

Prosessimaisen toiminnan organisointi ja johtaminen sairaalaorganisaatiossa

Terhi Tevameri

ABSTRACT

Process-based organisation and process management in hospitals

Hospitals are subject to many forms of pressure to reorganise their organisational structures. Process-based thinking seems particularly attractive to hospitals. Process and process management can mean many things in the scientific literature and in hospitals' daily work. Many organisational challenges arise due to the fact that the patient is the object of the workflow. This article considers process-based organising and process management in hospitals. The perspective is organisational. While process management is rarely examined in its organisational context, it is very important to determine its role in this context. Processes in hospitals can be managed both *via* functional and *via* market-based structures. Each leads to a different outcome with respect to authority, tasks and responsibilities in the organisation. The organisation of work units also depends on the development of medical procedures. When adapting process-based management systems to hospitals, it is essential to examine the role of processes against the functions the hospital must perform. This is important in order to make sure that an organisation functions as a whole and that its members share a common vision of organisational change. Finding the right balance between process management and functional management is a central issue for hospitals.

JOHDANTO

Sairaalaorganisaatiot kohtaavat nykyään monia muutospaineita, jotka ohjaavat niitä uudistamaan organisaatorakenteitaan ja johtamisjärjestelmiään. Nykyiset terveydenhuollon organisointimallit ovat joutuneet kritiikin kohteeksi (Parvinen ym. 2005; Teperi ym. 2009). Potilaiden näkökulmasta tyytymättömyyttä ovat aiheuttaneet esimerkiksi pitkät odotusajat ja riittämätön tieto, ei niinkään itse lääketieteellinen hoito. Potilaiden on todettukin tarvitsevan hyvin koordinoitua moniammatillisten tiimien toteuttamaa hoitoa. (Ho 1999, 384.) Prosessimaiset toimintatavat tarjoavat tällaiseen toiminnan kehittämiseen hyvän mahdollisuuden. Prosessimaisista toimintatavoista haetaan ratkaisua myös esimerkiksi sairaalaorganisaatioiden koordinoitioingelmiin ja kustannusten hallintaan (Tevameri & Kallio 2009).

Prosesseja ja prosessien johtamista on tutkittu liiketaloustieteissä erittäin paljon. Virtanen ja Wennberg (2005, 64) toteavat, että prosessiajattelun juuret juontavat pitkälle organisaatioiden toiminnan historiaan, vaikka prosessilähtöistä terminologiaa on käytetty vain vähän aikaa. Terveydenhuoltoon prosessiajattelu on rantautunut 1960-70 luvuilla. Erityisesti laatujohtamiseen (Total Quality Management) ja liiketoimintaprosessien uudistamiseen (Business Process Re-engineering) tähtääviä prosessimalleja on otettu käyttöön myös terveydenhuollossa. Nämä mallit eivät kuitenkaan ole osoittautuneet kovin menestyneiksi käytännössä. (Aaltonen ym. 2008;

Fältholm & Jansson 2008; Leatt ym. 2006, 336.) Prosessikuvausten on havaittu sairaalaorganisaatioiden tapauksessa jääneen usein kesken-eräisiksi eikä prosessiajattelua ole hyödynnetty johtamisessa (Aaltonen ym. 2008, 64, 68.)

Prosessimaiseen toimintaan viitataan sairaalaorganisaatioiden tapauksessa esimerkiksi kliinisen hoitolinjan käsitteellä (clinical service lines), jolla on viitattu hyvin monenlaisiin organisatorisiin järjestelyihin (Parker ym. 2001). Prosessijohtamiseen on puolestaan viitattu esimerkiksi sellaisilla käsitteillä kuin koordinoitu hoito (managed care), disease management tai palveluohjaus (case management) (vrt. Cohen & Cesta 2005; Parker ym. 2001; Roggenkamp ym. 2005). Sairaalaorganisaatioiden tapauksessa on huomioitava, että prosessimaisen toiminnan johtaminen tai organisointi saatetaan kuvata pelkästään tietyn ammattiryhmän, esimerkiksi hoitajien näkökulmasta (vrt. Burns 1989; Marquis & Huston 2006, 328–340). Tämä johtunee hoitajien ja lääkäreiden perinteisistä, erillisistä linjaorganisaatioista (Virtanen 2010; Virtanen & Kovalainen 2006).

Sairaalaorganisaation tapauksessa prosesseihin liittyvä diskurssi tyypillisesti pidetään irrallaan syvälle institutionalisoituneista funktioista (Fältholm & Jansson 2008). Viime vuosina kuitenkin vaikuttaa heränneen kiinnostus prosessimaiseen toimintaan pohjautuvien uudistusten liittämiseen organisatoriseen kontekstiin sairaalaorganisaatioiden tapauksessa (ks. esimerkiksi Parker ym. 2001; Lega 2007). Prosessien ja niiden johtamisen tarkastelu organisatorisessa kontekstissa on ensiarvoisen tärkeää, sillä prosessimaisen toiminnan organisoinnin seurauksena joudutaan mahdollisesti muuttamaan myös sairaalaorganisaatioiden perinteiseen erikoistumiseen liittyvien funktioiden asemaa ja työnkuvaa. Johtamiskirjallisuus usein painottaa, että erilaiset johtamisjärjestelmät voidaan ottaa käyttöön missä tahansa organisaatiossa. Mahdollisten epäonnistumisten katsotaan johtuvan ensisijaisesti huonosta implementoinnista. On kuitenkin myös kirjoitettu siitä, että monet johtamismallit haastavat sairaalaorganisaatioiden professionaalisia rooleja. (Fältholm & Jansson 2008; Wiili-Peltola 2005.) Lääketieteen erikoisaloilla on hyvin keskeinen asema nykyis-

ten sairaalaorganisaatioiden rakenteen määrittäjinä (Virtanen 2010).

Tässä artikkelissa tarkastellaan *prosessien johtamista ja prosessimaisen toiminnan¹ organisointia sairaalaorganisaation erityistapauksessa*. Tarkastelunäkökulma on organisatorinen. Tutkimuksessa pyritään vastaamaan kolmeen tutkimuskysymykseen:

- Mitä prosessilla, prosessilähtöisyydellä ja prosessien johtamisella tarkoitetaan sairaalaorganisaatioiden erityistapauksessa?
- Miten prosessimainen toiminta ja sen johtaminen voidaan organisoida sairaalaorganisaation erityistapauksessa?
- Millaisia organisatorisia haasteita prosessimaisen toiminnan organisoinnin näkökulmasta ilmenee sairaalaorganisaation erityistapauksessa?

Tutkimuskysymyksiin pyritään vastaamaan organisaatioteoreettisen, erityisesti organisaatio-suunnitteluun liittyvän teoreettisen analyysin avulla. Tämän tutkimuksen analyysi fokusoi- tuu erityisesti prosessimaisen toiminnan ja johtamisen organisointivaihtoehtoihin, jolloin kysymys siitä, miten prosessimainen toiminta pitäisi sairaalaorganisaatioiden tapauksessa organisoida, jää tämän tarkastelun ulkopuolelle. Tutkimuskysymykset ovat luonteeltaan laajoja eivätkä niihin muotoillut vastaukset voi luonnollisesti olla tyhjentäviä.

Tutkimus rakentuu seuraavasti: Ensimmäisessä luvussa tuodaan esiin organisaation prosessinäkökulma ja tarkastellaan prosesseihin, prosessimaiseen toimintaan ja prosessien johtamiseen liittyvää terminologian moniulotteisuutta yleisesti ja erityisesti sairaalaorganisaatioiden tapauksessa. Lisäksi tuodaan esiin sairaalaorganisaatioiden prosessien mallintamiseen ja tunnistamiseen liittyviä erityisiä haasteita. Seuraavassa luvussa analysoidaan yksiköiden ryhmittelyä prosessimaisen toiminnan suunnitteluparametrina sekä esitellään prosessijohtamista ja prosessimaisen toiminnan organisointivaihtoehtoja sairaaloiden organisatorisessa kontekstissa. Tutkimus päättyy johtopäätöksiin ja keskusteluun.²

PROSESSINÄKÖKULMA SAIRAALAORGANISAATIOISSA

Prosessit ja prosessien johtaminen

Prosessi voidaan yleisesti ottaen määritellä joukoksi toisiinsa liittyviä toistuvia toimintoja sekä niiden toteuttamiseen tarvittavia resursseja, joiden avulla syötteet muutetaan tuotteiksi (Laamanen & Tinnilä 2002, 61). Prosessi voidaan myös mieltää koostuvan tapahtumista ja asioista, joita yhdistää tietty etenemisen logiikka (Parvinen ym. 2005, 187). Prosessinäkökulmasta tarkasteltuna prosessissa on kyse työnkulusta (work flow), siinä missä organisaation näkökulmasta taas puhutaan työnjaosta (Karlöf & Lövingsson 2007, 35). Sairaalaorganisaation tapauksessa työnkulkuun viitataan termillä potilasvirta (patient flow) (McLaughlin & Hays 2008, 316–318). Kaikilla organisaatioilla on prosesseja, jotka jossain määrin määrittävät organisaation toimintaa (Karlöf & Lövingsson 2007, 35). Prosessit sinällään ovat riippumattomia organisaation rakenteesta, mutta organisaation rakenne olennaisesti vaikuttaa siihen, kuinka tehokkaita prosessit ovat käytännössä (Gemmel ym. 2007).

Organisaation kannalta kiinnostavimpia ovat ne prosessit, jotka ovat organisaation menestymisen kannalta tärkeitä. Näihin prosesseihin viitataan usein kirjallisuudessa termeillä pääprosessi, liiketoimintaprosessi ja ydinprosessi. Tukiprosessit puolestaan auttavat pääprosesseja toimimaan tehokkaasti. (Karlöf & Lövingsson 2007, 136; Laamanen & Tinnilä 2002, 12.) Pääprosessien näkökulmasta liityntä erityisesti organisaation asiakkaisiin tai tavarantoimittajiin on tärkeää (Becker & Kahn 2003). Pääprosessit tyypillisesti määrittellään toisiinsa liittyvien toimintojen ja tehtävien muodostamaksi kokonaisuudeksi, joka alkaa asiakkaan tarpeesta ja päättyy asiakkaan tarpeen tyydyttämiseen (Hannus 1994, 41; Karlöf & Lövingsson 2007). Organisaation prosesseja voidaan kategorisoida myös muulla tavoin. Voidaan esimerkiksi erottaa toisistaan organisaation johtamisprosessit organisaation tuotantoprosesseista ja tukiprosesseista (Van der Aalst & van Hee 2002, 9–10). Galbraith (2009, 15–16) esittää organisaation johtamisprosessien koostuvan vertikaalisista prosesseista ja horisontaalis-

ta prosesseista. Vertikaaliset johtamisprosessit liittyvät organisaation resurssien allokointiin. Tyypillisiä vertikaalisia prosesseja ovat esimerkiksi liiketoiminnan suunnittelu ja budjetointi. Horisontaaliset johtamisprosessit ovat puolestaan organisoitu organisaation työnkulkujen ympärille. Esimerkiksi tuotekehitys ja asiakkaan tilauksen täyttäminen ovat tyypillisiä esimerkkejä horisontaalisista johtamisprosesseista. Horisontaalisten prosessien on arvioitu nousevan tärkeään rooliin nykyaikaisten organisaatioiden johtamisessa. (Galbraith 2009, 15–16.)

Prosessiajattelun pohjalta on syntynyt monia erilaisia johtamismalleja, joista usein käytettyjä ovat esimerkiksi toimintojohtaminen, liiketoimintaprosessien uudistaminen tai aikaan perustuva johtaminen (ks. esimerkiksi Laamanen & Tinnilä 2002; Hannus 1994). Prosessijohtamisessa on yleisesti määritellen kyse prosessien valtuuttamisesta tietyille henkilöille tai tahoille (Virtanen & Wennberg 2005, 138). On kuitenkin esitetty myös näkemyksiä siitä, että prosessijohtamisella voidaan tarkoittaa organisoitumista prosesseittain (Kiiskinen ym. 2002, 29). Organisaatio, jonka toiminnan perusta rakentuu ensisijaisesti prosesseihin tarkoittaa sitä, että termi prosessi voidaan organisatorisesta näkökulmasta korvata käsitteillä tuote, asiakas tai toiminto. (Karlöf & Lövingsson 2007, 38). Prosessijohtamisella voidaan siis tarkoittaa kirjallisuudessa ja organisaatioiden arkipäivässä hyvin erilaisia asioita.

Prosessijohtamisen yhteydessä viitataan usein myös prosessinomistajuuteen. Prosessinomistajuudella voidaan tarkoittaa hyvin erilaisia asioita, liittyen esimerkiksi prosessista vastaavan päätösvaltaan (vrt. Hannus 1994, 40, 363; Laamanen & Tinnilä 2002, 66; Tevameri & Kallio 2009; Virtanen & Wennberg 2005, 142). Kuten Kiiskinen ja kumppanit (2002, 36) toteavat, prosessinomistajan vastuut vaihtelevat sen mukaan, onko kyseessä tulosyksikköorganisaatio, matriisiorganisaatio vai prosessiorganisaatio. Toisin sanoen, prosessinomistajuutta voidaan toteuttaa hyvin monenlaisissa organisaatorakenteissa.

Prosessit ja prosessien johtaminen sairaalaorganisaatiossa

Prosessiajattelun ja prosessimaisten toimintatapojen käyttöönotto on koettu tärkeäksi paino-

pisteeksi myös sairaalaorganisaatioiden kehittämisessä. Tavoitteena on, että sairaalaorganisaatioissa prosessimaiset toiminnot olisi kuvattu ja niille on myös nimetty prosessinomistajat, jotka seuraisivat prosessiensa panoksia ja tuloksia sekä pyrkisivät kehittämään toimintaa tehokkaammaksi ja laadukkaammaksi. (Aaltonen ym. 2008, 70–71.)

Termillä prosessi voidaan myös sairaalaorganisaation tapauksessa tarkoittaa hyvin erilaisia asioita. Kuten Parvinen ja kumppanit (2005, 69) toteavat; terveydenhuollossa usein sekoitetaan termi prosessi kaikkeen palvelutuotannon kehittämiseen. Käsite prosessi, eri sanamuodoissaan, liittyykin monin tavoin sairaalaorganisaation arkipäivään. Terveydenhuollossa prosessit toimivat eri systeemitasoilla, kuten yksittäisen potilaan tasolla, sairaalaorganisaation tasolla tai koko terveydenhuollon tasolla, joita ei pidä sekoittaa toisiinsa (Lillrank ym. 2004). Lillrank ja kumppanit (2004, 118–126) jakavat terveydenhuollon prosessit episodiin ja prosessiin. Episodilla tarkoitetaan yksittäisten tapahtumien sarjaa, joita yksittäinen potilas käy läpi ja prosessi puolestaan organisaation suunnittelemaa mallia siitä, miten asiat tulisi tehdä. Episodi toisin sanoen ilmentää potilaskohtaista työntekoa. Organisaatiokohtainen prosessi kuvaa puolestaan esimerkiksi resurssien ryhmittelyä, protokollia ja käytön kriteereitä. (Lillrank ym. 2004.) Erikoissairaanhoidon osalta on käytössä myös niin kutsuttu hoitoprotokolla (clinical pathway), joka perustuu lääketieteelliseen näyttöön ja prosessianalyysiin. Tulevaisuudessa hoitoprotokollien on ennustettu lisääntyvän, jolloin tavallisten sairauksien kohdalla otetaan käyttöön hyvin yksityiskohtaiset ohjeet sairauden hoidosta. (Ryynänen ym. 2004, 78–79.)

Monet terveydenhuollon toiminnot voidaan nähdä ylätasolla prosesseina (Aaltonen ym. 2008, 67). Ihannesairaalaraportissa (Aaltonen ym. 2008, 67) todetaan, että tämä ylätaso on täysin riittävä toiminnan johtamisen ja kehittämisen kannalta. Organisaation alatasoilla toiminta muuttuu vaihtelevammaksi, sisältäen kuitenkin prosessimaisia piirteitä. Sairaalaorganisaatioiden tapauksessa prosessit voidaan esittää myös prosessimatriisina. Tällöin on erotettu toisistaan horisontaaliset ja vertikaaliset prosessit. Tässä yhteydessä vertikaalisten ja horisontaalisten prosessien merkitys kuitenkin

eroaa edellä esitetystä Galbraithin (2009) jaottelusta. Sairaalaorganisaation tapauksessa horisontaalinen prosessi voidaan kuvata yksittäisen potilasryhmän, kuten esimerkiksi varjoainekuvaukseen tulevan potilaan hoitoketjuna. Horisontaalisten prosessien tehtävänä on tällöin varmistaa yksittäisten potilasryhmien hoito. Vertikaaliset prosessit edustavat puolestaan sarjaa tapahtumista, jotka toistuvat samanlaisena valtaosassa potilasryhmissä, kuten esimerkiksi potilaiden läheteprosessi. (Aaltonen ym. 2008, 67, 71, 76.) Näin ollen sairaalaorganisaation tapauksessa yksittäinen potilas tai potilasryhmä voi olla osallisena erilaisessa prosessimaisessa toiminnassa samanaikaisesti.

Uusimmissa sairaalaorganisaatioiden prosessimaisista toimintaa tarkastelevissa tutkimuksissa on erotettu toisistaan primääriset prosessit ja infrastruktuuriprosessit. Primääriprosessilla on tarkoitettu sairaalaorganisaation prosessia, joka välittömästi vaikuttaa potilaaseen (esimerkiksi diagnoosin tekeminen). Infrastruktuuriprosessit puolestaan ovat keskeisiä tärkeiden resurssien, kuten henkilöstön tai materiaalien allokoimisissa. Infrastruktuuriprosessit vastaavat myös primääristen prosessien toimivuudesta. (Diez & Lennerts 2009.)

Prosesseilla ja prosessien johtamisella voidaan siis viitata hyvin monenlaisiin työntekoihin ja eri organisaatiotasolla tapahtuvaan johtamiseen sairaalaorganisaatioiden tapauksessa.

Prosessien tunnistamisen ja kuvaamisen haasteet sairaalaorganisaatioissa

Prosessimaisen toiminnan suunnittelu ja kehittäminen organisaatioissa alkaa tyypillisesti prosessien tunnistamisella ja kuvaamisella. Prosessien tunnistaminen tarkoittaa prosessien rajaamista muista prosesseista. (Virtanen & Wennberg 2005, 116.) Prosessikarttoja ei terveydenhuollossa kuitenkaan ole yleisesti käytössä. Terveydenhuollon organisaatioiden prosesseja on kuvattu satunnaisesti, eivätkä ne ole aktiivisessa tuotanto- ja johtamiskäytössä. (Aaltonen ym. 2008, 70–71.) Sairaalaorganisaation tapauksessa prosessien tunnistamiseen ja rajaamiseen voikin liittyä monia haasteita. Sen lisäksi, että sairaalaorganisaatioiden tapauksessa erilaisia prosesseja ilmenee eri organisaatiotasolla, ovat myös monet terveydenhuollon prosessien

systemitasot sairaalaorganisaation arkipäiväsä yhteydessä toisiinsa. Sairaalaorganisaation tapauksessa on tärkeää havaita, että usein ei voida vetää tarkkaa rajaa prosessin ja projektin (episodin) välillä yksittäisen potilaan kohdalla. (Aaltonen ym. 2008, 67, 86; Lillrank ym. 2004, 119.) Monet prosessimaisen toiminnan tunnistamiseen ja kuvaamiseen liittyvistä haasteista liittyvät sairaalaorganisaation tapauksessa erityisesti siihen, että työnkulun, toisin sanoen horisontaalisen prosessin, välitön kohde on myös asiakas (vrt. Mintzberg 1979, 40). Kuten Lillrank ja Venesmaa (2010, 21) osuvasti toteavat, prosessin kohteena on ihminen, jolla on oma tahto ja tilanne. Näin ollen monet organisaation prosesseihin liittyvät asiat kytkeytyvät tiiviisti myös yksittäisten potilaiden hoitoon.

Tästä voi seurata monia haasteita prosessimaisen toiminnan mallintamisen ja käyttöönoton näkökulmasta sairaalaorganisaatioiden tapauksessa. Esimerkiksi käytännön potilastyössä on ilmennyt haaste siinä, että hoitopolkuajattelu³ ja sen myötä standardoitu hoidon pituus voi jopa estää potilaan yksilöllistä hoitoa (McLachlan ym. 2008). Toiseksi myös terveydenhuollon prosesseja koskeva termistö voi aiheuttaa sekaannusta siitä, mitä prosessilla ja prosessimaisella toiminnalla tarkoitetaan. Esimerkiksi termillä hoitoprosessi voidaan tarkoittaa paitsi organisaatiokohtaista, tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvien suunniteltujen tapahtumien toimintosarjaa, mutta myös yksittäisen potilaan hoitoprosessia (Lillrank ym. 2004, 123–124; Parvinen ym. 2005, 187–191). Kolmanneksi, Virtanen ja Wennberg (2005, 119–120) painottavat prosessien tunnistamisen suhteen, että prosesseilla tulee olla aina selvä alku ja loppu. Sairaalaorganisaation tapauksessa tämä ei kuitenkaan ole yksiselitteistä. Prosessit tyypillisesti ylittävät sairaalaorganisaation rajoja, jolloin prosessien alun tai lopun määrittäminen organisaatiotasolla ei ole potilaan hoidon näkökulmasta mielekästä (Ryynänen ym. 2004, 58).

Sairaalaorganisaation tapauksessa tulee erottaa prosessitarkastelussa toisistaan lääketieteellinen näkökulma ja tuotannonohjauksen näkökulma. Tuotannonohjauksen näkökulma tarkastelee prosessien viiveitä, jotka johtuvat ei-lääketieteellisistä seikoista, kuten esimerkiksi resurssien allokoinnista ja laitteiden käyttöasteista. (Lillrank ym. 2004, 116–117.)

Tuotannonohjauksen näkökulma liittyy siis sairaalaorganisaation vertikaalisiin johtamisprosesseihin. Nämäkin prosessit liittyvät kuitenkin tiiviisti myös yksittäisen potilaan hoitoon. Esimerkiksi leikkaussalin ja sen resurssien käytön aikataulutuksen viivästykset tarkoittavat hoidon viivästyistä myös potilaalle. (vrt. McLaughlin & Hays 2008, 317.) Tuotannon ohjauksen näkökulma ei kuitenkaan pelkästään riitä terveydenhuollon organisaatioiden prosessien kehittämiseksi vaan tarvitaan myös lääketieteellistä näkökulmaa eli hoitokäytäntöjen arviointia, joka pohjautuu tutkittuun tietoon menetelmien vaikuttavuudesta. (Heinänen ym. 2004; Lillrank ym. 2004, 116–117.) Koska työnkulun välitön kohde on myös potilas, tarvitaan tuotannonohjauksen ja lääketieteen näkökulman lisäksi potilaan näkökulmaa prosesseihin. Siinä, missä esimerkiksi tuotantotalouteen perustuvat yritykset usein painottavat läpimenoaikaa, on terveydenhuollossa prosessien suhde käytettyyn aikaan erilainen. Potilaan näkökulmasta hoidon tulisi olla vaikuttavaa eikä läpimenoaika ole ainoa hoidon laadun kriteeri. Sen sijaan kaiken ajan tulisi olla potilaalle jollakin tavoin hyödyllistä. Esimerkiksi kivun oikea-aikainen hoitaminen saattaa potilaan näkökulmasta olla tärkeämpi arviointikriteeri laadun näkökulmasta kuin hoidon läpimenoaika. Toisinaan potilaan kannalta parasta saattaa olla aktiivisen sairauden hoitamisen sijaan odottaminen. (Lillrank & Parvinen 2004; Lillrank ym. 2004, 116.) Hoidon arvon lisääminen potilaalle onkin viime aikoina ollut tutkijoiden mielenkiinnon kohteena myös organisaatioteoreettisessa mielessä. Viime aikoina erityisesti niin kutsuttu lean-ajattelu, jolla viitataan erilaisiin lähestymistapoihin, jotka mahdollistavat arvoa tuottavan toiminnan lisäämisen tuotteelle, sairaalaorganisaation tapauksessa potilaan kokemukselle, on herättänyt tutkijoiden kiinnostuksen (ks. esimerkiksi Dickson ym. 2009; Fillingham 2007).

Kuten aiemmin kuvattiin, pääprosessien liittyminen organisaation asiakkaisiin on tärkeää. Sairaalaorganisaatioiden asiakaslähtöisyyden näkökulmasta on tärkeää havaita, että asiakkuuden käsite on yritysmaailman vastaavaa monisyisempi. Julkishallinnon organisaatioissa asiakas ei välttämättä ole ainoastaan potilas, vaan asiakas on tyypillisesti myös esimerkiksi maksaja, eli kunta tai vakuutusyhtiö. Erilaisilla

sairaalaorganisaation asiakkaila on myös erilaisia odotuksia ja tarpeita, jotka tulee huomioida sairaalaorganisaatioiden muutoksissa ja prosessiarkkitehtuuria luotaessa. (Duggirala ym. 2008, 561; Virtanen & Wennberg 2005, 117.) Toisaalta Aaltonen ja kumppanit (2008, 85) toteavat, että sairaalaorganisaatiot eivät tässä suhteessa ole täysin ainutlaatuisia, vaan asiakkuuden monitahoisuus ilmenee suurissa organisaatioissa monilla muillakin toimialoilla.

Edellä esitetyn perusteella voidaan todeta, että sairaalaorganisaation tapauksessa prosessin ja prosessimaisen toiminnan mallintaminen on haasteellista. Erityisiä haasteita sairaalaorganisaation tapauksessa aiheutuu siitä, että tarkkaa rajaa projektin ja prosessin välillä ei sairaalaorganisaation tapauksessa voida tehdä. Yksittäisen potilaan hoito on prosessi, joka on tiiviissä yhteydessä myös muihin työnkulkuihin. Sairaalaorganisaatioissa ilmenee hyvin monenlaisia työnkulkuja samanaikaisesti. Prosessien systeemitasojen päällekkäisyys ja prosessien vakiintumaton termistö voivat myös aiheuttaa sairaalaorganisaation tapauksessa epäselvyyttä siitä, mitä prosesseilla ja prosessimaisella toiminnalla tarkoitetaan. Prosessien rakentamisessa ja tunnistamisessa tulee ottaa huomioon eri toimijoiden näkökulmat samanaikaisesti ja myös huomioida erilaiset rajoittavat tekijät käytännön työssä sairaalaorganisaatioiden tapauksessa. Organisaation prosesseja ei voida kuitenkaan ottaa käyttöön tarkastelematta organisaatorakenteen mielekkyyttä (Virtanen & Wennberg 2005, 138). Tähän syvennyttään tarkemmin seuraavassa luvussa.

PROSESSIMAINEN TOIMINTA JA PROSESSIJOH TAMINEN ORGANISATORISESSA KONTEKSTISSA

Organisaation prosessilähtöisyys

Kirjallisuudessa ja organisaatioiden arkipäiväissä viitataan prosessien ja prosessijohtamisen ohella myös prosessilähtöisen organisaation käsitteeseen (process-oriented organisation) (ks. esimerkiksi Karlöf & Lövingsson 2007; Kugeler & Vieting 2003, 165). Monessa tapauksessa prosessilähtöisyyttä käytetään kuitenkin ensisijaisesti argumenttina perustelemaan uusia organisaatorakenteita. Se, missä määrin nämä organi-

saatorakenteet ovat todellisuudessa prosessilähtöisiä, on usein jäänyt epäselväksi. (Jansson & Fältholm 2007; Kugeler & Vieting 2003.) Prosessilähtöisyys on myös määritelty uutena tapana nähdä organisatorinen työnjako, jossa prosessit ikään kuin rakentavat organisaation toiminnan (Virtanen & Wennberg 2005).

Organisaatiotutkijoiden mielenkiinnon kohteena ovat olleet erityisesti työn organisatorisiin järjestelyihin perustuvat kysymykset toimialasta riippumatta. Erityisesti on korostettu sitä, pitäisikö työ organisoida funktioiden vai tiettyjen asiakkaiden, tuotteiden tai palvelujen tarpeiden perusteella. (Hyer & Brown 2003.) Näihin kysymyksiin kiteytyvätkin oleellisella tavalla prosessilähtöiseksi organisoitumisen perimmäinen lähtökohta. Organisaation prosessit tulee suhteuttaa pätevyys- ja taitovaatimuksiin, jotka organisaatioissa on jo olemassa tai tullaan tarvitsemaan. Tällöin on tarkasteltava, tulisiko organisaatio organisoida ensisijaisesti pätevyyden tai taitojen mukaan (funktiot) vai prosessien mukaan. Lisäksi tulee tarkastella sitä, miten käsitellä niitä dimensioita (prosessit tai funktiot), joita ei käytetä organisaatorakenteen muodostamisen perustana. (Karlöf & Lövingsson 2007, 115–116.) Lisäksi on määriteltävä, millaisia tehtäviä ja yksiköitä organisaatioon perustetaan ja missä määrin ne osallistuvat prosessin tehtäviin, toisin sanoen, millainen valta niillä on (Kugeler & Vieting 2003, 166).

Termi prosessilähtöisyys on myös sairaalaorganisaatioiden tapauksessa herättänyt kiinnostusta (Fältholm & Jansson 2008). Gemmel ja kumppanit (2007) esittävät, että sairaalaorganisaatioiden tapauksessa prosessilähtöisyys voidaan saavuttaa kahdella tavalla: (i) implementoimalla koordinaatiomekanismeja, kuten potilaan hoitopolkuja muuttamatta funktionaalista organisaatorakennetta tai (ii) ottamalla potilaan tarpeet uuden organisaatorakenteen suunnittelun pohjaksi. Näiden organisaation prosessilähtöisyyttä kuvaavien ääripäiden väliin jää hyvin monenlaisia organisatorisia ratkaisuja.

Ryhmittely prosessimaisen toiminnan suunnitteluparametrina

Suurin ero siinä, kuinka henkilöstö, vastuu ja valta on jaettu funktionaalisessa ja prosessilähtöisessä organisaatorakenteessa syntyy yksiköiden

ryhmittelyn myötä (Kennerfalk & Klefsjö 1995, 190). Yksiköiden ryhmittely (unit grouping) on organisaation keskeinen koordinaatiomekanismi, jonka mukana organisaatorakenteeseen tuodaan yhteinen ohjausjärjestelmä toimien ja yksikköjen välille. Tämän myötä organisaatioon syntyy myös muodollinen vallan ja vastuunjako. (Mintzberg 1979, 106.) Organisaatiolla on karkeasti luokitellen kaksi tapaa ryhmitellä työtehtäviä: funktioihin tai markkinoihin perustuva ryhmittely. Funktionaalinen ryhmittely helpottaa resurssien allokointia ja erikoistumista. Tällöin organisaatio voi jakaa henkilöstö- ja materiaaliressusseja eri työnkulkujen, toisin sanoen eri prosessien välillä. Funktionaalinen ryhmittely edistää myös erikoistumista. (Mintzberg 1979, 124–129.) Tyypillisesti sairaalaorganisaatiot ovat ryhmittyneet funktionaalisesti, jolloin lääketieteen erikoisalat ovat tärkeässä roolissa sairaalaorganisaatioiden organisoitumisessa⁴ (Virtanen 2010). Tästä on seurauksena sairaalaorganisaatioille tyypillinen funktionaalinen rakenne (Tevameri & Kallio 2009). Funktionaalinen ryhmittely aiheuttaa kuitenkin koordinoitongelmia, koska kapean erikoisalan painottaminen estää kokonaisvaltaisen tuotoksen hahmottamisen. Prosessimaisista toimintatavoista sairaalaorganisaatiot etsivätkin ratkaisua koordinointi-

ongelmiin. (Mintzberg 1979, 124–126; Tevameri & Kallio 2009.) Markkinaperusteiset ryhmittelyt puolestaan johtavat varsin itsenäisiin yksiköihin, jotka työskentelevät tietyn työnkulun eli prosessimaisen toiminnan parissa. Tällöin yksikkö vastaa kaikista toiminnoista, jotka liittyvät esimerkiksi tiettyihin asiakkaisiin tai tuotteisiin. Yksikön huomio kiinnittyy siis keinojen sijaan markkinoihin. (Mintzberg 1979, 127–129.)

Jako funktionaaliseen ja markkinaperusteiseen ryhmittelyyn ei sairaalaorganisaation tapauksessa ole kuitenkaan yksiselitteistä. Tähän syvennytään tarkemmin seuraavassa kappaleessa.

Ryhmittelyperusteet ja sairaalaorganisaatiot

Sen lisäksi, että organisaatio voi ryhmitellä yksiköitä perustuen markkinoihin tai funktioihin, on huomioitava, että sekä funktionaalinen että markkinaperusteinen ryhmittely sisältävät erilaisia ryhmittelyperusteita, joita kaikkia organisaatiot usein soveltavat jollakin tavoin (Mintzberg 1979). Taulukossa yksi on esitetty Mintzbergiä (1979), Harisaloa (2008, 75), Leattia ja kumppaneita (2006, 321) sekä Legaa (2007) mukailleen erilaiset ryhmittelyperusteet ja esimerkki niiden organisatorisesta ilmentymästä sairaalaorganisaatioissa.

Taulukko 1. Ryhmittelyperusteet ja esimerkki niiden organisatorisesta ilmentymästä sairaalaorganisaatioissa.

Pääryhmittelyperuste	Tarkempi ryhmittelyperuste	Mihin ryhmittely perustuu	Esimerkki organisatorisesta ilmentymästä sairaalaorganisaatioissa
<i>Funktionaalinen ryhmittely</i>	Tietojen ja taitojen mukainen ryhmittely	Osaaminen, taidot	Sisätautien klinikka
	Työprosessien mukainen ryhmittely	Käytetty teknologia	Kirurgian klinikka
<i>Markkinaperusteinen ryhmittely</i>	Asiakkaan mukainen ryhmittely	Organisaation erilaiset asiakkaat	Lastentautien klinikka
	Tuotoksen ⁵ mukainen ryhmittely	Tuotteet ja palvelut, joita organisaatio tarjoaa	Diabetesyksikkö
	Paikan mukainen ryhmittely	Maantieteellinen alue, asukasluku ja väestö, paikka (kehon osa) jossa työ tehdään	Sydänyksikkö
<i>Funktionaalinen tai markkinaperusteinen ryhmittely</i>	Ajan mukainen ryhmittely	Milloin työ tehdään	Päivystysosasto

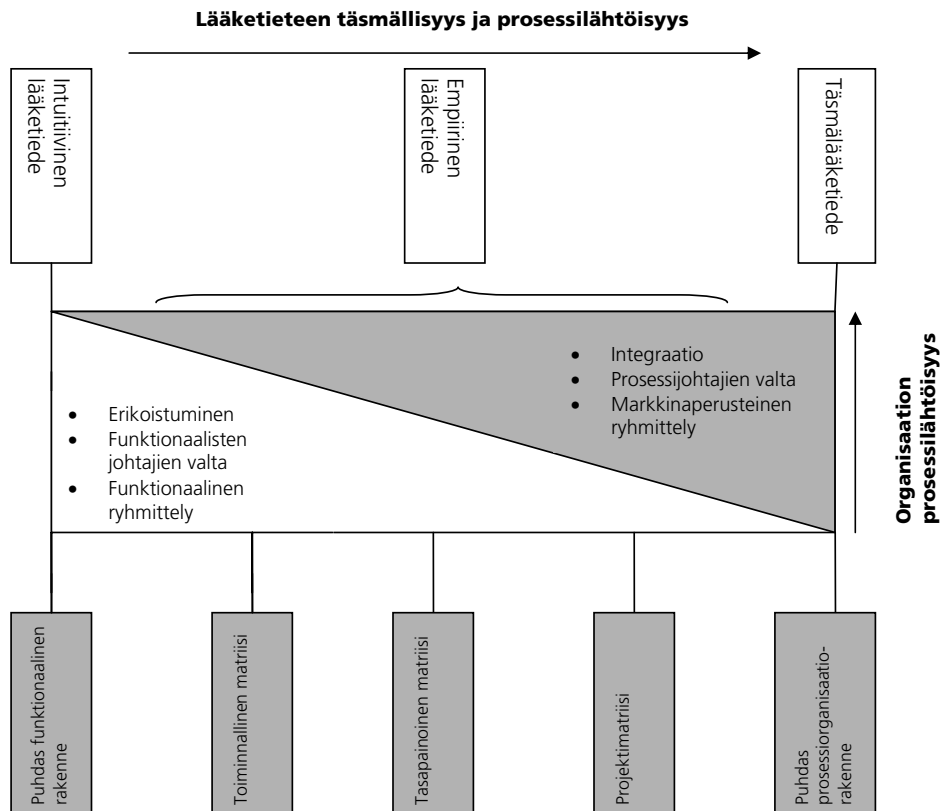
Kuten taulukosta yksi ilmenee, lääketieteen perinteisiä erikoisaloja ja yksiköitä löytyy sekä funktionaalisesta että markkinaperusteisesta ryhmittelystä. Tämä johtuu siitä, että professionaalisissa byrokraatioissa, kuten sairaalaorganisaatioissa, rakenne on samanaikaisesti ryhmittynyt funktionaalisesti ja markkinaperusteisesti. Sairaalaorganisaation perinteiset funktiot kokoavat asiantuntijat tietojen ja taitojen ja heidän käyttämiensä työprosessien perusteella. Samanaikaisesti yksiköt kuitenkin hoitavat tiettyyn asiakasryhmään kuuluvia potilaita, esimerkiksi lastentautien yksikkö hoitaa lapsipotilaita. Jotkut lääketieteen perinteiset funktiot ovat ryhmittyneet myös paikan (kehon osa) mukaisesti samanaikaisesti, kuten esimerkiksi silmätautien ja kardiologian (sydäntaudit) funktiot. (Mintzberg 1983, 193; Mintzberg 1979, 111.)

Paitsi funktioiden välillä, myös sairaalaorganisaation funktioiden sisällä käytetään erilaisia ryhmittelyperusteita samanaikaisesti. Esimerkiksi kirurgit hoitavat tietynlaisia potilaita ja he käyttävät tietynlaisia työprosesseja ja tuotokset ovat erotettavissa toisistaan (esimerkiksi poistettu luomi tai korvattu maksa). (Mintzberg 1979, 108–111.) Tyypillisesti sairaalaorganisaation funktioiden sisällä tehdään jako myös ajan suhteen, jakamalla yksittäiset potilaat ja potilasryhmät kiireellisiin ja ei-päivystysluonteisiin potilaisiin. Potilaiden kiireellisyysluokituksen lisäksi myös sairaalaorganisaation toiminnot voidaan jakaa ajan mukaan kiireellisiin (päivystysluonteisiin) toimintoihin ja elektiivisiin eli ei-päivystysluonteisiin toimintoihin. (Aaltonen ym. 2008, 38.) Sairaalaorganisaatioissa on käytössä myös DRG-ryhmittely (diagnosis-related groups), jota käytetään muun muassa laskutuksen perusteena. DRG-ryhmittelyssä sairaalahoitajaksoja ryhmitellään diagnoosien, tehtyjen toimenpiteiden ja potilaan iän mukaan. (Lillrank & Venesmaa 2010, 232.)

Näin ollen erilaista prosessimaista toimintaa ja erilaisia ryhmittelyperusteita on myös funktioiden sisällä samanaikaisesti. Toisin sanoen sen lisäksi, että prosessimaista toimintaa on eri systeemitasoilla, eroavat myös erilaiset potilaiden ja toimintojen ryhmittelyperusteet toisistaan funktioiden välillä ja sisällä. Ryhmittely tulee kuitenkin aina toteuttaa organisaation tasolla, eikä suhteessa yksittäisiin välivaiheisiin, joiden myötä edetään kohti asiakkaiden palvelemista

(Mintzberg 1979, 114). On huomioitava, että prosessien kehittämisen ja niiden johtamisen näkökulmasta tämä voi aiheuttaa epäselvyyttä. Esimerkiksi keskijohdossa ja erityisesti erikoissairaanhoidossa ilmenee usein merkittävää epäselvyyttä siitä, johdetaanko kokonaisia organisaatioita ja prosesseja vai kohdistuuko johtaminen vain oman ammattikunnan johtamiseen ja sen osuuteen prosesseissa. Tämän on todettu selkeästi heikentävän johtamisen roolia prosessien kehittämisessä. (Viitanen ym. 2007, 70.)

Edellä mainittujen seikkojen lisäksi sairaalaorganisaation ryhmittelyssä tulee huomioida myös jako intuitiiviseen lääketieteeseen (intuitive medicine) ja täsmälääketieteeseen (precision medicine). Tämä jako johtuu kliinisen lääketieteen kehityksestä eri aloilla. Siinä missä intuitiivinen lääketiede edellyttää asiantuntemusta, kokemusta ja tapauskohtaista harkintaa, perustuu täsmälääketiede tarkkaan diagnoosiin ja sitä seuraaviin rutiininomaisiin prosesseihin, joiden vaikutukset ovat hyvin tunnetut. Monien sairauksien mekanismit ja oirekuva ovat edelleen tapauskohtaisia, tuntemattomia ja tilannesidonnaisia, jolloin potilaan tilan diagnosointi ja käytetyt hoitomenetelmät perustuvat harkintaan. Tällaiset tapaukset, kuten esimerkiksi masennusta sairastavan potilaan hoito, kuuluu intuitiivisen lääketieteen piiriin. (Christensen ym. 2009; Lillrank & Venesmaa 2010, 47–48.) Niin kutsutut hoitotoiminnan ja hoivatoiminnan prosessit edellyttävät tapauskohtaista harkintaa ja hoitokokeiluja ja kuuluvat siten intuitiivisen lääketieteen piiriin (ks. tarkemmin Lillrank & Venesmaa 2010, 53–57). Täsmälääketieteen piiriin puolestaan kuuluu esimerkiksi harmaakaihien hoito. Täsmälääketieteen piiriin kuuluvista prosesseista voidaan käyttää nimitystä elektiivisen toiminnan prosessi, jolloin potilaan hoito voidaan toteuttaa suunnitellusti aika-aulutetun prosessin mukaan. Intuitiivisen ja täsmälääketieteen väliin sijoittuu empirinen lääketiede (empirical medicine), johon kuuluvien sairauksien syntymekanismit ja hoito jollakin tavoin noudattavat tiettyä toimintamallia ja hoidon vaikutukset ovat kohtuullisen hyvin ennustettavissa. Empiirisen lääketieteen piiriin kuuluu esimerkiksi aivo- ja sydäninfarktin hoito. (Christensen ym. 2009; Lillrank & Venesmaa 2010, 47–48, 54–56.) Lääketieteen kehitys vaikuttaa näin ollen ratkaisevasti siihen, miten ryh-



Kuvio 1. Organisaatorakenteiden jatkumo prosessien ja funktioiden johtamisen välisenä suhteena (kuvio mukailen Galbraith 1971; Leatt ym. 2006, 328; Mintzberg 1979, 176; Parker ym. 2001).

mittely voidaan toteuttaa sairaalaorganisaation tapauksessa.

Prosessimaisen toiminnan johtaminen prosessijohtamisen ja funktiojohtamisen välisenä tarkasteluna

Ryhmittelyn näkökulmasta on huomioitava, että markkinoihin perustuva ryhmittely johtaa siihen, että organisaatio valitsee työnkulun johtamisen, toisin sanoen prosessien johtamisen, erikoistumiseen liittyvän johtamisen kustannuksella (Mintzberg 1979, 129). Sairaalaorganisaation tapauksessa prosessimaisen toiminnan ja prosessien johtamisen kannalta keskeinen dilemma on, kuinka keskittyä prosessiin ja ylläpitää sekä kehittää samanaikaisesti lääketieteen professioiden erikoistumista (Fältholm & Jansson 2008).

Koska ryhmittelyn myötä organisaation rakenteeseen tuodaan myös johtaminen (Mintzberg 1979), on tarpeen tarkastella erilaisten prosessien ja prosessimaisen toiminnan johtamista organisaatiokokonaisuudessa erityisesti erikoistumisen ja prosessien johtamisen välisenä suhteena. Kuviossa yksi on esitetty Galbraithia (1971), Leattia ja kumppaneita (2006, 328)⁶, Mintzbergiä (1979, 176), Parkeria ja kumppaneita (2001) sekä Christenseniä ja kumppaneita (2009) ja Lillrankia ja Venesmaata (2010) mukailen funktionaalisen ja markkinaperusteisen ryhmittelyn vaikutus organisaation prosessilähtöisyyteen sekä niiden yhteys intuitiiviseen, empiiriseen ja täsmälääketieteeseen.

Kuten kuvioista yksi voidaan havaita, kasvatettaessa markkinalähtöisyyttä ja integraatiota organisaatiossa, kasvaa myös prosessilähtöisyys

organisaatiossa ja erikoistumisen paino organisaatiokokonaisuudessa vähenee samassa suhteessa. Markkinalähtöinen ryhmittely ja funktio-perusteinen ryhmittely ovat siis tiettyssä mielessä toistensa vastakohtia. Yksi ryhmittelyperuste ei voi ratkaista kaikkia organisaation keskeisiä riippuvuustekijöitä. Esimerkiksi funktionaalinen ryhmittely aiheuttaa osa-optimointia ja koordinoitongelmia. Markkinaperusteinen ryhmittely taas häittää syvän erikoisosaamisen syntymistä. Näin ollen organisaatiot tyypillisesti kehittävät erilaisia mekanismeja voidakseen käsitellä erilaisia riippuvuustekijöitä prosessien johtamisen ja syvän erikoisosaamisen välillä. (Máruster 2002; Mintzberg 1979, 168; Tevameri & Kallio 2009.) Kuvioista myös ilmenee, että lääketieteen jaottelulla intuitiiviseen, empiiriseen lääketieteeseen ja täsmälääketieteeseen on yhteys myös funktionaaliseen ja markkinaperusteiseen ryhmittelyyn. Intuitiivisen lääketieteen piiriin kuuluvien sairauksien diagnosointi ja hoito edellyttävät funktionaalista ryhmittelyä ja täsmälääketieteeseen kuuluvat sairaudet ja hoitomenetelmät puolestaan mahdollistavat markkinaperusteisen ryhmittelyn. Empiirisen lääketieteen alueella puolestaan tarvitaan molempia. Näin ollen myös lääketieteen prosessilähtöisyys kasvaa siirryttäessä kohti täsmälääketieteen piiriin kuuluvia sairauksia ja hoitomenetelmiä.

Prosessimaisen toiminnan organisointia ja prosessien johtamista voidaan tarkastella organisatorisesta näkökulmasta erilaisten yhteyskeinojen jatkumona. Siirryttäessä puhtaasta funktionaalisesta rakenteesta matriisirakenteeseen ja edelleen kohti markkinaperusteista ryhmittelyä ja siten kohti puhdasta prosessiorganisaatorakennetta, muuttuvat myös funktionaalisten johtajien päätösvalta suhteessa prosessienjohtajien päätösvaltaan. Tällöin prosessinomistajien ja funktioiden johtajien vastuualueita ja päätösvaltaa on tarkasteltava toisiinsa vaikuttavina tekijöinä, jolloin muutettaessa yhtä organisaation johtamiskokonaisuutta, esimerkiksi prosessinomistajan päätösvaltaa, on muutettava myös funktioiden johtajien päätösvaltaa samanaikaisesti. (vrt. Gottlieb 2007; Mintzberg 1979, 175–176, 181–182.)

Kolodny (1979) on esittänyt organisaatioiden kehittyvän polun puhtaasta funktionaalisesta rakenteesta puhtaaksi matriisirakenteeksi, jolloin integraatio ja koordinaatio organisaatiossa

asteittain syvenevät. Näiden rakenteiden väliin jää erilaisia matriisimaisia rakenteita, joista monia voidaan parhaiten kuvata prosessitermeillä. Prosessilähtöisyys saatetaan organisatorisesta näkökulmasta myös ymmärtää väärin, jolloin kyse saattaa käytännössä olla kyljelleen käännetystä funktionaalista rakenteesta, vailla toiminnallisia seurauksia (Tevameri & Kallio 2009; Virtanen & Wennberg 2005, 63). Kuitenkin funktionaaliseen ryhmittelyyn perustuvassa organisaatiorekenteessä voidaan prosesseja johtaa horisontaalisesti. Aiemmin kuvattuun potilaskohtaisen ja organisaatiokohtaisen prosessin eroon liittyen on tarpeen tuoda esiin, että sairaalaorganisaation tapauksessa myös potilaskohtaista episodista voidaan tiettyssä mielessä johtaa horisontaalisesti. Tämä on seurausta siitä, että sairaalaorganisaatioiden tapauksessa työnkulun välitön kohde on myös asiakas. Koordinoidakseen tiedonkulkua eri funktioiden välillä, saatetaan organisaatiossa yhteydenpidon helpottamiseksi nimetä *virallinen yhteyshenkilö*, jolla ei kuitenkaan ole virallista valtaa (Mintzberg 1979, 162). Tähän perustuvalla mallilla voidaan sairaalaorganisaatioiden tapauksessa tarkoittaa mallia, jossa hoidon koordinoija on vastuussa niiden yksittäisten potilaiden hoidon koordinoinnista, jotka on määritelty hänen vastuulleen. Toisinaan pelkästään hoitajille on määritelty tämä tehtävä, jolloin tätä mallia on kutsuttu nimellä vastuuhoidajamalli (primary nursing model) (Marquis & Huston 2006). Tällaisen mallin voidaan ajatella organisaatioteoreettisessa mielessä edustavan myös projektijohtamisen mallia, jolloin yksittäisten potilaiden funktiot ylittävä hoito on projekti, josta nimetty vastuuhoidtaja tai -lääkäri on vastuussa. (Vrt. Fetter & Freeman 1986, 47–49.) Tällöin virallinen yhteyshenkilö on nimetty yksittäisen potilaan näkökulmasta. Harvinaisten, ennustamattomien ja monimutkaisten potilastapausten hoito usein projektiluontoista, jolloin potilaille voidaan nimetä projektipäällikkö, joka vastaa hoidon vaikuttavuudesta, läpimenoajasta ja resurssien optimoinnista (Lillrank & Venesmaa 2010, 56). Sairaalaorganisaatiot ovatkin tyypillisesti funktionaalisten rakenteiden ja projektien johtamisen sekamalleja (Mintzberg 1983). Mikäli organisaation yhteyshenkilöllä viitataan laajemmin organisaation toimintoihin, tyypillinen yhteyshenkilö voi tällöin olla esimerkiksi potilasasiamies (vrt. Burns 1989, 353).

Funktionaalisesti ryhmittyneessä rakenteessa prosessijohtamisella voidaan tarkoittaa esimerkiksi prosessin tunnistamista, standardointia tai suoritearviointia, josta henkilö tai ryhmä vastaa (Paim ym. 2008, 715). Sairaalaorganisaation tapauksessa tämä on tarkoittanut esimerkiksi tiettyjen diagnoosiryhmien hoidossa ja diagnosoinnissa tarvittavien palvelujen ja resursien mukaista toimintatapojen standardointia. Tällöin esimerkiksi tietty lääkiryhmä on vastuussa hoitoprosessin standardoinnista tai näiden potilaiden hoitamiseksi tarvittavien resursien määrästä suhteessa esimerkiksi verrokilukuihin. (Bohmer 2010; Fetter & Freeman 1986, 49.) Organisaatioteoreettisessa mielessä tällöin on kyse yhteisen foorumin, kuten *työryhmän perustamisesta* (eristetty matriisirakenne) tai *pysyvän toimikunnan perustamisesta*, jossa tyypillisesti tarkastellaan prosesseja kokonaisuutena (tuotos) ja esitetään muutoksia tai lisäyksiä olemassa oleviin hoitolinjoihin (Gottlieb 2007, 72; Leatt ym. 2006, 335–336). Tuotosten standardointiin liittyy sairaalaorganisaatioiden tapauksessa kuitenkin monia organisatorisia haasteita. Monimutkaisten ja vähän ymmärrettyjen sairaustilojen diagnostiikan ja hoidon yhteyteen standardoidut prosessit sopivat huonosti. Lisäksi, jos potilaalla on useita sairauksia samanaikaisesti, standardien noudattaminen ei välttämättä ole potilaan kokonaisuutensa kannalta mielekästä. (Bohmer 2010.) Sairaalaorganisaatioiden tapauksessa myös joudutaan pohtimaan sitä, kenellä on viimekädessä oikeus määrittellä hoidon ja toimenpiteiden luonnetta sekä laatua ja ohjata asiantuntijoiden toteuttamaa lääketieteellistä toimintaa. Esimerkiksi standardoitujen käytäntöjen voidaan kokea vaarantavan potilaiden hoitoa, sillä ne vähentävät yksilökohtaisen arvioinnin ja autonomisen päätöksenteon mahdollisuutta. (Wiili-Peltola 2005, 66–69.) Hoitoprosessien standardointia ei voidakaan soveltaa kaikissa tapauksissa ja standardeista poikkeaminen on toisinaan jopa välttämätöntä potilaan yksilöllisen tilanteen näkökulmasta. Sairaalaorganisaation tapauksessa onkin päädytty joissakin tapauksissa erottamaan toisistaan yksiköt, joista toisessa hoidetaan standardoitujen prosessien mukaisesti ja toisessa yksikössä hoidetaan puolestaan monimutkaiset tapaukset, joihin standardoituja prosesseja ei voida soveltaa. (Bohmer 2010.)

Organisaatio saattaa myös nimetä toimintoja integroivan erikoishenkilön. Tällöin on kyse organisaation toimintojen koordinoinnista. Tässä mallissa prosessinomistajalla voi olla myös oma yksikkö, joka on ikään kuin koottu vanhan funktionaalisen rakenteen päälle. Tällöin hänellä on myös sellaista valtaa, joka on aiemmin ollut erillisten funktioiden johtajilla, esimerkiksi hän voi olla budjetin laatija tai tarkastaja. Virallinen toimintoja yhdistävän johtajan valta edellyttää aina jonkinlaista päätösvaltaa määrittelemistä suhteessa funktioihin, mutta integroivan johtajan valta ei milloinkaan ylitä funktioiden henkilöstön valtaa. Tällöin integroivan johtajan tulee toiminnassaan pyrkiä keskusteluun ja suostutteluun. (Mitzberg 1979, 165.) Sairaalaorganisaatioiden tapauksessa integroivan johtajan mallina on käytetty yksikön johtamisen mallia (unit management program), joka on myös yhdentyyppinen matriisiorganisaatiorakenne. Yksikön johtaminen on tarkoittanut tässä yhteydessä eräänlaista hierarkkista peitettyä tuotantolinjajohtajille, jolloin yksikön johtaja koordinoi yhden tai useamman potilasyksikön funktionaalisen osaston henkilöstöä tietyllä kliinisellä alueella, kuten esimerkiksi lastentautien klinikoilla. Funktionaalinen henkilöstö on käsitänyt esimerkiksi hoitajia, sosiaalityöntekijöitä, huoltohenkilöstöä ja teknistä tukea. Näin ollen koko henkilöstö klinikoilla ei ole kuulunut yksikön johtajan alaisuuteen. Unit management -malli oli suunniteltu vapauttamaan hoitotyön tekijät tekemään hoitotyötä ja paremmin integroimaan henkilöstöä ja toimintoja tietyillä kliinisillä alueilla. (Burns 1989, 353–354.) Eräänä integroivan johtamisen mallina voidaan pitää myös toiminnallista matriisirakennetta (functional matrix). Tässä matriisirakennevaihtoehdossa ovat säilyneet monet funktionaalisen organisaatorakenteen piirteet. Funktionaalisilla johtajilla on ensisijainen vastuu tavoitteiden saavuttamisesta ja työn suunnittelusta. Myös henkilöstö raportoi pääasiassa funktionaalisille esimiehilleen. Toiminnallinen matriisi soveltuu parhaiten organisaation ylemmälle tasolle. Jos tiimi rakennetaan esimerkiksi funktionaalisista johtajista, ei ole välttämätöntä tarvetta prosessinomistajan suurelle vallallekaan, sillä kaikki tarvittavat päätösvalta on jo paikalla. (Gottlieb 2007, 61; Parker ym. 2001, 264–265.) Toiminnallinen matriisi voi syntyä sairaalaor-

ganisaation tapauksessa niin, että funktiot järjestetään kokonaisuutena uudelleen yksiköiksi. Tällöin funktionaalisia rakenteita ja funktionaalista johtajuutta ei pureta, vaan ne organisoidaan hoitolinjojen mukaisesti uudelleen. (Parker ym. 2001.) Tällöin esimerkiksi sydänkeskuksen toiminta voidaan koota uudelleen aikaisemmista vanhan organisaatiomallin mukaisista yksiköistä. (Vrt. Rinne & Pajula 2005.)⁷ Uusien toimialojen ja yksiköiden muodostamisen erityishaaste sairaalaorganisaatioiden tapauksessa liittyy tutkimuksen ja opetuksen asemaan, koska näissä yksiköissä erikoisalat eivät välttämättä muodosta enää hallinnollisia yksiköitä (vrt. Kekomäki 2004, 1944).

Yhtenä toiminnallisen matriisirakenteen variaationa voidaan nähdä niin kutsuttu kahden position malli (the two-hat model). Kahden position –malli perustuu ajatukseen, että matriisijohtajalla on kaksi positiota samanaikaisesti: hän on vastuussa samanaikaisesti esimerkiksi funktiostaan, mutta myös prosessista. Tämän rakenteen hyötynä ovat edut palkkakustannuksissa, vähäisemmät konfliktit, vahvempien tiimien rakentaminen. Lisäksi näin voidaan välttää vain omaa funktiota koskevat tavoitteet. Tämän mallin on todettu sopivan erityisesti hierarkisiin organisaatiokulttuureihin. (Galbraith 2009, 41–42, 50.) Näin ollen tämä malli voisi soveltua hyvin sairaalaorganisaatioihin, koska sairaalaorganisaation prosessit voivat kytkeytyä monella tavalla potilaiden hoitoon liittyviin kysymyksiin. Tällöin myös prosessien johtamisen näkökulmasta voidaan tarvita vahvaa substanssi-asiantuntijuutta.

Nämä edellä kuvatut matriisirakenteet kuitenkin painottavat yhtä ryhmittelyperiaatetta suhteessa toisiinsa. Vaikka integroiva johtaja voikin olla tietyllä tavalla vastuussa koordinoijana esimerkiksi asiakkaasta tai tuotteesta, työtehtävien ryhmittely tehdään toiminnallisessa matriisissa silti painottaen funktionaalista ryhmittelyä. Usein organisaatioilla on kuitenkin tarve valita useampia tapoja työtehtävien ryhmittelyyn samanaikaisesti. Tällöin organisaatio kuitenkin luopuu yhtenäisen komentoketjun periaatteesta, josta seuraa kahtaalle jakaantuneen johtajuuden ongelma. (Gottlieb 2007; Mintzberg 1979, 104–106, 169–170.)

Syvennettäessä prosessijohtajan valtaa funktionaalista matriisista astetta syvemmälle, ja

kahden samanaikaisen ryhmittelyn periaatteen, päädytään klassiseen matriisirakenteeseen, josta käytetään myös nimitystä *tasapainoinen matriisi* (balanced matrix). Tasapainoisessa matriisissa päätösvalta on tasapuolisesti jaettu funktionaalisten johtajien ja prosessinomistajien välillä. Tällöin henkilöstö on virallisesti organisaation kahden dimension jäseniä, ja heillä on virallisesti kaksi esimiestä. Funktionaalisen dimension tehtävänä on edistää syvää erikoisosaamista. Prosessinomistajalla puolestaan on toiminnallista matriisia enemmän valtaa tavoitteista ja niiden saavuttamisesta. Tasapainotettu matriisi edellyttää vahvaa johtajuutta, koska myös tähän malliin liittyen on mahdollista ilmetä valtakamppailuja prosessidimension ja funktionaalisen dimension välillä. (Gottlieb 2007, 61–63.)

Projektimatriisissa (project matrix) prosessinomistajien valta ylittää funktionaalisten johtajien vallan. Kehittyneimmässä muodossaan projektimatriisi siirtyy pysyvään tavoiteorientaatioon, jolloin prosessinomistajasta tulee tuotejohtaja tai minitoimitusjohtaja. Prosessinomistaja on tällöin vastuussa koko prosessinsa toiminnasta, taloudesta ja kehittämisestä. (Gottlieb 2007, 63–64.) Sairaalaorganisaation tapauksessa voidaan joutua tällöin erityisesti pohtimaan, toimiiko prosessinomistajana talouden asiantuntija vai lääketieteellisen koulutuksen saanut. Koska monet prosesseihin kytkeytyvät asiat liittyvät myös potilaiden hoitoon, on lääketieteellinen osaaminen tällöin edelleen hyvin keskeistä talousosaamisen ohella. (vrt. Kekomäki 2010). Funktionaalisten johtajien roolista tulee projektimatriisissa prosessinomistajien roolia tukeva. Henkilöstö toimii aidosti kahden dimension alaisuudessa siten, että henkilöstö on sitoutunut projektitöihin ja palaavat sitten funktionaaliseen yksikköön, kunnes heitä tarvitaan uuteen projektiin. Projektimatriisissa työtehtävien ryhmittelyperuste on ensisijaisesti markkinaperusteinen. (Gottlieb 2007, 63–64; Mintzberg 1979.) Sairaalaorganisaatioiden tapauksessa pysyväluonteinen projektimatriisi on osittain käytössä. Tällöin esimerkiksi tietty klinikka vastaa tiettyjen potilasryhmien hoidosta muodostaen erilaisten osajien kombinaatioita. Parker ja kumppanit (2001) käyttävät näistä nimitystä modifioitu hoitolinjatulosyksikkö (modified SL divisions) ja Christensen ja kumppanit

Taulukko 2. Prosessien johtaminen organisatorisessa kontekstissa (taulukko mukailten Gottlieb 2007, 29).

Prosessimaisen toiminnan johtamista sisältävän organisaation piirteet	Funktionaalinen rakenne jossa projektien johtamista tai prosessien tunnistamista	Toiminnallinen matriisi	Tasapainoinen matriisi	Projektimatriisi	Prosessi-organisaatio
<i>Prosessista vastaavan valta</i>	Yksittäisten potilaiden yhteyshenkilö. Prosessien tunnistaminen ja kehittäminen.	Hyvin rajoitettu.	Samalla tasolla kuin funktionaalisten johtajien valta, Vastuussa suunnitella mitä tulee saada aikaan ja milloin.	Ensisijainen valta prosessin suunnittelusta, resursseista henkilöstöstä, budjetista ja asiakkaista.	Kaikki valta prosessin-omistajalla.
<i>Henkilöstön täysiaikainen sitoutuminen prosessiin</i>	Ei ollenkaan. Henkilö voi sitoutua yksittäiseen projektiin täysiaikaisesti.	Ei ollenkaan. Funktioissa työskentelevät henkilöt työskentelevät prosessissa väliaikaisesti.	Vaihtelee, noin puolet henkilöstöstä työskentelee täysiaikaisesti.	Henkilöstö työskentelee tiimeissä ja palautuu taas funktionaaliseen alueeseen, kunnes heitä tarvitaan uuteen projektiin.	Täysiaikainen, funktioita ei ole olemassa.
<i>Prosessista vastaavan sitoutumisen aste</i>	Prosessista vastaava on yhteyshenkilö yksittäisten potilaiden sairaalassaoloajan.	Osa-aikainen ja väliaikainen.	Täysiaikainen.	Täysiaikainen, vastuussa pääosasta organisaation toiminta-alueista.	Täysiaikainen, vastuussa kaikesta prosessiin liittyvästä.
<i>Prosessista vastaavan titteli</i>	Omahoitaja, työryhmä, toimikunta.	Koordinaattori, fasilitaattori projektivastaava, prosessin-omistaja.	Tiiminvetäjä, projektijohtaja, prosessinomistaja.	Yleisjohtaja, toimitusjohtaja, prosessin-omistaja.	Johtaja, toimitusjohtaja, prosessin-omistaja.
<i>Funktioiden johtajien vastuut</i>	Funktioiden johtajat vastuussa kaikesta organisaation toiminnasta.	Funktioiden johtajat vastuussa suunnittelusta ja teknisten vaatimusten täyttämisestä.	Funktioiden johtajat vastuussa henkilöstöhallinnasta ja siitä kuinka tavoitteet tullaan saavuttamaan.	Funktioiden johtajien rooli tukeva ja neuvoa-antava.	Funktionaalisia johtajia ei ole olemassa.

(2009, xxv) VAP-klinikka (value-adding process clinics). Tällöin funktioiden johtajien tehtävänä on koordinoita prosesseja oman funktionsa sisällä. Porter ja Teisberg (2006) viittaavat integroitujen potilasyksiköiden käsitteellä (IPU) kehittyneimmässä muodossaan projektimatriisiin, sillä vallitsevana toimintatapana on, että näissä integroiduissa yksiköissä lääkärit säilyttävät jon-

kinlaisen yhteyden tai raportointivastuun myös oman erikoisalansa mukaiseen funktionaalisen yksikköön. Integroitujen potilasyksiköiden logiikkaa ei ole missään viety loppuun asti, vaan sairaalaorganisaatioilla on joitakin rajattuja potilaiden ongelmakokonaisuuksien alueita, kuten sydänpotilaat tai silmäpotilaat, joiden hoito toteutetaan erillisissä yksiköissä, joita kut-

sutaan instituuteiksi tai klinikoiksi. (Porter & Teisberg 2006, 176.) Christensen ja kumppanit (2009, 82–83) puolestaan esittävät, että tietyillä klinikoilla voidaan yhdistää funktionaalinen ja markkinaperusteinen ryhmittely, jolloin diagnoosin tekeminen ja tehokkaat prosessit toteutetaan samassa yksikössä. Tämä on mahdollista, sillä sairaalaorganisaatiot ovat samanaikaisesti ryhmittyneet funktionaalisesti ja markkinaperusteisesti.

Mikäli sairaalaorganisaation koko toiminta organisoitaisiin prosesseittain, olisi lopputuloksena prosessiorganisaatio, joka edellyttäisi perinteisten erikoistumiseen tähtäävien funktioiden purkamista ja koko toiminnan keskittämistä horisontaaliselle akselille. Puhdasta prosessiorganisaatorakennetta, jossa eri asiantuntijoista koostuvat tiimit vastaavat potilaan hoidon tarpeisiin, voidaan sairaalaorganisaatioiden tapauksessa pienen, erikoistuneen klinikan toimintatapana ilmeisen perustellusti noudattaa. Laajassa mitassa sairaalaorganisaatioiden prosessiorganisaatiomallin soveltaminen edellyttäisi perinteisten, erikoisosaamiseen tähtäävien klinikoiden purkamista. Tämä on käytännössä erittäin vaikeaa toteuttaa. Puhtaassa prosessiorganisaatiossa funktiot on kokonaan hävitetty, jolloin kaikki valta on prosessinomistajilla. Käytännössä sairaalaorganisaatiot päätyvätkin rakenneuudistuksissaan matriisimaisiin rakenteisiin. (Tevameri & Kallio 2009.) Prosessimaisen toiminnan johtamisen ja syvän erikoisosaamisen johtamisen välinen sopeuttaminen on sairaalaorganisaatioille keskeinen haaste, jonka onnistunut toteuttaminen vaatii huolellista suunnittelua (Fältholm & Jansson 2008; Tevameri & Kallio 2009). Taulukossa kaksi on esitetty Gottliebia (2007, 29), Sy & D'Annunziata (2005) ja Tevameri & Kalliota (2009) mukailten prosessien johtamista sisältävien organisaatiomallien keskeiset piirteet.

Edellä esitetyn perusteella voidaan todeta, että erilaiset prosessijohtamiseen ja prosessimaisen toiminnan organisointiin perustuvat mallit johtavat hyvin erilaisiin toimintalogiikoihin koko sairaalaorganisaatioiden organisoinnin kannalta. On hyvin tärkeää mieltää, miten toiminta muuttuu erilaisissa prosessimaiseen toimintaan ja niiden johtamiseen perustuvissa organisaatorakenteissa, sillä niiden mukana muuttuu myös funktionaalisten yksiköiden rooli ja erikoistu-

misen asema organisaatiokokonaisuudessa eri tavoin.

JOHTOPÄÄTÖKSET JA KESKUSTELU

Artikkelissa on tarkasteltu prosessien johtamista ja prosessimaisen toiminnan organisoimista sairaalaorganisaation tapauksessa. Tarkastelun näkökulma on organisatorinen. Tutkimuksen organisaatioteoreettinen, organisaatiosuunnitteluun liittyvä analyysi on suunnattu vastaamaan erityisesti seuraaviin tutkimuskysymyksiin: (i) mitä prosessilla, prosessilähtöisyydellä ja prosessien johtamisella tarkoitetaan sairaalaorganisaatioiden erityistapauksessa, (ii) miten prosessimainen toiminta ja sen johtaminen voidaan organisoida sairaalaorganisaation erityistapauksessa, ja (iii) millaisia organisatorisia haasteita prosessimaisen toiminnan organisoimisen näkökulmasta ilmenee sairaalaorganisaation erityistapauksessa.

Johtopäätöksenä organisaatioteoreettisesta analyysistä suhteessa ensimmäiseen tutkimuskysymykseen voidaan todeta, että prosessilla ja prosessien johtamisella voidaan tarkoittaa sairaalaorganisaation tapauksessa sekä potilaan hoitoon liittyviä prosesseja että resurssien allokointiin liittyviä prosesseja. Potilaan hoitoon liittyvillä prosesseilla ja prosessien johtamisella voidaan tarkoittaa sekä yksittäisen potilaan (projekti) että tietyn potilasryhmän hoitoon liittyviä prosesseja. Resurssien allokoinnin johtamisella voidaan puolestaan viitata organisaation eri tasoilla tapahtuvaan vertikaalisten prosessien johtamiseen. Sairaalaorganisaation tapauksessa monet prosessit ja niiden eri systeemitasot ovat yhteydessä toisiinsa sairaalaorganisaation arkipäivässä. Erilaista prosesseihin liittyvää toimintaa voi myös ilmetä samanaikaisesti, samankin potilaan tai potilasryhmän osalta. Monimuotoinen ja vaikiintumaton prosesseihin liittyvä termistö voi helposti aiheuttaa epäselvyyksiä siitä, mitä prosessilla ja prosessien johtamisella tarkoitetaan. Organisaatioteoreettisessa mielessä prosessijohtamisessa on kuitenkin kyse erilaisten yhteiskeinojen soveltamisesta. Sairaalaorganisaation prosessilähtöisyyden voidaan katsoa lisääntyvän siirryttäessä pois päin funktionaalisesta rakenteesta kohti erilaisia matriisi- ja prosessimaisia rakenteita. Organisaation prosessilähtöisyyden hyödyntäminen riippuu myös lääketieteen ke-

hittymisestä täsmällisempään ja prosessilähtöisempään suuntaan.

Suhteessa toiseen tutkimuskysymykseen voidaan todeta, että prosessimainen toiminta ja prosessien johtaminen voidaan sairaalaorganisaation tapauksessa toteuttaa niin funktionaalisesti ryhmiteltyssä kuin markkinaperusteisesti ryhmiteltyssä rakenteessa. Prosessimaisen toiminnan johtamisella voidaan tarkoittaa jatkumoaa yksittäisen potilaan hoidon johtamisesta äärimmillään puhtaaseen prosessiorganisaatorakenteeseen, jossa prosessijohtajilla on valta kaikesta. Väliin jää erilaisia prosessijohtamisen ja prosessimaisen toiminnan organisoimisvaihtoehtoja, joihin yhdistyy eriasteinen funktioiden ja erikoistumisen johtaminen. Nämä erilaiset vaihtoehdot johtavat hyvin erilaiseen organisatoriseen lopputulokseen, mitä tulee prosessista vastaavien tai funktionaalisten johtajien päätösvaltaan, vastuisiin ja työnkuvaan. Tyypillisesti prosessiajatteluun liittyvä organisatorinen muutos johtaa matriisimaisen toimintalogiikan syntymiseen. Sairaalaorganisaatioiden organisaatiomuutostilanteissa ei tule keskittyä vain prosessien kehittämiseen ja tarkasteluun, sillä termiin prosessi ja prosessien johtaminen voi sairaalaorganisaation tapauksessa kytkeytyä hyvin erilaisia tulkintamahdollisuuksia. Prosesseja ja niiden johtamista tulisi aina peilata suhteessa funktioiden johtamiseen, sillä erikoistuminen ja sen johtaminen on sairaalaorganisaatiossa hyvin keskeisessä asemassa. Näin voidaan parhaiten luoda edellytyksiä sille, että organisaatio toimii kokonaisuutena ja että organisaation jäsenillä on yhteinen käsitys siitä, mitä muuttuu prosessimaisen toimintatavan myötä.

Johtopäätöksenä kolmannen tutkimuskysymyksen osalta voidaan todeta, että sairaalaorganisaatioiden prosessimaisen toiminnan organisoimisen erityishaaste liittyy siihen, että sairaalaorganisaation prosessien välitön kohde on myös asiakas. Tällöin monet prosesseihin ja niiden johtamiseen liittyvät asiat kytkeytyvät myös potilaan hoitoon. Tämän seurauksena esimerkiksi prosessijohtamisen irrottaminen lääketieteellisestä osaamisesta ja johtamisesta sekä yksittäisen potilaan tilanteesta on haastavaa toteuttaa käytännössä. Myös opetuksen ja tutkimuksen rooli tulee miettiä tarkoin sairaalaorganisaation tapauksessa prosessimaista toimintaa käyttöönotettaessa. Prosessimaisen toiminnan organi-

soimisen näkökulmasta ryhmittely on keskeinen suunnitteluparametri. Sairaalaorganisaation tapauksessa on kuitenkin havaittava erilaisten ryhmittelyperiaatteiden olemassaolo niin lääketieteen perinteisten erikoisalojen sisällä kuin välilläkin. Tämän lisäksi lääketiede ja sen menetelmät voidaan jakaa funktionaalista ryhmittelyä edellyttävään lääketieteeseen ja toisaalta markkinaperusteisen ryhmittelyn mahdollistavaan lääketieteeseen. Näin ollen lääketieteen diagnostiikan ja sen hoitomenetelmien kehittyminen asettavat rajoituksia siihen, kuinka potilaan hoitoon liittyviä prosesseja on mahdollista ryhmitellä ja johtaa. Myös sairaalaorganisaation asiakkuuden monitahoisuudesta johtuen eri asiakkailta voi olla eri näkemyksiä siitä, miten prosessimainen toiminta tulisi organisoida. Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että prosessimaisen toiminnan organisointi aiheuttaa sairaalaorganisaatioissa monia organisatorisia haasteita, jotka tulee kyetä tunnistamaan organisaatiosuunnittelun yhteydessä.

Edellä on tarkasteltu prosessien ja prosessimaisen toiminnan johtamista organisatorisesta näkökulmasta sairaalaorganisaation erityistapauksessa. Tämän tarkastelun ulkopuolelle on rajattu kysymys siitä, miten prosessimainen toiminta ja sen johtaminen pitäisi sairaalaorganisaatioiden tapauksessa organisoida. Prosessimaiseen toimintatapaan siirtyminen on tulevaisuudessa mitä ilmeisimmin sairaalaorganisaatioiden suuri muutostrendi. Jotta organisatorisia epäonnistumisia voitaisiin mahdollisesti välttää, on panostettava prosessijohtamiseen ja niihin liittyvien organisoivien vaihtoehtojen tutkimiseen sekä niiden toimivuuden käytännön hoitotyössä. Toivon myös muiden tutkijoiden tarttuvan tähän ajankohtaiseen aiheeseen.

VIITTEET

¹ Prosessimaisella toiminnalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa kaikkea sellaista toimintaa, joka liittyy prosessiajatteluun ja organisaation prosesseihin.

² Kirjoittaja kiittää professori Tomi J. Kalliota ja yliopisto-opettaja Annika Blombergia käsikirjoitusversioon esitetystä kommentista. Lisäksi kirjoittaja kiittää Työsuojelurahastoa, Turun kauppaopetussäätiötä sekä TOP-säätiötä tutkimuksen rahoittamisesta.

³ Hoitopolulla (critical or clinical pathway) viitaan erilaisiin hoidon tai toimenpiteiden standardointiprosesseihin. Hoitopolkuajattelu perustuu niin kutsuttuun näyttöön perustuvaan lääketieteeseen (evidence based medicine.), jolla pyritään savuttamaan mitattavaa terveyshyötyä, jonka määrä tai laatu on verrattavissa kansallisiin tai kansainvälisiin vaatimuksiin. (Aaltonen ym. 2008; Cheah 2000.)

⁴ Lääketieteen erikoisalut helposti mielletään yhtä kuin sairaalan organisatorisiksi yksiköiksi, ikään kuin ne olisivat täysin sama asia (Virtanen 2010, 97).

⁵ Sairaalaorganisaatioiden tapauksessa käsitteellä hoitolinja viitataan erilaisiin tapoihin organisoida toiminta nimenomaan tuotoksen mu-

kaan (Parker ym. 2001). Lega (2007, 267) viittaa tuotoksen mukaiseen organisointiin terveydenhuollossa termillä P-rakenne (product/service-line based).

⁶ Leatt ja kumppanit (2006) ovat omaksuneet esittämänsä kuvion teoksesta Charns, Martin & Tewksbury, Laura (1993). *Collaborative management in health care: Implementing the integrative organization*. San Fransisco: Jossey Bass (s. 28, kuvio 2.1).

⁷ Tampereen sydänkeskus on todennäköisesti muotoutunut modifioidun hoitolinjatulosyksikön mukaiseksi tai projektimatriisiin mukaiseksi, sillä se on sittemmin aloittanut toimimisen osakeyhtiönä (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2009).

LÄHTEET

- Aaltonen, Janne & Fyhr, Nina & Käpyaho, Kirsti & Mäkelä, Laura & Mäkijärvi, Markku & Rautiainen, Vesa (2008). *Ihannesairaala, Visioita ja valintoja*. Haettu sivulta <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,13120,17956,25622,11.5.2010>.
- Becker, Jörg & Kahn, Dieter (2003). The process in focus. Teoksessa Bercker, Jörg & Kugeler, Martin & Rosemann, Michael (Ed.), *Process management. A guide for the design of business processes* (s. 1–12). Berlin: Springer-Verlag.
- Bohmer, Richard M. J. (2010). Fixing health care on the front lines. *Harvard Business Review*, 88(4), 62–69.
- Burns, Lawton R. (1989). Matrix management in hospitals: Testing theories of matrix structure and development. *Administrative Science Quarterly*, 34(3), 349–368.
- Cheah, Jason (2000). Development and implementation of a clinical pathway programme in an acute care general hospital in Singapore. *International Journal for Quality in Health Care* 12(5), 403–412.
- Cohen, Elaine L. & Cesta, Toni G (2005). *Nursing case management. From essentials to advanced practice applications*. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Christensen, Clayton M. & Grossman, Jerome H. & Hwang, Jason (2009). *The innovator's prescription: A disruptive solution for health care*. USA: The McGraw-Hill Companies.
- Dickson, Eric W. & Singh, Sabi & Dickson, Cheung S. & Wyatt, Christopher C. & Nugent, Andrew S. (2009). Application of lean manufacturing techniques in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 37(2), 177–182.
- Diez, Karin & Lennerts, Kunibert (2009). A process oriented analysis of facility management services in hospitals as a basis for strategic planning. *Journal of Facilities Management* 7(1), 52–60.
- Duggirala, Mayuri & Rajendran, Chandrasekharan & Anantharaman, R. N. (2008). Patient-perceived dimensions of total quality service in healthcare. *Benchmarking: An International Journal* 15(5), 560–583.
- Fetter, Robert B. & Freeman, Jean L. (1986). Diagnosis related groups: Product line management within hospitals. *Academy of Management Review*, 11(1), 41–54.
- Fillingham, David (2007). Can lean save lives? *Leadership in Health Services*, 20(4), 231–241.
- Fältholm, Ylva & Jansson, Anna (2008). The implementation of process orientation at a Swedish hospital. *International Journal of Health Planning and Management*, 23(3), 219–233.
- Galbraith, Jay R. (2009). *Designing matrix organizations that actually work. How IBM, Procter & Gamble, and others design for success*. USA: Jossey-Bass.
- Galbraith, Jay R. (1971) Matrix organization designs. How to combine functional and project forms? *Business Horizons*, February 1971, 29–40.
- Gemmel, Paul & Vandaele, Darline & Tambeur, Wim (2007). *Hospital process orientation (HPO): The development of a measurement tool*. Working Paper. Universiteit Gent. 2007/480.
- Gottlieb, Marvin R. (2007). *The matrix organiza-*

- tion reloaded. *Adventures in team and project management*. London: Praeger Publishers.
- Hannus, Jouko (1994). *Prosessijohtaminen. Ydinprosessien uudistaminen ja yrityksen suori-tuskyky*. Espoo: HM&V Research.
- Harisalo, Risto (2008). *Organisaatioteoriat*. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Heinänen, Tuula & Alho, Antti & Kanerva, Markku (2004). *Tk-vastaanotto sujuvammaksi tuotanto-talouden opeilla*. *Kunnallislääkäri*, 19(4), 24–27.
- Ho, William (1999). Organizational transformation for service excellence in a public hospital in Hong Kong. *Managing Service Quality*, 9(6), 383–388.
- Hyer, Nancy Lea & Brown, Karen A. (2003). Work cells with staying power: Lessons for process-complete operations. *California Management Review*, 46(1), 27–52.
- Karlöf, Bengt & Lövingsson, Fredrik Helin (2007). *ReOrganization*. Berlin: Springer-Verlag.
- Kekomäki, Martti (2004). Teknologia ja terveydenhuollon logistiikka. *Duodecim* 120(16) 1943–1946.
- Kekomäki, Martti (2010). Johtaako terveydenhuollossa lääkäri vai taloustieteilijä? *Duodecim* 126(13), 1610–1611.
- Kennerfalk, Leif & Klefsjö, Bengt (1995). A change process for adapting organizations to a total quality management strategy. *Total Quality Management*, 6(2), 187–197.
- Kiiskinen, Satu & Linkoaho, Anssi & Santala, Riku (2002). *Prosessien johtaminen ja ulkoistaminen*. Helsinki: WSOY.
- Kolodny, Harvey F. (1979). Evolution to a matrix organization. *Academy of Management Review*, 4(4), 543–553.
- Kugeler, Martin & Vieting, Michael (2003). Design of a process-oriented organizational structure. Teoksessa Bercker, Jörg & Kugeler, Martin & Rosemann, Michael (Ed.), *Process management. A guide for the design of business processes* (s. 165–204). Berlin: Springer-Verlag.
- Laamanen, Kai & Tinnilä, Markku (2002). *Prosessi-johtamisen käsitteet. Terms and concepts in business process management*. MET-julkaisuja nro 6/2002. Tampere: Tammerpaino Oy.
- Leatt, Peggy & Baker, Ross & Kimberly, John R. (2006). Organization design. Teoksessa Shortell, Stephen M. & Kaluzny, Arnold D. and Associates, *Health care management, organization design and behaviour* (s.314–355). USA: Thomson Delmar Learning.
- Lega, Fredrico (2007). Organizational design for health integrated delivery systems: Theory and practice. *Health Policy*, 81(2–3), 258–279.
- Lillrank, Paul & Kujala, Jaakko & Parvinen, Petri (2004). *Keskeneräinen potilas. Terveysthuollon tuotannonohjaus*. Jyväskylä: Talentum Media Oy.
- Lillrank, Paul & Parvinen, Petri (2004). Omistaja, prosessi, potilas. *Suomen Lääkäreilehti*, 59(10), 1052–1055.
- Lillrank, Paul & Venesmaa, Julia (2010). *Terveysthuollon alueellinen palvelujärjestelmä*. Hämeenlinna: Talentum Media Oy.
- Mårusster, Laura & Weijters, Ton & de Vries, Geerhard & van den Bosch, Antal & Daelemans, Walter (2002). Logistic-based patient grouping for multi-disciplinary treatment. *Artificial Intelligence in Medicine*, 26(1–2), 87–107.
- Marquis, Bessie L. & Huston, Carol J. (2006). *Leadership roles and management functions in nursing. Theory and application*. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- McLachlan, Helen L. & Foster, Della A. & Yelland, Jane & Rayner, Joanne & Lumley, Judith (2008). Is the organisation and structure of hospital postnatal care a barrier to quality care? Findings from a state-wide review in Victoria, Australia. *Midwifery*, 24(3), 358–370.
- McLaughlin, Daniel B. & Hays, Julie M. (2008). *Healthcare operations management*. Chigago, Health Administration Press.
- Mintzberg, Henry (1979). *The structuring of organizations*. USA: Prentice-Hall, Inc.
- Mintzberg, Henry (1983). *Structure in fives: Designing effective organizations*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Paim, Rafael & Caulliriaux, Heitor Mansur & Cardoso, Rodolfo (2008). Process management tasks: a conceptual and practical view. *Business Process Management Journal*, 14(5), 694–723.
- Parker, Victoria A. & Charns, Martin P. & Young, Gary J. (2001). Clinical service lines in integrated delivery systems: An initial framework and exploration. *Journal of Healthcare Management*, 46(4), 261–275.
- Parvinen, Petri & Lillrank, Paul & Ilvonen, Karita (2005). *Johtaminen terveydenhuollossa, käytännöt, vastuut ja valvonta*, Tampere: Talentum Media Oy.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (2009). *Sydänkeskusliikelaitoksesta TAYS Sydänkeskus osakeyhtiö*. Haettu sivulta <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=4291&nodeid=9469&contentlan=1#>, 24.9.2009.
- Porter, Michael E. & Teisberg, Elizabeth Olmsted (2006). *Redefining health care. Creating value-based competition on results*. USA: Harvard Business School Press.
- Rinne, Timo & Pajula, Juhani (2005) Anestesiologia sydänkeskuksessa. *Finnanest*, 38(5), 430–432.
- Roggenkamp, Susan D. & White, Kenneth R. &

- Bazzoli, Gloria J. (2005). Adoption of hospital case management: Economic and institutional influences. *Social Science & Medicine*, 60(11), 2489–2500.
- Ryynänen, Olli-Pekka & Kinnunen, Juha & Myllykangas, Markku & Lammintakanen, Johanna & Kuusi, Osmo (2004). *Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi*. Esiselvitys. Tulevaisuusvaliokunta teknologian arviointeja 20. Eduskunnan kanslian julkaisu 8/2004.
- Sy, Thomas & D’Annunzio, Laura Sue (2005). Challenges and strategies of matrix organizations: Top-level and mid-level managers’ perspectives. *Human Resource Planning*, 28(1), 39–48.
- Teperi, Juha & Porter, Michael E. & Vuorenkoski, Lauri & Baron, Jennifer F. (2009). *The Finnish health care system: A value-based perspective*. Sitra Reports 82. Helsinki: Edita Prima Ltd.
- Tevameri, Terhi & Kallio, Tomi J. (2009). Matriisi- ja prosessimainen toimintatapa sairaalaorganisaatioiden uudelleenkehittämisessä. *Hallinnon Tutkimus*, 28(1), 15–32.
- van der Aalst, Wil & van Hee, Kees (2002). *Workflow management. Models, methods, and systems*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Viitanen, Elina & Kokkinen, Lauri & Konu, Anne & Simonen, Outi & Virtanen, Juha V. & Lehto, Juhani (2007). *Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Vammala: Kunnallisan kehittämissäätö KAKS.
- Virtanen, Juha V. (2010). *Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskihoitoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta*. Sarja/Series A-2:2010. Turku: Turun kaupunkorkeakoulu.
- Virtanen, Juha V. & Kovalainen, Anne (2006). Lääkärin ja hoitajien linjaorganisaatiot käytännön johtamisen näkökulmasta. *Suomen Lääkärilehti*, 61(33), 3247–3252.
- Virtanen, Petri & Wennberg, Mikko (2005). *Prosessijohtaminen julkishallinnossa*. Helsinki: Edita.
- Wiili-Peltola, Erja (2005). *Sairaala muutosten ristipaineessa*. Savion Kirjapaino Oy: HAUS kehittämiskeskus Oy.