

**VAASAN YLIOPISTO**  
**FILOSOFINEN TIEDEKUNTA**

Joona Kankainen

**PROSESSIJOHTAMINEN KOTIHOIDON ASIAKASTURVALLISUUDEN  
KEHITTÄMISTYÖSSÄ**

Julkisjohtamisen  
pro gradu -tutkielma

**VAASA 2014**

**SISÄLLYSLUETTELO**

	<b>Sivu</b>
<b>KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO</b>	3
<b>TIIVISTELMÄ</b>	5
<b>1. JOHDANTO</b>	7
1.1. JHS 152 -suositus prosessien kuvaamisesta	9
1.2. Tutkimuksen keskeiset käsitteet	11
1.3. Tutkimuskysymykset ja tutkielman eteneminen	13
<b>2. PROSESSIJOHTAMINEN</b>	15
2.1. Prosessiajattelun periaatteet – funktionaalinen ja prosessisuuntautunut	16
2.2. Prosessijohtamisen positiiviset vaikutukset ja kritiikki	21
2.3. Prosessikehittämisen pääsuuntauukset – evoluutio ja revoluutio	25
2.4. Prosessijohtamisen lähiteoriat	28
2.4.1. Laatujohtaminen	28
2.4.2. Strateginen johtaminen	30
2.4.3. Muutosjohtaminen	31
<b>3. PROSESSIKEHITTÄMISEN VAIHEET</b>	35
3.1. Suunnittelu	36
3.2. Mallinnus	40
3.3. Käyttöönotto	44
3.4. Jatkuva kehittäminen	47
<b>4. ASIAKASTURVALLISUUS KOTIHOITOPALVELUISSA</b>	52
4.1. Asiakasturvallisuuden lähtökohdat	52
4.1.1. Asiakasturvallisuuden osa-alueet	53
4.1.2. Vaaratapahtumien seuranta	55
4.2. Kotihoito osana sosiaali- ja terveydenhuoltoa	57
4.2.1. Prosessit kotihoidossa	62
4.2.2. Asiakasturvallisuus kotihoidon prosesseissa	66

<b>5. EMPIIRISEN AINEISTON KERÄÄMINEN JA KÄSITTELY</b>	68
5.1. Empiiriseen aineiston hankinta	68
5.2. Aineiston käsittelymenetelmät	70
5.3. Tutkimuksen luotettavuus	71
<b>6. TULOKSET</b>	74
6.1. Suunnittelu	75
6.2. Mallintaminen	77
6.3. Käyttöönotto	79
6.4. Jatkuva kehittäminen	83
<b>7. JOHTOPÄÄTÖKSET</b>	87
<b>LÄHDELUETTELO</b>	92
<b>LIITTEET</b>	
LIITE 1. Saatekirje	99
LIITE 2. Kyselylomake	100

**KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO**

Kuvio 1. Prosessien kuvaustasot	11
Kuvio 2. Prosessiajattelun periaatteet	10
Kuvio 3. Organisaatorakenteet funktionaalisesta prosessijohdettuun	21
Kuvio 4. Prosessin jatkuva kehittäminen	36
Kuvio 5. Six Sigma -menetelmä	50
Kuvio 6. Vaaratapahtumien raportointimenettely	54
Taulukko 1. Funktio- ja prosessiorganisaation erot	19
Taulukko 2. Organisaatiomuutosten tyypittely aikahorisontin ja muutosten kohdistamisen avulla	28
Taulukko 3. Prosessikehittämisen vaiheet – Suunnittelu	76
Taulukko 4. Prosessikehittämisen vaiheet – Mallintaminen	78
Taulukko 5. Prosessikehittämisen vaiheet – Käyttöönotto	80
Taulukko 6. Prosessikehittämisen vaiheet – Jatkuva kehittäminen	84



---

**VAASAN YLIOPISTO****Filosofinen tiedekunta**

<b>Tekijä:</b>	Joona Kankainen	
<b>Pro gradu -tutkielma:</b>	Prosessijohtaminen kotihoidon asiakasturvallisuuden kehittämistyössä	
<b>Tutkinto:</b>	Filosofian maisteri	
<b>Oppiaine:</b>	Julkisjohtaminen	
<b>Työn ohjaaja:</b>	Olli-Pekka Viinamäki	
<b>Valmistumisvuosi:</b>	2014	<b>Sivumäärä:</b> 100

---

**TIIVISTELMÄ:**

Tutkielman tavoitteena oli selvittää, miten prosessijohtaminen soveltuu kotihoidon asiakasturvallisuuden kehittämiseen. Tutkimusaiheen valintaan vaikutti kotihoidon huomiotta jääminen aiemmassa potilasturvallisuuden tutkimuksessa, tutkimuksen keskittyessä suureksi osaksi sairaalaympäristöön. Tämän tutkielman teoriavalintaan potilasturvallisuuden tarkastelussa vaikutti JHS 152 -suositus prosessien kuvaamisesta ja kotihoidon muodostama moniammatillisuus, jonka yhteistoiminnassa uskoin prosessijohtamisen olevan avuksi.

Tutkimustehtävän muodostivat kaksi tutkimuskysymystä: mitkä seikat altistavat erityisesti vaaratapahtumille kotihoidossa, ja miten prosessijohtamisella voidaan parantaa kotihoidon asiakasturvallisuutta? Tutkielman teoriaosiossa luotiin katsaus prosessijohtamisen filosofiaan, ja tämän perusteella rakennettiin prosessikehittämisen viitekehys, jota käytettiin empiirisen aineiston keräämisen perustana. Luvuissa vertailtiin aidosti prosessijohdetun organisaation rakenteita funktionaalisesti johdettuun linjaorganisaatioon ja esitettiin aikaisemmissa tutkimuksissa havaittuja prosessijohtamisella saavutettuja vaikutuksia organisaation toimintaan. Aiheiden käsittelyllä pohjustettiin teoreettisten valintojen syitä ja potentiaalia kotihoidon prosessien ja asiakasturvallisuuden kehittämiseen.

Empiirinen aineisto kerättiin lähettämällä haastattelupyyntö 25:lle vanhustenhuollon hallinnossa tai johtotehtävässä toimivalle henkilölle. Nämä vastaanottajat valittiin tarkoituksenmukaisesti laadullisen tutkimuksen menetelmiä mukaillen satunnaisotoksen sijaan. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina, ja kerätty aineisto käsiteltiin sisällönanalyysin keinoin.

Tutkielman tutkimustulosten mukaan kotihoidossa palveluketjun vaaratapahtumille altistavat hallinnon hajanaisuus ja tiedon kulun katkokset. Ikääntyneelle ihmiselle vaaratapahtumille altistavat myös mui-tiongelmat ja kotiympäristön sopimattomuus arjesta selviämiseen, jonka lisäksi oman ongelmansa aiheuttaa lääkepoikkeamat. Palveluketjun toiminnalle vaaratilanteen aiheuttaa jatkossa yhä kiristyvät resurssit, joka pakottaa palveluverkoston toimimaan äärirajoilla.

Tulokset osoittavat, että prosessijohtamisella pystytään parantamaan potilasturvallisuutta yhtenäistämällä toimintatapoja ja selkiyttämällä työnkuvaa. Prosessien mallintaminen on auttanut tarkastelemaan osatoimintoja kriittisesti ja sujuvoittamaan asiakkaan hoitopolkua. Parhaimmillaan prosessijohtaminen on ta-kaamassa palvelujen tasalaatuisuutta. On kuitenkin huomioitavaa, että prosessien mallintamisella halli-taan kotihoidossa laajempia kokonaisuuksia, eikä se sovellu yksilöllisen asiakastyön määrittelyyn.

---

**AVAINSANAT:** kotihoito, prosessijohtaminen, potilasturvallisuus



## 1. JOHDANTO

“Oma koti kullan kallis” lienee sanonta, mikä on jokaiselle suomalaiselle tuttu. Voimme uskoa, että mitä pidempään kykenemme siirtämään pysyvän laitoshoidon aloittamista, sitä tärkeämpiä nämä saavutetut lisävuodet ovat. Turvallisella kotihoidolla ja hoivalla edistetään asiakkaiden omatoimisuutta ja itsenäistä selviytymiskykyä asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään ja laadukkaasti ennen terveydentilasta tai kunnan heikentymisestä mahdollisesti johtuvia pysyviä muutoksia palvelutarpeeseen. Turvallinen kotihoito edellyttää hyvin suunniteltua ja virheetöntä hoitoketjua, sillä vaaratapahtuma voi käynnistyä hoitoketjun missä vaiheessa tahansa.

Tässä tutkimuksessa lähestytään turvallisen kotihoidon kehittämistä prosessijohtamisen kautta. Tutkimusaiheen valintaan vaikutti se, että useimmat potilasturvallisuusohjelmat ja -työkalut keskittyvät pääosin potilasturvallisuuden kehittämiseen sairaalaympäristössä. Perusterveydenhuollon ja kotihoidon merkitystä suurten ikäluokkien hoidossa ei ole samoissa määrin huomioitu. Potilasturvallisuus voi kuitenkin yhtä lailla vaarantua kotihoitoa annettaessa. Onkin tärkeää tietää miten prosessi toimii, jotta puutteet sen toiminnassa havaitaan ajoissa ja tarvittavat muutokset voidaan tehdä. Tämä onnistuu kun johto omaksuu prosessijohtamisen suunnan ja esimerkillään sitouttaa koko henkilöstönsä laadukkaampaan huomiseen.

Prosessien sujuvuuden tärkeyttä kuvaa vahingot, jotka olisivat saattaneet olla vältettävissä hyvällä prosessisuunnittelulla. Etelä-Pohjanmaan maakuntalehdessä Ilkassa julkaistiin 23.9.2011 Nyströmin (2011) kirjoittama artikkeli: “Hoitaja pisti väärää insuliinia”. Artikkelissa kerrotaan kotihoitotilanteesta, jossa potilaaseen pistettiin lyhytvaikutteista insuliinia virheellisesti pitkävaikutteisen insuliinin sijaan. Hoitaja huomasi virheensä itse, ja otti yhteyttä terveyskeskuksen päivystykseen. Tällä kertaa nopean reagoinnin avittamana pahemmilta vahingoilta vältyttiin. Tapaus oli kuitenkin potilaalle jo toinen, kun väärää insuliinia annettiin. Kotihoitaja raportoi ministeriölle menevään hoitovirheilmoitukseen vaaratilanteen syyksi huolimattomuuden. Kunnan kotihoidon johtajan Jaakko Kontturin mukaan osasyynä vahinkoon oli myös hoitajien kiireellinen aika-



taulu. Voimmekin kysyä olisiko esimerkkitalanteessa kiireeseen tai huolimattomuuteen voinut vaikuttaa prosessien paremmalla suunnittelulla?

Kotihoito on ikääntyneiden palvelurakenteen keskeisin ja mittavin palvelu. Ikäihmisten laatusuosituksessa (2008) vuodesta 2012 säännöllisen kotihoidon<sup>1</sup> piiriin tulisi kuulua 13-14 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä. Marraskuun 2012 lopussa kattavuus vaihteli maakunnittain 9,4 prosentista 14,8 prosenttiin, maan keskiarvon ollen 11,9 prosenttia. Edellisvuoteen verrattuna asiakasmäärän laskua tapahtui 1,4 prosenttia. Säännöllisen kotihoidon piirissä olevasta väestöstä arviolta 5,3 prosenttia oli jatkuvan tai ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa. 64,7 prosenttia sai tukipalveluja, kuten ateria-, kuljetus- ja turvapalveluja. Arvioiden mukaan päivittäistä tukea tarvitsisi 30 prosenttia 75-vuotta täyttäneistä ja 50 prosenttia yli 85-vuotiaista. (Heinola 2007: 10; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2012.)

Yleisesti voidaan todeta useita vaikutuksia joita prosessijohtamisella voi saada organisaation toimintaan. Virtanen ja Wennberg (2005) näkevät prosessien kehittämisen vaikuttavan muun muassa palvelujen läpimenoaikoihin, laatuun, palvelutasoon, säästöihin, tehokkuuteen ja kustannusvaikuttavuuteen. Nämä jäävät kuitenkin pelkiksi korulauseiksi, jos ei ymmärrä mitä prosessijohtamisessa tapahtuu. Pähkinänkuoressa prosessijohtamisessa tunnistetaan organisaation visio ja missio ja niistä syntyvät ydinprosessit. Nämä ydinprosessit kuvataan ja määritellään, ja nimetään niille niistä vastuun ottavat omistajat. Oleellista on tarkkailla ja mitata prosessin suorituskykyä ja täten kehittää toimintoja yhä paremmiksi.

Prosessijohtamisen edellä mainitut positiiviset vaikutukset eivät realisoitu ilman muutoksia organisaation hierarkioissa. Virtanen ja Wennbergin (2005) mukaan prosessisuuntautuneisuus vaikuttaa näes jäykkiin organisaatorakenteisiin. Rakennemuutokset realisoituvat kun prosessiajatteluun siirryttäessä organisaatorakenteita muokataan asteittain prosessisuuntautuneemmiksi samalla perinteisen linjaorganisaation rakenteita purkaen. Muutosta ei välttämättä viedä kerralla läpi, vaan se voidaan tehdä asteittain.

---

<sup>1</sup> Säännöllisen kotihoidon piiriin lasketaan kuuluvaksi ne asiakkaat, joilla on voimassa oleva kotipalvelun tai kotisairaanhoidon palvelu- ja hoitosuunnitelma tai jotka muuten vastaanottavat palveluja vähintään kerran viikossa (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008: 51).

Vanhaa linjaorganisaatiota ei tarvitse edes välttämättä ajaa kokonaan alas, sillä vanha ja uusi rakenne voivat myös fuusioitua osittain yhteen. Tällöin on kyse matriisiorganisaatiosta, jossa yhdistyvät linjaorganisaation tulosityksikkörakenne prosessisuuntautuvaan rakenteeseen. Tarkemmin asiaa käsitellään luvussa 2.1.

Yhteenvetona voidaan esittää prosessijohtamisen olevan kotihoidon ympäristössä erittäin tärkeää, koska kotihoitopalveluihin osallistuvat useat tahot ja osapuolet. Palveluja tuottavat julkisen sektorin lisäksi yksityinen ja kolmas sektori ja omaishoidon osuus voi olla tulevaisuudessa kasvussa. Hoitoon osallistuvat kotihoitajat ja -avustajat yhteistyössä kotisairaanhoidtajien kanssa. Avustajien vaihtuvuus voi aiheuttaa asiakkaalle turvattomuuden tunnetta. Voidaan kysyä kuinka taata turvallinen hoito ja luottavainen ilmapiiiri esimerkiksi silloin, kun hoito hankitaan ulkoa päin väliaikaisesti ostopalveluna? Hypoteesini on, että prosessijohtaminen antaa asiakasturvallisuuden kehittämiseen toimivia välineitä. Uskon, että turvallisesti onnistunut hoito on tärkeä osa kotihoidon vaikuttavuutta ja asiakkaan kokemusta onnistuneesta palvelusta.

### 1.1. JHS 152 -suositus prosessien kuvaamisesta

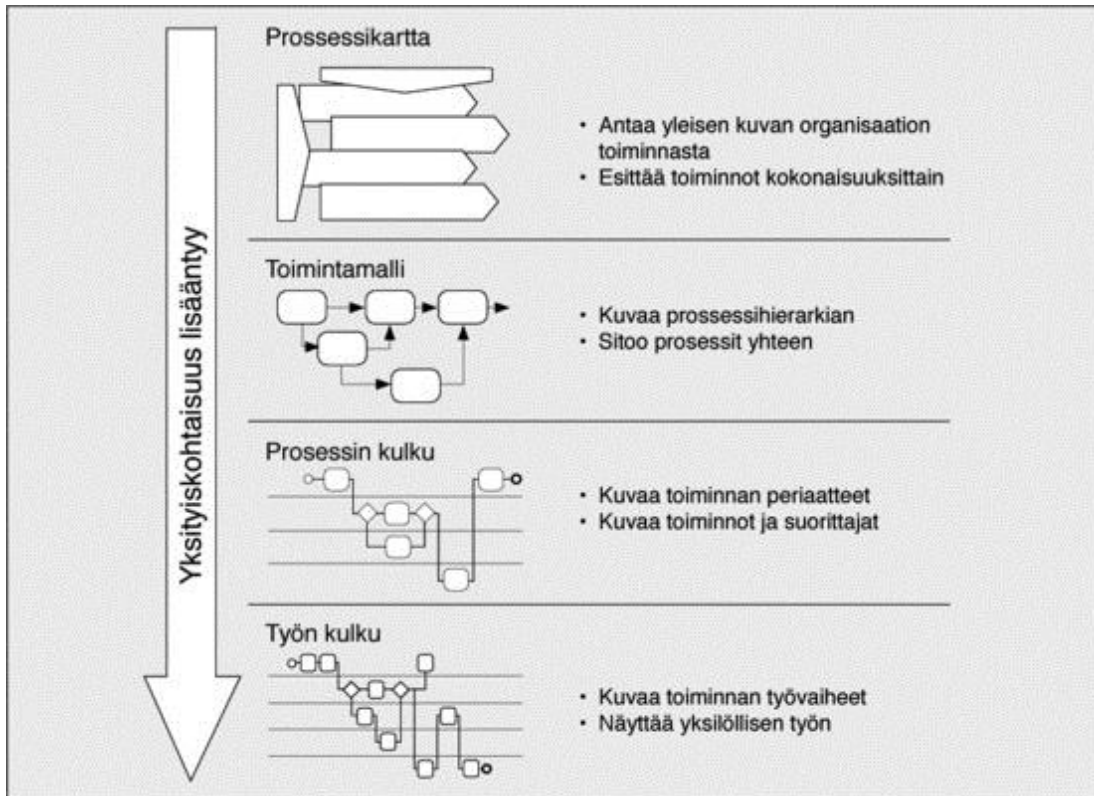
Tässä tutkimuksessa on tavoitteena käsitellä asiakasturvallisuuden kehittämistä kotihoidon ympäristössä prosessijohtamisen lähtökohdista. Prosessijohtamisen valintaan tämän tutkielman lähtökohdaksi vaikutti julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunnan julkaisema JHS 152 -suositus julkisen hallinnon prosessien kuvaamiseksi. Suosituksessa prosessien kehittäminen liitetään organisaation suunnitteluun ja kehittämiseen. Prosessikuvaukset ovat prosessien johtamisen, hallinnan ja parantamisen väline (JHS-suositukset 2010). Prosessijohtamisen valintaa tutkimuksen kehykseksi tukee Tantun (2007: 193) näkemys julkisen terveydenhuollon prosessiluonteisuudesta. Hänen mukaansa palvelujen tuottaminen tapahtuu aina prosessina, johon osallistuu eri tahoja ja osapuolia. Prosessisuuntautuneisuudella saadaan painopiste toiminnan sujuvuuteen läpi osapuolten.

JHS 152 -suositus on julkisen hallinnon prosessien kuvaamiseen annettu suositus. Suosituksen ensimmäinen versio julkaistiin vuonna 2002, ja vuonna 2008 siihen julkaistiin päivitys, joka korvasi aiemman suosituksen. Suosituksen alkuperäistä voimassaoloaika on jatkettu toistaiseksi voimassa olevaksi.

JHS 152 prosessien kuvaussuosituksen tarkoitus on yhdenmukaistaa ja selkeyttää julkisen hallinnon prosessien kuvaamista. Suosituksen mukainen prosessin kuvaus koostuu neljästä dokumentista: (1) prosessikartasta, (2) toimintamallista, (3) prosessin kulusta ja (4) työn kulusta (ks. kuvio 1). Kuvausten yksityiskohtaisuutta tarkennetaan jokaista kuvaustasoa kohti, ja käytettävän kuvauksen taso valitaan laadinnan käyttötarkoituksen mukaan, joka voi olla muun muassa työntekijän perehdyttäminen, johdon tarpeet tai organisaation esittely. (JHS-suositukset 2010.)

Prosessikartan tarkoitus on esittää pelkistetty organisaatio ja sen ydin- ja tukiprosessit ja toimintaympäristö. Toimintamallitasolla ydinprosessit jaetaan osaprosesseiksi ja määritellään niille omistajat, tavoitearvot ja mittarit. Tasoa täydennetään prosessien perustietomakkeella, johon edelliset tiedot kirjataan ja toiminnot-taulukolla, johon kirjataan prosessin eri vaiheiden tehtävät ja suorittajat.

Prosessin kulku -tasolla esitetään vuokaaviokuvana toiminnan työvaiheet, toiminnot ja vastaavat toimijat (omainen, asiakas, kotihoidon johtaja, kotihoidon työntekijä, poliklinikka tms.). Tämä vaihe paljastaa ongelmat nykyisessä toiminnassa. Työn kulku -tasolla taas kuvataan prosessin kulkua toimintatasoa tarkemmin, ja työn kulun vuokaaviokuva sisältää esimerkiksi tiedon siitä, millaiset syötteet ja tulosteet kulkevat tietojärjestelmien ja muiden työn kulkuun osallistuvien toimijoiden välillä. Tätä vaihetta voidaan hyödyntää vaikka sähköisen palvelun kehittämisessä. Lopputuloksena pitäisi löytyä toiminnan tehostamistarpeet, ja sitä kautta syntyä paremmin toimivat palvelut, mitattavissa olevat tulokset, tietoturvariskien kartoittamismahdollisuus ja mahdollisuus arvioida prosessin laatua. (Emt.)



Kuvio 1. Prosessien kuvaustasot (JHS-suositukset 2010).

## 1.2. Tutkimuksen keskeiset käsitteet

Tämä tutkielma sisältää kolme pääkäsitettä, joiden ympärille tutkielmaa rakentuu. Nämä käsitteet syntyvät (1) teoriasta, jolla tutkimusta lähestytään, (2) kohteesta, johon tätä teoriaa sovelletaan, ja (3) muutoksista, joita teorian soveltamisella halutaan saavuttaa. Ymmärtääkseen tutkimusasetelman ja tavoitteet mahdollisimman yksityiskohtaisesti, määrittellään nämä kolme käsitettä seuraavaksi mahdollisimman tarkasti.

Tutkimuksen lähestymistapana käytetään tässä johdannossa esitettyä prosessijohtamisen teoriaa. Tämä prosessijohtaminen on osa prosessilähtöistä ajattelua. Mitä sitten on prosessilähtöinen ajattelu, joka on prosessijohtamisen perusta?

- *Prosessiajattelu* on ajattelumalli, jossa organisaation kaikki toiminnot nähdään prosesseina, ja sitä johdetaan prosessien avulla. Tunnistamatta prosesseja et ymmärrä kunnolla miten organisaatio toimii. (Lecklin & Laine 2009: 39–40.)

Prosessijohdetussa organisaatiossa ei lähestytä asioita siis tulosityksikkörakenteen ehdoilla, vaan virtaviivaisesti läpi organisaatorakenteiden asiakkaita palvelevien prosessien kautta. Prosessien täytyy kuitenkin toimia jossakin ympäristössä, joten tässä tutkielmassa prosessiajattelua sovelletaan kotihoidon ympäristöön, joka on osa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsenäistä kotona elämisen mahdollistavaa hoivaa ja hoitoa. Kotihoito määritellään tässä tutkielmassa seuraavasti:

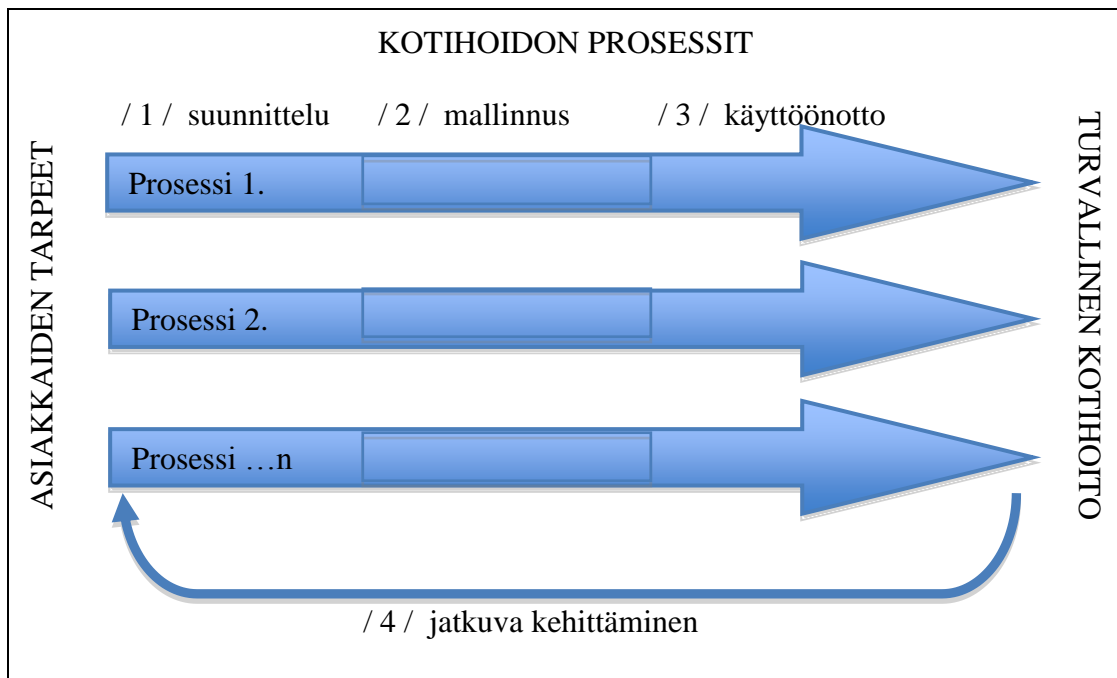
- *Kotihoidolla* tarkoitetaan yhdistettyä kotisairaanhoidoa ja kotipalvelua. Kotisairaanhoidon kuuluvat potilaan kotona suoritettavat lääkärin määräämät ja pääosin sairaanhoitajien suorittamat sairaanhoidolliset toimenpiteet, näytteiden otot, lääkityksen valvonta, potilaan voinnin seuranta ja omaisten tukeminen. Kotipalvelulla tuetaan ja autetaan alentuneen toimintakyvyn tai sairauden omaavaa asiakasta selviytymään arkiaskareista ja henkilökohtaisista toiminnoista kuten hygienian hoitamisesta. Kotipalvelun työntekijät ovat pääasiassa kodinhoitajia, kotiavustajia ja lähihoitajia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Teorian ja toimintaympäristön käsitteet selvennettyä jää määriteltäväksi vielä tutkielman kehittämistavoite. Tämän tutkielman keskeinen tavoite on kotihoidon asiakkaiden turvallisen ja virheettömän hoidon edistäminen, eli potilas- ja asiakasturvallisuuden edistäminen. Tämä määritellään seuraavasti:

- *Potilas- ja asiakasturvallisuus* on kaikkia niitä periaatteita ja toimintoja, joilla pyritään varmistamaan turvallinen hoito ja asiakkaan vahingoittumattomuus. Potilas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta hänelle aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Yhteenvetona käsitteistä voidaan todeta, että tässä tutkielmassa prosessiajattelulla toivotaan saavutettavan toimivampia ja turvallisempia prosesseja asiakkaan hoidossa (ks.

kuvio 2). Kaiken toiminnan perustana on asiakasryhmältä syntyvät tarpeet tuelle kodin askareissa ja arjesta selviytymisessä. Tarpeisiin vastataan kotihoidon prosesseilla, joihin sisältyy neljä vaihetta toimintojen suunnittelusta prosessien mallintamiseen ja käyttöönottoon sekä prosessien jatkuvaan kehittämiseen. Tuloksena onnistuneesta prosessijohtamisesta saavutetaan kotihoidon asiakkaille turvallinen ja tehokas hoito.



Kuvio 2. Prosessiajattelun periaatteet.

### 1.3. Tutkimuskysymykset ja tutkielman eteneminen

Tässä Pro Gradu -opinnäytetyössä päädyttiin keräämään empiirinen materiaali avoimia kysymyksiä sisältävien haastattelujen muodossa. Näiden haastattelujen avulla pyritään ymmärtämään ja tulkitsemaan kotihoidon asiakasturvallisuuden kehittämisen mahdollisuuksia prosessijohtamisen viitekehystä vasten. Työn metodi on luonteeltaan laadullinen. Laadulliseen menetelmään ja menetelmävalintoihin vaikuttaa tarkat kriteerit, joista kerrotaan enemmän luvussa 5.1.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Mitkä seikat altistavat erityisesti vaaratapahtumille kotihoidossa?
  - 1.1. Miten prosessijohtaminen soveltuu näihin seikkoihin puuttumiseen?
2. Miten prosessijohtamisella voidaan parantaa kotihoidon asiakasturvallisuutta?
  - 2.1. Onko kotihoito johdettavissa prosessilähtöisesti?
  - 2.2. Mitä vaaditaan hyvään asiakasturvallisuuteen?
  - 2.3. Miltä osin prosessijohtaminen soveltuu hyvän asiakasturvallisuuden edistämiseen?

Tutkielma rajautuu tarkastelemaan asiakasturvallisuutta prosessikehittämisen näkökulmasta. Keskeinen asiakasryhmä kotihoidon turvallisuuskysymysten tarkastelussa on ikääntyneet kansalaiset, koska he muodostavat suurimman osan kotihoidon asiakaskunnasta. Muihin asiakasryhmiin viitataan vain lyhyesti. Edellä mainitut rajaukset tehdään pitääkseen tutkimusasetelma hallittavana kokonaisuutena. Haasteita tutkimukselle aiheuttaa eri kuntien ja kuntayhtymien kotihoitokentän erilaiset organisointitavat ja koordinaatio, ja niiden vaikutukset kokemukseen kotihoidosta. Kotihoidon kentän vaihtelevuus edellyttää varovaisuutta yksittäisten tuloksien siirrettävyydelle ja yleistämiselle.

Tutkielma alkaa prosessijohtamiskäsitteen avaamisella. Kuvaan mitä piirteitä käsite sisältää, ja miten se sijoittuu muiden aiheita sivuavien johtamiskäsitteiden viidakkoon. Seuraavassa luvussa esittelen prosessijohtamiseen keskeisesti kuuluvan prosessikehittämisen toimintakaaren. Tätä rakennetta käytetään myös empiirisen aineiston keräämisen tukijalkana. Neljännessä luvussa perehdytään tutkimuskohteeseen, terveydenhuollon ympäristöön ja asiakasturvallisuuden käsitteistöön, jonka jälkeisessä luvussa upoudutaan tutkielman filosofisiin valintoihin ja metodologiaan hieman tarkemmin. Tämän jälkeen tutkimus etenee siten, että yleisen teorian käsittelyn jälkeen luvussa kuusi käydään läpi haastatteluista kertyneet havainnot. Luvussa pohditaan miten prosessiajattelun opit kohtaavat asiantuntijoiden mielipiteet ja kokemukset kotihoidon ja potilasturvallisuuden kehittämisestä. Tämän jälkeen luvussa seitsemän tehdään johtopäätökset prosessijohtamisen soveltuvuudesta asiakasturvallisuuden edistäjäksi kotihoidossa.

## 2. PROSESSIJOHTAMINEN

Useiden johtamisoppien tapaan, prosessijohtamisen juuret ovat syntyneet läntisessä teollisessa maailmassa. Johtamiskulttuurin muutos käynnistyi 1980-luvun alussa, jolloin organisaatioiden toimintaa alettiin kuvata prosesseina. Kuitenkin jo ennen sitä, 1920-luvulla oli prosessien tilastollista tutkimusta. Varhaisimmat prosessikehittämisen edeltäjät tulevat autoteollisuudesta, jossa autovalmistajat kuten Toyota ja Ford pyrkivät 1950-luvulta lähtien vähentämään massatuotannosta syntyvää jätettä ja tuhlausta kehittämällä tuotantolinjojen prosesseja virtaviivaisemmiksi (Dahlgaard & Dahlgaard-Park 2006: 264–266). Myöhemmin vuosikymmeninä prosessiajattelu löysi muotonsa ja yleistyi läntisessä teollisuudessa. (Laamanen & Tinnilä 1998: 6, 13.)

Julkisella puolella prosesseja on kuvattu paljonkin sähköisiä järjestelmiä silmällä pitäen. Prosessikehittämisen taustalla on ollut työtapojen avaaminen ja täten on lisätty yhteisen työn näkyvyyttä. Taitavissa käsissä prosessien kuvaaminen on onnistuttu yhdistämään tuottavuuden kehittämiseen ja työhyvinvoinnin edistämiseen. Ongelmalliseksi on osoittautunut prosessien liikakuvaaminen, jolloin on syntynyt mikrotason osatehtäviä, joita ei kukaan johda ja ovat irrallaan organisatorisesta kokonaisuudesta. Tällöin tuottavuushyödyt ovat jääneet saavuttamatta. (Gustafsson & Marniemi 2012: 37.)

Prosessijohtamisessa ollaan eritoten kiinnostuneita kysymyksestä *MITEN*, eikä funktio-naalisesta kysymyksestä *MITÄ*. Se miten työ tehdään, oleellisempaa on asiakastarpeen tyydyttäminen. Prosessin kulku on huomioitava läpi osasto- tai organisaatorajojen. Prosessien kehittämisellä tähdätään yleensä toiminnan tehostamiseen, toiminnan laadun ja palvelutason parantamiseen, ongelmatilanteiden hallintaan sekä kustannussäästöihin. Käytännössä prosessin kehittäminen voi tarkoittaa asioiden uudenlaista keskittämistä, päällekkäisten työvaiheiden poistamista tai rinnakkaisvaiheiden lisäämistä läpimenoajan nopeuttamiseksi. Prosessin kehittämisellä voidaan tähdätä prosessin mitattavuuden lisäämiseen, moninkertaisten hyväksyntöjen tarpeen vähentämiseen sekä prosessin käytettävyyden ja luotettavuuden parantamiseen. Käytännössä tämä johtaa usein uusien työtiimien muodostamiseen tai uuteen tapaan organisoida prosessit. (Laamanen & Tinnilä 1998: 11; JHS-suositukset 2010.)



Prosessijohtamisen nykypäivän merkitys korostuu myös sen vaikutuksessa laatupalkintojärjestelmien kriteereihin. Laatupalkintokriteerit saavuttaakseen organisaation johdon täytyy huomioida monitasoisesti organisaatiojärjestelmän koko toiminta. Tunnettuja laatupalkintojärjestelmiä ovat esimerkiksi Malcolm Balridge -laatupalkinto ja Euroopan laatupalkinto. Lisäksi uudessa ISO 9001:2008 laatustandardissa painotetaan huomattavasti prosessien merkitystä. On myös käynyt niin, että tieteellisessä tutkimuksessa viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana on selvästi havaittavissa prosessijohtamista kohtaan kasvavaa kiinnostusta. (Ks. Houy, Fettke & Loos 2010; Palmberg 2010: 93; ks. Sidorova & Isik 2010.)

## 2.1. Prosessiajattelun periaatteet – funktionaalinen ja prosessisuuntautunut

Prosessin käsitteestä tai prosessijohtamisesta ei ole olemassa yksimielisen tarkkaa määritelmää, vaikka käsitteen sisällöstä vallitseekin yhteisymmärrys (ks. Palmberg 2009; Houy ym. 2010; Ravesteyn & Batenburg 2010). Usein kirjallisuudessa prosessi kuvataan horisontaalisesti kulkevana toimintojen sarjana, joka muuttaa prosessin syötteen tuotokseksi organisaation asiakkaalle tai muulle sidosryhmälle (Palmberg 2009: 207). Syitä prosessikuvauksien laatimiselle ovat mahdollisuus johtaa prosessia ja prosessin hallinta ja parantaminen (Tanttu 2007: 188). Prosessikuvauksia voidaan käyttää esimerkiksi muutosjohtamisen välineenä organisaatioiden yhdistämisessä (JHS-suositukset 2010).

Ymmärtääkseen prosessijohtamista paremmin on hyvä perehtyä syvemmin joihinkin sen keskeisiin käsitteisiin. Johtamisfilosofiassa mainitaan monessa yhteydessä esimerkiksi asiakkaat. Prosessejakin on monenlaisia, ja ne voidaan jaotella niiden tarkoituksen mukaan. Seuraavaksi perehdytään yleisesti käytettyjen käsitteiden sisältöön:

- *Asiakas* tarkoittaa prosessin tuotoksen vastaanottajaa, ja se voi olla organisaation sisäisessä suhteessa toimiva henkilö tai ulkoinen asiakas (JHS-suositukset 2010).

- *strategisessa prosessissa* määritetään visio, jolla tähdätään tavoiteltavaan tulevaisuudentilaan ja strategia jolla tätä visiota lähdetään toteuttamaan (Karimaa 2002: 10).
- *Ydinprosesseilla* tarkoitetaan ulkoisten asiakkaiden palveluun liittyviä organisaation olemassaolon oikeuttavia ydintehtäviä. Julkishallinnon asiayhteydessä tämä tarkoittaa yhteiskunnallisia vaikuttavuusprosesseja, joiden kautta organisaation yhteiskunnallinen oikeutus syntyy. Ydinprosessit ilmaisevat, miten organisaatio pyrkii siihen, mitä varten se on olemassa. Niiden perusteella kehitetään, tuotetaan ja toimitetaan materiaaleja, tavaroita ja palveluja niitä tarvitsevalle asiakkaalle. (Virtanen & Wennberg 2005; JHS-suositukset 2010; Karimaa 2002: 10.)
- *Tukiprosesseilla* tarkoitetaan ydinprosessien toiminnalle edellytyksiä luovia tukitoimintoja, jotka itsessään eivät ole kuitenkaan organisaation olemassaolon syy. Tukiprosesseilla on yleensä vain sisäisiä asiakkaita. Tukiprosesseja ovat muun muassa hallinnolliset toiminnot, kuten henkilöstö- ja taloushallinto, viestintä, sekä osaamisen ja toimintojen kehittäminen sekä materiaalihuollon prosessit. (Karimaa 2002: 10; Virtanen & Wennberg 2005; JHS-suositukset 2010.)
- *Prosessin omistaja* on johdon määräämä henkilö, joka on vastuussa prosessin kehittämisestä, parantamisesta ja ylläpidosta. Prosessin omistaja määrittelee prosessin käynnistävän alkusyötteen, ja prosessin päättävän tuotoksen ja tunnistaa prosessin elinkaareen liittyvät syötteen ja tulokset. Prosessin omistaja kehittää prosessia yhteistyössä muiden osapuolten kanssa. Prosessin ylittäessä organisaation rajat, täytyy nimetä henkilö, joka on vastuussa prosessin kokonaisuudesta. (JHS-suositukset 2010.)
- *prosessikartta* esittää ydin- ja tukiprosessit ja niiden yhteydet (Karimaa 2002: 10). Se antaa yleiskuvan organisaation toiminnasta ja kommunikoinnista organisaation sisällä ja sidosryhmien välillä (Lecklin & Laine 2009: 41–42).

Prosessijohtamista on ryhdytty organisaatioissa hyödyntämään, koska sillä pyritään kustannustehokkuuteen. Se ei ole kuitenkaan ainut syy, vaan sen ohella haetaan myös toimintoihin nopeutta ja joustavuutta. Organisaation kehittämisnäkökulma kohdistuu pääasiassa menettelyihin ja tiimien kehittämiseen eikä niin paljoa koviin henkilökohtaisiin

tavoitteisiin. Asiakkaisiin ja toimittajiin suhtaudutaan yhteistyökumppaneina eikä välttämättömänä pahana. (Laamanen & Tinnilä 1998: 6.)

Asiakkaiden merkitys korostuu myös siinä, että prosessiorganisaatiossa asiat ryhmitellään asiakkaille arvoa tuottavien prosessien ympärille (Tanttu 2007: 193). Prosessit muodostavat esimerkiksi terveydenhuollossa työyhteisön välillä kulkevia laajoja tapahtumaketjuja, joissa potilaan hoitoprosessi voi toimia osana laajempaa toimintaprosessia. Toimintaprosessissa yhdistyvät kaikki palvelun tuottamisen vaiheet ja kaikkien siihen osallistuvien henkilöiden työ. Prosessissa monen ammatin yhteinen toiminta yhdistyy asiakkaan hyväksi. (Outinen, Holma & Lempinen 1994: 60.)

Huomiotta ei voi myöskään jättää, että prosessilähtöisessä toiminnassa, joka perustuu pitkälti asiantuntijoiden osaamiseen, ovat osaamisen johtamistaidot erittäin tärkeät. Prosessijohtamisen haasteena onkin yksilötason osaamisen ja palveluprosessien jatkuvuuden yhdistäminen organisaatorajat ylittävän sujuvan palveluketjun aikaansaamiseksi asiakkaan hyväksi. Palveluketjun eri kohdille tulee tällöin määritellä koulutustason tarve ja osaamisen vaatimukset. (Tanttu 2007: 175–176.)

Puhuttaessa prosessijohtamisesta nousee usein esille lisäksi tietojärjestelmät, ja niiden toiminta. Ei voida sivuuttaa, että prosessijohtamisessa informaatioteknologia ja tietojärjestelmät koetaan usein keskeisessä roolissa toiminnan tehostamisessa. Täytyy kuitenkin ottaa huomioon, että tukeakseen prosessin toimintaa, tulee tietojärjestelmien vastata prosessien tietovaatimuksiin (emt. 189). Tietojärjestelmän käyttöönoton tulee olla toiminnan kehittämisen mahdollistaja, ei itseistarkoitus.

### *Funktionaalinen ja prosessisuuntautunut organisaatorakenne*

Julkisen hallinnon rakenteita hallitsi vuosikymmenten ajan funktio-ohjattu järjestäytyminen. Se eli kulta-aikaansa ennen 90-luvun lamaa, kun uusia osastoja rakennettiin vanhojen rinnalle ja päälle sitä mukaan kuin uusia hyvinvointiyhteiskunnallisia tarpeita koettiin syntyvän. Resurssien rajojen vastaan tullessa ja kasvavien tehokkuusvaatimusten myötä koettiin tarve suorittaa hallinnolle rasvaimu, jossa poistettaisiin rakenteista

löysät pois ja jäljelle jäisi sporttinen tiukasti toimiva paketti. Tätä työtä tehdään edelleen. Funktio-ohjattuun hallintoon onkin löydettävä taloudellisempia ja tehokkaampia vaihtoehtoja, ja tässä toimii apuna ydintoimintojen hajottaminen prosesseihin ja niiden pohjalta toimintojen uudelleenrakentaminen.

Perinteisen funktio-ohjatun ja prosessiohjatun organisaation erot tiivistyvät Hammerin (2002) esittämässä taulukossa (ks. taulukko 1). Olennaisena ajatuksena on henkilöstön tiimipohjainen toiminta, jossa osastoilla ei ole entistä merkitystä. Kompensaatio työstä palkitaan tulosten mukaan, ei virkaiän perusteella tai pelkästä toiminnasta. Prosessiohjatussa organisaatiossa tietojärjestelmät rakennetaan tukemaan kokonaisvaltaisia prosesseja eikä yksittäisiä osastoja, ja organisaatiokulttuuri rohkaisee henkilökohtaiseen tulovastuuseen ja yhteisölliseen vastuuseen. Organisaatio on rakennettu asiakkaidensa ympärille, ja sitä hallitaan prosessien kautta.

Taulukko 1. Funktio- ja prosessiorganisaation erot (Hammer 2002: 28).

	<b>Funktio-ohjattu organisaatio</b>	<b>Prosessiohjattu organisaatio</b>
<b>Keski-akseli</b>	Funktio	Prosessi
<b>Työyksikkö</b>	Osasto	Tiimi
<b>Työn toimenkuva</b>	Rajoitettu	Laaja
<b>Mittakaava</b>	Kapea-alainen	Päästä päähän
<b>Huomion kohde</b>	Johto	Asiakas
<b>Kompensaatio</b>	Toiminnasta	Tuloksista
<b>Esimiehen rooli</b>	Työnvalvoja	Valmentaja
<b>Avaintoimija</b>	Osaston johtaja	Prosessin omistaja
<b>Kulttuuri</b>	Konfliktisuuntautunut	Yhteistyö

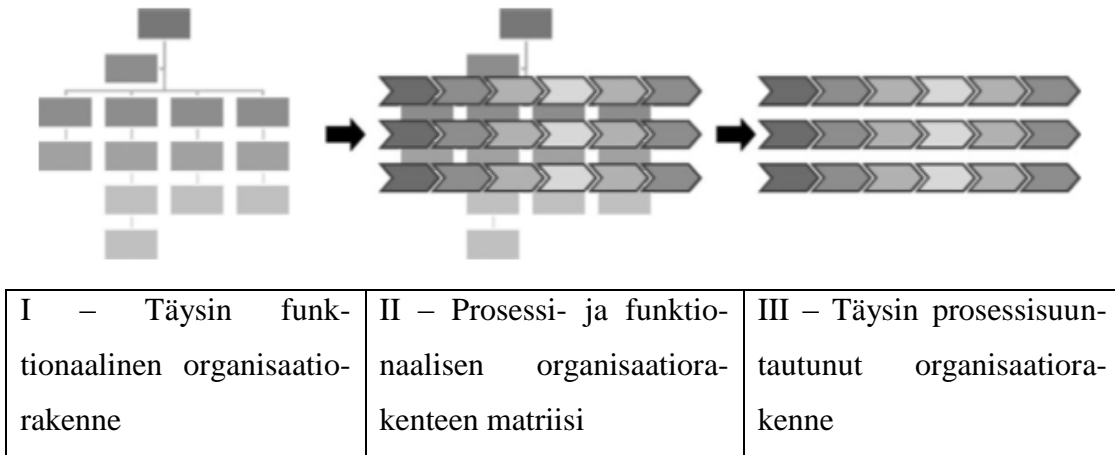
Funktionaalisisessa linjaorganisaatiossa eri osastot ovat vastuussa prosessin eri vaiheiden osista, jolloin osastojen johtajat ovat tulovastuullisia vain prosessin siitä osasta, joka tuotetaan kyseisessä osastossa. Kukaan ei ole kuitenkaan vastuussa koko prosessista, ja

tästä seuraa useita ongelmia prosessin toiminnalle. Esimerkiksi funktionaalisesti toimivassa terveydenhuollossa osaamisen erikoisalueet ovat organisoitu omiksi yksiköikseen. Vahvasta osastoajattelusta voi seurata myös positiivisia asioita. Poissulkevasta luonteesta johtuen profession sisäinen arvostus motivoi parempiin suorituksiin ja sitouttaa ensisijaisesti omaan erikoisalaansa, ja sisäinen osaaminen kehittyy parhaiten. (Pastinen 1998: 36; Riley 2001; Tantu 2007: 183.)

Vastapainona linjaorganisaatiolle prosessiorganisaatiossa ei keskitytä linjaorganisaation tapaan tulosityksiköihin, vaan hahmotetaan organisaatorajat ylittäviä toimintaketjuja eli prosesseja. Tavoitteena on kuvata liiketoiminnan prosessit ja kehittää niitä, jolloin asiakkaat saavat parempaa palvelua yli rajojen. Prosesseista karsitaan pois lisäarvoa tuottamattomat työt. (Laamanen & Tinnilä 1998: 6–7.)

Organisaatiojärjestäytymistä suunnitellessa ei ole kuitenkaan välttämätöntä toimia täysin kummassakaan edellä mainitussa äärilaidassa. Onkin niin, että prosessiorganisaatiossa osastojen funktioajattelusta ei välttämättä tarvitse kokonaan luopua, vaan sen rinnalle tuodaan prosessiajattelu. Täysin prosessisuuntautuneeseen organisaatioon päädytäänkin harvemmin, ja yleisin organisoitumistapa on jonkinasteinen funktionaaliset rakenteet säilyttävä matriisiorganisaatio (ks. kuvio 3). (Virtanen & Wennberg 2004.)

Prosessiajattelun yhdistyessä funktionaaliseen rakenteeseen, voi toimiva vastuiden jako ja tasapainon löytäminen osoittautua haastavaksi funktioiden ja prosessien parissa toimivien henkilöiden asemien välillä. Matriisimallin hyötynä voi olla sen synnyttämä keskustelu osastonjohtajien ja prosessin omistajien välillä aikaansaaden parempia ratkaisuja. On tarpeen tunnistaa prosessi- ja funktionäkökulman rinnakkain elämisen tarve, ja se, ettei tämä kuitenkaan vähennä organisaation kompleksisuutta vaan ennemminkin lisää sitä. (Ks. Palmberg 2010: 107–110.)



Kuvio 3. Organisaatorakenteet funktionaalisesta prosessijohdettuun (Palmberg 2010: 99).

Vielä on huomioitava, että kehitettäessä vahvasti hierarkkisia organisaatioita horisontaaliseksi ja asiakaslähtöisiksi, aikaansaa se vastarintaa etenkin silloin, kun muutos uhkaa ammattiryhmien välisiä sisäisiä suhteita. Asiakkaiden tarpeisiin keskittyvissä prosessilähtöisissä organisaatioissa perustuu prosessilähtöinen toiminta ajatteluun, jossa toiminnan kehittämisessä yhteisöä kehitetään ensisijaisesti alhaalta ylöspäin. Tällöin johdon tehtäväksi muodostuu tukea, ohjata ja seurata perustason toimintaa, joka tekee mahdolliseksi funktionaalisen johtamisen vastaanoton. (Tanttu 2007: 183, 187, 198.)

## 2.2. Prosessiajattelun positiiviset vaikutukset ja kritiikki

JHS 152 -suosituksessa (2010) luetellaan prosessikuvausten tuomia hyötyjä organisaation toiminnalle. Esimiestoiminnassa niistä on hyötyä työn kuormituksen mittaamisessa, työnjaon ja vastuiden selkiyttämisessä, resurssitarpeiden, ongelmatilanteiden ja päällekkäisyyksien selvittämisessä sekä uuden työntekijän perehdyttämisessä ja työnohjauksessa. Muita suosituksen mukaisia prosessikuvausten tuomia hyötyjä organisaatiolle syntyy palveluiden kehittämisessä, tulosten mittaamisessa, tietoturvariskien kartoittamisessa ja laadun arvioinnissa. Prosessikuvauksista on myös apua hiljaisen tiedon siirtämisessä ja

toiminnan arviointiin käytettävien mittareiden asettamisessa. Palmberg (2009) on koonnut tutkimuskirjallisuusanalyysissään yhteen seuraavia syitä siirtyä prosessijohtamiseen:

- linjaorganisaation osastojen välisten esteiden poistaminen ja organisaation yhtenäistäminen
- prosessien kontrollointi ja parantaminen
- palvelulaadun ja tuotteiden kehittäminen
- ulkoistamismahdollisuuksien tunnistaminen ja teknologian hyödyntäminen
- kollektiivinen oppiminen organisaation sisällä ja sen toimintaympäristön välillä
- prosessien suuntaaminen tukemaan organisaation strategiaa ja asiakastarpeita
- ja organisaation tuloksellisuuden ja suorituskyvyn kasvattaminen

Palmberg (2010) tutki kolmella eri toimialalla toimivia organisaatioita, jotka olivat ottaneet prosessijohtamisen käyttöön, ja summasi saavutetuiksi tuloksiksi:

- strategioiden ja asiakkaiden tarpeiden parempi ymmärtäminen
- työtapojen yhtenäistäminen, ja siitä aiheutuvat säästöt
- henkilöstön tehokkaampi käyttäminen
- tarkempi taloudellinen kontrolli ja
- parannusten ajamisen helpottuminen

Yksilöt ilmaisivat kokeneensa hyvinvoinnin paranemista, mutta muutoksen tuoma vastuun lisääntyminen näkyi myös stressin kasvamisena ja lisääntyneinä sairauspoissaoloina.

Vastaavasti Kohlbacher (2010) vertaili 26:tta eri prosessijohtamisen tutkimusta prosessisuuntautuneisuuden hyödyistä, ja laski yleisimmiksi positiivisiksi vaikutuksiksi:

- Nopeutuneet prosessit (14 tutkimusta)
- Asiakastyytyväisyyden paraneminen (11 tutkimusta)
- Laadun kehittyminen, useimmiten tuotteen (10 tutkimusta)

- Kustannussäästöt (10 tutkimusta, -1 kielteinen tutkimus)
- Tuloskehitys (8 tutkimusta)

Kohlbacher (2010) mainitsee tulosten luotettavuuden ongelmaksi sen, että huomattava osa yleisistä ja suosituista tutkimuksista raportoinee vain positiivisista vaikutuksista, joka saattaa asettaa tutkimustulokset puolueelliseen asemaan. Täten onkin asianmukaisista mainita myös kolikon toinen puoli eli tuoda esille piikit ruusuista. Monesti näes prosessikuvauksilla ei olla saavutettu toivottuja hyötyjä, jos minkäänlaisia.

Pitkänen (2010: 77–78) kirjoittaa yleisistä virheistä missä prosessijohtamisen hanke on epäonnistunut. Tällaisessa kokonaisuudessa kaavioita on piirretty ja prosessit kuvataan kattavasti. Prosessin omistajatkin on nimetty asiaan kuuluvin menoin. Siltikään mikään ei loppupeleissä organisaatiossa muutu. Ongelmia on mahtunut hankkeeseen useita, alkaen prosessikuvauksista. Vaikka prosessit on kuvattu, ovat kuvaukset päätyneet pölyntymään mappi “ö”:hön ilman toimintaa ohjaavaa vaikutusta. Kuvaukset on tehty esimerkiksi laatusertifioinnit mielessä, päämääränä, ei apuvälineeksi. Kuvauksista huolimatta johto jatkaa toimintaansa vanhaan malliin, jakamalla tehtäviä luottamushenkilöilleen prosesseista piittaamatta. Prosessinomistajat on kyllä nimetty, mutta valtaa heillä ei ole vaikuttaa asioihin lopulta ollenkaan. Organisaatio pyörii linjaorganisaationa tulosityksikköjohtoisesti, ja prosessinomistajien huudot kaikuvat kuuroille korville, kunnes ne vaimennetaan hermostuksissa kokonaan, elleivät ole itse lannistuneet yrittämään jo ennen sitä. Sitten kun johto huomaa, ettei haluttuja tuloksia olla saavutettu, nostetaan prosessinomistajat esiin ja kysellään, eikö niitä prosesseja pantukaan kuntoon? Tällöin johto on nähnyt prosessit alemman organisaation asiana, ohjeistuksena joka ei koske itse johtoa, ja täten hanke on tuomittu epäonnistumaan.

Laatusertifikaatioiden kaikkivoipaisuuden epäkohtia on tuotu esiin myös toisesta suunnasta. Onkin niin, että prosessijohtamisessa hyödynnetyt sertifioidut laatujärjestelmät eivät takaa hyvin toimivia prosesseja asiakkaalle, koska toimintaa voidaan muokata valheellisesti ulkoista laaduntarkastusta silmällä pitäen pelkästään hyvien laatupisteiden tavoittelemiseksi, jolloin todellinen laatu asiakkaalle ei välttämättä toteudu. (Mäntysaari 1996: 73–80.)



Samalla linjalla on Steketee (2010) tutkittuaan ongelmaperheiden hoitoa Alankomaissa Amsterdamissa. Hänen mukaan säännöllisesti auditoidut laatujärjestelmät eivät välttämättä yksin takaa hyviä tuloksia ongelmaperheille. Tapaustutkimuksessa prosessijohtamisella voitiin kuitenkin puuttua hallinnollisiin ongelmiin: jonotusajat lyhenivät, perheille saatiin näyttöön perustuvaa perheterapiaa, ja prosessit saatiin toimimaan yhtenevästi.

Prosessijohtamisen yleisyydestä huolimatta, useat organisaatiot kokevat huolta siirtymisestä prosessijohtamiseen ja sen säilyttämisestä. Palmberg (2010: 94) mainitsee eri tutkijoiden tutkimuksissa ilmenneistä ongelmista; esimerkiksi Ruotsissa teetetystä kyselytutkimuksesta, jossa ilmeni, etteivät prosessisuuntautuneisuudella ylletä tulosodotuksia vastaaviin vaikutuksiin, johon saattavat vaikuttaa epärealistisen korkeat odotukset prosessijohtamista kohtaan (ks. Forsberg, Nilsson & Antoni 1999: 545–546). Organisaatiot saattavat käyttää mittavia resursseja kattavan prosessien dokumentointijärjestelmän hankkimiseen saavuttamatta toivottuja tuloksia (Palmberg 2010: 94). Forsbergin ym. (1999: 545) mukaan prosessijohtaminen esitetään kirjallisuudessa usein helposti käytönotettavana johtamisvälineenä mainitsematta sen kokonaisvaltaisista muutoksista organisaation toimintaan; ja siihen kuinka paljon aikaa, resursseja ja ponnistelua muutos prosessiorganisaatioksi edellyttää.

Prosessijohtamiseen siirtymistä vaivaa myös liukuhihnamainen kehitysajattelu, joka syntyi kun Henry Ford uudisti menestyksekkäästi tehdaslinjansa prosessijohtamisella. Vaikka kyseisenomaisessa ympäristössä lineaarinen ja vaiheittainen prosessikuvaus toimii, ei se tarkoita sitä, että samaa mallia voitaisiin hyödyntää hyvällä menestyksellä myös muuntyyppisissä organisaatioissa. Vaihteyöläisyys ei sovi joka paikkaan, kun todellisuudessa asiakaslähtöisessä palvelutyössä ja asiantuntijaorganisaatioissa prosessin vaiheet ovat keskenään monesti limittäisiä eikä peräkkäisiä. Prosessin kulku saattaa soljua pitkin eri prosessin vaiheita vapaassa järjestyksessä päättyen hyötyyn asiakkaalle ja menestykseen. (Ks. Pitkänen 2010: 75–84.)

On tärkeää vielä huomioida, että julkisella sektorilla hallintojohtajilla ei ole samanlaista mahdollisuutta investoida tietojärjestelmiin, laitteisiin, koulutukseen tai ylimääräiseen

henkilöstöön kuin yksityisellä sektorilla, vaikka sen uskottaisiin parantavan organisaation suoritusta. Toisaalta näyttäisi siltä, että prosessien suunnittelussa käytetään yksityistä sektoria vähemmän ulkoisia konsultteja, ja henkilökuntaa osallistetaan enemmän suunnitteluun painottaen heidän kuulemistaan yksimielisyyden saavuttamiseksi. (MacIntosh 2003: 340–341.)

### 2.3. Prosessijohtamisen pääsuuntaukset – evoluutio ja revoluuatio

Prosessikehittämisessä vallitsee kaksi suuntausta. Prosesseja voi kehittää koko organisaation kattavissa laajoissa kehittämishankkeissa, kuten uuden menetelmän käyttöönotossa tai keskittymällä yksittäisten prosessien osa-alueisiin ja jatkuviin muutoksiin. Useimmiten kehittämishankkeen käynnistää ongelmatilanne, joka tarvitsee ratkaisua. (JHS-suositukset 2010.)

Vastaavasti Palmberg (2009: 209–210) kokoaa tieteellisten artikkelien seulonnan perusteella kaksi hallitsevaa ja toisistaan poikkeavaa määritelmää siitä, mitä prosessijohtaminen on. Ensimmäisen määritelmän mukaan prosessijohtaminen on *“yksittäisten prosessien jatkuvaa parantamista”*. Tässä lähestymistavassa prosessin analysointi ja kehittäminen on jatkuvaa ja jäsentyneen systemaattista. Toisen määritelmän mukaan prosessijohtaminen on *“koko järjestelmän prosessijohtamista”*. Tämä on kokonaisvaltaisempi tapa kaikkien liiketoiminnan osa-alueiden hallintaan ja on organisaation tehokkuutta määritettäessä näkökulmana arvokas.

Edellistä mukaillen Blåfield (1996: 49, 52–53) kokee, että prosessijohtamisen koulukunnat pyrkivät suunnilleen samoihin tavoitteisiin, mutta eri menetelmillä. Pienten askelten jatkuva parantaminen juontaa juurensa laadunhallinnan (Total Quality Management – TQM) oppeihin, ja radikaali uudelleensuunnittelu perustuu liiketoimintaprosessien uudistamisen (Business Process Re-engineering – BPR) näkemyksiin. Käytännön johtamistilanteessa mitään opeista ei tule kuitenkaan soveltaa jäykän mekaanisesti, vaan ne ovat tilannekohtaisesti hyödynnettävä apuväline. Käytäntöön voi soveltaa molempien koulukuntien työkaluja yhdessä riippuen prosessien tai organisaation kehitystarpeesta.

Jatkuva parantaminen ja radikaali uudelleensuunnittelu tulisikin nähdä toisiaan täydentävänä, ei vastakkaisina voimina (Pastinen 1998: 66).

Radikaalissa uudelleensuunnittelussa liiketoimintaprosessit suunnitellaan perustavanlaatuisesti uudelleen. Tällä tavoitellaan dramaattisia parannuksia organisaation suorituskyvyssä, kustannuksissa, laadussa, palvelussa ja nopeudessa. Tässä lähestymistavassa vanhat järjestelmät puretaan ja korvataan uusilla. (Laamanen & Tinnilä 1998: 11; Agarwal 2010: 43–44.)

Radikaali uudelleensuunnittelu perustuu aina projektilähtöisyyteen, jossa muutos toteutetaan kertarysäyksellä tarviten monesti avuksi kehittynyttä teknologiaa ja suuria investointeja (Pastinen 1998: 67–68). Pyrkimyksenä on osastojen ja funktioiden väliltä esteet poistava parannus, jolle on tunnusomaista prosessien radikaalit parannustavoitteet kaikissa organisaation osissa. Se sisältää korkeat riskit, korkeat kustannukset ja korkeat resurssien käyttötarpeet ja tähtää kilpailuedun mahdollistavan arvon tuottamiseen organisaatiolle ja tuloksiin. Prosessien uudelleensuunnittelu on kokonaisvaltaista alkaen tyhjältä pöydältä uudistustoimenpiteiden kohdistuessa etenkin informaatioteknologiaan. Informaatioteknologialla turvataan usein tavoitteiden saavuttamista, ja siksikin tietoteknisten sovellusten oikea toteutus ja käyttöönotto on menestyneiden liiketoimintaprosessien uudistamisprojektien takana. (Suárez-Barraza, Ramis-Pujol & Llabrés 2009: 100; Agarwal 2010: 43.)

Radikaali uudelleensuunnittelu oli kovassa suosiossa ja sitä koskevan tutkimuksen määrä oli huipullaan etenkin 1990-luvulla, mutta tutkimuksen määrä ja menetelmän suosio laski nopeasti. Lasku heijastaa useita epäonnistuneista BPR-hankkeita, joka on johtanut radikaalin uudelleensuunnittelun suosion katoamiseen. Agarwal (2010: 49) esittää epäonnistumisten syiksi niin puutteet johdon jatkuvassa sitoutumisessa ja johtajuudessa, muutoksen epärealistiset mittakaavat ja odotukset sekä muutostavastarinnan. (MacIntosh 2003: 328; Sidorova & Isik 2010: 580.)

Radikaalin uudelleensuunnittelun vastapainona jatkuvan parantamisen taustalla vaikuttavan kokonaisvaltaisen laatukehittämisen juuret johtavat tiensä suurista toistoon perus-

tuvista tuotantolinjoista teollisuudessa. Päälähestymissuunta on työkalujen, metodien, prosessien ja kommunikointikeinojen standardoinnissa, jolla tähdätään yhteisen koordinoinnin edistämiseen. Ajatuksena on, että tiimien yhteisen termistön ja kielen hallinnalla saadaan optimoitua funktioiden välistä kokonaissuorituskykyä. (Kujala & Lillrank 2004: 52.)

Laadunhallinta on vanhin prosessien analysointiin perustuva johtamismalli. Se korostaa asiakkaiden tarpeiden ymmärtämisen tärkeyttä ja jatkuvaa asiakkaiden tarpeisiin perustuvaa toiminnan ja tuotteiden parantamista. Voidaan todeta, että organisaation päätarkeisuus on tuottaa arvoa asiakkaalle, jolloin asiakastytyväisyyden mittaamisen tulisi olla integroitu osa prosessin kehittämistä. Pastinen (1998: 67) mainitsee, että kehittäminen on katkeamaton prosessi, jossa muutokset eivät ole usein dramaattisia vaan hienovaraisia, ja niistä aiheutuvat saavutukset eivät aina ole välittömästi nähtävissä. (Laamanen & Tinnilä 1998: 13; Forsberg ym. 1999: 543.)

Laadunhallinta sisältää seitsemän useiden tutkimuskirjailijoiden ja ammatinharjoittajien hyväksymää laadun perustyökalua. Nämä ovat olennaisia metodeja laatuun liittyvän tiedon keräämisessä ja analysoimisessa. Työkaluja ovat tarkastuslistat, histogrammit, syy-seuraus analyysit, ideapalaverit, Pareto analyysit, graafiset käyrät ja taulukot, prosessikaaviot sekä ohjaus- ja pistekaaviot. (Antunes, Pires & Machado 2009: 338.)

Forsbergin ym. (1999: 542–543) mukaan tärkeimmäksi metodiksi näissä jatkuvaan parantamiseen tähtäävissä organisaatioissa koetaan prosessikartoitus. Muita yleisimpiä kehitystyökaluja ovat ideapalaverit ja vertailu muihin organisaatioihin (benchmarking). Organisaatiot vaikuttavat olevan sitä tyytyväisempiä prosessisuuntautuneisuuden kanssa, mitä edistyneemmin he pystyvät käyttämään hyödyksi erilaisia metodeja. Prosessi-kehittämisen mittaamisen kohteina on taas perinteisesti ollut niin kustannusten, tuottavuuden, nopeuden ja laadun mittaaminen, ja sittemmin prosessien kehittämistä on mitattu myös organisatorisen oppimisen ja inhimillisen pääoman kehittymisen kautta.

## 2.4. Prosessijohtamisen lähiteoriat

Prosessijohtamisella on yhtäläisyyksiä joidenkin toisten johtamisfilosofioiden kanssa, joista tässä käymme läpi tutkielman kannalta oleellisia teorioita. Tutkimus olisi ollut toteutettavissa prosessijohtamisen lisäksi niin ikään laatujohtamisen kuin strategisen johtamisenkin näkökulmista, joiden osana monesti prosessijohtaminen toimii. Kotihoitoidon asiakasturvallisuuden kehittäminen painottuen prosessien ymmärtämiseen ja sitä kautta palvelun parantamiseen tuntui kuitenkin luonnollisimmalta lähestymistavalta tutkielman aiheeseen. Sivuvien teorioiden viimeisenä alakappaleena käydään läpi muutosjohtaminen, koska tarvittavaa muutosta ei prosessijohtamisessakaan saada aikaan ilman onnistuneesti ajettua muutoksen johtamista.

### 2.4.1. Laatujohtaminen

Laatu on käsitteenä moniulotteinen ja tarkoittaa eri ihmisille erilaisia asioita asiayhteydestä riippuen. Se voi olla yhteyksissä konkreettiseen tuotteeseen, toimintaan, henkilökohtaiseen kokemukseen tai vaikka abstraktiin käsitteeseen. Täten laadun määritelmä voidaan nähdä niin teknisenä suorituksena kuin kyvykkyutenä tehdä oikeita asioita. Laatu on ajan harjalla pysymistä ja signaalien seuraamista kuin myös sosiaalisten tilanteiden ymmärtämistä. (Lecklin & Laine 2009: 15–27.)

Laatujohtamisen käsite nousi julkishallintoon vuonna 1994. Se oli seurausta tulosjohtamisen kriisistä, jossa organisaatiot olivat oppineet tekemään tulosta laadun kustannuksella. Lisäksi tilaaja – tuottaja-malli edellytti rahoittajalta keinoja valvoa tuottajan myymän palvelun laatua. (Sipilä 1996: 21.)

Laatujohtamisessa laitoksilla on yhä suurempi sisäinen vastuu toiminnasta ja taloudesta. Palvelut suunnitellaan asiakkaan eikä palvelujen tuottajan ehdoilla, ja jokaista työntekijää osallistetaan henkilökohtaisesti laadun parantamiseen. Henkilöstön motivoitumisen merkitystä ja organisaation muutosvalmiutta korostetaan. Laadun kehittäminen kohdistetaan toimintaprosesseihin eikä työilmapiiriä heikentävään yksittäisten työntekijöiden virheiden etsintään. Kujalan ja Lillrankin (2004: 45) mukaan laatupalkintoihin perustu-

vasta tulosnäkökulmasta laatujohtamisen periaatteita ja arvoja ovat tietoon perustuva johtaminen, jatkuva parantaminen sekä organisaation pitkän ajan tähtäimet. (Outinen ym. 1994: 10–11, 17, 66.)

Laatutyöskentelyllä pyritään selvittämään organisaation nykyinen laatutaso ja samalla kehittämään laatua yhä paremmaksi. Se auttaa kohdistamaan kehittämishankkeet tärkeisiin kohteisiin, joilla on merkitystä esimerkiksi asiakkaalle, kilpailukyvyille tai kustannuksille. Laatutyöskentelyä ohjaavat organisaation arvot ja periaatteet, joten arvokeskustelun käyminen on tärkeää. Arvot ja periaatteet ovat luontevana osana laatutyötä ohjaavaa työyhteisön laatu politiikkaa ja siihen perustuvaa laatu strategiaa, joita pidetään laatujohtamisessa erityisen tärkeinä. Laatutyön onnistuminen on todennäköisempää, jos vallitseva organisaatiokulttuuri on yhteneväistä kokonaisvaltaisen laatujohtamisen arvojen ja perusolettamusten kanssa ja ylin johto on siihen sitoutunut. (Outinen ym. 1994: 87–88; Kujala & Lillrank 2004: 46, 52.)

Laatutyöskentelyssä laatua evaluoidaan sekä kvalitatiivisin (tapaustutkimukset, vertaisarviointit, asiakkaiden teemahaastattelut, prosessikaaviot) että kvantitatiivisin (tilastolliset mittaukset, kuten jonotusajat; valvontakaaviot) keinoin. Organisaation sisäisessä laadunvalvonnassa noudatetaan organisaation omista sisäisistä tavoitteista johdettuja tarkoituksenmukaisia kriteereitä. Ulkoinen laadunvalvonta tapahtuu yleensä universaalien standardien, kuten ISO 9000-sarjan laadunvarmistusmenetelmillä (Lipponen 1996: 62; Mäntysaari 1996: 73–80). Viime vuosina kaksi tärkeintä viitekehystä kokonaisvaltaisen laatujohtamisen kehitykselle ovat olleet ISO 9001 perheen laatu standardit ja esimerkiksi Malcolm Baldrige -laatu palkinto sekä Euroopan laatu palkintokriteerit (Kujala & Lillrank 2004: 44). Laatujohtamistyökaluina käytetään muun muassa laatu auditointeja, kolmannen osapuolen myöntämiä laatu palkintoja ja esimerkiksi parhaisiin käytäntöihin nojaavaa benchmarking-tekniikkaa. (Lipponen 1993: 71–86; Mäntysaari 1996: 73–80.)

#### 2.4.2. Strateginen johtaminen

Strateginen johtaminen käsitteenä tarkoittaa organisaation pitkän aikavälin elinvoimaisuuden vahvistamista ja ylläpitoa (Santalainen & Huttunen 1993: 34). Se yleistyi 1980-luvulla ja julkishallinnossa 1990-luvun puolivälin jälkeen. Vielä 1970-luvulla enemmistö suomalaisista yrityksistä laati vain talouteen painottuvia pitkän tähtäimen suunnitelmia. Strategisen suunnittelun noustua taloussuunnittelun rinnalle kiinnitettiin huomiota siihen millä tuotteilla, markkinoilla ja toimintatavoilla tulevaisuuteen pitäisi suuntautua. (Kamensky 2004: 35–36.)

1980-luvulla alettiin puhua strategisesta johtamisesta kun ymmärrettiin, etteivät suunnitelmat toteudu ilman oikeaa johtamista. Vuosikymmenten kuluessa strategisen ajattelun yleistyessä yhä suurempi osa henkilöstöstä on osallistettu strategian toteuttamiseen. Strategisen johtamisen ajatuksena on, että organisaation läpimurto voidaan saavuttaa, kun strategia on laadittu ja ymmärretty hyvin ja rajalliset resurssit on kohdistettu oikein ja pidetään yhtenäisinä. (Kaplan & Norton 2002: 9; Kamensky 2004: 36–37.)

Ajan myötä strategiaa tukevien talousmittarien puutteeksi havaittiin tuloksien raportoinnin viiveellisyys ja tulokseen vaikuttavien tulevaisuuteen suuntautuneiden tekijöiden viestinnän puuttuminen. Strategisten tavoitteiden tueksi tuli toiminnanohjausjärjestelmät, joista yksi tunnetuimmista on organisaatioissa eri tavoin sovellettu tasapainoinen tulokortti (Balanced Scorecard), jossa strategiaa tarkastellaan talouden lisäksi niin asiakkaiden, sisäisten prosessien ja oppimisen ja kasvun näkökulmista. Julkisella sektorilla ja yleishyödyllisissä organisaatioissa mittariston keskiössä toimii organisaation olemassaolon oikeuttava toiminta-ajatus ja arvon tuottaminen niin rahoittajalle kuin palvelun vastaanottajalle. Yhdessä strategiakarttojen kanssa tasapainotettu mittaristo mahdollistaa strategian toteuttamisen auttamalla strategian kuvaamisessa yhtenäisesti ja ymmärrettävästi. Täten organisaatio voi asettaa johtamisprosessin keskipisteeksi strategian. (Kaplan & Norton 2002: 26–30, 145–147.)

Kaiken kaikkiaan strategiatyöhön ei ole olemassa yhtä oikeaa tapaa, vaan erilaisia tapoja, teorioita ja koulukuntia on olemassa maailman sivu. Keskeistä strategiatyössä on

tunnistaa oman organisaation strategian työstämiseen liittyvä kyvykkyys ja organisaation kulttuuriset ominaispiirteet, johon myös strategiaprosessi tulee suhteuttaa. (Gustafsson & Marniemi 2012: 18.)

### 2.4.3. Muutosjohtaminen

*“Organisaation kulttuuri on yksinkertaisesti ilmaistuna se: “Kuinka asiat täällä hoidetaan”. Siksi muutoksen johtaminen herättää pohtimaan “Miten muutamme sen, kuinka asiat täällä hoidetaan”.” (Pastinen 1998: 62)*

Muutos on ulkoisista tai sisäisistä syistä nouseva tarve, jolla on vaikutusta organisaation toimintaan. Muutoksen onnistunut läpivienti edellyttää johtamista. Juppo (2005: 137) määrittelee tutkimuksessaan muutoksen johtamisen *“systemaattiseksi, prosessimaiseksi, valmisteluun ja toteutukseen painottuvaksi toiminnaksi”*. Siirryttäessä prosessijohdettuun organisaatioon, kuten myös toimintaprosessien uudelleensuunnittelussa, tapahtuu muutos menneisiin toimintatapoihin. Muutoksen toteutustapa ja onnistuminen eivät ole kuitenkaan yksiselitteisiä asioita. Kuten Virtanen ja Wennberg (2005: 93) mainitsevat: *“mikäli muutos on suunniteltu huonosti, seuraukset voivat olla katastrofaaliset”*. Pastinen (1998: 62) kokee, että yleensä implementoinnin vaikein osa on organisaatiokulttuurin muuttaminen. Kulttuurin muutos ja parantamisyrietykset aiheuttavat lähes aina muutosvastarintaa, josta saattaa seurata kasvaneita kustannuksia, prosessien heikentymistä, viiveitä sekä motivaation kadottaneita työntekijöitä.

Muutostyypit ovat jaettavissa muutoksen aikahorisontin ja laajuuden perusteella muodostuvaan viitekehykseen (ks. taulukko 2). Kehys kuvaa muutoksen ääripäitä, ja todellinen muutos sijoittuu usein johonkin ääripäiden välimaastoon. Taulukosta selviää miten erilaisten muuttujien tulisi vaikuttaa muutoksen aikajänteeseen ja laajuuteen ja muutoksen tyyppien vaikutukset muutoksen johtamisen edellytyksiin.



Taulukko 2. Organisaatiomuutosten tyypittely aikahorisontin ja muutosten kohdistamisen avulla (Stenvall & Virtanen 2007: 24–25).

Muutosten aikahorisontti → Muutosten kohdistaminen ↓	Nopea (aika: viikoista kuukausiin)	Hidas (aika: useista kuukausista vuosiin)
Suppea	<b>LAAJUDELTAAN INKREMENTAALINEN MUTTA TOTEUTUSTAVALTAAN NOPEA MUUTOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisaation osaan kohdistuva muutos</li> <li>• Toteutetaan nopeassa aikataulussa</li> <li>• Riskit realistisia</li> <li>• Tähtää toimintatapojen muuttamiseen</li> <li>• Edellyttää muutosjohtamisen taitoja</li> </ul>	<b>INKREMENTAALINEN MUUTOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisaation osaan kohdistuva muutos</li> <li>• Toteutetaan hitaassa aikataulussa</li> <li>• Olemattomat riskit</li> <li>• Tähtää toimintatapojen muuttamiseen</li> <li>• Muutosjohtamiseen ei erityisiä vaatimuksia</li> </ul>
Laaja-alainen	<b>RADIKAALI KORKEAN RISKIN JA ERITYISTÄ MUUTOSJOHTAJUUTTA EDELLYTÄMÄ MUUTOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koko organisaation toimintaan kohdistuva muutos</li> <li>• Toteutetaan nopeassa aikataulussa</li> <li>• Riskien tiedostaminen kriittistä</li> <li>• Tähtää viime kädessä organisaatiokulttuurin muuttamiseen</li> <li>• Muutoksen johtaminen vaatii erityistä taitoa ja kokemusta</li> </ul>	<b>RADIKAALI PITKÄN AIKAJÄNTEEN MUUTOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koko organisaation toimintaan kohdistuva muutos</li> <li>• Toteutetaan hitaassa aikataulussa</li> <li>• Riskien tiedostaminen merkityksellistä muutoksen alan laajuuden johdosta</li> <li>• Tähtää viime kädessä organisaatiokulttuurin muuttamiseen</li> <li>• Muutoksen hallinnasta ja muutosprojektin ohjauksesta huolehdittava</li> </ul>

Muutoksen toimeenpanosta on julkaistu vuosikymmenten kuluessa useita opuksia ja tutkimuksia. Juppo (2005: 76–77) muodostaa teoreettisen keskustelun pohjalta muutosprosessin päävaiheiksi muutoksen valmistelun, viestinnän ja sitouttamisen, toteuttamisen ja valvonnan sekä muutoksen vakiinnuttamisen. Vaiheet muodostavat eräänlaisen

ideaalikuvausten muutosprosessista. Näistä jokaisen vaiheen on oltava johtamistoimenpiteissä osoitettavissa, tai muuten johtaminen on näiden vaiheiden osalta puutteellinen tai epäonnistunut.

Toisaalta Santalainen ja Huttunen (1993: 157–161) jakavat muutoksen toimeenpanon karkeassa mittakaavassa kahteen luokkaan: moukarimenetelmään ja Juppon näkemystä ja yleistä muutosjohtamiskeskustelua rinnastavaan muutosprosessin johtamiseen. Moukarimenetelmälle tyypillistä on autoritäärinen ylhäältä tuleva käskytyks, jossa johto määrää muutoksesta, jonka toimeenpano on ohjattavissa ja valvottavissa selkeillä määräyksillä ja ohjeilla. Muutosprosessin johtaminen taas on moukarimenetelmää pehmeämpi enemmän aikaa vievä prosessi, jossa toisiaan seuraavat organisaatiokulttuurin asenteellisen ja tiedollisen muutosvalmiuden luomisvaihe, siirtymisvaihe uuteen käytäntöön ja halutun tavoitetilan vakiinnuttamisvaihe. Yleensä muutosta on johdettava sitä enemmän prosessina, mitä enemmän muutos liittyy inhimillisiin voimavaroihin. Moukarimenetelmän riskiksi Santalainen ja Huttunen kokevat henkilöstön sitoutumisen kärsimisen, ja sen vaikutuksesta esimerkiksi parhaimman henkilöstön hakeutumisen muualle.

Muutoksen läpiviennin on nähty vaikuttavan henkilöstöön tutkimuksissa prosessinomaisesti. Tyypillisesti henkilöstö ensin lamaantuu muutoksesta. Se joutuu shokkiin kuullessaan tulevasta uudistuksesta, josta seuraa voimakas muutoksen kieltäminen. Tällöin henkilöstö ei ole vastaanottavaista, ja muutosviestintä menee usein ohi korvien. Seuraava vaihe on toiveen herääminen, jolloin välillä uudistuksen koetaan etenevän, kun taas toisaalta mieliala on apea eikä muutoksesta uskota selviytyvän. Viimeinen vaihe on sopeutuminen, jossa usko herää muutoksen onnistumisesta, ja muutos nähdään uutena mahdollisuutena ja haasteina. Tällöin organisaatio alkaa elämään uutta tilannetta eikä menneeseen enää haikailla parempana toimintatapana. Mitä nopeammin organisaatio kykenee käymään läpi kyseiset vaiheet, sitä muutoskykyisempi se on. Sopeutumisvaiheeseen asti ei kuitenkaan välttämättä koskaan ylletä. (Stenvall & Virtanen 2007: 51–52.)

Virtanen ja Wenberg (2005: 97–100) kokevat, että muutos toteutuu parhaiten realistisessa muutoshallinnan mallissa. Siinä löydetään keskitie ali- ja ylisosiaalistettujen muu-

tosmallien väliltä. Alisosiaalistettu malli muistuttaa hieman edellä mainittua moukari-menetelmää. Siinä muutosprosessi on suoraviivaista, lineaarista kehittämistoimintaa, joka voidaan todentaa ulkopuolisesti ja edistymisen määrää mitaten. Muutosmalli on ulkoa opeteltu mekaaninen toimitus, jota voidaan soveltaa eri organisaatioissa. Ylisosiaalistetussa muutosmallissa kaikki muutoksen läpiviemiseen liittyvät ideat keksitään itse organisaation omista lähtökohdista. Muutosmallissa henkilöstön kokonaisvaltainen valtaistaminen saattaa sivuuttaa kokonaistavoitteen tarvittavasta päämäärästä. Realistisessa muutosmallissa etsitään hyvät puolet molemmista lähestymistavoista.

Muutos voi kariutua useista syistä. Kotter (1996: 4–13) luettelee epäonnistumiselle olennaisimmiksi kaksi seuraavaa: 1) henkilöstön liiallinen tyytyväisyys vallitsevaan tilanteeseen, ja kyvyttömyys nähdä muutoksen tarve, josta seuraa juurtuminen vanhoihin käytäntöihin; ja 2) riittävän vahvan muutosta johtavan tiimin ja tarvittavien avainhenkilöiden puuttuminen. Epäonnistumiseen vaikuttavat lisäksi selkeän ja yhteisen suunnan näyttävän vision puuttuminen, jota ilman pieninkin valintatilanne voi aiheuttaa ristiriitoja ja kaatua loputtomiin väittelyihin. Hyvästäkään visiosta ei välttämättä viestitä tarpeeksi tai viestintään osallistuu liian harva avainhenkilö. Lisäksi muutos voi kariutua vision vastaisen toiminnan harjoittamiseen avainhenkilöiden toimesta. Hallitseva organisaatorakenne saattaa toimia esteenä muutokselle tai henkilöstö voi aiheuttomasti pitää muutoksen toimeenpanoa koetuista hyödyistä huolimatta mahdottomana.

Kotter (1996: 9–13) jatkaa mainitsemalla tarpeesta osoittaa lyhyen aikavälin – puolen tai puolentoista vuoden saavutettuja voittoja ja tarpeesta henkilöstön palkitsemiseen uurastuksesta muutoksen eteen. Muutoksen onnistuminen saatetaan kuitenkin julistaa liian varhain, ja muutosta ajavien paineiden hellittäessä organisaatio ajautuu takaisin vanhoihin toimintatapoihin. Muutos onkin saatava juurrutetuksi joka kerrokseen organisaatiokulttuurissa ennen muutosprosessin päättämistä.

### 3. PROSESSIKEHITTÄMISEN VAIHEET

Prosessijohtamista ei voi olla ilman prosessiajattelua. Organisaation toiminnassa on aina prosesseja, vaikka organisaatiossa vaikuttavia prosesseja ei olisi erikseen tunnistettu. Kehitettäessä prosesseja tunnistetaan usein kolme perusaskelta järjestelmän kehittämisessä ja toimeenpanossa: nykytilan tunnistaminen, tavoitetilan tiedostaminen ja keinojen löytäminen tavoitetilan saavuttamiseen (Bourne, Neely, Mills & Platts 2003; lainaus teoksesta Antunes, Pires & Machado 2009: 336).

Houy ym. (2010) ovat rakentaneet prosessikehittämissympyrän, joka on kirjallisuuden määritelmien pohjalta syntynyt kokonaisnäkemys prosessikehittämisestä (ks. kuvio 4). Se alkaa vaiheesta, jossa suunnitellaan organisaation tulevaisuuden strategia. Tätä seuraa strategiaa toteuttavien toimintaprosessien määrittely ja mallintaminen sekä niiden käyttöönotto ja toimeenpano. Prosessien toimimiseksi halutulla tavalla niitä tarkkaillaan ja kontrolloidaan, ja puutteita havaittaessa prosesseja optimoidaan ja parannetaan. Toiminta muodostaa täten jatkuvan kehän, jossa prosessit toimivat ajan tasalla ja optimaalisesti.

Tässä tutkimuksessa prosessikehittäminen mukailee osittain edellä esitettyjä näkemyksiä ja JHS 152 -suositusta (2010) ja on jaettu koostuvaksi neljästä pääkohdasta: suunnittelusta, mallintamisesta, käyttöönotosta ja jatkuvasta kehittämisestä. Suunnitteluvaiheessa käsitellään toiminnan tarkoituksen syntyminen vision ja strategian muodossa. Mallintamisvaiheessa tunnistetaan nykyiset prosessit, ja paneudutaan niiden toiminnallisuuden heijastettuna organisaation visioon ja strategiaan. Tämän jälkeen kehitetään opitun tiedon pohjalta uudet tai optimoidaan vanhoja prosesseja. Käyttöönotto-vaiheessa ajetaan uudet mallinnetut ja kuvatut prosessit organisaatioon, niin että prosessien toimeenpano onnistuu, ja prosessit tulevat osaksi organisaation tavanomaista toimintaa. Jatkuvan kehittämisen takana taas on ajatus, ettei organisaatiossa saa vaipua pysyvään hyvän olon tunteeseen unohtaen seurata aikaa ja ympäristöä ja sen tuomia hiljaisia signaaleja. Organisaatiota kehitetään jatkuvasti paremmaksi prosessien toimintaa mittaamalla ja arvioimalla ja vertaamalla saavutettuja tuloksia toivottuun tavoitetilaan. Strategian toimintaa ja päivittämisen tarvetta tulee tarkkailla riittävin väliajoin.



Kuvio 4. Prosessin jatkuva kehittäminen (Houy ym. 2010: 623).

### 3.1. Suunnittelu

*“Strateginen ajattelu ei ole toinen toistaan hienompia teorioita ja käsitesnobbaailua, vaan ennen kaikkea yhteisiä periaatteita, linjauksia ja sopimuksia siitä, mihin tulevaisuudessa erityisesti panostetaan ja mitä tavoitellaan.” (Gustafsson & Mar-niemi 2012: 20.)*

Prosessien kehittämisen taustalla toimivat organisaation toiminnan suunnittelua ja kehittämistä ohjaavat visiot, strategiat ja toimintaperiaatteet (JHS-suositukset 2010). Ne ovat organisaatorakenteen kehittämisen perusta. Visiossa ja visiota toteuttavassa strategiassa pelkistyy käytännössä se, mihin organisaatio suuntaa tulevaisuuden tekemisensä. Ne ovat prosessien tunnistamisen, nimeämisen ja määrittelemisen kannalta oleellisia suunnitelmia, sillä niistä voi löytää niitä ajatuksellisia ja käytännöllisiä tavoitteita ja vaatimuksia, jonka pohjalta prosessisuunnittelu toteutuu. (Virtanen & Wennberg 2005: 79, 84.)

Strategiatyön aloittamisen parhaaksi olisi, että sen taustalla ei olisi vallitsevaa kriisiä. Tämä tulisi purkaa ensin pois, ettei se kulje koko strategiaprosessin ajan mukana kuorittamassa päätöksentekoa. Tähän auttaa ennakoiva ote ja jatkuvassa liikkeessä pysyminen. Täten ei kuljeta kriisistä kriisiin, vaan pysytään kehittämisotteen ohjaksissa. (Gustafsson & Marniemi 2012: 20.)

Organisaation kehittämisen kannalta kaikkein pysyvimmän perustan organisaation toiminnalle muodostaa se missio, joka on organisaation olemassa olon perimmäinen syy. Missio koostuu organisaation toiminta-ajatuksesta ja liikeideasta ja vastaa kysymykseen *‘Miksi organisaatio on olemassa?’*. Missiossa arvioidaan ketkä ovat organisaation perimmäisiä asiakkaita ja mikä on se keskeinen ajatus, jonka perusteella heille palveluja ja tuotteita tarjotaan. Missio vastaa myös kysymykseen millaisia tarpeita organisaation palvelut tyydyttää ja mikä on viime kädessä organisaation elämäntehtävä. (Lecklin & Laine 2009: 128.)

Suunnan ohjausta tulevalle ja prosessijohtamiselle tarjoaa kuitenkin missiota ja toiminta-ajatusta enemmän organisaation visio ja strategia. Näissä määritetään mihin ja miten organisaatio on määränpäähensä matkalla. Onnistunut visio ja strategia pitää organisaation toimintakykyisenä muuttuvassa ajassa ja ympäristössä. Tässä tutkielmassa paneudutaan näihin elementteihin siksi seuraavaksi tarkemmin.

### *Visio*

*“Yksi yksinkertainen kysymys – onko tämä sopusoinnussa vision kanssa? – voi välttää tuntien, päivien tai jopa kuukausien mittaisilta hankalilta keskusteluilta.”*  
(Kotter 1996: 61.)

Visio on päämäärä jolla määritellään tavoite, millaiseksi organisaatio haluaa tulla. Sen tulisi olla houkutteleva, selkeä, realistinen ja ponnisteluja vaativa sekä helposti muistettavissa. Kamenskyn (2004: 61) mukaan hyvä visio voi sisältää myös toiveita ja yltiöpäisen rohkeita tavoitteita, ollen parhaimmillaan silti kirkas näky tulevaisuudesta. (Virtanen & Wennberg 2005: 84; Lecklin & Laine 2009: 129.)

Visio suunnitellaan riittävän pitkälle aikavälille, mahdollisesti kolmesta viiteen vuoteen eteenpäin (Lecklin & Laine 2009: 129). Toisaalta Kamensky (2004: 60, 66) suosittelee mielellään jopa 10–30 vuotta kattavaa visiota. Hänen mukaansa visio on kolmanneksi pysyvin elementti toiminta-ajatuksen ja perusarvojen jälkeen. Se ankkuroidaan organisaation arvoihin, ja siihen joudutaan tarkistettaessa tekemään enintään hienosäätöä suunnitellulla 10 vuoden aikavälillä.

Onnistuneen vision luomiseen tarvitaan näkemyksellisyyttä ja viisautta sekä karismaattisuutta ja hyviä viestinnän taitoja muun organisaation sitouttamiseksi ja vision ymmärtämiseksi. Hyvä visio auttaa strategista suunnittelua varautumaan tärkeimpiin ympäristömuutoksiin, selkeyttämään vision ja strategian tavoitteiden suhdetta, priorisoimaan asioita ja ohjaamaan toimenpiteiden ajoittamista. (Kamensky 2004: 62–63.)

Useimmiten visiossa otetaan kantaa kuinka laajalle tai suppealle markkina- tai osaamisalueelle toiminta suunnataan, markkina-aseman tavoitteeseen tai suoraan toiseen organisaatioon vertaamiseen. Visiossa saatetaan ottaa myös kantaa organisaation keskeisiin kilpailukeinoihin, yrityskuvan luomiseen tai organisaatioon suoraan liittyviin tekijöihin, kuten rakenteeseen, resursseihin tai kulttuurin luomiseen. (Emt. 66–67.)

### *Strategia*

Strategia käsittää organisaation tavoitteet että toiminnan keskeiset suuntaviivat ja toimintalinjat. Se ponnistaa toimintaympäristöstään muuttuvassa maailmassa, jossa tehdään tarkkaan valittuja valintoja ja priorisointia monien järkevienkin valintojen joukosta. Tehdyt valinnat tiedostetaan organisaatiossa yhdessä, jotta valinnat voidaan toteuttaa määrätietoisesti ja kurinalaisesti. (Kamensky 2004: 20–21.)

Strategiatyössä laaditaan dokumentit, joissa määritellään organisaation strategiset linjat ja tavoitteet. Johtajalla on suuri vastuu tämän onnistuneessa toteuttamisessa. Strategiatyötä ei ole tarkoitus tehdä yksin, vaan alusta alkaen yhdessä henkilöstön ja keskeisten sidosryhmien kanssa, esimerkiksi aloitusseminaarin käynnistämänä. Johtajalla on kuitenkin erityinen vastuu osallistua oman hallinnon alansa lisäksi myös kehysorganisaati-

onsa strategiatyöhön, koska kehysorganisaatio määrää alalle yleiset raamit joita vastaan ei voida toimia. Onkin ilmeistä, että strategiatyötä ohjaavaa dokumentistoa ei luoda vain siksi, että se pitää olla, vaan sitä tulee käyttää strategisen ohjauksen välineenä. Tätä strategiaa ei tule suunnata nykyhetkeen vaan tulevaisuuteen, ettei se synnytä asemasotaa ja poteroihin kaivautumista estäen uudistumisen ja uusien asioiden keksimisen. (Ks. Jun-tunen & Saarti 2012: 36–38.)

Onnistuneelle strategiatyölle on erittäin tärkeää, että johto omistaa strategiaprosessin aidosti. Johdon tulee näyttää suunta mukana ollen omilla toimillaan ja esimerkillään, aktiivisella otteella, puhein ja teoin, mutta samalla kuunnellen. Näin toimimalla luodaan turvallisuuden tunnetta epävarmassa muutoksessa kohti tuntematonta. Onkin niin, että muutoksen myllerryksessä organisaatio voi reagoida muuttuvaan maailmaan joko enna-koivasti tunnistaen mahdollisuudet tai toisessa ääripäässä olla edes huomaamatta tapah-tuneita ympäristön muutoksia. Tällä reagoinnilla on pitkällä aikavälillä suuri vaikutus organisaation menestymismahdollisuuksiin. (Kamensky 2004: 22–23; Gustafsson & Marniemi 2012: 18.)

Kootaksemme avainominaisuudet strategisesta suunnittelusta, voimme jakaa onnistu-neen organisaation strategian laatimisen kymmeneen ominaispiirteeseen (ks. Kamensky 2004: 24–28):

1. Ajattele tulevaisuuteen
2. Etsi tärkeimmät ja olennaisimmat asiat
3. Muodosta näkemykset suuresta massasta asioita
4. Hallitse käsitteellinen ja abstrakti ajattelu, jonka pohjalta luodaan hyvin konk-reettiset ja käytännönläheiset strategiat
5. Vastaa ensisijaisesti kysymykseen *Miksi?*, huomioiden kuitenkin sen vuorovai- kutuksen operatiiviseen toimintaan, jossa kysytään *Miten?*
6. Havaitse sisällöllinen eroavaisuus organisaation eri toimintatasoilla
7. Erottaudu kilpailijoista
8. Uskalla ja kykene tekemään tietoisia valintoja hyvienkin vaihtoehtojen välillä
9. Tasapainoile uusiutuvuuden ja pysyvyyden välillä muuttuvassa maailmassa



10. Tunnista ja tunnusta organisaation tila hallitukselle ja muille tahoille oikeanlaisen strategiatyöskentelyn käynnistämiseksi.

### 3.2. Mallintaminen

Vision ja strategian pohjalta käynnistetään prosessikehittäminen. Prosessikehittämisen taustalla voi olla esimerkiksi työnkulun järjeistäminen. Kehittämistyöllä tähdätään jatkuvaan parantamiseen, joten prosessin kehittämisprosessi uusitaan aina tarpeen mukaan. (JHS-suositukset 2010.)

Hammer (2002: 27) luettelee kuusi ensimmäistä askelta kehittämistyölle. Prosessijohtamisen aloittamiseksi:

1. Tunnista organisaation prosessit, tyypillisesti viidestä kymmeneen
2. Tee koko organisaation henkilöstö tietoiseksi prosesseista, ja siitä miten heidän oma työ liittyy osaksi prosesseja
3. Luo ja ota käyttöön asiakkaiden ja sidosryhmien tarpeista syntyvät koko prosessin elinkaaren kattavat mittarit. Arvioi nykyisen prosessin suorituskykyä ja aseta tavoitteet
4. Nimeä prosessin omistajat: johtajat, jotka ovat vastuussa läpi koko prosessin elinkaaren sen korkeasta suorituskyvystä. Prosessinomistaja käynnistää prosessisuunnittelun, varmistaa että suunnitelmaa seurataan, hallinnoi prosessin vaatimia resursseja ja puuttuu tarvittaessa prosessin suorituskykyvajaisiin
5. Valitse kaksi tai kolme prosessia uudelleensuunnittelua ja kehittämistä varten. Toteuta uudet suunnitelmat asteittaiseen tyyliin
6. Ajan kuluessa, mukauta organisaation hallintorakenteet prosesseja tukevaksi.

Prosessimallinnuksen ja analyysin onnistumiseksi prosessin on oltava riittävän vakaa ja toistettavissa. Analyysiin valittavalta prosessilta vaaditaan useita ominaisuuksia: 1) Prosessin tulee muuntaa siihen syötetyt panokset sisäistä tai ulkoista asiakasta hyödyttäväksi tuotoksiksi; 2) Prosessilla on oltava selkeä kulku alusta loppuun. Sillä on kaksi tai

useampi toisiaan täydentävä vaihe, jotka käyttävät eri resursseja, osaamista ja välineitä, eri aikaan ja eri paikoissa; 3) Prosessin lopputulos ja kulku on voitava määritellä riittäväällä tarkkuudella ennen toimeenpanoa; 4) Prosessin tulee olla toistettavissa samaan tai lähes samaan tapaan. Samanlaisten toisintojen voidaan odottaa tuottavan samanlaiset tai lähes samanlaiset tulokset. Prosessia parantamalla myös tuloksia voidaan parantaa. (Lillrank 2011: 195.)

Mikäli prosessilla ei ole ennakoitavissa olevaa suhteellisen vakaata kulkua, jossa on selkeä alku, suhteellisen vakaata kulkua ja prosessin päätös, on prosessin määrittely haastavampaa. Prosessin tehtävänä voi olla vaikka jonkinlaisen pysyvyytilan ylläpitäminen, jossa prosessin lähtötilanne on tunnistettavissa, mutta prosessi voi poiketa uraltaan monellakin tapaa, eikä sillä välttämättä ole varsinaista loppua. Prosessi voidaan nähdä tällöin toimintaketjuna, jossa poikkeustilat käynnistävät eri osaprosesseja, jotka pyritään tunnistamaan, ja joihin pyritään luomaan ennalta määriteltäviä toimintarutiineja. Näihin osaprosesseihin kiinnitetään tarvittavat resurssit, ja osaprosesseilla palautetaan prosessi haluttuun tilaan. Tällöin prosessin analysointi keskittyy näiden osaprosessien määrittelyyn, luokitteluun ja standardointiin. (Emt. 200.)

Prosessijohtamisen ja -kehittämisen edetessä prosessien kuvaamisen tasolle, ohjeistaa JHS 152 -suositus (2010) prosessien kuvaamiseksi kuusi vaihetta:

1. Tunnista prosessit ja omistajat
2. Valitse kuvattava prosessi
3. Päätä käyttötarkoitus ja kuvaustaso
4. Valitse kuvaustapa ja kuvausvälineet
5. Kuvaa prosessi
6. Sovita kuvaukset kokonaisuuteen

Ensimmäinen vaihe prosessien johtamisessa on prosessien tunnistaminen ja määrittely (Tanttu 2007: 188). Organisaation kullekin prosessille nimetään omistaja. Prosessin omistaja on vastuussa nimetyn prosessin toiminnasta, tuloksesta ja kehittämisestä. Organisaation johto on vastuussa prosessien tunnistamisesta ja prosessien omistajien nimeämisestä. Prosessin omistaja vastaa prosessin kehitystyöstä ja määrittelee sille alun ja

päätöksen. Omistajan tulee tunnistaa koko prosessin käyttötarkoitus. Tehtävänä on tunnistaa prosessin saamat syötteet ja se mitä tuloksia ja tietoa prosessissa tuotetaan. Prosessin vastuuhenkilön nimeämisen tärkeys korostuu varsinkin silloin, kun prosessi toimii useiden organisaatioyksiköiden alueella. Tällöin prosessin onnistumiseen vaaditaan selkeää vastuunjakoa ja kokonaisvaltaista prosessijohtamista. (Lecklin & Laine 2009: 43; JHS-suositukset 2010.)

Terveysthuollon palveluketjun koordinoitutumiseksi mukaan jokaiselle yksikölle tulee nimetä oman yksikkönsä prosesseista vastaava vastuuhenkilö. Tämä henkilö vastaa yhdessä toisen yksikön prosessien vastuuhenkilön kanssa siitä, että yksiköiden välisen rajapinnan prosessit toimivat. Vastuuhenkilöiden nimeämisellä taataan palvelu- ja hoitoprosessien sujuvuus ja jatkuvuus yksikkökohtaisesti. Palveluprosessit tulee lisäksi määritellä, kuvata, seurata ja arvioida yksikkötasolla ja rajapinnoissa. Terveysthuollossa tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi määrittelemällä yksikön yleisimmät prosessit ja normittamalla yleisimmät hoitokäytännöt. (Tanttu 2007: 174.)

Onnistuneen prosessikuvauksen edellytyksenä on se, että tunnistettu prosessi rajataan järkevästi. Järkevän prosessin tulee esimerkiksi alkaa asiakkaasta ja päättyä asiakkaaseen. Kaikki ydinprosessit tulisi rajata yhdellä kertaa yhtenäisen kuvauskokonaisuuden aikaansaamiseksi. Kuvaustason valinnassa tulisi tähdätä hahmotettavaan ja hallittavaan kokonaisuuteen, joka mahdollistaa uuden tiedon ja lisäarvon syntymisen. (JHS-suositukset 2010.)

Kuvatessa prosessia se laaditaan kohderyhmän tarpeita vastaavaksi. On tärkeää kuvata prosessit yhdenmukaisella tavalla. Laadinnassa täytyy huolehtia, että prosessikuvaukset ovat tarkoituksenmukaisia ja tuovat toimintaan hyötyä. Johdon tarpeisiin vastaamiseen riittää kevyempi kuvaustaso, kun taas työntekijän perehdyttämiseen tarvitaan yksityiskohtaisempi kuvaus prosessin kulusta. Prosessin omistaja päättää, millä tasolla prosessi kuvataan. Mikäli organisaatio toimii yhteistyössä muiden organisaatioiden tai toimialojen kanssa, prosessikuvauksen kielen ja kuvaustapojen on oltava yhteisiä organisaatioiden välillä. Tällä saavutetaan merkittäviä synergiaetuja ja mahdollisuus vertailla luotettavasti olemassa olevia ja tavoiteltavia toimintamalleja. (Emt)

Kuvattavan prosessin ja kuvaustason tarkkuuden valinnan jälkeen täytetään valitusta prosessista perustiedot kattava lomake. Kun tiedot on saatu kirjattua ylös, laaditaan prosessista vuokaavio-muodossa esitetty prosessikaavio ja täytetään toiminnot-taulukko. (JHS-suositukset 2010.)

Perustietolomakkeelle kirjoitettavat tiedot ovat JHS 152 -suosituksen (2010) mukaan:

1. Prosessin nimi
2. Kuvauksen laatija ja laadintapäivämäärä
3. Kuvauksen hyväksyjä ja hyväksymispäivämäärä
4. Versionumero
5. Prosessin tarkoitus
6. Prosessin omistaja
7. Prosessin mallintajat ja mallinnuspäivämäärä
8. Prosessin lähtötilanne
9. Prosessin lopputilanne
10. Prosessin asiakkaat
11. Prosessin sidosryhmät
12. Prosessin asiakkaiden tarpeet ja vaatimukset
13. Prosessin menestystekijät
14. Prosessin mittarit
15. Prosessin keskeiset resurssit ja muut volyymitiedot
16. Prosessin ohjaus ja kehittämismenettely
17. Rajapinnat muihin prosesseihin

Prosessin perustiedot tulee kirjata yksiselitteisesti, niin että jokainen prosessiin osallistuja ymmärtää kuvatun asian samalla tavalla. Kuvauksen tulee olla prosessin todellista toimintaa vastaava. (Emt.)

Prosessien toimintaa määrittelevä kuvausdokumentti palvelee lähinnä johtamisen ja hallinnan välineenä julkisella sektorilla. Keskeisimpiä käyttäjiä määrittelykselle ovat kustannushallinnan, laadun parantamisen ja tietojärjestelmien määrittelyn tuntijat. Määrittely

kertoo tavoitteen, mutta ei kerro miten se saavutetaan. Täten määrittäminen toimii tavoiteohjauksen välineenä. Prosessin kuvauksella selkeytyy myös työnjakoa. Kuvausten laatiminen ei synny parissa istunnossa vaan kuvausten jatkuva parantaminen ja valmiiksi saattaminen saattaa viedä useita projekteja. (Karimaa 2002: 7–9.)

### 3.3. Käyttöönotto

Johdolla on prosessien kehittämisessä vastuu siitä, että kehittämistyölle annetaan selvä toimeksianto ja tavoitteet. Johdon täytyy varata riittävästi aikaa ja resursseja prosessien muutostyössä täytäntöönpano- ja käyttöönottovaiheeseen. Uusien toimintojen läpiviemisessä ja käyttöönotossa kannattaa hyödyntää olemassa olevaa kokemustietoa. Prosessien luonne tulee tunnistaa, eikä pidä pyrkiä muuttamaan kerralla liian montaa asiaa. Muutostarpeiden tulee olla hyvin perusteltu. (JHS-suositukset 2010.)

Ajatellessa prosessin suorituskykyä, voidaan sen onnistuminen vaiheistaa kahteen ajatukseen. Prosessilta tarvitaan kykyä tehdä oikeita asioita ja tehdä asioita oikein. Prosessin ja sen taustalla olevan tuotteen täytyy olla tarkoituksenmukainen. Tämä ei pelkää riittää, sillä onnistuneelta prosessilta vaaditaan lisäksi vaikuttavuutta, ja prosessin toiminnan on oltava täsmällistä. Tehdäkseen asioita oikein, täytyy prosessin olla normienmukainen, joustava ja tehokas. (Karimaa 2002: 12.)

Tuotteiden ja prosessien tärkeät ominaisuudet syntyvät asiakkaiden ja sidosryhmien vaatimuksista. Näiden perusteella prosesseille määritetään tavoitteet ja raja-arvot, joista osa voidaan esittää parhaiten erilaisilla mitta-asteikoilla, esimerkiksi vertaamalla standardimittoihin. Tuotteen saatavuuden on oltava kunnossa. Palvelun tulee olla saatavilla määrättyinä ajankohtana määrättyssä paikassa. Terveyskeskuksessa näitä paikkoja ovat esimerkiksi terveysasema ja asiakkaan koti, jossa voidaan tehdä esimerkiksi kotikäyntiä tai antaa kotisairaanhoidoa. Hoidolle voidaan laskea toimitusaika alkaen asiakkaan yhteydenotosta lääkärin tutkimukseen, jossa edetään taudin tunnistamisesta hoitotoimenpiteisiin. Toimitusvarmuus saavutetaan, kun luvattun mukainen palvelu toimitetaan sen ajan sisällä mistä on sovittu. (Emt. 12.)

Palvelun laatua ja vaikuttavuutta voidaan mitata sillä, että tarjottava palvelu vastaa asiakkaan käyttötarpeita ja auttaa hänen ongelmien ratkaisemisessa ja tavoitteiden saavuttamisessa. Vaikuttavuutta voidaan mitata terveyskeskuksissa määrättyinä ajanjaksona esimerkiksi myös laskemalla hoidettujen asiakkaiden lukumäärä. Toisaalta ennaltaehkäisevällä hoidolla voidaan vähentää tietynlaisten uusien sairastapauksien määrää, joka on myös vaikuttavuutta. Poikkeuksia asiakkaan onnistuneelle palvelulle voivat aiheuttaa esimerkiksi terveyskeskuksessa asiakkaan tutkimus- ja hoitoprosessissa syntyvät hoitovirheet. Tällöin palveluprosessin täsmällinen toimittaminen häiriintyy ja säröjä aiheutuu palveluun. Tämä taas on prosessin aiotun mukaisen toiminnan toleranssin vastaista. Hyvälle prosessille onkin ominaista, että se toimii oikein, joustavasti sekä tehokkaasti ja nopeasti. Dynaamisuutta on se, että palvelun kulkua pystytään muuttamaan tilanteen mukaan. Tällöin asiakkaan tai prosessin tilan mukaan määräytyy mihin toimintoon seuraavaksi siirrytään ja mitä tehtäviä on suoritettava. Tehokkuus ja nopeus syntyvät alhaisista tuotantokustannuksista ja prosessin nopeasta läpimenoajasta. (Karimaa 2002: 12–13.)

Mittaamisessa täytyy kuitenkin erotella toisistaan prosessin suorituskykymittaukset ohjaus-, seuranta ja analysointimittareista. Näistä ensimmäinen mittariryhmä kohdistuu mittaamaan itse prosessin päätehtävän onnistumista, ei prosessin sisäisiä vaiheita. Suorituskykymittari pysyy samana huolimatta siitä, vaihdetaanko lopputulokseen pyrkivä prosessi kokonaan toiseen. Se on siis prosessin toimintamallista riippumaton. Suorituskykymittari on myös pätevä vertailuväline silloin, kun vanhaa prosessia uudistetaan, jolloin kyetään näkemään toivatko ajatut uudistukset haluttua vaikutusta lopputulokseen. Tällaisen mittauksen valossa voidaan pohtia tuotteen olemusta kokonaan ja miettiä myös muita vaihtoehtoja aikaansaada sama tulos ehkä paremmin. Jauhetaanko kahvi omassa myllyssä, ostaako valmiiksi jauhettua kahvia, vai mennäkö hyvään kahvilaan, jolloin ei ole tarvetta kalliille keittiölle? (Pitkänen 2010: 85–87.)

Toinen mittariryhmä mittaa arvatenkin prosessin sisäisiä suoritteita. Näitä mittareita käytetään kun halutaan prosessista sisäistä ymmärrystä ja tietoa. Mittauskohteena voi toimia esimerkiksi vastaanotettujen asiakaspuheluiden määrä tai muu määrällinen funk-

tio. Tällöin mittauskohteena on prosessin sisäinen tehokkuus, mutta vaikuttavuuteen tällä ei välttämättä ole suoraa vaikutusta. Asiakaspuheluiden määrää ei voida suoraan kääntää hyväksi asiakaskokemukseksi tai asiakassuhteen onnistuneeksi hoitamiseksi. Mittarina puheluiden määrä ei siis ole ongelmaton. Tehokkuutta saatetaan mitata terveydenhuollossa tehtyjen leikkausten tai käsiteltyjen potilaiden lukumääränä, joka näyttää johdosta hyvälle, mutta saattaa turhauttaa asiantuntijaa, koska henkilökunnalle työn tarkoitus on muualla. Mittauskohteena on tässäkin esimerkissä tehokkuus, mutta vaikuttavuutta potilaalle ei tällä saavuteta. Hyvä ohjaus- ja analyysimittari voisi mitata esimerkiksi kuvitteellisessa tiskausprosessissa veden määrää ja lämpötilaa, saippuan ja huuhteluveden kulutusta, innostusta ja motivaatiota ja käsin tiskatessa vaikka tiskiharjan liikettä ja voimaa. Tällaisilla mittareilla voidaan optimoida prosessin suoritetta. (Pitkänen 2010: 85–88.)

Esitelläkseen seuraavaksi prosessien käyttöönotosta esimerkkitapauksen, siirrytään Vaasan kaupunkiorganisaatioon, jossa toteutettiin muutama vuosi sitten hallintokuntien prosessien kehittämiseksi puitteet luova projekti. Projekti oli monelta osin onnistunut, ja yhtenä ulospäin näkyvänä seurauksena kaupungin johtamisjärjestelmää uudistettiin ydinprosessien suuntaiseksi siirtymällä yhden kaupunginjohtajan ja kahden apulaiskaupunginjohtajan mallista yhteen kaupunginjohtajaan ja kolmeen toimialajohtajaan. Heidän kouluttaminen muun muassa organisaation tilan arvioimiseen ja muutososaamiseen alkoi nimittämisen jälkeen. Tämä kaupunkiorganisaation kehittämisprojekti opetti koko henkilöstön sitoutumisen tärkeyden. Tämä tarkoittaa, että henkilöstön, virkamiesjohdon ja poliittisen johdon tulee sitoutua kehittämiseen. Projekti opetti hyväksymään, että isoissa muutosprojekteissa vastarintaa esiintyy aina. Organisaatiokulttuuria ei voida muuttaa nopeasti, ja muutoksen aikaansaaminen edellyttää systemaattista kehittämistä ja pitkäaikaista prosessia. Vain täten kyetään voittamaan henkilöstön ennakkoluulot, pelot ja vastarinta. Tähän sitouttamisprosessiin auttaa henkilöstön perehdyttäminen ja kouluttaminen. Vaasan tapauksessa kouluttamisella saavutettiin laaja hyväksyntä sille, että prosesseja määrittelemällä ja johtamalla voidaan kehittää työn sujuvuutta ja yhteistyötä, parantaa palvelun tehokkuutta ja laatua ja saada tyytyväisiä asiakkaita ja hyvinvoivia työyhteisöjä. (Gustafsson & Marniemi 2012: 38–40.)

Tärkeimmiksi opeiksi Vaasan kaupunkiorganisaation uudistamisessa osoittautui sen ymmärtäminen, että prosesseja ei onnistuta kehittämään ilman hyvää muutosjohtajuutta. Prosessien kehittämisen tuloksena on aina uudistautuminen, ja tämä tarkoittaa jonkinasteista muutosta. Mikäli muutosta ei kyetä johtamaan, jää prosessien kehittäminen helposti pelkäksi kuvaamisharjoitukseksi, joka ei johda todelliseen muutokseen. Opeista toinen oli ulkopuolisen konsultaation hakeminen silloin kun huomattiin, ettei prosessien muutos onnistu pelkästään oman organisaation osaamisella. Tähän sisältyy prosessien kuvaamisen lisäksi myös henkilöstön innostaminen ja motivoiminen oman työnsä kehittämiseen vastaavien kehittämisprojektien tuomalla kokemuksella. Viimeisenä tärkeänä oppina oli uskallus. Uskallus jatkaa kehittämistyötä siitä huolimatta, että siinä syntyi vastoinkäymisiä ja muutosvastarintaa. Kehittämistyössä opittiin ymmärtämään suuren kokoluokan muutoksen vaatima aika ja sen tarvitsema resursointi. (Gustafsson & Mar-niemi 2012: 40.)

### 3.4. Jatkuva kehittäminen

Prosesseja ei pidä unohtaa omillensa niiden kehittämisen jälkeen, vaan prosessien kehitystyön tulee olla jatkuvaa. Tämän osana on prosessin vaikutusten mittaaminen. Henkilöstölle tulee iskostaa, että prosessia voidaan aina parantaa. Siinä vaiheessa kun tämä asenne on onnistuneesti selkäytimessä, alkavat puitteet olla valmiina jatkuvalla kehittämiselle. Se voi tapahtua prosessin sisäisinä pieninä parannuksina tai suurempina strategialähtöisinä projekteina. (Lecklin & Laine 2009: 44; JHS-suositukset 2010.)

Prosessien toiminnan seurantaan ja ongelmakohtien havaitsemiseen tarkoitettulla mittaamisella voi olla useita tarkoituksia. Mittaamista harjoitetaan prosessien toimivuuden arvioimiseksi ja siksi, että prosessia kyettäisiin paremmin kontrolloimaan. Tämä auttaa palveluiden paremmassa hallitsemisessa ja vaikuttaa vastuullisesti palveluiden toteuttamiseen. Mittaamista edellytetään myös vuosituhannen taitteessa yleistyneiden laatujärjestelmien toimesta ja osittain symbolisistakin syistä. Myös kritiikkiä on suunnattu palveluiden toimivuuden mittaamista kohtaan. Sitä on suunnattu esimerkiksi aineettomien palveluiden mittaamisen suuntaan ja siihen, voiko hoitotoimenpiteiden onnistunutta



diagnosointia mitata? Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin kuuluu ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä, joiden todellisia vaikutuksia on aikaa vievää ja haasteellista mitata. Ainakin osittain näihin kysymyksiin voidaan vastata pohtimalla vastakysymystä: “Mil-laiset seikat olisivat saattaneet selittää hyviä hoitotuloksia ja potilaiden kokemaa hyötyä, mikäli potilaalle ei olisi lainkaan annettu kyseistä palvelua?”. Onkin syytä pohtia syy-seuraussuhteita palvelutuotannon ja palvelutilanteiden välillä. Tällä saavutetaan parempaa ymmärrystä palvelutuotannon vaikuttavuuden arvioinnissa ja lisätään palveluarvojen läpinäkyvyyttä palvelujen käyttäjälle. (Stenvall & Virtanen 2012: 55–57.)

Jatkuvaa kehittämistä voidaan lähestyä esimerkiksi Six Sigma -periaatteilla (ks. kuvio 5). Ne ovat kansainvälisiä ohjelmia, jotka ovat suunniteltu tuottavuuden, laadun ja pro-sessien kehittämiseen. Six Sigman ajatuksena on lähestyä toimintojen virheettömyyttä, jossa sallitaan vain 3,4 virhettä miljoonaa suoritetta kohden. Six Sigma sisältää viisivai-heisen DMAIC-prosessin, jonka tarkoituksena on parantaa organisaation prosesseja merkittävästi. DMAIC (lyhenne: Define, Measure, Analyze, Improve, Control) sisältää koko prosessikehittämisen pyörän. Ensimmäisessä vaiheessa (1) *määritetään projekti* tunnistamalla ongelma, kehittämisen kohde ja tarkoitus ja asetetaan näiden pohjalta ta-voitteet. Johdon rooli on tässä tärkeässä osassa ja heidän kyky kuunnella asiakkaita. Seuraavaksi mallinnetaan tutkittava prosessi ja asetetaan prosessille mittarit. Tässä vai-heessa havainnoidaan prosessin nykytila ja (2) *mitataan* prosessin kyvykkyyttä. Materi-aalin kertymisen myötä (3) *analysoidaan tuloksia* etsimällä ongelmakohtia, niiden syitä ja seuraksia tavoitteisiin nähden ja analyysin seurauksena (4) *parannetaan prosesseja*. Koko ketjun etenemistä ja muutosten toimeenpanoa ja vakiinnuttamista (5) *ohjataan* ja valvotaan prosessin omistajan toimesta. (Lecklin & Laine 2009: 270, 284–286.)

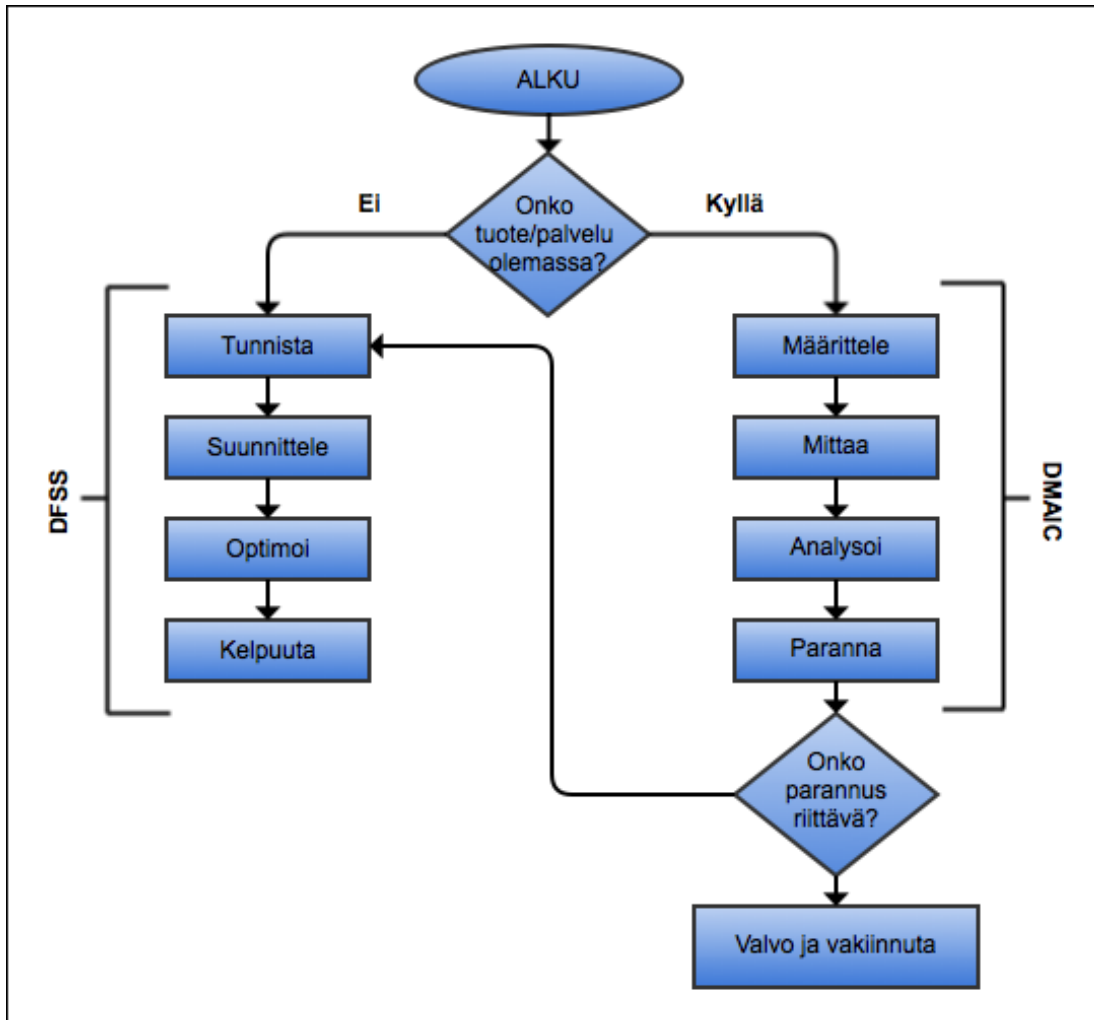
Ketjun ollessa valmis tutkitaan onko parannukset prosessissa olleet riittäviä ja tarvitta-essa siirrytään optimoinnista jatkokehittämään tuotteita ja palveluja. Tässä voidaan käyttää apuna DFSS (lyhenne: Design For Six Sigma) -suunnittelumenetelmää, jota yleensä hyödynnetään tuotesuunnittelun elinkaaren alkupäässä. DFSS -menetelmän ja DMAIC-prosessin edelläkävijät sijoittuvat yksityiselle sektorille tehtaan tuotantolinjoil-le, mutta ovat sovellettavissa myös osaltaan julkisen puolen palveluajatteluun. DFSS toteutetaan proaktiivisena suunnitteluna, jolloin valmis tuote otetaan käyttöön vasta sen

suorituskyvyn ja toimivuuden ennalta optimoinnin jälkeen. Alussa tunnistetaan asiakkaan tarpeet ja analysoidaan ympäröivät markkinaolosuhteet. Tämän jälkeen luodaan ja valitaan tilanteeseen soveltuvin tuotekonsepti, analysoiden kaikkien mahdollisten konseptien riskit ja virhemahdollisuudet. Valittu konsepti suunnitellaan prosessiksi, jonka toimintaa, suorituskykyä ja luotettavuutta ennalta arvioidaan ja optimoidaan. Optimoinnissa huomioidaan syntyvät kustannukset, riskit, luotettavuus, laatu ja turvallisuus. Lopussa tuote kelpuutetaan ja dokumentoidaan, jonka jälkeen se lanseerataan markkinoille. Kaiken kaikkiaan DMAIC ja DFSS voidaan tiivistää seuraavasti: DFSS on suunnitteluosio, joka keskittyy tuoteinnovaatioihin ja DMAIC on prosessi-innovaatioiden toteutusosa. (Ks. Lecklin & Laine 2009: 286–288.)

Palataksemme prosessin toimintaan tulee sitä ohjata siten, että toiminnan tulos on määritysten mukainen. Prosessin tehokkaan toiminnan todentamiseen ja ohjaamiseen käytetään useita menetelmiä, kuten havainnointia ja tarkkailua, tiedon hankintaa, sekä mittaamista ja vertailua. Mittaaminen kohdistuu niin prosessin alkusyötteeseen, kuin panoksiin, suoritteisiin ja lopputilanteeseen. Mittaamisen pitää kuitenkin ankkuroitua organisaation visioon ja strategiaan. (Tanttu 2007: 188, 195.)

Hieman eri kulmasta tarkasteltuna yleisimpiä syitä prosessien suorituskyvyn mittaamiseen ovat Forsbergin ym. (1999: 544) suorittamassa kyselyssä olleet työn suunnittelu ja koordinointi. Lähes yhtä suuren merkityksen saavat jatkuva parantaminen ja tuloksista keskustelu. Keskustelu onkin Forsbergin ym. mielestä vähintään mitä mitattujen tuloksien pohjalta voidaan tehdä. Asiaan liittyen mittaustakaan ei voida suorittaa ilman siihen suunniteltuja mittareita. Mittaamiseen tarvitaan siis oikeanlaiset mittausvälineet. Erilaisia mittareita palveluprosesseille ja -ketjuille ovat esimerkiksi aikoja kuvaavat mittarit ja prosessikuvaukset. Asiakastyytyväisyyttä voidaan arvioida palvelun käynnistyessä liittyen esimerkiksi palvelun saantiin, jonotusaikaan ja palvelun tiedottamiseen; palvelutilanteessa esimerkiksi henkilöstön palvelualltiuteen, asiakkaiden tarpeiden huomioon ottamiseen, asioinnin sujuvuuteen, palveluhenkilöstön ammattitaitoon ja palveluympäristön viihtyvyyteen; ja palvelutilanteen jälkeen esimerkiksi kotiutukseen tai jatkohoidon sujuvuuteen ja asiakkaiden tarpeiden moniammatilliseen kokonaisvaltaiseen huomiointiin. Edellä mainitut arviointikohteet ovat tarkoitettu terveydenhuollon ympäris-

töön, mutta ovat monelta osin sovellettavissa myös tämän toimintaympäristön ulkopuolelle. (Tanttu 2007: 197.)



Kuvio 5. Six Sigma -menetelmä (Moisio 2005: 9).

Tiivistääkseen jatkuvan parantamisen tarpeen, syntyy se siitä, ettei maailma jossa elämme ole muuttumaton ja ikuinen. Täten prosessikuvaukset ovat aikamme kuvia, ja niiden täytyy muuttua aikansa mukana. Prosessin omistajan tulee tiedostaa tämä seikka ja pitää prosessikuvaukset aikansa harjalla. Tähän tulokseen tultiin myös tässä tutkielmassa luvussa kuusi, kun yksi haastateltavista mainitsi tarpeesta seurata aikaa ja “hiljai-

sia signaaleja”. Tähän voi käyttää apuna säännöllisiä prosessin arviointipalavereita, joissa tuodaan esille prosessin toiminnan pullonkauloja ja vanhentuneita toimintamalleja. Kuvainnollisesti sanoen prosessijohtaminen on jatkuva matka, jossa koskaan ei pureta matkalaukkuja pysyvästi. Koskaan ei voi tuudittautua ajatukseen, että näin on hyvä, voin asettua pysyvästi aloilleen. (Ks. Laamanen 2001.)

#### 4. ASIAKASTURVALLISUUS KOTIHOITOPALVELUISSA

Edellä käsiteltiin poressijohtamisen ja -kehittämisen lähestymistapoja teoreettisten avausten kautta. Kuten johdannossa mainittiin, kytkeytyy tämä tutkielma empiirisesti kotihoidon prosesseihin ja asiakasturvallisuuteen. Seuraavissa pääluvussa keskitytään empiriaan siten, että ensin avataan tarkemmin asiakasturvallisuuden sisältöä ja käsitellään asiakasturvallisuuden merkityksen nousua kansallisesti ja kansainvälisesti terveydenhuollon sektorilla. Yleisen asiakasturvallisuuden käsittelyn jälkeen siirrytään tarkastelemaan laajemmassa kontekstissa, mitä erityispiirteitä kotihoito osana sosiaali- ja terveydenhuoltoa tuo asiakasturvallisuudelle. Tätä seuraavan tutkimusaineiston keräystavan ja käytettyjen metodien esittelyn jälkeen, kuudennessa luvussa analysoidaan haastattelujen avulla kerättyä empiiristä aineistoa kotihoidon prosesseista ja asiakasturvallisuudesta. Yhdessä nämä edellä mainitut luvut tuottavat pohjan luvussa seitsemän esitettävälle päätelmälle, jossa vastataan tutkielman teorian soveltuvuudesta kotihoidon prosessien ja asiakasturvallisuuden kehittämiseen.

##### 4.1. Asiakasturvallisuuden lähtökohdat

Puhuttaessa asiakas- ja potilasturvallisuudesta törmäämme jatkuvasti tiettyihin asiakasturvallisuuden vaarantamista tarkoittaviin käsitteisiin. Näitä käsitteitä kutsutaan nimikkeillä *vaara-* ja *haittatapahtuma* potilaaseen kohdistuneen haitan realisoitumisen asteen mukaan. Joissakin tulkinnoissa vaaratapahtuma on nostettu yläkäsitteeksi, joka jakautuu *läheltä piti -tilanteisiin* ja toteutuneisiin haittatapahtumiin. Saavuttaakseen yhteisen ymmärryksen potilasturvallisuuden käsitteistöstä määritellään tässä tutkielmassa käsitteet siten, että vaaratapahtumalla viitataan toteutuneeseen tai potentiaaliseen asiakkaan turvallisuutta vaarantavaan tapahtumaan, joka aiheuttaa tai voisi aiheuttaa haittaa asiakkaalle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010). Haittatapahtumalla taas tarkoitetaan tilannetta, jossa vaaratapahtumasta on aiheutunut asiakkaalle haittaa. Tällaiseksi tapaukseksi luetaan myös tapahtumat, jotka koskettivat potilasta konkreettisesti vaikka varsinaista haittaa ei olisikaan aiheutunut – esimerkiksi potilaan saama väärä lääkeannos, vaikka haitallisia seurauksia ei olisikaan aiheutunut. Läheltä piti -tilanteet ovat tilanteita, joista

olisi voinut aiheutua haittaa potilaalle, mutta sattuman kautta tai vaaratilanteen riittävän aikaisen huomioimisen tähden, haitallisilta seurauksilta pystyttiin välttymään (Kinnunen, Keistinen, Ruuhilehto & Ojanen 2009: 13; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010).

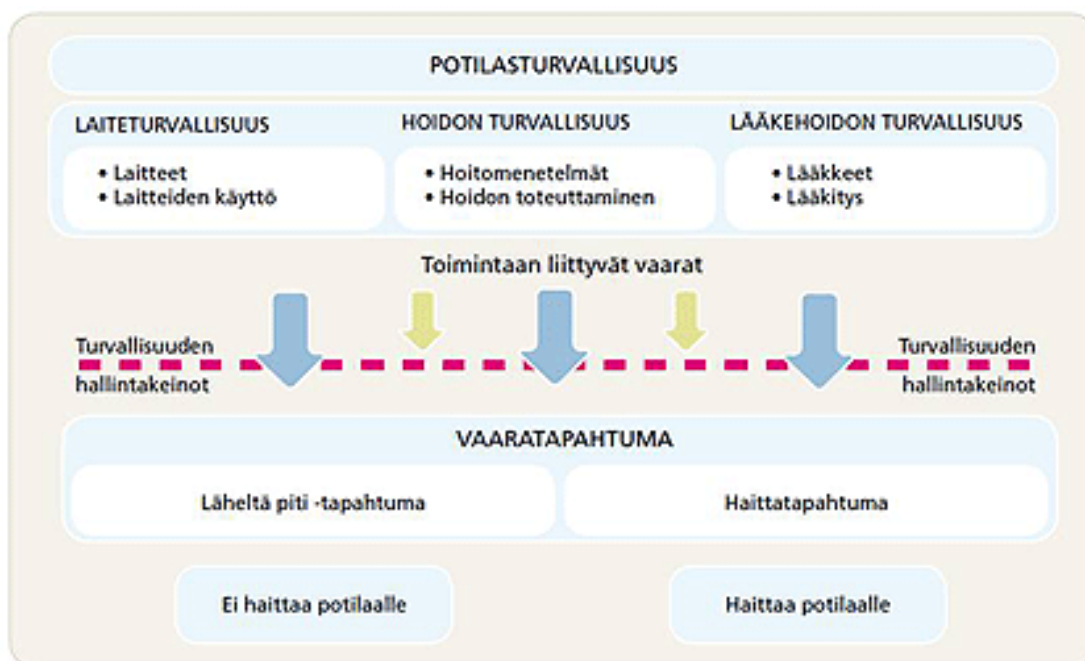
Potilasturvallisuuden kehittämisen merkitystä on korostettu kasvavissa määrin kansainvälisesti. Merkittävin potilasturvallisuusohjelmien kehittämisen liikkeelle paneva voima vaikuttaisi olleen Institute of Medicinen (2000) julkaisema potilasturvallisuusraportti, jonka jälkeen käynnistettiin useita kansallisia potilasturvallisuusohjelmia useissa Euroopan maissa. Suomessa potilasturvallisuustyö koki merkittävän innostuksen vuoden 2006 tuntumassa (Oedewald 2009).

Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) julkaisemassa potilasturvallisuusstrategiassa vuoteen 2013 mennessä muun muassa hallitaan potilasturvallisuutta ennakoivasti ja oppimalla; vaaratapahtumista raportoidaan ja opitaan; ja potilasturvallisuutta edistetään suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin. Strategiasta ja potilasturvallisuuden edistämisestä on keskusteltu muun muassa kaksissa kansallisissa potilasturvallisuuskonferensseissa, jotka järjestettiin vuonna 2009 sosiaali- ja terveysministeriön toimesta ja toteutettiin vuonna 2011 yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön, Kuntaliiton, Valviran, Fimean, Suomen potilasturvallisuusyhdistyksen ja Suomen potilasliiton kanssa. Aihepiirin parissa on jatkettu kaksilla potilasturvallisuuspäivillä, jotka Terveiden ja hyvinvoinnin laitos järjesti vuonna 2013 yhteistyössä Helsingin yliopiston ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kanssa ja 2014 yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin, Tampereen kaupungin, Tampereen yliopiston ja Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa. Potilasturvallisuusstrategian 2009–2013 onnistumisesta kansallisella tasolla ei toistaiseksi ole saatavilla julkisia dokumentteja.

#### 4.1.1. Asiakasturvallisuuden osa-alueet

Asiakas- ja potilasturvallisuuden riskit kattavat lukuisia osa-alueita. Yleisimmin puhutaan lääkehoidon turvallisuudesta, jonka onnistumisella on suoraa ja välillistä vaikutusta turvallisen hoidon onnistumiseen. Karkean jaottelun mukaan muita potilasturvallisuus-

den osa-alueita ovat laitteet ja niiden käytön kattava laiteturvallisuus ja hoidon turvallisuus, joka kattaa hoitomenetelmien ja hoidon toteuttamisen turvallisuuden (ks. kuvio 6).



Kuvio 6. Vaaratapahtumien raportointimenettely (Kinnunen ym. 2009: 13).

Lääkehoidon turvallisuus on jaettavissa lääkkeen käyttöön ja lääkevalmisteen turvallisuuteen. Sillä tarkoitetaan kaikkia niitä toimenpiteitä, joilla vältetään ja pyritään ehkäisemään lääkehoidosta potilaaseen kohdistuvat haittatapahtumat. Lääkkeiden käytön turvallisuutta on myös toteutuneen haittatapahtuman korjaaminen. Lääkevalmisteen turvallisuudella tarkoitetaan taas lääkkeen farmakologisten ominaisuuksien ja vaikutusten tuntemista. Lisäksi se kattaa lääkkeen valmistusprosessin laadun tarkkailun ja lääkkeiden oikeanlaisen merkinnän ja niistä annetun informaation. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Laitteiden turvallisuudesta säädetään lailla terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010), ja sen toteutumista valvoo sosiaali- ja terveysministeriön valvontavirasto Valvira. Lailla säädetään laitteiden käytön turvallisuudesta, ja se kattaa laitteiden turval-

lisuuden ja tarkoituksenmukaisuuden osoittamisen ennen markkinoille saattamista. Lisäksi lailla säädetään laitteiden asennuksen ja käyttöönoton turvallisuudesta, laitteiden huollosta ja ammattimaisesta käytöstä ja laitteiden markkinoinnista ja jakelusta. (THL 2014.)

Hoidon turvallisuus kattaa loput potilasturvallisuuden osa-alueista. Vaaratapahtumia hoidolle aiheuttavat ongelmat, jotka ilmenevät hoidon eri vaiheissa ja työn kulussa ja esimerkiksi myös puutteet tiedonkulussa ja tiedonvälityksessä – liittyen esimerkiksi virhe- tai puuttuviin kirjauksiin potilastietojärjestelmässä. Vaaratapahtuman syynä voi olla vaikka huonosta valaistuksesta johtuva kaatuminen, lääkehoidon tapauksessa taas kiiressä sekoittuneet lääkelistat. (Emt.)

Vaaratilanteita voi aiheuttaa myös osaamisen puute, jolloin toimijalla on ollut puutteita tarvittavissa tiedoissa, taidoissa, kokemuksessa, perehtyneisyydessä, koulutuksessa tai työhön ohjaamisessa. Vastaavasti potilas tai potilaan läheiset voivat omalla toiminnallaan aiheuttaa riskitekijöitä onnistuneelle hoidolle. Syynä voivat olla esimerkiksi seksa- vuus ja päihtymystila, mutta myös vajeet potilaan aistien toiminnoissa tai jopa kulttuuri- taustoista johtuvat rajoitukset. Organisaation johtokin voi uhata potilasturvallisuutta esimerkiksi kiristämällä taloustavoitteet tai tehokkuusvaatimukset potilasturvallisuuden edelle. (HaiPro 2009: 6–8.)

#### 4.1.2. Vaaratapahtumien seuranta

Asiakkaan tai potilaan joutuessa virheellisen toiminnan seurauksena vaaratapahtuman kohteeksi, täytyy tilanteesta oppia ja toimintaa parantaa vastaavanlaisen tilanteen syntymisen ehkäisemiseksi jatkossa. Tällaisissa tilanteissa käytetään monesti apuna erilaisia vaaratapahtumien raportointivälineitä. Pietikäisen, Ruuhilehdon ja Heikkilän (2010) mukaan vaaratapahtumien raportoinnilla ja käsittelyllä on tarkoitus kehittää organisaation toimintaa turvallisemmaksi organisaation toiminnasta ja sen haavoittuvuuksista oppimalla. Vaaratapahtumien seurantaan ja raportointimenettelyyn onkin olemassa hyväk- si havaittuja yleisiä periaatteita, joita noudattamalla luottamuksen ilmapiiri paranee ja siten uskallus vaaratapahtumailmoitusten tekoon lisääntyy. Nämä kuusi periaatetta ovat



Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2009: 12) mukaan vapaaehtoisuus, luottamuksellisuus, rankaisemattomuus, käytettävyys, järjestelmäsuuntautuneisuus ja vastuuttaminen ja tarkoituksenmukaisuus.

Vapaaehtoisuus on sitä, että toimijalla on oikeus ja mahdollisuus vaaratapahtumien ilmoittamiseen, raportoinnin perustuessa toimijan aloitteellisuuteen. Vaaratapahtumailmoitukset tehdään luottamuksellisina ja halutessa anonyymisti, ja ne käsitellään luottamuksellisesti erikseen nimettyjen henkilöiden toimesta. Raportoinnin kautta saatua tietoa ei käytetä rankaisemiseksi ilmoituksen kohdetta vastaan, vaikkakin tapahtuma saattaa käynnistää potilaan oikeussuojakeinojen käytön. Raportointimenetelmän on oltava nopea ja helppokäyttöinen ja kaikkien työntekijöiden käytössä, ja ilmoituksen tulee johdattaa tarkoituksenmukaisiin toimenpiteisiin turvallisuuden kehittämiseksi. Raportoinnista tulee saada halutessa palaute. Nämä turvallisuutta kehittävät toimenpiteet pitää suunnata laajasti organisaation kaikille tasoille, ja vastuut ja tehtävät raportointimenettelyyn on oltava määritelty. (THL 2009: 12.)

Vaaratapahtumien raportointimenetelmänä kasvavaa kansallista suosiota on aikaansaanut vapaaehtoiseen raportointiin perustuva Lääkelaitoksen ja Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen kehittämä HaiPro, joka on otettu käyttöön yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä (HaiPro 2014). HaiPron toiminta-ajatuksena on luottamuksellinen ja niin halutessa anonyymi ilmoituskanava vaaratapahtumille, jolloin tavoitetaan syyllistämätön ilmapiiri kertoa sattuneista vahingoista. Raportointimenettelyssä on mahdollisuus lisätietojen antoon, jolloin tietoja vaaratapahtumista voidaan halutessa täydentää. Ilmoitusmenettelystä on tehty osin automatisoitu, jolloin ilmoitusten kirjaaminen nopeutuu. Myös työyksiköiden ja organisaatioiden välisiä ilmoituksia voidaan kirjata. Vaaratapahtuman ilmoittajalla on mahdollisuus halutessaan seurata raportointijärjestelmän kautta toimenpiteitä, joita ilmoitus on saanut aikaan. (Emt. 15.)

Tuloaan kansalliselle kentälle tekee myös Yhdysvalloissa kehitetty Institute of Health-care Improvementin luoma GTT (lyhenne: Global Trigger Tool) -työkalu, joka on tarkoitettu järjestelmälliseen haittatapahtumien tunnistamiseen. GTT-työkalu on eräänlainen karkean tason mittaristo, jolla seulotaan potilasasiakirjoja, joista tunnistetaan haitta-

tapahtumiin johtaneita “triggereitä”. Menetelmällä pystytään skannaamaan potilaskertomukset yli 40 kertaa nopeammin kuin manuaalisesti, joka mahdollistaa kaikkien potilaskertomusten seulonnan pienen otoksen sijaan. Tällä saavutetaan huomattava ajan ja resurssien säästö, ja menetelmä antaa johdolle järjestelmällisen ja luotettavan keinon tilanteen ajantasaiseen seurantaan ja päätöksentekoon. (Santala, Helistö, Sinipuro & Roponen 2011: 7–8, 10–11.)

Vaaratapahtumaraportoinnin seurauksena tehtävien suositusten tulee johtaa tarvittaviin toimenpiteisiin esimerkiksi työympäristön ja laitteiston parantamiseksi tai henkilökunnan osaamisen kehittämiseksi paremmalla perehdyttämällä tai kouluttamisella. Muita mahdollisia kehittämiskohteita ovat esimerkiksi muutokset työkäytännöissä ja varmistusmenettelyissä. Vaaratapahtumaraportointi voi johtaa prosessien kehittämiseen, jota voidaan tehdä niin yksikön sisäisesti tai yksiköiden väliseen yhteistoimintaan liittyen. Näillä kaikilla edellä mainituilla toimenpiteillä pyritään ehkäisemään tai hallitsemaan vastaavanlaisen vaaratilanteen syntyminen jatkossa paremmin. (THL 2009: 18.)

Raportointimenetelmän käyttämisessä ehkäisevän toiminnan kehittämiseksi on se varjopuoli, että raportointityökaluilla turvallisuuden kehittäminen tapahtuu reaktiivisesti onnettomuuksien, tapaturmien ja vaaratilanteiden jo realisoituessa. Hyvällä prosessisuunnittelulla ja -johtamisella vaaratapahtumiin voidaan puuttua ennaltaehkäisevästi jo prosesseja suunnitellessa, vaikkakin prosessin toiminnan tarkastelussa mittaamisella on poikkeamien valvonnassa tärkeä tarkoituksensa. Voikin ajatella, että mikäli prosessit suunnitellaan ja toimeenpannaan asiantuntemuksella jo etukäteen, voidaan optimoitomien prosessien toiminnasta johtuvien vaaratapahtumien kehittyminen välttää inhimillisiä virheitä lukuun ottamatta kokonaan.

#### 4.2. Kotihoito osana sosiaali- ja terveydenhuoltoa

Kotihoito kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan piiriin, ja sille annetaan suuntaviivat sosiaali- ja terveysministeriön toimesta. Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta on julkisen vallan oikeuttamaa toimintaa, jonka tarkoituksena on edistää kansa-

laisten hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta. Kaiken tämän toiminnan pohja syntyy perustuslaista, jolla kansalaisten oikeudet ovat turvattu. Sosiaali- ja terveydenhuolto työllistää itsessään noin 350 000 kansalaista, joista kolme neljäsosaa on kuntien palveluksessa ja loput järjestöjen ja yksityisten yritysten palveluksessa. (Stenvall & Virtanen 2012: 11.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista on säädetty sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä. Nämä palvelut kattavat sosiaalityön palveluja, joihin lukeutuvat muun muassa päihdehuollon ja lastensuojelun palvelut; perusterveydenhuollon palveluja, joihin kuuluvat niin ikään terveyskeskuksissa annettavat terveydenhuollon ja suun terveyden palvelut; erikoissairaanhoidon palveluja, jotka sisältävät niin psykiatriset ja somaattisen sairaanhoidon palvelut; kuin myös ikääntyneille ja vammaisille annettavia palveluja joihin lukeutuvat esimerkiksi koti- ja ympärivuorokautinen hoito. Lisäksi järjestetään kuntoutumispalveluja, psykologipalveluja ja kasvatus- ja perheneuvontaa. (Emt. 19.)

Nykyistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuutta on alettu rakentamaan sotien jälkeen 1960-luvulta lähtien, vaihe vaiheelta ja pala palalta. Kehityksen suuntaan on vaikuttanut aina sen hetkiset poliittiset linjaukset ja kansantalouden tila, mutta hyvinvointivaltion suunnasta on silti aina vallinnut lähes yhdenmukainen mielipide. Ajan saatossa palveluista on muodostunut kuitenkin pirstaleinen tilkkutäkki, jota on yritetty korjata monin keinoin, merkittävimmin ehkä 1990-luvun alkupuolella. Tuolloin tehtiin valtiosuus uudistus, jossa määrättiin kuntien tehtäväksi organisoida ja toteuttaa sosiaali- ja terveyspalveluja parhaaksi katsomallaan tavalla, taloudellisesti ja tehokkaasti. Viime vuosina merkittävä muutos on tapahtunut myös sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmässä kun 2010-luvun alussa sen keskushallinnon virastot lakkautettiin ja muutettiin sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon virastoiksi. Näiden tehtäväksi tuli antaa informaatio-ohjausta eri muodoissa, kuten arvioinnein ja suosituksin. Mukana on kuitenkin myös normiohjausta, joka on paikoitellen tiukkaa. (Emt. 12–15.)

Kotipalvelu ja kotisairaanhoido kulkivat 1990-luvun alkuun asti toisistaan erillään, kotipalvelun kuuluessa sosiaalitoimen ja kotisairaanhoidon terveystoimen hallintokuntiin (Tepponen 2009: 17). Sosiaalitoimi tukee väestöryhmiä taloudellisissa ja sosiaalisissa

ongelmissa, kun terveystoimi tuottaa terveyttä edistäviä ja ylläpitäviä palveluja. Sosiaali- ja terveystoimen sääntely poikkeaa muista hallintoaloista.

Palvelualana sosiaali- ja terveydenhuolto on aineeton ja hetkeen sidottu, ja sen sääntely on laajaa ja voimakasta. Terveyskeskuksen toimintaa asiakkaiden tutkimuksessa ja hoitoprosesseissa sääntelee esimerkiksi kansanterveys- ja henkilötietolaki (Karimaa 2002: 13). Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteena on terveys ja hyvinvointi. Terveyttä tai hyvinvointia ei ole markkinoilla sinänsä, vaan sellaisia palveluja, joiden uskotaan välillisesti edistävän terveyden ja hyvinvoinnin vaikuttavuutta. Sosiaali- ja terveystoimialaan kohdistuu odotuksia ja vaatimuksia käyttäjän lisäksi myös muilta tahoilta kuten yhteiskunnalta ja maksajilta. Muita palveluja useammin sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjä ja maksaja eivät ole samoja. Alaa on kritisoitu siitä, että palvelun käyttäjä on muuhun palvelusektoriin verrattuna riippuvaisempi palvelun antajasta ja joutuu helposti alisteiseen asemaan asiantuntijaan nähden itseään koskevissa päätöksissä. (Outinen ym. 1994: 58–59.)

Sosiaali- ja terveystoimen organisaatioille on myös ominaista niiden suhteellisen suuri koko ja hierarkkisuus. Alaa hallitsee ammatillinen byrokratia, jossa pitkälle kehittyneitä ammatteja edustavien toimintaa ja oikeutta tehdä alan töitä on rajattu erilaisin säädöksin: osa ammateista on rekisteröitäviä ja laillistettavia. Ammatinharjoittajilla on muita itsenäisempi asema erityisesti päätöksenteossa. (Emt. 59, 66.)

Tästä voi seurata myös ongelmia. Vahvat professionaaliset piirteet ja ammatin tuoma autonominen asema sosiaali- ja terveydenhuollon hierarkkisessa ympäristössä saattaa aiheuttaa ongelmia käytäntöjen ja toimintojen uudistamisessa. Toimijoiden välinen hädällinen yhteistyö saattaa tyrehtyä ammattiryhmien välisiin reviiriristiriitoihin ja keskinäiseen arvostukseen, josta sitten seuraa yhtenäisen asiakkuusnäkökulman hajoaminen. (Stenvall & Virtanen 2012: 33.)

Täytyy myös huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon ja yksityisen sektorin palveluiden eroavaisuus toisistaan. Siinä missä yksityisen sektorin liiketoimintaympäristössä työskennellään voittoa tavoitellen omavalinnaisilla markkinoilla, sitoo julkisen palvelun

toimintaa poliittisten päätöksentekijöiden ratkaisut, kuten edelläkin mainittu lainsäädäntö. Asiakkaat tulevat palveluiden piiriin ikään kuin annettuina, vaikka asiakasvapauksia on edistetty toukokuussa 2011 voimaan tulleella uudistuksella, jonka mukaan asiakas pystyy valitsemaan tietyin rajoituksin oman terveysasemansa. (Stenvall & Virtanen 2012: 46.)

Kotihoito on pääosin julkista palvelua, jonka määrää ja laatua linjataan lakien, asetusten, valtakunnallisten tavoite- ja toimintaohjelmien, suositusten ja muiden vastaavien sosiaali- ja terveystieteellisten asiakirjojen avulla. Näiden asiakirjojen tavoitteena on mahdollistaa ikäihmisten itsenäinen arkiaskareista suoriutuva eläminen omassa kodissaan riittävän tuen turvin läheistensä ja sosiaalisten verkostojen ympäröimänä. (Voutilainen 2007: 14.)

Ikääntyneen ihmisen tarve kotihoitopalveluille alkaa useimmiten sairaalassa, jonne hän on joutunut sairaskohtauksen, tapaturman tai leikkauksen johdosta. Tapaturmalla on olennaisesti heikentävä vaikutus ikääntyvän ihmisen kykyyn selviytyä itsenäisesti elämisestä, jolloin kotitilanteen muutos on ikäihmiselle ajankohtainen ja ehkä uusikin asia. Tämä ratkaiseva muutos saattaa aiheuttaa palvelun vastaanottajalle ongelmia fyysisten vajeitten lisäksi myös psyykkisellä ja emotionaalisella tasolla. Onkin niin, että kotihoidon asiakasryhmät ovat hyvin heterogeeniset, sisältäen samanaikaisesti niin sairauksiltaan kuin fyysisiltä, kognitiivisilta, psyykkisiltä ja sosiaalisilta toimintakyvyiltään epäyhtenäisen, erilaiset tarpeet omaavan joukon ihmisiä. (Tenkanen 1995: 176; Voutilainen 2007: 14.)

Lainopillisesti katsottuna kotihoito tarkoittaa itsessään yhdistettyä kotisairaanhoidoa ja kotipalvelua, siten, mitä on säädetty terveydenhuoltolaissa (1326/2010 3:25) ja sosiaalihuoltolaissa (710/1982 3:20) ja -asetuksessa. Kotihoidossa yhdistyvät sosiaalihuollon ja terveydenhuollon moniammatilliset palvelut. Sosiaalihuoltoasetuksessa (607/1983 9 §) kotipalvelun mainitaan sisältävän tukipalveluja, kuten ateria-, vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus-, saattaja- sekä sosiaalisen kanssakäymisen edistämistä. Sosiaalihuoltolaissa (710/1982 3:21) näitä palveluja säädetään annettavaksi alentuneen toimintaky-

vyn, perhetilanteen, rasittuneisuuden, sairauden, synnytyksen, vamman tai muun vastaavan syyn perusteella.

Kotisairaanhoidon järjestäminen kuuluu asukkaana kunnan vastuulle. Terveystieteiden tutkimuslaitoksen (1326/2010 3:25) mukaisesti kotisairaanhoidon on moniammatillista terveyden ja sairaanhoidon palvelua, jota annetaan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti tai tilapäisesti potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavissa olevassa paikassa. Kotisairaanhoidon voidaan järjestää perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon toimesta tai se voi olla näiden tahojen yhteistoimintaa.

Kotipalvelut ja kotisairaanhoidon voidaan yhdistää kotihoidoksi, mikäli kunta tuottaa sekä sosiaalitoimen että perusterveydenhuollon palvelut (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Vuonna 2004 käynnistyneessä kokeilussa sosiaalihoitolakiin (L 1482/2004) ja kansanterveystieteiden lakiin (L 1429/2004) tehtyihin muutoksiin perustuen kotipalvelu ja kotisairaanhoidon voitiin väliaikaisesti yhdistää yhdistetyksi kotihoidoksi kokeiluun osallistuvissa kunnissa siitä huolimatta vaikka sosiaali- ja terveystoimissa olisi erilliset virastot tai perusterveydenhuollosta vastaisi kuntayhtymä (Tepponen 2009: 91). Määräaikaista kokeilua on jatkettu tämän jälkeen kunnissa ja kuntayhtymissä uusilla sosiaalihoitolain (L 1314/2010) ja kansanterveystieteen lain (L 1315/2010) väliaikaisilla muutoksilla, jotka jatkavat kokeilua joulukuun 31. päivään 2014 asti. Organisoitukokeilussa kotihoidon palvelut organisoidaan yhden monijäsenen toimielimen – kuten sosiaali- tai terveyslautakunnan alaisuuteen. Hyötynäkökulmaksi kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistämisessä on ajateltu työvoiman joustavaa käyttöä, tehokkuuden parantamista ja entistä huonokuntoisempien asiakkaiden asianmukaista hoivaa, hoitoa ja palveluita (Tepponen 2009: 92).

Sosiaalihoitoasiain asiakaslain (812/2000 2:6) mukaan kotipalvelun myöntämispäätös on kunnallinen ja perustuu viranomaisen päätökseen. Yksityistä sosiaalihoitoa järjestettäessä palvelupäätös perustuu sosiaalihoitoa toteuttajan ja asiakkaan väliseen kirjalliseen sopimukseen. Kotipalvelua koskee sama sosiaalihoitoa lainsäädäntö riippumatta kotipalveluja toimeenpanevasta toimielimestä. Vastaavasti toimeenpanevasta toimielimestä

riippumatta, terveydenhuollon kotisairaanhoidon palveluja koskevat kansanterveystyön säännökset.

Kotihoitopalveluja vastaanottavien asiakkaiden palvelutarpeet ovat yksilöllisiä, joten kotihoidon palveluntuottajien on sovittava yhteen erilaiset palvelunsa lähtökohtanaan asiakkaan yksilölliset palvelutarpeet (Heinola 2007: 9). Asiakkaat tarvitsevat monenlaista ja ainutkertaista tukea hyvinvoinnista huolehtimiseksi. Tämän mahdollistamiseksi ikääntyneiden kansalaisten avopalveluita tuotetaan moniammatillisena yhteistyönä. Ikäihmisten lähin vuorovaikutussuhde kehittyy lähityöntekijöihin, joten heihin kohdistetaan suurimmat odotukset palvelusta. Tarvittavan tiedon ja taidon tarjoaminen lähityöntekijöiden tueksi tulisikin mahdollistaa moniammatillisella työskentelyllä. (Tenkanen 1995: 192.)

#### 4.2.1. Prosessit kotihoidossa

Suomalaista julkista hallintoa ja sen kehittämistä hallitsee rakennelähtöisyys. Hallintoelimet pohtivat millaiselle väestöpohjalle sosiaali- ja terveydenhoitopiiriä voidaan rakentaa tai kuinka monta kuntaa siihen voi kuulua. Tämä rakennepohjainen pohdinta jättää kuitenkin helposti varjoonsa kaikkein oleellisimman kehityskohteen: itse palveluiden. (Stenvall & Virtanen 2012: 21.)

Muutoshankkeet ovat kyllä julkiselle hallinnolle tuttuja, ja sosiaali- ja terveydenhuollossa on totuttu rakennemuutoshankkeisiin. Nämä muutokset ovat usein sidottuna erilaisiin projekteihin ja rahoituksiin ja tuntuvat välillä lähes itsetarkoituksellisilta vain muutoksen itsensä vuoksi. Yleistä muutoshankkeille on se, että niitä suunnitellaan ja organisaatorakenteita ja -kaavioita piirretään, mutta käytännön panostus muutoksen toteutukseen jää uupumaan. Useasti hanke hyytyy viimeistään siihen kun projektirahoitus loppuu ja kehittämistä pitäisi jatkaa itsenäisesti. (Emt. 15–17.)

Rakennelähtöisyys näkyy myös siinä miten sosiaali- ja terveydenhuollon tuloksellisuutta tarkastellaan. Johtotasolla terveydenhuollon toimintaa tarkastellaan tulosalueittain, toiminnan perustuessa tulosityksikköajatteluun, vaikka asiakkaan ja toimijan näkökul-

masta toiminta on prosessilähtöistä. Asiantuntijoiden osaaminen on kuitenkin perustoinnin kulmakivenä. Sen merkitys moninkertaistuu palvelu- tai hoitoprosesseissa sekä palveluketjuissa, joihin osallistuu useita eri asiantuntijoita. Onkin niin, että terveydenhuoltosektoria hallitsevalla ammatillisella erikoisosaamisella ei monestikaan saavuteta hyviä hoitotuloksia potilaalle, jos palvelu tapahtuu vain yhden toimijan toimesta. Tehotomuutta ilmenee hoitoketjussa organisaatioiden rajapinnoilla etenkin potilaan siirtyessä jatkohoitoon organisaatiosta toiseen. Tällöin asiantuntijoiden välinen yhteistyö ja organisaatioiden välinen tiedonkulku ei usein toimi. Nykyisellään tietojärjestelmiin kerätään tietoa pääasiassa lähinnä osasto- tai klinikkakohtaisesti toiminnan ohjaukseen tai muihin omiin tarpeisiin muista osastoista ja yksiköistä riippumatta. Vallitsevat perinteet ja kulttuuri ylläpitävät kuitenkin terveydenhuollon totuttua, hierarkkista ja byrokraattista yhteistyötappaa, jossa vertikaalinen yhteistyö rajoittuu monesti ylhäältä annettuihin määräyksiin ja normeihin. Toisaalta hierarkioiden ohentaminen ja asiakaslähtöisen prosessijohtamisen ajatus saattaisi törmätä vastuukysymyksiin. (Tanttu 2007: 173, 175, 182, 185–186, 198.)

Rakenteellisia uudistuksia on kyllä ajettu sosiaali- ja terveystalouteen useampaan otteeseen. Velvoitteet näihin on syntynyt ulkoa päin valtionhallinnolliselta taholta, kuten Paras-hankkeen edellyttäminä uudistuksina. Nämä hankkeet ovat kuitenkin keskittyneet enemmän sosiaali- ja terveystaloutta tuottavien organisaatioiden rajojen ulkopuolelle jättäen organisaatioiden sisäisen uudistamisen vähälle huomiolle. Uudistukset ovat kohdistuneet esimerkiksi uusien sosiaali- ja terveystalouttien rakentamiseen unohtaen kuitenkin vanhat organisaatorakenteet pullonkauloineen huomiotta. Asiakkaiden kasvavat palvelutarpeet niukkenevien resurssien kanssa pakottavat kuitenkin jatkossa organisaation sisäisiin uudistuksiin ja tähän tarvitaan prosessijohtamisen osaamista ja ymmärrystä. (Stenvall & Virtanen 2012: 40–41.)

Yksi keskeinen osa onnistuneessa prosessijohtamisessa on todellisten prosessien hyvä ymmärtäminen ja niiden pohjalta laaditut prosessikuvaukset ja mallintaminen. Kuitenkin on niin, että prosessin mallintamisessa ja kuvaamisessa on yhtä monta tapaa kuin on prosessin kuvauksen laatijoita. Kotihoidon ydinprosessien kuvaamisessa olisi kuitenkin tärkeää, että kuvaamiseen osallistuisivat kaikki ne kotihoitoyksikön työntekijät, joita



prosessi koskettaa (Heinola & Paasivaara 2007: 54). Kuvattavaan kotihoidon kokonaisuuteen vaikuttaa se, millaisia palveluita kunta tai kuntayhtymä asukkailleen järjestävät. Prosessin mallintamiseen vaikuttaa aina lisäksi prosessikuvauksen laatijoiden tulkinta siitä miten prosessi rajautuu, ja mistä uusi prosessi alkaa. Voikin olla, että toisessa kunnassa tai kuntayhtymässä kuvatun ydinprosessin osaprosessit tulkitaan toisaalla eri lähtökohdista ja eri lailla.

JHS 152 -suositusta hyödyntäen kotihoidon ydinprosessiksi voitaisiin nähdä mittakavasta riippuen kotona selviytymisen tukeminen, jonka osaprosesseiksi voitaisiin tunnistaa esimerkiksi asiakkaaksi tulon prosessi ja asiakkaan hoitoprosessi, jotka voidaan jakaa yhä pienempiin osaprosesseihin. Mahdollista on tulkita myös vasta kotona selviytymisen alle lukeutuvat prosessit kotihoidon ydinprosesseina. Toisaalta Kenni ja Asikainen (2011: 25–27) esittelevät joissakin kunnissa kehityksen kohteena olevan elämäkaarimallin, jossa palvelut rakennetaan tietyn ikäisille kuntalaisille kohdistuvista kokonaisuuksista. Tällöin eri väestöryhmien on helpompi käyttää heille suunnattuja palveluja. Tällä uskotaan edistettävän samankaltaisten tehtävien parissa työskentelevien tahojen yhteistyötä palvelujen kehittämässä ja johtamisessa. Tässä mallissa ydinprosessit syntyvät eri väestöryhmille tyypillisistä palvelutarpeista.

Kotihoidon prosessikuvauksia laatiessa kannattaa kuitenkin muistaa, että kotihoitoon kuuluva palvelutyö on hyvin erilaista kuin tehdastyö, jolloin lineaariset ja monitasoiset kuvaukset eivät välttämättä palvele kotihoidon kokonaisuutta parhaalla mahdollisella tavalla. Poikkeus kyseiseen ajatteluun voidaan suunnata ehkä logistiikan puolelle tai muuhun tukitoimintoon. Liika informaatio on helposti sekoittavaa ja todellisen toiminnan ymmärrys hukkuu detaljien paljouteen. Sama mielipide ilmenee myös tutkielman empiirisessä osassa luvussa kuusi haastateltavien vastauksissa, joissa painotetaan prosessimallintamisen riittävän väljyyden tärkeyttä. Pelkistetty kuvaus saattaakin olla lopputuleman kannalta parempi ratkaisu ja viestiltään selkeä. Muussa tapauksessa tiedon paljous aiheuttaa informaatioähkyn ja siten tiedon hautausmaan ja oleellinen tieto jää sekavuuden jalkoihin. Puhumattakaan siitä, että luovaa asiakastyötä voisi kuvata onnistuneesti pikkutarkasti. Hyvä ihmiselle helposti hahmotettavissa oleva kokonaisuus koostuukin 5–7 osatekijästä. (Ks. Pitkänen 2010: 81–82.)

Heinola ja Paasivaara (2007: 54) tarjoavat erään jaottelun kotihoidon prosesseiksi. Koska tässä tutkielmassa ei ole tarkoitus mallintaa tai kuvata prosesseja, jäävät esimerkki-prosessit seuraavanlaiseksi listaukseksi. Näitä prosesseja voivat olla esimerkiksi:

- asiakkaaksi tulon prosessi
- lääkehuoltoprosessi
- sairaanhoitoprosessi (poliklinikat, muut lääkärin vastaanotot yms.)
- lähihoitoprosessi
- tukipalveluprosessit (kuljetus, ateria, kylvytys, pesula, joista jokaisesta voisi tehdä oman prosessikuvauksensa)
- “ympäristöprosessi” (kodin hygienia)
- asiointiprosessi (liittyy moneen osaprosessiin)
- kirjaamisprosessi
- arviointiprosessi.

Luvussa 3.3. ja 3.4. kerrottiin prosessin toiminnan seurannan tärkeydestä, jonka osallisena toimii prosessin toiminnan arviointi ja mittaaminen. On kuitenkin niin, että prosessien oikeanlaisen toiminnan mittaaminen on vielä kehitysasteella, koska sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa on totuttu vahvasti tuotanto- ja talouslähtöiseen ajatteluun. Täten ollaan tilanteessa, jossa prosesseja parantavat konkreettiset ja palvelutuotannon kannalta tulokselliset ja vaikutuksia mittaavat mittarit ovat vasta kehittymässä palveluiden tuottamisen ja järjestämisen taholla. (Stenvall & Virtanen 2012: 35.)

Ei voida jättää nostamatta esille myöskään Tantun (2007: 181) mainintaa siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon prosesseissa informaatioteknologia on vaikuttanut läpi hallintoalojen. Tutkijoiden ja kehittäjien mukaan on selvää, että esimerkiksi uuden tieto- ja tietoliikenneteknologian käyttöönotto muuttaa väkisinkin terveydenhuollon palveluprosesseja. Näin ollen informaatioteknologialla voidaan todeta olevan suuri merkitys myös kotihoidon prosesseille, niin nyt, kuin kasvavissa määrin lähitulevaisuudessa. Uuden informaatioteknologian hyödyntämisen tarpeellisuutta tuodaan myös esille joidenkin tämän tutkielman haastateltavien toimesta luvussa kuusi. On kuitenkin muistettava, että

informaatioteknologialla ei pidä kuitenkaan olla vaikutusta kotihoidon perimmäiseen tarkoitukseen.

#### 4.2.2. Asiakasturvallisuus kotihoidon prosesseissa

Kuten tutkielman tuloksista luvussa kuusi ilmenee, kotihoidon ominaispiirteitä on hoito- ja hoivatapahtuman sijoittuminen asiakkaan yksilölliseen asuintilaan, joka on erillään sosiaali- ja terveydenhuollon vastaanottotiloista. Tämä asettaa ehtoja palvelun suorittamiselle, kun palvelu toteutetaan asiakkaan asuinpaikassa. Palvelun suorittajan tulee tunnistaa tarpeisto ja välinetarve ennen palveluspaikalle siirtymistä ja kuljettaa mukana kaikki tarvittava. Mikäli tarpeistossa tai varusteissa on puutteita, heikentyy palvelujen jakaminen ehkä ratkaisevasti. Kotihoidon palvelujen jakamisessa tuntematon ympäristö voi aiheuttaa haasteita hoito/ hoivatapahtumassa kuten saunomisessa, siivouksessa tai ruoan laitossa. Kotisairaanhoidon koskee lisäksi luvussa 4.1.1. esitelty riskit operatiivisessa toiminnassa, lääkehoidossa ja laitteiston turvallisuudessa. Mikäli kotihoidon asiakkaan asuintilaan ei ole tehty tarvittavia muutoksia liikuntaongelmalliselle, voi vaaratilanteita aiheuttaa vaikea siirrettävyys tilojen välillä puhumattakaan asukkaan itsenäisestä selviämisestä ilman tukitoimintoja.

Vaaratapahtumatyypeistä tämän tutkielman empiirisessä haastatteluosuudessa nousee luvussa kuusi esiin erityisesti lääkevahinkojen yleisyys kotihoidossa. Tämän seikan huomioi kolme neljästä haastateltavasta. Kodin turvallisuusriskeistä mainitaan kaatumiset, valaistus, portaat ja muu ergonomia. Ikääntyneille tyypilliseksi vaaratekijäksi todetaan muistamattomuudesta ja turvattomuudesta aiheutuvat eksymiset ja muut vahingot. Huomiotta ei jää myöskään sosiaalinen eristyminen ja siitä seuraava yksinäisyys. Yhdeksi vaaratekijäksi nostetaan lisäksi tiedon kulun ongelmat, esimerkiksi tietoa kotiutamisesta ei välttämättä saada. Toisessa päässä oman ongelmansa kotihoidon jakamisessa yksin työskentelevälle henkilökunnalle aiheuttavat aggressiiviset asiakkaat.

Ratkaisuiksi näihin ongelmiin esitetään parempaa lääkekoulutusta ja lääketapahtumien varmentamista. Keinoiksi tähän nähdään niin robottijakelun toteuttaminen kuin HaiPro -vaaratapahtumaraportointiohjelman käyttö. Muistamattomille potilaille tarvitaan turva-

verkon varmistamista, ja potilaan hoitoon liittyvä tiedon kulku varmistetaan potilaan kotiuttamisprosessin mallintamisella ja yhteistyötahojen tiedottamisella. Ikääntyneen heikosta tasapainosta ja liikkumisen vaikeudesta johtuvia vaaratekijöitä pystytään ehkäisemään fysioterapeutin työpanoksella ja liikuntasuunnitelmalla. Kodin askareista selviämiseksi voidaan kotihoidon asiakkaalle jakaa pieniä elämää helpottavia niksejä. Yksinäisyyttä torjutaan taaskin järjestämällä avointa päivätoimintaa ja muuta ryhmätoiminnalla.

Voidaan päätellä, että erityisesti kotihoidon palveluissa asiakkaan elintapojen ja kodin järjestyksen tunteminen parantaa palvelun laatua. Täten luottamuksellisen palvelussuhteen sitominen asiakkaan ja hoitajan välillä on erityisen tärkeää, ja hoito/hoivahenkilökunnan korkea vaihtuvuus tuo epävakautta turvalliselle hoidon tarjoamiselle niin tapaturmalähtöisesti kuin ikääntyneen ihmisen psyykettä ajatellen. Vaihtuvuuden keskellä olisikin tärkeää sijaisten opastaminen ja perehdyttäminen juuri 'Pekan' tai 'Marjatan' kohtaamiseen yksilönä yksilöllisessä ympäristössä.

Turvallisuutta on hyvä pohtia myös useiden ammattialojen ja julkisen sektorin, yksityisen sektorin ja kolmannen sektorin hoidon/hoivan koordinoinnissa tiedon jakamisen näkökulmasta. Kuten tähän tutkielmaan suoritetuissa haastatteluissa luvussa kuusi ilmenee, tarvitaan yhteistä suunnittelua, koordinoitua ja toisten yksiköiden toimintatapojen tuntemista varmistaakseen useiden ammattialojen saumattomuus ja turvallisuus.

## 5. EMPIIRISEN AINEISTON KERÄÄMINEN JA KÄSITTELY

### 5.1. Empiirisen aineiston hankinta

Tässä tutkielmassa prosessijohtamisen soveltuvuutta kotihoidon johtamiseen tarkastellaan empiirisen haastatteluaineiston analyysillä. Aineisto kerättiin lähettämällä avoin teemahaastattelurunko sähköpostitse ennalta valituille vastaanottajille. Haastateltavien valintaan vaikutti kuntien koko, joissa he olivat virkasuhteessa ja erillisenä kriteerinä aiemmat julkaisut, jos julkaisut olivat käsitelleet kotihoidon prosessien kehittämistä.

Haastattelut toteutettiin olemassa olevien resurssien rajoissa teemahaastatteluina sähköpostin välityksellä. Teemahaastattelu on avoimen- ja strukturoidun lomakehaastattelun välinen muoto, jota ei ole sidottu liian tiukkoihin raameihin edeten ennalta suunniteltujen aihealueiden eli teemojen mukaan (Kananen 2008: 73). Haastattelu voi edetä läpi käyden lineaarisen kysymyspatteriston tiukasti teema kerrallaan, tai toisaalta voidaan käyttää avoimempaa lähestymistapaa, jossa kysymysten eteneminen on vapaampaa ja valikoivampaa (Tuomi & Sarajärvi 2009: 75). Toinen mahdollinen toteutustapa haastattelulle olisi ollut puolistrukturoitu haastattelu. Tällaisessa tapauksessa kysymystenasettelu olisi vastannut kvantitatiivista lomakekyselyä, mutta ilman valmiita vastausvaihtoehtoja (Kananen 2008: 73). Puolistrukturoidusta haastattelusta kyselyn erotti kuitenkin teemoittelu ja kysymysten asettelu, joka ei mahdollistanut *kyllä, ei* -tyyppisiä vastauksia. Toisaalta Tuomi ja Sarajärvi (2009: 75) tulkitsevat teemahaastattelunkin puolistrukturoiduksi haastatteluksi, jossa tapauksessa aineiston hankintatavaksi voidaan tulkita kumpi tahansa. Tutkimuksen viitekehyksen ja sen pohjalta rakennetun kysymyspatteriston selvän teemoittelun vuoksi teemahaastattelu tuntuu kuitenkin luontevammalta rajaukselta.

Käytännön toteutuksessa tutkielman teemahaastattelurungon avoimet kysymykset sijoituvat tutkielman teoriaosuudessa koottujen neljän teeman ympärille prosessijohtamisen osa-alueista, joita ovat *suunnittelu, mallintaminen, käyttöönotto ja jatkuva kehittäminen*. Avoimen haastattelun kysymykset on esitetty liitteessä 2. Kysymykset asettuivat kohdalleen pitkän prosessin seurauksena ja vuoropuhelussa opinnäytetyön ohjaajan kanssa. Aineiston keruun muotoon vaikutti pitkän pohdinnan jälkeen olemassa olevat resurssit

ja haastatteluista kertyvän materiaalin purkamisen mahdollistaminen. Kokonaisuudessaan vastauspyyntö ja haastattelumateriaali lähetettiin 25:lle vanhustenhuollon hallinnossa tai johtotehtävässä toimivalle henkilölle. Nämä vastaanottajat valittiin tarkoituksenmukaisesti laadullisen tutkimuksen menetelmiä mukaillen satunnaisotoksen sijaan (ks. Hirsjärvi, Remes & Sajavara 2007: 157–160).

Haastateltaviksi valitut sijaitsivat kahdessakymmenessä eri kunnassa ja kuntayhtymässä. Kunnat etsittiin pääsääntöisesti hakukone Googlen avulla, jonka kautta päädyttiin Wikipedian luetteloon Suomen kunnista. Ensimmäinen kunnan valintaan vaikuttanut kriteeri oli kunnan koko, joka ei saanut olla liian suuri eikä pieni. Pienkunnilla ei välttämättä ole todellista tarvetta prosessisuunnittelulle, kun taas suuret kunnat ovat liian kuormittuneita ottaakseen osaa haastatteluun. Toinen kriteeri, jonka mukaan haastattelupyynnöt lähetettiin, oli aikaisemmat julkaisut joita kyseisen alan asiantuntijat olivat kirjoittaneet prosesseista kotihoidon ympäristössä. Näitä julkaisuja käytetään hyväksi myös tutkimuksen taustatyössä, ja ne löydettiin Vaasan yliopiston Nelli-tiedonhakuportaalin tietokantoja apuna käyttäen. Asiantuntijoiden valinnan takana on tokikin se, että heillä on ymmärrettävästi syvempää tietämystä aihepiiristä, jota on hyvä aiheeseen liittyen ammentaa. Lisäinformaatiota kuntien hallintomallista ja kotihoidon vastuuhenkilöistä etsittiin erikseen jokaisen kunnan ja kuntayhtymän virallisilta verkkosivuilta.

Haastattelupyyntö lähetettiin haastateltaville yhteensä kahdesti. Ensimmäisellä kerralla osa vastaajista uudelleenohjasi haastattelun vastausvastuun heidän mielestään siihen paremmin soveltuville henkilöille ja osa pahoitteli muuten kiireitään. Ensimmäisellä haastattelukierroksella saatiin lopulta yksi vastaus. Kahden viikon kuluttua kyselystä lähetettiin muistutuskirje. Tällä kertaa osa vastaajista oli vaihdettu ehdotusten mukaisesti eri henkilöihin ja aiemmin vastaamaan kykenemättömiksi ilmoittautuneille ei enää lähetetty uusintapyyntöä haastateltavaksi. Tällä muistutuskierroksella saatiin kolme uutta vastausta. Kaiken kaikkiaan haastatteluun saatiin vastaukset kahdelta kotihoidon johtajalta, yhdeltä sairaanhoitopiirin palvelupäälliköltä ja yhdeltä kotihoidon vastuuhenkilöltä. Haastateltavien tarkemmat henkilöllisyydet ovat pelkästään tämän Pro Gradu-opinnäytetyön tarkastajien käytössä.

## 5.2. Aineiston käsittelymenetelmät

Tutkimuksen toteutustavaksi valikoitui teorialähtöinen analyysi, jossa yleistä teoriaa testataan deduktiivisesti tutkimusympäristöön, joka tässä tapauksessa tarkoittaa prosessijohtamisen tutkimista kotihoidon ja potilasturvallisuuden kehittämässä. Teoreettisessa analyysissä aineiston analyysia ohjaa aikaisemman tiedon pohjalta luotu teoreettinen kehys, jota yleensä testataan uudessa kontekstissa (Tuomi & Sarajärvi 2009: 97). Menetelmä ohjautuu teoriasta empiriaan, ja siihen kuuluu hypoteesien käyttö ja testaaminen (Kananen 2008: 22–23, 91). Aiheistopiiriin syvemmän ymmärryksen saavuttamiseksi aineiston käsittelyssä oltiin enemmän kiinnostuneita kvalitatiivisesta lähestymistavasta, vaikka aineiston hankintatapaa tai edes analyysimenetelmää ei voida yksinomaan pitää puhtaasti laadullisena (ks. Kananen 2008: 74). Laadullisessa tutkimuksessa haetaan syvempää ja kokonaisvaltaisempaa ymmärrystä käsiteltävästä aiheesta ja aihepiiri ja ongelmanasettelu elävät vapaammin kuin tilastolliseksi mielletyissä kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa. Kvalitatiivinen tutkimus on henkilökohtaisempaa ja kohdetta lähelle tulevampaa ja soveltuu paremmin tiedon keräämiseen pienestä tutkimusjoukosta. (Hirsjärvi ym. 2007: 156–157, 160.)

Tällä kohdella lähemmäs pyrkivällä henkilökohtaisemmalla tutkimusotteella on tarkoitus saavuttaa ymmärrystä, jota ei perinteisellä massapostittamisella lähetettävillä ‘rasti ruutuun’ -lomakkeilla saavutettaisi. Laadullisen tutkimuksen mukaisesti tiedon keruun välineenä toimii tutkija itse, tulkiten keräämäänsä haastattelumateriaalit havaintojensa varassa. Aineiston käsittelytapana käytetään sisällönanalyysia. Sisällön analyysilla pyritään tuottamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivis ja selkeä sanallinen kuvaus (Kananen 2008: 94; Tuomi & Sarajärvi 2009: 103). Analyysilla voidaan tarkoittaa väljää analyysikokonaisuutta, joka voidaan liittää useisiin erilaisiin kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen aineistojen teoreettiseen kehykseen, kuin myös sillä voidaan tarkoittaa yksittäistä metodologiaa. Sisällönanalyysissa etsitään tekstistä merkityksiä, kun vaikka diskurssianalyysissa analysoidaan näiden tekstien merkitysten tuottamista. Sisällön analyysilla ei itsessään tehdä aineistosta johtopäätöksiä, vaan sillä pelkästään jäsennetään ja järjestetään tutkimusaineisto johtopäätöksiä varten. Täten tulosten onnistunut esiin nostaminen jää tutkijan tulkintojen varaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 91, 103–104.)

Tämän tutkielman aineisto litteroidaan tekstinkäsittelyohjelmalla ja jatkokäsittelään taulukkolaskentaohjelmassa, johon haastatteluaineistot puretaan ja sisällöt eritellään<sup>2</sup> teemoittain vastausten sisältöjen mukaan. Kerätystä aineistosta etsitään painotuksia ja toistuvuuksia haastateltavien tahojen välillä, joka tuo analyysiin ripauksen kvantitatiivista luonnetta. Lukumäärille ei kuitenkaan voida antaa kovin suurta painoarvoa vähäisestä otosjoukosta johtuen. Mikäli se on mahdollista, samaa asiaa tarkoittaneet vastaukset koodataan aineistossa niiden yhteisen elementin mukaan.

Valmiiksi koodattu ja käsitelty aineisto käsitellään tutkimuksen empiirisen osuuden kattavassa luvussa kuusi. Tässä luvussa edetään teema kerrallaan käsitellen erikseen jokaisessa teemassa esiin nousseet asiat ja painotukset. Nämä teemat perustuvat tutkielman teoriaosuudessa (ks. luku 3) esitettyyn prosessikehittämisen malliin. Empiiristä haastatteluaineistoa vertaillaan soveltuvien osin tutkimuksen teoriaosuuden havaintoihin. Aineiston analysoinnin jälkeen luvussa seitsemän kootaan tutkielmasta kertyneet johtopäätökset ja tehdään pohdintoja.

### 5.3. Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavien tutkimustuloksien saavuttaminen edellyttää useita asioita alkaen tutkimuksen tekijän objektiivisuudesta. Tutkijaa ohjaavat usein ennakkoasenteet ja hypoteesit, joille tutkija etsii vahvistusta. Tällöin tutkimusmateriaalia rakennetaan kysymystenasettelulla ja vastausten tulkinnalla siten, että omat näkemykset vahvistuvat. Tärkeät sivujuonteet vastauksissa saatetaan sivuuttaa kokonaan, jos ne eivät kuulu siihen subjektiiviseen kokemukseensa, josta käsin tutkija aiheuttaa käsittelee. Tällöin hukataan tärkeää informaatiota. (Kananen 2008: 122.)

Tätä ongelmaa on pyritty ehkäisemään tässä tutkielmassa monipuolisella ja tarkkaan harkitulla kysymystenasettelulla, joka on mahdollisimman kattava teemoissaan. Tutkielman toteutukseen vaikuttaa se, että tutkimuksen tekijä tulee kotihoitoympäristön

---

<sup>2</sup> Sisällön erittelyllä tarkoitetaan esimerkiksi tekstien sisällön kvantitatiivista kuvaamista, kun sisällönanalyysissa kiinnostuksen kohteena on aineiston sanallinen kuvaaminen (Tuomi & Sarajärvi 2009: 106).



ulkopuolelta, joka vähentää ammatillista ymmärrystä ja henkilökohtaisista kokemuksista kertyvää osaamista, mutta myös vapauttaa tutkimaan aihealuetta ulkopuolelta, ulkopuolisena. Tätä voi pitää niin vahvuutena kuin heikkoutenakin. Ulkopuolisuus saattaa vahvistaa virheellisiä oletuksia kotihoidon toiminnasta, aiemman vuorovaikutuksen syntyessä asiakasnäkökulmasta, vapauttaessa kuitenkin samalla urautuneista ja tottumuksista aiheutuvista ajatuksista: “Näin on aina menty”. Tällaisessa tilanteessa tutkijalla ei ole ennakkoon tiedossa sisältä päin tulevia aihealueita, jotka aiheuttavat kehittämisen tarpeita, vaan kaikki tieto kerätään alan kirjallisuudesta ja haastatteluista hallinto-henkilöstön kanssa. Tästä ulkopuolisuuden syystä aineistonkeruumenetelmäksi oli valittava yksinomaan haastattelu, eikä havainnointia pystytty hyödyntämään aineistonkeruumenetelmänä. Tutkijan ‘ulkopuolisuus’ aiheuttaa myös oletuksen, ettei kaikkea ‘haluta vuotaa’ julkisuuteen, eli joistakin asioista vaietaan ja pidetään sisäpiirin tietona.

Tutkimuksen toteutuksessa empiiristä aineistoa kerätessä vastausten lukumäärä jäi vähäiseksi heikentäen tutkimuksen luotettavuutta. Täten saatuja tuloksia on syytä yleistää harkiten. Vastausten vähäisyyteen vaikuttaneita tekijöitä lienee useita. Yksi näistä on haastattelukysymysten määrä ja raskaus. Kysymykset koostuivat pelkästään avoimista kysymyksistä ja niitä ollessa 16 voi epäillä vastaajien kokevan haastattelun liikaa aikaa ja resursseja sitoviksi. Sähköpostilla suoritetut yhteydenotot ovat myös helppo hukata muiden sähköpostien joukkoon tai jättää huomioitta. Sähköpostiin lähetetyt haastattelukysymykset eivät myöskään mahdollista suoraa vuorovaikutusta haastateltavan kanssa, joka vaikutti siihen, että suurin osa vastauksista jäi hyvin pintapuolisiksi. Näin ei saavutettu toivottua syvyyttä aiheiden käsittelyssä. Asiaa olisi auttanut uusi haastattelukierros ensimmäisten vastausten pohjalta, mutta rajallisten resurssien ja haastateltavien tutkimukseen sitouttamisen epäselvyyden johdosta ei pystytty toteuttamaan. Osasta vastauksista oli myös havaittavissa ajatusten suora kopioiminen oppikirjoista. Täten vastaukset kaikkiin kysymyksiin eivät tuntuneet kokemuksen kautta henkilökohtaisen ammattitaidon tuomilta vaan oppikirjojen aatteiden kopioimiselta. Kirjallisen haastatteluaineiston keräämisen etuna intiimiin haastattelukontaktiin muistiinpanoin on kuitenkin se, että vastausten litteroinnissa ei hukattu mitään oleellista informaatiota mitä haastateltava on jakanut.

Kaikesta huolimatta saaduista vastauksista pystyi lukemaan aidon innostuksen opinnäytetyön aihetta kohtaan, ja osa vastaajista oli valmiita antamaan tarpeen tullessa enemmänkin aikaansa aiheiden käsittelyyn. Jatkossa haastattelut tulisi suorittaa kuitenkin enemmän puhelimitse tai paikan päällä haastatellen. Tällä tavalla aihepiirien käsittelyssä saavutettaisiin rikkaampia vastauksia.

## 6. TULOKSET

Vanhustenhuollon hallinnossa tai johtotehtävissä toimiville asiantuntijoille suoritettun haastattelun aluksi heiltä kysyttiin joidenkin peruskäsitteiden merkityksiä heidän toimipaikassaan. Tällä varmistettiin, että haastateltavat ymmärtävät kysymykset samalla tavalla eivätkä siten erot vastauksissa selity erilaisten tulkintojen kautta haastattelukysymyksistä. Taustakysymyksissä tarkasteltiin haastateltavien tulkintaa kotipalvelusta ja -sairaanhoidosta ja niitä yhdistävästä kotihoidosta. Erot tulkinnoissa eivät olleet merkittäviä. Vastauksissa tuli esille sosiaalihuoltolain antamat velvoitteet kotipalvelun sisällystä palvelun määrittelijänä. Yhteinen ymmärrys oli, että kotipalvelulla autetaan arjessa selviytymistä turvaten asiakkaiden taloudenhoitoa, perusturvallisuutta sekä hygienian ylläpitoa. Yhdessä vastauksista kotipalveluksi kerrottiin kotipalvelun tukipalveluita, joihin luettiin kuuluvaksi esimerkiksi ylläpitosiistiminen, tiskaus ja roskien ulos vieminen. Toisesta vastauksesta ilmeni, että heillä kotipalveluiden perinteinen järjestäminen on väistynyt, ja palvelu toteutuu tosiasiallisesti nyky muodossaan muun kotihoidon yhteydessä kodin arkiaskareiden tukena. Tämäkin vastaus kertoo siis kotipalvelun toteutumisesta enemmän tukipalveluiden muodossa.

Ymmärrys kotisairaanhoidosta oli yhtenäinen. Se oli hyvin linjassa yleisen näkemyksen ja terveydenhuoltolain (1326/2010) kanssa. Kotisairaanhoidoksi luettiin esimerkiksi näyttöiden otto, haavahoidot, erityislääkitykset ja lääkkeenjako sekä etenevien sairauksien hoidolliset asiat. Pientä vaihtelua vastauksissa näkyi kotisairaanhoidopalvelujen toteuttajissa. Yhdessä vastauksista mainittiin rutiinillista kotisairaanhoidoa antaviksi lähihoitajat ja kodinhoitajat, kun yleisen näkemyksen mukaan tämä ammattiryhmä nähdään lähinnä kotipalvelun antajina. Vastauksessa kerrottiin silti, että vaativimmat hoidolliset toimenpiteet kuuluvat kotisairaanhoidon terveydenhoitajille, jotka tekevät hoidollista yhteistyötä lähihoitajien kanssa ja antoivat neuvontaa ja ohjausta.

Kotihoito ymmärrettiin vastauksissa yleisen tulkinnan mukaisesti kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja kotihoidon tukipalveluiden kokonaisuutena. Yhdessä haastattelun vastauksessa mainittiin erikseen hallinnollinen irrallisuus eriasteisten palveluntoteuttajien välillä, mutta yhteistyötä silti tehtävän kokonaisuuden onnistumiseksi.

## 6.1. Suunnittelu

Kotihoidon prosessien kehittämisen suunnittelusta esitettiin haastateltaville neljä kysymystä (ks. taulukko 3). Vastauksissa ilmenee, että kotihoidon ja sen osa-alueiden suunnittelussa tulee huomioida väestölliset tekijät ja tarpeet. Jokainen kunta on väestörakenteeltaan yksilöllinen, jolloin tämä rakenne on huomioitava palveluita suunnitellessa. Palvelujen suunnitteluun vaikuttaa lisäksi maantieteelliset etäisyydet ja palvelupisteiden sijainti, jotka vaikuttavat suoraan palvelujen toteuttamiseen. Keskeisessä osassa suunnitelmien laatimisessa ovat myös menokehys ja organisaation voimavarat henkilöstörakenteineen, osaamisen tasoineen ja koulutuksellisine kysymyksineen. Haastetta saattaa aiheutua henkilöstömäärän tarpeesta suhteessa asiakasmäärään. Kotihoidon suunnitteluun vaikuttaa myös olemassa olevan laitoshoidon rakenteet ja toiminta ja tulevaisuuden ennusteet palvelujen kehityksessä. Myös kotihoitoa tukevat erilaiset palvelumuodot vaikuttavat palvelujen suunnitteluun. Kaiken lähtökohtana tulisi toimia loppujen lopuksi asiakaslähtöisyys.

Kotihoidon pääasiakasryhmät ovat ikääntyneet ja lapsiperheet. Ikääntyneiden suuren volyymin vuoksi palvelujen painopiste sijoittuu heidän tukemiseen. Tärkeimmiksi painopisteiksi kuntien kotihoidossa painottuivat kahdella haastatelluista ennaltaehkäisevä ja toimintakykyä ylläpitävä työote. Asiakkaiden omaa toimintakykyä tuetaan parhaan mukaan kunnallisen palvelujärjestelmän äärirajoilla kulkevien resurssien sallimien voimavarojen puitteissa, käyttäen koko palveluverkostoa hyödyksi. Tähän on hyödynnettävä kolmannen ja yksityisen sektorin kanssa tehtävää yhteistyötä. Kaiken kaikkiaan asiakkaita tuetaan aktiiviseen arkeen, niin hyvin kuin se on mahdollista. Painopisteenä on lisäksi turvallinen ja saumaton kotiuttaminen, asiakaslähtöinen ja tasapuolinen hoito sekä saumattoman tiedonkulun toteuttaminen. Nykyiseksi palvelujen kehityskohteeksi eräs vastaaja esitti kunnassaan saattohoitoa, vastuuhoidajuutta ja yöhoitoa.

Kysymyksessä valtakunnallisten suositusten ja vanhuuspoliittisten kehittämisohjelmien vaikutuksista suunnitteluun ja painopisteisiin ei saavutettu kovin avaavaa sisältöä. Niiden kerrottiin antavan yleisiä kehitystrendejä huomioiden kuitenkin paikalliset tarpeet ja toimintaedellytykset. Valtakunnalliset suositukset vaikuttivat erään vastaajan mukaan ikääntymispoliittisen strategian tavoitteisiin. Ohjeet ja suositukset toimivat välillisesti

tai suoraan ohjaavana asiakirjana sen suunnittelulle ja kehittämistyölle. Strategia oli laadittu poikkisektoriseksi ohjelmaksi koko sosiaali- ja terveydenhuollon toimialueelle. Saman vastaajan mukaan heidän ikääntymispoliittinen strategia laadittiin viisivuotiskaudelle, ja sitä seurattiin ja arvioitiin väliaikoina. Toisen vastaajan mukaan heidän vastaavassa strategiassaan oli päivittämisen tarpeita. Mainittakoon yhdessä vastauksessa erikseen esille nostetuksi työtä ja suunnittelua ohjaavaksi asiakirjaksi myös talousarvion, joka määrittelee toiminnalliset ja taloudelliset raamit vuosittain. Tuottavuutta ja laatua pyrittiin kehittämään erään haastateltavan kotihoidon toiminta-alueella anomalla rahoitusta sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen Kaste -kehittämisohjelmaan.

Taulukko 3. Prosessikehittämisen vaiheet – Suunnittelu.

<p>Mitä asioita tulee huomioida kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja kotihoidon suunnittelussa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• asiakaslähtöisyys</li> <li>• väestölliset tekijät</li> <li>• organisatoriset rakenteet</li> <li>• palveluverkoston maantieteellinen sijoittuminen</li> <li>• henkilöstökysymykset ja osaaminen</li> <li>• menokehys</li> <li>• muutosennusteet</li> </ul>	<p>Kotihoidon tärkeimmät painopisteet kunnissa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ennaltaehkäisevä ja ylläpitävä toiminta</li> <li>• poikkisektorinen yhteistyö</li> <li>• saumaton kotiuttaminen</li> <li>• saumaton tiedonkulku</li> </ul>
<p>Miten vanhuspoliittinen palvelurakenteen kehittämisohjelma tai muut valtakunnalliset suositukset vaikuttavat painopisteisiin kunnassanne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• yleisiä kehitystrendejä</li> <li>• laatutavoitteita</li> <li>• ohjaa paikallisen strategian suunnittelua</li> </ul>	<p>Miten kotihoidon suunnittelua tulisi kehittää:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• poikkihallinnon laajentaminen</li> <li>• STM:ltä selkeät laatusuositukset</li> <li>• STM:ltä ohjeet resurssien turvaamiseksi</li> <li>• kotihoito yhteisen hallinnon alle</li> <li>• hoitoon pääsyn kriteerien tarkistus</li> <li>• enemmän asiakastyötä, vähemmän byrokratiaa</li> <li>• toiminnanohjausjärjestelmän käyttö</li> </ul>

Kotihoidon suunnittelun kehittämistarpeet vaihtelivat haastatteluun vastanneiden välillä. Kehittämistarpeiksi mainittiin poikkihallinnollisen yhteistyön laajentaminen koko kaupungin toiminnassa. Tavoitteena voidaan pitää mahdollisimman pitkäaikaisen ja aktiivisen elämän mahdollistamista ja omaehtoisen ikääntymisen turvaamista ilman liian aikaista siirtymistä sosiaali- ja terveyspalvelujen piiriin vaihtoehtojen puutteessa. Tähän tarvitaan poikkihallinnollista asuntorakentamista, liikenne- ja ympäristösuunnittelua sekä kulttuuri- ja liikuntapalveluja. Sosiaali- ja terveysministeriön taholta pitäisi saada selkeät laatusuosituksot ja kunnille selkeät ohjeet miten turvata toiminnan resurssit.

Yksi vastaajista toivoi kotihoidon osa-alueita siirrettäväksi yhden hallinnollisen siiven alle. Samalla keskussairaanhoidolle ja kunnallispoliklinikalle toivottiin yhteistä lähesiemiestyötä. Tämä ajatus seuraa ainakin osittain näkemystä linjaorganisaation purkamisesta kohti prosessijohdettua organisaatiota, jolloin erilliset tulosityksiköt korvataan asiakaslähtöisillä prosesseilla (ks. luku 2.1.). Hallintoalueiden yhdistämisen lisäksi haastatteluista ilmeni vielä tyytymättömyys työajan jakautumiseen. Onkin niin, että työaika tulisi kohdentaa enemmän hoitoon ja hoivaan. Hoitoon pääsemisen kriteereitä tulisi myös tarkistaa. Viimeisimpänä muttei vähäisimpänä toiminnanohjausjärjestelmän käyttö koettiin erään vastaajan mukaan tarpeelliseksi kotihoidon suunnittelussa.

## 6.2. Mallintaminen

Kotihoidon prosessien mallintamisella koettiin saavutettavan haastatteluun osallistuneiden tarkastelunäkökulmasta riippuen erilaisia hyötyjä (ks. taulukko 4). Esille nousi prosessien mallintamisen informatiivinen puoli. Kun prosessien toiminta saadaan mallinnettua havainnolliseen muotoon, voidaan tätä tietoa hyödyntää opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden perehdyttämisessä. Vastaavista hyödyistä kerrotaan JHS 152 -suosituksessa (2010), jotka on esitetty tämän tutkielman johdannossa ja luvussa 2.2. Työntekijöiden lisäksi mallinnusten havainnollisuus on hyvä väline palveluista informoitaessa asiakastyössä. Prosessien mallintamisen nähdään ylipäätään kasvattaneen työntekijöiden tietoisuutta organisaation toiminnoista. Tietoisuuden lisääntyminen on myös auttanut tarkastelemaan joidenkin osatoimintojen sujuvuutta ja järkevyyttä kriitti-

sesti. Vastaavasti tämän tutkielman empirian tuloksen kanssa kulkee luvussa 2.2. lainattu Palmbergin (2009) esittämä tutkimustulos prosessijohtamiseen siirtymisen syistä, jossa yhdeksi syyksi mainittiin kollektiivinen oppiminen organisaation sisällä ja sen toimintaympäristön välillä.

Taulukko 4. Prosessikehittämisen vaiheet – Mallintaminen.

<p>Onko kotihoidon prosesseja mallinnettu kunnassanne?</p>	
<p>a) jos on, niin mitä hyötyjä siitä on saatu (3kpl):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• osatoimintojen kriittinen tarkastelu</li> <li>• tietoisuuden lisääntyminen</li> <li>• informointiväline asiakkaille /henkilökunnalle</li> <li>• toimintojen yhtenäistäminen</li> <li>• hoitopolun /palvelun sujuvuus</li> </ul>	<p>b) jos ei, niin mitä hyötyjä siitä voitaisiin saada (1kpl):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaste -kehittämisohjelmalla tuotavuutta ja laatua</li> </ul>
<p>Keskeisimmät haasteet hoito- ja palvelutehtävien mallintamisessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• asiakasnäkökulman riittävyys</li> <li>• palveluverkoston kokonaisvaltainen sujuvuus</li> <li>• vastuutukset prosesseista</li> <li>• tietojärjestelmien kankeus</li> <li>• prosessin kulun käsitteiden realisoiminen</li> </ul>	<p>Prosessien mallintamisen mahdollisuudet vaara- ja häiritsevien tekijöiden ehkäisijänä / Mihin mallintaminen ei sovellu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ymmärrys kokonaisuuksista +</li> <li>• hallittavuus +</li> <li>• tasalaatuisuus +</li> <li>• inhimilliset tekijät vaaratilanteissa -</li> <li>• asiakkuus yksilötasolla -</li> </ul>

Informatiivisuuden ohella prosessien mallintamisen koettiin yhtenäistävän sairaanhoitopiirin toimintatapoja. Mallintamisesta koettiin olleen apua myös asiakkaan hoitopolun kehittämisessä ja palvelun sujuvuuden lisäämisessä. Myös nämä näkemykset kohtaavat Palmbergin (2009) tutkimuskirjallisuusanalyysin tulokset ja laajemman tulkinnan mukaan myös Kohlbacherin (2010) tutkimuksessa havaitun laadun kehittymisen muodossa (ks. luku 2.2.).

Keskeisimmiksi haasteiksi hoito- ja palvelutehtävien mallintamisessa koettiin vanhus-työssä asiakkaiden näkökulman riittävä esille saanti ja koko palveluverkoston huomiointi. Moniammatillisessa yhteistyössä haasteita synnyttävät hoitopaikkojen siirtymävaiheet ja niihin liittyvä tiedonkulku, tietojen luovutusmahdollisuudet, palvelutarpeiden moniammatillinen arviointi ja palvelusuunnitelmien moniammatillinen laadinta. Ylipääntään jo prosessin omistajan nimeämistä ja siihen kuuluvaa vastuuta prosessin jatkokehittämisestä puhumattakaan yhteistyön toteuttamisesta muiden osapuolten kanssa ei koettu kaikkien haastateltavien puolesta ongelmattomaksi. Tämän lisäksi oman ongelmansa aiheuttaa myös tietojärjestelmien käytön hallinnan puutteet. Konkreettisia mallintamisen ongelmia syntyi yhden haastateltavan mukaan todellisen tiedon puutteesta, johon laskettiin välillisen ja välittömän työajan hahmottamisen vaikeus. Haasteita syntyi myös asiakastyölistojen suunnittelusta, osittain kankeasta potilastietojärjestelmästä johtuen.

Vaaratilanteiden ehkäisyyn prosessien mallintamisen uskottiin vaikuttavan palveluiden tasalaatuisuuden kautta. Mallintamisen uskottiin lisäävän prosessien ymmärtämistä ja täten hallittavuutta johtaen vaaratilanteiden vähenemiseen. Haastattelun tuloksissa mainittiin lähes kaikkien haastateltavien vastauksissa tärkeäksi että mallintamisessa huomioidaan tarpeellinen väljyys. Mallintamista ei voida käyttää täysin palvelutyön määrittämiseen yksiotasolla, koska jokainen asiakas on ainutkertainen ja liian pitkälle viety mallintaminen johtaisi asiakastyön liialliseen tasapäistämiseen. Tämä näkemys on yhtenäinen Pitkäsen (2010) kanssa, jonka ajatuksiin perehdytään tarkemmin edellisissä luvuissa 2.2. ja 4.2.1.

### 6.3. Käyttöönotto

Kotihoidon prosessien käyttöönoton teemassa käsiteltiin keskeisiä vaaratapahtumatyyppejä, toimenpiteitä niiden vähentämiseksi ja keinoja useiden ammattialojen onnistuneelle yhteistyölle (ks. taulukko 5). Kotihoidon vaaratekijöiden kartoituksessa yleisimmäksi vaaratapahtumaksi potilaiden turvallisuudelle koettiin lääkepoikkeamat. Tämä ei ole pelkästään kotihoidon ongelma, vaan koskee koko terveydenhuollon sektoria. Ongelma



on niin yleinen, että tämän tutkielman aiemmassa luvussa 4.1.1. lääkepoikkeamat muodostavat kokonaan oman kategoriansa vaaratapahtumatyyppien listauksessa. Lääkevahinkojen lisäksi potilaiden turvallisuutta vaarantavat muut lääkepoikkeamista riippumattomat hoitovirheet. Kotihoidossa korostuu ikäihmiselle tyypillisenä vaivana muistamattomuudesta aiheutuvat vaaratapahtumat. Tästä voi seurata esimerkiksi eksyminen ennestään tutussakin ympäristössä. Ikääntyneellä muistisairaalla asiakkaalla onkin oltava muodostettuna riittävä tukiverkko arjesta selviytymiseen.

Taulukko 5. Prosessikehittämisen vaiheet – Käyttöönotto.

<p>Keskeisimmät asiakkaita koskevat turvallisuusriskit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lääkevahingot</li> <li>• kotiolosuhteet</li> <li>• muistiongelmät</li> <li>• yksinäisyys</li> <li>• häiriöt palveluketjussa</li> </ul>	<p>Vaara- ja haittatapahtumia vähentäviä toimenpiteitä:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vaaratapahtumien raportointityökalut</li> <li>• kotihoidon kansio ja ajantasainen potilastietojärjestelmä</li> <li>• lääkekoulutus, e-resepti ja robottijakelu</li> <li>• riittävä henkilökunta</li> <li>• kotiergonomian kehittäminen</li> <li>• tekniset apuvälineet ja turvaverkko muistipotilaille</li> <li>• fysioterapia ja liikuntasuunnitelmat</li> <li>• avoin päivätoiminta ja ryhmätoiminta</li> <li>• palveluketjujen mallintaminen ja toimeenpano</li> </ul>
<p>Keinoja varmistaa useiden ammattialojen saumaton ja turvallinen yhteistyö asiakkaan hoidossa ja potilaan turvallisuus häntä siirrettäessä yksiköstä toiseen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tiedottaminen</li> <li>• yhteinen suunnittelu ja arviointi</li> <li>• toisten prosessien tunteminen</li> <li>• sitoutuminen nykytekniikkaan</li> </ul>	

Haastatteluista ilmeni, että erään vaaratekijän kotihoidon potilaille muodostavat potilaan asuinpaikan rakenteelliset ratkaisut. Potilas altistuu kodissaan esimerkiksi riskille kaatua. Vaaratekijöiksi voivat muodostua myös huoneiston puutteellinen valaistus, portaat ja muut ergonomiset tekijät. Kotihoidon asiakkaiden ollessa riippuvaisia muiden avusta ja kykenemättömiä omatoimiseen arjesta selviytymiseen, voi se vaikuttaa myös kykyyn pitää yllä aktiivista elämää ja sosiaalisia suhteita. Vaarana onkin, että läheisten ihmisten

kontaktien puute aiheuttaa asiakkaalle yksinäisyyttä, joka vaarantaa potilaan henkistä hyvinvointia. Oman vaaransa kotihoidon asiakkaan turvallisuudelle voi aiheuttaa myös puutteet tiedonkulussa. Siinä voi syntyä katkoksia hoitohenkilöstön välillä, ja toisaalta tiedon kulussa potilaalle ja hänen ymmärrykseensä voi olla puutteita. Lisäksi hoitoon liittyvä palvelu voi jäädä toteutumatta tai kotiuttamispäätös jäädä asianomaisilta vastaanottamatta.

Potilasturvallisuutta voidaan valvoa ja parantaa vaaratilanteiden raportoimistyökaluilla. Yleisin kansallisesti käytetty ja kahden haastateltavan vastauksissa esiintynyt raportointiväline tähän tarkoitukseen on HaiPro (ks. luku 4.1.2.). Toimintaa voidaan kehittää turvallisemmaksi, kun lääkepoikkeamat ja muut vaaratilanteet kirjataan järjestelmään, ja niistä aiheutuvia toimenpiteitä arvioidaan yhdessä henkilöstön kanssa. Henkilöstön osallistamisen rooli korostuu myös prosessijohtamisen teoriassa, jossa korostetaan keskeisten henkilöiden osallistumisen tärkeyttä prosessien suunnittelussa (ks. luku 4.2.). Tutkielman haastatteluvastauksessa asiakasturvallisuuden parantamiseksi esitetään myös kotihoidon työntekijöiden parempaa lääkekoulutusta ja lääkehuollon tapahtumien varmentamista. Yhdeksi tämän mahdollistavaksi keinoksi esitetään lääkkeiden robottijakelua kotihoidon potilaille. Robottijakelussa robotti hoitaa tabletti- ja kapselimuotoisten lääkkeiden annostelun potilaan ranteesta löytyvän viivakoodin perusteella. Jakelun yhteydessä potilastietojärjestelmään rekisteröityy potilaan saamat lääkkeet. Robottijakelun toteuttaminen on sopusoinnussa prosessijohtamisen keskeisen näkemyksen kanssa, jossa teknologiaa käytetään varmentamaan palvelun saumaton toiminta (ks. luku 4.2.1.). Nykyteknologian hyödyntämisen tärkeyttä yleisesti potilasturvallisuuden kehittämisessä korostetaankin haastateltavien vastauksissa.

Lääketapahtumien varmentamisen rinnalla täytyy huomioida myös kodin ergonomiasiten, että potilas saa elää mahdollisimman normaalia elämää omassa kodissaan. Turvallisen arjen edistämiseksi kodin turvallisuusriskit tulee kartoittaa ja niitä ehkäistä. Arjen helpottamiseksi omassa kodissa auttaa fysioterapeutin potilaille antamat niksit kodin askareiden hoitoon ja henkilökohtaiset liikuntasuunnitelmat. Toisena keinona arjen askareista selviytymiseen on teknisten apuvälineiden käyttö, joita voi käyttää itsenäistä suoriutumista ja toimenpiteitä helpottamaan.

Edellä mainittiin vaaratekijäksi myös sosiaalisesta eristymisestä aiheutuva yksinäisyys. Ratkaisuksi tähän esitetään ikääntyneille järjestettävää avointa päivätoimintaa ja muuta ryhmätoimintaa. Vaikka toiminnan järjestäminen avaakin kanavan kohdata kanssaihmiisiä ja toimia yhdessä, ei se täysin poista syrjäytymisen mahdollisuutta. On kuitenkin niin, että myös ikääntyneiden ryhmätoiminnassa pätee muutakin yhteiskuntaa koskevat sosiaalisen kanssakäymisen säännöt. Ei ole takeita, että kaikki ovat kykeneväisiä sosiaalisten suhteiden muodostamiseen, tai että syrjintää ei ryhmässä tapahdu. Toiminnan ohjaajilla on tässä suuri vastuu, kuin opettajilla peruskoulussa.

Sosiaalisten suhteiden lisäksi kotihoidon prosessien turvallisuudessa nousi esiin toisten yksiköiden prosessien tuntemisen ja tiedottamisen tärkeys. Toimeenpanossa tulee huomioida saumattomuus, joka saavutetaan useiden ammattialojen yhteisellä suunnittelulla ja arvioinnilla. Toimivat yhteiset käytänteet saavuttaakseen ja hioakseen yhteisiä malleja tulee toisten yksiköiden toimintatavat ensin tuntea tai tehdä tutuiksi. Muutoksen onnistuminen edellyttää asioiden jatkuvaa esilläpitoa, ettei toiminta uraudu vanhoihin totuttuihin malleihin. Yhteistyönä tapahtuvaa asiakkaan hoitoa voidaan kehittää ja ylläpitää kun toimenpiteitä arvioidaan säännöllisesti ja aktiivisesti. Toiminnan pohjana on asiakkaan palvelujen suunnittelu joihin lukeutuvat kotiutuspalaverit ja palvelusuunnitelmien koosteet. Tässä kokonaisuudessa heijastuu tarve purkaa funktionaalisen linjaorganisaation rakenteita prosessien sujuvoittamiseksi (ks. luku 2.1.).

Käsitelläksemme vielä tietotekniikan mahdollisuuksia terveydenhuollon apurina, voimme todeta terveydenhuollon hoitohenkilökuntaan lukeutuvan vielä paljon henkilöitä, joille tietotekniikan käyttö ei ole selkeää. Nykyteknologian tarjoamia apuvälineitä on opeteltava käyttämään hyödyntääkseen niiden suomat mahdollisuudet. Vastauksissa tuodaan lisäksi esille, että tiedottamisessa on tunnettava tiedonkulun prosessit ja sitouduttava niiden käyttöön. Lisäksi potilaan hoidossa on oltava apuna kotihoidon kansio, ja potilasjärjestelmästä on löydyttävä ajantasaiset kirjaukset.

#### 6.4. Jatkuva kehittäminen

Prosessien jatkuvassa kehittämisessä tutkielman yksi kiinnostuksen kohde oli kotihoidon lähitulevaisuus; sen muutokset seuraavan viiden vuoden aikana ja muutosten syyt (ks. taulukko 6). Vastauksissa tuodaan kautta linjan esille asiakaskunnan lisääntymisestä johtuva kasvava paine sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden riittävälle saatavuudelle. Jatkossa asiakaskunnan taloudellinen vastuu hoidostaan lisääntyy ja ikääntyneiden ja heidän omaistensa omaehtoisuus hoidon suhteen kasvaa. Paine kotihoidon piirissä tapahtuvaa hoitoa kohtaan lisääntyy, ja sen äärellä tulee selvitä pidempään. Tähän vaikuttaa laitosten kapasiteetin riittämättömyys, josta seuraa raskaampien palvelujen pariin pääsyn siirtyminen. Tämä ei tosin vähennä raskashoitoisten asiakkaiden määrää, vaan päinvastoin. Hoidossa myös yötyön lisääntyminen tulee olemaan näkyvää. Asiakaskunnan voimakkaasta lisääntymisestä ja kasvavista tarpeista johtuen palveluverkko tulee laajenemaan ja hajoamaan.

Haastatteluvastauksissa mainittiin lähivuosien muutoksiksi, että kuntarakenteet muuttuvat. Sosiaali- ja terveyshuollon lainsäädäntöön odotetaan merkittäviä uudistuksia. Lisäksi väestörakenteeseen ja asumisen ratkaisuihin on tulossa muutoksia. Lakien mukainen valinnanvapaus lisää asiakaskunnan liikkumista palvelujen perässä. Palvelujen alueellisessa osaamisessa tulee näkymään kiristynyt kilpailu koulutetusta henkilökunnasta. Valtionhallinto asettaa kunnille uusia velvoitteita ja samalla sääntely kiristyy. Uusiin velvoitteisiin vastaaminen ei ole kuitenkaan kovin yksinkertaista, koska kuntatalous ei tule pysymään velvoitteiden perässä vaan pikemminkin sekin kiristyy. Edessä olevat suuret muutokset väestö- ja kuntarakenteessa ja lainsäädännössä korostavat luvussa 3.4. esitettyä näkemystä prosessien jatkuvasta kehittämistarpeesta, sillä maailma ei ole koskaan valmis. Vaikka prosessit saataisiin kerran kuntoon, se ei tarkoita että prosessityö voidaan lopettaa. Ajan mukana pysyäkseen täytyy ympäröivää ilmaa haistella ja tunnistella mistä tuuli sillä hetkellä puhaltaa, vai onko jopa myrskyä havaittavissa.

Haastateltavien mukaan muutosten edistämistä voidaan lähestyä monelta kannalta. Työntekijät tulee ottaa mukaan muutosprosesseihin ja mieluummin jo prosessien suunnitteluvaiheessa. Henkilökunnan on hyvä olla aktiivisesti kehittämässä omaa työtään ja heitä pitää tukea muutoksessa. Edellä mainittuja prosessijohtamisen oppeja rinnastaen

muutosten edistämiseksi tulee seurata aikaa ja siinä havaittavia hiljaisia signaaleja. Haastatteluissa korostettiin, että muutosta ei pidä hoppuilla vaan täytyy ottaa rauhallisesti ja tehdä asiat saatavilla olevissa raameissa niin hyvin kuin mahdollista.

Taulukko 6. Prosessikehittämisen vaiheet – Jatkuva kehittäminen.

<p>Muutokset lähivuosina (5 vuotta) ja syyt muutokseen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• asiakasmäärä kasvaa (väestöra- kenne)</li> <li>• sote-laki uudistuu</li> <li>• palveluverkko laajenee ja hajoaa</li> <li>• kotihoidon merkitys lisääntyy hoitoketjussa</li> <li>• asiakkaan taloudellinen vastuu hoidostaan lisääntyy</li> <li>• koulutetun henkilöstön saatavuus vaikeutuu</li> </ul>	<p>Keinoja edistää muutoksia organisaatiossa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• osallistetaan henkilöstö mukaan muutoksiin</li> <li>• tuetaan henkilöstöä muutoksissa</li> <li>• perustellaan muutostarve</li> <li>• seurataan hiljaisia signaaleja</li> <li>• huomioidaan muutosprosessiin liit- tyvät raamit toimeenpanossa</li> <li>• tiedottaminen</li> <li>• osallistutaan kehityshankkeisiin</li> <li>• toiminnanohjausjärjestelmien käyt- töönnotto</li> </ul>
<p>Miten prosessien toimivuutta ja laatua seurataan, valvotaan ja arvioidaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• laadunhallintajärjestelmä SHQS</li> <li>• vaaratapahtuma-ilmoitukset</li> <li>• itsearvioinnit</li> <li>• asiakaspalaute</li> <li>• kustannusseuranta</li> <li>• työtyytyväisyyspalaute</li> </ul>	<p>Prosessien seurantaan, valvontaan ja arviointiin liittyviä haasteita aiheuttaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ajan puute</li> <li>• ymmärrys</li> <li>• muutosten hallinta</li> <li>• mittareiden luotettavuus</li> <li>• henkilöstön sitouttaminen</li> <li>• arvioinnin yhtenäiset kriteerit</li> </ul>
<p>Asiakkaiden, työntekijöiden ja johdon keinoja vaikuttaa prosessien kehittämiseen ja laatuun:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• yhteistyö johdon kanssa</li> <li>• innovaatioiden salliminen</li> <li>• asiakkaiden tarpeiden tunnistami- nen</li> <li>• asiakkaan osallistaminen hoidon suunnitteluun</li> </ul>	<p>Asiakasturvallisuuden kehittämisessä painotuvat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kotiolosuhteiden tuntemus</li> <li>• elinympäristö</li> <li>• asiakastyöajan lisääminen</li> <li>• perehdyttäminen ja täyden- nyskoulutus</li> <li>• tiedottamisen kasvava merkitys</li> </ul>

Muutosta edistää myös osallistuminen erilaisiin hankkeisiin. Näistä lueteltiin Kaste ja Tupaturvahankkeet sekä RAI-järjestelmän ja toiminnanohjausjärjestelmien käyttöönotto. Toisaalta on kuitenkin hyvä palauttaa mieleen luvussa 4.2.1. esitetty Stenvallin ja Virtasen (2012: 15–17) huomio, jossa kerrottiin hankkeiden monesti kaatuvan viimeistään silloin kun projektirahoitus loppuu ja kehittämistä pitäisi jatkaa itsenäisesti. Aktiivinen hankkeisiin osallistuminen ei siis itsessään vielä takaa onnistunutta muutosta, vaan pysyvä muutos vaatii pitkäaikaista sitoutumista.

Nykyisellään haastateltavat esittivät prosessien laadun ja toimivuuden seurantaan useita keinoja. Yksi näistä on sosiaali- ja terveystalouden laatuohjelma, Social and Health Quality Service, joka sisältää arviointikriteeristön sosiaali- ja terveystalouden organisaation rakenteelle, palveluprosesseille ja vaikuttavuudelle. Palvelun laadun seurantaan kuuluu myös asiakaspalautteen kerääminen ja hyödyntäminen. Lisäksi prosessien seurantaan käytetään vaaratapahtumien ilmoitusjärjestelmää, jossa ilmoitukset käsitellään siihen tarkoitettuun työryhmässä. Tämä mahdollistaa paremman oppimisen virheistä. Organisaationäkökulmasta prosessien toimivuutta vaalitaan kustannustietoisuudella ja jatkuvalla kustannusseurannalla. Myös henkilöstön työtyytyväisyyspalautteiden avulla arvioidaan koko palvelutoiminnan sujuvuutta.

Prosessien seuranta ei pystytä kuitenkaan rajattomilla resursseilla järjestämään. Onkin niin, että seurantaan, valvontaan ja arviointiin syntyy haastateltavien mukaan haasteita ajan puutteesta. Arkityön rinnalle ei tahdo löytyä enää tilaa kyseenomaiselle työlle. Ymmärrys muutosta kohtaan voi olla myös puutteellista. Muutosta ei aina osata hallita eikä prosessien avaaminen henkilöstön kanssa suju mutkitta. Henkilöstö ei välttämättä näe muutostarvetta tai koe suunniteltuja muutoksia palvelua edistävinä ja täten sitoutuminen muutokseen kärsii. Muutosta voi olla vaikea toteuttaa tahtotilasta huolimatta, ja yhteistoiminnallisuus jää toivetilaksi vaikka prosesseissa todettaisiin muutostarvetta. Prosessien seuranta saattaa hankaloittaa myös puutteet mittareiden luotettavuudessa ja puutteellinen tulkinta arvioinnin yhteisistä kriteereistä.

Edellä mainitussa tilanteessa huokuu puutteita todellisen prosessin toiminnan hahmotamisessa ja onnistuneessa suunnittelussa. Prosessijohtamisen oppien mukaan (ks. luku

3), mikäli prosessin kulkua ei ole onnistuttu avaamaan ja ymmärtämään, on sen seurauksen puutteellista. Prosessin omistajat tulee nimetä ja valtuuttaa, ja prosessin toiminnan avainhenkilöt on otettava mukaan prosessin suunnitteluun ja kuvaamiseen ja toimivan mittariston laatimiseen. Täten saadaan myös näyttöä muutoksen kannattavuudesta. Henkilöstön muutosvastarinta on luonnollinen osa uuden vastustamista, ja sitä voidaan vähentää hallitsemalla muutosjohtajuus. Mikäli muutoksen hyötyjä ei pystytä esittämään, kärsii myös henkilöstön sitoutuminen muutokseen.

Haastatteluvastauksissa esitettiin aktiivisuus mahdollisuudeksi vaikuttaa prosessien kehittämiseen. Kukin voi ottaa osaa kehittämiseen kertomalla oman näkökulmansa ja näkemyksensä asiaan. On uskallettava tuoda esiin heränneet huomiot mahdollisista kehittämistarpeista sekä kyettävä rakentamaan yhteistyöhön. Innovatiivisuus on sallittava ja asiakkaille on tarjottava kanava olla mukana hoidon suunnittelussa. Johdolla on oltava johtamisote kehittämistyössä kuitenkin mukana jotta prosesseihin pystytään vaikuttamaan, ja asetetut tavoitteet kyetään toteuttamaan suunnitellusti.

Kotihoidon asiakasturvallisuuden kehittämisessä painottuu vastauksissa asiakkaiden kotiolosuhteiden hyvä tuntemus kotona selviytymistä silmällä pitäen. Elinympäristön on oltava toimiva ja turvallinen ikääntyneelle asiakkaalle koko kaupungissa. Myös lapsiperheiden tarpeet tulee huomioida. Heidän palvelunsa on osa tavanomaista kotihoitoa. Palveluverkoston kasvaessa toimivan tiedottamisen tärkeys korostuu entisestään. Sillä ja yhteistyökyvyllä on suuri merkitys palvelukokonaisuuksien onnistumisessa. Lisäksi nykuteknologian hyödyntämisellä voidaan saavuttaa parempia tuloksia. Asiakasturvallisuutta saataisiin kehitettyä asiakastyöajan nostamisella. Tarvitaan myös hyvä perehdyttäminen tehtäviin ja riittävä täydennyskoulutus.

## 7. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää prosessijohtamisen soveltumista asiakasturvallisuuden kehittämiseen kotihoidon toimintaympäristössä. Empiirinen aineisto rakentui teemahaastatteluista, jotka suoritettiin vanhustenhuollon hallinnossa tai johtotehtävissä toimiville asiantuntijoille. Tutkimustehtävä jakautui kahteen pääkysymyksen, joissa tarkasteltiin mitkä seikat altistavat vaaratapahtumille kotihoidossa ja miten prosessijohtamisella voidaan parantaa kotihoidon asiakasturvallisuutta.

Lähtökohtana oli ajatus siitä, että prosessijohtamisella pystyttäisiin kehittämään kotihoitoa turvallisemmaksi. Tutkimuksella haluttiin selvittää onko kotihoito johdettavissa prosessilähtöisesti, mitä vaaditaan hyvään asiakasturvallisuuteen, ja miltä osin prosessijohtaminen soveltuu asiakasturvallisuuden edistämiseen.

Tutkielman teoriaosiossa käsiteltiin prosessijohtamista ja -kehittämistä. Luvuissa vertailtiin aidosti prosessijohdetun organisaation rakenteita funktionaalisesti johdettuun linjaorganisaatioon ja esitettiin aikaisemmissa tutkimuksissa havaittuja prosessijohtamisella saavutettuja vaikutuksia organisaation toimintaan. Aiheiden käsittelyllä pohjustettiin teoreettisten valintojen syitä ja potentiaalia kotihoidon prosessien ja asiakasturvallisuuden kehittämiseen. Prosessijohtamisen paremman ymmärtämisen saavuttamiseksi sen toteutustavoista esiteltiin kaksi eri ääripäätä ja prosessijohtamista koskevat lähiteoriat. Teorian käsittelyn lopussa rakennettiin prosessijohtamisen oppien pohjalta prosessikehittämisen viitekehys empiirisen aineiston keräämisen perustaksi ja tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi. Empiirinen materiaali käsiteltiin sisällönanalyysin keinoin.

Johdannossa esitetyt tutkimuskysymykset olivat:

1. Mitkä seikat altistavat erityisesti vaaratapahtumille kotihoidossa?
  - 1.1. Miten prosessijohtaminen soveltuu näihin seikkoihin puuttumiseen?
2. Miten prosessijohtamisella voidaan parantaa kotihoidon asiakasturvallisuutta?
  - 2.1. Onko kotihoito johdettavissa prosessilähtöisesti?
  - 2.2. Mitä vaaditaan hyvään asiakasturvallisuuteen?
  - 2.3. Miltä osin prosessijohtaminen soveltuu hyvän asiakasturvallisuuden edistämiseen?



Tutkimustuloksista ilmenee, että moniammatillisessa kotihoidossa vaaratapahtumille otollisen ympäristön aiheuttaa jatkossa yhä kiristyvät resurssit, jotka pakottavat palvelujärjestelmää kulkemaan äärirajoilla. Etenkin tällöin läpi palveluverkoston toimiva yhteistyö ja tiedottaminen on erittäin tärkeää, koska poikkihallinnollisten palvelujen täytyy toimia optimoidusti, katkottomasti ja tehokkaasti, vastatakseen asiakkaiden palvelutarpeeseen. Tällöin yksiköiden välisiin tai sisäisiin tiedonkatkoksiin tai huonosti suunniteltuihin palveluprosesseihin ei ole varaa.

Mikäli tieto asioista ei kulje ajoissa, altistaa se asiakkaan virheelliselle hoidolle tai jopa palveluverkoston ulkopuolelle putoamiselle. Tilannetta voidaan tutkimuksen tulosten mukaan parantaa useiden ammattialojen yhteisellä suunnittelulla ja arvioinnilla, ja lisäksi toimenpiteitä tulisi arvioida säännöllisesti ja aktiivisesti. Yksinomaan prosessijohtamisen mukaista on haastatteluissa esitetty palvelutehtävien mallintaminen ja kriittinen tarkastelu prosessien sujuvuuden lisäämiseksi.

Yhä kiristyvien resurssien ohella, kodin ja kodin lähiympäristön asettavien elämän raamien koettiin aiheuttavan vaikeuksia ikääntyneelle tai muuten liikuntarajoitteiselle kotihoidon asiakkaalle. Tutkielman tulosten perusteella tähän olisi hyvä puuttua poikkihallinnollisella asuntorakentamisella, liikenne- ja ympäristösuunnittelulla sekä kulttuuri- ja liikuntapalveluilla. Tässä palaamme jälleen prosessijohtamisen aatteeseen toimintojen puhtaasta suunnittelusta asiakkaan tarpeisiin perustuen, johon tämä ajatusmalli perustuu. Prosessijohtamista mukailevaa poikkisektorista elämäkaariajattelua lukuun ottamatta prosessijohtaminen ei kuitenkaan varsinaisesti tarjoa keinoja asiakkaan yksilölliseen kohtaamiseen kotonaan.

Onko sitten kotihoito johdettavissa prosessilähtöisesti? Erityisesti haastatteluista ilmeni, että suureksi osaksi on. Nykyisissä ratkaisuissa prosessiajattelun mukaista on se, että vanhuspoliittinen strategia on laadittu poikkisektoriseksi ohjelmaksi kattaen koko sosiaali- ja terveydenhuollon toimialueen. Tällöin väestöryhmän tarpeet huomioidaan kattavasti ja prosessien suunnittelulla on toimiva pohja. Kotihoidon rakenteita ei kuitenkaan ole järjestäen suunniteltu prosessien mukaisiksi. Kotihoito on monissa kunnissa yhä hallinnollisesti hajallaan, ja tuloksissa esitettiinkin tarve kotihoidon yhteiselle hallinnol-

le. Yhtenäistää haluttiin myös keskussairaanhoidon ja kunnallispoliklinikan lähiesimiestyötä. Hierarkkiset seinät rikkomalla ja ammatillisten reviirien avaamisella saavutetaan sujuvampaa palvelua asiakkaalle. Haastatteluissa korostuikin useasti tarve kotihoidon moniammatilliselle palvelusuunnittelulle ja yhteistyölle.

Asiakaslähtöisten prosessien kannalta ongelmalliseksi osoittautui se, että vaikka palveluiden suunnittelun lähtökohdaksi mainittiin asiakas, mainittiin myös palveluiden suunnitteluun vaikuttavan olemassa olevat organisaatorakenteet. Tällöin prosessi suunnitellaan olemassa olevien rakenteiden ehdoilla, eikä asiakkaan. Onkin niin, että jos prosessit mallinnettisiin puhtaalta pöydältä, voitaisiin monet pullonkaulat voittaa prosessien suunnittelussa. Nykyisellään palvelutarpeiden moniammatillista arviointia ja palvelusuunnitelmien laadintaa osa haastateltavista piti haastavana. Ensisijaisena toimenpiteenä tulisikin yhdistää kotihoidon hallinnon osa-alueet yhteisen siiven alle, ja sen jälkeen muokata organisaation rakenteet mahdollisuuksien mukaan prosessien suuntaiseksi. Muutosta ei tule kuitenkaan ahnehtia, vaan asiat täytyisi hoitaa rauhallisesti ja niin hyvin kuin mahdollista, niiden raamien sisällä, jotka muutoksella on mahdollista toteuttaa.

Prosessilähtöisen johtamisen mahdollisuuden selvittämisen jälkeen kysyttiin hyvän asiakasturvallisuuden vaatimuksia. Tulosten perusteella siihen vaaditaan koko palveluverkoston tehokasta hyödyntämistä ja yhteisiä käytänteitä, jotka ovat saavutettavissa yhteisellä suunnittelulla ja prosessien mallintamisella. Kuitenkin parhaaseen tulokseen asiakasturvallisuudessa päästäisiin, kun vaaratapahtumia ei koskaan tapahtuisi. Vaikka sen onnistuminen ei ole kovin realistista, ainut keino sen tavoittelemiseksi on käyttää ennaltaehkäisevää työtä. Kotihoidon asiakkaan kodin ja kodin lähipiirin ja palvelujen tulee olla soveltuvia liikunta- ja muistirajoitteiselle potilaalle, ja tähän tarvitaan poikkihallinnollista yhteistyötä asuntorakentamisessa, liikenne- ja ympäristösuunnittelussa sekä kulttuuri- ja liikuntapalveluissa. Hyvään asiakasturvallisuuteen vaaditaan lisäksi osaavaa henkilökuntaa, prosessin hallintaa, toimivaa tiedon kulkua sekä informaatiota, joka on ymmärretty sekä asiakkaan että henkilökunnan puolesta. Asiakasturvallisuutta edistää myös asiakkaiden ja henkilökunnan mielipiteille ja innovaatioille avoin ilmapiiri ja heidän huomiointi hoidon suunnittelussa. Tämä lisää molemminpuolista sitoutumista ja luottamusta.

Kaiken kaikkiaan hyvä asiakasturvallisuus muodostuu monista asioista. Kotihoidon asiakkaan toimintakykyä on ylläpidettävä ja edistettävä riittävin toimenpitein, sillä se vaikuttaa suoraan myös asiakkaan toiminnasta johtuvien vaaratapahtumien syntymiseen. Kodin ja kodin ympäristön olosuhteita tulee muokata sellaiseksi, että liikunta- ja muistirajoitteinen siellä mahdollisuuksien mukaan selviää. Lääkejakelu olisi hyvä toteuttaa esimerkiksi robottijakeluna, ja kotihoidon henkilökunnalle tulisi myös antaa riittävästi lääkekoulutusta. Tarvitaan vielä riittävästi henkilökuntaa ja aikaa tehtävien suorittamiselle. Myös potilastietojärjestelmän tulee tukea parhaan mukaan hoitotoimintaa ja olla ajantasainen.

Viimeisenä kohtana tutkielmassa oli selvittää sitä, miltä osin prosessijohtaminen soveltuu asiakasturvallisuuden edistämiseen. Prosessijohtaminen soveltuu asiakasturvallisuuden edistämiseen erityisesti palveluprosessien, kuten kotiuttamisen prosessin mallintamisessa. Tämä auttaa tarkastelemaan kriittisesti prosessin osatoimintojen sujuvuutta ja järkevyyttä. Prosessien mallintamisella saadaan yhtenäistettyä sairaanhoitopiirin käytäntöjä, jolla turvataan palvelujen tasalaatuisuus ja siten ennustettavuus. Prosessien mallintaminen auttaa myös kasvattamaan työntekijöiden tietoisuutta organisaation toiminnoista ja perehdyttämään paremmin työnsä sisältöön, joka lisää hoidon sujuvuutta. Prosessimallintaminen toimii myös välineenä asiakkaan ymmärryksen lisäämiseen tapahtumista. Prosesseja mallintaessa tulee kuitenkin huomioida prosessien tarpeellinen väljyys, sillä liian pitkälle viedyt mallintamiset tasapäistäisivät liikaa asiakastyön sisältöä. Prosessimallintaminen ei myöskään sovellu asiakastyön määrittelyyn yksilötasolla.

Tulosten pohjalta voidaankin todeta, että prosessijohtamisella pystytään järjestämään kotihoidon palvelut sujuvammaksi ja ymmärrettävämmäksi kokonaisuudeksi, joka parantaa monelta osin palvelujen sujuvuutta ja turvallisuutta. Täytyy kuitenkin huomioida, että kotihoito on palvelutoimintaa, joka koostuu yksilöllisistä asiakkaista yksilöllisessä ympäristössä. Tämä aiheuttaa sen, ettei kotihoitoon ole järkevää tai edes mahdollista luoda tiukkaan raamiin puristettuja asiakkaan palveluprosesseja. Tämä näkemys korostui myös tutkimuksen empiirisessä osiossa, jossa ilmeni prosessien mallintamisen olevan käyttökelpoinen työkalu, kunhan muistaa huomioida prosessien riittävän väljyyden.

Prosessien mallintamisen ei koettu kuitenkaan soveltuvan asiakastasolla palvelutyön määrittelyyn.

Lisäksi voi todeta, että prosessijohtaminen tarjoaa työkalun muuttuvan ajan seuraamiseen ja mahdollistaa prosessien reaaliaikaisen tarkkailumahdollisuuden ja tarvittavien toimenpiteiden käynnistämisen tarpeen mukaan. Kotihoidon toimintaa ohjaa kuitenkin muun terveydenhuollon tapaan strategiset asiakirjat, jotka ohjaavat suunnittelua ja kehitystyötä. Tähän liittyen sosiaali- ja terveysministeriöltä tarvittaisiin tällä hetkellä kunnille selkeät laatusuosituksen ja ohjeet hupenevien resurssien turvaamisesta.

Tutkimuksen tuloksissa selvisi, että prosessijohtamisella parannetaan ymmärrystä prosessien toiminnasta ja saadaan lisättyä toiminnan hallittavuutta ja siten vähennettyä riskiä vaaratapahtumiin. Prosessijohtamisellakaan ei pystytä kuitenkaan poistamaan inhimillisten virheiden vaikutusta. Parhaimmillaan kotihoidon prosessien mallintamisella taataan palvelun tasalaatuisuus, mutta asiakkaan palvelutyön määrittelyyn se ei kuitenkaan sovellu, koska jokainen asiakas kohdataan ja palvellaan ainutlaatuisena yksilönä. Prosessien mallintaminen soveltuu kuitenkin esimerkiksi kotiuttamisprosessin mallintamiseen, jolla onnistunut kotiutus ja tiedon kulku yhteistyötahoille voidaan varmistaa. Prosessijohtamista tulisikin käyttää kanavana moniammatillisen yhteistoiminnan sujuvuuden parantamiseksi. Tähän tarvitaan aktiivista otetta ja kiinnostuneisuutta toisten yksiköiden toiminnasta.

Tämä tutkimus käsitteli kotihoidon turvallisuutta ja prosessien kehittämistä varsin yleisellä tasolla. Jatkossa olisi tilaa Case-tutkimukselle kotihoidon turvallisuuden toteutumisesta kotihoitoa järjestävässä yksikössä. Jatkotutkimuksen alaiseksi voisi ottaa myös konkreettisemmat ja jopa arkaluontoisemmat kysymykset turvallisen hoidon ja hoivan takaamiseksi kotihoidon asiakkaalle. Selvittää voisi altistuuko potilas esimerkiksi kotipalvelijan asioidessa pankissa petoksen yrittämiseen? Mitkä ovat tällaisen tapahtuman riskit ja tarkkailumahdollisuudet? Riittääkö luottaminen henkilökunnan korkeaan etiikkaan, tai voidaanko henkilökunnan moraalilla ja sopivuus kotipalvelutehtäviin luotettavasti selvittää?

**LÄHDELUETTELO**

- Antunes, Glória, António Pires & Virgílio Machado (2009). Process improvement measures in social area organisations – A study in institutions for elderly: survey results. *The TQM Journal* 21: 4, 334–352.
- Blåfield, Heikki (1996). *Laatua palveluihin prosessijohtamisella*. Acta Nro 56. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Bourne, Mike, Andy Neely, John Mills & Ken Platts (2003), “Implementing performance measurement systems: a literature review”, *International Journal of Business Performance Management* 5: 1, 1–24.
- Forsberg, Torbjorn, Lars Nilsson & Marc Antoni (1999). Process orientation: the Swedish experience. *Total Quality Management & Business Excellence* 10: 4&5, 540–547.
- Gustafsson, Sari & Janne Marniemi (2012). *Julkisen johtamisen työkirja – Kuinka kasvaa menestyväksi organisaatioksi*. Helsinki: Tietosanoma.
- Haipro (2009). Millaisia tapahtumia ilmoitetaan – Ilmoitettavat tapahtumat ja tapahtumätietojen luokitus. Saatavissa 2.4.2014: [http://www.haipro.fi/ohjeet/Millaisia\\_tapahtumia\\_ilmoitetaan\\_30122009.pdf](http://www.haipro.fi/ohjeet/Millaisia_tapahtumia_ilmoitetaan_30122009.pdf).
- Haipro (2014). *Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä*. Saatavissa 2.4.2014: <http://www.haipro.fi/fin/default.aspx>.
- Hammer, Michael (2002). *Process Management and the Future of Six Sigma*. MIT Sloan Management Review 43: 2, 26–32.

- Heinola, Reija (2007). Johdanto – Kotihoito muutoksessa. Teoksessa: Asiakaslähtöinen kotihoito: Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Toim. Reija Heinola. Helsinki: Stakes.
- Heinola, Reija & Leena Paasivaara (2007). Kotihoidon prosessit. Teoksessa: Asiakaslähtöinen kotihoito: Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Toim. Reija Heinola. Helsinki: Stakes.
- Hirsjärvi, Sirkka, Pirkko Remes & Paula Sajavaara (2007). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Houy, Constantin, Peter Fettke & Peter Loos (2010). Empirical research in business process management – analysis of an emerging field of research. *Business Process Management Journal* 16: 4, 619–661.
- Institute of Medicine (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: The National Academies Press.
- JHS-suositukset (2010). JHS 152 Prosessien kuvaaminen. Saatavissa 2.4.2012: <http://www.jhs-suositukset.fi/suomi/jhs152>.
- Juntunen, Arja & Jarmo Saarti (2012). Kirjaston johtaminen: Käytännön opas laadukkaaseen kirjastonhoitoon. Helsinki: Avain.
- Kamensky, Mika (2004). Strateginen johtaminen. Helsinki: Talentum.
- Kananen, Jorma (2008). *Kvali – Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet*. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.
- Karimaa, Erkki (2002). Julkisen sektorin prosessien kuvaukset: Yleinen rakenne, esitysmuoto ja käsitteet. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

- Kenni, Mikko & Jarmo Asikainen (2011). Kohti uuden sukupolven organisaatioita: Esimerkkejä kuntien prosessimaisesta toiminnasta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Kinnunen, Marina, Timo Keistinen, Kaarin Ruuhilehto & Juhani Ojanen (2009). Vaaratapahtumien raportointimenettely. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Kohlbacher, Marcus (2010). The effects of process orientation: a literature review. *Business Process Management Journal* 16: 1, 135–152.
- Kotter, John P (1996). *Muutos vaatii johtajuutta*. Helsinki: Oy Rastor Ab. USA: Harvard Business School Press.
- Kujala, Jaakko & Paul Lillrank (2004). Total Quality Management as a Cultural Phenomenon. *The Quality Management Journal* 11: 4, 43–55.
- Laamanen, Kai & Markku Tinnilä (1998). *Prosessijohtamisen käsitteet. Terms and concepts in business process management. 2. Uudistettu painos*. Helsinki: Metalliteollisuuden kustannus.
- Laamanen, Kai (2001). *Johda liiketoimintaa prosessien verkkona: ideasta käytäntöön*. Helsinki: Laatuokeskus.
- Lecklin, Olli & Risto O. Laine (2009). *Laadunkehittäjän työkalupakki: Innovatiivisen johtamisjärjestelmän rakentaminen*. Helsinki: Talentum.
- Lillrank, Paul (2011). Processes, episodes and events in health service supply chains. *Supply Chain Management: An International Journal* 16: 3, 194–201.
- Lipponen, Toivo (1993). *Laatujohtaminen: Laatujohtamistyökalujen valinta ja soveltaminen*. Kuopio: Financier.

- MacIntosh, Robert (2003). BPR: alive and well in the public sector. *International Journal of Operations & Production Management* 23: 3/4, 327–344.
- Moisio, J (2005). Kouluta Six Sigma -periaatteita, vaikka et niitä itse käyttäisikään. *Qualitas Fenni-ca Oy*. Saatavissa 20.10.2013: [http://www.ims.fi/sites/default/files/article\\_attachments/Kouluta\\_Six\\_sigmaperiaatteita\\_vaikka\\_et\\_itse\\_oppia\\_kayttaisikaan..pdf](http://www.ims.fi/sites/default/files/article_attachments/Kouluta_Six_sigmaperiaatteita_vaikka_et_itse_oppia_kayttaisikaan..pdf)
- Mäntysaari, Mikko (1996). Laadun kehittämisen ristiriidat. Teoksessa: Tulokseksi laatu. Puheenvuoroja sosiaalihuollon laadunkehittämisen teorioista, metodeista ja käytännöistä. Toim. Riitta Haverinen, Maisa Maaniittu & Mikko Mäntysaari. Helsinki: Stakes.
- Nyström, Elina (2011). Hoitaja pisti väärää insuliinia. *Ilkka* 23.9.2011.
- Oedewald, Pia (2009). Terveysthuoltoalan organisaatioiden turvallisen kehittämisen parhaat käytännöt – SafeChange loppuraportti. VTT. Saatavissa 5.11.2011: [http://www.tsr.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=13109&name=DLFE-5035.pdf](http://www.tsr.fi/c/document_library/get_file?folderId=13109&name=DLFE-5035.pdf).
- Outinen, Maarit, Tupu Holma & Kristiina Lempinen (1994). *Laatu ja Asiakas – Laatu-työskentely sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: WSOY.
- Palmberg, Klara (2009). Exploring process management: are there any widespread models and definitions? *The TQM Journal* 21: 2, 203–215.
- Palmberg, Klara (2010). Experiences of implementing process management: a multiple-case study. *Business Process Management Journal* 16: 1, 93–113.
- Pastinen, Markus (1998). *Process Improvement Essentials: A Framework for Creating and Implementing Operational Improvement Plans*. Helsinki: Vistalizer.



- Pietikäinen, Elina, Kaarin Ruuhilehto & Jouko Heikkilä (2010). Vaaratapahtumista oppiminen – opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Saatavissa 28.4.2014: [www.vtt.fi/proj/typorh](http://www.vtt.fi/proj/typorh).
- Pitkänen, Raimo (2010). Johtamisen suurenmoinen keveys: Esimiehenä asiantuntija- ja palveluorganisaatioissa. Helsinki: Infor.
- Ravesteyn, Pascal & Ronald Batenburg (2010). Surveying the critical success factors of BPM-systems implementation. *Business Process Management Journal* 16: 3, 492–507.
- Riley, Jr. James F (2001). *Process Management*. New York: McGraw-Hill.
- Santala, Riku, Tuomas Helistö, Jaana Sinipuro & Henri Roponen (2011). Potilasturvallisuuden kehittäminen automaattisen GTT-työkalun avulla. Case: Karoliininen instituutti. Toinen kansallinen potilasturvallisuuskonferenssi 9.9.2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Santalainen, Timo & Pekka Huttunen (1993). *Strateginen johtaminen julkisessa hallinnossa*. Espoo: Weilin+Göös.
- Sidorova, Anna & Oyku Isik (2010). Business process research: a cross-disciplinary review. *Business Process Management Journal* 16: 4, 566–597.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2008). *Ikäihmisten palvelujen laatusuositus*. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2009). *Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.

- Sosiaali- ja terveysministeriö (2010). Vaaroista raportointi ja siitä kertyvän tiedon hyödyntämisen kansalliset linjaukset. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:18.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2011). Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Saatavissa 5.11.2011: [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut).
- Stenvall, Jari & Petri Virtanen (2007). Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita.
- Stenvall, Jari & Petri Virtanen (2012). Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen: Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Helsinki: Tietosanoma.
- Steketee, Erik F. (2010). Process management as a lever for managing social problems. *The TQM Journal* 22: 4, 379–385.
- Suárez-Barraza, Manuel F, Juan Ramis-Pujol & Xavier Tort-Martorell Llabrés (2009). Continuous process improvement in Spanish local government – Conclusions and recommendations. *International Journal of Quality and Service Sciences* 1: 1, 96–112.
- Tanttu, Kaarina (2007). Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa: Prosesilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. *Acta Wasaensia*. No 176. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 2.
- Tenkanen, Reija (1995). Asiakas laadun määrittelijänä kotipalvelussa. Teoksessa: Tulokseksi laatu. Puheenvuoroja sosiaalihuollon laadunkehittämisen teorioista, metodeista ja käytännöistä. Toim. Riitta Haverinen, Maisa Maaniittu & Mikko Mäntysaari. Helsinki: Stakes.
- Tepponen, Merja (2009). Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopiston julkaisuja. E, Yhteiskuntatieteet, 1235–0494 ; 171.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2012). Kotihoidon laskenta 30.11.2012. Saatavissa 14.4.2014: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/ikaantyneet/kotihoidon\\_laskenta](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/ikaantyneet/kotihoidon_laskenta).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2014). Mitä on potilasturvallisuus? Saatavissa 30.3.2014: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus).

Tuomi, Jouni & Anneli Sarajärvi (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Virtanen, Petri & Mikko Wennberg (2005). Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Helsinki. Edita.

Voutilainen, Päivi (2007). Laadun arviointi. Teoksessa: Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Toim. Reija Heinola. Helsinki: Stakes.

LIITE 1. Saatekirje

SAATEKIRJE

pv.kk.vvvv

Vastaanottaja  
Mahdollinen osasto  
Osoite  
Postinumero

## TUTKIMUS KOTIHOIDON PROSESSEISTA

Hyvä vastaanottaja

Olen hallintotieteen opiskelija Vaasan yliopistossa julkisjohtamisen ohjelmassa. Teen julkisjohtamisen Pro Gradu -tutkielmaa, jossa selvitetään kotihoidon tilaa ja asiakas/potilasturvallisuuden edistämistä prosessijohtamisen ja -kehittämisen näkökulmasta. Kotihoidon turvallisuuskysymykset ovat jääneet vähälle huomiolle sairaalapainoitteissa tutkimuksessa.

Toivon, että löytäisitte aikaa vastata sähköpostikyselyyn. Kysely voidaan toteuttaa niin toivoessanne myös puhelinhaastatteluna. Kysymykset löytyvät tämän saateen liitteenä. Vastaaminen vie vain noin 30 minuuttia.

Vastaukset kysymyksiin toivon saavani viimeistään viikolla 42 sähköpostiosoitteeseen joona.kankainen@student.uwasa.fi.

Kaikki vastaukset käsitellään täysin luottamuksellisesti ja tutkimuksen tulokset julkaistaan niin, ettei yksittäistä kuntaa, -yhtymää tai henkilöä voida niistä tunnistaa. Tutkimuksen tulokset julkaistaan loppuvuodesta 2012 Pro Gradu -tutkielmana.

Mahdollisimman luotettavan ja kattavan tutkimustuloksen saamiseksi olisi erittäin tärkeää, että vastaisitte kyselyyn.

Terveisin,

Joona Kankainen  
Kyntäjänkatu 3 as 2  
60320 Seinäjoki  
Puh: 050 546 6894  
Sähköposti: joona.kankainen@student.uwasa.fi

## LIITE 2. Kyselylomake

### Taustaa

Määrittele lyhyesti mitä kunnassasi tarkoitetaan kotipalvelulla?

Määrittele lyhyesti mitä kunnassasi tarkoitetaan kotisairaanhoidolla?

Määrittele lyhyesti mitä kunnassasi tarkoitetaan kotihoidolla?

### Suunnittelu

1. Mitä asioita tulee huomioida kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja kotihoidon suunnittelussa?
2. Mitkä ovat kotihoidon tärkeimmät painopisteet kunnassanne ja miksi?
3. Miten vanhuspoliittinen palvelurakenteen kehittämisohjelma tai muut valtakunnalliset suositukset ohjaavat suunnittelutyötänne ja vaikuttavat painopisteisiin kunnassanne?
4. Miten kotihoidon suunnittelua tulisi kehittää?

### Prosessien ja palvelutehtävien mallinnus

5. Onko kotihoidon prosesseja mallinnettu kunnassanne
  - a) jos on niin mitä hyötyjä siitä on saatu
  - b) jos ei, niin mitä hyötyjä siitä voitaisiin saada?
6. Mitkä ovat mielestänne keskeisimmät haasteet hoito- ja palvelutehtävien mallintamisessa?
7. Missä määrin uskotte prosessien mallintamisella voitavan ehkäistä vaara- ja haittatapahtumia? Millaisiin tilanteisiin mallintaminen ei sovellu?

### Käyttöönotto

8. Mitkä ovat keskeisimmät asiakkaita koskevat turvallisuusriskit?
9. Millaisilla toimenpiteillä voidaan vähentää riskiä vaara- ja haittatapahtumiin?
10. Millä keinoilla varmistetaan useiden ammattialojen saumaton ja turvallinen yhteistyö asiakkaan hoidossa ja potilaan turvallisuus hänen siirtyessä yksiköstä toiseen?

### Jatkuva kehittäminen

11. Mitä muutoksia ennakoitte tulevan seuraavan viiden vuoden aikana ja mistä ne johtuvat?
12. Mitä keinoja on edistää muutoksia organisaatiossanne?
13. Miten prosessien toimivuutta ja laatua seurataan, valvotaan ja arvioidaan?
14. Mitä haasteita prosessien seurantaan, valvontaan ja arviointiin liittyy?
15. Miten asiakkaat, työntekijät ja johto voivat vaikuttaa prosessien kehittämiseen ja laatuun?
16. Mitkä asiat painottuvat asiakasturvallisuuden kehittämisessä?