

Jenni Airaksinen, Jari Kolehmainen och Jonne Parkkinen

Förenande ledarskap som metod för att uppnå integration och förnyelseförmåga

Inledning

I den här utredningen funderar vi på den pågående reformen av välfärdsområdena och närmare på organiseringen av välfärdsområdena inom den referensram som vi bildar med begrepp som integration, förnyelseförmåga och förenande ledarskap. Den bakomliggande tanken är att ingen strukturell reform eller omorganisering i sig garanterar något effektivare, bättre eller jämlikare system, utan genom strukturella reformer skapar man möjligheter att genom ledarskap, organisering och förändringar av praxis uppnå de mål som ställts upp för reformerna.

Vi granskar frågor som gäller integration, förnyelseförmåga och ledarskap särskilt som en intern fråga för välfärdsområdena, även om vi förstår begränsningarna i vår avgränsning. Vår avgränsning utesluter många frågor som är väsentliga för välfärdsområdenas framtid från våra resonemang, och i detta sammanhang granskar vi till exempel inte behovet av integration med tanke på samarbetet mellan staten, kommunerna och välfärdsområdena, även om vi är medvetna om hur viktigt detta tema är.

Vi vet att lagstiftningen, de ekonomiska resurserna och organisationsstrukturerna betonas i de strukturella reformerna, ibland till och med på bekostnad av interaktionsprocesserna. Paragrafer, euron och maktstrukturer spelar naturligtvis en viktig roll när det gäller att reformera offentliga organisationer, men det krävs mycket mer för att uppnå målen. Syftet med denna utredning är att fungera som ett tankepapper som stöder välfärdsområdenas beredning och inledande skeden, där vi uppmuntrar till att lyfta blicken uppåt och framåt mot integration, förnyelseförmåga och förenande ledarskap.

Integration

I motiveringen till den pågående välfärdsområdesreformen konstateras att aktörernas resurser och kompetens i fråga om ordnandet av social- och hälsovårdstjänster i nuläget varierar avsevärt och att invånarnas tillgång till tjänster inte är jämlik. Skillnaderna i välfärd och hälsa mellan olika befolkningsgrupper och regionalt är fortfarande stora. I framtiden kommer den försvagade åldersstrukturen att öka servicebehovet och höja kostnaderna. Av dessa orsaker anses det behövas starkare anordnare som ansvarar för social- och hälsovården och räddningsväsendet. I 22 områden strävar man efter att förena social- och hälsovårdsväsendets och räddningsväsendets organisationer till nya välfärdsområden. I januari 2022 valdes politiska beslutsfattare som ska leda dessa. Förenande handlar inte bara om en strävan efter större enheter, utan också om integration mellan olika branscher och olika verksamhetsnivåer.

Behovet av integration är uppenbart och beror både på tanken om ett starkt och självständigt välfärdssamhälle som är kopplat till vårt system och på effektivitetskraven i vårt offentliga servicesystem, som kompletteras av ett förhållningssätt som baserar sig på stark sakkunskap och specialisering samt det växande servicebehovet i och med att befolkningen åldras¹. Vi har å ena sidan ansett det viktigt att alla kommuner har samma uppgifter och å andra sidan har vi velat att kommunerna har ett enormt ansvar för välfärdstjänsterna. Förändringen i kommunstrukturerna har visat sig gå långsamt och frivilliga sammanslagningar av kommuner har utvecklats till en svåröverskådlig helhet, vars demokratiska styrning på många håll har blivit indirekt. De offentliga serviceorganisationerna har utifrån effektivitetstänkandet svarat på problem och utmaningar som blir allt svårare genom att öka prestationerna och specialiseringen. Genom specialisering kan man snabbt höja problemlösningsförmågan i punktmässiga och lättdefinierade frågor, vilket är en obestridlig fördel med specialisering. Nackdelarna är till exempel att funktionerna och ansvaret splittras, vilket ur klienternas synvinkel kan märkas både som överföring av ansvaret och som en splittrad servicedjungle som är svårorienterad. Tjänster erbjuds, men på grund av splittringen och den dåliga helhetsbilden är utmaningen att hitta och anpassa dem så att de motsvarar klientens behov².

Precis som i den pågående välfärdsområdesreformen kan man i reformer som främjar integrationen även i allmänhet identifiera minst tre olika mål: Att förbättra patienternas hälsa, förbättra kundupplevelsen och få till en minskning eller måttligare ökning av kostnaderna för social- och hälsovården³. Till diskussionen har senare också fogats ett fjärde mål, i vilket utöver de tre ovan nämnda målen ingår att förbättra arbetslivet för arbetstagare inom social- och hälsovårdsbranschen⁴. Inom social- och hälsovården talas det mycket om integration, men empiriskt och teoretiskt är det ändå ett mycket oklart paraplybegrepp som ett stort spektrum av olika definitioner har lagts in under. Nedan förklaras i korthet några väsentliga aspekter på integrationen med tanke på reformen av välfärdsområdena.

Enligt Europeiska kommissionens definition betonas i integrationen en ändring av sätten att tillhandahålla social- och hälsovårdstjänster på ett sätt där man övergår från separata hälso- och sjukvårdstjänster till verksamhetsformer där tjänsteleverantörerna har bättre nätverk sinsemellan, får enhetligare handledning och där människan (klienten eller i patientrollen) står i centrum⁵. Definitionen identifierar alltså handledning, nätverkande och människocentrering som utgångspunkter för integration. Detta märks som liknande strävanden även i det pågående reformarbetet. I synnerhet när det gäller människocentrering verkar det finnas konsensus i stor

¹ Shaw m.fl. 2011; Goodwin 2012; Lê m.fl. 2016

² Se t.ex. Shaw m.fl. 2011; Dickinson 2014; Goodwin 2012; Lê m.fl. 2016

³ Briggs m.fl. 2018; Stokes m.fl. 2018

⁴ Baxter m.fl. 2018; Goddard & Mason 2016

⁵ Europeiska kommissionen 2020

utsträckning i forskningslitteraturen. Reformerna bör fokusera på patienter och medborgare i stället för på strukturer och organisationer⁶. Dessutom borde man i och med reformerna uppnå tjänster och verksamhetssätt som bättre än tidigare grundar sig på klienternas och patienternas behov.

Ett integrerat, behovsbaserat och människoorienterat system grundar sig på fyra principer, enligt vilka social- och hälsovårdstjänsterna ska vara skräddarsydda enligt behov, samordnade, möjliggörande och betona att människor ska vårdas och behandlas med värdighet, empati och respekt⁷.

Även om social- och hälsovårdstjänsterna enligt integrationstänkandet borde förnyas så att människan kommer först, inte strukturerna, genomförs social- och hälsovårdsreformerna alltid på något sätt genom att strukturerna förnyas. I reformerna eftersträvas integration genom en reform av social- och hälsovårdstjänsterna på många olika nivåer; på makro-, meso- och mikronivå.⁸ I integrationen på makronivå förnyas hela systemet och alla tjänster. Integration på mesonivå innebär att vissa människogrupper tjänster förnyas. Vid reformer på mikronivå förnyas tjänsterna individuellt till exempel med hjälp av koordinering och planering av vården.⁹ Utmaningen med reformen av välfärdsområdena i fråga om nivåerna av integration är att reformens ambitiösa mål i praktiken förutsätter att reformen måste ske samtidigt på alla nivåer. En utmaning för ledningen är hur integrationstillämpningar som bygger på olika måttstockar å ena sidan kan sammanlänkas med varandra och å andra sidan, om de lyckas, sprida sig till andra delar av systemet.

Utöver att det finns nivåer av integration är det vanligt att integrationen granskas via en vertikal eller horisontell dimension¹⁰. Horisontella reformer sker på samma nivå i utbudskedjan och reformerna riktar sig samtidigt till organisationer som arbetar inom social- och hälsovårdssektorn, såsom två sjukhus som erbjuder jour, eller på samma nivå, men till organisationer som verkar inom olika social- och hälsovårdssektorer, såsom enheter inom socialvården och hälso- och sjukvården. Reformerna som eftersträvar vertikal integration sker å sin sida på olika nivåer i utbudskedjan, till exempel inom primärvården och den specialiserade sjukvården.¹¹ I välfärdsområdesreformens kontext är båda dimensionerna med. Tydligast representeras dimensionerna av horisontell integration av åtgärder på basnivå inom social- och hälsovården som organiseras på olika sätt och som förs in under samma beslutsfattande och ledning. I detta sammanhang får man inte heller glömma räddningsväsendets betydelse som en del av helheten. Den vertikala dimensionen omfattar å sin sida att primärvården och den specialiserade sjukvården förs in under samma ledning. Horisontell och vertikal integration kan

⁶ Goddard & Mason 2017, 1

⁷ Health Foundation 2016

⁸ Goddard & Mason 2017; Briggs m.fl. 2018; Ham & Curry 2011

⁹ Ham & Curry 2011, 3

¹⁰ Goddard & Mason 2017; Ham & Curry 2011

¹¹ Goddard & Mason 2017, 1

eftersträvas antingen med strukturella eller funktionella metoder. Förenklat innebär strukturell integration fusionering av aktörer och funktionell integration beskriver koordinering av funktioner.

Även om välfärdsområdesreformen grundar sig på en stark strukturell integration där nya, större aktörer bildas genom fusion, bör man beakta att den strukturella reformen i sig inte garanterar något. Det öppnar närmast nya möjligheter till utveckling och organisering av verksamheten, men reformen garanterar inte automatiskt funktionell integration. Funktionell integration ska genomföras trots den strukturella integrationen (se bild 1). Om integrationen misslyckas både i strukturell och funktionell bemärkelse, blir det kosmetisk fusion. Vid kosmetisk fusion är funktionerna skenbart enhetligt ledda, men verksamheten kan fortsätta som tidigare, i på förhand uppbyggda enheter och silor. Enbart en stark strukturell integration utan en funktionell dimension leder till ett välfärdsområde som har ett enhetligt utseende och en enhetlig organisation, men där funktionerna är separata från varandra och ingen genuin samordning mellan funktionerna förekommer. I ett sådant välfärdsområde är ett nytt område som uppkommit genom fusion en framtvungad överbyggnad. Om den strukturella integrationen inte är särskilt stark, men det i övrigt finns aktörer med bra nätverk och som är beroende av varandra i området, kan man få ett välfärdsområde som utifrån verkar oenhetligt men som ändå kan ha verksamheter som är långt integrerade. Reformens mål kan man tolka som välfärdsområden med stark strukturell och stark funktionell integration, som både ser enhetliga ut och fungerar väldigt koordinerat.

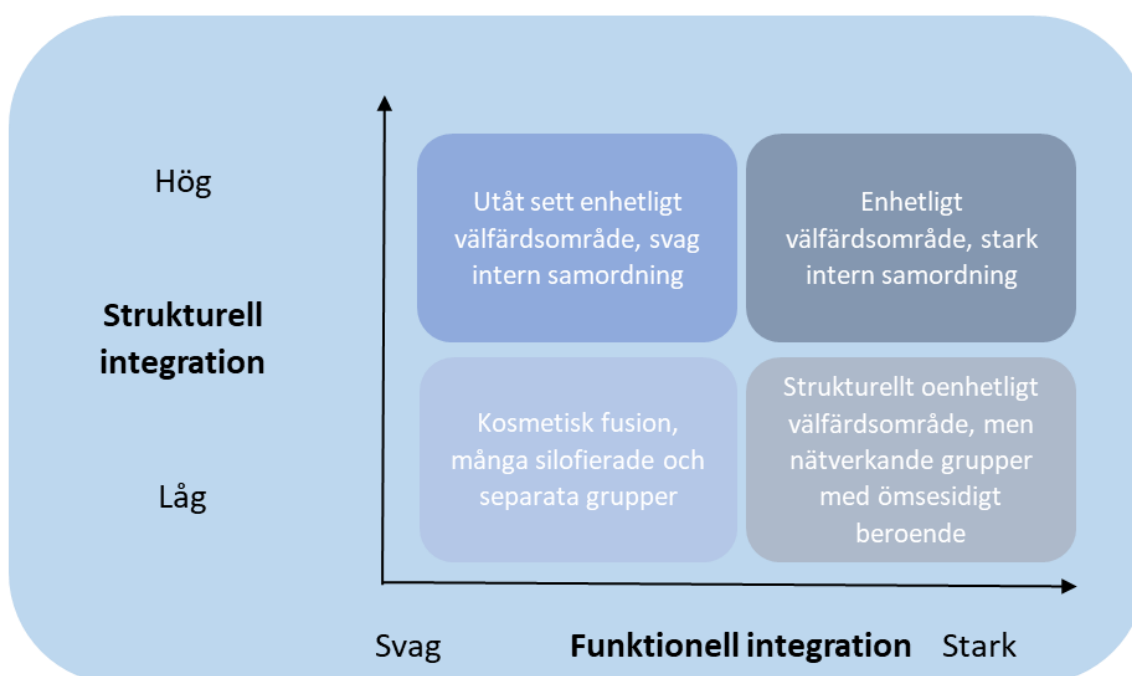


Bild 1: Inspiration: Ham & Curry (2011, 2) Extent of organisational merger and co-ordination of care.

Eftersom det finns mycket att integrera måste integrationen framskrida stegvis. Både horisontell, vertikal och funktionell integration kan eftersträvas i det första skedet genom en verksamhet som

grundar sig på nätverksbaserad logik, där de viktigaste mekanismerna som förverkligar integrationen är gemensamma mål och förtroende. Målet kan visserligen vara att den gemensamma strukturen ska utgöra grunden för verksamheten, men man måste ge tid för att uppnå detta mål.

Dimensioner av välfärdsområdets förnyelseförmåga

Välfärdsområdenas förnyelseförmåga är en mycket mångfasetterad och -dimensionerad sak. Välfärdsområdesreformen är samtidigt både en politisk systemreform på riksnivå och en process för att bygga upp en helt ny och ny typ av organisation på regional nivå. Förnyelseförmågan måste därför granskas på båda nivåerna. På nationell nivå utkristalliserar sig välfärdsområdenas förnyelseförmåga i två saker, dvs. 1) lagstiftningsreformer och 2) styrningsreformer.

Välfärdsområdesreformen består av flera separata laggpaket, och dessutom påverkar reformen åtminstone på teknisk nivå över 100 andra lagar. Det torde stå klart att välfärdsområdena kommer att möta många behov av att reformera lagstiftningen när de inleder sin verksamhet. En del av dem motiveras politiskt, medan en del av de kommande lagstiftningsändringarna är av teknisk och kunskapsbaserad karaktär. Ur enskilda välfärdsområdets synvinkel är det möjligt att de strävar efter att påverka lagstiftningen för att uppnå en så bra verksamhetsmiljö och verksamhetsförutsättningar som möjligt. Välfärdsområdena ska sträva efter att agera rationellt och kunskapsbaserat också när de strävar efter att påverka lagstiftningen som styr verksamheten. Här finns också en nära koppling till styrningen av välfärdsområdena. Välfärdsområdena kommer att styras med hjälp av bestämmelser, resurser samt kunskap och information. Välfärdsområdesreformen utgår från att välfärdsområdena styrs på ett interaktivt och kunskapsbaserat sätt, varvid information om eventuella reformbehov inom social- och hälsovården samt räddningsväsendet förmedlas särskilt till social- och hälsovårdsministeriet och andra aktörer (t.ex. institutioner som lyder under ministeriet). En fungerande styrrelation är också ett av de centrala elementen i välfärdsområdenas förnyelseförmåga.

Lagstiftningsändringarna och styrningen påverkar den interna reformen och förnyelsen i välfärdsområdena. De skapar en slags grundläggande ram för reformarbetet. Det väsentliga är dock välfärdsområdets eget interna reformarbete för att uppnå målen för hela välfärdsområdesreformen i allmänhet och i synnerhet på regional nivå. Reformen av social- och hälsovårdstjänsterna är allt annat än enkel. Verksamheten styrs av olika etablerade författningar och tillhörande tolkningar, praxis, normer, rutiner, seder och kulturer, som har institutionaliserats till en del av social- och hälsovårdstjänsterna både nationellt och regionalt. En stor del av dem är nyttiga och bidrar till att se till att saker och ting fungerar som de ska.

I hela systemet för social- och hälsovårdstjänster och i dess enskilda organisationer finns dock också många onödiga och till och med skadliga institutioner som man medvetet måste försöka avveckla och förnya. Det kan man inte göra utifrån, utan det behövs institutionella företagare som själva försöker

förändra de institutioner som är inriktade på dem inifrån¹². Institutionellt företagande är inte bundet till en formell ställning i hela social- och hälsovårdssystemet och dess organisationer. Med tanke på utvecklingen av hela det nationella systemet är det viktigt att både de politiska beslutsfattarna och tjänsteinnehavarna har aktörer som identifierar sig som institutionella företagare, och som kan förändra både formella och icke-formella institutioner så att välfärdsområdena kan uppnå de mål som ställts upp för dem.

På välfärdsområdenas organisationsnivå kan förnyelseförmågan granskas med hjälp av flera olika dimensioner: För det första är det skäl att granska frågorna på två olika tidsspann, vilket till exempel gjorts inom resiliensforskningen¹³. På kort sikt är förnyelsen en anpassning som kan användas för att fortsätta organisationens verksamhet i enlighet med deras basscenario. Det är till exempel fråga om att utveckla olika praxis och processer till exempel för att uppnå bättre kostnadseffektivitet, serviceupplevelse eller effektivitet. Det kan också vara fråga om en relativt plötslig förändring i verksamhetsmiljön som kräver snabb anpassning (*adaptive change*). Detta perspektiv är absolut inte av ringa betydelse, eftersom social- och hälsovårdstjänsternas och räddningsväsendets fält måste ta till sig hela det föränderliga spektret av människoliv. Även på kort sikt kan det till exempel uppstå sådana sociala fenomen som välfärdsområdet ska kunna reagera på med sina egna tjänster.

På motsvarande sätt kan man med tanke på förnyelseförmågan på längre sikt tala om förnyande förändring (*adaptability*) och förmåga till det. Välfärdsområdenas verksamhetsfält regleras av noggrann lagstiftning och de har ingen allmän bransch eller behörighet. Med andra ord måste de även på lång sikt kunna ta hand om just social-, hälso- och räddningstjänsterna inom sitt verksamhetsområde. Det är dock klart att till exempel sätten att producera tjänster förändras betydligt på längre sikt till exempel när välfärdsområdets samhälls- och befolkningsstruktur förändras. Då behövs förmåga att omvandla servicestrukturen och sätten servicen produceras på så att de motsvarar behovet. Det kan till exempel vara fråga om en övergång från tjänster för unga och den aktiva befolkningen till äldreservice och från ett fast servicenät mot rörliga och till och med mer flexibla servicemodeller. En egen fråga är hur till exempel den medicin som utvecklas och de nya vårdformerna utmanar välfärdsområdenas verksamhetsmodeller. Den tekniska utvecklingen sträcker sig naturligtvis till välfärdsområdenas alla verksamheter och skapar både tryck och möjligheter till reformer.

En annan central dimension i välfärdsområdenas förnyelseförmåga har att göra med förnyelsens formalitet. Å ena sidan kan man tala om traditionell, formell forsknings-, utvecklings- och innovationsverksamhet (FUI-verksamhet). Allt oftare har man i samband med välfärdsområdena börjat tala om FUIK-verksamhet, där "K" står för kompetens. Den formella FUIK-verksamhetens roll i

¹² t.ex. Battilana m.fl. 2009; Sotarauta & Mustikkamäki 2015

¹³ Pike m.fl. 2010

reformen och förnyelsen av välfärdsområdena är obestridlig; den behövs särskilt på medellång och lång sikt för att utveckla nya, effektivare teknologier, processer och vårdpraxis. Det handlar om att förbättra både verksamhetens resultat och kostnadseffektiviteten. Alla välfärdsområden är stora offentliga organisationer, men deras förutsättningar för formell FUIK-verksamhet skiljer sig från varandra, och därför är det förnuftigt att välfärdsområdena söker sig till ett effektivt samarbete när det gäller detta. Sjukvårdsdistrikten har redan tidigare samarbetat till exempel inom specialupptagningsområdena. Till exempel har Södra Österbottens, Egentliga Tavastlands och Birkalands sjukvårdsdistrikt grundat ett gemensamt utvecklingsbolag för att förbättra verksamhetens effektivitet, kostnadseffektivitet och kundorientering. Trots samarbetet ska varje välfärdsområde ordna, organisera och allokera resurser för sin egen FUIK-verksamhet på ett så ändamålsenligt och effektivt sätt som möjligt. Här är en av de stora möjligheterna med välfärdsområdesreformen: Nya innovationer kan utvecklas och spridas effektivare än det tidigare splittrade social- och hälsovårdssystemet. Baksidan är naturligtvis att den formella FUIK-verksamhetens "maskstorlek" ökar, och därför är de lösningar som utvecklas inte nödvändigtvis så lokalt förankrade.

Förutom att den formella FUIK-verksamheten och organiseringen av den lyckas är välfärdsområdenas förnyelseförmåga i hög grad beroende av hela organisationens egenskaper och ledning. Uppstår det en vilja att utveckla och förnya, utvecklas och förnyas i hela organisationen? Detta är till mycket stor del en ledarskapsfråga. När man granskar de offentliga organisationernas innovativitet¹⁴ har man bland annat identifierat att innovativiteten verkar öka om man uppmuntrar arbetstagarna till ett utvecklande, experimentellt arbets sätt, har effektiva respons system och fäster uppmärksamhet vid alla arbetstagares prestationer. På motsvarande sätt verkar den strikta budgetbegränsningen och det ekonomiska trycket inte märkbart öka de offentliga organisationernas innovativitet. De välfärdsområden som ska byggas kommer att mötas av en stram ekonomisk verksamhetsmiljö, men den ska alltså inte automatiskt antas leda till innovationer som underlättar kostnadstrycket. Ledarskapet har däremot en särskild roll för innovationsverksamhetens resultat, som givetvis motiveras av strikta ekonomiska ramar.

Välfärdsområdet kan inte lägga ansvaret för organisationens interna förnyelseförmåga på någon annan. Med tanke på förnyelsen av olika organisationer och innovationsverksamheten är det dock mycket viktigt att de effektivt kan utnyttja de resurser och den kompetens som deras externa verksamhetsmiljö – innovationsmiljön – erbjuder i sin egen förnyelse¹⁵. Under de allra senaste åren har man i allt högre grad börjat tala om s.k. innovationsekosystem som utformas kring någon centralorganisation eller utvecklingsplattform. Typiska drag för ekosystembaserad utveckling är till exempel att den är komplex och systemisk, multifunktionell och omfattar ömsesidigt beroende,

¹⁴ Tillämpning av Demircioglu & Audretsch 2017

¹⁵ Kolehmainen 2016

funktionalitet och dynamik samt en viss livscykel och anpassningsförmåga¹⁶. Innovationsekosystemtänkandet har också tillämpats på reformen av social- och hälsovårdstjänsterna och det kan tolkas som en slags fortsättning på det paradig för samproduktion och gemensam innovation som redan inletts¹⁷. De välfärdsområden som uppstår har därför en god möjlighet att fungera som centralorganisationer för ovan nämnda innovationsekosystem och inrikta utvecklingsarbetet på flera olika aktörer (t.ex. universitet, högskolor, företag inom social- och hälsovården, teknologiföretag osv.). Skapandet och ledningen av ett innovationsekosystem som aktivt strävar efter att förnya social- och hälsovårdstjänsterna förutsätter dock att välfärdsområdena har ett helt nytt perspektiv och ny ledningskompetens. Det väsentliga är att kunna sammanföra olika aktörer, bygga upp gemensamma intressen och stärka det ömsesidiga beroendet, så att helheten blir mer än summan av delarna.

Innovationsekosystemen anknyter framför allt till välfärdsområdenas formella FUIK-verksamhet. Det är bra att notera att välfärdsområdena kommer att vara en del av en större politisk-ekonomisk-administrativ väv i varje område, som inte direkt definierar, men ändå påverkar välfärdsområdets förnyelseförmåga. Denna aspekt av byggandet av välfärdsområden har hittills varit jämförelsevis tunn. En undersökning har visat att förändringsaktörerna i olika regioner i Finland och sätten att gestalta olika möjligheter är mycket olika sinsemellan¹⁸: Typiskt för andra områden är till exempel gradvis förändring och ett proaktivt grepp. Den andra ytterligheten är områden som kännetecknas av radikala förändringar reaktivt, när de är tvungna. Dessa observationer har gjorts i regionutvecklingens kontext, men det är meningsfullt att anta att liknande drag också präglar regionens centrala offentliga organisationer. Det är en bra fråga i vilken utsträckning även de uppkomna välfärdsområdenas organisationer påverkas av andra institutionella och verksamhetskulturella drag i deras lokaliseringsområde.

Som beskrivs ovan är de centrala dimensionerna av förnyelseförmåga mångsidiga och de har olika typer av intern logik. Det handlar om rättsliga, politiska, administrativa, strukturella, tekniska och praktiska lösningar som i bästa fall tillsammans är mer än summan av delarna. I värsta fall går lösningar som görs på olika nivåer och i olika dimensioner emot varandra, vilket leder till att välfärdsområdet slösar bort resurser och förlorar sin förnyelseförmåga. När välfärdsområdenas förnyelseförmåga granskas över dessa dimensioner, kan man identifiera vissa gemensamma principer för organisationen, som man kan sträva efter för att säkerställa en så god utveckling av förnyelseförmågan som möjligt. Principerna sammanfattas härnäst i korthet:

¹⁶ Leponiemi m.fl. 2021

¹⁷ Se Tuurnas 2016

¹⁸ Sotarauta m.fl. 2021

Nyfikenhet och analytik: En förutsättning för utveckling och förnyelse är att organisationens anställda på alla nivåer identifierar utvecklingsbehoven och -möjligheterna. Det behövs nyfikenhet och analytik. Ledningens uppgift är att analytiskt granska helheter, men även en enskild anställd kan identifiera förbättringspunkter och eventuella lösningar i sin egen uppgift. Det finns många organisationsnivåer mellan ledningen och den enskilda arbetstagaren som alla har ansvar för att förnya sitt eget verksamhetsområde.

Organisationen behöver sträcka sig ut: Organisationens nyfikenhet och analytik får inte begränsas till organisationens interna liv, utan blicken borde också sträcka sig utanför organisationens grundschablon. En organisation som utvecklas och förnyas behöver olika och nya idéer. Vårdförhållningens organisation är så enorm att man medvetet behöver sträcka sig ut både inom och utanför organisationen. I fråga om det interna arbetet inom organisationen sammanlänkas idén om att sträcka sig ut och strävan efter integration och förnyelseförmåga. Att sträcka sig ut från organisationen är i sin tur kopplat framför allt till vårdförhållningens arbete med kontaktytor och ett ekosystemliknande utvecklingsätt.

Strukturer som stöder förnyelse: Att bygga upp vårdförhållningens organisation är en gigantisk uppgift. Till organisationens väsen hör att de kritiska funktionerna genast på den första dagen måste fungera smidigt och säkert, eftersom det är fråga om människoliv när det är som mest kritiskt. Därför är det naturligt att man i organiseringen litar på de lösningar som redan tidigare har konstaterats fungera. Samtidigt borde man dock identifiera de punkter i den nya organisationen där man skulle kunna skapa organisationsstrukturer som stöder integrering av olika funktioner samt kontinuerlig förnyelse och utveckling. Organiseringsättet är centralt eftersom det strukturerar organisationens både interna och externa växelverkan.

Uppmuntrande ledarskap och kultur: Organisationens analytik och förmåga att identifiera utvecklingsmöjligheter realiserar inte om inte anställda och experter på olika nivåer uppmuntras att vara proaktiva. Det väsentliga är att stärka människornas förnyande aktörskap och deras gemensamma förståelse för de saker som borde utvecklas och förbättras. När vårdförhållningens organisation byggs upp är det skäl att fästa särskild uppmärksamhet vid utvecklingen av organisationskulturen, eftersom den är svår att ändra. Även ett enskilt vårdförhållningsområde kommer länge att ha många olika organisations- och verksamhetskulturer, men från första början borde man i hela organisationen sträva efter att skapa en uppmuntrande och positiv organisationskultur.

Framtidstänkande: Med tanke på vårdförhållningens grundläggande uppgifter och karaktär är det förstaeligt att det görs mycket utvecklingsarbete med utgångspunkt i nuläget. Man strävar alltså efter att utveckla något som redan finns och lösa de problem som framkommit. Med tanke på organisationens långsiktiga utveckling är det dock väsentligt att man hela tiden reflekterar över nuläget även för framtida behov och andra utvecklingstrender. I synnerhet ledningen måste kunna

beskriva eventuella framtidsscenarier där anställda och andra experter kan se sig själva. Det motiverar och uppmuntrar människor och stärker hela organisationens framtidsinriktade verksamhetsätt.

Förenande ledarskap

De helheter och problem som ska lösas inom den offentliga sektorn begränsas allt mer sällan enligt organisations- och sektorsgränserna. Den pågående reformen av välfärdsområdena är ett utmärkt exempel på detta. När ansvaret för att ordna social- och hälsovårdstjänster och räddningsväsendet överförs till välfärdsområdena i och med reformen, bibehåller den offentliga sektorn en betydande ställning i ordnandet och produktionen av tjänster. I tjänsteproduktionen deltar dock även aktörer inom den privata och tredje sektorn, vilket allt oftare kan antas framhäva betydelsen av samarbete och samarbetsnätverk över organisations- och sektorsgränserna. Samtidigt är ledarskapet, det praktiska ledarskapet och ansvaret för att främja olika saker fördelade i större omfattning, och då behövs också ett nytt slags ledarskap och ledningsmetoder.

Förenande ledarskap (*integrative public leadership*) är en av de inriktningar för delat ledarskap som undersökts inom det offentliga ledarskapet. Man har önskat ett paraplybegrepp för att sammanställa olika ledningsriktningar som överskrider organisationsgränserna¹⁹. Det finns ett flertal närliggande begrepp med likartade grundtankar och av dem kan till exempel nämnas gemensamt ledarskap (*collaborative leadership*), faciliterande ledarskap (*facilitative leadership*) och katalyserande ledarskap (*catalytic leadership*). Gemensamt för dessa inriktningar är att omvärlden tolkas som en struktur som struktureras nätverksbaserat och att interaktionsbehovet ökar samt att verksamheten bygger på samarbete, gemensamt överenskomna mål och ömsesidigt förtroende²⁰.

Ett gemensamt ledarskap kan definieras för att sammanföra grupper och organisationer utan hänsyn till förvaltningsgränser (och ofta sektorsgränser) och med hjälp av olika tillfälliga metoder²¹. Ett centralt mål kan anses vara att stärka integrationen mellan aktörerna i syfte att effektivisera verksamheten och skapa synergifördelar²². Det avgörande för uppnåendet av målen är att ledarna, samarbetsprocesserna och samarbetsförfarandena samt strukturerna och förvaltningsmekanismerna stöder strävandena att uppnå de gemensamma målen.

I takt med att behovet av samarbete och samordning ökar och verksamheten i allt högre grad övergår till nätverksbaserade strukturer ställs nya förväntningar och krav på ledarens roll och verksamhet. Ledarens roll förändras från en "hjärte" som stöder sig på hierarkisk bestämmanderätt till en möjliggörare och faciliterare som verkar bland jämlikar. Ledarens roll är allt mer kopplad till att samla

¹⁹ Morse 2010, 231

²⁰ Parkkinen m.fl. 2017, 23

²¹ Crosby & Bryson 2010, 211

²² Crosby & Bryson 2010, 211; Morse 2010, 231–232

samarbetsparterna, skapa förutsättningar för arbetet, möjliggöra processer och händelseförlopp samt facilitera verksamheten²³. Ledarens roll har beskrivits som en slags katalysator som skapar en reaktion som ger upphov till något nytt som inte skulle vara möjligt utan den²⁴. I praktiken innebär detta att man fungerar som sammankallande, skapar legitimitet och skaffar resurser och kontakter, koordinerar och samordnar sammankomster samt som en facilitator som underlättar, styr och håller i gång arbetet²⁵.

I och med att rollen förändras förutsätts också att ledaren omorienterar sin verksamhet. Personens uppgiftsfält kan förändras (eller utvidgas beroende på hans eller hennes position i den egna organisationen). I och med samarbetsnätverken har bland annat följande uppgiftshelheter framhävts inom ledarens uppgiftsområde: Att bygga upp en gemensamt skapad uppfattning om gemensamma problem och mål, bygga upp förtroende mellan aktörerna och verksamhetens godtagbarhet, sammanföra aktörerna och stärka dem, facilitera arbete, interaktion och interaktionsprocesser, samordna perspektiv och lösa konflikter mellan aktörerna²⁶. Utvecklingen av olika samarbetsprocesser och -förfaranden samt strukturer och -mekanismer för att stödja gränsöverskridandet och integrationen mellan de parter som deltar i samarbetet (till exempel olika interaktionsarenor och -forum) kan också anses vara en del av kärnan i ledarens uppgiftsområde. Den gemensamma ledarens uppgiftsfält kan konstateras vara omfattande, mångformigt och utmanande.

Utmaningen med förenande ledarskap ökar på grund av att samarbetet och samarbetsnätverket är komplicerade och att de problem som ska lösas och verksamhetsmiljön är komplexa. I och med detta måste man också hitta nya sätt att påverka i urvalet av ledarskapsmetoder. När ledarskapet lösgörs från det traditionella befälsförhållandet mellan chef och underordnad, sker ledningen i allt högre grad med hjälp av olika indirekta påverkningsmetoder. Detta innebär inte på något sätt att förhållandet mellan chef och underordnad försämras, utan snarare att ledningsarbetet blir mångsidigare.

Som ett första exempel på indirekt påverkan kan man nämna påverkan på de sakhelheter som behandlas. Det väsentliga är att identifiera de problem som kräver gemensamma insatser och rikta uppmärksamheten mot dem genom att rama in problemet och lyfta fram ärendet som föremål för diskussion och beslutsfattande.²⁷ Ett annat centralt sätt är att påverka sammansättningen av dem som deltar i samarbetet, dvs. vilka aktörer, intressentgrupper och medborgare som identifieras som viktiga för samarbetet och vilka som utesluts ur det. Med tanke på samarbetsnätverkets verksamhet och inledandet av den kan det anses vara avgörande att de rätta samarbetsparterna identifieras och

²³ Chrislip & Larsson 1994, xiv; Luke 1998, 30–32; Morse 2010, 231–232; Parkkinen m.fl. 2017, 24

²⁴ Luke 1998, 33; Morse 2010, 232–233; se även Kinnunen 2019, 31

²⁵ Luke 1998, 67–68, 186–187; Crosby & Bryson 2010, 219; Morse 2010, 234; Ansell & Gash 2012, 15; Parkkinen & Kolehmainen på kommande

²⁶ Huxham & Vangen 2005, 214; Crosby & Bryson 2010, 219; Page 2010, 249–250

²⁷ Luke 1998, 41; Huxham & Vangen 2005, 215

inkluderas i samarbetet. Dessutom ska den samordnande ledaren genom sin verksamhet främja skapandet och ibruktagandet av strukturer, processer och praxis som stöder samarbetet och deltagandet.²⁸ Som tredje metod kan man lyfta fram den egentliga faciliteringen av samarbetet för att identifiera gemensamma problem och mål samt för att utarbeta alternativa verksamhetsstrategier så att de olika samarbetsparternas styrkor kan utnyttjas bäst som en del av samarbetsnätverkets verksamhet.²⁹ Ett fjärde sätt är att bidra till att verksamheten hålls igång så att samarbetet fortsätter och man satsar aktivt även efter inledningsskedet. Samarbetsparterna måste framför allt uppleva samarbetet som nyttigt ur sitt eget perspektiv. Här kan olika system som utvecklats för att mäta verksamhetens produktivitet och effektivitet vara till hjälp. Med hjälp av systemen kan man konkret påvisa verksamhetens resultat.³⁰

I ljuset av det som beskrivits ovan kan man konstatera att uppgiften som gemensam direktör också förutsätter en något annorlunda kompetens än den traditionella ledningen av hierarkiska organisationer. Det bör dock beaktas att en stor del av ledarens grundläggande arbete fortfarande sker inom ramen för en hierarkiskt uppbyggd organisation, trots att samarbetet över organisationsgränserna och samarbetsnätverkens betydelse och den uppmärksamhet de kräver ökar³¹. Kompetensbehoven för ledaren ökar kumulativt, vilket för sin del kan öka behovet av specialisering och differentiering av ledarskapsrollerna.

Den förenande ledarens kompetens

I detta sammanhang hänvisar man med begreppet kompetens (*competence*) till individens kompetenshelhet, som är kopplad till arbetsuppgift, position eller arbetsprestation och därmed skiljer sig från den allmänna kompetensen. Kompetens kan förstås som yrkesmässig kompetens.³² För att undvika förväxlingar är det skäl att lyfta fram begreppen kompetensområde (*competency*) och kvalifikation (*qualification*) som parallella begrepp till kompetens. Med kompetensområde avses ofta något kompetensområde, det vill säga en enskild kunskap eller färdighet. Med kvalifikation avses å sin sida arbetstagarens kompetens med tanke på organisationens behov och den kan jämföras med kompetenskraven för arbete.³³ Personalens kvalifikation är i sig en mycket viktig fråga i de välfärdsområden som ska byggas, men den tas inte upp i detta sammanhang.

Med kompetens kan man avse förmågan att klara av en arbetsuppgift, en egenskap eller en kombination av dessa. Kompetensen är dessutom bunden till kontext och kultur, dvs. beroende på

²⁸ Luke 1998, 67; Huxham & Vangen 2005, 218

²⁹ Luke 1998, 89; Huxham & Vangen 2005, 219

³⁰ Luke 1998, 123; Huxham & Vangen 2005, 220; Crosby & Bryson 2010, 226

³¹ Agranoff 2006, 57

³² Hanhinen 2010, 59

³³ Helakorpi 2005, 62; Hanhinen 2010, 59, 77

omvärlden kan kompetensen förstås på olika sätt.³⁴ Med kompetens avses en större helhet där man utöver enskilda kunskaper och färdigheter även inkluderar värderingar, attityder, motivationskällor och individens personlighetsdrag³⁵. Då kan kompetensen indelas i till exempel affektiva (värderingar, temperament och känslor), konativa (motivation och vilja) samt kognitiva (kunskaper, informationsprocesser, intelligens och färdigheter) kompetensfaktorer³⁶.

I kompetensundersökningar i anslutning till förenande ledarskap har man granskat och granskar för närvarande vilka kompetensbehov som förutsätts av ledare som arbetar på samma sätt som en ledare som förenar kompetensbehov. Det tidigare beskrivna behovet av att kombinera, koordinera och facilitera framhäver i synnerhet behovet av kommunikations- och interaktionsfärdigheter samt relationsfärdigheter i anslutning till dessa – såsom ledarens förmåga att förhandla, kommunicera, lyssna och observera andra parter³⁷. Den interaktiva ledaren bör sträva efter att fungera som en ledare som förenar intressentgrupper, strukturer och frågor och som genom sitt agerande och sin kommunikation främjar fördjupat samarbete, uppkomsten av nya lösningar och offentligt ekonomiskt värdeskapande³⁸. I en komplicerad verksamhetsmiljö förutsätts dessutom färdigheter i till exempel systemiskt tänkande och ett strategiskt synsätt samt förmåga att leda sig själv³⁹. Systemiskt tänkande och en strategisk vision är kopplade till ledarens förmåga att se helhetsbilden, placera sig själv som en del av den samt identifiera centrala sakhelheter, processer och interaktionsarenor som kräver att ledaren ingriper. Färdigheter i att leda sig själv förknippas särskilt med schemaläggning och hantering av det egna arbetet samt reglering av den egna orken i anslutning till dessa. Behovet av samarbete och förenande förutsätter dessutom bland annat en samarbetspositiv attityd, förmåga att arbeta i team och samarbeta samt värderingar som grundar sig på jämställdhet och rättvisa i det förenande ledarskapet, att dessa värderingar förs fram i den egna verksamheten samt särskild vilja och motivation att delta i samhällsfrågor⁴⁰.

Utmaningen med förenande ledarskap och det breda kompetensbehov som hör samman med det framhäver betydelsen av delat ledarskap: En enskild ledare behöver inte vara ensam ansvarig för allt eller kunna allt.⁴¹ För att samarbetet ska lyckas och för att samarbetsnätverket ska fungera är det alltså inte avgörande om den enskilda ledaren är en mångkunnig person inom alla områden. Med tanke på samarbetet och samarbetsnätverket är det däremot väsentligt att den förenande ledaren kan samla

³⁴ Helakorpi 1999, 15; Ruohotie 2005, 32; Hanhinen 2010, 53–54, 72

³⁵ Boyatzis 1982, 21; Garavan & McGuire 2001, 151–152; Hanhinen 2010, 55

³⁶ Snow, Corno & Jackson 1996, 247; Hanhinen 2010, 76

³⁷ Morse 2008, 88–89; Parkkinen m.fl. 2017, 87; Parkkinen & Kolehmainen på kommande

³⁸ Se Kinnunen 2019, 166

³⁹ Luke 1998, 151–152, 186–187; Morse 2008, 89–90; Crosby & Bryson 2010, 218; Sun & Anderson 2012, 314; Parkkinen m.fl. 2017, 86–87; Parkkinen & Kolehmainen på kommande

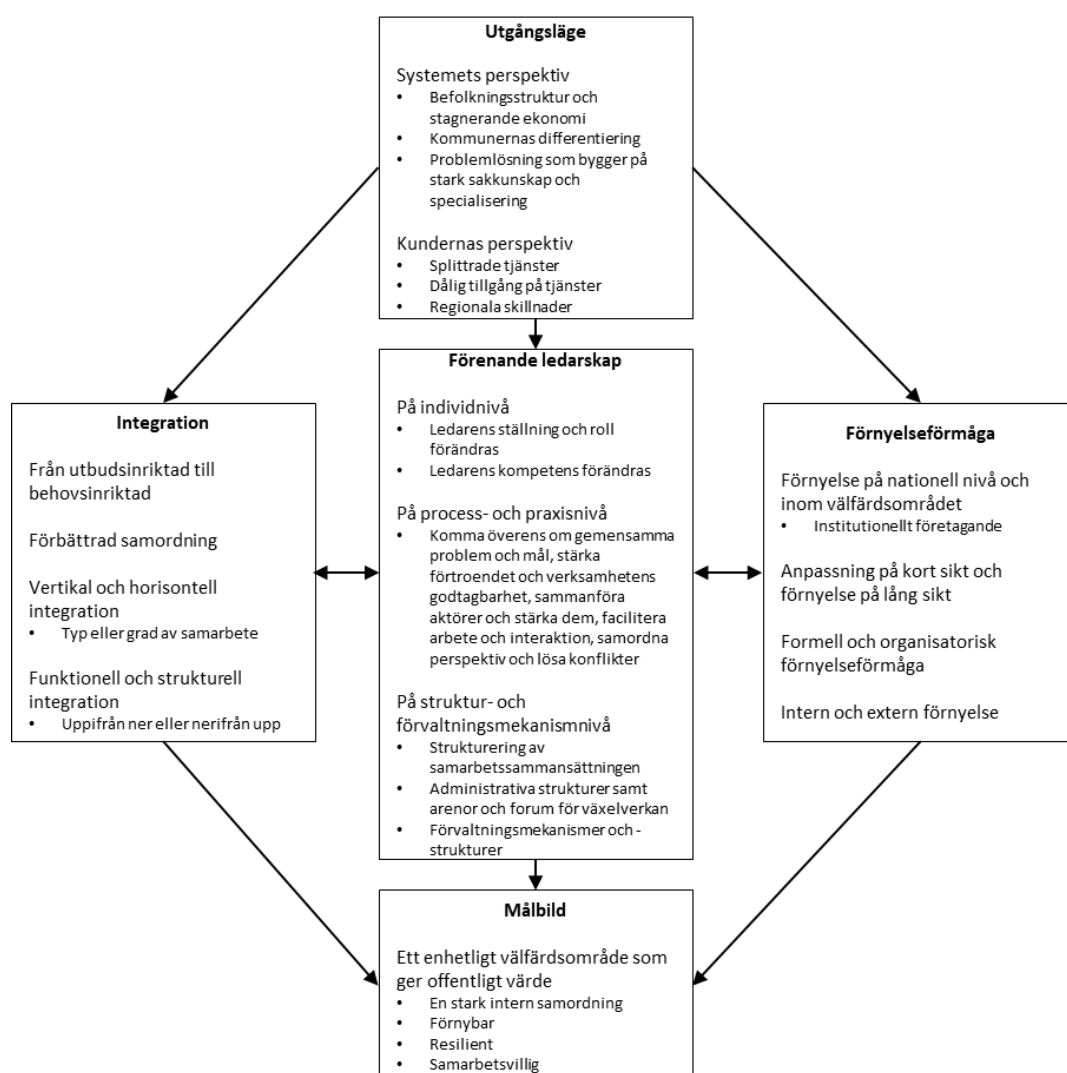
⁴⁰ Luke 1998, 226; Getha-Taylor 2008, 114; Sun & Anderson 2012, 220; Parkkinen m.fl. 2017, 86–87; Parkkinen & Kolehmainen på kommande

⁴¹ Bryson & Crosby 1992, 32

en sådan helhet till samarbetsparter vars helhetskompetens motsvarar de kompetensbehov som riktas mot den. Man kan tala om en slags helhetskompetens i samarbetsnätverket.⁴² Detta innebär å andra sidan egna utmaningar för kompetensbedömningen, fortbildningen och rekryteringen, eftersom man i stället för att bedöma den enskilda ledarens kompetens borde bedöma hela samarbetsnätverkets helhetskompetens.

Slutsatser och budskap till välfärdsområdenas beredning

I den här artikeln har vi granskat organiseringen av välfärdsområdena med hjälp av begreppen integration, förnyelseförmåga och förenande ledarskap. I figur 2 har vi sammanfattat våra viktigaste budskap. Vi anser att genom att med hjälp av ledarskap kombinera både dimensioner av integration och element av förnyelseförmåga kan vi tänka att reformen kan leda till välfärdsområden som bättre än i nuläget kan producera offentligt värde även i framtiden.



⁴² Parkkinen & Kolehmainen på kommande; se även kollektiv expertis Jurmu 2020, 86

Figur 2. Sammanfattning för att förstå integration, förnyelseförmåga och förenande ledarskap i välfärdsområdena

Till sist vill vi sammanfatta några kärnbudskap i beredningen och organiseringen av välfärdsområdena, särskilt med tanke på integrationen och förnyelseförmågan. För det första är strukturell och operativ integration inte samma sak. I en reform som fokuserar på strukturen garanterar fusion inte funktionell integration och den funktionella integrationen leder inte nödvändigtvis till en stark strukturell integration. Ändå är det möjligt att med båda approacherna gå mot en situation där både struktur och praxis är gemensamma. I båda dimensionerna är det viktigt att satsa på växelverkan för att uppnå gemensamma mål och förtroende. Integrationen är dock i slutändan också en social process.

En annan central observation är att nya välfärdsområden som inleder sin verksamhet redan från början ska fästa uppmärksamhet vid deras förnyelseförmåga. Precis som en fusion inte garanterar integration, garanterar inte heller skapandet av en ny organisation förnyelseförmåga. Snarare finns det en risk för att det genom hela social- och hälsovårdsreformen uppstår en slags "förnyelseillusion": Man tänker att alla utmaningar med reformen av social- och hälsovårdstjänsterna har lösts i och med förnyelsen. Det är naturligtvis inte fallet, eftersom social- och hälsovårdstjänsternas och räddningsväsendets utmaningar förändras och omvandlas hela tiden. Det skulle vara nyttigt att uppfatta att välfärdsområdena säkert länge befinner sig i ett tillstånd av kraftig utveckling och förnyelse. Detta arbete måste göras beslutsamt och långsiktigt, man måste vara nyfiken och sträcka sig ut.

Det tredje perspektivet och budskapet är att de nya välfärdsområdena i förnyelse- och utvecklingsarbetet ska sträva efter helhetsbetonad verksamhet. De nya välfärdsområdena är stora organisationer som har tillgång till betydande resurser även för utvecklingsarbetet. Detta trots att kampen om allokering av resurser oundvikligen kommer att vara mycket intensiv, eftersom det i mycket stor utsträckning handlar om olika perspektiv på människors välfärd. Bredare ekonomiska axlar än tidigare får inte leda till en "resursillusion" i förnyelse- och utvecklingsarbetet. Med andra ord ska man i välfärdsområdena inte tänka att det till exempel räcker med enbart formellt FUIK-arbete. Det är också viktigare att sträva efter att bygga upp en förnyelse- och utvecklingskultur som är spridd över välfärdsområdesorganisationerna och som syftar till att skapa ännu mer fungerande verksamhetsformer och -praxis för alla de förhållanden och situationer där välfärdsområdena kommer att bygga upp medborgarnas välfärd. Detta perspektiv ska också beaktas i hur välfärdsområdenas organisation och förvaltning byggs upp i sin helhet.

För det fjärde vill vi lyfta fram betydelsen av ett förenande ledarskap. Ledarskapet är dock i slutändan den katalysator⁴³ med hjälp av vilken utvecklingspotentialen i anslutning till integration och

⁴³ Luke 1998, 33; Morse 2010, 232–233; se även Kinnunen 2019, 31

förnyelseförmåga antingen kan tas i bruk eller inte. Eftersom samarbete och ansvarsfördelning i allmänhet är effektivare sätt att sköta ärenden som överskrider organisations- och sektorsgränserna och lösa problem, är inte heller en enda person ensam ansvarig för förenandet⁴⁴. Dessutom kan man göra tolkningen att de kompetensbehov som krävs kumuleras så att ledarna för olika substansområden i uppgiften som ledare, utöver de färdigheter som behövs i det traditionella ledarskapet, bör tillägna sig nya attityder, kunskaper och färdigheter som stöder samarbete och integration. I praktiken innebär detta att uppgiften som gemensam ledare inte ska läggas på en enskild person. I förenandet behövs rätt proportioner av sådana personer vars olika typer av ledarskap och kompetens kompletterar varandra.

Om man vill att välfärdsområdena ska vara genuint integrerade och ha förmåga till förnyelse, ska det vara möjligt att kombinera nya strukturer, processer och praxis och genomföra ett förenande ledarskap på olika nivåer. Betydelsen av förenandet bör återspeglas i rekryteringen av nyckelpersoner, deras fortbildning och eventuella specialisering. Dessutom väcks frågan om välfärdsområdena behöver helt nya strukturer och uppgiftshelheter som främjar integration, förnyelseförmåga och samordning både för ledning av förtroendevalda och för tjänstemannaledning.

Källor

Agranoff, R. (2006). Inside collaborative networks: Ten lessons for public managers. *Public Administration Review*. 66 (1), 56–65. DOI: 10.1111/j.1540-6210.2006.00666.x.

Ansell, C. & Gash, A. (2012). Stewards, mediators, and catalysts: Toward a model of collaborative leadership. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*. 17 (1), 2–21. Hämtat 10.12.2021 från <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=bsu&AN=75324048&site=ehost-live&scope=site>.

Battilana, J., Leca, B. & Boxenbaum, E. (2009) How actors change institutions: Towards a theory of institutional entrepreneurship. *The Academy of Management Annals*. 3 (1), 65–107.

Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E. & Booth, A. (2018). The effects of integrated care: A systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Services Research*. 18 (1), 350–362. DOI: 10.1186/s12913-018-3161-3.

Boyatzis, R. E. (1982) *The competent manager. A model for effective performance*. New York: John Wiley & Sons.

Briggs, A., Valentijn, P., Thiyagarajan, J., Jotheeswaran, A. & de Carvalho, A. (2018). Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open*. 8 (4), 1–13.

⁴⁴ Bryson & Crosby 1992, 32

Bryson, J. M. & Crosby, B. C. (1992) Leadership for the common good. Tackling public problems in a shared-power world. San Francisco: Jossey-Bass publishers.

Chrislip, D. D. & Larson, C. E. (1994). Collaborative leadership: How citizens and civic Leaders can make a difference. San Francisco: Jossey-Bass.

Crosby, B. & Bryson, J. (2010). Integrative leadership and the creation and maintenance of cross-sector collaborations. *Leadership Quarterly*. 21 (2), 211–230. DOI: 10.1016/j.leaqua.2010.01.003.

Demircioglu, M. A. & Audretsch, D. (2017). Conditions for innovation in public sector organizations. *Research Policy*. 46 (9), 1681–1691.

Dickinson, H. (2014). Making a reality of integration: Less science, more craft and graft. *Journal of Integrated Care*. 22 (5/6), 189–196. DOI: 10.1108/JICA-08-2014-0033.

Europeiska kommissionen. (2020). Integrerad vård: Bättre samordning och utförande av vård. Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency: 12.11.2020. Hämtat 24.11.2020 från <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/f2ccdc5b-3dbc-11eb-b27b-01aa75ed71a1/language-fi>.

Garavan, T. N. & McGuire, D. (2001). Competencies and workplace learning: Some reflections on the rhetoric and reality. *Journal of Workplace Learning*. 13 (3), 144–163. DOI: 10.1108/13665620110391097.

Getha-Taylor, H. (2008) Identifying collaborative competencies. *Review of Public Personnel Administration*. 28 (2), 103–119. DOI: 10.1177/0734371X08315434.

Goddard, M. & Mason, A. R. (2017). Integrated care: A pill for all ills? *International Journal of Health Policy and Management*. 6 (1), 1–3. DOI: 10.15171/ijhpm.2016.111.

Goodwin, N., Smith, J., Davies, A., Perry, C., Rosen, R., Dixon, A., Dixon, J. & Ham, C. (2012). Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together. A Report to the Department of Health and the NHS Future Forum. London: The King's Fund and Nuffield Trust.

Ham, C. & Curry, N. (2011). Integrated care – What is it? Does it work? What does it mean for the NHS? London: The King's fund.

Hanhinen, T. (2010) Työelämäosaaminen. Kvalifikaatioiden luokitusjärjestelmän konstruointi. Akademisk avhandling. Tammerfors: Tammerfors universitet.

Health Foundation. (2016). Person-centred care made simple. London: The Health Foundation.

Helakorpi, S. (1999) Kouluttajan asiantuntijuus ja sen kehittäminen. Opettajakorkeakoulun julkaisusarja D:119. Tavastehus: Tavastlands yrkeshögskola.

Helakorpi, S. (2005) Työn taidot. Ammatillisen opettajakorkeakoulun julkaisu 2/2005. Tavastehus: Tavastlands yrkeshögskola.

Huxham, C. & Vangen, S. 2005. Managing to collaborate: The theory and practice of collaborative advantage. London: Routledge.

Jurmu, L. (2021) Millaisella asiantuntijuudella tulevaisuuden kunta rakennetaan? Akademisk avhandling. Tammerfors: Tammerfors universitet.

Kinnunen, E. (2019). Yhdistävä viestintä. Viestinnän rakentuminen sosiaali- ja terveysjohtamisen rajapinnoilla. Akademisk avhandling. Tammerfors: Tammerfors universitet.

Kolehmainen, J. 2016. Paikallinen innovaatioympäristö: Kohti alueellisen innovaatiotoiminnan ymmärtämistä. Tampere University Press. Tammerfors.

Lê, G., Morgan, R., Bestall, J., Featherstone, I., Veale, T. & Ensor, T. (2016). Can service integration work for universal health coverage? Evidence from around the globe. *Health Policy*. 120 (4), 406–419. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.02.007.

Leponiemi, U., Nordling, N., Kolehmainen, J. & Rannisto, P.-H. (2021). Innovaatioekosysteemi toimintoina: Käsitteellinen avaus sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisen näkökulmasta (opublicerat manuskript).

Luke, J.S. (1998) *Catalytic leadership: Strategies for an interconnected world*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Morse, R. (2008) Developing public leaders in age of collaborative governance. I verket Morse, R. & Buss, T. (red.) *Innovations in public leadership development*. New York & Lontoo: M.E. Sharpe, 79–100.

Morse, R. (2010) Integrative public leadership: Catalyzing collaboration to create public value. *Leadership Quarterly*. 21 (2), 231–245. DOI: 10.1016/j.leaqua.2010.01.004.

Page, S. (2010). Integrative leadership for collaborative governance: Civic engagement in Seattle. *Leadership Quarterly*. 21 (2), 246–263. DOI: 10.1016/j.leaqua.2010.01.005.

Parkkinen, J., Haveri, A. & Airaksinen, J. (2017). Yhdistävä johtajuus. Tutkimus kuntajohtajien osaamistarpeiden muutoksesta. Acta 268. Helsingfors: Finlands Kommunförbund & Tammerfors universitet.

Parkkinen, J. & Kolehmainen, J. (på kommande). Vähän pitää tietää kaikesta: Aluekehittäjien moninaiset roolit ja kompetenssit. *Arbetslivsundersökning*.

Pike, A., Dawley, S., & Tomaney, J. (2010). Resilience, adaptation and adaptability. *Cambridge journal of regions, economy and society*. 3 (1), 59–70.

Ruohotie, P. (2005) Kvalifikaatioiden ja kompetenssien kehittäminen koulutuksen tavoitteena. I verket Varis, T. (red.) *Uusrenessanssiajattelu, digitaalinen osaaminen ja monikulttuurisuuteen kasvaminen*. Helsingfors: OKKA-säätiö. 31–49.

Shaw, S., Rosen, R. & Rumbold, B. (2011). *What is integrated care? An overview of integrated care in NHS*. London: Nuffield Trust.

Snow, R., Corno, L. & Jackson, D. (1996) Individual differences in affective and conative functions. I verket Berliner, D. & Calfee, R. (red.) *Handbook of Educational Psychology*. New York: Simon & Schluster Macmillian, 243–310.

Sotarauta, M. & Mustikkamäki, N. (2015) Institutional entrepreneurship, power, and knowledge in innovation systems: Institutionalization of regenerative medicine in Tampere, Finland, *Environment and Planning C: Government and Policy*. 33 (2), 342 – 357

Sotarauta, M., Kurikka, H. Kolehmainen, J. & Sopenan, S. 2021. Toimijuus ja mahdollisuuksien tilat aluekehityksessä: Miten kehittyä vastoin kaikkia oletuksia? *Sente-julkaisu* 35/2021, Tammerfors: Tammerfors universitet.

Stokes, J., Riste, L. & Cheraghi-Sohi, S. (2018). Targeting the “right” patients for integrated care: stakeholder perspectives from a qualitative study. *Journal of Health Services Research and Policy*. 23 (4), 243–251. DOI: 10.1177/1355819618788100.

Sun, P. & Anderson, M. (2012). Civic capacity: Building on transformational leadership to explain successful integrative public leadership. *Leadership Quarterly*. 23 (3), 309–323. DOI: 10.1016/j.leaqua.2011.05.018.

Tuurnas, S. (2016). *The professional side of co-production*. Tampere University Press. *Acta Universitatis Tamperensis* 2163. Tammerfors.