

# Lean-ajattelun käyttöönoton organisaatiokulttuuriset tekijät julkisessa sairaalassa



Riikka Kangas

## TIIVISTELMÄ

Artikkelissa käsitellään Lean-ajatteluun perustuvaa prosessien tehostumista palveluorganisaatioissa ja niihin vaikuttavia organisaatiokulttuurisia tekijöitä Lapin sairaanhoitopiirissä. Organisaatiokulttuurisilla tekijöillä viitataan kulttuuriseen moninaisuuteen sekä professioihin ja hierarkkisiin suhteisiin julkisessa sairaalaorganisaatiossa. Artikkelista käy ilmi, että Lean-ajattelulla on vahvistettu palveluajattelua ja henkilökuntälähtöistä kehittämistä sekä kollektiivisempaa kulttuuria. Jatkuvan parantamisen kulttuurin nähdään muotoutuvan pidemmällä aikavälillä. Lean-ajattelun implementaatioon vaikuttavat niin edistävästi kuin hidastavasti organisaatiokulttuuriset tekijät. Molempia näkökulmia hyödyntämällä ja toisaalta rakenteita uudistamalla voidaan edistää prosessien tehostumista.

Avainsanat: Lean, hierarkia, professiot, kulttuurinen moninaisuus, julkinen sairaala

## ABSTRACT

The implementation of Lean thinking and its organizational cultural factors in public hospital

This article focuses on how organizational cultural factors emerge in process improvement of Lean thinking in Lapland Hospital District. Organizational cultural factors refer to cultural diversity as well as to professions and hierarchical relationships within the public hospital. The article shows that Lean thinking has strengthened service thinking, staff-driven development and the collective culture. The culture of continuous improvement is seen to evolve over a longer period. Organizational cultural factors

both slow down and promote the goals of Lean thinking. By paying attention to both aspects and, by renewing cultural structures, process efficiency can be promoted.

Keywords: Lean, hierarchy, professions, cultural diversity, public hospital

## JOHDANTO

Lean-ajattelu käyttö ja siihen liittyvä tutkimus ovat lisääntyneet terveydenhuollon organisaatioissa viime vuosina. Näiden on toivottu tuovan ratkaisuja julkisen terveydenhuollon ongelmiin kuten kustannusten nousuun ja tehokkuuden puutteeseen (Radnor ym. 2011). Leanin implementaatio julkiseen terveydenhuoltoon ei kuitenkaan ole ongelmatonta, sillä sen lähtökohdat perustuvat kulttuurisesti erilaiseen ympäristöön, teolliseen tuotantoon. (Joosten ym. 2009; Radnor & Osborne 2013). Sairaalan kompleksinen ympäristö asettaa monia rajoitteita toimintaympäristön muutoksen reagointiin, tehokkuuden maksimoimiseksi ja kulttuurin muutokselle. Tutkimuskirjallisuudessa on huomattavissa, että julkisen sairaalakulttuurin muuttamista kohti Lean-organisaatiota hidastaa usein organisaatiokulttuuriset tekijät (Radnor 2011; Radnor & Osborne 2013; Graban 2012). Kuten Radnor ym. (2011) sekä Radnor & Osborne (2013) toteavat, Leanin implementaatio vaatii syvällistä muutosta joka saavutetaan huomioimalla organisaatiokulttuurin eri tasoja. Ilman organisaatiokulttuuristen tekijöiden huomioimista, Lean on vaarassa jäädä pinnalliseksi tehokkuuden parantamisen keinoksi, jolla saavutetaan vain sisäistä tehokkuutta tai kustannussäästöjä.

Terveydenhuollon alalla tehty Lean-tutkimus osoittaa (esim. Radnor ym. 2011; Radnor & Osborne 2013; Al-Balushi ym. 2014; D'Andrea

matteo ym. 2015), että Lean on toiminut sairaaloissa lähinnä tuottavuutta edistävänä työkaluna. Radnor & Osborne (2013) sekä Osborne ym. (2014) toteavat, että Lean terveydenhuollossa on lähtökohtaisesti epäonnistunut, mikäli huomioon ei oteta loppukäyttäjälle yhteistyössä tuotettua lisäarvoa. Nämä prosessit vaativat uppoututumista professioiden eri rooleihin ja hierarkkisiin tekijöihin, jotka jakavat kulttuuria kolmeen kategoriaan (Martin 1992) ja estävät Leanin jalkautuvan koko organisaation strategiseksi valinnaksi (D'Andreamatteo ym. 2015).

Poksinska (2010), Mazzocato ym. (2012), Timmons ym. (2014), Ulahassan ym. (2014) kritisoivat Leanin implementaatiota kapeakatseisuudesta. Heidän mukaansa Leanin käyttöönotossa tulisi huomioida laajemmin professioihin ja hierarkioihin liittyvät kulttuuriset sekä yksilölliset tekijät. de Souza & Pidd (2011) sekä Radnor ym. (2006) ovat tunnistaneeet, että terveydenhuollon Leanin käyttöönottoa hidastaa oleellisesti siilomainen sekä vahvoihin hierarkioihin perustuvat tekijät, jolloin palveluiden loppukäyttäjien hyödyt jäävät huomiotta. Teollisen tuotannon organisaatiokulttuurissa on kuitenkin viitteitä siitä, että muun muassa hierarkkisilla tekijöillä sekä kulttuurisella moninaisuudella voidaan edistää Leanin mahdollistamaa tehokkuutta (Bortolotti ym. 2014). Artikkelissa syvennytään tähän tutkimusalueeseen. Tutkimuskysymyksinä toimivat: Kuinka sairaalan organisaatiokulttuuriset tekijät nousevat esiin Lean-ajatteluun perustuvassa prosessien tehostamisessa? Päättökysymystä tarkennetaan kahdella alakysymyksellä: Kuinka Lean-ajattelulla on tehostettu poliklinikkojen toimintaa hukkaa poistamalla ja kuinka jatkuvan parantamisen (kaizen) kulttuuri on muotoutunut? Sekä mitkä tekijät edistävät tai hidastavat Lean-ajattelun tavoitteita?

Sairaalan organisaatiokulttuuri on hajonnut ja se koostuu pääasiassa normeihin ja säädöksiin perustuvasta valtakulttuurista, differentioituneista alakulttuureista kuten eri professioiden ryhmistä ja fragmentoituneista eri alakulttuurien sisälle hajonneista kulttuurin osista kuten esimerkiksi eri ammattikuntien tehokkuutta vastustavista ryhmistä. Sairaalan professiot ovat hierarkkisia niin sisäisesti kuin suhteessa toisiinsa. Tätä asetelua lisää se, että sairaalan osastoilla työskentelee myös muita ammattikuntia

kuten hoitohenkilökuntaa, laitoshuoltajia, sosiaalityöntekijöitä ja sihteereitä. Perinteisesti kulttuuria määrittää kliininen tietämys, ja siihen perustuva hierarkiataso. Jotta Leanin implementaatioon liittyviin tekijöihin päästään syvällisesti kiinni, vaativat nämä tekijät syvempää tarkastelua Martinin (1992) kolmen perspektiivin kautta. (Kinnunen 1990, 103–104; Martin 1992; Thorne 2000; Wiili-Peltola 2005, 34–40; Saks 2012; Mager ym. 2014.)

Joanne Martin (1992) jakaa sairaalakulttuurin integraatio-, differentiaatio, ja fragmentaatiokulttuureihin perustuviin ryhmiin. Integraationäkökulmassa kulttuuri nähdään yhtenäisenä ja selkeänä. Kulttuuri näyttäytyy kollektiivisena ja sopusointuisena läpi organisaation, ja sitä tulkitaan yhtenä kokonaisuutena. Differentiaationäkökulmasta tarkasteltuna organisaatiossa vallitsee yhtenäinen kulttuuri, mutta tässä perspektiivissä keskitytään ala- ja vastakulttuureihin ja niiden ristiriitoihin. Näin ollen perehdytään myös yhteisöjen moninaisuuksiin etenkin valtasuhteiden kautta. Organisaatiossa yksimielisyys ei ole kollektiivista vaan tulee esiin juurikin ala- ja vastakulttuureiden sisällä. Eri kulttuurit eivät välttämättä ole yhteensopivia ja näin ollen aiheuttavat myös konflikteja. Arvot eivät myöskään ole tässä näkökulmassa samanlaisia vaan viralliset ja epäviralliset arvot eriytyvät kulttuurissa. Fragmentaatiokulttuuri on hajonnut ja siinä arvot, tarkoitukset ja normit ovat monitulkintaisia ja jatkuvassa muutoksessa. Nämä asiat aiheuttavat jatkuvasti ristiriitoja, jolloin organisaatiokulttuurin kokonaiskuvaa on vaikea hahmottaa. Fragmentaatioerspektiiviin liittyy monimuotoisuuden yksilönäkökulmaan ja persoonallisiin tekijöihin. Näiden näkökulmien avulla sairaalaorganisaatiossa kulttuuria pystytään tarkastelemaan myös professioiden ja hierarkkioiden sekä erilaisten persoonallisuuksien ja ammattikuntien kautta ja ottamaan huomioon esimerkiksi valtasuhteisiin ja yksilöihin sekä ammattiin liittyvät tekijät moninaisuuden luojana. Tämä johtaa siihen, että tulkinnat kulttuurista voivat vaihdella eri henkilöiden kesken, eri konteksteissa. (Martin 1992, 45–65, 105–106, 130–131; Heikkinen 2005, 7; Wiili-Peltola 2005.)

Differentiaatio- sekä fragmentaatioperspektiivit kuvastavat sairaalakulttuuria parhaiten. Sairaalakulttuurin hajonneisuus vähentää kol-

lektiivisen päätöksenteon mahdollisuutta ja yhteisten suuntaviivojen löytymistä. Voidaankin olettaa, että sairaalakulttuurin moninaisuus luo esteitä, mutta myös edellytyksiä Leanin implementaatiolle etenkin differentiaatio- sekä fragmentaatiokulttuurien ryhmissä. Se pakottaa tarkastelemaan omaa toimintaa suhteessa profession ja hierarkioiden määrittelemiä rajoihin kuin myös Leanin käyttöönottoa monista eri näkökulmista. Sairaaloista on löydettävissä luokkia, jotka jakautuvat professioihin eli eri alojen lääkäreihin, ylilääkäreihin ja psykiatreihin, paraprofessioihin, jota edustaa hoitohenkilökunta sekä semiprofessioihin esimerkiksi hallinnon työntekijöihin sekä prosesseja toteuttaviin muuhun henkilökuntaan. (Martin 1992, 83–85; Enckell 1998, 45; Wiili-Peltola 2005).

### **PROSESSIEN TEHOSTAMINEN OSAKSI JULKISTA SAIRAALAORGANISAATIOTA**

Prosessien johtaminen vaatii tarkastelua sata vuotta taaksepäin vuosituhannen vaihteeseen aina tieteellisen liikkeenjohdon Frederick W. Taylorin aikakauteen. Taylorin ajatuksena oli erottaa teollisten tuotteiden suunnittelu- ja valmisteluprosessit toisistaan ja eriyttää suunnittelu ja valvonta työn toteutuksesta, jolloin huomio kiinnitettiin työprosessien standardointiin, läpinäkyvyyteen sekä tasalaatuisiin tuotteisiin. Menetelmä edisti tehokkuutta, mutta aiheutti ristiriitoja laadun ja tuottavuuden välille. Nämä ristiriidat synnyttivät uusia tarpeita palveluprosessien tarkastelulle, johon Edwards Deming puuttui kehittämällä toisen maailmansodan jälkeen PDSA- syklin (Plan-Do-Study-Act) parantamaan tuotteiden laatua. Ajatuksena oli tehdä asiat työntekijät mukaan ottaen jatkuvasti paremmin. Demingin laatujohtamisella on suuri vaikutus Japanin laatuvalvontamuksen kehittämiseen, sillä laadun parantaminen on luonut pohjan laatujohtamiselle sekä Japanissa että Amerikassa. (Lillrank 1998; Seeck 2008, 56–59, 287; 138–139; Tiainen 2015).

Toisen maailmansodan jälkeen japanilaiset alkoivat panostaa koko tuotantoprosessin kattaen teolliseen laadunvalvontaan. Demingin laatujohtamisen oppien myötä huomiota kiinnitettiin laajennettuun laadun määritelmään, ottaen huomioon myös asiakkaan tarpeet. Tämä elementti on eriyttänyt myös Leanin Taylorismista.

(Silen 1995, 96–97; Tiainen 2015). 1980-luvun Amerikassa tuotannon parantaminen sai vaikutteita japanilaisesta laadun parantamisesta, jolloin suuntaus muuttui laadun kontrolloimisesta sen johtamiseen. Kokonaisvaltaisessa laatujohtamisessa (TQM) painotettiin sitä, että kaikkien vastuulla on parantaa asiakkaan saamaa laatua. (Tiainen 2015).

Laadun johtaminen palveluorganisaatioissa alkoi lisääntyä. Palvelusektorin erottaa muista aloista se, että vuorovaikutustilanne asiakkaan kanssa on osa laadun määrittelyä. Lean-ajattelu korostaakin palveluiden ja tuotteiden virtaus- tehokkuutta, läpimenoaikoja sekä vaihtelun pienentämistä, joiden avulla voidaan poistaa toiminnasta hukkaa ja parantaa asiakkaiden kokemaa palveluiden laatua. Toisen maailmansodan jälkeen Toyotan tehtaalla kehitelty Lean-ajattelu on rantautunut terveydenhuoltoon 2000-luvun aikana. Se on ollut houkutteleva lisä julkisen sektorin uudistumisen ja terveydenhuollon monimuotoisten prosessien kehittämiseen, ja sen avulla on pyritty löytämään ratkaisu palveluorganisaatioiden taloudellisiin ja tehokkuutta koskeviin paineisiin (Radnor & Osborne 2013; Osborne ym. 2014). Paineita suomessa kuin ulkomailla aiheuttavat muun muassa julkisen talouden leikkaukset, sosiaali- ja terveysalaa koskevat uudistukset, ikääntyvä väestö sekä terveydenhuollon kustannukset, jotka kasvavat bruttokansantuotetta nopeammin (Radnor & Osborne 2013; Reijula ym. 2017). Leanin avulla sairaalasta pyritään poistamaan muun muassa asiakkaiden odotusaikoja sekä päällekkäisiä prosesseja. Palveluiden loppukäyttäjän rooli laadun parantamisessa on isossa osassa Leanin filosofiaa.

Kaizen on yksi Leanin työkaluista ja tarkoittaa hyvää muutosta (kai= muutos, zen= hyvä). Tämän työkalun avulla pyritään jatkuvan parantamisen kulttuurin muotoutumiseen. Kaizen on kaikille organisaation tasoilla työskenteleville työntekijöille suunnattu kehittämisspaja, jonka tarkoituksena on mahdollisimman vähillä resursseilla kannustaa ja haastaa työntekijöitä kehittämään työtään. Sen avulla mahdollistetaan kehittämiskohteiden sekä niiden ratkaisujen löytäminen työhön ja organisaatioon. Kaizenia on tarkoitettu sovellettavaksi moniammatillisissa työryhmissä, joiden avulla organisaatiosta muotoillaan oppivaa organisaatiota. (Imai 1986; Graban & Swartz 2012.)

Leaniin liittyvää tutkimusta sairaalakontekstissa on tehty 2000-luvulla erityisesti Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa. Leanin nähdään tuoneen eri terveydenhuollon konteksteihin keinoja hukan poistoon ja sitä kautta arvon lisääntymiseen (Womack & Miller 2005). Spear (2005) on tutkinut Leanin tuomia laadullisia parannuksia suhteessa professioiden osaamiseen ja tietotaitoon. Kim ym. (2006) on nostanut esiin esteitä Leanin jalkautumisesta sairaalaan. Näitä ovat muun muassa epäilyt siitä, kuinka tehdas-tuotannon menetelmän työkalut sopivat sairaalaan, ja mihin tehokkuuden tuomilla säästöillä pyritään. de Souza (2009), Poksinska (2010) sekä Mazzocato ym. (2010) ovat nostaneet esiin erilaisia tapoja ja työkaluja kuinka Leania implementoidaan sairaalassa ja myös määritellyillä osastoilla (Holden 2011). Myös suomessa on tutkittu, kuinka Leania on implementoitu kotimaisessa kontekstissa (esim. Jorma ym. 2015). Leania koskeva tutkimus on keskittynyt suurelta osin käsittelemään sisäisiä prosesseja ja jalkauttamisen tapoja. Koska asiakasnäkökulmaa puutteelliseksi, ovat myös ohjenuorat Leanin implementoimiselle terveydenhuollon kontekstiin puutteellisia ja kontekstisidonnaisia siitäkin huolimatta, että Lean on suosittu menetelmä nykyajan terveydenhuollossa.

Radnor ym. (2006), Boaden ym. (2008) Radnor & Osborne (2013) sekä Osborne ym. (2015) ovat suhtautuneet kriittisemmin Leanin pinnalliseen implementaatioon sekä kontekstisidonnaisten implementointiohjeiden puutteeseen. Poksinskan (2010) mukaan Leania on kritisoitu, koska terveydenhuollon kontekstissa taitavia kouluttajia on vähän, jolloin kulttuurinen muutos voi olla ongelmallista sekä hidasta. Ajattelun avulla on myös pyritty saamaan aikaan nopeita muutoksia, jolloin se on ollut ratkaisu vain sisäisiin dynamiikkoihin. (Radnor ym. 2011; Radnor & Osborne 2013; Joosten ym. 2009). Myös Hines ym. (2009) ovat arvostelleet Lean-ajattelua siitä, että sen on nähty lisäävän osittain rivityöntekijöiden työtaakkaa etenkin prosessien alkuvaiheessa. Cheng (2014) nostaa esiin, että Leanilla on onnistuttu tehostamaan sairaaloissa potilaiden odotusaikoihin vaikuttavia prosesseja, mutta hyötyjä ei ole saatu niinkään esimerkiksi osastoilta, joissa hoidetaan psyykkisiä oireita, koska näillä osastoilla tehokkuus voi näyttäytyä enemmän rasitteena kuin

hyvänä asiana. (Joosten ym. 2009; La Ganga 2011; Radnor ym. 2011.)

Palveluorganisaatiota koskeissa arvosteluissa on kyseenalaistettu se, ovatko muutokset ja prosessien suorituskyvyn paraneminen organisaatiossa Lean-ajattelun tulosta vai onko se johnut muista tekijöistä. Koska Leanista ei ole saatavissa systemaattista muutosmallia terveydenhuoltoon, herääkin kysymyksiä, voidaanko esimerkiksi Lean-sairaaloita pitää teorian mukaisen implementaation tuloksena. Myös työkalujen käyttö on ollut kyseenalaista, sillä julkisessa palveluorganisaatiossa palveluita ei voida tehdä valmiiksi. (Hines ym. 2004; Joosten ym. 2009; Arfman & Topolansky 2014.)

### LEAN JULKISEN SAIRAALAORGANISAATION PALVELUTOIMINNAN KEHITTÄJÄNÄ

Teollisuuden ja julkisen sairaalan lähtökohdat eroavat vahvasti toisistaan, mutta avaimet palvelutoiminnan kehittämiseksi ovat periaatteellisesti samanlaiset. De Souza (2009) ja Graban & Swartz (2012, 31–33) näkevät, että Lean on merkki nykyajan modernista terveydenhuollon johtamisopista silloin, kun siitä on muokattu kontekstiin sopiva versio pätevin työkaluin. Asiakkaiden vaihtuvuus ja palveluiden kysynnän epätasaisuus sairaalan erityispiirteenä on implementoinnin ja henkilökunnan sitoutumisen haaste (Radnor ym. 2006; Burgess & Radnor 2011.) Radnor (2011) toteaa, että prosessien jatkuva parantaminen kaizen-työpajoin on konkreettinen tapa kääntää katsetta kohti loppukäyttäjää ja sitouttaa yksilöt osaksi terveydenhuollon Lean-menetelmää ja jokapäiväistä kehittämistä. (Dahlgaard ym. 2011; Graban & Swartz 2012, 5–7, 22–23.)

Leanin jalkautumista sairaalassa voidaan edistää hyödyntämällä professioita ja erilaisia kulttuureja. Esimerkiksi ylilääkäriin merkitys sairaalassa voi olla ratkaisevaa eri hierarkiata-soille auktoriteetin ja esimerkiksi johtamisen kautta. Moniammatillisuus on edellytys etenkin kaizen-työpajoissa, ja se luo luottamusta työntekijöiden ja professioiden keskinäisiin suhteisiin. Alun perin valtaan, osaamiseen ja erikoistumiseen perustunut profession käsite näyttäytyy toiminnan tehostamisen näkökulmasta myös hyödyllisenä. Palvelutoiminnassa professiot ja hierarkiat voivat kuitenkin näyttäytyä ongel-

mallisina. Ne voivat jättää alleen eri kulttuuristen ryhmien äänen ja myös asiakasnäkökulman, mikä tuo siitä mielenkiintoisen tutkimuskohteen Leanin implementaatiossa. (Radnor ym. 2011; Saks 2012; Timmons ym. 2014; Ulahassan ym. 2014.)

Leanin palvelutoiminnan kehittäjänä sairaalaorganisaatiossa tuo haasteita, sillä palveluiden tuottamisen ja asiakasnäkökulman yhdistäminen kompleksiseen organisaatiokulttuuriin vaatii moninaista tarkastelua. Jo asiakkaan määrittäminen on hankalaa, sillä terveydenhuollossa asiakas voi tarkoittaa esimerkiksi palveluiden loppukäyttäjää, tulevaisuuden käyttäjää, sairaalan sisäisiä osastoja tai poliittisia tahoja. Arvon, prosessin parantamisen ja hukan tekemisen raja hämärtyy silloin kun professionilla on selkeä dominantti asema ja palveluiden fokus eli loppukäyttäjä on epäselvä. Mikäli arvoa ei osata määrittellä, on vaarana, että muutos kohdistuu sisäisiin tekijöihin ja prosessin lopputuotteesta tulee toiminnan määränpää. (Radnor & Walley 2008; Radnor ym. 2011; Radnor & Osborne 2013; Cheng 2014.)

Dahlgård ym. (2011) näkevät, että palveluorganisaatiossa Lean-ajattelun on muutettava rakenteita ja sektorimaista terveydenhuollon kulttuuria. Kaiken toiminnan tulee olla resursseitehokasta ja asiakaslähtöistä, korkeasta professionaalista osaamisesta huolimatta. (Grabau & Swartz 2012, 23; Hines ym. 2015.) Kulttuurin haasteena onkin se, kuinka professiot ja hierarkiat sekä differentiaatio- sekä fragmentaatio-ryhmät taipuvat loppukäyttäjän profiiliin nostamiseen. Kuinka esimerkiksi laitoshuoltajien ja ylilääkäreiden näkökulmat kohtaavat niin, että löydetään yhteiset linjat palvelutoiminnan kehittämiseksi. Tai millaista reagointia asiakkaan osallistuminen prosessiin aiheuttaa. Palveluajattelu määrää laadun suuntaviivat ja laatua saavutetaan sisäisellä ja ulkoisella yhteistyöllä. Ongelmana kuitenkin on, että palveluajattelu voidaan määrittellä useista eri näkökulmista, muun muassa ammatillisen tietotaidon ja käytännön huomioon ottamisen kautta. (Grönroos 1987, 9–10; Konttinen 1991; Hicks ym. 2015; Sabater-Galindo ym. 2016.)

Sairaalan palvelutoiminnan kehittäminen edellyttää, että integraatio-, differentiaatio-, sekä fragmentaatio-rajat ovat selkeitä ja esillä. Ongelmallista on, että professiot ja eri alojen ammattilaiset voivat kuulua samanaikaisesti mo-

neen eri kulttuurien luokkiin ja eri kulttuurien ryhmiin. Esimerkiksi hierarkia jakaa toimintaa niin oman kuin muidenkin ammattikuntien sisällä, jolloin palvelunäkökulma voi hidastua tai jopa estyä esimerkiksi alakulttuurien systemaattiseen vastustukseen. (Harrison 1999; Wiili-Peltola 2005; Joosten ym. 2009; Saks 2012.)

Organisaation jatkuvassa parantamisessa sekä palveluiden tehostamisessa tulee ottaa huomioon eri professionien ja ammattien jännitteet. Esimerkiksi kaizen-työpajassa keskeisenä merkityksenä ei tulisi olla professionien dominantti asema eikä ammattien sisäiset kulttuuria repivät jännitteet vaan avoin yhteistyö. Muutosmahdollisuus saavutetaan arvostamalla kaikkien mielipiteitä ja yhdistämällä sujuvasti eri ammattikuntien näkemyksiä. (Liker 2004; Radnor & Osborne 2013; Simons 2014; Holden ym. 2015.) Ackerman ym. (2011) sekä Radnor ym. (2011) korostavat, että vaikka Lean on toivottu palvelukulttuurin muutoksen keino, on kuitenkin liian aikaista pitää sitä ratkaisuna Radnorin & Osbornen (2013) määrittämään tehokkuusparadoksiin. Ackermanin ym. (2011) ja Radnorin ym. (2011) mukaan Lean voi ennemminkin toimia esimerkkinä uudella laisella prosessimaisella ajattelutavalla ja sysäyksenä jatkuvalla parantamiselle.

## AINEISTO JA MENETelmä

Tehokkuutta on Lapin sairaanhoitopiirissä lisätty Lean-ajattelun avulla vuodesta 2012. Keskeisenä ajatuksena on ollut lisätä tehokkuutta ja tuottavuutta inhimillisin keinoin muun muassa yhteistyötä vahvistamalla eri ammattikuntien kesken, työntekijöistä lähtevää kehittämistä lisäämällä sekä vahvistamalla ”alhaalta ylös”-tyylistä yhteistoimintaa (LSHP 2015a). Tehokkuuden lisäämiseksi on käytetty erilaisia työkaluja, joiden avulla pyritään jatkuvan parantamisen kulttuurin syntymiseen (kaizen). Kokonaisvaltaisena tavoitteena pyritään sairaalan organisaatiokulttuurin muutokseen, työstä pyritään karsimaan kaikki ylimääräinen, jolloin aikaa itse toimenkuvan toteuttamiseen olisi enemmän. (LSHP 2018b.)

Lean-ajattelua on käyttöönotettu kohdeorganisaatiossa koulutuksissa, joissa ongelmia ratkaistaan Lean-työkalujen avulla. Mikäli kehittämisideoita löydetään, on niitä mahdollisuus

kokeilla käytäntöön, jonka jälkeen idean toimitus arvioidaan. Koulutuksessa korostetaan moniammatillisen yhteistyön lisäämistä ja sitä, että jokaisesta koulutukseen osallistuneesta tulisi kyvykkäitä tekemään parannuksia omassa työssään sekä yksikössään. Sairaalan Lean-ajatteluun kuuluu kiinteästi myös Kaizen-työpajat, joiden tehtävä on kehittää prosesseja yksiköiden sisällä yksikön omien, yhdessä sopimien aikataulujen mukaan. (LSHP 2018b.)

Tutkimukseen on haastateltu kuutta (N=6) Lapin keskussairaalan työntekijää keväällä 2016. Kahta ylilääkäriä, kahta osastonhoitajaa, fysioterapeuttia sekä yhtä laitoshuoltoa, jotka toimivat kahdella eri osastolla tai monia eri osastoja kiertävänä työntekijänä. Haastateltavia yhdistävänä tekijänä toimii se, että kaikki heistä ovat osallistuneet hukkahaavi-koulutukseen sekä kaizen-työpajoihin. Haastateltavat ovat käyneet koulutukset vuosin 2014–2016 aikana. Molemmat sairaalan osastot ovat toimineet Lean-toiminnassa pilottiyksikköinä.

Haastattelut on toteutettu puolistrukturoituna teemahaastatteluna, ja mukaan on pyydetty mahdollisimman monitasoinen joukko eri alan ammattilaisista. Näin siksi, että esiin nousisi mahdollisimman hyvin valtaan, johtamiseen ja muutoksen reagointiin liittyvät tekijät.

Haastattelut on jaettu teoreettisista käsitteistä nouseviin viiteen teemaan; Lean-ajattelulla tehostamiseen, jatkuvaan parantamiseen ja kaizen-työpajoihin, professioihin ja hierarkioihin sekä kulttuuriseen moninaisuuteen, ja analysoitu teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. Teoriaohjaava sisällönanalyysi mahdollisti aineiston analysoinnin sekä Lean-ajattelun edistävästä, että hidastavista näkökulmista antaen samalla painoarvon teoreettiselle viitekehykselle.

Aineisto on koodattu perustuen tarkentaviin tutkimuskysymyksiin, ja pelkistetyistä koodeista on tyypitelty teorian mukaan muodostuvia alaluokkia. Ensimmäisestä teemasta nousi alaluokkia liittyen Leanin yleiseen toteuttamiseen työssä, ajattelun ohjaavaan elementtiin ja leanin vaikutuksiin sekä toteutumisen esteisiin kuten myös yleisiin ajatuksiin sairaalan kehittämistyöstä. Toisen teeman aluukat liittyivät jatkuvaan parantamiseen työssä sekä työyhteisössä, kulttuurin muotoutumisen onnistumiseen sekä sitä hidastaviin tekijöihin. Kolmas teema jakautui koskemaan moniammatillista yhteistyötä

Leanin toteutuksessa, valtasuhteita, ryhmittymiä sekä eri ryhmien ja valtasuhteiden vaikutuksia Leanin toteutuksen. Neljäs teema käsitteli sitä, millaiseksi poliklinikkojen kulttuuri koetaan, sekä sitä, miten koettu kulttuuri vaikuttaa tehokkuuteen ja millainen kulttuuri olisi optimaalinen Lean kehittämiskulttuuri. Alaluokista muodostui yläluokkia, jotka käsittelivät edistämisen ja hidastamisen näkökulmia, toiminnan tehostamista sekä sen mahdollisuuksia, jatkuvan parantamisen kulttuurin muodostumista, ammattikuntien ja valtasuhteiden edistäviä ja hidastavia elementtejä kehittämistyössä sekä moniammatillisen yhteistyön heikkouksia ja vahvuuksia eri ammattikuntien perspektiivistä. Näitä samanlaisuuksia ja erottavia tekijöitä yhdistelemällä pääluokiksi muodostuivat toiminnan tehostaminen Lean-ajattelulla, jatkuvan parantamisen kulttuurin muotoutuminen, professiot ja hierarkiat osana toiminnan tehostamista sekä moninaisuus osana toiminnan tehostamista.

Haastateltujen suhteellisen vähäinen määrä nostaa esiin eettisyyteen ja luotettavuuteen liittyviä kysymyksiä. Haastattelut ovat toteutuneet vuonna 2016, jolloin Lapin keskussairaalaissa Lean- sekä Kaizen-koulutuksen käyneitä oli vielä vähäinen määrä. Tutkimuksessa on haluttu selvittää mahdollisimman tuoreita organisaatiokulttuurisia tekijöitä niin, että Lean-koulutuksesta ja pilottiyksikkönä olemisesta ei ole liian kauaa aikaa. Näen, että määrää oleellisempi tekijä tutkimukseni on haastateltavien ammatillinen poikkileikkaus sekä rikas, monia näkökulmia esiin tuova aineisto, jolla tutkimusta voidaan tehdä luotettavasti (Eskola & Suoranta 2001, 61.)

Haastattelutilanteissa haastateltavat olivat hyvin rohkeita puhujia, vaikka tiedostivat aiheen olevan työyhteisössään arka. On kuitenkin mahdollista, että haastattelussa kaikki näkökulmat eivät tulleet esille, useamman näkökulman esille tuleminen olisi vaatinut haastateltujen kriteerien vähentämistä, mikä olisi voinut vähentää ymmärrystä Leanin ja Kaizenin tarkoituksista. Näkökulmat tuovat esiin kulttuurin vaikutukset Leanin implementaatioon, jolloin aineisto antaa luotettavuutta tutkimukselle, ja tuo mahdollisuuksia vastata asetettuihin tutkimuskysymyksiin (Vilkkä 2007, 135–154.) Eettisistä näkökulmista tutkimukseni on herkkä ja uusi, sillä se keskittyy teemaan, joka ei ole vielä kaikille Lapin keskussairaalaissa työskenteleville tuttu.

Tutkimuksessa tuodaan esiin haastateltavien ammattit, mutta ei osastoja, koska Lean-koulutettujen vähäisen määrän takia haastateltavat olisi tunnistettavissa. Anonymiteetti oli haastateltaville tärkeä suojata, ja ehto sille, että he pystyivät antamaan palautetta eri näkökulmista ilman aiheuttavia ongelmia. (Vilka 2005, 95–96; Tuomi & Sarajarvi 2009, 131–132.)

## TULOKSET

### Lean ja toiminnan tehostaminen

Lean-ajattelun nähtiin vahvistaneen palvelunäkökulmaa, tuoden asiakasrajapintaa lähemmäksi työntekoa. Toiminnan tavoitteet olivat vahvasti sidoksissa asiakkaan mahdollisimman hyvään ja sujuvaan palvelukokemukseen. Myös henkilökuntalähtöinen kehittäminen on ollut muutoksen voima ja kehittämishankkeena Lean onkin erottunut positiivisesti muista, sillä henkilökuntaa on otettu aktiivisesti mukaan kehittämiseen. Prosessimainen toiminta ja hukan poisto ovat myös parantaneet yhteisen toimintamallin luomista, sillä toimintatapojen hajanaisuutta on saatu karsittua ja toimintaan on tullut selkeämmät linjaukset.

*”...on yritetty miettiä ne asiat sillä tavalla niin, että kun ihminen tulee vaikka jostaki tuolta kolmensadan kilometrin päästä, niin ei tartte montaa kertaa käydä saman asian takia täällä vastaanotolla...” (Lääkäri 2)*

*”...minusta se niinkö perusideologia on se mikä minua on alunperinki napannu et se ei tuu ylhäältä päin vaan se lähtee alhaaltapäin se kehittäminen.” (Lääkäri 1)*

Vastaajien osastoilla ei ole nähtävissä varsinaista jatkuvan parantamisen kulttuuria. Jatkuvan parantamisen nähtiin olevan henkilösidonnaista, mutta kaizen-työpajoihin suhtauduttiin hyvin positiivisesti ja niiden kuvattiin olevan sopivan pientä, matalan kynnyksen tulosta tuottavaa kehittämistä, jossa tehdään näkyväksi myös toisten osaaminen. Potentiaalia kulttuurin muutumisesta jatkuvan parantamisen kulttuuriksi kuitenkin löytyy. Kaizen-työpajojen systemaattinen jatkaminen nähdään avaintekijänä ja yk-

sittäisten henkilöiden sitoutuminen jatkuvaan parantamiseen toimii kollektiivisena voimavarana. Mitä enemmän työpajoja pidetään yllä, sitä herkemmin parempia tuloksia saadaan esille.

*”...omaa työtä tehdään, mutta ei ole edes käsittänyt mitä toinen tekee siitä prosessin toisesta osasta ja toisesta näkökulmasta ja toisessa huoneessa ja miten kumpiki kuitenkin samalla työajalla edistää sen asiakkaan hoitoa...” (Osastonhoitaja 1)*

Leanista tulee Sergei & Lusianin (2013) mukaan tapa tehdä työtä vasta sitten kun se sulautuu osaksi kulttuuria. Imai (1986, 1–12) sekä Graban & Swartz (2012, 5–6) toteavatkin, että kaizen työpajoissa opetetaan systemaattisesti luovuutta kehittää omaa sekä organisaation toimintaa jatkuvasti kohti parempaa.

Jatkuvaa parantamista oleellisesti hidastava tekijä oli se, että Lean-ajattelun käyttöön koulutettuja henkilöitä oli osastolla vielä suhteellisen vähäinen määrä, jolloin ymmärrys prosessimaisesta muutoksesta nimenomaan annetuilla välineillä koettiin olevan puutteellista. Jokainen haastateltava myös korosti ajankäytön ongelmien olevan suuri estävä tekijä. Koettiin, että parantamisprosesseihin ei ole varattu tarpeeksi standardoitua aikaa, jolloin projektien tarkoitus hukkuu potilastyön tärkeyden alle.

*”Kyllä sitä miettii, että miten tämän vois tehdä paremmin ja miten tämä sujuis mutkatomammin, mutta sitten että siihen mieltis kokoajan sitä jollaki kaizenilla, niin se ehkä siinä vielä jää.” (Osastonhoitaja 2)*

Imain (1986) mukaan moniammatilliset työryhmät ovat avain jatkuvan parantamisen kulttuurin luomiselle. Jos tietämättömyys ja ajankäytön ongelmat estävät ja luovat esteitä osallistua, on se vastoin Pedersenin ym. (2011a) ja Young ym. (2008) esiin nostamia asioita, joiden mukaan muutos vaatii ehdottomasti standardoitua aikaa onnistuakseen. Toisaalta jatkuvan parantamisen idea on Imai (1986) mukaan valinnoissa tehdä asiat eri tavalla kuin ennen. Standardoitua aikaa tarvitaankin vain eri työryhmien ylläpitämiseen, ei jokapäiväisiin valintoihin (Radnor ym. 2011).

Ajankäytön hyväksyminen osaksi kehittämistyötä nähtiin olevan merkki muutokseen

sitoutuneesta johdosta ja esimiehen sitoutuminen koettiin tärkeänä. Nähtiin, että tällaisten esteiden poisto esimiehen aloitteesta olisi tärkeää, sillä sairaalaan kuuluu lähtökohtaisesti ylhäältä alaspäin tuleva kulttuuri, ja etenkin alemmilla hierarkkisilla tasoilla työskenteleviä on hankala saada mukaan muutosprosesseihin. Mukaan saamisen vaikeus liittyy aiempiin kehittämishankkeisiin, joissa heitä ei ole otettu mukaan vaan kehittämismäärä on ollut ylempillä tasoilla.

*”...ihmiset ei uskalla sitten tuua ideoita niin helposti esille. On niin paljon ideoita, joita ei koskaan tuoda esille. Ajatellaan ehkä ettei ne ole niin hyviä ideoita, että niitä kannattais viedä eteenpäin.” (Lääkäri 1)*

Toisaalta jatkuvan parantamisen kulttuuria ei haluttu tietoisesti luoda, koska osoitettiin skeptisyyttä sille, onko Lean kestävä ratkaisu. Epäilyjä lisäsi ruokki se, että terveydenhuollon organisaatiot ovat viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana kokeneet monenlaisien kehittämishankkeiden ja johtamisoppien variaatioita. Leanin uskotaan olevan vain hetken huumaa, eikä henkilökohtaisia resursseja haluta sitouttaa siihen liikaa.

*”...siinä mielessä mie oon vähän skeptinenkin, että jos ajattelee kahtakytä vuotta eteenpäin niin se voi olla ihan joku muu ku leani enää.” (Osastonhoitaja 2)*

Radnor ym. (2011) korostavatkin, että mikäli Lean-ajattelulla tavoitellaan muutosta ja sitoututtua henkilökuntaa, tulisi se kirjata näkyväksi tavoitteeksi sairaalan pitkän aikavälin toimintastrategiaan.

### **Professiot ja hierarkiat osana toiminnan tehostamista**

Professioita ja hierarkioita on hyödynnetty prosessien tehostamisessa tehokkaasti, korostamalla etenkin ylilääkäreiden ja osastonhoitajien merkitystä. Tällainen menetelmä on toiminut, sillä etenkin alemmilla tasoilla työskenteleville relevantin informaation on tultava ylhäältä päin. Tämä ylhäältä alaspäin menevä informaatiotie on kuitenkin saanut prosessien myötä aikaan

jännitteitä myös professioammattien keskuudessa, koska professioille vallan ja vastuun jakaminen näyttäytyy hankalana ja uutena asiana.

*”... siellä tulee hiekkalaatikolleikki sitten, että kukas sitä sitten valtaa käyttää.” (Osastonhoitaja 2)*

Hierarkkisia suhteita kunnioitetaan ja halutaan pitää yllä etenkin vanhemman sukupolven toimesta. Tämä tekijä toisaalta edistää Leanin implementointia. Leanilla on haastateltavien mukaan mahdollisuus jalkautua juuri professioiden tietämyksen kautta. Teoriasta oleellisesti poikkeava huomio oli se, että toisin kuin Wiili-Peltola (2005) sekä Saks (2012) nostavat esiin hoitajien ja lääkäreiden väliset hierarkkiset suhteet erottavana, haastateltavat kokivat, että hierarkkia ei ollut nähtävissä etenkin hoitajien ja lääkäreiden välillä muuten kuin vastuuseen perustuvana. Hierarkian puute mahdollistaa sujuvan yhteistyön eikä huonommuuden tai parimmuuden tunteita nostettu esiin.

*”...monesti aatellaan, että hoitohenkilökunta ja lääkärit. Että siinä vois olla semmosta hierarkkisuutta, mutta päinvastoin, missä mie oon ollu mukana, on ollu et lääkärit on ollu innostuneita, eivätkä ainakaan ole näyttäneet sitä, että nuo ei tiä mistään mittään.” (Fysioterapeutti)*

Etenkin lääkäriprofessioita ja osastonhoitajia voidaan Radnor & Osbornen (2013), Saksin (2012) sekä Magerin (2014) mukaan käyttää myös väylänä muutoksen jalkauttamiseen. Se onnistuu, jos organisaatiossa kunnioitetaan professionaalista tietämystä ja hierarkkisia suhteita.

Korkeamman aseman nähtiin olevan mahdollisuus, joka tosin on kääntynyt myös päällelleen. Tällaisen aseman omaavien hyödyntäminen prosesseissa on lisännyt pelkoja siitä huolimatta, että etenkin hoitohenkilökunta koki kaikkien olevan kehittämisessä samalla tasolla. Nämä pelot liittyvät eri professioihin, jolloin oma ammatti voidaan nähdä alistaiseksi korkeamman koulutuksen saanutta vasten. Voidaan jopa sanoa, että professioammateissa työskentelevät ovat lisänneet tietämättään näkemystä siitä, että prosessien kehittämisessä vallitsevat vanhat hierarkkiset suhteet, eikä kontrollin ja professio-



rajojen rikkoutumisesta ole nähtävissä viitteitä etenkin alimmilla ja ylimmillä tasoilla työskentelevien kesken.

*”No mie luulen, että se on vaan sitä, että kun aikaisemmin on ollu semmonen ajatus, että lääkärit on korkeammalla ja sitten vähän täytyy heitä niinku palvella...” (Fysioterapeutti)*

Jotta tehokkuutta pystyttäisiin parantamaan, on näitä rajoja ja kontrolloja rikottava ja huomioitava, että koulutettuja on joka tasolla vähintään kaksi samasta ammattiryhmästä. Vastuuta tehostamisesta tulisi jakaa tasaisemmin koko henkilöstön kesken. Olisi tärkeä sekä hyödyntää professioita että rikkoa hierarkkisia malleja monipuolisemmalla, karismaattisten koulutettujen joukolla.

*”Mut kyllähän aina täytyy olla niin, että on niitä ihmisiä, jotka on johtajatyyppejä, jotka sitten saa levitettyä sitä. Mutta kuitenkin se pitää olla siinä määrin, että hän ei voi olla kuitenkaan sillälailalla yläpuolella muita, et muut kokee että voi tasavertaisena osallistua.” (Osastonhoitaja 1)*

Vahvojen johtajapersoonien käyttö Leanin implementaatioissa edistää Saksin (2012) että Holdenin ym. (2015) mukaan sitä, että tunnusomaiset piirteet professioiden ammatillisen tietotaidon paremmuudesta vähenisi ja ajatuksen taakse saataisiin kerättyä Radnor & Osbornen (2013) korostamaa organisoitua moniammatillista voimaa.

### **Kulttuurinen moninaisuus osana toiminnan tehostamista**

Yhteisön moninaisuus nähtiin prosessien parantamisen voimavarana silloin kun se tapahtuu työkierron kautta. Huomiota tulisi kiinnittää osastojen hajautuneisiin työtapoihin ja Leanin leviämisen hitauteen. Henkilöstön hyvä tuntemus nousee vähemmän teoreettisessa keskustelussa esiin, mutta haastateltavat kokivat, että se on väylä tehokkuuteen, jolloin oikeanlaisten persoonien löytäminen ja asioiden perustelemisen eri differentiaatio ja fragmentaatio ryhmiin helpottuu. Näin vähennetään ajatusta ”näin meillä on aina tehty”

*”Sittenhän tässä on tullu tätä persoonakohtasta asiaa, miten kukanenki näihin asioihin suhtautuu, mut sitä pystyy hirveen paljon vähentämään sillä, et se on hyvin mietitty se juttu ja sä esittelet sen tietyllä tavalla sille porukalle, jonka sää ite tunnet. Et millälailalla näille ihmisille esitellään asiat kun sä haluat, että ne menee tähän suuntaan tai tuohon suuntaan.” (Lääkäri 2)*

Työyhteisön moninaisuudessa ongelmalliseksi muodostuivat laitoshuoltajien ja sihteerien eriytyminen valtajoukosta. Etenkin heidän ammatikuntiin liittyy kollektiivisia pelkoja sekä oman työpaikan menettämisestä että muutoksen tarkeituksista. He ovatkin kehittäneet vastarintaa erilaisia ryhmittymiä hyväksikäyttäen, jolloin sisäisen integraatiokulttuurin perspektiivistä, prosessien tehostaminen nähdään kollektiivisesti konfliktien aiheuttajana.

*”Kyllä meillä havahtuu siihen, että laitoshuoltajat versus hoitohenkilökunta niin he ei oo niinku samaa ja se ehkä tulee enempi esiin niinku laitoshuoltajilta omasta näkökulmasta, et heitä pyydetään vaikka mejän yhteiseen niinku illanviettoon niin he eivät koe olevansa niinku osa meitä, et jotain vanhaa kulttuuria siinä on mukana...” (Osastonhoitaja 1)*

*”...siinä tulee ne omat riskinsä sitten, että ruvetaan pelekäämään sen oman työpaikan puolesta. Että se tekkee niin helepoiksi nämä hommat, että ennen se tehtiin viis tuntia hiki hatussa ja nyt se tulee ja tekkee sen kahessa tunnissa.” (Laitoshuoltaja)*

Haastatteluaineistosta nousee esiin, että etenkin laitoshuoltajien pelot korostavat hierarkkisten suhteiden merkitystä ja rajoittavat uskallusta osallistua moniammatillisiin tiimeihin. Kollektiiviset pelot ja yksittäisten henkilöiden irtautuminen ryhmäkontrollista on saanut aikaan ammattirajojen kiristymisen, jonka seurauksena työkaveruutta on kyseenalaistettu. Tällöin ei Timmonssin ym. (2014) sekä Ulahassanin ym. (2014) mukaan synny luottamusta työntekijöiden välille. Kontrollit ja kyseenalaistamiset ovat tyypillisiä konfliktien aiheuttajia differentioituissa ammattiryhmissä. (Martin 1992.)

*”... selän takana puhuminen ja sitten tämmönen viha, kauna, katteus, kylymä rinki. Minä välillä väsyn siihen kauhiasti kun tulee vihasia ihmisiä, että ”miksi sää menit tuosta sanomaan...” (Laitoshuoltaja)*

Pelot leviävät eteenpäin kun uusia kulttuurin muotoja syntyy. Toisiin differentioituneisiin ryhmiin sopimattomat ihmiset ryhmittyvät keskenään omiksi fragmentoituneiksi ryhmiksi, jolloin toiminta ja asenteet prosessimaisia toimintoja kohtaan voivat muuttua vielä enemmän ennustamattomiksi.

*”Ja sitten kun on kerran saanu jonku loukattua niin se on tosi vaikia sitten uia takaisn liiveihin, että sai sees semmosen luottamuksen, että ne haluais tehdä töitä ees.” (Laitoshuoltaja)*

Pelkojen ja kontrollien kasvu voi levittäytyä suureksi puskuriksi rajoittamaan Lean-ajattelun tavoitteita ja näihin aineiston mukaan olisi puuttuttava. Myös sisäisiä kontrolloja tulisi etenkin alemmista ammattiryhmittymistä hajottaa, sillä ryhmän painostaminen saman mielisyyteen laittaa muutokselle myönteiset henkilöt koville. He joutuvat ryhmäpaineen ja tehokkuuden parantamisen väliin, jolloin työskentelystä voi tulla ahdasmielistä ja toimintamahdollisuuksia rajoittavaa.

## PÄÄTELMÄT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuinka sairaalan organisaatiokulttuuriset tekijät nousevat esiin Lean-ajatteluun perustuvassa prosessimaisessa toimintojen tehostamisessa. Tutkimuksessa nostettiin esiin niin sairaalan organisaatiokulttuurisia edistäviä kuin hidastavia tekijöitä. Tutkimus osoittaa, että ilman täsmällisempiä kulttuurisia tekijöitä huomioimalla, Leanin implementaatio differentiaatio- mutta etenkin fragmentaatiokulttuureihin on haastavaa. Tämä on merkittävä tulos etenkin tämän hetken sote-uudistuksen kannalta, jonka tavoitteena on muun muassa sekä yksilöllisempien palveluiden saatavuus, että julkisten kustannusten hillitseminen. Julkisirahoitteisia sairaalapalveluita voivat sote-uudistuksen myötä tarjota niin julkiset, yksityiset kuin kolmannen sektorin

toimijatkin (Valtioneuvosto 2018.) Toimijoiden siirtyessä maakunnan alaisuuteen, on oletettava, että eri organisaatioiden kulttuurit törmäävät ja eri kulttuurin ryhmittymiä nousee esiin. Yksilöidempien palveluiden toteutumisen edellyttää tehokkuuden ja vaikuttavuuden näkökulmasta kulttuurien tuntemista ja hierarkia- sekä professorirajojen uudelleenmäärittelyä. Jatkotutkimusaiheina esitän olevan organisaatiokulttuuristen tekijöiden vaikutusta Leanin implementaatioon eri sektoreilla, niin yksityisellä, julkisen eri osastoilla kuin kolmannella sektorillakin. Ammattirajojen uudelleenmäärittely ei ole pelkästään terveydenhuoltoon koskevaa vaan liittyy laajemmin professorirajojen määrittelyyn ja valmiuksiin kohdata muuttuva toimintaympäristö. Hyödyllistä olisi myös selvittää professioiden uudelleen muotoutumista muuttuvassa toimintaympäristössä. Sote-uudistuksen toteuttua olisi hyödyllistä tutkia tehokkuuden paranemista sekä palveluiden yksilöitymistä ja niihin vaikuttavia tekijöitä uusissa rakenteissa kuten myös organisaatioiden kulttuurin kehittymistä esimerkiksi pitkittäistutkimusotteella.

Tutkimus vahvistaa aikaisempaa tutkimusta siitä, että sairaalaorganisaation kulttuuri on hitaasti muuttuva ja hierarkkinen vaikka viitteitä kulttuurin rikkoutumisesta on löydettävissä etenkin lääkärin ja hoitajien välillä (Wiili-Peltola 2005). Kulttuurin nähdään olevan edelleen tyypillinen sairaalakulttuuri, jossa Martinin (1992) kolme kulttuurin muotoa on selvästi nähtävillä. Hierarkkinen jakautuminen eri ammattikuntien välille on kulttuurille osa sen ominaispiirteistä. Tutkimuksessa tuodaan esiin kuitenkin uutta näkökulmaa siitä, että suurimmat Leanin implementaatiota hidastavat tekijät nousevat ammattikuntien sisältä sekä eri fragmentoituneista ryhmistä, joihin voi kuulua myös laajempi joukko eri ammattikuntien edustajia. Perinteinen, eri ammattikuntien hierarkiaan liittyvä jaottelu ei siis täysin päde, vaan tutkimus toimii kurkistusaukkona näihin persoonien tai ajattelutapojen myötä jakautuneisiin kulttuuriin ryhmiin Leanin implementaatiossa.

Hierarkioiden sekä professioiden hyödyntämiselle Leanin implemetaatiassa nähdään tutkimuksen perusteella olevan tietynlainen piste. Radnor & Osborne (2013) korostavat organisoi-tuneen moniammatillisuuden voiman tärkeyttä

Leanin implementaation takana. Tutkimus vahvistaa sitä, että implementaatiiovastuun jakamista niin hierarkiassa korkealla oleville henkilöille sekä karismaattisille persoonille edistää Leanin implementaatiota. Tässä tutkimuksessa on kuitenkin nostettu tarkemmin esille niitä pisteitä ja tekijöitä, joissa hierarkkisen johtajan tarve vähenee ja persoonallisen työntekijän tarve kasvaa.

Vaikka Lean on johtamisoppi, joka juontaa juurensa jo Taylorismin aikakauteen, on sen kompleksisuus nähtävissä niin tässä kuin aikaisemmassakin tutkimuksessa. Menetelmien häi-

lyvyys ja epäselvyys ovat yksi syy implementoinnin hitauteen. Toisin kuin aikaisemmissa tutkimuksissa (esim. Poksinska 2010; Mazzocato ym. 2012; Timmons ym. 2014; Ulahassan ym. 2014) työkalujen käyttö on näyttäytynyt ongelmallisena, mutta tässä tutkimuksessa organisaatiokulttuuriset tekijät voivat olla este johtamisopin jalkautumiseen ja jo työkalujen lähtökohtaiselle käytölle. Kulttuurin tunteminen onkin keskeinen elementti Leanin käyttöönoton suunnittelussa ja toteutuksessa.

## LÄHTEET

- Ackerman, Jeremy D., Hemphill, Robin & Cowan, David (2011). Lean is a tool in the toolbox, not the silver bullet. *Annals of Emergency Medicine*, 58 (4), 398–399.
- Al-Balushi, Sulaiman., Sohal, Amrik,S., Singh, Al Hajri, Ak Farsi & Al Abri (2014). Readiness factors for lean implementation in healthcare settings – a literature review. *Journal of Health Organization and Management*, 28 (2), 135–153.
- Arfman, David. & Topolansky, Frederico (2014). The value of Lean in the Service Sector. A Critique of Theory & Practice. *International journal of business and social science*, 5 (2), 18–24.
- Boaden, Ruth, Harvey, Gill, Moxham & Proudlove (2008). *Quality improvement: theory and practice in healthcare*. NHS Institute for Innovation and Improvement.
- Burgess, Nicola J. & Radnor, Zoe. J (2011). Evaluating Lean in healthcare. *International journal of health care quality assurance*, 26 (3), 220–235.
- Cheng, Siu Y (2014). Improving access to health services – challenges in Lean application. *International Journal of Public Sector Management*, 28 (2), 121–135.
- Dahlgaard, Jens J., Pettersen, Jostein & Dahlgaard-Park, Su M (2011). Quality and Lean in healthcare: a system for assessing and improving the healthcare organizations. *Total quality management & Business excellence*, 22 (6), 673–689.
- D'Andreamatteo, Antonio, Ianni, Luca, Lega & Sargiacomo (2015). Lean in healthcare: A comprehensive review. *Health Policy*, (119), 1197–1209.
- de Souza, Luciano, B. (2009). Trends and approaches in lean healthcare. *Leadership in health services*, 22 (2), 122–139.
- de Souza, Luciano, B. & Pidd, Michael (2011). Exploring the barriers to lean health care implementation. *Public Money & Management*, (31) 1, 59–66.
- Enckell, Magnus (1998). *Organizational cultures of Finnish hospital in Change*. Helsinki: Swedish school of economics and business administration nr. 71.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha (2001). *Tutki ja kehitä*. Vastapaino. Tampere.
- Graban, Mark & Swartz, Joseph E. (2012). *Healthcare Kaizen. Engagin front-line staff in sustainable continuous improvement*. CRC press. Taylor & Francis group. New York.
- Green, Stuart D. (1999). *The dark side of Lean construction. Exploitation and ideology*. University of California, Berkley. Haettu sivulta <http://www.ce.berkeley.edu/~tommelein/IGLC-7/PDF/Green.pdf>, 15.2.2016.
- Heikkinen, Maarit. (2005). Monimuotoisuus organisaatioissa. Monimuotoisuustutkimuksen pääpiirteitä ja kehityslinjoja. Hallinnon tutkimus, (24) 1, 3–13.
- Hicks, Christian, McGovern, Tom, Prior & Smith (2015). Applying lean principles to the design of healthcare facilities. *Production Economics*, (170), 677–686.
- Hines, Peter, Holwe, Matthias. & Rich, Nick (2004). Learning to evolve. A review of contemporary Lean thinking. *International journal of operations & production management*, 24 (9), 994–1011.
- Holden, Richard J. (2011). Lean thinking in emergency departments: A critical review. *Annals of emergency medicine*, 57 (4), 398–399.
- Holden, Richard J., Eriksson, Andrea, Andreasson, Jörgen, Williamsson, Anna & Dellve, Lotta (2015). Healthcare workers' perceptions of

- lean: A context-sensitive, mixed methods study in three Swedish hospitals. *Applied Ergonomics*, (47), 181–192.
- Imai, Masaaki (1986). *Kaizen: The Key to Japan's Competitive Success*. McGraw-Hill. New York.
- Joosten, Tom, Bongers, Inge & Janssen, Richard (2009). Applications of Lean thinking to Health care: issues and observations. *International Journal Of Quality in Health Care*, 21 (5), 341–347.
- Jorma, Tapani, Tiirinki, Hanna, Bloigu & Turkki (2015). LEAN thinking in Finnish healthcare. *Leadership in Health Services*, (29) 1, 9–36.
- Kaljunen, Leena (2011). *Johtamisopit kuntaorganisaatioissa – diskursiivinen tutkimus sosiaali- ja terveystoimesta 1980-luvulta 2000-luvulle*. Lappeenrannan teknillinen yliopisto: Digipaino.
- Kim, Christopher S., Spahlinger, David, A., Kin & Billi (2006). Lean health care what can hospitals learn from a world-class automaker? *Journal of Hospital Medicine*, (1) 3, 191–199.
- Kinnunen, Juha. (1990). *Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri*. Kuopion yliopiston julkaisuja. Kuopio.
- Kirton, Gill & Greene, Anne-Marie (2010). *The dynamics of managing diversity. A critical approach*. New York: Routledge.
- Konttinen, Esa. (1991). *Perinteisesti moderniin. Professioiden yhteiskunnallinen synty Suomessa*. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- La Ganga, Linda R. (2011). Lean service operations: reflections and new directions for capacity expansion in outpatient clinics. *Journal of Operations Management*, 29 (5), 422–433.
- Liker, Jeffrey K. (2004/2010). *Toyotan tapaan*. Helsinki: Readme.fi.
- Lillrank, Paul (1998). *Laatuajattelu-laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa*. Otava. Keuruu.
- Lapin sairaanhoitopiiri (LSHP) (2018a). Monivuotinen tutkimus- ja kehittämissuunnitelma. Haettu sivulta [http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Kehittaminen/Kehittamishankkeet/Inhimillisesti\\_tehokas\\_sairaala](http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Kehittaminen/Kehittamishankkeet/Inhimillisesti_tehokas_sairaala). 1.3.2018.
- Lapin sairaanhoitopiiri (LSHP) (2018b). Hukka-haavi. Haettu sivulta <http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Kehittaminen/Kehittamishankkeet/Hukkahaavi>. 1.3.2018.
- Mager, Diana R. & Lange, Jean (2013). Teambuilding across healthcare professions: The ELDER project. *Applied Nursing Research*, (27), 141–143.
- Martin, Joanne (1992). *Cultures in organizations: Three perspectives*. London: Oxford University Press.
- Martin, Joanne (2000). Managing value conflicts. *Nursing management*, 7 (1), 26–29.
- Mazzocato, Pamela, Savage, Carl, Brommels, Aronsson & Thor (2010). Lean Thinking in Healthcare: A Realist Review of the Literature. *Quality & Safety in Health Care*, (19) 5, 376–382.
- Mazzocato, Pamela, Holden, Richard J., Brommels, Mats, Arosson, Håkan, Bäckman, Urika, Elg, Mattias & Thor, Johan (2012). How does Lean work in emergency care? A case study of lean-inspired intervention at the Astrid Lindgren children's hospital. *BMC Health Service Research*, 12 (28), 12–28.
- Mintzberg, Henry, Ahlstrand, Bruce & Lampel, Joseph, B. (2001). *Strategy Safari: The Complete Guide Through The Wilds of Strategic Management*. Harlow: Financial Times Prentice Hall.
- Osborne, Stephen P., Radnor, Zoe, Vidal & Kinder (2014): A Sustainable Business Model for Public Service Organizations? *Public Management Review*, 16 (2), 165–172.
- Pedersen, Esben. R. G. & Huniche, Mahad (2011). Determinants of lean success and failure in the Danish public sector: a negotiated order perspective. *International journal of public sector management*, 24 (5), 403–420.
- Poksinska, Bozena (2010). The current state of Lean implementation in healthcare – literature review. *Quality Management in Health Care*, 19 (4), 319–329.
- Radnor, Zoe J., Holweg, Matthias. & Waring, Justin (2011). Lean in healthcare: The unfilled promise? *Social science & Medicine*, 74 (3), 364–371.
- Radnor, Zoe J. & Osborne, Stephen P. (2013). Lean: A failed theory for public services? *Public management review*, 15 (2), 265–287.
- Radnor, Zoe, Walley, Paul, Stephens, Andrew & Bucci, Giovanni (2006). *Evaluation of the Lean Approach to Business Management and its Use in the Public Sector*. Edinburgh: Scottish Executive Social Research.
- Radnor, Zoe. J. & Walley, Paul (2008). Learning to walk before we try to run: Adapting Lean for the public sector. *Public money and management*, 28 (1), 13–20.
- Reijula, Jori, Ruohomäki, Virpi, Lahtinen, Aalto, Reijula & Reijula (2017). Terveystuottamisen työprosessien, palvelujen ja tilojen kehittäminen Lean-ajattelun avulla (TeLean). Tutkimushankkeen loppuraportti. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Sabater-Galindo, Marta, Fernandes-Llimos, Fernando, Sabater-Hernandes, Daniel, Martínez-

- Martínez, Fernando & Benrimoj, Shalom I. (2016). Healthcare professional-patient relationships: Systematic review of theoretical models from a community pharmacy perspective. *Patient Education and Counseling*, (99), 339–347.
- Saks, Mike (2012). Defining a Profession: The role of knowledge and expertise. *Professions & Professionalism*, 2 (1), 1–10.
- Seeck, Hannele. (2008). *Johtamisopit suomessa. Taylorismista innovaatioteorioihin*. Gaudeamus. Helsinki University Press Oy. Helsinki.
- Sergei, Viviane, Lusiani, Maria, Langley, Ann & Denis, Jean-Louis (2013). Saying what you do and doing what you say: The performative dynamics of lean management theory. *Working paper*, (35). Haettu sivulta <http://virgo.unive.it/wpideas/storage/2013wp35.pdf> 15.2.2017
- Silén, Timo (1998). *Laatujohtaminen. Menetelmiä kilpailukyvyyn vahvistamiseksi*. WSOY. Helsinki.
- Simons, Pascale (2014). Does lean management improve patient safety culture? An extensive evaluation of safety culture in a radiotherapy institute. *European Journal of Oncology Nursing*, (19), 29–37.
- Spear, Steven, J. (2005). Fixing health care from inside, today. *Harvard Business Review*, (83) 9, 78.
- Thorne, Marie, L. (2000). Cultural chameleons. *British Journal of Management*, 11 (4), 325–339.
- Tiainen, Maijaterä (2015). *Uudelleenorganisoitujen palvelujen laatu asiakkaan arvioimana. Seurantatutkimus terveydenhuollon hajautettujen päivystyspalveluiden keskittämisestä*. Suomen yliopistopaino – Juvenesprint Oy. Tampere.
- Timmons, Stephen, Coffey, Frank & Vezyridis, Paraskevas (2014). Implementing Lean methods in the emergency department: the role of professions and professional status. *Journal of health organization and management*, (28) 2, 214–228.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerrus kirjapaino oy. Jyväskylä.
- Timmons, Stephen, Coffey, Frank & Vezyridis, Paraskevas (2014). Implementing Lean methods in the emergency department: the role of professions and professional status. *Journal of health organization and management*, 28 (2), 214–228.
- Ulahassan, Waqar, Westerlund, Hugo, Thor, Johan, Sandahl, Christer & von Thiele- Schwartz, Ulrika (2014). Does Lean implementation interact with group functioning? *Journal of Health organization and Management*, 28 (2), 196–213.
- Vilkkä, Hanna. (2005). Tutki ja kehitä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Wiili-Peltola, Erja (2005). *Sairaala muutosten ristipaineessa. Hallinnan kehittämisen haasteita sairaalaorganisaatiossa*. Tampere: Savio Printer.
- Womack, James P. & Miller, Diane (2005). *Going Lean in health care*. Institute for Healthcare Improvement. Cambridge.
- Yong, Terry. & McClean, Sally I. (2008). A critical look at lean thinking in healthcare. *Quality and safety in health care*, 17 (5), 382–386.