämiseen

vietävissä läpi poliittisen päätöksenteon, ja ennen muuta siihen, miten synnytetään edellytykset päätöksentekuelimen enemmistön tai yksimielisyyden synnyttävän poliittisen koalition muodostamiseen.

5. On suunniteltava muutoksen toteuttamistapa.
6. On oltava alusta alkaen tietoinen siitä, että muutosprosessia ja sen vaikutuksia on mahdollista myös arvioida.

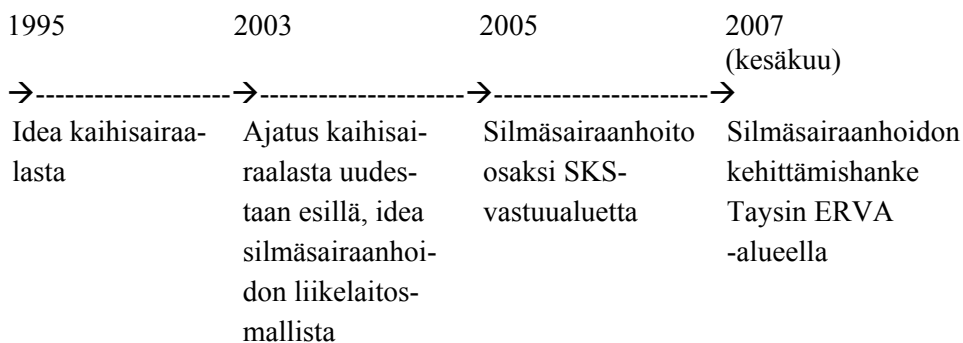
Sovellamme Robertsinkin ym. mallista ennen muuta kahta ensimmäistä elementtiä, mutta teemme tässä raportissa myös joitakin havaintoja elementtien 3–6 osalta.

Julkaisun kuvaukset ja analyysit perustuvat yhtäältä silmäsairaanhoidon kehittämiseen liittyvään kirjallisuuteen ja toisaalta Taysin erityisvastuualueen keskeisten toimijoiden haastatteluihin, projektiorganisaation kokousten havainnointiin ja projektiin liittyviin asiakirjoihin. Analyysitapana sovellamme suoraviivaista aineistojen faktuaalisen sisällön analyysia hyödyntämämme jäsennyksen ohjaamana. Koska emme pyri tekemään millään tavalla yleistäviä johtopäätöksiä, tällaista analyysitapaa voidaan pitää perusteltuna (vrt. esim. Alasuutari 1999; Eskola & Suoranta 2005).

## 4. Kehittämishanke käynnistyi ennen ratkaistavan ongelman määrittämistä

### 4.1 Mistä kaikki alkoi?

Silmäsairaanhoidon kehittämishankkeella on yli vuosikymmenen mittainen historia. Silmäsairaanhoidon uudistaminen oli Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä agendalla jo 1990-luvun puolivälissä, jolloin puhuttiin ensimmäisen kerran kaihisairaalasta. Vuonna 2003 ajatus kaihisairaalasta oli sairaanhoitopiirissä uudestaan esillä, ja tällöin pohdittiin myös mahdollisuutta toteuttaa silmäsairaanhoito liikelaitosmallisena ratkaisuna. Ajatusta kaihisairaalasta ei kuitenkaan toteutettu, vaan vuonna 2005 tehdyssä organisaatiouudistuksessa silmä-, korva- ja suusairauksien hoito yhdistettiin samaan vastuualueeseen (SKS-vastuualue). Yhdistäminen ei kuitenkaan tuonut helpotusta silmäsairaanhoidon ongelmiin, ja kesäkuussa 2007 kauan agendalla ollut silmäsairaanhoidon uudistaminen muuttui konkreettisiksi toimiksi, kun johtajaylilääkäri Matti Lehto ehdotti sairaanhoitopiirin yhteistä kehittämishanketta erityisvastuualueen johtajien kokouksessa. (Kuva 1.)



Kuva 1. Silmäsairaanhoito Pirkanmaan sairaanhoitopiirin agendalla.

#### 4. Kehittämishanke käynnistyi ennen ratkaistavan ongelman määrittämistä

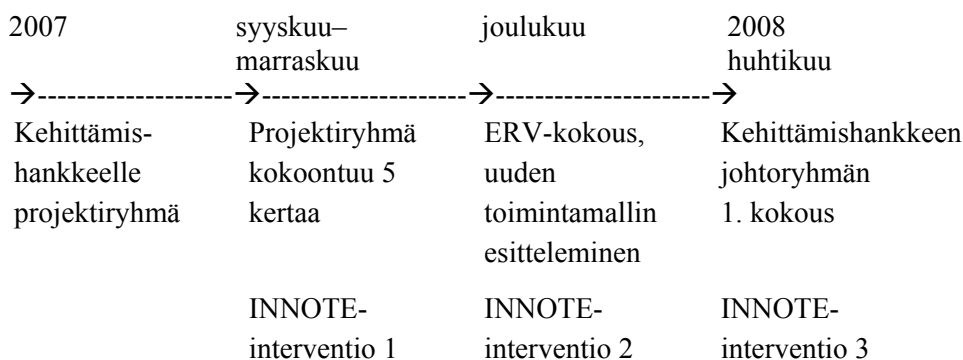
Silmäsairaanhoidon kehittämishankkeen toteutumista edelsi siis pitkä esilläolo sairaanhoitopiirin agendalla. Tärkeystään huolimatta silmäsairaanhoito on lääketieteen erikoisalana suhteellisen pieni ja tarvitsikin käynnistyäkseen erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien yhteisen intressin erikoisalana kehittämiseen ja alkusysäyksen PSHP:n keskushallinnosta. Kehittämishankkeen käynnisti Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ylin johto, joka katsoi silmäsairaanhoidon ”kriisiytyneen” Pirkanmaalla, joskin hankkeen käynnistämisen taustalla oli kaikkien erityisvastuualueen toimijoiden yhteistyö. Sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäri kuvasi tilannetta:

”Lähdin omissa ajatuksissani vähän riskinhallintamielessä tähän hommaan. Koin, että jos mitään ei tehdä, me menetetään nää meidän osajat. Tämä oli mulla päällimmäisin, että se murenee.” (PSHP:n johdon edustaja)

Alkusysäyksen jälkeen silmäsairaanhoidon kehittämishanke käynnistettiin kesän 2007 aikana, ja hanketta toteuttamaan perustettiin elokuussa 2007 projektiryhmä. Ryhmään kuuluivat Taysista ylilääkäri, toimialuejohtaja, vastuualuejohtaja, poliklinikan osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja sekä erityisvastuualueen edustajana tuotantojohtaja sijaisenaan ylilääkäri Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiristä.

Kehittämishankkeen projektiryhmä kokoontui syksyn 2007 aikana viisi kertaa. Viiden kokouksen tuloksena kehittämishankkeen projektiryhmä tuotti esityksen uudesta silmäsairaanhoidon mallista Taysin erityisvastuualueella. Uutta toimintamallia esiteltiin ensimmäisen kerran erityisvastuualueen johtajien kokouksessa joulukuussa 2007 (esitelty malli on kuvattu luvussa 5.2). Samassa kokouksessa esiteltiin myös INNOTE-tutkijoiden jäsentämää tietoa avaintoimijoiden haastatteluista. Toisen kerran uutta toimintamallia esiteltiin silmäsairaanhoidon kehittämishankkeen johtoryhmän kokouksessa huhtikuussa 2008. Tässä kokouksessa esiteltiin myös INNOTE-tutkijoiden tekemiä alustavia pohdintoja uuden toimintamallin kehittämisestä. (Kuva 2.) Tarkemmin kehittämishankkeen projektiryhmän toimintaa on kuvattu luvussa 5. Luvussa kuvataan myös erityisvastuualueen johtajien kokouksen ja kehittämishankkeen johtoryhmän kokouksen keskeinen sisältö.

#### 4. Kehittämishanke käynnistyi ennen ratkaistavan ongelman määrittämistä



Kuvio 2. Silmäsaahanhoidon kehittämishankkeen kulku ja INNOTE-interventiot.

## 4.2 Hankkeen lähtökohdista oltiin montaa mieltä – ajatukset silmäsaahanhoidon tulevaisuudesta yhdistivät

Edellisessä luvussa silmäsaahanhoidon kehittämisen todettiin olleen pitkään Pirkanmaan sairaanhoitopiirin agendalla ennen kehittämishankkeen käynnistämistä. Tätä taustaa vasten onkin mielenkiintoista, että haastatteluaineistosta sairaanhoitopiirin sisältä nousi esiin varsin erilaisia näkemyksiä hankkeen yleisistä lähtökohdista. Näkemykset erosivat sairaanhoitopiirin johdon eri tasoilla: toiset näkivät hankkeen olevan piirin strategian mukainen ja toiset pitivät sitä strategian ulkopuolelta liikkeelle lähteneenä hankkeena.

”Silmäsaahanhanke on PSHP:n strategian mukainen hanke. Strategiapaperi oli mielessä, kun haettiin uutta toimintamallia.” (PSHP:n johdon edustaja)

”Silmäsaahanhoidon kehittämishanke ei lähtenyt liikkeelle strategiasta ohjautuvana hankkeena. Ei. En tiedä mistä se lähti. Tuli yhtäkkiä kuin taivaanlahjana tällainen hanke.” (PSHP:n johdon edustaja)

Vielä enemmän näkemykset hankkeen yleisistä lähtökohdista erosivat eri organisaatioiden välillä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin edustajat eivät juuri tuoneet esiin kehittämishankkeen aluepoliittisia lähtökohtia, vaan katsoivat sen automaattisesti vievän silmäsaahanhoitoa parempaan päin. Muilla erityisvastuualueen sairaanhoitopiireillä yhteisenä huolenaiheena oli kuitenkin se, että silmäsaahanhoidon kehittämishankkeen nähtiin lähteneen liikkeelle varsin Tayskeskeisesti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin nähtiin olevan huolissaan vain omassa leikkaustoiminnassaan ilmenneistä ongelmista ja tavoittelevan ratkaisua, jota ei voida pitää varsinaisena innovaationa.

#### 4. Kehittämishanke käynnistyi ennen ratkaistavan ongelman määrittämistä

”Koko kehittämishanke lähti Taysin ilmoituksella käyntiin. Paine ei tullut ERV-alueelta. Tays on huolissaan oman tehtävän hoitamisesta.” (muun SHP:n toimija)

”Kun Tampere heitti tämän casen, niin meillä ei ollut siihen mitään vastaan-kaan. Sen jälkeen lähti selviämään, että tässä tehdään standardileikkauksiin uusi Coxa, joka ei minusta ole mikään innovaatio.” (muun SHP:n toimija)

Tays-keskeisyys nousi esiin myös mielipiteissä kehittämishanketta toteuttamaan perustetun projektiryhmän kokoonpanoon liittyen. Tältä osin useat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin edustajat painottivat, ettei projektiryhmän kokoa ole syytä paisuttaa, vaan muutosta suunnittelevan ryhmän tulee olla riittävän pieni ja tiivis, jotta se pystyy toimimaan. Sen sijaan muiden sairaanhoitopiirien edustajat katsoivat yleisesti, että kehittämistyöhön kaivattaisiin mukaan laajempaa kokonaisnäkemyistä siihen kiinteästi kytkeytyviltä tieteen- ja hallinnonaloilta.

”Enemmän taloushallinnon ratkaisuja, taloushallinnon asiantuntemusta, kunnallishallinnon asiantuntemusta, tietotekniikka, teknologia-asiantuntemusta. Monialainen asiantuntemus olisi hyväksi.” (muun SHP:n toimija)

Kehittämishankkeen toimintaan liittyen mielenkiintoinen yksityiskohta haastatteluaineistossa oli pohdinta kehittämishankkeen käytössä oleviin taloudellisiin resursseihin liittyen. Tai oikeammin pohdinnan puuttuminen, sillä kehittämishankkeen rahoitus nousi esiin vain yhdessä haastattelussa.

”Se minua huolestuttaa, että minun käsittääkseni tällä ei ole rahoitusta. En ole nähnyt ainakaan. Se oli kyllä juosten kustu tämä projektin aloitus. Että yhtäkkiä tulee tämmöinen INNOTE jostain ja siihen tää ympättiin. Sillä ei ole mitään, koska se tupsahti taivaasta koko homma. Ei siinä ehditty.” (PSHP:n johdon edustaja)

Jos kehittämishankkeen lähtökohdista oli eriäviä ja kriittisiäkin mielipiteitä, niin silmäsairaanhoidon tulevaisuuden suhteen haastatellut asiantuntijat olivat varsin samoilla linjoilla. Lähes kaikki toivat esiin sen, että silmäsairaanhoidon tarve kasvaa alueella väestön ikääntymisen myötä. Tähän liittyen katsottiin yleisesti, että kansalaisten tulee tulevaisuudessa ottaa suurempi vastuu omasta terveydestään, ja omahoitoa tukevia järjestelmiä tulee yhteiskunnan puolelta kehittää. Silmäsairaanhoidon järjestämisen osalta katsottiin yleisesti, että eri palveluntuottajat tulevat tulevaisuudessa verkottumaan aiempaa laajemmin, jolloin toimijoiden roolien ja vastuiden selkiyttäminen on tärkeää. Työnjaon nähtiin tulevaisuudessa muuttuvan erikoissairaanhoito-perusterveydenhuolto ja yksityinen-julkinen ulottuvuuksilla. Perusasioiden ja rutiinitarkastusten katsottiin tulevaisuudessa erikoissairaanhoidon sijaan hoituvan enenevässä määrin oman paikkakunnan

#### 4. Kehittämishanke käynnistyi ennen ratkaistavan ongelman määrittämistä

perusterveydenhuollossa tai yksityisellä sektorilla. Keskussairaaloissa katsottiin tulevaisuudessa pystyttävän tekemään myös entistä enemmän sellaisia hoitoja, joita on perinteisesti tehty vain yliopistosairaaloissa. Aluepoliittista näkökulmaa painottivat ennen kaikkea muiden sairaanhoitopiirien toimijat. Kehityksen nähtiin mahdollisesti aiheuttavan muutoksia toimenpiteiden keskittämistarpeessa. Yksityisen ja julkisen sektorin välisen rajapinnan katsottiin yleisesti olevan muutoskessa, mutta tältä osin näkemykset erosivat siinä, nähtiinkö julkinen ja yksityinen jatkossa kilpailijoina vai yhteistyökumppaneina. Palveluiden ennustettiin joka tapauksessa jatkossa siirtyvän yhä enemmän yksityisen sektorin hoidettavaksi, jolloin julkisen sektorin tehtävissä nähtiin korostuvan raskaan kirurgian sekä koulutuksen ja tutkimuksen osuus. Kaikki haastatellut asiantuntijat, paitsi yksityisen sektorin edustajat, näkivät julkisen sektorin kuitenkin tarvitsevan myös kevyempää silmäkirurgiaa paitsi koulutuksellisista syistä myös raskaaman kirurgian vaatiman volyymin ylläpitämiseksi.

”Me tarvitaan se kevyempi kirurgia, että pystytään ylläpitämään tätä raskaampaa puolta.” (Hoitaja)

### **4.3 Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä agendalla olivat oman leikkaustoiminnan ongelmat**

Taysissa silmäsairanhoido toimii neljässä erillisessä toimipisteessä ja on organisoitu osaksi suu-korva- ja silmätautien vastuualuetta. Näitä toimipisteitä edustavat haastateltavat katsoivat yleisesti leikkaus- ja poliklinikkatoiminnan hajallaan olon aiheuttavan suuria käytännön ongelmia, joiden mukana hukkuu toiminnan tehokkuutta. Silmäyksikön toimimisen osana suu-korva- ja silmätautien vastuualuetta nähtiin hankaloittaneen toimintaa ja vähentäneen silmätautien leikkauskapasiteettia. Muut leikkaukset menevät usein silmäleikkausten edelle yhteisissä tiloissa, ja leikkaussaliorganisaatio on myös melko raskas silmäsairanhoidon, joten työtä nähtiin tehtävän kalliisti. Ongelmia aiheuttaa haastateltujen mukaan myös se, että silmähoitajat hoitavat myös korva- ja suusairauksia. Edelleen myös lääkäriyövoiman suhteen nähtiin olevan ongelmia. Taysissa toimi syksyllä 2007 vain kaksi kokopäiväistä silmä lääkäriä. Haastateltavien mukaan yksityinen sektori houkuttelee silmä lääkäreitä paitsi ansaintamahdollisuuksilla ja joustavilla työajoilla myös parempikuntoisella potilasaineksella. Edellä mainittujen syiden seurauksena silmäpotilaiden hoitoon pääsyn nähtiin vaikeutuneen ja leikkausjonojen pidentyneen. Kaikkein huolestuttavimpana tilannetta pitivät lääkärit ja hoitohenkilöstö.

#### 4. Kehittämishanke käynnistyi ennen ratkaistavan ongelman määrittämistä

Lähes kaikki Pirkanmaan sairaanhoitopiirin haastateltavista näkivät silmäsairaanhoidon uuden toimintamallin keskitettynä nykyistä autonomisempana yksikkönä, jolla olisi oma kiinteä lääkäri- ja hoitohenkilöstönsä ja tietyt yhtenäiset tilat. Tässä yhteydessä puhuttiin yleisesti liikelaitosmallista, osakeyhtiömallista, silmäsairaalaista tai huippuyksiköstä. Kaksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin edustajaa näki uuden mallin ensisijaisesti verkostomaisena kokonaisuutena, jossa silmäsairaanhoitoa koskevasta työnjaosta ja kumppanuuksista sovittaisiin koko erityisvastuualueen sisällä. Toinen heistä ilmaisi asian näin:

”Toimintamalli olisi realistisempi ERVA-laajuisena mallina kuin Taysin sisäisenä pienenä ja haavoittuvana yksikkönä.” (PSHP:n johdon edustaja)

Muut hahmottivat uuden mallin Taysin sisäisenä leikkaustoiminnan uudelleenorganisoimisena. Yksityisen toiminnan yhdistämisen uuteen toimintamalliin lääkärit toivat esiin siinä mielessä, että he voisivat leikata iltaisin yksityispotilaita.

”Emmä enää privaattiin lähtisi jos täällä annettaisiin mahdollisuus tehdä iltatöitä.” (Lääkäri)

Laajempi yhteistyö yksityisen sektorin kanssa epäilytti kuitenkin monia haastateltavista. Ajatuksena oli paremminkin tehdä uudesta silmäsairaanhoidon mallista kilpailukykyinen yksityisen sektorin kanssa:

”Kunta, joka harkitsee silmäsairauksien hoidon järjestämistä saattaa nykyisin kilpailuttaa kaihileikkauksia tai ostaa erikoissairaanhoidon palveluja jostain yksityislääkäriasemalta, saa meiltä kilpailukykyisen ja tuotteistetun tarjouksen.” (PSHP:n johdon edustaja)

Joskin mahdolliseen yhteistyöhön yksityisen sektorin kanssa suhtauduttiin varauksella, nousi useassa haastattelussa sen sijaan esiin mahdollisuus rakentaa uudenlaista kumppanuutta ja hoidon porrastusta perusterveydenhuollon kanssa.

#### **4.4 Muiden sairaanhoitopiirien edustajat toivat esiin myös keskittämisen ongelmia, yksityinen sektori ja perusterveydenhuolto katsoivat asiaa omalta kantiltaan**

Vaasan, Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiireissä kilpailua silmälääkäri työvoimasta katsottiin yksityisen sektorin imun lisäksi syntyvän myös yliopistosairaalan veto voiman myötä. Kehittämishankkeen osalta sairaanhoitopiirien edustajat katsoivat yleisesti, että siinä on lähdetty hoitamaan jäävuoren huippua ja jätetty suurten potilasmassojen hoitaminen ulkopuolelle. Kehittämisen suuntaviivojen katsottiin olevan hukassa sen suhteen, miltä osin pyritään silmäsairaanhoidon keskittämiseen tai hajauttamiseen ja mil-

#### 4. Kehittämishanke käynnistyi ennen ratkaistavan ongelman määrittämistä

tä osin molempiin. Erityisvastuualueen muissa kuin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä katsottiin, että keskussairaaloiden tulisi olla suunnittelussa vahvemmin mukana, jolloin alueelliset näkökulmat tulisivat paremmin esille. Lisäksi haastattelussa korostui ajatus siitä, että silmäsairaanhoidon prosesseja tulisi tarkastella kokonaisuutena ja kunkin toimijan rooli tulisi nykyistä tarkemmin määrittää.

”Jokaiselle alueelle, eli sairaanhoitopiirille löytyisi oma rooli kokonaisuudessa. Hyödynnettäisiin osaamista, jota on tälläkin hetkellä. Jos lähdetään erityisvastuualuelaajuiseen yhteistyöhön ja puhutaan alueellisesta keskittämisestä, niin ne kaikki toiminnot ei mee Tampereelle, vaan se voi olla että tietyt toiminnot myös hajasijoitetaan.” (muun SHP:n toimija)

Yksi ERV-alueen edustajista korosti asiakkaan kulkeman polun mallintamista perusterveydenhuollon, yksityisen palveluntuottajan ja keskussairaalan välillä. Kokonaisuuden hahmottamisella välttyttäisiin muidenkin sairaanhoitopiirien johtajien mukaan liikaresursoinnilta ja voitaisiin tehostaa palvelutuotannon kokonaisuutta. Nykyisessä mallissa ongelmien nähtiin leikkaustoiminnan lisäksi syntyvän silmäsairaanhoidon palveluketjun alkupäässä eli sairauksien varhaisessa toteamisessa sekä yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyössä. Erityistä huolta ERV-alueella koettiin kalliiden hoitojen kustantamiseen ja riittävien alueellisten palveluiden turvaamiseen liittyen.

Yksityisen sektorin toimijat katsoivat yleisesti, että julkisella sektorilla on tarpeen syventyä ennen kaikkea hankalampiin silmäsairauksiin ja syventää osaamista raskaassa kirurgiassa. Perusdiagnostiikka ja massatuotteena suoritettavat leikkaukset hoituisivat haastateltujen mukaan sujuvasti ja kustannustehokkaasti yksityisellä puolella.

”Temppukeskeiset kuten kaihi pitäis lopettaa kokonaan julkisista sairaaloista. Se on siellä tehotonta ja kallista, meillä tehokasta ja edullista. ... Ei se oo muuta kuin kaihi pois ja linssi sisään. Sit taas jossain neuro-oftalmologiassa pitää olla oikeasti fiksua lääkäreitä. Ne voi pyöriä siellä ja täällä kelpaa ihan tavallinenkin matti meikäläinen.” (yksityinen sektori)

Tampereella yksityisen sektorin palveluntuottajien välisten voimasuhteiden katsottiin olevan parhaillaan vakiintumassa, eikä silmäsairaanhoidon osalta katsottu olevan suuria uudistuksia luvassa, joskin yhteistyön optikkoliikkeiden kanssa uskottiin lähitulevaisuudessa entisestään tiivistyvän. Yksityisen sektorin toimijat eivät pitäneet julkista sektoria kilpailijanaan asiakkaiden suhteen, mutta näkivät, että osajista kyllä kilpaillaan. Kunnille ja sairaanhoitopiireille myytävä osuus yksityisten toimijoiden palvelutuotannosta ei ole suuri, eikä yhteistyön palveluiden tuottamisen suhteen katsottu olevan ainakaan lyhyellä tähtämellä



#### 4. Kehittämishanke käynnistyi ennen ratkaistavan ongelman määrittämistä

taloudellisesti kannattavaa. Yksi haastatelluista yksityisen sektorin edustajista kuitenkin katsoi, että yhteistyö yliopistosairaalan kanssa voisi nostaa yksityisen terveydenhuolto-organisaation profiilia ja olla pitkällä tähtäimellä kannattavaa.

”Se että joku asia lähdetäisiin hoitamaan yhdessä julkisen puolen kanssa, nostaisi yksityisen puolen profiilia ihan eri tavalla. Yhteistoiminta saattaisi olla taloudellisesti jopa hieman tappiollista, mutta profiiliarvo olisi niin suuri, että tällainen olisi tärkeää.” (yksityinen sektori)

Haastateltu perusterveydenhuollon edustaja Tampereelta piti keskeisenä ongelmana erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja optikkoliikkeiden välisen työnjaon selkiytymättömyyttä. Hänen mukaansa silmälääkärit tekevät suomalaisessa systeemissä aika paljon optikoiden töitä. Jotta hoitoketju olisi toimivampi, pitäisi sen hänen mukaansa kulkea siten, että silmiin liittyvissä ongelmissa mentäisiin ensisijaisesti optikolle. Optikon katsottua silmät ja todettua, että kyseessä on jokin muu ongelma kuin taittovirhe, lähettäisi hän potilaan sitten eteenpäin silmälääkärille.

#### **4.5 Mistä malli ratkaisulle ja mikä osoittaa uuteen toimintamalliin siirtymisen vaikuttavuuden?**

Erilaisia ulkomaisia esimerkkejä silmäsairaanhoidon alalta mainittiin haastatelluissa lukuisia, mutta eri maiden malleista saatuja kokemuksia ei katsottu voitavan suoraan hyödyntää Suomeen. Vaikka varsinaisia konkreettisia esikuvia tulevaisuuden mallille ei näin ollen löytynyt, pidettiin muilla erikoisaloilla omassa maassa muutosjohtamisesta saatuihin kokemuksiin tutustumista hyödyllisenä. Erityisesti useat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin edustajat mainitsivat Coxan ja Sydänkeskuksen jonkinlaisina malleina, joista saatuja kokemuksia voisi olla tarpeen hyödyntää. Muiden elinkeinoelämän sektoreiden kokemuksia tai teoreettisia malleja uudistamisen avuksi ei haastatteluissa nostettu esiin, mutta yksi haastateltava konkretisoi tavoiteltavaksi sellaisen mallin luomisen silmäsairaanhoidon, jossa on vain yksi päämies ja maksaja.

”Ongelma on se, että päämiehiä ja toimijoita on niin monta. Kaikki ei ole omissa käsissä, ja se tekee siitä niin haasteellisen. Parhaat ratkaisut löytyvät ulkomailta, joissa on nämä vakuutusperusteiset ratkaisut. Kun on vaan yksi päämies ja maksaja, on ollut helppo ohjeistaa.” (muun SHP:n toimija)

Haasteena uuden toimintamallin määrittämisessä pidettiin sen tuottamien hyötyjen osoittamista. Tärkeänä pidettiin mitattavan tiedon hankkimista nykyjärjestelmän toiminnasta ja ongelmista, jotta muutoksen tarve voidaan perustella po-

#### 4. Kehittämishanke käynnistyi ennen ratkaistavan ongelman määrittämistä

liittisille päätöksentekijöille ja jotta uuden mallin tuottamia hyötyjä voidaan myöhemmin verrata nykytilaan.

”Uuden toimintamallin hyötyjen osoittaminen on suurin haaste. Coxan osalta tuotiin kliinistä dataa, tietoa siitä kuinka toisto parantaa laatua. En tiedä löytyykö tästä.” (muun SHP:n toimija)

Oleellisena pidettiin työn tehokkuuden ja laadun yhdistämistä kansalaisten terveysstatukseen eli työn vaikuttavuuden osoittamista. Uuteen toimintamalliin siirtymisen vaikuttavuuden arviointia pidettiin erittäin tärkeänä, mutta mahdollisia mittareita tämän todentamiseen ei ollut juuri mietitty. Asiaa katsottiin haastatteluissa monelta kantilta, mutta suuntaviivoja ei lähdetty määrittämään sille, mitä pitäisi mitata eli minkä laajuisen ongelman korjaamiseen uudella toimintamallilla pyritään.

”Tarvitaan vaikuttavuuden mittareita. Nyt on kerätty materiaalia meidän kysynnän kehityksestä viimeisten vuosien aikana. Väestöpohjan kehityksestä on tietoa. Privaattipuolen kysynnästä täytyy saada käsitystä. Kaikki mittarit ovat tarpeellisia. Mitä enemmän mennään osakeyhtiömuotoiseen malliin, niin sitä enemmän täytyy mitata kaikkien asioiden kannattavuutta ja hintoja. Lähtötilanteesta pystytään tuottamaan lukuja. Työn vaikuttavuuteen tarvitaan mittareita, esimerkiksi elämänlaadun kehitys. Näillä täytyy perustella kunnan ihmisille mallin tärkeyttä. (PSHP:n johdon edustaja)

## **5. Uusi toimintamallikin muotoutui ennen ratkaistavan ongelman määrittämistä**

Silmäsairaanhoidon kehittämishankkeen projektiryhmä kokoontui syksyn 2007 aikana viisi kertaa. Näiden kokousten keskeinen sisältö kuvataan seuraavaksi. Tämän jälkeen luodaan katsaus erityisvastuualueen johtajien kokoukseen joulukuussa 2008 ja silmäsairaanhoidon kehittämishankkeen johtoryhmän kokoukseen huhtikuussa 2008. Molemmissa kokouksissa kehittämishankkeen puheenjohtaja esitteli projektiryhmän syksyn 2007 aikana hahmottelemaa uutta toimintamallia Taysin erityisvastuualueen silmäsairaanhoidon.

### **5.1 Silmäsairaanhoidon projektiryhmä työsti esityksen uudesta toimintamallista**

Projektiryhmä kokoontui ensimmäisen kerran 4.9. Tampereella. Kokouksessa puhuttiin uudesta silmäsairaalamallista, ja keskustelu kulminoitui uuden silmäsairaalan mahdollisiin organisaatiomuotoihin, jollaisina pidettiin erillistä yhtiötä, liikelaitosta ja itsenäistä tiliyksikköä. Liikelaitos nähtiin virinneen keskustelun pohjalta varteenotettavimpana mallina, ja siihen liittyviä toimintavapauksia päätettiin selvittää seuraavaan kokoukseen mennessä. Erityisvastuualue-aspekti ja yksityisen sektorin silmäsairaanhoidon eivät palaverissa olleet lainkaan agendalla. Kehittämishankkeen kannalta ensisijaiseksi nähtiin Taysin sisäisen silmäsairaanhoidon uudelleenorganisointi tehokkuuden lisäämiseksi ja osaajien pitämiseksi organisaatiossa. Lähtökohdaksi projektiryhmän työlle määritettiin alustavan suunnitelman laatiminen optimaalisesta silmäsairaalamallista vuoden loppuun mennessä. Seuraavaa kokousta varten päätettiin liikelaitokseen liittyvien vapauksien lisäksi selvittää vuoden 2006 tilastoja, joista voitaisiin katsoa, mitä olemassa olevilla resursseilla saadaan nykyisessä sub-optimaalisessa toimintaympäristössä aikaan.

## 5. Uusi toimintamallikin muotoutui ennen ratkaistavan ongelman määrittämistä

Projektiryhmä kokoontui seuraavan kerran jo kahden viikon kuluttua eli 17.9. Tampereella. Kokouksen aluksi INNOTE-tutkimusryhmä esitteli tuloksiaan, jotka koskivat silmäsairaanhoidon kehittämishankkeen kannalta keskeisiksi katsottujen toimijoiden haastatteluissa esiin tulleita näkemyksiä (ks. luku 3). INNOTE-intervention keskeinen sanoma oli se, että eri toimijoilla oli varsin erilaisia näkemyksiä ratkaistavan ongelman ja sitä kautta tarvittavan muutoksen laajuudesta. Itse projektiryhmän kokouksessa purettiin liikelaitosmallista tehdyn selvitystyön tuloksia ja päätettiin lisäselvittelyjä varten käydä tutustumassa Sydänkeskuksen toimintaan Tampereella. Vuoden 2006 todettiin Taysin silmäsairaanhoidon osalta olleen katkonainen, ja siitä syystä katsottiin paremmaksi lähtöä liikkeelle vuoden 2005 toimintalukujen pohjalta. Vuoden 2005 lukujen katsottiin antavan kuvaa siitä, mitä nykyisillä resursseilla pystytään tekemään. Seuraavaan kokoukseen mennessä päätettiin selvittää vuoden 2030 silmäsairaanhoidon tarvetta ja miettiä siltä pohjalta tulevaisuuden tarpeen mukaiset toiminnot alueen väestölle. Ulkomaisten mallien osalta keskusteluun nousivat Alicante ja Singapore. Näiden katsottiin kuitenkin soveltuvan huonosti suomalaisen mallin mukaiseen hyvinvointivaltiolliseen silmäsairaanhoitoon.

Kolmannen kerran projektiryhmä kokoontui kaksi viikkoa edellisestä eli 2.10., jälleen Tampereella. Kokouksessa käytiin läpi Taysin silmäsairaanhoidon tunnuslukuja vuodelta 2005 ja vuoteen 2030 liittyviä ennusteita silmäsairaanhoidon tarpeesta Pirkanmaalla. Keskustelu liittyi uuteen silmäsairaalaan, johon optimaalisen mallin rakentamiseksi katsottiin edelleen tarvittavan enemmän kylmiä lukuja. Kokouksessa otettiin kantaa myös Näkökeskuksen toimintaan uudessa sairaalassa. Paikalle oli tätä tarkoitusta varten kutsuttu mukaan Näkökeskuksen edustaja. Näkökeskus on kuntoutustoimenpiteitä tarjoava yksikkö, joka nykyisellään toimii Taysissa erillisenä yksikkönä. Lähtökohdaksi kokouksessa otettiin se, että Näkökeskus tulee sijoittaa uuden silmäsairaalan yhteyteen. Yhtä selvää ei kuitenkaan ollut Näkökeskuksen toimintaansa varten tarvitsemien tilojen määrä. Tilaratkaisujen suhteen kokouksessa korostettiin toiminnallisen tehokkuuden vaatimusta, ja kysymys jätettiin hautumaan palaveriin osallistuneiden mieleen. Seuraava kokous ehdotettiin pidettäväksi Lahdessa, jotta Päijät-Hämeestä olevien ERV-alueen edustajien olisi helpompi tulla kokoukseen ja jotta Lahden hiljattain remontoituun silmäyksikköön voitaisiin samalla järjestää tutustumiskäynti.

Seuraava projektiryhmän kokous pidettiinkin Lahdessa 17.10. Kokouksessa oli aiempia kertoja suurempi määrä osanottajia, koska Päijät-Hämeen sairaanhoidopiiristä oli tällä kertaa useampi edustaja mukana. Kokouksen aluksi käytiin läpi ennakoitua väestön ikärakenteen muutosta Pirkanmaalla tulevaisuudessa.

## 5. Uusi toimintamallikin muotoutui ennen ratkaistavan ongelman määrittämistä

Yli 65-vuotiaiden osuuden voimakas kasvu vuoteen 2030 mennessä nähtiin tärkeänä, koska se vaikuttaa merkittävästi ennakoituun silmäsairaanhoiton tarpeeseen tulevaisuudessa. Aiempien projektiryhmän palaverien pohjalta oli nyt tultu siihen tulokseen, että kasvavaan tarpeeseen voidaan parhaiten vastata liikelaitosmallilla, jossa tutkimus, leikkaus, kuntoutus ja opetus toimivat kaikki yhdessä keskitetyssä tilassa. Tässä kokouksessa esiin nousi kuitenkin ensimmäistä kertaa vahvemmin myös erityisvastuualueaspekti, kun Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin edustaja kommentoi Taysin silmäsairaanhoiton rakenteiden uudistamisen olevan riittämätön ja jopa mahdollisesti muiden erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kannalta vahingollinen ratkaisu käsillä oleviin ongelmiin.

Viidennen kerran projektiryhmä kokoontui Tampereella 14.11. Kokouksessa päätettiin vuoden 2030 sijaan tehdä silmäsairaanhoiton tarpeen arvioinnit vuodelle 2020. Silmäsairaanhoiton tulevaisuudessa vaatimien resurssien arvioimiseksi katsottiin siis aluksi olevan tarpeellista arvioida vuoden 2020 potilasmääriä. Potilasmäärän perusteella katsottiin sitten voitavan arvioida tarvittavien lääkärin, hoitajien, laitteiden ja tilojen määrät. Edellisiin kokouksiin verrattuna poikkeuksellista oli tällä kertaa se, että keskusteluun otettiin mukaan myös Lahden silmäsairaanhoitoon liittyviä toimintalukuja ja Lahteen liittyviä ennusteita vuodelle 2020. Muutoin erityisvastuualueaspekti ei kuitenkaan ollut esillä. Suurin mielenkiinto kokouksessa kohdistui tälläkin kertaa tulevan silmäsairaalan organisaatiomalliin. Muun muassa koulutuksen ja EVO-rahojen suhteesta eri malleihin oli edellisen kokouksen jälkeen tehty selvitystyötä, jonka pohjalta vahvimaksi vaihtoehdoksi tulevalle silmäsairaalalle nousi kokouksessa osakeyhtiömalli. Osakeyhtiön puolesta katsottiin puhuvan ennen kaikkea sen silmäsairaalan toiminnalle tuomat vapaudet. Lisäksi keskustelussa nousi esiin se, että osakeyhtiössä lähtökohtana voisi nykyistä selkeämmin olla suorituksen mukainen palkitseminen, joka saattaisi auttaa pitämään kilpailtuja silmälääkäreitä julkisella sektorilla.

Edellä kuvattujen viiden projektiryhmän kokouksen pohjalta ryhmän puheenjohtaja laati esityksen uudesta silmäsairaanhoiton toimintamallista. Esityksen muotouduttua muut projektiryhmän jäsenet antoivat siihen kommenttinsa, joiden perusteella puheenjohtaja muokkasi mallia edelleen, ja esitteli sen erityisvastuualueen johtajien kokouksessa sekä kehittämishankkeen johtoryhmän kokouksessa. Esitysten lisäksi myös näiden tilaisuuksien muu keskeinen sisältö kuvataan seuraavassa, koska sen voidaan olettaa vaikuttavan keskeisesti silmäsairaanhoiton kehittämisen suuntaviivojen muotoutumiseen.

5. Uusi toimintamallikin muotoutui ennen ratkaistavan ongelman määrittämistä

## **5.2 Uusi toimintamalli esiteltiin ERVA-kokouksessa joulukuussa ja kehittämishankkeen johtoryhmän kokouksessa huhtikuussa**

ERVA-kokouksessa 4.12.2007 olivat edustettuina kaikki erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit ja paikalla oli myös jonkin verran alueen kuntien edustajia. Uuden toimintamallin esittelyssä kehittämishankkeen projektiryhmän puheenjohtaja lähti liikkeelle osakeyhtiö- tai liikelaitosmuotoisesta organisaatiomallista, jonka tavoitteena olisi Taysin sisäisen silmäsairaanhoidollisen toiminnan uudelleenorganisointi. Osakeyhtiö- tai liikelaitosmuotoisella silmäsairaalaan voitaisiin jatkossa luoda parhaat edellytykset yksityissektoriin nähden kilpailukykyiselle ja joustavalle toimintamallille. Uusi silmäsairaala olisi hyvin kompakti kokonaisuus, jossa leikkaus-, poliklinikka-, osasto- ja näönkuntoutustoiminnot tukisivat toisiaan. Uuteen silmäsairaalaan voisi esityksen mukaan kuitenkin hakeutua asiakkaita myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ulkopuolelta. Lisäksi silmäsairaalaa tulisi kyetä tuottamaan palveluita yksityisille asiakkaille, jotka hakevat palveluja ilman kuntamaksajaa. Erityisvastuualuelajuisen yhteistyö oli esittelyssä uudessa toimintamallissa huomioitu vaativan kirurgian, etäkonsultaatioiden, koulutuksen, erikoistuvien kierron sekä jonojen hallinnan osalta. Muilta osin yhteistyö ei noussut esityksessä esiin.

Keskusteltaessa uudesta silmäsairaanhoidon mallista nousi vahvasti esiin tarve laajemmalle ratkaisuyritykselle. Laajemmalla ratkaisulla viitattiin koko erityisvastuualueen kattavaan silmäsairaalaan ja toisaalta yksityisen sektorin yhteistyömahdollisuuksiin. Uuden huippuyksikön rakentamisen Tampereelle katsottiin voivan jopa entisestään vaikeuttaa muiden sairaanhoitopiirien silmä lääkäripulaa. Keskustelussa nousi esiin, että kaikkia olemassa olevia resursseja tulisi hyödyntää eikä rakentaa yhteen pisteeseen ylivertaista mallia. Uuden toimintamallin kehittämisessä olisi tällöin olennaista miettiä, kuinka hyödyntää koko erityisvastuualueella olemassa olevaa osaamista. Kokouksessa ei tehty varsinaisia päätöksiä, vaan todettiin projektiryhmän jatkavan uudistamisen suunnittelua.

Silmäsairaanhoidon kehittämishankkeen johtoryhmän kokouksessa 1.4.2008 kehittämishankkeen projektiryhmän puheenjohtaja esitteli uuden silmäsairaalamallin osakeyhtiömuotoisena ja korosti esittelyssään erityisesti tehokkuus- ja joustavuusnäkökulmia. Esityksen keskeisenä sisältönä oli, että silmäsairaanhoidon keskittäminen samoihin tiloihin Taysissa lisää toiminnan tehokkuutta. Huomionarvoista uudessa silmäsairaalaan olisi esityksen mukaan se, että osakeyhtiöön sisältyvien vapauksien avulla henkilökunnan palkoista olisi mahdollista

## 5. Uusi toimintamallikin muotoutui ennen ratkaistavan ongelman määrittämistä

tehdä vertailukelpoisia yksityissektorin kanssa. Lisäksi osakeyhtiömalli mahdollistaisi joustavamman palveluiden tarjoamisen myös yksityisasiakkaille ja loisi puitteet kehittää toimintaa organisaation omilla tuotoilla.

Kokouksessa esiteltiin myös INNOTE-tutkimusryhmän tekemiä alustavia pohdintoja uuden toimintamallin muotoutumisesta Taysin erityisvastuualueen silmäsairaanhoitoon. Esitykseen kuului kolme vaihtoehtoista kehittämisen suuntaa hankkeelle. (Ks. taulukko 6.)

Taulukko 6. Kehittämisen vaihtoehdot.

Kehittämisprojekti-vaihtoehto	Kuvaus	Haasteet
1. Erityisvastuualueen yhteinen keskitetty vaativan julkisen silmäsairaanhoidon malli Taysin johdolla	Keskittää toimintoja Taysiin, voidaan löytää erityisiä rooleja muille erityisvastuualueen toimijoille. Keskitetty vaativan toiminnan (osa)optimointiin ja alan jatkuvan kehittämisen ja tutkimuksen edellytysten parantamiseen.	Arvioitava muutoksen vaikutus muun silmäsairaanhoidon, esim. ”kevyen” leikkaustoiminnan, osaajista käydyn kilpailun ja hoitoketjujen kannalta.
2. Erityisvastuualueen kaiken kuntarahoitettun leikkaustoiminnan uusi malli	Vaativin silmäsairaanhoito ja julkisen sektorin ”kevyempi” hoito ja kuntarahoitteinen ostopalvelutoiminta optimoitaisiin kokonaisuutena. Sairausvakuutus- ja yksityisrahoitteinen toiminta optimoinnin ulkopuolella. Edellyttää laajempaa ERVA-yhteistyötä kuin malli 1, mutta voi tuottaa paremman yhteistyön kuin se.	Ei mahdollista merkittävää hoitoketjujen ja osaajatyövoiman optimointia, koska yksityinen toiminta jää ulkopuolelle.
3. Erityisvastuualueen tai sen osan yksityisen ja julkisen sektorin keskeisten toimijoiden sopima uusi malli	Esimerkiksi yhteinen osakeyhtiö, joka vastaa merkittävästä osasta silmäsairaanhoitoa ja pyrkii ohjaamaan hoitoketjujen kehitystä yhteisen näkemyksen pohjalta. Kykenee neuvottelemaan osaajien kanssa eli osaajien mahdollisuudet kilpailuttaa organisaatioita heikkenevät. Kykenee melko laajan kokonaisuuden optimointiin osaoptimointien lisäksi.	Edellyttänee Kelan ja STM:n suopeutta.

## 5. Uusi toimintamallikin muotoutui ennen ratkaistavan ongelman määrittämistä

Keskusteltaessa silmäsairaanhoidon uudistamisesta esitysten jälkeen, nousi rahoitusjärjestelmän suuri merkitys agendalle. Rahoitusmalliin liittyvien ongelmien kautta keskustelu virisi muutenkin laajempiin silmäsairaanhoidon järjestämiseen liittyviin kysymyksiin. Esillä oli ajatus hoitoketjun miettimisestä kokonaisuudessaan, jolloin keskiössä ei olisi vain leikkaustoiminnan optimointi. Tältä kannalta katsottuna projektiryhmän työssä todettiin lähdetyn liian nopeasti miettimään tulevaa organisaatiomallia, hahmottamatta aluksi silmäsairaanhoidon hoitoketjuja kokonaisuudessaan. Vaihtoehtoisten kehittämismallien osalta vaihtoehto yksi koettiin liian suppeaksi ja konservatiiviseksi ratkaisuksi. Malli 2 nähtiin keskustelemisen arvoiseksi, mutta suurin mielenkiinto kohdistui kehittämisvaihtoehtoon numero 3. Se koettiin rakenteita eniten uudistavaksi vaihtoehdoksi, joka mahdollistaisi tuotannollisen tehokkuuden, sekä osajien palkitsemisen tuloksen mukaan. Lisäksi keskustelussa nousi esiin, että kehittämisvaihtoehdossa 3 kunnallisen ja Kela-rahoituksen välinen työnjako voisi uusiutua kiinnostavalla tavalla..

Silmäsairaanhoidon kehittämishankkeen projektiryhmälle annettiin johtoryhmäkokouksessa tehtäväksi tarkastella kehittämisvaihtoehtoja 2 ja 3 syvällisemmin eri näkökulmista. Kokouksen jälkeen projektiryhmä jatkoi tehtäväänsä kevään ja kesän 2008 aikana. Tämän raportin mennessä painoon syksyllä 2008 ollaan projektiryhmää uudelleen organisoimassa, ja kehittämishankkeessa aloittamassa ikään kuin toista vaihetta.



## **6. Keskustelua kehittämisverkoston johtamisesta**

### **6.1 Kehittämishankkeen sisäinen ja ulkoinen tehokkuus johtamisen tavoitteina**

Analysoitaessa kehittämissanketta on syytä erottaa hankkeen sisäinen ja ulkoinen tehokkuus. Hankkeen sisäisellä tehokkuudella viitataan tässä silmäsairaanhoidon kehittämisen projektiryhmän toimintaan eli siihen, kuinka projektiryhmä on pystynyt vastaamaan sille asetettuihin tavoitteisiin. Ulkoisella tehokkuudella tarkoitetaan puolestaan kehittämishankkeen silmäsairaanhoidolle tuottamia hyötyjä. Erityisvastuualuealajuksen silmäsairaanhoidon uudistamisen kokonaisuuteen ja sen hallintaan viitataan puolestaan käsitteellä kehittämisverkoston johtaminen.

Silmäsairaanhoidon kehittämishankkeen projektiryhmän työssä lähtökohdaksi otettiin toiminnallisen tehokkuuden lisääminen nykyiseen malliin verrattuna. Projektiryhmä asetti omalle työlleen tavoitteeksi optimaalisen mallin kehittämisen institutionaalisista reunaehdoista välittämättä. Projektiryhmän jäsenet olivat käytännön työtä tekeviä silmäsairaanhoidon ammattilaisia, jotka tunsivat parhaiten oman erikoisalansa ja siihen liittyvän lähihistorian sekä tulevaisuuden näkymät. Projektiryhmän työlle toiminnallinen näkökulma oli varmasti pelkästään kustannustehokkuuteen tähtäävän toimintamallin kehittämistä hedelmällisempää, sillä tutkimustenkin mukaan terveydenhuollon toimijat sitoutuvat syvemmin kehittämään ja parantamaan toimintaa kuin säästämään rahaa (esim. Adler ym. 2003; Longo 2007). Projektiryhmän jäsenet muodostivat tiiviin ja innovatiivisen ryhmän ja olivat sitoutuneita projektityölle asettamaansa tavoitteeseen. Ryhmä tuotti tavoitteena olleen uuden silmäsairaanhoidon mallin, joten kehittämishanketta voidaan pitää sisäisesti tehokkaana.

Kehittämishankkeen projektiryhmä saavutti itselleen asettamansa tavoitteet suhteellisen ongelmattomasti, jolloin tutkijan mieleen nousee kysymys, olivatko

## 6. Keskustelua kehittämisverkoston johtamisesta

tavoitteet oikein mitoitettuja? Koska työlle asetettavien tavoitteiden tulee olla luonteeltaan sellaisia, että ne ovat saavutettavissa, asetti silmäsairaanhoidon kehittämishanke tavoitteensa käytössä olevien resurssiensa mukaisiksi. Tärkeimpinä näistä tavoitteen asettamiseen vaikuttaneista resursseista voidaan pitää aikaa ja asiantuntijuutta. Projektiryhmän jäsenet toteuttivat kehittämishanketta oman toimensa ohessa, joka luonnollisesti rajoitti siihen käytettävissä olevaa aikaa. Suunnittelutyöhön oli siten käytettävissä rajallinen määrä aikaa paitsi janallisesti (4 kuukautta), myös rajallinen määrä aikaa omalta työltä. Myös käytettävissä oleva asiantuntijatieto asetti rajoituksensa sille, minkä laajuisia tavoitteita ryhmän työlle asetettiin. Projektiryhmän koostuessa silmäsairaanhoidollisen tutkimuksen ja hoitotyön huippuammattilaisista keskityttiin kehittämistyössä vaativimpien hoitojen ja tutkimusten edellyttämien puitteiden luomiseen.

Hankkeen ulkoisen tehokkuuden osalta ongelmallisena voidaan nähdä se, että kehittämishanke lähti liikkeelle varsin Tays-keskeisesti ja hanketta vietiin projektiryhmän toimesta myös eteenpäin yhden organisaation sisäisen toiminnan uudelleenorganisoinnina. Kun projektiryhmän polttopisteessä oli oman alueen perustuotannon turvaaminen, jäi erityisvastuualueajuuksien prosessien tarkastelu monin paikoin vähemmälle. Tähän vaikuttivat paitsi projektiryhmän kokoonpano myös sen saaman ohjauksen täydellinen puuttuminen. Tuottaakseen laajemmin erityisvastuualuetta katsovan ratkaisun projektiryhmä olisi tarvinnut paitsi runsaamman erityisvastuualueen edustuksen myös mahdollisesti asiantuntemusta muilta hallinnon- ja tieteenaloilta. Erityisesti projektiryhmän käytettävissä olisi kuitenkin pitänyt olla säännöllisesti kokoontuva johtoryhmä, jonka kautta peilata laajempia terveydenhuollon tavoitteita projektiryhmässä esillä olleisiin ajatuksiin. Ulkoisen tehokkuuden osalta puutteellisia resursseja suurempana ongelmana voidaankin kehittämishankkeen kohdalla pitää johtoryhmän kykenemättömyyttä ohjata projektia haluttuun suuntaan. Tähän vaikutti olennaisesti se, että johtoryhmä asetettiin yli puoli vuotta kehittämisprojektin asettamisen jälkeen, jolloin se ehti kokoontua vain kerran ennen projektin ensimmäisen vaiheen päättymistä.

Kuva 3. havainnollistaa kehittämisverkoston toimintakenttää, jossa valintoja kehittämisen suuntaviivoista voidaan ja täytyy tehdä paitsi kentän neljän eri lohkon välillä niin myös niiden sisällä. Kehittämisprojektin työssä keskityttiin ainoastaan osaamistason ja teknologian suhteen vaativimpien tutkimusten ja hoitojen järjestämiseen (vasen yläkulma). Näiden toimintojen katsottiin automaattisesti keskittyvän yliopistosairaalaan, jolloin keskussairaaloitten rooli voi muotoutua vasta yliopistosairaalan tekemien ratkaisujen myötä. Yksityisen ja julkisen sektorin töiden jakamista uudella tavalla, saati radikaalilla tavalla ei ke-

## 6. Keskustelua kehittämisverkoston johtamisesta

hittämisen projektiryhmän työssä tuotu esiin. Asiakkaan kannalta yksityisen ja julkisen palvelun välisen raja-aidan kyseenalaistaminen voisi kuitenkin olla merkityksellistä. Asiakkaalle tuskin on väliä, maksaako silmäsairaanhoidon osaajan palkan Pirkanmaan sairaanhoitopiiri vai Terveystalo, mutta kaksikanavaisen rahoitusmallin vuoksi hänen maksamansa omavastuuosuus vaihtelee eri sektoreiden välillä merkittävästi. Silmäsairaanhoidoresurssin hyödyntämisen näkökulmasta taas oleellista olisi otteen saaminen optikkoliikkeiden kautta tapahtuvaan työhön. Ideaalitulanteessa silmälääkärit eivät ehkä tekisikään itsenäisesti sopimussuhteita optikkoliikkeisiin, vaan heidän palveluitaan välitettäisiin uuden, esimerkiksi osakeyhtiömuotoisen, toimintamallin kautta.

	<b>Julkinen</b>	<b>Yksityinen</b>
Erikoistuneempi keskittyneempi	Osaamistason ja teknologian suhteen vaativimmat tutkimukset ja hoidot	Skaalaedusta hyötyvä ja vaativampi toiminta
Perustasoinen ja hajautetumpi	Vanhusten ja diabeetikoiden silmien seuranta, päivystävä ohjaus erikoistalolle	Silmälaseihin liittyvä ”bulkkipalvelu”

Kuvio 3. Kehittämisverkoston toimintakenttä.

Kehittämishankkeen projektiryhmä ei tuottanut vastausta hankkeen taustalla olleeseen kysymykseen siitä, kuinka erityisvastuualueella olemassa olevaa silmäsairaanhoidon osaamista ja resursseja voitaisiin hyödyntää nykyistäkin tehokkaammin. Sen sijaan silmäsairaanhoidon kehittämishanke on vahvistanut IN-NOTE-tutkijoiden käsitystä siitä, että innovaatioprosesseja on vaikeaa johtaa terveydenhuollon monitoimijaverkostossa. Siirryttäessä yhden organisaation sisäisistä uudistumispyrkimyksistä suurempaan ja avoimempaan ympäristöön korostuvat muiden muassa intressi-, valta- ja resurssikysymykset, koska innovaatiota haastavalla ongelmalla ei ole yhtä selkeää omistajaa. Seuraavassa luvussa tarkastellaankin lähemmin silmäsairaanhoidon kehittämisessä kriittiseksi kysymykseksi noussutta ratkaistavan ongelman määrittämistä.

## 6.2 Ratkaistavan ongelman määrittäminen verkoston innovaatiojohtamisen kriittisenä kysymyksenä

Julkaisun aiemmissa luvuissa on havainnointiaineiston, avaintoimijoiden haastatteluiden ja projektiasiakirjojen avulla kuvattu systeemisen innovaation kehittämistä Taysin erityisvastuualueen silmäsairaanhoidossa. Kuten raportista käy ilmi, silmäsairaanhoidon hankala tilanne on havaittu koko erityisvastuualueella, mutta ongelma on määrittynyt eri toimijoiden mielissä hyvin erilaiseksi. Yhteinen ongelma monille toimijoille on pätevän henkilöstön saatavuuden ja pysyvyyden turvaaminen. Monet toimijat tunnistavat myös väestön vanhenemiseen ja diabeteksen lisääntymiseen liittyvän palvelutarpeen kasvun. Yhteistä käsitystä ei sen sijaan ole esimerkiksi siitä, mikä on väestön kokema silmäterveydenhuollon kokonaistarve ja miltä kaikilta osin nykyinen malli tuottaa suboptimaalisen vastauksen tähän tarpeeseen. Ongelmat määrittyvät eri tavoin yksityisellä ja julkisella sektorilla ja erikoistason ja perustason palvelujen toimijoiden silmin. Lisäksi ERVA-alueen eri sairaanhoitopiirit näkevät optimaalisuuden puutteet eri näköisinä. Voidaan myös havaita, että silmäterveyden kokonaisuutta – sekä tarvetta että palvelujen käyttöä koskevat – tilastotiedot puuttuvat. Kukin toimija tuntee lähinnä oman osuutensa. Tällainen tilanne on omiaan johtamaan siihen, että kukin toimija suuntautuu oman osansa osaoptimointiin pikemminkin kuin uusien yhteistyösuhteiden, työnjakojen ja hoitoketjujen kehittämiseen.

Ongelman määrittämiseksi nykytilaa kuvaavien tulosten perusteella olisi tärkeää tietää huonoihin tuloksiin johtaneet syyt. Roberts ym. (2004) näkevät viideksi tärkeimmäksi terveydenhuollon tuloksiin vaikuttavaksi tekijäksi 1. rahoituksen, 2. maksamisen, 3. organisoinnin, 4. sääntelyn, sekä 5. käyttäytymisen (ks. luku 3.3.). Näiden elementtien kautta voidaan paremmin ymmärtää, miksi systeemi toimii niin kuin se toimii, joten ongelman määrittelemistä ja ratkaisuvaihtoehtojen hahmottamista on silmäsairaanhoidon kehittämishankkeen osalta perusteltua pyrkiä kuvaamaan niiden kautta.

1. Suomessa silmälääkäreiden kokonaissuoritemäärästä julkisen sektorin osuus on noin 40 % ja Kelan korvaamien käyntien osuus noin 60 % (Tuulonen 2003a). Lisäksi asiakas maksaa todellisuudessa osan silmälääkäreiden suoritteista kokonaan itse ja myös Kela-korvatussa hoidossa varsin suuren omavastuun. Julkinen vero- ja sairausvakuutusrahoitus ei nykyisellään välttämättä kohdistu erikoisalan kokonaisuuteen optimaaliseksi. Rahoituskanavien segmentoituminen ohjaa tuotantoa etenkin hel-

## 6. Keskustelua kehittämisverkoston johtamisesta

posti tuotteistettavien toimintojen osalta yksityissektorille ja saattaa näin aiheuttaa ylituotantoa. Silmäsairaanhoidon kehittämishankkeessa rahoituksen merkitys nousi agendalle johtoryhmäkokouksen yhteydessä, jolloin yksikanavaisen rahoitusmallin mahdollistamat puitteet olivat esillä. Rahoitusjärjestelmän jakautuneisuuden tuottamiin ongelmiin voidaan suhtautua kahdella tavalla. Ensimmäinen on pitää jakautuneisuutta ylitämättömänä, jolloin innovaation ja optimoinnin rajaksi helposti muodostuu rahoituskanavien raja. Toinen – ja vaativampi – on etsiä mahdollisuuksia muuttaa rahoituksen pelisääntöjä tai löytää uusia keinoja toimia hankalillakin pelisäännöillä.

2. Pitäisikö rahan seurata silmäsairaanhoidossa asiakasta? Vastaus kysymykseen riippuu siitä, mitä rahoilla halutaan tehdä. Sairasvakuutusrahoitus luo nykyisellään insentiivejä yksityisen sektorin toimijoille, joiden tiedetään olevan sitä haluttomampia vastaamaan yhteiskunnallisiin ongelmiin mitä vahvempi niiden markkina-asema on. Tästä aiheutuu se, että julkisten sairaaloiden hoidettavaksi jäävät vaikeimmat toimenpiteet ansaintamahdollisuuksien ollessa yksityistä sektoria oleellisesti huonommat. Kehittämishankkeen projektiryhmän työssä osakeyhtiömuotoisen mallin katsottiin tarjoavan eniten mahdollisuuksia julkisen sektorin silmälääkärikadon suhteen mahdollistamalla esimerkiksi yksityispotilaiden vastaanottaminen julkisissa tiloissa. Yhteiset tilat olisivat ratkaisu silmälääkärien kannalta, mutta julkisen maksajan ja potilaan kannalta insentiivi vaikutus voisi säilyä ennallaan.
3. Kenen tulisi sitten tehdä mitäkin – mikä olisi toimiva työnjako ja yhteistyö vähintään neljään lohkoon ja viiteen sairaanhoitopiiriin jakautuneiden palvelutuottajien kesken? Projektiryhmässä painottui vahvasti yhden toimijan, TAYSin, näkökulma. Ohjausryhmässä tulivat esiin myös muiden sairaanhoitopiirien näkökulmat. Julkisen perusterveydenhuollon ja yksityissektorin näkökulmista esiin nousi vain erikoissairaanhoidon toimijoiden olettamuksia. Tässä mielessä projekti on luonut edellytyksiä lähinnä esittämämme vaihtoehtojen 1 ja 2 (ks. taulukko s. 38) suuntaan etenemiselle. On itse asiassa varsin yllättävää, että ohjausryhmässä laaja-alaisin vaihtoehto 3 sai paljon kannatusta. Oliko kyse kuitenkin vain ”hartaasta toiveesta” vai olisiko se realistinen vaihtoehto? Sitä ei voi tietää, ellei muiden toimijoiden valmiutta selvitetä ja ellei hanke saa sellaisia innovaatioagentteja, jotka saavat muutkin yrittämään perinteisten

## 6. Keskustelua kehittämisverkoston johtamisesta

instituutorajojen ylittämistä. Ja voihan olla mahdollista, että instituutioiden väliset rajamuurit ovat niin vahvoja, että on epärealistista olettaa niiden lähivuosina murtuvan.

4. Silmäterveydenhuollon kokonaisuuden kehityksen kannalta merkittävää on myös suomalaisen terveydenhuollon ohjauksen ja sääntelyn muutos. Jos PARAS-hanke ja valmisteilla oleva uusi terveydenhuoltolaki alentavat kunnallisen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sääntelyn eroja, niin onko tämä riittävää. Vai jääkö sairausvakuutuksella säännelty terveydenhuolto liian erilliseksi?
5. Lopulta silmäsairaanhoidon onnistuminen riippuu yksilöiden käyttäytymisestä. Kun Suomessa esimerkiksi glaukoomapotilaista vain noin puolet käyttää siihen määrättyjä lääkkeitään, ei hoitojen vaikuttavuus voi olla parhaalla mahdollisella tasolla. Silmäsairaanhoidon osaajat taas pystyvät nykytilanteessa ohjaamaan erikoisalan toimintaa vaikuttamalla sekä yksityisellä että julkisella sektorilla, joten osaajien hinta on noussut erittäin korkeaksi. Silmäsairaanhoidon kehittämishankkeen eräänä perimmäisenä kysymyksenä onkin, kuinka suurimmassa riskissä olevat yksilöt voidaan huolehtimaan omasta terveydestään ja silmäsairaanhoidon ammattilaiset työskentelemään julkisen sektorin vastuulla olevien terveydenhuoltopalveluiden hyväksi.

Edellä kuvattujen eri elementtien osalta on tärkeää huomata, ettei yhteen elementtiin pureutuminen luultavasti riitä avaamaan koko erityisvastuualueajuisen silmäsairaanhoidon toimintaa eikä täten riitä pohjaksi ongelman määrittelymiselle ja ratkaisuvaihtoehtojen hahmottamiselle. Toisaalta pyrkimys muutokseen kaikkien elementtien alueella voi olla epärealistista. Pitäisi siis hakea se ”mahdollisuuksien vyöhyke”, jossa koordinoitua systeemin optimointia mahdollisimman vähin osaoptimoinnin ongelmien oloissa voidaan realistisesti odottaa. Jonkinasteiseen osaoptimointiin lienee joka tapauksessa pakko tyytyä.

## 7. Johtopäätökset

TAYSin erityisvastuualueen silmäsairaanhoidon uuden mallin kehittämistä on tätä kirjoitettaessa valmisteltu noin vuoden ajan. Toisin kuin INNOTE-projektin valmisteluvaiheessa oletettiin, jo itse innovaatioaihion määrittäminen on muodostunut vaativaksi haasteeksi. Aihion määrittämisessä keskeisiä ongelmia ovat olleet yhtäältä ratkaistavaa ongelmaa koskevan yhteisen käsityksen muodostaminen ja toisaalta yhteisen käsityksen muodostaminen siitä, miten laaja osa alueen silmäterveydenhuollosta toimijoinen on syytä vetää kehitteillä olevan innovatiivisen muutoksen piiriin.

Kokemus alleviivaa monitoimijaisen kokonaisuuden verkostojohtamisen vaativuutta. Se tuo esiin historian aikana kehittyneiden institutionaalisoituneiden työnjakojen, organisaatorajojen, rahoitus- ja ohjausmekanismien ja julkisen ja yksityisen sektorin erilaisten kehityslogiikoiden systeemisille innovaatioille asettamia rajoja. Kyse on sekä ongelmamäärittelyihin että niiden ratkaisumahdollisuuksiin liittyvistä rajoista.

Hanke on selvästi vaiheessa, jossa sen johtajien on tehtävä valintoja. Mitä ongelmia pyritään ratkaisemaan nyt ja mitkä eivät ole nyt ratkaistavissa? Mitkä toimijat otetaan nyt ajettavan systeemisen muutoksen piiriin ja mitkä neliosaisen kentän toimijat jätetään ulkopuolelle ja myöhemmin reagoimaan muuttuneeseen toimintaympäristöönsä? Ja mitä kyetään optimoimaan mukaan otettujen toimijoiden muodostaman kokonaisuuden uudella toimintamallilla tai systeemisellä innovaatiolla?

## Lähdeluettelo

- Adler, P.S., Riley, P., Kwon, S-W., Signer, J., Lee, B. & Satrasala, R. 2003. Performance Improvement Capability: Keys to Accelerating Performance Improvement in Hospitals. *California Management Review*, Vol. 45, No. 2, s. 12–33.
- Alasuutari, P. 1999. *Laadullinen tutkimus*. Vastapaino, Tampere.
- Diabetesliitto. <http://www.diabetes.fi> (luettu 14.4.2008)
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino, Tampere.
- Kannus, P., Sievänen, H., Palvanen, M., Järvinen, T. & Parkkari, J. 2005. Prevention of falls and consequent injuries in elderly people. *Lancet*, Vol. 366, No. 26, s. 1885–1893.
- KELA 2004. *Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T1:40, Vammalan kirjapaino Oy, Vammala.
- Kivisaari, S., Saari, E. & Lehto, J. 2008. *Systeemisen innovaation polku sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ration tilaaja-tuottajamallin levittämisen ensiaskeleet*. VTT Tiedotteita 2440. 88 s. + liitt. 13 s.  
<http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2008/T2440.pdf>.
- Klein, B., Moss, S.E., Klein, R., Lee, K.E. & Cruickshanks, K.J. 2003. Associations of visual functions with physical outcomes and limitation 5 years later in an older population. *Ophthalmology*, Vol. 110, No. 4, s. 644–650.
- Longo, F. 2007. Implementing managerial innovations in primary care: Can we rank change drivers in complex adaptive organizations? *Health Care Management review*, Vol. 32, No. 3, s. 213–225.
- Näkövammarekisteri 2006. <http://www.nkl.fi> (luettu 1.7. 2008)
- Ojamo, M. 2006. *Näkövammarekisterin vuosikirja 2006*. Kirjapaino Oy Trio-Offset Ab, Helsinki.



## Lähdeluettelo

- Optisen alan tiedotuskeskus 2007. <http://www.optometria.fi> (luettu 15.7.2008)
- Roberts, M., Hsiao, W., Berman, P. & Reich, M. 2004. Getting Health Reform Right. Guide to Improving Performance and Equity. Oxford University Press, Boston.
- Saranummi, N. & Kivisaari, S. 2006. Terveystieteiden tutkimuskeskusten innovaatiot vuorokauttujen kehittämisen kohteena. Case Pro Viisikko. VTT Tiedotteita 2324. 77 s. + liitt. 4 s. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2006/T2324.pdf>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu.
- SOTKANet-verkkopalvelu. <http://www.stakes.fi> (luettu 15.7.2008)
- Stakes 2007. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2007. Yliopistopaino, Helsinki.
- Stakes 2008. Hoidon saatavuuden seuranta erikoissairaanhoidossa. Lehdistötiedote, No. 45, 18.6.2008.
- Suomen erikoislääkäriyhdistys. <http://www.sely.fi> (luettu 1.2.2008)
- Taloustutkimus 2006. <http://www.optometria.fi> (luettu 8.8.2008)
- Terveys 2000 -tutkimus. Silmä- ja piilolasien käyttö 10-vuotiskäryhmittäin ja miljoonapiireittäin. Julkaisematon.
- Terveys-Netti -hoitoilmoitustietokanta. <http://www.stakes.fi> (luettu 15.5.2008)
- Tuulonen, A. 2003a. Silmälääkäreiden työtyytyväisyyteen ja motivaatioon vaikuttavat tekijät. Suomen lääkärilehti, Vol. 58, No. 38, s. 3801–3805.
- Tuulonen, A. 2003b. Voidaanko kaihihoito poistaa? Suomen silmäterveydenhuollon kehitys tilastojen valossa vuosina 1984–2000. Suomen lääkärilehti, Vol. 58, No. 24, s. 2657–2363.

# **Liite 1: Haastatellut henkilöt**

## **Tays ja Pshp**

Matti Lehto, johtajaylilääkäri, Pshp, 14.8.07

Pirjo Aalto, hallintoylihoitaja, Pshp, 14.8.07

Riitta Unkila, palvelualuejohtaja leikkaussalitoiminta, Pshp, 20.8.07

Sirpa Miettunen, ylihoitaja, Pshp, 20.8.07

Hannu Uusitalo, ylilääkäri Pshp, professori TaY, 21.8.07

Marko Kataja, SKS-vastuualuejohtaja, Pshp, 21.8.07

Markus Rautiainen, toimialuejohtaja (toimialue 3), Pshp, 24.8.07

Liisa Lankia, leikkaussalihoitaja, Pshp, 28.8.07

Tarja Maaranen, silmälääkäri, Phsp, 28.8.07

Henrik Rintala, poliklinikan vastaava silmälääkäri, Phsp, 5.9.07

Päivi Mattila, poliklinikan osastonhoitaja, Pshp, 5.9.07

## **Muut ERVA-alueen sairaanhoitopiirit**

Martti Talja, tuotantojohtaja, Phstoy, 29.8.07

Juha Välimäki, silmäylilääkäri, Phstoy, 29.8.07

Jaakko Pihlajamäki, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin johtaja, 6.11.07, Helsinki

Göran Honga, Vaasan sairaanhoitopiirin johtaja 13.11.07, Vaasa

Jaakko Leinonen, Vaasan sairaanhoitopiirin silmäylilääkäri, 13.11.07, Vaasa

Jarmo Väänänen, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin johtaja, 15.11.07 Hämeenlinna

## **Perusterveydenhuolto**

Erkki Lehtomäki, tilaajapäällikkö, Tampereen kaupunki, 10.3.08

### **Yksityissektori**

Petri Oksman, toimitusjohtaja Medilaser, 19.11.07

Liisa Leino, silmälääkäri, Mehiläinen, 9.1.08

Heikki Kupi, sairaalapalveluiden johtaja, Terveystalo, 30.1.08

Merja-Irene Tompuri, aluejohtaja, Mehiläinen, 9.4.08

### **Muut**

Juha Teperi, professori, palveluinnovaatiohankkeen johtaja, STM, 26.3.08

Anja Tuulonen, professori, Oulun yliopisto, 13.5.08

## **Liite 2: Teemahaastattelurunko julkisen sektorin toimijoille**

Teemahaastattelurunko / INNOTE-tutkimushanke, silmäsairaanhoidon case / julkinen sektori

### UUDEEN TOIMINTAMALLIN MUOTOUTUMINEN SILMÄSAIRAANHOITOON

#### **1. Haastatellun taustatiedot**

- \* Kuvaisitko nykyistä tehtävääsi ja vastuualuettasi lyhyesti? Mikä tässä tehtävässä on mielestäsi suurin haaste? Mitkä ovat merkityksellisimmät saavutuksesi tässä työssä? (Tai: mitä nyt uutena henkilönä tässä asemassa tuorein silmin ihmettelet eniten?)
- \* Minkälainen rooli sinulla on Taysin ERVA-alueen silmäsairaanhoidon *kehittämisessä*?
- \* Mitä arvelet, minkälainen rooli sinulla voisi olla uuden kehitteillä olevan toimintamallin *toteutuksessa*?

#### **2. Nykytilanteen ja ratkaistavan ongelman kuvaus**

- \* Miten kuvaisit nykytilannetta silmäsairaanhoidossa? Mitkä ovat keskeiset nykytilanteen ongelmat, jotka pitäisi ratkaista?
- \* Minkälaisia uusia haasteita tulevaisuuden kehityksen nähdään tuovan silmäsairaanhoidon? (esim. 10 vuoden aikajänteellä ajatellen)

#### **3. Uusi, kehitteillä oleva toimintamalli silmäsairaanhoidon**

- \* Minkälainen on sinun käsityksesi siitä, minkälaiseen uuteen toimintamalliin pyritään? Minkälaisia tuloksia odotetaan?

## Liite 2: Teemahaastattelurunko julkisen sektorin toimijoille

- \* Ketkä tällaisesta ratkaisusta/toimintamallista hyötyisivät, keiden etujen mukaista se ei olisi? Miten se vaikuttaa potilaisiin? Mikä on ammattijärjestöjen näkökulma tähän asiaan?
- \* Minkälaisia vaihtoehtoisia tapoja näet tämän ongelman ratkaisemiseksi? Miksi on päädytty tämän suuntaiseen kehittämiseen?
- \* Minkälaisia kotimaisia tai ulkomaisia esikuvia on tällaiselle uudelle ratkaisulle?

### **4. Toimijaverkosto**

- \* Ketkä ovat mukana ratkaisun kehittämisessä? (= nykyisen toimijaverkon kuvaus)
- \* Minkälaisia osapuolia olisi hyvä saada vielä mukaan tähän kehittämistyöhön? Tarvitaanko yritysten osallistumista, mihin? (= tarvittavan toimijaverkon kuvaus)
- \* Keiden kannanotoista, hyväksymisestä tai suosituksesta uuden toimintamallin toteuttaminen riippuu?
- \* Missä asioissa suurimpien edessä olevien ongelmien odotat olevan? Mitkä ovat kehittämistyön suurimmat esteet? Mitkä asiat helpottaisivat/edistäisivät onnistuneen ratkaisun tuottamista?
- \* Minkälaisia erilaisia ajatuksia on esitetty kehittämisen suunnasta? Keiden välillä näkemysten eroavuudet ovat suurimmat? Mistä asioista ollaan yhtä mieltä?

### **5. Innovatiivisuus ja innovaatiojohtaminen (lähinnä shp:n yleisjohdolle)**

- \* Minkälaiset asiat ovat vaikuttaneet silmäsairaanhoidon kehittämisen käynnistämiseen? Kansalliset tai Pshp:n strategioiden ohjausvaikutus? Jos kehittämistarve tunnistettu strategiassa, miten se on siinä perusteltu? (= onko strategian ohjaama / siitä riippumaton hanke)
- \* Onko vastaavaa tehty aikaisemminkin, vai onko tämä kokonaan / jossain määrin uutta? Mikä on uutta? Mitä uutta osaamista tarvitaan? Mitä ja minkälaista aiempaa (kansallista tai Pshp:n) kokemusta on voitu hyödyntää tässä silmäsairaanhoidon uuden toimintamallin hahmottelussa?
- \* Millaista kokemusta organisaatiossasi on olemassa tämän innovaatioprosessin läpivientiin?
- \* Minkälaisia uusia vaatimuksia tavoiteltu toimintamalli tulee asettamaan henkilöstön osaamiselle ja miten tarvittava kehittäminen ja koulutus toteu-

tetaan? Miten henkilöstön kouluttaminen sisällytetään uuden ratkaisun toteutukseen ja läpivientiin?

- \* Miten tällainen innovaatioprosessi saadaan liikkeelle? Mikä on se hallinnollinen prosessi, kenelle tämän uudistuksen johtaminen teidän organisaatiossanne kuuluu? Vaaditaanko sen liikkeellä pitämiseen shp:n johdon valvontaa ja tukea vai voidaanko se delegoida toimialan johdolle (Rautiainen). (= Liikkeenjohdon eri toimijoiden roolit).

## **6. Tulevaisuuden visio**

- \* Minkälainen on visiosi silmäsairaanhoidosta Suomessa 10 vuoden aikajänteellä? Miten palvelujärjestelmä silloin toimii, jos se on onnistunut? Onko visiolle ulkomainen esikuva?

## **7. Vision toteuttamisen edellytykset**

- \* Miten edellä kuvaamasi visio voitaisiin saada toteutumaan? Keiden panosta tarvitaan vision toteuttamiseen?
- \* Minkälaisia uusia hoito- tai tukipalveluita on kehitettävä?
- \* Minkälaisia toimintatapojen muutoksia terveydenhuollossa tarvitaan?
- \* Minkälaisten uusien teknologioiden kehittämistä ja soveltamista tarvitaan?
- \* Minkälaisia uusia (esim. konsultti-) palveluja tarvittaisiin vision toteuttamiseen?
- \* Keiden kannanotoista, hyväksymisestä tai suosituksesta vision toteuttaminen riippuu?
- \* Missä asioissa vision toteuttamiseen tarvitaan julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyötä? Minkälaisia ongelmia tähän yhteistyöhön on aiemmin liittynyt? Tärkeimmät yhteistyön esteet?
- \* Mitä muutoksia yksityisen sektorin toimijoiden toimintatapaan silloin tarvittaisiin? Entä mitä muutoksia julkisten organisaatioiden toimintatapaan tarvittaisiin?
- \* Missä asioissa ylipäätään tarvitaan uuden oppimista ja alkusteiden ylittämistä?
- \* Edellyttääkö vision toteuttaminen joitakin julkisen vallan toimenpiteitä? (esim. lainsäädännön muutoksia, taloudellista tukea kokeiluun)

## 8. *Lopuksi*

- \* Miten ja millä mittareilla voidaan arvioida tämän uuden toimintamallin vaikuttavuutta? Miten vaikutusten arviointiin on tarkoitus pureutua?
- \* Millä tavoin näkemyksesi mukaan pidetään huolta tämän uuden toimintamallin levittämisestä, niin ettei se jää vain yksittäiseksi kokeiluksi?
- \* *Keitä kannattaa jatkossa haastatella? (Keiden ääni ei tule tarpeeksi hyvin esille ja/tai keillä on tärkeää sanottavaa / ketkä vastustavat tällaista kehitystä?)*
- \* *Onko olemassa jotain kirjallista materiaalia, jota tutkijat voisivat saada käyttöönsä?*

## Liite 3. Teemahaastattelurunko yksityisen sektorin toimijoille

Teemahaastattelurunko / INNOTE-tutkimushanke, silmäsairaanhoidon case / yksityinen sektori

### UUDEN TOIMINTAMALLIN MUOTOUTUMINEN SILMÄSAIRAANHOITOON

#### **1. Haastatellun taustatiedot ja hänen edustamansa yritys**

- \* Kuvaisitko nykyistä tehtävääsi ja vastuualuettasi lyhyesti? Kuinka päädyit nykyisiin tehtäviin?
- \* Kuvaisitko edustamasi yrityksen tunnuslukuja henkilöstömäärän ja asiakasmäärien osalta?
- \* Millainen asema edustamallasi yrityksellä on paikallisilla silmäpalveluiden markkinoilla?

#### **2. Nykytilanteen ja siihen mahdollisesti liittyvien ongelmien kuvaus**

- \* Miten kuvaisit nykytilannetta silmäterveyden palveluissa? Mitkä ovat keskeiset nykytilanteen ongelmat, jotka pitäisi ratkaista?
- \* Minkälaisia uusia haasteita tulevaisuuden kehityksen nähdään tuovan silmäterveydenhoitoon? (esim. 10 vuoden aikajänteellä ajatellen)

#### **3. Silmäterveyspalveluiden kehityssuunnat yksityisellä sektorilla**

- \* Kuinka suurten yksityisten toimijoiden keskittämisyrittämykset vaikuttavat silmäterveydenhoitoon?
- \* Onko yksityisten lääkärikeskusten toiminnassa tapahtumassa muutoksia tulevaisuudessa? Minkälaisia?



### Liite 3. Teemahaastattelurunko yksityisen sektorin toimijoille

- \* Minkälaisia muutoksia on kaavailtu yksityisen sektorin eri toimijoiden väliseen yhteistyöhön ja työnjakoon?

#### **4. Yksityisen ja julkisen sektorin väliset suhteet palveluiden tuottamisessa**

- \* Tehdäänkö yksityisen ja julkisen sektorin välillä yhteistyötä palveluiden tuottamisessa? Missä asioissa? Kuinka syvää yhteistyö luonteeltaan on?
- \* Minkälaisia ongelmia yhteistyöhön/kilpailuun liittyy? Mitkä ovat tärkeimmät yhteistyön esteet?
- \* Minkä tekijöiden suhteen kilpailu on kovinta palveluiden tuottamisessa?
- \* Miksi on päädytty tällaiseen tilanteeseen? Keiden etujen mukaista se on?

#### **5. Rahoituskanavien kautta muodostuvat suhteet yksityisen ja julkisen sektorin välille**

- \* Kuinka suuri osuus yrityksenne palvelutuotannosta myydään kunnille ja sairaanhoitopiireille?
- \* Kuinka paljon kuntien ostamien palveluiden määrä on kasvanut viime vuosina? Voidaanko sen olettaa edelleen kasvavan tulevina vuosina?
- \* Onko kuntapotilaiden määrän kasvu aiheuttanut muutoksia yksityiselle sektorille tulevien asiakkaiden terveydentilassa, tuleeko teille entistä vaikeammin hoidettavia asiakkaita?

#### **6. Minkälainen työnjako olisi mielestäsi toivottavaa julkisen ja yksityisen sektorin palveluntuottajien välillä?**

- \* Asiakashan voi ottaa yhteyttä optikkoon, yksityiseen silmälääkäriin tai terveyskeskukseen ja päätyä joissakin tapauksissa erikoissairaanhoidon. Minkälainen työnjako näiden silmäterveydenhuollon eri toimijoiden välillä olisi järkevä ja asiakkaan kannalta hyvä?
- \* Minkälaiset työnjaon muutokset olisivat toivottavia?
- \* Ketkä/mitkä tahot hyötyisivät kuvaamastasi uudeltaisesta työnjaosta, miten? Keiden etujen mukaista se ei olisi, ketkä sitä voisivat vastustaa, miksi?
- \* Minkälaisia hyötyjä se toisi asiakkaille?

#### **7. Tulevaisuuden visio**

- \* Minkälainen on visiosi silmäterveydenhoidosta Suomessa 10 vuoden aikajänteellä? Miten silmänsairaanhoito silloin toimii, jos se on onnistunut? Onko visiolla ulkomainen esikuva?

### **8. Vision toteuttamisen edellytykset**

- \* Miten edellä kuvaamasi visio voitaisiin saada toteutumaan? Keiden panosta tarvitaan vision toteuttamiseen?
- \* Minkälaisia uusia hoito- tai tukipalveluita on kehitettävä?
- \* Minkälaisia toimintatapojen muutoksia silmäterveydenhoidossa tarvitaan?
- \* Minkälaiden uusien teknologioiden kehittämistä ja soveltamista tarvitaan?
- \* Minkälaisia uusia (esim. konsultti-) palveluja tarvittaisiin vision toteuttamiseen?
- \* Keiden kannanotoista, hyväksymisestä tai suosituksesta vision toteuttaminen riippuu?
- \* Missä asioissa vision toteuttamiseen tarvitaan julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyötä?
- \* Mitä muutoksia julkisen sektorin toimijoiden toimintatapaan silloin tarvittaisiin? Entä mitä muutoksia yksityisten organisaatioiden toimintatapaan tarvittaisiin?
- \* Missä asioissa ylipäätään tarvitaan uuden oppimista ja alkuasteiden ylittämistä?
- \* Edellyttääkö vision toteuttaminen joitakin julkisen vallan toimenpiteitä (esim. lainsäädännön muutoksia, taloudellista tukea kokeiluun)

### **9. Lopuksi**

- \* Miten vision mukaista toteutusta voitaisiin levittää muuallekin? Kuinka estettäisiin sen jääminen vain paikalliseksi innovaatioksi?
- \* *Keitä kannattaa jatkossa haastatella? ( Keillä on tärkeää sanottavaa?)*
- \* *Onko olemassa jotain kirjallista materiaalia, jota tutkijat voisivat saada käyttöönsä?*



Julkaisun sarja, numero ja  
raporttikoodi

VTT Tiedotteita  
VTT-TIED-2461

Tekijä(t) Lauri Kokkinen, Juhani Lehto, Sirkku Kivisaari & Eveliina Saari		
Nimeke <b>Uutta alueellista silmänsairaanhoidon mallia rakentamassa</b> <b>Havaintoja Taysin erityisvastuualueen hankkeen alkuvaiheesta kehittämisverkoston johtamisen näkökulmasta</b>		
Tiivistelmä Tämä julkaisu liittyy INNOTE-tutkimushankkeeseen, jossa perehdytään innovaatiojohtamiseen suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hanke tuottaa tietoa haasteista joita kohdataan, kun historian saatossa muotoutuneita sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja toimintamalleja pyritään uudistamaan systeemisillä innovaatioilla kehittämällä ja levittämällä. Julkaisussa tarkastellaan silmänsairaanhoidon uuden mallin rakentamista Tampereen yliopistollisen sairaalan (Tays) erityisvastuualueella. Synnyttävä uusi silmänsairaanhoidon malli nähdään systeemisen innovaation aihiona, ja analyysi käsittelee mallin rakentamisen alkuvaihetta. Julkaisussa keskitytään erityisesti prosessiin, jossa ratkaistava ongelma ja innovaatioaihe määrittyvät terveydenhuollon eri toimijoiden välisissä neuvotteluissa sekä tapaan, jolla kehittämistyöhön kuuluvaa toimijaverkosta johdetaan. Tutkimusaineisto koostuu avaintoimijoiden haastatteluista, kehittämissankkeeseen kuuluneiden tilaisuuksien havainnoinnista ja aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta. Tutkimuksessa on nostettu esille monitoimijaisen kokonaisuuden verkostojohtamisen vaatavuus ja uuden mallin rakentamisen alkuvaihetta leimanneet haasteet yhteisen käsityksen muodostamisessa niin ratkaistavan ongelman kuin myös ratkaisuksi soveltuvan innovaatioaihion suhteen. Tämä kehittämistyön alkuvaiheen syvälinen analyysi luo myös pohjaa jatkotyössä tulevaisuudessa kohdattaviin haasteisiin varautumiselle.		
ISBN 978-951-38-7258-8 (URL: <a href="http://www.vtt.fi/publications/index.jsp">http://www.vtt.fi/publications/index.jsp</a> )		
Avainnimeke ja ISSN VTT Tiedotteita – Research Notes 1455-0865 (URL: <a href="http://www.vtt.fi/publications/index.jsp">http://www.vtt.fi/publications/index.jsp</a> )		Projektinumero 17027
Julkaisu-aika Tammikuu 2009	Kieli Suomi	Sivuja 48 s. + liitt. 9 s.
Projektin nimi Innovaatiojohtaminen terveydenhuollossa		Toimeksiantaja(t) Tekes, Sitra, Pirkanmaan shp:t, Taysin erityisvastuualueen shp:t, VTT
Avainsanat healthcare, innovation management, systemic innovations, healthcare services, welfare services, Finland, operating models, modelling, centralization, Tampere University Hospital, eye diseases, sections, networking, development networks		Julkaisija VTT PL 1000, 02044 VTT Puh. 020 722 4520 Faksi 020 722 4374

## VTT Tiedotteita – Research Notes

- 2453 Tommi Ekholm, Sampo Soimakallio, Niklas Höhne, Sara Moltmann & Sanna Syri. Assessing the effort sharing for greenhouse gas emission reductions in ambitious global climate scenarios. 2008. 75 p. + app. 3 p.
- 2454 Toni Ahlqvist, Asta Bäck, Minna Halonen & Sirkka Heinonen. Social media roadmaps. Exploring the futures triggered by social media. 2008. 78 p. + app. 1 p.
- 2455 Esa Nykänen, Janne Porkka, Miika Aittala, Helinä Kotilainen, Outi Räikkönen, Mikael Wahlström, Jarmo Karesto, Tiina Yli-Karhu & Eija Larkas-Ipatti. HospiTool. Käyttäjälähtöinen sairaalatila. 2008. 66 s.
- 2456 Elina Pietikäinen, Teemu Reiman & Pia Oedewald. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. 2008. 70 s. + liitt. 6 s.
- 2457 Tuomo Rinne, Hanna Hykkyrä, Kati Tillander, Jarkko Jäntti, Timo Väisänen, Pasi Yli-Pirilä, Ilpo Nuutinen, & Juhani Ruuskanen. Jätekeskusten paloturvallisuus. Riskit ympäristölle tulipalotilanteessa. 2008. 125 s. + liitt. 39 s.
- 2458 Jouko Ritola & Sirje Vares. Keräyslasin hyötykäyttö vaahtolasituotteina. 2008. 51 s. + liitt. 2 s.
- 2461 Lauri Kokkinen, Juhani Lehto, Sirkku Kivisaari & Eveliina Saari. Uutta alueellista silmäsairaanhoidon mallia rakentamassa. Havaintoja Taysin erityisvastuualueen hankkeen alkuvaiheesta kehittämisverkoston johtamisen näkökulmasta. 48 s. + liitt. 9 s.