

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

Heidi Kotanen

**POTILAAT PROSESSEISSA**

Prosessijohtaminen julkisessa sairaalaorganisaatiossa potilaslähtöisyyden näkökulmasta

Sosiaali-ja terveys-  
hallintotieteen  
Pro gradu -tutkielma

**VAASA 2014**

## SISÄLLYSLUETTELO

	<b>sivu</b>
<b>KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO</b>	4
<b>TIIVISTELMÄ</b>	5
<b>1. JOHDANTO</b>	7
1.1. Tutkimuksen tausta	7
1.2. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	9
1.3. Tutkimusaiheen rajaus	11
<b>2. PROSESSIJOHTAMINEN JA POTILASLÄHTÖISYYS JULKISESSA TERVEYDENHUOLLOSSA</b>	13
2.1. Johtaminen terveydenhuollossa	13
2.1.1. Terveydenhuollon johtamisen haasteet	14
2.1.2. Lähiesimiestyö terveydenhuollossa	15
2.1.3. Potilaslähtöisyys terveystalveissa	16
2.2. Prosessijohtaminen ja prosessijohtaminen terveydenhuollossa	19
2.2.1. Prosessit ja prosessijohtamisen toteuttaminen organisaatioissa	20
2.2.2. Prosessit terveydenhuollossa	22
2.2.3. Prosessijohtaminen terveydenhuollon organisaatioissa	25
2.2.4. Prosessijohtamisen haasteet ja mahdollisuudet terveydenhuollossa	27
2.2.5. Prosessijohtaminen ja potilaslähtöisyys	29
2.3. Prosessiajattelu lean-toimintamallissa	31
2.3.1. Potilaslähtöistä prosessiajattelua	33
2.3.2. Lean-toimintamalli prosessiajattelun mahdollistajana terveydenhuollossa	35
2.3.3. Lean-toimintamalli uudistamassa terveydenhuollon prosesseja	37
2.4. Teoreettisen viitekehyksen yhteenveto	41

<b>3. TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTO</b>	44
3.1. Tutkimuskohteen kuvaus	44
3.2. Tutkimuksen metodologinen viitekehys ja tutkimusmenetelmän kuvaus	47
3.4. Tutkimusaineiston analysointi sisällönanalyysinä	51
<b>4. TUTKIMUSTULOKSET</b>	53
4.1. Osastonhoitajat vastuullisessa tehtävässä	54
4.2. Hoitoprosessit moneen tarpeeseen	56
4.2.1. Yhteistyö ja moniammatillisuus haasteina	59
4.2.2 Rajapinnat haltuun	61
4.3. Prosessijohtamisen kehittyminen potilaslähtöisemmäksi	62
4.3.1. Potilasmäärät, hoitopäivät ja jonot	65
4.3.2. Potilaslähtöisyys koetaan tärkeäksi	66
4.3.3. Riippuvuus toisista, yhteenvetoa tuloksista	71
<b>5. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA</b>	74
5.1. Tulosten pohdintaa	74
5.2. Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti	78
<b>LÄHDELUETTELO</b>	81

**LIITTEET**

LIITE 1. TUTKIMUSLUPA	92
LIITE 2. KIRJE HAASTATELTAVILLE	95
LIITE 3. TEEMAHAASTATTELURUNKO	97

**KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO**

Kuvio 1. Eri prosessit erikoissairaanhoidossa terveysongelmaan liittyen.	24
Kuvio 2. Boltonin sairaalan hoidon parantamisen systeemi	36
Kuvio 3. Prosessijohtamisen kehittyminen.	64
Kuvio 4. Tulokset potilaslähtöisyydestä.	69
Kuvio 5. Standardoiduista prosesseista potilaslähtöisiin prosesseihin.	72
Taulukko 1. Teoreettisen viitekehyksen yhteenveto.	43
Taulukko 2. Yhteenveto tuloksista.	77

---

**VAASAN YLIOPISTO****Filosofinen tiedekunta****Tekijä:**

Heidi Kotanen

**Pro gradu -tutkimus:**

Potilaat prosessissa: Prosessijohtaminen julkisessa sairaalaorganisaatiossa potilaslähtöisyyden näkökulmasta

**Tutkinto:**

Hallintotieteiden maisteri

**Oppiaine:**

Sosiaali- ja terveyshallintotiede

**Työn ohjaaja:**

Pirkko Vartiainen

**Valmistumisvuosi:**

2014

**Sivumäärä: 99**

---

**TIIVISTELMÄ:**

Terveydenhuollossa prosessijohtamista on ollut nähtävillä jo 1960 ja 1970 -luvulla, mutta 2000-luvulta lähtien kiinnostus prosessijohtamiseen on lisääntynyt julkisen puolen hallinnossa. Prosessijohtaminen ja lean-toimintamalli kuuluvat tuotantotalouden koulukuntaan. Molemmista koko organisaation toimintatapa kyseenalaistetaan ja ajatellaan uudelleen. Tärkeää on myös vaikuttavuuden osoittaminen ja asiakaslähtöisyyden huomioiminen. Tutkimuksen tehtävänä on selvittää prosessijohtamisen toteuttamista potilaslähtöisyys huomioiden sairaalaorganisaatiossa.

Tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen muodostaa prosessijohtaminen, lean-toimintamalli ja potilaslähtöisyys terveydenhuollossa. Teorian alussa on alustettu tutkimusta terveydenhuollon johtamisen haasteista ja lähiesimiestyöstä terveydenhuollossa sekä potilaslähtöisyyttä on kuvattu julkisessa terveydenhuollossa. Teoriaosuudessa on kerrottu prosessijohtamisesta ja lean-toimintamallista sekä näiden ilmenemisestä terveydenhuollon organisaatioissa. Potilaslähtöisyyden haasteita ja mahdollisuuksia on tuotu esiin terveydenhuollossa. Potilaslähtöisyyttä tarkastellaan myös prosessijohtamisen ja lean-toimintamallin yhteydessä.

Tutkimus toteutettiin tapaustutkimuksena Vaasan keskussairaalan 12 osastonhoitajalle. Teemahaastattelut pidettiin yksilöhaastatteluina. Haastattelun kysymyksillä haettiin vastauksia prosessijohtamisesta käytännössä ja haastateltujen käsityksiä potilaslähtöisyydestä. Potilaslähtöisyyden toteutumista liittyen prosessijohtamiseen on pohdittu ja tulkittu teemahaastatteluiden pohjalta. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysinä. Sisällönanalyysillä haettiin samanlaisuutta. Haastatteluaineistoa luokiteltiin haastatteluista nousseiden pääteemojen alle ja lisäksi excel -taulukon avulla taulukoitiin haastatteluista nousseita havaintoja liittyen prosessijohtamisen ja potilaslähtöisyyden mahdollisuuksiin ja haasteisiin. Havaintojen avulla saatiin selville painostusalueet vastauksissa.

Tuloksissa nousivat esiin sairaalaorganisaation prosessien hahmottamisen eri luokat, prosessijohtamisen oletettu kehittyminen organisaatiossa ja potilaslähtöisyyttä toteuttavat keinot ja mahdolliset haasteet. Yhteenvetona tuloksista voidaan todeta organisaation sekä sisäisten että ulkoisten raja-aitojen ja yhteistyön olevan haaste prosessijohtamiselle. Ymmärrys siitä, mitä prosessijohtamisella on tarkoitus saavuttaa ja tavoitella voidaan tulkita myös kehittämiskohteeksi. Prosessijohtamisen toteuttaminen näkyy tällä hetkellä pääasiassa tiimeinä, vastuuhenkilöinä, työnkiertona, prosessikuvauksina ja niiden päivittämisenä. Taloudelliset tekijät voidaan nähdä sekä mahdollisuutena että uhkana prosessijohtamisessa.

---

**AVAINSANAT:** prosessijohtaminen, potilaslähtöisyys, lean-toimintamalli



## 1. JOHDANTO

### 1.1. Tutkimuksen tausta

Julkishallintoon prosessijohtaminen on tullut 1990-luvulla ja kiinnostus on kasvanut lisääntyvästi 2000-luvulla. Prosessijohtamisessa on kiinnostanut sen asiakaslähtöinen näkökulma sekä prosessien eli eri työtapauksien vaikuttavuuden todentamisen tärkeys. (Virtanen & Stenvall 2010: 148.) Terveystieteiden prosessijohdanto on tullut jo 1960- ja 1970-luvuilla. Terveystieteiden prosessimallit ovat olleet laatujohtamisen (Total Quality Management) ja liiketoimintaprosessien uudistamisen (Business Process Re-engineering) malleja. Mallit eivät kuitenkaan ole osoittautuneet kovin toimiviksi käytännössä. (Tevameri 2010: 221–222.)

Viime vuosikymmenet terveystieteiden käytettävät varat ovat kasvaneet. Nyt voimavarat näyttävät vähentyvän ja vastaavasti palveluntarve kasvaa. Myös taloudellinen tila ajaa pohtimaan palveluiden järjestämistä. Toimintaa tulee kehittää terveystieteiden, jotta haasteisiin pystytään vastaamaan. (Toivonen, Murtola & Hupli 2013: 24.) Aalto-yliopiston tutkimusjohtaja Antti Peltokorpi (tuotantotalouden osasto, Health Care Engineering-ryhmä) kuvasi haastattelussaan Suomen terveystieteiden toimintamallia kokonaisuuden johtamisen kannalta hankalaksi. Syyksi hän nimeää esimerkiksi erikoissairaanhoidon organisoimisen erikoisaloiksi ”siiloihin”. Peltokorpi näki terveyspalvelut organisoituina potilaslähtöisesti prosesseittain selkeästi potilas tai sairausryhmien ympärille. (Silvan 2012: 7.)

Terveystieteiden johtamisen haasteet ovat lisääntyneet huomattavasti viimeisten vuosien aikana. Monissa kansallisissa projekteissa on korostettu, että tuloksellisen, tehokkaan, vaikuttavan ja toimivan palvelujärjestelmän aikaansaaminen vaatii sekä toiminnan että johtamisen laajaa muutosta. Toiminnan muuttuessa prosessimaiseksi johtamista tulee myös tarkastella uudessa ajassa. Prosessien johtaminen on ollut vähän tutkittu alue terveystieteiden organisaatioissa. (Itkonen 2005: 69; Sinkkonen-Tolppi & Viitanen 2005: 68.) Lähiesimiesten tärkeys prosessien johtamisessa tuli esille myös Torkin (2012) väitöskirjassa, joka käsitteli prosesseja tuottavuuden näkökulmasta ja vertaili

sairaaloiden tuottavuuseroja. Tutkimuksessa selvisi, että tuottavuuserot johtuivat pääsääntöisesti erilaisista toimintamalleista eikä niinkään erilaisista potilasryhmistä. Uusien prosessien ja toimintatapojen jalkauttamisessa vaaditaan johtajilta ja esimiehiltä taitoa johtaa muutosta kohti laadukkaampia palveluita.

Aikaisempia tutkimuksia liittyen prosessijohtamiseen terveydenhuollossa potilaslähtöisyyden näkökulmasta on vähemmän. Prosessijohtamiseen liittyvät tutkimukset, jotka tarkastelevat potilaslähtöisyyttä on, mutta ne on esitelty yleensä tietyn potilasryhmän näkökulmasta. Lean-toimintamalliin liittyvät tutkimukset taas korostavat lean-toimintamallin olevan potilaslähtöinen ja näkökulmat vaihtelevat lean-toimintamallin vaikuttavuudesta esimerkiksi kustannustehokkuuteen, henkilöstön työmotivaatioon ja koettuun laatuun. Lean-toimintamallin vaikutuksia on usein tutkittu eri osastoilla tai yksikössä sairaalaorganisaatiossa. Aineistohakujen kautta muodostetun kuvan mukaan tämän tutkimuksen potilaslähtöinen näkökulma on ajankohtainen, koska tutkimuksen kohteena ei ole tietty potilasryhmä tai osasto sairaalassa. Tavoitteena on näin saada laajempi kuva prosessijohtamisen ja potilaslähtöisyyden toteutumisesta, jotka ei tavallsemmin tule esiin prosessijohtamista käsittelevissä tutkimuksissa.

Tämän tutkimuksen aihe valittiin kandidaattitutkielmani aihetta mukaillen. Kiinnostukseni lisääntyi prosessijohtamista kohtaan ja erityisesti sen toteuttamisesta käytännössä. Prosessit voivat liittyä moniin eri asioihin organisaatioissa ja niitä voidaan hahmottaa laajasti kokonaisuus huomioiden tai yksityiskohtaisemmin tarkempina kuvauksina. Tarve hahmottaa ja selventää monimutkaisia kokonaisuuksia säilyy. Hoitoprosesseihin liittyen varmasti suurin osa terveydenhuollon yksiköistä on määritellyt ja kuvannut oman yksikkönsä prosesseja henkilöstön ja potilaan näkökulmasta. Viime vuosina prosesseja on kuvattu laajemminkin eri ammattiryhmien kesken. Olen kuitenkin jäänyt miettimään, kuka prosessien kehittämisestä, uudistamisesta, arvioinnista ja johtamisesta vastaa sekä arvioidaanko niiden käytännön hyötyjä? Lähiesimiehinä osastonhoitajat ovat lähellä hoitoprosesseja ja vastaavat osaltaan niiden toimivuudesta käytännössä. Tämän vuoksi haastattelut on tehty osastonhoitajille. Tarkoituksena on selvittää, miten he kokevat hoitoprosessit ja -ketjut käytännön työssään? Potilaslähtöisyyden näkökulma on valittu ajankohtaisuuden ja oman mielenkiinnon vuoksi.

## 1.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän Pro gradu -tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella prosessijohtamista sairaalaorganisaatiossa ja potilaslähtöisyyden toteutumista siinä. Käsitteinä ovat prosessijohtaminen (process management), lean-toimintamalli (lean thinking, lean management) ja potilaslähtöisyys. Potilaslähtöisyyden englanninkielisinä vastineita ovat patient-focused ja patient-centered. Tässä tutkimuksessa asiakkaasta ja potilaasta käytetään termiä potilas ja asiakaslähtöisyydestä terveydenhuollossa käytetään termiä potilaslähtöisyys. Stenvallin ja Airaksisen (2009:74) mukaan potilaslähtöisyys on laaja käsite ja sen määrittelystä on kiistelty. Potilaslähtöisyys on siis monitulkintainen. Tulkintoja potilaslähtöisyydestä voivat olla hyvä ja toimiva palvelu potilaan näkökulmasta, vuorovaikutussuhde potilaan kanssa tai potilaslähtöisyys vaikutusvaltana.

Prosessijohtaminen on osittain teoreettisesti jäsentymätön käsite. Prosessijohtamisen alle kuuluu monia eri koulukuntia, joilla on omia erityispiirteitä ja painotusalueita. Tällaisia prosessijohtamisen koulukuntia ovat muun muassa laatujohtaminen (TQM), aikaan perustuva johtaminen (TBM) ja toimintojohtaminen (ABM). Lean-toimintamalli voidaan pitää edellä mainittujen koulukuntien yläkäsitteenä sisältäen näiden koulukuntien ajatuksia. (Kannus 1994: 208.) Modig ja Åhlström (2013: 117.) ovat määritelleet lean -toimintatavan seuraavasti: *”Lean on toimintastrategia, joka korostaa virtaustehokkuutta resurssitehokkuuden sijaan. Lean on strategia, jolla pyritään siirtymään tehokkuusstrategiassa oikealle ja ylöspäin eli optimoimaan virtauksen ja siten myös resurssit.”* Prosessijohtamisen suuntauksena lean-toimintamallin ajatus on lähtöisin Toyotan tehdasympäristöstä. Lean-toimintamallissa tuotannon prosessijohtaminen on organisaatorinen metodi, mihin kuuluu jatkuva kehittäminen. (De Toni & Tonchia 1996: 221–236.) Lean-toimintamalli pitää sisällään monta eri ulottuvuutta liittyen siihen miltä organisaation tasolta sitä lähestytään. Selkeyttämisen vuoksi tässä tutkimuksessa lean johtamisesta käytetään käsitettä lean-toimintamalli. Lean-toimintamalli pitää tässä tutkielmassa sisällään tavan ajatella, johtaa ja tehdä asioita.

Prosessi on vaikea termi, koska se tarkoittaa eri ihmisille eri asioita. Prosessijohtamisen asiantuntijoillakin on termiin liittyen epäselvyyksiä. Prosessit ovat organisaatiossa teh-

täviä, joiden vuoksi organisaatio on olemassa ja niillä on alku ja päättymisen. (Gulledge & Sommer 2002: 365.) Tämän vuoksi on tärkeää selvittää, mitä prosessilla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan. Tutkimuksen teoriassa ja empiriassa keskitytään hoitoprosesseihin, lisäksi työssä viitataan muuttumattomiin prosesseihin kuten läheteprosessiin, mutta päähuomio on hoitoprosesseissa ja niiden muodostamisessa hoitoketjuissa.

Teoria alkaa terveydenhuollon johtamisen kuvaamisella monimutkaisissa, verkostomaisissa sairaalaorganisaatioissa ja lisäksi esitellään myös lähiesimiehen johtamistehtävää terveydenhuollossa. Prosessijohtamista käsitellään ensin yleisesti ja tämän jälkeen terveydenhuollossa. Lean-toimintamalli on otettu mukaan yhtenä prosessijohtamisen toteuttamistapana. Potilaslähtöisyyden merkitystä on käsitelty terveydenhuollossa ja potilaslähtöisyys tulee esille koko työssä niin prosessijohtamisen kuin myös lean-toimintamallin esittelyssä. Prosessiajattelua ja potilaiden huomioimista siinä voidaan pitää työn kantavana teemana.

Voiko monimutkaiseen terveydenhuoltoon soveltaa prosessijohtamista ja saavutetaanko sillä potilaslähtöisyyttä palveluihin? Tarkoituksena on selvittää lähiesimiesjohdon roolia ja merkitystä prosessien johtamisessa. Tämän Pro gradu -tutkimuksen oletuksena on, että prosessien johtaminen potilaslähtöisesti on haasteellista sairaalaorganisaatioissa. Tutkimuksen empiirinen osa muodostuu teemahaastatteluista ja niiden analyysistä. Osastonhoitajien haastatteluilla pyritään löytämään vastauksia prosessien johtamisesta käytännössä ja potilaslähtöisyyden huomioimisesta johtamisessa. Haastattelut toteutettiin Vaasan keskussairaalassa 12 osastonhoitajalle. Vaasan keskussairaala kuuluu Vaasan sairaanhoitopiiriin ja siellä työskentelee yli 2300 eri alan asiantuntijaa. Sairaanhoitopiirin alueella asuu noin 166 000 ihmistä. (Vaasan sairaanhoitopiiri 2013.)

Alla oleviin tutkimuskysymyksiin haetaan vastauksia teoriasta ja empiriasta.

**Tutkimuksen pääkysymyksenä on:**

Mitä prosessijohtaminen ja lean-toimintamalli ovat sairaalaorganisaatioissa?

**Tarkentavina alakysymyksinä ovat:**

Miten prosessijohtaminen ja lean-toimintamalli huomioivat potilaslähtöisyyden?

Mitkä ovat prosessijohtamisen ja lean-toimintamallin haasteet ja mahdollisuudet sairaalaorganisaatiossa?

### 1.3. Tutkimusaiheen raja

Tutkimus on rajattu sairaalaorganisaatioihin. Palveluketjut ja -kokonaisuudet liittyvät terveydenhuollossa oleellisesti prosessijohtamiseen, mutta tässä tutkimuksessa on haluttu siirtää päähuomio prosessijohtamiseen. Palveluketjuja ja -kokonaisuuksia ei käsitteinä avata tässä työssä, mutta niitä sivuutetaan havainnollistettaessa prosessijohtamista. Aihe tarkastelee prosessijohtamista organisaation sisällä, ei monen eri organisaation välisenä toimintana. Hoitoprosessit ja -ketjut toimivat yhden organisaation sisällä, kun taas palveluketju on monen eri organisaation välinen tapahtuma.

Tutkimuksessa tarkastelun kohteena ei ole yksitäinen hoitoprosessi, vaan prosessijohtamista tarkastellaan kokonaisuutena sairaalaorganisaatiossa johtamisen näkökulmasta. Palveluketjut eivät rajoitu yhden organisaation tai yksikön sisälle vaan niihin saattaa liittyä monia eri tahoja sekä sosiaali- että terveydenhuollosta. Kahden tai useamman eri organisaation rajapintoihin liittyvään johtamisen tarkastelu on jätetty pois tässä työssä. Rajapinnat tulevat esiin muihin ulkopuolisiin sidosryhmiin liittyen, mutta niiden johtamiseen ei ole keskitytty. Prosessijohtamiseen liittyvää yhteistyötä tarkastellaan organisaation sisällä. Tutkimuksen ulkopuolelle on rajattu myös organisaatioiden prosessijohtamisen tarkastelu kustannusten perusteella. Tutkimuksessa ei käytetä kvantitatiivisia menetelmiä, eikä keskitytä tutkimaan yhtä prosessia tai yhden tietyn prosessin läpi-

menoaikaa tai muita lukuja liittyen kustannuksiin. Prosessijohtamisen arviointiin liittyen halutaan kuitenkin vastauksia, koska se liittyy oleellisesti prosessijohtamiseen, mutta näihin halutaan vastauksia käytettyinä mittareita liittyen laatuun tai kustannuksiin. Prosessijohtamista pyritään tarkastelemaan laadullisesti organisaatiossa potilaan näkökulmasta ja miten nämä kohtaavat sairaalaorganisaatioiden palveluissa.

Potilaslähtöisyyttä tarkastellaan teoriassa käsitteenä ja mietitään sen haasteita ja toteutumista terveydenhuollossa prosessijohtamisen ja lean-toimintamallin avulla. Haastatte- luissa potilaslähtöisyyttä on kartoitettu haastateltavien omilla käsityksillä potilaslähtöi- syyden toteutumisesta terveydenhuollossa ja miten se toteutuu käytännössä yksiköissä ja onko sillä yhteyksiä prosessijohtamiseen. Tässä työssä on kuitenkin tarkoitus keskit- tyä prosessijohtamisen kuvaamiseen ja peilata potilaslähtöisyyttä siihen.

## **2. PROSESSIJOHTAMINEN JA POTILASLÄHTÖISYYS JULKISESSA TERVEYDENHUOLLOSSA**

### 2.1. Johtaminen terveydenhuollossa

Johtamista tulee tarkastella organisaation rakenteen ja sen toimintaympäristön mukaan. Yksilön asemalla organisaatiossa, tehtävien vaatimuksilla, kyvyillä ja toimintaympäristöllä on kaikilla omat vaikutuksensa johtamiseen. Terveydenhuolto asiantuntijaorganisaationa on haaste johtamiselle, liittyen yleisjohdon ja asiantuntijoiden välillä olevaan osaamisen eroihin. (Hall & Tolberg 2005: 126; Parviainen, Lillrank & Ilvonen 2005: 31.)

Suomalaisessa julkisen sektorin johtamisessa on ollut kokonaisvaltainen uudistuminen, mikä on vaikuttanut myös terveydenhuollon johtamiseen. Johtamiseen ovat vaikuttaneet oppisuunnat kuten NPM (New Public Management), laatujohtaminen ja asiakaslähtöinen johtaminen. Keskeistä johtamisen uudistamisessa on ollut jaksoittaisuus ja nopeasti muuttuvat poliittiset ja käytännölliset tavat. (Vartiainen 2008: 44.) Uudistuksissa ja yrittäjyyden sekä kilpailun tuomisella terveydenhuoltoon on pyritty vähentämään byrokratiaa. Näissä tulisi ottaa huomioon eri ammattikuntien hierarkiat, johtamistavat ja toimintakulttuuri. Henkilöstön ja johdon välillä saattaa olla väärinkäsityksiä siitä, mitä eri käsitteillä kulloinkin tarkoitetaan. Esimerkiksi tuloksellisuudella voidaan tarkoittaa potilaan saamaa mahdollisimman vaikuttavaa hoitoa tai talouden näkökulmasta taloudellisten rajojen sisällä toteutettua hyvää hoitoa. (Surakka 2006: 53, 55.)

Terveydenhuollon organisaatiot ja systeemit ovat monimutkaisia ja johtamiselta vaaditaan paljon organisaatioissa. Yllättävää kuitenkin on, että terveydenhuollon organisaatioissa johtamiskäytännöt ovat yleensä epäselviä, organisoimattomia ja sekavia. Tämä ei ole vain Suomen terveydenhuoltojärjestelmän ongelma, vaan yleistä monissa Länsi-Euroopan maissa. Organisaatioiden käytännöt, päätöksentekomenetelmät ja organisatiorakenteet saattavat olla selkeitä, mutta todellisuudessa käytännöt eivät toimi johtuen terveydenhuollon monimutkaisista ongelmista. Ongelmat ajatellaan usein yksinkertaisiksi ja ratkaisut niihin helpoiksi. (Vartiainen 2008: 41, 50.)

### 2.1.1. Terveydenhuollon johtamisen haasteet

Terveydenhuollon johtamisen haasteet ovat lisääntyneet huomattavasti viimeisten vuosien aikana. Monissa kansallisissa projekteissa on korostettu, että tuloksellisen, tehokkaan, vaikuttavan ja toimivan palvelujärjestelmän aikaansaaminen vaatii sekä toiminnan että johtamisen laajaa muutosta. Keväällä 2004 Opetusministeriö asetti työryhmän selvittämään Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamista. Työryhmä kartoitti kyselyllä johtajien kelpoisuutta, johtamisosaamista ja täydennyskoulutuksen tarvetta. Kyselyssä nousi esiin, että johtajien keski-ikä oli korkea ja koulutustarve suuri. (Sinkkonen-Tolppi & Viitanen 2005: 68, 74.)

Julkisen terveydenhuollon sairaalat ovat asiantuntijaorganisaatioita. Niissä yhdistyy palvelu- ja prosessiorganisaation piirteitä. Tunnusomaista sairaaloille on, että niissä painottuu itseohjautuvuus ja operatiivista johtamista on vähän tai ei ollenkaan. Asiantuntijoilla on erityisosaamista, joka luo tietyn autonomian omaan työhön. Terveydenhuollon organisaatioiden itseohjautuvuudesta seuraa, että huonokaan johtaminen ei aiheuta kriisiä, vaan itseohjautuva organisaatio korjaa virheet ja vastaavasti hyvällä johtamisellakin muutokset ja vaikutukset ovat epävarmoja tai ne tulevat hitaasti. Toimialaosaamista pidetään erityisen tärkeänä tuloksellisen johtamisen saavuttamiseksi. (Parvinen ym. 2005: 32; Aaltonen, Fyhr, Käpyaho, Mäkelä, Mäkijärvi & Rautiainen 2008: 40–42.)

Asiantuntijaorganisaation johtaminen vaatii kokonaisuuden hahmottamista. Kokonaisuuden hahmottamisen apuna johto tarvitsee toiminnan ohjaukseen tunnuslukuja. Suomessa keskijohdon operatiiviset tietojärjestelmät ovat heikot ja täten johtamiskompetenssin kehittyminen terveydenhuollossa edellyttäisi myös toiminnanohjausjärjestelmien kehittämistä. Asiantuntijuuden lisäksi terveydenhuollon johtamisen erityispiirteitä ovat epävarmuus ja riskit liittyen terveydenhuoltoon, politiikkaan, ammattiryhmien välisiin raja-aitoihin, roolijakoihin ja ammattimaisen keskijohdon puuttumiseen. (Parvinen 2005: 39.) Tämän kaltaisessa toimintaympäristössä johdon tehtäviin kuuluu hallita ja suunnitella toimintaa kokonaisvaltaisesti. Käytännössä lääkärit kuitenkin hallitsevat sairaaloiden prosesseja lähes itsenäisesti. Lääkärit asiantuntijajohtajina keskittyvät hoidon laadun turvaamiseen ja toimivat potilaslähtöisesti. Heillä saattaa jäädä vähemmälle

huomiolle resurssi- ja kustannustehokkuus. Liiketaloudellinen johtaja toisi terveydenhuoltoon prosessiajattelua ja tehokkaampaa resurssien käyttöä, mutta potilaslähtöisyys saattaisi jäädä huomioimatta. Johtajan tulisi pystyä yhdistämään prosessijohtaminen ja potilaslähtöinen. (Parvinen 2005: 53, 70.)

### 2.1.2. Lähiesimiestyö terveydenhuollossa

Terveydenhuoltoalalle hakeutuvat yleensä tiettytyyppiset ihmiset. Tällöin esimerkiksi palvelualltius ja markkinahenkisyys eivät ole heidän vahvimpia piirteitä. Tämän kaltaisen henkilöstön johtajiksi valitaan usein terveydenhuollonkoulutuksen saaneita henkilöitä, koska heillä on ymmärrystä terveydenhuoltoalan henkilöstön johtamiseen. Terveydenhuoltoala on asiantuntijaorganisaatio painotteinen. Johtajan on saatava alaisten arvostus ja kunnioitus, muuten hän on kyvytön johtamaan asiantuntijaorganisaatiota. Asiantuntijaorganisaatioissa arvostusta määrittää suurella määrällä koulutusta. Johtajalta vaaditaan akateemista koulutusta ja johtamisosaamista. Terveydenhuollon johtotehtäviin vaaditaan laaja-alaista osaamista ja moniammatillisen yhteistyön edistämistä. Muilla aloilla koulutukseen perustuva hierarkia on jo murentunut, mutta terveydenhuollossa on vielä epätodennäköistä, että esimerkiksi hoitoalankoulutuksen saanut johtaisi lääkäreitä. (Sinkkonen-Tolppi ym. 2005: 68; Aaltonen ym. 2008: 40–42.) Tähän viitaten Parvisen ja kumppanit (2005: 85–86) mukaan keskijohtoon voitaisiin valita johtajia painottaen muutakin kuin oman ammattiryhmän edustusta. Esimerkiksi osastonhoitaja on luultavasti parhaiten perillä potilasprosesseista kokonaisuutena, koska potilas on ajallisesti suurimman osan ajasta hoitohenkilökunnan hoidossa.

Lähiesimiesten tehtävät ovat laajat ja heidän tulee kerätä tietoa johdolle henkilöstön suunnalta. Lähiesimiestyössä käytännön työn merkitys korostuu enemmän kuin ylempien johdon työssä. Lähiesimiestyön kehittämisessä tulee keskittyä tavoitteelliseen suunnitteluun, toiminnan ohjaamiseen ja seurannan parantamiseen. Osastonhoitajilla lähiesimiehinä on merkittävä vaikutus uusien toimintamallien jalkauttamisessa, koska he toimivat lähimpänä osastojen henkilökuntaa. Heillä on merkittävä rooli henkilöstön sitouttamisessa uusiin toimintatapoihin ja myös laadukkaan hoidon turvaamisessa. Tutkimuksissa on osoitettu, että vahvistamalla osastonhoitajien johtamistaitoja voidaan

parantaa sairaalan toimintaympäristön laatua sekä potilaan että henkilöstön näkökulmasta. Tämä tekee osastonhoitajan työn vastuulliseksi. (Mintzberg 1979: 28; Parvinen 2005: 88; Moyes 2008: 20–21; Clarke, Diers, Kunisch, Duffield, Thoms, Hawes, Stasa & Fry 2012: 122–121; Bulmer 2013: 130.)

Lähiesimiehen tehtäviin kuuluu varmistaa, että resurssit ovat mahdollisimman tehokkaassa käytössä, toimia yhteistyötä ylläpitävänä ja lisäävänä eri toimijoiden kesken ja mahdollistaa parhaiden käytäntöjen levittäytyminen myös yli yksikkörajojen. Näiden tehtävien onnistumiseen tarvitaan eri johtamisosaamisen osa-alueita, kuten oman toiminnan hallintaa, kommunikointitaitoja, ihmisten ja tehtävien johtamista, liiketoiminnan johtamisesta sekä innovatiivisuutta ja muutosten hallintaa. Osastonhoitajien kokonaisuuden hallintaa saattaa haitata riittämätön valta ja vastuu. Osastonhoitajilta edellytetään toiminnan ylläpitämistä, mutta valta ja vastuu ovat ylemmällä johdolla. Päävastuuna lähiesimiehen työssä on yksikön toiminnan suunnittelu. Toiminnan suunnittelussa tulee ottaa huomioon valtakunnalliset säännöt ja ohjeistot sekä ylemmältä johdolta tulevat toimintaohjeet. Esimiehen tehtävänä on koko organisaation strategian selventäminen henkilöstölle ja selventää yksittäisen työntekijän merkitys strategian toteutumiselle. Toimintasuunnitelmaa ja sen tavoitteita on hyvä pohtia yhdessä henkilöstön kanssa ja osoittaa sen yhtenevyys koko organisaation strategiaan. (Parvinen 2005: 88; Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012: 111, 117–118; Bulmer 2013: 132.)

### 2.1.3. Potilaslähtöisyys terveyspalveluissa

Tämän päivän yhteiskunta muuttuu nopeasti ja yksilöt haluavat ottaa aktiivisemman roolin omaa elämää koskevissa päätöksissä. Ihmiset etsivät tietoa internetin välityksellä ja haluavat osallistua aktiivisemmin päätöksentekoon myös heitä koskevissa terveysongelmissa. Kehityksen myötä myös terveydenhuollon on valmistauduttava potilaiden roolin muuttumiseen. Potilaslähtöisyys kuuluu useimpien terveydenhuollon organisaatioiden arvoihin, mutta palveluissa on kuitenkin perinteisesti painottunut palveluiden tuottajan näkökulma. Potilaslähtöisyys terveyspalveluissa ei myöskään ole uusi asia, vaan jo Hippokrateen aikana potilas oli keskeisessä roolissa mukana lääkärin kanssa

pohtimassa terveysongelmaansa. (Eijk, Nijhuis, Faber & Bloem 2013: 923; Ferguson, Ward, Card, Sheppard & McMurtry 2013: 283.)

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä ei ole perinteisesti vahvasti tukenut potilaslähtöisyyttä. Sen toimintaan on liittynyt sääntely, johon ei ole sopinut potilaslähtöinen lähestymistapa. Sääntelyä ovat esimerkkinä potilasjonot, joilla on pitkään ollut priorisoiva vaikutus. (Ryynänen, Myllykangas, Kinnunen & Takala 1999: 1530.) Jonotukseen toi muutosta hoitotakuun tuleminen terveydenhuoltolakiin. Valvira myös valvoo hoitotakuiden toteutumista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013). Terveydenhuollossa potilastyytyväisyyden mittaaminen ja arviointi on myös koettu haasteelliseksi. Lisäksi terveydenhuoltojärjestelmä on ollut hierarkkinen ja ammattiryhmäsuuntautunut, missä kansalaisten osallistuminen palveluiden suunnitteluun ei ole toteutunut. (Benkö & Sarvimäki 2000: 513; Vartiainen 2009: 184; Chandrasekaran, Senot & Boyer 2011: 551.) Laissa potilaan asema ja oikeudet on tuotu esille. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista on lähtökohtaisesti potilaskeskeinen ja myös asiakaslähtöisyys tulee esiin esimerkiksi laissa sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta 22.9.2000. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2:3–9, Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta 1:3.) Terveydenhuoltolaissa on myös määritelty hoitoon pääsyn aikarajat eri terveydenhuollon tasoilla ja palveluissa (TerveydenhuoltoL 6: 47–55).

Potilaslähtöisyys on monitulkintainen ja osittain hahmottomaton käsite. Potilaslähtöisellä toiminnalla voidaan tarkoittaa esimerkiksi kokonaisvaltaista hoitoa. Tulkintoja potilaslähtöisyydestä voivat olla myös laajemmin hyvä ja toimiva palvelu, vuorovaikutussuhde potilaan kanssa, potilas palvelun valitsijana tai potilaslähtöisyys vaikutusvaltana. Potilaslähtöisyyden vaikutusvalta tulee esille potilaan vaikuttaessa palvelujen sisältöön palvelujärjestelmässä. Hyvä ja toimiva palvelu on perinteinen potilaslähtöisyyden näkökulma. Hyvässä ja toimivassa palvelussa huomioidaan potilaan tarpeet ja lähtökohdat. (Stenvall ym. 2012: 74; Kerosuo 2010: 372.)

Toisaalta myös hoitohenkilökunnan ja potilaan kohtaamisessa vallitsee tiedon epäsuhta ja tämän vuoksi potilaslähtöisyyden toteutuminen ei ole terveydenhuollossa itsestäänselvyys. Potilas ei aina voi itse tehdä valintoja hoitojen suhteen, vaan hänen on luotetta-

va asiantuntijoiden erityisosaamiseen. Lisäksi terveydenhuollon potilaan palvelukäyt-  
täytymiseen vaikuttavat potilaan lisäksi rahoittajat, työnantajat ja terveystyöntekijät,  
jotka luovat rajat terveydenhuollon niin sanotulle asiakkuudelle. Terveydenhuolto-  
palveluihin pyritään saamaan potilaslähtöisyyttä, mutta myös järjestelmän monitahoisuus  
aiheuttaa ongelmia. Monitahoisuutta ylläpitää se, että terveydenhuollon organisaatiot  
ovat erillään toisistaan ja tiedonsiirto tahojen välillä on haasteellista. Terveydenhuollon  
ammattilaiset saattavat haluta ja yrittää yhteistyötä, mutta sen yhtenä esteenä ovat ra-  
kenteelliset raja-aidat järjestelmien välillä. (Parvinen ym. 2005: 50; Kerosuo 2010: 372–  
379; Lillrank 2013: 7.)

Sosiaali- ja terveysalalla työn tavoitteena on edistää asiakkaan ja potilaan terveyttä,  
toimintakykyä ja selviytymistä arjesta. Tämän vuoksi terveydenhuoltoalan työntekijöiltä  
vaaditaan potilaslähtöisyyttä ja lisäksi työhön sitoutumista. Haasteena on terveyden-  
huollon palvelujärjestelmiin kohdistuvat moninaiset odotukset. Odotukset liittyvät pal-  
veluiden saatavuuteen ja tehokkuuteen sekä laatuun ja hyvään hoitoon. (Wallin 2012:  
85.) Toisaalta oman haasteen potilaslähtöisyyden toteutumiselle tuo terveydenhuollon  
organisaatioiden kompleksisuus liittyen professionaalisuuteen. Hierarkkisuus ja erikois-  
tuminen terveydenhuollossa lisäävät monitulkintaisuutta ja kompleksisuutta vaikutta-  
malla samalla toimintatapoihin ja johtamiseen. (Vartiainen 2009: 177.) Lisäksi haaste-  
na potilaslähtöisyydessä on sen kehittämisen tieteellinen näyttö. Ideologinen pohja sen  
sijaan on vahvempi. Potilaslähtöisyyttä mittaavien tekijöiden tutkiminen on myös haas-  
teellista ja terveydenhuollossa lääketiede perustuu vahvasti satunnaistettuihin kontrol-  
loituihin tutkimuksiin, joiden mukaan paras hoito määritellään. Potilaslähtöisyyden ei  
ole tarkoitus kääntää potilas-lääkärisuhdetta toisin päin vaan ottaa potilas aktiivisemmin  
mukaan tavoittelemaan yhdessä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa parasta mah-  
dollista terveydentilaa. Tarkoitus on lisätä potilaan omaa aktiivisuutta ja myös vastuuta  
omasta terveydestä. (Eijk ym. 2013: 926.)

Potilaiden palvelun tarpeen määrittämiseen ja saatavuuteen vaikuttaa myös henkilökohtaiset ja taloudelliset tekijät. Taloudellisesta näkökulmasta työterveyshuollon ja yksityisen puolen kautta palveluiden saatavuus on helpompaa. Potilaan henkilökohtaisia palvelujen saatavuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat oma motivaatio ja toimintakyky hakea pal-

veluita, koulutustaso, kieli ja asenteet terveydenhuoltoa kohtaan. (Lillrank ym. 2010: 74–75.) Haastavaa potilaslähtöisyyden toteuttaminen on kroonisissa sairauksissa, joissa toimintakyky ja kognitiiviset taidot ovat heikentyneet. Tällöin potilaalla tulisi olla omainen tai ulkopuolinen tukihenkilö, jonka kautta potilaslähtöisyys voisi toteutua. (Eijk ym. 2013: 926.)

## 2.2. Prosessijohtaminen ja prosessijohtaminen terveydenhuollossa

Prosessijohtaminen liittyy tuotantotalouteen, joka tutkii tavaran – ja palvelutuotantojärjestelmien logiikkaa. Tuotantotalouden ilmiöitä ovat prosessit, tuotantojärjestelmät, ketjut ja verkostot. Tuotantotalouden koulukuntia ovat muun muassa lean, Agile, laatujohtaminen ja pullonkaulateoria (Theory of Constraints). Periaatteessa lean kokoaa näiden muiden koulukuntia ajatuksia yhteen. Tuotantotalouden koulukuntia on sovellettu myös terveydenhuoltoon. Koulukuntien ajatusmallien soveltaminen terveydenhuoltoon on onnistunut vaihtelevasti. (Lillrank 2013: 2.)

Prosessijohtamisessa on yhtäläisyyksiä Frederick Winslow Taylorin tieteellisen liikkeenjohdon teoriaan. Liikkeenjohdon teoriaa käsittelevä teos, *Principles of Scientific Management*, julkaistiin ensimmäisen kerran 1911. Taylorin johtamistekniikassa on kaksi pääkohtaa. Ensimmäisessä painotetaan, että on löydettävä paras mahdollinen keino toiminnan toteuttamiselle. Nämä parhaat käytännöt määritellään ja säilytetään mahdollisia uusia ohjeita varten. Toiseksi johdon vastuulla on parhaiden käytäntöjen löytäminen, suunnittelu ja toteutus. Lisäksi teoriassa korostetaan, että hyötyjen saavuttaminen ei vaadi suuria ponnisteluja työntekijöiltä, vaan työntekijöiden ajan käyttö tulee optimoida. (Person 1972: 7, 10–11.) Julkunen (2009: 120–121) kritisoi työprosessien standardisointia ja mittaamista, joita taylorismi ja insinööritieteet pitävät yllä. Julkunen vertaa tätä byrokratiaan, jossa tarkoitus on tuottaa yhdenmukaisia, henkilöistä riippumattomia asiakirjoja ja päätöksiä, joita sääntöjen tekijät valvovat.

Prosessijohtaminen ei ole vielä riittävän teoreettisesti perusteltu käsite. Kriittisimmät ovat arvostelleet prosessijohtamisen olevan vanhojen ideoiden kokoamista uuteen kontekstiin. Viitaten Taylorin liikkeenjohdon teoriaan myös prosessijohtamisessa koko or-

ganisaation toimintatapa kyseenalaistetaan ja ajatellaan uudelleen. Prosessijohtamisen periaatteisiin kuuluu ydinprosessien uudistaminen ja suorituskyvyn parantaminen. Prosessijohtamisessa on tärkeää tunnistaa ydinprosessit ja niihin liittyvät tukiprosessit. Ydinprosessit ja tukiprosessit tulee tunnistaa ja nimetä, jotta niitä voidaan mallintaa ja kehittää. Ydinprosessien uudistamisessa kyseenalaistetaan funktionaalinen organisaatio eli missä toiminnot on perinteisesti jakautuneet kapea-alaisiksi erikoistuneiksi sektoreiksi. Prosessijohtamisessa tavoitteena on tarkastella toimintaa asiakkaan näkökulmasta, asiakkaalle arvoa tuottavana. Selkeillä prosesseilla on tarkoitus, että henkilöstö hahmottaa paremmin omat tehtävänsä osana kokonaisuutta. (Kannus 1994: 15–18; Trkman 2010: 125–126; Stenvall & Airaksinen 2012: 77.)

### 2.2.1. Prosessit ja prosessijohtamisen toteuttaminen organisaatiossa

Prosessi terminä on tärkeää määritellä organisaatiossa, että henkilöstö ymmärtää mitä prosesseilla kussakin organisaatiossa tarkoitetaan. Tämä mahdollistaa prosessien toteuttamisen ja viestinnän niihin liittyen. (Gulledge ym. 2002: 365.) Organisaatiossa prosesseja voidaan luokitella pääprosesseihin ja osaprosesseihin, toimintaprosesseihin sekä tuki- ja ydinprosesseihin. Pääprosessien näkökulmasta yhteys asiakkaisiin ja tavaran-toimittajiin on tärkeässä asemassa. Pääprosessi on yleensä aina laajempi kokonaisuus. Kuvattavia prosesseja voi olla muutamia, kymmeniä tai satoja. Määriteltävien prosessin määrä riippuu järjestelmän rajoista ja millä tarkkuudella prosessit halutaan kuvata. Yhtä oikeaa tapaa prosessien kuvaamiseen ja määrittämiseen ei ole. (Tevameri 2010: 223; Modig ym. 2013: 29.)

Prosessijohtaminen organisaatiossa edellyttää prosessien valitsemista ja tunnistamista. Prosessien ollessa tiedossa ne määritellään ja kuvaillaan. Prosessikuvauksilla selkeytetään ajatuksia prosesseista ja ne toimivat välineenä prosessijohtamisessa. Prosessien kuvaaminen yksin ei riitä vaan prosesseille on nimettävä prosessien omistajat ja päätettävä prosessien suorituskyvyn mittaamisesta, arvioinnista ja prosessien jatkuvasta kehittämisestä. Prosessijohtamiseen kuuluu olennaisena määrittää vastuuhenkilö prosessille. Prosessin vastuuhenkilön eli prosessinomistajan tehtävänä on vastata koko prosessin toiminnasta, arvioinnista ja kehittämisestä. Tällöin voidaan puhua prosessijohtamisesta.

(Virtanen & Wennberg 2007: 113–115; Virtanen ym. 2010: 122, 149; Cho & Lee 2011: 6339.)

Organisaation rakenteella ja organisaation prosesseilla on kiinteä yhteys toisiinsa. Organisaation prosesseja on hankala tunnistaa ja mallintaa, jos ei samalla pohdita organisaatorakenteen järkevyyttä. Toimintoihin jakautuneen organisaation prosessijohtamisessa prosesseja on hankalampi tiedostaa, koska tavoitteet ja osaaminen ovat erillään yksiköittäin. Toisessa prosessijohtamistavassa prosessijohtaminen on sisäistetty organisaation johdon tasolla ja tehtävät on kuvattu prosesseittain, mutta edelleen säilytetään toimintojen ja tehtävien erillisyyttä yksiköittäin. Kolmannessa vaiheessa prosessijohtamisen kannalta myös organisaation rakenteessa on saavutettu jo perustavanlaatuinen muutos. Tässä vaiheessa johtamisessa korostuvat prosessit yksiköiden toimintoihin jakautumisen sijaan. Prosessijohtamisella voidaan vastata toiminto- eli funktionaalisen organisaation raja-aitojen madaltamiseen. (Trkman 2010: 131; Virtanen ym. 2010: 151; Storch, Nara, Kipper 2013: 756.)

Prosessijohtaminen kuuluu operatiivisen johtamisen kenttään ja se voi ilmetä eri tavoin organisaatioissa. Prosessijohtaminen strategian ja organisatorisen tason kautta ajateltuna kannustaa innovaatioihin, jotka parantavat suorituskykyä, vähentävät kustannuksia, lisäävät asiakastytyväisyyttä ja taloudellista tulosta. Operatiivisella eli toiminnallisella tasolla prosessijohtamiseen liittyy toimintojen arviointi kustannusten ja henkilöstön resurssien mukaan. Lähtökohtana prosessijohtamisen onnistumisessa on sovittaa toimintaympäristö ja sen prosessit yhteen. (Klassen & Menor 2007: 1015, 1017; Trkman 2010: 125.)

Prosesseille ja toiminnoille on usein asetettu tietyt tavoitteet organisaatiossa. Tavoitteita saavutellaan toimilla, jotka tuottavat tulosta organisaation jäsenille, organisaatiolle itselleen ja yhteiskunnalle. (Hall ym. 2005: 4–5.) Prosessijohtamisen tavoitteena on saavuttaa prosesseihin laatua. Prosessien kehittämällä laadukkaammiksi oletetaan saavutettavan kilpailuetua organisaatiolle. Prosessijohtamishankkeista kuitenkin monet epäonnistuvat. Tämän vuoksi on tiedostettava menestystekijät, jotka vaikuttavat prosessijohtamisen onnistuneeseen toteuttamiseen. Toteutukseen tarvitaan organisaation strategian linjaamista prosessijohtamista tukemaan. Lisäksi ylimmän johdon tuki ja projek-

tijohtaminen prosessijohtamisen toteuttamisessa on tärkeää. Prosessijohtaminen on kokonaisvaltainen tapa johtaa, jolloin onnistuminen edellyttää myös tiimityöskentelyä ja yhteistyötä yli yksikkörajojen, jatkuvan kehittämisen ja parantamisen ilmapiiriä sekä teknologian hyödyntämistä. (Bai & Sarkis 2013: 281; Storch ym. 2013: 760.)

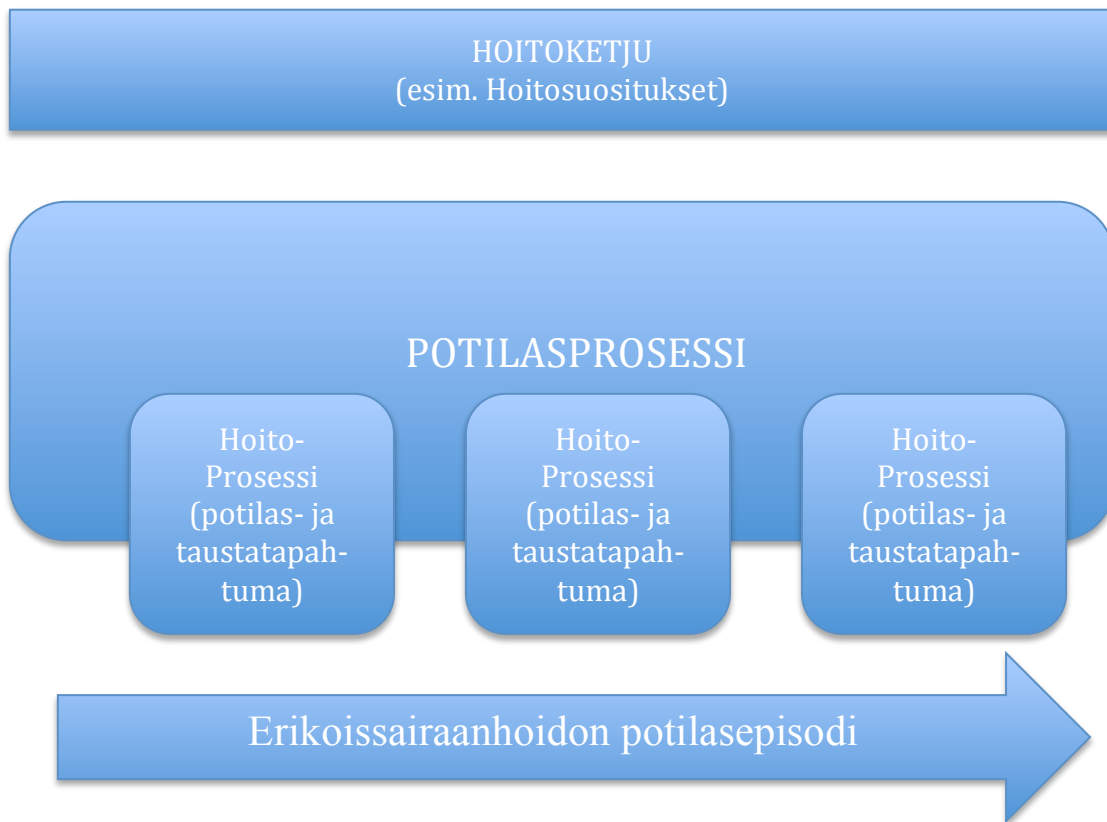
Prosessijohtamisella tavoitellaan joustavuutta prosesseihin. Joustavuutta uskotaan saavutettavan prosesseja yksinkertaistamalla ja tehostamalla. Prosessijohtamisella ja joustavuudella pystytään reagoimaan nopeammin muutoksiin ja sopeuttamaan toimintaa muutostilanteissa. (Gong & Janssen 2013: 63.) Prosessijohtaminen ei kuitenkaan välttämättä tuo tavoiteltua joustavuutta toimintaan. Antunesin ja Mouraon (2011: 1241) mukaan ongelmana on toimintojen tehtäväkohtainen kuvaaminen liian rationaalisesti ja mekaanisesti. Organisaation käyttäytyminen saattaa tällöin muuttua jäykäksi ja joustavuus sekä reagointikyky hävitä. Tämän päivän nopeasti muuttuvassa toimintaympäristössä toiminnot ovat kuitenkin monimutkaisia ja dynaamisia. Tämä tuo haastetta prosessijohtamisen toteuttamiseen. Tämän vuoksi prosessijohtamisen tulisi kyetä mukautumaan muutokseen. Perinteiset ennalta määritellyt työkulut eivät täysin vastaa nykypäivän haasteisiin monimutkaisissa organisaatioissa. Prosessijohtamista tulisikin toteuttaa kokonaisvaltaisemmin toiminnot laajemmin huomioiden, jolloin toimintaan saavutettaisiin joustavuutta ja sopeutumiskykyä muuttuvissa tilanteissa. (Wang & Wang 2006: 179.) Prosessijohtamisen toteuttamisessa käytetään usein työkaluina erilaisia tietojärjestelmiä, joilla voidaan kuvata ja selventää organisaation prosesseja sekä käyttää apuna arvioinnissa. (Poelmanns, Reijers & Recker 2013: 295.) Työkaluna voidaan käyttää esimerkiksi prosessien mallintamista uimaratoina. Uimaradoilla mallintaminen on osittain jäykkää, mutta se voi selkeyttää monimutkaisia prosesseja. (Natschläger & Geist 2013: 917.)

### 2.2.2. Prosessit terveydenhuollossa

Terveydenhuollossa prosessiajattelun tapaista on ollut nähtävissä jo 1960 ja 1970 - luvuilla. Terveydenhuollon prosessimallit ovat pohjautuneet laatujohtamisen (Total Quality Management) ja liiketoimintaprosessien uudistamisen (Business Process Re-engineering) malleihin. (Tevameri 2010: 221–222.) Prosessien kuvaamiseen liittyen

terveydenhuollossa on julkaistu vähän tutkimuksia. Tämän vuoksi niiden kuvaamiseen terveydenhuollossa ei ole erityisiä suosituksia, jotka liittyisivät tutkittuun tietoon. Prosessien tunnistamiseen ja kuvaamiseen liittyy haasteita terveydenhuollon organisaatioissa. Terveydenhuollossa prosessit ovat harvoin selkeitä ja yksinkertaisia, vaan niissä tapahtuu muutoksia ja häiriöitä, koska kyse on ihmisten hoitamisesta. Terveydenhuollossa prosessin kohteena on potilas, jolla on oma tahto ja yksilöllinen tilanne. Potilaan tilanne voi vaatia monen eri hoitoprosessin läpikäyntiä ja yleensä potilas myös siirtyy hoitoprosessista toiseen, esimerkiksi potilaan siirtyessä päivystyksestä hoitoon osastolle. (Tevameri 2010: 224–225; Scheuerlein, Rauchfuss, Dittmar, Molle, Lehmann, Pienkos & Settmacher 2012: 756; Lillrank 2013: 10.)

Terveydenhuollon prosessit näyttävät potilaan kannalta episodeina ja prosesseina. Tällaisia näihin liittyviä termejä terveydenhuollossa on paljon. Episodeja ovat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon episodit sekä itse sairaus episodi. Prosesseihin liittyviä ovat hoitosuositus, hoitoprosessi, potilastapahtuma, taustatapahtuma, hoitoketju, potilasprosessi ja tukitoiminnot. Erikoissairaanhoidon liittyviä ovat hoitosuositukset, hoitoprosessit, potilasprosessi, potilastapahtumat, taustatapahtumat (laskutus, kirjaaminen) ja hoitoketju, joka sisältää yhden potilasryhmän hoidon suunnitellun kulun hoitoprosesseineen. Seuraava kuvio havainnollistaa yhtä episodista ja sen prosesseja erikoissairaanhoidossa. Hoitoketju kohdistuu tiettyyn ongelmakokonaisuuteen tai potilasryhmään ja koostuu eri hoitoprosesseista. Hoitoprosessiin liittyy sekä potilastapahtumia että taustatapahtumia. Potilastapahtumissa potilas on läsnä hoitotapahtumassa, mutta taustatapahtumissa potilas ei ole itse osallisena. Taustatapahtuma voi olla esimerkiksi potilastietojen kirjaaminen. Potilaan koko hoitoketju voi sisältää monta eri hoitoprosessia. (Lillrank, Parvinen & Kujala 2004: 21–22.)



Kuvio 1. Eri prosessit erikoissairaanhoidossa terveysongelmaan liittyen.

Edellisessä kuviossa kuvattiin potilaan hoitoa vaakatasossa. Pystysuorat prosessit on jätetty pois. Pystysuorassa eli vertikaalisessa prosessissa on puolestaan kyse esimerkiksi läheteprosessista, joka tapahtuu samanlaisena eri potilasryhmissä riippumatta potilaan diagnoosista. Potilaan hoito sairaalassa hoitoketjuna kuvattuna tapahtuu vaakatasossa eli horisontaalisessa prosessissa. Horisontaaliset prosessit on jaoteltu yleensä potilasryhmi-en mukaan. Potilaan koko niin sanottu potilasprosessi saattaa sisältää monta eri hoito-prosessia. Horisontaalisista ja vertikaalisista prosesseista syntyy organisaatioissa pro-cessimatriisi, jonka eri prosessit halkovat toisiaan. (Aaltonen ym. 2008: 67.)

Terveydenhuollossa prosessit ovat hyvin erilaisia ja niitä on tarkasteltava ja lähestyttävä eri tavalla. Prosessit saattavat liittyä päivystykseen, yksittäiseen käyntiin, elektiiiviseen

toimintaan, pitkäaikaiseen hoivaan, hankalaan tai harvinaiseen terveysongelmaan. Elektiivisessä toiminnassa prosessi voi olla tarkasti suunniteltu, mutta esimerkiksi hankalan terveysongelman ratkaisemiseen prosessi tulee suunnitella vaihe kerrallaan ja ottaa lähestymistavaksi enemmän projekti kuin ennalta määritelty prosessi. Elektiivinen prosessi voi olla suunniteltu suoraan kyseiseen terveysongelmaan, mutta päivityksessä prosessin tulee liittyä toimintatapoihin ja sääntöihin. Prosessi muodostuu päivityksessä yksilöllisesti kunkin potilaan tilanteen mukaan. (Lillrank 2013: 10.)

Sairaalassa prosessit soveltuvat parhaiten toimintoihin, jotka toistuvat samansisältöisinä. Tällaisia voivat olla esimerkiksi Käypä hoito -suositusten mukaisesti toteutetut palvelut. Prosesseittain organisoituminen edellyttää potilaiden yhdenmukaistamista ryhmiin. Prosesseihin organisoituminen helpottuu, jos palvelun tarjonta on rajattua ja myös kysynnälle pystytään asettamaan rajoja. Ongelmallisinta on, jos funktionaalinen ja prosessiorganisaatio pyrkivät toimimaan rinnakkain. Tällöin prosessit on määritelty, mutta ne eivät toimi prosessiorganisaation mukaisesti. Pitkälle erikoistuneessa prosessisairaalassa moniongelmaisten ja päivityksellisten potilaiden hoito ei onnistu. Tällaisiin erikoistuneisiin prosessisairaaloihin tarvitaan myös laaja väestöpohja, että toiminta on taloudellisesti järkevää. (Parvinen ym. 2005: 190–191; Lillrank & Venesmaa 2010: 207.)

### 2.2.3. Prosessijohtaminen terveydenhuollon organisaatioissa

Organisaatiot ovat nykyään koko ajan muuttuvassa tilassa. Tämä vaatii organisaatioilta reagointia henkilöstön määrään, organisaation rakenteeseen, työnjakoon sekä henkilöstön tehtäviin ja vastuualueisiin. Organisaatioiden kehittyessä töitä on organisoitava uudelleen, jotta saavutettaisiin joustavuutta, potilaslähtöisyyttä ja henkilöstön hyvinvointia. (Kauhanen 2009: 47.) Toiminnan järjestäminen prosessien mukaan on yksi tapa organisoida ja rationalisoida tehtäviä. Prosessien mukaan toimintaa järjestävällä organisaatiolla on valittavanaan kolme eri organisaatiovaihtoehtoa. Näitä ovat tulosityksikköorganisaatio, matriisiorganisaatio, joka sisältää poikkileikkaavat prosessit ja prosessiorganisaatio. Organisaatiomuodon valinnan tulisi perustua organisaation tavoitteisiin ja strategiaan. Nykyään organisaatioissa saattaa yhdistyä erilaisia organisaatorakennemalleja. Näistä eri mallien yhdistelmistä puhutaan hybridirakenteina. Hybridirakenteet ovat mo-

nimutkaisia ja vaikeasti arvioitavia sekä haastavia johtaa. Hybridiorganisaatio voi tulla kysymykseen siirryttäessä prosessimaiseen toimintaa, jolloin osa toiminnasta rakentuu funktionaalisen eli toiminnallisen organisaatiomallin mukaan ja osa prosessiorganisaatiomallin mukaan. Julkishallinnossa ei juuri ole prosessiorganisaatioita vaan yleensä ne ovat prosessilähtöisiä matriisiorganisaatioita. Tehokkuuden, tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden vaatimusten myötä paineet ovat kasvaneet siirtyä matriisiorganisaatioon ja siitä edelleen prosessiorganisaatioon. (Virtanen ym. 2005: 138, 141; Peltonen 2007: 38.)

Organisaation johtamisprosessit koostuvat vertikaalisista eli pystysuorista ja horisontaalisista eli vaakatason johtamisprosesseista. Vertikaalisia prosesseja ovat esimerkiksi liiketoiminnan suunnittelu ja budjetointi. Horisontaaliset prosessit määrittävät organisaatioiden työnkulkuja. Näihin molempiin voidaan käyttää prosessijohtamisen lähestymistapaa hyväksi. Horisontaalisten prosessien, kuten hoitoprosessien uskotaan nykykäsityksissä organisaatioissa tulevan entistä tärkeämpään asemaan organisaatioiden johtamisessa. Sairaalaorganisaatioiden prosesseissa erottuvat toisin sanoen lääketieteellinen ja tuotannonohjauksen näkökulma. Molemmilla on tärkeä merkitys yksittäisen potilaan hoitoon. Prosessit ovat riippumattomia organisaatorakenteesta, mutta organisaatorakenteella on kuitenkin merkittävä vaikutus prosessien tehokkaaseen toimintaan. (Tevameri 2010: 223–225.)

Prosessiorganisaatioissa toimintaketjuja tarkastellaan horisontaalisesti. Toiminnan tarkastelun lähtökohtana on tällöin potilas ja potilaalle tuotettavat palvelut. Prosessiorganisaatiossa halutaan korostaa potilaslähtöisyyttä ja päätoiminnot tulisi määrittellä potilaiden tarpeisiin perustuen. Prosessijohtamisen tavoitteena terveydenhuollon organisaatioissa on järjestää ja kuvata tuotetut palvelut yhtenäisenä kokonaisuutena ja näin mahdollistaa keskittyminen ydintoimintoihin. Prosessiorganisaatiossa hierarkkisia johtajia ei ole vaan johtoryhmän vastuulla on kokonaisjohtaminen ja prosessien johtaminen kuuluu prosessienomistajille. Terveydenhuollon organisaatioissa tämän kaltaisen johtamistapamuutoksen esteenä on perinteiset funktionaaliset organisaatiot. Siirtyminen prosessimaisiin organisaatioihin ei ole toteutunut ja siten myös prosessijohtamisen toteutus ei ole täysin onnistunut. (Peltonen 2007: 34, 37, 41; Groop, Malmström, Lillrank, Sarkka & Hietala 2009; Tevameri 2010: 224; Virtanen ym. 2010: 148.)

Tulevaisuudessa organisaatiot tulevat olemaan entistä enemmän monimutkaisempia ja kompleksisempia. Tällöin johtamiseltakin vaaditaan enemmän uusien ennakoimattomien tilanteiden hahmottamista ja hyödyntämistä, toimintaverkostojen hallintaa sekä monimuotoisuuden hahmottamista. Prosessijohtamisen avulla voidaan vastata tähän haasteeseen ja hahmottaa prosessikokonaisuudet ja hallita niitä paremmin. Terveysthuollon organisaatioissa prosessikuvauksia on tehty jonkin verran, mutta niitä ei täysin ole onnistuttu siirtämään toteutus- ja johtamiskäyttöön. Prosessit on olemassa, mutta niiden toimintaa kokonaisuutena ei täysin hallita. (Parvinen ym. 2005: 189; Niiranen, Seppänen-Järvelä, Sinkkonen & Vartiainen 2010: 157, 166, 172; Tevameri 2010: 224–225.)

#### 2.2.4 Prosessijohtamisen haasteet ja mahdollisuudet terveydenhuollossa

Perinteinen funktionaalinen organisaatiomalli ei pysty täysin vastaamaan prosessien johtamiseen, koska toimintoihin perustuva funktionaalinen malli ei tue verkostoitumista ja yhteistyötä. Prosessirakenne saattaa olla kuitenkin tehottomampi kuin perinteinen funktionaalinen malli, jos sen toteuttaminen epäonnistuu. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta kohdistuu yksiköiden toiminnan hallintaan ja tähän ei byrokraattisella hallinnalla pystytä. Byrokraattisen hallinnan rinnalle tarvitaan modernin hallinnan keinoja. (Tanttu 2007: 23; Tevameri & Kallio 2009: 20.) Toisaalta terveydenhuollon kompleksisuus huomioiden ei riitä, että puututaan hierarkkisiin rakenteisiin ja vallan sekä vastuun jakoihin, vaan järjestelmää on kehitettävä kokonaisuutena huomioiden eri intressiryhmät. (Vartiainen 2009: 173.)

Hoitoprosessien sisältämien toimintojen sujuvuus ja jatkuvuus yli yksikkö- ja organisaatorajojen tuo haastetta prosessijohtamiseen. Terveyspalveluiden tuottajat saattavat tunnistaa vain oman yksikkönsä hoitoprosessit, mutta organisaatorajoja ylittävistä potilasryhmien hoidon kokonaisuuksista ei ehkä ole selvää kuvaa. Potilaille tämä voi näyttäytyä käsityksenä, että hoidon kokonaisvastuu puuttuu. (Lillrank ym. 2004: 24.) Prosessijohtamisen mahdollisuutena on tehdä läpinäkyvämmäksi hoitoprosesseja ja estää sekä tuoda esiin mahdollisia puutteita (Bertolini, Bevilacqua, Ciarapica & Giacchetta 2011: 62). Prosessien johtaminen ja organisointi on mahdollisesti kuvattu tietyn ammattiryhmän näkökulmasta, jolloin yhteistyötä yli tehtävärajojen ei voi syntyä. Tällä on

taustansa funktionaalissa organisaatiossa. Tärkeää olisi tiivistää eri asiantuntijoiden välistä yhteistyötä, jotta voitaisiin yhdistää asiantuntijoiden osaaminen ja saada aikaan potilaan kannalta toimiva ja joustava palvelu. Tämä vaatii yksittäiseltä asiantuntijalta ajatustavan muutosta ja siirtymistä pois mukavuusalueelta. Parhaassa tapauksessa voi syntyä uutta osaamista ja uusia parempia toimintatapoja potilaiden tarpeista lähtien. Prosessilähtoisellä toiminnan johtamisella voidaan saavuttaa yhteistyötä yli yksiköiden ja organisaatioiden rajojen. Yhteistyön esteitä yksilöiden tasolla terveydenhuollossa ovat työn itsenäinen luonne, asiantuntijuus ja itseohjautuvuus. Yksiköiden välisen yhteistyön ongelmana voi olla kokonaiskuvan hahmottamisen puute ja organisaation edun sijaan yksiköt ajattelevat omaa etuaan. Prosessijohtamisen avulla voidaan vaikuttaa tähän ongelmaan, koska tarkoituksena prosessijohtamisessa on kokonaisuuden selkeyttäminen ja hahmottaminen. (Tanttu 2007: 73; Tevameri 2010: 222; Hellstöm, Lifvergren & Quist 2011: 501–504.)

Prosessijohtamisessa on kyse muutoksesta. Muutoksessa pidetään tärkeänä erityisesti lähiesimiesten tehtävää viedä sovittuja päätöksiä käytäntöön yhdessä henkilöstön kanssa ja pysyä päätösten takana. (Sillanaukee 2004: 277.) Lähiesimiehiltä ja johdolta vaaditaan prosessiorganisaation johtamisessa selvästi korkeampia johtamisvalmiuksia kuin mitä funktionaalinen organisaatio on edellyttänyt. Prosessijohtaminen ja prosessien organisointi sairaalaympäristöön on haasteellista, koska sairaalaorganisaation perinteistä erikoistumiseen liittyvää asemaa ja työnkuvaa joudutaan sopeuttamaan prosessimaiseen toimintaan. Tämä saattaa herättää vastustusta perinteisiin ammattikuntiin kuuluvien henkilöiden keskuudessa. (Tevameri 2009: 20; Tevameri 2010: 222.) Asemaan ja työnkuvaan liittyen prosessijohtamisen soveltaminen terveydenhuollossa ei ole ollut täysin ongelmaton. Menestyksen esteenä on pidetty lääkärikunnan haluttomuutta muutokseen ja myös hallinnon ihmisten lyhytnäköistä näkemystä tulevaisuudesta. Vastustusta on löytynyt myös hoitohenkilökunnan ja muunkin henkilökunnan keskuudesta. Ongelmana on ollut ymmärryksen puute potilaiden tarpeista ja laadukkaita käytäntöjä ei ole osattu johtaa käytäntöön. Näitä samoja haasteita on raportoitu jo 90-luvulla, jolloin laatujohtamista sovellettiin terveydenhuollossa. (Geber 1992: 25; Bertolini ym. 2011: 43.)

Prosessijohtamista voidaan soveltaa terveydenhuollossa parannettaessa, uudelleen suunniteltaessa ja valvottaessa toimintaa. Valvonnalla prosessijohtamisen yhteydessä tarkoitetaan esimerkiksi virheiden ennaltaehkäisyä. Prosessijohtamisen yksittäisenä apuvälineenä ovat tarkistuslistat, joita käytetään apuna kirjaamisessa ja muistuttaessa eri työvaiheista. Prosessijohtamista voidaan käyttää työkaluna myös potilassiirroissa eri osastojen, yksiköiden tai organisaatioiden välillä. Prosessijohtamisessa prosessin eri vaiheet kuvataan ja tarkastellaan jatkumona ja suunnitelma tehdään alusta loppuun läpi eri yksiköiden toimintojen. Tällä suunnitelmalla voidaan havaita tiedonsiirtoon liittyviä kriittisiä tilanteita ja muita toiminnan joustavuuden kannalta ongelmallisia kohtia. Prosessikuvauksien onnistuessa ne hahmottavat arvovirran läpi yksiköiden. Tällöin prosessijohtamisen mahdollisuutena on hahmottaa ja hallita monimutkaista kokonaisuutta. Prosessijohtamisen hallintaan vaikuttaa oleellisesti myös tietojärjestelmät. Tietojärjestelmiä on monia erilaisia ja tiedonsiirto eri yksiköiden ja organisaatioiden välillä on haasteellista. Tiedonsiirron kannalta huomioitavia tilanteita ovat vuoronvaihdot, potilaiden siirrot toiselle osastolle tai toiseen hoitolaitokseen. (Hart 2010: 12; Hellstöm ym. 2011: 500; Gogan, Baxter & Boss 2013: 81–83.) Potilastiedon kanta-arkiston pitäisi tuoda tähän haasteeseen helpotusta. Tarkoituksena kanta-arkistossa on, että potilas itse voi nähdä omat tietonsa internetistä ja myös ammattilaiset voivat hyödyntää potilastietoja hoidossa organisaatiosta ja paikkakunnasta riippumatta. (Kansallinen Terveysarkisto 2013.)

#### 2.2.5. Prosessijohtaminen ja potilaslähtöisyys

Suomen talouslama 1990-luvulla sai aikaan työorganisaatioiden toimintatapojen uudistamisen. Laman jälkeen oli sopeuduttava työttömyyteen, talouden globalisoitumiseen ja julkisen sektorin supistumiseen. Johtamisessa prosessiajattelu ohjasi uudistamista ja tiimityöskentely yleistyi. Terveydenhuoltoon potilaslähtöisyys tuli samoihin aikoihin 1990-luvulla uuden julkisjohtamisen mukana (New Public Management). Uudella julkisjohtamisella painotettiin muun muassa asiakaslähtöisyyden lisäksi prosessiajattelua, tuloksellisuutta ja kustannustehokkuutta. (Alasoini 2012: 103–104; Wallin 2012: 86.) Wallin (2012: 87, 94) kritisoi uuteen julkisjohtamiseen liittyvää prosessiajattelua, missä palvelut ovat standardisoituja ja yhdenmukaisia. Hänen mukaansa tämä on johtanut

ammattillisen toimintavapauden vähentymiseen, palvelukäyttäjän elämäntilanteen huomiotta jättämiseen ja työhön sitoutumisen heikkenemiseen. Työhön sitoutumisen hän uskoo vahvistuvan potilaslähtöisyydellä. Vastaavasti Moyes (2008: 21) esittää hoitoprosessien johtamisella ja uudelleen suunnittelulla voivan saavuttaa merkittäviä säästöjä, joita voidaan kohdistaa potilaslähtöisemmin. Tutkimuksessa esiteltiin rintasyöpäpotilaiden hoitoa, jossa odotusajat pyrittiin minimoimaan, tutkimukset keskitettiin samalle päivälle kuin kirurgin tapaaminen ja varmistettiin, että potilaat tapaavat asiantuntijalääkäreitä kokemattomien lääkäreiden sijaan. Myös rintasyöpädiagnoosin antamiseen varattiin riittävästi aikaa. Tehostamalla diagnosointia leikkauksia tehtiin enemmän päivässä ja näin kuluja saatiin pienemmäksi.

Prosessijohtamiseen liittyvässä prosessiajattelussa potilaslähtöisyys on prosessien onnistumisen lähtökohta. Prosessit siis kohdistuvat potilaaseen ja vastaavat heidän tarpeisiinsa. Prosessiajattelussa työ suunnitellaan niin, että tehtävillä on looginen järjestys. Prosessiajattelun ideana on erottaa toisistaan standardisoidut samanlaisina toistuvat prosessit ja potilaslähtöiset, muuttuviin tarpeisiin kohdistetut prosessit. Potilaslähtöisissä uusissa prosesseissa painotus on joustavuudessa ja potilaiden muuttuvissa tarpeissa. Prosessijohtamisella tavoitellaan näiden potilaslähtöisten prosessien hallintaa. (Stenvall 2012: 77–78.) Wallinin (2012: 94–95) päinvastaisen näkemyksen mukaan prosessit automatisoituina ja potilasryhmiin pitkälle menevinä yleistyksinä ja palveluprosesseina eivät välttämättä takaa potilaalle vaikutusmahdollisuuksia omiin oikeuksiin ja tarpeisiin nähden.

Potilaslähtöistä prosessijohtamista tavoiteltaessa tärkeintä on johdon sitoutuminen, jotta muutoksella voidaan saavuttaa menestystä. Johtohenkilöiden tulee rohkaista, kannustaa ja innostaa sekä sisäisiä että ulkoisia sidosryhmiä kohti muutosta. Samalla heidän tulee johtaa muutosvastarintaa, joka liittyy aina muutokseen. Muutoksessa johtajilta vaaditaan aikaa selventää visiota ja tavoitteita tulevaisuudelle. Keskustellen sekä kommunikoiden henkilöstön kanssa heidät voidaan vakuuttaa mukaan toteuttamaan uudenlaista toimintatapaa. (Newman 1997: 363.)

Potilaslähtöisten prosessien tarjontaa rajoittavat taloudelliset tekijät, potilaiden erilainen terveyskäyttäytyminen ja lääketieteen asettamat rajat. Terveyskäyttäytymiseen liittyen

potilaat hakeutuvat hoitoon ja toteuttavat ohjeita vaihtelevasti. Taloudellisesti näkökulmasta julkisella terveydenhuollolla ei ole tarjota kaikkia vaihtoehtoja potilaille kustannuksista johtuen. (Lillrank 2013: 9.) Potilaat myös kokevat ja arvioivat laadun eri tavalla kuin terveydenhuollon asiantuntijat. Chandrasekaran ja kumppanit (2011: 548–566) esittivät, että sairaaloiden laadun parantuminen ei ole suhteessa potilaiden koettuun laatuun. Heidän mukaan prosessijohtamisella voidaan parantaa laatua sairaaloissa, mutta potilaiden koettuun laatuun sillä ei ole suoraviivaista vaikutusta. Potilaiden kokemaan laatuun ehdotettiin reagoitavan potilaslähtöisellä johtamisella.

Uudessa julkisjohtamisessa ja myös prosessijohtamisessa potilaiden riskien minimointi ja tulosten saavuttaminen on asetettu etusijalle. Andersson ja Liff (2012: 260) mukaan potilaan lääketieteellinen riski on siirretty henkilöstön riskiksi ja henkilöstöstä aiheutuvat riskit on siirretty yksikön johtajan vastuulle. Potilaista on tehty riskejä yksiköiden ja osastojen johtajille sekä lääkäreille. Tämän seurauksena yksiköt sijoittavat potilaitaan nopeasti seuraaviin hoitolaitoksiin lisäten näin laitoksiin sijoittamista. Tällä ei ehkä saavutetakaan toivottua riskien minimointia potilaiden kannalta vaan lisätään potilaiden riskejä. Nämä ovat tahattomia seurauksia, mitä saattaa esiintyä yhdistettäessä prosessijohtamisen tuloksellisuutta ja potilaslähtöisyyttä johtamiseen.

### 2.3. Prosessiajattelu lean-toimintamallissa

Lean -toimintamallin prosessiajattelun ajatellaan olevan lähtöisin 1950-luvulta Japanin autoteollisuudesta, erityisesti Toyotan autotehtaalta (Toyota Production System, TPS). TPS-ajattelu pohjautuu suurelta osin laatuasiantuntija W. Edwards Demingin työhön. Länsimaiset tutkijat alkoivat 1980-luvulla kiinnostua Toyotasta ja alkoivat nimittää havaintojaan leaniksi. TPS ja lean ovat siis kaksi eri käsitettä. (Modig ym. 2013: 77.) Lean-toimintamallissa tuotannon prosessijohtaminen on organisaation toimintatapa, johon kuuluu jatkuva kehittäminen. Toiminnot ajatellaan jatkumona, missä joustavuus on tärkeää ja muutokset on otettava huomioon tuloksia tavoiteltaessa. Tämä vaatii organisaatioilta muutoskyvykkyyttä. Organisaation tulee olla kevyet ja innovatiivinen, missä on mahdollista laajat tiimityöt, työnkierto ja laadun tarkka arvioiminen. Lean-

toimintamallin mukaan prosessijohtamisessa keskitytään perustehtävään ja tämän ympärillä olevat toiminnot on koordinoitava lähelle ja pyrittävä yhteistyöhön kaikilla toimintojen osa-alueilla. Lisäksi se edellyttää jatkuvaa oppimista, missä virheet nähdään mahdollisuutena oppia ja parantaa toimintaa. (De Toni & Tonchia 1996: 221–236; Womack, Byrne, Fiume, Kaplan & Toussaint 2005: 2; Bicheno & Holweg 2009: 2, 9; Ojala & Jokivuori 2012: 28.)

Womack ja Jones ovat kuvanneet miten lean-toimintamallin periaatteet ovat siirrettävissä mihin tahansa työhön. Tärkeää on hahmottaa työn prosessien kokonaisuus ennen kuin sitä voidaan parantaa. Periaatteet ovat muotoilleet Womack ja Jones ja ne liittyvät vastuuseen henkilöstöstä, asiakkaista ja yhteiskunnasta. (Womack & Jones 1996: 9; Fillingham 2007: 231.) Womack ja Jones (1996) näkevät lean-toimintamallin periaatteiden kautta, kun taas Modig ja Åhlström (2013) kuvaavat sitä laajempänä kokonaisuutena eri abstraktitasoilla. Heidän mukaansa lean on korkealla abstraktitasolla ajateltuna käyttäytymis- ja ajattelutavan muutosta, missä johtajat ovat malliesimerkkejä omalla käyttäytymisellään. Matalammalla abstraktitasolla ajateltuna se on myös periaatteita, menetelmiä ja työkaluja. (Bicheno ym. 2009: 2; Modig ym. 2013: 88–89.) Tämä kuvaa hyvin prosessijohtamisen kehittymistä eri aikakausina mukautuen ja huomioiden kukin ajankohdan tarpeita.

Modig ja Åhlströmin (2013: 123, 126) mukaan lean on toimintastrategia, missä tärkeintä on korostaa virtaustehokkuutta resurssitehokkuuden sijaan. Virtaustehokkuuden parantuuessa myös resurssitehokkuus lisääntyy. Tältä korkealta abstraktitasolta tarkasteltuna lean-toimintamallia voidaan soveltaa kaikenlaisiin organisaatioihin. Virtaustehokkuuden näkökulma ei yleensä toteudu organisaatioissa, koska organisaatiot määrittelevät prosessit yleensä sen eri toimintojen mukaan. Virtaustehokkuuden näkökulmasta tarkasteltuna virtausyksikkö on potilas ei esimerkiksi työntekijä. Pääpaino ei ole resurssitehokkuudessa eli resurssien hyödyntämisessä vaan virtaustehokkuudessa, jonka tuloksena myös resurssitehokkuus parantuu. (Modig ym. 2013: 18–21.) Lean-toimintamallissa prosessiajattelu lähtee potilaiden tarpeista, joiden ympärille prosessit rakennetaan joustavasti. Prosessiajattelua on uudistettu potilaslähtöiseksi resurssi- ja toimintolähtöisen sijaan.

### 2.3.1. Potilaslähtöistä prosessiajattelua

Lean-toimintamalli on tullut terveydenhuoltoon 1990-luvun lopulta alkaen. Se on yksi vaihtoehto kehittää terveydenhuollon organisaation toimintaa. Siinä päähuomio on henkilöstön, resurssien ja teknologian tehokkaassa käytössä. Näiden optimaalisella käytöllä uskotaan saavutettavan potilaille paras mahdollinen palvelu. (Campbell 2009: 40; Toivonen ym. 2013: 24.) Lean-toimintamallin viiden periaatteen mukaan potilas on toiminnan suunnittelun keskiössä. Toiminnan tulee olla potilaalle arvoa (value) tuottavaa ja sen pitää vastata potilaiden tarpeisiin. Kaikki turha (waste), millä ei ole arvoa tuottavaa vaikutusta potilaalle, on poistettava tai muutettava toimintatapaa. Järjestelmän prosessin tulee olla niin toimivia, että toiminta etenee joustavasti ilman ruuhkia ja turhia viiveitä. Toiminnan kannalta on välttämätöntä jatkuvasti kehittää henkilöstöä ja prosesseja. Viimeisen periaatteen lähtökohta on täydellisyys. Toiminnassa on pyrittävä täydellisyyteen kehittämällä ja kuunnellen käytännöstä tulevia ehdotuksia sekä oppimalla virheistä. (Womack ym. 1996: 10; Decker & Stead 2008: 161–162.)

Puhuttaessa arvon tuottamisesta potilaalle voidaan tarkoittaa potilaan lisäksi myös lääkäreitä tai hallinnon työntekijää. Prosessin vaiheet, joista ei ole kenellekään varsinaista hyötyä, on poistettava tai muutettava toimintatapaa. Palvelua ei toisin sanoen tuoteta, jos sille ei ole kysyntää tai vaikuttavuutta potilaan näkökulmasta. Terveydenhuollossa saattaa olla toimintatapoja, joiden tarkoitus on lisätä arvoa terveydenhuollon ammattilaisille. Tällöinkin on hyvä miettiä, mikä on toiminnan arvo toisella terveydenhuollon ammattilaiselle. Julkisessa terveydenhuollossa arvoa tuottamattomat toiminnot liittyvät tavallisesti informaatioon, prosesseihin ja toimintaympäristöön. Informaatioon liittyen päällekkäistä tietoa on paljon ja potilailta kysytään toistuvasti samoja asioita ammattilaisten vaihtuessa. Tähän vaikuttaa yhtenä tekijänä terveydenhuollon organisaatioiden erilaiset tietojärjestelmät. Prosesseissa suurimmat arvoa tuottamattomat asiat tulevat kuitenkin virheistä. Lean-toimintamallissa pyritään minimoimaan virheet prosessijohdettujen periaatteiden mukaisesti. Muita prosesseihin kuuluvia turhia vaihteita ovat työn uudelleen tekeminen ja odotukset liittyen lupiin ja suostumuksiin. Turvallisuudella on myös tärkeä merkitys terveydenhuollossa arvoa lisäävänä tekijänä. Esimerkiksi infektioiden välttäminen käsien hygieniasta huolehtimalla on sekä ajallisesti että kustannuksel-

lisesti suuri vaikutus terveydenhuollossa ja potilaan laadukkaassa hoidossa. (Campbell 2009: 40, 42; Lillrank 2013: 5.)

Arvoa tuottamattomat vaiheet saadaan selville käymällä prosessia vaihe vaiheelta läpi ja miettimällä eri vaiheissa, mitkä ovat prosessin ongelmakohdat ja tämän hetkinen tilanne. Kehitettäessä prosessia tulee huomioida kuka on potilas ja mitkä ovat hänen tai heidän tarpeensa. Arvovirtakartoilla eli sairaaloissa hoitoketjujen kuvaamisella kokonaisuutena voidaan hahmottaa virtaukseen ja virtaustehokkuuteen liittyviä ongelmia monimutkaisessa järjestelmässä. Organisaation tulee toimia yhdessä kokonaisuutena, jolloin ei riitä, että yksikkö tai yksi osasto on hionut toimintaansa liittyen hoitoprosessiin. (Campbell 2009: 42, Toivonen ym. 2013:24.)

Arvoa tuottavien ja tuottamattomien toimintojen vaiheita tulee tarkastella jatkumona. Tällöin havaitaan helpommin arvoa tuottavat, välttämättömät toiminnot ja myös arvoa tuottamattomat. Tällä tavoitellaan prosessien joustavuutta ja mahdollisimman optimaalista resurssien käyttöä. Joustavuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa potilaan odotusajan, keskeytysten ja turhasta kivusta kärsimisen välttämistä. Tähän liittyen myös ”pull”-sanalla on lean-toimintamallissa oma merkityksensä. Sen vaikutus näkyy prosessien virtauksessa ja jatkuvuudessa. Tällä pyritään välttämään prosessin vaiheita, missä seuraava taho ei ole valmis jatkamaan prosessia. Esimerkiksi teho-osastolta potilaan siirtyessä osastolle, osaston tulee olla valmiina vastaanottamaan potilas. Toimintatapojen sopimisella yksiköiden välillä voidaan välttää sekaannuksia ja ylimääräistä työtä. (Campbell 2009: 40–41.)

Prosessien toteuttaminen edellä esiteltyjen periaatteiden mukaan vaatii tietynlaisen organisaatiokulttuurin, muuten periaatteiden vieminen käytäntöön ei todennäköisesti onnistu. Lean-toimintamallin prosessiajattelu tuo uutta näkökulmaa perinteisen sairaalan organisaatiokulttuuriin. Lean-toimintamallissa korostetaan eri ammattiryhmien välisiä tiimejä ja johtajat nähdään enemminkin ohjaajina ja mahdollistajia. Tärkeää on korostaa potilaslähtöisyyttä ja prosessijohtamisen toimintatapaa asiantuntijajohtoisena sijaan. Vastakohtana voidaan pitää perinteiseen sairaalakulttuuriin liittyvää syyllistämistä, tiedon pitämistä itsellä ja oman toiminnan näkemistä parhaana kyseenalaistamatta. (Womack ym. 2005: 4–5.) Prosessiajattelun toteuttamisen keinona lean-toimintamallissa voidaan

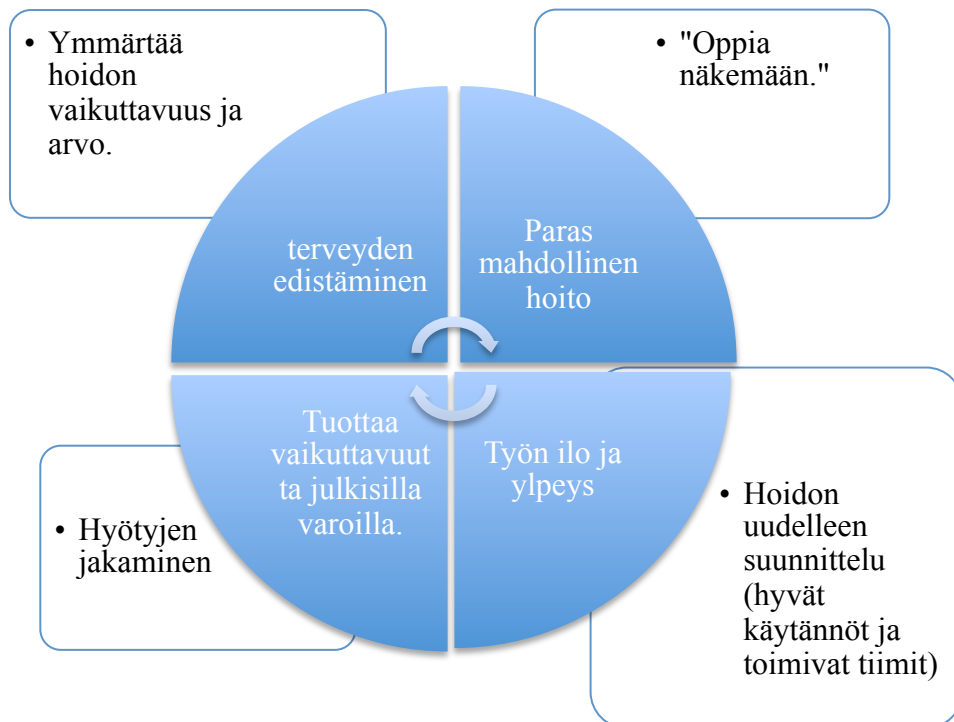
käyttää monia erilaisia menetelmiä ja työkaluja. Näistä mainittakoon *kaizen*, joka koskee matalan riskin ja kustannuksen parannuksia, *Six Sigma*, joka liittyy standardointiin ja organisointiin, *5 why* eli seurausten analyysi ja prosessien kartoittaminen. (Holden 2011: 266, 270.) Prosessijohtamisen mukaan lean-toimintamallissa on kyse selkeyttää monimutkaisia prosesseja ja saada aikaan parhaat käytännöt potilaslähtöisyys huomioiden.

### 2.3.2. Lean –toimintamalli prosessiajattelun mahdollistajana terveydenhuollossa

Lean-toimintamallia on toteutettu onnistuneesti terveydenhuollon palveluissa. Sitoutuminen sen toteuttamiseen tulee tapahtua organisaation ylimmästä johdosta lähtien. Henkilöstöä on alusta lähtien otettava mukaan prosessien kehitystyöhön, että he omaksuvat uudenlaisen toimintamallin ja tavan ajatella asioita. Johtajat ovat avainasemassa luomassa organisaatioon sellaista ilmapiiriä, että muutos on mahdollinen. Johtajilta edellytetään muutosjohtamisen valmiuksia, koska kyse on suuresta muutoksesta koko organisaatiossa. Organisaation omaksuttua uusi ajattelu lean-toimintamallin mukaan, on mahdollista lisätä tuottavuutta, laatua, palveluiden oikea-aikaisuutta ja myös vähentää kustannuksia. (Womack ym. 2005: 1, 4.)

Prosessiajattelun mukaisesti lean-toimintamallissa on tarkoitus systemaattisesti selkeyttää monimutkaista kokonaisuutta. Ajattelun tulisi lähteä jo organisaation arvoista ja konkretisoida ne potilaan arvoina. Potilaan kannalta ajateltuna olennaisinta on kokonaisuhoitoaika. Potilasvirtojen sujuvuuden kannalta sairaalaa tulee ajatella kokonaisuutena. Sairaalaa kokonaisuutena hahmotettaessa prosesseja tarkastellaan laajoina kokonaisuuksina. Sujuvilla potilasvirroilla vähennetään kustannuksia ja odotusaikaa, parannetaan hoitotuloksia sekä lisätään turvallisuutta. Laajassa hoitoprosessien kehittämisessä tulee ottaa huomioon potilaiden sisään-, läpi- ja ulosvirtaus. Sisääntulovaiheessa potilas odottaa pääsyä tutkimuksiin ja läpivirtauksen aikana lääkäri tutkii potilaan ja syntyy jatkohoitopäätös. Ulosvirtausta tulee tarkastella potilaan siirtona kotiin, toiseen hoitopaikkaan tai siirtona sairaalan sisällä. Näitä eri jonotustilanteita tarkastelemalla ja kehittämällä voidaan vaikuttaa potilasvirtauksiin. (Toivonen ym. 2013: 24.)

Alla oleva kuvio 2 esittää Boltonin sairaalan kehittämää sykliä lean-toimintamallin pohjalta. Sairaala aloitti vuonna 2005 määrätietoisesti kehittämään sairaalaa lean-toimintamallin mukaisesti. Kuviosta nousevat esiin kokonaisuuden hahmottaminen ja ajattelutavan muutos, jotka mahdollistavat uuden syntymisen. Kuvio on vapaasti suomennettu Fillinghamin artikkelin kuviosta. (Fillingham 2007: 233.)



Kuvio 2. Boltonin sairaalan hoidon parantamisen systeemi (mukaillen Fillingham 2007: 233).

Toinen edellä kävijä on ollut seattlelainen Virginia Mason Medical Center, joka lähti lean-toimintamallin toteutuksessa liikkeelle laatimalla organisaatiolle uuden strategian vuonna 2001. Boltonin mallissa lean-toimintamalli on nähty lähellä hoidon toteutusta, mutta Virginia Mason Medical Centerissä koko strategiakolmion huipulla on potilas ja sen alapuolella organisaation visio, toiminta-ajatus ja arvot. Strategian toteutumisen tukipilareina ovat henkilöstö, laatu, palvelu sekä kehittyminen ja uudistuminen. Tarkoi-

tuksena oli heti alusta lähtien osoittaa koko henkilöstölle vision, arvojen ja strategian kautta, että prosessit tulee rakentaa potilaiden tarpeiden ympärille. (Womack ym. 9–11.) Edellä esitetyt esimerkit kuvaavat, että menetelmät ja työkalut vaihtelevat organisaatioista riippuen, mutta yhteistä kaikille on yhteisen vision, arvojen ja strategian luominen lähdettäessä toteuttamaan uusia toimintatapoja. (Grove, Meredith, MacIntyre, Angelis & Neailey 2010: 204.) Erityisesti järjestelmissä, joissa on paljon muutoskyvyttömyyttä, on tärkeää ottaa johtohenkilöt mukaan jo toteuttamisen alkuvaiheessa. Sekä ylemmän että alemman johdon rooli on tärkeä jalkautettaessa jatkuvan kehittämisen ja parantamisen ilmapiiriä organisaatioon. (Bowerman & Lamb-White 2007: 228–230.) Terveysterveysthuollossa tulee kiinnittää huomiota turhiin hoitovaiheisiin sekä tarpeen ja potilasmäärien hallintaan. Johtamisen avulla voidaan parantaa kommunikaatiota ja ylläpitää yhteistyötä sidosryhmiin. Lean-toimintamallin, kuten ei minkään muunkaan toimintatavan käyttöönotto tapahdu hetkessä, vaan vaiheittain kokonaisuus muistaen. Mallin toteuttamisessa tarvitaan myös asiantuntijuutta sitoutumisen ja toteuttamisen tueksi. Palaaminen entisiin toimintatapoihin on mahdollista, jos ei kehittämistä ja uuden toteuttamista pidetä yllä. Lean-toimintamallin käyttöönottoon liittyy sekä haasteita että mahdollisuuksia, joista kerrotaan seuraavassa kappaleessa. (Vuorinen & Gröhn 2012: 51–52; Toivonen 2013: 25.)

### 2.3.3. Lean-toimintamalli uudistamassa terveydenhuollon prosesseja

Terveysterveysthuolto on moninainen ja sisältää monia eri toimialoja. Monen eri toiminnan vuoksi sairaalaorganisaation kehittämiseen ei voi käyttää yhtä johtamisperiaatetta. Myös lean-toimintamallin tapauksessa on sovellettava sen eri versioita. (Lillrank 2013: 2–3.) Lean-toimintamallin soveltaminen onnistuu organisaatioissa, joissa on päällekkäistä työtä, kysyntä on ohjattavissa ja prosessit voidaan suunnitella etukäteen. Tällaisia prosesseja voivat olla esimerkiksi elektiiiviset toimenpiteet ja kysynnän ohjaukseen liittyen esimerkiksi erikoissairaanhoidon lähetepakko. Yleiset lean-toimintamallin toteuttamisessa huomioitavat tekijät, kuten virtaustehokkuus ja resurssitehokkuus sekä laadun ja potilasturvallisuuden optimointi soveltuvat käytettäväksi kaikissa tilanteissa. Lean-toimintamallin soveltaminen terveydenhuoltoon ei ole ongelmatonta. Haasteita terveydenhuollossa aiheuttavat muun muassa arvon määrittäminen potilaalle, potilaslähtöi-

syyden toteuttaminen, hukan määrittäminen, prosessien selkeyttäminen ja kysynnän hallinta. (Lillrank 2013: 7.)

Terveydenhuollossa resurssit ovat rajalliset ja tarve kasvavaa. Tämän vuoksi on tärkeää omaksua pitkän tähtäimen visio lean-toimintamallin toteutuksessa. Tutkimusten mukaan haasteita toteutuksessa saattavat olla prosessien suuri vaihtelevuus, lean-toimintamallin ymmärtämisen puute, huono vuorovaikutus ja johtaminen, hankaluudet määrittää turhaa prosesseissa ja mietittäessä, kuka on potilas ja mitä arvoa hänelle tuotetaan. Haasteisiin voidaan vaikuttaa avoimella suunnittelulla, uudistavalla johtamisella, vuorovaikutukseen ja kommunikointiin panostamalla, tunnistamalla ja jakamalla parhaita käytäntöjä sekä jakamalla ajatusta lean-toimintamallista. (Grove ym. 2010: 204; Dart 2011: 279.)

Virtaustehokkuuden korostaminen prosesseissa on tärkeää. Sen merkitys ei Lillrankin mielestä näyttäydy kuitenkaan samalla tavoin kroonisten sairauksien hoidossa tai palliatiivisessa hoidossa, koska näihin liittyvällä hoidolla ei ole tiettyä päätepistettä tai hoitoaikaa. Hänen mukaansa tekonivelkirurgiaan virtaustehokkuutta voidaan soveltaa, koska sen prosessit voidaan suunnitella ja aikatauluttaa tarkemmin. (Lillrank 2013: 5, 7, 9.) Lillrank kuvaa virtaustehokkuutta prosessin näkökulmasta, kun taas Modig ja Åhlstöm (2013: 18–22) näkevät virtaustehokkuuden ”virtausyksikön” eli potilaan näkökulmasta. Tällöin myös kroonisten sairauksien pahenemisvaiheessa virtaustehokkuus voi olla positiivinen asia potilaan näkökulmasta. Virtaustehokkuus näkyisi tällöin siinä, että potilasta hoidetaan samassa paikassa yhdistäen moniammatillista osaamista ja minimoiden potilaan odotusaikoja. Edellä kuvatut erilaiset näkökulmat asioiden tarkasteluun tuovat esiin myös sen miten eri tavalla potilaslähtöisyyttäkin voidaan lähestyä.

Terveydenhuoltopalveluiden tehostamisesta on puhuttu paljon. Terveydenhuollon työntekijät ja johtajat voivat vaikuttaa resurssien hukkaamiseen tehostamalla toimintaa ja saavuttamalla samalla potilaslähtöisempiä palveluita. Toimintoja tulee järkevöittää sijoittamalla niitä lähelle toisiaan sekä tietojärjestelmiä ja rutiinotoimintoja parantamalla. Edellä lueteltuja asioita voidaan pitää yleisinä lean-toimintamallin tavoitteina, joiden toteuttamiselle ei ole esteitä terveydenhuollossa. Haasteena terveydenhuollon organisaatioissa on kuitenkin funktionaalisuus ja monien eri toimintojen jakautuminen omiin ”sii-loihin”. (Bush 2007: 873.) Terveydenhuollon organisaatiot ovat myös lähtökohtaisesti

suunniteltu tuottajia ja rahoittajia ajatellen, joten suunnittelussa ei ole potilasta aina asetettu etusijalle. Esimerkiksi kaikki potilaille tehtävät testit eivät välttämättä ole lääketieteellisesti tarpeellisia, mutta voivat tuottaa tehokkuutta organisaatiolle. Eräissä tutkimuksissa seurattiin lääkärin tietoisuuden lisääntymistä liittyen turhiin diagnostisiin testeihin sisätautien osastolla. Vuoden aikana diagnostisten testien kustannukset vähenivät 13 prosenttia. Suurimmat vähennykset saatiin aikaan laboratoriotesteissä. (Dart 2010: 279.)

Henkilöstön näkökulmasta ajateltuna lean-toimintamalli on saanut kritiikkiä siitä, että se ehkä rajoittaa työntekijöiden luovuutta ja innovatiivisuutta sekä lisää työntekijöiden työmäärää heikentäen näin työntekijöiden työhyvinvointia. Uusia toimintamalleja voidaan toteuttaa kuitenkin monella eri tapaa, mutta ajatuksena prosessijohtamisessa ja lean-toimintamallissa ei ole tehdä kovemmin töitä vaan fiksummin. (Grove ym. 2010: 206.) Dart (2011: 280) esitti The Denver Healthin työntekijöilleen tehdyn sitoutumiskyselyn tuloksia. Työntekijät, jotka olivat osallistuneet The Denver Health organisaatiossa lean-toimintamallilla toiminnan parantamiseen antoivat kyselyn kaikilla osaluilla korkeampia pisteitä verrattuna työntekijöihin, jotka eivät olleet osallistuneet kehittämiseen.

Prosessiajattelun mukaisesti lean-toimintamallin tavoitteena on tehostaa organisaation toimintaa ja järkevöittää resurssien käyttöä ja huomioida resurssien käytössä potilaslähtöisyys. Sen avulla prosesseista voidaan tehdä potilaslähtöisempiä, jolloin myös potilastyytyväisyyden uskotaan lisääntyvän. (Dart 2011: 279; Vegting, Beneden, Kramer, Thijs, Kostense & Nanayakkara 2012: 70.) Holden (2011: 271) oli koonnut 18 tutkimusartikkeliin perustuen yhteenvedon lean-toimintamallin implementoinnista päivystystoimintaan Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Australiassa. Yhteenvedon perusteella useassa artikkelissa tuli esiin lean-toimintamallin positiiviset vaikutukset hoitoprosesseihin ja potilastyytyväisyyteen. Kasvavassa kysynnässä sen uskotaan vähentävän turhia prosesseja ja näin mahdollistavan oikea-aikaisen hoidon ja ehkäisevän potilasjonojen kasvamisen. Hoitoprosesseja kehittämällä voidaan parantaa potilaiden palveluiden saannin nopeutta ja tehokkuutta. (Bowerman ym. 2007: 228–230.) Atkinson ja Mukaetova-Ladinska (2011: 328) raportoivat samankaltaisia tuloksia tutkimuksessaan lean-

toimintamallin soveltamisesta mielenterveyspalveluissa. Mielenterveyspalveluiden saatavuus ja potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon laatu parani.

## 2.4. Teoreettisen viitekehyksen yhteenveto

Prosessijohtamisessa ja lean-toimintamallissa on paljon yhteistä ja teoriaan viitaten erot löytyvät painotuseroista. Lean-toimintamallissa korostetaan enemmän asiakasta, kun taas prosessijohtamisessa painotus on ehkä enemmän prosesseissa ja niiden tehostamisessa sekä tarkassa kuvaamisessa. Lean-toimintamallilla päästää yksinkertaisilla asioilla kohti prosessiajattelun sisäistämistä. Konkreettiset keinot helpottavat sen omaksumista kukin työntekijän omasta näkökulmasta katsottuna. (ks. Kannus 1994: 15–18; Womack ym. 1996: 10; Decker & Stead 2008: 161–162; Trkman 2010: 125–126; Stenvall & Airaksinen 2012: 77.) Tämän tutkimuksen yhteenvedossa prosessijohtamista ja lean-toimintamallia on pohdittu kolmen eri näkökulman kautta. Näkökulmia ovat johto ja esimiestaso, henkilöstö ja toimintatavat. Näkökulmiin on mietitty laajempia asiakokonaisuuksia sekä yhteenvedon lopussa oleva taulukko (1) sisältää näiden näkökulmien haasteita ja mahdollisuuksia.

Johdon ja esimiestason näkökulmasta ajateltuna prosessijohtamisessa ja lean-toimintamallissa korostuvat johdon vastuu vision, arvojen ja strategian levittämisessä koko henkilöstön tietoisuuteen. Tähän liittyen johto ja esimiestaso toimivat organisaatiossa esimerkkinä henkilöstölle strategian mukaisesta toiminnasta. Lean-toimintamallissa ja prosessijohtamisessa painottuu myös vastuun jakaminen sekä alaisen kesken että johtoportaan madaltaminen ja vastuun lisääminen prosessinomistajille. (ks. Bowerman & Lamb-White 2007: 228–230; Tevameri 2009: 20; Grove ym. 2010: 204; Tevameri 2010: 222; Dart 2011: 279.) Henkilöstön näkökulmasta ajateltuna esille nousseita asioita ovat sitoutuminen, osallistuminen ja kehittäminen. Prosessijohtamisessa ja lean-toimintamallissa on olennaista, että koko henkilökunta sitoutetaan ja otetaan mukaan kehitystyöhön. Samalla vastuuta voidaan jakaa enemmän ja näin myös osaaminen lisääntyy. (ks. esim. Womack ym. 2005: 1, 4; Bai & Sarkis 2013: 281; Storch ym. 2013: 760.) Toimintatapoja tarkastellaan prosessien suunnittelun, kehittämisen ja arvioinnin kautta. Prosessijohtamisen ja lean-toimintamallin mukaan prosesseja ja toimintatapoja tulee tarkastella kokonaisuutena ja mahdollisimman ennakkoluulottomasti. Prosessit tulee määritellä ja kiinnittää huomio erityisesti ongelmakohtiin. Prosessityö ei lopu prosessien määrittämiseen vaan prosessijohtamisen ja lean-toimintamallin mukaan tärkeää on jatkuva kehittäminen ja prosessien arviointi. (ks. Womack ym. 1996: 10;

Virtanen ym. 2007: 113–115; Decker & Stead 2008: 161–162; Virtanen ym. 2010: 122, 149; Cho & Lee 2011: 6339.)

Seuraavan sivun taulukko (1) kokoaa teoriassa ja edellä olevassa yhteenvedossa esiintulleita prosessijohtamiseen ja lean-toimintamalliin liittyviä mahdollisuuksia ja haasteita terveydenhuollossa. Taulukon loppuosassa on potilaslähtöisyyden toteutumisen mahdollisuuksia ja haasteita lean-toimintamallissa, prosessijohtamisessa ja yleensä terveydenhuollossa. Taulukossa on vasemmalle puolelle kolmeen sarakkeeseen jaettu näkökulmat, joiden mukaan mahdollisuuksia ja haasteita on koottu yhteen teoriasta liittyen prosessijohtamiseen ja lean-toimintamalliin. Kolme näkökulmaa ovat johto ja esimiestaso, henkilöstö sekä toimintatavat, jotka esiteltiin edellisessä kappaleessa. Taulukon lopussa on tiivistetty potilaslähtöisyyden mahdollisuuksia ja haasteiden terveydenhuollossa. Potilaslähtöisyyden mahdollisuudet liittyvät vaikutuksiin, joita prosessiajattelun voidaan olettaa saavuttavan toteutumisen onnistuessa. Potilaslähtöisyyden haasteet kuvaavat yleisiä potilaslähtöisyyteen liittyviä haasteita. Prosessiajatteluun liittyen haasteellisimpina potilaslähtöisyyden toteutumisen kannalta ovat resurssit ja rajaton kysyntä terveydenhuollossa. Myös potilaslähtöinen ajattelu henkilökunnan keskuudessa mahdollistaisi uusien toimintatapojen syntymisen. Prosessiajattelun avulla toimintaa voitaisiin organisoida potilaslähtöisemmäksi. Potilaan näkökulmasta tilannetta ajatellen mahdolliset huomion arvoiset tekijät näyttäytyvät laajemmassa kontekstissa.

Taulukko 1. Teoreettisen viitekehyksen yhteenveto.

	<b>Prosessijohtaminen ja lean-toimintamalli</b>	<b>Prosessijohtaminen ja lean-toimintamalli</b>
<b>Näkökulma</b>	<b>Mahdollisuudet</b>	<b>Haasteet</b>
<b>Johto / esimiestaso</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- visio, arvot, strategia</li> <li>- oma esimerkki</li> <li>- vastuu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- yhteistyötä</li> <li>- osaaminen laajenee</li> <li>- kokonaiskuva yksikön edun sijaan</li> <li>- potilaslähtöisyys strategiaan</li> <li>- kevyt ja innovatiivinen organisaatio</li> <li>- vastuu lisääntyy esimiestasolla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- muutosvastarinta</li> <li>- vastuunjako</li> <li>- johdon sitoutuminen</li> <li>- organisaatorakenne</li> <li>- lyhyen tähtäimen visio</li> <li>- vaatii korkeat johtamistaidot</li> <li>- perinteiset roolijaot</li> <li>- ymmärryksen puute</li> <li>- kommunikointitaidot</li> </ul>
<b>Henkilöstö</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sitoutuminen</li> <li>- osallistuminen</li> <li>- kehittäminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- työhön sitoutuminen kasvaa</li> <li>- yhteistyö lisääntyy</li> <li>- osaaminen laajentuu</li> <li>- työnkierto</li> <li>- tiimit</li> <li>- työmotivaatio kasvaa</li> <li>- yhteistyötä yli ammattirajojen</li> <li>- työnjaon uudelleen muotoilu</li> <li>- jatkuva oppiminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- henkilöstön sitoutuminen</li> <li>- potilaslähtöinen ajattelu</li> <li>- henkilöstön motivointi</li> <li>- henkilöstöressurit</li> <li>- asiantuntijuus ja autonomisuus</li> <li>- lääketieteen asettamat rajat</li> <li>- perinteiset roolijaot</li> <li>- muutosvastarinta</li> </ul>
<b>Toimintatavat</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prosessit</li> <li>- suunnittelu</li> <li>- kehittäminen</li> <li>- arviointi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- perustehtävän määrittely</li> <li>- virtaustehokkuus (ks. s. 27)</li> <li>- vaikuttavuus, tuloksellisuus, tehokkuus</li> <li>- yksinkertaistaa prosesseja</li> <li>- toiminnot lähelle potilasta</li> <li>- valvonta</li> <li>- virheistä oppiminen</li> <li>- arvovirtaus</li> <li>- potilaslähtöiset prosessit</li> <li>- joustavuus, jatkuvuus</li> <li>- laadun parantaminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tietojärjestelmät, tiedonsiirto</li> <li>- taloudelliset tekijät</li> <li>- standardoidut prosessit</li> <li>- niukat resurssit</li> <li>- pääprosessien määrittely</li> <li>- arvon määrittäminen potilaalle hankalaa</li> </ul>
	<b>Potilaslähtöisyyden mahdollisuudet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- potilas on virtausyksikkö (ks. s.27), potilas kaiken keskiössä</li> <li>- potilas mukana prosessien suunnittelussa, kehittämisessä, arvioinnissa</li> <li>- oikea-aikainen hoito</li> <li>- odotusajat pienenee</li> <li>- potilastyytyväisyys parantuu</li> <li>- palveluiden saatavuus parantuu</li> </ul>	<b>Potilaslähtöisyyden haasteet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- potilaan ja ammattilaisten tietämyksen epäsuhta</li> <li>- potilaiden erilainen terveyskäyttäytyminen</li> <li>- potilastyytyväisyyden vaikea arvioiminen</li> <li>- potilaslähtöisyyttä ei tueta ammattilaisten keskuudessa</li> <li>- terveydenhuollon rajaton kysyntä</li> <li>- resurssit</li> </ul>

### 3. TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTO

#### 3.1. Tutkimuskohteen kuvaus

Tutkimuskohteeksi on valittu Vaasan keskussairaala. Vaasan sairaanhoitopiirin omistaa 13 kaupunkia ja kuntaa, joissa asuu yhteensä noin 166 000 asukasta. Hallinnollisesti sairaanhoitopiiriin kuuluu yksi sairaala, Vaasan keskussairaala. Vaasan keskussairaalaan kuuluu myös Vaasan Huutoniemellä sijaitseva psykiatrinen sairaala sekä Selkämeren sairaala, jolla on poliklinikkatoimintaa Kristiinankaupungissa. Vaasan keskussairaala tarjoaa palveluita erikoissairaanhoidon alalla Vaasan sairaanhoitopiirissä. Hallinnollisesti keskussairaala jakautuu neljään potilaita hoitavaan klinikkaryhmään. Näitä ovat medisiininen, operatiivinen, psykiatrinen ja lääketieteellisten palveluiden klinikkaryhmä. Vaasan keskussairaalassa työskentelee yli 2300 eri alan asiantuntijaa. Yhteisenä tavoitteena on antaa alueen parasta mahdollista hoitoa. Toimintaa ohjaavina arvoina ovat ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullisuus ja oikeudenmukaisuus. Taloudellisuudessa ja palveluiden saatavuudessa sairaanhoitopiiri on valtakunnan keskitasoa. (Vaasan sairaanhoitopiiri strategia 2009-2012: 6; Vaasan sairaanhoitopiiri 2013.)

Sairaanhoitopiirin hallituksen jäsenet valitaan neljäksi vuodeksi kerrallaan hallitukseen. Hallituksen tehtävänä on vastata sairaanhoitopiirin strategisten tavoitteiden laatimisesta ja luoda edellytykset tavoitteiden saavuttamiseksi. (Vaasan sairaanhoitopiiri 2013.) Vaasan keskussairaalan internetsivuilta on saatavilla vuoden 2009-2012 sairaanhoitopiirin strategian päivitys. Siinä tarkennetaan vuosille 2003-2010 laadittua strategiaa. Suomen hallituksen kunta- ja palvelurakennemuutos sekä lainsäädännön uudistaminen ovat vaikuttaneet siihen, että sairaanhoitopiirin hallitus on tehnyt vuosille 2009-2012 yksinkertaisemmän strategian tarkistuksen. Strategian tavoitteena on näyttää kehittämistyön suunta uuden lainsäädännön ja kansainvälisten kehitystrendien mukaisesti. Strategia on keskeisin toiminnan ja talouden suunnittelun lähtökohta ja sen toimeenpanossa ovat merkittävässä roolissa tulosalueiden johto. (Vaasan sairaanhoitopiiri strategia 2009-2012: 3.)

Sairaanhoitopiirin arvopohja muodostuu neljästä eri strategiasta. Strategioita ovat asiakas-, henkilöstö-, osaamis-, prosessi- ja rakenne- sekä taloustrategia. (Vaasan sairaanhoitopiiri strategia 2009-2012: 5.) Toiminta-ajatuksena on tuottaa ja järjestää ihmisläheisiä ja joustavia erikoissairaanhoidonpalveluita, joiden laatua, tehokkuutta ja saatavuutta seurataan ja kehitetään jatkuvasti (Vaasan sairaanhoitopiiri strategia 2009-2012: 6).

Seuraavaksi esitellään Vaasan sairaanhoitopiirin strategioista asiakasnäkökulmastrategia ja prosessien sekä rakenteiden strategia. Nämä strategian osa-alueet nostetaan tässä esiin, koska ne liittyvät läheisesti tämän tutkimuksen aiheeseen. Muut strategian osa-alueet jätetään käsittelemättä, vaikka niillä kiistatta onkin kaikilla yhteys toisiinsa. Sairaanhoitopiirin strategian asiakasnäkökulmassa päämäärinä ovat potilaiden hoidon vaikuttavuuden ja saatavuuden yltäminen vähintään kansallisella tavoitetasolla sekä palveluiden laadun mitattavuus ja osoitettavuus. Lisäksi päämäärinä ovat järjestelmät laadun varmistamiseen ja parantamiseen, noudattaa kansallisia käytäntöjä hoidon periaatteissa ja hoitokriteereissä, hyvä asiakastyytyväisyys potilaiden, kuntien ja yhteistyökumppaneiden keskuudessa. Näiden päämäärien toteuttamiseksi strategiassa on kerrottu strategiset projektit. Projektit strategian asiakasnäkökulmaan liittyen ovat erikoisalojen ulkoiset auditoinnit, parannettu potilashallintojärjestelmä, järjestelmä tukemaan kuntien psykiatrista avohoitoa ja yleislääketieteen konsultoivan yksikön perustaminen. Päämäärien ja projektien toteutumista seurataan erilaisilla mittareilla. Mittareina ovat esimerkiksi odotus- ja käsittelyajat, potilasvahingot, sairaalainfektiot, potilaskyselyt, kansalliset vertailut, tiedonvälitys ja kustannustaso. (Vaasan sairaanhoitopiiri strategia 2009-2012: 8–9.)

Prosesseihin ja rakenteisiin liittyen päämääränä on selkeä työnjako oman erikoissairaanhoidon, yliopistosairaalan, kansanterveystyön ja sosiaalitoimen välillä. Muita päämääriä ovat päivystyksen tarjoaminen koko piirin alueella, lääketieteellisten palveluiden tarjoaminen sekä sairaankuljetuksesta, akuuttitoiminnasta ja ensihoidosta vastaaminen. Strategisina projekteina näihin päämääriin on strategiassa kirjattu työnjakosopimukset ja hoitoketjut, yhteispäivystyksen ja tarkkailuosaston rakentaminen, sairaankuljetuksen ja ensihoidon organisointi, piirin alueen kattava lääkehuollon,

laboratorion ja kuvantamisjärjestelmän organisointi, potilasrekisterin ylläpitäjäksi ryhtyminen sekä IT-järjestelmien integrointi koko piirissä. Hoitoketjujen ja prosessikuvausten mittareina käytetään päivitettyjen prosessikuvausten määrää (%), potilasryhmittäistä työnjakosopimusta ja laadittuja hoitosuunnitelmia. Muita seurattaviksi ovat päiväkirurgian ja avohoidon osuus, potilaskustannukset erikoisaloittain, erikoissairaanhoidon osuus hoidon kokonaiskustannuksissa, odotusajat ja klinikka-valmiiden potilaiden hoitopäivien lukumäärä. (Vaasan sairaanhoitopiiri strategia 2009-2012: 12–13.) Yhteisinä strategisina tavoitteina medisiinisellä, operatiivisella ja psykiatrisella tulosalueella esiintyy henkilöstön saatavuus ja erikoisalojen säilyttäminen ja kehittäminen sekä avohoitotoiminnan ja kotona tapahtuvan hoidon kehittäminen. (Vaasan sairaanhoitopiiri strategia 2009-2012: 14.)

Vaasan sairaanhoitopiirin toimintasuunnitelma on laadittu vuosille 2013-2016 ja siihen on tehty myös strategian tarkennuksia. Asiakaspalautteen parantamiseksi on perustettu vuonna 2013 asiakasraati ja yhteistyö potilasjärjestöjen kanssa tulee jatkumaan. Tarkennuksena prosesseihin toimintasuunnitelmassa on mainittu prosessien ja henkilöstöresurssien suunnittelu yhdessä terveyskeskusten kanssa. Sairaanhoitopiirin strategiasuunnitelmaa päivitetään sen jälkeen, kun Suomen hallitus on tehnyt päätöksen kunta- ja palvelurakenteesta. Toimintasuunnitelmassa on tuotu esiin myös potilaslähtöisyyden edistäminen. Kaiken toiminnan tulee olla potilaslähtöistä ja potilasta sekä hänen omaisiaan kunnioittavaa. Hoitotyön johtamisen tavoitteeksi on asetettu suunnitelmallisesti ja hallitusti kehittää hoidon laatua moniammatillisessa yhteistyössä. Toimintasuunnitelman mukaan hoitotyön kehittämisessä painotetaan seuraavia osa-alueita, potilaskeskeisyyttä, laatua, potilasturvallisuutta, hoitohenkilöstön osaamisen kohdistamista ydintehtävään ja hoitotyön vastuuttaminen prosessien kehittämisessä sekä mittarien käyttö arvioinnissa. Prosessihin liittyen toimintasuunnitelman mukaan tarkoitus on määritellä prosessienomistajat ja päivittää sekä tehdä katselmuksia prosesseihin liittyen. Hoitotyön johtamisessa tulisi käyttää aktiivisesti hyväksi saatavilla olevia mittareita. Lisäksi kehittämismyönteisyys on esitetty omana kohtana toimintasuunnitelmassa. (Vaasan sairaanhoitopiiri toimintasuunnitelma 2013: 3–4, 6.)

Vaasan keskussairaalan vuoden 2012 henkilöstöraportista käy ilmi, että vuoden 2012 aikana järjestettiin johtajakoulutusta esimiehille ja heidän sijaisilleen Kuntaliiton johdolla. Koulutus järjestettiin molemmilla kielillä ja aiheena oli *työkaluja tulevaisuuden johtajuuteen*. Hoitotyön johtamisessa tapahtui muutos vuonna 2012, kun jokaiseen klinikkaryhmään resursoitiin vain yksi ylihoitaja ja hänen tueksi hoitotyönsiantuntija. Koordinaatiohoitaja -toimintamalli aloitettiin vuoden 2012 lopussa, jotta potilaan prosessia päivystyksestä osastolle saadaan kehitettyä. (Vaasan sairaanhoitopiiri henkilöstöraportti 2012: 10; Vaasan sairaanhoitopiiri toimintakertomus 2012: 10.)

### 3.2. Tutkimuksen metodologinen viitekehys ja tutkimusmenetelmän kuvaus

Pro gradu -tutkimuksen teoria pohjautuu kirjallisuuteen ja tutkimusartikkeleihin. Tiedonhankintaan on käytetty TRIA -tietokantaa sekä eri artikkelitietokantoja. Artikkeleissa ja kirjallisuudessa on sekä suomalaisia että kansainvälisiä lähteitä. Lähteinä on pyritty käyttämään mahdollisimman uusia artikkeleita ja kirjallisuutta. Muutamia vanhempia lähteitä on käytetty syventämään aihepiiriä ja havainnollistamaan yhteys aikaisempiin teorioihin ja toimintamalleihin. Tutkimusprosessi esitetään yleensä peräkkäin tulevana vaiheina sisältäen ongelmanasettelun, aineiston keruun, analysoinnin ja raportoinnin. Laadullisessa tutkimuksessa nämä kuitenkin menevät päällekkäin ja kietoutuvat toisiinsa. (Alasuutari 2011: 251.) Tämän tutkimuksen eri vaiheet ovat myös edenneet samanaikaisesti limittäin, vaikka prosessissa on havaittavissa teorian muodostus ja tulosten analyysi.

Fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimusperinteessä ihminen on tutkimuksen kohteena ja tutkijana. Fenomenologinen tutkimuksen kohde muodostaa käsityksiään kokemusten perusteella ja kokemukset luovat merkityksiä. Näitä merkityksiä ymmärrettäessä ja tulkittaessa voidaan puhua hermeneuttisesta tutkimuksen ulottuvuudesta. (Tuomi & Sarajärvi 2011: 34.) Laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä pyritään ymmärtämään tekstiä tai toimintaa ja löytämään säännönmukaisuuksia samalla tutkitaan merkitysten maailmaa. Merkitysten maailma on ihmisten välinen ja sosiaalinen. Merkityskonaisuudet syntyvät ihmisten ajatuksista, toiminnasta, päämäärien asettamisesta tai

yhteiskunnan rakenteista. Kvalitatiivista tutkimusta voidaan toteuttaa monin eri tavoin ja sillä on kymmeniä tutkimuksen lajeja. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on koota ihmisen omia kuvauksia koetusta todellisuudesta. Esiin nousevat asiat ovat yleensä ihmiselle itselleen merkityksellisiä ja tärkeitä. Laadullisessa tutkimuksessa tulee ilmetä mitä kokemuksiin ja käsityksiin liittyviä merkityksiä tutkitaan. Kokemus on omakohtainen ja käsitykset kertoo yhteisön perinteellisistä tavoista ajatella yhteisössä. Laadullisen tutkimusmenetelmän tavoitteena ei ole oikeiden vastausten tai totuuksien löytäminen tutkittavasta asiasta vaan tulkita ihmisen toimintaa. Laadullisen tutkimusmenetelmän tulisi lisätä myös tutkittavien ymmärrystä tutkittavasta asiasta. (Karlberg, Hallberg & Sarvimäki 2002: 30; Vinkka 2005: 97–98, 103; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008: 130, 157, 158, 161.) Tämä tutkimus on kvalitatiivinen tutkimus ja tutkimusotteena voidaan pitää fenomenologis-hermeneuttista otetta. Tutkimuksessa tutkitaan prosessijohdamista laadullisesti sairaalaorganisaatiossa ja potilaslähtöisyyden toteutumista prosessien käytännön johtamisessa. Prosessien johtamista ja potilaslähtöisyyden huomioon ottamista pohditaan ja tulkitaan teoriaan nähden. Haastateltavien kokemukset ja käsitykset prosessien johtamisesta ja potilaslähtöisyydestä luovat merkityksiä, joita pyritään ymmärtämään ja tulkitsemaan tässä tutkimuksessa.

Tapaustutkimusta voidaan käyttää monissa eri tilanteissa, kun halutaan myötävaikuttaa ymmärryksen syntymiseen liittyen yksilöihin, ryhmiin, organisaatioihin tai yhteiskunnallisiin ja poliittisiin asioihin. Tapaustutkimus sallii tutkijan säilyttämään kokonaisvaltaiset ja merkitykselliset todellisuuden piirteet, kuten pienen ryhmän käyttäytymisen tai johtamis- ja organisaation prosessit. (Yin 2009: 4.) Tutkimus kohdistuu osastonhoitajien kokemuksiin ja käsityksiin hoitoprosessien johtamisesta ja potilaslähtöisyydestä. Tutkimus on tapaustutkimus kohdistuen osastonhoitajiin yksilöinä ja ryhmänä osana prosessien johtamisesta. Tutkimus on tapaustutkimus myös siitä näkökulmasta, että tarkastelun kohteena on yksi organisaatio.

#### *Tutkimusmenetelmänä teemahaastattelu*

Tutkimusmenetelmänä on käytetty teemahaastattelua. Haastattelun tekee ainutlaatuiseksi se, että siinä ollaan vuorovaikutuksessa tutkittavien kanssa. Tämä tuo haastatteluun

tutkimusmenetelmänä sekä etuja että haittoja. Haastattelun aikana voidaan vaikuttaa aineistonkeruuseen ja vastaavasti vastauksiin syntyy enemmän tulkinnanvaraa verrattuna esimerkiksi kyselyyn. Tämä tuo haastatteluun monipuolisuutta ja sen avulla saadaan selville ajatuksia, arvoja, tunteita sekä käsityksiä tutkimusaiheesta. Haastattelun valintaan tutkimusmenetelmäksi, kun vastausten oletetaan olevan moninaisia ja vaikeasti tulkittavia. (Hammond & Wellington 2013: 91; Hirsjärvi ym. 2008: 204–205.) Haastattelu sopii tähän tutkimukseen tutkimusmenetelmäksi, koska aiheesta olisi ollut hankala muodostaa kyselyä. Aihe saattaa olla hankala ja siihen päästään haastattelun avulla paremmin sisälle. Tässä Pro gradu -tutkimuksessa on tarkoitus vastausten perusteella hahmottaa johtamiskäytäntöjä ja niiden yhtymäkohtia prosessijohtamiseen sekä potilaslähtöisyyteen. Haastatteluiden kysymykset on asetettu käytännön tasolle, jolloin erityistä tietämystä prosessijohtamisesta ei tarvita.

Haastattelumuodoksi on valittu teemahaastattelu. Teemahaastattelussa tutkimusongelmasta poimintaan keskeiset tema-alueet. Tavoitteena on saada jokaisesta temasta vastaajalta kuvausta. Teemahaastattelun aihepiirit ovat tiedossa ennen haastattelua, mutta kysymykset ja niiden järjestys saattavat muuttua haastattelun aikana. Teemahaastattelussa on pyrittävä pysymään keskustelun aikana teemoissa. Teemat ohjaavat näin haastattelua ja osittain valmiiksi jäsenelty haastattelu on onnistuneempi kuin täysin strukturoidun. Riskinä teemahaastatteluun liittyy sanojen tulkintaongelma. Haastattelun aikana voidaan haastateltavalta tarkistaa, miten hän ymmärtää käytetyt sanat. Ennen varsinaisia haastatteluita on hyvä pitää koehaastatteluita, joilla tarkistetaan kysymysten ymmärrettävyyttä ja yksiselitteisyyttä. (Hammond ym. 2013: 92; Hirsjärvi ym. 2008: 208; Vinkka 2005:109.)

Teemahaastattelurunko (liite 3) on testattu kahdella henkilöllä ennen varsinaisia haastatteluita. Tällä haastattelun validiutta eli pätevyyttä on voitu varmistaa. Tutkimuksen haastattelut on tehty yksilöhaastatteluina käyttäen menetelmänä teemahaastattelua. Teemoiksi on valittu kolme osa-aluetta. Teemat ovat organisaatio ja esimiesasema, prosessien johtaminen sairaalaorganisaatiossa sekä potilaslähtöisyys sairaalaorganisaatiossa ja johtamisessa. Ensimmäisessä teemassa alustetaan haastattelua haastatteleamalla haastateltavaa organisaatiosta ja esimiesasemasta. Prosessijohtamiseen haetaan vastauksia

teemassa kaksi. Kysymykset liittyvät prosessien johtamiseen. Lean-toimintamallia ei ole otettu omaksi teemaksi, koska siinä on paljon yhtäläisyyttä prosessijohtamisen kanssa, mutta saattaa käsitteenä olla tuntemattomampi. Lisäksi lean-toimintamalliin liittyvien kysymysten vastaukset saattaisivat perustua haastateltavien käsityksiin ja oletuksiin eikä käytännön kokemukseen. Potilaslähtöisyys on haluttu erottaa omaksi teemaksi. Teoria toimii pohjana kysymysten valinnalle, mutta kysymyksiin vastaamiseen ei tarvita aikaisempaa tietoa prosessijohtamisesta.

Haastatteluihin on haettu tutkimuslupa ja myös haastateltavien suostumus haastatteluihin. Tutkimussuunnitelman ja tutkimusluvan (liite 1) on hyväksynyt Vaasan keskussairaalan hallintoylihoitaja Marina Kinnunen 18.11.2013. Haastattelut on toteutettu vuoden 2014 tammikuussa. Haastateltavien valinnassa on huomioitava tutkimusaihe. Tutkimusongelmasta riippuen haastateltavat valitaan joko teemaa tai tutkittavaa asiaa koskevan asiantuntemuksen perusteella. Jos tutkimuksessa tutkitaan käsityksiä, haastateltavilla ei välttämättä tarvitse olla omakohtaista kokemusta asiasta. (Vinkka 2005: 114.) Tähän tutkimukseen on valittu haastateltavat satunnaisotannalla tutkimuskohteen organisaatiosta. Haastateltavat ovat eri yksiköistä ja kaikista klinikkaryhmistä on ollut haastateltavia. Haastateltavien määrän täyttymiseksi ei ole asetettu tarkkoja kriteereitä haastateltavien valinnalle. Kriteerinä on ollut osastonhoitajan ammattinimike. Haastattelun toteutukseen haettiin käytännön ohjeita muun muassa Cassell ja Symon (1994: 14 – 27) kirjasta.

Haastateltaville (13 osastonhoitajalle) lähetettiin joulukuussa 2013 sähköpostilla kirje (liite 2), jossa kerrottiin tutkimuksen aiheesta, tarkoituksesta ja toteutuksesta. Kirjeessä painotettiin haastateltavien anonyymiutta ja kerrottiin, että haastateltavien nimet tulevat näkyviin vain tutkimuksen loppuun liitettävässä liitteessä. Liitteessä nimet ovat aakkosjärjestyksessä, ei haastattelujärjestyksessä. Lopulta päädyttiin siihen, että nimilistaa ei lisätä työn perään, vaan toimitetaan ainoastaan työn ohjaajalle anonymiteetin säilyttämiseksi. Tällöin työhön pystyttiin liittämään enemmän suoria lainauksia haastatteluista. Haastateltaville kerrottiin myös, että haastattelu kestää noin tunnin ja teemat ja alustavat kysymykset lähetetään etukäteen. Sähköpostin lähettämisen jälkeen muutaman päivän

kuluttua haastateltaville soitettiin ja kysyttiin suostumusta haastatteluun sekä sovittiin haastatteluajat tammikuulle 2014.

Haastattelut toteutuivat 12 osastonhoitajalle ja haastattelut nauhoitettiin. Haastatteluilla selvitetiin, miten potilaslähtöisyys ja prosessijohtaminen sekä siihen liittyvä lean-toimintamalli näkyy lähiesimiesjohdon johtamisessa. Lean-toimintamallista haastatteluissa ei ollut kuin yksi kysymys, joka pohjautui käsitykseen lean-toimintamallista, koska oletettiin, että käytännön kokemusta lean-toimintamallin toteuttamisesta on vielä niukasti. Haastatteluiden kautta on pyritty ymmärtämään, miten prosessijohtamista toteutetaan ja miten potilaslähtöisyys koetaan ja onko sitä liitetty prosessijohtamiseen? Nämä 12 haastattelua tekivät aineistosta riittävän. Viimeisistä haastatteluista ei tullut enää uutta asiaa teemoihin. Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne ja Paavilainen (2011: 117) sanovat aineiston olevan riittävä silloin, kun tutkija voi vastata tutkimuskysymyksiin, eikä aineisto tuo enää mitään uutta teemoihin.

### 3.4. Tutkimusaineiston analysointi sisällönanalyysinä

Sisällönanalyysiä voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Sisällönanalyysiä voidaan pitää väljänä teoreettisena viitekehyksenä kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen sisältöjen analysoinnissa. Tärkeää aineiston analyysissä on päättää tarkasti rajattu ilmiö, mitä aineistosta tarkastellaan ja mikä siinä on kiinnostavaa liittyen tutkimuskysymyksiin. Aineisto käydään läpi eli litteroidaan ja kerätään yhteen ne asiat, jotka liittyvät tarkasteltavaan ilmiöön. (Tuomi ym. 2011: 91 – 92.) Litteroinnissa haastatteluaineisto muutetaan kirjalliseen muotoon. Litterointi helpottaa tutkimusaineiston analyysiä sekä ryhmittelyä ja luokittelua. Haastateltavien puhetta ei saa muuttaa litteroinnissa. Tarkalla litteroinnilla on merkitystä tutkimuksen luotettavuuteen. (Vinkka 2005: 116–117.)

Litteroinnin jälkeen aineistoa luokitellaan, teemoitetaan tai tyypitellään. Luokittelu, teemoittelu ja tyypittely ovat varsinaista analyysiä. Teemoittelussa painotetaan, mitä kustakin teemasta on sanottu. Aineisto voidaan alussa ryhmitellä esimerkiksi sukupuol-

len tai iän mukaan. Tämän jälkeen aineistosta etsitään tiettyyn teemaan sopivia näkemyksiä. Teemoittelussa on tärkeää selventää onko tutkimuksessa kysymys hakea samanlaisuutta vai erilaisuutta. Aineistosta voidaan hakea myös toiminnan logiikkaa. (Tuomi ym. 2011: 92 – 93.) Havaintoja pelkistetään edelleen ja valitaan tutkimuksen kysymysasettelun perusteella olennaisin tieto. Tämän pelkistämisen jälkeen havaintomäärää yhdistellään ja karsitaan etsien yhteistä nimittäjää havainnoille. (Alasuutari 2011: 40.) Havaintojen pelkistämisen jälkeen siirrytään toiseen vaiheeseen eli tulosten tulkintaan. Laadullisessa tutkimuksessa tämä näkyy tuotettujen vihjeiden perusteella tehtävästä merkitystulkinnasta tutkittavasta asiasta. Tällöin muodostetaan rakennekokonaisuus tutkimukseen. Laadullisessa tutkimuksessa on siis kyse ymmärtävästä selittämisestä ja samalla tutkimuksen viitekehukseen viittaaminen. (Alasuutari 2011: 44, 51.)

Tämän tutkimuksen aineiston käsittelyssä ja analysoinnissa on otettu huomioon puhuttu puhe, josta pyritään ymmärtämään merkityksiä ja tulkitsemaan niitä. Haastatteluiden aineisto on pyritty litteroimaan heti samana päivänä haastatteluiden jälkeen. Litteroinnin aikana on merkitty tekstiin pitkät tauot tai muut erityishuomiot. Litteroitua aineistoa tuli yhteensä 136 sivua. Tämän jälkeen aineisto on luettu huolellisesti muutamaan kertaan läpi ja luokiteltu havaintoja. Havainnot on kerätty haastatteluista nousseiden aihealueiden alle luokitellen isompiin kokonaisuuksiin. Lisäksi samalla on taulukoitu havaintoja excel-tilukoon hakien yhtäläisyyksiä teoreettiseen viitekehukseen. Excel-tilukoinnin avulla havaintoja yhdisteltiin, jolloin tietyt asiat nousivat esiin haastatteluissa. Tämän jälkeen taulukon yhtäläisyyksistä ja kerätyistä havainnoista, jotka ovat toistuneet useammassa haastattelussa on kirjoitettu tulokset aiheen tutkimuskysymyksiin liittyen. Tuloksissa on siis keskitytty samanlaisuuden korostamiseen. Yinin (2009: 14) mukaan suurin huoli tapaustutkimuksiin liittyen on niiden puutteellinen täsmällisyys. Tutkijan pitää olla tarkkana, ettei ole puolueellinen ja vaikuta näin tuloksiin ja johtopäätöksiin. Tapaustutkimuksen mukaan tarkoitus on laajentaa ja yleistää teorioita eikä listata havaintojen toistuvuutta, kuten tilastollisissa määrällisissä tutkimuksissa esitetään. Tässä tutkimuksessa havaintoja ei ole lueteltu tuloksissa vaan pyritty nostamaan pääteemat esiin ja tulkita niitä vastausten perusteella sekä tietoja yhdistelmällä.

#### 4. TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset on koottu yhteenvetona Vaasan keskussairaalassa osastonhoitajille tehdyistä teemahaastatteluista. Teemahaastatteluilla on pyritty saamaan vastauksia tutkimuksen tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymyksillä on haettu vastauksia prosessi-johtamisesta ja potilaslähtöisyydestä. Prosessijohtamisesta ja prosesseista on haluttu selvittää osastonhoitajien käsityksiä niistä sekä mahdollisten positiivisten vaikutusten ja haasteiden ilmenemistä prosessien johtamisessa. Potilaslähtöisyyden esiintuloa vastauksissa on tulkittu liittyen prosessien johtamiseen. Lisäksi haastattelussa on haluttu selvittää miten haastateltavat ovat kokeneet potilaslähtöisyyden yleisesti terveystalveissa ja omissa yksiköissä ja tämän kautta ymmärtää vastauksia prosessien toteuttamistyön suhteen.

Tutkimukseen haastateltiin 12 osastonhoitajaa Vaasan keskussairaalan eri yksiköistä. Haastatellut osastonhoitajat olivat operatiiviselta, medisiiniseltä, psykiatriselta ja lääketieteellisten palveluiden klinikkaryhmistä. Haastateltuja ei ollut yhtä monta jokaisesta klinikkaryhmästä. Haastatelluille osastonhoitajille oli työvuosia kertynyt keskimäärin 22 vuotta Vaasan keskussairaalassa ja keskimääräinen esimieskokemus oli 11 vuotta. Kaikilla haastatelluilla oli peruskoulutuksen lisäksi opintoja tai koulutusta johtamiseen liittyen. Haastatteluista kävi ilmi, että keskussairaala on kouluttanut henkilöstöään esimiestehtäviin. Haastatelluilta ei kysytty heidän ikää, mutta vastaukset työvuosiin ja esimieskokemukseen verrattuna viittaavat, että osastonhoitajilla oli kaikilla pitkä työhistoria takanaan. Sinkkonen-Tolppi & Viitanen (2005: 68, 74) ovat kirjoittaneet artikkelissaan opetusministeriön keväällä 2004 asettaman työryhmän tuloksia koskien Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamista. Työryhmän kyselyssä nousi esiin, että johtajien keski-ikä oli korkea ja koulutustarve suuri. Tähän artikkeliin viitaten esimiesten koulutustarpeeseen on reagoitu ja täydennyskoulutuksia järjestetty viime vuosina.

#### 4.1. Osastonhoitajat vastuullisessa tehtävässä

Lähiesimiehen roolista haastatteluissa kysyttiin lähinnä kokemuksia tiedonkulusta ja johtamisaseman tuomista vastuista ja vaikutusmahdollisuuksista sekä koetuista haasteista lähiesimiehenä. Tiedonkulkua, vastuita, vaikutusmahdollisuuksia ja haasteita haluttiin selvittää, koska niillä on vaikutusta prosessijohtamisen toteuttamisessa. Tutkimuksen teoriassa on kirjoitettu lähiesimiestyön haasteista, joten näitä haluttiin kuulla myös haastateltavilta. Lisäksi haastatelluilta esimiehiltä kysyttiin, miten he näkevät organisaation vision, arvot ja strategiat omassa lähiesimiestyössä ja mikä merkitys niillä on käytännössä? Teoriassa on tuotu esiin, että prosessijohtamisen käytännön toteutumiseen vaikuttaa vahvasti miten strategiassa on otettu huomioon prosessijohtaminen ja miten se onnistutaan tuomaan yksiköiden esimiesten tietoisuuteen ja käytännön toteutukseen. Prosessijohtamisen onnistumiseen vaaditaan johdon sitoutumista ja tiedottamista sekä projektijohtamista, jotta tavoitteet saavutetaan. (ks. Parvinen 2005: 88; Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012: 111, 117–118; Bai & Sarkis 2013: 281; Storch ym. 2013: 760; Bulmer 2013: 132)

Tulosten mukaan osastonhoitajat kokevat poikkeuksetta, että heillä on vastuuta ja vastuullisia tehtäviä. Enemmistö haastatelluista kuitenkin koki, että valtaa ei ole samassa suhteessa kuin vastuita. Tuloksissa nousi esiin myös henkilöstöhallinnan suuri osuus esimiestyössä. Toisaalta lisääntyneiden henkilöstöhallintoasioiden myös koettiin liittyvän olennaisena esimiehen vastuisiin ja lisäävän osaltaan valtaa, kun henkilöstöasioista voi päättää laajemmin. Henkilöstöjohtaminen nähtiin tärkeänä ja siihen haluttiin vaikuttaa, mutta hallinnolliset henkilöstöasiat olivat ne, jotka veivät työaikaa. Osastonhoitajat kokivat oman esimiehen tuen hyväksi työssään ja saivat tukea ja neuvoa päätöksiin. Yksiköiden vastaavien lääkäreiden ja osastonhoitajien välistä yhteistyötä ja yhteistä vastuuta toiminnan suunnittelusta painotettiin. Tämä ei välttämättä toteudu riittävän hyvin ja syyt saattavat olla erilaisia. Usein osastonhoitajat ovat melko yksin vastuussa koko yksikön kokonaisuuden johtamisesta. Lääkärikunnan tuen merkitys korostui tuloksissa toimintaa uudistettaessa ja kehitettäessä. Parvinen (2005: 53, 70) toteaa johdon tehtäviin kuuluvan toiminnan kokonaisvaltaisen hallinnan ja suunnittelun. Hän kuitenkin näkee, että käytännössä lääkärit hallitsevat sairaaloiden prosesseja lähes itsenäisesti.

Parviaiseen viitaten on ymmärrettävää, että osastonhoitajien yhteistyö ja suunnittelu yhdessä yksikön vastaavien lääkärien kanssa on olennaista toiminnan kokonaisuuden johtamisessa.

Osastonhoitajat kokivat tiedonkulun parantuneen viime aikoina. Esimiehet kokivat tiedonkulun kannalta haastavaksi kolmivuorotyön, jolloin tiedon välittäminen kaikille alaisille riittävän ajoissa on haasteellista. Osastonhoitajat korostivat oman aktiivisuuden tärkeyttä tiedonhankinnassa. Osastonhoitajan näkökulmasta tiedonkulussa on haasteellista useat tietolähteet ja tiedon välittäminen alaisille sekä johdolle. Informaatiota tulee myös nykyään monesta eri paikasta ja on haastavaa poimia oleellinen tieto ja tiedottaa se oikea-aikaisesti henkilöstölle.

Osastonhoitajia pyydettiin kuvailemaan organisaatiosta ja millainen heidän mielestään olisi toimiva sairaalaorganisaatio. Osastonhoitajat kertoivat myös, miten organisaation visio, arvot ja strategiat näkyvät heidän käytännön työssään. Tulokset organisaatiokenteeseen liittyen jakautuvat hierarkkisuuden, byrokraattisuuden ja jäykän organisaation välille, ainoastaan byrokraattinen organisaatio tuli korostetuimmin esille. Professionaalisuutta ja erikoisaloja tuli esiin vastauksissa sekä positiivisena että osittain negatiivisina siltä osin, että ne hankaloittavat yhteistyön toteutumista. Moniammatillisuuden puuttuminen yhdistettiin juuri lääkärien ja hoitajien erillisyyteen organisaatiossa. Moniammatillisuus ja yhteistyö lääkäreiden kanssa tulivat esiin kuvattaessa, miten organisaatio olisi toimivampi. Muuten vastaukset jakautuvat laajasti, eikä mitään muita yksittäisiä tekijöitä noussut esiin. Tuloksissa ei tullut esiin suurempia muutostoiveita organisaation rakenteen suhteen.

Visiosta, arvoista ja strategiasta selvitettiin haastateltavien käsityksiä. Tulosten perusteella arvot on sisäistetty hyvin ja viety omaan yksikköön ja ne myös näkyvät yksiköiden omissa arvoissa. Haastatellut myös kertoivat arvoista sanoina. Organisaation johdolla uskottiin olevan visio toiminnassaan, mutta visiota ei haastatteluissa tullut sanoina esille. Strategioista tuli esille henkilöstöstrategia ja asiakasstrategia. Eniten haastatellut puhuivat asiakasstrategiasta. Haastateltujen mielestä johdolta strategiat tulivat hyvin tiedoksi lähiesimiehille. Osastonhoitajat olivat tietoisia niistä, mutta haasteena oli viedä

niitä käytäntöön henkilöstölle riittävän konkreettisina ja ymmärrettävinä. Yksimielisiä oltiin siitä, että ne luovat yhteiset linjat ja raamit. Strategioiden käytännön toteutus jää esimiesten omalle vastuulle. Konkreettisia vastauksia siihen miten eri strategioita viedään yksiköissä eteenpäin tuli esiin vähän. Yksiköiden omat arvot ja strategiat on linjattu organisaation vastaavien mukaisesti. Haastateltaville myös annettiin vapaus vastauksissa, eikä strategioista kysytty syvällisemmin, koska tarkoituksena oli alustaa tutkimusaihetta.

#### 4.2. Hoitoprosessit moneen tarpeeseen

Haastattelun teemassa kaksi haettiin vastauksia liittyen prosesseihin ja niiden johtamiseen sekä potilaslähtöisyyttä tarkasteltiin prosesseihin peilaten. Prosessijohtaminen käsitteenä saattaa olla tuntematon ja omaa työtä prosessien parissa ei ehkä mielletä prosessijohtamiseksi. Tämän vuoksi kysymykset oli muotoiltu siten, että ensin haastateltavilta kysyttiin oliko yksikössä määritelty prosesseja ja mitä ne olivat. Tämän jälkeen kysymyksillä haettiin konkreettisia käytännön esimerkkejä, miten prosessit hahmotetaan omassa työssä, yksikössä, henkilöstön johtamisessa ja toiminnan kokonaisuuden johtamisessa. Tuloksia jaoteltaessa käytettiin apuna taulukointia ja haettiin yhteyttä teoreettisessa viitekehyksessä esiin tulleisiin asioihin. Tuloksissa painotetaan erityisesti havaintojen samanlaisuutta. Asiat, jotka on nostettu tuloksissa esiin ovat korostuneet haastatteluissa.

Alla on lainauksia haastatteluissa esiin tulleista kommentteista liittyen prosessijohtamiseen tai yleensä prosesseihin.

*”...potilaat vaikka toisi ihan ite sitä esille niin ne olis samaa mieltä, että tällä lailla näin se prosessi menis.”*

*”Palveluketjut vaatii vahvaa prosessijohtamista, pitää olla hallussa prosessijohtaminen ja sen omistaminen”.*

*”Prosessikuvaus on sama ja se tulee olemaan samana, rajapintoihin voi yrittää tehdä kehityksiä, mutta on vaikeaa.”*

*”Mitä vaativampi se prosessi on, sitä tärkeämpi se kuvaus mun mielestä on.”*

*”Prosessi on suunniteltu potilasta varten ajatellen.”*

*”Kyllä prosessit näkyy käytännön työssä aika hyvinkin, että ja se että toimiiko ne vai ei, henkilökunta tietää, että miten sen pitäis mennä, että heillä on tietoisuus siitä ja käypähoitosuositukset siellä pohjalla.”*

*”Ehkä se (prosessityö) jäi vähän pinnalliseksi se jäi tämmöiseksi enemmän kuvaamiseksi....”*

*”Enemmän ajatella sieltä asiakkaasta niitä ketjuja ja niiden tarpeista rakentaa niitä järkeviä kokonaisuuksia.”*

Edellä olevat viittaukset kuvaavat hyvin haastatteluiden tuloksiakin. Vastaukset ovat hyvin erilaisia ja myös se miten prosessit ajatellaan ja kenen näkökulmasta niitä tarkastellaan. Yhteistä kaikissa yksiköissä oli se, että prosesseja oli kuvattu. Potilaslähtöisyys tuli esiin tuloksissa ajatuksena, että prosessit olisi hyvä suunnitella potilaiden tarpeista lähtien. Lillrankiin (2013: 10) viitaten terveydenhuollossa prosessit ovat hyvin erilaisia ja niitä on tarkasteltava ja lähestyttävä eri tavalla. Tällöin on hyödytöntä antaa valmiita kaavoja ja malleja, miten prosessijohtamista tulisi toteuttaa vaan ne on oivallettava tilanteiden ja toiminnan luonteen mukaan.

Prosessikuvauksia pidettiin lähes poikkeuksetta tärkeinä ja niiden olemassaolon uskottiin jäsentävän kokonaisuutta. Prosessien kuvaaminen ja määrittely nähtiin tavallisimmin yksikkötasolla tapahtuvana kuvaamisena. Haastatteluissa tuli muutama esimerkki hoitoketjuista, jotka sisälsivät monta hoitoprosessia. Hoitoketjuja oli esitelty laajemmissa kokouksissa, joihin osallistui eri ammattiryhmän edustajia, tällöin hoitoketjuja oli tarkasteltu myös potilaan näkökulmasta. Suppeammassa yksikkötasolla tehdyissä hoito-

prosessien kuvauksissa oli tehty osittain yhteistyötä eri ammattiryhmien kesken, mutta lääkärien mukanaoloa kaivattiin. Prosessienomistajaksi ja prosessien johtamisesta vastaaviksi haastatellut nimesivät ylilääkärin ja osastohoitajan. Haastateltujen yksiköissä tehdyt prosessikuvaukset voidaan karkeasti jakaa vastausten perusteella neljään erilaiseen prosessikuvausluokkaan. Yksiköissä saattoi esiintyä myös useampia kuin yhtä näistä kuvausmuodoista. Prosessikuvausmuotoina tulivat esiin:

1. Hoitoprosessikuvaukset yksikön sisällä.
2. Pääprosesseittain ja siihen liitettynä osaprosessit tai tukiprosessit.
3. Monen eri yksikön välinen hoitoketju. Yksikkö osana prosessia.
4. Muuttumaton prosessi esim. Läheteprosessi.

Prosessien kuvauksissa tuli esiin myös erot siinä oliko prosessi kuvattu jonkin potilasryhmän mukaan vai toiminnan mukaan kuvattuna. Yksiköissä saattoi olla näitä molempia kuvattuina tai vain toisen mukaan tehtyjä prosessikuvauksia. Saman erikoisalan sisällä poliklinikalla ja osastolla ei välttämättä ollut yhteisiä prosesseja. Teoria tukee myös tätä edellä kuvattua ajatusta. Tervameri (2010: 223) ja Modig ja Åhlström. (2013: 29) ovat esittäneet, että kuvattavia prosesseja voi olla muutamia, kymmeniä tai satoja. Määriteltävien prosessien määrä riippuu järjestelmän rajoista ja millä tarkkuudella prosessit halutaan kuvata. Yhtä oikeaa tapaa prosessien kuvaamiseen ja määrittämiseen ei ole. Yhtä oikeaa ja kaikille sopivaa tapaa ei ole järkevää edes yrittää löytää, mutta nykypäivän nopeasti muuttuvissa tilanteissa on syytä miettiä ja pohtia, mikä on oleellista ja hyödyllistä prosessikuvauksissa. Wang ja kumppanit (2006: 179) on kirjoittanut, että prosessijohtamista tulisi toteuttaa kokonaisvaltaisemmin toiminnot laajemmin huomioon, jolloin toimintaan saavutettaisiin joustavuutta ja sopeutumiskykyä muuttuvissa tilanteissa. Myös Antunesin ja Mouraon (2011: 1241) uskovat, että prosessijohtaminen ei välttämättä tuo tavoiteltua joustavuutta toimintaan, jos toiminnot kuvataan liian tehtäväkohtaisesti, rationaalisesti ja mekaanisesti. Lillrank ja kumppanit (2004: 24) toteavat, että terveyspalveluiden tuottajat saattavat tunnistaa vain oman yksikkönsä hoitoprosessit, mutta organisaatorajoja ylittävistä potilasryhmien hoidon kokonaisuuksista ei

ehkä ole selvää kuvaa. Potilaille tämä voi näyttäytyä käsityksenä, että hoidon kokonaisvastuu puuttuu. Tällöin potilaslähtöisyyttä on vaikea osoittaa.

#### 4.2.1. Yhteistyö ja moniammatillisuus haasteina

Hoitohenkilökunta on yksiköissä ollut aktiivisesti mukana prosessien kuvaamisessa ja edelleen päivittämässä prosesseja uusien toimintatapojen ilmaantuessa. Prosessien määrittäminen on tavallisemmin tehty sen hetkistä tilannetta kuvaamalla. Kehittäminen ja uudistaminen liitettiin enimmäkseen käytännössä tapahtuvan vuorovaikutuksen seuraukseksi, missä prosessikuvauksia ei nähty välttämättä merkittävinä. Prosessikuvauksia käytettiin esimerkiksi viestinnän välineenä henkilöstölle ja sidosryhmille. Hoitohenkilökunta vaikuttaa vastausten perusteella olevan sitoutuneita prosessien kuvaamisvaiheessa ja hoitotyön uudistusten päivittämisessä. Hoitohenkilökunnan aktiivinen mukanaolo hoitoprosessien suunnittelussa tapahtui lähes poikkeuksetta, mutta vaatii esimiehen motivointia ja tukemista. Jokaisessa yksikössä hoitohenkilökunnasta on myös nimetty vastuuhenkilöitä ja muodostettu tiimejä. Yhteistyön merkitys korostui sekä ammattiryhmien että yksiköiden välisenä yhteistyönä. Yhteistyö erityisesti lääkärien kanssa tuli esiin tuloksissa. Lääkäreiden sitoutuminen prosessityöhön ja kehittämiseen koettiin tarpeellisenä. Yhteistyössä lääkäreiden kanssa prosessit saadaan toimimaan potilaslähtöisesti. Parvisen (2005: 53) mukaan lääkärit asiantuntijajohtajina keskittyvät hoidon laadun turvaamiseen ja toimivat potilaslähtöisesti. Tähän viitaten lääkäreillä on oleellinen merkitys potilaslähtöisten hoitoprosessien toteuttamisessa. Seuraavat lainaukset liittyvät prosessityöhön, mutta myös yleisesti osastonhoitajan johtamistyöhön.

*”..olisin toivonut niin tämä moniammatillisuus siinä, että siinä ei ole lääkäreitä...he hyväksyivät sen loppujen lopuksi, mutta varsinaista työpanosta he eivät antaneet.”*

*”Tarvitsisin lääkärin apupariksi.”*

*”Tehdään lääkärin kanssa yhteistyötä, että ollaan paljon riippuvaisia toisista, että kyllä meidänkin yksikössä niitä yhteispalavereita sais olla enemmän.”*

*” Moniammatillisuushan tässä pitäis olla hyvin vahvasti, mutta se ei oo niin.”*

Osastonhoitajilla on tietty kokonaiskuva omista prosesseista ja sen kuvattiin kulkevan mukana käytännön työssä. Vastaukset jakautuivat sen mukaan, mitä mieltä esimiehet olivat alaistensa hoitoprosessien kokonaiskuvan hahmottamisesta. Potilaan hoitoprosessien hahmottaminen oli osan vastaajien mielestä hoitohenkilökunnan keskuudessa rajoittavaa. Toisaalta tuli myös vastauksia, joiden mukaan henkilökunta hahmotti hoitoprosessit kokonaisuutena hoitoketjuna. Osastonhoitajan vastuulla on viestittää henkilökunnalle hoitoketjujen ja hoitoprosessien kokonaiskuva, koska yleensä he ovat mukana kokouksissa, joissa käydään läpi laajempia hoitokokonaisuuksia. Yksiköiden väliset erot ovat myös suuria riippuen miten laajasti he osallistuvat yhden potilasryhmän hoitoon. Yksiköllä saattaa olla pieni osa hoitoprosessia koko hoitoketjussa ja tällöin kokonaisuuden hahmottaminen ja erityisesti hallinta on hankalampaa. Seuraavat lainaukset on ajatuksia siitä miten henkilökunta käsittää hoitoprosessit ja niiden merkityksen.

*”Eivät varmaan näe prosessina sitä asiaa, mutta pikku hiljaa muuttunut.”*

*”Henkilökunta tietää, että miten sen (hoidon) pitäis mennä, että heillä on sellainen tietoisuus siitä.”*

*”Mä en oikein usko, että se on toteutunut, että ehkä me ei olla osattu tuoda sitä (henkilökunnalle) esiin sillä tavalla.”*

*”Meille muille täällä yksikössä aukee vaan se oma pala, jonka me sitten käydään yhdessä läpi.”*

Haastavaksi tekijöiksi prosessijohtamisen toteuttamisen kannalta nousi henkilöstöresurssit ja henkilöstön motivointi. Motivointi on tärkeä tekijä lähiesimiestyössä. Tulosten perusteella onnistuneeseen motivointiin ja uusien asioiden jalkauttamiseen tarvitaan omat vankat perustelut asian puolesta. Tärkeää on myös, että on esimies on itse motivoitunut ja uskoo asiaan. Hyvien ja uskottavien perusteluiden avulla henkilöstö saadaan motivoitua uusiin toimintatapoihin ja sitouttamaan mukaan toteutukseen. Henkilökunnan sanottiin olevan sitoutunutta, mutta motivointia tarvittiin paljon juuri uusien asioiden käyttöön otettaessa. Muutosvastarinta kuuluu uudistukseen ja esimiehet kokivat

pystyvänä siihen vastaamaan perusteluilla ja kannustamalla henkilökuntaa kokeilemaan uusia toimintatapoja.

#### 4.2.2 Rajapinnat haltuun

Rajapinnat nousivat haastavina esiin haastatteluissa. Rajapinnat koettiin haastaviksi sekä organisaation sisällä että sairaalan ulkopuolisten sidosryhmien kanssa. Organisaation sisällä tuli esille, että hyvällä yhteistyöllä rajapintoja saadaan madallettua ja toimintaa näin sujuvoitettua ja nähtyä prosessit laajempina kokonaisuutena. Rajapintatyö vaatii verkostoitumista ja yhteistyön ylläpitämistä. Rajapintatyötä auttaa myös työnkierto, mikä nousi esiin haastatteluissa. Työnkierrolla myös hoitohenkilöstö ymmärtää laajemmin kokonaisuutta potilaan näkökulmasta. Työnkierron uskottiin olevan hyvä vaihtoehto yhteistyön edistämiseksi ja osaamisen laajentamiseksi. Työkiertoon suhtauduttiin tulosten perusteella henkilöstön keskuudessa sekä innokkaasti että torjuvasti. Jos toimintatapoihin oli kuulunut työnkierto, se onnistui, mutta uutena toimintatapana työnkierron aloittaminen vaikuttaisi haasteelliselta. Rajapintoihin vaikuttavina tekijöinä tuli esiin niiden vähentäminen, yhteistyökokoukset ja osastonhoitajan verkostot. Myös hoitohenkilökunnan työskentely sekä poliklinikalla että osastolla madalsi raja-aitoja, kun työtä ymmärsi laajemmin. Mitä enemmän yksiköllä oli rajapintoja sitä haastavampaa niihin oli vaikuttaa. Kaikilla yksiköillä ei kuitenkaan ole mahdollisuuksia rajata rajapintoja vaan niiden kanssa joutuu toimimaan.

*”Ettei niitä rajapintoja ole hirveesti, että sehän on se haavoittuvin.”*

*”Meille se on niin vakiintunut malli, että meillä on näitä yhteistyökumppaneita mukana, että meille se ei ole vierasta.”*

*”Nämä rajapinnat ovat erittäin, erittäin kinkkisiä, ne on räjähdysherkkiä.”*

Terveydenhuollon ammattilaiset saattavat haluta ja yrittää yhteistyötä, mutta sen yhtenä esteenä ovat rakenteelliset raja-aidat järjestelmien välillä (Parvinen ym. 2005: 50). Organisaation tulee toimia yhdessä kokonaisuutena, jolloin ei riitä, että yksikkö tai yksi osasto on hionut toimintaansa liittyen hoitoprosessiin (Campbell 2009: 42, Toivonen

ym. 2013:24). Yksikkökeskeisyys ja oman yksikön näkökulmasta asioiden näkeminen tulivat esiin myös tuloksissa. Haastavampia ja toisaalta vähemmälle huomiolle jäivät erikoissairaanhoidon ulkopuolella olevat yhteistyökumppanit. Hallin ja kumppaneiden (2005: 4–5) mukaan prosesseille ja toiminnoille on usein asetettu tietyt tavoitteet organisaatiossa. Tavoitteita saavutellaan toimilla, jotka tuottavat tulosta organisaation jäsenille, organisaatiolle itselleen ja yhteiskunnalle. Tähän viitaten prosessijohtamisesta yleensä puuttui suunnitelmallisuus ja tavoitteiden asettelu tai se ei ainakaan tullut esille vahvasti tuloksissa.

Järjestöt nousivat aktiivisina esiin joihinkin potilasryhmiin liittyen ja heidät oli otettu hyvin vastaan erikoissairaanhoidon sisällä. Järjestöt toimivat yleensä itse aktiivisena osapuolena, mutta varsinaista kehitysyhteistyötä ei tullut esiin haastatteluissa. Järjestöjen mukanaolo tuo toimintaa potilaan ja asiakkaan äänen ja luo näin potilaslähtöisyyttä palveluntarjontaan. Jonkin verran haastatteluissa tuli esiin yhteistyötä terveyskeskuksiin päin, mutta tulosten mukaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto ovat liian erillisiä ja yhteistyö liittyen potilasryhmiin vaatii paljon työtä. Kokonaisuuden hallinta ja johtaminen näkyi yksikön sisällä olevien prosessien toimintaedellytysten luomisena. Osastonhoitajien kokonaisuuden hallintaa saattaa häiritä riittämätön valta ja vastuu (ks. Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012: 111, 117–118; Bulmer 2013: 132).

#### 4.3. Prosessijohtamisen kehittyminen potilaslähtöisemmäksi

Teorian mukaan onnistunut prosessijohtaminen edellyttää, että toimintatapoja tarkastellaan prosessien suunnittelun, kehittämisen ja arvioinnin kautta. Prosessijohtamisen ja lean -toimintatavan mukaan prosesseja ja toimintatapoja tulee tarkastella kokonaisuutena ja mahdollisimman ennakkoluulottomasti. Prosessit tulee määrittellä ja kiinnittää huomio erityisesti ongelmakohtiin. Prosessityö ei lopu määrittämiseen vaan prosessijohtamisen ja lean -toimintatavan mukaan tärkeää on jatkuva kehittäminen ja prosessien arviointi. (ks. Womack ym. 1996: 10; Virtanen ym. 2007: 113–115; Decker & Stead 2008: 161–162; Virtanen ym. 2010: 122, 149; Cho & Lee 2011: 6339.)

Seuraavaksi tuodaan esiin haastatteluissa esiin tulleita asioita liittyen hoitoprosessien kehittämiseen ja arviointiin sekä mahdollisuuksiin. Potilaslähtöisyyttä tarkastellaan osana tätä kehitystyötä ja arviointia ja sen näkyvyyttä hoitoprosesseissa verrattuna haastattelujen käsityksiin potilaslähtöisyyden toteutumisesta yleensä terveystalveissa. Seuraava kuvio 3. kuvaa haastattelujen pohjalta syntyneitä käsityksiä prosessijohtamisen eri vaiheista. Vasemman puoleisessa laatikossa prosessijohtamiseen kuuluu prosessin kuvaaminen, mutta sen yhteyttä käytäntöön tai sen mukanaan tuomia hyötyjä ei ole nähtävissä. Kuvausta päivitetään kerran vuodessa, mutta varsinainen kehittäminen ja prosessien arviointia ei vielä tapahdu. Toisessa vaiheessa prosessikuvauksien laatimista ja hyötyjä on mietitty jo tarkemmin yksikön näkökulmasta. Johtamisvastuu on lääkärillä ja osastonhoitajalla, mutta yhteistyötä on vielä vähän kokonaisuuden johtamisen suhteen. Kehittämistä ja arviointia tapahtuu, mutta tarkempaa vaikuttavuuden arviointia ei ole vielä osoitettavissa. Viimeisessä eli kolmannella tasolla voidaan jo puhua prosessien ja toiminnan suunnitelmallisesta ja tavoitteellisesta johtamisesta. Arvioinnissa käytetään hyväksi tietojärjestelmiä ja prosesseja seurataan. Toiminnan kehittäminen on tavoitteellista ja uusia toimintamalleja otetaan ennakkoluulottomasti käyttöön. Potilaslähtöinen ajattelu tulee vahvemmin esiin, koska toimintaan voidaan vaikuttaa laajemmin yhteistyössä tapahtuvalla johtamisella. Myös päällekkäisyydet ja esimerkiksi tiedonsiirtoon liittyvät ongelmat havaitaan helpommin, kun prosesseja ajatellaan potilaslähtöisesti laajemmin. Tästä seuraa, että työtä voidaan organisoida uudella tavalla helpottaen sekä potilaan palvelua että henkilökunnan työnjakoa.



Kuvio 3. Prosessijohtamisen kehittyminen.

Prosessiajattelun ideana on erottaa toisistaan standardisoidut samanlaisina toistuvat prosessit ja potilaslähtöiset, muuttuviin tarpeisiin kohdistetut prosessit. Potilaslähtöisissä uusissa prosesseissa painotus on joustavuudessa ja potilaiden muuttuvissa tarpeissa. Prosessijohtamisella tavoitellaan näiden potilaslähtöisten prosessien hallintaa. (ks. Stenvall 2012: 77–78.) Moyes (2008: 21) esitti hoitoprosessien johtamisella ja uudelleen suunnittelulla saavutettavan säästöjä. Tällöin hoitoprosessit suunniteltiin potilaslähtöisemmin. Esimerkkinä hän viittasi rintasyöpäpotilaiden hoitoon, jossa suunnittelulla ja organisoinnilla mahdollistettiin nopeammat diagnosoinnit ja hoito. Tämän tutkimuksen haastatteluissa ei tullut esiin, että odotusajat olisivat pienentyneet tai saatavuus parantunut, mutta oikea-aikainen hoito ja hoitotakuussa pysyminen toistuivat haastateltavien

vastauksissa. Tuloksissa ei tullut esille säästövaikutuksia hoitoprosessien johtamisella, toisaalta tulosten mukaan tällaista tietoa ei seurata, koska kustannuksia seurataan yksikkötasolla. Tuloksista voidaan olettaa, että potilaslähtöisyyttä ei suoraan yhdistetä prosessien johtamiseen vaan se saavutetaan monien eri tekijöiden yhteisvaikutuksella.

#### 4.3.1. Potilasmäärät, hoitopäivät ja jonot

Tietojärjestelmillä on vaikutuksensa prosessien kehittämisessä, seurannassa ja arvioinnissa. Suomessa keskijohdon operatiiviset tietojärjestelmät ovat heikot ja täten johtamiskompetenssin kehittyminen terveydenhuollossa edellyttäisi myös toiminnanohjausjärjestelmien kehittämistä. (ks. Parvinen 2005: 39.) Tuloksissa tuli myös tämä esiin. Hyvin harvoin tietojärjestelmät ovat rakentuneet siten, että ne tukisivat prosesseja tai tieto olisi helposti muokattavissa eri potilasryhmistä. Teoriassa todettiin myös, että prosessijohtamisen hallintaan vaikuttaa oleellisesti tietojärjestelmät. Tietojärjestelmiä on monia erilaisia ja tiedonsiirto eri yksiköiden ja organisaatioiden välillä on haasteellista. (ks. Hart 2010: 12; Gogan, Baxter & Boss 2013: 81–83.) Haastatteluissa ei kysytty tiedonsiirrosta eri organisaatioiden välillä vaan kysymyksillä kartoitettiin prosessien seurannassa ja arvioinnissa käytettäviä mittareita. Tavallisimpia seurattavia lukuja olivat erilaiset tilastot liittyen potilasmääriin, hoitopäiviin ja jonoihin. Lisäksi SHQS-laatujärjestelmä mainittiin arvioitaessa prosesseja. Muita tavallisimpia mainittuja mittareita olivat Hairpro ja asiakastyytyväisyyskyselyt. Mittarit on harvoin kohdistettu suoraan hoitoprosesseihin, eikä näin ollen prosesseista potilasryhmittäin ollut erikseen tietoa. Tiedot kerättiin yksikkötasolla. Kustannusten seuranta ei tullut vastauksissa esille prosesseita ajatellen vaan liittyi enemmän yksiköiden budjetointiin ja budjetin seurantaan.

*”Kyllä niitä mittareita on, mutta en tiedä onko ne riittäviä, jos ajatellaan sen koko prosessin arviointia, että nämä on tällaisia yksikkökohtaisia.”*

*”Me voidaan seurata tätä prosessia.”*

*” Ehkä vähän huonosti mä oon nyt sen todennut, että sihteeri laskee käsin.”*

*”Se mitä me tällä hetkelle saadaan ei palvele niin hyvin, että nyt on kovan työn takana saada tilastoa monesta eri paikasta, että joutuu koostamaan useammasta pienestä murusesta sen.”*

*”Käypähoitosuosituksista ne potilaan mittarit ja tietenkin kaikki talouden mittarit.”*

Prosessijohtamisessa tärkeää on vaikuttavuuden todentaminen (ks. Virtanen ym. 2010: 148). Prosessien vaikuttavuutta ei seurata vielä systemaattisesti haastatteluista saatujen vastausten perusteella tai sitä tapahtuu yksittäisissä tapauksissa. Vaikuttavuuden mittarina tuli esiin potilaiden palaaminen osastolle, mutta muuten vaikuttavuuden arviointi näyttäisi olevan vielä vähäistä. Vaikuttavuuden arviointia toteutetaan, jos yksiköillä on tietojärjestelmiä, jotka tukevat vaikuttavuuden seurantaa.

#### 4.3.2. Potilaslähtöisyys koetaan tärkeäksi

Haastateltavilta kysyttiin heidän yleistä mielipidettään terveydenhuoltopalveluista. Useissa vastauksissa tuli esiin potilaslähtöisyyden toteutumisen esteenä olevan monimutkainen terveydenhuoltojärjestelmä. Terveyspalvelut on suunniteltu järjestelmän näkökohdista huomioiden, ei potilaiden tarpeista lähtien. Osassa haastatteluista tulikin esiin, että tämä uusi potilaslähtöisyys vaatii ajattelutavan ja asenteiden muutosta terveydenhuoltoalan työntekijöiden keskuudessa. Omaa erikoissairaanhoidon organisaatiota pidettiin monilta osin hyvänä potilaslähtöisyyden toteutumisen kannalta. Vastauksissa mainittiin muun muassa potilasraadit, potilaiden kuunteleminen ja toiveiden huomioiminen ja hoitosuunnitelmat. Seuraavat viittaukset kertovat potilaiden palveluiden haajantuneisuudesta, mikä tuli vastaan tuloksissa. Tähän potilaslähtöisyyteen vaikuttavaan asiaan oli osassa yksiköitä vastattu kehittämällä ja parantamalla toimintamalleja.

*”Ennen potilaat tuli osastolle ja yhteen paikkaan täällä talossa, mutta nyt ne saattaa käydä poliklinikalla, leikon kautta ja että potilaat joutuu käydä monessa paikassa, että se on muuttunut, toisaalta ei potilaat ole valittanut.”*

*”Näihin lukuisiin potilaskäynteihin yritetään puuttua ja me ainakin yritetään sitä asiakasta miettiä tässä koko ajan.”*

*”On työtä kaataa ne raja-aidat, että onhan se kamalaa, jos potilas käy joka päivä keskussairaalassa monessa eri paikassa.”*

Toimintoihin jakautuneen organisaation prosessijohtamisessa prosesseja ei tiedosteta, koska tavoitteet ja osaaminen ovat erillään yksiköittäin (ks. Virtanen ym. 2010: 151). Tämä näkyy myös edellä lainatuissa viittauksissa. Yksittäisellä yksiköllä on harvoin yksin mahdollisuutta vaikuttaa potilaslähtöisempiin palveluihin liittyen odotusaikoihin ja sujuvuuteen. Potilaslähtöisyyden toteuttaminen tapahtuu enemmänkin yksikkötasolla potilaiden hyvällä hoidolla. Potilaslähtöisyyden toteuttaminen nähtiin yksiköiden sisällä tapahtuvana potilaiden toiveiden kuuntelemisena ja itse hoitopäätös syntyi haastateltavien mukaan lääkärin ja potilaan kesken. Yksikön kautta tapahtuva arviointi tuli esiin potilaspalautteiden keräämisessä. Tavallisimmin yksiköissä kerättiin potilaspalautetta sairaalan omalla asiakastyytyväisyyskyselyllä, mutta erikseen eri prosesseja ei arvioitu potilaan näkökulmasta. Tällöin myös potilasryhmien välistä vertailua ei tullut esiin. Kyselyt antoivat kuvaa yksikön toiminnasta potilaiden näkökulmasta, mutta ei potilastai sairasyhmä keskeistä informaatiota. Potilaslähtöisyyden toteutumista laajempaan yhteistyönä perusterveydenhuoltoon ja muihin sidosryhmiin tuli vähemmän esiin.

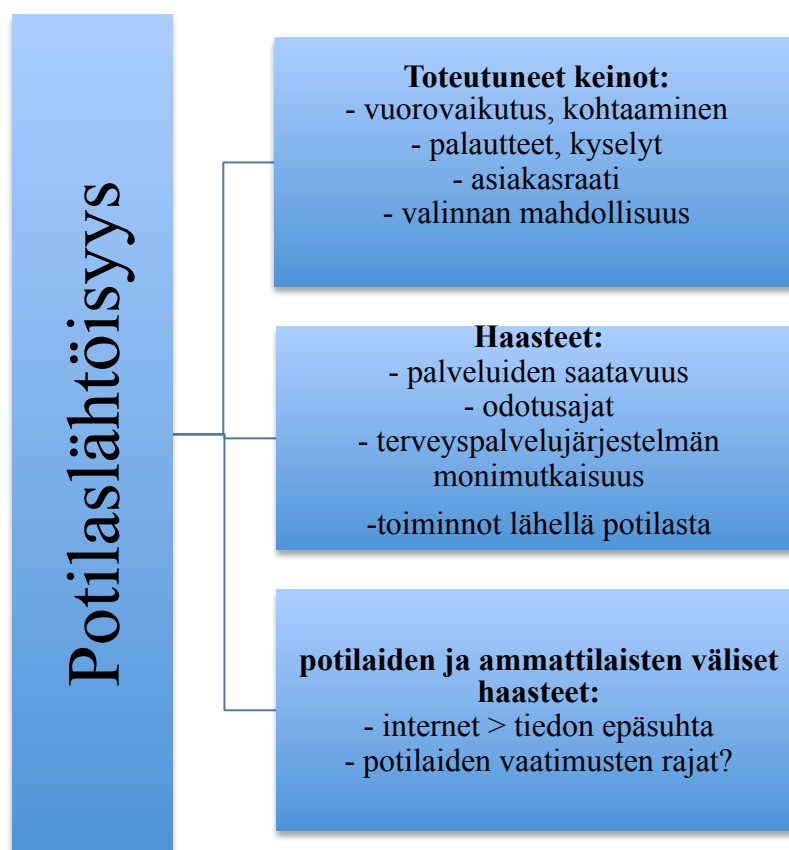
Potilaan kannalta ajateltuna olennaisinta on kokonaishoitoaika ja potilasvirtojen sujuvuuden kannalta sairaalaa tulee ajatella kokonaisuutena (ks. Toivonen ym. 2013: 24). Myös haastateltavien käsitykset potilaslähtöisyyden haasteita koskivat juuri pitkiä odotusaikoja ja palvelun saatavuuden hankaluutta terveystalouden järjestelmässä. Odotusaikoihin ei haastattelujen perusteella juuri yksikkötasolla voitu paljon vaikuttaa, koska hoitoketjussa siinä vaikuttaa monta eri tekijää.

*” Kaikki odotusajat näihin tutkimuksiin on kiduttavaa, että nää pitäis saada ja potilas ei voi luottaa, että sieltä tulee se vastaus.”*

*”Meillä pysytään hoitotakuussa.”*

*”Työryhmänä ruvettiin kehittämään tällaista ja se on poistanut ne jonot.”*

Toimintoja tulee järkevöittää sijoittamalla niitä lähelle toisiaan sekä tietojärjestelmiä ja rutiinitoimintoja parantamalla. Edellä lueteltuja asioita voidaan pitää yleisinä lean-toimintamallin tavoitteina, joiden toteuttamiselle ei ole esteitä terveydenhuollossa. Haasteena terveydenhuollon organisaatioissa on kuitenkin funktionaalisuus ja monien eri toimintojen jakautuminen omiin ”siiloihin”. (ks. Bush 2007: 873.) Seuraava kuvio 4 kuvaa tuloksia potilaslähtöisyyden toteuttamisen keinoista ja mitkä ovat suurimmat haasteet terveystalveissa ja mitkä koetaan haastaviksi potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Kuviossa potilaslähtöisyyden toteutumisen keinot ovat tuloksissa painottuneet tekijät. Myös potilaiden tarpeista lähtevä ajattelu tuli esiin haastatteluissa, mutta tätä ei laitettu kuvioon toteutuneena keinona. Potilaiden tarpeista lähtevällä toiminnalla saatettiin tarkoittaa yleensä potilaslähtöisyyttä tai ajattelutavan muutosta, missä toimintaa suunnitellaan potilaiden tarpeista lähtien, jolloin kysymykseen voi tulla esimerkiksi joustava palveluiden tarjonta. Terveydenhuollon järjestelmän ongelmiksi nousseet asiat ovat niitä, joihin prosessijohtamisella ja siihen liittyvällä lean-toimintamallilla olisi tarkoitus puuttua. Holden (2011:271) on todennut, että kasvavassa kysynnässä lean-toimintamallin uskotaan vähentävän turhia prosesseja ja toimintatapoja ja näin mahdollistavan oikea-aikaisen hoidon ja ehkäisevän potilasjonojen kasvamisen. Hoitoprosesseja kehittämällä voidaan parantaa potilaiden palveluiden saannin nopeutta ja tehokkuutta.



Kuvio 4. Tulokset potilaslähtöisyydestä.

Potilaslähtöisyyttä tukevinä asioina haastatelluissa yksiköissä pidettiin vuorovaikutusta ja kohtaamista potilaan kanssa sekä hyvää hoitoa. Tuloksissa nousi esiin, että potilaiden toiveiden kuunteleminen ja huomioiminen tietyissä rajoissa on tärkeää ja toteutuu erikoissairaanhoidossa. Palautteita ja kyselyitä tehtiin kaikissa haastatteluihin osallistuneissa yksiköissä. Tavallisimmin käytössä oli organisaation oma vuosittainen asiakas-tyytyväisyyskysely, mutta osa koki, että siitä saatava tieto ei välttämättä palvele yksiköitä. Potilasryhmittäin kerättävää tietoa ei oltu kysytty näissä yksiköissä. Potilaslähtöisyys vaikutusvaltana ei tullut esiin tuloksissa. Potilaslähtöisyyden vaikutusvalta tulee esille potilaan vaikuttaessa palvelujen sisältöön palvelujärjestelmässä. Jatkossa asiakasraati tulee varmasti toimimaan potilaslähtöisyyden vaikutusvallan kanavana. Hyvä ja toimiva palvelu on perinteinen potilaslähtöisyyden näkökulma. Hyvässä ja toimivassa palvelussa huomioidaan potilaan tarpeet ja lähtökohdat. (ks. Stenvall ym. 2012: 74; Ke-

rosuo 2010: 372.) Tulosten perusteella voidaan todeta, että potilaslähtöisyys näkyi enimmäkseen hyvän ja toimivan palvelun näkökulmasta.

*”Se (potilastyytyväisyyskysely) ei sillä lailla palvele sitä, mitä aidosti haluaisi niiltä potilailta tietää.”*

*”Sairaalan semmoinen kyselylomake, että me tehdään sitä täällä koko ajan.”*

*”Onhan aina eri osastoja ja eri potilasryhmiä, että ei ne (kyselyt) ehkä aina palvele sitä mitä on tarkoitus.”*

Terveydenhuollossa potilastyytyväisyyden mittaaminen ja arviointi on myös koettu haasteelliseksi. Lisäksi terveydenhuoltojärjestelmä on ollut hierarkkinen ja ammattiryhmäsuuntautunut, missä kansalaisten osallistuminen palveluiden suunnitteluun ei ole toteutunut. (ks. Benkö & Sarvimäki 2000: 513; Vartiainen 2009: 184; Chandrasekaran, Senot & Boyer 2011: 551.) Tuloksissa näkyy myös potilastyytyväisyyden mittaamisen vaikeus ja kehittämistarve. Potilaiden mukana olo palveluiden suunnittelussa tai heidän kuuleminen suunnitteluun liittyen ei tullut esille tuloksissa.

Monimutkainen terveystalouden järjestelmä tuli tuloksissa esille. Potilaiden ja ammattilaisten välillä olevana haasteena on lisäksi internet ja potilaiden lisääntyvät vaatimukset. Molemmat tulivat esiin ristiriitajärjestelmänä. Potilaat hakevat tietoa googlesta ja ovat tietoisia hoitovaihtoehdoista ja oikeuksistaan. Nämä eivät kuitenkaan aina ole yhteydessä todellisuuden kanssa ja tiedon suhteen tulisi olla kriittinen. Tämä huomioon ottaen lääkäriin ja hoitohenkilökunnalla on kuitenkin vastuu potilaan hoidosta. Hoitopäätökset syntyvät lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa, kuitenkin niin, ettei potilas voi sanella, mitä hän haluaa vaan yhteisymmärryksessä lääkärin kanssa. Viitaten teoriaan tarkoitus on lisätä potilaan omaa aktiivisuutta ja myös vastuuta omasta terveydestä. (Eijk ym. 2013: 926.) Tämä on yksi ulottuvuus potilaslähtöisyyttä, joka tuli tuloksissa esiin potilaslähtöisyyden haasteena. Potilaat saattavat vaatia ja tietää oikeutensa, mutta potilaslähtöisyyden toinen puoli jää toteutumatta eli potilaan oma aktiivisuus esimerkiksi parhaan mahdollisen hoitotuloksen saavuttamiseksi. Potilaslähtöisyyden lisääntymisen koettiin osaltaan myös kustannustekijäksi ja näin haastavaksi resurssiin verrattuna.

*”Asiakas on sellainen kuningas, joka saa päättää, vaatia ja valita ja jolla on ääni, joka kyllä tietää paljon.”*

*”Mä näkisin, että se on iso haaste ja tietenkin se on meillekin uutta, että se asettaa henkilökunnallekin haastetta, alkaa järjestämään tätä omassa ihan käytännössä, että pitää hyväksyä tällainen toimintatapa.*

*”Pitää muistaa, että me ollaan siltäkin osalta sen potilaan edustajia, että se sais siihen oikeaan vaivan oikean hoidon.”*

*”..että tää on nyt sun tehtävä ja sulle kuuluu myöskin tehtäviä ei voi ulkoistaa sairaalalle tai jollekin muulle.”*

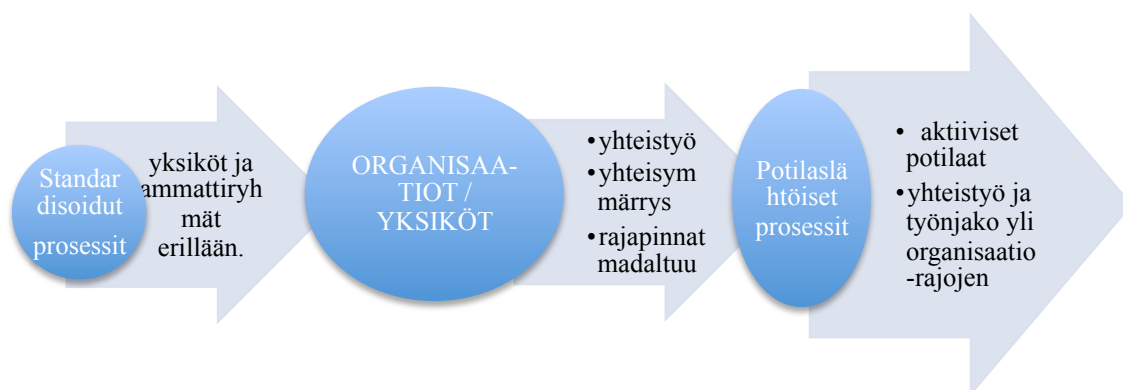
#### 4.3.3. Riippuvuus toisista, yhteenvetoa tuloksista

Lean-toimintamallin ajatus on potilaslähtöinen prosessijohtaminen. (ks. Dart 2011: 279; Vegting, Beneden, Kramer, Thijs, Kostense & Nanayakkara 2012: 70.) Haastateltavat olivat kaikki kuulleet lean-toimintamallista, mutta varsinainen käytännön kokemus oli vähäistä. Toisaalta lean-toimintamallin ajateltiin olevan jotain sellaista, jota jo nyt yksiköissä tehdään. Yleisesti lean-toimintamallista oltiin kiinnostuneita ja uskottiin sen tuovan hyötyä yksiköille. Tässä tutkimuksessa lean-toimintamalli on yksi tapa toteuttaa prosessijohtamista. Toivonen ym. (2013: 24) on korostanut, että potilaan kannalta ajateltuna olennaisinta on juuri kokonaishoitoaika. Potilasvirtoja tulisi sujuvoittaa ja sairaalaa ajatella kokonaisuutena. Sujuvilla potilasvirroilla on hänen mukaansa mahdollisuus vähennetään kustannuksia ja odotusaikoja, parannetaan hoitotuloksia sekä lisätä turvallisuutta. Toivonen esittää lean-toimintamallin käytön apuvälineenä tavoiteltaessa sujuvia potilasvirtoja. Tuloksissa tuli vähän esille, että odotusaikoihin olisi pystytty vaikuttamaan ja yleensä yksi yksikkö ei voinut yksin vaikuttaa palvelun saatavuuteen tai odotusaikoihin, koska riippuvuus muista on ilmeinen.

Vartiainen (2009: 177) on todennut, että hierarkkisuus ja erikoistuminen terveydenhuollossa lisäävät monimutkaisuutta ja kompleksisuutta vaikuttamalla samalla toimintatavoihin ja johtamiseen. Hierarkkisuus ja erikoisalot nousivat osittain haastavina esiin tuloksissa, mutta toisaalta erikoisalot nähtiin tarpeellisina ja välttämättöminä. Prosessien

johtamiseen ne tuovat haastetta, jotta prosessijohtaminen toteutuisi potilaslähtöisesti. Osastonhoitajat vastaavat omista yksiköistään ja prosessit ulottuvat yli yksikkörajojen. Tällöin haastetta syntyy muun muassa vastuiden jakamisesta. Osastonhoitajien valta ei ilman yhteistyötä ulotu yksikön ulkopuolelle. Moniammatilliset kokoukset mainittiin hyväksi, joilla pystytään lisäämään potilaan näkökulman esille tuomista prosessissa ja kokonaisuuden hahmottaminen avautuu, joskin pienelle osalle ammatillisia organisaatiossa.

Haastatteluiden pohjalta muodostetuista käsityksistä ja tulkinnoista voidaan yhteenvedona esittää, mitä potilaslähtöinen prosessijohtaminen edellyttää organisaatiossa (ks. kuvio 5). Kuvion nuolet kuvaavat suuntaa mihin organisaatiossa olisi tarkoitus pyrkiä saavuttaakseen potilaslähtöisiä prosesseja.



Kuvio 5. Standardoiduista prosesseista potilaslähtöisiin prosesseihin.

Potilaslähtöiset hoitoprosessit ja -ketjut saavutettaisiin moniammatillisuudella, yhteistyöllä ja rajapintojen madaltamisella sekä organisaation sisällä että organisaation ulkopuolisiin sidosryhmiin liittyen. Tuloksissa ei suoraan tullut esiin yksiköiden erillisyyttä ja eri toimintojen jakautuminen eri yksiköille potilaiden hoidossa. Tuloksista voidaan kuitenkin päätellä tämän vaikuttavan osaltaan päällekkäisyyksiin ja tiedonsiirtoon sekä johtamiseen. Kokonaisuuden hahmottaminen ja hallinta vaikeutuu tehtävien jakautuessa eri puolille.

Haastatteluiden tulokset on tulkittu prosessijohtamisen viitekehykseen. Johtaminen on kuitenkin hyvin laaja-alaista, eikä yksi johtamissuunta takaa yksin menestystä. Prosessijohtamiseen liittyy kuitenkin tietty rationaalisuus ja systemaattisuus, joka tuli esiin osassa haastatteluista. Varsinaisesti vastaajat eivät yhdistäneet ehkä toimintatapojaan prosessijohtamiseen. Potilaslähtöisyyden tulkinta prosessijohtamisessa on haastavaa, mutta yleiset käsitykset potilaslähtöisyyden haasteita ja tämän hetkisestä keinoista toivat kokonaiskuvaa tuloksiin. Tuloksia tulkiten yksiköiden sisäisellä prosessijohtamisella on vain tietty vaikutus potilaslähtöisyyteen, joka liittyy hyvään hoitoon, mutta odotusaikoihin ja palveluiden saatavuuteen vaikuttaessa tarvitaan laajempaa yhteistyötä yli ammattirajojen. Tämän asian kiteytti eräs haastateltava seuraavasti:

*”Moniammatillisuus ja yhteistyö on se tulevaisuus.”*

## 5. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä luvussa on tarkoitus pohtia tutkimuksen tuloksia liittyen tutkimuskysymyksiin. Johtopäätöksiin on haluttu liittää taulukko selkeyttämään tulosten pohdintaa. Tuloksia pohditaan SWOT-analyysin nelikentän mukaan, missä näkyvät organisaation vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat liittyen prosessijohtamiseen ja potilaslähtöisyyteen. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää mitä prosessijohtaminen on sairaalaorganisaatiossa ja miten potilaslähtöisyys toteutuu siinä? Osastonhoitajille tehtyjen teemahaastatteluiden avulla selvitettiin osastonhoitajien käsityksiä prosessijohtamisen toteuttamisesta ja potilaslähtöisyydestä.

### 5.1. Tulosten pohdintaa

Tutkimuksessa haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin. Mitä prosessijohtaminen ja lean-toimintamalli ovat sairaalaorganisaatioissa? Miten prosessijohtaminen ja lean-toimintamalli huomioivat potilaslähtöisyyden? Mitkä ovat prosessijohtamisen ja lean-toimintamallin haasteet ja mahdollisuudet sairaalaorganisaatiossa?

Prosessijohtamisen toteuttamisesta selvisi tuloksissa, että prosesseja on kuvattu ja ne ovat tiedossa. Prosessien määrittämisen jälkeen yhteyttä käytäntöön ei välttämättä syntynyt. Osassa yksiköitä oli pohdittu prosessien tarpeellisuutta. Tavallisimmin hoitoprosessit hahmotettiin yksiköiden näkökulmasta katsoen sisäisinä prosesseina. Muutamia laajempia hoitoketjukurvauksia oli tehty, jolloin yksiköt olivat antaneet oman panoksensa ketjun suunnitteluun. Prosessien suunnitteluun ei tavallisimmin ole lähdetty uudistamaan ja kehittämään vaan enemmän kuvaten olemassa olevaa toimintatapaa. Hoitoprosesseissa, jotka on kuvattu yksiköittäin, näkyy hoitohenkilökunnan vahva työpanos. Tällöin myös yksiköiden välisten rajapintojen tarkastelu, kehittäminen ja uusien ideoiden esille tuonti on jäänyt vähemmälle. Laajemmissa hoitoketjuissa potilaslähtöisyys oli huomioitu paremmin ja ongelmakohdat myös nousseet selvemmin esiin. Laajoissa hoitoketjuissa saattaa olla ongelmana prosessin hajaantuminen eri yksiköiden ja toimijoiden välille,

jolloin olisi tärkeää päättää kuka prosessia johtaa vai tarvitaanko johtamisessa eri ammattiryhmien työpanosta.

Organisaation asettamat rajat organisaation sisällä jo estävät prosessijohtamisen laajemman toteuttamisen. Tuloksien perusteella voidaan olettaa, että osastonhoitajat vastaavat hoitoprosessien hoidollisen puolen toteutumisesta yksiköissä, mutta eivät varsinaisesti koe johtavansa laajempia prosesseja. Tämä luo osastonhoitajan rooliin haastetta, kun yksikön toiminnan vastuu on osastonhoitajalla, mutta yhteistyön puuttuminen lääkärinkunnan edustajan kanssa saattaa heikentää onnistunutta prosessijohtamista. Yhteistyöllä lääkärin kanssa vaikuttaisi, että todelliseen prosessien johtamiseen olisi mahdollisuudet. Yhteistyön puuttuminen saattaa rajata myös osastonhoitajan vaikutusmahdollisuuksia. Prosessien johtaminen vaikuttaisi olevan eri vaiheissa eri yksiköillä. Tavoitteiden asettamisella ja suunnitelmallisella hoitoprosessien ja -ketjujen kehittämisellä voidaan saavuttaa potilaslähtoisempiä palveluita. Prosessien kuvaaminen ja määrittely ei saa olla itse tavoite ja päämäärä.

Yksikön näkökulmasta kuvatut prosessit hahmottavat mielestäni enemmän työnkulkuja yksikön sisällä. Nämäkin on hyvä olla laadittuina, jos tarpeen, mutta niillä ei vielä päästä toteuttamaan potilaslähtöistä prosessijohtamista. Prosessijohtamisen mahdollisuudet tulevat esiin, kun prosesseja mietitään laajemmin moniammatillisesti potilasryhmän näkökulmasta. Tällöin eri yksiköt hahmottavat oman osuutensa laajassa prosessissa ja samalla kustannustietoisuus ja vaikuttavuus sekä riippuvuus muista tulee selkeämmin esiin. Potilaslähtöisyyden toteutumisen haasteiksi koettiin monimutkainen järjestelmä, odotusajat ja palveluiden saatavuus. Tuloksissa nousi esiin palveluiden saatavuuden seuranta hoitotakuun mukaan. Teorian mukaan potilaslähtöisyyden kannalta potilaille tärkeimpiä konkreettisia tekijöitä, jotka vaikuttavat potilastyytyväisyyteen ovat palveluiden saatavuus ja joustavuus. Toimintoihin on vaikea saada joustavuutta ja sujuvuutta, jos hoitoketjun tai -prosessin eri vaiheet ovat hajaantuneina organisaatiossa. Tulisikin pohtia, onko mahdollisuuksia toteuttaa toimintoja lähellä potilasta ja onko siihen mahdollisuuksia erikoissairaanhoidossa, joka on erikoistunut erikoisaloihin ja erilaisiin palveluiden tarjoajiin hajaantuneina omiin yksiköihin.

Prosessijohtamisella ei tulosten perustella ainakaan vielä oltu näihin ongelmiin pystytty puuttumaan. Lean-toimintamallin uskottiin olevan hyvä ja toisaalta osa yksiköistä uskoi sitä jo tekevänsä ”maalaisjärjellä” ajateltuna. Potilasryhmittäin tapahtuvaa seuranta ja arviointia ei juuri tullut ilmi ja yleensä kehittäminen ja arviointi kohdistui yksikköön. Osastonhoitajat vastaavat omien yksiköiden toiminnasta ja näin ollen potilaslähtöisyyden tukeminen näkyy tuloksissa hyvänä hoitona ja palveluna, mitä osastolla kehitetään. Monimutkaisen järjestelmän, joka koettiin potilaslähtöisyyttä heikentävänä, selkeyttämiseen tarvitaan laajempaa uudistamista. Monimutkaisuutta voidaan kuitenkin vähentää organisaation sisälläkin, koska se lisää henkilökunnan työtä. Toisaalta prosessijohtamisessa ei tullut esiin potilaslähtöisyyttä siinä mielessä, että palveluita pyritään keskittämään organisaation sisällä tai se tapahtui yksittäisinä kehityksinä.

Prosessijohtamisen toteutuneina keinoina voidaan pitää yksiköissä tiimejä, työnkiertoa, vastuuhenkilöiden nimeämistä ja hyvää esimiessuhdetta. Heikkouksina prosessijohtamisen toteuttamisessa myös potilaslähtöisyyden kannalta ovat moniammatillisen johtamisen puuttuminen, ymmärrys prosessijohtamisen tavoitteista ja yhteistyö yksiköiden välillä. Mahdollisuuksina prosessijohtamiseen ja potilaslähtöisyyteen ovat yhteistyön lisääminen, moniammatillisuus, aktiiviset potilaat ja resurssien jakaminen. Uhkina tuloksista nousi muutoskyvyttömyys, taloudelliset tekijät ja ammattiryhmiin jakautuminen. Olenaisena sekä vahvuuksissa että heikkouksissa esiin tuli vastuun ja vallan jakaminen. Mahdollisuutena on esitetty myös hyvien käytäntöjen jakaminen, vaikka sitä ei haastatteluissa tullut esille, mutta koska hyviä toimintamalleja löytyy eri yksiköistä, olisi niiden jakaminen tärkeää. Seuraava taulukko 2 esittää tuloksien yhteenvetoa ja johtopäätöksiä.

Taulukko 2. Yhteenveto tuloksista.

**Vahvuudet****Heikkoudet**

<ul style="list-style-type: none"> <li>- tiimit, vastuuhenkilöt</li> <li>- hyvä esimiessuhde</li> <li>- osaaminen</li> <li>- työnkierto</li> <li>- vastuun jakaminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- raja-aidat</li> <li>- yhteistyö</li> <li>- moniammatillinen johtaminen</li> <li>- vastuun jakaminen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- aktiiviset potilaat</li> <li>- yhteistyö yli organisaatorajojen</li> <li>- ammattiryhmien välinen yhteistyö</li> <li>- hyvien käytäntöjen jakaminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- organisaation jäykkyys</li> <li>- taloudelliset tekijät (resurssit)</li> <li>- muutoskyvyttömyys</li> </ul>

**Mahdollisuudet****Uhat**

Prosessien kautta ajateltuna lean ja prosessijohtaminen vaikuttavat haastavilta toteuttaa terveydenhuollossa potilaslähtöisesti. Potilaan näkökulmasta ajatellen hyödyt voivat olla mahdollisia, mutta se vaatii rohkeaa toimintatapojen muuttamista. Tähän saattaa olla esteenä jo fyysinen toimintaympäristö. Tuloksissa nousi esiin erityisesti rajapinnat ja yhteistyö yli ammattirajojen. Erityisesti lääkäreiden tukea tarvittaisiin johtamisessa. Moniammatillisuus nousi vahvasti esille sekä toteutuneena että sen toteutuminen koettiin riittämättömäksi. Mielenkiintoista onkin miten haastateltavat käsittävät moniammatillisuuden? Hoitoprosesseja oli pohdittu eri ammattiryhmien kesken eli moniammatillisesti, mutta se mitä osastonhoitajat jäivät kaipaamaan oli ehkä yhteistyötä yli ammattirajojen. Tukea tarvittaisiin kokonaisuuden johtamiseen.

Potilaslähtöisyyden toteutuminen prosessijohtamisessa vaatii, että hoitoprosessit hahmotetaan laajempina kokonaisuuksina. Yksiköiden luomat raja-aidat jo osaltaan estävät osastonhoitajien hoitoprosessien kokonaisuuden hallinnan, jos ei koko hoitoprosessi ole tuotu lähelle yksikön toimivaltaa. Eri yksiköiden välillä kulkevat prosessit taas lisäävät yhteistyön tarvetta monien eri henkilöiden kesken ja voivat näin osaltaan heikentää poti-

laslähtöisyyden toteutumista, jos kehittämistä ei tehdä potilasnäkökulma huomioiden. Matalat raja-aidat ja yksikön osallistuminen laajemmin potilaiden palvelun tarpeen määrittämiseen taas osaltaan lisäävät potilaslähtöistä ajattelua.

Johdannossa esitettiin oletus, että prosessien johtaminen potilaslähtöisesti on haasteellista sairaalaorganisaatioissa. Tulosten perusteella voidaan sen todeta olevan haasteellista, koska prosessijohtamisen toteuttaminen, siten kuin se olisi tarkoitus on hankalaa sairaalaorganisaation rakenne ja erilliset yksiköt huomioiden. Haastetta potilaslähtöiselle prosessijohtamiselle tuo erityisesti rajapinnat, joita saattaa olla useita organisaation sisällä ja lisäksi organisaation ulkopuoliset sidosryhmät huomioiden.

## 5.2. Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti

Tutkimuksen tuloksia voidaan pitää luotettavina silloin, kun ne on laadittu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimuksen teossa tulee noudattaa rehellisyyttä, kriteerien mukaista tiedonhankintaa ja viittaamalla tutkijoiden julkaisuihin ohjeistusten edellyttämällä tavalla. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös tarvittavien tutkimuslupien ja suostumusten hankkiminen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6.)

Tämä tutkimus on laadullinen ja tutkimusmenetelmänä on käytetty teemahaastattelua. Teoreettinen aineisto on kerätty sekä kotimaisia että kansainvälisiä lähteitä hyväksi käyttäen. Lähdeaineistossa on painotettu kansainvälisiä lähteitä. Mukana olevien lähteiden lisäksi on käyty useita artikkeleita silmäillen läpi. Lähteitä aiheesta on paljon, joten lähteitä karsittiin ja rajattiin. Teemahaastattelurunko tehtiin kahteen kertaan, koska ensimmäisten koehaastatteluiden jälkeen tuli esiin kysymyksiä, joilla haluttiin painottaa prosessijohtamista ja potilaslähtöisyyttä. Koehaastatteluita tehtiin kaksi ja korjatulla versiolla vielä yhden kerran. Haastavaksi haastattelurungon laatimisen teki prosessijohtamiseen liittyvät kysymykset. Oletuksena oli, että prosessijohtaminen voi olla vieras osastonhoitajan työhön liittyen. Tämän vuoksi kysymykset piti muotoilla käytännön hoitoprosesseja koskeviksi.

Tutkimuskohde valittiin, koska tiedossa oli, että tässä organisaatiossa prosessityötä on tehty jo pidemmän aikaa. Tutkimuksen objektiivisuuden kannalta olisi ollut parempi valita joku toinen organisaatio, mutta toisaalta en toimi esimiestehtävässä organisaatiossa. Oman yksikköni esimiehiä en ottanut mukaan haastatteluun, koska tällöin objektiivisuus olisi saattanut vaarantua. Haastateltavat valittiin satunnaisesti, jolloin eri klinikkar ryhmistä tuli eri määrä haastateltavia. Luotettavuutta tulosten esittämisen suhteen olisi lisännyt, jos haastateltavia olisi ollut sama määrä eri klinikkaryhmistä. Otanta olisi vartannut paremmin koko organisaatiota. Teemahaastattelut tehtiin 12 osastonhoitajalle eri yksiköissä. Tutkimuksen luotettavuutta olisi vahvistanut sairaalaorganisaation kaikkien yksiköiden mukana olo haastatteluissa, mutta työn ohjeistukseen liittyen haastateltavia olisi tällöin tullut liian monta. Luotettavuutta olisi lisännyt, jos haastateltaviksi olisi valittu vain esimerkiksi yhden klinikkaryhmän yksiköitä, mutta toisaalta tällöin vastauksissa olisi voinut jäädä paljon huomioimatta, miten laajasti esimerkiksi potilaslähtöisyyttä voidaan lähestyä.

Reliabiliteettia eli luotettavuutta työhön tuo haastattelujen tarkka litterointi heti haastatteluiden jälkeen, jolloin analyysivaiheeseen päästiin heti haastatteluiden loputtua. Tällöin haastattelut olivat vielä hyvin muistissa ja aineistoa oli helpompi lähteä jäsentämään. Aineistoa analysoitiin haastatteluiden aikana esiin nousseilla teemoilla, ei haastattelurungon teemoilla. Lisäksi havaintoja kerättiin excel- taulukkoon. Excel- taulukko sisälsi teoreettisen viitekehyksen yhteenvedossa nousseita asioita liittyen prosessijohtamisen ja lean-toimintamallin mahdollisuuksiin ja haasteisiin. Taulukointi tukee työn reliabiliteettia ja validiteettia mahdollistaen luotettavimmat johtopäätökset. Tuloksissa painotettiin vain niitä asioita, jotka todellisuudessa toistuiivat useimmiten haastateltujen vastauksissa. Validiteetin ongelmana tutkimuksessa voidaan pitää tutkimuksen teoreettisen käsitteen, prosessijohtamisen, ja haastatteluissa ilmenneiden asioiden yhteen liittämistä. Tutkimuksen toistettavuutta olisi lisännyt, jos tutkimukseen olisi valittu olemassa oleva hoitoketju tarkasteltavaksi. Yksittäiseen hoitoketjuun liittyviä henkilöitä olisi voitu haastatella eri yksiköistä, jolloin olisi voinut saada tarkempaa tietoa hoitoketjun johtamisesta ja eri yksiköiden välisestä yhteistyötä hoitoketjuun liittyen. Tässä tut-

kimuksessa haluttiin kuitenkin kartoittaa osastonhoitajien roolia prosessien johtamisessa.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla prosessijohtamisen hyödyntäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinnalla. Rajapinnat ja raja-aidat nousivat työssä vahvasti esille, joten tähän vaikuttavista tekijöistä olisi mielenkiintoista tietää lisää. Näkökulmana voisi olla miten vuorovaikutus eri muodoissa vaikuttaa prosessijohtamisen toteuttamiseen.

Tämän työn käyttömahdollisuudet näkyvät siinä, miten osastonhoitajan rooli näkyy tällä hetkellä prosessien johtamisessa ja miten sitä voitaisiin mahdollisesti tulosten perusteella kehittää. Yhteistyö ja verkostot ovat myös henkilöistä riippuvia asioita, mutta mahdollisesti niitä voitaisiin tukea organisaatiossa. Tulevaisuutta ajatellen hoitoketjujen kehittäminen olisi hyvä ajoittaa mahdollisesti uuden terveystieteiden tutkimuskeskuksen yhteyteen, jolloin raja-aidat mataloituvat ja yhteistyö olisi helpompaa. Tutkimuksen tulokset jäsentävät tietoa osastonhoitajien näkemyksestä prosesseista ja potilaslähtöisyydestä. Prosessijohtaminen, jolla tavoitellaan osittain asioiden selkeyttämistä ja rationalisointia on ehkä hankala yhdistää monitulkintaiseen potilaslähtöisyyteen. Ihmisillä on kuitenkin tarve pyrkiä selkeyttämään monimutkaisia kokonaisuuksia, jolloin prosessijohtaminen voi osaksi myös avata uusia näkökulmia siitä, ettei asioita voi eikä tarvitsekaan ratkaista nopeasti ja yksinkertaisesti. Prosessijohtamisen ansiot organisaatiossa voivatkin olla juuri näiden eri yhteistyötahojen ja yllättävienkin ongelmien esiintuominen. Toivottavasti myös tuleva uusi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki tulee mahdollistamaan entistä potilaslähtöisemmät ja sujuvammat palvelut potilaille.

**LÄHDELUETTELO**

- Aaltonen, Janne, Nina Fyhr, Kirsti Käpyaho, Laura Mäkelä, Markku Mäkijärvi & Vesa Rautiainen (2008). Ihannesairaala, Visioita ja valintoja. Saatavissa 7.11.2012: <http://www.hus.fi/default.asp?path=1%3B31%3B33&SearchPhrase=ihannesairaala&StartDate=&EndDate=>.
- Alasoini, Tuomo (2012). Teoksessa: Työhyvinvointi ja organisaation menestys. Toim. Pöyriä, Pasi. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Alasuutari, Pertti (2011). Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Andersson, Thomas & Roy Liff (2012). Does patient-centred care mean risk aversion and risk ignoring? Unintended consequences of NPM reforms. *International Journal of Public Sector Management* 25:4, 260–271.
- Antunes, Pedro & Hernani Mourao (2011). Resilient Business Process Management: Framework and Services. *Expert Systems with Applications* 38, 1241–1254.
- Atkinson, Paula & Elizabeta B. Mukaetova-Ladinska (2011). Nurse-led liaison mental health service for older adults: Service development using lean thinking methodology. *Journal of Psychosomatic Research* 72: 328–331.
- Bai, Chunguang & Joseph Sarkis (2013). A grey-based DEMATEL model for evaluating business process management critical success factors. *International Journal of Production Economics* 146, 281–292.
- Benkö Sandelin, Singa & Anneli Sarvimäki (2000). Evaluation of Patient-Focused Health Care from a Systems Perspective. *Systems Research and Behavioral Science* 17, 513–525.

- Bertolini, Massimo, M. Bevilacqua, F. E. Ciarapica & G. Giacchetta (2011). Business process re-engineering in healthcare management: a case study. *Business Process Management Journal* 17:1, 42–66.
- Bicheno, John & Matthias Holweg (2009). *The Lean Toolbox: The Essential Guide to Lean Transformation*. Buckingham: PICSIE Books.
- Bowerman, Jennifer & Jo Lamb-White (2007). Leadership in Health Services. *Introducing Lean in healthcare* 20:4, 228–230.
- Bulmer, Jean (2013). Leadership Aspirations of Registered Nurses – Echo Eants to Follow Us? *The Journal of Nursing Administration* 43:3, 130–134.
- Bush, Roger W. (2007). Reducing Waste in US Health Care Systems. *JAMA* 2:297, 871–874.
- Campbell, Robert James (2009). Thinking Lean in Healthcare. *Journal of Ahima* 80:6, 40–43.
- Chandrasekaran, Aravind, Claire Senot & Kenneth K. Boyer (2011). Process Management Impact on Clinical and Experiential Quality: Managing Tensions Between Safe and Patient-Centered Healthcare. *Manufacturing and Service Operations Management* 14:4, 548–566.
- Cassell, Catherine & Gillian Symon (1994). *Qualitative Methods in Organizational Research. A Practical Guide*. London: SAGE Publications Ltd.
- Cho, Chiwoon & Seungsin Lee (2011). A study of process evaluation and selection model for business process management. *Expert Systems and Applications* 38: 6339–6350.

- Clarke, Elizabeth, Donna Diers, Judith Kunisch, Christine Duffield, Debra Thoms, Sue Hawes, Helen Stasa & Margaret Fry (2012). Strengthening the nursing and midwifery unit manager role: an interim programme evaluation. *Journal of nursing management* 20, 120–129.
- Dart, Richard C. (2011). Can Lean Thinking Transform American Health Care. *Annals of Emergency Medicine* 57:3, 279–281.
- De Toni, A. & S. Tonchia (1996). Lean organisation, management by process and performance measurement. *International Journal of Operations & Production Management* 16:2, 221–236.
- Decker, W. Wyatt & Latha G. Stead (2008). Application of lean thinking in health care: a role in emergency departments globally. *International Journal Emergency Medicine* 1, 161–162.
- Eijk, Martijn van der, Frouke A. P. Nijhuis, Marjan J. Faber & Bastiaan R. Bloem (2013). Moving from physician-centred towards patient-centred care for parkinson's disease patients. *Parkinsonism and Related Disorders* 19, 923–927.
- Ferguson, Linda M., Heather Ward, Sharon Card, Suzanne Sheppard & Jane McMurtry (2013). Putting the patient back into patient-centred care: An education perspective. *Nurse Education in Practice* 13, 283–287.
- Fillingham, David (2007). Can lean save lives? *Leadership in Health Services* 20:4, 231–241.
- Geber, Beverly (1992). Can TQM cure health care? *Training* 29:8, 25–34.
- Gogan, Janis L., Ryan J. Baxter & Scott R. Boss (2013). Handoff processes, information quality and patient safety. A trans-disciplinary literature review. *Business Process Management Journal* 19:1, 81–94.)

- Gong, Yiwei & Marijn Janssen (2012). From policy implementation to business process management: Principles for creating flexibility and agility. *Government Information Quarterly* 29, 62–71.
- Groop, J., T. Malmström, P. Lillrank, M. Sarkka & H. Hietala (2009.) Seven models of healthcare operations – a tool for casemix analysis? *BMC Health Services Research* 9: (suppl 1) A15.)
- Grove, A.L., J.O. Meredith, M. MacIntyre, J. Angelis & K. Neailey (2010). UK health visiting: challenges faced during lean implementations. *Leadership in Health Services* 23:3, 204–218.
- Gulledge, Thomas R. & Rainer A. Sommer (2002). Business Process Management: public sectors implications. *Business Process Management Journal* 8:4, 364–376.
- Hall, Richard H. & Pamela S. Tolbert (2005). *Organisazations Stuctures, Processes, and Outcomes*. Ninth Edition. New Jersey: Person Prentice Hall.
- Hammond, Michael & Jerry Wellington (2013). *Research Methods. The Key Concepts*. London: Routledge.
- Hart, Elizabeth (2010). Reduce spending with care management. *Health Management Technology* 31:2, 12–13.
- Hellstöm, Andreas, Svante Lifvergren & Johan Quist (2011). Process management in healthcare: investigating why it's easier said than done. *Journal of Manufacturing Technology Management* 21:4, 499–511.
- Holden Richard J. (2011). Lean Thinking in Emergency Departments: A Critical Review. *Annals of Emergency Medicine* 57:3, 265–278.

- Itkonen, Pentti (2005). Teoksessa: Terveys ja johtaminen: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 349. Toim. Vuori, Jari. Helsinki: WSOY.
- Julkunen, Raija (2009). Uuden työ paradoksit. Keskusteluja 2000-luvun työprosess(e)ista. Tampere: Vastapaino.
- Karlberg, Ingvar, Lillemor R-M. Hallberg & Anneli Sarvimäki (2002). Teoksessa: Qualitative Methods in Public Health Research. Introduction and aims of the book – Health, Public Health and Research on Public Health. Ed: Lillemor R-M. Hallberg. Lund: Studentlitteratur.
- Kansallinen Terveysarkisto (2013). Potilastiedon arkisto. Saatavilla 10.12.2013: <http://www.kanta.fi/earkisto-esittely>.
- Kauhanen, Juhani (2009). Henkilöstövoimavarojen johtaminen. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kerosuo, Hannele (2010). Lost in translation: a patient-centred experience of uninterested care. *International Journal of Public Sector Management* 23:4, 372–380.
- Klassen, Robert D. & Larry J. Menor (2007). The process management triangle: An empirical investigation of process trade-off. *Journals of Operations Management* 25, 1015–1034.
- Laaksonen, Hannele, Jouni Niskanen & Seija Ollila (2012). Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 2. Uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2:3-9, 17.8.1992/785. Saatavilla 11.12.2013: <http://www.finlex.fi/fi/>.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta 1:3, 22.9.2000/811. Saatavilla 11.12.2013: <http://www.finlex.fi/fi/>.

- Lehmusvaara, Antti (2013). Tampereelle rakennetaan uusi sydänsairaala. Kauppalehti 21.10.2013. Saatavissa 21.10.2013:  
<http://www.kauppalehti.fi/etusivu/tampereelle+rakennetaan+uusi+sydansaairaala/201310538717>.
- Lillrank, Paul, Jaakko Kujala & Petri Parvinen (2004). Keskenikäinen potilas: terveydenhuollon tuotannonohjaus. Helsinki: Talentum.
- Lillrank, Paul & Julia Venesmaa (2010). Terveydenhuollon alueellinen palvelujärjestelmä. Helsinki: Talentum.
- Lillrank, Paul (2013). Lean –ajattelu terveydenhuollossa. Saatavilla 19.11.2013:  
[http://www.nhg.fi/doc/NHG\\_Lean\\_Whitepaper.pdf](http://www.nhg.fi/doc/NHG_Lean_Whitepaper.pdf). Nordic Healthcare Group.
- Mintzberg, Henry (1979). The Structuring of Organizations. A Synthesis of the Research. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Modig, Niklas & Pär Åhlström (2013). Tätä on lean. Ratkaisu tehokkuusparadoksiin. Tukholma: Rheologiga.
- Moyes, William (2008). Laying it on the line. *Nursing Management* 14:9, 20–21.
- Natschläger, Christine & Verena Geist (2013). A layered approach for actor modelling in business processes. *Business Process Management Journal* 19:6, 917–932.
- Newman, Karin (1997). Towards a new health care paradigm patient-focused care. The case of Kingston Hospital Trust. *Journal of Management in Medicine* 11:6, 357–371.
- Niiranen, Vuokko, Riitta Seppänen-Järvelä, Merja Sinkkonen & Pirkko Vartiainen (2010). Johtaminen sosiaalialalla. Helsinki: Gaudeamus.

- Ojala, Satu & Pertti Jokivuori (2012). Teoksessa: Työhyvinvointi ja organisaation menestys. Toim. Pöyriä, Pasi. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Parvinen, Petri, Paul Lillrank & Karita Ilvonen (2005). Johtaminen terveydenhuollossa. Käytännöt, vastuut, valvonta. Helsinki: Talentum.
- Peltokorpi, Antti; Jaakko Kujala & Paul Lillrank (2004). Keskeneräisen potilaan kustannukset. Menetelmä kunnille terveystalveluiden tuotannon suunnitteluun ja ohjaukseen. Kunnallissalan kehittämssäätiö Kaks. Helsinki: Talentum.
- Peltonen, Tuomo (2007). Johtaminen ja organisointi teemoja, näkökulmia ja haasteita. Helsinki: KY-palvelu.
- Poelmans, Stephan, Hajo A. Reijers & Jan Recker (2013). Investigating the success of operational business process management systems. *Information Technologic Management* 14, 295–314.
- Ronkainen, Suvi, Leila Pehkonen, Sari Lindblom-Yläne & Eija Paavilainen (2011). Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Ryynänen, Olli-Pekka, Markku Myllykangas, Juha Kinnunen & Jorma Takala (1999). Attitudes to health care prioritisation methods and criteria among nurses, doctors, politicians and the general public. *Social Science & Medicine* 49:11, 529–1539.
- Scheuerlein, Hubert, Falk Rauchfuss, Yves Dittmar, Rüdiger Molle, Torsten Lehmann, Nicole Pienkos & Utz Settmacher (2012). New methods for clinical pathways - Business Process Modelling Notation (BPMN) and Tangible Business Process Modelling (t.BPM). *Langenbecks Arch Surg* 397, 755–761.
- Sillanaukee, Päivi (2004). Teoksessa: Kokemuksia perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon yhdistävän terveydenhuoltoalueen johtamisesta: Terveystalveluiden

suunnittelu: Terveyspalveluiden suunnittelukompassi, 18. Toim: Mäntyranta, Taina, Outi Elonheimo, Jukka Mattila & Juha Viitala. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Silvan, Sini (2012). Prosessijohtamisen avaimet haltuun. *Premissi* 6, 7–11.

Sinkkonen-Tolppi, Merja & Elina Viitanen (2005). Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa tarvittava johtamisosaaminen ja siihen liittyvä täydennyskoulutuksen tarve. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 1, 68–74.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2013). Hoitoon pääsy (hoitotakuu). Saatavilla 13.11.2013:

[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/asiakkaanoikeudet/hoitoon\\_paasy](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakkaanoikeudet/hoitoon_paasy).

Surakka, Tiina (2006). Osastonhoitajan työ erikoissairaanhoidossa 1990-luvulla ja 2000-luvulla: Toimivalta, vastuullisuus ja asiantuntijuus lähijohtajuudessa. Saatavilla 29.10.2013: <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6716-7.pdf>.

Stenvall, Jari & Jenni Airaksinen (2009). Manse mallillaan – Tampereen mallin arviointi ja palveluinnovaatiot. Kuntaliiton verkkojulkaisut. Acta nro 211. Helsinki: Kuntaliitto. Saatavilla 1.11.2013:

[http://www.tampere.fi/material/attachments/m/5IUhitEs0/Manse\\_mallillaan-raportti2009.pdf](http://www.tampere.fi/material/attachments/m/5IUhitEs0/Manse_mallillaan-raportti2009.pdf).

Storch, Luiz Afonso, Elpidio Oscar Benitez Nara & Liane Mahlmann Kipper (2013). The use of process management based on a systemic approach. *International Journal of Produktivity and Performance Management* 62:7, 758 –773.

Tanttu, Kaarina (2007). Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa: Prosesilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Acta Wasaensia Nro 176. Sosiaali- ja terveyshallinto 2. Hallintotieteiden tiedekunta. Vaasan Yliopisto.

TerveydenhuoltoL 1326/2010. 6:47-55. Saatavilla 11.12.2013: <http://www.finlex.fi/fi/>.

Tevameri, Terhi & Tomi J. Kallio (2009). Matriisi- ja prosessimainen toimintatapa sairaalaorganisaatioiden uudelleenkehittämisessä. *Hallinnon tutkimus* 28:1, 15–31.

Tevameri, Terhi (2010). Prosessimaisen toiminnan organisointi ja johtaminen sairaalaorganisaatiossa. *Hallinnon tutkimus* 29:3, 221–238.

Toivonen, Marja-Terttu, Laura-Maria Murtola & Maija Hupli (2013). Lean – toimintamalli – vaihtoehto terveydenhuollon organisaation toiminnan kehittämisessä. *Pro Terveys* 2: 24–25.

Torkki, Paulus (2012). Käypä prosessi – Mikä selittää kirurgian tuottavuuseroja sairaaloiden välillä. Saatavilla 7.12.2012:  
<https://aaltodoc.aalto.fi/bitstream/handle/123456789/5147/isbn9789526047348.pdf?sequence=1>.

Trkman, Peter (2010). The critical success factors of business process management. *International Journal of Information Management* 30, 125–134.

Tuomi, Jouni & Anneli Sarajärvi (2011). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 7. uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Saatavilla 13.2.2014:  
[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).

Vaasan sairaanhoitopiiri (2012). *Henkilöstöraportti 2012*. Saatavilla 17.12.2013:  
<http://www.vaasankeskussairaala.fi/>

Suomeksi/Vaasan\_sairaanhoitopiiri/Henkilöstoraportti.

- Vaasan sairaanhoitopiiri (2013). Yleisesittely. Saatavilla 23.10.2013:  
[http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Vaasan\\_sairaanhoitopiiri/Yleista](http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Vaasan_sairaanhoitopiiri/Yleista).
- Vaasan sairaanhoitopiiri (2013). Hallinnon yleiskuvaus. Saatavilla 17.12.2013:  
[http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Vaasan\\_sairaanhoitopiiri/Hallinto](http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Vaasan_sairaanhoitopiiri/Hallinto).
- Vaasan sairaanhoitopiiri (2013). Vaasan sairaanhoitopiiri strategia 2009 – 2012. Vaasa: Waasa Graphics Oy. Saatavilla 17.12.2013:  
[http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Vaasan\\_sairaanhoitopiiri/Strategia](http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Vaasan_sairaanhoitopiiri/Strategia).
- Vaasan sairaanhoitopiiri (2013). Toiminta- ja taloussuunnitelma 2013 – 2016. Saatavilla 17.12.2013:  
[http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Vaasan\\_sairaanhoitopiiri/Toiminta\\_ja\\_taloussuunnitelma](http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Vaasan_sairaanhoitopiiri/Toiminta_ja_taloussuunnitelma).
- Vartiainen, Pirkko (2008). Health Care Management in Finland: An analysis of the wickedness of selected reforms. *Review of Business* 28:2, 41–55.
- Vartiainen, Pirkko (2009). Teoksessa: Paras mahdollinen julkishallinto?: Kansalaiset terveydenhuollon uudistajina, 172 – 185. Toim. Vakkuri, Jarmo. Helsinki: Gaudemus Helsinki University Press.
- Vegting, Irene L., Marlou van Beneden, Mark H. H. Kramer, Abel Thijs, Piet J. Kostense & Prabath W. B. Nanayakkara (2012). How to save costs by reducing unnecessary testing: Lean thinking in clinical practice. *European Journal of Internal Medicine* 23:1, 70–75.
- Vilka, Hanna (2005). Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Virtanen, Petri & Jari Stenvall (2010). Julkinen johtaminen. Tallinna: Tietosanoma Oy.

- Virtanen, Petri & Mikko Wennberg (2007). *Prosessijohtaminen julkishallinnossa*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Virtanen, Petri & Mikko Wennberg (2005). *Prosessijohtaminen julkishallinnossa*. Helsinki: Edita Prima Oy
- .
- Wallin, Outi (2012). Asiakassuhde ja hyvinvointityöhön sitoutuminen. *Hallinnon tutkimus* 31:2, 85–98.
- Wang, Minhong & Huaiqinq Wang (2006). From process logic to business logic – A cognitive approach to business process management. *Information & Management* 43, 179–193.
- Womack, James P. & Daniel T. Jones (1996). *Lean thinking: banish waste and create wealth in your corporation*.
- Womack, James P., Arthur P. Byrne, Orest J. Fiume, Gary S. Kaplan & John Toussaint (2005). *Going Lean in Health Care*. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement. New York: Simon & Schuster.
- Yin, Robert K. (2009). *Case Study Research. Design and Methods*. Fourth Edition. Los Angeles: SAGE Publications Ltd.

## LIITE 1. TUTKIMUSLUPA



## Opinnäytetyön lupa-anomus 1(3)

31 / 10 2013

Hakemuksen täyttöpäivä

## Opiskelija

Heidi Kotanen  
Nimi

Armentie 6, 66510 Merikaarto, 0405943799, heidi.kotanen@uva.fi  
Osoite, puhelinnumero ja sähköpostiosoite

## Opiskeluala

Lääketiede  Hoitotiede  Hallintotiede  Muu, mikä \_\_\_\_\_

Yliopiston nimi: Vaasan yliopisto

## Opinnäytetyö

Opinnäytetyön nimi: Prosessijohtaminen julkisessa erikoissairaanhoidossa asiakaslähtöisyyden näkökulmasta

Opinnäytetyön lyhyt kuvaus (tarkoitus, kohderyhmä, tutkimusmenetelmät, aikataulu)

Pro gradu tutkielman tarkoituksena on tarkastella prosessijohtamista julkisessa terveydenhuollossa asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Tutkielman käsitteitä ovat prosessijohtaminen, lean –toimintatapa ja asiakaslähtöisyys.

Tässä työssä on tarkoituksena haastatteluiden avulla selvittää, miten prosessijohtaminen ja asiakaslähtöisyys näytetty lähiesimiesjohdon johtamisessa. Haastatteluiden perusteella tarkastellaan löytyykö prosessijohtamiseen liittyviä johtamistyyliä ja –tapoja sekä pohditaan onko näissä otettu huomioon asiakaslähtöisyys. Haastatteluiden kautta pyritään löytämään ja ymmärtämään, miten prosessijohtamisella ajatellaan saavutettavan asiakaslähtöisempiä palveluita.

Haastattelut on tarkoitus toteuttaa teemahaastatteluina. Haastattelun teemat liittyvät johtamiseen ja organisaatioon, johtamiseen ja asiakaslähtöisyyteen sekä lean –toimintamalliin ja asiakaslähtöisyyteen. Teoria toimii pohjana kysymysten valinnalle, mutta kysymyksiin vastaamiseen ei tarvita aikaisempaa tietoa esimerkiksi prosessijohtamisesta. Tässä Pro gradu tutkielmassa tarkoituksena on vastausten perusteella hahmottaa johtamiskäytäntöjä ja niiden yhtymäkohtia prosessijohtamiseen sekä asiakaslähtöisyyteen.

Haastattelut on tarkoitus tehdä lähiesimiehille. Haastatteluja tulee olla 12, jotta saadaan kattava otos haastatteluista. Ajatuksena on, että lähiesimiehet olisivat osastonhoitajia ja tarvittaessa myös apulaisosastonhoitajia.

Haastatteluihin tarvitaan tutkimuslupa ja myös haastateltavien suostumus haastatteluihin. Tutkimussuunnitelma on hyväksytty Pro Gradu ohjaajan toimesta. Haastattelut toteutetaan vuoden 2013 lopulla ja mahdollisesti myös vuoden 2014 tammikuussa. Haastattelumateriaali litteroidaan ja kevään aikana tehdään aineistoanalyysi ja johtopäätökset.

**Opinnäytetyön ohjaaja/ohjaajat oppilaitoksessa**

prof. Pirkko Vartiainen  
Nimi

pirkko.vartiainen@uva.fi  
Puhelinnumero/sähköpostiosoite

<b>Hyväksyntä/ yhteistyö- tahot</b>	<input type="checkbox"/> Hyväksyn osaltani		
	<input type="checkbox"/> En hyväksy		
		Päivämäärä	Ylilääkärin/Ylihoitajan allekirjoitus
<b>Päätös</b>	<input type="checkbox"/> Hyväksyn osaltani		
	<input type="checkbox"/> En hyväksy		
		Päivämäärä	Ylilääkärin/Ylihoitajan allekirjoitus
	<b>JOHTAJAYLILÄÄKÄRIN PÄÄTÖS</b>	( )	
	<b>HALLINTOYLIIHOITAJAN PÄÄTÖS</b>	(X)	§ 153/2013
	<input checked="" type="checkbox"/> Hyväksyn tutkimushankkeen toteutettavaksi		<input type="checkbox"/> En hyväksy

	18.11.2013	 Allekirjoitus <b>MARINA LINDU</b>
	Päivämäärä	

<b>Muuta</b>	<p>Tutkimuksen yhteydessä saatuja tietoja on käsiteltävä anonyymisti ja eettisesti hyvän tutkimustavan mukaisesti.</p> <p><b>Sovelletut lait:</b>          Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999)          Henkilötietolaki (523/1999)          Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)          Potilasvahinkolaki (585/1986)          Laki viranomaistoiminnan julkisuudesta (621/1999)          Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kliinisistä lääketutkimuksista (841/2010)</p> <p><b>Tutkimushakemuksen liitteet:</b>          Tutkimussuunnitelma          Muut mahdolliset liitteet</p>
--------------	--

## LIITE 2. KIRJE HAASTATELTAVILLE

### Hei

Opiskelen Vaasan yliopistossa sosiaali- ja terveyshallintotieteitä. Tällä hetkellä olen opintovapaalla fysioterapeutin työstäni keskussairaalassa. Opinnoissani olen nyt syksyllä aloittanut Pro Gradu -tutkimuksen. Tutkimuksen aiheena *on Prosessijohtaminen julkisessa sairaalaorganisaatiossa potilaslähtöisyyden näkökulmasta.*

Tutkimukseen on saatu tutkimuslupa hallintoylihoitaja Marina Kinnuselta ja tieto on mennyt myös kaikille ylihoitajille.

### Tutkimuksen tarkoitus

Tässä tutkimuksessa on tarkoituksena haastatteluiden avulla selvittää, miten lähiesimiehet johtavat eri työnkulkuja, hoitoketjuja ja hoitoprosesseja. Kiinnostuksena on erityisesti potilaiden huomioonottaminen osana johtamista.

### Haastattelut

Tavoitteena on haastatella 12-15 osastonhoitajaa Vaasan keskussairaalaan. Yhteen haastatteluun varataan aikaa n. tunti. Haastatteluiden teemat ja alustavat kysymykset aiheista lähetetään ennen haastatteluita haastateltaville.

Haastattelut nauhoitetaan ja litteroidaan eli kirjoitetaan auki. Haastatteluita tulkitaan ja analysoidaan litterointien pohjalta ja pyritään löytämään yhtymäkohtia tutkimuksen teoriaan. Haastattelut analysoidaan nimettöminä, eikä tekstistä voi tunnistaa yksittäisen haastateltavan vastauksia. Tutkimuksen loppuun liitetään nimilista haastatelluista.

**Haastattelut on tarkoitus toteuttaa tammikuussa 2014.** Soitan lähipäivinä kysyäkseni suostumustasi haastatteluun ja sopiakseni haastattelun ajankohdasta. Toivottavasti suostutte haastateltavaksi.

Ystävällisin terveisin

Heidi Kotanen,  
heidi.kotanen@student.uva.fi  
040 5943 799

## Hej

Jag studerar social- och hälsoförvaltningsvetenskaper vid Vasa universitet. På hösten har jag börjat göra min Pro gradu -avhandling. Ämnet för avhandlingen är *Processledning i sjukhusorganisationen ur patientinriktad synvinkel*.

Förvaltningöverskötare Marina Kinnunen har beviljat forskningstillstånd och även alla överskötarna har fått information om detta.

## Syftet med forskningen

Meningen är att intervjua avdelningsskötare och ta reda på hur de leder processer (vårdkedjor, vårdprocesser). Med fokus på patientinriktad ledning.

## Intervjuer

Målet är att intervjua 12-15 avdelningsskötare vid Vasa centralsjukhus. En intervju räcker ungefär en timme. Tema för intervjuerna och preliminära frågor skickas före intervjuerna till dem som skall intervjuas.

Intervjuerna bandas och skivs sedan ut. Intervjuerna tolkas och analyseras. Intervjuerna analyseras anonymt. Man kan inte känna igen de intervjuade i texten eller förena svaren med enskilda intervjuade. Till arbetet bifogas en namnlista över de intervjuade.

Intervjuerna skall genomföras i januari 2014. Jag kontaktar dig snart via telefon så kan jag fråga om ditt samtycke till intervjun och komma överens om tidpunkten för intervjun.

Hoppas att du ger ditt samtycke till intervjun.

Med vänliga hälsningar

Heidi Kotanen

[Heidi.kotanen@student.uva.fi](mailto:Heidi.kotanen@student.uva.fi)

040 5943 799

### LIITE 3. TEEMAHAASTATTELURUNKO

**Prosessilla organisaatiossa voidaan tarkoittaa erilaisia työkulkuja, hoitoprosesseja ja -ketjuja. Hoitoketju on kokonaisuus, joka sisältää hoitoprosesseja.**

#### **TEEMA 1 Organisaatio ja esimiesasema**

- Mihin tulosalueeseen yksikkösi kuuluu?
- Mitä mieltä olet sairaalaorganisaatiosta lähiesimiehen näkökulmasta?
- Kuvaile millainen on erikoissairaanhoidon toimiva organisaatio omasta mielestäsi?
- Millaiset ovat lähiesimiehen vastuut ja vaikutusmahdollisuudet?
- - Miten organisaation visio, arvot ja strategiat vaikuttavat työssäsi?

#### **TEEMA 2 Prosessien johtaminen sairaalaorganisaatiossa**

- Miten hoitoprosessit ja - ketjut näkyvät käytännön työssäsi?
- Miten henkilöstö on ollut mukana hoitoprosessien ja -ketjujen suunnittelussa ja kehittämisessä?
- Mitä haasteita ja mahdollisuuksia koet hoitoprosessien ja -ketjujen johtamisessa?
- Miten uudet toimintatavat onnistutaan jalkauttamaan yksikköön ja kuinka henkilöstö saadaan sitouttamaan niihin?
- Minkälaista yhteistyötä yksiköllänne on muiden yksiköiden kanssa?
- Miten hoitoprosesseja /-ketjuja arvioidaan?
- Onko lean –toimintamalli tuttu ja miten koet sen soveltuvan yksikköösi?

#### **TEEMA 3 Potilaslähtöisyys sairaalaorganisaatiossa ja johtamisessa**

- Miten potilaslähtöisyys toteutuu tällä hetkellä terveystalveissa?
- Mitä haasteita ja mahdollisuuksia koet potilaslähtöisyydessä terveydenhuollossa?
- Miten potilaat on otettu huomioon hoitojen / palveluiden suunnittelussa ja kehittämisessä?

- Mitä mahdollisuuksia potilaalla on vaikuttaa omaan hoitoonsa ja palveluunsa sairaalassa?
- Miten koet esimiehenä pystyväsi vaikuttamaan potilaan hoitojen ja palveluiden joustavuuteen ja palvelun saatavuuteen?

## **INTERVJUN**

**Med processer i en organisation kan man menas olika arbetsbeskrivningar, vårdprocesser eller –kedjor. En vårdkedja är en helhet, som innebär vårdprocesser.**

### **TEMA 1 Organisationen och förmanspositionen**

- Vilket klinikgrupp hör din enhet till?
- Vad anser du som förman om sjukhusorganisationen?
- Beskriv en fungerande specialsjukvårdsorganisation?
- Hurdant ansvar och hurdana möjligheter att påverka har du som förman i din organisation?
- Hur påverkar din organisations visio, värden och strategi i ditt arbete?

### **TEMA 2 Ledning av processer i sjukhusorganisationen**

- Hur anser du vårdprocesser i ditt arbete i praktiken?
- På vilket sätt har personalen varit med att utveckla och planera vårdprocesserna / -kedjorna?
- Vilka utmaningar och möjligheter tycker du att det finns i ledning av vårdprocesser?
- Hur lyckas man vid enheten omsätta det nya i praktiken samt och får personalen att förbinda sig vid det?
- Hurdant samarbete har ni med de andra enheterna? Har ni tillsammans utvecklat verksamheten?
- På vilket sätt värderas vårdprocesserna / -kedjorna?
- Är lean tänkandet bekant för dig? Hur anser du att det skall passas i din enhet?

**TEMA 3 Patientinriktad synvinkel i sjukhusorganisationen och ledningen**

- Hur anser du att den patientinriktade vården förverkligas inom hälsovården nuförtiden?
- Vilka utmaningar och möjligheter erfarar du att det finns i den patientinriktade vården inom hälsovården?
- På vilket sätt har man beaktat patienterna när vården utvecklas och planeras?  
Hur patienterna har beaktat sig när man utvecklar och planerar vård?
- Vilka möjligheter har patienterna att påverka sin egen vård?  
På vilket sätt kan du själv påverka som en förman att öka tillgängligheten i vården och betjäna flexibel vård?