

Yrjö Engeström
Hannele Kerosuo

TYÖN KEHITTÄMISEN KESTÄVYYS JA LEVIÄMINEN TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOISSA

Tiivistelmä

Lähtökohta ja tausta. Terveysthuollon haasteita pyritään hallitsemaan erilaisten työn organisointia koskevien uudistusten, työkäytäntöjen ja – välineiden kehittämisen avulla. Voimakkaista ponnistuksista huolimatta ”ylhäältä alaspäin” toteutetut hankkeet jäävät muodollisiksi ja pinnallisiksi, ”alhaalta ylöspäin” toteutetut hankkeet koteloituvat ja eristyvät sekä toimintayksiköiden ja kuntien tasolla erilaiset hankkeet kasautuvat ja haihtuvat unholaan ennen kuin niiden kehittämistulokset on saatu arvioitua ja otettua laajempaan käyttöön.

Tavoitteet, tuloksien hyöty ja sovellettavuus. Hankkeen tavoitteena on tutkia muutoksen kestävyttä ja leviämistä ekspansiivisen oppimisen mallia hyödyntäneissä terveydenhuollon kehittämishankkeissa. Tutkimuksen pääongelma kohdistuu muutosten kestävyden ja leviämisen toteutumiseen terveydenhuollon kehittämishankkeissa. Tutkimuksen alaongelmissa tutkitaan millaisia (1) vakiinnuttamisen ja ylläpidon prosesseja, (2) pinnallistumisen, koteloitumisen, haihtumisen ja horjuttamisen prosesseja näissä hankkeissa on tapahtunut sekä (3) millaisilla välineillä ja interventioilla voidaan edistää kestävyttä ja leviämistä näissä hankkeissa. Keskeiset välineet ovat (1) kehittämishankkeiden kokonaiskartta, (2) kohdehankkeiden elinkaarikuvaus, (3) kohdehankkeen tuottamien ratkaisujen kehityspolkujen, ryhmätojen ja ankkuroitumisen kuvaukset, (4) kohdehankkeiden tuottamien ratkaisujen leviämistä estävien pinnallistumisen, koteloitumisen, haihtumisen ja horjuttamisen kuvaukset, (5) ylläpito- ja silloitustoiminnan seurantavälineet sekä (6) palauteinterventiot. Hankkeen tuloksia voidaan soveltaa terveydenhuollon päätöksenteossa ja käytännön kehittämishankkeissa. Hankkeen tuloksia ja tuotoksia voidaan soveltaa myös työn kehittämistoiminnan tutkimuksessa ja arvioinnissa.

Tehtävät ja menetelmät

Tutkimuksen metodologinen lähtökohta on kehittävä työntutkimus. Tutkimuksen aineiston keruussa ja analyysissä hyödynnetään ja kehitetään etnografista tutkimusmetodologiaa ns. arkeologinen etnografia. Hanke muodostuu kolmesta vaiheesta: (1) toteutettujen kehittämishankkeiden peruskartoitus, (2) peruskartoitusten tulosten käsittely organisaatiokohtaisissa palauteinterventioissa ja (3) palauteinterventioissa sovittujen jatkotoimenpiteiden ylläpito- ja silloitustoiminnan seuranta. Tutkimuksen aineistona on kohteena olevien hankkeiden yhteydessä kerätyt aineistot sekä julkaisut. Tutkimuksessa kerätään uutta aineistoa havainnoimalla kehittämisen tuloksena syntyneitä uusia työkäytäntöjä, haastatteleamalla kehittämishankkeiden avainhenkilöitä ja hankkeen piirissä olleita työntekijöitä sekä asiakkaita. Hanketta koskevat dokumentit sisällytetään myös tutkimusaineistoon. Tutkimustuloksista järjestetään dialogi- ja tutkimusinterventioita. Työn kehittämisen kestävyden ja leviämisen analyysissä on keskeisellä sijalla kehittämisen ”jälkien” löytäminen. Jälkien konstruointia ohjaa arkeologista etnografia. Hankkeessa hyödynnetään dosentti Kirsti Launiksen johtaman ”Uuden asiantuntijuuden kynnyksellä – Henkilöstö työpaikan muutoksen tekijänä” hankkeen sekä professori Reijo Miettisen innovaatioiden tutkimusryhmän tuloksia. Hanke tekee tiivistä yhteistyötä professori Jaakko Virkkusen johtaman hankkeen ”Muutoslaboratoriomenetelmää käyttävien toimintakonseptien kehittäjien oppimisverkko” hankkeen kanssa.

Tiedotus ja muun tiedon hyödyntäminen

Hankkeen tuloksista raportoidaan ja tiedotetaan väliraportissa ja loppuraportissa. Hankkeesta on suunniteltu valmistuvan kaksi opinnäytetyötä (pro gradu tutkielma, väitöskirja). Hankkeesta julkaistaan sekä käytännön läheisiä että tieteellisiä artikkeleita kotimaisissa ja ulkomaisissa lehdissä.

1. Työn kehittämisen katkonaisuuden ja koteloitumisen haasteet terveydenhuollossa

Terveydenhuollolle on tällä hetkellä ominaista kaikki organisaatiotasot ja ammattikunnat ylittävä lisääntyvä monimutkaisuus (Plsek & Greenhalgh, 2001). Viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana terveydenhuollon muotoutumiseen ovat erityisesti vaikuttaneet hoito-organisaation eriytyminen monimuotoisemmaksi, teknologisen kehityksen tarjoamien hoitomahdollisuuksien lisääntyminen ja itse sairauksien luonteen muutos. Terveydenhuollon ammattilaiset toimivat hoito-organisaatioiden, erikoistumisalojen ja ohjeistusten pirstomassa epävakaassa ympäristössä. Potilaat joutuvat aktiivisemmin hakemaan itselleen hoitoa ja punnitsemaan erilaisia hoitoratkaisuja. Sairauksien hoito ei välttämättä ole yksiselitteistä ja yhden asiantuntijan tarjoamaa, vaan vaatii usein monen eri tahon ja asiantuntijan osaamisen yhdistämistä. Viime aikoina onkin alettu kiinnittää huomiota terveydenhuollon palvelujen kokonaislaatuun ja tehokkuuteen (Pekkarinen, 2002) sekä kokonaisuuden hallinnan puutteista aiheutuviin toiminnallisiin katkoksiin ja häiriöihin (Engeström, Engeström, & Vähäaho, 1999, Engeström, Engeström & Kerosuo, 2002). Osissa tuotettu terveydenhuolto tulee kalliiksi eikä yhden komponentin laadukkuus takaa asiakkaan kokeman palvelun laatua kokonaisuutena (Bodenheimer, 2000).

Terveydenhuollon toiminnallisia ja taloudellisia haasteita sekä lisääntyvää monimutkaisuutta pyritään hallitsemaan erilaisten työn organisointia koskevien uudistusten, työkäytäntöjen ja -välineiden kehittämisen avulla. Kehittämistä tapahtuu monella eri tasolla ja monen eri tahon toimesta erilaisissa kehittämishankkeissa. Laajojen valtakunnallisten hankkeiden kuten kansallisen terveydenhuoltoprojektin avulla pyritään varmistamaan palvelujen yhdenmukaisuus ja toimivuus valtakunnan tasolla (STM, 2002). Kunta-, toimiala-, ammattikunta- ja työpaikkakohtaiset hankkeet pureutuvat paikallisiin ongelmiin ja työn kehityshaasteisiin (esim. Siloaho, Naukkarinen & Penttinen, 2003, Nuutinen, 2000, Karma & Mäkelä, 1997). Myös yksittäiset työntekijäryhmät ja toimintayksiköt käynnistävät oman työnsä hallintaa parantavia hankkeita ja kokeiluja (esim. Saarelma, 2003). Voimakkaista ponnistuksista huolimatta terveydenhuollon kehittämishankkeisiin liittyy kolme pulmaa:

- *Ensinäkin* 'ylhäältä alaspäin' toteutettujen laajojen hankkeiden ongelmana on, että ne jäävät usein muodollisiksi ja pinnallisiksi. Niiden sisältämät muutokset koetaan helposti käytännölle vieraiksi määräyksiksi, jotka torjutaan tai kierretään arkitoiminnassa.
- *Toiseksi* työntekijöiden ja alempien esimiesportaiden 'alhaalta ylöspäin' toteuttamien paikallisten hankkeiden ongelmana on koteloituminen ja eristyminen. Hankkeet eivät helposti laajene koko organisaation henkilöstön käyttöön eikä niitä useinkaan tunnisteta tärkeiksi johdon ja organisaation kehittämisstrategioiden kannalta.
- *Kolmanneksi* toimintayksiköiden ja kuntien tasolla erilaiset hankkeet kasautuvat hallitsemattomasti ja päätyttyään usein haihtuvat tai unohtuvat arkistoihin ennen kuin niiden kehittämistulokset on saatu otetuksi laajempaan käyttöön.

Tässä tutkimuksessa selvitetään terveydenhuollon kehittämishankkeiden kestävyys ja leviämisen esteitä ja edellytyksiä. Lisäksi hankkeessa tuotetaan välineitä terveydenhuollon kehittämishankkeiden kestävyys ja leviämisen arviointiin ja vahvistamiseen työn tekemisen tasolla.

2. Arviointitutkimuksesta muutoksen jäljittämistutkimukseen

Kehittämishankkeiden arvioinnissa erotetaan usein toisistaan tavoite-keino- suhdetta kuvaava arviointi, panos-tuotos- arviointi sekä päätöksentekijään kytkeytyvän arviointi (Vartiainen, 1994). Vartiaisen mukaan näiden arviointitapojen soveltaminen käytännössä on pulmallista, koska työn muutoksessa on kyseessä työntekijöiden subjektiivisista käsityksistä ja kokemuksista sekä objektiivisista työn sisällön muutoksista koostuva *monitahoinen kokonaisuus*. Kehittämistulosten vertaaminen tavoitteisiin voi olla vaikeaa, kun kehittämisen tuloksena syntynyt muutos, esimerkiksi uusi organisaatio- tai palvelujen tuottamisrakenne, *ei ole verrattavissa lähtötilanteeseen*.

Siloaho, Naukkarinen & Penttinen (2003) arvioivat ISO 9002-laaturjärjestelmän käyttöönottoa Kuopion yliopistollisessa keskussairaalassa 1997-2001. Sairaalaan toimintaa kuvaavien mittareiden avulla sairaalan tuottavuus näytti parantuneen laaturjärjestelmän soveltamisen aikana. Sen sijaan laaturjärjestelmän kustannusvaikuttavuutta oli vaikea kuvata, koska se *vaikuttaa yksikön kaikkiin strategisiin ratkaisuihin*. Tekijät peräänkuuluttavatkin *pitemmän seurannan* tarpeellisuutta laadunhallintajärjestelmän vaikutusten arviointiin.

Nikkarinen ja Brommels (1998) arvioivat ns. käypä hoito -suositusten käyttöönottoa kirjallisuuden perusteella. Raportoiduista tuloksista ilmenee, että käyttöönoton edistämiseksi suositeltujen strategioiden ja suositusten kokeiluissa vain *harva lääkäri käytännössä noudattaa hoitosuosituksia päivittäisessä työssään*. Miilunpalo, Toropainen ja Mäkinen (2002) selvittivät terveydenhuollon henkilöstölle suunnatun kyselyn avulla, miten hyvin edellisvuoden aikana annetut suositukset tunnetaan ja miten niitä on käsitelty terveyskeskuksissa. Tutkimuksen mukaan suosituksia oli esitelty ja käsitelty ammattiryhmäkohtaisissa kokouksissa noin joka toisessa terveyskeskuksessa, mutta suositusten *vaikutuksesta käytännön toimintaan ei ole tarkkaa tietoa*.

Sähköisen aluetietojärjestelmän kehittämiseen tähdännyttä Satakunnan makropilottia (1999-2001) on luonnehdittu Euroopan laajimmaksi sosiaali- ja terveydenhuoltoalan kehittämishankkeeksi. Sen kohtalo – *kesken jääminen* – on hyvä esimerkki kehittämishankkeiden tuloskeskeisen arvioinnin hankaluudesta. Hankkeen valtakunnallisen arvioinnin projektipäällikkö kirjoittikin: ”Nyt voidaan perustellusti kysyä, *mitä arviointi voi osoittaa varsinaisen arviointikohteen puuttuessa*. Suunnitelmien arvioiminen on tietenkin aivan eri asia kuin testattujen vaikutusten arviointi.” (Ohtonen, 2001, 5; kursivointi lisätty; ks. myös Ohtonen, 2003)

Mainitut esimerkit valottavat tavoite- ja tuloskeskeisen arvioinnin ongelmallisuutta eri puolilta. Käsillä oleva tutkimus ei ole perinteistä arviointitutkimusta. Lähtökohtanamme on, että *muutoshankkeet ovat seuraamuksellisia* ja niiden seuraamuksia on ymmärrettävä. Seuraamuksia ei kuitenkaan voi pelkistää asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen tai saavuttamatta jäämiseen. Seuraamukset ovat suurelta osin arvaamattomia, laadullisesti tavoitteista poikkeavia. Ne ilmenevät pitkällä aikavälillä, usein katkonaisesti ja yllättävillä tavoilla toisiinsa kytkeytyen. Kun tämä tunnustetaan, tutkimusote lähentyy innovaatioiden leviämistutkimuksen (Rogers, 2003) ja implementaatiotutkimuksen lähtökohtia (Pressman & Wildavsky, 1984). Valitsemaamme pitkittäisen kenttätutkimuksen otetta voidaan kokoavasti kutsua *muutoksen jäljittämistutkimukseksi* (van de Ven & Huber, 1995).

Kun muutoksia jäljitetään, on riskinä muutosten loputon kirjavuus. Toisaalta keskittyminen vain tietyn tyyppiin muutoksiin voi antaa liian kapean kuvan organisaation

kokonaistilanteesta. Tässä tutkimuksessa etenemme vaiheittain siten, että ensin kartoitamme kyseisten organisaatioyksiköiden kaikki kehittämishankkeet ko. ajalta, sitten keskitymme valittujen, ekspansiivisen oppimisen teoriaa ja kehittävän työntutkimuksen otetta käyttäneiden hankkeiden yksityiskohtaiseen analyysiin. Tätä valintaa perustelemme sillä, että (a) kehittävällä työntutkimuksella on vankka jalansija juuri terveydenhuollon kehittämisessä useissa laajoissa hankkeissa jo 1980-luvulta lähtien, (b) kehittävä työntutkimus ja ekspansiivisen oppimisen teoria ovat omintakeinen suomalainen lähestymistapa, jolla on kansainvälistä merkitystä.

3. Käsitteellinen viitekehys

Tämän tutkimuksen käsitteellinen viitekehys muodostuu kolmesta tasosta (kuvio 1).

<p>PERUSKÄSITTEET:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seuraamuksellisuus - Kestävyys - Leviäminen
<p>PROSESSIT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ankkurointi - Omistautuminen/vastarinta - Vakiinnuttaminen/horjuttaminen - Ylläpito - Jalostuminen/rapautuminen
<p>MEKANISMIT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aihio - Polku - Rihmasto - Katkos - Silta - Käännekohta

Kuvio 1. Tutkimuksen käsitteellinen kehys

PERUSKÄSITTEET

Seuraamuksellisuus (consequentiality)

Seuraamuksellisuus tarkoittaa, että huomio kohdistetaan kehittämishankkeiden tahallisiin ja tahattomiin seuraamuksiin, mikä ei tarkoita samaa kuin 'vaikutukset'. Vaikutukset viittaavat kausaalisuhteeseen, kun taas seuraamuksen käsite edellyttää ainoastaan ajallista, paikallista tai muuta yhtyeenkytkeytymistä. Seuraamuksellisuuden periaate suuntaa tutkimuksen hakemaan ja

selittämään kytkentöjä, niiden puuttumista ja niiden edellytyksiä.

Kestävyys (sustainability)

Kestävyydellä tarkoitamme muutosten ajallista pysyvyyttä tai jatkuvuutta. Tämä ei tarkoita, että muutoksien oletetaan pysyvän vakioina, muuttumattomina. Kestävyys voi olla dynaamista: muutokset itse kehkeytyvät ja muuntuvat. Kestävyydellä tarkoitamme myös elinkelpoisuutta, muutosten kykyä synnyttää vastakaikua ja kestää arvostelua (kestävyyden käsitteestä ja tutkimuksesta ks. Datnow, Hubbard & Mehan, 2002, luku 6).

Leviäminen (diffusion)

”Leviäminen on prosessi, jonka avulla innovaatio välittyy joidenkin tiettyjen kanavien kautta jollakin aikavälillä jonkin sosiaalisen järjestelmän jäsenille”(Rogers, 1995, 5). Innovaatio, välittymisen kanava, aika ja sosiaalinen järjestelmä ovat Rogersin mukaan keskeiset tekijät kaikkien innovaatioiden leviämässä. Välittäessään uusia ideoita osallistujat luovat ja jakavat tietoa keskenään saavuttaakseen yhteisymmärryksen. Leviäminen ei ole yksisuuntainen eikä suoraviivainen prosessi, vaan moneen suuntaan etenevien ja risteilevien polkujen kudelman.

PROSESSIT

Ankkurointi (anchoring)

Muutosten pysyvyyden tärkeänä edellytyksenä pidetään niiden ankkurointia ylös, alas ja sivusuunnissa (Engeström, 2004). Ankkurointi ylös tarkoittaa muutosten nivomista johdon tai ylempien viranomaisten suunnitelmiin ja käytäntöihin. Ankkurointi alas tarkoittaa muutosten jalkauttamista etulinjan työntekijöiden arkeen siten, että niiden vaikutukset ja mahdollisuudet tulevat näkyviin käytännön työssä. Ankkurointi sivusuuntiin tarkoittaa tuen saamista muutoksille yhteistyökumppanien, asiakkaiden ja alan muiden toimijoiden keskuudessa.

Omistautuminen (engagement) ja vastarinta (resistance)

Muutosten kestävyys ja leviämisen toisena tärkeänä edellytyksenä pidetään riittävän ’kriittisen massan’ sitoutumista niihin ja aktiivisten kärkihahmojen nousemista muutosten vetäjiksi tai muutosagenteiksi. Näiden vastakohtana pidetään usein ns. muutosvastarintaa. Tarkemmat analyysit (esim. Kindred, 1999, Kerosuo & Engeström, 2003) osoittavat kuitenkin, että muutokselle omistautumisen edellytys on usein vastarinta. Vasta muutoksen kyseenalaistaminen ja kritiikki mahdollistavat sen omaksumisen.

Vakiinnuttaminen (stabilization) ja horjuttaminen (destabilization)

Muutosten vakiinnuttamisella tarkoitamme niiden nimeämistä ja virallistamista, niiden vahvistamista teknologisia ratkaisuja ja taloudellisilla investoinneilla samoin kuin niiden tukemista säännöillä ja työnjakoratkaisuilla. Horjuttaminen sisältää näiden vastaprosessit. Horjuttamista tapahtuu tyypillisesti silloin, kun muutos on jo vakiintunut tai vakiintumassa; vastarinta taas liittyy pääsääntöisesti muutoksen alkuvaiheisiin.

Ylläpito (maintenance)

Ylläpidolla tarkoitamme jo muotoutuneiden ja jossakin määrin vakiintuneiden muutosten huoltoa, päivittämistä, korjaamista, tarkistamista ja tukemista. Usein ylläpitoimet ovat näkymättömiä – vain niiden puuttuminen näkyy muutosten rapautumisena (ks. alla).

Jalostuminen (cultivation) ja rapautuminen (degradation)

Muutosten jalostuminen viittaa prosesseihin, joissa muutos hahmotetaan uudelleen ja siitä muovataan ikään kuin uusi sukupolvi tai kehitetty versio. Jalostuminen edellyttää yleensä tietoisia ponnisteluja. Sen sijaan muutosten rapautuminen tapahtuu helposti ylläpidon ja jalostamisen puuttuessa. Uusia käytäntöjä ruvetaan yksinkertaistamaan ja ’riisumaan’,

niiden haastavimmat ainekset unohdetaan. Seuraa muutoksen pinnallistuminen, kuihtuminen tai koteloituminen.

MEKANISMIT

Aihio (Template)

Muutoksen perusyksikkö on usein tietty hyvin yksinkertainen menettelytapa, ratkaisu tai väline. Jos tämä yksikkö voidaan mallintaa ja tehdä näkyväksi, saadaan muutoksen aihio. Aihion voima on sen monistettavuudessa ja levitettävyydessä. Toisaalta aihio ei elä ilman muuntelua ja rikastamista.

Polku (trail, path)

Polulla tarkoitamme muutoksen tai innovation etenemistä ajassa, paikassa ja käsitteellis-kognitiivisessa tilassa. Polku muodostuu askelista tai siirroista, joita voidaan kuvata edellä esitettyjen prosessien termein (polun käsitteestä ks. Cussins, 1992, Engeström, 2003, Garud & Karnoe, 2001).

Rihmasto (rhizome)

Polut kytkeytyvät yhteen ja muodostavat rihmastoja. Rihmasto on vähemmän julkinen ja kiteytynyt kuin verkosto. Rihmastossa on kyse vähittäin muotoutuvasta kokemusten ja yhteyksien kudelmasta, joka muodostaa muutokselle välttämättömän luottamuksen ja kasvualustan (Chia, 1999).

Katkos (rupture)

Muutoksen etenemisessä tapahtuu usein katkoksia, joiden aikana muutos näyttää 'nukkuvan' tai kokonaan katoavan. Katkokset voidaan jäljittää tiedonkulun ja vuorovaikutuksen konkreettisiin pulmakohtiin.

Silta (bridge)

Sillalla tarkoitamme katkoksen ylittämistä, muutoksen polun uudelleen käynnistämistä tai erillisten polkujen saattamista yhteen. Irgensin (2003) mukaan muutosagentit rakentavat siltoja eri aikaan toteutettujen hankkeiden välille. Siltojen avulla on mahdollista siirtää organisaation tietovarantoa ja arvoja hankkeesta toiseen.

Käännekohta (turning point)

Muutosten etenemiseen sisältyy yleensä käännekohtia, joissa muutoksen etenemisen luonne muuttuu laadullisesti (Kerosuo & Engeström, 2003). Käännekohdat voivat olla ekspansiivisiä tai regressiivisiä.

4. Tutkimusongelmat

Tutkimuksen kysymykset voidaan nyt kiteyttää pääongelmaksi ja kolmeksi alaongelmaksi.

Pääongelma:

Miten muutosten kestävyys ja leviäminen ovat toteutuneet viimeisten 15 vuoden aikana suoritetuissa, ekspansiivisen oppimisen mallia hyödyntäneissä terveydenhuollon kehittämishankkeissa?

Alaongelma 1:

Millaisia ankkuroimisen, omistautumisen, vakiinnuttamisen, ylläpidon ja jalostumisen prosesseja näissä hankkeissa on tapahtunut?

Alaongelma 2:

Millaisia vastarinnan, horjuttamisen ja rapautumisen prosesseja näissä hankkeissa on tapahtunut?

Alaongelma 3:

Millaisilla välineillä ja interventioilla voidaan edistää kestävyyttä ja leviämistä näissä hankkeissa?

5. Tutkimuskohteet

Tutkimuskohteina ovat taulukossa 1 paikkakunnittain aikajärjestyksessä esitetyt terveydenhuollon kehittämishankkeet. Taulukon tiedot on poimittu hankkeiden julkisesti saatavilla olevista kuvauksista, jotka vaihtelevat suuresti hankkeesta toiseen. Esimerkiksi hankkeen tuloksena syntynyttä päämuutosta ei aina ole ilmaistu kovin selkeästi. Taulukkoon 1 onkin kirjattu kehittämishankkeessa tavoiteltu muutoksen kohde. Hankkeiden valinta tutkimuskohteeksi perustui seuraaville kriteereille:

- kehittävän työntutkimuksen lähestymistavalla toteutettu hanke viimeisen 15 vuoden aikana
- paikkakuntien erilaisuus ja sijainti eri puolella Suomea
- hankkeiden erilaisuus kehitettävän asian suhteen
- sekä ”ylhäältä alas” että ”alhaalta ylös” käynnistettyjä hankkeita

Taulukko 1. Tutkimuksen kohteiksi valitut kehittämishankkeet organisaatioiden mukaisessa aakkosjärjestyksessä

<i>Organisaatio</i>	<i>Hanke</i>	<i>Aika</i>	<i>Osallistujat</i>	<i>Vaikuttamisen kohde</i>
Espoon terveysvirasto	Levike	1986-1990	Kahden terveysaseman työntekijät	Väestövastuinen toimintamalli
Espoon sosiaali- ja terveystoimi	Moniammatillisen väestövastuutyöskentelyn kehittäminen Espoonlahden sosiaali- ja terveyskeskuksessa	1993 - 1995	Sosiaali- ja terveyskeskuksen johto	Moniammatillinen ja alueellinen työ
Helsingin terveysvirasto ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS)	Neuvottelevan työtavan kehittäminen perusterveyden-huollon ja erikoissairaanhoidon välille Helsingissä	2000 – 2002	Sisätautipotilaat ja heidän hoitoaan toteuttavat perusterveyden-huollon ja erikoissairaanhoidon työntekijät	Montaa sairautta sairastavien potilaiden kokonaishoidon kehittäminen
Kotkan sosiaali- ja terveystoimi, Karhuvuoren alueellinen palvelukeskus	Toimiva terveyskeskus	1990 - 1993	Alueellisen sosiaali- ja terveystoimen palvelukeskuksen kaikki työntekijät	Alueellinen sosiaali- ja terveystoimen toimintatapa
Oulun terveyskeskus, Keskustan terveysasema	Toimiva terveyskeskus	1990 - 1993	Terveysaseman työntekijät	Alueellinen terveydenhuolto
Oulun yliopistollinen sairaala (OYS)	Muutoslaboratoriot TYKY - toimintana	1998 – 1999	Ryhmä työntekijöitä sairaalan kahdeksasta tulosyksiköstä	Henkilöstön työssä jaksamisen, työn muutos ja kehittäminen
Salon terveyskeskus	Toimiva terveyskeskus	1990 - 1993	Projektiryhmä	Terveydenhuollon tietojärjestelmien kehittäminen
Sotkamon terveyskeskus	Toimiva terveyskeskus	1990 - 1993	Terveyskeskuksen ja sosiaalitoimen	Alueellinen terveydenhuolto

			työntekijät	
--	--	--	-------------	--

Kaikissa mukaan valituissa organisaatioissa on samaan aikaan ollut meneillään myös muita hankkeita. tutkimuksen ensi vaiheessa kartoitamme organisaation kehittämishankkeiden kokonaiskuvan ja kohteena olevan hankkeen paikan siinä.

- **Levike – hanke eli terveyskeskuslääkäreiden työn kehittämistutkimus toteutettiin kahdessa Espoon kaupungin Leppävaaran palvelupiirin terveyskeskuksessa. Sen tarkoituksena oli terveyskeskuksen tuottaman hoidon laadun ja henkilökunnan työn sisällön kehittäminen. Projektissa kartoitettiin terveyskeskustyön ongelmia ja ristiriitoja, luotiin uusi toimintamalli ratkaisuksi havaittuihin ongelmiin ja ristiriitoihin, käyttöön otettiin sekä seurattiin uuden mallin toteutusta. (Terveyskeskuslääkärin työn kehittämisprojekti LEVIKE, 1988, Engeström, Engeström, Helenius & Koistinen, 1988, Engeström, Engeström, Helenius, Koistinen, Salonen & Toiviainen, 1990, Engeström, Engeström, Helenius, Koistinen, Rekola & Saarelma, 1989).**

- **Moniammatillinen väestövastuutyöskentelyn kehittäminen Espoonlahden sosiaali- ja terveyskeskuksessa** hankkeessa kehitettiin väestön tarpeisiin entistä paremmin ja edullisemmin vastaavaa sosiaali- ja terveystoimen työtapa. Hanketyöskentelyyn osallistui sosiaali- ja terveystoimen alueellisen terveyskeskuksen johto. Hankkeen tuloksena syntyi uusi alueellisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus- ja yhteistyörakenne. Ohjausrakenne mahdollisti erilaisten moniammatillista työtettä vaativien työtapojen edelleen kehittämisen ja kokeilut. Hankkeen toteutuksesta vastasi Valtionhallinnon kehittämiskeskus. (Kts. Valtionhallinnon kehittämiskeskus, 1993, Espoon kaupunki, 1995.)

- **Neuvottelevan työtavan kehittäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä Helsingissä** kehitettiin välineitä ja neuvottelevaa työtapa monisairaiden sisätautipotilaiden kokonaishoidon tulemiseksi. Neuvottelevan työtavan tärkein väline on hoitosopimus, jonka tarkoituksena on hoidon yhteisen hallinnan parantaminen ja potilaan kokeman epävarmuuden poistaminen hoidon koordinointiin liittyvissä kysymyksissä. Kehittämis- ja tutkimushankkeen toteutuksessa noudatettiin kehittävän työntutkimuksen lähestymistapaa. (Kts. Engeström & Kerosuo, 2001, 2002.)

- **Toimiva terveyskeskus** –projektissa 21 suomalaista terveyskeskusta kehitti toimintaansa vuosien 1990-1993 aikana. Projektin lähtökohdaksi oli hypoteesi terveyskeskustoiminnan uudesta historiallisesta vaiheesta, jolle on ominaista väestövastuinen, moniammatillista ryhmätyötä ja yhteistoimintaa hyödyntävä sekä asiakkaiden itsehallintaa tukeva ajattelu- ja työtapa. Lisäksi hankkeessa kehitettiin terveyskeskustyössä tarvittavia tietojärjestelmiä. Projekti jakautui viiteen osaprojektiin, joissa lähestyttiin terveyskeskuksissa tehtävää työtä eri näkökulmista (Engeström, Saarelma, Launis, Simoila & Punamäki, 1991). Hankkeen tuloksena syntyi suuri määrä paikallisia kokeiluja ja ratkaisuja. Kokeiluista on valittu tarkastelun kohteeksi tähän tutkimukseen Kotkan, Oulun, Salon ja Sotkamon hankkeet. Valintaperusteena hankkeiden valinnalle on, että niissä työstetyt kokeilut ja uudet ratkaisut edustavat kaikkia hankkeessa työstettyjä näkökulmia terveyskeskustyöhön laajasti. (Saarelma, Launis & Simoila 1994. Kts. myös Launis, Simoila, Saarelma, Punamäki & Engeström, 1991; Saarelma, 1992 sekä Simoila, Harlamov, Launis, Engeström, Saarelma & Kokkila-Jussila, 1993.)

- **Muutoslaboratoriot TYKY – toimintana Oulun yliopistollisessa sairaalassa** hankkeessa työstettiin sairaalan tulosyksiköille välineitä työn muutoksen ja kehittämisen hallintaan osana työntekijöiden työssä jaksamiseen keskittyvänä kehittämistyönä. Hankkeeseen osallistui työntekijöitä sairaalan kahdeksasta tulosyksiköstä. Hanke toteutettiin kahdessa vaiheessa: (1) työyhteisöissä toteutettavina kehittämishankkeina ja (2) sairaalan työntekijöiden koulutusohjauksena, jossa ryhmä sairaalan työntekijöitä oppi muutoslaboratoriomenetelmän voidakseen toteuttaa kehittämishankkeita myös jatkossa. Hankkeen seurauksena käynnistettiin uusia muutoslaboratoriahankkeita sairaalan kolmessa tulosyksikössä. Hankkeen käytännön toteutuksesta vastasi Merikosken kuntoutus- ja tutkimuskeskus. (Kts. Peltola & Mäkitalo, 1999.)

6. Tavoitteet ja tuotokset

Tutkimuksen tavoitteena on :

- selvittää muutoksen kestävyden ja leviämisen toteutumista ekspansiivisen oppimisen mallia hyödyntäneissä terveydenhuollon kehittämishankkeissa
- selvittää terveydenhuollon kehittämishankkeiden kestävyden ja leviämisen esteitä ja edellytyksiä näissä hankkeissa

- kehittää välineitä terveydenhuollon kehittämishankkeiden kestävyden ja leviämisen arviointiin ja edistämiseen

Tutkimuksessa tuotetaan seuraavat keskeiset välineet:

- toteutettujen kehittämishankkeiden *kokonaiskartta*
- kohdehankkeen *elinkaarikuvaus*
- kohdehankkeen tuottamien *ratkaisujen kehityspolkujen, rihmastojen ja ankkuroitumisen kuvaukset*
- kohdehankkeiden tuottamien *ratkaisujen leviämistä estävien horjuttamisen ja rapautumisen kuvaukset*.
- ylläpito- ja silloitustoiminnan *seurantavälineet*

Hankeen tuottamaa tutkimustietoa voidaan soveltaa terveydenhuollon päätöksenteossa sekä käytännön kehittämishankkeiden suunnittelussa ja seurannassa. Lisäksi hankkeen tuloksia ja tuotoksia voidaan soveltaa työn kehittämisen tutkimuksessa ja käytännön konsultointityössä.

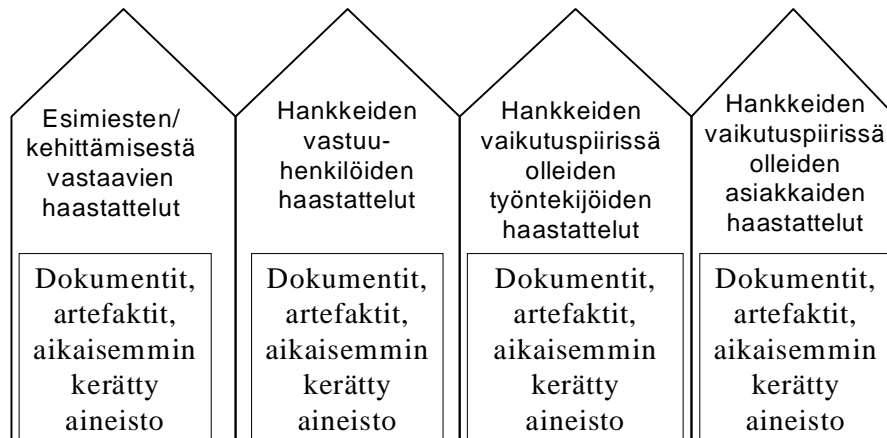
7. Aineisto ja interventiot

Kyseessä on etnografista ja interventionistista tutkimusmetodologiaa soveltava laadullinen tutkimus. Tutkimuksessa hyödynnetään kohteena olevien hankkeiden yhteydessä kerättyjä ja tuotettuja aineistoja sekä dokumentteja. Niiden lisäksi kehittämisen kestävyttä ja leviämistä jäljitetään työpaikoilla haastattelujen ja havainnoinnin avulla sekä kerätään tietoa asiakkailta haastattelemalla heitä. Kartoituksen tuloksista järjestetään palauteinterventiot kussakin kohdeorganisaatiossa.

Hanke muodostuu kolmesta toisiaan seuraavasta vaiheesta: (1) toteutettujen kehittämishankkeiden *peruskartoitus*, (2) peruskartoitusten tulosten käsittely organisaatiokohtaisissa *palauteinterventioissa* ja (3) palauteinterventioissa sovittujen jatkotoimenpiteiden *ylläpito- ja silloitustoiminnan seuranta*. Seuraavaksi kuvaamme aineiston keruun ja interventiot tarkemmin vaihe vaiheelta.

1. Peruskartoitus

- Kaikki tutkimuskohteissa *toteutetut kehittämishankkeet* kirjataan alkuajankohdasta nykyhetkeen. Laaditaan kohteista *kokonaiskartat*, joista ilmenevät myös hankkeiden väliset yhteydet.
 - Kuvataan kohdehankkeiden *elinkaaret ja rihmastot*.
 - Kuvataan kohdehankkeiden tuottamien *ratkaisujen elinkaaret ja rihmastot*.
- Aineisto (ks.kuvio 2)
- Avainhenkilöiden haastattelut.
 - Muutoksen kohteena olleiden kriittisten toimintakäytäntöjen jäljittäminen haastattelemalla työntekijöitä ja havainnoimalla sekä videoimalla heidän työskentelyään.
 - Tutkimuksen kohteena olleissa hankkeissa kerätty aineisto ja dokumentit tarpeen mukaan.



Kuvio 2. Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen aineisto

2. Palauteinterventiot

- Peruskartoituksen tulokset käydään läpi ja niistä keskustellaan hankkeeseen osallistuvien organisaatioiden avainhenkilöiden, hankkeiden vastuuhenkilöiden sekä sen vaikutuspiirissä olleiden työntekijöiden ja asiakkaiden kanssa.
- Suunnitellaan mahdollisten jatkotoimenpiteet.
- Käyty keskustelu dokumentoidaan seinätauluille sekä tallennetaan videoimalla.

3. Ylläpito- ja silloitustoiminnan seuranta

- Seurataan palauteinterventioissa sovittuja jatkotoimenpiteitä.
- Kohdennetut haastattelut, toimintakäytäntöjen havainnointi sekä tallennukset suoritetaan videoimalla tai nauhoittamalla.

Aineiston käsittelyssä noudatetaan laadulliselle tutkimukselle ominaisia periaatteita. Aineisto kirjataan ja litteroidaan hankkeen kannalta tarpeellisilta osilta.

8. Analyysimenetelmät

Työn kehittämisen kestävyuden ja leviämisen analyysissä on keskeisellä sijalla kehittämisen ”jälkien” löytäminen. Käytännön kehittämishankkeissa tarvittavien välineiden rinnalle nousee tällöin tutkimusmenetelmällisenä haasteena *arkeologisen etnografian* kehittäminen. *Arkeologinen etnografia* ei ole valmis menetelmä, vaan vaaditaan tutkimusvälineiden soveltamista ja edelleen kehittelyä. Kehittelyn lähtökohtana on materiaalis-kulttuurisen tutkimusotteen ja etnografisen kenttätutkimuksen uudenlainen yhdistäminen toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen näkökulmasta.

Arkeologisessa etnografiassa peruslähtökohtana on *jälkien* seuraaminen käytännön toiminnassa. Inhimilliset toimijat jättävät jälkiä toimiessaan. Niiden perusteella on mahdollista tehdä päätelmiä nykyhetkeä edeltävästä toiminnasta (Schiffer, 1999: 52-54). Esimerkiksi arkeologisessa tutkimuksessa voidaan tehdä päätelmiä ruuanvalmistuksesta jäljittämällä keittoastioiden pinnalle kertyneitä kemiallisia ja fyysisiä partikkeleita, tekemällä havaintoja keittoastian löytöpaikasta, yhdessä esiintyvistä tekijöistä ja muista määrällisistä asioista. Schifferin mukaan jäljet voivat olla formaaleja (kemiallisia, fyysisiä, biologisia), paikallisia (tapahtumapaikkaan liittyviä), assosiativisia (yhdessä esiintyviä) ja määrällisiä. Yhteistä niille on, että ne ovat jälkiä inhimillisestä toiminnasta sen materiaalisissa yhteyksissä ja vuorovaikutuksessa.

Kehittämishankkeiden kuvaamisessa ja erittelyssä käytetyt kokonaiskartta, elinkaarikuvaus, ratkaisujen kuvaukset sekä ylläpito- ja silloitustoiminnan seurantavälineet ovat potentiaalisia uusia tutkimusvälineitä arkeologisessa etnografiassa. Tutkimusvälineet eivät kuitenkaan ole sellaisenaan havaittavissa toiminnassa, vaan niiden konstruointi vaatii *yhteiskehittelyä* tutkimukseen osallistuvien työntekijöiden ja tutkijoiden välillä. Jotkut jäljet tulevat 'näkyviksi' vasta kun niiden parissa työtä tekevä henkilö osoittaa ne tutkijalle. Vastaavasti tutkijalla saattaa olla tietoa toisista toimintaympäristöistä, jolloin hän rinnastusten ja vertaamisen avulla voi kiinnittää työntekijöiden huomion heille ehkä muuten näkymättömiin jälkiin. Jälkien merkitys ja mieli voi niin ikään paljastua työntekijöiden ja tutkijoiden välisen epävirallisen keskustelun perusteella. Jälkien konstruointia ohjaavat tässä suunnitelmassa esitetyt keskeiset käsitteet: hankkeiden *kehityspolkujen, rihmastojen ja ankkuroitumisen seuraaminen* sekä hankkeiden tuottamien ratkaisujen leviämistä estävien *horjuttamisen ja rapautumisen* jäljittäminen. Käsitteet ovat luonteeltaan suuntaa antavia. Ne auttavat tutkijaa kiinnittämään huomiota tiettyihin ilmiöihin tutkimuskohteessa sulkematta pois mahdollisia muita tutkittavien ilmiöiden kannalta lupaavia uusia käsitteitä.

Toisena keskeisenä menetelmällisenä lähestymistavassa arkeologisessa etnografiassa on ns. *narratiivinen* tieto. Kertominen on ihmisille luonnollinen tapa hahmottaa sosiaalista todellisuutta (Bruner, 1990). Narratiivit saattavatkin osoittaa tässä tutkimuksessa muutoksen kestävyuden keskeiseksi ominaisuudeksi. Käytännön tieto välittyy usein narratiivisesti organisaatiotodellisuudessa (Czarniawska-Joerges, 1995). Kertomuksessa on mahdollista liittää toisiinsa mielekkäällä tavalla asioiden tavanomainen tila ja poikkeamat siitä. Kertomuksissa asiat esitetään yleensä siinä järjestyksessä kuin ne tapahtuivat. Kertomuksilla on siis juoni. Juoni koostuu asioiden tilan kuvauksesta, tehdyistä teoista ja moraalista opetuksesta. Czarniawska-Joerges (1995, 15) esittää, että kertomusten juonellisuus mahdollistaa tiedoissa esiintyvien aukkojen täyttämisen. Menneiden tapahtumien hahmottaminen jälkikäteen on usein aukollista. Tässä hankkeessa aukollisuus voi tulla esiin ristiriitaisuuksina haastatteluihin sisältyvissä kertomuksissa, eri kertojen haastatteluissa tai haastattelu- ja dokumenttiaineiston välisessä ristiriitaisuudessa. Aukot eivät kuitenkaan merkitse välttämättä 'vääriä tulkintaa' tai puutteellisuutta tutkimusaineistossa, vaan kyse on erilaisista yksilöllisistä tulkinnoista, joista toinen ei ole todempi kuin toinen. Aukollisuus ilmaisee näin ollen myös organisaation *moniäänisyyttä*. Tästä huolimatta on tärkeää kiinnittää huomiota aukkoihin jo aineiston keruun yhteydessä ja nostaa ne esiin tutkimukseen osallistujien välisissä keskusteluissa. Keskeistä on myös suhteuttaa yksilölliset tulkinnat tutkimuskontekstin ajalliseen ja paikalliseen, historialliseen, tilanteeseen (esim. Virkkunen, 1994).

9. Aikataulu, organisaatio, rahoitus

Hakijana on Helsingin yliopiston Kasvatustieteen laitos. Tutkimuksen toteuttaa Helsingin yliopiston toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikkö. Hakijan nimeämä vastuuhenkilö ja hankkeen tieteellinen johtaja on tutkimusyksikön johtaja, professori Yrjö Engeström. Toteuttajan nimeämänä vastuuhenkilönä toimii tutkija Hannele Kerosuo. Lisäksi haetaan rahoitusta yhdelle väitöskirjatyöntekijälle kahdeksi vuodeksi sekä pro gradu työntekijälle yhdeksi vuodeksi.

Hankkeen yksityiskohtainen aikataulu on seuraava:

-1 vaihe: *Peruskartoitus*: 1.10.04.- 31.12.05

-2. vaihe: *Palauteinterventiot*: 1.1.06-31.10.06

-3. vaihe: *Interventioiden seuranta ja tutkimuksen loppuraportointi*

Hankkeesta raportoidaan kunkin vaiheen lopussa. Vaiheen 1 väliraportti muodostuu kehittämishankkeiden peruskartoituksista. Vaiheen 2 väliraportissa raportoidaan käydyistä palautekeskusteluista ja niissä sovituista mahdollisista jatkotoimenpiteistä. Vaiheen 3 raportointi sisältyy hankkeen loppuraporttiin, mikä työstetään puolen vuoden kuluessa aktiivisen kenttätyövaiheen päätyttyä. Loppuraportissa eritellään terveydenhuollon kehittämishankkeiden kestävyden ja leviämisen esteitä ja edellytyksiä sekä annetaan suosituksia terveydenhuollon kehittämishankkeissa kehitettyjen uusien ratkaisujen ja innovaatioiden käyttöönottoon ja levittämiseen. Hankkeessa kehitetyt välineet kuvataan ja arvioidaan myös loppuraportissa. Raporttien lisäksi järjestetään osallistujaorganisaatioille ja muille kiinnostuneille tiedotustilaisuuksia vaiheiden 1 ja 2 sekä loppuraportoinnin jälkeen tutkimuksen kohteena olevien organisaatioiden tarpeiden mukaan.

Hankkeelle valitaan laaja-alaisesti eri toimijatahoja edustava johtoryhmä, joka seuraa ja arvioi hankkeen edistymistä säännöllisesti. Johtoryhmän jäseniksi pyydetään 2-3 edustajaa osallistuvista kohdeorganisaatioista sekä edustajat sosiaali- ja terveysministeriöstä, Stakesista, Työsuojelurahastosta ja terveydenhuollon tutkimuksen piiristä.

Hankkeen yksityiskohtainen talousarvio on tutkimussuunnitelman liitteenä.

10. Yhteistyö muiden hankkeiden kanssa

Hanke liittyy kiinteästi tutkimusyksikön muiden tutkimusryhmien teoreettisiin ja metodologisiin kysymyksiin. Tämän hankkeen kannalta keskeisiä ovat erityisesti professori Yrjö Engeströmin johtama ”Työn ja oppimisen uudet muodot”-tutkimusryhmä, professori Jaakko Virkkusen johtama ”Tiedon ja osaamisen johtaminen, interventiot ja oppiminen”-tutkimusryhmä sekä professori Reijo Miittisen johtama ”Innovaatiot ja tutkimustyön organisointi”-tutkimusryhmä.

Hanke tekee tiivistä yhteistyötä professori Jaakko Virkkusen johtaman hankkeen ”Muutoslaboratoriomenetelmää käyttävien toimintakonseptien kehittäjien oppimisverkko” kanssa. Virkkusen johtamassa hankkeessa rakennetaan uudenlaista työyhteisöjen kehittäjien oppimisverkkoa, jonka tarkoituksena on tukea teorian ja käytännön vuoropuhelua sekä ammattihenkilöiden ajoittaista siirtymistä omasta työstään toimintakäytännön yhteiseen kehittämiseen. Hankkeessa hyödynnetään dosentti Kirsti Launiksen johtaman ”Uuden

asiantuntijuuden kynnyksellä – henkilöstö työpaikan muutoksen tekijänä” hankkeen tuloksia.

Tutkimus on kiinteässä yhteistyössä Stakesissa ja eri yliopistoissa terveydenhuollon muutosta ja kehittämistä tutkivien ryhmien kanssa.

11. Tiedotus ja muu hyödyntäminen

Hankkeen aineistosta tehdään väitöskirja ja pro gradutyö. Väliraporttien ja loppuraportin ohella hankkeesta kirjoitetaan tieteellisiä artikkeleja alan kotimaisiin ja kansainvälisiin lehtiin. Lisäksi tutkimuksen tuloksista kerrotaan terveydenhuollon kotimaisissa ja kansainvälisissä konferensseissa.

LÄHDELUETTELO

- Bodenheimer, T. (2000). Disease Management in the American market. *BMJ*, 320, 563-564.
- Bruner, J. (1990). *Acts of Meaning*. Cambridge: Harvard University Press.
- Chia, R. (1999). A 'rhizomic' model of organizational change and transformation: Perspective from a metaphysics of change. *British Journal of Management*, 10, 209-227.
- Czarniawska-Joerges, B.(1995). Narration or science? Collapsing the division in organization studies, *Organization* 2, 11-33.
- Cussins, A. (1992). Content, embodiment and objectivity: The theory of cognitive trails, *Mind* 101, 654-688.
- Datnow, A., Hubbard, L. & Mehan, H. (2002). *Extending educational reform: From one school to many*. London: Routledge.
- Engeström, Y. (1995). *Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita*. Helsinki: Painatuskeskus.
- Engeström, Y. (1999). Expansive visibilization of work: An activity-theoretical perspective, *Computer Supported Cooperative Work* 8, 63-93.
- Engeström, Y. (2003). The horizontal dimension of expansive learning: Weaving a texture of cognitive trails in the terrain of health care in Helsinki. In F. Achtenhagen E. G. John (Eds.) *Milestones of vocational and occupational education and training. Volume 1: The teaching-learning perspective*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Engeström, Y. (2004). Managing as argumentative history-making. In R. Boland (Ed.), *Managing as designing*. Stanford: Stanford University Press.
- Engeström, Y. Engeström, R. Helenius, J. & Koistinen, K. (1988). *Terveyskeskuslääkäreiden työn kehittämistutkimus. Levike-projektin tutkimushankkeen I väliraportti*. Espoo: Espoon kaupungin painatuskeskus.
- Engeström, Y. Engeström, R. Helenius, J. Koistinen, K. Salonen, E. & Toiviainen, H. (1990). *Terveyskeskuslääkäreiden työn kehittämistutkimus. Levike-projektin tutkimushankkeen II väliraportti. Kunnanlääkäri, terveystieteiden tutkimuskeskus, omalääkäri*. Espoon kaupungin terveystieteiden virasto. Espoo: Espoon kaupungin painatuskeskus.
- Engeström, Y. Engeström, R. Helenius, J. Koistinen, K. Rekola, J. & Saarelma, O. (1989). *Terveyskeskuslääkäreiden työn kehittämistutkimus. Levike-projektin tutkimushankkeen III väliraportti. Lääkärinvastaanottojen analysointia*. Espoon kaupungin terveystieteiden virasto. Espoo: Espoon kaupungin painatuskeskus.
- Engeström, Y. Saarelma, O. Launis, K. Simoila, R. ja Punamäki, R-L. (1991). *Terveystieteiden uuden työtavan kehittäminen. Toimiva terveystieteiden keskus –projektin osaraportti osa 2. Sosiaali- ja terveystieteiden hallitus. Raportteja 7/1991*. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Engeström Y, Engeström R, Vähäaho T. (1999). When the Center Does not Hold: The Importance of Knotworking. In S. Chaiklin, M. Hedegaard & U. J. Jensen (Eds.), *Activity Theory and Social Practice: Cultural-Historical Approaches*. Aarhus: Aarhus University Press.
- Engeström, Y. & Ahonen, H. (2001). On the materiality of social capital: An activity-theoretical exploration. In H. Hasan, E. Gould, P. Larkin & L. Vrazalic (eds.), *Information systems and activity theory: Volume 2. Theory and practice*. Wollongong: University of Wollongong Press.

- Engeström, Y. Engeström, R. & Kerosuo, H. (2001). *Neuvottelevan työtavan kehittäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille Helsingissä*. Väliraportti. Helsingin kaupungin terveysviraston raportteja. 2001: 5.
- Engeström Y, Engeström R, Kerosuo H. (2002). Neuvotteleva työtapa monisairaiden potilaiden hoidossa. Loppuraportti. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Espoon kaupunki, Espoonlahden sosiaali- ja terveyskeskus, Hallinto- ja suunnitteluyksikkö, Terhi Lönnfors. Espoonlahden sosiaali- ja terveyskeskuksen ohjaus- ja yhteistyörakenne. Muistio 1.2.1995.
- Irgens, E. J. (2003). *Settled culture, turbulent times: A study of knowledge and planned change in a hyperturbulent organization*. Paper presented at EGOS 2003 Conference, Copenhagen, Denmark, July 3-5, 2003.
- Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. *Sosiaali- ja terveysministeriö*. Työryhmämuistioita 2002:3.
- Karma, P. & Mäkelä, M.(1997). Käypä hoito käyntiin. *Duodecim*, 113, 17-18.
- Kerosuo, H. & Engeström, Y. (2003) Boundary Crossing and Learning in Creation of New Work Practice. *Journal of Workplace Learning*, 15 (7-8), 345-351.
- Kindred, J. B. (1999) "8/1897 Bite Me": Resistance in Learning and Work. *Mind, Culture, and Activity*, 6 (3), 196-221.
- Launis, K., Simoila, R., Saarelma, O., Punamäki, R-L. & Engeström, Y. (1991). *Terveyskeskusten pohjakartoitukset*. Toimiva terveyskeskus –projektin osaraportti nro 3. Sosiaali- ja Terveyshallitus. Raportteja 17/1991. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Miilunpalo, S. Toropainen, E. & Mäkinen, M. (2002). Miten valtakunnalliset suositukset tunnetaan terveyskeskuksissa? *Duodecim*, 118, 613-619.
- Nikkarinen, T. & Brommels, M. (1998). Käytännöstä teoriaan – ja takaisin. Hoitosuositukset terveydenhuollon laadun kehittämisstrategiana. *Duodecim* 114, 142-149.
- Nuutinen, M. (2000). Hoitoketju. *Duodecim* 116, 1821-1828.
- Ohtonen, J. (2001). Kokemuksia strategisen kehittämisprojektin arvioinnista. Esimerkkinä Satakunnan makropilotti 1999-2001. *Impakti* 6/2001, 4-6.
- Ohtonen, J. (toim.) (2003). *Satakunnan makropilotti: Tulosten arviointi*. Helsinki: FinOHTA (Raportti no. 21).
- Pekkarinen, T. (2002). Kokonaisuuksien hallinta vaatii panostamista. *Suomen Lääkärilehti* 57 (30-32), 2979.
- Peltola, A. & Mäkitalo, J. (1999). *Sairaala muutoksessa. Muutoslaboratoriot työ-toimintana Oulun yliopistollisessa sairaalassa*. Loppuraportti. Merikosken kuntoutus- ja tutkimuskeskus, Merikoski Consulting.
- Plsek, P. E. & Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. *BMJ* 323: 625-628.
- Pressman, J. L. & Wildavsky, A. (1984). *Implementation*. 3rd edition. Berkeley: University of California Press.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations*. 5th edition. New York: The Free Press.
- Saarelma, O. (2003). (toim.) *Työtulvan hallinta terveysasemilla. Raportti terveysasematyön kehittämishankkeesta*. Helsinki: Stakes (Raportteja 271).
- Saarelma, O. (1992). *Perusterveydenhuollon tietojärjestelmien kehitys*. Toimiva terveyskeskus –projektin osaraportti nro 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus (Raportteja 49).

Saarelma, O. Launis, K. Simoila, R. (toim.) (1994). *Terveyskeskukset puhuvat. Kokemuksia ja oivalluksia työn kehittämisestä*. Toimiva terveyskeskus –projektin osaraportti 6. Helsinki: Stakes (Raportteja 156).

Schiffer, M. B. (1999). *The Material Life of Human Beings – Artifacts, behavior, and communication*. London and New York: Routledge.

Siloaho, M. Naukkarinen, A. ja Penttinen, J. (2003). Kokemuksia ISO 9002-laatu järjestelmästä Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuosina 1997-2001. *Suomen Lääkärilehti* 58 (47): 4835-4839.

Simoila, R. Harlamov, A. Launis, K. Engeström, Y. Saarelma, O. & Kokkinen-Jussila, M. (1993). *Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot: Välineitä terveyskeskustyön analysointiin*. Toimiva terveyskeskus –projektin viides osaraportti. Helsinki: Stakes (Raportteja 80)

Terveyskeskuslääkärin työn kehittämisprojekti LEVIKE. (1988). *Suunnitelma väestövastuuperiaatteen mukaisen toimintamallin kehittämisestä ja käyttöönotosta Leppävaaran palvelupiirissä*. Espoo: Espoon kaupungin terveysvirasto.

Valtionhallinnon kehittämiskeskus, Jaakko Virkkunen. Moniammatillisen väestövastuutyöskentelyn kehittäminen Espoonlahden sosiaali- ja terveyskeskuksessa.. Muistio 22.10.1993.

Vartiainen, M. (1994). *Työn muutoksen työvälineet. Muutoksen hallinnan sosiotekniset menetelmät*. Tampere: Tammer-paino Oy.

van de Ven, A. & Huber, G. P. (Eds.) (1995). *Longitudinal field research methods: Studying processes of organizational change*. London: Sage.

Virkkunen, J. (1994). *Sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen uhkana ja mahdollisuutena. Tutkimus muutosta koskevista ajatusmalleista*. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto.