



V A A S A N Y L I O P I S T O

KAARINA TANTTU

Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa

Prosessilähtöisen toiminnan hallinta
koordinoinnin näkökulmasta

ACTA WASAENSIA

No 176

Sosiaali- ja terveyshallintotiede 2

UNIVERSITAS WASAENSIS 2007

Esitarkastajat Professori Risto Harisalo
 Johtamistieteiden laitos
 Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta
 33014 Tampereen yliopisto

Dosentti, tutkimuspäällikkö Markku Kiviniemi
Yleisen valtio-opin laitos
Valtiotieteellinen tiedekunta
PL 54
00014 Helsingin yliopisto

ESIPUHE

Tutkimuksen tekeminen on ennalta arvaamatonta ja haasteellista niin kuin elämäkin. Tämän tutkimusprosessin aikana ovat monet elämässä ja työssä tapahtuneet asiat kypsyttäneet ajatuksiani. Tällaisessa prosessissa korostuu toisen ihmisen asiantunteva, ohjaava ja kriittinen näkemys. Väitöskirjatyöni ohjaajan professori Pirkko Vartiaisen antama vapaus edetä työssäni omaan tahtiini on ollut rohkaisevaa ja tutkijan työhön kasvattavaa. Hänelle osoitan suurimmat kiitokseni.

Väitöskirjatutkimukseni esitarkastajina toimineille dosentti Markku Kiviniemelle ja professori Risto Harisalolle osoitan lämpimät kiitokset työhöni paneutumisesta ja arvokkaista kommentteista sen parantamiseksi.

Tutkimukseni valmistuminen on edellyttänyt taloudellista tukea ja mahdollisuutta irrottautua päivätyöstä. Kiitän saamastani taloudellisesta tuesta Työsuojelurahastoa ja Turun kaupungin terveystoimea. Erityisesti haluan kiittää tulosaluejohtajaa, dosentti Päivi Rautavaa kannustavasta tuesta ja aineistoanalyysin loppuun saattamisen mahdollistamisesta. Kiitän myös hyvää ystävääni Tiina Surakkaa siitä, että hän suostui oman tutkimustyönsä ohella varmistamaan aineistoanalyysini luotettavuutta. Esitän kiitokseni myös Tarja Salolle painoasun ja Anna Martikaiselle englanninkielisten yhteenvedojen tarkistamisesta.

Lopuksi haluan viestittää kauneimmat kiitokseni monenlaisesta tuesta, ymmärtämisestä ja myötäelämisestä vanhemmilleni, sisarilleni, Karille ja lapsilleni. Olen kiitollinen myös kaikille ystäväilleni, jotka ovat luoneet minuun uskoa ja kannustaneet eteenpäin tutkimuksen kulussa.

Omistan tämän väitöskirjani kaksospojilleni Petrille ja Tuomakselle, jotka ovat eläneet koko lapsuutensa jatkuvasti opiskelevan äidin kanssa. Nyt, kun olen saanut tämän työni valmiiksi, ovat lapseni vasta opiskelunsa alkutaipaleella. Toivotan heille menestystä elämässään.

Kaarinassa 18. helmikuuta 2007

Kaarina Tantt

SISÄLLYS	sivu
ESIPUHE	3
KUVIOT JA TAULUKOT	7
ABSTRACT	10
1. JOHDANTO	11
2. TUTKIMUKSEN PERUSVALINNAT	15
2.1. Tutkimuksen päätehtävän asettaminen	15
2.2. Tutkimuksen tavoitteiden asettaminen	18
2.3. Tutkimuksen näkökulman asettaminen	19
3. TERVEYDENHUOLLON PROSESSILÄHTÖISEN TOIMINNAN HALLINTA JA KOORDINOINTI	22
3.1. Tutkimuksen käsitteelliset lähtökohdat	22
3.2. Palveluketjujen hallinta	27
3.2.1. Palveluketju	27
3.2.2. Hallinta käsitteenä	29
3.2.3. Julkisten organisaatioiden hallinta	31
3.2.4. Yhteenvedo tutkimuksen hallinnan käsitteestä	36
3.3. Koordinointi	39
3.3.1. Koordinointi käsitteenä	39
3.3.2. Koordinointi organisaatioteorioiden näkökulmasta	41
3.3.3. Koordinointimekanismit	55
3.3.4. Yhteenvedo koordinoinnin käsitteestä	58
3.4. Prosessilähtöisyys	60

3.4.1. Prosessilähtöinen ajattelu	60
3.4.2. Prosessilähtöisen toiminnan johtaminen	62
3.4.3. Yhteistyön merkitys prosessilähtöisessä toiminnassa	66
3.4.4. Osaaminen prosessilähtöisessä organisaatiossa	71
3.4.5. Yhteenvedo prosessilähtöisen toiminnan sujuvuuteen vaikuttavista osa - alueista	75
3.5. Koordinointi prosessilähtöisen toiminnan hallinnan menetelmänä	76
4. TERVEYDENHUOLTO PALVELUORGANISAATIONA	79
4.1. Terveysthuollon palveluketjut ja - prosessit	79
4.2. Osaamisen merkitys terveydenhuollon palvelujärjestelmässä	82
4.3. Asiantuntijayhteistyö terveydenhuollon palveluprosessissa	84
4.4. Terveysthuollon palveluketjujen hallinta	85
5. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	91
5.1. Tutkimuksen kohde	91
5.2. Tutkimusaineisto	96
5.3. Aineiston analyysin toteutus	102
5.4. Luotettavuustarkastelu	108
6. TERVEYDENHUOLLON PROSESSILÄHTÖISEN TOIMINNAN HALLITTAVAT OSA-ALUEET JA NIIDEN KOORDINOINTI	111
6.1. Kriittiset kohdat tapaustutkimuksen palveluprosessissa ja palveluketjussa	111
6.2. Prosessilähtöisen toiminnan hallittavat osa - alueet ja niiden riippuvuustekijät	122
6.2.1. Palveluprosessien jatkuvuus	123

6.2.2. Palveluketjujen sujuvuus	127
6.2.3. Toiminnan johtaminen	130
6.2.4. Asiantuntijayhteistyö	134
6.2.5. Asiantuntijoiden osaaminen	136
6.2.6. Tiedon hallinta	139
6.3. Koordinoitavat terveydenhuollon toiminnan osa-alueet	141
6.4. Koordinointi terveydenhuollon palveluketjujen hallinnan menetelmänä	149
6.4.1. Terveydenhuollon prosessilähtöisen toiminnan koordinointi	150
6.4.2. Terveydenhuollon funktionaalisen toiminnan koordinointi	159
6.5. Yhteenveto julkisen terveydenhuollon palveluketjujen hallinnasta	162
6.6. Terveydenhuollon toiminnan kehittäminen	165
6.6.1. Asiakaslähtöisyys terveydenhuollon toiminnassa	165
6.6.2. Palveluketjuajattelun sisäistäminen	167
6.6.3. Palveluketjussa kulkevan tiedon hallinta	169
6.7. Yhteenveto keskeisistä tuloksista	170
7. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	178
7.1. Käsitteellisten lähtökohtien ja empirian suhde tutkimuksessa	178
7.2. Terveydenhuollon palveluketjut ja prosessilähtöisen toiminnan koordinointi	186
7.3. Terveydenhuollon palveluketjuajattelun tulevaisuuden näkymät	191
SUMMARY	201
LÄHTEET	206
LIITTEET	220

KUVIOT JA TAULUKOT

Kuvio 1. Tutkimuksen käsitteelliset lähtökohdat	22
Kuvio 2. Teoreettisesti muodostetut riippuvuustekijät suhteessa prosessilähtöisen toiminnan osa-alueisiin	54
Kuvio 3. Koordinointimekanismit Mintzbergiä (1990; 3–8) mukaellen	56
Kuvio 4. Siirtyminen funktioiden johtamisesta prosessien johtamiseen terveydenhuollossa	63
Kuvio 5. Palvelu- tai hoitoketjujen etenemisen kuvaus	64
Kuvio 6. Yhteistyö prosessilähtöisessä toiminnassa	70
Kuvio 7. Osaamisen ja sen jakamisen merkitys terveydenhuollossa prosessilähtöisen toiminnan näkökulmasta	73
Kuvio 8. Prosessilähtöiseen toiminnan sujuvuuteen vaikuttavat osa-alueet	75
Kuvio 9. Koordinointi prosessilähtöisen toiminnan hallinnassa	77
Kuvio 10. Palveluketjun hallinta vertikaalisella ja horisontaalisella tasolla	88
Kuvio 11. Tutkittavan palveluketjun kuvaus	93
Kuvio 12. Tutkimuksen kysymyksenasettelu ja tutkimusaineiston muodostuminen	101
Kuvio 13. Aineiston sisällönanalyysin vaiheet	106
Kuvio 14. Tutkimustapauksen palveluprosessien ja -ketjun sujuvuuden kriittiset kohdat	120
Kuvio 15. Palveluprosessien jatkuvuuden riippuvuustekijät	124
Kuvio 16. Prosessin hallintaan siirtymisen vaiheet	126
Kuvio 17. Palveluketjun sujuvuuden riippuvuustekijät	128
Kuvio 18. Toiminnan johtamisen riippuvuustekijät	131

Kuvio 19. Asiantuntijayhteistyön riippuvuustekijät	135
Kuvio 20. Osaamisen riippuvuustekijät	137
Kuvio 21. Tiedon hallinnan riippuvuustekijät	140
Kuvio 22. Koordinoitavan toiminnan osa-alueet ja niiden riippuvuustekijät	142
Kuvio 23. Terveystenhuollon prosessilähtöisen toiminnan koordinoitavat osa-alueet	143
Kuvio 24. Palveluketjun hallinta terveydenhuollon horisontaalisella ja vertikaalisella tasolla	162
Kuvio 25. Terveystenhuollon palveluketjun hallinnan kokonaisuus	180

Taulukko 1. Hallinnan käsite eri kielissä	29
Taulukko 2. Hallinta-ajattelun lähtökohdat tutkimuksessa	37
Taulukko 3. Suunnitteluparametrit (Mintzberg 1983: 26)	46
Taulukko 4. Toimintojen prosesseista muodostuneet riippuvuudet	49
Taulukko 5. Koordinointi eri organisaatioteoreetikoiden näkökulmista	51
Taulukko 6. Koordinoinnin käsitteen muodostuminen ja soveltaminen tutkimuksessa	58
Taulukko 7. Teoreettisesti muodostuneet käsitteet ja niiden soveltaminen terveydenhuoltoon	86
Taulukko 8. Haastateltavien määrä ammattiryhmittäin	98
Taulukko 9. Haastateltavien määrä yksiköittäin	99
Taulukko 10. Yksiköiden sisäisten palveluprosessien kriittiset tekijät	113
Taulukko 11. Palveluketjujen rajapintojen kriittiset tekijät	116
Taulukko 12. Palveluprosessin koordinointimekanismit	154
Taulukko 13. Osaamisen johtamisen koordinointimekanismit	156
Taulukko 14. Tiedon hallinnan koordinointimekanismit	157
Taulukko 15. Terveydenhuollon toiminnan johtamisen koordinointimekanismit	161
Taulukko 16. Tutkimuksen keskeiset tulokset	172
Taulukko 17. Terveydenhuollon toiminnan kehittämisen haasteet	192

ABSTRACT

Tanttu, Kaarina (2007). Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa: Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta (The Management of Care Pathways in Public Health Care: The Management of Process based Functions from the Viewpoint of Coordination). *Acta Wasaensia* No 176, 227 p.

The study analyses the management of care pathways in public health care from the point of view of coordination. The concepts of management and coordination are based on organization theories. Health care services are seen to be based on processes, professional capability, and co-operation. In the study, two main questions are investigated: (1) What is the management of care pathways in health care? (2), How can health care pathways be managed through the coordination of the process based functions of health care? Empirically, the study attempts to discover new perspectives in an effort to improve the management of care pathways in the health care. The qualitative research of this care pathway case study consists of interviews (N = 30) with physicians, nurses, physiotherapists, social workers, and their superiors. The empirical material also includes documents.

As a result of the study, the management of healthcare pathways is defined as the coordination of functional actions and process based functions. Coordination is possible with the use of coordination mechanisms in the different sectors of an organization's functions. One sector of organization functions that can be coordinated is the management of functions. Its coordination mechanism can be straight guidance in organizing functions and in decision making, as well as standardization in care instructions and resource planning. The sectors in process based functions that can be coordinated are service processes and the management of knowledge and information. The coordination mechanism for service processes can be standardization in modeling the service processes and care pathways and straight guidance in naming the process owners. Knowledge management includes competence, know how and the location of specialists/different professionals, as well as making possible and supporting the co-operation between these specialists. The coordination mechanism in co-operation can be bilateral adaptation through teamwork, networking, and communication. Straight guidance can be used to facilitate and support the co-operation between specialists and professionals. Standardization can be used in defining the demands of competence. The coordination mechanisms in information management which can be used are straight guidance in the continuous education of the staff, and standardization in maintaining uniform data/information. Bilateral adaptation can be used as a coordination mechanism in defining the data and its position so it is available to all professionals in the service process or in the care pathway.

In public health care, the management of care pathways demands the creation of process based functions and a customer/patient centred organizational culture. It also demands co-operation between the specialists, different professionals and their superiors working in the same care pathway, focusing and dividing their capabilities according to a holistic point of view in patient care and the management of information.

Kaarina Tanttu, Department of Public Management, University of Vaasa, P.O. Box 700, FI-65101 Vaasa, Finland

Key words: care pathway, management, coordination, process based functions, public health care, co-operation, professional capability

1. JOHDANTO

Palveluketjuajattelu on toimintamalli, jolla julkisessa terveydenhuollossa pyritään muuttamaan nykyistä organisaatiokeskeistä palvelujärjestelmää asiakaslähtöisemmäksi. Saumattoman tai joustavan palveluketjun idea tarkoittaa käytännössä sitä, että asiakkaan palvelu on tarkoituksenmukaista ja yksityisyyttä kunnioittavaa. Esteenä tai hidasteena saumattomien palveluketjujen kehittymiselle Suomessa ovat suhteellisen organisaatiokeskeinen palvelujen tuottamiskulttuuri, eri ammattiryhmien välisen yhteistyön puute, tiedon kulun ongelmat ja palveluketjujen kokonaisvastuun puuttuminen.

Suomalainen terveydenhuollon palvelujärjestelmä perustuu tärkeimmiltä osiltaan kunnalliseen palvelujen järjestämisvastuuseen. Paikalliset toimintayksiköt tuottavat terveydenhuollon julkisen sektorin palvelut. Oman toiminnan tai toimintayksikön optimointi ja yksikkökohtaisen tehokkuuden korostaminen ovat olleet perinteistä palvelujen tuottamisessa. Esimerkiksi erikoissairaanhoidossa funktionaalinen organisaatio perustuu lääkäreiden ammattiryhmäjakoon. Kirurgit, neurologit, radiologit ja patologit muodostavat omat yksikkönsä ja osastonsa, joilla on omat johtajansa. Potilaan hoidosta vastaa kunkin yksikön tai osaston lääkäri, mutta potilaan hoito- tai palveluketjun vastuuhenkilöä tai johtajaa ei ole nimetty. Funktionaalisuus näkyy myös yksiköiden operatiivisissa mittareissa, jotka ohjaavat kutakin yksikköä optimoimaan vain omaa toimintaansa, eivät potilaan hoitoprosessia tai palveluketjua. Palvelun tuottaja on siis vastuussa vain itse tuottamastaan palvelusta.

Terveydenhuollon eri sektoreilla ovat olleet viime vuosien aikana keskustelun aiheena ja kehittämisen kohteena hoitoketjut ja -suositukset. Hoitoketjuihin liittyvät tutkimukset ja käytännön kokeilut ovat suurelta osin koskeneet hoidon porrastamista ja hoitokäytäntöjen yhteneväisyyttä. Hoitoketjujen kehittämistä on pidetty varsinkin sairaanhoitopiireissä merkittävänä keinona välttää päällekkäistä toimintaa ja kehittää hoitokäytäntöjä. (Johnson 1997; Nuutinen 2000; Nuutinen, Nuutinen ja Erhola 2004.) Diagnoosipohjaisten hoitoketjujen kehittämisellä on pyritty viime aikoina uudistamaan terveydenhuollon toimintaa ja tukemaan yksittäisen potilaan hoitoa, mutta se ei ole mielestäni riittävä menetelmä potilas - tai asiakaslähtöisen palveluketjujen hallinnassa. Monet potilaat ovat moniongelmaisia tai sairastavat useita eri sairauksia, jolloin joudutaan tekemisiin useiden diagnoosiperusteisten hoitoketjujen kanssa yhden potilaan kohdalla. Palvelujen kokonaisuutta tulee myös hallita.

Palveluketjut muodostuvat yleensä useista palveluprosesseista, joiden tulee kytkeytyä joustavasti toisiinsa siten, että palvelu tai hoito jatkuu viiveettä. Usein viestintä sekä yhteistyö näitä palveluprosesseja tuottavien henkilöiden välillä kuitenkin takeltelee ja palvelut eivät jatku sujuvasti potilaan näkökulmasta. Yhteistyötahojen suuri määrä, hoitojen monimutkaisuus ja erikoistuminen johtavat myös palvelukokonaisuuden hämärtymiseen. Lisäksi terveydenhuollon nykyjärjestelmässä on myös rakenteellisia ongelmia liittyen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyöhön, työnjakkoon sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon eri toimijoiden toimintatapoihin. (Itkonen 1997; Vuori 2000.) Näin ollen palveluprosessien ja toiminnan kokonaisuuden hallinnan haasteet tulevat merkittäviksi. Yhtenäisessä ja sujuvassa palveluketjussa asiakkaan hoitotilanteen tulisi olla koko ajan hallinnassa huolimatta siitä, mikä yksikkö hoitoa milloinkin antaa.

Terveydenhuollon palveluiden tuottaminen on multiprofessionaalista, erityistä ammattitaitoa vaativaa. Palveluketju perustuu palveluiden kokonaisuuteen, mikä vaatii useiden eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä ja selkeää työnjakoa. Palvelujen tuottaminen muuttuvassa toimintaympäristössä edellyttää myös henkilöstön ammattitaidon ylläpitämistä ja kehittämistä, toimintojen yhteensovittamista sekä eri ammattiryhmien välisen yhteistyön ja työjaon kehittämistä.

Terveydenhuollon asiakkaalle annettujen peräkkäisten tai samanaikaisten palveluiden kokonaisvaltainen kehittäminen edellyttää palveluketjujen kuvaamista, palvelujen tuottajien keskinäisten vastuiden uudelleen määrittelyä, sähköisen tiedonsiirron mahdollistamista ja palveluketjujen hallinnan menetelmiä. Tietoteknologia tarjoaa uusia tapoja toteuttaa palveluja ja toisaalta se myös pakottaa muuttamaan toimintaprosesseja ja työskentelymalleja. Toimintaympäristöjen muuttuminen ja tietoteknologian käytön lisääntyminen aiheuttavat myös muutoksia koko palvelumalleihin. Tulevaisuudessa yhteiskunnan sosiaaliset ongelmat todennäköisesti lisääntyvät ja ikääntyvän väestön määrä kasvaa, jolloin hallitsemattomien palveluketjujen kehittäminen nousee entistä tärkeämmäksi tehtäväksi terveydenhuollossa.

Palveluketjuajattelun kehittäminen terveydenhuollossa herättää kysymyksen myös palvelujärjestelmän hallinnasta. Hierarkkiset valtarakenteet eivät sellaisenaan tue palveluketjuajattelua ja sen hallintaa. Terveydenhuollon palveluketjujen tarkastelussa on huomioitava sekä organisaatorakenteet että organisaation toimintamallit. Vertikaalisesta näkökulmasta terveydenhuollon organisaatorakenne on funktionaalinen, jonka hallinta tapahtuu pitkälti byrokraattisesti. Horisontaalisesta näkökulmasta terveydenhuollon palvelut tuotetaan prosessilähtöisenä toimintana, joka edellyttää modernia hallintaa. Terveydenhuollon ho-

risontaalinen perustoiminta eli potilaiden hoitaminen, tapahtuu asiantuntijoiden antamana palveluna. Organisaation vertikaalisen rakenne vaikuttaa suoraan horisontaalisen haasteisiin.

Palveluketju on organisaatorajat ylittävä toimintatapa ja sen hallinta edellyttää myös sopimista palveluista asiakkaan ja sen toteuttamiseen osallistuvien toimijoiden kesken. Kenelle sitten kuuluu palveluketjun sujuvuuden ja toteutumisen seuranta? Organisaation ja organisaatioiden välisen kokonaistoiminnan sujuvuuden ja tehokkuuden seurantaan liittyvät myös vastuut ja valta. Prosessilähtöinen toiminta vaatii prosessijohtamisen menetelmää, jossa toimintaa tarkastellaan asiakkaalle tuotettavana kokonaisuutena. Julkisen terveydenhuollon perinteinen funktionaalinen organisaatiomalli ei mielestäni tue palveluketjuajattelua ja sen hallintaa.

Terveydenhuollon palveluketjujen hallinnan tarkastelussa on huomioitava hallitseva funktionaalinen organisaatiomalli, toisaalta prosessilähtöinen palvelu ja asiantuntijoiden merkitys palvelujen ensisijaisena tuottajana. Palveluketjujen hallinta ei välttämättä merkitse pelkästään perinteistä hierarkkista päätöksentekoa ja johtamista, vaan se voi tapahtua myös toimintojen koordinoinnin avulla. Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa siitä, miten terveydenhuollon palveluketjuja voidaan hallita koordinoinnin näkökulmasta. Tietoa voidaan hyödyntää julkisen terveydenhuollon muuttuvassa toimintaympäristössä ja palveluketjujen hallinnan kehittämisessä.

2. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA LÄHTÖKOHDAT

2.1. Tutkimuksen päätehtävän asettaminen

Palveluketjuja on mahdollista tarkastella, arvioida, tutkia ja seurata asiakkaan, toimijan, toimintayksikön tai koko organisaation, tilastojen tai sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmasta (Johnson 1997; Nylander, Pelanteri, Linna & Nenonen 1998; Ruotsalainen 2000). Terveystenhuollon palveluketjujen hahmottaminen organisatorisesta ja palvelun kokonaishallinnan näkökulmasta on jäänyt tutkimuksissa vähäisemmälle huomiolle. Organisatorinen näkökulma terveydenhuollon palveluketjujen hallinnan tutkimuksessa on mielestäni ajankohtaista ja tärkeää, koska terveydenhuollon palveluketjujen sujuvuudessa on monella tasolla ongelmia.

Palvelun saajan eli potilaan siirtyessä esimerkiksi jatkohoitoon toiseen palvelu- tai hoitoyksikköön, siirtyy myös hoitovastuu potilaan mukana tälle uudelle yksikölle. Siirtymävaiheessa saattaa kuitenkin tapahtua viivästymisiä, katkoksia tiedon kulussa, päällekkäisiä tutkimuksia ja turhaa odottamista. Erityisesti silloin, kun siirtymävaiheet eivät seuraa välittömästi toisiaan, syntyy palvelu- tai hoitoketjuun asiakkaan näkökulmasta helposti tilanteita, joissa vastuu hoidon jatkuvuudesta ei tunnu olevan minkään palveluntuottajan hallinnassa. (Itkonen 1999; Lehto 2000; Nuutinen 2000; Vuori 2000; Lillrank, Kujala & Parvinen 2004.)

Palveluketjut muodostuvat yleensä useista palveluprosesseista, jotka vaativat myös prosessilähtöisen toiminnan johtamista. Julkisen terveydenhuollon perinteinen funktionaalinen organisaatiomalli ei tue palveluketjuajattelua ja palveluketjujen hallintaa. Palveluketjujen sujuvuuteen ja jatkuvuuteen vaikuttavat

mahdollisesti ainakin palveluprosesseja tuottavien yksiköiden toiminta, niissä toimivien asiantuntijoiden välinen yhteistyö ja heidän asiantuntijuus tai osaaminen.

Terveydenhuollon palveluketju on organisaation näkökulmasta asiakkaalle tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva, organisaatorajat ylittävä ja yksilöllisesti toteutuva palveluiden kokonaisuus. Palveluketjun toteutuminen edellyttää sen suunnittelua ja kokonaisvastuuta. Miten terveydenhuollon palveluketjuja voidaan hallita, on haasteellinen kysymys tutkimukselle. Tutkimuksen kysymyksen asettelu perustuu kahteen pääongelmaan ja niitä tukeviin alakysymyksiin, jotka sisältävät tutkimuksen perusajatuksen.

Tutkimuksen pääongelmat ovat:

- 1) *Mitä on terveydenhuollon palveluketjun hallinta?*
- 2) *Miten terveydenhuollon prosessilähtöisen toiminnan osa-alueita koordinoimalla voidaan hallita terveydenhuollon palveluketjuja?*

Päätutkimusongelmiin pyritään hakemaan vastauksia teoreettisella tasolla ja tulkitsemaan tutkimukseen osallistuvien asiantuntijoiden käsityksiä palveluprosesseista ja palveluketjujen hallinnasta. Tarkastelen tutkimuksen teoreettisella tasolla hallinnan käsitettä ja sen yhteyksiä terveydenhuollon palveluketjun hallintaan. Palveluketjua ja sen hallintaa tarkastellaan tässä tutkimuksessa prosessilähtöisen toiminnan sekä terveydenhuollon funktionaalisen organisaatorakenteen näkökulmasta. Koordinointi nähdään tässä tutkimuksessa mahdollisena menetelmänä hallita palveluketjuja. Suomalaisessa terveydenhuollossa hoidon jatkuvuuteen ja hoito- ja palveluketjujen saumattomuuteen liittyvät ongelmat kertovat koordinoinnin tarpeesta, sen puuttumisesta tai heikkoudesta

(vrt. Vartiainen 2005). Koordinointi on nähty keskeisenä johtamistoimintona ja myös johtamisosaamisen vaatimuksena terveydenhuollon organisaatioiden välisessä ja niiden alayksikköjen sisäisessä toiminnassa. (Sinkkonen & Taskinen 2005: 93.) Koordinointi nähdään myös monissa organisaatioteorioissa (vrt. Follett 1940; Drucker 1969; Minzberg 1979; Thompson 1974; Fayol 1990) tärkeänä osana organisaation toiminnan suunnittelua, toteuttamista ja johtamista.

Seuraavat alakysymykset täydentävät jälkimmäistä pääongelmaa:

- a) *Millainen on terveydenhuollon yksikkötason palvelu- ja hoitoprosesseista muodostuva palveluketju?*
- b) *Mitkä tekijät vaikuttavat terveydenhuollon palveluprosessien jatkuvuuteen ja palveluketjujen sujuvuuteen, kun niitä tarkastellaan prosessilähtöisen toiminnan, asiantuntijoiden välisen yhteistyön ja osaamisen kontekstissa?*
- c) *Miten terveydenhuollon prosessilähtöistä toimintaa voidaan kehittää palvelu- ja hoitoprosessin ja palveluketjujen sujuvuuden näkökulmasta?*

Ensimmäisen alakysymyksen avulla pyrin muodostamaan tutkimuksessa kuvauksen palveluketjusta, analysoimaan siihen liittyvän toiminnan kokonaisuutta ja prosessien yhteyttä toisiinsa. Toisen alakysymyksen avulla pyritään määrittelemään niitä prosessilähtöisen toimintaan vaikuttavia tekijöitä, joita koordinoimalla voidaan saavuttaa palveluprosessien jatkuvuutta ja palveluketjujen sujuvuutta. Toimivat palveluketjut edellyttävät palveluprosessien sujuvaa jatkuvuutta erityisesti silloin, kun potilas tai asiakas siirtyy yksikkö - tai organisaatiotasolla toisen asiantuntijan hoidettavaksi. Palveluprosessin sujuvaan jatkuvuuteen vaikuttavat ensisijaisesti terveydenhuollon asiantuntijoiden välinen yhteistyö sekä osaaminen. Terveydenhuollon organisaatioissa tärkein voimava-

ra on asiantuntijoiden osaaminen. Kolmannen alakysymyksen avulla pyrin määrittelemään palveluketjun hallinnan kehittämiseen liittyviä tekijöitä.

Terveydenhuollon palveluketjujen hallinnan kehittämismahdollisuuksia tarkastellaan tutkimusanalyysissä Mintzbergin (1990: 3–7) esittämien eri koordinoituneiden mekaniisimien näkökulmasta. Koordinoinnin käsitettä ja siihen liittyviä riippuvuuksia ja niiden muodostumista kuvataan tässä tutkimuksessa tarkemmin luvussa 3.3.1.

2.2. Tutkimuksen tavoitteiden asettaminen

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa siitä, miten terveydenhuollon palveluketjuja voidaan hallita koordinoinnin avulla. Tietoa voidaan hyödyntää julkisen terveydenhuollon ja sairaalaorganisaatioiden kehittämisessä ja tutkimuksessa.

Tutkimuksessa pyritään ymmärtämään julkisen terveydenhuollon palveluketjujen hallintaa. Terveydenhuollon palveluketjut muodostuvat palveluprosesseista tai hoitoprosesseista. Palveluprosessit viittaavat yleensä ennaltaehkäiseviin terveydenhuollon palveluihin, joissa ei ole varsinaisesti kysymys hoitamisesta. Hoitoprosessit viittaavat sairauden hoitamiseen. Kysymys on siis prosessilähtöisestä toiminnasta, jonka kokonaishallintaa tarkastellaan koordinoinnin näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää tapaustutkimuksen avulla mitä on terveydenhuollon palveluketjujen hallinta ja miten hallintaa voidaan kehittää koordinoinnin avulla. Tutkimusaineisto kootaan luonnollisessa, todellisessa tilanteessa haastattelujen ja asiakirja-aineiston avulla.

Tutkimuksessa analysoidaan sitä, miten palveluketjun hallinta ilmiönä esiintyy julkisessa terveydenhuollossa. Mitä palveluketju sisältää ja mitä asioita siihen liittyy? Vaikuttavatko jotkut tekijät terveydenhuollon palveluprosessien jatkuvuuteen ja palveluketjujen sujuvuuteen? Voidaanko palveluketjujen hallintaa kehittää jollakin menetelmällä? Tutkittavan asian luonne hahmotetaan epistemologisesti näiden ilmiöiden ja niiden välisten suhteiden olemassaolon sekä tietoisuuden kautta. Ilmiöön sovelletuista käsitteistä muodostetaan tietoa tutkimuksellisten arvojen ymmärtämiseksi.

2.3. Tutkimuksen näkökulman asettaminen

Suomalainen julkinen terveydenhuollon organisaatorakenne on funktionaalinen ja hierarkkinen. Sen toiminta perustuu pitkälti sääntöihin ja normeihin. Terveydenhuollon palvelut tuotetaan kuitenkin prosesseina. Prosessilähtöiseen toimintaan liittyvät oleellisina palvelu- ja hoitoprosessi, asiantuntijoiden välinen yhteistyö ja asiantuntijoiden osaaminen. (Simon 1979: 170–171; Senge 1990: 53–54; Nanoka & Takeuchi 1995: 85–89; Kovero & Launis 1999: 5; Laamanen 2002: 21.)

Tutkimusalue muodostuu kokonaisuudesta, jossa palveluketjujen hallintaa tarkastellaan prosessilähtöisen toiminnan ja funktionaalisen organisaatorakenteen näkökulmasta. Tutkimuksessa pyritään kuvaamaan terveydenhuollon organisaatiossa makro- ja mikrotasolla palveluketjujen hallintaan vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksen lähtökohta on näin ollen organisatorinen.

Palveluketjut ovat usein laajoja, monista toinen toisiinsa liittyvistä palvelu- tai hoitoprosesseista koostuvia palvelukokonaisuuksia. (Stakes 2002: 1.) Niitä voidaan tarkastella ja tutkia potilaan tai asiakkaan, toimintayksiköiden, koko organisaation tai terveystalouden näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena on nimenomaan palveluketjujen hallinta, joka viittaa toimintayksiköiden ja organisaatioiden toiminnan kokonaisuuden hallintaan.

Tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tapaustutkimus, koska tavoitteena on ymmärtää terveydenhuollon palveluketjujen kokonaisuuden hallintaa. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on moninaisen todellisen elämän kuvaaminen. (Alasuutari 1994: 74–79; Eskola & Suoranta 1998: 16–17; Hirsjärvi & Hurme 2001: 152.)

Tutkimuksessa pyritään kuvaamaan ja ymmärtämään tyypillistä julkisen terveydenhuollon palveluketjua ja sen hallintaa sen tuottajien näkökulmasta. Tapaustutkimuksen kohteeksi valittiin sisätautien erikoisalalla hoitoa saavien potilaiden palveluketju ja siinä toimivat terveydenhuollon asiantuntijat. Tutkimusaineisto muodostui asiantuntijoiden haastatteluista ja palveluketjun muodostavien yksiköiden toimintaan liittyvistä asiakirjoista ja tilastoista. Tutkittaessa palveluketjun kokonaisuutta siitä näkökulmasta miten asiantuntijat sen hahmottavat ja jäsentävät, käytetään aineistona tekstiä, jossa he kertovat asioista omin sanoin. Strukturoitu kyselyhaastattelu ei tuottaisi samaa tulosta. Kyseinen palveluketju on valittu siksi, että se edustaa tyypillistä suomalaista terveydenhuollon palvelua.

Tutkittava palveluketju muodostuu niistä samaan ongelmaan kohdistuvista palvelu- tai hoitoprosesseista, jotka johtavat potilaan siirtymiseen terveyskeskuksen tai yliopistosairaalan kautta sisätautisairaalaan ja sieltä edelleen jatko-hoitoon joko terveyskeskukseen, koti- tai vanhustenpalvelujen piiriin tai pitkä- aikaisairaanhoidon. Kysymyksessä on siis tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva palveluprosessien kokonaisuus, joka ylittää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon organisaatorajat.

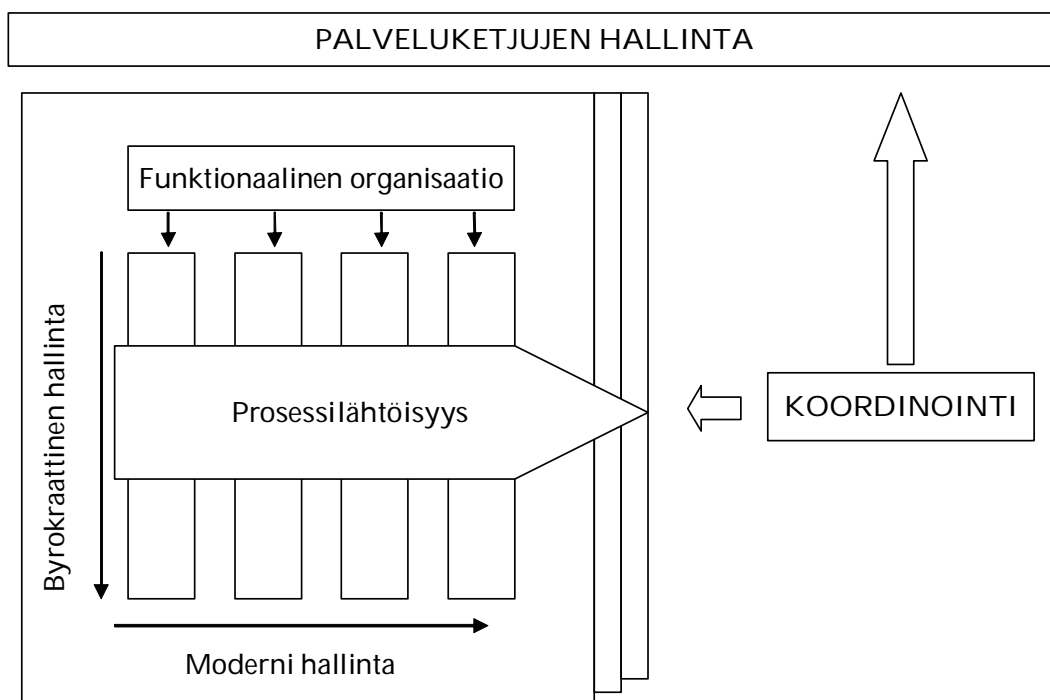
Makrotasolla tutkimuksen tarkastelun kohteena on terveydenhuollon prosessi- lähtöisen toiminnan koordinointi funktionaalisessa organisaatiossa ja mikrota- salla asiantuntijoiden tuottamat palvelu- ja hoitoprosessit, jolloin merkittävää on asiantuntijoiden välinen yhteistyö ja osaaminen. Terveystenhuollon organi- saatiossa on paljon horisontaalista asiantuntijaosaamista. Operationaalisen ta- son työntekijöiden toiminnan ja yhteistyön koordinoimiseksi tarvitaan vertikaa- lista johtamista. Samalla tavalla kuin horisontaalinen asiantuntijaosaaminen mahdollistaa suuremman taidon ja asiantuntemuksen käyttämisen operatiivis- ten ryhmien työsuorituksissa, mahdollistaa vertikaalinen asiantuntijaosaaminen suuremman asiantuntemuksen organisaation kokonaistoiminnan hallinnassa, toiminnan johtamisessa ja päätöksenteossa. (Mintzberg 1979: 181–211; 1983: 101–108, Simon 1979: 52.)

3. TERVEYDENHUOLLON PROSESSILÄHTÖISEN TOIMINNAN HALLINTA JA KOORINOINTI

3.1. Tutkimuksen käsitteelliset lähtökohdat

Tutkimus liittyy terveydenhuollon toiminnan organisointiin ja johtamiseen sekä toisaalta myös toiminnan kehittämiseen. Se sijoittuu hallintotieteessä ja julkisjohtamisessa sosiaali- ja terveydenhuollon alueelle tarkastellen julkista kontekstia.

Tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat palveluketju, hallinta, koordinointi ja prosessilähtöisyys. Koordinointi nähdään keskeisenä hallinnan keinona (ks. kuvio 1).



Kuvio 1. Tutkimuksen käsitteelliset lähtökohdat.

Palveluketjujen hallinnassa oleellisena nähdään prosessilähtöisyyden suhde koordinaatioon ja hallintaan. Tutkimuksessa tuodaan esille myös perinteinen organisaation funktionaalinen malli ja sen mukainen koordinaatio, joka ei pysty kattamaan palveluketjujen koordinaation ja hallinnan tarvetta.

Funktionaalinen organisaatio perustuu yleensä byrokraattiseen hallintaan, jota ohjaavat normit ja säännöt. Prosessilähtöisen toiminnan kokonaisuuden hallintaan ei byrokraattinen hallinta ulotu, koska se kohdistuu yksiköiden toiminnan hallintaan eikä niinkään yksiköstä toiseen jatkuvien palvelujen kokonaisuuden hallintaan. Tutkimuksen lähtökohtana on, että julkisen terveydenhuollon palveluketjujen hallinnassa tarvitaan sekä funktionaalisen organisaation byrokraattista hallintaa että prosessilähtöisen toiminnassa modernin hallinnan menetelmiä.

Palveluketju

Palveluketju tai palvelukokonaisuus tuotetaan useammassa eri palveluja tuottavassa yksikössä tai organisaatiossa. Palvelukokonaisuuden käsite tullee korvaamaan terveydenhuollossa käsitteen palveluketju 1.7.2007 lähtien, jolloin tulee voimaan uusi laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. (Valtioneuvosto 2006.) Tässä tutkimuksessa käytetään käsitettä palveluketju. Yleisellä tasolla palveluketjulla tarkoitetaan asiakkaalle kohdistuvaa, suunnitelmallista ja yksilöllisesti toteutettavaa palvelukokonaisuutta. (vrt. Blåfield 1996; Laamanen & Tinnilä 2002, Laamanen 2002.) Sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta palveluketju nähdään samaan asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation rajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva palveluprosessien kokonaisuus. (Stakes 2002:1.) Julkisessa terveydenhuollossa puhutaan yleensä

käytännön tasolla palveluprosesseista silloin, kun on kysymyksessä perusterveydenhuoltoon liittyvät ennaltaehkäisevät tai esimerkiksi kotihoidon palvelut. Termiä hoitoprosessi käytetään yleensä silloin, kun kyse on jonkin sairauden hoidosta. Tässä tutkimuksessa käytetään termiä palvelu- tai hoitoprosessi, koska tutkimuksen kohteena oleva palveluketju sisältää sekä hoitoprosesseja että palveluprosesseja.

Hallinta

Hallinnan käsitteen teoreettiset lähtökohdat ovat tässä tutkimuksessa hallintotieteelliset. Kyseessä on organisaation hallinta, ei yhteiskunnallinen hallinta. Hallinta byrokraattisena organisaatiokäsitteenä on lähellä johtamisen käsitettä ja modernin hallinta-ajattelun mukaan lähellä johtamisen ja ohjauksen käsitettä.

Byrokraattinen hallinta ja johtajuus perustuvat molemmat valtaan ja valtasuhteet perustuvat traditioon, karismaattisuuteen ja byrokraattis-rationaaliin tekijöihin. Johtaja voi olla joko pelkkä toimeenpanija byrokraattisessa hallinnassa ja sen hallintoesikunnassa tai itsenäinen karismaattisen hallinnan harjoittaja. (Ahonen 1989: 127.) Rationaalinen hallinta perustuu lakiin, asetuksiin, sääntöihin, viranomaisten päätöksiin ja määräyksiin. (Weber 1947:324.)

Modernin hallinta-ajattelun (governance) mukaan organisaatiot ovat olemassa helpottaakseen ihmisten ja ryhmien välisten sopimusten tekemistä ja yhteistyön organisointia. Moderni hallinta-ajattelu ilmentää makrotasolla uusia toimintatapoja kuten esimerkiksi sopimusohjausta ja horisontaalista verkostoitumista ja mikrotasolla järjestyksen luomista, ohjausta ja johtamista. (Pekonen 1995:86; Lähdesmäki 2003: 35; Lillrank 2004: 197.) Uuden julkisen johtamisen (New Pub-

lic Management) arvoja ovat hyvä palvelu, taloudellisuus, tehokkuus, vaikuttavuus ja joustavuus. Tulosjohtaminen ja -ohjaus ovat selkeä osa uuden julkisjohtamisen mukaista ajattelutapaa. (Haveri 2002: 6–9.)

Julkisen terveydenhuollon organisaatiot ovat lähtökohdiltaan byrokraattisia ja toiminta on funktionaalista, mutta tuotettavat palveluprosessit ovat riippuvaisia niiden tuottajista, sidosryhmistä ja prosesseista muodostuvien palveluketjujen kokonaishallinnasta. Tämän vuoksi organisaation hallintaa tarkastellaan tässä tutkimuksessa toisaalta byrokraattisen hallinnan ja toisaalta modernin hallinta-ajattelun näkökulmasta. Niitä ei aseteta vastakkain vaan julkisen terveydenhuollon toiminnan tarkastelussa on mielestäni huomioitava nämä molemmat näkökulmat. Tällaista näkökulmaa kutsutaan myös uusweberiläisyydeksi. Siinä nähdään organisaatioiden todellisuudessa esiintyvän sekä byrokraattista että modernia hallinta-ajattelua ja niiden yhdistymistä. Perinteisiin institutionaalisiin rakenteisiin tuodaan näin uudenlaisia toimintatapoja. (Pollett & Bouckaert 2004: 99 - 100.) Hallinnan käsite pitää sisällään tässä tutkimuksessa sekä johtamisen että ohjauksen käsitteet.

Koordinointi

Koordinointi nähdään tässä tutkimuksessa hallinnan menetelmänä. Koordinointi on joko menettelytapojen, yhteistoiminnan, toimien tai erilaisten riippuvuuksien yhteensovittamista. (Thompson 1974: 74–79; Mintzberg 1979: 3; Simon 1979: 52, 138, 172; Malone & Crowston 1994: 87–119.) Koordinoitaessa organisaation tehtäviä ja toteutettaessa työnjakoa tarvitaan Mintzbergin (1979) mukaan yksittäisten toimien, ylärakenteen, sivuyhteyksien ja päätöksentekojärjestelmän suunnittelua. Koordinointia voidaan käsitellä myös toimintoprosessi-

en kautta. Erilaisia riippuvuuksia muodostuu toimintojen prosesseista. Riippuvuuksia voivat olla jaetut resurssit, tehtävät/työt, tehtävien suunnittelu, tuottajan/käyttäjän yhteydet, tiedonkulku/viestintä, toimintojen synkronisointi ja ryhmäpäätöksenteko. (Malone & Crowston 1994: 87–119.)

Prosessilähtöisyys

Prosessilähtöisessä ajattelussa on lähtökohtana asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen. (Blåfield 1996: 29; Kvist jne. 1995: 13; Laamanen 2002: 21.) Prosessilähtöinen toiminta perustuu kokonaisvaltaisuuteen. Se merkitsee asiantuntijoiden välistä yhteistyötä ja sen johtamista. (Murto 1992; 31–32; 70–73; Harisalo & Miettinen 2004; 76–79.) Asiantuntijoiden osaaminen, sen hyödyntäminen, jakaminen, ylläpito ja johtaminen ovat tärkeitä prosessilähtöisessä toiminnassa. Osaamista tulee jakaa vuorovaikutuksessa yksilöiden välillä, uutta tietoa tulee olla kaikkien saatavilla ja hyödynnettävissä. (vrt. Nanoka & Takeuchi 1995: 13, 59, 74, 85–89; Sydänmaanlakka 2002: 138–140.)

Seuraavassa luvussa esitetään tarkemmin palveluketjun hallinnan tarkastelun lähtökohtaisia käsitteitä. Byrokraattista ja modernia hallinnan ajattelua peilataan prosessilähtöiseen toimintaan funktionaalisessa organisaatiossa. Luvussa 3.3. käsitellään yksityiskohtaisemmin koordinoinnin käsitettä. Luku 3.4. sisältää prosessilähtöisyyden käsitteen tarkastelua organisaatioteorioiden, organisaation toiminnan ja johtamisen näkökulmista. Lopuksi luvussa 3.5. esitetään tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien yhteenveto.

3.2. Palveluketjujen hallinta

3.2.1. Palveluketju

Palveluketjuajattelua on viime aikoina alettu soveltaa erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä tietohallinnossa. Palveluketjuajattelussa on samoja piirteitä kuin sosiaalipalveluissa käytetyllä toimintamallilla, jossa asiakkaan ja ammattilaisten yhteinen sopimus ilmenee palvelusuunnitelmassa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa palveluketjun käsitteellä tarkoitetaan saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaa, suunnitelmallista ja yksilöllisesti toteutuvaa palveluprosessien kokonaisuutta, joka ylittää sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat. (Stakes 2002: 1.) Palveluketju muodostuu palveluprosesseista.

Palveluprosessi on tavallisimmin käytetty termi asiakaspalveluja tuottavissa organisaatioissa. Teollisuudessa käytetään lähinnä termejä tuotanto- tai toimintaprosessi. Prosessilla tarkoitetaan joukkoa toisiinsa liittyviä toistuvia toimintoja ja niiden toteuttamiseen tarvittavia resursseja, joiden avulla syötteet muutetaan tuotteiksi tai joiden avulla saadaan aikaan toiminnan tulokset. Prosessin käsite muodostuu siis toiminnasta, resurssista ja tuotoksesta, joihin liittyy suorituskyky. (vrt. Blåfield 1996; Laamanen & Tinnilä 2002; Laamanen 2002.)

Organisaatioteoreettisena perusajatuksena on, että prosessi ja tarkoitus liittyvät organisaation tavoitteiden ja keinojen hierarkiaan, jossa kukin toiminto on prosessi. Sen avulla saavutetaan ylemmän tason tavoite sekä tarkoitus, jonka avulla taas saavutetaan alemman tason tavoite. Konkreettinen esimerkki prosessin ja tarkoituksen välisestä moniselitteisyydestä on sellainen organisaatio, jonka

operatiivisen työn tekijät ovat kaikki korkeasti koulutettuja. Korkea koulutus eriyttää työntekijät sekä tietojen ja taitojen että heidän käyttämiensä työprosessien mukaan. Organisoidun ryhmätoiminnan aikaansaamiseksi tarvitaan hallinnollisia prosesseja eli päätöksentekoprosesseja. Hallinnolliselle organisaatiolle on luonteenomaista erikoistuminen, jolloin tietyt tehtävät on delegoitu tietyille organisaation osille. Tällainen erikoistuminen saattaa toteutua vertikaalisena työnjakona. Eri toimintoja koskevia päätöksiä tehtäessä voidaan käyttää erikoistunutta asiantuntemusta. Erikoistuneiden taitojen hyödyntäminen edellyttää työnjaon toteuttamista niin pitkälle kuin mahdollista siten, että jokaista tiettyä taitoa edellyttävää prosessia hoitavat vastaavat taidot omaavat henkilöt. (Simon 1979: 170–171.)

Palveluita tarjoavien organisaatioiden prosessit eivät aina välttämättä toteudu siististi peräkkäisinä vaiheina, vaan tapahtumien kulkuun vaikuttavat yllättävät tilanteet kuten esimerkiksi asiakkaan mielivaltainen toiminta. Mitä enemmän palvelu vaatii asiantuntemusta, luovaa toimintaa ja kaikki osapuolet yrittävät parhaansa sitä todennäköisimmin tulos voi olla ennalta epävarma. Tärkeää onkin näissä prosesseissa pitää yllä asiantuntijoiden osaamista ja tilannetajua. (Laamanen 2002: 21.)

Palveluketjumalli on uusi toimintatapa terveydenhuollossa. Se tarkoittaa sitä, että vanhaan funktionaalisesti toimivaan organisaatioon on tuotu uusi toiminta-ajatus, joka edellyttää toiminnan hallinnan kannalta vanhan ja modernin hallinta-ajattelun yhteensovittamista.

3.2.2. Hallinta käsitteenä

Hallintotieteessä hallinnan käsite kulminoituu sosiologi Max Weberin näkemykseen hallinnan (*Herrschaft*) käsitteestä, joka saksan kielessä liittyy valtaan, käskyyn ja siihen liittyvään kuuliaisuuteen. Hallinta tarkoittaa suomen kielessä sanakirjamäärityksen mukaan (Uusi tietosanakirja 1993: 105) määräysvaltaa, valvontaa, johtoa (esim. "osastot ovat hänen hallinnassaan"), osaamista (esim. "vieraan kielen hallinta") sekä käsittelykykyä (esim. "tilanne on hallinnassa").

Asioiden johtamista (*engl. management*) vastaa saksan kielessä sana *führen* ja ihmisten johtamista (*engl. leadership*) ehkä lähinnä verbi *leiten*, joka pitää sisällään myös ohjaamisen näkökulman. Hallinta sanan vastineita englannin kielessä ovat sanakirjan mukaan *rule, reign, control, governance ja management*. Hallita sanan vastineita merkityksessä käyttää ylintä valtaa ovat *rule over* tai *govern* ja merkityksessä johtaa vastineet ovat *manage, run, direct, administrate*. Taulukossa 1 kuvataan hallinta käsitteen eroja suomen, saksan ja englannin kielessä.

Taulukko 1. Hallinnan käsite eri kielissä.

suomi	Hallinta	"määräysvaltaa, valvontaa, johtoa, osaamista sekä käsittelykykyä"
saksa	Herrschaft	"valtaa, käskyä ja siihen liittyvää kuuliaisuutta" (M.Weber)
englanti	Rule, Reign	"valtakunnan hallitsemista"
	Control	"kontrolloimista"
	Governance	"ylimmän vallan käyttämistä"
	Management	"liikkeen tai asioiden johtamista"

Suomen kielen hallinnan käsitteessä on samoja elementtejä kuin saksan kielessä. Englanninkielinen "*management*" ei yksiselitteisesti tarkoita samalla tavalla hallintaa kuin suomen ja saksan kielessä vaan on enemmänkin johtamisen käsite. "*Governance*" viittaa taas hallitsemiseen ja vallankäyttöön. Johtamisen ja hallinnan käsitteiden tulkinnat eivät siis ole yksiselitteisiä, eikä niiden välille muodostu edellisen perusteella selvää eroa.

Hallinnan käsitettä käytetään nykyisin suomalaisten eri organisaatioiden toimintastrategioissa esimerkiksi mainintoina asiakkuuden hallinta, palveluprosessin hallinta ja tuotannon hallinta. Tässä yhteydessä hallinnan käsite kuvaa enemmänkin uutta toimintatapaa ja sen johtamista. Englanninkielistä käsitettä *knowledge management* käytetään myös monella eri tieteen alalla suhteellisen kevyesti. Se on käännetty yhteyksistä riippuen tietämyksen hallinnaksi, osaamisen hallinnaksi, osaamisen johtamiseksi tai tietämyksen johtamiseksi. Hallinnan ja johtamisen käsitteet tarkoittanevat tässä yhteydessä samaa asiaa.

Mitä sitten terveydenhuollon palveluketjujen hallinta on ja miten se käytännössä ilmenee? Hallinnan käsitettä lähestytään tarkemmin organisatorisista lähtökohdista. Seuraavassa tarkastellaan hallinnan käsitettä julkisten organisaatioiden näkökulmasta.

3.2.3. Julkisten organisaatioiden hallinta

Hyvinvointivaltion kehittymisen myötä ovat palveluhallinnon rakenteet, prosessit ja resurssit muuttumassa. Monia julkisia organisaatioita johdetaan kuitenkin edelleen perinteisin johtamismenetelmin. Yksi tunnetuin tapa kuvata organisaatiota on hahmottaa se byrokratiana. Hallinnon- ja organisaatioiden kehittämistyössä on kuitenkin pohdittu viime aikoina paljon sitä, miten byrokratiaa ja siitä koituvia dysfunktioita organisaatioissa voidaan vähentää. (Salminen 2002: 53.) Palvelujen ja palveluiden tarpeiden kehittyessä ja muutuessa on syytä tarkastella myös julkisten organisaatioiden hallinnan kehitystä. Tarkastelun kohteena ovat byrokraattinen hallinta, moderni hallinta-ajattelu ja niiden kombinaatio uusweberiläinen hallinta.

Byrokraattinen hallinta

Byrokratian käsite on liitetty useiden vuosien ajan julkisia organisaatioita määritteleväksi piirteeksi. Myös sairaaloita luonnehditaan byrokraattisiksi organisaatioiksi. Teorian byrokratiasta esitti Max Weber (1864–1920) osana yhteiskunnallista hallitsemista (Herrschaft) teoksessaan *Wirtschaft und Gesellschaft* (1922). Byrokratialla tarkoitetaan yleisimmin virkamieshallintoa. Weberin hallinnan ja politiikan sosiologian keskeisinä kysymyksinä olivat kuuliaisuus, syyt tähän kuuliaisuuteen sekä siihen perustavat legitimitetin muodot. Byrokraattisissa organisaatioissa päätösvalta on usein korkealla ja kaukana käytännön toiminnasta. Sisäinen valvonta on tyypillistä, toiminta perustuu lakiin, asetuksiin, viranomaisten päätöksiin ja määräyksiin. Byrokraattisuuden aste saattaa vaihdella suuresti riippuen organisaatiosta. (Weber 1947: 324; 1983: 37–38; Niemi–Iilahti 1992: 39; Vartola 2004: 18–19, 28; Wiili–Peltola 2005:123.)

Weberin teorianmuodostuksen pyrkimyksenä oli muodostaa ideaalityyppejä toiminnan lajeista, näiden lajien perusteista kuten eri hallintatavoista ja kehityskuluista. Weberin hallinnon teorian ydin koostuu ideaalityypeistä, joiden aiheina ovat rationaalinen toiminta, byrokraattinen hallinta sekä byrokratisoitumiskehitys. (Ahonen 1989:48; Niemi–lilahti 1992:39.) Weber määritteli käsitöksensä lainmukaisesta hallinnasta (*legale Herrschaft*). Legitiimin hallinnan muodot hän erotti kolmeen tyyppiin; rationaalinen (*rational*) hallinta, traditio-naalinen (*traditionell*) ja karismaattinen hallinta (*charismatische Herrschaft*). Rationaalisessa hallintatavassa vallankäyttö on legitimoitu rationaalis-laillisiin säännöksiin, kuten lakeihin, erilaisiin sääntöihin ja menettelytapoihin. Traditio-naalisen eli perinteisen hallintatavan vallankäytön perustana ovat perinteet ja menneisyyden oikeuttamat valtakeinot. Max Weber puhuu myös kuuliaisuudesta hallinnan yhteydessä. Weberin mukaan hallinta on sosiaalinen toiminnan laji ja suhde, jossa jokainen yksilö antaa merkityksen omalle toiminnalleen ottaen huomioon muut yksilöt. Siinä haetaan ymmärrystä hallinnan harjoittajien toimintaan ja mahdollisuutta saada kuuliaisuutta sisällöltään määrätyle kaskylle niiden ihmisten keskuudessa, joita kasky koskee. (Weber 1947: 324.). Karismaattinen hallinnan legitimizeetti perustuu henkilön edustamaan pyhyyteen, sankaruuteen tai esimerkillisyyteen sekä tämän henkilön ilmaisemaan tai luomaan järjestykseen. Johdatettava uskoo johtajaansa ja hänen kykyihinsä. (Weber 1985, osa 2: 198.) Weberin teorian mukaan johtaja voi olla joko pelkkä toimeenpanija byrokraattisessa hallinnassa ja sen hallintoesikunnassa tai itsenäinen karismaattisen hallinnan harjoittaja. (Ahonen 1989: 127.)

Välillisesti byrokraattisen hallinnan ajatus voidaan nähdä juureksi, joka on sovellettavissa myös tämän päivän jokseenkin byrokraattiseen terveydenhuollon organisaatorakenteeseen. Byrokratialle on ominaista, että hallintaa harjoittaa

hallintoesikunta muodostuen ammattivirkamiehistä ja että toiminta perustuu rationaalsiin sääntöihin ja normeihin. (Weber 1947: 324; 1983: 37–38; Ahonen 1989: 122; Salminen 2002: 62–64; Pollit & Bouckaert 2004: 62.)

Edellä esitetyt käsitykset byrokraattisesta hallinnasta ovat tämän tutkimuksen lähtökohtana, kun tarkastellaan tutkimusasetelmassa kuvattua (luku 2.3) makrotasoa eli terveydenhuollon toimintaa vertikaalisesti. Perusteluna tähän valintaan on se, että terveydenhuollon organisaatioiden funktionaalisessa toiminnassa vallankäyttö perustuu tiettyihin sääntöihin ja menettelytapoihin (esimerkiksi johtosääntö, toimintasääntö). Toisaalta hallintatavan vallankäytön perustana ovat vielä usein perinteet ja menneisyyden oikeuttamat valtakeinot.

Suomen julkishallinto on ollut uudistuksen kohteena 1980-luvun lopulta lähtien. Julkiset palvelut eivät toimi enää hyvin vanhojen rakenteiden avulla ja parhaillaan ollaankin niiden järjestämisessä etsimässä uusia palvelumalleja. Pitkään vallalla ollut byrokraattis-legalistinen hallintoparadigma näyttää olevan väistymässä uuden julkisen johtamisen myötä. (Haveri 2002: 4; Salminen 2002: 152.) Terveydenhuollon palveluketjumalli edustaa uudenlaista toimintamallia, joka edellyttää myös uudenlaista kokonaistoiminnan hallintaa.

Moderni hallinta-ajattelu

Eri maissa on käyty viime vuosina keskustelua julkisen sektorin modernisatiosta ja uudesta julkisesta johtamisesta (*New Public Management*). Uusi julkinen johtaminen on osa ns. globalisoitumista. Sen ajatuksena on vähentää julkisen sektorin osuutta kansantalouksissa modernisoimalla tai uudistamalla sitä. (Exworthy & Halford 1999: 1–17; Jespersen 2001: 22–40.) Ajatus lähti liikkeelle

1980-luvulla, kun monissa teollisuusmaissa arvosteltiin julkista sektoria toimintojen byrokraattisuudesta, palvelujen heikosta laadusta ja toisaalta myös heikon tuottavuuden aiheuttamista korkeista kustannuksista. (Pekonen 1995: 83–84; Anttiroiko 2000: 4; Haveri 2002: 5; Lähdesmäki 2003: 47; Itkonen 2005: 352–353.)

Uuden julkisen johtamisen yhteydessä käsitteellä *governance* tarkoitetaan hallintaa. *Governance* termiä käytetään silloin, kun puhutaan globaalista hallinnasta (*global governance*), yhteiskuntatason hallinnasta (*societal governance*), uudesta julkisesta johtamisesta (*new public management*) ja verkostoista (*networks*). (Lähdesmäki 2003: 35; Lillrank 2004: 197.) *Governance* voidaan myös ymmärtää meta- ja mikrotason ilmiönä. Metatasolla sitä kuvataan tiettyjen rajojen sisällä tapahtuvana oman logiikan omaavina toimintojen ketjuna. Mikrotasolla *governance* tarkoittaa enemmänkin järjestyksen luomista, ohjausta ja johtamista. (Pekonen 1995: 86.)

Governance termissä on kysymys uuden julkisen johtamisen näkökulmasta osin uusliberalistisesta, julkista hallintoa koskevasta poliittisesta ajattelutavasta. Siinä julkiselle hallinnolle asetetaan vaatimuksia soveltaa entistä enemmän yrityshallinnolle ominaisia toimintatapoja. Tämä on merkinnyt sekä julkisen palveluorganisaatioiden yksityistämistä että yleensä julkisten organisaatioiden toiminnan sääntelyn vähentämistä ja markkinamekanismien käyttöönottoa kuten maksullisuus, tilaaja-tuottajamalli, palvelusopimukset, kilpailu ja asiakasnäkökulma. Organisaatiotason painoarvo on kasvanut, kun johtamisessa on alettu korostaa yksilöjohtajien vastuuta sekä tulosohtajien vastuuta. Samalla horisontaalisen yhteistyön vaatimukset ovat kasvaneet, mikä on merkinnyt myös sidosryhmien osallistumista julkisten toimintaohjelmien suunnitteluun ja toteuttamiseen. *Governance* ajattelun mukaan organisaatiot ovat olemassa helpottaakseen ihmis-

ten ja ryhmien välisten sopimusten tekemistä ja yhteistyön organisointia. Tämä edellyttää asianosaisilta pyrkimystä yhteisymmärrykseen tilanteissa, joissa on erimielisyyksiä, erilaisia pyrkimyksiä tai tietämättömyyttä. (Pekonen 1995: 86; Lillrank 2004: 30).

Julkista hallintoa voidaan muuttaa yrittäjämäisemmäksi lisäämällä henkilöstön toimintavapautta, vähentämällä virkavaltaisuutta ja panostamalla asiakkaiden palveluun. Tämä uudistaminen tai modernisointi nähdään vanhan byrokraattisen johtamistavan uudistajaksi. (Lähdesmäki 2003: 59, 70.)

Uusweberiläinen hallinta

Modernin hallinta-ajattelun kehittyminen on jäänyt jossain määrin byrokratian jalkoihin. Byrokratiaa on vaikea kokonaan poistaa sen vahvan ja pitkäaikaisen aseman vuoksi. Palvelutoiminnan muutoksessa ja kehittämisessä tuleekin mielestäni uuden julkisen johtamisen ja periteisen byrokratian tosiasialliset elementit huomioida. Pollit & Bouckaert (2004) ovat tuoneet esiin käsitteen Neo-Weberian State eli NWS. Se perustuu ajatukseen, että julkisessa hallinnossa on usein yhdistetty sekä "weberiläisiä" että moderneja julkishallinnon elementtejä.

3.2.4. Yhteenveto hallinnan käsitteestä tutkimuksessa

Tässä tutkimuksessa pyritään hakemaan uutta teoreettista näkökulmaa terveydenhuollon palveluketjujen hallinnalle, mikä sinänsä on aika uusi toiminnan tarkastelun lähtökohta julkisessa terveydenhuollossa. Tutkimuksessa on kysymys potilaalle annetun palvelun kokonaishallinnasta. Palvelu koostuu mahdollisesti monessa eri yksikössä tapahtuvasta toiminnasta ja siihen ovat osallisena monien eri ammattiryhmien edustajat. Terveydenhuollon palveluketjujen hallinnassa on huomioitava toisaalta organisaation rakenne ja toisaalta uudistuva toimintamalli.

Terveydenhuollon palveluketjuja tarkastellaan tutkimuksessa niin byrokraattisen hallinnan kuin myös modernin hallinta-ajattelun näkökulmista. Lähtökohdista hallinnan ajattelua voidaan kutsua myös uusweberiläiseksi. Tutkimuksen hallinta-ajattelussa yhdistetään periteiseen johtamisen näkökulmaan modernin hallinta-ajattelun ohjauksen näkökulma. Prosessilähtöisen toiminnan johtamisessa on tärkeää asiakkaan tarpeisiin perustuva toiminnanohjaus. (Hannus 1993: 31.) Tutkimuksessa hallinnan käsite nähdään kuitenkin lähempänä englanninkielestä termiä *management* kuin termiä *governance*.

Seuraavassa taulukossa esitetään tutkimuksen lähtökohtaiset näkemykset hallinnan käsitteestä suhteessa tutkittaviin terveydenhuollon organisaatorakenteeseen ja prosessilähtöiseen palvelutoimintaan (vrt. myös luku 2.3).

Taulukko 2. Hallinta-ajattelun lähtökohdat tutkimuksessa.

Vertikaalinen	<p>Toiminta perustuu rationaalsiin sääntöihin ja normeihin.</p> <p>Lähtökohtana:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hierarkisuus 2. Hallintoesikunta 3. Ammattivirkamiehet
	<i>Horisontaalinen</i>
	<p>Toimialojen tuotannolliset prosessit ovat riippuvaisia niitä ympäröivistä toimija- ja sidosryhmistä.</p> <p>Lähtökohtana:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asiakaslähtöinen palvelu 2. Yhteistyön organisointi 3. Verkostomainen toiminta 4. Toimijoiden itseohjautuvuus

Uusi julkinen johtaminen mielletään usein byrokraattisen hallinnon vastakohdaksi. Mielestäni näiden eri näkökulmien ei kuitenkaan tarvitse sulkea pois toisiansa tai olla vastakkaisia. Terveysterveysten palveluketjuja voidaan mielestäni tarkastella vertikaalisesti byrokraattisen hallinnan ja horisontaalisesti modernin hallinta-ajattelun näkökulmasta.

Vertikaalisesti terveysterveysten organisaatioiden toiminnassa vallankäyttö perustuu tiettyihin sääntöihin, normeihin ja menettelytapoihin kuten esimerkiksi johtosääntöön tai toimintasääntöön. Terveysterveysten hallintatavan vallankäytön perustana ovat perinteet ja menneisyyden oikeuttamat valtakeinot. Terveysterveysten on kuitenkin siirtynyt tulosjohtamisen myötä modernin hallinnan suuntaan.

Terveydenhuollon horisontaalisen tason toiminnan tarkastelussa lähtökohtana ovat edellä esitetyt käsitykset modernista hallinta-ajattelusta. Perusteluna valintaan on, että terveydenhuollon palvelut kohdistuvat asiakkaisiin tai potilaisiin ja palvelujen tuottajina toimivat eri terveydenhuollon ammattiryhmät. Palvelu on prosessilähtöistä ja usein samaan ongelmaan liittyy useita palveluprosesseja, jotka muodostuvat palveluketjun. Palvelut edellyttävät toimijoilta itseohjautuvuutta ja palveluprosessien ja -ketjujen sujuvuus edellyttää toimijoiden välistä yhteistyötä ja verkostoitumista sekä niiden ohjausta. Palvelut tulee suunnitella asiakkaan näkökulmasta ja niiden tulee perustua asiakkaan hoidon tarpeisiin. Modernissa hallinta-ajattelussa korostetaan toiminnan itseohjautuvuutta, yhteistyötä ja verkostomaista toimintaa sekä asiakaslähtöistä palvelua.

Moderni hallinta-ajattelun yhtenä lähtökohtana on asiakaslähtöinen palvelu. Terveydenhuollon palveluiden tulee lähteä asiakkaan hoidon tai palvelun tarpeesta. Palvelun antajat toimivat palvelu- tai hoitoketjun muodostavissa prosesseissa, jolloin palvelun jatkuvuuden ja sujuvuuden kannalta toimijoiden itseohjautuvuus ja yhteistyö toimijoiden välillä on tärkeää. Terveydenhuollon palveluketjun hallinnassa palvelu- tai hoitoprosessin sujuvuuden näkökulmasta oleellista on se, että potilaan hoito jatkuu välittömästi ilman turhia viiveitä hänen siirtyessään esimerkiksi jatkohoitoon terveydenhuollon yksiköstä toiseen. Palvelu ja palvelukyky edellyttävät toimintojen koordinoitua.

Miten sitten byrokraattisen, funktionaalisesti ohjautuvan asiantuntijaorganisaation ja prosessilähtöisen toiminnan palveluketjuja voidaan hallita? Useissa organisaatioteorioissa mainitaan koordinoinnin käsite liittyen organisaation toiminnan hallintaan. Koordinointi mainitaan niin klassisissa teorioissa, organisaatiohumanismin kuin kognitiivisissa teorioissa. (vrt. Follett 1940; Simon 1959;

Thompson 1974; Minzberg 1979; Tuominen 1981; Fayol 1990) Tietojärjestelmätieteessä koordinointi mainitaan tietojenkäsittelyn koordinoinnin näkökulmasta, mutta viime päivinä tietojärjestelmätieteessä on tarkasteltu koordinointia myös inhimillisten organisaatioiden näkökulmasta. (vrt. Malone & Crowston 1994.) Seuraavassa tarkastellaan koordinoinnin käsitettä ja koordinoinnin merkitystä organisaation toiminnassa.

3.3. Koordinointi

3.3.1. Koordinointi käsitteenä

Koordinaatio tarkoittaa yleisesti määriteltynä osien suhtautumista toisiinsa, yhteistoimintaa, yhteispeliä, yhteensovittamista ja rinnastussuhdetta. Koordinaatio organisatorisessa merkityksessään on hyvin lähellä sanaa co-operaatio, jolla tarkoitetaan yhteistyötä, yhteistoimintaa ja yhteispeliä. (Nurmi, Rekiaro I, Rekiaro P & Sorjanen 2001: 226.) Koordinoida verbinä tarkoittaa yhteen järjestämistä, sopusointuun saattamista tai yhteistoimintaan sovittamista. (Uusi tietosanakirja 1993: 506; Nurmi ym. 2001: 227.)

Koordinoitiin liittyvää tutkimusta on tehty organisatorisesta ja hallinnollisesta näkökulmasta. Organisaatioiden toimintoja yhdistävää koordinointia on tutkittu verkostopohjaisissa terveydenhuollon palveluissa 1989–1991 Alabamassa. Tutkimustuloksena oli, että organisaatioiden välistä yhdistävää koordinointia on enemmän palvelun antajien kesken ja vähemmän toimintaa suunnittelevien toimijoiden kesken. Erilaiset organisaatioiden väliset toiminnot, kuten palvelut, hallinto ja suunnittelu edellyttävät erilaisia yhteistyön muotoja ja myös eri-

tasoista koordinointia. (Bolland & Wilson 1994.) Suomessa on tutkittu sitä, min-kälaisia organisaation jäsenten väliset verkostot ovat ja miten sosiaalisten ver-kostojen avulla voidaan ymmärtää yrityksen sisäistä koordinointia. (Lehtimäki 1996.) Hallintotieteellisessä tutkimuksessa on vertailtu hallinnon koordinointi-käytäntöjä Euroopan unionin aluepolitiikassa. Tutkimuksen tulokset osoittivat muun muassa, että koordinoitavat toimenpiteet epäonnistuvat ilman konkreet-tisia tavoitteita ja viranomaisten haluttomuudesta luopua omasta päätösvallas-taan. (Viinamäki 2004.)

Yleistä koordinoinnin teoriaa ei ole löydettävissä, vaan on olemassa joitakin koordinoinnin muotoja käsitteleviä ryhmittelyjärjestelmiä ja riippuvuuksien tulkintaa. Koordinoinnin organisaatioteoreettinen käsittely rajoittuu yleisten, organisaatiokysymyksiä käsittelevien teosten koordinointia koskeviin suhteelli-sen yleisluontoisiin esityksiin sekä suppeahkoihin artikkeleihin. Muutamat or-ganisaatioteoretikot ja tutkijat ovat määritelleet koordinoinnin johtamiseksi ja toiminnan sopeuttamiseksi. (Tuominen 1981: 169–170; Fayol 1990: 31; Vuori 1999: 56–59; Salminen 2002: 116–118.) Toinen ryhmä organisaatioteoretikoita on sitä mieltä, että koordinointi on joko menettelytapojen, yhteistoiminnan, toimien tai erilaisten riippuvuuksien yhteensovittamista. (Thompson 1974: 74–79; Mintzberg 1979: 3; Simon 1979: 52, 138, 172.) Tietojärjestelmätieteen edustajat, Malone & Crowston (1994: 87–119), näkevät koordinoinnin yhtenä yhteistyön päämekanismeista ja riippuvuuksien yhteensovittamisena.

Koordinointi ymmärretään tässä tutkimuksessa osien suhtautumisena toisiinsa ja niiden yhteensovittamisena suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Organisaatio pyrkii tavoitteisiinsa koordinoitujen toimintojen avulla. Koordinointi kohdistuu niin organisaation jäsenistöön ja sen tarkoitukseen. (Salminen 2002: 16.)

Seuraavassa luvussa tarkastellaan koordinoinnin käsitettä lähemmin organisaatioteoreettisista lähtökohdista käsin. Tutkimuksen mielenkiinto ei kohdistu siinänsä koordinoititeoriaan tai sen muodostumiseen, vaan pyrkimyksenä on määrittellä ne olennaiset julkisen terveydenhuollon koordinoitavat osatekijät, jotka vaikuttavat prosessilähtöisen toiminnan hallintaan.

3.3.2. Koordinointi organisaatioteorioiden näkökulmasta

Klassisilla organisaatioteorioilla on ollut merkittävä vaikutus organisointi- ja johtamistyöhön aina vuosisadan alusta lähtien. Julkisessa hallinnossa sovelletaan edelleenkin klassisten teorioiden periaatteita. Weberin byrokraattisella valtajärjestelmällä on ollut huomattava vaikutus julkisten organisaatioiden rakenteeseen. Byrokraattisen valtajärjestelmän tunnusmerkkeihin kuuluvat työnjako ja erikoistuminen. (Weber 1925: 650–678.) Taylorin tieteellisen liikkeenjohdon järjestelmälle on myös luonteenomaista erikoistuminen ja sen avulla työn tehokkuuden lisääminen. (Taylor 1911: 99–100.) Klassisissa teorioissa kiinnitetään huomiota yksipuolisesti suorituksiin ja tuloksiin jokseenkin mekanistisesti ja sivuuttaen inhimilliset aspektit, jotka ovat hyvin oleellisia ihmisten välisessä toiminnassa ja yhteistyössä. Koordinoinnin käsitettä tarkastellaan seuraavassa organisaation johtamisen ja toiminnan riippuvuuksien yhteensovittamisen lähtökohdista.

Koordinointi johtamistoimena

Fayolin (1990) esittämissä hallintoperiaatteissa on havaittavissa joitakin samankaltaisia ominaispiirteitä kuin Weberin byrokraattisessa valtajärjestelmässä kuten hierarkian, keskityksen ja yhtenäisen käskynannon periaatteet. Fayol mainitsee koordinoinnin yhdeksi johtamistoimen perusosaksi suunnittelun, organisoinnin, ohjauksen ja valvonnan ohella. (Fayol 1990: 29–31, 115–144.) Koordinointi on sitä, että "suunnitellaan tehtävien ajoitus ja jaksotus; sopeutetaan ja sidotaan kaikki toiminta yhteen" (Fayol 1990: 31). Koordinointiin kuuluu edellisen lisäksi voimavarojen, ajan ja prioriteetin kohdentaminen sopivassa suhteessa asioille, toimenpiteille ja keinojen sopeuttaminen tarkoituksiin. Koordinointia tarvitaan pienissäkin yrityksissä, mutta erittäin tärkeää se on suurissa yrityksissä, jotka koostuvat erillisistä, etäällä toisistaan olevista yksiköistä Hyvän suunnitelman ja hyvän organisaation lisäksi tarvitaan jatkuvaa koordinointia, jotta kaikki eri osat toimisivat sopuinnussa. (Fayol 1990: 87–92.)

Johtaminen on organisaatiohumanismiin ja ihmissuhdenäkemykseen vaikuttaneen Mary Parker Follettin (1940) mielestä koordinointia, joka kohdistuu alaisiin. Auktoriteetin ja vallan tulee olla toiminnallista ja osana toiminnallista vastuuta. Johtamistapa on tehtävä- ja toimintakeskeinen. Yksilöllä itsellään on vastuu työstään ja työn valvonnasta. Yhteistoiminnallisuus korostuu organisaatioiden toiminnassa ja yksilöiden kesken. Koordinoinnin kautta kuitenkin yksilön vapaus lisääntyy organisaatiossa. Organisaation menestyksen periaatteet liittyvät koordinointiin ja koordinoitivastuuseen. Organisaation eri tasoilla toimivat yksilöt liittyvät toisiinsa koordinointisuhteidensa avulla ja välitön yhteydenpito toteutetaan päätöksenteon valmistelusta varsinaiseen ratkaisutoimintaan saakka. Eri päätöstilanteissa ja -vaiheissa yksilöt sopeuttavat toiminta-

tansa ja ajattelunsa toisiinsa yhteistyötä lujittavan koordinoinnin avulla. Koordinointi on jatkuva prosessi. Jatkuvuus edellyttää aktiivisuutta ja dynaamisuutta, mitkä lisäävät yksilöiden ominaisuutena heidän vapauttaan. (Vuori 1999: 56–59; Salminen 2002: 116–118.)

Suomalaisessa tutkimuksessa on tarkasteltu koordinointia klassisten organisaatioteorioiden, osallistumisteorioiden, kognitiivisten ja sosiaalisten teorioiden näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan koordinointi on esimiehelle kuuluva tehtävä, jonka suorittaminen tapahtuu tekemällä strategioita, suunnitelmia ja sääntöjä koskevia päätöksiä sekä tilannekohtaisia ratkaisuja. Organisaatioissa voi olla myös muita koordinointiin osallistuvia elimiä, kuten työryhmiä ja yhdyshenkilöitä. Koordinointiin vaikuttavat sen kohteena olevien ihmisten odotukset, tunteet ja arvostukset. Koordinaatioalttiuden virittämisessä voidaan käyttää apuna taloudellisia tai sosiaalisia kannustimia. Toiminnallisen erikoistumisen lisääntyminen lisää koordinoinnin tarvetta. Funktionaalisen organisaation koon kasvaessa koordinointikustannukset lisääntyvät ja erikoistumisesta aiheutuva rajahyöty pienenee. Tilanteen standardisoinnin asteen suureneminen lisää organisaation yksiköiden keskinäisten riippuvuuden sietokykyä ja pieneminen vähentää sitä. (Tuominen 1981: 169–170.)

Koordinointi nähdään edellisten käsitysten mukaan osana johtamista. Käsite jää kuitenkin avoimeksi ja abstraktiksi. Koordinointia kuvataan lähinnä toiminnan suunnitteluna, ohjauksena ja ylläpitona. Mitä koordinoinnin käsite sitten pitää sisällään, mitä tulee koordinoida ja miten, jää edellä mainituissa käsityksissä avoimiksi.

Koordinointi toiminnan riippuvuuksien yhteensovittamisena

Organisaatioita voidaan tarkastella myös toiminnallisesta näkökulmasta. Thompson (1974) lähtee ajatuksesta, että organisaation osien välillä on kolmenlaisia riippuvuussuhteita. Yhteispanosriippuvuudessa jokainen osa antaa tasaisesti panoksensa kokonaisuuden käyttöön ja kokonaisuus tukee vastaavasti jokaista osaa. Riippuvuussuhde voi olla myös sarjakytkentäinen, jolloin riippuvuussuhde on sarjariippuvuutta. Kolmas riippuvuussuhde on molemminpuolinen riippuvuussuhde, jossa toisen organisaation tuotteet ovat toisen raaka-ainetta ja päinvastoin. Riippuvuussuhteiden vallitessa asianomaiset toiminnot toimivat koordinoinnin avulla. Koordinointi ilmenee kolmessa muodossa. Se voidaan saada aikaan standardoinnin, suunnittelun tai molemminpuolisen sopeutumisen avulla. Riippuvuussuhteet ja kolme koordinointityyppiä ovat rinnakkaisia. Yhteispanosriippuvuudessa koordinointi tapahtuu standardoinnin avulla, sarjariippuvuudessa koordinointi tapahtuu suunnittelun avulla ja molemminpuolisessa riippuvuussuhteessa koordinointi tapahtuu molemminpuolisen sopeutumisen avulla. (Thompson 1974: 74–76.)

Koordinointi voidaan nähdä myös lähempänä yhteistoiminnan tai yhteistyön koordinointia kuin pelkästään toiminnan koordinointia. Simonin (1979) mukaan koordinointi on yksi organisatorisen vaikuttamisen pääfunktio. Toimivaltaa tai muita vaikuttamisen keinoja käyttäen on mahdollista keskittää päätöstoiminta niin, että yleinen toimintasuunnitelma ohjaa organisaation kaikkien jäsenten toimintaa. Koordinoinnilla pyritään siihen, että ryhmän jäsenet tekevät saman päätöksen tai keskenään yhteensopivat päätökset, joilla yhdessä asetettu päämäärä voidaan saavuttaa. Koordinoinnin käsite jakaantuu menettelytapojen ja sisältöjen koordinointiin. Menettelytapojen koordinoinnilla tarkoitetaan or-

ganisaation jäsenten käyttäytymisen ja suhteiden yleiskuvausta eli itse organisaation erikoistumista. Yhteinen käyttäytymissuunnitelma on laadittava kaikkia ryhmän jäseniä varten. Suunnitelman relevantit kohdat tulee viestittää jokaiselle ryhmän jäsenelle. Menettelytapojen koordinoinnilla vakiinnutetaan toimivaltalinjat ja rajataan organisaation jokaisen jäsenen aktiviteetti ja toimivalta. Sisältöjen koordinoinnilla määritellään jokaisen jäsenen työn sisältö. Yhteinen toimintasuunnitelma ohjaa jäsenten toimintaa. Menettelytapojen ja sisältöjen koordinoinnilla vaikutetaan organisatorisen toimintaan eli yhteistoimintatilanteisiin siten, että asianomaiset tekevät sellaisia päätöksiä, että yhdessä asetettu päämäärä voidaan saavuttaa. Yhteistyötä ja yhteisen tavoitteen saavuttamista ikään kuin ohjataan koordinoinnin avulla. Organisaatiossa toimivien yksilöiden osuuden tärkeys tulee selkeästi esiin organisaation toiminnan kokonaisuutta tarkasteltaessa. Yhteistoimintatilanteessa yksilön tehokkuus tavoitteidensa saavuttamisessa ei riipu yksinomaan hänen omasta aktiviteetistaan ja osaamisestaan vaan siitä miten ne nivoutuvat yhteen muiden asianomaisten tekemisien kanssa. (Simon 1979: 52, 138–141, 172.)

Henry Mintzbergin (1979) organisaatorakenteita käsittelevästä tutkimuskirjallisuudesta laatiman synteessin mukaan tehokas organisaation rakenne edellyttää kohta perusasiaa: työn jakamista erillisiksi tehtäviksi sekä niiden koordinointia. Organisaation tehtäviä koordinoitaessa ja työnjaon toteutuksessa tarvitaan yksittäisten toimien, ylärakenteen, sivuyhteyksien ja päätöksentekojärjestelmän suunnittelua.

Organisaation suunnittelun perusasiat jakaantuvat suunnitteluparametreiksi. Niitä ovat erikoistuminen, käyttäytymisen kaavamaistaminen, koulutus ja indoktrinointi, yksikköryhmittely, yksikkökoko, suunnittelu- ja valvontajärjes-

telmät, yhteyskeinot ja vertikaalinen sekä horisontaalinen hajautus. (Mintzberg 1979: 3; 1983: 2–8; 23–118.) Taulukossa 3 kuvataan suunnitteluparametrejä suunnitteluryhmän ja yhteen liittyvien käsitteiden näkökulmasta.

Taulukko 3. Suunnitteluparametrit (Mintzberg 1983: 26).

Ryhmä	Suunnitteluparametri	Yhteenliittyvät käsitteet
Toimien suunnittelu	Erikoistuminen	Työnjako
	Käyttäytymisen kaavamaistaminen	Asiakkaiden yhtäläinen ja oikeudenmukainen palvelu
	Koulutus	Työntekijöiden tietojen ja taitojen standardointi
	Indoktrinointi	Organisaatio sosiaalista jäsenensä omien etujensa mukaiseksi
Sivuyhteyksien suunnittelu	Suunnittelu- ja valvontajärjestelmät	Kuvata haluttu tulos ja onko tulos saavutettu
	Yhteyskeinot	Yhteystoimet, joiden kautta viestintä ohjataan suoraan vertikaalisten kanavien ohi
Päätöksentekojärjestelmien suunnittelu	Vertikaalinen hajautus	Päätöksenteko delegoitu strategisesta huipusta keskitasolle
	Horisontaalinen hajautus	Vallan siirto johdosta jollekin muulle henkilöstölle kuten suunnittelijoille, asiantuntijoille tai operatiivisen työn tekijöille
Ylärakenteen suunnittelu	Yksikköryhmittely	Valtajärjestelmä ja hierarkian rakentaminen
	Yksikkökoko	Hierarkian rakentaminen

Työn ollessa hyvin pitkälle erikoistunutta horisontaalisella tasolla on työntekijän näkökulma kapea, jolloin on vaikea nähdä omaa työtään suhteessa muiden työhön. Esimies usein ohjaa työtä, koska hänellä on tarvittava kokonaisnäkemys koordinoitakseen työtä suoran ohjauksen avulla. Työn erikoistuminen synnyttää usein myös ongelmia liittyen viestintään ja koordinointiin. Pitkälle viety tehtäväkohtainen erikoistuminen horisontaalisella tasolla aiheuttaa orga-

nisaatiolle myös säätöongelmia. Erityisesti operatiiviseen ytimeen liittyvänä ongelmana on se, miten voimakas erikoistuminen vaikuttaa työntekijän tunteisiin työtään kohtaan ja hänen työmotivaatioonsa. (Mintzberg 1979: 69–80; 1983: 24–36.)

Organisaatiot kaavamaistavat Mintzbergin mukaan käyttäytymistä vaihtelun ennustamisen ja valvonnan vuoksi. Kaavamaistamista käytetään myös siksi, että taattaisiin asiakkaille yhtäläinen ja oikeudenmukainen palvelu. Koulutus on suunnitteluparametri, jonka avulla toteutetaan työntekijöiden tietojen ja taitojen standardointi. Indoktrinaatio tarkoittaa käsitteenä sitä, että organisaatio muodollisesti sosiaalistaa jäsenensä omien etujensa mukaiseksi. (Mintzberg 1979: 95–97; 1983: 32–42.)

Suunnittelun tarkoituksena on kuvata haluttu tulos ja valvonnalla arvioidaan onko tulos saavutettu. Suunnittelu- ja valvontajärjestelmän lisäksi tarvitaan yhteiskeinoja sivuyhteyksien suunnittelussa. Mitä suurempi organisaation tehtävien keskinäinen riippuvuus on, sitä enemmän tarvitaan esimiehen ja työntekijöiden välille yhteyksiä työprosessien koordinoimiseksi. Yhteiskeinoja ovat Mintzbergin mukaan yhteystoimet, joiden kautta viestintä ohjataan suoraan vertikaalisten kanavien ohi, työryhmät, integroiva erikoishenkilöstö ja matriisirakenne. (Mintzberg 1979: 134–143; 1983: 73–88.)

Organisaation päätöksentekovallan keskittyessä yhteen paikkaan kutsutaan rakennetta Mintzbergin mukaan keskitetyksi. Mikäli valtaa on jaettu monille ihmisille, kutsutaan rakennetta hajautetuksi. Vertikaalisessa hajautuksessa on Mintzbergin mukaan kysymys päätöksentekovallan delegoinnista strategisesta huipusta keskitasolle. Painopiste on tällöin muodollisessa vallassa. Horisontaa-

linen päätöksentekovallan hajautus tarkoittaa vallan siirtoa johdosta muulle henkilöstölle kuten suunnittelijoille, asiantuntijoille tai operatiivisen työn tekijöille. Painopiste on tällöin rajoitetusti hajautetussa vallassa. Horisontaalisesti hajautetussa vallassa organisaatio on riippuvainen asiantuntijatiedosta. (Mintzberg 1979: 181–211; 1983: 101–108.)

Organisaation toimien ja yksikköjen ryhmittely liittyy oleellisesti suunnitteluun. Ryhmittelyyn avulla luodaan yhteinen ohjausjärjestelmä toimien ja yksikköjen välille edellyttäen että ne jakavat samat resurssit. Ryhmittelyllä voidaan edistää kahta koordinoitimekanismia – suoraa ohjausta ja keskinäistä sopeutumista. Toisaalta ongelmaksi muodostuu se, että yksikköryhmittely edistää ryhmien sisäistä koordinaatiota ryhmien välisen koordinoinnin kustannuksella. Ryhmittelyä voidaan tehdä tietojen, taitojen, työprosessien, tehtävien, ajan, tuotoksen, asiakkaiden tai paikan perusteella. (Mintzberg 1979: 104–133; 1983: 45–52.)

Mintzbergin käsitys organisaation suunnitteluparametreista ja niiden koordinoinnista on hyvin kokonaisvaltainen. Se soveltuu mielestäni hyvin tämän päivän terveydenhuollon organisaation yhdeksi tarkastelunäkökulmaksi. Terveydenhuollon toiminta on perinteisesti funktionaalista, mutta tärkeä näkökulma on myös asiakkaan palvelu- tai hoitoprosessin näkökulma. Tiedonkululla on näissä prosesseissa suuri merkitys, koska potilas voi siirtyä yksiköstä tai organisaatiosta toiseen jatkohoitoon ja hoitoa koskevan tiedon tulee kulkea potilaan kanssa yhtäaikaisesti. Terveydenhuollon toimintojen tukijärjestelmänä on nykyään käytössä erilaisia tietojärjestelmiä, joita henkilökunta hyödyntää päivittäisessä työssään. Tämän vuoksi koordinoititeoriaa on aiheellista tarkastella myös tietojenkäsittelyn näkökulmasta.

Malone & Crowston (1994: 87–119) ovat kehittäneet koordinoititeoriaansa pääasiassa tietojenkäsittelyn ja inhimillisten organisaatioiden näkökulmasta. Koordinoitintia käsitellään toimintoprosessien kautta, mikä onkin aika tyypillinen lähtökohta organisaation toiminnan ja tietotekniikan yhteensovittamisessa.

Koordinoitint on Malonen ja Crowstonin mukaan yksi yhteistyön päämekanismeista. Koordinoitinnin avulla yhteistyö saadaan toimimaan tehokkaasti ja luotettavasti. He ovat kuvanneet erilaisia riippuvuuksia ja määritelleet ne koordinoitintiprosessit, joita voidaan käyttää riippuvuuksien hallinnassa. Kuvatut riippuvuudet ovat jaetut resurssit, tehtävät/työt, tehtävien suunnittelu, tuottajan/käyttäjän yhteydet, tiedonkulku/viestintä, toimintojen synkronisointi ja ryhmäpäätöksenteko. (ks. taulukko 4).

Taulukko 4. Toimintojen prosesseista muodostuvat riippuvuudet (mukaeltu: Malone & Crowston 1994: 87–119).

KOORDINOITAVAT RIIPPUVUUSTEKIJÄT
Tehtävät/työt
Jaetut resurssit
Tuottajan/käyttäjän yhteydet
Tiedonkulku ja viestintä
Tehtävien suunnittelu
Toimintojen synkronisointi
Ryhmäpäätöksenteko

Organisaation toiminnoilla on riippuvuuksia toistensa suhteen ja niitä on sovittava yhteen eli koordinoitava, jotta toiminta olisi tehokasta. Koordinoinnin ja yhteistyön välillä nähdään selvä yhteys eli koordinointi on mekanismi, jolla yhteistyö saadaan toimimaan. (Malone & Crowston 1994: 87–119.)

Seuraavassa taulukossa tarkastelen vielä koordinoinnin käsitettä kaikkien edellä mainittujen organisaatioteorioiden koosteena. Taulukossa kuvataan eri teoreetikkojen koordinoinnin käsitteiden lähtökohtia ja koordinoinnin käsitteen määrittystä. Tarkoituksena on muodostaa kokonaiskäsitys siitä, miten koordinoinnin käsite on määritelty ja miten näitä käsityksiä voidaan soveltaa julkisen terveydenhuollon toiminnan koordinointiin ja palveluketjujen hallintaan.

Taulukko 5. Koordinointi eri organisaatioteorioiden näkökulmasta

Fayol (1990)	Follet(1868-1933)	Tuominen (1981)	Thompson (1974)	Simon (1979)	Mintzberg (1979)	Malone & Crowston (1994)
Lähtökohta	Organisaatio-humanismi	Klassiset organisaatioteoriat, osallistumisteoria ja sosiaaliset teoriat	Organisaatioiden toiminnallisuus	Päätöksenteko	Organisaation suunnittelu	Tietojenkäsittely ja inhimilliset organisaatiot
Suunnitellaan tehtävien ajoitus ja jaksoitus. Sopeudutaan ja sidotaan kaikki toiminta yhteen.	Johtaminen on koordinoitua, joka kohdistuu alaisiin. Päätöstilanteissa yksilöt sopeuttavat toimintansa ja ajattelunsa toisiinsa yhteistyötä lujittavan koordinoinnin avulla.	Koordinoituihin esimiehelle kuuluva tehtävä, jonka suorittaminen tapahtuu tekemällä strategioita, suunnitelmia ja sääntöjä koskevia päätöksiä sekä tilannekohtaisia ratkaisuja.	Organisaation osien välillä on kolmenlaisia riippuvuussuhteita: yhteispanos-, sarja- ja molemminpuolinen riippuvuus. Riippuvuussuhteiden välillä on kolmenlaisia riippuvuussuhteita: yhteispanos-, sarja- ja molemminpuolinen riippuvuus.	Organisaation menettelytapoja ja sisältöjä koordinoidaan. Menettelytapojen koordinoituihin on organisaation jäsenten käyttäytymisen ja suhteiden yleiskuvausta. Sisältöjen koordinoituihin jokaisen työn sisällön määrittelyä.	Organisaation tehtävien koordinoimissa tarvitaan yksittäisten toimien, ylärakenteen, sivuyhteyksien ja päätöksentekojärjestelmien suunnittelua. Suunnittelun perusasiat jaetaan suunnitteluparametreiksi. Koordinoitumekanismi on viisi: työprosessien, tuotosten ja taitojen standardointi, suora ohjaus sekä keskinäinen sopeutuminen.	Koordinoitua tarkastellaan toimintoprosessien kautta. Koordinointi on mekanismi, jolla yhteistyö saadaan toimimaan. Toimintoprosesseista muodostuvia riippuvuuksia: jaetut resurssit, tehtävät, tehtävien suunnittelu, tuottajan/käyttäjän yhteydet, tiedonkulkuviestintä toimintojen synkronisointi ja ryhmäpäätöksenteko.
KOORDINOINNIN KÄSITE						

Kolmessa ensimmäisessä näkökulmassa (Fayol, Follett ja Tuominen) lähdetään ajatuksesta, että koordinointi on johtamistoiminto tai johtamisen osa-alue. Fayolin koordinoinnin määrittelyissä on päällekkäisyyttä, koska hän mainitsee johtamistoimen perusosaksi suunnittelun, joka toisaalta myös sisältyy koordinointiin. Määrittelyt ovat jokseenkin luettelomaisia ja kokonaisuuden jäsentely jää epämääräiseksi. Follettin teoriassa ja Tuomisen tekemissä johtopäätöksissä jää avoimeksi se, mitä koordinoinnin käsite pitää sisällään ja miten koordinointi tapahtuu.

Muiden neljän käsitykset koordinoinnista painottuvat toiminnan riippuvuussuhteiden yhteensovittamiseen. Thompsonin ajatukset organisaation toiminnan hallinnasta vallitsevien riippuvuussuhteiden koordinoinnilla kytkeytyvät teollisuuteen. Niissä on kuitenkin havaittavissa myös näkemys organisaation kokonaistoiminnan hallinnasta koordinoinnin avulla. Mintzbergin mukaan organisaation suunnittelu ja koordinointi ovat tehokkaan organisaatorakenteen edellytykset. Hänen näkemyksensä kuvaa kokonaisvaltaisesti organisaation toiminnan eri osa-alueita ja niiden koordinointia eri mekanismien avulla.

Malone & Crowstonin tarkastelevat koordinointia toimintoprosessien ja tiedon hallinnan kautta. He puhuvat riippuvuuksista prosessissa, joita tulee koordinoita. Toisaalta he eivät kuitenkaan tuo esiin sitä, miten koordinoinnin tulee tapahtua. Ajatus sinänsä soveltuu myös terveydenhuollon organisaatioiden toiminnan kehittämiseen, koska tietojärjestelmien integrointi terveydenhuollon toimintojen ydinprosesseihin on erittäin ajankohtainen haaste.

Tutkimukseni kohteena olevan palveluketjun hallinta terveydenhuollossa liittyy potilaiden saamien palveluiden sujuvuuden ja jatkuvuuden hallintaan, joihin voidaan mahdollisesti vaikuttaa toiminnan erilaisten riippuvuustekijöiden koordinoinnilla. Mintzbergin suunnitteluparametreilla ja Thompsonin sekä Malone & Crowstonin mainitsemissa riippuvuustekijöillä, joita tulee koordinoida, näyttää olevan yhtäläisyyksiä.

Teoreettinen synteesi koordinoitavista riippuvuustekijöistä

Thompson (1974), Mintzberg (1979) ja Malone & Crowston (1994) lähtevät ajatuksesta, että organisaation toiminnoilla on riippuvuuksia toistensa suhteen ja niitä on sovitettava yhteen eli koordinoitava, jotta toiminta olisi tehokasta. Ajatusta sovelletaan tässä tutkimuksessa siten, että koordinoimalla prosessilähtöisen toiminnan riippuvuuksia voidaan hallita koko palveluketjua. Seuraavassa kuviossa kuvataan tässä tutkimuksessa teoreettisten lähtökohtien synteeseinä muodostuneita riippuvuustekijöitä ja niiden suhdetta tutkittaviin prosessilähtöisen toimintaan liittyviin osa-alueisiin. Organisaation suunnittelun perusasiat Mintzberg jakaa suunnitteluparametreiksi, jotka on tulkittu tässä tutkimuksessa organisaation toimintojen riippuvuustekijöiksi.

Mintzberg (1979)	Malone & Crowston (1994)	Teoreettisesti muodostuneet riippuvuustekijät	Prosessilähtöinen toiminta
Suunnitteluparametrit	Riippuvuustekijät		
Erikoistuminen	Tehtävät/työt Jaetut resurssit	Asiantuntijaresurssien hyödyntäminen	Asiantuntijoiden osaaminen
Koulutus Käyttäjätymisen kaavamaistaminen Indoktrinointi		Asiantuntijaosaamisen ylläpito ja jakaminen	
Yhteyskeinot	Tuottajan/käyttäjän yhteydet	Asiantuntijayhteydet	Asiantuntijoiden välinen yhteistyö
	Tiedonkulku ja Viestintä	Tiedonkulku ja Viestintä	
Suunnittelujärjestelmät	Tehtävien suunnittelu	Palveluprosessin suunnittelu, ylläpito- ja valvonta	Palveluprosessit
Valvontajärjestelmät			
	Toimintojen synkronisointi	Toimintojen synkronisointi	
Vertikaalinen päätöksenteon hajautus	Ryhmäpäätöksenteko	Vertikaalinen päätöksenteko	
Horisontaalinen päätöksenteon hajautus		Horisontaalinen päätöksenteko	

Kuvio 2. Teoreettisesti muodostetut riippuvuustekijät suhteessa prosessilähtöisen toiminnan osa-alueisiin.

Terveysthuollon organisaatioiden toiminta on vielä kohtalaisen byrokraattista ja organisaatorakenteet ovat funktionaalisia. Potilaan hoito on kuitenkin prosessilähtöistä ja tietojärjestelmillä voidaan nykyään tukea toimintaprosesseja. Näiden lähtökohtien valossa tutkimuksessa päädyttiin luomaan terveydenhuololle omat teoreettiset riippuvuustekijät yhdistämällä Mintzbergin määrittelemiä organisaation toiminnan suunnitteluparametreja (ks. luku 3.3.2, taulukko 3) ja Malone & Crowstonin määrittelemiä riippuvuustekijöitä (ks. luku 3.3.2, taulukko 4). Thompsonin esittämiä riippuvuustekijöitä ei huomioitu niiden teollisen painotuksen vuoksi.

Mintzbergin määrittelemien suunnitteluparametrien ja Malone & Crowstonin määrittelemien riippuvuustekijöiden käsitteitä yhdisteltiin teoreettisesti siltä osin kuin niiden sisältö arvioitiin samankaltaisiksi. Teoreettisesti muodostuneet riippuvuustekijät nimettiin uudelleen niitä yhteisesti kuvaavilla käsitteillä.

Miten koordinointi sitten tapahtuu? Mintzberg on esittänyt kattavasti myös koordinointimekanismeja, joten seuraavassa tarkastellaan niiden soveltuvuutta terveydenhuollon toiminnan koordinoinnissa ja palveluketjujen hallinnassa.

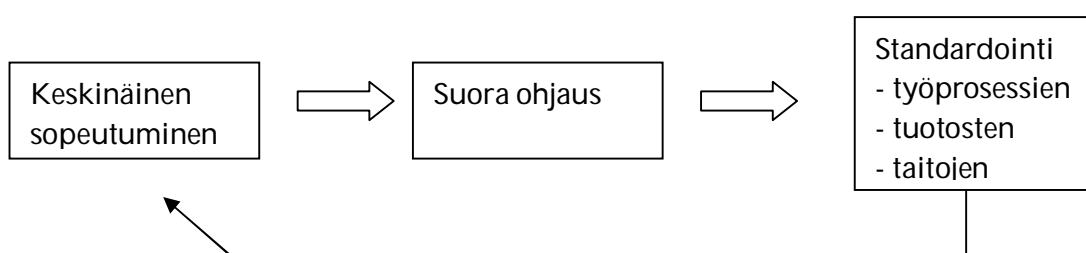
3.3.3. Koordinointimekanismit

Mintzberg määrittelee organisaatorakenteen seuraavanlaisesti: *"Organisaatiorenne voidaan määritellä yksinkertaisesti niiden keinojen kokonaisuudeksi, joilla työ jaetaan erillisiksi tehtäviksi ja hoidetaan näiden tehtävien välinen koordinaatio"* (Mintzberg 19: 2; 1983: 2).

Koordinoinnin menetelminä on Mintzbergin mukaan käytettävissä viisi koordinointimekanismia. Ne ovat keskinäinen sopeutuminen, suora ohjaus, työprosessien standardointi, työtuotosten standardointi ja työntekijöiden taitojen standardointi. Keskinäinen sopeutuminen tarkoittaa sitä, miten hyvin asiantuntijat pystyvät sopeutumaan toisiinsa tehtävissään ja heidän välisessä yhteistyössä. Keskinäisen sopeutumisen avulla työ koordinoidaan yksinkertaisesti epävirallisen viestinnän keinoin eli asiantuntijoiden välisen yhteisesti sovitun suoran viestinnän avulla. Suoran ohjauksen avulla koordinointi hoidetaan siten, että yksi ihminen vastaa muiden työstä, antaa heille ohjeita ja valvoo heidän toimintaansa. Työn standardoinnin avulla koordinointi tapahtuu suunnittelemalla

ensin työprosessit, työn tulokset ja siihen tarvittavat resurssit, jonka jälkeen voidaan suunnitella miten työntekijöiden tiedot ja taidot täyttävät asetetut vaatimukset. Työprosessien standardointi koordinointimekanismina tarkoittaa työn sisällön yksityiskohtaista kuvausta tai ohjelmointia. Tuotosten standardointi koordinointimekanismina tarkoittaa sitä, että työn tulokset on normitettu. Työntekijöiden taitojen standardointi tarkoittaa sitä, että työn edellyttämä koulutus on määritelty. Taitojen standardoinnin avulla saavutetaan epäsuorasti se, mitä työprosessien ja työtuotosten standardoinnilla saavutetaan suoraan. (Mintzberg 1990: 3–8.)

Näitä koordinointimekanismeja tulee pitää organisaation rakenteen peruselementteinä kuin liimaa, joka pitää organisaatiota kasassa. Mintzbergin mukaan nämä viisi koordinointimekanismia toimivat karkeassa järjestyksessä keskinäisestä sopeutumisesta suoran ohjauksen kautta standardointiin palaten lopulta takaisin keskinäiseen sopeutumiseen (ks. kuvio 3).



Kuvio 3. Koordinointimekanismit Mintzbergiä (1990: 3–8) mukaellen.

Jos organisaation eri tehtävät osoittautuvat mahdottomiksi standardoida, on ehkä pakko palata lähtöpisteeseen ja valita yksinkertaisin, mutta joustavin koordinoitikeino eli keskinäinen sopeutuminen. Mitä useammasta työntekijästä tai monimutkaisemmasta organisaatiosta on kysymys, sitä enemmän koordinoitimekanismeja tarvitaan. Yksilöllä ei ole suurta tarvetta koordinoitimekanismeihin tehdessään yksin itsenäisesti työtään. (Mintzberg 1979: 7.)

Pitkälle viety tehtäväkohtainen erikoistuminen toiminnan horisontaalisella tasolla saattaa aiheuttaa kokonaistoimintaan ongelmia varsinkin, jos tehtävän eri vaiheita tekevät eri asiantuntijat. Heidän saattaa olla vaikea nähdä työtään suhteessa muiden työhön. Näissä tapauksissa esimiehellä tulee olla tarvittava kokonaisnäkemys koordinoitakseen työtä suoran ohjauksen avulla. Ohjaus voidaan myös siirtää esimerkiksi suunnittelijalle, joka voi koordinoida työtä työprosessin standardoinnin avulla. Työn erikoistuminen synnyttää usein myös ongelmia liittyen viestintään ja koordinointiin. (Mintzberg 1979: 69–80; 1983: 24–36.)

Mintzbergin ajatuksia voidaan mielestäni soveltaa terveydenhuollon kokonaistoiminnan suunnittelussa ja hallinnassa. Terveydenhuollossa on ajankohtaista toiminta- ja palveluprosessien uudistaminen. Tietojärjestelmien avulla voidaan saada tiedonkulku sujuvammaksi ja ammattilaisten tarvitsema tieto nopeammin käyttöön. Terveydenhuollon organisaatiot ovat kuitenkin monimutkaisia, monitahoisia ja ne tarvitsevat useita työntekijöitä eri ammattiryhmistä. Työ on lisäksi erityisesti erikoissairaanhoidossa pitkälle erikoistunutta horisontaalisella tasolla. Mintzbergin mukaan juuri tällaisissa organisaatioissa tarvitaan koordinoitintia.

3.3.4. Yhteenveto koordinoinnin käsitteestä

Koordinoinnin käsite muodostuu tässä tutkimuksessa organisaation toiminnallisuuden ja suunnittelun näkökulmasta (vrt. Thompson 1974 ja Mintzberg 1979) ja tietojenkäsittelyn ja inhimillisten organisaatioiden näkökulmasta. Seuraavassa taulukossa kuvataan teoreettisesti muodostunutta koordinoinnin lähtökoh-
taa, koordinoinnin käsitettä, prosessilähtöisen toiminnan koordinoitavia osatekijöitä sekä sovellettavia koordinointimekanismeja.

Taulukko 6. Koordinoinnin käsitteen muodostuminen ja soveltaminen tutkimuksessa.

Koordinoinnin teoreettinen lähtökohta	Koordinoinnin käsite	Koordinoitavat osat	Sovellettavat koordinointimekanismit
Organisaation osien ja toimintojen välillä on riippuvuussuhteita, joita tulisi sovittaa yhteen toiminnan tavoitteiden saavuttamiseksi. (Mintzberg H., Thompson D.J., Malone & Crowston)	Toimintojen riippuvuuksien yhteensovittamista asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi.	1. Palveluprosessi 2. Asiantuntijoiden välinen yhteistyö 3. Asiantuntijoiden osaaminen	1. Standardointi 2. Suora ohjaus 3. Keskinäinen sopeutuminen (Mintzberg H.)

Koordinoinnin määritelmä tässä tutkimuksessa on seuraavanlainen: *Koordinointi on terveydenhuollon toimintojen riippuvuuksien yhteensovittamista asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi.*

Lähtökohtana on Mintzbergin (1979: 2) ajatus siitä, että organisaatorakenne voidaan määritellä yksinkertaisesti niiden keinojen kokonaisuudeksi, joilla työ jaetaan tehtäviksi ja hoidetaan niiden välinen koordinaatio. Rakenteen ainekset tulee kuitenkin valita siten, että saavutetaan sisäinen johdonmukaisuus ja sopusointi sekä otetaan huomioon organisaation tilanne.

Terveydenhuollossa potilaan hoito on prosessilähtöistä. Teoreettisesti muodostuneet riippuvuustekijät jaettiin tutkimusasetelmassa esitettyyn kolmeen teoreettiseen prosessilähtöisen toimintaan peilautuvaan osa-alueeseen; asiantuntija osaaminen, asiantuntijoiden välinen yhteistyö ja palveluprosessi.

Lisäksi tarkastellaan teoreettisesti ajateltujen koordinoitimekanismien käyttöä terveydenhuollon palveluketjujen hallinnassa. Mintzberg esittämää viittä koordinoitimekanismia (työprosessien, tietojen ja taitojen standardointi, suora ohjaus ja keskinäinen sopeutuminen) pyritään peilaamaan myöhemmin tutkimuksen tuloksia vastaan.

Tutkimuksen tarkoituksena on aineistoanalyysin avulla kehittää teoreettista ajattelua terveydenhuollon palveluketjujen hallinnasta. Tutkimuksessa pyritään löytämään todelliset terveydenhuollon eri osa-alueiden riippuvuustekijät ja miten niitä voidaan koordinoita, jotta saavutetaan palveluketjujen hallinta.

Terveydenhuollon palvelu- tai hoitoketju muodostuu joko yhdestä tai useammasta palvelu- tai hoitoprosessista. Toiminta nähdään tässä tutkimuksessa prosessilähtöisenä ja vaatii näin ollen myös prosessijohtamisen menetelmiä. Eri ammattiryhmien osaaminen ja heidän välinen yhteistyö palveluketjun sujuvuuden näkökulmasta muodostuvat prosessilähtöisessä toiminnassa tärkeiksi.

Seuraavassa luvussa määritellään tarkemmin prosessilähtöistä toimintaa johtamisen, yhteistyön ja osaamisen näkökulmasta sekä prosessilähtöisen toiminnan koordinoitua.

3.4. Prosessilähtöisyys

3.4.1. Prosessilähtöinen ajattelu

Prosessilähtöisessä ajattelussa lähtökohtana on asiakas ja hänen tarpeensa. Käytännössä ensin mietitään millaisilla palveluilla tai tuotteilla tarpeet voidaan tyydyttää. Seuraavaksi suunnitellaan ne toimenpiteet ja resurssit, joilla halutut tuotteet tai palvelut saadaan aikaiseksi. Sitten selvitetään mitä syötteitä eli tietoa ja materiaalia tarvitaan prosessin toteuttamiseksi ja mistä ne hankitaan. Asiakaskeskeisyyden toteuttaminen saattaa kuitenkin olla vaikeaa koko organisaatiossa. Usein ongelmaksi muodostuu se, että kukin yksikkö kantaa huolta ainoastaan omasta tuloksesta asiakkaiden kokonaisedun sijaan ja organisaatioiden sisäisten yksiköiden välillä voi olla yhteistyön puutetta. Prosessilähtöinen toiminnan tarkastelu tukee kokonaisvaltaista ajattelua. Sitä paremmin toiminta sujuu, kun yksikkötasolla toimivat ihmiset ymmärtävät toimintakokonaisuuden merkityksen. (Blåfield 1996: 29; Kvist, Arhonia, Järvelin & Räikkönen 1995: 13; Laamanen 2002: 21.)

Asiakkaita palvelevassa organisaatiossa työntekijät ryhmitellään tietojen, taitojen, työprosessien lisäksi asiakkaiden mukaan. Kun organisaatio ryhmittelyn perusteena ovat tiedot, taidot, työprosessi tai työtoiminto, on se merkki siitä, että prosessiin ja yksikön kokoon liittyvät riippuvuudet ovat olleet määrääviä.

Toimintokohtainen rakenne edistää erikoistumista siten, että asiantuntijoille luodaan urakehitysmahdollisuuksia heidän omalla alallaan. Toisaalta kapean erikoisalan painottaminen estää huomion suuntautumista laajempaan tuotokseen. Yksilöt keskittyvät omiin keinoihinsa, eivätkä organisaation yleisiin päämääriin. (Mintzberg 1983: 51–57.)

Prosessilähtöisen toiminnan kehittämisessä yhteisöä kehitetään ensisijaisesti alhaalta ylöspäin organisaatiossa, joiden perustehtävänä on asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen. Perustasolla työskentelevä henkilöstö on paras asiantuntijataso asiakkaiden tarpeiden tunnistamisessa. Johdon tehtävänä on tukea perustason toimintaa. Prosessikeskeinen kehittäminen perustuu kokonaisvaltaisuuteen, joka tarkoittaa jatkuvaa koko yhteisön tasolla tapahtuvaa eri yksiköiden ja hierarkiatasojen välistä vuorovaikutusta. Tavoitteet ja toimintastrategiat ovat jatkuvan tutkimisen ja kehittämisen kohteena, johon koko yhteisö osallistuu. (Murto 1992: 31–32.)

Prosessilähtöisessä organisaatiossa resurssit ryhmittyvät toimenpidesarjan tai asiakastilauksen ympärille. Prosessikeskeisyyttä pidetään myös asiakaskeskeisyytenä. Painopiste ei ole yksittäisen toimenpiteen tai operaation tehokkaassa tai laadukkaassa suoritustavassa vaan kokonaisuuden sujuvuudessa. Onnistumista mitataan asiakastyytyvällisyydellä, joustavuudella ja läpimenoajalla. (Lillrank, Kujala & Parviainen 2004: 92.)

Prosessilähtöinen organisaatio jaetaan ydin- ja tukiprosesseihin. Ydinprosessi tuottaa koko toiminnan tai operaation arvon. Tukiprosessit luovat edellytyksiä tehokkaalle toiminnalle ja tuottavat ydinprosessien käyttöön erilaisia osasuoritteita. (Laamanen 2002: 52–56; Lillrank ym. 2004: 94.) Esimerkiksi terveyden-

huollossa sairaalan ydinprosessi on hoitoprosessi ja tukiprosesseja ovat ruoka-huolto, laitossiivous sekä kuljetuspalvelu.

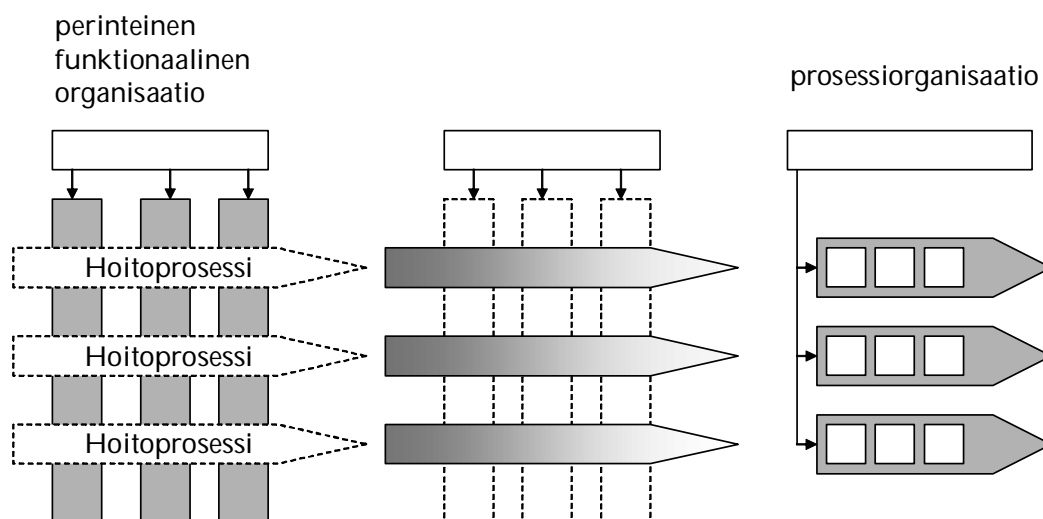
3.4.2. Prosessilähtöisen toiminnan johtaminen

Palvelutuotannon tehostamista on esitetty Suomessa parannuskeinona kuntien talouden kiristyneen tilanteeseen. Terveystuotannon tehostamiskeinoina mainitaan hoitojen kustannusvaikuttavuus ja prosessijohtaminen. Prosessiajattelun nähdään myös hyödyttävän hoitoketjuajattelua. (Peltokorpi, Kujala & Lillrank 2004: 13–14.) Palveluorganisaatioiden, joihin myös terveydenhuollon organisaatiot kuuluvat, tärkein ominaisuus on kyky reagoida ympäristön asettamiin vaatimuksiin. (Salminen 2002: 143.)

Organisaatiolla tarkoitetaan rakenteita ja prosesseja, jotka määrittelevät työnjaon, vastuut ja ylläpitävät niitä. Johtamisen perustehtävä on huolehtia asioiden sujumisesta ja ihmisten toimintaedellytyksistä. (Järvenpää & Ylitalo 2005: 263, 275.)

Prosessijohtaminen tarkoittaa toimintaprosessien hallintaa eli uudistamista ja parantamista ja sen kautta tapahtuvaa suorituskyvyn parantamista osana joka päiväistä toimintaa. Perinteinen funktionaalinen ajattelutapa, joka on johtanut erikoistumiseen ja kapeasti määriteltyihin työtehtäviin, kyseenalaistetaan ydinprosessien uudistamisessa. Prosessijohtamisen yhtenä lähtökohtana on vapautua funktionaalisen johtamisen ja organisoinnin kahleista ja tarkastella toimintaa asiakkaalle tuotettavana kokonaisuutena. (Hannus 1994: 15–18, 36–41; Karlöf 1999: 343–347; Lillrank ym. 2004: 95.) Kuviossa 4 kuvataan terveyden-

huollon siirtymistä funktionaalisesta ajattelutavasta prosessijohtamiseen.

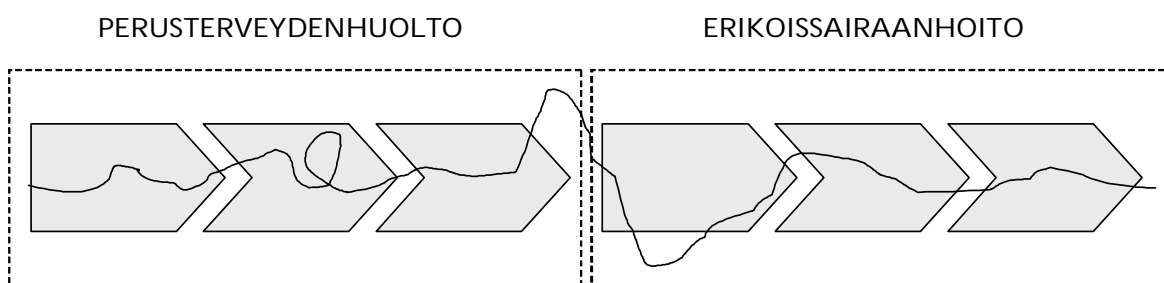


Kuvio 4. Siirtyminen funktioiden johtamisesta prosessien johtamiseen terveydenhuollossa (mukaeltu Hannus 1994: 70).

Horisontaalisen, prosessilähtöisen organisaatiomallin hyödyntäminen prosessi- ja asiakaslähtöinen toiminnan ohjauksessa ja suorituskyvyn seurannassa ei edellytä kuitenkaan esimerkiksi terveydenhuollon koko organisaation muuttamista vertikaalisesta horisontaaliseksi (vrt. Hannus1994: 69; Blåfield 1996: 39).

Prosessijohtamista voidaan tarkastella yksikön toimintaa asiakkaalle arvoa tuottavana kokonaisuutena. Prosessit pitää määritellä, kuvata ja mallintaa esimerkiksi piirtämällä prosessikarttoja. Niiden avulla prosesseja voidaan tarkastella kriittisesti ja järkeistää. Prosessille tulee nimetä prosessin omistaja, joka on vastuussa kokonaisuudesta. (Lillrank & Parvinen 2004:1054–1055; Lillrank ym. 2004: 95; Laamanen 2002: 75–83.) Terveydenhuollossa potilasprosessin tarkastelu on tärkeää silloin, kun halutaan esimerkiksi selvittää hoidon etenemistä ja

kustannuksia potilaan tai hoitopisodin näkökulmasta. Useimmiten terveydenhuollon palvelujen tuottajat tunnistavat oman yksikkönsä hoitoprosessit, mutta organisaatorajat ylittävistä potilaan kokonaisesta palveluketjusta tai hoitokokonaisuudesta ei välttämättä ole selvää kuvaa. Terveydenhuollossa potilaiden hoitoprosessien tarkastelu paljastaa eri yksikköjen toiminnasta johtuvat hoidon jatkuvuuden viiveet. (kuvio 5.)



Kuvio 5. Palvelu- tai hoitoketjun etenemisen kuvaus (Lillrank ym.2004: 127).

Lillrankin tutkimuksessa ilmeni, että palvelu- tai hoitoketjun eteneminen saattaa poukkoilla hoitoprosessista toiseen epäjohdonmukaisella tavalla. Viiveet ja odotukset voivat aiheutua esimerkiksi huonosta tiedonkulusta tai vähäisistä resursseista. Silloin, kun palvelu- tai hoitoketjua ei tunnisteta, eikä hoitoa ja sen jatkuvuutta koordinoita, voi potilaasta tuntua, ettei kenelläkään ole selvää vastuuta asiasta. Tapahtuvat viiveet kertovatkin usein palvelu- tai hoitoketjun hallinnan puutteesta. (Lillrank ym. 2004: 127.)

Prosessilähtöisen toiminnan johtamisessa on olennaista horisontaalinen, asiakkaan tarpeisiin perustuva toiminnan ohjaus (Hannus 1993:31). Terveydenhuollossa organisaatorakenteet perustuvat kuitenkin perinteiseen funktionaaliseen

työnjakoon. Funktionaalissa organisaatiossa kukin erikoisosaamisen alue on organisoitu omaksi yksikökseen. Osaaminen voi kehittyä parhaiten niiden sisällä. Funktionaalisen organisaation vahvuus on ammatillisen osaamisen syventäminen ja sen myötä tapahtuva laadun kehittyminen, mutta sen ongelmana on tehottomuus rajapinnoilla. Asioita katsotaan asiantuntijoiden eikä asiakkaan palvelu- tai hoitoketjun näkökulmasta, jolloin kokonaisuus saattaa ontua. Asiantuntijoiden omat tarpeet saattavat ohjata päätöksentekoa. Funktionaalinen organisointitapa terveydenhuollon palvelu- ja hoitoketjujen hallinnassa tuottaa tilanteen, jossa toiminta voi olla laadukasta ja kustannustehokastakin, mutta ongelmaksi muodostuu hoidon saatavuus ja palvelu- tai hoitoketjun sujuvuus.

Prosessiorganisaatio ratkaisee funktiosta toiseen siirtymisen ongelman, mutta prosessien välille saattaa syntyä koordinoitongelmia, jotka aiheuttavat esimerkiksi päällekkäisyyksiä ja resurssien haaskausta. Organisaatioiden sosiaaliseen rakenteeseen liittyvät asemat ja valtasuhteet ovat yhteydessä toiminnallisen rakenteen kehittämiseen ja perustehtävän toteuttamiseen. Organisaatioiden ja työyhteisöjen kokonaisvaltainen kehittäminen alhaalta ylöspäin edellyttää myös siihen soveltuvan vuorovaikutusprosessin johtamista. Organisaatiotasolla vuorovaikutusprosessin johtaminen merkitsee sitä, että johtajalla on päävastuu yksiköiden välisen vuorovaikutuksen ja yhteistyön johtamisessa. Johtajan tehtävänä on luoda sellainen toiminnallinen rakenne, joka mahdollistaa sekä yksikötason että koko organisaation jatkuvan toiminnan ohjaamisen ja seurannan puuttumatta kuitenkaan yksipuolisesti yksiköiden itsenäiseen toimintaan. (Murto 1992: 70–73; Harisalo & Miettinen 2004: 76–79.) Edellä mainittu prosessilähtöiseen toimintaan liittyvä vuorovaikutusprosessin johtaminen viittaa yksiköiden väliseen viestintään ja yhteistyön hallintaan.

Isoissa organisaatioissa on prosessilähtöisessä toiminnassa oleellista toimijoiden välinen yhteistyö erityisesti prosessin jatkuvuuden ja sujuvuuden näkökulmasta. Toiminta- tai palveluprosessissa tarvitaan usein erityisosaamista ja sen hyödyntämistä myös koko organisaatiossa. Seuraavassa käsitellään yhteistyön merkitystä prosessilähtöisen organisaation toiminnassa.

3.4.3 Yhteistyön merkitys prosessilähtöisessä toiminnassa

Organisaation kokonaistoiminnassa oleellista on organisaation jäsenten välinen toiminta ja sen hallinta yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Palveluiden tuottajien välinen yhteistyö on tärkeää varsinkin niissä organisaatioissa, joissa ammattihenkilöt tuottavat toinen toisiinsa liittyviä palveluita ihmisille kuten esimerkiksi terveydenhuollossa. Tietojen nopea siirto ammattihenkilöiden välillä on mahdollista nykyään sähköisen tiedon siirron avulla, mutta pelkkä tiedon siirto ei riitä palvelujen hallinnassa, vaan pitää olla myös sovitut toimintatavat siitä, kuinka tietoja hyödynnetään.

Yhteistyö käsitteenä

Yhteistyö on määritelty yleisesti sekä hallintoteoreettisesta näkökulmasta kahden tai useamman henkilön, tahon tai vastaavan toiminnaksi yhdessä jonkin päämäärän saavuttamiseksi (Hyvönen 1983: 47; Simon 1979: 109; Uusi Tietosanakirja 1993: 842). Yhteistoiminta on yhteistyön lähikäsite, mutta se ei välttämättä sisällä yhteisen päämäärän saavuttamisen ajatusta. Usein käytetään myös sanaa co-operaatio puhuttaessa yhteistyöstä. *Co-operation* (engl.) tarkoittaa yhdessä työskentelyn toimintaa. *Collaborate*-verbi tarkoittaa työskentelyä

yhdessä jonkun kanssa, *collaboration* on käännetty yksinkertaisesti yhteistyöksi. (Kernerman 1993: 99, 118.) Kumpikaan englanninkielinen sana ei suoraan vastaa suomen kielistä yhteistyön määritelmää, joka pitää nimenomaan sisällään yhteisen päämäärän saavuttamisen tavoitteen.

Kekin (1990: 3–6) määritelmän mukaan yhteistyö (*collaboration*) on yhteistä tekemistä (*sharing*), suunnitteluun osallistumista, päätösten tekoa, tavoitteiden asettamista, vastuun jakamista, ongelmien ratkaisua, tulosten arviointia, toimintojen koordinoitua ja co-operointia sekä avointa kommunikaatiota. Yhteistyön onnistumisen kannalta työyhteisössä on oltava taitava johtaja.

Yhteistyön ilmenemismuotoja voivat olla esimerkiksi käytännön vuorovaikutus tai hallinnollinen koordinointi. Yhteistyön muodot voivat vaihdella laajan, löyhän verkoston ja tiiviin liiton välillä (vrt. Huxham 1996; Vornanen 1995). Toiminnan koordinoinnin puuttuessa voidaan päätyä tekemään työtä ilman yhteisiä tavoitteita ja suunnittelua, jolloin työn päällekkäisyys lisääntyy ja työmotivaatio laskee. Koordinoinnin puuttuessa myös yhteistoiminta on useimmiten tehotonta ja päämäärää ei myöskään saavuteta. (Simon 1979: 109.) Esimerkiksi tutkittaessa yhteistyötä Suomen ja sen naapurimaiden välisissä yhteistyöprojekteissa tuli esille viisi oleellista koordinoitavaa asiaa. Maiden välisten yhteistyöprojektien kehittämisessä tulisi koordinoita kulttuurisia eroavaisuuksia, sitoutumista ja luottamusta, oppimisprosessia sekä projektin suunnittelua, jotta tuloksiin päästäisiin. (Vartiainen 2002.)

Yhteistyön osapuolten yhdensuuntainen näkemys oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan eli moraalinen käsitys yhteistyön perusteista on myös tärkeä. Pyritäänkö yhteistyöllä asiakkaiden tai organisaatioiden vai molempien kannalta

tavoiteltavaan hyvään vai ovatko tavoitteena voimavarojen säästö ja valvonnan tehokkuus (vrt. Vornanen 1995)? Toimivien kontaktien luominen edellyttää sosiaalisia taitoja, rohkeutta ja sitkeyttä ylläpitää olemassa olevia yhteyksiä ja suhteita. Yhteistyörakenteiden luominen vaatii aikaa ja toimijoille valtuuksia tehdä tarvittavia päätöksiä sen toteutumiseksi (vrt. Huxham 1996; Juuti 1989: 232–235; Sarala & Sarala 1996).

Yhteistyö voidaan saavuttaa yhteisten arvojen avulla sekä tunnustamalla yhteiset edut ja keskinäinen riippuvuus. Yhteistyön onnistumisen edellytyksenä on arvioitu olevan toisten työn tunteminen ja arvostaminen, vastuunjako ja kompromissihalukkuus. (Kallio 1979: 9–10; Heikkilä 1987: 6; Øvretveit 1995: 90; Frilander 1997; Tantt 2001.)

Yhteistyö prosessilähtöisessä toiminnassa

Yhteistyötä ja työyhteisöä voidaan tarkastella useasta lähtökohdasta kuten ammattikunnan, yksintyöskentelyn, sektorijattelun, prosessilähtöisen toiminnan, asiakasyhteisön, työryhmän sekä työntekijän ja esimiehen pohjalta (vrt. Taylor 1911; Elovainio ym. 1997; Simoila 1994). Yhteistyö ja verkostot eivät kuitenkaan välttämättä tuota tehokkaampaa tai taloudellisempaa toimintaa, ellei niiden toimintaa koordinoita (vrt. Halverson, Mays & Kaluzny 2000; Wan, Allen & Blossom 2001). Uudenlaista näkökulmaa yhteistyöhön edustaa "Computer-Supported Cooperative Work" (CSCW), joka tutkii tietojärjestelmien käyttöä pienten ja isojen ryhmien työn tukena. Näkökulma on monitieteellinen sisältäen tietojenkäsittelyn, järjestelmäsuunnittelun, sosiologian ja johtamisen lähtökohdat. (Engeström & Middleton 1998: 314.)

Prosessilähtöisessä toiminnassa on prosessien jatkuvuuden ja sujuvuuden näkökulmasta tärkeää toimijoiden välinen yhteistyö. Terveysthuollon hoitoprosessien ja palveluketjujen sujuvuus edellyttää ammattihenkilöiden välistä jatkuvaa viestintää ja yhteistyötä erityisesti organisaatioiden välisillä rajapinnoilla potilaan siirtyessä jatkohoitoon. Tiimityö on soveltuva työskentelymuoto pienhköissä yksiköissä, joissa aika- ja tilaresurssit mahdollistavat tiimien työskentelyn. Terveysthuollon organisaatioiden välinen tiimityö voi muodostua hankalaksi, koska sen järjestäminen on aikaa vievää, jos fyysiset etäisyydet organisaatioiden välillä ovat pitkät (vrt. Tantt 2001). Verkostotyö on soveltuva asiakokonaisuuksien yhteensovittamisessa tai laajoissa yhteistoiminnallisissa hankkeissa. Palveluketjujen hallinnassa etäällä toisistaan olevien organisaatioiden välillä verkostotyötä voidaan tehdä myös tietojärjestelmien avulla.

Engeströmin (1998: 29–33) mukaan hierarkkisen organisaation voimavara on työntekijöiden yhteisöllisyys. Yhteisöllisyydellä Engeström tarkoittaa hierarkkisten valvontarakenteiden korvaamista itseohjautuvilla työryhmillä, avoimen tiedonkulun parantamista ja monipuolisen ammattitaidon takaamista työntekijöille.

Yhteistyön käsitteeseen prosessilähtöisessä toiminnassa liittyvät teoreettisena yhteenvetona tässä tutkimuksessa yhteisöllisyyden ja tiimien sekä verkostojen käsitteet (ks. kuvio 6).



Kuvio 6. Yhteistyö prosessilähtöisessä toiminnassa.

Prosessilähtöisessä toiminnassa näen ratkaisevina yhteisöllisyyden asteen sekä tiimit ja verkostot, joiden perustana on avunanto ja yhteistyö yli organisatoristen rajojen sekä niiden avulla saavutettavan korkean innovatiivisuuden ja aloitteellisen oppimisen. Innovaatioihin suuntautuvia tiimi- ja verkkopohjaisia organisaatioita kutsutaan oppiviksi organisaatioiksi (vrt. Argyris ja Schön 1978; Senge 1990, 1994; Sarala & Sarala 1998). Onnistuneen tiimitoiminnan edellytyksenä on kuitenkin se, että kaikilla tiimin jäsenillä on paitsi omaan työhönsä tarvittava tieto, myös riittävät taidot ja motivaatio yhteistoimintaan. Organisaatorakenne yleensä mataloituu tiimityön myötä, mutta itseohjautuvuutta saattaa olla vaikea saavuttaa etenkin, jos esimiehiltä ei saada selkeää tukea tiimityöhön. (Katzenbach & Smith 1996: 175–178; Sarala & Sarala 1998: 160.)

Yhteistyön avulla voidaan vastata nopeasti muuttuviin toiminnan haasteisiin, jolloin tarvitaan myös kehittymiskykyistä, uutta oppivaa ja joustavaa toimintatapaa. Yhteistyön avulla voidaan edistää yksilön ja koko organisaation tietotaitoa ja kehittymistä. (Senge 1990: 53–54, 236; Sarala & Sarala 1998: 33, 144–150.) Seuraavassa luvussa tarkastellaan tarkemmin työntekijöiden tietojen ja taitojen eli osaamisen merkitystä prosessilähtöisessä toiminnassa, jossa asiantuntijuudella on suuri rooli.

3.4.4. Osaaminen prosessilähtöisessä organisaatiossa

Organisaation mikrotason toiminnan yksi kulmakivi on yksilön osaaminen. Ammatillinen osaaminen ymmärretään teorian ja käytännön taitojen integroituneena kokonaisuutena. Osaamiseen ja pätevyyteen kuuluvat kriittinen suhtautuminen tietoon, kyky arvioida omaa osaamistaan, ratkaista ongelmia itsenäisesti ja oppia kokemuksista. Tällainen oppiminen luo uusia toimintakäytäntöjä ja uutta tietoperustaa. Pätevyys on henkilön potentiaalinen toimintakyky työssä esiintyvissä tehtävissä ja tilanteissa. Yksilön oppimiseen vaikuttavat oppimisympäristö, jossa työskennellään, käytettävissä olevat välineet ja organisaation johtamistapa. Organisaatiot ovat avoimia järjestelmiä, jotka ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. (Nikkilä 1992: 57; Sarala & Sarala 1996: 129–130.)

Osaamisen, tiedon ja oppimisen hallinnasta keskusteltiin useilla tieteenaloilla 1990-luvun alkupuolella. Tiedon käsite muodostuu filosofiselta pohjalta muuttuen monitahoisten tietojen, taitojen ja osaamisen kokonaisuudeksi. Tieto sisältää siis tietämisen ja osaamisen sekä myös tietämisen aktiivisen toimintaan liit-

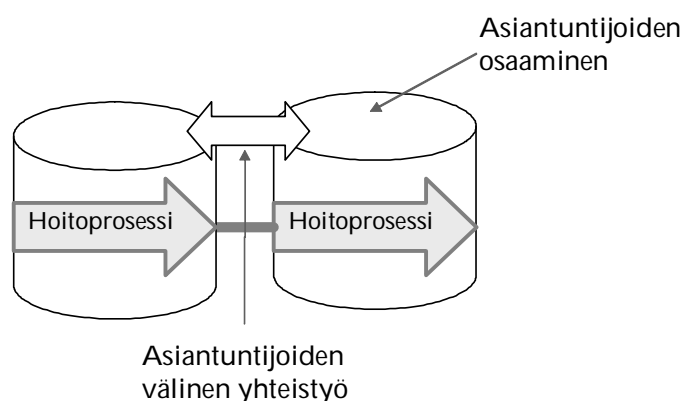
tyvät prosessit. (Holma jne. 1997: 31, Stähle & Grönroos 1999: 72–76, Kirjavainen 2000: 11.) Uusinta ajattelua edustaa intellektuaalisen pääoman johtaminen (Kirjavainen 2000: 11–18; KTM 2001: 11, 39, Sveiby 1990: 102.)

Englannissa on tutkittu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnan koulutustarpeita suhteessa saumattomaan hoitoon. Tutkimuksen lähtökohtana oli ajatus, että hoitohenkilökunnan roolin ymmärtäminen, taidot ja resurssit ovat tärkeitä rakennettaessa rajapintoja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Tuloksena oli, että hoitohenkilökunta tarvitsee koulutusta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saumattoman hoidon toteuttamiseksi seuraavilla osa-alueilla: informaatioteknologiassa, roolien tiedostamisessa, yhteistyössä, rajoja ylittävissä työskentelyssä, ammatillisissa asioissa, käytännön asioissa ja potilaiden ohjannassa. (Werrett, Helm & Carnwell 2001.)

Prosessilähtöisessä toiminnassa asiantuntijat jakavat osaamista toinen toiselleen vuorovaikutuksessa yksilöiden välillä, uutta tietoa kartutetaan yhteisissä tilaisuuksissa, tieto varastoidaan kaikille saatavaksi, luodaan osaamisen hyödyntämisen toimintamalli ja sovelletaan käytännössä. (Nanoka & Takeuchi 1995: 13, 59, 74, 85–89; Sydänmaanlakka 2002: 138–140.) Osaamista täytyy kuitenkin myös hallita, jotta sitä voidaan hyödyntää hoito- ja palveluprosesseissa. Osaamisen hallinnassa ei nosteta esiin vain jotakin osaamiseen liittyvää toimintaa tai erillisiä tietoon ja oppimiseen liittyviä prosesseja, vaan kaikki tiedon ja osaamisen alueet nähdään koko organisaation läpäisevänä horisontaalisena kokonaisuutena.

Prosessijohtamisen haasteena on yhdistää yksilötason osaaminen ja palveluprosessien jatkuvuus yli organisaatorajojen asiakkaiden hyväksi niin, että muodostuu sujuva palveluketju. Oppivan organisaation ajattelu (vrt. Argyris & Schön 1978; Senge 1990,1994, Sarala & Sarala 1998) nähdään tutkimuksessa taustalla olevana laajempuna näkökulmana, joka on mm. vaikuttanut osaamisen hallinnan ajatteluun. (Nanoka & Takeuchi 1995: 69–71; Sydänmaanlakka 2002: 135.)

Tässä tutkimuksessa painotetaan osaamisessa asiantuntijan roolia yhteisön jäsenenä, toimijana ja ajattelevana yksilönä sekä yksilöiden, ryhmien, yksiköiden ja organisaatioiden muodostamaa yhteistoiminnallista kokonaisuutta (vrt. kuvio 7).



Kuvio 7. Osaamisen ja sen jakamisen merkitys terveydenhuollossa prosessilähtöisen toiminnan näkökulmasta.

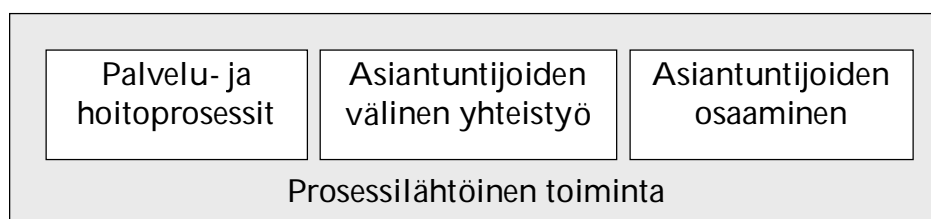
Tässä tutkimuksessa osaaminen ja sen jakaminen nähdään terveydenhuollon hoitoprosessissa asiantuntijuutena ja asiantuntijoiden välisenä yhteistyönä. Osaamisessa ja sen jakamisen kehittämisessä prosessilähtöisessä toiminnassa on kysymys yhteistoiminnan kehitystä estävien rajojen ylityksestä. Rajanylitykset

yhteistyössä sekä hajauttavat että yhdistävät uudella tavalla organisaation asiantuntijuutta – yksittäinen asiantuntija joutuu työskentelemään aiemman reviirin tai profession sijaan yhtä aikaa nopeasti vaihtuvassa rytmissä useammassa kontekstissa ja erilaisissa rajanylitystilanteissa. Yksittäisten työntekijöiden koulutus ei yksistään riitä, vaan erilaisen osaamisen on liityttävä saumattomasti yhteen ja luotava jopa sellaisia osaamisen uusia alueita, joita aiempi toimintatapa ei ole synnyttänyt tai edellyttänyt. Vertikaalisen ja erikoistuvan asiantunteumuksen ohella on kehitettävä myös asiantuntijuuden horisontaalista, ammattiryhmien rajoja rikkovaa ja ylittävää ulottuvuutta. (Kovero & Launis 1999: 5.)

Asiantuntijuutta on määritelty tutkimuksissa ja kirjallisuudessa eri tavalla riippuen tarkastelun näkökulmasta. Määrittelyt asiantuntijuudesta yksilön ominaisuutena sisältävät sen, että asiantuntija on henkilö, jolla on erikoisia tai tavallista perusteellisimpia tietoja jostain asiasta tai joltain alalta. Asiantuntija saa kuitenkin erilaisen merkityksen ja sisällön riippuen siitä, tarkastellaanko sitä asiantuntijayhteisön sisä- vai ulkopuolelta. (Engeström, Saarelma, Launis, Simoila & Punamäki 1991: 21–23; Launis 1994: 6–9.) Asiantuntijuuden klassisissa tutkimuksissa korostetaan kokemuksen merkitystä. Ekspertiksi tulo vaatii vuosien kokemuksen ja harjoittelun. (Dreyfus & Dreyfus 1986: 28–30, Benner 1989: 20–21.) Asiantuntijuus yksilöllisenä työnä ei ota Engeströmin (1998) mukaan huomioon työn historiallista kehitystä eikä sitä, että asiantuntijat ovat toimissaan riippuvaisia työyhteisön työnjaon ja yhteistyön tavoista. Asiantuntijuutta ja asiantuntijatietoa koskeva tutkimus voidaan kohdistaa myös asiantuntijatoiminnan kokonaisuuteen. Tällöin asiantuntijuutta tarkastellaan useiden asiantuntijoiden, verkostojen ja organisaation kykynä ratkaista yhteistoiminnallisesti uusia ja muuttuvia ongelmia. (Launis 1994: 13.)

3.4.5. Yhteenveto prosessilähtöisestä toiminnan sujuvuuteen vaikuttavista osa-alueista

Tutkimuksen lähtökohtaisena ajatuksena on, että prosessilähtöisen toiminnan sujuvuus on riippuvainen tietyistä osatekijöistä eli palveluprosessista, asiantuntijoiden yhteistyöstä ja osaamisesta (ks. kuvio 8).



Kuvio 8. Prosessilähtöiseen toiminnan sujuvuuteen vaikuttavat osa-alueet.

Prosessilähtöisen toiminnan perustehtävänä on asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen. Palvelu- ja hoitoprosessit tulee määritellä, suunnitella asiakkaan tarpeesta lähtöisin. Lisäksi on suunniteltava ne toimenpiteet ja resurssit, joilla halutut palvelut voidaan saada aikaiseksi ja miten niitä ohjataan, valvotaan ja ylläpidetään. Perustason asiantuntijat, erityisesti terveydenhuollon sektorilla, tunnistavat parhaiten asiakkaiden tarpeet. Prosessikeskeinen toiminta perustuu kokonaisvaltaisuuteen. Se tarkoittaa koko yhteisön tasolla tapahtuvaa yksilöiden, yksiköiden ja myös hierarkiatasojen välistä vuorovaikutusta.

Prosessilähtöisessä toiminnassa on oleellista asiantuntijoiden välinen yhteistyö sekä asiantuntijoiden osaamisen hyödyntäminen ja jakaminen koko prosessissa. Terveydenhuollon palvelu- ja hoitoprosessien sujuvuudessa on tärkeää eri ammattiryhmistä muodostuvien asiantuntijoiden välinen yhteistyö yhteisen

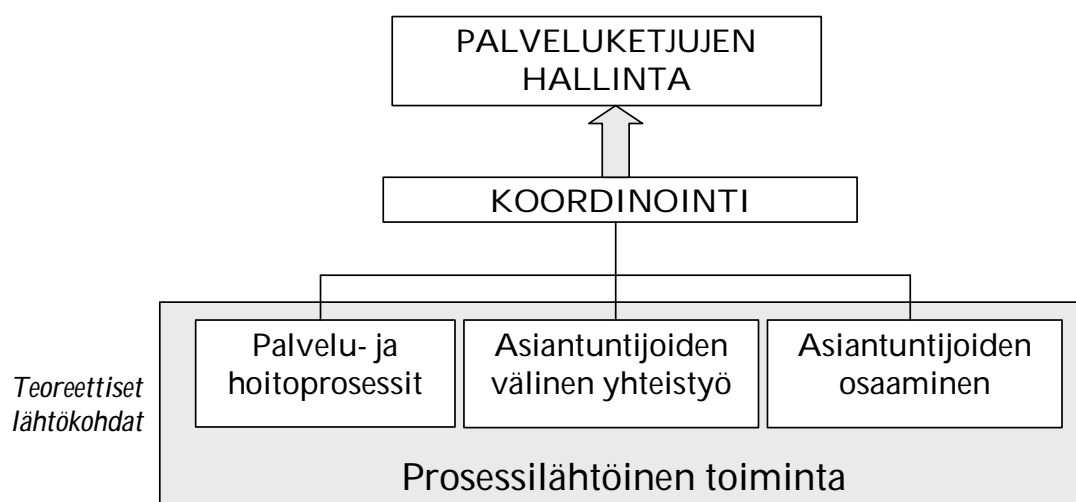
potilaan moniammatillisessa hoidossa. Yhteistyö edistää tiedon kulkua ja hoidon jatkuvuutta potilaan hoitoprosessissa. Osaamisen jakamisen ja oikean kohdentumisen avulla voidaan välttää turhia päällekkäisiä toimenpiteitä ja viiveitä potilaan hoidossa.

Näkemykseni mukaan terveydenhuollossa tarvitaan kuitenkin uudenlaista johtamisajattelua ja toimintamallia, jotta laaja tietopääoma eli osaaminen voidaan käyttää tehokkaammin asiakkaan hyväksi. Palveluprosesseja, osaamista ja myös asiantuntijoiden välistä yhteistyötä täytyy hallita, jotta sujuvaa prosessilähtöistä toimintaa voidaan ylläpitää. Työelämä on monimutkaistunut ja työ on muuttunut yhä useammin tietojärjestelmien ja abstraktien käsitteiden kautta hallittavaksi. Monimutkaiset toimintajärjestelmät edellyttävät tiukkojen tehtävä- ja ammattikuntarajojen purkamista. Asiantuntijuus taitavana yksilösuorituksena tai koulutukseen perustuvana ammattihierarkiana on jäämässä yhä vähemmän merkityksellisemmäksi ja keinotekoisemmaksi jaotteluksi. Asiantuntijatyön kehittämisen yksi keskeinen elementti on toiminnan laadullisten muutosten tuottaminen ja hallintaan otto. Taitavat erillissuoritukset eivät tällöin yksin riitä vaan tarvitaan osaamisen ja asiantuntijayhteistyön koordinoitua.

3.5. Koordinointi prosessilähtöisen toiminnan hallinnan menetelmänä

Prosessilähtöisellä toiminnalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa julkisen terveydenhuollon asiakkaiden ja potilaiden erilaisten tarpeiden, palveluiden ja hoidon mahdollisimman hyvää yhteensovittamista. Prosessilähtöinen toiminta muodostuu tutkimuksessa kolmesta eri osa-alueesta, palvelu- ja hoitoprosesseista, asiantuntijoiden välisestä yhteistyöstä ja osaamisesta. Näiden eri

osa-alueiden koordinoinnin oletan johtavan palveluketjujen hallintaan. (ks. kuvio 9).



Kuvio 9. Koordinointi prosessilähtöisen toiminnan hallinnassa.

Koordinointi toimii tässä tutkimuksessa palvelu- ja hoitoprosessien ja asiantuntijoiden välisen yhteistyön ja osaamisen riippuvuustekijöiden yhteensovittamisena (vrt. Mintzberg 1979; Malone & Crowston 1994, Crowston & Osborn 1998).

Palvelu- ja hoitoprosessilla tarkoitetaan suunniteltua samaan asiakkaaseen tiettyyn ongelmaan tai ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaa toimintasarjaa. Tuotava ja hyvä organisaatioiden välinen yhteistyö edellyttää kokonaisnäkemyttä siitä, mihin pyritään. Jokainen omaa työtään kehittävä työntekijä joutuu samaan aikaan ajattelemaan koko organisaation ja organisaatioiden välistä kehittämistä. Kehittämistyö ohjautuu siten kokonaisuutta koskevasta visiosta. (Senge 1990:

228.) Yhteinen visio voi tosin ohjata kehittämistoimintaa hyvin vain silloin, kun kehittämistoiminta on organisoitu johdonmukaisesti.

Asiantuntijoiden välinen yhteistyö on palvelu- tai hoitoprosessien jatkuvuuden kannalta erityisesti organisaatioiden rajapinnoilla tärkeää. Koko palveluketjujen hallinnan saavuttamiseksi asiantuntijoiden välistä toimintaa tulee koordinoita (vrt. Simon 1979, Kekki 1990; Vornanen 1995; Huxham 1996). Organisaatio on yhteistyön järjestäytynyt muoto ja organisaatioissa kysymys on mekanismeista, jotka mahdollistavat yhteistyön. Tutkimuksessa yhteistyötä tarkastellaan organisaatioiden sisäisenä tai välisenä toimintana, joilla on yhteinen tavoite ja tarkoitus. Yhteiselle tavoitteelle ei aseteta tiukkoja kriteerejä, vaan se voi olla yhteistyötä tekevien organisaatioiden kokonaisuuden tasolla oleva yhteinen päämäärä tai organisaatioiden työntekijöiden asettama osatavoite koskien esimerkiksi yksittäistä asiakastapausta (vrt. Huxham 1996; Vornanen 1995).

Asiantuntijoiden osaaminen ja sen oikea kohdentuminen prosessilähtöisessä toiminnassa on palvelujen saajan näkökulmasta ensiarvoisen tärkeää. Erityisesti asiantuntijaorganisaatiossa, jossa palvelua tuotetaan asiakkaan ja toiminnan näkökulmasta usean eri ammattilaisen tuottamana prosessiluonteisena työnä, on asiantuntijoiden osaamisen koordinointi palveluketjun kokonaishallinnassa oleellista.

4. TERVEYDENHUOLTO PALVELUORGANISAATIONA

Tutkimuksessa on päädytty tarkastelemaan julkisen terveydenhuollon palveluketjujen hallintaa koordinoinnin näkökulmasta. Terveysdenhuollon palveluketjut muodostuvat horisontaalisista asiantuntijoiden tuottamista palveluprosesseista ja vertikaalisesta funktionaalisesta organisaatorakenteesta.

Seuraavassa tarkastellaan yleisellä tasolla julkisen terveydenhuollon toimintaa, yhteistyötä ja osaamista palveluketjujen kokonaisuudessa. Aluksi määritellään terveydenhuollon palveluprosessit ja -ketjut ja sen jälkeen tarkastellaan asiantuntijoiden välisen yhteistyön ja osaamisen merkitystä julkisen terveydenhuollon palveluketjuissa. Lopuksi kuvataan miten terveydenhuollon palveluketjujen hallinta käsitetään teoreettisella tasolla tässä tutkimuksessa.

4.1. Terveysdenhuollon palveluketjut ja -prosessit

Palveluketju termi tulee englanninkielisestä vastineesta *"seamless care"*, *"integrated care"* tai *"pathway of care"*, jota on käännetty saumattomaksi tai joustavaksi hoito- tai palveluketjuksi. Saumattomalla palveluketjulla tarkoitetaan asiakkaan/potilaan tarpeisiin tehokkaasti, joustavasti ja laadultaan varmennetusti vastaavaa eri organisaatioiden välistä yhteistyötä, josta päällekkäisyydet on reaaliaikaisen ja kattavan informoinnin avulla minimoitu. Saumattomassa palveluketjussa asiakas tai potilas etenee terveydenhuollon toimipisteestä toiseen joustavasti. (Johnson 1997: 16; Nylander ym. 1998: 4; STM 1998: 19.) Saumattoman palveluketjun yleisempiä tavoitteita ja samalla myös edellytyksiä ovat moniammatillisen, organisaatorajat ylittävän yhteistyön parantaminen, hoidon

jatkuvuuden takaaminen hoidon portaalta toiselle siirryttäessä, perusterveydenhuollon aseman vahvistaminen sekä asiakkaan saaman palvelu- ja hoitokokonaisuuden laadun paraneminen.

Sujuvassa palveluprosessissa korostuu eri palvelun antajien yhteistyö asiakkaan tai potilaan hoidossa siten, että palvelun tuottajarakenne on asiakkaalle näkymätön. Selkeässä palveluketjussa toteutuu hoidon ja tiedon jatkuvuuden periaate ja palveluketjun osat on sovitettu yhteen ja päällekkäiset toiminnot on karsittu.

Hoitoketju-käsitettä käytetään yleensä puhtaasti terveydenhuoltoon liittyvänä. (Stakes 1997.) Palveluketju-käsite on sen sijaan laajempi käsittäen sekä sosiaali- että terveydenhuoltopalvelut. (Nylander ym. 1998: 4; STM 1998a: 18.) Asiakkaan ja kokonaisvaltaisen palvelun näkökulmasta katsottuna puhutaan tässä tutkimuksessa palveluketjuista, joissa palvelujen ensisijainen tarve kohdistuu terveydenhuoltoon, mutta rinnakkais- tai jatkopalvelut voivat kohdistua myös sosiaalihoitoon.

Terveydenhuollon palveluketjulla tarkoitetaan kaikkea toimintaa, palvelua, tutkimuksia, toimenpiteitä, kuntoutusta ja hoivaa, jota asiakkaan tai potilaan terveysongelma tai sairaus vaatii huolimatta siitä, annetaanko palvelu perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai sosiaalihoitoon toimintana. Palveluketju muodostuu palvelu- tai hoitoprosesseista. Prosessi koostuu asiakkaalle yhtäjaksoisesti annetuista palvelutapahtumista yhdessä organisaatioyksikössä. Palveluprosessi muodostuu lääketieteellisistä hoitomääräyksistä, joita toteutetaan moniammatillisesti. Koko palveluprosessi tarvitsee välittömiä ja välillisiä tukipalveluita voidakseen toteuttaa asiakkaalle tai potilaalle määrättyä hoitoa

kokonaisvaltaisesti. Useista toisiinsa liittyvistä palveluprosesseista muodostuu palveluketju. Yksikin palveluprosessi voi muodostaa palveluketjun siinä tapauksessa, että organisaatioyksikkö antaa kaiken tarvittavan palvelun, eikä jatkohoidon tarvetta ole. (STM 1998: 18–19.)

Organisaation näkökulmasta palveluketju on samalle asiakkaalle tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva ja organisaatorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva palveluprosessien kokonaisuus. (Mäkisalo 1999: 102; Ruotsalainen 2000: 16.) Palveluketjun toteutuminen edellyttää kokonaisvastuuta ja kokonaiskuvaa siitä, kuinka asiakas siirtyy palveluprosessista toiseen joko yksikkö- tai organisaatiotasolla. Palveluketjussa tulee palvelujen tuottajien keskinäisten vastuiden olla selkeästi määriteltyjä. (Ruotsalainen 2000: 19–20.) Palveluketjuista on alettu puhua käsitteenä terveydenhuollossa teknologiaprojektien lisääntymisen myötä.

Asiakkaan näkökulmasta katsottuna terveydenhuollon palveluketju on palvelujen kokonaisuus. Asiakaslähtöisessä palveluketjussa palvelut ja toiminnat organisoidaan asiakkaan tarpeista lähtien. Asiakas on koko ajan selvillä palveluketjun kokonaisuudesta ja palvelu- ja hoitotilanne on koko ajan hallinnassa riippumatta siitä, mikä toimintayksikkö kulloinkin palvelua antaa. Organisaatiorajojen tulee olla asiakkaalle/potilaalle näkymättömiä, mutta palveluprosessien näkyviä. (Nylander 1998: 4–5; STM 1998: 18.)

Eri toimintayksiköiden yhteisten asiakkaiden tunnistamiseksi terveydenhuollon palveluketjuissa on tarkasteltu maassamme vuosina 1995, 1997 ja 1999 (Suominen, Nenonen, Nylander, Rintanen & Pelanteri 2002). Tarkastelun kohteena olivat terveyskeskusten yleislääketiede ja kotihoito sekä erikoissairaanhoidon ope-

ratiivinen ja konservatiivinen alue. Näillä palvelualueilla oli kyseisinä vuosina eniten yhteisiä palvelujen käyttäjiä. Tutkimuksessa todettiin, että tilastojen avulla on mahdollista tarkastella yhteisten asiakkaiden osuutta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjussa. Tutkimustuloksena oli, että vanhainkodeilla on myös yhteisiä asiakkuuksia sekä konservatiivisen että operatiivisen erikoissairaanhoidon ja terveyskeskuksen yleislääketieteen kuten myös kotihoidon kanssa. Lisäksi todettiin, että näillä yhteisillä asiakkailla on myös avohoidon puolella palvelutaho, josta ei nykyisellään Suomessa ole tilastotietoa saatavissa. Pohdinnassa todetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johtajien tulee käsitellä tilastotietoja osana palvelu- ja hoitoprosessia, organisaatiota ja johtamisjärjestelmää.

Palveluprosessien ja palveluketjun sujuvuus muodostuvat sisäisestä palvelukykyvystä, palvelujen yhtäjaksoisesta jatkuvuudesta, yhteistoiminnan asteesta ja moniammatillisuuden hyödyntämisestä. Palveluprosessien ja palveluketjujen sujuvuutta voidaan mitata esimerkiksi aikoja kuvaavilla mittareilla ja prosessikuvausten avulla (vrt. Leppänen 2000).

4.2. Osaamisen merkitys terveydenhuollon palvelujärjestelmässä

Terveydenhuollon toiminnan perustana ovat ammattitaitoisen henkilöstön tiedot ja taidot. Työ on hyvin erikoistunutta horisontaalisessa suunnassa. Ammatillisessa hierarkiassa asiantuntemus tuo valtaa. Yksilöllä on valtaa tietojensa ja taitojensa ansioista. Suuri osa vallasta pysyy hierarkian pohjalla, ammattimaisilla operatiivisen työn tekijöillä itsellään. Ammattilaisten valta johtuu siitä, että hänen työnsä on usein liian monimutkaista esimiesten ohjattavaksi ja siitä, että

hänen palveluillaan saattaa olla suuri kysyntä. (Minzberg 1990: 185–197.)

Terveysterveysthuollon palvelujärjestelmän työnjako pohjautuu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osaamiseen. Suomessa on vertailtu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työtä ja työyhteisöä kuvaavia tekijöitä. Tarkasteltavana olivat Vaasan läänin 21 terveyskeskusta ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata eroja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden käsityksissä työstään ja työyhteisöstään sukupuolen, esimies- ja työntekijäaseman mukaan sekä potilastyötä tekevien ammattiryhmien välillä. Oleellista tutkimustuloksissa oli se, että erikoissairaanhoidossa naiset kokivat pystyvänsä hallitsemaan työtään paremmin ja pitivät sitä haasteellisempänä sekä asiakaskeskeisempänä kuin perusterveydenhuollossa työskentelevät naiset. Lisäksi erikoissairaanhoidossa sairaanhoitajat ja perushoitajat kokivat pystyvänsä vaikuttamaan työnsä sisältöön paremmin. He tiedostivat myös työhönsä liittyvät arvot voimakkaammin kuin perusterveydenhuollon vastaavat ammattiryhmät. Tutkijat päättelivät, että vaikutusmahdollisuuksien puute työhön heijastuu yksilön sisäiseen kokemukseen työn merkityksestä ja voi olla yksi tärkeimmistä alhaisen työtyytyväisyyden ja työmotivaation syytekijöistä. Työhön liittyvien arvojen tiedostaminen nähtiin heijastuvan myös potilaiden kohteluun ja työn laatuun. (Pahkala, Pahkala & Laippala 1999.)

Tämä tutkimus lähtee ajatuksesta, että koko terveydenhuollossa tarvitaan prosessilähtöisen toiminnan ja asiantuntijaosaamisen yhteensovittamiseen uudenlaista johtamisajattelua ja toimintamallia, jotta osaaminen voidaan käyttää tehokkaammin asiakkaan hyväksi. Osaamisen ylläpito, hyödyntäminen ja jakaminen nähdään tässä tutkimuksessa tärkeänä osana sujuvaa palveluketjua.

Osaaminen terveydenhuollossa koostuu tiedoista, taidoista, kokemuksista, asenteista sekä vuorovaikutuksesta. Ammatillinen osaaminen on teorian ja käytännön taitojen integroitunut kokonaisuus (vrt. Nikkilä 1992, Sarala & Sarala 1999, Sydänmaalakka 2000). Osaamisen hallinnassa kaikki tiedon ja osaamisen alueet läpäisevät koko organisaation horisontaalisena kokonaisuutena. Osaamisen hallinnan haasteena on yhdistää yksilötason osaaminen ja palveluprosessin jatkuvuus yli organisaatorajojen asiakkaiden hyväksi niin että muodostuu sujuva palveluketju.

4.3. Asiantuntijayhteistyö terveydenhuollon palveluprosessissa

Terveydenhuollon ammattilaiset kuvataan helposti yksilöasiantuntijaksi (vrt. omalääkäri, omahoitaja), joka yksilönä kehittää ammattitaitoaan. Kuitenkin terveydenhuollon työnjaolisessa asiantuntijatyössä eri asiantuntijoiden tekemiset ovat riippuvaisia toisistaan eikä ole mahdollista, että kukin asiantuntija voi yksinään löytää uusia toimintamalleja tai ratkaisuja työnsä ongelmiin. Asiantuntijuus ei ole pelkästään yksilön ominaisuus vaan yhteisön kyky toteuttaa ja kehittää toimintaa. Terveydenhuollossa tuleekin kehittää ja ohjata asiantuntijoiden välistä yhteistyötä ja asiantuntijuuden kokonaisvaltaista hyödyntämistä annettavien palvelujen saumattomuuden saavuttamiseksi. Uusien toimintamallien kehittäminen edellyttää tietoista, eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä. (Engeström ym. 1991: 24; Launis 1994: 9–11.)

Tutkimuksessa asiantuntemuksen jakautuminen nähdään terveydenhuollon palveluprosessien ja palveluketjujen hallinnassa tarvittavan asiantuntemuksen jakautumisena yhteistyön avulla rajattuun joukkoon asiantuntijoita, jotka työs-

kentelevät saman kohteen eli asiakkaan tai potilaan parissa. Asiantuntemus voi olla päällekkäistä, koska terveydenhuollossa yksi asiantuntija ei hallitse kaikkea osaamista, jolloin asiantuntemuksen jakautuneisuuden ongelmaa voidaan korjata koordinoimalla asiantuntijoiden välistä yhteistoimintaa ja yhteistyötä.

Asiantuntijayhteistyöllä ymmärretään tässä tutkimuksessa yhteistä asiakkaiden tai potilaiden hoitamista, joka sisältää asiantuntijoiden toiminnan suunnitteluun osallistumista, tavoitteiden asettamista, päätösten tekoa, vastuun jakamista, ongelmien ratkaisua ja tulosten arviointia sekä toimintojen yhteen sovittamista ja avointa kommunikaatiota.

4.4. Terveydenhuollon palveluketjun hallinta

Terveydenhuollon organisaation näkökulmasta palveluketju nähdään tässä tutkimuksessa asiantuntijoiden antamien palveluiden tai hoidon kokonaisuutena. Terveydenhuollon palveluketjut muodostuvat prosesseista ja prosessilähtöisessä toiminnassa lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet. Asiakas on palveluiden keskipisteenä siten, että toiminta ja palvelut organisoidaan hänen tarpeistaan lähtöisin. Asiakkaan palvelu- ja hoitotilanne pitää olla koko ajan toimijoiden hallinnassa riippumatta siitä annetaanko hoitoa perusterveydenhuollossa vai erikoissairaanhoidossa. Organisaatorajojen pitää olla näkymättömiä asiakkaalle.

Teoreettisesti muodostuneita käsitteitä ja niiden soveltamista terveydenhuoltoon kuvataan yhteenvetona taulukossa 7. Yhteenvetoa sovelletaan empiirisen osan tulkintakaaviona.

Taulukko 7. Teoreettisesti muodostuneet käsitteet ja niiden soveltaminen tutkimuksessa terveydenhuoltoon.

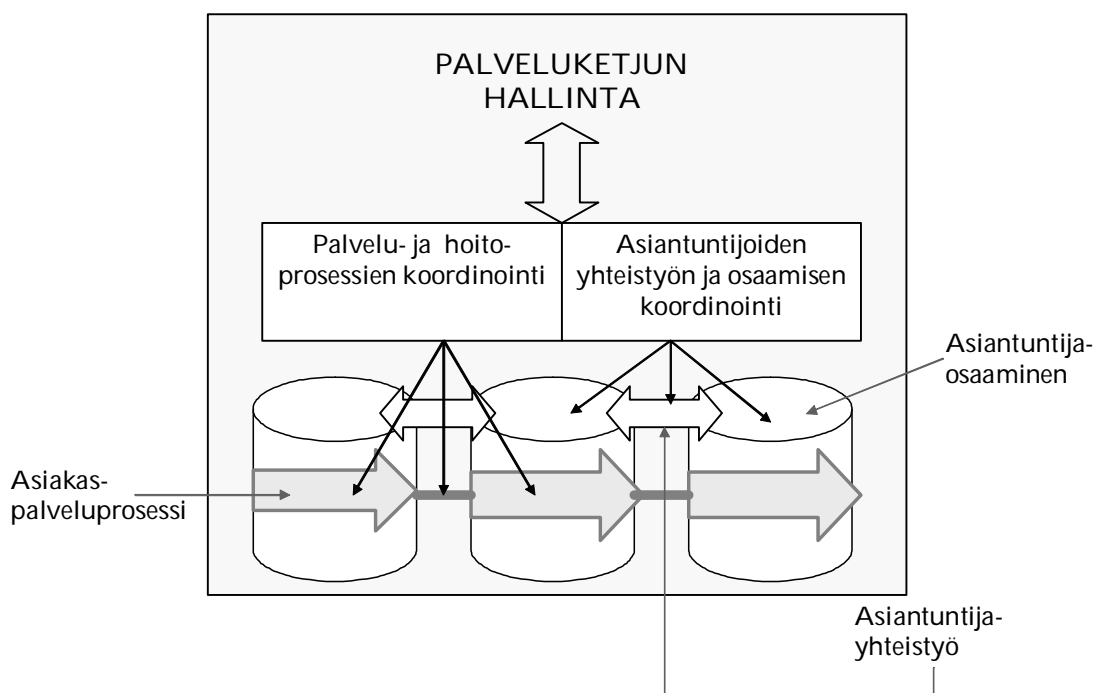
TEOREETTISET KÄSITTEET	YLEINEN MÄÄRITELMÄ	SOVELLETTUNA TERVEYDENHUOLTOON
Palveluketju		
<i>Organisaation näkökulma</i>	Palveluketjulla tarkoitetaan yleisesti asiakkaalle kohdistuvaa, organisaatorajat ylittävää, suunnitelmallista ja yksilöllisesti toteutettavaa palvelukokonaisuutta.	Organisaation näkökulmasta palveluketju on samalle terveydenhuollon asiakkaalle tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva, organisaatorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva palveluprosessien kokonaisuus.
<i>Asiakkaan näkökulma</i>		Asiakkaan näkökulmasta terveydenhuollon palveluketju on tiettyyn ongelmaan kohdistuva palvelujen kokonaisuus huolimatta siitä, missä palvelu annetaan.
Prosessi-lähtöinen toiminta	Asiakkaan tarpeista lähtöisin suunnitellaan ne palvelut, toimenpiteet ja resurssit, joilla halutut hoidot tai palvelut saadaan aikaiseksi.	Terveydenhuollon asiakkaiden ja potilaiden erilaisten tarpeiden, palveluiden ja hoidon hyvää yhteensovittamista.
<i>Palveluprosessit</i>	Palveluprosessi koostuu asiakkaalle yhtäjaksoisesti annetuista palvelutapahtumista yhdessä organisaatioyksikössä.	Terveydenhuollon palvelu- tai hoitoprosessi muodostuu yhdessä yksikössä yhtäjaksoisesti annetuista lääketieteellisistä hoitomääräyksistä, joita toteutetaan moniammatillisesti.
<i>Osaaminen</i>	Prosessien sujuvuus sekä jatkuvuus vaativat palveluista vastaavien asiantuntijoiden osaamista.	Terveydenhuollon palvelu- tai hoitoprosessien sujuvuus ja jatkuvuus vaativat palveluista vastaavien asiantuntijoiden osaamista.
<i>Yhteistyö</i>	Prosessien sujuvuus ja jatkuvuus vaativat palveluista vastaavien asiantuntijoiden välistä yhteistyötä.	Terveydenhuollon palvelu- tai hoitoprosessien sujuvuus ja jatkuvuus vaativat palveluista vastaavien asiantuntijoiden välistä yhteistyötä.
Koordinointi	Toimintojen riippuvuuksien yhteensovittamista asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi.	Terveydenhuollon toimintojen riippuvuuksien yhteensovittamista asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi.

Pyrittäessä todella asiakaslähtöisiin ja sujuviin palveluketjuihin on uskallettava kyseenalaistaa terveydenhuollon hierarkkisia valtarakenteita byrokratian, professioiden ja myös poliittisen ohjauksen osalta. Asiakaslähtöisyyden kehittämässä yksi keino on parantaa varsinaisen asiakasrajapinnan taustalla olevien ydinprosessien suorituskykyä. Olennaista on prosessilähtöisen toiminnan ohjaus siten, että ratkaisevana tekijänä on prosessin kokonaistulos. (Hannus1994: 69; Blåfield 1996: 39.) Hierarkkisesta ja byrokraattisesta, yksittäisten toimintayksiköiden tehokkuutta korostavasta ajattelusta on siirryttävä palvelujen kokonaisuuden hallintaan ja eri ammattilaisten tasavertaista yhteistyötä korostavaan toimintamalliin. (Lehto 2000: 47; Ruotsalainen 2000: 29.)

Terveydenhuollon palvelu- ja hoitoprosessien sujuvuus ja jatkuvuus edellyttävät asiantuntijoilta palveluketjun kokonaisuuden ymmärtämistä, asiantuntijoiden osaamista ja heidän välistä yhteistyötä. Palveluketjussa voidaan hyödyntää nykyään sähköistä tiedonsiirtoa, kun asiakkaan palvelussa ja hoidossa on saatavilla tarvittava tieto ja se on myös siirrettävissä reaaliaikaisena tarvittaviin jatkohoitopaikkoihin. Tarpeellinen tieto tulee olla rajoituksetta ja viiveettä kaikkien palveluun tai hoitoon osallistuvien käytössä paikasta riippumatta, jotta sujuva yhteistyö eri ammattiryhmien välillä ja organisaatioiden kesken mahdollistuu. (Thompson 1974: 72–86; Øvretveit 1995: 54–57.) Palveluprosessit tulee uudistaa sähköiseen tiedonsiirtoon siirryttäessä ja toimintakäytännöt asiantuntijoiden välisessä yhteistyössä tulee koordinoida uudelleen. Mitä monipuolisemmasta palvelusta on kyse, sitä parempaa palvelujen koordinointia edellytetään, jotta hoitotoimenpiteet tai palvelut täydentäisivät toisiaan.

Tässä tutkimuksessa lähdetään siitä ajatuksesta, että koordinointi on se keino, jolla terveydenhuollon palveluketjuja voidaan hallita. Palveluketju muodostuu sekä vertikaalisista että horisontaalisista toiminnoista, joita on sovitettava yhteen tavoitteiden saavuttamiseksi.

Kuviossa 10 kuvaan näkemystäni terveydenhuollosta toisaalta prosessilähtöisenä toimintana asiakkaan palveluprosessin näkökulmasta ja toisaalta asiantuntijaorganisaationa yhteistyön ja osaamisen näkökulmasta. *Palveluketjun hallinta* nähdään tässä tutkimuksessa palvelu- tai hoitoprosessin, asiantuntijoiden välisen yhteistyön ja osaamisen koordinoitina.



Kuvio 10. Palveluketjun hallinta vertikaalisella ja horisontaalisella tasolla.

Asiakaspalveluprosessit kulkevat horisontaalisesti ja prosessien sujuvuus sekä jatkuvuus vaativat palveluista vastaavien asiantuntijoiden välistä yhteistyötä ja osaamista sekä heidän toiminnan vertikaalista koordinoitua ja kokonaistoinnin eli palveluketjujen vertikaalista hallintaa. Palveluketju on toimintamalli, jossa asiakkaan ongelmakokonaisuuden vaatimat toimet ovat toteuttamisorganisaatiosta riippumattomia eli palveluketjun hallintaa voidaan toteuttaa sekä perinteisessä vertikaalisessa palvelujen porrastusmallissa että horisontaalisesti hajautetussa organisaatiossa (vrt. Ruotsalainen 2000: 15).

Asiakaskohtainen palveluprosessin koordinointi voi tapahtua vasta sen jälkeen, kun asiantuntija on arvioinut laajaa asiakkaan tai potilaan tarvitsemaa palvelua tai hoitoa. Palveluorganisaation vertikaalisen yleisjohdon tulee keskittyä palvelukokonaisuuksien hallintaan, koska yleisjohto on usein vain välillisesti tekemisissä asiakkaan kanssa. Erilaiset palvelut, kuten arviointi-, hoito- ja hoivapalvelut, on koordinoitava, jotta varmistetaan asiakkaan kaikkien tarpeiden tyydyttäminen. Kokonaisjärjestelyistä vastaavien on luotava tarvittavat yhteydet ja laadittava palvelusuunnitelma sekä yhteistyösuunnitelma tarvittavien asiantuntijoiden välillä. Hyvä palvelu syntyy korkean ammattitaidon ja yhteistyön tuloksena. (Hautamäki 1992: 65; Jylhä 1989: 37; Øvretveit 1995: 62.)

Mintzbergin (1979, 1983) määrittelemät koordinoitimekanismit ovat suoran ohjauksen ja keskinäisen sopeutumisen osalta sovellettavissa terveydenhuollon organisaatioihin. Työprosessien, työtuotosten ja työntekijöiden taitojen standardointi edellyttää toimintaa, joka ei vaihtele suuresti, vaadi spontaaneja tai äkillisiä erityisratkaisuja toiminnan suhteen, eikä edellytä luovaa toimintaa. Esimerkiksi terveydenhuollossa taitojen standardointi on jo ammatillisesti koulutuksen kautta määritelty, mutta toiminta edellyttää usein spontaania ja luovaa

toimintaa tilanteen mukaan, joskin tiettyjen perustoimenpiteiden ja hoitotoimintojen voidaan katsoa olevan standardoituja. Terveystuotosten määrittely sinänsä on jo vaikeaa, koska se on hyvin yksilökohtaista. Toiminnassa tärkeintä on vaikuttavuus jokaisen yksilön hoidon tai palvelun kohdalla, jolloin tuotosten standardointi tuntuu vieraalta ajatukselta. Toimintaprosesseja sen sijaan voidaan tiettyyn rajaan asti standardoida, mutta tarpeen mukaan niistä on voitava poiketa.

5. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1. Tutkimuksen kohde

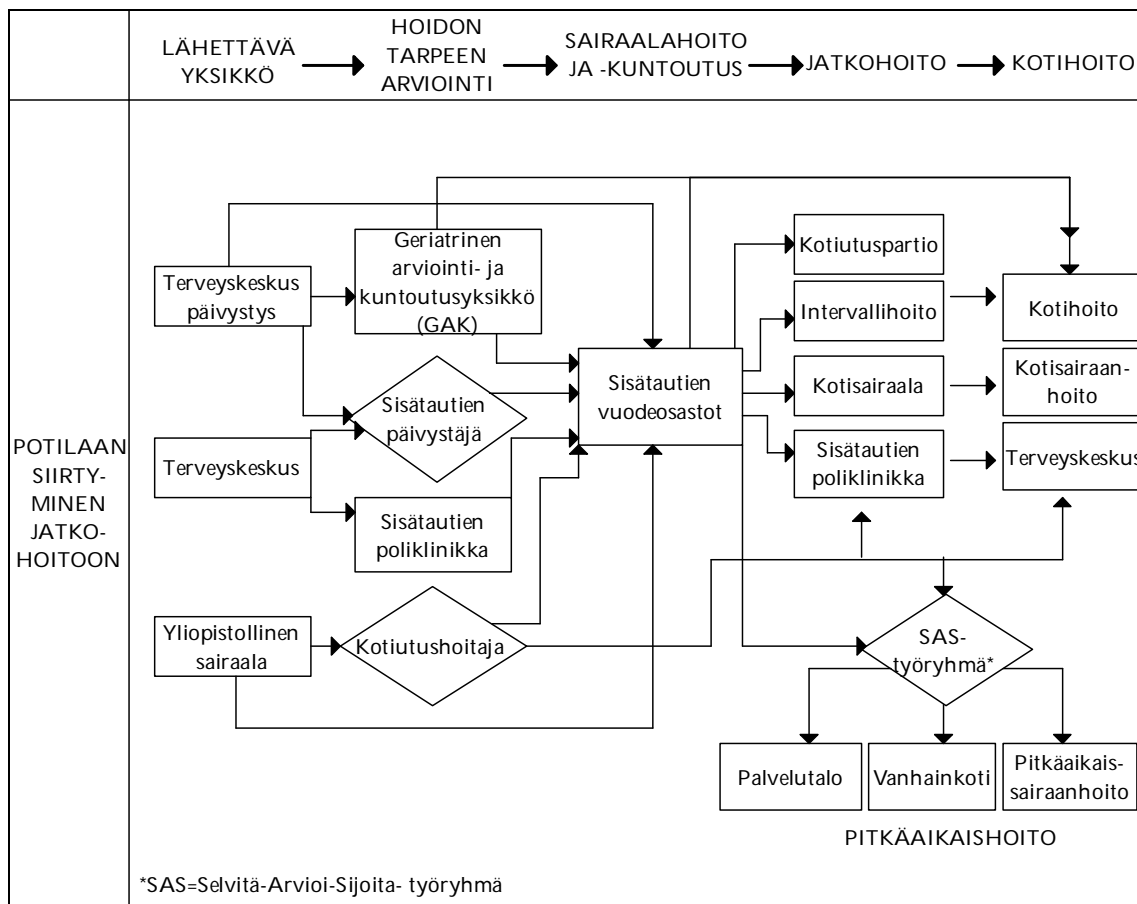
Tutkimuksen kohteeksi valittiin tyypillinen suomalainen julkinen terveydenhuoltopalvelu, jotta se kuvaisi parhaalla mahdollisella tavalla tutkittavaa asiaa. Suurin osa terveydenhuollon palveluita tarvitsevista asiakkaista kääntyy ensimmäisenä terveyskeskuksen puoleen. Sieltä hän joko saa tarvitsemansa avun tai sitten hänet lähetetään jatkohoitoon sairaalaan. Tarvittava palvelu voi olla perustason erikoissairaanhoidon kaupunginsairaalassa, aluesairaalassa tai keskussairaalassa tai erityistason erikoissairaanhoidon yliopistollisessa sairaalassa.

Tutkimuksessa päädyttiin tekemään rajattu palveluketjukuvaus tietystä joksikin tyypillisestä potilasryhmästä. Tutkimuksen kohteeksi valittiin potilas, joka joutuu terveyskeskuslääkärin lähettämänä, terveyskeskuspäivystyksen kautta tai yliopistollisesta sairaalasta jatkohoitoon kaupunginsairaalan sisätautien vuodeosastolle. Sieltä hän joko kotiutuu tai siirtyy jatkohoitoon esimerkiksi pitkäaikaissairaanhoidon, vanhainkotiin tai kotihoitoon. Rajausta ei haluttu tehdä diagnoosipohjaisesti, koska kiinnostuksen kohde oli prosessilähtöisen toiminnan koordinoinnissa ja palveluketjujen hallinnassa. Tärkeämmäksi nähtiin kuvata tietyt julkisen terveydenhuollon palvelut läpikäyvien potilaiden palveluketju suhteellisen yleisenä kokonaisuutena prosessilähtöisen toiminnan näkökulmasta ottamatta kantaa eri sairauksien hoitoprosesseihin.

Tutkimuksen kohteeksi valittiin Turun kaupungin terveystoimi, joka tuottaa sekä perusterveydenhuollon että perustason erikoissairaanhoidon palveluita. Samassa kaupungissa toimii myös yliopistollinen keskussairaala, jonne siirrytään samaa erityistason hoitoa ja josta osa turkulaisista potilaista siirtyy jatko- hoitoon Turun kaupunginsairaalaan.

Tapaustutkimuksen kohteeksi valittiin palveluketju, jossa turkulainen potilas tulee hoitoon Turun kaupungin sisätautisairaalaan joko oman terveysasemansa, päivystyksen tai Turun yliopistollista keskussairaalaan kotiutushoitajan kautta. Sieltä hänet joko kotiutetaan kotisairaanhoidopalvelujen turvin, siirretään jatko- hoitoon kuntoutukseen, pitkäaikaissairaanhoidon, palvelutaloon tai vanhain- kotiin.

Palveluketjun kuvauksessa hyödynnettiin asiakirja-aineistoa, joka sisälsi orga- nisaatioiden ja yksiköiden toimintaohjeita ja – kuvauksia sekä sisätautisairaalan tilastoja. Haastattelujen yhteydessä kuvausta vielä tarkennettiin. Kuvauksessa nelikulmio tarkoittaa toimintoa eli tässä tapauksessa yksikön palveluprosessia ja salmiakkikuvio päätöksenteko- tai valintatoimintoa. Nuolet kuvaavat toimin- tojen kulkua. (Karimaa 2002: 12.) (ks. kuvio 11).



Kuvio 11. Tutkittavan palveluketjun kuvaus.

Vuosina 2003 ja 2004 sisätautisairaalaan tuli hoitoon keskimäärin 3850 potilasta. Molempina vuosina palvelu- tai hoitoprosessi alkoi useimmiten terveyskeskuspäivystyksestä eli noin 2200 kertaa, toiseksi useimmiten yliopistollisesta sairaalasta eli noin 1200 kertaa, vanhainkodista tai vastaavasta 335 kertaa ja terveyskeskuksista keskimäärin 60 kertaa. 53 potilasta tuli muista yksityisistä hoitolaitoksista ja 2 kotihoidosta. Tutkimukseen valittiin palveluketjun lähtökohdaksi ne yksiköt, joiden kautta enin potilasmäärä tulee sisätautisairaalaan eli terveyskeskuspäivystys, terveyskeskus ja yliopistollinen sairaala. Tutkimus kohdentuu vain julkiseen terveydenhuoltoon, joten sosiaalipalveluihin tai yksityisiin

hoitolaitoksiin kuuluvien vanhainkotien ja vastaavien palvelu- tai hoitoprosessit jäävät tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

Vuonna 2003 ja 2004 sisätautisairaalaan kotiutettiin keskimäärin noin 2250 potilasta, terveyskeskushoidon piiriin siirtyi keskimäärin 350 potilasta, kotihoitoon keskimäärin 20, sosiaalipalvelujen piiriin tai yksityisiin hoitolaitoksiin noin 660 ja keskimäärin 300 kuoli. Terveyskeskuksen piiriin kuuluvat kotisairaanhoidon, kotiutuspartion, intervallihoidon ja pitkäaikaissairaanhoidon palvelu- tai hoitoprosessit. Tutkimuksessa tarkastellaan terveyskeskuksen piiriin siirtyvien potilaiden palveluketjua, koska sinne siirtyneiden lukumäärä oli julkisen terveydenhuollon osalta suurin.

Tutkimuksen kohteena oleva palveluketju sisältää kaikkiaan 10 palveluprosessia. Palveluketjukuvaus perustui edellä mainittujen toimintayksiköiden (ks. myös Kuvio 12) toimintaohjeisiin ja -kuvauksiin. Palveluketjun hallinnan osalta tutkimus kohdistui mikrotasolla palvelu- tai hoitoprosesseissa toimivien eri ammattiryhmien edustajien (N=22) eli osastonlääkäreiden, osastonhoitajien, lääkäreiden, sairaanhoitajien, terveydenhoitajien, fysioterapeuttien ja sosiaalinhoitajien näkemyksiin oman yksikkönsä palvelu- ja hoitoprosessista ja hoidon jatkuvuudesta potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen saamaan jatkohoitoa. Makrotasolla tutkimus kohdistui kunkin toimialueen toiminnasta vastaavien esimiesten (N=8) eli ylilääkärien, aluejohtajien ja ylihoitajien näkemyksiin palveluketjun kokonaisuudesta ja sen sujuvuudesta.

Turun terveystoimi vastaa kaupunkilaisten terveydenhuollon palveluista ja terveysvalvonnasta kansanterveystoimien ja erikoissairaanhoidon pohjalta. Terveystoimi tuottaa itse perusterveydenhuollon palvelut, erikoissairaanhoidon ja pit-

käaikaissairaanhoidon palveluista osa tuotetaan itse ja osa ostetaan alueen sairaanhoitopiiriltä ja yksityisiltä palveluntuottajilta. Terveysvirasto huolehtii vi-rastopäällikön apuna terveystoimen johtamisesta ja kehittämisestä, toiminta-edellytysten ylläpidosta, terveyslautakunnan kanssa tehtävästä yhteistyöstä sekä esikunta- ja hallintopalvelusta. Alueellinen perusterveydenhuolto tuottaa perusterveydenhuollon palvelut. Kaupunginsairaala tuottaa erikoissairaanhoi-don palveluja sisätautisairaalassa, silmätautien poliklinikassa, korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikassa ja lasten ja nuorten terveydenhuollossa. Muut eri-koissairaanhoidon palvelut tuottaa alueen yliopistosairaala.

Arkipäivisin potilaat hoidetaan omilla terveysasemillaan postijakopiirin mukai-sesti. Terveysasemia on kyseisessä kaupungissa 15. Terveyskeskuksen päivys-tys hoitaa ne potilaat, jotka eivät yhteydenoton perusteella ole saaneet akuutti-aikaa omalle terveysasemalle ja asia on päivystysluonteinen eikä hoidettavissa puhelimitse. Iltaisin ja öisin päivystysluonteiset sairaudet hoidetaan päivystyk-sessä. Yleislääkäritasoinen ympärivuorokautinen päivystys hoidetaan terveys-keskuksen päivystyspisteessä ja yliopistollisen keskussairaalan ensiapu hoitaa vaativaa ensihoitoa tarvitsevat potilaat. Iäkkäät (yli 70-vuotiaat ja harkinnan mukaan 65–69-vuotiaat) potilaat ohjataan ensisijaisesti päivystävän lääkärin harkinnan mukaan kaupungin sisätautisairaalaan. Myös vaativaa kuntoutusta tarvitsevat potilaat ohjataan ensisijaisesti kaupungin sisätautisairaalaan. Sairaa-loiden poliklinikoiden konsultaation tai hoidon jälkeen potilas ohjataan jatko-hoitoon tai seurantaan heti, kun se tutkimusten kannalta on mahdollista. (Oh-jeet turkulaisten hoitopaikan valinnasta 2003: 4, 8, 50–51.)

Kotiutushoitaja (care manager) toimii yliopistosairaalassa ja avustaa osastoja mm. iäkkäiden potilaiden kotiutukseen liittyvissä asioiden ja palveluiden järjestyssä. Toiminta on ns. rajapintatoimintaa ja sillä pyritään vähentämään turhia siirtoja kaupunginsairaalan vuodeosastoille, mikäli sairaalahoitotarvetta ei enää ole ja järjestämään muu tarkoituksenmukainen jatkohoitopaikka. (Ohjeet turkulaisten hoitopaikan valinnasta 2003: 4.) Jatkohoidon selvittämiseksi kaupungin sisätautisairaalan yhteydessä toimii geriatrinen arviointi- ja kuntoutusyksikkö terveyskeskuspäivystyksestä, yliopistollisesta keskussairaalarasta tai sisätautipoliklinikalta lähetetyille potilaille. Yksikössä suoritetaan näille potilaille akuuttivaiheen hoito ja geriatrinen arviointi sekä tehdään kotiutus- ja kuntoutussuunnitelma. (Tiedote 2001: 1–2.)

Pitkäaikaissairaanhoidon, palvelutaloihin ja vanhainkoteihin hakeutuminen tapahtuu avohoidossa, sairaalassa tai muussa palvelu- tai hoitoyksikössä olevan potilaan kohdalla ottamalla yhteyttä oman asuinalueen pitkäaikaissairaanhoidon sosiaalityöntekijään, jonka jälkeen tehdään potilaan kokonaistilanteesta selvittely ja arviointi ns. alueellisena selvitys - arvio - sijoitus (= SAS) - toimintana. (Ohjeet turkulaisten hoitopaikan valinnasta 2003: 62–63.)

5.2. Tutkimusaineisto

Tutkimusaineisto kerättiin vuosina 2003–2004. Tutkimusaineisto muodostui valittuun palveluketjuun liittyvistä asiakirjoista ja eri ammattiryhmien haastatteluilta (N=30). Tutkija vieraili yksiköissä ja sai tarvittavan asiakirja-aineiston yksiköiden esimiehiltä. Aineiston keruun päämenetelmäksi valittiin asiantuntijahaastattelu. Haastatteluun valittiin tutkittavista yksiköistä vastaavat henkilöt

ja kyseisten yksiköiden palvelu- tai hoitoprosessiin osallistuvista ammattiryhmistä vapaaehtoisuuden perusteella henkilöitä. Harkinnanvaraisessa haastattelututkimuksessa pyrittiin rakentamaan tutkimukseen vahvat teoreettiset perustukset, jotka osaltaan ohjaavat aineiston hankintaa. (Eskola & Suoranta 1998: 18.) Grönfors (1985: 112–114) viittaa avaintiedottajiin, jotka valitaan tiettyjen ominaisuuksiensa vuoksi haastateltaviksi. Avaintiedottajilla on sellaista tietoa, mitä ei ole muualta saatavissa. Asiantuntijahaastattelu asettaa myös haastattelijalle vaatimuksia, koska haastateltava on tietyn substanssialueen erityisosaaja.

Asiakkaita ei käytetty tässä tutkimuksessa informantteina, mutta asiakasnäkökulmaan toiminnassa otetaan tutkimuksessa kyllä kantaa. Haastateltavat ottivat kantaa niihin palvelu- tai hoitoprosesseihin, joissa ovat itse joko toimijana tai vastuuhenkilönä.

Tutkimuksen asiakirja-aineisto muodostui tutkittavan palveluketjun ja siihen kuuluviin yksiköiden toimintaohjeista ja -kuvaksista sekä sisätautisairaalan tilastoista. Turun terveystoimen ja Turun yliopistollisen keskussairaalan yhteistyössä tehty opas on yksi asiakirja, joka kuvaa turkulaisten terveyden- ja sairaanhoidon yleisen toteuttamisen. Oppaan tavoitteena on, että kaikki Turussa toimivat osapuolet toimivat yhteisesti sovitun työnjaon mukaisesti ja turkulaiset saavat terveystalonsa sairautensa laatuun nähden tarkoituksenmukaisessa hoitopaikassa mahdollisimman oikea-aikaisesti. Terveystalossa käytettävissä olevilla taloudellisilla resursseilla tuotetaan mahdollisimman paljon terveyttä. Oikea hoitoketju turvaa palvelujen laadun ja lääkärit sekä muu hoitohenkilökunta löytävät oppaasta tietoa turkulaisten erilaisista hoitomahdollisuuksista ja niihin hakeutumisesta. Muut asiakirjat muodostuivat Turun kaupungin sisätautisairaalan, kotiutushoitajatoiminnan ja geriatrisen arviointi- ja

kuntoutusyksikön toimintaohjeista ja -kuvauksista, kotihoitomallikokeilun loppuraportista ja pitkäaikaissairaanhoidon hoitotyön käsikirjasta sekä sisätautisairaalan tilastoista vuodelta 2003 ja 2004.

Asiakirja-aineiston sisällönanalyysin avulla tehtiin ennen haastatteluja palveluketjukuvaus (kuvio 11, luku 5.1.), jota hyödynnettiin haastatteluaineiston muodostamisessa. Tutkimuksen pääaineisto muodostui perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon organisaatorajojen ylittävän palveluketjun suunnitteluun, toteuttamiseen ja johtamiseen osallistuvien lääkäreiden, hoitajien, fysioterapeuttien ja sosiaalihoitajien sekä heidän esimiesten haastatteluista. Haastateltavien jakautuminen ammattiryhmittäin näkyy taulukossa 8.

Taulukko 8. Haastateltavien määrä ammattiryhmittäin.

AMMATTI	HAASTATELTUJEN LUKUMÄÄRÄ
Aloejohtaja	3
Ylilääkäri	2
Ylihoitaja	3
Osastonlääkäri /vastaava lääkäri	2
Lääkäri	1
Osastonhoitaja	8
Sairaanhoidaja	3
Terveystenhoitaja	3
Fysioterapeutti	2
Sosiaalihoitaja	3
yhteensä	30

Haastateltavat valittiin palveluketjukuvausten perusteella siten, että palveluketjussa mukana olevista yksiköistä haastateltiin johtoa ja vähintään yhtä perustehtävän edustajaa ja yhtä lähiesimiestä. Haastateltavia asiantuntijoita ja johtajia oli siis yhteensä 30. Haastateltavien jakautuminen tulosyksiköittäin esitetään seuraavassa taulukossa.

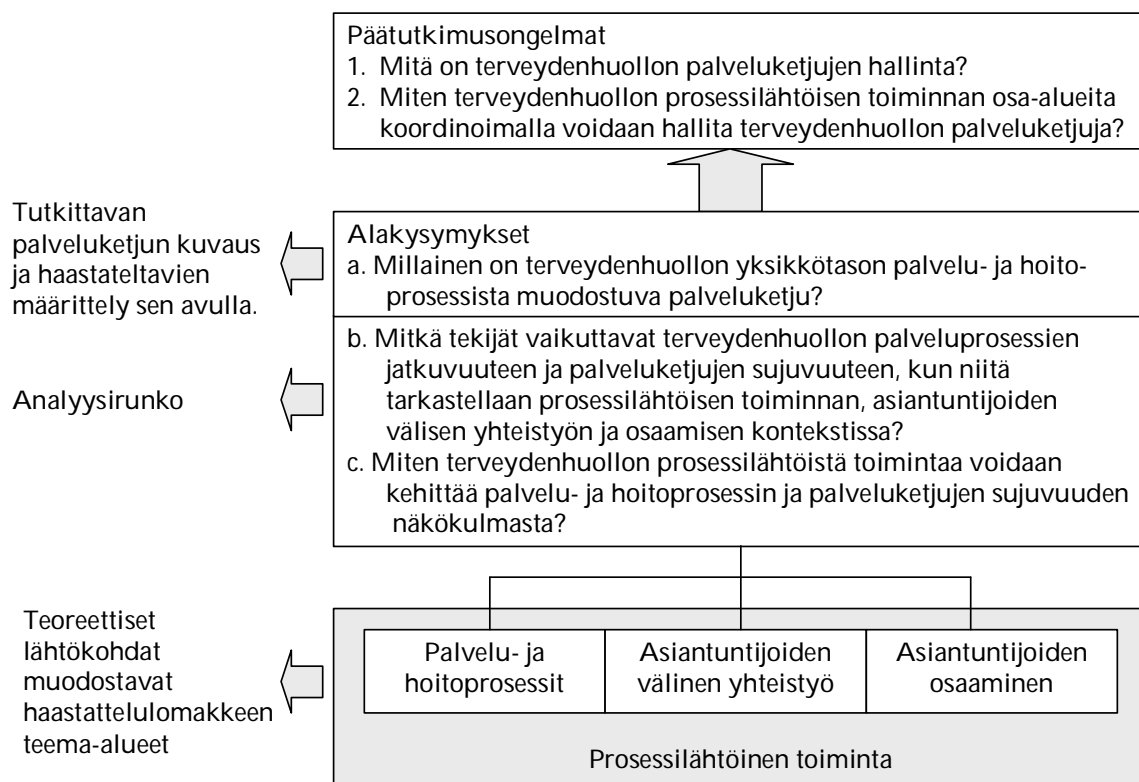
Taulukko 9. Haastateltavien määrät yksiköittäin.

YKSIKKÖ	HAASTATELTUJEN LUKUMÄÄRÄ
Terveyskeskus	7
Tk/kotihoito	5
Sisätautisairaala	9
Pitkäaikaissairaanhoito	6
Kuntoututus	3
yhteensä	30

Haastateltavien lukumäärät ammattiryhmittäin ja yksiköittäin eroavat toisistaan jonkin verran johtuen ammattiryhmien kokonaismäärästä, henkilöiden suostuvuudesta tai mahdollisuudesta osallistua haastatteluun. Perustehtävää suorittavan lääkärin tai sairaanhoitajan on suhteellisen vaikea irrottautua haastateltavaksi työajalla. Tutkimuksessa palveluketjun kuvaus ja ketjun eri vaiheen toimijat käytiin vielä läpi haastattelujen yhteydessä karkealla tasolla, jotta voitiin varmistaa haastateltavien määrän kattavuus. Haastattelujen edetessä saattoi huomata jo kahdenkymmenenneljän haastattelun jälkeen samojen asioiden toistumisen. Saturaation varmistamiseksi haastateltiin vielä tämän ilmiön jälkeen 6 henkilöä.

Laadullisessa aineistossa puhutaan aineiston kattavuudesta viitattaessa aineiston koon, analyysin ja tulkinnan onnistuneisuuden sekä tutkimustekstin kirjoittamisen muodostamaan kokonaisuuteen. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston tehtävänä on toimia tutkijan apuna rakennettaessa tutkittavasta ilmiöstä käsitteellistä ymmärrystä. Aineiston määrä on laadullisessa tutkimuksessa pitkälti tutkimuskohtainen eli vastauksia tarvitaan juuri sen verran kuin tutkimusaiheen kannalta on välttämätöntä. Aineiston rajaus tapahtuu teoreettisen kattavuuden näkökulmasta. Teoreettisen edustavuuden perusideana on nähdä tutkittu tapaus esimerkkinä yleisestä. Tärkeää on, että aineiston keruuta ohjaa jäsentynyt teoreettinen viitekehys. (Alasuutari 1994: 74–75; Hirsijärvi & Hurme 2001: 58–60; Eskola & Suoranta 1998: 60–65; Yin 1994: 33–38.) Laadullisen tutkimuksen aineisto on monesti loppumaton, joten tärkeäksi muodostui aineiston tarkka rajaus.

Teoreettisesti muodostetut tutkimustasot ja tutkimusalueet (ks. luku 2.3) ohjasivat tutkimuksessa empiirisen aineiston keräyksessä käytetyn asiantuntijahaastattelun rungon muodostumista. Tutkimushaastattelu voi olla strukturoitu lomakehaastattelu, puolistrukturoitu haastattelu ja strukturoimaton avoin haastattelu. (Hirsijärvi & Hurme 2001: 43–47.) Tähän tutkimukseen valittiin puolistrukturoitu haastattelu (liite 1), koska haastateltavaa ei haluttu sitoa vastamaan vain tiettyihin kysymyksiin, vaan hänelle pyrittiin antamaan vapaus kertoa asioista laveammin. Tämä valinta tehtiin siksi, koska tavoitteena oli saada haastattelujen kautta esiin mahdollisesti myös sellaisia ilmiöitä, joita ei teoreettisissa lähtökohdissa ole osattu huomioida. Seuraavassa kuviossa esitetään vielä yhteenvetona tutkimuksen kysymyksenasettelu suhteessa teoreettisiin lähtökohtiin ja tutkimusaineiston muodostuminen.



Kuvio 12. Tutkimuksen kysymyksenasettelu ja tutkimusaineiston muodostuminen.

Teoreettisista lähtökohdista käsin muodostettiin puolistrukturoidun haastattelun teemat. Asiakirja-aineiston ja alakysymys a:n avulla tehtiin palveluketjukuvaus tutkittavasta kohteesta. Sen avulla voitiin määritellä ne palveluketjussa toimivat henkilöt, joiden haastattelu palveluketjun hallinnan tutkimiseksi on välttämätöntä. Haastatteluaineiston analyysirunko muodostettiin alakysymyksistä b ja c.

5.3. Aineiston analyysin toteutus

Tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat ovat hermeneuttis-ymmärtävät. Tutkimus on laadullinen ja kohdistuu terveydenhuollon palveluketjujen hallinnan ilmiöiden ainutlaatuisuuteen ja samalla niiden kompleksisuuteen. Tutkimuksen oletuksena on, että palveluketjussa toimivien terveydenhuollon asiantuntijoiden haastattelut mahdollistavat aidon ymmärtämisen. Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään varsin usein pieneen määrään tapauksia ja pyritään analysoimaan niitä mahdollisimman perusteellisesti. (Varto 1992: 24–26; Eskola & Suoranta 1998: 61–65; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001: 168–169.)

Tutkimuksen metodisina vaihtoehtoina olisi voinut olla laadullinen tapaustutkimus tai arviointitutkimus tapaustutkimuksellisella otteella. Tutkimuksessa ei kuitenkaan pyritä tekemään organisaatioanalyysia, eikä pyritä arvioimaan varsinaisesti yksiköiden toimintaa, vaan kyseessä on terveydenhuollon palveluketjujen hallinnan teoreettisia lähtökohtia etsivä tutkimus. Näin ollen tutkimusmetodiksi valittiin laadullinen tapaustutkimus ja tapauskohtainen analyysi. Kriteerinä käytettiin valitun tutkimusongelman ratkaisussa tietyn aineiston teoreettista kiinnostavuutta. Teoreettisen edustavuuden perusidea on nähdä tutkittu tapaus esimerkkinä yleisestä, jolloin tärkeäksi muodostuu se, että aineiston keuruuta ohjaa jäsentynyt teoreettinen viitekehys. (Eskola & Suoranta 1998: 65.) Tapaustutkimuksessa on kyse analyttisestä yleistettävyydestä, ei tilastollisesta yleistettävyydestä. (Niiniluoto 1983: 30; Yin 1991: 37–38.)

Tutkimus ei perustu puhtaaseen induktiiviseen päättelyyn, vaan kysymys on lähinnä abduktiivisesta päättelystä. Induktiivinen päättely lähtee liikkeelle aineistosta, joka käsitteellistetään ja käsitteiden mukaan määritellään ilmiötä kos-

keva teoria. Induktiivinen päättely nojaa aikaisempiin teorioihin siten, että aikaisemmasta tiedosta ja käytännön kokemuksista kohoavat esille tutkijan esiymmärrys ja käsitteenmuodostuksen oletetut lähtökohdat, joskin tutkija on valmis myös ne kumoamaan, jos aineisto niin osoittaa. Abduktiivisessa päätelyssä lähdetään siitä, että uudet tieteelliset löydöt tai teorianmuodostus on mahdollista vain silloin, kun havaintojen tekoon liittyy jokin esioletus tai johtoajatus (quiding principle).

Tutkimuksen johtoajatukseksi toimivat teoreettisesti muodostetut tutkimustasot ja -alueet (Luku 2.3). Johtoajatus ohjasi tutkimuksessa myös tutkimusaineiston keräyksessä käytetyn asiantuntijahaastattelurungon muodostamisessa. Tutkimusaineisto perustui siis tutkittavaan terveydenhuollon palveluketjuun liittyvien terveydenhuollon organisaatioiden ja yksiköiden toimintaohjeisiin ja -kuvauksiin, tilastoihin sekä toiminnasta vastaavien johtajien, yksikköjen esimiesten ja palvelua tuottavien ammattilaisten näkemyksiin asiasta. Asiakkaan näkökulma jää tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

Tutkimuksen informantteina toimivat asiantuntijat kykenevät tuottamaan sellaista tietoa, että heidän haastattelujen avulla voidaan saada ymmärrys tutkimusongelmiin ja uutta tietoa. Tutkimuksen johtoajatuksen ohjaamana voidaan saada uutta, systemaattista ja jäsenettyä tietoa. Tutkimusaineiston havainnot keskitettiin tutkimuksen johtoajatuksen avulla ja siihen pyrittiin tuomaan uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tieteelliset löydöt tai teoriat eivät synny abduktiivisessä päätelyssä pelkästään havaintojen pohjalta kuten induktiivisessä päätelyssä oletetaan, vaan johtoajatuksen avulla havainnot voidaan keskittää joihinkin olosuhteisiin ja seikkoihin, joiden uskotaan tuottavan uutta näkemystä, ideoita tai uutta teoriaa kyseisestä ilmiöstä. Johtoajatus ohjaa uuden tiedon et-

sinnässä samalla kun se jäsentää ja systematisoi tietoa. (Grönfors 1985: 33–34; Varto 1992: 107; Alasuutari 1994: 69, 74; Eskola & Suoranta 1994: 82; Uusitalo 1995: Tuomi & Saramäki 2003: 97–99.)

Case- eli tapaustutkimuksessa tutkitaan tiettyä nykyistä tapahtumaa tai toimintaa tietyssä rajatussa ympäristössä käyttäen monipuolista ja monilla eri tavoilla hankittua tietoa (Yin 1991: 23). Tutkimuskohteesta pyritään saamaan aikaan mahdollisimman kokonaisvaltainen kuvaus. Tapaustutkimuksen avulla voidaan saada esiin oleellisia tekijöitä, prosesseja ja vuorovaikutussuhteita, joihin voidaan sitten kohdistaa lisähuomioita muilla menetelmillä. Tämän tutkimuksen lähtökohtana on se, ettei tutkittavaa ilmiötä voi erottaa kontekstistaan. Tarkastelun kohteena on suuri määrä asioita ja niiden välisiä suhteita.

Tapaustutkimuksessa tapauksen valinta ja sen valinnassa käytettävät kriteerit ovat tärkeitä tutkimusprosessin onnistumisen kannalta. Valintaperusteena voivat olla esimerkiksi tapaukset, jotka ovat epätavallisia tai jotenkin erityisiä esimerkkejä tutkittavasta ilmiöstä tai kriittisiä tapauksia, joissa ilmiö varmuudella toteutuu. (Patton 1987: 51–52; Uusitalo 1991: 76–77.) Tässä tutkimuksessa tapauksen eli tietyn palveluketjun valinnan kriteerinä on sen yleisyys terveydenhuollossa. Lähtökohtana oli ajatus, että samankaltainen palveluketju toistuu eri puolella Suomea eli sen katsottiin olevan hyvin tyypillinen esimerkki ilmiöstä. Tapaustutkimus ei mahdollista tilastollista yleistettävyyttä. Tutkimustulosten tulee kuitenkin päteä laajemmin kuin tarkastellussa yksittäistapauksessa. (Yin 1991: 47–59; Alasuutari 1994: 42; Uusitalo 1995: 75–78.)

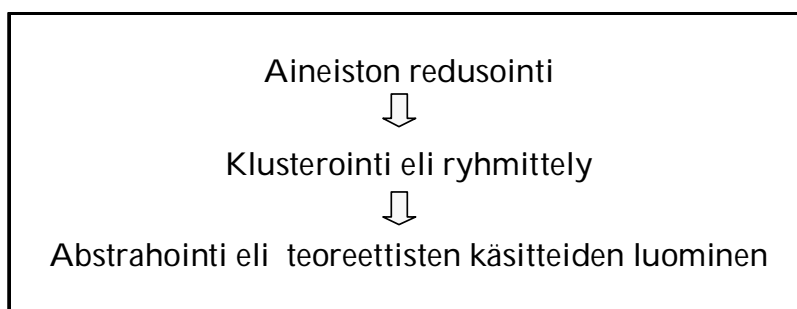
Laadullisessa analyysissä voi olla kyse induktiivisesta, deduktiivisesta tai abduktiivisesta analyysistä. Jaottelua voidaan myös kutsua aineistolähtöiseksi, teorialähtöiseksi tai teoriasidonnaiseksi analyysiksi. Jako perustuu tutkimuksessa käytettävän päättelyn logiikan tulkintaan.

Tämän tutkimuksen analyysissä on tiettyjä teoreettisia kytkentöjä, jotka eivät pohjaudu kuitenkaan suoraan mihinkään yksittäiseen teoriaan. Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat toimivat apuna analyysin etenemisessä ja ohjasivat luokittelujärjestelmän määrittämistä. Teoreettisesti muodostetut riippuvuudet toimivat tutkimuksessa empiirisen aineiston analyysin luokittelun lähtökohtana. Riippuvuustekijät jaettiin laajempiin asiakokonaisuuksiin, jotka kuvaavat teoreettisesti prosessilähtöisen toiminnan koordinoitavia osa-alueita (palvelu- ja hoitoprosessit, asiantuntijoiden välinen yhteistyö ja osaaminen). Ne muodostavat empiirisen haastattelulomakkeen perusrakenteen (ks. kuvio 2, luku 3.3.2). Oletuksena kuitenkin on, etteivät nämä lähtökohdat ole välttämättä kattavat käytännössä. Aineistoanalyysi voi tuoda esiin sellaisia riippuvuuksia tai kokonaisuuksia toiminnan osa-alueita, joita ei teoreettisen ajattelun tasolla ole osattu huomioida.

Tutkimusprosessin keskeinen periaate on avoimuus. Pyrin tekemään läpinäkyväksi tutkimusprosessin etenemisen ja sitä koskevat valintani ja päätökset. Näin lukija voi arvioida tekemiäni tulkintoja ja päättelyketjuja ja muodostaa käsityksen tutkimuksen toimintatavoista ja analyysin luotettavuudesta. Tutkimuksen ensimmäisessä analyysivaiheessa tehtiin asiakirja-aineistosta sisällönanalyysi suhteessa valittuun palveluketjuun. Asiakirja-aineistosta etsittiin niitä asioita, jotka kuvasivat potilaan tuloa tietyn yksikön palveluiden piiriin ja siirtymistä toiseen yksikköön saamaan jatkohoitoa. Palveluketjukuvaus (kuvio 11, luku

5.1.) on tehty sisällönanalyysin tuloksena ja sitä on hyödynnetty haastateltavien henkilöiden määrittelyssä. Palveluketjukuvausta hyödynnetään myöhemmin myös tutkimustulosten arvioinnissa.

Seuraavassa kuvaan haastatteluaineiston analyysiprosessin etenemisen vaihe vaiheelta. Aineiston sisällönanalyysi voidaan jakaa karkeasti kolmivaiheiseksi prosessiksi, johon kuuluu aineiston redusointi, klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (ks. kuvio 13). (Miles & Huberman 1994:12; Tuomi & Sarajärvi 2003: 110–111.)



Kuvio 13. Aineiston sisällönanalyysin vaiheet.

Haastatteluaineiston ensimmäisessä analyysivaiheessa haastattelut kirjoitettiin sanasta sanaan ylös. Puhekielen säilyttämistä ei katsottu välttämättä aiheelliseksi, koska se ei ole oleellista tietoa tässä tutkimuksessa. Haastattelu kohdistui tiettyyn terveydenhuollon palveluketjuun, joka selvitettiin haastateltaville ennen haastattelua. Asiat, jotka eivät kohdistuneet kyseiseen palveluketjuun, redusointiin pois. Aineiston redusoinnissa eli pelkistämässä karsitaan tutkimukselle epäoleellinen tieto pois. (Alasuutari 1994: 31; Tuomi & Sarajärvi 2003: 111–112; Miles & Huberman 1994: 90–92.)

Haastattelujen teema-alueet johdettiin tutkimusongelmista teoreettisen viitekehyksen ohjaamalla tavalla. Teema-alueet olivat suhteellisen pelkistettyjä, jolloin haastattelun kuluessa oli mahdollista kartoittaa avoimen haastattelun tapaan teema-alueeseen liittyviä moninaisia asioita ja asioiden välisiä suhteita. Tutkimushaastatteluni poikkesivat kuitenkin teemahaastattelusta siten, että koin tarpeelliseksi purkaa teemat lomakemuodon tapaisiksi osakysymyksiksi, jotka myös johdattelivat haastattelutilannetta erityisesti silloin, kun haastateltava ei puhunut oma-aloitteisesti. Haastatteluaineiston perustuessa teema-aiheisiin voidaan se analysoida käsittelemällä data tutkimuksen teoreettisten taustaoleustusten ja tutkimuskysymysten ja -ongelmien antaman viitekehyksen mukaisesti (Eskola & Suoranta 1998: 152–154; Alasuutari 1994: 74; Miles & Huberman 1994: 90–92.), kuten tässä tutkimuksessa tehtiin.

Aineisto segmentointiin aluksi teoreettisen viitekehyksen ja tutkimusongelmien mukaan viiteen eri analyysiyksikköön, jotka olivat palveluprosessien jatkuvuus, palveluketjujen sujuvuus, asiantuntijayhteistyö, osaamisen johtaminen, toiminnan kehittäminen. Kuudes analyysiyksikkö oli tässä vaiheessa muut, josta oletettiin syntyvän uusia keskeisiä käsitteitä ja sisältöluokkia. Tämän jälkeen aineisto analysoitiin koodaamalla teksteistä ilmeneviä eri teemoja. Näin saatiin tietoja kaikista koko aineistosta ilmenevistä teemoista tai muuttujista ja samalla myös analyysiyksiköittäin jakautuvista teemoista, jolloin voitiin arvioida teemojen ilmenemisiä koko tutkimusalueella verrattuna teoreettisesti jaotelluissa analyysiyksiköissä.

Aineiston ryhmittelyssä koodattuja alkuperäisilmauksia läpikäymällä etsittiin aineistosta samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samoja asioita tarkoittavat käsitteet ryhmiteltiin ja yhdistettiin luokaksi. Tutkittavan

ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys voi olla luokitteluyksikkönä. Näin aineisto tiivistyy, koska yksittäiset tekijät sisällytetään yleisimpiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2003: 112–115.)

Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä erotettiin tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja sen perusteella pyrittiin muodostamaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahointi on prosessi, jossa tutkija muodostaa yleiskäsitteiden avulla kuvauksen tutkimuskohteesta.

Tutkimustuloksissa kuvataan luokittelun pohjalta muodostuneet käsitteet tai kategoriat ja niiden sisällöt, jonka jälkeen niitä peilataan teoreettisiin käsitteisiin (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2003: 113–115). Yhteenvedossa esitetään empiirisestä aineistosta muodostunut palveluketjun hallinnan malli.

5.4. Luotettavuustarkastelu

Haastattelulla on heikkoutensa. Se edellyttää tutkijalta henkilökohtaista osallistumista ja yhteistyö haastateltavien kanssa on välttämätön. Haastateltava ei ehkä halua kertoa niistä aiheista, jotka kiinnostavat tutkijaa. Haastateltava voi olla myös tottumaton puhumaan asioista ja käyttämään ilmaisevaa kieltä.

Haastattelututkimuksen ongelmana ovat myös monenlaiset virhelähteet, joita pyrittiin kontrolloimaan mahdollisimman hyvin. Sovittaessa haastattelusta aihealueesta annettiin etukäteen alustavasti tietoa, jotta haastateltava osasi orientoitua tilanteeseen. Haastattelu testattiin yhdellä koehenkilöllä ajankäytön ja haastattelukysymysten ymmärrettävyyden näkökulmasta. Testauksen jälkeen

päädyin käyttämään haastattelussa vain haastattelurungon pääteemoja ja vain tarvittaessa täydentäviä osakysymyksiä. Pääteemat innostivat haastateltavaa kertomaan suhteellisen laveasti asiasta, jolloin alustavasti suunniteltujen osakysymysten tekeminen jäi tarpeettomaksi.

Laadullisessa tutkimuksessa reliabiliteetilla tarkoitetaan aineiston käsittelyn ja analyysin luotettavuutta ja toisaalta koko tutkimusprosessin luotettavuutta. Tutkimusmetodin luotettavuuden tarkastelussa käytettiin tutkimuksessa rinnakkaiskoodaajana toista tutkijaa, joka luokitteli teoreettisten lähtökohtien ja tutkimusongelmien näkökulmasta aineistosta 20 %. Rinnakkaistutkija käsitteli aineistoa pitkälti asiakkaan tai potilaan palveluprosessin ja -ketjun näkökulmasta. Tutkijan näkökulma palveluketjujen hallintaan oli enemmän toiminnallinen ja hallinnollinen. Tästä erosta huolimatta rinnakkaistutkija nosti samoja alueita esille aineistosta kuin tutkija kuten päätöksenteko, tiedottaminen, osaaminen ja yhteistyö. Terminologia oli hiukan eri kuin varsinaisella tutkijalla, mutta asiiasältö oli vastaava. Esimerkiksi päätöksenteko sisälsi prosessilähtöisen toiminnan johtamisen ongelmat ja organisaatioiden rajoilla tapahtuvat ongelmat, jotka juontuvat joko päätöksenteon puutteesta tai väärästä päätöksestä. Koska rinnakkaistutkija päätyi lähes samoihin luokkiin tai osa-alueisiin jo 20 % aineistolla, katsotaan että tutkimuksen luotettavuus on tarkistettu aineiston analyysin osalta.

Tutkimusraporttia kirjoitettaessa on huomioitava kaksi reliabiliteettikriteeriä; analyysin arvioitavuus ja uskottavuus. Tärkeä laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyvä seikka onkin aineiston käsittelyn ja analyysin avoimuus sekä läpinäkyvyys, jotta lukija pystyy seuraamaan ja arvioimaan ajatusketjuja. Analyysin läpinäkyvyys mahdollistaa tutkimuksen periaatteellisen toistettavuuden

ja mahdollisten virhelähteiden jäljittämisen. (Huber & Miles 1994: 439; Patton 1987: 159; Janhonen & Mikkonen 2001: 36–37.)

Tutkimusanalyysiä ja raporttia on pyritty kirjoittamaan niin avoimesti, että lukija pystyy seuraamaan kuinka tutkijan ajatusketju on kulkenut ja näin ollen lukija pystyy myös kritisoimaan sitä. Tutkimus toteutettiin tyypillisessä suomalaisessa terveydenhuollon organisaatiossa ja tutkimustulokset kuvaavat todennäköisesti suhteellisen yleistä tämän hetken tilannetta julkisen terveydenhuollon toiminnasta ja toiminnan kehittämisen tarpeesta moniammatillisesta näkökulmasta. Tutkimuksen toistaminen ei todennäköisesti toisi kuitenkaan aivan samoja tuloksia, koska haastatelluista henkilöistä osa on siirtynyt toisiin tehtäviin, kyseissä organisaatiossa on tehty hallinnollisia muutoksia tutkimuksen jälkeen ja tietojärjestelmiä on myös otettu käyttöön tutkimuksen aikana.

6. TERVEYDENHUOLLON PROSESSILÄHTÖISEN TOIMINNAN HALLITTAVAT OSA-ALUEET JA NIIDEN KOORDINOINTI

Tutkimushaastatteluisissa pyydettiin haastateltavia kuvaamaan oman toimipisteensä näkökulmasta palvelu- tai hoitoprosessia kulkua yleisellä tasolla. Lisäksi kysyttiin, mitkä asiat vaikuttavat prosessin jatkuvuuteen ja sujuvuuteen, asiantuntijoiden väliseen yhteistyöhön ja osaamiseen positiivisesti sekä negatiivisesti ja mitä asioita pitäisi kehittää erityisesti silloin, kun potilas siirtyy yksiköstä tai organisaatiosta toiseen.

6.1. Kriittiset kohdat tutkimustapauksen palveluprosessissa ja palveluketjussa

Tutkimuksen asiakirja-aineiston sisällönanalyysin (vrt. luku 5.3.) avulla tehtiin tutkimustapauksesta palveluketjukuvaus (vrt. luku 5.1, kuvio 11), jossa kuvattiin tapauksena sisätautisairaalaan hoitoon tulevan ja sieltä jatkohoitoon siirtyvän potilaan palveluketju. Tätä kuvausta hyödynnetään seuraavassa, kun esitellään haastatteluaineiston tutkimustuloksia. Lähtökohtaisena ajatuksena oli selvittää niitä tekijöitä, joilla on merkitystä prosessin tai palveluketjun sujuvuuteen.

Tämä tieto kerättiin haastatteluaineiston avulla. Kun tutkimuksen haastatteluaineisto purettiin, niin siitä muodostui tekstiä yhteensä 285 sivua. Aineisto reusoitiin ensin ja sitten ryhmiteltiin. Erilaisia riippuvuustekijöitä muodostettiin sisällönanalyysillä aineistosta kaiken kaikkiaan 154 kappaletta, joista 82 kuvasivat jonkin toiminnan sujuvuutta tai sujumattomuutta palveluprosessissa tai

-ketjussa. Aineistoa tarkasteltiin aluksi toimintayksikkö taustatekijänä ja sillä tasolla mitkä tekijät vaikuttavat toimintayksikön prosessiin ja sen sujuvuuteen negatiivisesti tai positiivisesti. Tämän tiedon perusteella pyrittiin selvittämään palveluketjun mahdollisia ongelmakohtia tai kriittisiä kohtia, jolloin päästäisiin alustavaan ymmärrykseen siitä, onko kyseisen palveluketjun hallinnassa ongelmia. Jos näin ei olisi ollut, tutkimussuunnitelmaa tai kulkua olisi pitänyt miettiä uudelleen.

Haastatteluaineiston perusteella voidaan kuitenkin todeta, että yksiköiden palvelu – tai hoitoprosessissa ja palveluketjun sujuvuudessa on ongelmia. Niitä nimitetään palveluketjua kuvattaessa palveluketjun kriittisiksi kohdiksi. Prosessijohtamisessa ja prosessien kehittämisessä puhutaan myös kriittisistä menestystekijöistä tai kyvykkyydestä. Tällä tarkoitetaan niitä asioita tai tilanteista, jotka tuottavat asiakkaalle erityistä arvoa ja jotka tulee tunnistaa prosessissa. (Laamanen 2003:64–65; Hannus 1993:22–26.) Kriittiset kohdat määritellään tässä tutkimuksessa tilanteisiin, jotka aiheuttavat henkilöstön näkökulmasta palvelu- tai hoitoprosessissa ja palvelun sujuvuudessa sekä jatkuvuudessa ongelmia. Käänteisesti ajateltuna kriittiset kohdat tuottavat hyvin toimivina sujuvan palvelun.

Haastateltavat kertoivat vapaasti oman näkemyksensä siitä, miten heidän omassa yksikössään potilaan palveluprosessi sujuu ja mitkä asiat aiheuttavat sujuvuudessa ongelmia. Samoin he arvioivat myös koko palveluketjun toimintaa pohtimalla sen sujuvuutta ja siinä mahdollisesti esiintyvistä ongelmista.

Seuraavassa kuvataan minkä tekijöiden puuttuminen aiheuttaa tulosten mukaan negatiivisia ja olemassaolo positiivisia vaikutuksia prosessiin ja palveluketjuun. Kriittisten kohtien tekijöitä tarkastellaan siis sekä sisäisissä palveluprosesseissa että palveluketjujen rajapinnoissa.

Sisäisten palveluprosessien kriittiset tekijät

Yksiköiden tai osastojen palveluprosessit valittiin sen perusteella, että niissä esiintyvä kriittinen tekijä puuttuvana aiheutti ongelmia ja olemassa olevana myönteistä vaikutusta prosessin sujuvuuteen.

Terveyskeskuksen päivystyksen, terveyskeskusten, sisätautisairaalan vuodeosastojen ja kuntoutuksen sekä kotisairaanhoidon sisäisissä palveluprosesseissa esiintyi seuraavanlaisia kriittisiä tekijöitä. (vrt. taulukko 10)

Taulukko 10. Yksiköiden sisäisten palveluprosessien kriittiset tekijät.

Sisäiset palveluprosessit	Kriittiset tekijät
Terveyskeskus-päivystys	tilaresurssit, osaamisen oikea kohdentaminen ja tiedon puute tai osaamattomuus
Terveyskeskukset	toiminnan organisointi ja osaamisen oikea kohdentaminen
Sisätautisairaalan vuodeosasto- ja kuntoutusosastot	toiminnan organisointi, vastuu, asiakasnäkökulma ja asiantuntijoiden välinen yhteistyö
Kotisairaanhoido	asiantuntijoiden välinen yhteistyö, asiakasnäkökulma sekä sovitut toimintakäytännöt.

Terveyskeskusten sisäisissä prosesseissa kriittisimmät kohdat liittyvät toiminnan organisointiin ja osaamisen oikeaan kohdentamiseen. Terveyskeskuspäivystyksessä sisäisen prosessin kriittiset tekijät ovat tilaresurssit, osaamisen oikea kohdentaminen ja tiedon puute tai osaamattomuus. Terveyskeskuspäivystyksessä tilaresurssit ovat kriittinen kohta, koska hoituhuoneita ei ole riittävästi ja potilaita joudutaan hoitamaan ja tarkkailemaan käytävillä Terveyskeskuksissa ja myös terveyskeskuksen päivystyksessä toimivat usein vastavalmistuneet lääkärit, joilla ei ole paljon kokemusta. Henkilöresursseista on viime aikoina ollut pulaa, jolloin kokeneempi lääkäri ei juuri pysty toimimaan perehdyttäjänä. Lääkärien vaihtuvuus saattaa myös olla suuri, jolloin osaamisen kohdentaminen voi olla hankalaa. Henkilöstöresurssien niukkuudesta johtuen koulutukseen pääsy saattaa olla vaikeaa, koska potilaat täytyy kuitenkin hoitaa ensisijaisesti.

Sisätautisairaalan vuode- ja kuntoutusosastojen sisäisissä prosesseissa kriittisiä tekijöitä ovat toiminnan organisointi, vastuu, asiakasnäkökulma ja asiantuntijoiden välinen yhteistyö. Asiakslähtöisen toiminnan puuttuminen koettiin hoitamisen kannalta epämieliseksi. Jos potilaan hoidon tarvetta ei huomioida kokonaisuuden näkökulmasta, jäävät hoidon jatkuvuus tai jatkohoitoon siirtymisen päätökset jäivät epäselviksi. Toiminnan organisoinnissa esimerkiksi ammattiryhmien välisen yhteistyön koordinoimisen puuttuminen aiheuttaa turhia päällekkäisiä toimintoja ja tietämättömyyttä siitä, mitä hoidosta on sovittu. Vastuun puuttuminen yksikön toiminnassa saattaa liittyä siihen, ettei ole tarpeeksi selvästi jaettu vastuuta. Osastonlääkäri on yleensä vastuussa potilaista lääketieteellisessä mielessä ja osastonhoitaja on vastuussa osaston tai yksikön perustoiminnasta ja henkilöstön resursoinnista. Jos tämä jako jää epäselväksi tai

yksikön yleistä toimintafilosofiaa ei ole laadittu, saattaa vastuun puuttuminen muodostua ongelmaksi.

Kotisairaanhoidon sisäisten prosessien kriittiset tekijät ovat asiantuntijoiden välinen yhteistyö, asiakasnäkökulma sekä sovitut toimintakäytännöt. Asiakaslähtöisyys on tärkeää kotisairaanhoidossa ja sen puuttuminen aiheuttaa ongelmia. Kotisairaanhoidossa työskennellään asiakkaan tai potilaan kotona ja esimerkiksi tehtäväkeskeisessä työskentelyssä saattaa jäädä jotain oleellista potilaan hoidossa huomaamatta. Asiantuntijoiden välinen yhteistyö on myös tärkeää, koska kotisairaanhoidon asiakkaiden luona käyvät myös lääkärit ja mahdollisesti myös kotiavustajat. Kaikkien näiden ammattiryhmien ja asiakkaan on hyvä yhteistyössä suunnitella hoidon kokonaisuus, jottei turhia päällekkäisyyksiä synny. Yhteisesti sovitut hoitokäytännöt helpottavat uusia työntekijöitä ja esimerkiksi hoitajia, jotka toimivat sijaisina kotisairaanhoidossa. Niiden puuttuminen aiheuttaa hoidon laadussa tasoeroja ja epävarmuutta työskentelyssä.

Tulokset kuvaavat yksiköiden tai osastojen sisäistä toimintaa ja siinä ilmeneviä ongelmia. Tämän perusteella voidaan sanoa, että tapaustutkimuksena olevan palveluketjun sisäisissä prosesseissa on sujuvuuden näkökulmasta ongelmia, jotka vaikuttavat mahdollisesti negatiivisesti myös koko palveluketjun sujuvuuteen. Lisäksi on syytä tarkastella niitä kohtia, missä potilas siirtyy jatkohoitoon yksiköstä toiseen eli miten sujuvasti prosessista toiseen siirtyminen tapahtuu.

Palveluketjujen rajapintojen kriittiset tekijät

Kriittisiä tekijöitä ilmeni palveluketjun rajapinnalla potilaan siirtyessä terveyskeskuksesta tai terveyskeskuksen päivystyksestä sisätautien päivystäjän päätöksestä sisätautisairaalaan, yliopistosairaalaan suoraan sisätautisairaalaan, sisätautisairaalaan kotisairaanhoidon ja sisätautisairaalaan SAS-työryhmän päätöksellä pitkäaikaissairaanhoidon. Taulukossa 11 kuvataan näiden palveluketjujen rajapintojen kriittisiä tekijöitä.

Taulukko 11. Palveluketjujen rajapintojen kriittiset tekijät.

Palveluketjun rajapinta	Kriittiset tekijät
Tk-päivystys- Sisätautisairaala	tiedonkulku, osaamisen oikea kohdentaminen ja asiantuntijoiden välinen yhteistyö
Terveyskeskukset- Sisät.päivystäjä-Sisätautisairaala	tiedonkulku, osaamisen oikea kohdentaminen ja asiantuntijoiden välinen yhteistyö
Yliopistosairaala-Sisätautisairaala	tiedonkulku, osaamisen oikea kohdentaminen ja asiantuntijoiden välinen yhteistyö
Sisätautisairaala-Kotisairaanhoidon	hoidon jatkuvuuden sujuvuudessa: asiantuntijoiden välinen yhteistyö, tiedon kulku ja viestintä
Sisätautisairaala-SAS-työryhmä-Pitkäaikaissairaanhoidon	asiakasnäkökulma, tiedon kulku ja asiantuntijoiden välinen yhteistyö

Potilaan siirtyessä terveyskeskuksesta sisätautisairaalan päivystäjän kautta, terveyskeskuspäivystyksestä tai yliopistollisesta sairaalasta jatkohoitoon sisätautisairaalan vuodeosastolle kriittisimmät tekijät siirtymätilanteessa ovat tiedonkulku, osaamisen oikea kohdentaminen ja asiantuntijoiden välinen yhteistyö. Kokemattoman lääkärin sijoittaminen vastaanottamaan päivystyspotilaita on opetuksellisessa mielessä järkevää, mutta potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta ei välttämättä aina paras vaihtoehto. Osaamisen oikean kohdentamisen tärkeyttä kuvaavat seuraavien haastateltavien siteeraukset:

”Se potilaan siirtyminen sisätautisairaalaan ei välttämättä aina oo ihan meidän näkökulmasta helppoa sitten että... Päivystysaikana siellä on usein nuorimmat osastonlääkäreistä päivystämässä. Se, että lähettävä lääkäri päivystyksessä on usein huomattavasti kokeneempi kuin sairaalan vastaanottava lääkäri, niin se on semmonen mun mielestä mikä ei oo ihan niinku pitäis olla” (Haastattelu 16)

”Elikkä kun meidän päivystäjä, jolla on sitten tämä päivystyskännykkä ja sitten terveysasemalta tai päivystyksestä soitetaan siihen. Mutta lääkäri tekee niinku päiväsaikaan omaa työtään, että hänellä ei oo mahdollisuutta mennä niinku tutkimaan potilasta minnekään, vaan hän on vaan sen puhelimitse sitten.” (Haastattelu 23)

”Koko Care-Manager toimintahan perustuu kyseisen henkilön osaamiseen ja laaja-alaiseen näkemykseen”(Haastattelu 8)

(Care-Manager = sairaanhoitaja, joka ohjaa yliopistollisesta sairaalasta perusterveydenhuoltoon siirtyvien potilaiden sijoitusta oikeaan hoitopaikkaan)

Sisätautisairaalaan jatkohoitoon siirtymisessä on kriittisiä kohtia kotisairaanhoidon ja SAS-ryhmän päätöksellä pitkäaikaissairaanhoidon siirtymisen rajapinnassa. SAS-työryhmän palveluprosessi kytkeytyy kiinteästi potilaan jatkohoitoon sijoittamisen päätöksenteon näkökulmasta sisätautisairaalan ja pitkäaikaissairaanhoidon väliseen palveluketjuun. Potilaan siirtyessä kotisairaanhoidon tai pitkäaikaissairaanhoidon kriittiset tekijät hoidon jatkuvuuden sujuvuudessa ovat asiakasnäkökulma, asiantuntijoiden välinen yhteistyö, tiedon kulku ja viestintä. Asiakasnäkökulman puuttuminen potilaan siirtymisessä kotisairaanhoidon tai pitkäaikaissairaanhoidon saattaa aiheuttaa esimerkiksi potilaan sijoituksen väärän paikkaan. Jos ei ole selvitetty tarpeeksi hyvin asiak-

kaan elämän tilanneetta ja mahdollisuuksista selviytyä eri jatkohoitopaikoissa, on virheellisen sijoituksen riski suuri. Palveluketjun sujuvuuden kannalta potilaan sijoittaminen väärään jatkohoitopaikkaan aiheuttaa turhia siirtoja. Palveluketjun sujuvuutta kuvaavat seuraavat haastateltujen siteeraukset:

”Silloin kun se sujuu oikein hyvin, kotihoidon näkökulmasta, niin silloinhan se sujuu yleensä niin, että se omahoitaja tai vastaava hoitaja ottaa yhteyttä sinne kotisairaanhoidon pisteeseen ja kertoo että teidän piiriin on nyt tämmönen ja tämmönen asiakas koitutumassa ja osaa kertoa minkälaisia apuja tarvitaan. pahin tilanne on tietysti se, että sairaalasta ei tule minkäänlaista tietoa kotihoitoon, et tämmönen ihminen on koitunutunut ja tarvii apua tai labrakontrollin järjestämistä ja mahdollisesti muutakin apua. Ja sitten se tulee ikään kuin sattumalta sen kyseisen kotihoidon tietoon et tämmönen ihminen on ihan heitteillä..” (Haastattelu 7)

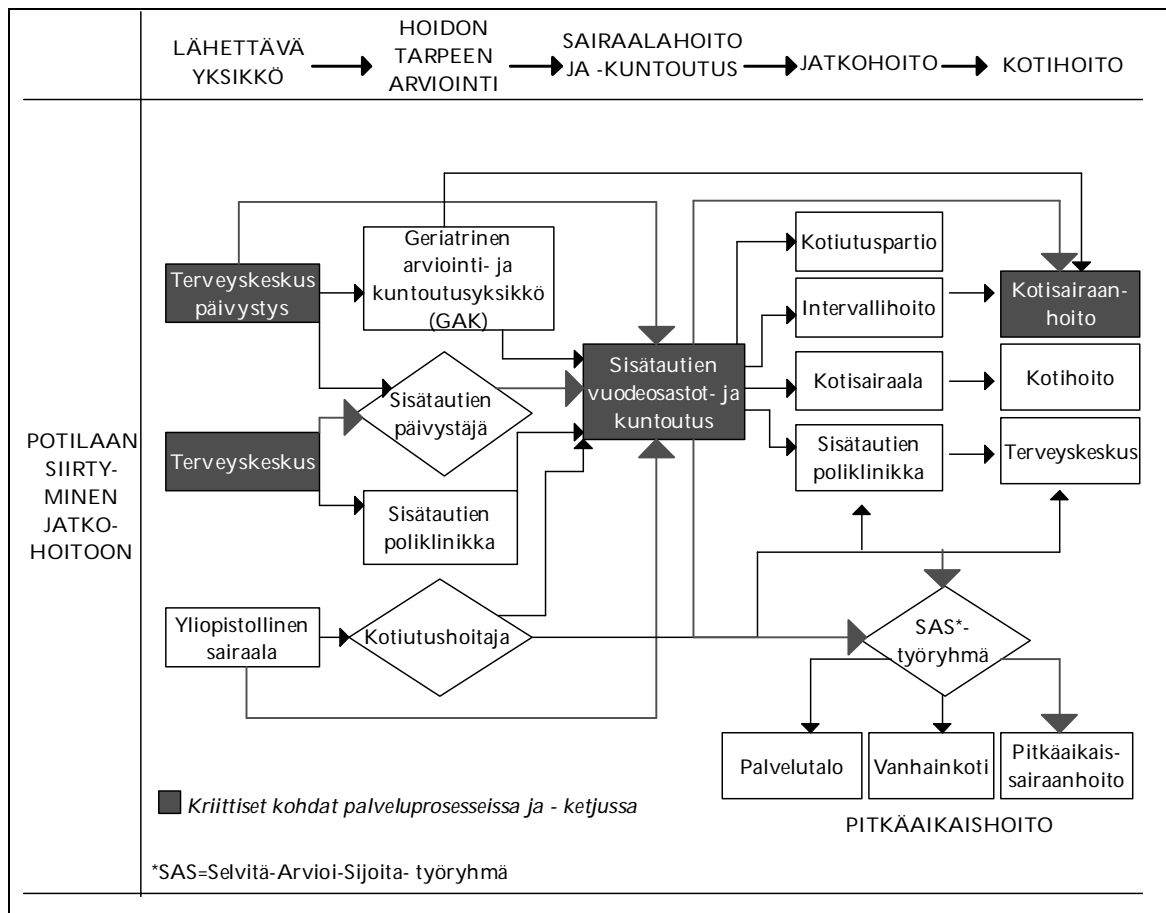
”Mä en välttämättä tiedä, että joku SAS-ryhmä on käyny mun kotisairaanhoidon potilasta kattomassa sairaalassa. Mut sitten joskus saattaa kuulla, että aijaa, hän on siirtynyt vanhainkotiin. Niin, ei siä vaan oo enää sitä potilasta, sit voi alkaa itse ihmettelemään.” (Haastattelu 24)

”Kun sairaalasta siirtyi aika äkäiseen pitkäaikaissairaanhoidon, niin havaittiin, että pidemmällä aikavälillä potilaat saattoi kuntoutua, niin et pystyttiin jopa siirtään alemmalle hoidon, siis kevyempään hoitoon, vanhainkotiin tai jopa kotiin. Niin siihen tarpeeseen eli hoivapartio periaatteessa kotiuttamaan pitkäaikaissairaanhoidolta kotiin. Ja toisaalta estämään pitkäaikaislaitoshoitoa tai voi sanoa oikean aikaistamaan.” (Haastattelu 29)

Asiantuntijoiden välisen yhteistyön puute aiheuttaa tiedon kulussa katkoksia, jolloin potilaan jatkohoitopaikkaan siirtyminen saattaa myös turhaan viivästyä. Tiedon kulun katkokset saattavat johtua siitä, että esimerkiksi kotisairaanhoidon henkilöstöä voi olla vaikea tavoittaa puhelimitse kotikäyntien aikana. Tietojärjestelmien käyttö tiedon kulun välityksessä ontuu myös, koska kotisairaanhoidon henkilöstöllä ei ole kotikäynneillä käytössä tietokoneyhteyksiä.

Kriittisiä kohtia löytyi kaikkien lähettävien yksiköiden sisäisessä prosessissa sekä niiden ja sisätautisairaalan välisissä siirtymä- tai rajapinnoissa. Sisäisten palveluprosessien kriittiset tekijät liittyivät ns. vastaanottotoiminnassa (terveyskeskukset, terveyskeskuspäivystys) osaamisen oikeaan kohdentamiseen, toiminnan organisoimiseen, tiedon puutteeseen ja osaamattomuuteen. Terveyskeskusten ongelmiksi on näinä päivinä yleisesti kuvattu lääkärin vaihtuvuutta ja terveyskeskustyön matalaa arvostusta. Mahdollisesti kriittiset kohdat ovat heijastusta tästä. Jatkuvasti vaihtuvilla työntekijöillä saattaa olla tiedon puutetta kyseisen yksikön toimintaperiaatteista, jos kukaan ei ehdi perehdyttää. Osaaminen ei myöskään kartu, jos ei voi oppia asioita keneltäkään kokeneemmalta.

Tutkimustulosten mukaan muodostuneet kriittiset kohdat on merkitty kuviossa 14 tumman harmaalla niihin kohtiin palveluprosessia tai -ketjua, missä ilmeni tekijöitä, joiden puuttuminen vaikutti prosessin tai ketjun sujumiseen negatiivisesti ja olemassaolo positiivisesti.



Kuvio 14. Tutkimustapauksen palveluprosessien ja -ketjun sujuvuuden kriittiset kohdat.

Vuodeosastotoiminnan (sisätautisairaala) ja kotisairaanhoidon sisäisten palveluprosessien kriittiset tekijät liittyivät asiakasnäkökulmaan, asiantuntijoiden väliseen yhteistyöhön, toiminnan organisointiin ja yhteisiin toimintakäytäntöihin. Vuodeosastotoiminta on usein nopeatempoista ja raskasta. Hoito on usein diagnoosipohjaista ja asiakkaan tai potilaan mielipide saattaa jäädä vähemmälle. Mielenkiintoa kohdistuu ensisijaisesti sairauden hoitoon, eikä asiakkaan hoidon jatkuvuudesta tai selviytymisestä kyseisen yksikön ulkopuolella olla ehkä niin kiinnostuneita. Asiakaslähtöisyys toiminnassa auttaa hoidon jatku-

vuuden suunnittelussa ja myös asiantuntijoiden välisessä yhteistyössä. Kun hoito suunnitellaan asiakkaan tarpeista lähtöisin, voidaan huomioida jo etukäteen ne mahdolliset jatkohoitopaikat, mihin asiakkaan on mahdollista siirtyä. Hoidon aikana eri ammattiryhmät voivat yhteistyössä toimia suunnitelman mukaisesti ja asiakkaan tarpeet huomioiden.

Sisätautisairaalaan siirtymisen ja sieltä jatkohoitoon siirtymisen rajapinnoilla osaamisen kohdentaminen, asiantuntijoiden välinen yhteistyö ja tiedonkulku olivat tavallisimmat kriittiset kohdat. Lähinnä potilaan vastaanottotilanteissa osaamisen kohdentamisessa on ongelmia, joka on toiminnan organisoinnista ja osaamisen johtamisesta riippuvaista. Potilaat tulevat sisätautisairaalaan jatkohoitoon tai päivystystapauksina. Potilaan vastaanottajan osaamattomuus aiheuttaa mahdollisesti jatkohoitoon virheitä tai viivytyksiä. Sisätautisairaalaan jatkohoitoon siirtymisessä kriittisiä tekijöitä ovat asiakasnäkökulma ja asiantuntijoiden välinen yhteistyö. Asiakaslähtöisyys toiminnassa ja hyvä asiantuntijoiden välinen yhteistyö edesauttaa potilaan sujuvaa siirtymistä jatkohoitopaikkaan.

Palveluketjun kuvauksen avulla voidaan käytännössä tarttua olennaisiin palveluketjun ongelmakohtiin ja kehittää tapauksen kohdalla toimintaa sujuvampaan suuntaan. Kaiken kaikkiaan voidaan sanoa, että kuvatussa sisätautipotilaan palveluprosesseissa ja palveluketjussa on paljon kriittisiä kohtia. Ne heijastavat sitä, että tutkittava palveluketju ei ole sujuva, koska neljässä sisäisessä prosessissa ja viidessä prosessista toiseen siirtymisen rajapinnoissa on ongelmia.

6.2. Prosessilähtöisen toiminnan hallittavat osa-alueet ja niiden riippuvuus tekijät

Tutkimuksen mielenkiinnon pääkohteena on kuitenkin se, mihin toiminnan osa-alueisiin kaikki tutkimuksessa esiin tulleet kriittiset tekijät kategorisesti kuuluvat ja voidaanko niitä koordinoimalla hallita palveluketjua. Aineiston sisällönanalyysissä muodostui siis erilaisia riippuvuustekijöitä 154 kappaletta, joista 82 kuvasivat jonkin toiminnan sujuvuutta tai sujumattomuutta palveluprosessissa tai -ketjussa ja 72 riippuvuustekijää kuvasivat asioita, joilla katsotaan olevan merkitystä palveluketjujen hallinnan kehittämisessä. Tässä vaiheessa analyysin tulosta tarkasteltiin kokonaisuutena ilman haastateltavien taustatekijöitä.

Palveluketjun hallintaan joko negatiivisesti tai positiivisesti vaikuttavista riippuvuustekijäistä muodostettiin kuusi käsiteluoikkaa;

1. Palveluprosessien jatkuvuus
2. Palveluketjun sujuvuus
3. Toiminnan johtaminen
4. Asiantuntijayhteistyö
5. Asiantuntijoiden osaaminen
6. Tiedon hallinta

Käsiteluoikat muodostettiin sen mukaan, mitä asiakokonaisuutta riippuvuustekijä parhaiten kuvasi ja mitä useimmat vastaajat sen mainitsivat. Yksittäisinä mainintoina esiin tulleita tekijöitä olivat esimerkiksi tila- ja välineresurssien puute, motivaatio, sitoutuminen, muutokseen oppiminen, ajan puute ja tulospalkkauksen kehittäminen. Näistä yksittäisistä maininnoista ei pyritty muodos-

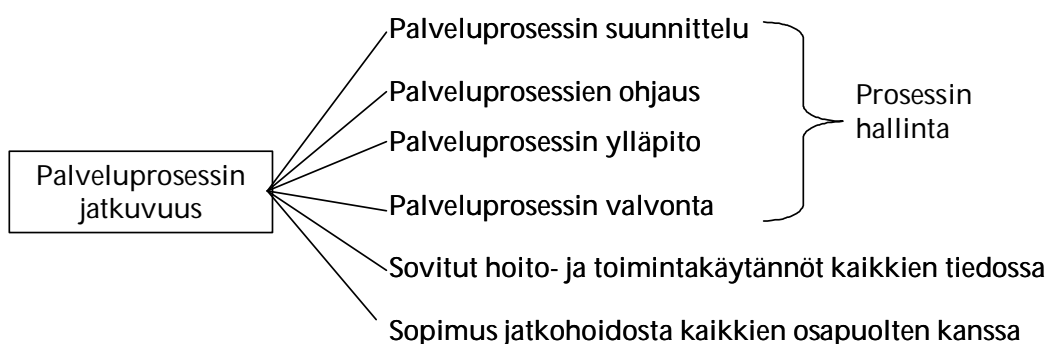
tamaan uusia käsiteluokkia, koska kriteerinä oli tietyn asia selkeä toistuminen aineistossa. Muodostuneiden luokkien sisältämistä riippuvuustekijöistä suuri osa oli samoja, jotka esitettiin myös teoreettisessa osassa oletetuiksi organisaation toimintaan vaikuttaviksi tekijöiksi (vrt. luku 3.3.2, kuvio 2), joskin ilmaismuoto saattoi olla eri.

Käsiteluokista käytetään jatkossa termiä toiminnan osa-alue, koska ne kuvaavat organisaation toiminnan eri osa-alueita, joita tulee koordinoita palveluketjujen hallitsemiseksi. Toiminnan osa-alueista neljä olivat samoja tai samankaltaisia kuin teoreettisissa lähtökohdissa. Lisäksi aineisto tuotti kaksi uutta luokkaa eli osa-aluetta; toiminnan johtaminen ja tiedonkulku. Ne tulivat selkeästi esiin aineistosta uusina palveluketjun hallintaan vaikuttavina toiminnan osa-alueina. Seuraavassa luvussa kuvataan näiden kuuden eri osa-alueen muodostumista.

6.2.1. Palveluprosessien jatkuvuus

Palvelu- tai hoitoprosessin jatkuvuus on tärkeää erityisesti silloin, kun potilas siirtyy jatkohoitoon yksiköstä toiseen tai organisaatiosta toiseen. Asiakkaan näkökulmasta hoidon tulee jatkua välittömästi sovitulla tavalla myös jatkohoitopaikassa. Hoitohenkilökunnalla tulee olla riittävät tiedot potilaan tilasta ja jatkohoidon suunnitelman tulee olla kaikkien hoitoa antavien osapuolten sekä potilaan ja/tai omaisten tiedossa. Osoitetun jatkohoitopaikan tulee tarjota sellaisia palveluita, joita kyseisen potilaan hoito edellyttää.

Tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että palveluprosessin jatkuvuuteen vaikuttavia tekijöitä kuusi. Niistä neljä, palveluprosessin suunnittelu, ohjaus, ylläpito ja valvonta, muodostavat kokonaisuuden, jota voidaan kutsua myös prosessin hallinnaksi. Kaksi muuta riippuvuustekijää kuvaa lähinnä sopimuksia ja sovittuja yhtenäisiä käytäntöjä, joita kaikkien tulee noudattaa palveluketjun jatkuvuuden turvaamiseksi (kuvio 15).



Kuvio 15. Palveluprosessien jatkuvuuden riippuvuustekijät.

Palveluprosessin jatkuvuus edellyttää tutkimustulosten mukaan suunnitelmaa, yhteisesti sovittuja hoito- ja toimintakäytäntöjä yksiköissä ja niiden välillä. Potilaan siirryessä jatkohoitoon esimerkiksi erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon on palvelu- tai hoitoprosessin jatkuvuuden kannalta tärkeää tehdä sopimus jatkohoidosta kaikkien osapuolten kanssa. Haastateltavat kuvasivat sovittuihin hoitokäytäntöihin ja jatkohoidon suunnitteluun liittyviä tilanteita seuraavasti:

” Ja niinku mä näkisin sen niinku hirveän tärkeäksi asiakasnäkökulmasta sen ja niinku sen asiakkaan tasavertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden, että olis samanlaiset sovitut toimintatavat asioissa. Jos ajattelee koituttamistakin, niin siinä olis selkee hoitopolku, että miten kotisairaanhoidon näkökulmasta kotiuttaminen tapahtuu, mitä asioita huomioidaan” (Haastattelu 22)

”Ja nää niinku SAS–kokoukset on nyt jaettu neljään alueeseen niin aikaisemmin se oli yhdessä paikassa vaan yks kokous, niin ei siellä kukaan oikein tuntenut sitä ihmistä, ketä palloiteltiin. Et nyt niinku on nää alueittain, niin siellä niinku tunnetaan se ihminen paremmin ja tilanne ja pystytään ehkä vähän niinku räätälöimään niitä palveluita ja laitosvalintoja” (Haastattelu 15)

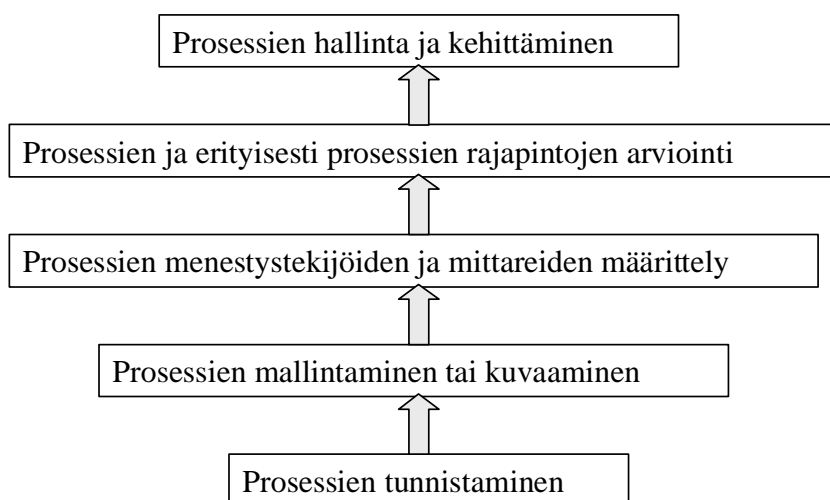
Palveluprosessin jatkuvuus edellyttää suunnittelun lisäksi myös koko palveluprosessin seuranta, arviointia ja valvontaa. Eräs haastateltavista näkee prosessien seurannan ja arvioinnin puuttumisen ongelmana, josta seuraava siteeraus:

”Sehän vaan on meidän perusongelma, että me kuvataan hyvin prosessit, mut se seuranta ja arviointi puuttuvat. Tätä prosessikuvausta ei saisi jättää siihen, vaan se seuranta- ja arviointisuunnitelma pitäis tehdä siinä. Siihen just tarvittais sitä prosessin omistajaa, joka sit valvoo.” (Haastattelu 6)

Prosessin hallinta edellyttää sen ohjausta, ylläpitoa ja valvontaa. Prosessijohtamiseen siirtyminen edellyttää tiettyä kehityskaarta organisaatiossa. Ensiksikin on tunnistettava prosessit ja ne tulee kuvata tai mallintaa. Sen jälkeen prosessin ongelmapisteet tai kriittiset menestystekijät tulee määritellä ja kehittää mittarit niiden seuraamiseksi ja parantamiseksi. Prosesseja tulee ylläpitää jatkuvalla seurannalla ja arvioinnilla ja erityisesti rajapintojen tapahtumia tulee valvoa

prosessin jatkuvuuden näkökulmasta. Vasta näiden toimenpiteiden jälkeen on mahdollista hallita ja kehittää prosesseja. Tämä edellyttää kuitenkin, että prosesseille on myös määritelty vastuuhenkilöt tai omistajat, jotka vastaavat hallinnasta (vrt. Hannus 1993; Blåfield 1996; Kiiskinen jne. 2002; Laamanen ja Tinnilä 2002 ja 2003). Kuviossa 16 on pyritty konkretisoimaan prosessien hallintaan siirtymisen vaiheet.

PROSESSIEN HALLINTAAN SIIRTYMINEN



Kuvio 16. Prosessin hallintaan siirtymisen vaiheet.

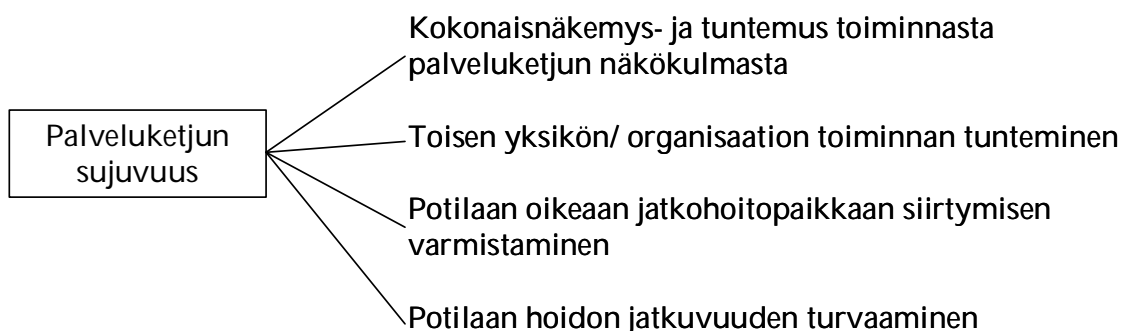
Muutos terveydenhuollon funktionaalisesta toiminnasta prosessilähtöiseen toimintaan tarkoittaa etupäässä uusien toimintatapojen omaksumista. Prosessilähtöiseen toimintaan siirtyminen ei edellytä terveydenhuollon organisaation muuttamista vertikaalisesta horisontaaliseksi. Oleellista on prosessilähtöisen toiminnan ohjaus ja hallinta siten, että ratkaisevana tekijänä toiminnassa ja sen kehittämisessä on potilaan hoito- tai palveluprosessin kokonaistulos hoidon

vaikuttavuuden, toiminnan tehokkuuden ja taloudellisuuden näkökulmasta. (vrt. Blåfield 1996; Kvist jne. 1995).

6.2.2. Palveluketjujen sujuvuus

Terveystieteidenhuollossa palveluketju on samalle asiakkaalle tai potilaalle tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation rajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva palveluprosessin kokonaisuus. Asiakaslähtöisessä palveluketjuajattelussa palvelut ja toiminnot organisoidaan asiakkaan tai potilaan tarpeista lähtien. Organisaation rajojen tulee olla asiakkaalle tai potilaalle näkymättömiä eli palveluketjun tulee olla niin sujuva, ettei organisaation vaihdos aiheuta katkoksia hoitoon siirtymisessä (vrt. Nylander ym. 1998; STM 1998; Ruotsalainen 2000).

Tutkimusaineistosta nousi esiin neljä riippuvuustekijää, joilla on vaikutusta palveluketjujen sujuvuuteen. Niitä ovat kokonaisnäkemys toiminnasta, eri organisaatioiden toiminnan tunteminen, jatkohoitoon siirtymisen varmentaminen ja potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen (ks. kuvio 17).



Kuvio 17. Palveluketjun sujuvuuden riippuvuustekijät.

Palveluketjun sujuvuus muodostuu sisäisestä palvelukyvyistä, palvelujen yhtäjaksoisesta jatkuvuudesta, yhteistyön asteesta ja moniammatillisuuden hyödyntämisestä. Palveluketjun toteutuminen edellyttää kokonaisvastuuta ja myös kokonaiskuvaa asiakkaan hoidosta ja jatkohoidon tarpeesta. Hoidon jatkuvuuden turvaamisella vältetään turhia katkoksia hoidossa, jotka voivat mahdollisesti johtua esimerkiksi tiedon puutteesta. Seuraavat kahden haastateltavan siteeraukset liittyvät potilaan jatkohoitoon siirtymisen ongelmiin ja niihin asioihin, jotka viivästyttävät hoidon jatkumista jatkohoitopaikassa.

“Ne potilaat, jotka tulevat TYKS:sta, niin niillä on siirtolomake mukana ja epikriisi, joka on yleensä hirveän niukka. Harvoin se riittää, me joudutaan yleensä tarkentamaan asioita.” (Haastattelu 3)

“Sanotaan, et varmaan, musta tuntuu, että ainakin 30 %.ssa soitetaan lääkitysten perään.” (Haastattelu 17)

Palveluketjun sujuvuutta lisää se, jos toiminnan toteuttajat tuntevat toinen toistensa toimintaa, palvelujen tuottajien keskinäiset vastuut ovat selkeästi määriteltä ja toimijat ovat kiinteässä yhteistyössä keskenään. Asiakas saattaa siirtyä saman ongelman vuoksi palvelu- tai hoitoprosessien aikana useasta yksiköstä toiseen. Tällöin on tärkeää palvelujen sujuvuuden kannalta, että eri yksiköiden toimijat tuntevat miten toisessa yksikössä toimitaan. Myös toimijoiden välisten vastuiden määrittely on tärkeää. Haastateltavat kuvasivat toimijoiden toinen toistensa tuntemista ja vastuiden jaon merkitystä seuraavilla siteerauksilla:

”Me ollaan käyty siellä osastolla vierailulla ja he on ollu meillä. Ja me ollaan puhuttu, et mitä me odotetaan toinen toisiltamme ja sen jälkeen se on parantunut kyllä huomattavasti, kun on kasvot” (Haastattelu 14)

”Me yritetään korostaa aina sitä, et tää on moniammatillista yhteistyötä ja lääkäri on tiimin jäsen ja lääketiedeasioissa johtaa sitä tiimiä, mutta kuitenkin aika avuton lääkäri on yksin toimimaan sitten, että täytyy olla sitä tietoa ja asiantuntemusta mitä sitten muut henkilöstöryhmät tuovat mukanaan.” (Haastattelu 23)

Asiakaslähtöinen ajattelutapa ja asiakkaan yhden ongelmakokonaisuuden kattavan palveluketjun hallinta on merkittävä haaste terveydenhuollolle. Palveluprosessin jatkuvuutta ja palveluketjun sujuvuutta tukee ja parantaa myös joustava ja nopea tiedonsiirto, joka on tällä hetkellä mahdollista terveydenhuollon organisaatioiden sisällä, mutta organisaatioiden välistä sähköistä tiedon siirtoa ollaan vasta kehittämässä.

Valtioneuvoston päätöksen mukaan ”valtakunnallinen sähköinen sairauskerromus” otetaan käyttöön vuoden 2007 loppuun mennessä. Käytännössä tämä

tarkoittaa julkisen terveydenhuollon sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien yhteensopivuuden kehittämistä siten, että samalla varmistetaan korkea tietoturvan ja tietosuojan taso. (STM 2004.)

Tulevaisuudessa on tarkoitus, että alueellinen tietohallintoyhteistyö tukee alueilla tapahtuvaa yhteistyötä potilaiden hoidon järjestämisessä ja asiakaslähtöisten palvelujen kehittämisessä. Alueellisilla tietojärjestelmäpalveluilla tarkoitetaan usean organisaation tai toimintayksikön yhteisesti käyttämiä teknisiä sovelluksia, joiden avulla on mahdollista katsella sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasta koskevia tietoja organisaatioiden perusjärjestelmistä yli organisaatiorajojen. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että terveydenhuollon ammattihenkilö ottaa tietokoneen kautta yhteyden alueellisiin palveluihin ja päätöksentekojärjestelmiin ja saa näytölleen suoraan omaan työhönsä liittyviä palveluja. Tällä hetkelläkin alueilla on käytössä joitakin toimintamalleja, joissa potilastietoa luovutetaan sähköisesti. Yleisimpiä niistä ovat laboratoriovastaukset, läheteet ja hoitopalautteet. Aluetietojärjestelmän käyttöönoton yleisenä tavoitteena on tukea kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen suunnittelua ja ohjausta sekä mahdollistaa saumattomasti yli organisaatiorajojen ulottuvan asiakkaan palveluketjun toteuttaminen (vrt. Ensio, Saranummi, Laine ja Vuolasto 2004).

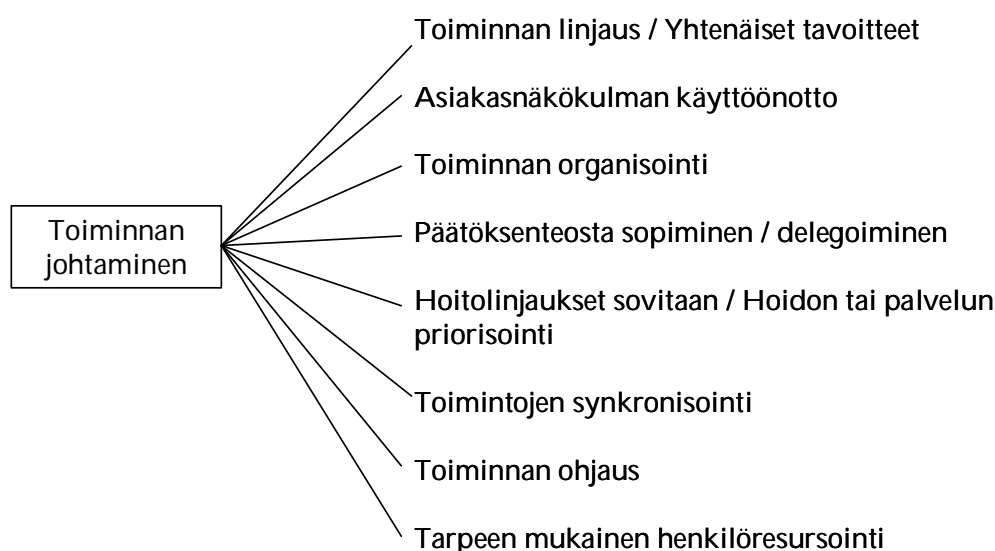
6.2.3. Toiminnan johtaminen

Pohdittaessa terveydenhuollon toiminnan johtamista voidaan sitä tarkastella perinteisen funktionaalisen toiminnan tai prosessilähtöisen asiakaspalvelun lähtökohdista. Tässä tutkimuksessa tuli esiin se, kuinka nämä kaksi eri lähtö-

kohtaa vaikuttavat terveydenhuollon palveluketjuihin. Pelkkä palveluprosessin johtaminen ei riitä vaan tarvitaan myös perinteistä funktionaalisen toiminnan johtamista.

Terveydenhuollon organisaatorakenteet perustuvat perinteiseen funktionaaliseen työnjakoon ja käytössä on vielä useimmiten tulosjohtamismenettely. Siinä korostuu tavoitteellisuus, kustannustehokkuus ja paikallinen itsenäisyys, mikä sinänsä onkin hyvä asia. Terveydenhuollon asiakkaat ja myös perustehtävää suorittavat työntekijät arvioivat toimintaa kuitenkin horisontaalisesti hoito – tai palveluprosessin onnistumisen tai vaikuttavuuden näkökulmasta.

Tutkimustulosten mukaan toiminnan johtamisen käsite muodostui kahdeksasta eri riippuvuustekijästä, jotka kuvasivat palveluketjun hallintaa negatiivisesti tai positiivisesti johtamisen näkökulmasta (ks. kuvio 18).



Kuvio 18. Toiminnan johtamisen riippuvuustekijät.

Riippuvuustekijät viittaavat sekä prosessilähtöisen toiminnan että funktionaalisen toiminnan johtamiseen. Toiminnan linjaus, yhteiset tavoitteet, toimintojen synkronisointi ja asiakasnäkökulman käyttöönotto kertovat ehkä tarpeesta siirtyä prosessilähtöisen toiminnan johtamiseen. Riippuvuustekijät kuvaavat kuitenkin mielestäni enemmän funktionaalisen toiminnan johtamista. Seuraavassa muutaman haastateltavan siteeraukset liittyen toiminnan linjaukseen ja yhteisiin tavoitteisiin:

”Et tietty se on tärkeää, että siellä suunnittelemassa on esimiehet mukana, mut se on hirveen tärkeää, että siellä olis myös ne työntekijät, se ruohonjuuritaso. Mut mä ajattelen vaan sitä, et miten saadaan työntekijät sitoutumaan siihen ja sisäistämään sen asian.” (Haastattelu 26)

”Tavallaan se näkemys et mihin mennään ja miten edetään, niin ei se ole välttämättä henkilökunnaoöe selvä asia. Jotenkin niin kuin pitkällä tähtäyksellä, ettei se olis niin poukkoilevaa että tänään tänne ja huomenna tänne, et ihmiset ei tiedä mihin mennään... Ihmiset haluaa kyllä tietää et mikä se suuri tavoite on.” (Haastattelu 7)

Asiakaslähtöisen näkökulman puutteesta ja myös sen tarpeesta kertoo seuraava erään haastateltavan siteeraus:

”Jos niinku ajatellaan, että on asiakaskeskeisyydestä puhe, niin sitten kuitenkin, se ei oo se johtotähti, mitä ajatellaan tässä hommassa. Sit kuitenkin vaikka sanotaan, että potilas on tärkeä, asiakaskeskeisyyttä pitäis katsoa, niin sitten niinku päätöksenteon perusteet ovat jotain muuta.” (Haastattelu 27)

Terveysthuollossa tarvitaan funktionaalisen johtamisen lisäksi myös prosessi- lähtöisen toiminnan johtamista. Prosessijohtamisessa ohjaus ja organisointi tapahtuvat prosessien perusteella, ei funktionaalisesti. Lähtökohtana on prosessin ja niihin tarvittavien mittareiden tunnistaminen. Prosessijohtamisessa olennaista on horisontaalinen, asiakkaiden tarpeista lähtevä toiminnan ohjaus. Prosesseille määritellään omistajat, jotka vastaavat koko prosessista. (Hannus 1993: 31–34.)

Terveysthuollon organisaatioissa, joissa ammattihenkilöt tuottavat toinen toisiinsa liittyviä palveluita potilaille tai asiakkaille, on tärkeää riittävä resursointi, organisaatioiden jäsenten osaaminen ja toiminta yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi, palvelujen tuottajien väliset sopimukset vastuista ja hoitolinjauksista, toimintojen yhteensovittaminen sekä ohjaus. (vrt. Hannus 1994; Karlöf 1999) Seuraavassa haastateltavien siteerauksia resursoinnista ja toimintojen ohjauksesta:

”Niin, sen mä ainakin tiedän, et tän syksyn aikana sisätaudeilla on ollut lääkäripula. Et lääkäreitä ei saa ja se taatusti näkyy prosesseissa. Kun se on muutenkin ollu niukka miehitys.” (Haastattelu 6)

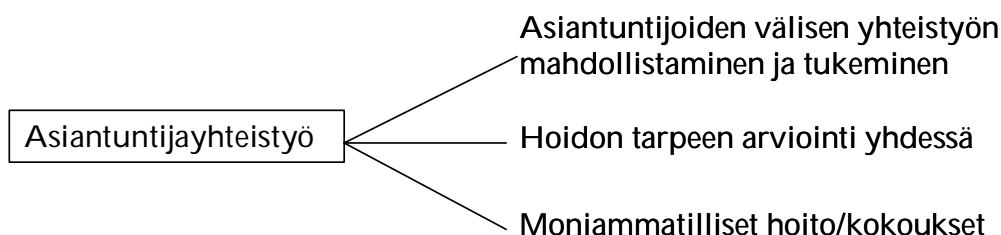
”Kun he yhtäkkiä päättivät, että keskitetäänkin kotisairaanhoidon osastonhoitajille nää kontaktit. Niin nyt mun pitäiskin tälle osastonhoitajalle soittaa sit et multa siirtyy nyt tänään sit kotiin tällanen potilas, jolle aloitettu insuliini, että käy tekemässä sitä ja tätä. Tää osastonhoitaja saa sit kymmeniä tällaisia puhelija ja sit hän jakaa nää tiedot. Kun tavallaan se ohjeistus esti sen sellaisen spontaanin keskustelun– se käytännön työntekijä keskustelisi sen käytännön työntekijän kanssa. Et yhtäkkiä rakensivat tämmäsen byokraattisen...” (Haastattelu 2)

Tutkimuksessa esiin tulleet riippuvuustekijät, jotka muodostivat käsiteluokan toiminnan johtaminen, viittaavat osin prosessilähtöisen toiminnan johtamisen vaatimukseen (esim. asiakasnäkökulman käyttöönotto, toimintojen synkronisointi). Terveysthuollon toiminnassa ei perinteisesti ole käytetty prosessijohtamista hoito- tai palveluprosessien johtamisessa, mutta tarvetta sille näyttää tutkimustulosten perusteella olevan.

6.2.4. Asiantuntijayhteistyö

Terveysthuollon asiantuntijatyössä eri toimijoiden ja eri ammattiryhmien tekemiset ovat riippuvaisia toisistaan, koska asiakkaan palvelu muodostuu hoito- tai palveluprosessista ja asiakasta hoidetaan useimmiten moniammatillisesti. Näin ollen ei ole mahdollista, että kukin asiantuntija yksinään voi löytää uusia toimintamalleja tai ratkaisua työnsä ongelmiin. Organisaation kyky toteuttaa ja kehittää toimintaansa, ylläpitää palveluprosessin jatkuvuutta ja palveluketjun sujuvuutta riippuukin paljolti asiantuntijoiden välisen yhteistyön asteesta.

Tutkimustuloksena asiantuntijayhteistyö käsiteluokkana muodostui kolmen eri riippuvuustekijän kautta. Asiantuntijoiden välisen yhteistyön mahdollistaminen ja tukeminen, potilaan hoidon tarpeen arviointi yhdessä ja moniammatillinen hoito nähtiin oleellisina riippuvuustekijöinä asiantuntijayhteistyössä (kuviot 19).



Kuvio 19. Asiantuntijayhteistyön riippuvuustekijät.

Asiantuntijayhteistyö toimii, jos nämä riippuvuustekijät ovat hallinnassa. Jos ne eivät ole hallinnassa, ei asiantuntijayhteistyön katsota toimivan. Asiantuntijoiden välistä yhteistyötä yhteisen asiakkaan tai potilaan hyväksi tulee kuitenkin ohjata ja tukea. Seuraavissa siteerauksissa muutaman haastateltavan näkemyksiä yhteistyöstä ja sen tukemisesta:

“Olen huolissani siitä, että täällä ei ole tällaista yhteistä visioa, on hienoja asioita, mutta todellisuudessa tämä yhteistyö ei toimi, eikä jotenkin tuntuu siltä, että niinku ei kaikki vastuuhenkilöt ole ollenkaan kiinnostuneita siitä, miten käytännön tasolla tää toiminta pelaa.” (Haastattelu 12)

“No, se kotiutumisvaihehan on semmonen kriittinen kohta, että miten se hoidetaan, niin paljon peilaa siinä, että mitä tapahtuu. Hoivapartiosysteemi on äärimmäisen hyvä, että meidän terapeutit on yhteydessä hoivapartioon ja niinku mullekin on sanottu, että siinä vaiheessa ihan kuin taakka putoaa selästä, että voi luottaa siihen, että asiat hoituu ja ne järjestetään.” (Haastattelu 28)

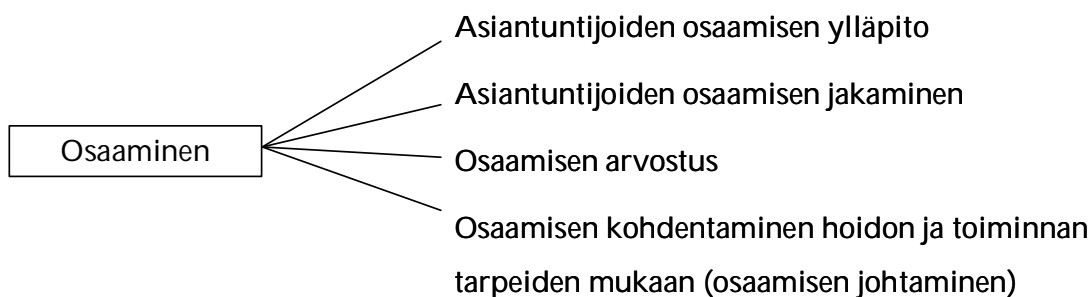
”Tää on ollut hirveen hyvä ja kannatettava systeemi nää yhteismeetingit. Kerran pari vuodessa sisätautilääkärit ja terveyskeskuslääkärit ja kirurgit ja terveyskeskuslääkärit nää yhteismeetingit. Aina niinku siinä kohtaa kun tää meeting on, niin tulee ahaa-elämystä ja siinä käydään yhdessä niitä pullonkauloja läpi.” (Haastattelu 6)

Prosessilähtöisessä toiminnassa oleellista on toimijoiden välinen yhteistyö erityisesti prosessin jatkuvuuden ja sujuvuuden näkökulmasta. Yhteistyö voidaan saavuttaa tunnistamalla yhteiset edut ja keskinäinen riippuvuus. Yhteistyön onnistumisen edellytyksenä nähdään aiempien tutkimusten mukaan toisen työn tunteminen ja arvostaminen, vastuunjako ja kompromissihalukkuus (vrt. Kallio 1979; Heikkilä 1987, Øvretveit 1995, Frilander 1997). Yhteistyön avulla voidaan nopeammin vastata muuttuviin toiminnan haasteisiin. Yhteistyön avulla voidaan myös kehittää ja edistää sekä yksilön että koko organisaation osaamista (vrt. Senge 1990; Sarala & Sarala 1998).

6.2.5. Asiantuntijoiden osaaminen

Asiantuntijoiden tiedot, taidot ja niiden soveltaminen käytäntöön ovat terveydenhuollon toiminnan perusta. Työ on hyvin erikoistunutta horisontaalisessa suunnassa ja ns. operatiivisen työn tekijöillä on melkoisesti valtaa tietojensa ja taitojensa ansiosta. Erityisosaajien valta johtuu siitä, että hänen työnsä on usein liian hankala tai vaativa esimiesten ohjattavaksi.

Tutkimuksen perusteella asiantuntijaosaamisen riippuvuustekijöitä on prosessi-
lähtöisen toiminnan näkökulmasta neljä; asiantuntijaosaamisen ylläpito, osaamisen jakaminen ja arvostus sekä osaamisen johtaminen tai hallinta (kuviot 20).



Kuvio 20. Osaamisen riippuvuustekijät.

Asiantuntijat jakavat prosessilähtöisessä toiminnassa osaamista toinen toiselleen, he saavat uutta tietoa yhteisissä tilaisuuksissa ja tietoa varastoidaan kaikkien saataville. (Nanoka & Takeuchi 1995: 13, 59, 74, 85–89; Sydänmaanlakka 2002: 138–140.) Osaamisen hallinnassa nähdään kaikki tiedon ja osaamisen alueet koko organisaation läpäisevänä horisontaalisena kokonaisuutena. Terveysterveysthuollon haasteena onkin hyödyntää asiantuntijaosaamisen ja asiantuntijoiden välisen osaamisen jakamisen kehittämistä ja hallintaa hoito- ja palveluprosessien jatkuvuuden parantamisessa niin, että lopulta mahdollistuvat sujuvat ja hallitut terveydenhuollon palveluketjut. Seuraavissa haastateltavien siteerauksissa kuvataan asiantuntijoiden osaamisen kohdentamista hoidon tarpeen mukaan, osaamisen jakamista ja ylläpitoa.

”Vaikka me ollaan puhuttu tästä erikoistumisesta erilaisiin asioihin. Mut se ei voi pelkästään lähteä niinkun tällasen erikoistumisen pohjalta, vaan siitä et mitä meidän tarvii tehdä ja mitkä ovat ne syyt, miks me ollaan täällä ja mitkä on ne asiakkaiden tarpeet ja ongelmat, mihin meidän pitäis pystyy antaa apua, miks me ollaan niinku tekemässä tätä työtä.” (Haastattelu 4)

”Tuolla verkossahan on oikeastaan monesta kymmenestä sairaudesta powerpoint-kuviona se, että miten potilas liikkuu sitten näissä hoidon portaissa... siellä on sitten yks joku rintakipupotilaan hoitoketju tai mahapotilaan. Ja mun mielestä ne on sillä tavalla niinku hieno asia, että siinä on oikeastaan ne asiat sovittu, että siinä on ollut tiimi, joka on ne asiat käynyt läpi ja sopinu, että näin tehdään.” (Haastattelu 23)

Tietojärjestelmien avulla voidaan nykyään tarvittavaa tietoa myös varastoida sovittuun paikkaan kaikkien käytettäväksi. Käypä-hoito ohjeita ja päätöksenteon tukijärjestelmiä voidaan myös hyödyntää tietojärjestelmien avulla.

”No sisäisesti nimenomaan meillä on koulutusta aika paljon hoitajille. No, meillähän tää elvytyskoulutushan on sitä, että meidän hoitajat antaa nyt sitten alueille, käy kouluttamassa. Et jakaa sitä osaamistaan sitten.” (Haastattelu 16)

Osaamiseen ja pätevyYTEEN kuuluvat kriittinen suhtautuminen tietoon, kyky arvioida omaa osaamistaan ja itsenäinen ongelmien ratkaisukyky. Osaamisen arvostusta ja sen puuttumista kuvaa seuraava erään haastateltavan siteeraus:

” Kyllä se on ollu niinku mejän oma toive saada asia, potilaan hoito sujumaan, koska siinä on just sitä semmosta, sanotaanko tietämättömyyttä, esim. sanotaan, jos ajattelee sairaalan fysioterapeuttia lähettäjänä, niin hänellä on tietämättömyyttä siit , että tota noin, minkälaisia fysioterapeutteja siellä jossain yksikössä on, että osaako ne hoitaa potilasta, että onks niillä taidot hallussa.” (Haastattelu 13)

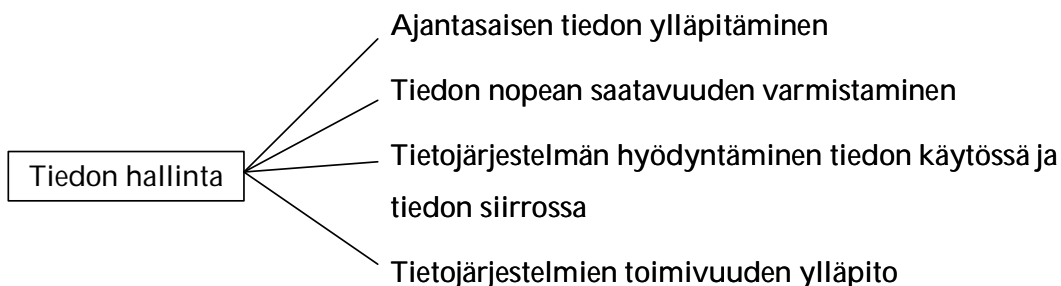
Terveydenhuollossa asiantuntijoiden osaamisen ylläpito, hyödyntäminen ja jakaminen ovat tavallaan osa asiantuntijoiden välistä yhteistyötä. Asiantuntija-

osaamista jaetaan toinen toisille vuorovaikutuksessa eri toimijoiden välillä, uutta tietoa kartutetaan yhteisissä tilaisuuksissa ja kokouksissa.

6.2.6. Tiedon hallinta

Tutkimuksen perusteella prosessilähtöisessä toiminnassa on merkittäviä riippuvuustekijöitä liittyen tiedon hallintaan. Teoreettisessa osuudessa kuvattiin Mintzbergin ja Malone & Crowstonin ajatuksista muodostuneita organisaation toimintaan vaikuttavia tekijöitä (luku 3.3.2, taulukko 4). Yhtenä tekijänä mainittiin tiedonkulku ja viestintä. Tutkimuksen teoreettisissa lähtökohdissa ei juuri-kaan kiinnitetty huomiota tiedon hallintaan prosessilähtöisen toiminnan näkökulmasta vaan se nähtiin lähinnä asiantuntijayhteistyöhön liittyvänä sisäisenä asiana. Nyt kuitenkin on syytä tarkastella tiedon hallintaa omana käsiteloukkanaan, koska se nousi tutkimuksessa haastateltujen asiantuntijoiden kommentteissa vahvana riippuvuutena palveluketjujen hallinnassa.

Tutkimustulosten mukaan tiedon hallinnan neljä eri riippuvuustekijää ovat ajantasaisen tiedon ylläpitäminen, tiedon nopean saatavuuden varmistaminen, tietojärjestelmien hyödyntäminen tiedon käytössä ja siirrossa sekä tietojärjestelmien toimivuuden ylläpito (ks. kuvio 21). Tiedon hallinta kytketään tässä vahvasti tietotekniikkaan, joka onkin tiedonkulun ja tiedon saannin yksi merkittävä tekijä tänä päivänä terveydenhuollossa.



Kuvio 21. Tiedon hallinnan riippuvuustekijät.

Terveystieteiden toimintojen tukijärjestelmänä on käytössä erilaisia tietojärjestelmiä. Potilaan hoidossa käytetään potilashallinnon järjestelmää, potilaskertomusjärjestelmää ja lukuisia erillisjärjestelmiä. Sujuvien palveluketjujen toteuttamisen näkökulmasta on tärkeää, että tieto asiakkaan tai potilaan eri toimintayksiköissä saamista palveluista on kaikkien palveluketjussa toimivien osapuolten saatavilla. Tietojärjestelmien toimivuuden epävarmuus tuottaa ongelmia sähköisessä tiedonsiirrossa ja aiheuttaa päällekkäistä työtä. Eräs haastateltava kuvasi tietojärjestelmien toimivuuden ongelmia, josta siteeraus:

”Tieto lähtee paperisena mukaan ja meillä on aina sit semmonen, pitäis olla ajantasalla oleva HOI- lehdelle kirjattu potilaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen tilanne.. se on tavallaan meidän siirtolomake...semmone kun Pegasoksessakin (=potilastietojärjestelmä) on käyttökatkoja.” (Haastattelu 19)

Palvelua antavat ammattilaiset tarvitsevat myös tietoa, jonka perusteella he saavat kokonaiskäsityksen asiakkaan tai potilaan palveluketjun tavoitteista, tapahtumista, etenemisestä ja palveluketjun eri toimijoista. Seuraavat kahden haastateltavan siteeraukset kuvaavat tiedon saatavuutta, siirtoa ja hyödyntämistä.

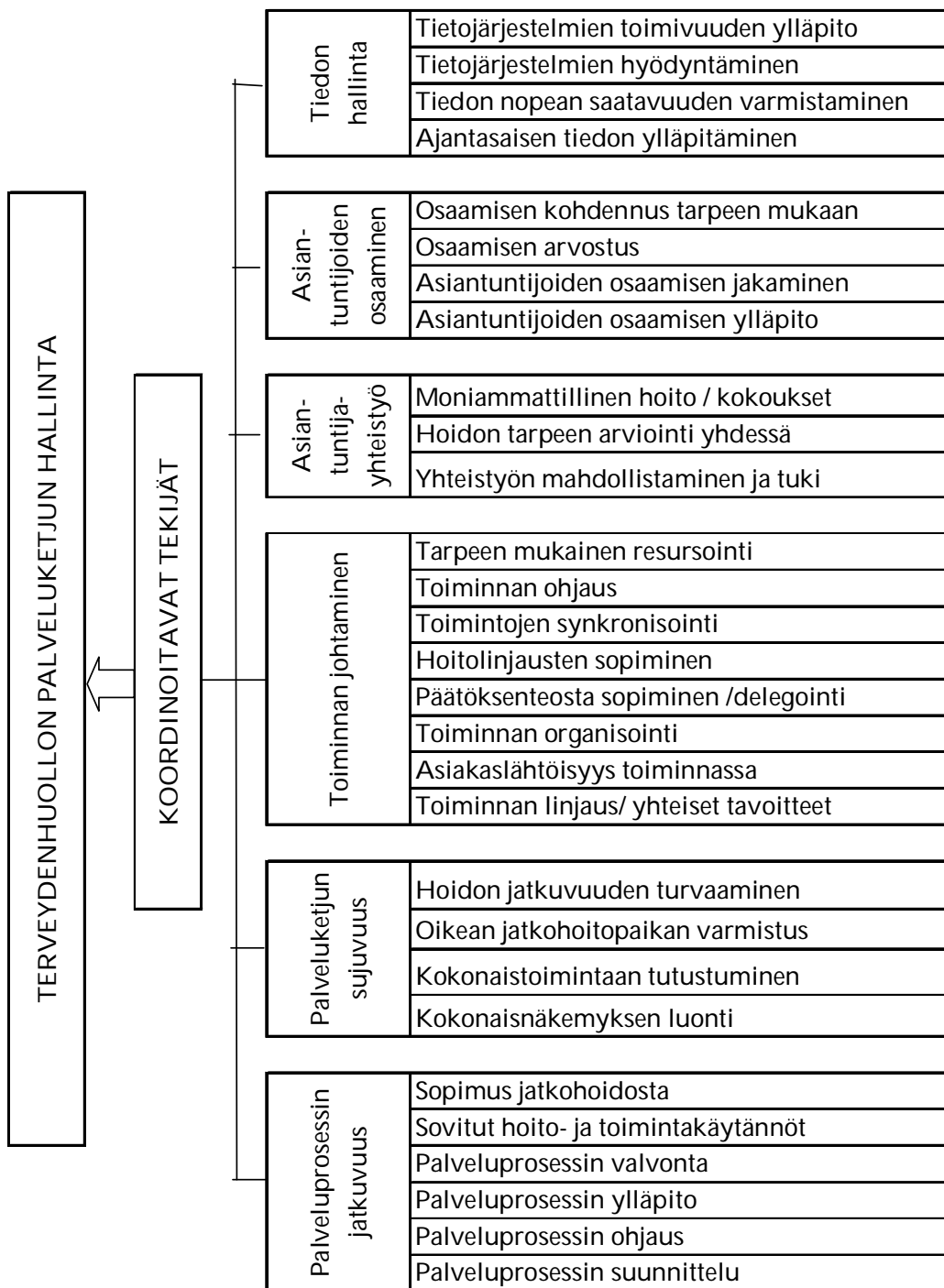
”Sitten ft-lehdellä (= fysioterapia-lehdellä) tulee nää siirtotiedot, elikkä ne siirtyy automaattisesti sitten, terapeutti saa sen tiedon sitten, että ei tarvitse odottaa niinku osastolta viestiä, että nyt on tullu, tuletko kattoon. Et se on sit automaattisesti, et mun mielestä se on pelannu aika hyvin.” (Haastattelu 28)

”Kyl niinku jotenkin musta tuntuu, et meidän väki tiedottaa, et sinne potilastietojärjestelmään ei kirjoiteta vielä riittävästi asioita. Et siitä huolimatta he eivät oo tyytyväisiä. Et vielä pitäis tarkentaa, että mitkä tiedot siellä todella pitäis näkyä sit siinä vaiheessa, kun siirretään potilas.” (Haastattelu 11)

Palveluketjun hallintaan tarvitaan myös tietoa jonotusajoista, ns. läpimenoajoista sekä erilaisista palvelun laatuun vaikuttavista tekijöistä. Tietotekniikka mahdollistaa tiedon hallinnan, mutta se vaatii myös erilaisia sopimuksia siitä kuinka tietoa ylläpidetään, välttämättömän tiedon ja sen sijainnin määrittelyä sekä tietojärjestelmän toimintavarmuutta (vrt. Kalpa ym. 1997; Ruotsalainen 2000).

6.3. Koordinoitavat terveydenhuollon toiminnan osa-alueet

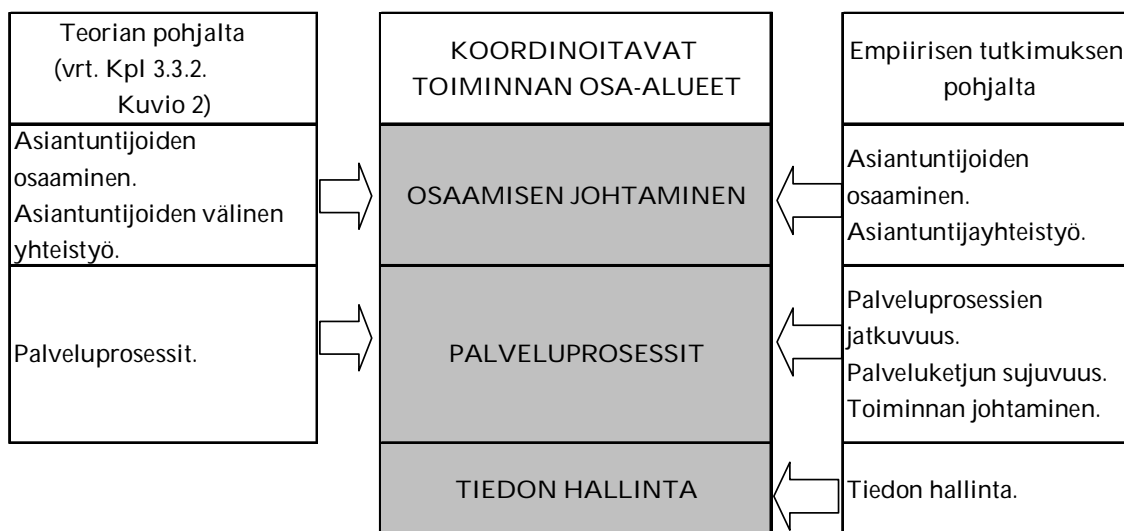
Tutkimuksessa muodostuneet kuusi eri käsitelouokkaa kuvaavat terveydenhuollon toiminnassa eri osa-alueita, joita tulee sovittaa yhteen eli koordinoida palveluketjujen hallinnan näkökulmasta (ks. kuvio 22).



Kuvio 22. Koordinoitavat toiminnan osa-alueet ja niiden riippuvuustekijät.

Tutkimuksessa koordinointi määriteltiin lähtökohtaisesti karkealla teoreettisella tasolla sekä palveluprosessien että yhteistyön ja osaamisen riippuvuuksien hallintana. Empiirisen tutkimuksen valossa koordinoitavia riippuvuustekijöitä, jotka kuvaavat julkisen terveydenhuollossa toiminnan eri osa-alueita, onkin siis huomattavasti enemmän.

Teoreettisesti muodostuneet prosessilähtöisen toiminnan vaikuttavat osa-alueet (vrt. 3.3.2., kuvio 2) olivat asiantuntijoiden osaaminen, asiantuntijoiden välinen yhteistyö ja palveluprosessit. Tutkimuksen kautta muodostuneet toiminnan osa-alueet ja teoreettisesti muodostuneet palveluprosessin osa-alueet kuvaavat osin niiden riippuvuustekijöitä vertailtaessa samoja asioita. Tutkimuksessa määriteltiin ne koordinoitavat toiminnan osa-alueet (kuvio 23), jotka perustuvat teoreettisten lähtökohtien ja aineistoanalyysin synteysiin.



Kuvio 23. Terveydenhuollon prosessilähtöisessä toiminnassa koordinoitavat osa-alueet.

Tutkimustulosten mukaisesti terveydenhuollon prosessilähtöisessä toiminnassa koordinoitavat osa-alueet ovat osaamisen johtaminen, palveluprosessit ja tiedon hallinta.

Seuraavassa pyritään tarkastelemaan teoreettisesti muodostettujen ja tutkimuksessa esiin nousseiden osa-alueiden yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia, joiden perusteella synteesi koordinoitavista osa-alueista muodostui.

Osaamisen johtaminen

Osaamisen johtaminen koordinoitavana toiminnan osa-alueena muodostui käsityksestä, että sekä asiantuntijoiden osaaminen että heidän välinen yhteistyö vaativat osaamisen johtamista. Tämä käsitys perustuu näiden osa-alueiden riippuvuustekijöihin. Aineistoanalyysissä nousi esiin asiantuntijoiden osaamisen osa-alue, joka oli myös yksi teoreettisesti muodostunut osa-alue. Sen riippuvuustekijät olivat sekä empiirisesti että teoreettisesti osaamisen ylläpito ja osaamisen jakaminen. Riippuvuustekijä osaamisen oikea kohdennus nousi esiin empiriisessä tutkimuksessa.

Teoreettisesti muodostuneen asiantuntijayhteistyön osa-alueen riippuvuustekijät olivat asiantuntijayhteydet, tiedonkulku ja viestintä. Tutkimustuloksissa vastaava osa-alue muodostui yhteistyön mahdollistamisesta, hoidon tarpeen arvioinnista yhteistyössä sekä moniammattillisesta hoidosta ja kokouksista.

Terveydenhuollon palveluprosessissa eri asiantuntijoiden tekemiset ovat riippuvaisia toisistaan. Potilasta hoitavat monet eri ammattiryhmät ja monesti potilas siirtyy jatkohoitoon yksiköstä tai organisaatiosta toiseen, jolloin asiantunti-

joiden väliset konsultaatiot, potilaan jatkohoidon suunnitelmat ja organisointi tapahtuu eri ammattihenkilöiden yhteistyönä. Asiantuntijuus ei ole pelkästään yksilön ominaisuus vaan yhteisön kyky toteuttaa ja kehittää toimintaa. Asiantuntijoiden välistä yhteistyötä tulee ohjata annettavien palveluiden sujuvuuden ja jatkuvuuden saavuttamiseksi. (Vrt. Engeström jne. 1991: 24; Launis 1994: 9-11.)

Tutkimuksessa ilmenneet riippuvuustekijät viittaavat myös vahvasti osaamisen johtamiseen tai hallintaan kuten yhteistyön mahdollistaminen ja tuki sekä osaamisen kohdennus hoidon tai toiminnan tarpeen mukaan. Asiantuntijoiden osaaminen ja asiantuntijoiden välinen yhteistyö riippuu siitä kuinka heitä johdetaan. Johdon tehtävänä on mahdollistaa osaamisen ylläpito, osaamisen oikea kohdennus toimintaan ja palvelutarpeeseen nähden. Johdon tehtävänä on myös mahdollistaa ja tukea moniammatillista työskentelyä sekä yhteistyötä. *Näiden kahden osa-alueen, asiantuntijoiden osaamisen ja asiantuntijoiden välisen yhteistyön, riippuvuustekijöiden synteessinä muodostui prosessilähtöisen toiminnan koordinoinnin osa-alue osaamisen johtaminen.*

Palveluprosessit

Teoreettisen tarkastelun kautta muodostui toinen prosessinlähtöisessä toiminnassa koordinoitavana osa-alueena palveluprosessit. Se sisältää useita riippuvuustekijöitä kuten palveluprosessien suunnittelu, ylläpito ja valvonta, toimintojen synkronisointi sekä vertikaalinen ja horisontaalinen päätöksenteko.

Aineistoanalyysissä nousi esiin prosessilähtöisen toiminnan koordinoitavina osa-alueina palveluketjujen jatkuvuus ja sujuvuus. Niiden riippuvuustekijät kuvasivat myös palveluprosessin suunnittelua, ohjausta, ylläpitoa ja valvontaa. Terveysthuollon asiakkaan hoitoprosessin jatkuvuuteen liittyviä riippuvuustekijöitä olivat sopimus hoidon jatkuvuudesta, hoidon jatkuvuuden turvaaminen ja oikean hoitopaikan varmistus. Palveluprosessin suunnittelu, ohjaus, valvonta ja ylläpito kuvaavat sitä, että on kyse prosessilähtöisestä toiminnasta ja sen hallinnasta.

Prosessilähtöisessä ajattelussa lähtökohtana on asiakas ja hänen tarpeensa. Tarpeet määritellään ja suunnitellaan millaisilla palveluilla ja miten tarpeisiin voidaan vastata. (vrt. Blåfield 1996: 29; Kvist jne. 1995: 3; Laamanen 2002: 21.) Terveysthuollon prosessilähtöisessä toiminnassa on tärkeää muodostaa kokonaisnäkemys toiminnasta ja potilaalle annettavasta palvelusta, tehdä selkeät linjaukset toiminnan lähtökohdista, resursoinnista, sopia päätöksenteosta sekä ohjauksesta prosessissa (esim. nimetä prosessinomistajat) ja organisoida toiminta. Prosessijohtamisella tarkoitetaan toimintaprosessien hallintaa. Yksikön toimintaa tarkastellaan asiakkaalle arvoa tuottavana kokonaisuutena. Prosessilähtöistä organisaatiomallia voidaan hyödyntää prosessi- ja asiakaslähtöisen toiminnan ohjauksessa ja suorituskyvyn seurannassa. (Blåfield 1996: 39; Hannus 1994: 69.)

Empiirisessä tutkimuksessa esiin nousseen toiminnan johtamisen osa-alueen riippuvuustekijät liittyvät pääasiassa toiminnan makrotason vertikaaliseen päätöksentekoon. Tämä vaikuttaa myös prosessilähtöisen toiminnan muodostumiseen ja tukemiseen sekä päättää siitä, kehitetäänkö toimintaa prosessilähtöisen toiminnan johtamisen suuntaan. Prosessikeskeisen toiminnan kehittäminen ta-

pahtuu ensisijaisesti alhaalta ylöspäin organisaatioissa, joissa perustehtävänä on asiakkaisiin tarpeisiin vastaaminen (vrt. Murto 1992: 31–32). Horisontaalisen tason päätöksenteolla on tässä merkittävä rooli, joten sen voidaan katsoa kuuluvan yläkäsitteeseen palveluprosessi.

Terveystieteiden palveluketjun sujuvuutta edistävät sopimukset potilaan jatkohoidosta ja sen organisointi. Hoidon jatkuvuuden sujumattomuus aiheuttaa potilaille turhia odotuksia ja kyselyjä jatkohoitoon pääsyn suhteen. Palveluketjujen sujuvuuden osa-alue sisältää prosesseista muodostuvan ketjun kokonaisuuden riippuvuustekijöitä eli palvelun kokonaisnäkemyksen ja organisaatioiden välisen rajapintatoiminnan tekijät. Potilaan hoitoprosessin tai palveluketjun sujuva eteneminen ilman katkoksia on laadukkaan ja tehokkaan prosessilähtöisen toiminnan edellytyksiä.

Teoreettisten näkökulmien ja empiiristen tulosten synteesisinä tutkimuksessa muodostui toiseksi prosessilähtöisen toiminnan koordinoinnin osa-alueeksi palveluprosessi, joka pitää sisällään prosessilähtöisen toiminnan organisoinnin, ohjauksen ja johtamisen.

Tiedon hallinta

Tiedon hallinta tuli esiin empiirisessä tutkimuksessa uutena osa-alueena liittyen pitkälti tietojärjestelmien tuomiin mahdollisuuksiin tietojen nopeasta saamisesta ja käytöstä. Teoreettisissa oletuksissa tiedonkulku ja viestintä sijoitettiin asiantuntijoiden välisen yhteistyön alle (vrt. luku 3.3.2., kuvio 2), mutta esiin tulleet tiedonkulun riippuvuustekijät (ajantasaisen tiedon ylläpitäminen, tiedon nopean saatavuuden varmistaminen, tietojärjestelmien hyödyntäminen ja tieto-

järjestelmien toimivuuden ylläpito) viittaavat tutkimustulosten perusteella enemmän tiedon hallintaan.

Terveydenhuollon toiminnassa tiedolla on keskeinen merkitys. Tiedon käyttö, välittäminen ja tallentaminen on merkittävä osa työtä. Tiedonhallinta on tietoketjujen ja niiden sisällä olevien prosessien ja ympäristöjen ymmärtämistä, joissa ihmiset luovat ja soveltavat tietoa. Tiedonhallinnassa on keskeistä tiedon tarpeet ja niiden määrittely, tiedon etsintä, sen systematisointi ja organisointi, tiedon käyttö sekä tiedon käyttöympäristö ja tilannetekijät (vrt. Choo 1998; Huotari 2002).

Riippuvuustekijät kuvaavat ehkä parhaiten niitä asioita, jotka koskevat sähköistä tiedon siirtoa ja sen maksimaalista hyödyntämistä myös asiantuntijoiden välisessä yhteistyössä. Tiedon nopean tai reaaliaikaisen saatavuuden varmistaminen, tietojärjestelmien toimivuuden ylläpito ovat niitä tiedon hallinnan menetelmiä, joilla asiantuntijat voivat tietoa maksimaalisesti hyödyntää. Ajantasaisen hoitotiedon ylläpito potilastietojärjestelmissä on asiantuntijan itsensä ylläpidettävää toimintaa.

Tietojärjestelmien käytössä ei ole kysymys pelkästään teknisestä hallinnasta, vaan koko toimintatavan muutoksesta pyrittäessä palvelussa kokonaisuuteen, jossa tieto kulkee asiakkaan palveluketjun kannalta mielekkäästi ja reaaliajassa. Ammattiryhmästä riippumatta se edellyttää yhä enemmän verkostoitumista, yhteistyötä, konsultointia sekä myös uusimman tiedon etsimistä ja omaksumista (vrt. STM 2004: 44). Tietojärjestelmiä hyödyntämällä voidaan ylläpitää asiantuntijoiden välistä yhteistyötä ja siirtää ajantasaista tietoa asiantuntijalta toiselle.

Mahdollisuus käyttää sähköisessä muodossa olevaa potilastietoa ajantasaisesti yli organisaatorajojen on edellytys palvelujen asiakaslähtöiselle ja tehokkaalle tuottamiselle ja uusien toimintamallien käyttöönotolle. Alueellisten, organisaatorajat ylittävien toimintatapojen ja niiden edellytysten kehittämiseen liittyy merkittäviä hyötyjä organisaation sisäisen työn tehostumisen lisäksi. Tietyn palvelun tai toiminnon järjestämisalueella (esim. sairaanhoitopiiri) on haettu yhteneviä sovellusratkaisuja, jolloin järjestelmien ominaisuudet saadaan parhaiten hyödynnettyä käytännön työssä ja sisäisen prosessin kehittämisessä. (Vrt. Häyrinen, Porrasmäe, Komulainen ja Hartikainen 2004; STM 2004.)

Kolmanneksi prosessilähtöisen toiminnan koordinoinnin osa-alueeksi muodostui empiiristen tutkimustulosten perusteella tiedon hallinta.

Tutkimuksen pääongelmaan liittyi kysymys siitä, miten terveydenhuollon toimintaa, asiantuntijoiden välistä yhteistyötä ja osaamista koordinoimalla voidaan hallita terveydenhuollon palveluketjuja. Seuraavassa tarkastellaan muodostuneille osa-alueille teoreettisella tasolla soveltuvia koordinointimekanismeja, joilla palveluketjujen hallinta voidaan saavuttaa.

6.4. Koordinointi terveydenhuollon palveluketjujen hallinnan menetelmänä

Koordinointimekanismeja on kuvattu luvussa 3.3.3. (kuvio 3). Mintzbergin (1979) mukaan organisaatorakenne voidaan määritellä niiden keinojen kokonaisuudeksi, joilla työ jaetaan erillisiksi tehtäväksi ja hoidetaan niiden välinen

koordinaatio. Tutkimuksessa riippuvuustekijöistä muodostuneet osa-alueet tulkitaan näiksi erillisiksi tehtäviksi, joita tulee koordinoida.

Mintzbergin esittämää viittä koordinointimekanismeina tarkastellaan seuraavaksi luvussa 2.3 esitettyjen eri tutkimustasojen valossa. *Mikrotasoa nimitetään horisontaalisen prosessilähtöisen toiminnan koordinoinniksi ja makrotasoa nimitetään vertikaaliseksi funktionaalisen toiminnan koordinoinniksi.* Mikrotasolla käsitellään prosessilähtöisen toiminnan eri osa-alueiden mahdollisia koordinointimekanismeja. Makrotaso käsitellään erikseen, koska terveydenhuollossa vallitseva funktionaalinen organisaatorakenne ei välttämättä suoranaisesti tue prosessilähtöisen toiminnan kehittämistä. Tutkimuksessa pyritään hakemaan niitä mahdollisia makrotason koordinointimekanismeja, jotka voisivat tukea palveluketjujen hallintaa.

6.4.1. Terveydenhuollon prosessilähtöisen toiminnan koordinointi

Terveydenhuollon organisaation toiminnan tärkein osa on operatiivinen ydin, joka tuottaa palvelut ja pitää organisaation perustoimintaa yllä. Sen lisäksi on olemassa myös hallinnollisia osia, kuten strateginen johto, keskijohto ja teknostrukturi. Operatiivinen toiminta on pitkälti ammattilaisbyrokratiaa muistuttavaa, jossa suuri osa operatiiviseen työhön liittyvästä vallasta on sen ytimen ammattilaisilla. Moni heistä työskentelee omien asiakkaidensa kanssa ja ovat niiden kollegojensa valvonnan alla, jotka ovat saman ammattiryhmän edustajia ja heidän yläpuolellaan joko ammatillisesti tai hierarkkisesti (esim. erikoislääkäri, ylilääkäri). Ammattilaisten valta johtuu siitä, että yleensä hänen työnsä on

liian monimutkaista muiden esimiesten ohjattavaksi tai suunnittelijoiden standardoitavaksi.

Terveysthuollon organisaatiot ovat tällä hetkellä suurimmaksi osaksi tulosityksiköistä muodostuvia. Ne muistuttavat kuitenkin tulosityksikköorganisaatiota, joissa toimii myös ammattilaisbyrokraatia. Operatiivista ydintä voidaan tulosityksiköissä oikeastaan koordinoita tehokkaasti vain ammattilaisten taitojen standardoinnin avulla. Suoraa ohjausta tai keskinäistä sopeutumista vastustetaan, koska se merkitsee ammatillisen autonomian kyseenalaistamista. Kuitenkin ainakin ammattilaisten kesken sekä ammattilaisten ja tukihenkilöiden välillä tarvitaan koordinoitua, koska asiakasta hoidetaan yhteistyössä. Ammatillaisen näkökulmasta asia voi olla yksinkertainen, koska hänellä on määräysvalta. Tukihenkilö kuitenkin joutuu puun ja kuoren väliin, koska hänen yläpuolellaan vaikuttavat vertikaaliset ohjeet ja määräykset. Sivulta vaikuttaa ammatillisen asiantuntemuksen horisontaalinen valta. Tässä koordinoitumekanismi voi olla keskinäinen sopeutuminen, joka tarkoittaa lähinnä yhteistyötä ja erilaisia viestinnän keinoja sekä yhteisiä sopimuksia.

Terveysthuollon toiminta on niin työntekijän kuin myös asiakkaan näkökulmasta prosessilähtöistä toimintaa. Potilas tai asiakas tulee terveysthuollon palvelujen piiriin jonkun syyn vuoksi. Hänen hoidon tarpeensa määritellään, suunnitellaan hoito ja asetetaan sille tavoitteet, toteutetaan hoito sekä päätetään ja suunnitellaan mahdollinen jatkohoito tai kotiutus. Terveysthuollon palvelut ovatkin pitkälle ongelmanratkaisuaikajatteluun ja päätöksentekoprosessiin pohjautuvia. Lisäksi palvelu annetaan monen eri ammattiryhmän yhteistyönä.

Tutkimuksessa lähdettiin tarkastelemaan tämän hetken julkisen terveydenhuollon toimintaa ja sen sujuvuutta prosessilähtöisyyden näkökulmasta esimerkkitapauksen valossa. Tutkimuksessa muodostuneet koordinoitavat toiminnan osa-alueet ovat terveydenhuollon horisontaalisen toiminnan eli prosessilähtöisen toiminnan näkökulmasta palveluprosessit, osaamisen johtaminen ja tiedon hallinta. Näiden kaikkien katsotaan olevan oleellisia osa-alueita terveydenhuollon palveluketjujen hallinnassa. Hallinta edellyttää osa-alueiden riippuvuustekijöiden koordinoitua jollakin keinolla. Tutkimuksessa pyritään tarkastelemaan Mintzbergin koordinoitimekanismien sovellettavuutta terveydenhuollon palveluketjujen hallinnassa.

Palveluprosessin koordinointi

Mitä suuremmasta ja monimutkaisemmasta terveydenhuollon organisaatiosta on kysymys, sitä enemmän tarvitaan erilaisia koordinoitimekanismeja (vrt. Mintzberg 1979: 7). Kun työ on hyvin pitkälle erikoistunutta horisontaalisella tasolla, työntekijän näkökulma saattaa olla kapea. Työntekijällä voi olla vaikeuksia nähdä työtään suhteessa muiden työhön eli palveluketjun kokonaisuuden ja toisten osapuolten toiminnan hahmottaminen ketjussa saattaa olla vaikeaa. Esimiehellä on yleensä tarvittava laaja näkemys palvelukokonaisuudesta. Hän voi tuoda esille tarvittavaa kokonaisnäkemystä ja tutustuttaa henkilökuntaa toisten yksiköiden toimintaan suoran ohjauksen avulla. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että esimies vastaa kyseessä olevasta kokonaisuudesta ja myös valvoo sen toimivuutta.

Toisena mahdollisuutena on siirtää suora ohjaus esimerkiksi suunnittelijalle, joka voi koordinoida työtä työprosessin standardoinnin avulla eli nykypäivän termeillä hän voi mallintaa tai kuvata palveluketjut ja siinä toimijat prosessikuvauksien avulla. Palveluketjut muodostuvat eri yksiköiden prosesseista mitkä antavat palvelua samalle potilaalle saman ongelman tai sairauden osalta. Palveluketjukuvauksissa huomioidaan myös yksiköiden tai organisaatioiden väliset rajapinnan tai siirtymisen prosessit. Näin jokainen palveluketjussa toimiva työntekijä saa käsityksen palveluketjun kokonaisuudesta ja siinä toimijoista.

Pitkälle viety tehtäväkohtainen erikoistuminen horisontaalisella tasolla aiheuttaa organisaatiolle myös säästöongelmia (Mintzberg 1979: 69–80; 1983: 24–36). Palveluprosessin jatkuvuuden hallinnassa tarvitaan suunnittelua tarkoituksena kuvata haluttu tulos sekä prosessin ohjauksen, ylläpidon ja valvonnan keinoja. Prosessijohtamisen näkökulmasta tarvitaan suoraa ohjauksen koordinoitumismekanismeja, joka käytännössä voi tarkoittaa prosessiomistajan vastuuta palveluprosessin hallinnasta.

Organisaatio- tai yksikkörajojen yli menevien palveluprosessien ja palveluketjujen koordinoitumismekanismina voi olla yhdenmukaistaminen eli standardointi. Työn sisällöt voidaan myös kuvata eli tehdä niistä myös prosessikuvaukset. Työn tuotos voidaan joiltain osin normittaa (esim. käypä hoito-suositukset, evidence based medicine, evidence based nursing). Näitä palveluprosessin koordinoitumismekanismia kuvataan taulukossa 12.

Taulukko 12. Palveluprosessin koordinoitimekanismit.

PALVELUPROSESSI	KOORDINOITIMEKANISMI
Palveluprosessissa pitkälle erikoistunutta asiantuntijatyötä, jossa palveluketjun kokonaisuuden ja toisten osapuolten toiminnan hahmotus vaikea.	Suora ohjaus: Esimies tuo esiin tarvittavan kokonaisnäkömyksen ja tutustuttaa henkilön toisten yksiköiden toimintaan suoralla ohjauksella tai Standardointi: Suunnittelija mallintaa palveluprosessin/palveluketjun ja siinä toimijat prosessikuvauksien avulla.
Palveluprosessin johtaminen	Suora ohjaus: Nimetään prosessinomistajat ja vastuut Standardointi: Organisaatio- ja/tai yksikkörajojen yli menevien palveluprosessien ja palveluketjujen yhdenmukaistaminen. Työn sisällöstä voidaan tehdä prosessikuvaukset. Työn tuotos voidaan joiltain osin normittaa (esim. käypä hoito- suositukset, evidence based medicine, evidence based nursing).

Terveysthuollon eri sektoreilla on vaihtelevasti erilaisia työryhmiä, joiden tavoitteena voi olla esimerkiksi muodostaa moniammatillinen kokonaisnäkemys potilaan tilanteesta, hoidosta ja jatkohoidon mahdollisuuksista. Nämä työryhmät toimivat useimmiten jonkun yksikön sisällä tai organisaation sisällä. Organisaatioiden väliset työryhmät yhteyskeinona ovat harvinaisempia, koska niiden organisointi ei useinkaan ole mahdollista johtuen ajan puutteesta, niukoista resursseista ja kulkuongelmista. (Vrt. Tantt 2001: 175–178.) Suunnittelu- ja valvontajärjestelmän lisäksi tarvitaan palveluprosessissa ja –ketjussa yhteyskeinoja sivuyhteyksien suunnittelussa.

Osaamisen johtamisen koordinointi

Mitä suurempi organisaation asiantuntijatehtävien ja –osaamisen keskinäinen riippuvuus on, sitä enemmän tarvitaan esimiehen ja työntekijöiden välille sekä työntekijöiden kesken yhteyksiä palveluprosessien koordinoimiseksi. Terveysthuollon palveluprosessissa potilaan hoitaminen tapahtuu useimmiten mo-

niammatillisesti eli monet eri ammattiryhmät osallistuvat potilaan hoitoon. Potilaan siirtyessä jatkohoitoon toiseen yksikköön tai toiselle erikoisalalle, on jatkohoidon onnistumisen ja sujuvuuden kannalta potilaan hoitoon liittyvien asioiden selvittely eri asiantuntijoiden välillä tärkeää.

Yhteyksien keinoja ovat yhteystoimet, joiden kautta viestintä ohjataan suoraan vertikaalisten kanavien ohi, esim. työryhmät, integroiva erikoishenkilöstö ja matriisirakenne. Yhteyskeinoja koordinoidaan keskinäisen sopeutumisen avulla. (Mintzberg 1979: 134–143; 1983: 73–88.) Keskinäinen sopeutuminen merkitsee sitä, että horisontaalisella toiminnan tasolla sovitaan itsenäisesti soveltuvista yhteyskeinoista. Yhteistyön mahdollistaminen ja tuki vaativat kuitenkin suoran ohjauksen koordinoitimenetelmää. Esimiehen tai prosessiomistajan tehtävänä on ohjata, tukea ja valvoa koko palveluprosessia ja näin ollen myös mahdollistaa ja tukea prosessissa tapahtuvan asiantuntijoiden välistä yhteistyötä niin ajallisesti kuin myös resursoinnin näkökulmasta.

Terveydenhuollon asiantuntijoiden osaamisen ylläpidon ja osaamisen oikean kohdentamisen koordinoitimekanismina voivat olla standardointi ja suora ohjaus. Työntekijän tiedot voidaan standardoida eli koulutus ja osaamisen vaatimukset on määritelty (ks. taulukko 13).

Taulukko 13. Osaamisen johtamisen koordinoitimekanismit.

OSAAMISEN JOHTAMINEN	KOORDINOINTIMEKANISMI
Mitä suurempi tehtävien riippuvuus on, sitä enemmän tarvitaan asiantuntijoiden välisiä yhteyskeinoja, jotka ohjataan suoraan vertikaalisten kanavien ohi.	Keskinäinen sopeutuminen: koordinointi tapahtuu epävirallisen viestinnän ja työryhmien avulla
Asiantuntijoiden yhteistyön mahdollistaminen, tukeminen ja osaamisen jakamisen mahdollistaminen sekä osaamisen ylläpito ja oikea kohdennus ovat tärkeitä kun tehtävien riippuvuus suuri.	Suora ohjaus: Esimies/prosessinomistaja, joka vastuussa toiminnasta/palvelu-prosessista mahdollistaa, ohjaaja tukee ja asiantuntijoiden välistä toimintaa Keskinäinen sopeutuminen: Osaamisen jakaminen edellyttää asiantuntijoiden välistä viestintää Standardointi: Työntekijän koulutus ja osaamisen vaatimukset määritellään suhteessa tehtävään

Osaamisen vaatimusten määrittelyä on tehty viime vuosina terveydenhuollossa, mutta näkökulma on ollut enemmän palkkaukseen liittyvä eikä niinkään osaamisen oikeaan kohdentamiseen liittyvää. Osaamisen jakaminen edellyttää keskinäisen sopimisen koordinoitimekanismia ja osaamisen ylläpito ja sen oikea kohdennus suoraa ohjausta.

Tiedon hallinnan koordinointi

Tiedon hallinnalla ymmärretään tässä tutkimuksessa terveydenhuollon palveluprosessissa tarvittavan potilaan hoitotiedon ja asiantuntijoiden välisessä toiminnassa ja johtamisessa tarvittavan muun tiedon hallintaa.

Terveydenhuollossa käytetään monia eri tietojärjestelmiä kuten esimerkiksi potilashallinnon järjestelmiä, potilaskertomusjärjestelmiä, talouden hallinnan järjestelmiä, materiaalin hallinnan järjestelmiä sekä useita erillisiä hoitoon ja tutkimukseen liittyviä erillisjärjestelmiä. Tietotekniikka on nykypäivää ja se mah-

dollistaa reaaliaikaisen tiedon liikkumisen yli organisaatorajojen ja sitä voidaan hyödyntää potilaan palveluprosessin ja - ketjun tiedon hallinnassa.

Tietojärjestelmän käytettävyys, tiedon helppo ja nopea löytyminen sekä hyödynnettävyys edellyttävät sopimuksia siitä, miten tietoa ylläpidetään, missä tieto sijaitsee ja minkä muotoisena sekä järjestelmän toimintavarmuutta. Organisaatioiden välillä liikkuvan tiedon tarve voidaan määritellä ja sen siirtyminen organisaatioiden välillä voidaan standardoida tietojärjestelmien avulla. (Ks. taulukko 14.)

Taulukko 14. Tiedon hallinnan koordinoitimekanismit.

TIEDON HALLINTA	KOORDINOINTIMEKANISMI
Tiedon saatavuuden varmistaminen	Standardointi: Organisaatioiden sisällä ja välillä tietojärjestelmien avulla liikkuvan tiedon standardointi
Tietojärjestelmien hyödyntäminen tiedon käytössä ja siirrossa	Standardointi: Organisaatioiden sisällä ja välillä tietojärjestelmien avulla liikkuvan tieto yhdenmukaistetaan. Keskinäinen sopiminen: Asiantuntijat voivat sopia keskenään esim. potilaan jatkohoidossa tarvittavasta tiedosta ja sen sijainnista. Suora ohjaus: Esimies/ prosessin-omistaja vastaa asiantuntijoiden tietojärjestelmien käyttökoulutuksesta ja osaamisen ylläpidossa.
Ajantasaisen tiedon ylläpito	Suora ohjaus: Esimies/prosessinomistaja vastaa asiantuntijoiden tietojärjestelmien käyttökoulutuksesta ja osaamisen ylläpidossa.

Terveydenhuollon tietohallintoa kehitetään Suomessa tällä hetkellä osana terveydenhuollon toimintojen ja rakenteiden uudistamista. Valtakunnallinen tavoite on, että vuoden 2007 loppuun mennessä on kaikissa sähköisissä potilasasiakirjajärjestelmissä käytössä valtakunnallisesti sovittujen ydintietomääritys-

ten mukaiset tietorakenteet. Tuotettavaa kirjaamisrakennetta voidaan hyödyntää sujuvien palvelu- ja toimintaprosessien kehittämisessä sekä potilaan hoidon jatkuvuuden sujuvuuden parantamisessa organisaatioiden sisällä että organisaatioiden välillä.

Sähköisen potilaskertomuksen avulla voidaan tuottaa tietoja eri tasolla tapahtuvaan johtamiseen, ohjaamiseen ja seurantaan sekä tilastoviranomaisten käyttöön. Edellytyksenä on, että potilastietojärjestelmissä käytetään kansallisesti määriteltyjä rakenteisia tietoja, jotka perustuvat kansallisesti hyväksytyihin termeihin, luokituksiin ja koodistoihin. Järjestelmillä tulee olla myös valmius päivittää tiedot Stakesin ylläpitämältä koodistopalvelimelta. Määritysten, käsitteiden ja luokitusten tulee olla yhtenäisiä ja niiden lähteenä aina sama perustieto. (STM työryhmämuistioita 2004:18.) Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että tiedot tulee kirjata potilaskertomukseen rakenteisten ydintietojen edellyttämällä tavalla, ydintietojen tulee näkyä rakenteisessa muodossa terveydenhuollon ammattihenkilön näytöllä ja tulosteissa, järjestelmät kykenevät avoimen rajapinnan kautta luovuttamaan ja vastaanottamaan tietoa ja tiedot pystytään arkistomaan sähköisesti kyseisessä muodossa.

Toimiva tietohallinto muodostaa perustan terveystietopalvelujen tuottamiselle, dokumentoinnille, toimintojen johtamiselle ja seurannalle, palveluprosessien kehittämiselle sekä terveystietopolitiikan ja sen osa-alueiden arvioimiselle. Tietohallintoa pyritään kehittämään siten, että se edistää eri toimijoiden välistä tiedonkulkua, palveluketjujen saumatonta toimintaa ja laadun seurantaan. (STM 2002b: 3.)

Tietojärjestelmien yhteistoiminnallisuus on tietojen nopean siirtymisen ja toimivan tietohallinnon perusedellytys. Se edellyttää potilastietojärjestelmien rakenteen ja sisällön, terminologian, avoimien rajapintojen sekä tietoturvallisen tiedon siirron periaatteiden kansallista määrittelyä ja ohjeistusta sekä näitä tukevien valtakunnallisten palveluiden rakentamista. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Suomen Kuntaliitto ja muut toimijat yhteistyössä määrittelevät potilaskertomuksen ydintietojen koodaustavan, terveydenhuollon järjestelmien yhteistoiminnallisuuden takaavat hallinnolliset palvelut sekä avoimet rajapinnat järjestelmien väliseen saumattomaan tietojen vaihtoon. (STM 2002b:3.)

6.4.2. Terveydenhuollon funktionaalisen toiminnan koordinointi

Julkisen terveydenhuollon organisaatorakenne on funktionaalinen. Toiminnan johtaminen perustuu tällä hetkellä tulosityksikköajatteluun siitä huolimatta, että potilaan hoitaminen tapahtuu prosessilähtöisesti. Tulosityksikkörakenteen edellytys on tuotosten standardointi. Tulosityksikön autonomia on yleensä suojattu ja ainoa keino valvoa toimintaa on jälkikäteinen suoritusten valvonta. Tavoitteiden tulee siis olla operatiivisia eli niihin täytyy voida soveltaa suoritusvalvonnan määrällisiä mittausmenetelmiä. Terveydenhuollossa onkin perinteisesti pyritty seuraamaan suoritteita ja kustannuksia. Myös toimintojen tuotteistamiseen on pyritty jo usean vuoden ajan.

Tulosityksikköajattelussa jokaisella tulosityksiköllä on omat operatiiviset toimintonsa, niin niiden välinen riippuvuus jää mahdollisimman vähäiseksi ja kukin voi toimia osittain autonomisena kokonaisuutena tarvitsematta koordinoita

toimintaansa muiden kanssa. Tämä ajattelu on ongelmana terveydenhuollossa, jossa potilas tai asiakas saa toisiansa seuraavia palveluja yli tulosityksikkörajojen.

Prosessilähtöinen ajattelu ja johtaminen tukevat asiakaslähtöistä toimintaa ja ajattelua, mutta tulosityksikköajattelu ei. Tulosityksikköajattelun tärkein koordinoitimekanismi on tuotosten standardointi. Keskushallinto ei käytä työprosessien standardointia koordinoitina, koska se heikentää tulosityksikköjen autonomiaa. Myöskään keskinäistä sopeutumista yksikköjen välillä tai sitä tukevia yhteyskeinoja koordinoitimekanismina ei voida käyttää, koska tulosityksiköt eivät ole toisistaan riippuvaisia. Taitojen standardoinnilla ja suoralla ohjauksella on kuitenkin merkitystä koordinoitimekanismina tulosityksikköajattelussa. Tulosityksikön menestys riippuu yksikköjen johtajien pätevyydestä. Keskijohto on yleensä toimintokohtaisesti suuntautunut ja heillä on rajoitettu toimintavapaus, joskin he johtavat oman yksikkönsä toimintaa.

Tutkimustuloksissa esiin tullut prosessilähtöisen toiminnan osa-alue toiminnan johtaminen (ks. kuvio 18, luku 6.2.3.) viestii riippuvuustekijöidensä osalta tästä prosessilähtöisen toiminnan ja tulosityksikköjohtamisen dilemmasta. Riippuvuustekijöitä, joita tulee koordinoida palveluketjujen hallinnassa, ovat esimerkiksi asiakaslähtöisyys toiminnassa, toimintojen synkronisointi ja hoitolinjausten sopiminen. Nämä kuvaavat enemmän prosessilähtöisen toiminnan johtamista kuin tulosityksikköajattelua. Toisaalta taas riippuvuustekijät toiminnan organisointi, toiminnan linjaus ja ohjaus, päätöksenteko ja delegointi sekä tarpeen mukainen resursointi kuvaavat enemmän tulosityksikköajattelua.

Prosessilähtöisen toiminnan johtamista voidaan delegoida operatiiviselle tasolle ja palveluketjujen hallinta on tulosityksikköjen yhteinen asia. Vertikaalisen toi-

minnan johtamisen riippuvuustekijöitä palveluketjun hallinnassa voidaan koordinoida suoran ohjauksen avulla lähinnä toiminnan linjauksessa (sisältäen asiakaslähtöisen ajattelun), organisoinnissa sekä päätöksenteossa ja sen delegoinnissa. Standardoinnin koordinoitimenetelmää käytetään vain hoitolinjauksen sopimisessa. (Ks. taulukko 15.)

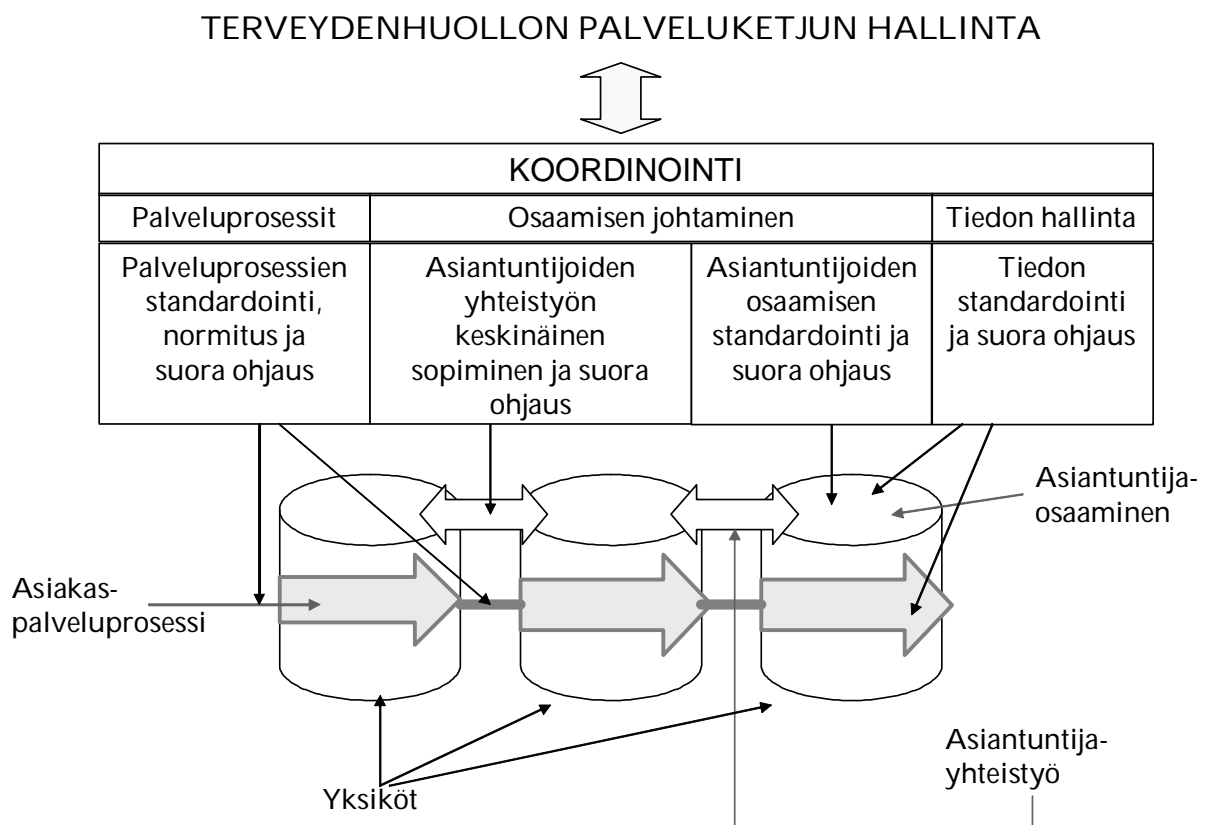
Taulukko 15. Terveysthuollon toiminnan johtamisen koordinoitimekanismit.

TOIMINNAN JOHTAMINEN	KOORDINOITIMEKANISMI
Toiminnan linjaukset, organisointi, resursointi, päätöksenteko ja sen delegointi.	Suora ohjaus: Tulosityksikkötasolla kokonaistoiminnan ja prosessilähtöisessä toiminnassa palveluketjujen johtaminen. Prosessilähtöisen toiminnan johtamista voidaan delegoida vertikaaliselta tasolta horisontaaliselle eli operatiiviselle tasolle.
Hoitolinjauksista sopiminen	Standardointi: Yhtenäinen näkemys hoitolinjauksista tulosityksikkötasolla tai prosessilähtöisessä toiminnassa prosessikuvauksiin liitetyt hoitolinjaukset

Prosessilähtöisen toiminnan ja tulosityksikköajattelun yhdistäminen palveluketjun hallinnassa on hankalaa. Toisaalta tulosityksikköajattelu terveydenhuollossa on toistaiseksi hyväksyttävä, mutta on aihetta kysyä, sulkeeko se pois operatiivisella tasolla prosessilähtöisen toiminnan ajattelua.

6.5. Yhteenvedo julkisen terveydenhuollon palveluketjujen hallinnasta

Terveydenhuollon asiakasprosessit kulkevat horisontaalisesti ja organisaatiota-
 rakenne on funktionaalinen ja toiminta perustuu tulosityksikköajatteluun. Sen
 merkitys on yksikön toiminnassa suuri siitä huolimatta, että operatiivinen toi-
 minta on prosessilähtöistä asiakkaan ja toimijan näkökulmasta. Seuraavassa
 kuviossa esitetään yhteenvedona ne koordinoitimenetelmät, joita voidaan käyt-
 tää prosessilähtöisen toiminnan eri osa-alueilla, jotta päästään palveluketjun
 parempaan hallintaan.



Kuvio 24. Palveluketjun hallinta terveydenhuollon horisontaalisella ja vertikaalisella tasolla.

Palveluketjujen hallinta vaatii julkisessa terveydenhuollossa ensinnäkin asiakaslähtöisen toimintakulttuurin luomista ja tulosityksikköjen kiinteää yhteistyötä potilaiden kokonaishoidon näkökulmasta. Tämä ei mitenkään poissulje tulosityksikköajattelua nimenomaan suoritteiden ja kustannusten seurannan näkökulmasta. Sen sijaan se tuo toiminnan hallinointiin uutta näkökulmaa ja palvelee palvelun saajaa paremmin. Palveluketjujen kokonaishallinnassa tarvitaan tulosityksikön johtotason yhteistoimintaa koordinointimekanismina. Käytännössä se voi tarkoittaa sitä, että nimetään palveluketjujen osaprosesseihin liittyvien tulosityksiköiden johdosta vastuuhenkilöt, jotka yhteistyössä vastaavat koko palveluketjusta.

Kuviossa 24 kuvataan terveydenhuollon toimintaa asiakkaan tai potilaan palvelu- tai hoitoprosessina. Sen sujuvuus ja jatkuvuus edellyttää useamman toiminnan osa-alueen koordinointia eli yhteensovittamista. Palveluprosessi tulee määritellä, kuvata, arvioida ja kehittää siinä ilmeneviä kriittisiä kohtia. Useimmiten kriittiset kohdat vaikuttavat heikentävästi palveluprosessin ja -ketjun laatuun, sujuvuuteen ja tehokkuuteen. Tutkimuksessa kuvatun palveluketjun kriittiset kohdat ilmenivät sekä yksiköiden sisäisissä prosesseissa että prosessien välisissä rajapinnoissa eli potilaan siirtyessä jatkohoitoon. (Vrt. luku 6.1., taulukot 10 ja 11.)

Palveluprosessille pitää määritellä vastuuhenkilö, joka vastaa prosessin suunnittelusta, ylläpidosta, ohjauksesta ja sen valvonnasta. Tehtävä voidaan delegoida operatiiviselle toimijalle, jonka tehtävänä on yhteistyössä muiden yksiköiden prosessin vastuuhenkilöiden kanssa, jotta rajapinnoilla siirtyminen ei aiheuta katkoksia tai häiriöitä palveluketjussa. Prosessien vastuuhenkilöt ovat vastuussa oman yksikkönsä prosessista ja sen rajapinnoista tulosityksikön joh-

dolle. Palveluprosessiin voidaan lisäksi rakentaa erilaisia hoidon laatuun ja yhtenäisyyteen vaikuttavia ammattilaisen päätöksenteontukijärjestelmiä, jonka tietojärjestelmät nykypäivänä mahdollistavat.

Terveystieteiden asiakkaan palveluprosessissa antavat palveluja monet eri ammattiryhmät. Palveluketjun näkökulmasta kiinteä yhteistyö asiantuntijoiden välillä on edellytys palveluketjun toimivuudelle. Viestintä asiantuntijoiden välillä pitää olla selvä ja erityisesti rajapinnoilla pitää olla yhdessä sovitut toimintakäytännöt. Asiantuntijoiden välistä toimintaa voidaan koordinoita keskinäisellä sopeutumisella, joka on vähemmän virallista ja suoralla ohjauksella, jolloin esimerkiksi esimies tai palveluprosessin tai palveluketjun vastuhenkilö määrittelee tarvittavan yhteistyön muodon.

Asiantuntijoiden osaaminen on koko toiminnan perusta. Sen koordinointi palveluketjussa edellyttää tietyntasoista standardointia eli määritellään koulutus-taso ja osaamisen vaatimukset. Aivan samalla tavalla kuin asiantuntijoiden yhteistyötä niin myös osaamista voidaan koordinoita suoralla ohjauksella. Palveluprosessin tai palveluketjun vastuhenkilö voi mahdollistaa osaamisen ylläpittoa ja päättää, miten osaamista jaetaan kaikkien kesken sekä kohdentaa osaaminen sinne, missä sitä eniten tarvitaan. (STM 2004.)

Tietojärjestelmien avulla mahdollistuu palveluprosessien ja palveluketjujen tiedon hallinta. Asiakkaan palveluprosessin tiedot hoitojen osalta ovat jo yksikkötason ja saman organisaation sisällä kaikkien osapuolten saatavilla. Palveluprosessien ja palveluketjujen tiedot voidaan standardoida, jolloin on sovittu mitkä tiedot vähintään pitää olla kaikkien osapuolten saatavilla. Toisaalta tiedon hallintaa voidaan myös koordinoita suoran ohjauksen avulla. Tietojärjes-

telmien toimintavarmuus ja toimivuuden ylläpito on tulosyksikön tai koko organisaation vastuulla. Palveluprosesseissa ja palveluketjuissa siirtyvästä tiedosta ja tietojärjestelmien käytön hyödyntämisestä ammattilaisten kesken voi prosessin nimetty vastuuhenkilö vastata suoralla ohjauksella. (Vrt. STM 2004.)

6.6. Terveydenhuollon toiminnan kehittäminen

Tutkimustuloksissa tuli esiin kolme merkittävää terveydenhuollon toiminnan kehittämisen osa-aluetta; asiakaslähtöisyys, palveluketjuajattelun sisäistäminen sekä palveluketjussa kulkevan tiedon hallinta.

6.6.1. Asiakaslähtöisyys terveydenhuollon toiminnassa

Asiakaslähtöisten palveluketjujen kehittäminen on alkanut sosiaali- ja terveysministeriön esityksestä painottaa asiakkaan asemaa terveydenhuollossa ja terveyspalvelujen järjestämistä asiakaslähtöisesti. Samalla kehoitettiin kokeilemaan ja järjestämään erilaisia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestämis-, organisoitumis- ja toimintamalleja. (STM 1996.)

Valitettavan usein kuitenkin organisaation toimintaa uudistettaessa kehittämis-työ aloitetaan työyhteisöissä työskentelevien ihmisten tarpeista. Vasta kun päätösvaltaa delegoidaan horisontaaliselle tasolle ja työyhteisöjen osaamista osataan arvostaa ja tuetaan sen merkitystä, päästään lähemmäksi asiakkaita hyödyntävään palveluun. Edelleen asiakas monesti nähdään terveydenhuollon

palvelujärjestelmän passiivisena objektina, jonka aloitteesta tapahtuneen yhteydenoton jälkeen ammattilainen päättää hänen puolestaan jatkotoimenpiteistä.

Asiakaslähtöisyys toiminnassa muodostuu tutkimustulosten mukaan seuraavia asioista:

1. Asiakasnäkökulman käyttöönotto
2. Potilaan hoidon tarpeen arviointi ja ennakointi
3. Palvelun ja hoidon priorisointi
4. Jatkohoidon arvioinnin tehostaminen

Asiakkaan ensimmäisen kontaktin tulee olla hoito- tai palveluketjua määrittävä ja että tietämys siitä tulee olla kaikkien osapuolten saatavilla. Moniammatillisen yhteistyön kautta pitää tässä vaiheessa määrittää myös tieto siitä, miten hoito on priorisoitu. Asiakslähtöisen toiminnan kehittämiseen viittaa esimerkiksi seuraava yhden haastateltavan siteeraus:

”Kyllähän se perusedellytys olisi, että jokainen kattois asiakslähtöisesti sitä työtä niinku tosissaan, eikä se oo vaan sana” (Haastattelu 27)

Asiakslähtöisyyden johtavana periaatteena on edistää palvelujen uudelleen organisointia, henkilöstön uudelleen orientoitumista ja asiakasaktiiviteettiä. Asiakslähtöinen toiminta alkaa aina edetä asiakkaan esittämistä asioista, kysymyksistä ja hoidon tarpeesta. (Kiikkala 2000: 115–119.) Todellinen asiakslähtöisyys johtaa siihen, että kukin asiakas saa omista tarpeistaan lähtien suunnitellun hoito- ja palvelukokonaisuuden. Prosessilähtöisen toiminnan perustessa asiakslähtöisyyteen, arvioidaan ja priorisoidaan potilaan hoidon tarve yh-

dessä asiakkaan kanssa ja myös suunnitellaan yhteistyössä hoidon jälkeisen jatkohoidon tarve.

Julkisen terveydenhuollon palveluille on kuitenkin vielä aika tyypillistä, että kukin palvelua tuottava yksikkö on vastuussa vain itse tuottamastaan palvelusta. Asiakkaan siirtyessä jatkohoitoon toiseen yksikköön, siirtyy hoitovastuu asiakkaan mukana uudelle yksikölle. Ongelmaksi muodostuu se, että kun eri yksiköiden tuottamat palvelut eivät seuraa välittömästi toisiaan, saattaa ketjussa tapahtua aukkoja ja viivästyksiä. Asiakkaan näkökulmasta saattaa näyttää siltä, että vastuu hoidon sujumisesta ei ole minkään palvelun tuottajan hallinnassa.

Tähän liittyen on kehittämishaasteena esiin noussut palveluketjuajattelun sisäistäminen oleellista. Asiakkaana ja potilaana palveluketju on helppo ymmärtää omaan ongelmaan ja sen korjaamiseen liittyvänä toimintojen ja palvelujen kokonaisuutena. Mutta mitä palveluketjuajattelun sisäistäminen terveydenhuollon toimintaympäristössä sitten edellyttää?

6.6.2. Palveluketjuajattelun sisäistäminen

Palveluketjun toteutuminen edellyttää kokonaiskuvaa ja kokonaisvastuuta siitä, kuinka asiakas tai potilas siirtyy hoito- tai palveluyksiköstä toiseen. Asiakkaan kannalta palveluketjussa hän on keskipisteenä ja palvelut ja toiminnot organisoitaa hänen tarpeistaan lähtöisin. Asiakas saa tarpeellisen palvelun, hoidon, ohjeet ja muun tarvittavan informaation huolimatta siitä, mihin organisaatioon häntä palvelevat ihmiset kuuluvat.

Palveluketjuajattelun sisäistäminen sisältää haastateltavien käsitysten mukaan seuraavia asioita:

1. Yhteisen näkemyksen ja tavoitteiden asettaminen
2. Kokonaisvaltainen hoidon suunnittelu
3. Kokonaisnäkemyksen luominen toiminnasta,
4. Päällekkäisen työn poistaminen rajapinnoilta
5. Prosessien ja palveluketjujen hallinnan kehittäminen
6. Kokonaistoiminnan koordinointi.

Asiakkaan kannalta palveluketjun eri toiminnot muodostavat jatkuvan kokonaisuuden ilman tarpeettomia viiveitä ja jonotuksia. Palvelun tarpeen muuttuessa pyritään katsomaan asiakaslähtöisesti hoidon tarpeen kokonaisuutta, josta erään haastateltavan siteeraus:

Ja tota noin varsinkin silloin, jos sen asiakkaan palvelun tarve muuttuu, niin yhdessä tuota noin käsitellään se asia ja yhdessä mietitään, että miten vastataan muuttuneeseen palvelutarpeeseen ja myös se työnjako pitäis siinä huomioida. ” (Haastattelu 26)

Terveysthuollon toimijan näkökulmasta palveluketjussa on luottamuksellinen vuorovaikutus asiakkaan kanssa ja sujuva eri ammattiryhmien ja muiden yhteisöjen organisaatorajat ylittävä yhteistyö. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu koostuu horisontaalisesti muodostuvista palveluprosesseista ja palveluketjuista, jotka ovat keskenään loogisessa riippuvuussuhteessa ja joiden tarkoituksena on tyydyttää kuntalaisten tarpeita. (Korhonen ym. 2000: 278–281.) Julkisen terveydenhuollon organisaatioiden ongelma on se, että kukaan ei tunne omaksi tehtäväkseen johtaa sektoreiden läpi leikkaavia palveluketjuja ja asiakkaan palveluprosesseja.

Palveluketjun hallinta edellyttää myös vastuiden selkeyttä palveluketjussa sekä mahdollisuuksia seurata palveluketjun sujuvuutta. Palveluketjussa tulee palvelujen tuottajien keskinäinen vastuu olla selkeästi määritelty. Monesti potilaan jatkohoidot ovat puutteellisesti järjestetty ja yhteen sovitettu. Potilaalla saattaa olla samanaikaisesti lähetettä useisiin palveluihin. Organisaatorajat ylittävää palveluketjua ei kuitenkaan voida näin toteuttaa. Palveluketjun sujumisen kannalta on välttämätöntä, että eri toimijoiden vastuut on määritelty. Terveystieteiden organisaatioiden toiminnan kehittämisessä voidaan toteuttaa ajankohdittaisiin tarpeisiin vastaava muutos keskittymällä asiakaslähtöisesti palveluketjujen ja palveluprosessien sekä näitä koskevan päätöksenteon kehittämiseen.

.

6.6.3. Palveluketjussa kulkevan tiedon hallinta

Palveluketjussa kulkevan tiedon hallinnan osalta tärkeitä tekijöitä ovat tutkimustulosten mukaan:

1. Siirtyvän tiedon tarpeen määrittely
2. Sovitut kirjaamiskäytännöt
3. Tiedon siirtyminen raportoitavaan ja seurattavaan muotoon

Palveluketjussa tiedon kulkua tuetaan nykyään pitkälti tietojärjestelmien avulla. Tietojärjestelmien tukea tiedon siirrossa kuvaa erään haastateltavan siteeraus:

"Nyt kun me voimme lukea Pegasoksesta (potilastietojärjestelmä), niin mäkin sanoin hoitajalle, kun se sano et soita sinne kotisairaanhoitoon, et nää voi nyt sieltä Pegasoksesta katsoa nää lääkehoidot, et älä nyt mitään enää odota, kun potilas tarttee aamulla nää lääkkeit, niin sä voit sieltä printata lääkelistan" (Haastattelu 2)

Tietojärjestelmä voi tosin tukea toimintaa vain, jos se täyttää palveluprosessin ja palveluketjun tietovaatimukset (Karimaa 2002). Terveysthuollossa on käytössä erilaisia potilashallinnon järjestelmiä, potilaskertomusjärjestelmiä, lukuisia erillisjärjestelmiä, taloushallinnon, henkilöstöhallinnon ja johdon järjestelmiä. Palveluketjuajattelun kannalta tiedon sähköinen siirtyminen ei ole yksinkertaista, koska järjestelmät eivät ole tällä hetkellä yhteen sovitettavissa.

Valtakunnallisena tavoitteena onkin, että tietojärjestelmien yhteensovittaminen erityisesti potilastietojärjestelmien osalta toteutetaan tulevaisuudessa käyttäen valtakunnallisia standardeja (STM 2002:3). Pelkkä tiedon standardointi ei kuitenkaan riitä, jos kirjaamiskäytännöistä ei ole sovittu. Toisena tavoitteena on, että potilastietojärjestelmät tuottavat tietoa eri tasolla tapahtuvaan johtamiseen, ohjaamiseen ja seurantaan sekä tilastoviranomaisten edellyttämiä tietoja siten, että määrytykset, luokitukset ja käsitteet ovat yhtenäiset.

6.7. Yhteenveto keskeisistä tuloksista

Tutkimustuloksien yhteenvedossa pyritään ensin hahmottamaan keskeisimmät tulokset, jotka vastaavat tutkimusongelmiin. Tutkimuksen pääongelmassa kysyin, mitä palveluketjun hallinta on ja miten terveydenhuollon toimintaa, asiantuntijoiden välistä yhteistyötä ja osaamista koordinoimalla voidaan hallita ter-

veydenhuollon palveluketjuja. Tutkimusongelmaa täsmentäessäni asetin alaky-symyksiä, joiden kautta pääongelman ratkaisu oli mahdollinen. Tässä yhteen- vetoluvussa käyn läpi tutkimuksen keskeisiä tuloksia tutkimusongelman osa- kysymysten kautta ja lopuksi otan tutkimuksen pohjalta kantaa julkisen ter- veydenhuollon toiminnan tulevaisuuden kehittämiseen luvussa 7.3.

Tutkimusaineistoksi valittiin tietyn potilasryhmän palveluketju-tapaus, josta tehtiin asiakirja-aineiston ja asiantuntijoiden haastattelun pohjalta palveluketju- kuvaus asiakokonaisuuden hahmottamiseksi. Palveluketju-tapauksen useim- mat kriittiset tekijät sisäisissä palveluprosesseissa liittyivät osaamisen oikeaan kohdentamiseen, toiminnan organisointiin ja asiakasnäkökulmaan. Palveluket- jujen rajapinnoilla useimmat kriittiset tekijät liittyivät tiedon kulkuun, asiantun- tijoiden väliseen yhteistyöhön ja osaamisen oikeaan kohdentamiseen (=osaamisen johtaminen). Verrattaessa palveluketju-tapauksen prosessien sisäi- siä ja rajapintojen välisiä kriittisiä tekijöitä koko aineiston riippuvuustekijöistä muodostuneisiin koordinoitaviin osa-alueisiin, voidaan nähdä tulosten saman- kaltaisuus. Toisin sanoen tapauksesta nousi yksikötason analyysissä samoja asioita esille kuin koko aineistoa tarkasteltaessa. Näin ollen tulokset vahvistavat toinen toisiaan.

Tutkimuksen pääasiallisena tarkoituksena oli kuitenkin löytää ne riippuvuuste- kijät terveydenhuollon toiminnassa yleensä, joita koordinoimalla voidaan halli- ta palveluketjuja. Palveluketju-tapauksen avulla pyrittiin lisäksi hahmottamaan palveluketjun kokonaisuudessa eri näkökulmista nousevia riippuvuustekijöitä ja muodostamaan niistä kategorioita, jotka nimettiin tutkimuksessa osa-alueiksi. Näiden osa-alueiden koordinoitua tarkasteltiin palveluketjujen hallinnan menetelmänä. Seuraavassa taulukossa esitellään vielä tutkimuksen

keskeiset tulokset suhteessa tutkimusongelmiin ja teoreettisiin lähtökohtiin.

Taulukko 16. Tutkimuksen keskeiset tulokset.

TUTUKIMUS-ONGELMAT	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	TUTKIMUSTULOKSET
Mitä on palveluketjun hallinta?	Palveluketjulla tarkoitetaan yleisesti asiakkaalle kohdistuvaa, organisaatorajat ylittävää, suunnitelmallista ja yksilöllisesti toteutettavaa palvelukokonaisuutta. Koordinointi on toimintojen riippuvuuksien yhteensovittamista	Terveysthuollon palveluketjujen hallinta on funktionaalisen ja prosessilähtöisen toiminnan ja johtamisen yhteensovittamisesta eli koordinoimista.
Miten terveydenhuollon prosessilähtöisen toiminnan osa-alueita koordinoimalla voidaan hallita terveydenhuollon palveluketjuja?	Organisaation toimintaan vaikuttavia tekijöitä eli riippuvuustekijöitä koordinoimalla voidaan paremmin hallita organisaation toimintaa. Teoreettisesti muodostuneet riippuvuustekijät jaettiin osa-alueisiin: palvelu- ja hoitoprosessit, asiantuntijoiden välinen yhteistyö ja osaaminen.	Terveysthuollon palveluketjuja voidaan hallita koordinoimalla funktionaalisen toiminnan osa-alueita toiminnan johtaminen ja prosessilähtöisen toiminnan eri osa-alueita: palvelu- tai hoitoprosessi, osaamisen johtaminen ja tiedon hallinta. Osa-alueet muodostuivat riippuvuustekijöistä, joiden koordinoimista voidaan soveltaa Mintzbergin koordinointimekanismeja.

Mitä terveydenhuollon palveluketjujen hallinta on?

Teoreettisella tasolla tutkimuksessa lähdettiin oletuksesta, että palveluketjujen hallinta on palvelu- tai hoitoprosessin, asiantuntijoiden välisen yhteistyön ja osaamisen koordinoimista. Koordinointikeinoina tarkasteltiin Mintzbergin luomia koordinointimekanismeja.

Tutkimuksessa kuitenkin ilmeni, että näkökulma oli liian suppea. Palveluketju-

jen hallinnassa ei voi sulkea pois sitä tosiasiaa, että terveydenhuollon toiminta perustuu tulosityksikköajatteluun ja prosessilähtöisen toiminnan ajatus ei kata koko organisaatiota. Asiakkaan ja toimijan näkökulmasta toiminta on prosessilähtöistä, mutta johtotasolla toimintaa tarkastellaan tulosalueittain.

Tutkimuksen tuloksena *julkisen terveydenhuollon palveluketjujen hallinta määritellään funktionaalisen ja prosessilähtöisen toiminnan ja johtamisen yhteensovittamiseksi eli koordinoinniksi.*

Teoreettisena oletuksena oli että, palvelu- ja hoitoprosesseja, asiantuntijoiden välistä yhteistyötä ja osaamista koordinoimalla voidaan hallita terveydenhuollon palveluketjuja. Tutkimustulokset kuitenkin osoittivat, että palveluketjun hallintaan liittyy muitakin osa-alueita kuten toiminnan johtaminen ja tiedon hallinta, joita tulee koordinoida.

Palveluketjujen hallinta edellyttää asiakaslähtöisen toimintakulttuurin luomista ja samassa palveluketjussa toimivien tulosityksikköjen potilastyössä toimivien asiantuntijoiden kuin myös toiminnasta vastaavien esimiesten yhteistyötä potilaan kokonaishoidon näkökulmasta. Prosessijohtamisen mukaan palveluketjun kokonaishallinnassa koordinoitikeinona on tulosityksiköiden johtotason yhteistoiminta. Palveluketjun tulosityksikkökohtaiset vastuuhenkilöt tulee myös nimeä.

Koordinointi terveydenhuollon palveluketjujen hallinnassa

Tutkimustulosten mukaan koordinointi palveluketjun hallinnan menetelmänä on mahdollista terveydenhuollon funktionaalisen ja prosessilähtöisen toiminnan eri osa-alueilla käytettävien koordinointikeinojen avulla.

Funktionaalisen toiminnan koordinoitava osa-alue on toiminnan johtaminen, jonka mahdollisena koordinointimekanismina voi olla suora ohjaus toiminnan organisoinnissa ja päätöksenteossa sekä standardointi hoitolinjauksissa ja resursoinnissa.

Prosessilähtöisen toiminnan koordinoitavat osa-alueet ovat palveluprosessi, osaamisen johtaminen ja tiedon hallinta. Palveluprosessien koordinointimekanismeina voivat olla standardointi palveluprosessien ja -ketjujen kuvauksissa, ja suora ohjaus prosessien omistajien nimeämisessä. Yksikkökohtainen palvelu- ja hoitoprosessin sujuvuus ja jatkuvuus edellyttää vastuuhenkilöä, joka vastaa oman yksikkönsä prosesseista ja yhdessä toisen yksikön prosessin vastuuhenkilön kanssa rajapintojen prosesseista. Koordinointikeinona on Mintzbergin ajattelun mukaan vastuuhenkilön antama suora ohjaus. Palveluprosessit tulee lisäksi määritellä, kuvata, seurata ja arvioida yksikkötasolla ja rajapinnoissa. Tähän voidaan käyttää koordinointikeinona standardointia eli määritellään yksikön yleisimmät prosessit ja normitetaan esimerkiksi yleisimmät hoitokäytännöt.

Osaamisen johtaminen sisältää asiantuntijoiden osaamisen ylläpitämisen ja oikean kohdentamisen sekä asiantuntijoiden välisen yhteistyön mahdollistamisen ja tuen. Osaamisen johtamisessa asiantuntijoiden yhteistyön osalta mahdollisena koordinointimekanismina nähtiin keskinäinen sopeutuminen työryhmien

muodostamisessa ja verkostoitumisessa sekä viestinnässä. Suoraa ohjausta voidaan käyttää asiantuntijoiden välisen yhteistyön mahdollistamisessa ja tuessa sekä standardointi osaamisen vaativuuden määrittelyssä. Terveysthuollon perustoiminnan perusta on asiantuntijoiden osaaminen. Se moninkertaistuu palvelu- tai hoitoprosesseissa sekä koko palveluketjussa, joihin osallistuu useita eri asiantuntijoita. Asiantuntijuuden osaamisen ylläpito ja oikea kohdentaminen sekä sen jakaminen koko palveluketjussa edellyttävät suoraa ohjausta koordinoitikeinona. Osaamisen perustason määrittelemiseksi tarvitaan standardointia eli määritellään koulutustason tarve ja osaamisen vaatimukset palveluketjun eri kohdissa.

Terveysthuollossa ei ole ammattikuntaa, joka pystyisi yksinään vastaamaan kaikkiin terveydellisiin tarpeisiimme. Useiden eri asiantuntijoiden tietoja ja taitoja voidaan hyödyntää koordinoimalla niitä. Hyvä osaamisen hallinta johtaa yleensä strategian suuntaisiin innovaatioihin. Sairaalan prosesseissa ei yleensä ole osaamistarvetta analysoitu, vaan tehtävät määrittää alan perinne. Monesti esimerkiksi lääkäri tekee sellaisia asioita, joita voisi myös toteuttaa muukin henkilökunta. Lääkärin aika vapautuisi niihin tehtäviin, jotka vaativat nimenomaan hänen asiantuntijuuttaan.

Asiantuntijoiden välisen yhteistyön tukeminen ja mahdollistaminen sekä asiantuntijoiden osaamisen ylläpito ja jakaminen sekä osaamisen oikea kohdentaminen hoidon ja toiminnan tarpeen mukaan liittyvät mielestäni osaamisen johtamiseen. Prosessilähtöisessä toiminnassa, joka perustuu pitkälti asiantuntijoiden osaamiseen, ovat osaamisen johtamistaidot erittäin tärkeitä. Prosessijohtamisen haasteena onkin yhdistää yksilötason osaaminen ja palveluprosessien jatkuvuus yli organisaatorajojen asiakkaiden hyväksi niin että muodostuu sujuva palve-

luketju. Ollilan (2004) tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveydenalan julkisissa palveluorganisaatioissa osaamisen johtaminen kuitenkin etsii vasta omaa linjaansa.

Asiantuntijoiden välinen moniammatillinen yhteistyö on tärkeää niin yksikköjen sisäisissä prosesseissa kuin myös rajapintaprosesseissa. Yhteistyötä voidaan koordinoita asiantuntijoiden keskeisillä vähemmän virallisilla yhteisillä sopimuksilla hoito- ja toimintakäytännöistä erityisesti rajapinnoilla ja yhteisillä palavereilla. Koordinointikeinona tätä kutsutaan keskinäiseksi sopeutumiseksi. Jotta asiantuntijoiden on mahdollista toimia näin, on prosessivastuuhenkilöiden ja palveluketjujen vastuuhenkilöiden suoralla ohjauksella mahdollistettava asiantuntijoiden välinen yhteistyö. Yhteistyössä on kysymys myös toiminnan koordinoinnin onnistumisesta. Yhteistyön koordinointiin on kiinnitettävä huomiota erityisesti silloin, kun yhteistyötä tehdään yli organisaatorajojen. Epäonnistunut koordinointi ilmenee yhteistoiminnan ongelmina (Vrt. Alter ja Hage 1993: 82–83.) Yhteistyön kehittämisessä on huomioitava terveydenhuollon toiminnan prosessilähtöisyys, jolloin yhteistyön kehittäminen vaatii palveluprosessin ja yhteistyön yhteensovittamista. (Vrt. Vartiainen 1996:14.)

Osaamisen johtamisen haasteet liittyvät siihen, miten kyetään pitämään yllä henkilöstön olemassa olevaa osaamista ja miten se osataan kohdentaa suhteessa tarpeeseen. Osaamisen hyödyntäminen vaikuttaa organisaation toimivuuteen ja työyhteisöjen hyvinvointiin. Terveydenhuollossa osaamisen johtaminen perustuu asiantuntijuuden ja osaamisen ylläpidon ja hyödyntämisen sekä asiantuntijoiden välisen yhteistyön koordinointiin. Organisaation johdon tehtävänä on ydinosaamisen ymmärtäminen ja hyödyntäminen. (Vrt. STM 2004b.)

Tiedon hallinnassa koordinoituneina mekanismeina voidaan käyttää suoraa ohjausta työntekijöiden koulutuksessa ja tiedon ylläpidossa, standardointia tiedon yhdenmukaistamisessa ja keskinäistä sopeutumista siirtyvän tiedon tarpeen ja sijainnin määrittelyssä asiantuntijoiden kesken. Palveluprosesseissa ja palveluketjuissa kulkevan tiedon hallinta mahdollistuu tietojärjestelmien avulla. Tietyltä osin tiedon tarve prosessissa ja palveluketjussa voidaan määrittellä ja standardoida järjestelmään tarvittavan tiedon käyttö. Tiedon hallinta edellyttää myös suoraa ohjausta. Prosessin vastuuhenkilön tulee vastata siirtyvästä tiedosta ja tietojärjestelmien käytön hyödyntämisestä potilaan hoitoon osallistuvien kesken.

7. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tarkastelen aluksi tekemiäni valintoja ja niiden tarkoituksenmukaisuutta. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa uutta tietoa julkisen terveydenhuollon palveluketjujen hallinnasta koordinoinnin näkökulmasta. Tutkimuksessa tarkastelin terveydenhuoltoa funktionaalisen organisaationa, jossa palvelua tuottava perustoiminta on prosessilähtöistä. Prosessilähtöisen toiminnan prosessi on ollut kehikko, jonka avulla olen voinut tarkastella palveluketjujen kokonaisuutta ja niihin vaikuttavia tekijöitä.

7.1. Käsitteellisten lähtökohtien ja empirian suhde tutkimuksessa

Käsitteellisiin lähtökohtiin ja aineistoon perustuvan sisällönanalyysin käyttäminen edellytti moniulotteisen tutkimusasetelman ja –prosessin rakentamista. Käsitteelliset lähtökohdat muodostivat aikaisemman tiedon perusteella luodon kriteeristön ja sitä sovellettiin empiirisen kokonaisuuden yhteyteen. Käsitteelliset lähtökohdat toimivat apuna analyysin etenemisessä. Alkuperäistä käsitteellisiin lähtökohtiin perustuvaa teemahaastattelua ei asiantuntijahaastatteluissa käytetty, vaan haastateltavat kertoivat asiasta omin sanoin. Aineistojen käsittely oli ymmärtävää tulkintaa. Analyysin luotettavuuden lisäämiseksi tutkimuksessa käytettiin rinnakkaiskoodaajaa varmistamaan, etteivät tutkijan ennakkokäsitykset vaikuttaneet tulkintojen tekemiseen.

Tutkimuksen rakentuminen organisaatioteoreettisista näkökulmista ilmenee siinä, että keskeisinä käsitteinä ovat hallinnan ja koordinoinnin käsitteet. Tutkimusongelma on rakentunut terveydenhuollon palveluketjujen hallinnan

mahdollisuuksiin koordinoinnin avulla. Olen lähtenyt siitä ajatuksesta, ettei terveydenhuollon palveluketjujen hallintaa tue kovin hyvin perinteinen terveydenhuollon funktionaaliseen työnjakoon ja tulosityksikkö- sekä sektoriajatteluun perustuva toiminnan johtaminen. Palveluketjut muodostuvat palveluprosesseista, jotka edellyttäisivät prosessilähtöisen toiminnan johtamisen menetelmiä.

Mielenkiintoista tutkimuksessa oli se, että terveydenhuolto on vahvasti tulosajatteluun sitoutunut ja puhtaasti prosessilähtöisen toiminnan tarkastelu ei ollut mahdollista. Valitsin makrotason tarkastelukulmaksi prosessilähtöisen toiminnan, jonka vertikaalisen johtamisen lähtökohtana on vapautua ainakin osin funktionaalisen johtamisen ja organisoinnin kahleista ja tarkastella toimintaa asiakkaalle tuotettavana kokonaisuutena.

Lähtökohtaisena ajatuksena oli kuitenkin, ettei prosessilähtöisen ajattelun hyödyntäminen terveydenhuollon toiminnassa edellytä koko organisaation muuttamista vertikaalisesta horisontaaliseksi. Tutkimuksen mikrotason tarkastelu-kohteena olivat palvelu- ja hoitoprosessit, asiantuntijoiden välinen yhteistyö sekä osaaminen. Terveydenhuollon toimintaa tarkasteltiin asiakkaalle tuotettavan palvelun kokonaisuutena. Tutkimuksellisesti koin tämän haasteena. Miten prosessilähtöisen toiminnan osa-alueita pitää koordinoida ja kenen, jotta palveluketjuja voidaan hallita? Miten tämä voidaan toteuttaa perinteisesti funktionaalisesti toimivassa terveydenhuollossa? Mitkä ovat ne toiminnan osa-alueet, jotka eniten vaikuttavat joko myönteisesti tai kielteisesti palveluketjujen hallintaan? Kyse on lähinnä asiakaslähtöisen toiminta-ajattelun ja funktionaalisen toiminnan yhteensovittamisesta ja kokonaishallinnasta. (Ks. kuvio 25.)

Byrokraattinen hallinta	Toiminta funktionaalista Vallankäyttö perustuu johto- ja toimintasääntöön	KOKONAISHALLINTA
Moderni hallinta-ajattelu	Tulosityksikkörakenne Prosessilähtöinen perustoiminta Palvelujen saatavuus, oikea-aikaisuus, sujuvuus ja jatkuvuus	

Kuvio 25. Terveydenhuollon palveluketjun hallinnan kokonaisuus.

Valitsemani käsitteelliset lähtökohdat toimivat aiempiin tutkimuksiin pohjautuvana esiymmärryksenä ilmiöstä ja ne palvelivat tutkimukseni etenemistä suhteellisen hyvin. Byrokraattinen hallinnan käsite soveltui hyvin terveydenhuollon funktionaalisen toiminnan tarkasteluun. Terveydenhuollon toiminnassa vallankäyttö perustuu yleensä tiettyihin sääntöihin, kuten johtosääntöön ja toimintasääntöön. Terveydenhuollon hallintatapoja ohjaavat myös pitkälti perinteet ja menneisyyden oikeuttama valta kuten esimerkiksi se, että monessa organisaatiossa vielä tänä päivänäkin voi ainoastaan lääkärikoulutuksen saanut toimia terveydenhuollon johtajana.

Moderni hallinta-ajattelu soveltui mielestäni terveydenhuollon prosessilähtöisen toiminnan ja asiakaslähtöisyydentarkasteluun. Puhuttaessa uudesta julkisesta johtamisesta (New Public Management) käytetään hallinnasta käsitettä *governance*. Siinä julkiselta hallinnolta vaaditaan valmiuksia soveltaa entistä enemmän yrityshallinnolle ominaisia toimintatapoja. (Vrt. Kiviniemi jne. 1994.) Moderni hallinta-ajattelun näkökulma oli tarpeen, koska painotus terveydenhuollon toiminnassa tulee suurella todennäköisyydellä olemaan tulevaisuudes-

sa prosesseissa. Palvelujen saatavuus, oikea aikaisuus, sujuvuus ja jatkuvuus asiakasnäkökulmasta ovat nykyajan vaatimuksia myös terveydenhuollossa. Näiden asioiden suunnittelu, toteutuminen, ohjaus ja seuranta vaativat prosessilähtöisen toiminnan koordinoitua ja johtamista.

Organisaation rakenteelliset tekijät ovat läsnä terveydenhuollon asiakaspalvelutilanteessa. Nykyinen tulosityksikkörakenne vahvistaa sektori- ja yksikköajattelua ja voi myös muodostaa kilpailua organisaation eri yksiköiden välille, jolloin saattaa syntyä tiedon ja innovaatioiden panttaamista. (Kiviniemi, Oittinen, Varhe, Niskanen ja Salminen 1994: 80.) Kilpailun sijasta organisaatioiden kehittäminen edellyttää yhteistyön vahvistamista, laajentamista ja edistämistä. Tulosityksikkörakenne on syntynyt taloudelliselta pohjalta. Sen pyrkimyksenä on ollut ratkaista organisaation toimivuuden ja taloudellisuuden ristiriita. Rakenne on ongelmallinen, koska siinä tarkastellaan yleensä vain tulosityksikön omaa toimintaa. Toiminnassa ilmiöt eivät kuitenkaan yleensä ole rajattavissa selviin yksikkörajoihin. Terveydenhuollossa potilaat monesti siirtyvät jatkohoitoon yksiköstä toiseen tai organisaatiosta toiseen ja toiminta potilaan hoidossa vaikuttaa useampaan eri yksikköön.

Ajan nopeat muutokset ja asiakaslähtöisyyden vaatimus toiminnassa vaativat uudenlaisia rakenteita ja toiminnan johtamistakin. Julkisessa terveydenhuollossa on kuitenkin parasta aikaa tapahtumassa muutoksia. Ne liittyvät mm. erilaisiin kansallisiin kehityshankkeisiin liittyen alueellistamiskysymyksiin ja tietojärjestelmien käyttöönottoihin. Tutkijat ja kehittäjät ovat yksimielisiä siitä, että esimerkiksi uuden tieto- ja tietoliikenneteknologian käyttöönotto muuttaa väkisin terveydenhuollon palveluprosesseja.

Myös asiakaskeskeisyyttä korostetaan sillä ajatuksella, että palvelujen muodostama kokonaisuus tulee optimoida asiakkaan tarpeista ja näkökulmasta katsoen. Terveysthuollossa tämä toimintamalli vaatii kuitenkin perinteiseen palvelujen tuottamistapaan muutoksia. Asiakaslähtöisen palveluketjuajattelun käyttöönotto merkitsee siirtymistä hierarkkisesta, byrokraattisesta ja tulosityksikön tehokkuutta korostavasta toimintamallista asiakkaan etua ja palvelujen kokonaisuuden hallintaa ja ammattilaisten yhteistyötä korostavaan toimintamalliin. Toisaalta hierarkioiden ohentaminen ja asiakaslähtöisen prosessijohtamisen ajatus saattaa törmätä vastuukysymyksiin.

Näkisin, että terveydenhuollon palvelujen hallintaa tulee kehittää siten, että palveluketjun suuntaiset horisontaaliset vaikutukset vahvistuvat. Yksikköihin vertikaalisesti kohdistuvat vaikutukset eivät saa muodostaa esteitä horisontaaliselle prosessilähtöisen toiminnan joustavuudelle. Palveluketjun sujuvuuden kannalta tulee siirtyä vertikaalisesti painottuneista rakenteista horisontaalisemmin painottuneeseen hallintaan huomioiden byrokratian ja toisaalta uuden johtamisen näkökulmat. Tätä suuntautumista voidaan kutsua myös uusweberiläiseksi hallinnaksi. (Vrt. luku 3.2.3.)

Terveysthuollon palveluketju on organisaatorajat ylittävä toimintatapa. Sen hallinta edellyttää sopimista palveluketjun tavoitteista ja annettavista palveluista asiakkaan ja sen toteuttamiseen osallistuvien eri toimijoiden kesken. Lisäksi palveluketjun hallinnassa tärkeää on se, kuka seuraa palveluketjua ja sen toteutumista.

Funktionaalissa organisaatiossa kuten terveydenhuollossa ratkaistaan erikoistumisen, koordinaation ja kustannusten ongelmia organisoimalla kukin erikoisosaamisen alue omaksi yksikökseen. Osaaminen kehittyy parhaiten sen sisällä ja myös erikoisalan toimintaan tarkoitettut laitteet tulevat parhaiten hyödynnettyksi. Terveydenhuollossa ja erityisesti erikoissairaanhoidossa osaajat sitoutuvat ensisijaisesti omaan erikoisalansa ja motivoituvat parempiin suorituksiin profession sisäisellä arvostuksella. Toiminta on useimmiten niin teknisesti kuin laadullisestikin korkeatasoista, mutta hoidon saatavuudessa ja jonojen pituudessa on ongelmia. Asiakkaan tarpeet määritellään monesti profession näkökulmasta, jolloin myös kokonaisuus saattaa jäädä epäselväksi. (vrt. Vartiainen 2005) Terveydenhuollon organisaation funktionaalinen ohjausfilosofia on joutunut kritiikin kohteeksi ja vaihtoehdoksi on ehdotettu prosessiperusteista organisaatiota, jossa asiat ryhmitellään asiakkaille arvoa tuottavien prosessien ympärille. (Lillrank 2004: 90–92.)

Prosessilähtöinen toiminta perustuu ajatukseen, että toiminnan kehittämisessä yhteisöä kehitetään ensisijaisesti alhaalta ylöspäin niissä organisaatioissa, joiden perustehtävä on asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen. Johdon tehtävänä on tukea, ohjata ja seurata perustason toimintaa. Tässä kohtaa näen funktionaalisen johtamisen vastaantulon mahdolliseksi.

Olen pyrkinyt osoittamaan koordinoinnin moniulotteisuutta organisaation toiminnan hallinnassa. Tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen rakentamisen ohella tämä on ohjannut myös tutkimuksen metodisia valintoja. Tapaustutkimuksen vahvuutena voidaan pitää sitä, että se ottaa huomioon tutkimuskohteen. Tapaustutkimuksessa muuttujien määrä ei nouse tutkijalle ongelmaksi, vaan vie tutkijan syvälle sisään ilmiöön. Tämän tutkimuksen kysymyksenaset-

teluissa käsitteelliset lähtökohdat, laadulliset aineistot ja niiden analysointi ovat osoittautuneet käyttökelpoisiksi.

Olen tarkastellut terveydenhuollon tietyn organisaatorajat ylittävän palveluketjukokonaisuuden toimivuutta perusterveydenhuollon, perustason erikoissairaanhoidon ja osin sosiaalipalvelujen näkökulmista vuosina 2003–2004. Ajanjakso osoittautui tutkimuksellisesti mielenkiintoiseksi ja haasteelliseksi, koska toiminnassa oli meneillään ja tulossa myös lisää muutoksia, jotka koskivat nimenomaan asiakaslähtöisen toiminnan vaatimuksia.

Tutkimus kohdentui palveluketjuun, jossa potilas tulee joko oman terveysaseman, päivystyksen tai yliopistollisen keskussairaalan kautta jatkohoitoon perustason erikoissairaanhoidosta vastaavaan sisätautisairaalaan. Palveluketju jatkuu siten, että potilas joko kotiutetaan sisätautisairaalaan kotihoitopalvelujen turvin tai siirretään edelleen jatkohoitoon kuntoutukseen, pitkäaikaissairaanhoidon tai vanhainkotiin. Tutkimusaineisto muodostui palveluketjun eri vaiheissa toimivien eri ammattiryhmiä edustavien asiantuntijoiden ja toiminnasta vastaavien esimiesten haastatteluista (N= 30). Lisäksi tapauksen palveluketjun kuvaamiseen käytettiin siihen soveltuvaa asiakirja-aineistoa. Eri ammattiryhmien haastattelu palveluketjuun liittyvistä eri yksiköistä on perusteltua, koska asiakkaan palvelu on moniammatillista yhteistyötä. Näin saatiin kattava näkemys koko palveluketjusta.

Voidaan tietysti kysyä, oliko tapaustutkimus oikea valinta vai olisiko asiaa voinut tutkia jollakin toisella tavalla. Koska terveydenhuollon potilaan hoitamista vastaavat yhteistyössä alan ammattilaiset ja kokonaistoiminnasta vastaavat yksikköjen johtajat, katsoin että he ovat parhaita kuvaamaan toiminnan todelli-

suutta. Onko sitten riittävää tutkia vain yhtä tapausta? Toki tutkimukseen olisi voinut ottaa rinnalle myös toisen tai useampia vastaavia palveluketjukokonaisuuksia. Valitsemani palveluketju on kuitenkin tutkimuskohteena laaja, koska sen läpi kulkee vuosittain noin 4000 potilasta ja siinä on noin 1200 toimijaa. Valittu tapaus kuvaa niin keskivertoa suomalaista terveydenhuollon asiakkaan palveluketjua, että sen tutkimustuloksilla on painoarvoa vastaavien palveluketjujen ja niiden hallinnan kehittämiseksi. Asiakasnäkökulma suljettiin pois tästä tutkimuksesta, koska lähtökohta oli organisatorinen.

Terveydenhuollossa hyvän hoitotuloksen aikaansaaminen ei monestikaan onnistu yhdeltä toimijalta, vaan siihen tarvitaan useamman asiantuntijan työn yhdistämistä tulokselliseksi toimintaprosessiksi. Terveydenhuollon toiminnassa näkyy usein tehottomuutta organisaatioiden rajapinnoilla, jonka asiakas helposti tunnistaa siirtyessään jatkohoitoon organisaatiosta toiseen. Asiantuntijoiden välinen yhteistyö ja organisaatioiden välinen tiedonkulku ei suju. Monesti toiminnassa asioita arvioidaan asiantuntijoiden näkökulmasta. Heidän asiantuntijakapasiteettinsa käyttöaste ja esimerkiksi työssä viihtyvyys saattavat ohjata päätöksentekoa.

Jos palveluketjuja pyritään kehittämään puuttumatta niiden hallintaan, on silloin vaarana vanhojen ongelmien uusiminen ja mahdollisesti niiden paheneminen. Asiakaskeskeinen ajattelutapa ja asiakkaan yhden ongelmakokonaisuuden kattavan palveluketjun hallinta ovat mielestäni avainsanoja terveydenhuollon toiminnan uudistamisessa. Tällainen suuntaus edellyttää kuitenkin myös joustavaa ja nopeaa sähköisessä muodossa olevaa tiedon siirtoa ja hyväksikäyttöä sekä palveluvastuiden määrittelyä.

7.2. Terveysthuollon palveluketjut ja prosessilähtöisen toiminnan koordinointi

Palveluketjun ydinongelmaa on vaikea lähestyä perusteellisesti vain yhdestä näkökulmasta. Kuten tutkimuksessa kävi ilmi, vaikuttavat palveluketjujen hallintaan monet eri asiat. Palveluketjua voidaan tarkastella asiakaslähtöisyyden ja siinä kulkevan tiedon hallinnan näkökulmasta, kuten kehittämissuhteissa tuli myös esiin.

Terveysthuollon organisaatioissa vallitsevat perinteet ja kulttuurit tukevat vielä totutun, hierarkkisen ja byrokraattisen yhteistyötavan säilymistä, jolloin yhteistyö käytännössä on tapahtunut enemmänkin horisontaalisesti. Vertikaalinen yhteistyö on monesti ylhäältä alas noudatettavaksi annettuja normeja ja määräyksiä.

Palveluketjujen kehittäminen vaatii julkisessa terveysthuollossa perinteisestä funktionaalisen reviiiri-ajattelusta luopumista. Reviiiri-ajattelu voi pahimmillaan johtaa kapea-alaisiin ja epämotivoiviin työtehtäviin, byrokraattisuuteen ja sitä kautta tehottomuuteen. Terveysthuollossa lähiesimiehen käsite on moninainen johtuen hierarkkisesta rakenteesta. Esimiesasemassa olevalle lähiesimies voi olla esimerkiksi tulosalueen tai terveysthuollossa johtaja tai ylihoitaja. Perustyötä tekeväille hoitohenkilöstölle lähiesimies on useimmiten osastonhoitaja tai -lääkäri. Hänen johtamisensa näkyy konkreettisimmin henkilöstölle ja vaikuttaa myös voimakkaasti työn tekemiseen. Toiminnan kehittämissuhteissa lähiesimiehet ovatkin avainasemassa. (Vrt. Jurvansuu, Stenvall & Syväjärvi 2004.)

Terveysthuollossa ja erityisesti erikoissairaanhoidossa on organisoiduttu perinteisesti tehtävien mukaan eri sektoreille tai erikoisaloille. Sektoriorganisaation ongelmaksi muodostuu se, että kukaan ei tunne omaksi tehtäväkseen johtaa sektoreiden ja osastojen tai yksikköjen läpi leikkaavia palveluketjuja, joiden kautta syntyy lopullinen asiakkaan tai potilaan saaman palvelun kokonaisuus. Poliittisten päättäjien näkökulmasta sektoritoimintamalli takaa ehkä toiminnan paremman ennustettavuuden, koska se reagoi hitaasti muutoksiin, jotka usein ohjataan ulkopuolisten velvoittamana. Nopeammin reagoiva toimintamalli vaatii enemmän toimintavapautta organisaation toiminnalliselle johdolle, ja samalla se vähentää poliittisten päättäjien mahdollisuutta vaikuttaa palvelun tuotantoon. (Vrt. Korhonen ym. 2000: 280.)

Prosessikeskeisessä kehittämisessä kokonaisvaltaisuus tarkoittaa jatkuvaa koko yhteisön tasolla tapahtuvaa eri yksiköiden ja hierarkiatasojen välistä vuorovaikutusta (vrt. Murto 1992: 31–32). Terveysthuollon prosessikeskeisen toiminnan kehittämisessä yhteisöä kehitetään ensisijaisesti alhaalta ylöspäin, koska perustehtävänä on asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen. Perustasolla työskentelevä henkilöstö on paras asiantuntijataso asiakkaiden tarpeiden tunnistamisessa. Asiakkaan tarpeista lähtevä toiminnan ja niihin vastaamisen onnistuminen edellyttää perustason henkilöstön kuulemista ja heidän vaikutusmahdollisuuksien takaamista. Johdon tuleekin tukea perustason toimintaa ja luoda sille optimaaliset toimintaedellytykset. Koko yhteisön menestyminen ja kehittäminen edellyttää kuitenkin kaikkien tasojen asiantuntijuuden kuten johdon, esimiesten ja työntekijöiden näkemysten, tiedon ja kokemusten hyödyntämistä.

Prosesseja voidaan kuvata prosessien johtamista, hallintaa ja parantamista varten. Prosessien johtaminen alkaa prosessien tunnistamisella ja määrittelyllä. Prosessien hallintaa on puitteiden määrittäminen prosessille ja siihen osallisille sekä heidän pitämistä ja ohjausta näissä puitteissa.

Prosessin suorituskyvyssä on kaksi komponenttia:

1. Kyky tehdä oikeita asioita → prosessin tarkoituksenmukaisuus ja vaikuttavuus sekä prosessin täsmällisyys
2. Kyky tehdä asioita oikein → prosessien normien mukaisuus, joustavuus ja tehokkuus

(vrt. Karimaa 2002: 6.)

Prosessin ohjaukseen kuuluu sen todentaminen, että toiminnan tulos on määritysten mukainen. Todentamiseen kuuluu havainnointia tai tarkkailua, tiedon hankintaa tai mittaamista sekä vertailua. Mittaukset kohdistuvat alku- ja lopputilanteeseen, suoritteisiin ja panoksiin. Todentamisen tulokset ohjaavat toimintoja. Prosessin omistaja vastaa prosessiensa arvioinneista ja jatkuvasta parantamisesta. Niiden tulee perustua samoin kuin prosessien ohjauksenkin sidosryhmien (asiakkaat, yhteiskunta, henkilöstö) vaatimuksiin, organisaation tavoitteisiin ja tosiasioihin. Tosiasioista on oltava tutkittua tietoa, joka on siis tutkimusten tulosta. Mittaukset ovat prosessin toimintojen tehtäviä. (Vrt. Karimaa 2002.)

Terveystieteiden prosessien ja palveluketjujen arvioinnissa on kiinnitettävä myös huomiota tiedon ja tietopalvelun laatuun. Onko tieto ajantasaista, todentamiskelpoista, kattavaa ja helposti saatavissa. Kommunikaatio- ja tietoteknologia mahdollistavat nykyään sellaista asiakaslähtöisyyttä, joustavuutta ja horison-

taalisuutta, jota voitiin aiemmin saavuttaa vain yhtenäisissä organisaatioissa. Teknologia ei kuitenkaan sinänsä ole mikään ratkaisu sellaisenaan terveydenhuollolle. Tietojärjestelmät voivat tukea toimintaa hyvin vain silloin, jos ne täyttävät prosessien tietovaatimukset.

Koordinointi on mielestäni keino, jolla terveydenhuollon organisaatiot voivat ottaa hallintaansa yli organisaatorajojen menevät palveluketjut. Koordinoimalla toiminnan eri osa-alueita palveluketjussa voidaan kasvattaa kykyä ratkaista ongelmia, joita organisaatiot yksinään eivät pysty ratkaisemaan. Palveluketjujen hallinnassa voidaan koordinoinnilla ohjata, kontrolloida ja integroida työtä yli organisaatorajojen.

Tutkimuksessa esiin nousseet palveluketjun hallinnassa koordinoitavat toiminnan osa-alueet; palveluprosessi, osaamisen johtaminen ja tiedon hallinta vastaavat osin teoreettisesti muodostettuja lähtökohtaisia ajatuksia. Vaikka teoreettinen ajattelu ohjasi tutkimusasettelua, niin tutkimusaineisto muodostui kuitenkin kertovasta materiaalista, jossa siis haastateltava kertoi omasta näkökulmastaan potilaan kulkua tapausprosessissa. Teoreettiset lähtökohdat ohjasivat tutkimuksessa haastattelun kokonaisuutta, mutta haastateltavalla oli melko suuri vapaus kertoa asioista omalla tavallaan. Aineiston tuloksia verrattiin teoreettisiin lähtökohtiin ja tutkimuksessa todettiin, että teoreettiset oletukset terveydenhuollon palveluketjujen hallinnasta olivat liian suppeat. Tutkimus toi siis esiin uusia näkökulmia siitä, millaisia toiminnan eri osa-alueita tulee koordinoida, jotta palveluketjun hallinta onnistuu.

Koordinointimekanismeja tulee mielestäni arvioida erikseen. Niiden arviointi ei kuulunut tähän tutkimukseen. Tutkimuksessa kuitenkin pyrittiin soveltamaan Mintzbergin kehittämiä koordinointimekanismeja, jotta saadaan jokin näkemys siitä, millaisia koordinointikeinoja eri asiayhteyksissä voidaan käyttää. Tavaltaan nämä koordinointimekanismit standardointi, suora ohjaus ja keskinäinen sopeutuminen ovat terveydenhuollossakin ennestään tuttuja. Teoreettisella tasolla ne tuntuisivat toimivilta myös palveluketjuajattelussa, mutta entä käytännön todellisuudessa?

Koordinointikeinojen soveltaminen tutkimuksessa nousseiden terveydenhuollon toiminnan eri osa-alueiden koordinoinnissa oli tässä tutkimuksessa puhtaasti teoreettinen. Jatkotutkimuksena saattaisi olla mielenkiintoista arvioida Mintzbergin koordinointimekanismien toimivuutta palveluketjuajattelua toteuttavassa terveydenhuollon organisaatiossa.

Tulevaisuudessa tiedon kulku terveydenhuollon organisaatioiden välillä tulee ehkä helpottumaan kansallisen potilaskertomusarkiston ja aluetietojärjestelmien kehittämisen myötä. Aluetietojärjestelmän käyttöönoton yleisenä tavoitteena on ollut tukea kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen suunnittelua ja ohjausta sekä mahdollistaa saumattomasti yli organisaatorajojen ulottuvan asiakkaan palveluketjun toteuttaminen. Viitetietojärjestelmän, yksilöllisen palveluketjusuunnittelun ja mahdollisten omanuovojapalvelujen avulla on pyritty poistamaan tai ainakin minimoimaan palvelujen saumakohdissa syntyviä viiveitä ja tiedonsaantiongelmia (vrt. Hyppönen, Hämäläinen, Pajukoski & Tenhunen 2005). Alueellinen tietohallintoyhteistyö tukee alueilla tapahtuvaa yhteistyötä potilaiden hoidon järjestämisessä ja asiakaslähtöisten palvelujen kehittämisessä (vrt. STM 2004a). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että terveyden-

huollon ammattihenkilö ottaa tietokoneen kautta yhteyden alueellisiin palveluihin ja päätöksentekojärjestelmiin ja saa näytölleen suoraan omaan työhönsä liittyviä palveluja. Tällä hetkelläkin alueilla on käytössä joitakin toimintamalleja, joissa potilastietoa luovutetaan sähköisesti. Yleisimpiä niistä ovat laboratoriovastaukset, lähetteet ja hoitopalautteet.

Alueellinen ja kansallinen tiedon hallinta edellyttää muutosta organisaatioiden jo vakiintuneesta, hyvin itsenäisestä tietoteknologian kehittämisestä kohti yhteistä sopimista ja tietojärjestelmiin liittyvien toimien yhteensovittamista (vrt. Häyrinen ym.2004). Toiminnallisesti kyse on ennen kaikkea terveydenhuollon eri toimijoiden ja toisaalta sosiaalialan toimijoiden arkipäivän sujuvasta yhteistyöstä ja palvelujärjestelmän saumakohtien poistamisesta asiakkaan ja potilaan tarvitseman palvelun lähtökohdista. Yhteistoiminnallisuuteen pystyvät potilaskertomusjärjestelmät, nykyistä tehokkaammin hyväksi käytetyt hallintojärjestelmät ja niiden perustalla toimivat laadun ja prosessihallinnan järjestelmät luovat edellytykset käytännön yhteistyölle.

7.3. Terveydenhuollon palveluketjuajattelun tulevaisuuden näkymät

Tutkimuksessa nousi esiin kolme terveydenhuollon toimintaan liittyvää kehittämissasiaa, jotka olivat asiakaslähtöisyyden näkökulma toiminnassa, palveluketjuajattelun kehittäminen ja tiedon kulun hallinnan kehittäminen palveluketjussa.

Taulukko 17. Terveysthuollon toiminnan kehittämisen haasteet.

1. Asiakaslähtöisyys toiminnassa
2. Palveluketjuajattelun kehittäminen
3. Tiedonkulun hallinta

Asiakaslähtöisyys toiminnassa

Asiakaslähtöisyydestä puhutaan aika yleisellä tasolla terveydenhuollossa ja se myös mainitaan monesti toimintastrategioissa. Se ei tutkimustulosten valossa kuitenkaan ole selvä lähtökohta toiminnalle tässä tapauksessa. Asiakaslähtöisyys on ollut monen terveydenhuollon organisaation johtavana periaatteena jo vuosia. Kehitys on kuitenkin ollut hidasta ja sen esteinä nähdään palvelujen organisointi, henkilöstön asenteet ja yhteistyön puute kansalaisten kanssa.

Viime vuosina asiakaslähtöisyyden tavoitteluun on saatu kuitenkin avuksi nopeasti kehittyvä tieto- ja kommunikaatioteknologia. Aito asiakaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että kukin asiakas saa henkilökohtaisen tarkoituksenmukaisen hoito- ja palvelukokonaisuuden, joka valmistellaan ammattihenkilöiden ja asiakkaan yhteistyönä. Hoitotietojen sähköinen välittäminen mahdollistaa tai oikeastaan myös vaatii hoitokäytäntöjen ja potilaille annettavien ohjeiden yhdenmukaistamista. Potilaan osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen korostuu, koska potilaalta pitää saada suostumus häntä koskevien hoitotietojen käyttöön.

Tulevaisuudessa tulee myös hoidossa korostumaan yhä enemmän potilaan oma osallistuminen, jonka edellytyksenä on tasavertainen ja toimiva yhteistyösuhde hoitohenkilöstön ja potilaiden välillä. Tärkeäksi muodostuu yhteisten päätösten tekeminen potilaan hoidon suunnittelussa, joka konkretisoituu erityisesti hoidon jatkuvuuden turvaamisessa. Terveystietojärjestelmiä kehitettäessä hoitohenkilöstön ja potilaiden kokemukset ja tarpeet on hyvä huomioida entistä paremmin ja ottaa heidät myös mukaan suunnitteluun mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Palveluketjuajattelun kehittäminen

Julkisen terveydenhuollon palvelujen ominaispiirre on mielestäni toiminnan prosessiluonteisuus. Palvelujen tuottaminen tapahtuu aina prosessina, johon osallistuu monia eri osapuolia ja tahoja. Asiakaslähtöistä toimintaa tukevana näkökulmana on mielestäni prosessilähtöisen toiminnan korostaminen. Prosessiorganisaatiossa asiat ryhmitellään asiakkaille arvoa tuottavien prosessien ympärille. Prosessikeskeisyys nähdään yleensä myös asiakaskeskeisyytenä. Toiminnan painopiste on kokonaisuuden sujuvuudessa eikä yksittäisen toimenpiteen tehokkaassa suorittamisessa. Prosessiorganisaatiossa onnistumista mitataan asiakastyytyvyydellä, joustavuudella ja läpimenoajoilla.

Ruotsissa on vuonna 1998 arvioitu, että terveydenhuollon uusi paradigma merkitsee muutosta hierarkioista verkottuneeseen terveydenhuoltoon ja siirtymistä pois tehtäväsuuntautuneesta ajattelusta prosessilähtöiseen toimintaan. Kaikki terveydenhuollon prosessit tulisi järjestää asiakkaan tai potilaan näkökulmasta käsin, jolloin potilaan uusi rooli tulee olemaan aktiivinen, laatu tietoinen ja palveluja vaativa verrattuna entiseen passiiviseen rooliin. Ruotsissa arvioitiin, että

uudelle toimintatavalle on olennaista tiedonvälitys ja sen edellyttämät digitaaliset potilaskertomukset olisi suunniteltava tiedonvälityksen tarpeista lähtien. (SPRI 1998.)

Samansuuntaisia ajatuksia on myös esitetty Suomessa. Palveluketjuihin tarvittava teknologia on sekä tietoteknologiaa että kommunikaatioteknologiaa. Sosiaali- ja terveysministeriön tietoteknologian hyödyntämisstrategiassa vuodelta 1995 korostettiin saumatonta hoito- ja palveluketjua toiminnallisena tavoitteena. Tärkeänä nähdään, että palveluketjun tukemiseksi kehitetään ja otetaan käyttöön tietoteknologiaa ja tietoteknisiä ratkaisuja. Yhdessä strategian keskeisistä linjauksista toivottiin muutosta ”palvelujen porrastus” – ajattelusta saumattomiin palveluketjuihin. Terveystieteiden organisaatioissa siirtyminen potilastietojärjestelmien käyttöön edellyttää aina myös toimintatavan muutosta. Lähtökohtana ei pidä olla teknologian käyttöönotto vaan palvelujen kehittämisen teknologiaa hyödyntäen.

Palveluhallinto edellyttää erikoistumista ja tulevaisuudessa yhä enemmän teknologia-intensiivistä hyvinvointihallintoa. Paikallinen aloitteellisuus ja paikalliset innovaatiot toimivat perustana palvelujen organisoinnissa. Palveluja tuottaessaan kunnat toimivat yhteistyössä ja palveluja uudistetaan tietotekniikan avulla. (Salminen 2002: 50.)

Potilaan tai asiakkaan ja hoitovastuussa olevien tahojen välisen viestinnän kehittämisessä voidaan hyödyntää sähköisten järjestelmien käyttöä. Sen on kuitenkin perustuttava luotettavaan potilaan, hoitavan henkilön ja organisaation tunnistamistapaan. (STM 2004: 45.) Esimerkiksi sähköinen ajanvaraus mahdollistaa sen, että potilas tai asiakas voi olla aktiivinen toimija sähköisessä järjes-

telmässä. Potilaan ja hoitavan henkilön välinen hoitotapahtumaan liittyvä keskustelu, tutkimustuloksista tiedottaminen, hoito-ohjeiden antaminen ja neuvon kysyminen on myös mahdollista sähköisten järjestelmien avulla. Myös näistä asiakkaan ja ammattilaisen välisistä sähköisistä asioinneista tehdään normaalit merkinnät potilaskertomukseen ja hoitovastuu on sama kuin muissakin terveydenhuollon palveluissa.

Palveluketjuajattelussa asiakkaan ongelmakokonaisuuden vaatimat toimet muodostavat ajasta, paikasta ja toteuttamisorganisaatiosta osittain riippumattoman kokonaisuuden. Palveluketju on siis toimintatapa, jossa asiantuntijoiden välisellä yhteistyöllä sekä asiantuntijan ja asiakkaan vuorovaikutuksella on keskeinen tehtävä. Palveluketju ja sen toteutus ei ole kytketty mihinkään nimenomaiseen organisaatioon, vaan se voidaan toteuttaa sekä horisontaalisesti hajautetussa organisaatiossa kuten myös vertikaalisessa palvelujen porrastusmallissa.

Monissa terveydenhuollon organisaatioissa korostetaan tasapainotettuja tulostavoitteita toiminnassa. Tasapainoisen tuloksellisuuden arvioinnin järjestelmässä on olennaista, että tulos- ja taloudellisuuslaskelmatietojen lisäksi tuotetaan myös vaikuttavuusnäkökulmaan, asiakasnäkökulmaan ja henkilöstön aikaansaannoskykyyn liittyvää arviointitietoa. (Vrt. Kaplan & Norton 1996.)

Mitkä ovat sitten palveluketjuajattelun ja tasapainotettujen tulostavoitteiden yhtymäkohdat? Palveluketjun tuloksellisuuden avainmittareiden identifioinnissa tulee mielestäni edetä vaikuttavuudesta henkilöstönäkökulmaan, prosessin sujuvuuteen ja taloudellisuuteen sekä palvelun laatuun ja asiakastyytyvyyteen. Mittareiden on ankkuroiduttava visioon ja strategiaan. Jokaisen näkökul-

ma-alueen arvioinnille määritellään käytännössä painopistealueita, jotka antavat heijastusvaikutteita myös toisiin osa-alueisiin. Palveluketjun tuloksellisuuden arvioinnin ymmärtämiseksi on myös määriteltävä miten eri painopisteet linkittyvät toisiinsa.

Palvelujen vaikuttavuudella tarkoitetaan palveluprosessien tai kokonaisten palveluketjujen kykyä saada aikaan haluttuja vaikutuksia. Vaikutuksia, jotka yleensä ilmenevät muutoksina asiakkaiden/potilaiden hyvinvoinnissa tai terveydentilassa, voidaan arvioida vasta palvelutilanteiden jälkeen. Vaikuttavuuden arvioinnin osana arvioidaan myös palveluiden riittävyttä ja kohdentuvuutta. Palveluiden riittävydellä tarkoitetaan sitä, miten hyvin palvelutarjonnalla pystytään kattamaan palveluiden tarve toimittavalla alueella. Palveluiden kohdentuvuuden arvioinnilla pyritään selvittämään kohdistuvatko tarjottavat palvelut oikein niitä tarvitseville. Palvelujen vaikuttavuuden, riittävyden ja kohdentuvuuden arviointia voidaan toteuttaa erilaisilla mittareilla, kuten esimerkiksi: asiakkaalle tai potilaalle koituvat hyödyt, palvelujen tarvitsijoiden määrä, palvelujen riittävyys alueellisesti ja kohderyhmittäin, palvelua jonottavien tai saavien määrä, palveluihin käytetyt varat kohderyhmittäin eli kustannusvaikuttavuus.

Henkilöstön aikaansaannoskyvyllä tarkoitetaan osaamista, innovatiivisuutta, viihtyvyyttä, yhteistyökykyisyyttä, henkilöstövoimavarojen tilaa, työmotivaatiota ja työkykyä. Henkilöstövoimavarojen tilaa kuvaavat koettu työelämän laatu, esimiesten ja alaisten välisten suhteiden laatu, työpaikan yhteistoiminnallisuus, työilmapiiri, viestintä ja työkulttuuri. Henkilöstön aikaansaannoskyvyn kuvaajina voidaan käyttää esimerkiksi mittareina pätevyyttä, koulutustasoa, työtyytyväisyyttä, työn kuormittavuutta, poissaoloja ja vaihtuvuutta.

Palveluketjun sujuvuus muodostuu sisäisestä palvelukyvyistä, palvelujen yhtäjaksoisesta jatkuvuudesta, yhteistoiminnan asteesta ja moniammatillisen osaamisen hyödyntämisestä. Palveluprosessin ja -ketjujen sujuvuutta voidaan mitata esimerkiksi aikoja kuvaavilla mittareilla ja prosessikuvausten avulla.

Tuottavuudella tarkoitetaan suoritteiden ja niiden tuottamiseen käytettyjen pannon suhdetta. Taloudellisuus on tuottavuuden käänteisluku, joka kuvaa sitä, miten paljon kustannuksia syntyy yhden tuotoksen tai suoritteen aikaansaamiseksi. Tavallisin laskentakaava on euroa per suorite. Palvelujen taloudellisuutta kuvaa myös esimerkiksi kapasiteetin käyttöaste suhteessa olemassa oleviin resursseihin.

Palvelun laadulla ja asiakastyytyvyydellä tarkoitetaan välittömien palvelutilanteiden ja asiakkaiden tai potilaiden kohtaamisen laadukkuutta. Palvelun laatua voidaan kuvata objektiivisina havaintoina tai subjektiivisina kokemuksina. Asiakastyytyvyyttä voidaan arvioida palveluprosessin ja -ketjun eri vaiheissa: palvelun käynnistyessä (esim. palvelun saanti, jonotusaika, palvelusta tiedottaminen), palvelutilanteessa (esim. henkilöstön palvelualttius ja ystävällisyys, asiakkaan tarpeiden huomioon ottaminen, asioinnin sujuvuus, palveluhenkilöstön ammattitaito, palveluympäristön viihtyvyys) ja palvelutilanteen jälkeen (esim. kotiutuksen tai jatkohoidon sujuvuus ja asiakkaiden tarpeiden moniammatillinen kokonaisvaltainen huomiointi).

Visiot ja strategiat ovat pitkän tähtäimen suunnitelmia, mutta saumattoman palveluketjun tuloksellisuuden arvioinnin eri näkökulma-alueita kuvaavat mittarit voivat olla muuttuvia tarkoituksenmukaisuuden mukaisesti.

Asiakaslähtöisen palveluketjuajattelun käyttöönotto on suuri muutos terveydenhuollossa. On suuri haaste siirtyä hierarkkisesta ja erilaisiin toimintoihin sektoroituneesta ja yksittäisen toimintayksikön tehokkuutta korostavasta ajattelusta asiakkaan etua ja palvelujen kokonaisuuden hallintaa sekä yhteistyötä korostavaan toimintamalliin. Ajattelun muutos koskettaa asiakasta, ammattilaista, hallintoa ja koko organisaatiota.

Terveydenhuollon vanhat hierarkkiset hallintomallit ovat syntyneet johtavien professioiden ja niille alisteisten ammattiryhmien hierarkkisista suhteista. Aito pyrkimys matalien horisontaalisten ja asiakaslähtöisten rakenteiden kehittämiseksi saa helposti vastaansa hallinnon lisäksi myös professiot tai niiden vallassa olevat. Vastarintaa syntyy voimakkaimmin silloin, kun muutos uhkaa ammattiryhmien välisiä ja sisäisiä suhteita. (Vrt. Rintala, Elovainio ja Heikkilä 1997, Taskinen, Sinkkonen ja Kinnunen 1995.)

Tällä hetkellä sairauksia hoidetaan ja terveyttä ylläpidetään vielä monien yksittäisten, irrallistenkin hoitotapahtumien avulla. Hyvinvoinnin kannalta on kuitenkin tärkeää se, millaisia kokonaisuuksia potilaan hoidoista muodostuu, miten potilas itse kokonaisuuden ymmärtää ja miten eri kokonaisuudet – palvelu- ja hoitoketjut – toisiinsa suhteutuvat. Tietojärjestelmien avulla kerätään ja tallennetaan tietoa vielä tänäkin päivänä terveydenhuollossa pääasiassa lähinnä osasto- tai klinikkakohtaisesti toiminnan ohjaukseen tai muita omia tarpeita varten toisista riippumatta.

Tiedonkulun hallinta

Tiedonkulku yksiköiden välillä on usein sattumanvaraista ja potilaiden hoidon jatkuvuuden kannalta tarvittavaa tietoa ei aina ole heti saatavilla. Potilaan näkökulmasta kuvattu tilanne ei ole hyvä. Siirtyessään jatkohoitoon yksiköstä tai organisaatiosta toiseen potilas joutuu usein vielä selittämään oireensa ja aiemmin saamansa hoitonsa aina uudelleen. Tiedonkulun ongelmista johtuen potilas saattaa joutua odottamaan tarpeettomasti, tekemään turhia soittoja ja tiedusteluja ja käyntejä. Potilas saattaa tuntea, ettei kukaan halua ottaa hänen hoidostaan kokonaisvastuuta. Usein kuitenkin riittää, että potilaan hoitotiedot ovat reaaliaikaisesti kaikkien asianomaisten saatavilla. Nykyisten tietojärjestelmien avulla se on mahdollista.

Tietojärjestelmien avulla voidaan muodostaa ajantasainen yhteenveto tai tiivistelmä hoidosta ja annetuista palveluista, jotka ovat kaikkien osapuolten nähtävissä organisaatiosta tai yksiköstä riippumattomasti. Myös palveluketjukokonaisuudesta voidaan muodostaa yhteenveto. Saumaton palveluketju on sähköisen tiedonsiirron avulla mahdollista, kun asiakkaan palvelussa ja hoidossa on saatavilla tarvittava tieto ja se on myös siirrettävissä reaaliaikaisena tarvittaviin jatkohoitopaikkoihin.

Tarpeellisen tiedon tulisikin olla rajoituksetta ja viiveettä kaikkien palveluun tai hoitoon osallistuvien käytössä riippumatta paikasta, jotta sujuva yhteistyö eri ammattiryhmien välillä ja organisaatioiden kesken mahdollistuisi. Esimerkiksi hoidon tiivistelmälehti toimii jatkuvakäyttöisenä potilaskertomuksen dokumenttina. Tiivistelmä on yhteenveto, jossa on koottuna potilaan kokonaishoidon kannalta olennaiset asiat eri hoitajaksoilta. Jatkohoidon eri muodot ovat

myös monesti puutteellisesti koordinoituja ja potilaalla saattaa olla samanaikaisesti useita lähetteitä erityyppisiin palveluihin. Hoidon tiivistelmälehti toimii myös lähetteenä toiseen hoitolaitokseen, kotisairaanhoidon tai muualle potilaan jatkohoidosta vastaavalle henkilölle. Myös hoidosta suoritettujen kirjaimisten tiivistäminen ja lähettäminen edelleen potilaan hoitopaikan muuttuessa mahdollistaa sen, että hoito jatkuu saumattomasti organisaatiosta toiseen. Tiedot ovat selkeitä ja helposti löydettävissä, kun dokumentit laaditaan yhteisesti sovittua rakennetta käyttäen.

Tiedonkulun hallinta edellyttää palveluketjuun kuuluvien prosessien tunnistamista, potilaskertomuksen yhtenäisistä rakenteista sopimista eri käyttöjärjestelmissä, toimintojen uudelleenorganisointia ja prosessien kokonaisuuden hallintaa sekä organisaatioiden ja eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Palveluketjun sujumisen kannalta on välttämätöntä, että eri toimijoiden keskinäisten vastuiden selkeyden lisäksi on määritelty kuka vastaa palveluketjun sujumisesta.

SUMMARY

THE MANAGEMENT OF CARE PATHWAYS IN PUBLIC HEALTH CARE: The Management of Process based functions from the Viewpoint of Coordination

The aim of the study is to analyse the management of care pathways in public health care from the point of view of coordination. The concepts of management and coordination are based on organization theories. The health care services are seen to be based on processes, professional competence, and cooperation.

The theoretical thinking is based on the notion that the management of care pathways is possible through the coordination of service or care processes, cooperation and competence division between different professionals. The coordination means used are the coordination mechanisms created by Mintzberg. The concepts of management and coordination are based on organization theories.

In the study, two main questions were investigated: (1) What is the management of care pathway in health care? (2), How can health care pathways be managed through the coordination of the process based functions of health care?

Empirically, the study concerns the specific care pathways in public health care. The case study involves the pathway of a patient who comes from a health centre, emergency room, or from a university hospital to get treatment

in the internal diseases ward of a district hospital. The qualitative research of this care pathway case study consists of interviews (N = 30) with the different professionals and their superiors working in that case pathway. The empirical materials also include documents.

It appears that the theoretical point of view was too narrow. In the management of a care pathway you can not exclude the fact that the functions and operations of public health care are based on profit centres or sectors and process based thinking does not cover the whole organization's functions. From the patient's and care professional's point of view, the function or care is process based, but from the health care management point of view the functions are sector based. Public health care is strongly committed to result thinking and it was not possible to study the case only from the process based point of view.

As a result of the study, the management of healthcare pathways is defined as the coordination of functional actions and process based functions. The results reveal that the management of care pathway demands the coordination of the different sectors of organizational functions such as the coordination of service or care processes, competence and co-operation between different professionals, and the management of organizational functions and information. There are many mutually dependent factors in each sector, which need specific coordination mechanisms. The coordination means used were those coordination mechanisms developed by Mintzberg (1979).

The flow and continuity of service or a care process demand a person responsible for taking care of the process in his/her own unit and also in the co-operation with the person responsible in the borders of two units or two organizations. Mintzberg's coordination mechanism used in such a situation is straight guidance, given by the person responsible. The care processes should be defined, described or modelled, and they should follow up and be assessed at the unit levels and in the borders. The coordination mechanism used here is standardization. This means that the common care processes of the unit will be described and the common care instructions will be standardized.

With the help of information systems it is possible to manage the information in service or care processes and care pathways. In this case, the data is available for all professionals inside the same organization. The data of service or care processes can be standardized so that everybody knows that the base data of the care is available for everyone. On the other hand, the data or information management also needs to be coordinated with straight guidance. The security and maintenance of an information system is the responsibility of the organization's management. The person responsible needs to take care of the data flowing in the service or care process and care pathways with the coordination mechanism of straight guidance.

The challenge of knowledge management in this study is how to maintain the competence of the various health care professionals. The management of knowledge in health care is based on the coordination of sustaining competence, and exploiting the competence and co-operation between different professionals. The task of the management of an organization is to understand the core competence needed and how to use it in different cases.

Health care services are based on the competence of the specialists and different professionals. Competence increases in care processes and care pathways where many different specialists and professions participate. Maintaining competence, by focusing and dividing it reasonably, demands straight guidance as a coordination mechanism. To define the basis level of competence, standardization is needed. This means that the necessary educational level and the level of competence must be defined at the different phases of the care pathway. Similar to co-operation, competence can also be coordinated with straight guidance.

Multi-professional co-operation is important in the care processes of the units as well as in the borders of two organizations. Co-operation can be coordinated through common agreements regarding care or treatment, especially on the borders of organizations between specialists, and through multi-professional meetings. The co-operation between different professionals must be supported by their superiors in the care processes and care pathways. From the care pathway flow point of view, the co-operation between professionals is most important. The communication between professionals must be clear and, especially at the borders of organizations, the best practice should be defined.

The study raised three development themes: the patient centred point of view in care, the development of care pathway thinking, and the management of information and data in the care pathway.

The management of a care pathway first demands the creation of a patient centred culture and solid co-operation between health care units, from the holistic patient care point of view. The management of care pathways needs co-operation between directors and managers. In practice it could be arranged so that a process owner is named from every result unit, and these people are together responsible for the whole care pathway.

Coordination is a possibility or a mean for how public health care organizations can manage care pathways. By coordinating the different sectors of health care pathway functions, problems which organizations can not solve alone can be solved. In the care pathways, coordination makes it possible to conduct, control and integrate care through the organization borders.

In my opinion, the management of care pathways should be developed so that horizontal influences will be strengthened. The vertical influences should not create barriers to the development of horizontally flexible process based functions. From the care pathway flow point of view, it should be wise to slowly move vertically emphasised structures in a more horizontal direction. Patient centred thinking is a great change in health care. It is very demanding to move from hierarchical sector structures and from an efficiency enhancing organization to patient centred thinking where patient benefits, holistic care and the co-operation between professionals are important values. This change in thinking touches the patient, professionals, management and the whole organization.

LÄHTEET

- Ahonen, Pertti (1989). *Hallinto hallintana. Hallinnon teorian avaimet*. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Alasuutari, Pentti (1994). *Laadullinen tutkimus*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Alter, Catherine & Jerald Hage (1993) *Organizations Working Together*. London: Sage.
- Anttiroiko, Ari-Veikko (2000). *Julkishallinnon haasteet tietoyhteiskunnassa*. Esitelmä julkisen hallinnon verkkoasioinnin huippuseminaarissa 23–24.5.2000. Saatavissa: <http://www.uta.fi/~kuaran/koli.html>.
- Argyris, Chris & Donald Schön (1978). *Organizational Learning. A Theory of Action Perspective*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Benner, Patricia (1989). *Aloittelijasta asiantuntijaksi*. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Blåfield, Heikki (1996). *Laatua palveluihin prosessijohtamisella*. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Kuntaliiton painatuskeskus.
- Bolland JM & JV Wilson (1994). Three Faces of Integrative Coordination: A Model of Interorganizational Relations in Community-based Health and Human Services. *Health Services Research* 29:3, 341–357.
- Choo, Chun Wei (1998). *The Knowing Organization*. New York: Oxford University Press.
- Crowston, Kevin & Charles Osborn (1998). *A Coordination Theory Approach to Process Description and Redesign*. Massachusetts Institute of Technology. Center of Coordination Science.
Available: <http://ccs.mit.edu/1998wp.html>.
- Dreyfus, H.L. & S.E. Dreyfus (1986). *Mind over Machine: The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer*. Oxford: Basil Blackwell.

- Drucker, Peter F. (1969). *Käytännön liikkeenjohto*. Helsinki: KK:n Laakapaino.
- Elovainio, Marko, Tiina Kalliomäki–Levanto & Mika Kivimäki (1997). *Työ, yhteistyö ja asiantuntemuksen jakautuminen väestövastuisessa tai alueellisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Stakes. Tutkimuksia 79. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Engeström, Yrjö (1987). *Terveyskeskuslääkäreiden työn kehittämistutkimus: Levikeprojektin tutkimushankkeen I väliraportti*. Helsinki: Espoon kaupungin painatuskeskus.
- Engeström, Yrjö, Osmo Saarelma, Kirsti Launis, Riitta Simoila & Raija-Leena Punamäki (1991). *Terveyskeskusten uuden työtavan kehittäminen*. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 7/1991. Helsinki: VAPK.
- Engeström, Yrjö (1998). *Kehittävä työntutkimus*. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Engeström, Yrjö & David Middleton (1998). *Cognition and Communication at Work*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ensio, Antero, Niilo Saranummi, Mika Laine & Jaakko Vuolasto 2004. *Aluearkkitehtuuri 2005*. Luonnos jatkotyöskentelyä varten. Versio 1.0. Saatavissa: <http://www.terveyshanke.fi>.
- Eskola, Jari & Markku Suoranta (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Exworthy Mark & Halford Susan (1999). Professionals and Managers in Changing Public Sector: Conflict, Compromise and Collaboration. In: *Professionals and the Managerialism in the Public Sector*. Eds Mark Exworthy & Susan Halford Philadelphia: Open University Press.
- Follett, Mary Parker (1940). *Dynamic Administration. The Collected Papers of Mary Parker Follett*. Eds H.C. Metcalf & L.F. Urwick. New York: Harper & Broth. Publication.
- Fayol, Henry (1990). *Johtamisen perusteet*. Administration industrielle et generale. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Frilander, Pertti (1997). *Työorganisaation tiimittäminen ja tiimityön kehittäminen*. Työturvallisuuskeskus. Helsinki: Teroprint Ky.
- Grönfors, Matti (1985). *Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät*. Porvoo: WSOY.
- Hannus, Jouko (1994). *Prosessijohtaminen. Ydinprosessien uudistuminen ja yrityksen suorituskyky*. HM & V Research. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Halverson, PK, GP Mays & AD Kaluzny (2000). Working together? Organizational and Market Determinations of Collaboration between Public Health and Medical Care Providers. *American Journal of Public Health*, Vol 90, Issue 12, 1913–1916.
- Harisalo, Risto & Ensio Miettinen (2004). *Hyvinvointivaltio. Houkutteleva lupaus vai karvas pettymys*. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Hautamäki, Antti (1992). *Tehokkaat palveluorganisaatiot. Palvelustrategioiden suunnittelumenetelmä ja työkirja*. Valtion kehittämiskeskus. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Haveri, Arto (2002). Uusi julkisjohtaminen kunnallishallinnon reformeissa. *Hallinnon tutkimus*, Vol 21, Nro 1, 4–19.
- Heikkilä, Anneli (Toim.) (1987). *Yhteistyöllä tuloksiin*. Vantaa: Kunnallispaino Oy.
- Heikkilä, Jussi & Mikko Ketokivi (2005). *Tuotanto murroksessa. Strategisen johtamisen uusi haaste*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, Sirkka & Helena Hurme (2001). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka, Pirkko Remes & Paula Sajavaara. (2001). *Tutki ja kirjoita*. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Holma, Aulikki, Katri Lappalainen & Sinikka Pilkevaara (1997). *Näkymätön näkyväksi - tieto, osaaminen ja Knowledge management*. Erikoistyö 1997:8. Espoo: Teknillinen korkeakoulu.

- Huxham, Chris (1996). *Creating Collaborative Advantage*. London: Sage Publications.
- Huotari, Maija-Leena (1999). *Tietohallinto. Johdatus informaatiotutkimukseen*. Helsinki: BTJ Kirjastopalvelu Oy.
- Hyppönen, Hannele, Päivi Hämäläinen, Marja Pajukoski & Emmi Tenhunen (2005). *Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun ko-keilulain (22.9.2000/811) toimeenpanosta kokeilualueilla*. Stakes. Raportteja 6/2005. Helsinki.
- Hyvönen, Saara (1983). *Coordination and Cooperation in vertical Marketing Systems: A Model Verification*. Helsingin kauppakorkeakoulun julkaisuja B-63. Helsinki: Helsingin kauppakorkeakoulun kuvalaitos.
- Häyrynen, Kristiina, Jari Porrasmaa, Jorma Komulainen & Kauko Hartikainen (2004). *Sähköisen potilaskertomuksen yhdenmukaiset rakenteiset ydintiedot. Loppuraportti 3.2.2004*. Osaavien keskusten julkaisuja 5/2004.
- Itkonen, Pentti (2005). *Tietoteknisesti tuettu terveydenhuollon alueellinen yhteistyö*. Kuopion yliopisto. Julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 47. Kuopio.
- Itkonen, Pentti (2005). Informaatioteknologian vaikutus strategiseen johtamiseen ja toiminnan organisointiin. Teoksessa: *Terveys ja johtaminen 2005*. Toim. Jari Vuori. Porvoo: WSOY.
- Jespersen, Peter Kragh (2001). New Public Management reformer idet danska sygehusfelt. Udfordringer til de professionelle styringsrationaler. *Nordiska Administrativt Tidskrift* 82 (1), 22–40.
- Johnson, Sue (1997). What is a Pathway of Care. In: *Pathways of Care 21-43*. Ed. Sue Johnson. Blackwell Science. Oxford, pp. 21–43.
- Jurvansuu, Hanna, Jari Stenvall & Antti Syväjärvi (2004). *Informaatioteknologia ja työyhteisön toimintatapa terveydenhuollossa*. TEL LAPPI-arviointi. Tykes. Raportteja 33. Helsinki.
- Juuti, Pauli (1989). Organisaatiokäyttäytyminen. *Johtamisen ja organisaation toiminnan perusteet*. Aavaranta-sarja n:o 18. Helsinki: Otava.

- Jylhä, Jukka (1989). *Palveluorganisaation johtaminen*. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Järvenpää, Eila & Jari Ylitalo (2004). *Organisaatiot ja johtaminen*. Teoksessa: Lehtonen Juha-Matti (toim.) *Tuotantotalous*. Helsinki: WSOY.
- Kallio, Kyösti (1979). *Yhteistyö ryhmässä*. Espoo: Weilin + Göös.
- Kalpa, Hanna & Sirpa Kuusisto-Niemi (1997). *Jäsennellyn tiedon avulla palveluketjujen hallintaan*. Asiakas- ja potilasasiakirjojen loppuraportti. Stakes. Aineistoja 11/1997.
- Kaplan, Robert S. & Norton David P. (1996) *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Actions*. Boston: Harvard Business School Press.
- Karimaa, Erkki (2002). *Prosessien kuvaukset. Yleinen rakenne, esitysmuoto ja käsitteet*. JHS 152. Suomen Kuntaliitto.
- Karlöf, Bengt (1999). *Johtamisen käsitteet ja mallit*. Porvoo: WSOY- kirjapainoyksikkö
- Katzenbach, Jon & Douglas Smith (1996). *Tiimit ja tuloksekas yritys*. Porvoo: WSOY.
- Kekki, P. (1990). *Teamwork in Primary Health Care*. WHO, Europublication series. ICP/HMD 159/7567, 3-6.
- Kiikkala, Irma (2000). *Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Teoksessa: Nouko-Juvonen, Susanna, Pekka Ruotsalainen ja Irma Kiikkala (toim.) *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Helsinki: Tammi.
- Kiiskinen, Satu, Anssi Linkoaho & Riku Santala (2002). *Prosessien johtaminen ja ulkoistaminen*. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Kinnunen, Juha (1988). *Kuopion terveyskeskuslääkärien vastaanottotoiminnan palvelukyky*. Kuopion yliopiston julkaisuja. Alkuperäistutkimukset 2/1988. Kuopio.

- Kirjavainen, Paula & Ritva Laakso-Manninen (2000). *Strategisen osaamisen johtaminen*. Helsinki: Edita Ab.
- Kiviniemi, Markku, Raili Oittinen, Seppo Varhe, Jouni Niskanen & Ari Salminen (1994). *Julkiset palvelut menevät markkinoille. Kokemuksia ja näkemyksiä liikelaitostamisesta ja yhtiöittämisestä*. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Korhonen, Kari, Riku Santala, Pekka Utriainen & Ritva Teräväinen (2000). Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisen prosessimalli, esimerkkinä Lahti. *Hallinnon tutkimus* 19: 3: 279-287.
- Kovero, Camilla & Kirsti Launis (1999). *Terveystenhoito muuttuvana asiantuntijatoimintana, kaksi tapausesimerkkiä*. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 163. Helsinki: Hakapaino Oy.
- KTM (2001). *Aineettoman pääoman mittaaminen ja raportointi*. Kauppa- ja teollisuusministeriön julkaisuja 2001/7.
- Kvist, Hans-Henry, Sami Arhomaa, Kimmo Järvelin & Jukka Räikkönen (1995). *Asiakasprosessit. Miten parannat tulosta prosesseja kehittämällä*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Laamanen, Kai (2003). *Johda liiketoimintaa prosessien verkkona*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Laamanen, Kai & Markku Tinnilä (2002). *Prosessijohtamisen käsitteet*. MET-julkaisuja nro 6. Tampere: Tammerpaino Oy.
- Launis, Kirsti (1994). *Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa. Käsitteitä ja arkikäytäntöjä*. Stakes. Tutkimuksia 50. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Lawler E., D. Nadler & C. Cammann (1980). *Organizational Assessment. Perspectives on the Measurement of Organizational Behavior and the Quality of Work Life*. A Wiley-interscience publication. John Wiley & Sons.
- Lehtimäki, Hanna (1996). *Coordination through Social Networks*. Yrityksen taloustieteen ja yksityisoikeuden laitos. Tampereen yliopisto. Series A 1, Studies 43. Tampere: Tampereen yliopiston jäljennepalvelu.

- Lehto, Juhani (2000). Saumaton palveluketju mosaiikkimaisessa järjestelmässä. Teoksessa: Nouko-Juvonen, Susanna, Pekka Ruotsalainen ja Irma Kiikala (toim.) *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Helsinki: Tammi.
- Leppänen, Anneli (2000). *Työprosessien mallintaminen tukemaan työn ja osaamisen kehittymistä*. Työterveyslaitos. Helsinki: Miktor.
- Leppänen, Anneli & M. Olkinuora (1984). *Psyykinen stressi terveydenhuoltotehtävissä*. Työterveyslaitoksen tutkimuksia 2, lisänumero 1, 67–79. Helsinki.
- Lillrank, Paul (2004). Palvelut. Teoksessa: Lehtonen Juha–Matti (toim.) *Tuotantotalous*. Helsinki: WSOY.
- Lillrank, Paul, Jaakko Kujala & Petri Parvinen (2004). *Keskeneräinen potilas. Terveydenhuollon tuotannonohjaus*. Helsinki: Talentum.
- Lillrank, Paul & Petri Parvinen (2004). Omistaja, prosessi, potilas. *Suomen Lääkärilehti* 10/2004, 1052–1055.
- Lumijärvi, Ismo (1988). *Tuloksellisuuden arvioiminen julkisessa hallinnossa*. Vaasan korkeakoulun julkaisuja. Tutkimuksia No 133, Hallintotiede 6.
- Lähdesmäki, Kirsi (2003). *New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen*. Acta Wasaensia No 113. Hallintotiede 7. Vaasan yliopisto.
- Malone, Thomas W. & Kevin Crowston (1994). The Interdisciplinary Study of Coordination. *ACM Computing Surveys*, 26: 1 (March), 87-119.
- Miles, Matthew & A. Michael Huberman (1994). *Qualitative Data Analysis. An expanded Sourcebook*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Mill, John Stuart (1887). *System den deduktiven und induktiven Logik. Principen wissenschaftlicher Forschung, Insbesondere der Naturforschung*. Braunschweig: Druck und Verlag Friedrich Vieweg und Sohn.
- Mintzberg, Henry (1979). *The Structuring of Organizations*. NJ: Prentice Hall.
- Mintzberg, Henry (1983 ja 1990). *Organisaatiosuunnittelu. Structure in fives*. Helsinki: Rastor –Julkaisut.

- Murto, Kari (1992). *Prosessin johtaminen. Kohti prosessikeskeistä työyhteisön kehittämistä*. Jyväskylän Koulutuskeskus Oy. Jyväskylä: Saarijärven Offset Oy.
- Mäkisalo, Merja (1999). *Me teemme sen. Hoitotyöntekijä oman työnsä tutkijana ja kehittäjänä*. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Niemi-lilahti, Anita (1992). *Itsehallinnon ideaalimallin kehitys ja reaali maailma. Ideaalityyppimetodi kunnallisen itsehallinnon käsitteen ja pohjoismaisen hyvinvointivaltion itsehallinnon tulkinnassa*. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia no 163. Hallintotiede 11. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Vaasan yliopisto.
- Niiniluoto, Ilkka (1983). *Tieteellinen päättely ja selittäminen*. Helsinki: Otava.
- Nikkilä, Juhani (1992). *Hallintotyön ympäristö. Kohti tuloksellista ja palvelevaa hallintoa*. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Nonaka, Ikujiro & Hirotaka Takeuchi (1995). *The Knowledge Creating Company*. New York: Oxford University Press.
- Nurmi, Timo, Ilkka Rekiaro, Päivi Rekiaro & Timo Sorjanen (2001). *Suuri sivistyssanakirja*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Nuutinen, Lauri, Matti Nuutinen & Marina Erhola (2004). Käypä hoito – suositukset alueellisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen pohjana. *Duodecim* 120, 2955 –2962.
- Nuutinen, Matti (2000). Hoitoketju. *Duodecim* 116, 1821–1828.
- Nylander, Olli, Simo Pelanteri, Miika Linna & Mikko Nenonen (1998). *Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasvirrat ja palveluketjut 1995*. Tilastoraportti 1998/18. Stakes. Helsinki: Stakesin monistamo.
- Ollila, Seija (2004). *Osaamisen strateginen johtaminen julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa. Johtamisen kehittämishaasteet henkilöstön osaamisen näkökulmasta*. Licensiaatintutkimus. Hallintotieteiden tiedekunta. Vaasan yliopisto.

- Ollila, Seija (2006). *Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa. Johtamisosaamisen ulottuvuudet työnohjaukselliseen näkökulmana*. Acta Wasaensia No 156. Sosiaali- ja terveyshallinto 1. Hallintotieteiden tiedekunta. Vaasan yliopisto.
- Patton, Michael Quinn (1987). *How to use Qualitative Methods Evaluation*. Newbury Park: Sage Publications.
- Patton, Michael Quinn (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park: Sage Publications.
- Pahkala, Kimmo, Sami Pahkala & Pekka Laippala (1999). *Työtä ja työyhteisöä kuvaavien tekijöiden vertailu perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa*. Hallinnon tutkimus 1, 77–92.
- Pekonen, Kyösti (1995). *Kohti uutta hallinta-ajattelua julkisessa hallinnossa?* Hallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Peltokorpi, Antti, Jaakko Kujala & Paul Lillrank (2004). *Keskeneräisen potilaan kustannukset*. Kunnallisan kehittämässätiön tutkimusjulkaisut. Nro 45.
- Pollitt, Christopher & Geert Bouckaert (2004). *Public Management Reform. A Comparative Analysis*. New York. Oxford University Press.
- Øvretveit, John (1995). *Moniammatillisen yhteistyön opas*. Helsinki: Hakapaino.
- Ragin, Charles C. & Howard S. Becker (1992). *What is a Case? Exploring the Foundations of Social Inquiry*. New York: Cambridge University Press.
- Rintala, Taina, Marko Elovainio & Martti Heikkilä (1997). *Osiensa summa. Tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistämisen taistoista ja vaikutuksista*. Stakes, tutkimuksia 75. Helsinki
- Ruotsalainen, Pekka (2000). *Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia*. Teoksessa: .) *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Toim. Susanna Nouko-Juvonen, Pekka Ruotsalainen ja Irma Kiikkala. Helsinki: Tammi.
- Salminen, Ari (2002). *Hallintotiede. Organisaatioiden hallinnolliset perusteet*. Helsinki: Edita Primo Oy.

- Sarala, Urpo & Anita Sarala (1998). *Oppiva organisaatio, oppimisen, laadun ja tuotavuuden yhdistäminen*. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus - ja koulutuskeskus. Tampere: Tammer-Paino.
- Senge, Peter (1990). *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday.
- Senge, Peter, Art Kleiner, Charlotte Roberts, Richard Ross & Bryan Smith (1994). *The Fifth Discipline Fieldbook, Strategies and Tools for Building a Learning Organization*. New York: Doubleday.
- Simoila, Riitta (1994). *Terveystenhoitajan työn kehitys, ristiriidat ja työorientaatiot*. Tutkimuksia 48. Stakes. Helsinki: VAPK.
- Simon, Herbert A. (1979). *Päätöksenteko ja hallinto*. Espoo: Welin + Göös kirjapaino.
- Sinkkonen, Sirkka & Kinnunen Juha (1994). *Arviointi ja seuranta julkisella sektorilla*. Kuopio: Kuopion yliopisto painatuskeskus.
- Sinkkonen, Sirkka & Helena Taskinen (2005). Johtamisosaamisen vaatimukset terveydenhuollossa. Teoksessa: *Terveys ja johtaminen*. Toim. Jari Vuori. Porvoo: WSOY
- SPRI (1998). Introducing Computer-Based Patient research. Prerequisites and Requirements. *SPRI rapport*, nr 477. Stockholm.
- Stakes (1997). *Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto; sosiaali- ja terveydenhuollon laatusanasto*. Ohjeita ja luokituksia 2. Stakes ja Tekniikan Sanastokeskus. Helsinki.
- Stakes (2002). *Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten*. Saatavissa 2.4.06:
<http://www.stakes.fi/oske/terminologia/kaaviot/kasite01.htm>
- STM (1998). *Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntäminen*. Osa I. Saumaton hoito- ja palveluketju. Asiakaskortti. Työryhmämuistioita 1998:8. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön monisteita.

- STM (2002a). *Toimenpide-ehdotukset palvelujärjestelmän toiminnallisten ja hallinnollisten rakenteiden uudistamiseksi sekä tehokkuuden ja taloudellisuuden lisäämiseksi*. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 15.1.2002. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2002b). *Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi*. Sosiaali- ja terveysministeriö työryhmämuistioita 3.
- STM (2004a). *Sähköisen potilaskertomuksen yhdenmukaiset rakenteiset ydintiedot*. Loppuraportti 3.2.04. Osaavien keskusten julkaisuja 5.
- STM (2004b). *Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus*. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 3. Saatavissa 25.10.05: <http://stm.fi>.
- STM (2004c). *Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti*. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 18.
- Stähle, Pirjo & Mauri Grönroos (1999). *Knowledge Management - tietopääoma yrityksen kilpailutekijänä*. Porvoo: WSOY.
- Suominen, Tarja, Mikko Nenonen, Olli Nylander, Hannu Rintanen & Simo Pelanteri (2002). *Palveluketjun toimivuuden analysoinnin menetelmät johtamisen apuna*. Ylihoitajalehti 3, 12–15.
- Sveiby, Karl-Erik (1990). *Valta ja johtaminen asiantuntijaorganisaatiossa*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Sydänmaalakka, Pentti (2002). *An Intelligent Organization. Integrating Performance, Competence and Knowledge Management*. Oxford: Capstone Publishing Limited.
- Tanttu, Kaarina (2001). *Yhteistyöhön oppiminen äitiyshuollossa*. Tutkimus äitiysneuvoloiden ja synnytysklinikan yhteistyön taustasta ja tiimien toiminnasta 1998–2000. Licensiaatintutkimus. Vaasan yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Johtamisen laitos.

- Taskinen, Helena, Sirkka Sinkkonen & Juha Kinnunen (1995). *Sosiaali- ja terveys-toimen yhdistämisen alkuvaiheet Kuopiossa. Työntekijöiden kokemuksia ja arviointeja*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 33. Kuopio.
- Taylor, Frederick Winslow (1911). *The Principles of Scientific Management*. New York: Harper & Brothers Publishers.
- Taylor, Frederick Winslow (1912). *Shop Management*. New York: Harper & Brothers Publishers.
- Taylor, Frederick Winslow (1914). *Tieteellisen liikkeenhoidon periaatteet*. Hämeenlinna: Osakeyhtiö Hämeenlinnan uusi kirjapaino.
- Thompson, D. James (1974). *Miten organisaatiot toimivat*. Helsinki: Oy Weillin + Göös Ab:n kirjapaino.
- Tuomi, Jouni & Anneli Sarajärvi (2003). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tuominen, Risto (1981). *Organisaatioteoreettinen tutkimus koordinoinnista*. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja A-4. Turku: Kirjapaino Grafia Oy.
- Uusitalo, Hannu (1995). *Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan*. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Uusi tietosanakirja (1993). Jyväskylä: Gummerus Kustannus Oy.
- Valtioneuvosto (2006). Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (HE 253/2006 vp.) Saatavilla:
<http://valtioneuvosto.fi/toiminta/paatokset/paatos/fi.jsp?oid=182358>
- Valtiovarainministeriön työryhmämuistioita (2001). *Osaamisen johtaminen*. Kehittämishankkeen loppuraportti 6. Helsinki: Valtionvarainministeriö.
- Vartiainen, Pirkko (1996). *Yhteensaatetut erilaiset. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö vaasalaisesta näkökulmasta*. Vaasan yliopiston julkaisuja. Selvityksiä ja raportteja 15.

- Vartiainen, Pirkko (2002). Cultural Issues – Success and Failure in Finland's Neighbouring Areas Co-operation. In: *East-West Co-operation in Public Sector Reform. Cases and Results in Central and Eastern Europe*. Eds Frits-Van den Berg, György Jenei & Lance T. Leloup. International Institute of Administrative Sciences Monographs, Volume 18.
- Vartiainen, Pirkko (2005). Wicked Health Care Issues: An Analysis of Finnish and Swedish Health Care Reforms. *Advances in Health Care Management: International Health Care Management* 5: 163–186.
- Varto, Juha (1992). *Laadullisen tutkimuksen metodologia*. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Vartola, Juha (2004). *Näkökulmia byrokraatiaan*. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy
- Viinamäki, Olli-Pekka (2004). *A Theory of Coordination and Its Implications on EU Structural Policy. A Comparative Study of the Challenges for Coordination in Structural Funds in Finland, Ireland and Sweden*. Acta Wasaensia No 132. Administrative Sciences 9. University of Vaasa.
- Vornanen, Riitta (1995). *Organisaatioiden välisen yhteistyön tutkiminen*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 24.
- Vuorela, Terho (1990). *Toiminnan arvioinnin tutkimusotteiden kehitys*. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Vuori, Jari (1999). Tulkintaa Mary Parker Folletista: prosessijohtajuus hallinnon periaatteiden varjossa. *Hallinnon tutkimus* 1, 56-71.
- Wan Thomas, Ma Allen & Lin Blossom (2001). Integration and the Performance of Healthcare Networks: Do Integration Strategies enhance Efficiency, Profitability and Image? *International Journal of Intergrated Care* Vol 1: 3 (June).
- Weber, Max (1925). *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der Sozialökonomik, III Abteilung*. Tübingen.

- Weber, Max (1947). *The theory of social and economic organization*. New York: The Free Press.
- Weber, Max (1983). *Ekonomie och samhälle. Förståendesociologins grunder 1*. Lund: Grahns Boktryckeri.
- Weber, Max (1985). *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen: Mohr.
- Werrett Julie, Ruth Helm, Cert & Ros Carnwell (2001). The Primary and Secondary Care Interface: The Educational Needs of Nursing Staff for the Provision of seamless Care. *Journal of Advanced Nursing* 34: 5, 629-638.
- Wiili-Peltola, Erja (2005). *Sairaala muutosten ristipaineessa*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteen laitos. Helsinki: Savion Kirjapaino Oy.
- Yin, Robert (1991). *Case study research. Design and methods*. Applied Social Research Methods Series, Volume 5. Newsbury Park: Sage Publication.

LIITE 1

ASIAKIRJA-AINEISTO

Ohjeet turkulaisten hoitopaikan valinnasta. Turun terveystoimi. Toukokuu 2003.

Tiedote 3.1.2001. Turun terveystoimi. Sisätautisairaala / GAK.

Tiedote 3.4.2001. "Care manager toiminta", Turun terveystoimi / TYKS.

Esite 2003. Geriatrinen arviointiyksikkö. Turun terveystoimi.

Pitkäaikaissairaanhoidon hoitotyön käsikirja 2003. Toim. Sari Siipola ja Armi Laalo. Turun terveystoimi.

Kotihoitomallikokeilun loppuraportti. 2002. Turun terveystoimi.

Sisätautisairaalan vuodeosastohoitojaksot 2003 ja 2004. Turun kaupungin sisätautisairaala.

LIITE 2

KIRJE HAASTATELTAVILLE

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Yhteydenottoni liittyy väitöskirjatutkimukseeni, joka tarkastelee organisatorisesta näkökulmasta terveydenhuollon palveluketjujen hallintaa. Toivon, että suostuisitte asiantuntijahaastatteluun.

Haastattelu koostuu seuraavista aihe-alueista:

Terveydenhuollon yksikkötason palveluprosessien jatkuvuus, yksiköiden ja organisaatioiden välisten palveluketjujen sujuvuus, terveydenhuollon ammattihenkilöiden (=asiantuntijat) välinen yhteistyö sekä osaamisen johtaminen. Eri aihealueita käydään läpi soveltuvien osien kunkin haastateltavan kohdalla.

Tutkimuksen kohteena ovat Turun terveystoimen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluketjut ja niiden eri vaiheet yksikkötasolla sekä yksiköiden ja organisaatioiden rajapinnoilla.

Tutkimukseni empiirinen aineisto koostuu asiakirja-aineistosta (yleiset ohjeet asiakkaan/potilaan hoitoon ohjauksesta, toiminnan prosessikuvaukset, hoitoprosessikuvaukset) sekä asiantuntijahaastatteluista.

Tulen ottamaan uudelleen yhteyttä muutaman viikon kuluessa keskustellaksemme asiasta tarkemmin ja sopiaksemme mahdollisesta haastattelusta sekä sen ajankohdasta.

Turussa 12. kesäkuuta 2003

Tutkimusterveisin

Kaarina Tanttu, HTL

Vaasan yliopisto
Julkisjohtamisen laitos
Sosiaali- ja terveyshallinto
Puh. 050-5950413
email: kaarina.tanttu@turku.fi

LIITE 3

TEEMAHAASTATTELULOMAKE

Haastateltava _____

Virka-asema _____

Toimipaikka _____

Haastattelupaikka ja -aika _____

1. Palvelu- ja hoitoprosessi

1. KUVAA OMAN YKSIKÖSI PALVELUPROSESSI; MITEN JA MISTA POTILAAT TAI ASIAKKAAT TULEVAT HOITON YKSIKKÖÖNNE JA MINNE HE SIIRTYVÄT JATKOHOITON.

2. MITEN PALVELUPROSESSI YKSIKÖSI SISÄLLÄ SUJUU?

- Mitkä asiat edesauttavat palveluprosessien sujuvuutta?
- Mitkä asiat aiheuttavat ongelmia palveluprosessin sujuvuuteen?
- Kuka/ketkä suunnittelevat potilaan palveluprosessin ja kuka/ketkä vastaavat prosessista?
- Miten kehittäisit yksikkösi palveluprosessia?

3. MITEN PALVELUPROSESSIN JATKUVUUS TAATAAN POTILAAN SIIRTYESSÄ JATKOHOITON TOISEEN YKSIKKÖÖN?

- Mitkä asiat vaikuttavat palveluprosessin jatkuvuuteen positiivisesti ja mitkä negatiivisesti?
- Miten kehittäisit palveluprosessin jatkuvuutta?

II Palveluketju

4. MITEN NÄET POTILAAN KOKO PALVELUKETJUN SUJUVUUDEN?

- Miten yksikkösi ja muiden yksiköiden tai organisaatioiden välisten rajapintojen välinen palveluketju sujuu (esim.yksiköstä toiseen siirtyvät jatkohoitopotilaat)
- Mitkä asiat edesauttavat palveluketjun sujuvuutta?
- Mitkä asiat aiheuttavat ongelmia palveluketjun sujuvuuteen?
- Miten asiakkaiden palveluketjuja sujuvuutta yksiköiden ja organisaatioiden välillä suunnitellaan, pidetään yllä ja johdetaan? Kuka/ketkä ovat vastuussa?
- Miten kehittäisit palveluketjuja sujuvimiksi?

III Asiantuntijoiden välinen yhteistyö

5. MITEN ERI ASIANTUNTIJOIDEN VÄLINEN YHTEISTYÖ TOIMII KÄYTÄNNÖSSÄ YKSIKÖIDEN SISÄLLÄ SEKÄ YKSIKÖIDEN JA ORGANISAATIOIDEN VÄLILLÄ? KUKA SITÄ SUUNNITTELEE, OHJAA JA JOHTAA?

- Mitkä asiat vaikuttavat asiantuntijoiden väliseen yhteistyöhön positiivisesti ja mitkä negatiivisesti?
- Miten asiantuntijoiden välistä yhteistyötä hyödynnetään palveluprosessien suunnittelussa ja prosessin jatkuvuuden ylläpidossa?
- Miten kehittäisit asiantuntijoiden välistä yhteistyötä potilaan palveluketjussa?

IV Asiantuntijoiden osaaminen

6. MITEN ASIANTUNTIJOIDEN OSAAMISTA YLLÄPIDETÄÄN JA HYÖDYNNETÄÄN PROSESSEIN JATKUVUUDESSA JA PALVELUKETJUN SUJUVUUDESSA? KUKA/KETKÄ TEKEVÄT SUUNNITELMAT JA PÄÄTÖKSET?

- Miten asiantuntijoiden osaamista ohjataan tai johdetaan? Kuka/ketkä ohjaa ja johtaa?
- Mitkä asiat vaikuttavat asiantuntijoiden osaamisen ylläpitoon ja hyödyntämiseen positiivisesti ja mitkä negatiivisesti?
- Miten kehittäisit asiantuntijoiden osaamisen ylläpitoa ja hyödyntämistä potilaan palveluketjussa?

LIITE 4

HAASTATTELUT HENKILÖT, TOUKOKUU 2003 – KESÄKUU 2004

Haapakoski Pirjo, vs.ylihoitaja, Turun kaupungin sisätautisairaala.
Haastattelu 6.5.04.

Haapasalo Kaj, Terveyskeskuslääkäri, Turun terveystoimi, Mäntymäen terveys-
asema. Haastattelu 18.5.04.

Hallikainen Markku, sosiaalityöntekijä, Turun kaupungin sisätautisairaala.
osasto 28 ja GAK-yksikkö. Haastattelu 11.12.03.

Juvonen Jukka, Tulosaluejohtaja, Turun terveystoimi, Tukipalvelut/ Kuntoutus.
Haastattelu 28.5.04.

Kanerva Riitta, Care manager, Turun terveystoimi / TYKS. Haastattelu 5.8.03

Karppinen Sirpa, Apulaisosastonhoitaja, Turun terveystoimi, Pitkäaikaissai-
raanhoito. Haastattelu 11.3.04.

Kitinoja Eero, Vastaava lääkäri, Turun terveystoimi, Päivystys.
Haastattelu 3.5.04.

Kopu Tarja, Osastonhoitaja, Turun terveystoimi, Kotisairaanhoito, itäinen alue.
Haastattelu 13.5.04.

Kosklin Ritva, Terveystenhoitaja, vanhustenhuollon projektityöntekijä, Turun
terveystoimi, Kotisairaanhoito. Haastattelu 9.12.03.

Kuusela Marja, Osastonhoitaja, Turun terveystoimi, Kuntoutus, sairaala- ja
apuvälinetoiminta. Haastattelu 31.5.04.

Laine Sanna, Erikoissairaanhoitaja, Turun terveystoimi, Pitkäaikaissairaanhoito,
Hoivapartio. Haastattelu 11.6.04.

Laisi Maarit, Osastonhoitaja, Turun terveystoimi, Kotisairaanhoito.
Haastattelu 24.6.04.

Lamminen Merja, Aluejohtaja, Turun terveystoimi, läntinen alue.
Haastattelu 27.8.03.

Lauttalammi Kirsti, Osastonhoitaja, Turun kaupungin sisätautisairaala,
GAK-yksikkö. Haastattelu 6.8.03

Liesivuori Leena, Ylihoitaja, Turun terveystoimi, Pitkäaikaissairaanhoidon, läntinen sektori. Haastattelu 16.2.04.

Mauro Marjo, osastonhoitaja. Turun terveystoimi, Kuntoutus, avosektori.
Haastattelu 1.6.04.

Mäkilä Minna, Sairaanhoidaja, Turun kaupungin sisätautisairaala, osasto 28.
Haastattelu 27.4.04.

Nikkilä Airi, Ylihoitaja, Turun terveystoimi, Pitkäaikaissairaanhoidon, itäinen sektori. Haastattelu 23.2.04.

Olme Jessica, Sosiaalityöntekijä, Turun terveystoimi, Pitkäaikaissairaanhoidon.
Haastattelu 3.6.04.

Pyyhtiä Asta, osastonhoitaja, vs. ylihoitaja. Turun kaupungin sisätautisairaala,
osasto 25. Haastattelu 2.10.03

Raassina Arto, Aluejohtaja, Turun terveystoimi, Itäinen alue.
Haastattelu 20.11.03.

Rajala Tapio, Ylilääkäri, Turun terveystoimi, Pitkäaikaissairaanhoidon.
Haastattelu 27.4.04.

Reini Johanna, Terveystenhoitaja, Turun terveystoimi, Kotisairaanhoidon, Ruusmäki. Haastattelu 11.3.04.

Räihä Ismo, Ylilääkäri, Turun kaupungin sisätautisairaala.
Haastattelu 26.4.04.

Seppälä Maria, Osastonlääkäri, Turun kaupungin sisätautisairaala, osasto 28 ja
GAK-yksikkö. Haastattelu 5.5.04.

Surakka Hilikka, Sosiaalityöntekijä, Turun kaupungin sisätautisairaala, osastot 22 ja 23. Haastattelu 10.3.04.

Tuomisto Riitta, Osastonhoitaja, Turun terveystoimi, Pitkäaikaissairaanhoito, osastot Mäntymäki 1,2 ja 3. Haastattelu 4.3.04.

Virtanen Maarit, Osastonhoitaja, Turun kaupungin sisätautisairaala, osasto 28. Haastattelu 11.8.03.

Ylönen Minna, Osastonhoitaja, Turun terveystoimi, Pitkäaikaissairaanhoito, Kurjenmäkikoti I. Haastattelu 31.3.04.

Ågren Pirjo, Osastonhoitaja, Turun terveystoimi, Varissuon terveyskeskus. Haastattelu 11.12.03.