

Matriisi- ja prosessimainen toimintapa sairaalaorganisaatioiden uudelleenkehittämisessä

Tevameri Terhi & Tomi J. Kallio

ABSTRACT

After facing severe pressures, several Finnish hospitals are currently reorganizing their structures in order to improve operational efficiency. In the paper we analyze three themes: i) the possibilities to gain operational efficiency in hospitals via process and matrix structures, ii) the differences between matrix and process structures, and iii) the challenges that the two structures create in hospital context. We suggest that compared to traditional functional structure, matrix and process structures can in many cases indeed improve operational efficiency. However, adopting a pure process structure might not even be possible in large hospitals; the adoption of process structure in hospitals is difficult due to functional specialization of the medical profession in particular. Still, the fashionable process organization structure seems to attract many hospitals. We claim that the discourse of adopting process structure is connected to the desire of conveying a picture of modern and efficient organization. At the same time, in practice, many organizations seem to adopt matrix structure instead of process structure. We consider this logical since based on our analysis, in many cases the matrix structure seems suitable for hospital organizations.

Key words: Organizational design, matrix organization, process organization, healthcare sector, hospitals, organization development

1. JOHDANTO

Terveydenhuoltoon kohdistuu nykyisellään tunnetusti paljon muutospaineita. Huolimatta siitä, miten kunkin maan terveydenhuolto on järjestetty, terveydenhuolto vaikuttaa olevan jonkinlaisessa kriisissä käytännössä kaikissa kehittyneissä maissa, minkä seurauksena myös erilaiset muutokset ovat voimistuneet terveydenhuollon organisaatioissa viime vuosina. (Parvinen et al. 2005.) Eri maiden terveydenhuoltojärjestelmien ongelmat ovat osin samanlaisia, osin erilaisia seurauksena esimerkiksi maan poliittisesta tilanteesta. Suomen terveydenhuollon tulevaisuuteen vaikuttavia tekijöitä on arvioitu Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan teettämässä esiselvityksessä (Ryynänen et al. 2004). Esiselvityksen mukaan voimakkaita muutospaineita kohdistuu terveydenhuollon palvelujen tarpeisiin, kysyntään ja käyttöön. Arvion mukaan nykyisellä järjestelmällä ei haasteisiin voida vastata enää 10–15 vuoden aikajänteellä. Väestön ikääntyminen aiheuttaa sekä terveystalouden kysynnän kasvua että suurten ikäluokkien eläkkeelle siirtymistä, josta voi seurata vakavia rekrytointiongelmia. Arvioiden mukaan vuonna 2025 jokaista työssäkäyvää kohti on olemassa yksi eläkkeelle siirtynyt tai muutoin huollettava suomalainen – tällöin huoltosuhte on hyvinvointivaltion kantokykyä ravisuttava 1:1. (Vuori 2005, 316.)

Avoimessa kansainvälisessä taloudessa erilaiset globalisaatioon liittyvät teemat sekä aivan erityisesti EU:n hyvinvointi- ja talouspoliittiset linjaukset vaikuttavat myös osaltaan suomalaisen terveyden-

huollon tulevaisuuteen. Terveydenhuollon organisaatioiden toimintaympäristö muuttuu yhä monimutkaisemmaksi ja dynaamisemmaksi samalla, kun yksityissektorin rooli tulee kasvamaan. Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on nähty paljon tehottomuutta ja arviot toimintojen tehostamisen mahdollisuudesta ovat julkisuudessa nousseet aina kymmeniin prosentteihin toiminnan kokonaiskustannuksista. Julkisen sektorin terveydenhuollossa on ylipäätään nähty paljon tehottomuutta samalla, kun yksityisten avohoitopalvelujen käyttö on lisääntynyt Suomessa vuosittain noin kolme prosenttia ja yksityisten sairaaloiden hoitajaksot kuusi prosenttia. Samalla kun kansalaisten tietoisuus kasvaa, myös vaatimukset terveydenhuollon järjestelmää kohtaan ovat voimistumassa. Terveydenhuollon organisaatioille muodostuukin tulevaisuudessa yhä tärkeämmäksi kustannusten kontrollointi sekä tehokkuus ja tuottavuus. Informaatiokanavien tarve klinikoiden ja taloudellisen tiedon yhteen saattamiseen lisääntyy; samalla kahden tai useamman esimiehen organisaatiomallit tulevat myös terveydenhuollon organisaatioissa väistämättä lisääntymään. Lisäksi tarve koordinoitiin sisäisten toimintojen osalta sekä tarve konfliktien johtamiseen tulee voimistumaan. On nähtävissä, että perinteisiä organisointimalleja ja hierarkkisia, byrokraattisia toimintatapoja ollaan muuttamassa samalla, kun joustavuudesta tulee uusi toiminta-ajatus myös julkishallinnon organisaatorakenteissa. Siirtyminen prosessi- ja matriisimaiseen organisaatioon tulee olemaan, ja on jo parhaillaan, merkittävää. (Ryynänen 2004, 2–4; Shortell & Kaluzny 1988, 328; Terveydenhuollon trendit 2004, 9; Virtanen 2005, 135.)

Hierarkkisten organisaatorakenteiden korvautuminen joustavimmilla ja verkottumiseen perustuvilla organisaatiomalleilla on esitetty olevan seurausta ennen kaikkea tietointensiivisemmistä teknologioista (vrt. Virtanen 2005, Södergård 1998). Organisaatioteoreettisessa mielessä prosessi- ja matriisimaisten toimintatapojen yleistymisen voidaan nähdä olevan seurausta toimintojen monimutkaisuudelle ja eriytymiselle eli differentiaatiolle välttämättömästä vastavoimasta eli integraatiosta, jota ilman organisaation tehokas koordinointi on mahdotonta (vrt. Hatch 2005). Matriisirakenteeseen siirtymisestä terveydenhuollon organisaatioissa on kirjoitettu jo 1980-luvun lopulla (vrt. Shortell & Kaluzny 1988). Tämän organisaatiomuutoksen on ennustettu yleistyvän eritoten hyvin erilaistuneita toimintoja sisältävissä organisaatioissa. Toi-

saalta esimerkiksi Burns ja Wholey (1993) ovat todenneet sairaalaorganisaatiota koskevassa matriisiorganisaatiotutkimuksessaan, että terveydenhuollon organisaatioissa matriisiorganisaatiomuoto on seurausta myös muiden sairaaloiden omaksumien organisaatiomallien jäljittelystä. Matriisirakenne voidaan myös omaksua ammattikuntien välisien resurssien hallintaa koskevien kompromissien seurauksena (vrt. Burns 1989).

Useimmissa terveydenhuollon organisaatioissa prosessi- tai matriisiorganisaatiomalli on eräässä mielessä jo nykyisellään käytössä. Matriisiorganisaatioille tyypillinen jakautunut johtajuus näkyy sairaaloissa jo siinäkin, että vaikka sairaanhoitajilla, psykologeilla tai fysioterapeuteilla on omat ammatillanmukaiset esimiehensä, ovat he silti vastuussa hyvän hoidon toteuttamisesta potilasta hoitavalle lääkärille. (Shortell & Kaluzny 1988, 324–325; Virtanen & Kovalainen 2006: 3251.) Kuitenkin siirtyminen nimenomaan viralliseen ja muodolliseen prosessi- tai matriisiorganisaatorakenteeseen vaikuttaa olevan yleistymässä myös suomalaisissa sairaalaorganisaatioissa.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan *matriisi- ja prosessimaista toimintatapa ratkaisuna sairaalaorganisaatioiden uudelleenkehittämistarpeeseen toiminnallisen tehokkuuden näkökulmasta*.¹ Tutkimuksessa pyritään hahmottamaan vastauksia kolmeen tutkimuskysymykseen:

1. Voidaanko matriisi-/prosessimaisella organisaatorakenteella saavuttaa toiminnallista tehokkuutta sairaalaorganisaatioissa?
2. Mikä on matriisirakenteen ja prosessirakenteen ero organisaatiomalleina sairaalaorganisaatioiden erityistapauksessa?
3. Millaisia organisatorisia haasteita matriisi-/prosessimainen toimintatapa aiheuttaa sairaalaorganisaatioille?

Esitetyt tutkimuskysymykset ovat luonteeltaan laajoja, eivätkä niihin muotoillut vastaukset voi siten olla tyhjentäviä saati yksittäiseen case-organisaatioon suoraan sovellettavia. Tutkimuksen pääpaino onkin ensisijaisesti organisaatioteoreettisessa analyysissä, jota kuitenkin edelleen laajennetaan kohti sairaanhoito-organisaatioiden arkipäivää käytännön case-esimerkein ja empiirisen aineiston avulla. Sovellettava empiirinen aineisto on kerätty osana laajempaa sairaalaorganisaatioihin kohdistuvaa tutkimushanketta ja sitä käytetään illustroimaan sairaalaorganisaatioiden arkipäivän haastei-

ta suhteessa matriisi- ja prosessimaiseen toimintatapaan siirtymiseen.

Tutkimus rakentuu seuraavasti. Luvussa 2 tarkastellaan ja verrataan matriisiorganisaation ja prosessiorganisaation erityispiirteitä teoreettisesta näkökulmasta. Luvussa 3 matriisi- ja prosessiorganisaatiotematikka yhdistetään eksplisiittisesti sairaala-organisaatioiden erityistematiikkaan. Luvussa 4 tarkastellaan esimerkkien valossa sairaalaorganisaatioiden rakenteellisia ratkaisuja ja pyritään empiirisen aineiston näkökulmasta hahmottamaan sairaalaorganisaatioiden arkipäivän haasteita suhteessa matriisi- ja prosessimaiseen toimintatapaan. Tarkastelu päättyy luvussa 5 johtopäätöksiin ja keskusteluun.

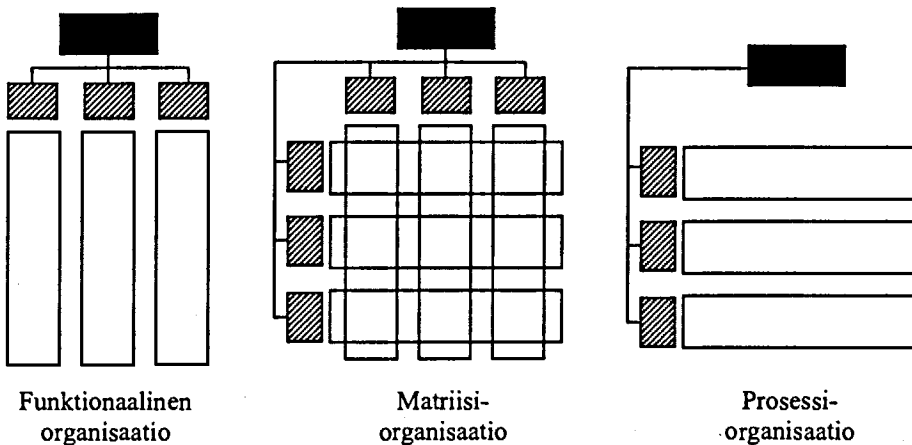
2. MATRIISIORGANISAATIO JA PROSESSI ORGANISAATIO RAKENTEINA

Erilaisia organisatorisia ratkaisuja lienee käytännössä yhtä paljon kuin on organisaatioitakin. Siksi organisaatioteoreettisessa kirjallisuudessa esiintyvät klassiset organisaatorakenteet – yksinkertainen rakenne, funktionaalinen rakenne, divisionarakenne ja matriisirakenne – ovatkin ennen kaikkea ideaalityyppejä kuvauksia organisaatioiden tehtävien, toimintojen ja koordinoinnin järjestämisestä (ks. esim. Hatch 2006, 297–303). Klassisten organisaatorakenteiden pohjalta johdetut ns. hybridirakenteet yhdistelevät klassisten rakenteiden piirteitä monirakenteisiksi kokonaisuuksiksi, jollaisia Hatchin

(2006) mukaan todellisuudessa valtaosa suurista organisaatioista on. Koska organisaatioteoreettinen analyysi edellyttää tosielämää jossain määrin pelkistetympää lähestymistapaa tutkimuskohteeseen, on organisaatioiden monimuotoisuutta yksinkertaistettava ideaalityypin muotoon. Tältä pohjalta Virtanen ja Wennberg (2005) esittävät prosessien mukaisesti toimintansa järjestävän organisaation rakenteellisen ratkaisun kiteytyvän kolmeen perusvaihtoehtoon: tulositykkö-, matriisi- tai prosessirakenteeseen (ks. kuvio 1).²

Kuviossa 1 on pelkistään esitetty kolme organisaatorakennetta mukailen Virtasen ja Wennbergin (2005, 140) mallia. Omassa kuviossaan kirjoittajat esittävät puhtaan prosessiorganisaation jatkumona puhtaasta funktionaalisesta organisaatiosta kahden matriisimaisen välivaiheen kautta – joista ensimmäinen on funktiopainotteinen ja jälkimmäinen prosessipainotteinen – puhtaaseen prosessiorganisaatioon. Kuviossa 1 sen sijaan on tyydytty esittämään matriisiorganisaatio funktiot ja prosessit yhdistävänä ideaalityypinä kahden muun ideaalityypirakenteen välissä. Vaikka todellisuudessa täysin puhtaita matriisi- tai prosessiorganisaatioitaakaan sen paremmin kuin puhtaan funktionaalisiaakaan organisaatioita tuskin on, käsittelemme seuraavassa matriisirakennetta ja prosessirakennetta ennen kaikkea ideaalityyppeinä.

Sairaalaorganisaatiossa potilaan hoitotoimintaan liittyvät funktiot tavalla tai toisella leikkaavat toisiaan myös horisontaalisesti, eikä toimintoja siten yleensä voida perustellusti järjestää täysin itse-



Kuvio 1. Funktionaalinen, matriisi- ja prosessiorganisaatio rakenteina

näisiksi toimintokokonaisuuksiksi ja niiden pohjalta muodostettaviksi funktioiksi. Funktionaalista rakennetta ei siksi voidakaan ajatella erityisen perusteltuna uudelleenorganisoinnin vaihtoehdona tilanteessa, jossa on tarve on nimenomaisesti horisontaalisesti koordinoita ja uudelleen järjestää perinteisesti melko itsenäisiä tehtäviä ja toimintoja suhteessa toisiinsa aiempaa – sekä toiminnallisesti että taloudellisesti – tehokkaamman työskentelyn mahdollistamiseksi. Koska suunta on siis paremminkin poispäin funktionaalista organisaatorakenteista (ks. esim. Taipale 2004), yllä mainituista kolmesta organisatorisesta perusvaihtoehdosta – funktionaalista rakenteesta, matriisirakenteesta ja prosessirakenteesta – lähinnä kaksi viimeksi mainittua jäävät jäljelle mielekkäinä toiminnan uudelleenorganisoinnin vaihtoehdona.

Koska matriisirakenne kuuluu ns. klassisiin organisaatorakenteisiin (vrt. Hatch 2006), on siitä olemassa myös laajasti tutkimuskirjallisuutta. Mat-

riisiorganisaatioita tutkittiin erityisesti aktiivisesti 1970 ja 1980 luvuilla (Sy & D'Annunzio 2005, 39). Hieman hiljaisemmän 90-luvun jälkeen 2000-luvulla matriisiorganisaatiota koskeva tutkimus vaikuttaa jälleen vilkastuneen (ks. esim. Rowlinson 2001; Sy & Côté 2004; Rees & Porter 2004; Sy & D'Annunzio 2005). Vaikka matriisiorganisaatiokenteen soveltaminen yrityksissä ja muissa organisaatioissa on yleistynyt viime aikoina, matriisiorganisaatorakennetta käsittelevässä teoreettisessa kirjallisuudessa ei kuitenkaan ole esitetty olennaisesti uutta sitten 1980-luvun jälkeen (Talja 2006, 19–20). Aihepiirin pitkän tutkimushistorian ja laajan kirjallisuuden ansiosta voidaan esittää, että niin matriisiorganisaatorakenteen vahvuuksista kuin heikkouksistakin on olemassa suhteellisen hyvä kokonaiskuva. Taulukossa 1 on Allcornia (1990) sekä Larsonia ja Gobelia (1987) mukailten esitetty matriisiorganisaation vahvuuksia ja heikkouksia erityisesti suhteessa funktionaaliseen rakenteeseen.

Taulukko 1. Matriisiorganisaation vahvuuksia ja heikkouksia

Mahdolliset vahvuudet	Mahdolliset heikkoudet
<ul style="list-style-type: none"> – Päätöksenteko siirtyy alemmaksi. – Tiedon sisällön vääristymät vähenevät. – Sivusuuntainen informaationkulku ja informaation prosessointi paranee. – Eri tehtävissä toimivien henkilöiden suhteet paranevat. – Tiimityö ja osallistuminen paranevat. – Työstä tulee tavoitehakisempaa. – Organisaatio kykenee paremmin vastaamaan sisäisiin ja ulkoisiin muutoksiin. – Organisaatorakenteen joustamattomuus vähenee. – Päätöksenteko nopeutuu. – Päätökset perustuvat laajaan asiantuntemukseen. – Henkilöstön tehokas allokointi lisääntyy. – Työntekijöiden liikkuminen joustavasti työtehtävästä toiseen mahdollistuu. – Tasapaino organisaation eri osien välillä paranee. 	<ul style="list-style-type: none"> – Mahdolliset valtataistelut saattavat rasittaa toimintaa. – Voi olla epäselvää kuka on esimies. – Projektijohtajan asema korostuu. – Keskushallinnon toimintojen strategiat implementoidaan yksipuolisesti. – Työntekijät voivat toimia toista esimiestä vastaan. – Ylimmän johdon valta voi ohittaa matriisijohdon. – Informaation levittäminen kaikille asianomaisille voi olla vaikeaa. – Ylöspäin kulkeva informaatio voi olla vajavaista. – Vastuukysymykset saattavat olla epäselviä ja jopa vaarantua. – Tiedonsiirto kuluttaa resursseja. – Joustavuus voi korostua tuoton ja vastuun kustannuksella. – Päätöksenteon aikakustannukset ja implementointikustannukset kasvavat. – Henkilöstövaihtuvuus saattaa kasvaa. – Uralla eteneminen saattaa aiheuttaa hämmennystä organisaatioissa. – Projektijohtaja voi vältellä henkilöstöresurssien johtamista. – Matriisijohtajien strategisen osaamisen puute voi luoda ongelmia.

Matriisiorganisaatioiden vahvuudet ja heikkoudet sairaalaorganisaatioissa johtuvat pääasiassa kaikille matriisiorganisaatioille tyypillisistä rakenteellisista seikoista. Toisaalta matriisilogiikalla toimiville sairaalaorganisaatioille ominaisten heikkouksien listalta löytyy myös tekijöitä, jotka ovat tyypillisiä nimenomaisesti sairaalaorganisaatioille – viimeksi mainittuihin palaamme tarkemmin luvussa 3. Matriisiorganisaation luonteenomaisin piirre on kahtaalle – vertikaalisesti funktioittain ja horisontaalisesti projekteittain – jakaantunut johtajuus. Tämän rakenteellisen seikan myötä matriisiorganisaatiolle tyypillisiä haasteita ovat monimutkaisuus, epäselvät tavoitteet, epäselvät rooli- ja vastuualueet, johtajuuden jakamisen vaikeus sekä työntekijöiden tavoitteiden kapea-alaisuus ja mahdollinen kaksoisrooli. Toisaalta matriisiorganisaatiossa voidaan hyödyntää funktionaalisen rakenteen suuren tuotannon tehokkuutta, kun samalla toimitaan pienessä ja tavoitehakuisessa organisaatiossa. Rakente myös mahdollistaa nopean ja helpon resurssien siirron ja informaatiovirtaa voidaan myös kasvattaa. Lisäksi työntekijät kykenevät paremmin ottamaan huomioon erilaisia tavoitteita ja heidän päätösvaltansa ja vastuunsa matriisiorganisaatiossa kasvavat. (Sy & D'Annunzio 2005.)

Kuten taulukosta 1 on nähtävissä, matriisiorganisaatorakenteen potentiaalisten heikkouksien määrä ylittää vahvuuksien määrän. Toisaalta on huomioitava, että rakenteen heikkouksia tulee aina pelata siitä saatavia hyötyjä vasten; aivan kuten Larson ja Gobeli (1987) ovat huomauttaneet, matriisirakenteen vahvuudet ja heikkoudet ovat usein kietoutuneet keskenään. Monet matriisirakenteen heikkoudet tai ongelmat ovat myös estettävissä tai niiden vaikutus vähennettävissä paremmalla suunnittelulla. Pääosa rakenteen ongelmista koskee kahtaalle jakaantunutta johtajuutta ja siitä seuraavaa hämmennystä. (Allcorn 1990, 581.)

Toisin kuin matriisirakenne, prosessirakennetta ei yleensä lueta klassisiin organisaatorakenteisiin ja sitä voidaan tietystä mielessä pitää eräänlaisena matriisiorganisaatiosta edelleen johdettuna ”design”-rakenteena, vaikka ajatus puhtaasti prosessien pohjalta muodostetusta organisaatiosta ei toki sinällään olekaan uusi.³ Käytännössä prosessiorganisaatio onkin rakenteena matriisimainen, joskin prosessin suhteen puhdasta matriisirakennetta huomattavasti pidemmälle viety, jolloin matriisiorganisaatiolle tyypillinen funktioiden painoarvo vähenee ja ideaalittyyppimielessä jopa katoaa. Taipale (2004, 117) on määritellyt prosessiorganisaation seuraavasti:

Organisaatio, jonka liiketoiminnot järjestetään ydin- ja tukiprosesseiksi: keskeiset ydinprosessit palvelevat asiakaslähtöisesti asiakkaan tarpeen tyydyttämistä ja samalla tuottavat lisäarvoa omistajalle ja tukiprosessit tukevat varsinaisten ydinprosessien tuloksellista hoitamista. Ketjujen sisäinen vuorovaikutus ja ulkoisen palautteen analysoiminen takaavat nopean, tehokkaan ja joustavan toiminnan, toimijoiden työn mielekkyyden ja prosessien jatkuvan kehittymisen.

Kuten Taipaleen määritelmästä käy ilmi, prosessiorganisaatorakenteessa ydinprosessit rakentuvat asiakaslähtöisiksi horisontaaliseksi ketjuiksi. Prosessiorganisaatio on siis eräässä mielessä kyljelleen käännetty funktionaalinen organisaatio. Huomatavaa tosin on, että toisin kuin funktionaaliossa organisaatiossa, jossa funktiot noudattavat organisaation eri toimintoja (tuotanto, henkilöstöhallinto, markkinointi jne.), prosessiorganisaatiossa ydintoiminto (tuotantofunktio) on pilkottu prosessiketjuiksi, joista jokaisen tehtävänä on vastata asiakkaan tarpeisiin. Muut, varsinaisten ydinfunktioiden ulkopuoliset funktiot (henkilöstöhallinto, markkinointi jne.) on rakennettu tukiprosesseiksi, joiden tehtävänä on mahdollistaa ydinprosessien tehokas toiminta. Hannuksen (1993) näkemystä mukaillen Taipale (2004, 34) mieltää prosessiorganisaation itse asiassa tiimirakenteena todetessaan tiimin olevan ”luonteva perussuoritusyksikkö prosessiorganisaatioon”. Toisin kuin funktionaaliossa organisaatiossa, Taipaleen (2004, 37) mukaan prosessiorganisaatiossa tiimit eivät välttämättä muodostu tiettyjen toimintojen sisälle. Tiimeistä muodostuvien ketjujen perustehtävä on palvella asiakasta; prosessiorganisaatiossa asiakas ei kuitenkaan tarkoita ainoastaan ulkoista asiakasta, vaan tiimeillä on myös sisäisiä asiakkaita. Henkilöä, joka on vastuussa tietyn ydinprosessin toiminasta, kutsutaan yleensä prosessinomistajaksi. (Taipale 2004.)

Kuten edellä on todettu, useimmat organisaatiot ovat käytännössä rakenteeltaan hybridejä, eivätkä prosessimaisiksi ydintoimintonsa rakentaneet organisaatiot siten välttämättä kokonaisorganisaatorakenteeltaan toimi prosessilogiikan mukaisesti. Taipaleen (2004, 38) mukaan prosessiorganisaatiolle on tyypillistä, että ainakin valmistusprosessit muodostuvat horisontaalisista tiimien ketjuista. Prosessirakennetta onkin perinteisesti sovellettu menestyksellisesti juuri sellaisessa monimutkaista ja korkeaa erityisosaamista edellyttävässä valmistustoiminnassa, kuten vaikkapa elektroniikkateollisuudessa, jossa ydintoiminnot on suhteellisen selkeä rakentaa horisontaaliseksi, asiakkaalle lisäarvoa

tuottaviksi ketjuiksi (vrt. Majchrzak & Wang 1996). Koska myös terveydenhuollossa on kyse varsin monimutkaisesta ja korkeaa erityisosaamista vaativasta tehtävästä, jolla kuitenkin on varsin selkeä asiakkaalle lisäarvoa tuottava päämäärä – paraneminen, toimintakyvyn säilyttäminen tai hengissä säilyminen – voi prosessiorganisaatorakennetta pitää lähtökohtaisesti toimivana terveydenhuollossa. Kuten tulemme jäljempänä tarkemmin esittämään, sairaanhoito-organisaation ominaispiirteisiin lukeutuu kuitenkin tekijöitä, jotka tekevät prosessimaisen toimintatavan omaksumisen varsin haasteelliseksi.

Toisin kuin matriisirakenteesta, prosessiorganisaatorakenteesta on varsin niukasti tieteellistä kirjallisuutta. Tästä syystä myös rakenteen yleisistä vahvuuksista ja heikkouksista ei ole olemassa läheskään yhtä kattavaa käsitystä kuin matriisi-

rakenteen vastaavista. Taulukoon 2 on koottu eri lähteissä (Taipale 2004; Virtanen & Wennberg 2005; Kennerfalk & Klefsjö 1995; Majchrzak & Wang 1996) esitettyjä prosessiorganisaation vahvuuksia ja heikkouksia suhteessa funktionaaliseen ja matriisiorganisaatorakenteeseen.

Yhteenvetona taulukossa 2 esitetyistä seikoista voidaan todeta, että prosessiorganisaatorakenne saattaa parantaa merkittävästi organisaation asiakastytyväisyyttä ja toiminnallista tehokkuutta nostamallaan asiakassuuntautuneet ydinprosessit toiminnan keskiöön. Toisaalta prosessiorganisaatio on rakenteena varsin haastava, sillä se edellyttää korkeata kompetenssia niin organisaatiosuunnittelun kuin johtamisenkin osalta, sekä työntekijöiltä valmiutta mieltää omat työtehtävät perinteisestä poikkeavalla tavalla. Seurauksena prosessimaisen toimintatavan haasteellisuudesta on olemassa il-

Taulukko 2. Prosessiorganisaation vahvuuksia ja heikkouksia

Mahdolliset vahvuudet	Mahdolliset heikkoudet
<ul style="list-style-type: none"> – Asiakaslähtöisyys nousee toiminnan ytimeen. – Rakenne on joustava ja sen kyky reagoida asiakkaiden muuttuvaan tarpeeseen nopea. – Valta- ja vastuurajat ovat selkeät suhteessa matriisirakenteeseen; prosessinomistajilla on käytössä kaikki resurssit. – Tiimityöskentely ja selkeä asiakaslähtöisyys saattavat nostaa työmotivaatiota. 	<ul style="list-style-type: none"> – Vaara osittaisesta toteuttamisesta korkea; ts. prosessimaista toimintatapaa ei välttämättä kyetä viemään riittävän pitkälle. – Epäonnistuessaan prosessirakenne saattaa olla tehottomampi kuin perinteinen funktionaalinen rakenne. – Siirtyminen prosessimaiseen toimintaan edellyttää merkittäviä muutoksia perinteisissä ajattelu- ja toimintatavoissa sekä organisaatiokulttuurissa. – Rakenne saattaa herättää voimakasta vastustusta esimerkiksi perinteisiin professioihin kuuluvien henkilöiden tehtävien ja työnkuvan uudelleenmäärittelyn myötä. – Fokusoituessaan horisontaaliseen ulottuvuuteen vertikaalisen sijaan, prosessiorganisaatio ei välttämättä tue syvällisen erikoisosaamisen syntyä samalla tavalla kuin funktionaalinen rakenne. – Prosessiorganisaation muodostaminen ja prosesseissa toimiminen edellyttää selkeästi korkeampia johtamisvalmiuksia kuin perinteisessä funktionaalisessa organisaatiossa toimiminen.

meinen vaara, että rakennetta ei kyetä käytännössä viemään loppuun asti, vaan tuloksena on jonkinlainen variaatio klassisesta matriisirakenteesta.⁴

Edellä todettu pätee todennäköisimmin suuriin professionaalisiin organisaatioihin, kuten juuri sairaaloihin, joissa henkilöstöllä on vahva käsitys oman työnsä sisällöstä ja rajoista, eikä siksi välttämättä prosessiorganisaatiouudistuksen onnistumisen kannalta riittävää muutosvalmiutta. Pienemmissä, verkostotalouden toimintaedellytyksiin sopeutuneissa yrityksissä prosessimaisen toimintatavan omaksuminen lienee merkittävästi helpompaa. Nykymuotoisessa, monimutkaisia tuotteita ja palveluja alihankintaketjuina tuottavassa verkostomaisessa taloudessa toimivien yritysten ydinprosessit ylittävät usein organisaatorajoja, eivätkä siten rajoitu välttämättä yksittäiseen yritykseen. Tällaisille yrityksille prosessimainen toimintatapa on usein itsestäänselvyys. Koska tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteenamme on kuitenkin sairaalaorganisaatiot, joissa prosessimaiseksi toimintatavaksi mielletään ennen kaikkea perinteiset funktiot/osastot – ei niinkään organisaatorajat – ylittävät prosessit, pitäydymme seuraavassa tarkastelemaan organisaation sisäisiä toimintoja ylittäviä prosesseja sairaalaorganisaatioiden erityistapauksessa.

3. MATRIISI- JA PROSESSIMAISET TOIMINTATAVAT SAIRAALAORGANISAATIOISSA

Sairaalaorganisaatiota on organisaatioteoreettisessa keskustelussa luonnehdittu ammattilaisbyrokraatioksi (ks. Mintzberg 1979). Byrokraattiselle organisaatorakenteelle on ominaista korkea muodollisuus ja monimutkaisuus mutta alhainen keskittyneisyys. Monimutkaisuus on sairaalaorganisaation tapauksessa pääasiassa seurausta organisaation koosta ja sen työtehtävien monimutkaisuudesta, kun taas korkealla muodollisuuden asteella pyritään ennen kaikkea turvaamaan toiminnan ennakoitavuus. Alhaisen keskittyneisyyden organisaatioissa operatiiviseen toimintaan liittyvää vastuuta siirretään organisaatiossa alaspäin. Sairaalaorganisaatioiden tapauksessa alhaisella keskittyneisyydellä pyritään purkamaan mekaaniselle organisaatorakenteelle ominainen päätöksenteon pullonkaula-ongelma siirtämällä vastuu operatiiviseen toimintaan liittyvästä päätöksenteosta asiantuntijoille, erityisesti lääkäreille. (Hatch 2006) Ammattilaisbyrokration merkittävimpänä koordinaatiomekanismina toimii taitojen standardointi, jonka keskeisiä

elementtejä ovat korkea koulutus ja indoktrinaatio. Vaativan koulutuksen ja harjoittelujaksoilla tapahtuvan indoktrinaation seurauksena asiantuntijat kykenevät itsenäisesti tekemään monimutkaisessa organisaatioympäristössä ennakoitavia päätöksiä. Käytännössä professoasemassa työskentelevä henkilö onkin sairaalaorganisaatiossa oikeutettu laajaan autonomiaan ja toimintavapauteen ilman, että organisaation johdon tarvitsee kantaa erityistä huolta hoitotyön menetelmien ja tulosten ennakoitavuudesta. (Mintzberg 1979.)

3.1. Matriisirakenne sairaalaorganisaatioissa

Sairaaloissa on perinteisesti totuttu yhteistyöhön ja toiminta on vaatinut paljon koordinaatiota; on ylipäättään vaikea löytää esimerkkejä, joissa sairaaloissa tietty toiminto tai professio edes voisi toimia itsenäisesti ja eristyksissä, tarvitsematta toisia toimintoja tai professioita tuekseen. Lisäksi käytetty teknologia ja asiantuntemuksen konsultointitarpeet potilastyössä ovat kehittäneet päätöksentekoa ja integraatiovaatimuksia. Sairaaloiden normaali, päivittäinen toiminta sisältää myös monia elementtejä, joilla koordinointi on kehittynyt itsestään; esimerkiksi potilasasiamiestoiminta vaatii yhteistyötä eri toimintojen välillä. Terveystieteiden perinteinen funktionaalinen organisaatorakenne monine ammattialakohtaisine hierarkioineen on kuitenkin aiheuttanut paljon ongelmia juuri toimintojen koordinoinnin suhteen. Siksi ei olekaan yllättävää, että juuri koordinoinnin tarve on usein synynä matriisiorganisaatorakenteeseen siirtymiseen terveydenhuollossa. Toinen merkittävä tekijä matriisirakenteen omaksumisen taustalla on tarve osaamisen ja tiedon kehittämiseen, jolloin yksiköt ja professiot kasvattavat osaamista yhdessä työskentelemällä. Tällöin myös päällekkäinen toiminta sekä toisaalta tiettyjen toimintojen laiminlyönnin tai tekemättä jättämisen riski vähenee. Matriisiorganisaatiossa voiman ja aseman hierarkiasta tehdään pluraalinen kaksoisjohtajamalli, joka ei hylkää alaisen autonomiaa yhtä helposti kuin yhden esimiehen malli. (Burns 1989, 353; Davis & Lawrence 1980, 4; Dixon 1978, 83–84.)

Vaikka asia ei luonnollisesti olekaan mustavalkoinen, käytännössä matriisiorganisaatorakenne on terveydenhuollossa havaittu tehokkaammaksi kuin funktionaalinen organisaatiomalli. Kasvaneen poikkifunktionaalisen koordinaation ohella matriisiorganisaatorakenne – painottaessaan funktionaa-

lista rakennetta enemmän sivusuuntaisia prosesseja – myös osallistaa ihmisiä päätöksentekoon ja kannustaa yhteistyöhön enemmän kuin funktionaalinen organisaatio. (Dixon 1978, 82–84.) Matriisirakenteeseen siirtyminen ei kuitenkaan ole automaattisesti avain toiminnallisen tehokkuuden paranemiseen. Kun matriisiorganisaatiota suunnitellaan käyttöönotettavaksi sairaaloissa, vaatii se aina huolellista valmistautumista. Uutta organisaatiota varten tulee mm. luoda ratkaisuja informaation kulkuun ja päätöksenteon tueksi. (Allcorn 1990, 578.)

Matriisiorganisaation erityishaasteena on jakautunut johtajuus ja siitä seuraava monimutkaisuus. Perinteisen, funktionaalisen yksikön johto voi toimia matriisiorganisaatiossa yhden johtajan alaisuudessa. Tällöin kahtaalle jakautunut johtajuus (dual authority) voi tarkoittaa, että mikäli esimerkiksi ylihoitaja toimii yksikön johtajan alaisuudessa, on hänellä tämän esimiehen lisäksi esimiehenään kaikkien hoitajien esimies, esimerkiksi hallinnollinen ylihoitaja. Uusi hierarkkinen järjestelmä voi toimia myös niin, että yksikön johtajia toimii ylihoitajan alaisuudessa ja toisena esimiehenä heillä on yksiköiden johdon esimies. Kaksoisjohtajamallia voidaan myös tarkastella sen perusteella, mitä kaikkia henkilöstöryhmiä johtajilla on johdettavanaan. Vaikutusmahdollisuudet viittaavat puolestaan siihen, kuinka paljon hallinnollisia asioita johtajalla on vastuualueellaan ja millaiset mahdollisuudet hänellä on toimintaperiaatteiden ohjaamiseen. Nämä vastuualueet sisältävät sellaisia asioita kuin budjetti ja tilastojen laadinta, toimintaperiaatteiden ohjeistaminen ja kehittäminen, yksikön toiminnan suunnittelu ja henkilöstön koordinointi. Tuki-toimintojen (dual support systems) olemassaolo on myös viite matriisirakenteesta. Erilliset toiminnot koulutukseen ja henkilöstön kehittämiseen, esimerkiksi urakehitykseen on niin ikään tyypillinen ratkaisu matriisirakenteessa. (Burns 1989, 354.)

Sairaalaympäristössä matriisiorganisaatioille tyypillistä jännitettä liittyy epäselviin vastuu- ja roolialueisiin voi ilmetä siitä syystä, että työntekijät ovat tietyn profession jäseniä, ja ristiriitoja syntyy oman profession sisältä tulevan, esimerkiksi eettisen toimintamallin ja toisaalta oman tiimin toimintaohjeistuksen välille. Myös lääkäreiden perinteinen rooli hoidon vastuunkantajina muuttuu tiimityöskentelyn ja matriisiorganisaation myötä. Lääkäri ei tiimissä ole välttämättä enää henkilökohtaisessa vastuussa, vaan vastuussa voi olla yhtä hyvin koko tiimi tai kuka tahansa tiimin (prosessin) jäsen. Näin ol-

len myös lääkärin manageriaalinen auktoriteetti-asema muuttuu. Tämä luonnollisesti aiheuttaa ongelmia vanhan organisaatiokulttuurin ja uuden rakenteen toimintavaatimusten törmätessä. Itse asiassa matriisiorganisaatioiden jäsenet sairaaloissa eivät kohtaa vain kahtaalle jakautuneen johtajuuden ongelmaa, vaan myös monen muun ryhmän tai tekijän vaikutuksen dilemman. (Dixon 1978; 86–87). Sairaaloiden muutosprosesseissa professioiden merkitys on erittäin keskeinen (ks. Wiili-Peltola 2005). Matriisirakenteen erityishaaste sairaanhoito-organisaatiokontekstissa kytkeytykin tavalla tai toisella juuri törmäykseen hierarkioiden ja professioiden kanssa.

Matriisiorganisaatioperiaatteella toimivassa sairaalaorganisaatiossa on tyypillisesti tiettyjen potilasryhmien osalta järjestäytytty prosessimaisesti (toistettavuus) ja tiettyjen potilaiden osalta projektimaisesti (vaihtuvaisältöinen tapahtuma), mutta tuotantoprosessi on silti järjestetty funktionaalisesti. Tällöin samasta osasuorituksesta vastaa sekä funktionaalinen johtaja, esimerkiksi erikoislääkäri, että prosessinomistaja tai projektipäällikkö. Matriisiorganisaation myötä voidaan saavuttaa aiempaa parempi asiakas- ja potilaslähtöisyys, ja samalla säilyttää funktionaalisen rakenteen mukanaan tuoma tehokkuus kullakin erikoisalalla. (Parvinen et al. 2005, 194–195.) Puhuttaessa matriisioperaateella toimivasta sairaalaorganisaatiosta on kuitenkin huomattava, että todellisuudessa usein vain pieni osa organisaation henkilökunnasta kuuluu matriisiin – tällöin kyseessä ei olekaan puhdas matriisiorganisaatio vaan hybridirakenne. Esimerkiksi keski-johdon työntekijällä saattaa olla kaksi esimiestä, mutta samalla hän on omien alaistensa ainoa esimies. Näin ollen organisaatiokaavion perusteella voidaan ajatella, että vain ”pyramidin” huipulla toimii matriisirakenne. (Davis & Lawrence 1980, 5–6.) Se, miten syväälle matriisirakenne ulottuu, vaikuttaa luonnollisesti siihen, millaisia johtamisen haasteita se organisaatiossa aiheuttaa.

3.2. Prosessirakenne sairaalaorganisaatioissa

Prosessiorganisaatorakenne ulottaa prosessimaisen toiminnan matriisirakennetta syvemmälle. Ideaalityypimmeessä vertikaaliset funktiot katoavat ja korvautuvat horisontaalisilla prosessiketjuilla niistä osista organisaatiota, jotka ovat siirtyneet prosessirakenteeseen – tyypillisesti siis ainakin valmistusprosessien osalta. Sairaalaorganisaation tapauk-

nessä tämä tarkoittaa varsinaiseen kliniseen potilastyöhön erikoituneita yksiköitä erotuksena vaikkapa yliopistollisen keskussairaalan tutkimukseen ja koulutukseen erikoistuneista yksiköistä. Sairaalaorganisaation tapauksessa puhdas prosessirakenne tarkoittaisi siis joko klassisten funktioiden, kuten lastentautien, syöpätautien, sisätautien jne., toiminnan uudelleenorganisointia – jopa poistumista perinteisessä mielessä – tai vaihtoehtoisesti niiden siirtämistä organisaatiokaaviossa vertikaaliselta funktioakselilta horisontaaliselle prosessiakselille. Koska viimeksi mainitussa ei ole itse asiassa kyse todellisesta rakenteellisesta muutoksesta, vaan paremminkin jonkinlaisesta ”silmänkääntötempusta” vailla toiminnallisia seuraamuksia, pitäydymme tarkastelemaan seuraavassa ensin mainitun vaihtoehdon edellytyksiä ja implikaatioita.

Erikoissairaanhoidon historiallinen logiikka on ollut tuottaa kapeammin ja syvällisemmin rajautuneita erityisosaamisen muotoja lääkäreille ja muulle hoitohenkilökunnalle ja edelleen näihin pohjautuneita hoitoja potilaille. Syvällisimmän erikoisosaamisen saavuttaminen edellyttää lääkärin perustutkinnon suorittaneelta henkilöltä useiden vuosien työpanosta. Erikoistumisen tuloksena on mahdollista saavuttaa tietyn specialiteetin, kuten vaikkapa käsi- ja kaulakirurgian, perusteellinen hallinta. Tällaisen specialiteetin omaavia lääkäreitä ei Suomen kokoisessa maassa ymmärrettävästi tarvita lukuisia. Erikoisaloja itsessään on kuitenkin huomattava määrä – erikoislääkärintutkintoja on 49 ja lisäksi lukuisia erityispätevyysohjelmia – ja koska lääketiede tunnetusti kehittyi huomattavalla vauhdilla, myös erikoisalojen tieto ”pilkkoutuu” alati entistäkin kapeampiin segmentteihin.

Koska funktionaalinen rakenne ei fokusoidu niinkään asiakkaaseen kuin tehtävään itsessään, rakenteellisessa mielessä funktionaalinen organisaatio on ihanteellinen ratkaisu vastaamaan yllä kuvattua hoitohenkilöstön erikoistumista. Funktionaalisen organisaation ongelmana kuitenkin on horisontaalisen toiminnan jäykkyys, mikä on erityisen haitallista perinteiset funktionaaliset rajat ylittävien hoitojen tapauksissa (vrt. Galbraith 1971; Kolodny 1979). Horisontaalinen jäykkyys aiheuttaa organisaatioteoreettisin käsittein ilmaistuna riittämättömän integraation ja koordinaation vuoksi toiminnallista tehottomuutta, joka edelleen näkyy paitsi taloudellisina kustannuksina myös potilashoidon heikkoina tuloksina; käyttäen kansanomaisesti ilmaistuna, organisaation vasen käsi ei tiedä mitä oikea tekee. Poistamalla eri funktioiden päällekkäisyydet ja ohjaamalla toiminta kohti yhteistä lopputulosta (integraatio ja koordinaatio), tässä tapauksessa kokonaisvaltaista hoitotulosta, organisaation tehokkuutta on mahdollista parantaa niin taloudellisesti kuin toiminnallisestikin. Tällöin tuloksena on käytännössä jokin variaatio matriisiorganisaatorakenteesta (ks. Larson & Gobeli 1987).

Mikäli sairaalaorganisaatio siirtyisi vieläkin pidemmälle, puhtaaseen prosessirakenteeseen, tarkoittaisi tämä käytännössä klassisten funktioiden, kuten vaikkapa juuri lastentautien, syöpätautien, sisätautien klinikoiden jne., poistumista ja korvaantumista hoitoprosesseilla, jossa eri specialiteettien kombinaation omaavat hoitotiimit muodostaisivat prosessiketjuja potilashoidon ympärille. Syöpäpotilaat hoidettaisiin toki edelleen ensisijaisesti syöpälääkäreiden toimesta samoin kuin sisätaudeista kärsivät potilaat sisätautilääkäreiden toimesta; sen sijaan funktionaalisia syöpätauteja ja sisätauteja ei enää perinteisessä mielessä olisi. Sairaalaorganisaatio ei siis myöskään muodollisesti enää rakentuisi funktioissa tapahtuvan erikoistumisen varaan, vaan ydinprosesseissa tapahtuvien hoitoprosessien varaan. On ilmeistä, että kyseinen rakenne ei tukisi syvällisen erikoisosaamisen syntyä samalla tavalla kuin klassinen funktionaalinen rakenne (vrt. Virtanen & Wennberg 2005). Prosessiorganisaatorakenne olisikin omiaan tuottamaan sairaanhoidon ammattilaisia, jotka olisivat paremminkin tietyn ydinprosessin generalisteja kuin tietyn erikoisosaamisalueen spesialisteja.

Puhtaassa prosessiorganisaatorakenteessa, hoidon muuttuessa prosessimaiseksi ketjuksi, esimerkiksi psykiatrin palveluja saadessaan syöpäpotilas ei enää ylittäisi perinteisiä funktioiden rajoja, ja nykyisen pluraalisen esimiesmallin sijaan prosessia johdettaisiin ns. yksijohtajajärjestelmällä prosessinomistajan toimesta. Usein kylmäksi, byrokraattiseksi ja persoonattomaksi miellettyssä sairaalaorganisaatiossa välitön potilastyytyväisyys todennäköisesti paranisi prosessimaisen toimintatavan myötä. (ks. esim. Saarinen et al. 2007) Lisäksi organisaatiolähtöisen ajattelutavan muuttuminen prosessikeskeiseen ajattelutapaan näkyisi siinä, että ongelmien nähtäisiin olevan prosesseissa eikä niinkään työntekijöissä tai heidän asenteissaan (Lassila 2006, 3617). Näin ollen myös työtyytyväisyys oletettavasti lisääntyisi. Käytännössä perinteiset erityis- sairaanhoidon funktiot kuitenkin samalla pilkkoutuisivat organisatorisesti pieniksi paloiksi, koska esimerkiksi psykiatrisia palveluja tarvitsevia potilaita olisi myös kaikissa muissa ydinprosesseissa varsi-

naisen psykiatriapalveluja tarjoavan ydinprosessin ohella. Ongelma on vastaava suhteessa projektiorganisaatioon, jossa tietyn erityistaidon omaavia henkilöitä täytyy sijoittaa useaan tiimiin, joko jakamalla työpanosta tai palkkaamalla lisää kyseisen spesialiteetin omaavia asiantuntijoita (vrt. Galbraith 1971).

Edelleen, koska ihmisten sairauksien kirjo on varsin moninainen, täytyisi erityissairaanhoidon osalta suurissa yliopistollisissa keskussairaaloissa myös ydinprosesseja muodostaa huomattava määrä. Ellei näin toimittaisi, myöskään perinteisistä funktioista ei voitaisi täysin luopua. Selkeän poikkeuksen edellä todettuun muodostavat lähinnä sellaiset tarkasti rajatut ja jo nykyisellään usein yksityisesti toimivat erityissairaanhoidon muodot, kuten lapsettomuusklinikat. Siinä missä yksityisesti toimivan lapsettomuushoitoihin erikoistuneen klinikan kliiniset fertiilitteettihoidot voidaan luontevasti yhdistää lapsettomuudesta kärsivien potilaiden yleisesti tarvitsemiin psykiatriisiin palveluihin, massiivisen yliopistollisen keskussairaalan tapauksessa ydinprosessien kirjo muodostuisi helposti hallitsemattoman suureksi. Tässä yhteydessä onkin selvästi nähtävissä organisaatioteoreettisessa kirjallisuudessa jo kauan tunnettu yhteys organisaation koon ja sen rakenteen monimutkaisuuden välillä (ks. esim. Hatch 2006).

Käytännössä jo prosessiorganisaatorakenteen toiminnallisuuden teoreettisen analyysin pohjalta vaikuttaa siis ilmeiseltä, että sairaalaorganisaation tuote, potilaan hoito, on monessa tapauksessa organisatorisesti tarkasteltuna yksinkertaisesti liian mutkikas kokonaisuus, jotta puhdasta prosessiorganisaatorakennetta voitaisiin perustellusti laajassa mitassa soveltaa. Toisin kuin vaikkapa elektroniikka-alan yritysellä, jolla tuotteita ja siten ydinprosesseja on rajallinen määrä, ihmisen sairauksien kirjo on laajuudeltaan niin mittava, että niiden hoidon ympärille on erittäin haastavaa rakentaa toimivia ydinprosesseja varsinkaan suurissa erityissairaanhoitoa tarjoavissa sairaalaorganisaatioissa. Vaikka pienempien, erikoituneiden klinikoiden rakenteeksi puhdasta prosessiorganisaatorakenne ilmeisen perustellusti voitaisiinkin toiminnallisesti omaksua, edellä esitetyn pohjalta voidaan todeta, että sitä, kuinka yliopistollisen keskussairaalan kaltainen massiivinen organisaatio ylipäätään voisi siirtyä kliinissä potilastyössään puhtaaseen prosessiorganisaatorakenteeseen, on jopa teorian tasolla vaikeaa nähdä.

Edellä olemme käsitelleet prosessiorganisaatio-

rakenteen haasteellisuutta ennen kaikkea toiminnallisesta näkökulmasta. Se, mitä toiminnallisuuden ympärille rakentuneen sairaanhoitoorganisaatioihin liittyvän muutosdiskurssin yhteydessä ei välttämättä ole riittävästi ymmärretty on, että puhtaan prosessirakenteen edellyttämä funktioiden poistuminen kyseenalaistaisi itse asiassa symbolisella tasolla lääkäreiden ja muun hoitohenkilöstön perinteisen käsityksen sairaalaorganisaatiosta. Tässä yhteydessä käytetään usein arkkityypin käsitettä (ks. Brock 2006).⁵ Organisaation arkkityypin muutos heijastuisi symbolisella tasolla lääkärien ja muun hoitohenkilöstön vallitseviin, omiin professioihin liittyviin uskomus- ja arvojärjestelmiin, sillä uskomus- ja arvojärjestelmät ovat syntyneet vuorovaihtuksessa sairaalaorganisaation arkkityypin kanssa jo koulutus- ja indoktrinaatiovaiheessa. Näin ollen organisaatiomuutoksen onnistumisen kannalta olisi välttämätöntä, että se pystyttäisiin osoittamaan professioissa vallitsevien uskomus- ja arvojärjestelmien mukaiseksi (vrt. Brock 2006). Mikäli muutosta ei kyettäisi legitimoimaan professioille, organisaatiouudistus näyttäytyisi ei-legitiiminä muutoksena. Arkkityypin muutokseen tähtäävä toimenpide herättäisi tällöin huomattavaa vastarintaa sairaanhoidon professioiden piirissä, joista erityisesti lääkäriprofessio on tunnetusti poikkeuksellisen voimakas (ks. esim. Pirttilä et al. 1996).⁶ Jo pelkkä lääkäriprofession vastustus todennäköisesti riittäisi estämään sairaalaorganisaatioihin kohdistuvan rakenteellisen muutoksen menetyksellisen toteuttamisen (vrt. Fältholm & Jansson 2008; Brock 2006; Wiili-Peltola 2005).

Seurauksena prosessimaisen toimintatavan haasteellisuudesta sekä toiminnallisesta että symbolisesta mielessä – aivan erityisesti suurten yliopistollisten keskussairaalaorganisaatioiden tapauksessa – on ilmeistä, että sairaalaorganisaatiot, jotka nykyään ilmaisevat soveltavansa kyseistä rakennetta ja saaneensa siitä hyviä kokemuksia (ks. esim. Saarinen et al. 2007), eivät todennäköisesti ole vieneet prosessimaista toimintalogiikkaa loppuun asti, vaan ovat muodossa tai toisessa säilyttäneet perinteiset funktionsa ja päätyneet jonkinlaiseen variaation klassisesta matriisirakenteesta (ks. Larson & Gobel 1987). Tällöin myös puhe prosessimaisesta organisaatorakenteesta voidaan paremminkin tulkita sairaalaorganisaatioiden ympärillä käytävän muutosdiskurssin ilmentämiseksi kuin todelliseksi aikomukseksi siirtyä puhtaaseen prosessirakenteeseen (Fältholm & Jansson 2008). Toisin sanoen, koska menestyksestä hoitotyötä on siis erityisesti

suurten sairaalaorganisaatioiden tapauksessa käytännössä erittäin haastavaa "puristaa" ainoastaan horisontaaliseen ulottuvuuteen, loogisimpana vaihtoehtona on vahvistaa käytännössä sairaalaorganisaatioissa jo nykyisellään sovellettavaa matriisi- maista toimintaperiaatetta, jossa perinteiset funktiot yhdistetään aiempaa vahvempiin horisontaalisiin prosesseihin. Vaikka sairaalaorganisaatioiden uudistuksessa siis käytännössä olisikin kyse ennen kaikkea matriisirakenteen kehittämisestä, puhutaan organisaatioiden viestinnässä mieluummin prosessiorganisaatiouudistuksesta, koska prosessirakenne mielletään hallitsevassa muutosdiskurssissa matriisirakennetta muodikkaammaksi (ibid.) Tätä johtopäätöstä tukevat myös omat empiiriset havaintomme, kuten tulemme seuraavassa luvussa lähemmin esittämään.

4. MATRIISIT, PROSESSIT JA SAIRAALA-ORGANISAATIOIDEN KÄYTÄNNÖN RATKAISUT

Olemme edeltävissä luvuissa tarkastelleet matriisi- ja prosessirakenteita teoreettisella tasolla. Tässä luvussa fokuksemme siirtyy sairaalaorganisaatioiden matriisi- ja prosessimaisiin toimintatapoihin liittyviin käytännön ratkaisuihin ja haasteisiin. Seuraavassa tarkastelemmekin lyhyesti kahta case-organisaatiota, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) Uutta hoidon tuottamisorganisaatiota ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HUS-röntgeniä, joista ensin mainittu ilmoittaa siirtyvänsä lähitulevaisuudessa prosessiorganisaatorakenteeseen ja jälkimmäinen jo toimivansa prosessiorganisaatioperiaatteella. Kuten olemme edellä esittäneet, erilaisia organisatorisia ratkaisuja on käytännössä yhtä paljon kuin on organisaatioitakin, eivätkä myöskään matriisi- tai prosessimaisen rakenteen omaksuneet sairaalaorganisaatiot toimi ideaalityyppisten rakenteiden varassa. Tästä huolimatta mielestämme on ilmeistä, että kummankaan case-organisaation tapauksessa ei ole kyse prosessi- vaan matriisirakenteesta, kuten tulemme case-analyysin yhteydessä tarkemmin esittämään.

Esitettävät case-kuvaukset on rakennettu aineistosta, joka on osa laajempaa sairaalaorganisaatioihin kohdistuvaa tutkimushanketta. Case-kuvauksista suppeampi HUS-röntgen tapaus on rakennettu organisaation virallisten raporttien, www-sivujen sekä Ahovuon ja kumppaneiden (2004) ja Parvisen ja kumppaneiden (2005) teosten pohjalta.

Laajempi VSSHP:n Uusi hoidon tuottamisorganisaatio -tapaus taas on rakennettu haastattelujen ja organisaatiouudistusta käsittelevien virallisten raporttien pohjalta. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä tehtiin kartoitettavia teemahaastatteluja liittyen tulevan organisaatiouudistuksen aiheuttamiin haasteisiin syyskuun 2006 ja huhtikuun 2007 välisenä aikana. Tällöin haastateltiin kahdeksaa henkilöä eri organisaatiotasoilta ja ammattialoilta. Haastattelujen tarkoituksena oli koota tietoa henkilöstön ajatuksista organisaatiouudistukseen liittyen sekä auttaa laajemman tutkimushankkeen suuntaamista jatkossa. Haastattelun tulokset eivät luonnollisesti ole yleistettävissä muihin organisaatioihin, eikä niiden pohjalta voida vetää yleisiä johtopäätöksiä. Haastattelujen anti toimii tässä kontekstissa kuvailevana ja uusia näkökulmia esiin nostavana elementtinä.

4.1 Case 1: VSSHP:n Uusi hoidon tuottamisorganisaatio

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri rakentaa uutta sairaalakokonaisuutta, niin kutsuttua T-sairaala (Tulevaisuuden sairaala), jonka ensimmäinen vaihe valmistui vuonna 2003. Sairaala on hankesuunnitelman mukaisesti kokonaisuudessa valmis vuonna 2011. Uuden sairaalan valmistuttua toimintavisiona on T-sairaalan toiminnallisen suunnitelman (2006, 7) mukaan siirtyä "Funktioiden johtamisesta hoidon tuottamisen johtamiseen". T-sairaalassa tulevat toimimaan akuutit, vaativat ja raskaat erikoissairaanhoidon palvelut sisätautien, kirurgian, traumatologian, neurologian, keuhkosairauksien, syöpätautien ja ihotautilien erikoisaloilla. Lisäksi T-sairaalaan tullaan sijoittamaan erikoissairaanhoidon päivystys sekä Turun alueen perusterveydenhuollon päivystys. Uudella organisaatiomallilla tavoitellaan potilaiden hoidon laadun parantamista ja kokonaistaloudellisuutta. Ydinprosesseja T-sairaalaorganisaatioon on kaavailtu yhteensä 7. Henkilöstöä uudessa T-sairaalakokonaisuudessa tulee olemaan noin 1600–1800. (T-sairaalan toiminnallinen suunnitelma 2006, 5–6; T-sairaalaan uudet hoitoprosessit 2007.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiaan on kirjattu, että strategiakauden aikana toteutetaan keskeisten hoitoprosessien uudelleenorganisointi prosessiorganisaatioksi, jossa potilasryhmän hoitoon kohdistettu prosessi muodostaa toiminnallisen ja hallinnollisen kokonaisuuden. (Varsinais-

Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2007–2015.) Toiminnallisessa suunnitelmassa on myös selkeästi esiintunut ajatus siirtymisestä prosessorganisaatiomalliin, jossa pääpaino on prosesseilla. Lisäksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hallituksen kokouspöytäkirjassa (8 / 18.9.2007) viitataan yksiselitteisesti prosessorganisaatiiorakenteeseen, mikä ilmenee mm. seuraavasti:

Rakentuvan uuden T-sairaalan hoitolinjälähtöinen toimintamalli perustuu uudentyypiseen tapaan tuottaa sairaanhoitopalveluita. Tämä tarkoittaa hoidossa tarvittavien voimavarojen sekä työtapojen järjestämistä prosessiajattelun periaatteita noudattaen. Muutos nykyisestä perinteisestä funktionaalisesta (toimintayksikköperustaisesta) toimintatavasta palveluprosessi-perustaiseen toimintatapaan on monessa suhteessa suuri. ... Toiminnan kehittäminen edellä esitetyn mallin mukaisesti on vaativa T-sairaalan rakentamiseen liittyvä kehittämisprojekti, jossa tarvitaan prosessien kehittämisen, prosessorganisaation toimintaedellytysten ja toimintatapojen tuntemista sekä organisaation rakenteiden, johtamisjärjestelmän ja johtamisen kehittämisen tuntemusta.

VSSHP:n Uuden hoidon tuottamisorganisaation tavoitteena on, että hoidon tuottamisen ydintoimintojen vastuu kuuluu prosessinomistajille. Prosessit tuotetaan kuitenkin funktionaalisissa yksiköissä, joita ovat esimerkiksi päivystysalue, toi-

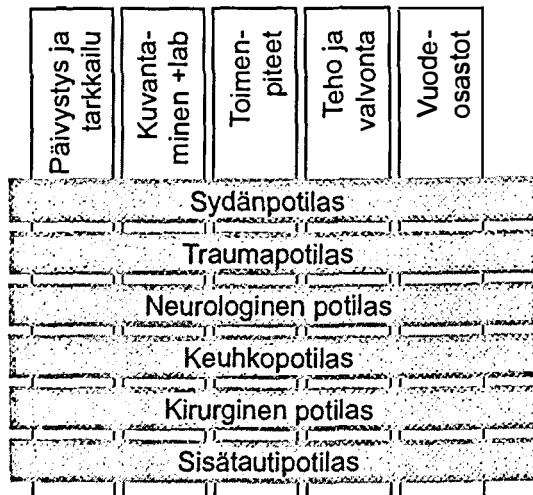
menpidealueet, vuodeosastohoito, tehohoidot ja valvontaosastot. Kuviossa 2 on esitetty VSSHP:n Uuden hoidon tuottamisorganisaation vuoden 2006 suunnitelman mukainen organisaatiiorakenne.

Kuten kuviossa 2 käy ilmi, VSSHP:n Uuden hoidon tuottamisorganisaation rakenne noudattelee varsin uskollisesti klassista matriisilogiikkaa prosesseineen ja funktioineen. Mielestämme onkin ilmeistä, että vaikka organisaation viestinnässä virallisesti puhutaan prosessirakenteesta, VSSHP:n Uuden hoidon tuottamisorganisaation rakentamisessa vaikuttaa olevan ennen kaikkea kyse matriisiorganisaatiiorakenteen kehittämisestä. Syy case-organisaatiossa käytävälle prosessorganisaatiodiskurssille saattaaakin toiminnallisuuden sijaan löytyä vallitsevasta muutosdiskurssista (vrt. Fältholm & Jansson 2008), jossa prosessirakenne mielletään selkeästi matriisirakennetta muodikkaammaksi. Käyttämällä prosessorganisaation käsitettä halutaan esittäämme tulkinnan mukaan siis toisin sanoen rakentaa mielikuvaa modernista ja tehokkaasta organisaatiosta, vaikka organisaatiouudistus ei todellisuudessa tähtäisikään todelliseen prosessirakenteeseen. Case-organisaation tilanne vaikuttaakin tätä osin mielestämme analogiselta suhteessa Fältholmin ja Janssonin (2008) kuvaukseen ruotsalaisesta Sunderbyn sairaalasta, jonka uudelleenorganisoitumista kirjoittajat luonnehtivat seuraavasti:

Tulevaisuuden sairaala

- toimivat kokonaisuudet
Hoidon tuottaminen rakentuu potilaan ja hoidon tarpeista lähtien

- ❖ tutkimukset
- ❖ toimenpiteet
- ❖ hoito
- ❖ valvonta
- ❖ yksityisyys
- ❖ eristystarpeet



Kuvio 2. VSSHP:n Uusi hoidon tuottamisorganisaatio⁷

[T]here is reason to argue that the adoption of process orientation might be regarded as part of a change discourse, aiming at conveying a picture of an efficient and modern organization. This means that the differentiated translation process along with the limited effect of the introduction of divisions at lower organizational levels might be explained in terms of a separation of talk and practice. In other words, as deeply institutionalized organizational routines are efficient, talk of process orientation were kept separated from the activities of the organization. (Fältholm & Jansson 2008, 14)

Yllä todetulla emme tarkoita, etteikö VSSHP:n organisaatiouudistus saattaisi johtaa merkittäviinkin toiminnallisiin ja rakenteellisiin uudistuksiin; case-organisaation johdon taholta on arvioitu uuden organisaatiomallin johtavan noin 10 prosentin tehokkuuden lisääntymiseen ja potilaiden hoidon laadun parantumiseen (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2007). Todettakoon, että myös haastatteluissa tuotiin yleisesti esiin sellaisten toiminnallisten pullonkaulojen olemassaolo, joiden poistamisella on tehokkuuden kannalta merkitystä. Emme siis kyseenalaista organisaatorakenteen uudistusta sinällään, mutta sen sijaan kyseenalaistamme prosessiorganisaatiodiskurssin mielekkyyden tilanteessa, jossa myös organisaation johdossa lähtökohtaisesti tiedostetaan kyseessä olevan matriisirakenteen prosessirakenteen sijaan, kuten seuraava ylempään johtoon kuuluvan informantin toteamus osoittaa:

Se (uusi hoidon tuottamisorganisaatio) ei ole ihan valmis vielä, mutta tavoitteena on sen tyyppinen organisaatio, missä voidaan puhua oikeastaan *prosessiorganisaatiosta*, missä meillä on hoidon tuottaminen, prosessit, jotka tuotetaan *erilaisissa funktionaalisissa ja tämmösissä muissa yksiköissä eli siitä tulee sitten matriisi*. (kursivointi lisätty)

Myös T-sairaalan toiminnallisessa suunnitelmassa (2006, 25) tuodaan esiin aikomus säilyttää funktionaaliset yksiköt, joka sekin on selkeästi matriisiorganisaation piirre:

Erikoisalat ja -yksiköt säilyvät tulevaisuuden sairaalassa, mutta ne eivät ratkaise fyysisiä tilaratkaisuja eivätkä organisaatiomalleja, ellei se ole toiminnan laadun kannalta välttämätöntä. (kursivointi lisätty)

Juuri sairaalaorganisaatioiden funktioiden rooliin liittyen Fältholm ja Jansson (2008, 14) ovat tuoneet esiin prosessiorganisaatorakenteeseen siirtymiseen liittyvän paradoksin: "Kuinka säilyttää ja

kehittää professioille keskeistä syvällistä erikoistumista samalla kun keskitytään prosessiin funktioiden sijaan?". Koska sairaalaorganisaatioiden arkkityyppi painottaa edellä kuvatulla tavalla klassisten, syvälliseen erikoistumiseen tähtäävien funktioiden säilyttämistä, organisaatiouudistuksen lopputuloksena ei voi olla prosessiorganisaatio ellei myös sairaalaorganisaation arkkityyppiä uudisteta. Niinpä ei olekaan yllättävää, että vaikka myös case-organisaation informantit suhtautuivat tavoitteeseen tehokkuuden lisäämisestä varsin positiivisesti, esimerkiksi keskustelu niin sanotusta "yksijohtajajärjestelmästä" – eli puhtaaseen prosessirakenteeseen kuuluvasta prosessinomistajamallista – oli haastattavien mukaan herättänyt henkilöstössä valtavasti hämmennystä ja epätietoisuutta. Matriisimaista toimintalogiikkaa sen sijaan pidettiin informantien keskuudessa yleisesti ottaen erittäin hyvänä ja oikeansuuntaisena ajatuksena, joskin rakenteen toimivuutta käytännön työssä myös hieman mietittiin. Käytännön työn haasteena nähtiin toimivan yhteistyön ja keskusteluyhteyden syntyminen kahden esimiehen välillä. Lisäksi toivottiin selkeitä ohjeita siitä, millä ratkaistaan, mihin prosessiin potilas kuuluu. Haastateltavat näkivät organisaatiouudistuksessa olevan kyseessä ennen kaikkea organisaatiokulttuurisen muutoksen, jonka onnistunut toteuttaminen vaatii myös asennemuutosta.

Case-organisaation organisaatorakenteen uudistukseen liittyvä informaatio on ollut ristiriitaista. Uutta organisaatiota on kehitetty prosessiorganisaatorakenteen lähtökohdista käsin, mutta muotoutumassa vaikuttaisi käytännössä kuitenkin olevan matriisiorganisaatorakenne. VSSHP:n Uuden hoidon tuottamisorganisaation kehittäminen on kuitenkin edelleen kesken ja kehittämishankkeeseen on kumppaniksi valittu konsulttiyritys vuosille 2007–2012. Konsulttiyrityksen tehtävänä on kehittää niin organisaatorakennetta kuin johtamisjärjestelmää, joten lopullinen organisaatiomalli voi poiketa oleellisestikin vuoden 2006 mukaisesta suunnitelmasta.

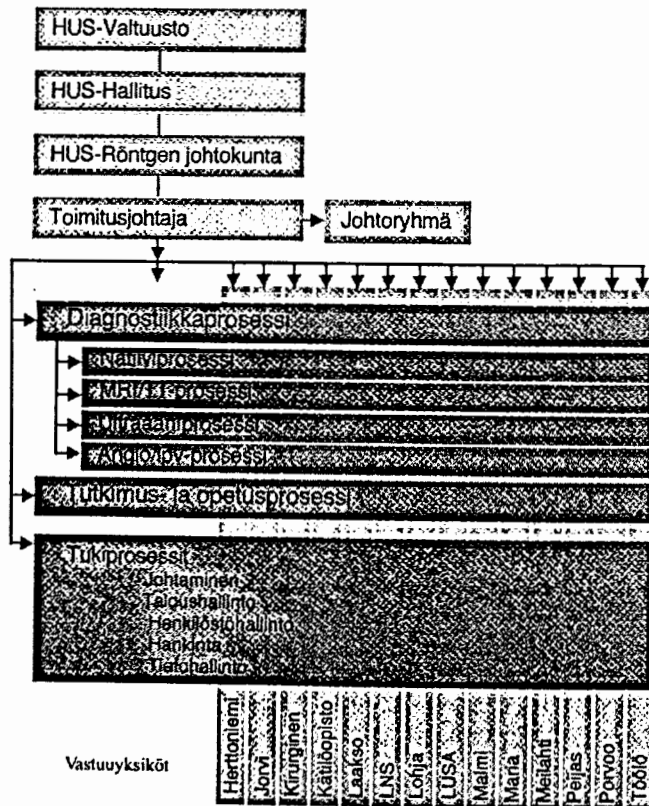
4.2 Case 2: HUS-röntgenin organisaatorakenne

HUS-röntgen toimii Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kunnallisena liikelaitoksena ja on Suomen johtava kuvantamispalveluiden tuottaja. HUS-röntgenin asiakkaisiksi määritellään potilaat, heitä hoitavat lääkärit, HUS-alueen kunnat sekä

muut terveydenhuollon toimijat, jotka tarvitsevat kuvantamisen asiantuntijapalveluita. Henkilöstöä HUS-röntgenillä on 710. (HUS-röntgen vuosikertomus 2006). HUS-röntgen kertoo noudattavansa prosessiorganisaatiomallia (ks. esim. HUS-Röntgen vuosikertomus 2006, 13), johon siirryttiin vuonna 2005. Vanha funktionaalinen rakenne ei mahdollistanut tehokasta resurssien ja potilasvirtojen allokoitua, koska sairaalayksiköt toimivat varsin itsenäisesti ja hajautetusti. Lisäksi yksiköissä esiintyi osaoptimointia eikä yhteistyön koettu toimivan. Uudella prosessiorganisaatiolla haettiin näihin ongelmiin ratkaisua paremman koordinoinnin ja allokoinnin myötä. (Ahovuo et al. 2004, 481–483; Parvinen et al. 2004, 158, 215–217.)

HUS-röntgen on organisaationa pienempi kuin VSSHP:n Uusi hoidon tuottamisorganisaatio. Lisäksi HUS-röntgen fokuoitetu lähinnä kuvantamispalveluihin toisin kuin toinen case-organisaatioista. Organisaatioteoreettisesta näkökulmasta HUS-röntgenin organisaatio on siis lähtökohtaisesti vä-

hemmän monimutkainen kuin VSSHP:n Uusi hoidon tuottamisorganisaatio. Alhaisempi monimutkaisuuden aste luo HUS-röntgenille oleellisella tavalla helpomman lähtökohdan prosessiorganisaatiotekniikan omaksumiseen. Tämä näkyy myös HUS-röntgenin ydinprosessien määrässä, joita vuoden 2007 alusta lukien on kaksi: tutkimus- ja opetusprosessi sekä diagnostiikkaprosessi. Diagnostiikkaprosessi on edelleen jaettu neljään osaprosessiin: i) natiiviprosessiin, ii) magneetti- ja tietokonetomografiaprosessiin, iii) ultraääniprosessiin sekä iv) angio- ja läpivalaisuprosessiin. Tukiprosesseja ovat johtaminen, taloushallinto, henkilöstöhallinto, hankinta ja tietohallinto. (HUS-röntgen vuosikertomus 2006, 13; HUS-röntgen toimintakäsikirja 2007.) Aikaisemmin ydinprosessina oli myös myynnin ja markkinoinnin prosessi, mutta käytännössä se ei ole ollut toiminnassa, joten vuoden 2007 alusta sitä ei enää kuvata ydinprosessina. Kuviossa 3 on esitetty HUS-röntgenin organisaatiotekniikka.



Kuvio 3. HUS-röntgenin organisaatio^a

HUS-röntgenin organisaatiossa jokaisella prosessilla on oma prosessinomistaja, jonka tehtävänä on vastata prosessin toiminnan koordinoimisesta ja resurssoinnista. Koordinointi sisältää prosessin toiminnan seuraamisen, ohjaamisen ja kehittämisen toimitusjohtajan siirtämien valtuuksien mukaisesti. Diagnostiikkaprosessin toiminta on jaettu aiemman organisaatorakenteen ja kustannuspaikatunnisteiden mukaisiin vastuuyksiköihin, joiden tehtävänä on huolehtia liikelaitoksen tarjoamien palvelujen tuottamisesta. Vastuuyksiköiden toimintaa johtavat ylilääkäri tai osastonylilääkäri ja osastonhoitaja toimitusjohtajan siirtämien valtuuksien mukaisesti. (HUS-röntgen vuosikertomus 2006, 13; HUS-röntgen toimintakäsikirja 2007) Vastuuyksiköiden johtamisvastuu on siis edelleen funktionaalisilla yksiköillä ja näin ollen HUS-röntgen toimii siis johtamisen osalta selkeästi matriisirakenteen eikä prosessirakenteen mukaisesti.

Case-organisaation funktionaalisia vastuuyksiköitä ei ole purettu, ja ylilääkärien tai osastonylilääkäreiden tehtäväkuvaan kuuluu edelleen esimiesvastuu lääkärihenkilökunnasta, aivan kuten myös osastonhoitajat toimivat esimiehenä hoitohenkilökunnalle ja osastosihteereille. Lisäksi ylilääkärit tai osastonylilääkärit toimivat vastuuyksikkönsä johtajina ja vastaavat vastuuyksikkönsä lääketieteellisestä toiminnasta. Osastonhoitajan työnkuvaan kuuluu käytännön työn organisointi ja johtaminen. Prosesseissa, vastuuyksiköissä ja hallinnossa toimii myös moniammatillisia tiimejä tai työryhmiä. HUS-röntgeniä johtaa toimitusjohtaja apunaan johtoryhmä ja johtosäännön mukaan liikelaitoksen organisaatorakenne määrätään pysyvillä toimintaohjeilla tai siitä päättää toimitusjohtaja. Johtosäännön mukaisesti myös johtavana ylilääkärinä toimii toimitusjohtaja, mikäli hän on radiologian erikoislääkäri. (Liiketoimintasuunnitelma 2003; HUS-röntgen toimintakäsikirja 2007.) HUS-röntgenin toimitusjohtaja vastaa myös johtamisen osaprosessista.

Aivan kuten VSSHP:n Uusi hoidon tuottamisorganisaatio on tulkintamme mukaan omaksumassa matriisirakennetta, HUS-röntgen on nähdäksemme käytännössä jo päätyntä matriisirakenteeseen. Näin siitäkin huolimatta, että kuvantamispalveluihin erikoituneena organisaationa HUS-röntgenin valmius omaksua prosessiorganisaatorakenne on lähtökohtaisesti huomattavasti korkeampi suhteessa VSSHP:n Uuteen hoidon tuottamisorganisaatioon. Vaikka kahden tapauksen perusteella ei olekaan mahdollista tehdä yleistyksiä, indikoivat HUS-röntgenin ja VSSHP:n Uuden hoidon tuottamisor-

ganisaation valinnat nähdäksemme edellä luvussa 3 esittämäämme tulkintaa, jonka mukaan perinteisiä sairaanhoidon organisaatioiden syvälle institutionalisoituneita funktioita on hankalaa purkaa ja että tästä syystä sairaalaorganisaatiot käytännössä päätyvät todennäköisemmin matriisi- kuin prosessiorganisaatorakenteeseen riippumatta siitä, miksi jo omaksuttua tai kehitteillä olevaa organisaatorakennetta arkipäivän toiminnassa kutsutaan.

5. JOHTOPÄÄTÖKSET JA KESKUSTELU

Tässä tutkimuksessa olemme tarkastelleet sairaalaorganisaatioiden uudelleenkehittämistarvetta toiminnallisen tehokkuuden näkökulmasta erityisesti suhteessa matriisi- ja prosessimaisiin toimintaperiaatteisiin. Olemme pyrkinet suuntaamaan analyysiamme erityisesti suhteessa kolmeen tutkimuskysymykseemme: i) Voidaanko matriisi-/prosessimaisella organisaatorakenteella saavuttaa toiminnallista tehokkuutta sairaalaorganisaatioissa, ii) Mikä on matriisirakenteen ja prosessirakenteen ero organisaatiomalleina sairaalaorganisaatioiden erityistapauksessa sekä iii) Millaisia organisatorisia haasteita matriisi-/prosessimainen toimintatapa aiheuttaa sairaalaorganisaatioille?

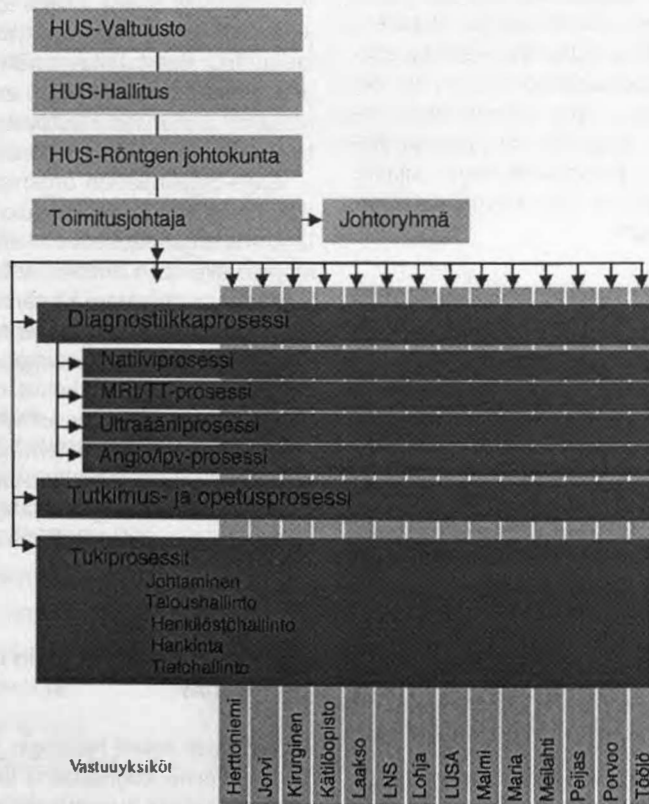
Johtopäätöksenä teoreettisesta ja empiirisestä analyysistämme voimme suhteessa ensimmäiseen tutkimuskysymykseemme todeta, että matriisi-/prosessimaisella rakenteella on käytännössä mahdollista saavuttaa toiminnallista tehokkuutta sairaalaorganisaatioissa. Siirtyminen perinteisestä funktionaalisesta organisaatorakenteesta kohti horisontaalisia prosesseja huomioivaa rakennetta edesauttaa organisaatiota mahdollisesti mm. kehittämään sivusuuntaista viestintää, siirtämään päätöksentekoa alemmas organisaatiossa, integroimaan aiemmin erillisten yksiköiden toimintaa sekä kehittämään resurssien tehokasta käyttöä. Toisaalta horisontaalisen toiminnan roolin kasvattamisen uhkakuva on mm. organisaation monimutkaisuuden ja sisäisten ristiriitojen kasvu sekä funktionaalisen organisaatorakenteen mahdollistaman syvällisen erikoitumisen kuihtuminen. Toiminnallisen tehokkuuden saavuttaminen onkin luonnollisesti tapauskohtaista, eikä uuden organisaatorakenteen omaksuminen ole suinkaan viisastenkivi; uuden organisaatorakenteen epäonnistunut implementointi saattaa jopa johtaa tulosten heikkenemiseen.

Suhteessa toiseen tutkimuskysymykseemme olemme teoreettisessa analyysissämme todenneet

muut terveydenhuollon toimijat, jotka tarvitsevat kuvantamisen asiantuntijapalveluita. Henkilöstöä HUS-röntgenillä on 710. (HUS-röntgen vuosikertomus 2006). HUS-röntgen kertoo noudattavansa prosessiorganisaatiomallia (ks. esim. HUS-Röntgen vuosikertomus 2006, 13), johon siirryttiin vuonna 2005. Vanha funktionaalinen rakenne ei mahdollistanut tehokasta resurssien ja potilasvirtojen allokoimista, koska sairaalayksiköt toimivat varsin itsenäisesti ja hajautetusti. Lisäksi yksiköissä esiintyi osaoptimointia eikä yhteistyön koettu toimivan. Uudella prosessiorganisaatiolla haettiin näihin ongelmiin ratkaisua paremman koordinoimisen ja allokoimisen myötä. (Ahovuo et al. 2004, 481–483; Parvinen et al. 2004, 158, 215–217.)

HUS-röntgen on organisaationa pienempi kuin VSSHP:n Uusi hoidon tuottamisorganisaatio. Lisäksi HUS-röntgen fokuoitiin lähinnä kuvantamispalveluihin toisin kuin toinen case-organisaatioista. Organisaatioteoreettisesta näkökulmasta HUS-röntgenin organisaatio on siis lähtökohtaisesti vä-

hemmän monimutkainen kuin VSSHP:n Uusi hoidon tuottamisorganisaatio. Alhaisempi monimutkaisuuden aste luo HUS-röntgenille oleellisella tavalla helpomman lähtökohdan prosessiorganisaatiotekniikan omaksumiseen. Tämä näkyy myös HUS-röntgenin ydinprosessien määrässä, joita vuoden 2007 alusta lukien on kaksi: tutkimus- ja opetusprosessi sekä diagnostiikkaprosessi. Diagnostiikkaprosessi on edelleen jaettu neljään osaprosessiin: i) natiiviprosessiin, ii) magneetti- ja tietokonetomografiaprosessiin, iii) ultraääniprosessiin sekä iv) angio- ja läpivalaisuprosessiin. Tukiprosesseja ovat johtaminen, taloushallinto, henkilöstöhallinto, hankinta ja tietohallinto. (HUS-röntgen vuosikertomus 2006, 13; HUS-röntgen toimintakäsikirja 2007.) Aikaisemmin ydinprosessina oli myös myynnin ja markkinoinnin prosessi, mutta käytännössä se ei ole ollut toiminnassa, joten vuoden 2007 alusta sitä ei enää kuvata ydinprosessina. Kuviossa 3 on esitetty HUS-röntgenin organisaatiotekniikka.



Kuvio 3. HUS-röntgenin organisaatio⁹

HUS-röntgenin organisaatiossa jokaisella prosessilla on oma prosessinomistaja, jonka tehtävänä on vastata prosessin toiminnan koordinoimisesta ja resurssoinnista. Koordinointi sisältää prosessin toiminnan seuraamisen, ohjaamisen ja kehittämisen toimitusjohtajan siirtämien valtuuksien mukaisesti. Diagnostiikkaprosessin toiminta on jaettu aiemman organisaatorakenteen ja kustannuspaikatunnisteiden mukaisiin vastuuyksiköihin, joiden tehtävänä on huolehtia liikelaitoksen tarjoamien palvelujen tuottamisesta. Vastuuyksiköiden toimintaa johtavat ylilääkäri tai osastonylilääkäri ja osastonhoitaja toimitusjohtajan siirtämien valtuuksien mukaisesti. (HUS-röntgen vuosikertomus 2006, 13; HUS-röntgen toimintakäsikirja 2007) Vastuuyksiköiden johtamisvastuu on siis edelleen funktionaalisilla yksiköillä ja näin ollen HUS-röntgen toimii siis johtamisen osalta selkeästi matriisirakenteen eikä prosessirakenteen mukaisesti.

Case-organisaation funktionaalisia vastuuyksiköitä ei ole purettu, ja ylilääkärien tai osastonylilääkäreiden tehtäväkuvaan kuuluu edelleen esimiesvastuu lääkärihenkilökunnasta, aivan kuten myös osastonhoitajat toimivat esimiehenä hoitohenkilökunnalle ja osastosihteereille. Lisäksi ylilääkärit tai osastonylilääkärit toimivat vastuuyksikkönsä johtajina ja vastaavat vastuuyksikkönsä lääketieteellisestä toiminnasta. Osastonhoitajan työnkuvaan kuuluu käytännön työn organisointi ja johtaminen. Prosesseissa, vastuuyksiköissä ja hallinnossa toimii myös moniammatillisia tiimejä tai työryhmiä. HUS-röntgeniä johtaa toimitusjohtaja apunaan johtoryhmä ja johtosäännön mukaan liikelaitoksen organisaatorakenne määrätään pysyvillä toimintaohjeilla tai siitä päättää toimitusjohtaja. Johtosäännön mukaisesti myös johtavana ylilääkäriä toimii toimitusjohtaja, mikäli hän on radiologian erikoislääkäri. (Liiketoimintasuunnitelma 2003; HUS-röntgen toimintakäsikirja 2007.) HUS-röntgenin toimitusjohtaja vastaa myös johtamisen osaprosessista.

Aivan kuten VSSHP:n Uusi hoidon tuottamisorganisaatio on tulkintamme mukaan omaksumassa matriisirakennetta, HUS-röntgen on nähdäksemme käytännössä jo päätenyt matriisirakenteeseen. Näin siitäkin huolimatta, että kuvantamispalveluihin erikoituneena organisaationa HUS-röntgenin valmius omaksua prosessiorganisaatorakenne on lähtökohtaisesti huomattavasti korkeampi suhteessa VSSHP:n Uuteen hoidon tuottamisorganisaatioon. Vaikka kahden tapauksen perusteella ei olekaan mahdollista tehdä yleistyksiä, indikoivat HUS-röntgenin ja VSSHP:n Uuden hoidon tuottamisor-

ganisaation valinnat nähdäksemme edellä luvussa 3 esittämäämme tulkintaa, jonka mukaan perinteisiä sairaanhoidon organisaatioiden syvälle institutionalisoituneita funktioita on hankalaa purkaa ja että tästä syystä sairaalaorganisaatiot käytännössä päätyvät todennäköisemmin matriisi- kuin prosessiorganisaatorakenteeseen riippumatta siitä, miksi jo omaksuttua tai kehitteillä olevaa organisaatorakennetta arkipäivän toiminnassa kutsutaan.

5. JOHTOPÄÄTÖKSET JA KESKUSTELU

Tässä tutkimuksessa olemme tarkastelleet sairaalaorganisaatioiden uudelleenkehittämistarvetta toiminnallisen tehokkuuden näkökulmasta erityisesti suhteessa matriisi- ja prosessimaisiin toimintaperiaatteisiin. Olemme pyrkineet suuntaamaan analyysiamme erityisesti suhteessa kolmeen tutkimuskysymykseemme: i) Voidaanko matriisi-/prosessimaisella organisaatorakenteella saavuttaa toiminnallista tehokkuutta sairaalaorganisaatioissa, ii) Mikä on matriisirakenteen ja prosessirakenteen ero organisaatiomalleina sairaalaorganisaatioiden erityistapauksessa sekä iii) Millaisia organisatorisia haasteita matriisi-/prosessimainen toimintatapa aiheuttaa sairaalaorganisaatioille?

Johtopäätöksenä teoreettisesta ja empiirisestä analyysistämme voimme suhteessa ensimmäiseen tutkimuskysymykseemme todeta, että matriisi-/prosessimaisella rakenteella on käytännössä mahdollista saavuttaa toiminnallista tehokkuutta sairaalaorganisaatioissa. Siirtyminen perinteisestä funktionaaliseen organisaatorakenteesta kohti horisontaalisia prosesseja huomioivaa rakennetta edesauttaa organisaatiota mahdollisesti mm. kehittämään sivusuuntaista viestintää, siirtämään päätöksentekoa alemmas organisaatiossa, integroimaan aiemmin erillisten yksiköiden toimintaa sekä kehittämään resurssien tehokasta käyttöä. Toisaalta horisontaalisen toiminnan roolin kasvattamisen uhkakuva on mm. organisaation monimutkaisuuden ja sisäisten ristiriitojen kasvu sekä funktionaalisen organisaatorakenteen mahdollistaman syvällisen erikoitumisen kuihtuminen. Toiminnallisen tehokkuuden saavuttaminen onkin luonnollisesti tapauskohtaista, eikä uuden organisaatorakenteen omaksuminen ole suinkaan viisastenkivi; uuden organisaatorakenteen epäonnistunut implementointi saattaa jopa johtaa tulosten heikkenemiseen.

Suhteessa toiseen tutkimuskysymykseemme olemme teoreettisessa analyysissämme todenneet

prosessiorganisaation olevan horisontaalisesti selkeästi pidemmälle viety muoto klassisesta matriisirakenteesta. Puhtaassa prosessiorganisaatorakenteessa organisaation funktiot korvautuvat horisontaalisilla ydinprosesseilla, joista jokaisen tehtävänä on vastata asiakkaan tarpeisiin. Prosessiorganisaatio mahdollistaa matriisirakennetta suuremman joustavuuden ja siten kyvyn vastata nopeasti asiakkaiden muuttuviin tarpeisiin. Prosessiorganisaatio myös selkeyttää vallankäyttöä organisaatiossa, sillä matriisirakenteelle ominaista jakautuneen johtajuuden ongelmaa ei ole – kaikki valta on prosessinomistajilla. Prosessirakenteella on myös omat ongelmansa, jotka nähdäksemme kohdistuvat juuri sairaalaorganisaatioiden kaltaisiin organisaatioihin, kuten esitämme tarkemmin seuraavaksi liittyen kolmannen tutkimuskysymyksemme johtopäätöksiin.

Sairaalaorganisaatiot ovat tyypillisesti varsin suuria ja monimutkaisia organisaatioita, mikä tekee prosessimaisen toimintatavan jo lähtökohtaisesti varsin haastavaksi. Sairaaloilla on lisäksi voimakas professioiden kanssa vuorovaikutuksessa kehittynyt ja institutionalisoinut organisaatioarkkityppi, jota on vaikea muuttaa. Puhtaana prosessirakenteen omaksuminen edellyttäisi sairaalaorganisaatioiden perinteisten funktioiden purkamista, mikä on erittäin haastava tehtävä. Toisin kuin laajasti tutkittu matriisiorganisaatorakenne, prosessiorganisaatorakenne on niin teoreettisesti kuin empiirisestikin huonosti tunnettu; rakenteen toimivuudesta sairaalaorganisaatioiden arkipäivässä ei yksinkertaisesti ole tutkimustietoa. Johtopäätöksenä kolmanteen tutkimuskysymykseemme voimme prosessirakenteen osalta todeta, että rakenne on tietyistä muodikkeudesta huolimatta paitsi toiminnallisesti melko tuntematon sairaalaorganisaatioiden tapauksessa, myös hankalasti omaksuttavissa sairaalaorganisaatioiden käytännön toimintaan. Toisin kuin prosessiorganisaation tapauksessa, matriisirakenteen osalta niin rakenteen mahdollisuudet kuin haasteetkin ovat huomattavasti paremmin tunnetut. Tulkintamme mukaan matriisirakenne soveltuu sairaalaorganisaatioille ja käytännössä monet sairaalaorganisaatiot ovat organisaatio-uudistustensa myötä myös siirtyneet tai siirtymässä kohti matriisimaista toimintatapaa.

Olemme tässä artikkelissa tarkastelleet matriisi- ja prosessimaista toimintatapaa ratkaisuna sairaalaorganisaatioiden uudelleenkehittämistarpeeseen toiminnallisen tehokkuuden näkökulmasta. Aihepiiriin liittyvää analyysiä vaikeuttaa prosessiorganisaatioihin liittyvän tutkimustiedon ohuus. Tulevai-

suudessa onkin siksi ensiarvoisen tärkeää saada kokemusperäistä tutkimustietoa prosessimaisesti toimivien organisaatioiden ratkaisuista liittyen perinteisiin erityissairaanhoidon funktioihin niin toiminnallisesta näkökulmasta kuin professioidenkin osalta. Olemme analyysissämme esittäneet matriisirakenteen luontevana ratkaisuna sairaalaorganisaatioiden rakenteelliseen kehittämiseen ja toisaalta esittäneet prosessirakenteen haasteellisuuden sairaalaorganisaatioille niin toiminnallisesta kuin symbolisestakin näkökulmasta. Olemme lisäksi Fältholmin ja Janssonin (2008) tavoin esittäneet tulkintamme sairaalaorganisaatioiden prosessiorganisaatiodiskurssin kytkeytymisestä paremminkin haluun näyttäytyä modernina ja tehokkaana organisaationa kuin aitoon prosessirakenteeseen liittyvänä toiminnallisena ratkaisuna. Toivomme jatkossa myös muiden tutkijoiden tarttuvan prosessiorganisaatioiden tematiikkaan terveydenhuollon organisaatioissa, sillä on ilmeistä, että siirtyminen prosessilähtöiseen toimintaan tulee olemaan merkittävää suomalaisessa terveydenhuollossa. Suuret muutostrendit vaativat tuekseen tieteellistä tutkimustietoa, jolloin suurimpia karikkoja voitaisiin organisaatioiden kehittämistyössä mahdollisesti välttää.

KIITOKSET

i) "Kirjoittajat haluavat esittää kiitoksensa THM Anne Kaarnasaarelle, tutkija Lauri Kokkiselle, yliassistentti Anne Konulle, tutkija Outi Simoselle, professori Elina Viitaselle ja tutkija Juha V. Virtaselle heidän kommentistaan artikkelin käsikirjoitusversioon" ja ii) "Terhi Tevameri haluaa esittää kiitoksensa Anja ja Erkki Toivasen rahastolle tämän tutkimuksen rahoittamisesta".

LOPPUVIITTEET

¹ Tarkoitamme tutkimuksessa toiminnallisella tehokkuudella organisaation toimintaan käytettyjen resurssien suhdetta toiminnan tuloksiin. Toiminnallisen tehokkuuden ollessa korkea organisaation resurssit ovat tehokkaassa käytössä. Tätä indikoivat esimerkiksi seuraavat asiat: päällekkäisten toimintojen määrä on vähäinen, yksiköiden välinen "kitka" pientä, hoidon läpimenoaika lyhyt ja toiminnan laatu, erityisesti potilastytyväisyys, sille asetetulla tasolla. Toiminnallisen tehokkuuden yhteys taloudelliseen tehokkuuteen ja potilastytyväisyyteen on ilmeinen. Toisaalta puhdas taloudellinen tehokkuus ei huomio toiminnan substantiaalista tasoa, eikä potilastytyväisyys taloudellista tehokkuutta. Toiminnallista te-

hokkuutta parantamalla sen sijaan on mahdollista samanaikaisesti kasvattaa potilastytyväisyyttä ja leikata taudellisia menoja.

² Puhuessaan tulosyksikköorganisaatiosta Virtanen ja Wennberg (2005, 138 – 144) tarkoittanevat itse asiassa funktionaalista eli toimintokohtaista rakennetta eivätkä tulosyksikkö eli divisioonarakennetta.

³ Prosessiorganisaatioista puhuttaessa on ilmeinen vaara sotkea käsitteet prosessi ja projekti. Onkin huomattava, että projektiorganisaatorakenne (ks. esim. Mintzberg 1979) ja prosessiorganisaatorakenne ovat rakenteina erilaisia ja soveltuvat erilaisiin tarkoituksiin. Hieman yksinkertaistaen voidaan todeta, että projektiorganisaatio sopii kestoltaan lyhytaikaisten ja innovatiivisten päämäärien toteuttamiseen (kuten tuotekehitykseen), kun taas prosessiorganisaatio pitkäaikaisempiin ja toistuvaluonteisiin toimintoihin (kuten valmistukseen).

⁴ Virtanen ja Wennberg (2005) esittävät matriisirakenteen variaatioina tulosyksikkölähtöisen ja prosessilähtöisen matriisiorganisaation. Larson ja Gobeli (1987) taas jakavat matriisirakenteet astetta hienojakoisemmin kolmeen luokkaan: toiminnalliseen (functional matrix), tasapainoiseen (balanced matrix) ja projektimaiseen (project matrix) matriisiorganisaatioon.

⁵ Organisaation arkkityyppi rakentuu organisaatioon kohdistuvista arvoista ja merkitysjärjestelmistä, jotka luovat yhteisen merkitysrakenteen organisaation toiminnan olemukselle (vrt. Greenwood & Hinings 1993, 1052). Organisaation arkkityyppi on luonnollisesti teoreettinen konstruktio ja siten ideaalityyppi. Käytännössä organisaatioiden todellisuus eroaa myös tässä suhteessa arkipäivän toiminnassa jossain määrin toisistaan. Toisaalta esimerkiksi juuri sairaalaorganisaatioille tunnusomaiset piirteet ovat merkitysrakenteen osalta varsin vahvat, eikä esimerkiksi lääkärityön rooli eroa sanottavasti eri yliopistollisten keskussairaaloiden välillä. Tässä suhteessa arkkityypin muutos on käsitteenä toimiva kuvattaessa prosessiorganisaatorakenteen omaksumisen seurauksena tapahtuvaa muutosta.

⁶ Sairaalaorganisaation arkkityypille on ominaista lääkäriprofession laaja autonomia ja vaikutusvalta organisaation toimintaan aina operatiivisesta tasosta ylimpään johtoon. Muuttaessaan lääkärin perinteistä erikoistumista, työnkuvaa ja työhön kohdistuvia perusoletuksia, prosessimainen toimintatapa kyseenalaistaisi toiminnallisten ja rakenteellisten muutosten ohella symbolisella tasolla myös sairaalaorganisaatioihin kohdistuvan merkitysrakenteen ja siten vallitsevan arkkityypin. (vrt. Brock 2006)

⁷ Kuviossa 2 on esitetty osa VSSHP:n Uudesta hoidon tuottamisorganisaatiota, vuoden 2006 suunnitelman mukaisesti. Kuvio on laadittu 13.11.2006 järjestetyn T-sairaala käsittelevän infotilaisuuden esitysmateriaalin pohjalta. Lähde: Tulevaisuuden sairaala, < <http://www.tyks.fi/fv4930> > haettu 13.2.2008

⁸ Kuvio 3 on laadittu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kotisivuillaan esittämän kuvion mukaiseksi. Lähde: < <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,824,2050,20759,20763> > haettu 13.8.2008.

LÄHTEET

- Ahovuo, Juhani, Tolkki, Olli, Kauppinen, Tomi, Fyhr, Nina ja Kujala, Jaakko: *Process Oriented Organisation in the Regional PACS Environment*. E.U.T. Edizioni Università di Trieste 2004, EuroPACS-MIR 2004 in the Enlarged Europe 2004, s. 481–483.
- Allcorn, Seth: Using Matrix organization to Manage Health Care Delivery Organizations. *Hospital & Health Services Administration* 35(1990): 4, s. 575–590.
- Brock, David M.: The changing professional organization: A review of competing archetypes, *International Journal of Management Reviews* 2(2006): 3, s. 157–174.
- Burns, Lawton R: Matrix Management in Hospitals: Testing Theories of Matrix Structure and Development. *Administrative Science Quarterly* 34(1989): 3, s. 349–368.
- Burns, Lawton R. ja Wholey, Douglas R: Adoption and Abandonment of Matrix management Programs: Effects of Organizational Characteristics and Inter-organizational Networks. *Academy of Management Journal* 33(1993):1, s. 106–138.
- Davis, Stanley M ja Lawrence, Paul R: Matriisiruutu on "timanttia". *Kehittyvä yritys* 1(1980): s. 4–9.
- Dixon, Maureen: Matrix organisation in health services. Teoksessa: *Matrix Management. A Cross-functional Approach to Organization*, toim. Kenneth Knight. Biddles Ltd: Surrey 1978.
- Fältholm, Ylva ja Jansson, Anna: The implementation of process orientation at a Swedish hospital. *International Journal of Health Planning and Management* in press, 2008.
- Galbraith, Jay R.: Matrix organization designs: How to combine functional and project forms. *Business Horizons* 14(1971): 1, s. 29–40
- Greenwood, R. ja Hinings, C. R. (1993) Understanding strategic change: The Contribution of Archetypes. *Academy of Management Journal* 36(1993): 5, s. 1052–1091
- Hannus, Jouko: *Prosessijohtaminen: ydinprosessien tunnistaminen ja yrityksen suorituskyky*, HM & V Research, Espoo 1993.
- Hatch, Mary Jo: *Organization Theory: Modern, Symbolic and Postmodern Perspectives*, Oxford University Press, Oxford 2006.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, kuvantamisen liikelaitos, *Liiketoimintasuunnitelma* 5.3.2003.
- HUS-röntgen vuosikertomus 2006.
- HUS-Röntgen toimintakäsikirja, (2007) luonnos nro 1.13, työversio.
- Kennerfalk, Leif ja Klefsjö, Bengt: A change process for adapting organizations to a total quality management strategy, *Total Quality Management* 6(1995): 2, s. 187–197
- Kolodny, Harvey F: Evolution to a Matrix Organization. *Academy of Management Review* 4(1979): 4, s. 543–553.

- Larson, Erik W. & Gobeli, David H.: Matrix Management: Contradictions and Insights. *California Management Review* 29(1987): 4, s. 126–138
- Lassila, Antero: Prosessijattelu mielenterveystyön kehittämisessä ja johtamisessa. *Suomen Lääkärilehti* 61(2006): 36, s. 3615–3620.
- Majchrzak, Ann ja Wang, Qianwei: Breaking the Functional Mind-Set in Process Organizations. *Harvard Business Review* 74(1996): 5, s. 93–99.
- Mintzberg, Henry: *The Structuring of Organizations*, Prentice-Hall: Englewood Cliffs, N.J. 1979.
- Parvinen, Petri, Lillrank, Paul ja Ilvonen, Karita: *Johtaminen terveydenhuollossa, käytännöt, vastuut ja valvonta*, Talentum, Tammer-Paino Oy, Tampere 2005.
- Pirttilä, Ilkka, Konttinen, Esa, Nuotio, Jukka ja Turjanmäki, Erkki *Asiantuntijuuden anatomia*, Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, Joensuu 1996.
- Rees, David W. ja Porter, Christine: Matrix structures and the training implications. *Industrial and Commercial Training*. 36(2004): 5, s.189–193.
- Rowlinson, Steve: Matrix organizational structure, culture and commitment: a Hong Kong public sector case study of change. *Construction Management and Economics* 19(2001): 7, s. 669–673
- Ryynänen, Olli-Pekka, Kinnunen, Juha, Myllykangas, Markku, Lammintakanen, Johanna ja Kuusi, Osmo: *Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi*. Esiselvitys. Tulevaisuusvaliokunta teknologian arvioin- teja 20, Eduskunnan kanslian julkaisu 8/2004.
- Saarinen Pirjo, Viinamäki Heimo, Helminen Anneli, Kaitokari Paavo, Pajula Jarmo, Penttinen Jorma, Savolainen Kalevi, Lehtonen Johannes: Parantaako prosessiorganisaatio mielenterveyspalveluja? *Suomen Lääkärilehti* 62(2007): 45, s. 4237–4241
- Shortell, Stephen M, Kaluzny, Arnold D. and Associates: *Health Care Management. A text in Organization Theory and behaviour*, John Wiley & Sons 1988.
- Sy, Thomas ja Côté, Stéphane: Emotional intelligence. A key ability to succeed in the matrix organization. *Journal of Management Development* 23(2004): 5, s.437–455.
- Sy, Thomas ja D’Annunzio, Laura Sue: Challenges and Strategies of Matrix Organizations: Top-Level and Mid-Level Managers’ Perspectives. *Human Resource Planning* 28(2005): 1, s. 39–48.
- Södergård, Hans: Sosiaali- ja terveysala käännekohtas- sa. Yksityisen ja kolmannen sektorin perusanalyysi ja kehittämisen suuntaviivat, Yliopistopaino, Helsinki 1998.
- Taipale, Maria: *Työnjohtajasta tiimivalmentajaksi – Ta- paustutkimus esimiehistä tiimien ohjaajina ja peda- gogisina johtajina prosessiorganisaatiossa*, Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere 2004.
- Talja, Heli: *Asiantuntijaorganisaatio muutoksessa*, VTT Publications 620, Edita Prima Oy, Helsinki 2006.
- Terveydenhuollon trendit 2004*. STAKES, SVT Terveys 2004. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- T-sairaalan toiminnallinen suunnitelma* 16.5.2006. Var- sinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Turun yliopistollinen keskussairaala 2006.
- T-sairaalaan uudet hoitoprosessit*. Tiedote sairaanhoito- piiriin talousjaoston kokouksesta 18.9.2007. Turun yliopistollinen keskussairaala 2007.
- Varsinais-suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2007–2015*. Sairaanhoitopiirin valtuuston hyväksymä 21.11.2006 / 16 §.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Halli- tus § 129–141. *Pöytäkirja Nro 8 / 18.9.2007*.
- Virtanen, Juha V. ja Kovalainen Anne: Lääkärien ja hoita- jien linjaorganisaatiot käytännön johtamisen näkökul- masta. *Suomen Lääkärilehti* 61(2006): 33, s. 3247– 3252.
- Virtanen, Petri: *Houkutteleva työyhteisö*. Edita Prima Oy, Helsinki 2005.
- Virtanen, Petri ja Wennberg, Mikko: *Prosessijohtaminen julkishallinnossa*, Edita, Helsinki 2005.
- Vuori, Jari toim: *Terveys ja johtaminen. Terveyshallinto- tiede terveydenhuollon työyhteisöissä*. WSOY, Helsinki 2005.
- Wiili-Peltola, Erja: *Sairaala muutosten ristipaineessa*. HAUS kehittämiskeskus Oy. Savion Kirjapaino Oy, 2005.