

# Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisen prosessimalli, esimerkkinä Lahti

*Kari Korhonen, Riku Santala, Pekka Utriainen & Ritva Teräväinen*

## ABSTRACT

In Lahti it was decided that cost cutting in its traditional sense and rationalisation measures without a clear framework for development and clearly set objectives had come to its end. Management of Lahti decided to launch a comprehensive program for the development of the secondary health care and welfare services. In Lahti region the death rate due to illnesses, for which a normal person of over 65 years of age should not die, is higher than normal. When analysed in more detail, it was discovered that socio-economic factors were the cause of these premature deaths. Because of this, it was decided that it is crucial to start developing the services in co-operation with the service providers in both health care and welfare sectors. This study analyses the aims and the realisation of the development project carried out in Lahti's secondary health care and welfare services.

## MIKSI SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMESSA TARVITAAN KEHITTÄMISTYÖTÄ

Kunnan sosiaali- ja terveystoimen organisaatioita on yhdistetty valtakunnallisten suositusten mukaisesti monessa kunnassa 1980-luvulta lähtien. Yhdistämiset eivät kaikilta osin ole onnistuneet eikä sosiaali- ja terveystoimen henkilökuntaan ole löytänyt helposti yhteiselle organisaatiolle yhteistä työskentelymallia, yhteistä tulevaisuuden tavoitetta. Työskentelykulttuuri on sosiaali- ja terveystoimen organisaatioissa poikennut huomattavasti toisistaan, mikä on vaikeuttanut hyvien yhteistyömallien löytämistä. Valtakunnallisissa linjauksissa kunnan sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen on edelleen tavoitteena (esim. Sosiaali- ja terveysministeriö 1998 ja 2000).

Lahten kaupungin sosiaalitoimi ja terveyskeskus yhdistettiin yhteiseksi sosiaali- ja terveysvirastoksi vuoden 1993 alusta lukien. Sosiaali- ja terveystoimien virallisesta yhdistymi-

sestä huolimatta organisaatiossa sosiaali- ja terveystoimi jäivät itsenäisiksi palvelutuotantoyksiköiksi. Organisaatioiden yhdistyessä sosiaali- ja terveyslautakunnat yhdistettiin yhteiseksi sosiaali- ja terveyslautakunnaksi. Uudelle virastolle nimettiin yhteinen vetäjä, sosiaali- ja terveystoimen johtaja. Muuhun toimintaan ei organisatorinen yhdistyminen ulottunut. Sosiaali- ja terveystoimen yhteistyössä jatkettiin entistä erillisten yksiköiden toimintamallia. Erillisten yksiköiden toimintamallilla ei pystytty vaikuttamaan sosioekonomisten tekijöiden aiheuttamaan sairastavuuden tai kuolleisuuden pienentämiseen. Sekä sosiaali- että terveystoimi oli jaettu neljään samaan eri maantieteelliseen alueeseen.

Lahten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne on edullinen. Palveluiden tuotantomallit ovat olleet perinteisiä ja laitოსvaltaisia. Vanhoilla palveluiden tuotantomalleilla oli pärjätty 1990-luvun puoliväliin asti varsin hyvin.

Lahten väestörakenteen vanhentuessa, laman iskiessä 1990-luvulla, työttömyyden kivuttua yli 20 %:n, yksihuoltajaperheiden määrän noustua Helsingin kanssa samalle tasolle, sosiaalisten ongelmien lisääntyessä lasten ja nuorten keskuudessa, päivähoidon ja toimeentulon resurssitarpeen voimakkaasti kasvaessa, oli tultu tilanteeseen, jossa vanhoilla toimintamalleilla kustannusrakenne pyrki kasvamaan voimakkaasti.

1990-luvulla kehittämisen pääpaino oli keskittynyt terveyspalveluissa erikoissairaanhoidon hallinnollisen aseman rationalisointiin ja sosiaalitoimessa päivähoito- ja toimeentulokysymysten ratkaisuun. Lahten sosiaali- ja terveystoimen toimintamalli muotoutui kustannuksiltaan hieman keskimääräistä edullisemmaksi. Mutta kun saman aikaisesti Lahten kaupunkia koetteli lama, kaupungin käytettävissä olevista vero- ja valtionosuusmarkoista kului sosiaali- ja terveystoimen palveluiden järjestämiseen resursseja suhteellisesti enemmän kuin aikaisemmin. Pienempiä organisaatiomuutoksia ja juustohöylää käytettiin useita vuosia kustannusten hallintaan. Lopulta oli tultu siihen pisteeseen, että palvelutuotannon

tason pelastamiseksi ei ollut muuta mahdollisuutta kuin lähteä ideoimaan uusia tehokkaampia palvelutuotannon malleja.

Lahden sosiaali- ja terveystoimen uusia palvelurakenteen kehittämisen ideoita oli työ- tettu aktiivisesti eri toiminta-alueilla jatkuvasti. Erilaisia kehittämistoimenpiteitä oli toteutettu projekteina, oli kokeiltu tulosjohtamista, strategia- johtamista, "laadukasta terveyskeskusta", laatury- hmiä, oman organisaation useita työryhmiä. Olennaista kuitenkin oli se, että ideointi kohdis- tui johonkin yksittäiseen toimintaan tai palvelu- järjestelmän osaan. Varsinaista kokonaisraken- teen kehittämisen ideointia, sellaista jossa olisi samanaikaisesti mietitty sekä sosiaali- että terveystoimen palveluita, ei ollut tehty.

Edullisuudestaan huolimatta lahtelaiset eivät kaikilta osin olleet tyytyväisiä sosiaali- ja terveys- toimen organisaation tuottamiin palveluihin. Pa- himmat ongelmat olivat jatkuvat viikkojen jonot lääkärin vastaanotolle, kotihoidon erilaiset toimintamallit kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa, vanhusten avohoidon tehottomuus ja sosiaali- työntekijöiden palveluiden huono saatavuus.

Lahden sosiaali- ja terveystoimisto tuotti omat kehittämissuunnitelmansa erillisenä sekä terveystoimesta että sosiaalitoimesta vuonna 1998. Vi- raston sisällä tehdyt kehittämissuosittukset olis- vat suunnanneet toimintaa hallinnollisesti vielä aikaisempaa eriytyneempään suuntaan. Yhteinen sosiaali- ja terveystoimiston organisaatio ei ollut hallinnollisesti todella yhdessä ennen sitä- kään, koska yhteisen johdon ja taloustoimiston lisäksi palveluita tuotti hallinnollisesti ja taloudel- lisesti toisistaan erillään olevat sosiaalitoimi ja terveystoimi. Vaikka sosiaali- ja terveystoimen organisaatiot olivat virallisesti yhdessä, varsinainen toiminnallinen yhteistyö tapahtui yksittäisten asiakkaiden asioiden parissa työskentelevien asiantuntijoiden kesken ja sellaisessa laajuudes- sa kun nämä asiantuntijat itse katsoivat tarpeelli- seksi. Organisaatiomalli ei tukenut yhteisen tie- totaidon mahdollisimman tehokasta hyödyntä- mistä. Ennen kaikkea tämä tuli esiin avo- palveluissa, jossa käytettävissä oleva henkilökun- taresurssi ei pystynyt vastaamaan perinteisellä palvelurakenteella kaikkeen palvelukysyntään, jonot palveluiden piiriin kasvoivat lähes joka alu- eella.

Poliittiset päättäjät, ja useat muut asiantunti- jat, eivät suoraan uskoneet Lahden ongelmien johtuvat yhdistyneestä organisaatiosta, vaikka

tämä on ollut muuallakin käytetty perustelu sosi- aali- ja terveystoimen yhteisten organisaatioiden purkamiselle.

Lahden kaupunginhallitus päätti pyytää tarjo- ukset ulkopuolisesta konsultoinnista syksyllä 1998. Tarjouksessa konsultoinnin kohteeksi mää- riteltiin ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuol- lon avopalvelut ja avopalveluiden organisointi niin, että palvelukysyntään pystytään vastaamaan nykyistä paremmin. Hallituksen tavoitteena oli samalla myös alentaa nopeasti palvelutuotantoon kuluja resursseja. Konsultoinnin ulkopuolelle jäivät terveystoimen laitoshoido ja erikois- sairaanhoito kokonaisuudessaan.

Tarjousten perusteella Lahden kaupunginhal- litus valitsi konsultti tehtävään KPMG Consulting Oy:n, joka aloitti konsulttityön marraskuussa 1998. Konsulttityön alunperin piti pitää sisällään vain vuoden 1998 loppuun mennessä tuotetta- van nykytilanteen kartoituksen kehittämis- ja kus- tannusten säästöehdotuksineen. Kaupunginhal- lituksen ensimmäinen toimeksianto koski lähin-nä perinteistä lineaarisen muutoksen toteuttamis- ta, mutta heti alkukartoituksessa todettiin viras- ton oman henkilökunnan ja konsultin toimesta yhdessä, ettei toivottuihin tavoitteisiin päästä eli- lei muutosta toteuteta selektiivisenä, laajempa- na strategisena, valintoihin perustuvana oppivana muutoksena (ks. esim. Hyyppä ja Isohanni 1998). Konsulttityötä laajennettiin nykytilanteen kartoit- ksesta palvelutuotannon muuttamiseen tammi- kuussa 1999. Lahden kaupungin sisäisessä kes- kustelussa säästöprojekti muutettiin samalla kehittämisprojekti.

## ERILAISIA TAPOJA TOTEUTTAA MUUTOS - UUSI KOKONAISEKHEITTÄMISEN IDEA

Muutosta sosiaali- ja terveystoimessa voidaan lähestyä monesta eri näkökulmasta ja valita kul- loinkin tilanteeseen parhaiten sopiva lähestymis- tapa. Eri lähestymistapoja tarjoavat esimerkiksi elämänkaarimalli, teleologinen selitysmalli, evoluutiomalli sekä radikaali muutos (Barnard 1953, Ford-Ford 1994, Van de Ven-Poole 1993).

Elämänkaarimallissa muutos voidaan kuvata sosiaali- ja terveystoimen yksikön kehityskaareksi perustamisesta kasvuun, kypsymiseen ja lakkaa- miseen. Johonkin päämäärään tähtäävä eli teleologinen selitysmalli näkee muutoksen syklinä, jossa tavoitteiden asettaminen, toteutta-

minen ja arviointi seuraavat toistaan. Opimiseen pohjautuvan arvioinnin perusteella muokataan uusia tavoitteita päämäärän saavuttamiseksi. Evoluutiomalli pohjautuu toistuvaan ketjuun, jossa toinen toistaan seuraavat uusien toimintamallien muuntelu, valinta ja säilyminen. Evoluutioketjussa vain parhaimmat valikoituvat pitkillä tähtäimellä.

Radikaali muutos tarkoittaa erityistä muutosprosessia, joka on mullistava, ei rutiinomainen ja vaikutuksiltaan laaja, joka muuttaa syvällisesti organisaation olemusta, mutta joka on johdettavissa. Sosiaali- ja terveystoimen toimintaa tarkastellaan ennakkoluulottomasti uudelleen usein täysin vanhasta toimintatavasta riippumattomasta näkökulmasta. Oleellista on, että radikaali muutos ei tyydy pelkästään poistamaan tai karsimaan vanhaa. Ennen kaikkea radikaali muutos luo uutta kiinnittymättä liikaa vanhoihin ajattelutapoihin, prosesseihin ja rakenteisiin. Organisaatio siirtyy vanhasta toimintatavasta erilliselle kehityksen ja toiminnan tasolle.

Sosiaali- ja terveystoimen radikaalissa muutoksessa ei ole kyse jonkin korjaamisesta, parantamisesta tai kierrosnopeuden lisäämisestä vaan ennakkoluulottomasta uudelleen aloittamisesta ja uuden luomisesta. Prosessien ja rakenteiden uudelleen-suunnittelu tähtää tuottamattomien resurssien uudelleen suuntaamiseen niihin toimintoihin, jotka tuottavat asiakkaalle lisäarvoa ja sitä kautta parempaa tulosta sidosryhmille.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa jatkuva muutos on keskeinen piirre niin yksityisellä kuin julkisella sektorillakin. Organisaatioiden on hallittava muutosprosessi ja mukauduttava sisäisesti nopeammin ja tehokkaammin kuin, mitä niiden toimintaympäristö muuttuu. Muussa tapauksessa sosiaali- ja terveystoimen palveluiden järjestämisessä todennäköisesti kohdataan ongelmia, koska palvelut ja palveluiden tuottamistapa ei kehity kysynnän mukaan. Muutoksen hallitusta johtamisesta onkin muodostumassa keskeinen osa organisaatioiden jokapäiväistä toimintaa. Organisaatioiden on kyettävä itse johtamaan itseään, tunnistettava signaalit ympäristön muutoksista ja muututtava tämän mukaisesti.

Sosiaali- ja terveystoimessa muutosprojektit on perinteisesti toteutettu yksittäisten toimintojen, rakenteiden ja systeemien inkrementaalisenä muutosprosessina lähinnä evoluutiomallin mukaisesti (Tichy 1983; Pettigrew 1985). Muutoksia on yritetty toteuttaa myös pelkästään numero-

aineistoa analysoimalla. Muutosprojekteista kaikkein menestyksellisimmät ovat päätyneet poikkeuksetta uusien toimintamallien, rakenteiden, järjestelmien ja uudenlaisen osaamisen luomiseen. (Martola-Santala 1997)

Palveluprosessien kehittäminen nykyistä paremmaksi vaatii perinteisen funktionaalisen reivi-ajattelutavan kyseenalaistamisen, näin myös sosiaali- ja terveystoimessa. Funktionaalinen reivi-ajattelu on pahimmillaan johtanut kapealaisyksiin ja epämotivoiviin työtehtäviin, oman valta-piirin puolustamiseen, byrokraattisuuteen ja sitä kautta tehottomuuteen. Sosiaali- ja terveystoimessa on ollut tapana organisoitua pelkästään tuotantolähtöisesti tehtävien mukaan sektoreille ja edelleen sektorikohtaisille funktioille. Etenkin palvelutuotannon sitominen palveluiden kysyntään nykyistä enemmän markkinaohjautuvasti on koettu ainakin sairaalaorganisaatiota koskevissa tutkimuksissa ongelmaksi (Lehti ym. 1995). Ongelmaksi sektorioorganisaatioissa muodostuu se, että kukaan ei tunne omaksi tehtäväkseen johtaa sektoreiden ja osastojen läpi leikkaavia palveluketjuja ja asiakasprosesseja, joiden kautta syntyy lopullinen asiakkaan saaman palvelun lisäarvo.

Perinteinen sektoritoimintamalli takaa toiminnalle paremman ennustettavuuden, koska se reagoi muutoksiin hitaasti ja usein ulkopuolisen ohjauksen velvoittamana (Eklund 1994). Sektorimalli on ollut myös poliittisille päättäjille miellyttävämpi toimintamalli, sillä nopeamman reagointikyvyyn omaavan organisaation toiminnalliselle johdolle on annettava lisää toimintavapautta ja mikä samalla vähentää poliittisten päättäjien mahdollisuutta vaikuttaa palvelun tuotantoon (Möttönen 1997). Pelkkää päätösvaltaa toimintalinjoista ilman valtaa päättää toiminnan toteutuksesta, eivät kaikki poliittiset päättäjät pidä riittävänä (Möttönen 1997).

Lahden sosiaali- ja terveystoimen uudenaikaisessa ajattelussa sektoreiden, osastojen ja funktioiden evolutionäärisen muuttamisen tai muuntumisen sijaan on toteutettu radikaali muutos keskittyen asukaslähtöisesti palveluketjujen ja palveluprosessien sekä näitä tukevan päätöksenteon kehittämiseen. Sosiaali- ja terveystoimen palvelu koostuu horisontaalisista palveluketjuista ja -prosesseista, jotka ovat keskenään loogisessa riippuvuussuhteessa ja joiden tarkoituksena on tyydyttää kunnan asukkaiden tarpeita.

## MUUTOSALUEIDEN TASAPAINO

Muutos voidaan jakaa organisaation sisäiseen ja ulkoiseen ympäristöön. Muutoksen yhteydessä eri alueet kuten arvot ja kulttuuri, johtaminen, visiot ja tavoitteet, rakenteet, henkilöresurssit sekä prosessit ja tietotekniikka pyritään saamaan tasapainoon, koska ne ovat toisistaan riippuvaisia (vrt. esim. Elsass-Veiga 1994; Whipp et al. 1988). Pyrkimyksenä on, että organisaatiokulttuuri on yhdenmukainen rakenteiden ja henkilöresurssien suunnitteluun liittyvien ratkaisujen kanssa. Organisaatiokulttuuri esimerkiksi saattaa kannustaa itsenäiseen ja luovaan ongelmanratkaisuun tiimeissä. Tällöin toiminta voidaan organisoida hierarkkisen rakenteen sijasta joustaviksi virtuaali- tai työtiimeiksi ja prosessien osana oleville tiimien jäsenille annetaan riittävästi päätöksentekovaltaa. Ristiriidat voivat johtaa tehottomuuteen.

## JOHTAMISKULTTUURIN MUUTOS JULKISELLA SEKTORILLA

Johtamiskäytännöllä on keskeinen asema toimintatavan muuttamisessa varsinkin silloin, kun sosiaali- ja terveystoimen organisaatiosta tehdään yhä enemmän henkilökohtaista vastuuta ottava organisaatio. Prosessiorganisaatiossa johtaminen on liike- ja palvelutoimintaa mahdollistavaa koordinoitua yhdessä tekemistä. Sitoutunut organisaation johto esimerkiksi huolehtii riittävien resurssien olemassaolosta ja näyttää selkeän suunnan, mutta jättää yksityiskohtien suunnittelun ja toteuttamisen yksilöille ja tiimeille. Johdon on itsensäkin muututtava ja toimittava samalla visionäärisen valmentajan roolissa (Martola - Santala 1996).

Joskus on ajateltu, että organisaatiossa ihmiset jakautuvat hanttiinpanijoihin, perässätulijoihin, mukaanlähtijöihin ja edelläkävijöihin. Tällainen ajattelu helposti johtaa siihen, että organisaatiossa on hyödynnetty vain osa ihmisten resursseista. Käytännössä ihmiset ovat saattaneet kuitenkin toteuttaa luovaa ajatteluaan erityisesti vapaa-aikanaan, koska heille ei ole suotu työssä siihen mahdollisuutta. (Blanchard-Waghorn 1996)

Mikäli organisaation johto suhtautuu työntekijöihin hanttiinpanijoina ja perässätulijoina, on vaikea saada aikaan todellista muutosta. Näin

ajateltaessa työntekijöille ei anneta aitoa vastuuta ja mahdollisuutta oman työnsä itse-ehtoiseen kehittämiseen ja tulevien muutostarpeiden näkemiseen. Tällöin hukataan suuri määrä asiantuntevia ja luovia resursseja, jolloin muutoksetakin tulee työntekijälle ulkoinen, pelkästään organisaation johdon ajama asia. Muutos ei ole puoleensavetävä, työntekijän itsensä omistama asia, jonka suunnitteluun ja toteuttamiseen hän itse henkilökohtaisesti osallistuisi. Pahimmassa tapauksessa muutosprosessissa organisaation johto ja työntekijät voivat olla jopa vastakkain erilaisine näkemyksineen muutoksen tavoitteista ja toteuttamistavasta.

Johdon suhtautumisella organisaation resursseihin on keskeinen merkitys muutoksen onnistumisessa. Nykykäsityksen mukaan muuntumiskykyisessä organisaatiossa ihmiset jakautuvat mieluummin nykyisen toiminnan kehittäjiin ja uuden toiminnan luojaan. (Blanchard-Waghorn 1996)

Organisaation elinvoimaisuuden kannalta oleellista on se, että organisaatiossa on osaavia resursseja molemmissa ryhmissä. Usein suurin osa henkilöstöstä on valmis panostamaan nykyisen toiminnan kehittämiseen. Kuitenkin huomattava osa henkilöstöstä on valmis panostamaan myös isoon, uutta luovaan muutokseen. Radikaalin muutoksen näkökulmasta molemmat ryhmät ovat tärkeitä: uuden toiminnan luoja eli tulevan muutostarpeen näkijät sekä nykyisen toiminnan kehittäjät, joiden yhteistyön ansiosta organisaatio kehittyy toimintaa jatkuvasti parantamalla ja tarpeen tullen radikaalisti muuttamalla.

## KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTTAMINEN LAHDESSA

Lahden sosiaali- ja terveystoimessa toteutettu kehittämistyö jaettiin seuraaviin vaiheisiin (KPMG 1998):

- 1) alustavan vision ja projektin tavoitteiden määrittäminen
- 2) nykytilanteen analyysi
- 3) vision täsmentäminen, kriittisten menestystekijöiden ja muutostavoitteiden määrittäminen
- 4) uusien toimintamallien suunnittelu
- 5) uusien toimintamallien käyttöönotto

Alustavan vision ja projektin tavoitteiden määrittäminen Alustavan vision määrittämisen ja projektinhallinnan suunnittelun tarkoituksena on vastata sosiaali- ja terveystoimen ympäristön synnyttämään muutostarpeeseen ja tehdä muutosprosessista systemaattinen.

Suunnitelmallisuuden tärkeyttä on usein korostettu, mutta toisaalta yksityiskohtiin menevää suunnittelua voidaan pitää mahdottomana tai ainakin hyvin vaikeana ja samalla turhanakin tavoitteena. Visio, jota kohden aiotaan kulkea, täytyy kuitenkin olla alustavasti määriteltynä. Toisaalta muutokseen osallistuvilta edellytetään myös epävarmuuden sietokykyä. Tärkeää on nähdä se, mitkä asiat tulevat muuttumaan toiminnallisesti ja mitä veronmaksajat ja asiakkaat saavat projektin lopputuloksena. Toisin sanoen on tiedettävä se, kuinka maailma muuttuu projektin seurauksena. Yksityiskohtiin ja toteuttamistapaan saadaan vastaukset projektin kuluessa. (Martola-Santala 1997)

Lahden sosiaali- ja terveystoimessa alustavan vision määrittely toteutettiin korkean tason nykytilanteen arvioinnilla projektin ensimmäisen kuukauden aikana. Projektin painopistealueiden löytämiseksi haastateltiin johtavat virkamiehet ja henkilökunnan muut edustajat seuranta-järjestelmien, tunnuslukujen sekä organisaatioiden toimivuuden ja yhteistyön analysoimiseksi. Lisäksi tutustuttiin aiemmin tuotettuun kirjalliseen aineistoon, toteutettiin tilastolliset analyysit sekä bench markkaus vertailuorganisaatioihin. Edelleen projektin ensimmäisessä vaiheessa laadittiin sosiaali- ja terveystoimen kaikista toimintoista toimintoluettelo ja toimintolaskentaa soveltaen analysoitiin resurssien käyttö ja kohdistuminen sosiaali- ja terveystoimen eri toimintoille toimintoryhmätasolla. Näin nähtiin alustavasti se, käytetäänkö sosiaali- ja terveystoimen resurssit asiakkaan palvelemisen kannalta keskeisimpiin asioihin. Tulokset analysoitiin ja tulosten perusteella tehtiin lopullinen päätös kehittämisprojektin painopistealusta. Tulokset osoittivat, että Lahden sosiaali- ja terveydenhuollossa voitiin parantaa sekä kustannustehokkuutta että palveluiden laatua. (KPMG 1998)

### *Nykytilanteen analyysi*

Nykytilanteen analyysivaiheen tarkoituksena on muutostarpeen ja muutoskohteiden täsmentäminen. Nykytilanteen analyysi toimii muutoksen

lähtökohtana. Analyysit ja niiden pohjalta käytävät avoimet, yhteiset keskustelut sosiaali- ja terveystoimen organisaation eri ryhmien kanssa osoittavat mahdollisimman objektiivisesti nykytilanteen vahvuudet ja heikkoudet ja luovat samalla muospainetta ja toisaalta aidon halun parantaa toimintamalleja.

Nykytilanteen analyysivaiheeseen osallistuvat kaikkien organisaation ryhmien edustajat. Objektiivinen ja avoin toimintojen ja toimintoketjujen analyysi osoittaa uskottavasti ja kiistattomasti muutostarpeen olemassaolon. Avoimuus ja objektiivisuus lisäävät samalla projektin ja sen käynnistäjien uskottavuutta. Johdon ja muiden työntekijöiden sitoutuminen alkaa jo tässä vaiheessa, koska he kaikki osallistuvat henkilökohtaisesti muutostarpeen analysointiin. (Santala 1996) Nykytilanteen analyysiin kuuluu eri vaiheita, joita Lahdessa olivat:

- 1) keskeisimpien palveluketjujen ja -prosessien kuvaus ja analysointi
- 2) toimintoluettelon laatiminen sosiaali- ja terveystoimen toiminnoista toimintotasolla
- 3 nykyisen resurssikäytön analysointi toimintoluettelo ja toimintolaskentaa soveltaen
- 4) nykyisen osaamisen, rakenteiden, arvojen ja tietojärjestelmien käytön analysointi
- 5) sosiaali- ja terveystoimen omien kehittämisryhmien ohjatun työskentelyn käynnistäminen
- 6) tuloksia analysoitiin projektin johtoryhmässä
- 7) tuloksista tiedotettiin ja vaihdettiin näkemyksiä koko henkilöstön seminaareissa

Resurssikartoituksessa sosiaali- ja terveystoimen resurssien käyttöä analysoitiin toimintoittain ajankäyttöselvityksen pohjalta. Tuloksena saatiin toiminto- ja prosessi-kohtainen resurssikartoitus henkilötyövuosina, henkilöinä ja markkoina ilmaistuna. Resurssikartoitus kertoo miten paljon tietyn toiminnon tekeminen kuluttaa resursseja koko organisaatiossa riippumatta siitä, missä organisaation osassa toimintoa tehdään. Lisäksi nähdään esimerkiksi se, kuinka monta henkilöä kyseistä toimintoa tekee. Tuloksia tarkasteltiin vain koko organisaation näkökulmasta. Yksittäisen henkilön ajankäyttöä ei analysoitu. (vrt.Lumijärvi-Kiiskinen-Särkilähti 1995)

Ajankäyttöselvitykset näyttävät konkreettisesti ja usein kiistattomasti sen, mihin resurssit kuluvat ja keskitytäänkö olennaiseen, asiakkaalle lisäarvoa tuottavaan toimintaan.

Analyyysien ja muutostavoitteiden muuttaminen faktoiksi ovat olennainen osa onnistunutta muutosta. Tosiasioihin perustuvaa muutostarvetta ei voida eikä halutakaan kieltää pelkästään subjektiiviseen, henkilökohtaiseen mielikuvaan perustuvalla näkemyksellä. Muutoksen tarpeellisuuden arviot perustuvat tällöin enemmän tai vähemmän kiistattomiin faktoihin. Muutoksille haetaan aidosti todellisia perusteita. (Martola-Santala 1997)

Visio, kriittiset menestystekijät ja muutostavoitteet Sosiaali- ja terveystoimen uusien toimintamallien kehittäminen aloitettiin muokkaamalla ensin sosiaali- ja terveystoimen yhteinen visio. Visiosta johdettiin sen jälkeen kriittiset menestystekijät. Sosiaali- ja terveystoimen prosessien uudelleensuunnittelun ajatuksena oli organisaation strategian ja sen edellyttämän muutoksen yhteensovittaminen.

Suunnitelmallisuus ja selkeän vision laadinta ovat erittäin kriittisiä kehittämisprojektin onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä. Selkeään visioon perustuva suunnitelmallisuus lisää onnistumisen todennäköisyyttä. Visionon tulisi liittyä näkemys muutostoihin, mutta se ei saa muodostaa liian kapea-alaista putkea, jonka läpi suurta muutosta tarkastellaan. (KPMG 1998, Santala 1996)

Selkeässä visiossa on olennaista se, että ihmiset tuntevat vision omakohtaisesti konkreettiseksi, hyväksyttäväksi ja kaikille yhteiseksi. Siksi eri organisaatioryhmien osallistuminen visiointiin ja ennen kaikkea konkreettisten suunnitelmien laadintaan korostui Lahden sosiaali- ja terveystoimen muutoksen yhteydessä.

Visio rakentuu yrityksen olemassa olon tarkoituksesta (missio), toimintamalleista (strategia) ja kulttuurista. Organisaation tehtävän ja sen perimmäisen tarkoituksen tulisi vedota henkilökohtaisella tavalla eli yhdistää organisaation ja sen eri henkilöstöryhmien henkilökohtaiset arvot ja päämäärät ymmärrettävällä tavalla toisiinsa. Lisäksi mission tulisi olla riittävän haastava ja erottaa organisaatio muista vastaavista sosiaali- ja terveystoimen organisaatioista. Strategia kertoo sen, kuinka missio voidaan saavuttaa. Kulttuuri määrittelee organisaatiossa arvokkaiksi koetut asiat, toimintamallit ja johtamistavan. Organisaation kulttuuri toimii ohjenuorana, joka kertoo, mitä henkilöltä odotetaan. Organisaation jäsenen tulisi kokea organisaation arvot henkilökohtaisesti omikseen ja itselleen sopiviksi. (Lipton 1996, Santala 1997)

Vaikka visio on suuntautunut tulevaisuuteen, se puetaan sanoiksi nykyhetken sidotuin termein. Visio kertoo siis myös sen, mitä tällä hetkellä voidaan tehdä, jotta päästään tulevaisuuden tavoitteeseen. Visio kuvataan ytimekkään, julkisen visiolauseen avulla, joka antaa organisaatiolle yhtenäisen suunnan ja rungon toimenpiteiden suunnittelulle pitkällä tähtäimellä.

Lahden sosiaali- ja terveystoimen visioksi määriteltiin seuraavaa: "Olemme vastuullisia ja tekeviä asiantuntijoita. Edistämme kehittyvillä palveluillamme lahtelaisten hyvinvointia ihmisarvoa kunnioittaen, asukaslähtöisesti, oikeudenmukaisesti ja tuloksellisesti. Haluamme olla paras."

Vision määrittelyssä käytettiin metodina Balanced Scorecardia eli niin sanottua tasapainotettua mittaristoa (ks. Kaplan-Nolan 1996). Balanced Scorecardin mukaisesti Lahden sosiaali- ja terveystoimen visio pohjautuu Lahden sosiaali- ja terveystoimen ulkoisiin odotuksiin ja sisäisiin valmiuksiin seuraavasti:

#### Ulkoiset odotukset

- 1) omistajan eli veronmaksajien ja kunnan johdon odotukset
- 2) asiakkaiden odotukset

#### Sisäiset valmiudet joilla odotuksiin vastataan

- 3) prosessit, rakenteet ja järjestelmät
- 4) organisaation ja sen jäsenten uuden toimintamallin mahdollistava oppiminen

Vision ulkoiset odotukset täsmennettiin asiakkaiden, "omistajien" eli kunnan edustajien odotusten pohjalta osallistujien yhteisessä seminaarissa. Puhuttelevan ja konkreettisen vision, kriittisten menestystekijöiden ja haastavien tavoitteiden rakentaminen edellytti johdolta näkemystä sosiaali- ja terveystoimen toimintaympäristöstä ja sisäisistä valmiuksista. Tämän lisäksi konkreettisen vision rakentaminen edellytti koko organisaation läpäisevää, yhteistä näkemystä eri osien ja yksittäisten työntekijöiden avaintehtävistä ja osaamisesta.

Edelleen samassa seminaarissa määriteltiin sosiaali- ja terveystoimen kriittiset menestystekijät. Kriittiset menestystekijät ovat asioita, jotka sosiaali- ja terveystoimen on toteutettava saavuttaakseen tavoitteensa. Ne ovat asioita, joissa on oltava erinomaisia ja jotka täytyy tehdä erinomaisesti. Ne ovat asioita, joiden mukaan asiakas ja "omistajat" mittaavat toiminnan erinomaisuutta. Kriittiset menestystekijät ovat stra-

tegia- ja asiakaslähtöisiä, mitattavissa olevia sekä määriteltäviä niin yksityiskohtaisesti, että voidaan selvästi nähdä, mitä ne edellyttävät toiminnallisesti organisaatiolta ja prosesseilta.

Kriittisten menestystekijöiden määrittäminen edellytti, että asiakkaan ja sidosryhmien tarpeet konkretisoitiin. Työntekijöiden on jatkossa entistä paremmin tunnettava omistajan sekä asiakkaan odotukset ja se, kuinka sosiaali- ja terveys-toimi näihin odotuksiin vastaa. Myös päätösten syy-seuraus-suhteet on tunnettava, jotta voidaan tehdä järkeviä päätöksiä. Kunkin työntekijän on omakohtaisesti hallittava nämä odotukset ja tunnettava syy-seuraus-suhteet. Lisäksi kunkin tulee taitaa toimintamallit, joilla omistajan ja asiakkaan tarpeet tyydytetään sekä varmistettava itselleen sellainen ydinosaaminen, että tarpeiden tyydyttäminen on mahdollista myös tulevaisuudessa. Kolmanneksi kriittisten menestystekijöiden mittaamiseksi on oltava olemassa yksiselitteiset mittarit kaupunki-, prosessi-, yksikö-, tiimi- ja kunkin henkilökohtaisella tasolla. Näiden mittareiden kautta saadaan sekä laadulliset että määrälliset kriteerit ja mittalukemat, joiden avulla vision onnistumista voidaan mitata käytännössä.

### *Uusien toimintamallien suunnittelu*

Uusien toimintamallien suunnittelu organisoitiin prosessien kehittämissuunnitelmiin ja työryhmiin, jotka tukivat tuloksillaan prosessiryhmien työskentelyä. Eräillä kehittämissuunnitelmissa oli vielä tämän lisäksi itsenäisiä tavoitteita esimerkiksi ruokahuollon, siivouksen, päivähoiton järjestämisen, lastensuojelun ja vammaisten asumispalveluiden osalta. Uusien toimintamallien suunnittelun tavoitteena oli sosiaali- ja terveystoimen uuden toimittavan määrittämien ja muutostoimenpiteiden konkretisointi. (KPMG 1998) Organisaation sisällä muodostetut, avainhenkilöistä koostuvat ryhmät määrittivät organisaation johdon asettaman muutosvision, kriittisten menestystekijöiden ja muutostavoitteiden mukaiset optimiprosessit ja täsmensivät niiden edellyttämät muutostoimenpiteet erityisesti asiakkaan palveluohjauksen ja kotihoidon osalta. Myös erillisten kehittämissuunnitelmien ohjenuorana ja punaisena lankana toimi vision ja kriittisten menestystekijöiden asettamisvaiheessa asetetut tavoitteet. Näin voitiin varmistaa projektin systemaattinen

eteneminen ja eri osaprojektien toisiaan tukevat ja tavoitteiden kannalta yhdenmukaiset tulokset. (ks. Kaplan-Nolan 1996).

Prosessityöryhmiin osallistuivat kaikkien kyseisen toiminnan kannalta keskeisten henkilöstöryhmien edustajat. Lisäksi erikseen organisoidut kehittämissuunnitelmat kehittivät uusia toimintamalleja ja välittömästi toteutettavia toimenpiteitä nykytilan analyysin ja kehittämisen aikana avautuneiden muutosmahdollisuuksien perusteella. Kuhunkin kehittämissuunnitelmaan osallistui seitsemästä viiteentoista henkeä. Kaiken kaikkiaan kehittämissuunnitelmaan osallistui toista sataa sosiaali- ja terveystoimen työntekijää eri työryhmissä. Tuloksia ja linjauksia käsiteltiin säännöllisin väliajoin myös sosiaali- ja terveystoimen lautakunnassa sekä kaupungin hallituksessa. Projektin kaikissa vaiheissa on panostettu henkilöstölle tiedottamiseen esimerkiksi henkilöstön seminaareissa, esimiesten kautta työryhmien ja ammattiryhmien kokouksissa ja kirjallisesti myös sähköpostilla sekä sosiaali- ja terveystoimen sisäisessä lehdessä. Tämän vaiheen tuloksena syntyi laajasti henkilöstöä sitouttava, vahvistettu ja keskeisten asioiden osalta täsmennetty ehdotus uudesta toimintamallista sekä analyysi muutoksen toiminnallisista ja taloudellisista vaikutuksista.

Tässä vaiheessa rakennettiin myös sosiaali- ja terveystoimen uusi organisaatiomalli. Keskeistä mallissa on organisaatorakenteen madaltaminen, mikä mahdollistaa toimintaa palvelevan ja nopean päätöksenteon mahdollisimman lähellä asiakasta. (Hammer-Champy 1993)

Lahten sosiaali- ja terveystoimen uudessa toimintamallissa on yksi sosiaali- ja terveystoimen toimialajohtaja, jolle alueiden johtajat sekä keskitettyjen palveluiden vetäjät raportoivat. Alueiden johtajilla on budjettivastuu sekä vastuu alueensa väestön palveluiden järjestämisestä. Alueiden palveluiden järjestämisessä mitataan myös asiakkaan odotusten täytymistä. Lisäksi sosiaali- ja terveystoimen kehityspäälliköt seuraavat budjetin toteutumista ilman budjettivastuuta ja varmistavat osaltaan yhtenäisten toimintamallien toteutumisen koko kaupungin tasolla eri alueilla ja keskitetysti järjestettyjen palveluiden osalta. Myös kehityspäälliköt raportoivat toimialajohtajalle. Alueiden johtajat ja kehityspäälliköt yhdistävät "talousvastuun" ja "laatuvastuun" päivittäiseen asiakastyöhön. Näin varmistetaan kustannustehokas, laadukas ja asukkaalle kan-

nalta toiminnallisesti sekä vaikuttavuudeltaan mahdollisimman hyvä palvelu.

### *Uusien toimintamallien käyttöönotto*

Muutos voidaan toteuttaa koko organisaatiossa samanaikaisesti tai optimitoimintatapaa voidaan tämentää ja konkretisoida ensin pilottiyksiköksi valitussa organisaation osassa tai tulosityksikössä. Tässä projektissa uusien toimintamallien käyttöönoton ensimmäinen vaihe oli Launeen alueen pilotin rakentaminen. Pilottiyksikkötoiminnan tuloksena syntynyt, käytännön toiminnassa täsmennetty, konkretisoitu, testattu, arvioitu ja parannettu optimitoimintatapa toimii niin sanotussa roll out -vaiheessa käytännön esimerkkinä käynnistettäessä muutostavoitteiden mukaista toimintaa myös muilla kaupungin alueilla. (Santala 1997)

Pilottiyksikön käyttö on nopea vaihtoehto konkreettisten muutosten aikaan saamiseksi. Ihmiset saadaan myös paremmin motivoitua ja sitoutettua muutokseen, koska voidaan osoittaa konkreettisia, toimivia tuloksia. Samalla uutta toimintatapaa voidaan testata vain osassa organisaatiota ja pienemmillä resursseilla, kuin koko organisaation yhtäaikaan muutettaessa (Martola-Santala 1996).

Roll out-vaiheessa uusi toimintatapa otetaan käyttöön myös muualla Lahden kaupungissa. Sitä voidaan myös muunnella muilla alueilla aina kulloistenkin tarpeiden kuten esimerkiksi demografisten tekijöiden, sosiaalisten olosuhteiden tai sairastavuuden niin vaatiessa. Uuden toimintatavan periaatteista ja keskeisimmistä ratkaisuista ei kuitenkaan tingitä.

Käyttöönotto roll out-vaiheessa on yleensä suoraviivaisempi ja pelkistetympi kuin pilottiyksikön kanssa toteutettu optimitoimintatavan tämentäminen ja testaus. Tämä on mahdollista, koska pilotin kokemuksia ja tuloksia on arvioitu koko pilotin ajan projektin johto- ja seurantarhmissä. (Santala 1997)

Uudenlaiselle toiminta- ja johtamismallille on riskejä ilmassa. Kehittämisessä kaikki osapuolet, oma henkilökunta, poliittiset päättäjät, asiakkaat ja konsulttityötä tekevät henkilöt muodostavat sekä positiivisen voimavaran, mutta myös riskin kehittämistyön epäonnistumiselle (vrt. esim. Ansoff 1989; Ford-Ford 1994).

Muutosvastarinta kuuluu olennaisena osana kehittämiseen. Muutosvastarinnan muuttaminen muutosvoimaksi oli projektin yksi keskeinen haaste ja siihen suunnitellusti panostettiin voimakkaasti, ennen kaikkea mahdollistamalla mahdollisimman laaja osallistuminen ja tiedottaminen.

Muutosvoimien käsittely positiivisesti on kuitenkin ollut kovaa työtä, eikä kaikki aina onnistu niin kuin suunnitellaan (Daudi 1986; Elsass-Veiga 1994; Nahavandi-Malezadeh 1988). Organisaatiossa, jossa vakituisia viranhaltijoita on 2700, ei kuitenkaan voi toteuttaa koko henkilökunnan samanaikaista mukaanottoa kehittämis- ja tiedotustilaisuuksiin vaan toiminta tapahtuu edustajien välityksellä. Laajassa kehittämisprojektissa niin ikään nopeiden valmiiden toimintamallien löytäminen yksittäisen työntekijän esittämiin yksityiskohtaisiin, tärkeisiin ongelmiin, osoitautui vaikeaksi. Henkilöstön edustajina ammattiyhdistyksiä luottamushenkilöiden riittävä mukaan otto kehittämistoimintaan on ollut tärkeää, mikä opittiin vasta projektin kuluessa. Poliittinen luottamusjärjestelmä kokonaisuudessaan on pyritty pitämään ajan tasalla kehittämisprojektin etenemisestä, mutta samalla tavalla kuin henkilökunnan keskuudessa, myös poliittisilta luottamusmiehiltä tulee jatkuvasti viestiä liian vähäisestä tiedon saannista.

### *Kehittämistyön tulokset - Millä aikataululla tuloksia*

Nykyisten tulosten valossa näyttäisi siltä, että radikaalilla kehittämistyöllä on saatu aikaan tavoitteiden suuntaisia tuloksia Lahdessa. Tuloksia uudesta toimintamallista odotetaan nopeasti. Ensisijaisesti tuloksena odotetaan asukkaiden saamien palveluiden paranevan, toissijaisesti - hieman pitemmällä aikavälillä - kustannusten alenemista.

Uutta toimintamallia kokeiltiin yhden kaupunginosan alueella. Väestöpohja kokeilualueella on noin 25.000. Kuuden kuukauden aikana kerättiin kokemuksia suurempien linjaratkaisujen käyttöönotosta kokeilualueella.

Kokeilualueella todettiin puolen vuoden aikana asukkaiden pääsevän sosiaali- ja terveyspalveluiden piiriin aikaisempaa paremmin. Alueelle lisättiin muutama virka, mutta muuten varsinainen hyöty on saatu aikaan toimintamalleja muuttamalla. Palveluiden piirissä olevat asiak-



kaat olivat yhtä tyytyväisiä niin kokeilualueella kuin muillakin aluilla, mutta kokeilualueella palveluiden piiriin pääsi oleellisesti paremmin. Pahimpana ongelmana ollut lääkärivastaanotolle pääsyn jono saatiin purettua niin, että ensimmäinen hoitokontakti uuden ongelman selvittelyssä oli terveydenhoitajalle. Terveydenhoitaja pystyi etenkin pienemmissä päivystysongelmissa itse vastaamaan koko hoitotapahtumasta, tai sitten yhdessä sovittujen toimintamallien mukaisesti terveydenhoitaja ohjelmoi perustutkimukset valmiiksi ennen lääkärivastaanottoa. Kokeilualueella ensikontakteista 9 % ohjautui hoitajalle, kun muilla alueilla sama luku oli 1 %. Sekä kokeilualueella että muilla alueilla sekä lääkärin ja hoitajan käyntiä samalla kerralla tarvitsi 15-18 % asiakkaista, mutta kokeilualueella kontakti tapahtui usein toisessa järjestyksessä kuin toisilla alueilla - lääkäri sai vastaanotolleen esiselvitetyt asiakkaan, jolla oli usein tutkimukset jo tehty varsin pitkälle. Terveysaseman päivystyspotilaista hoitajan vastaanoton jälkeen ohjattiin edelleen 10 % jatkoselvittelyihin lääkärin vastaanotolle. On huomattava, että terveysaseman päivystysvastaanotto hoitaa rajoitetusti päivystysongelmia, sillä vakavammat ongelmat hoidetaan suoraan keskitetyllä sairaalan poliklinikalla toimivalla päivystysasemalla. Asiakkaan "läpimenoaika" vastaanotolla lyheni myös selvästi, tämä tuli esiin niin asiakkaan hoitoon käytettynä kokonaisajassa kuin asiakkaan odotusajassa. Kotihoidon ja sosiaalityön toimintoketjun selkeys myös parani jonkin verran kokeiluajana.

Kokeilualueen toimintamallit siirretään soveltuvin osin koko kaupungin sosiaali- ja terveystoimen uusiksi toimintamalleiksi. Jokainen maantieteellinen alue joutuu kuitenkin tekemään oman sovelluksensa käytännön järjestelyihin, koska alueilla on eroavuuksia väestön ikärakenteessa, käytettävissä olevissa toimitiloissa.

Henkilöstömitoituksessa tullaan huomioimaan alueellinen väestön ikärakenne, aikaisempi palvelukysyntä, sosioekonomiset tekijät. Etukäteen jo on tiedossa, että uusi toimintamalli tulee vaatimaan sisäänajoa, henkilökunnan kouluttamista, henkilökunnan ammatillisen rakenteen hienosäätöä, johtamisen uusien toimintamallien opettelua ja uudenlaista henkilökohtaisen ja yhteisen vastuun ottamista palvelutuotannosta. Uusi toimintamalli korostaa myös sitä, että käytössä olla jatkossa mahdollisimman hyvin sosiaali- ja terveystoimen sekä erikoissairaanhoidon

välillä toimiva tietojärjestelmä.

Ensimmäiset toimintavuodet ovat uuden toimintamallin sisäänajoa. Sisäänajovaiheesta huolimatta jo vuonna 2000 odotetaan selkeitä tuloksia. Ensimmäisen toimintavuoden olennaisimpina tuloksina odotetaan asiakkaan saaman palvelun parantumista. Kustannussäästöjen odotetaan realisoituvan kolmen ensimmäisen toimintavuoden kuluessa sillä oletuksella, että uusien toimintamallien toteuttamiselle välttämättömät organisaation, henkilöstön ja toimitilojen muutokset saadaan toteutettua.

Uusi toimintamalli mahdollistaa myös kustannus-vaikuttavuuden kiinteän seurannan sosiaali- ja terveystoimissa sekä kannustejärjestelmän, uudenlaisen johtamiskulttuurin sekä tiimityön kehittämisen. Näiden uusien työmuotojen vieminen käytännön prosesseihin on vaativa tehtävä ja vaatii systemaattisuutta toiminnalta, johtamiselta ja kouluttautumiselta. Kolmessa vuodessa pelkästään uuden toimintamallin on arvioitu mahdollistavan kaupungin järjestämissä sosiaali- ja terveystoimissa nettokustannusten laskua vähintään 6 % kokonaiskustannuksista, mikä Lahdessa merkitsee vuositasolla 76 miljoonaa markkaa. Kustannusten laskusta huolimatta odotetaan asukkaiden saamien palveluiden paranevan. Edelleen muutamien vuosien kuluttua uusi toimintamalli mahdollistaa palvelurakenteen uudelleenorganisoimista esimerkiksi sairaanhoitopiiriin ja perusterveydenhuollon välillä, kaupungin omassa organisaatiossa avo- ja laitostoiminnan välillä sekä sosiaalitoimen avo- ja laitospalveluissa ennen kaikkea ostopalveluiden parempana organisoimista. Edelleen uusi toimintamalli pitää sisällään kunnallisen toiminnan ja ns. kolmannen sektorin sekä yksityissektorin yhteistyön lisäämisen, palvelutuotannon kustannus-vaikuttavuuden vertailun ja tiettyjen palveluiden kilpailuttamisen. Todellinen kustannussäästö voi poiketa arviosta, olla jopa suurempi, jos kaikki toiminnalliset parannukset realisoidaan rahana eikä uusina kuntalaisille osoitettavina palveluina eikä kuntalaisten palvelutarve lisäänty.

## LOPUKSI

Systemaattinen toimintoprosessien analysointi ja toimintoprosessien muuttaminen organisaation itse luomien arvojen ja visioiden pohjalta tehty-

jen strategioiden tuottaminen on sosiaali- ja terveystoimessa toteutettu monissa kunnissa jo 1980- ja 1990-luvuilla. Julkisella sektorilla uutta Lahden kehittämissuunnitelmassa oli se, että visioiden ja strategioiden pohjalta luotiin Balanced Score Card -menetelmällä organisaatiolle kriittiset menestystekijät, joita taas voidaan käyttää toiminnan arviointiin ja henkilöstön palkitsemiseen luotavien mittareiden pohjana. Ulkopuolinen konsultointi on nopeuttanut kehittämissuunnitelmien tuodessaan kaupungin omien asiantuntijoiden avuksi kehittämistä helpottavia ja muualla testattuja menetelmiä. Oppivan organisaation viitekehityksen käyttö luo kehittämiseen vielä oman vaativan osuutensa. Lahden sosiaali- ja terveystoimessa toimintoprosessin kehittämisen ja organisaatiomuutoksen kanssa on tavoitteena istuttaa samanaikaisesti toiminnan seurantaan ja jatkokehittämiseen TQM-laadunhallintajärjestelmä täydennettynä King's Fund Auditointijärjestelmällä. Uusi organisaatio ja uudet toimintamallit otetaan käyttöön koko kaupungin alueella vuoden 2000 aikana, mutta täyteen toimintatehoonsa uusien toimintamallien odotetaan pääsevän vasta muutamien harjoitteluvuosien jälkeen.

## LÄHTEET

- Ansoff, H. Igor (1989) *Strategia 2000*. Helsinki: Rastor.
- Barnard, Chester I. (1953) *The Functions of the Executive*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Blanchard, Ken - Waghorn Terry (1996) *Mission Possible: Becoming a World Class Organization While there's Still Time*. McGraw Hill: New York
- Daudi, Philippe (1986) *Power in the organization. The Discourse of Power in Managerial Praxis*. Oxford: Basil Blackwell.
- Eklund, Kari: *Johtaminen ja työorganisaatiot muutostilanteessa*. Suomen Lääkärilehti 49(13):1406, 1994
- Elsass, Priscilla M. - Veiga, John F. (1994) *Acculturation in Acquired Organizations: A Force-Field Perspective*. Human Relations, Vol. 47, No. 4, 1994, 431-453.
- Ford, Jeffrey D. - Ford, Laurie W. (1994) *Logics of Identity, Contradiction, and Attraction in Change*. Academy of Management Review, Vol 19, No. 4, 1994, 756-785.
- Hammer, Michael - Champy, James (1993) *Re-engineering the Corporation: A manifesto for business Revolution*, Harper Business: New York.
- Hyypä, Harri - Isohanni, Matti: *Työyhteisön muutos johtajuuden haasteena*. Suomen Lääkärilehti 53(10): 1139, 1998
- Kaplan, Robert S. - Nolan, David P. (1996) *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Harvard Business School Press. Boston, MA.
- KPMG Business Performance Improvement Methodology 1998.
- Lehti, Kristiina - Paunonen, Marita - Harisalo, Risto - Laakso, Hilkka - Uusitalo, Arto - Nieminen, Heli: *Henkilöstön suhtautuminen sairaalan markkinaperusteiseen kehittämiseen*. Suomen Lääkärilehti 50(28):2951, 1995
- Lipton, Mark (1996) *Demystifying the Development of an Organizational Vision*. Sloan Management Review, Summer 1996, 83-92.
- Lumijärvi, Olli-Pekka - Kiiskinen, Satu - Särkilahti, Tuija (1995) *Toimintolaskenta käytännössä*. Suomen Ekonomiliitto ja Weilin+Göös Oy: Helsinki.
- Martola, Ulla - Santala Riku (1997) *Liiketoimintaprosessit*. WSOY, Helsinki.
- Möttönen, Sakari: *Tulosjohtaminen ja valta päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden välisessä suhteessa*. Suomen Kuntaliitto, Acta - julkaisusarja 86/1997. Helsinki 1997
- Nahavandi, Afsanef - Malekzadeh, Ali R. (1988) *Acculturation in Mergers and Acquisitions*. Academy of Management Review, Vol. 13, No. 1, 1988, 79-90.
- Pettigrew, Andrew M. (1985) *The Awakening Giant: Continuity and Change in ICI*. Oxford: Basil Blackwell.
- Santala, Riku (1996) *Post-Acquisition Integration of Strategic Management in an MNC*. Turun kauppakorkeakoulun julkaisusarja, Sarja A-2, 1996, Turku.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (1998) *Terveydenhuolto 2000-luvulle, Terveydenhuollon kehittämissuunnitelman toimeenpano*. STM oppaita 1998:5
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2000) *Sosiaali- ja terveyskertomus*. STM julkaisuja 2000:7
- Tichy, Noel M. (1983) *Managing Strategic Change: Technical, Political and Cultural Dynamics*. New York: John Wiley & Sons.
- Van de Ven, Andrew H. - Poole, Marshall Scott (1993) *Explaining Development and Change in Organizations*. Discussion paper # 189, Version 4.2, November 1993, Strategic Research Center, University of Minnesota.
- Whipp, Richard - Rosenfeld, Robert - Pettigrew, Andrew (1989) *Culture and Competitiveness: Evidence from Two Mature UK Industries*. Journal of Management Studies, Vol 26, No 6, 561-586.