

Lean-ajattelu sosiaali- ja terveysalalla – enemmän kuin nippu työkaluja ja siisti liinavaatevarasto

Mari Sanila

Johdanto

Tammelin, Anttila & Mänttari-van der Kuip ehdottavat pääkirjoituksessaan (Työelämän tutkimus 1/2016), että kehitettäisiin uusi kevyttuotantomalli, joka keskittyisi myös palveluprosessin työntekijöihin ja asiakkaisiin. Kommentoin tätä ehdotusta seuraavassa, koska mielestäni lean-tuotannossa kaikki lähtee asiakkaasta ja työntekijät ovat keskiössä palvelun tuottamisessa.

Autotehdas Toyotan tuotantotapaa vuosikymmeniä tutkinut Jeffrey K. Liker (2006) kiteyttää Toyotan tavan keskeisimmän sisälön ihmisten kunnioittamiseen ja jatkuvaan parantamiseen. Toyotan tavasta voi erottaa 14 periaatetta, jotka ovat sen tuotantojärjestelmän kulttuurin takana. Työn perustana on pitkän tähtäimen filosofia, jonka pohjalta tehdään lyhyen tähtäimen päätöksiä. Sitten Toyotan tavasta muotoutuneessa lean-tuotantotavassa luodaan työprosessit, jotka toimivat jatkuvan virtauksen periaattein, ja joiden avulla ongelmat tulevat esille. Jatkuvan virtauksen periaatetta voi kuvata käyttäen tavaratuotantoa esimerkkinä: tilauksen tultua varataan vain tavaran tuottamiseen tarvittavat raaka-aineet, joita käyttäen tavara kasataan vaihe vaiheelta keskeytymättömänä virtana. Virtaukseen syntyy imujärjestelmä, joka tarkoittaa sitä, että asiakas saa, mitä hän tarvitsee, silloin kun hän tarvitsee ja juuri sen

verran kuin tarvitsee. Imujärjestelmän avulla vältetään ylituotantoa ja työmäärät tasapainotetaan. Keskeistä on luoda kulttuuri, jossa pyhädytään korjaamaan ongelmat ja standardoidaan tehtävät. Lisäarvoa, arvoa asiakkaalle, tuotetaan kehittämällä ihmisiä ja yhteistyökumppaneita. (Liker 2006, 3641, 87–112; Womack ym. 1991, 58–62; Radnor ym. 2012)

Seuraavassa tuon esille lean-ajattelun soveltamista kuntoutusprosessissa. Potilas kuntoutuu Suomessa järjestelmässä, joka muodostuu monesta eri hyvinvoinnin osajärjestelmästä. Hajautuneen kuntoutuksen ongelmista on keskusteltu usean vuosikymmenen ajan. Osajärjestelmien yhteisenä tavoitteena on kuntoutuspalvelujen järjestäminen asiakkaiden tarpeiden pohjalta, mutta järjestämisen keinot vaihtelevat. Alueellisesti kuntoutus ei ole selkeästi rakentunut ja kokonaisuuden koordinointi ei ole kenenkään vastuulla. (Pulkki 2012, 6-7.) Paineet kuntoutuksen kustannusten hillitsemiseen ja nykyisten resurssien asiakaslähtöisempään käyttöön sisältyvät muiden sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen tavoin meneillään olevaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen (mm. Sitra 2015). Kuntoutuksessa nykyistä parempi asiakaslähtöisyys tarkoittaa muun muassa sitä, että kuntoutus toteutetaan keinoin, jotka asiakasta todennetusti hyödyttävät, ja sitä että kuntoutuminen ei katkeaisi siksi, että asiakas ei pääse tarvitsemaansa kuntoutuspalveluun.

Kuntoutuksessa tuotettu lisäarvo

Kuntoutuksen palvelutuotannossa lisäarvo on kaikkea sitä toimintaa, joka lisää potilaan toimintakykyä – kuntoutumista. Kuntoutuksen vaikuttavuuden kannalta on tärkeää, että toiminta on potilasta ja hänen läheisiään osallistavaa ja sitouttavaa. Toisaalta se työ, joka ei tuota lisäarvoa, on hukkaa. Lean-ajattelussa hukaksi määritellään ylituotanto, odottelu, tarpeeton kuljettelu, ylikäsittely tai virheellinen käsittely, tarpeettomat varastot, tarpeeton liikkuminen, viat ja työntekijän luovuuden käyttämättä jättäminen (Liker 2006, 27–31, 87–90).

Kuntoutuksessa on ammattitaitoa vaativaa, ja ajoittain myös vaikeaa, erottaa päivittäin potilaan saama lisäarvo. Esimerkiksi tehtävälisterien avulla ei voida listata millainen palvelutapahtuma tarkkaan ottaen lisäarvon tuottaa, vaan kuntoutuksessa päivittäin potilaan saaman lisäarvon arvioi työntekijä yksilöllisesti vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Tätä työtä tukee tiimin ja koko osaston kanssa käytävät linjaukset, jotka auttavat lisäarvon määrittelyssä. Päivittäisessä työn reflektoinnissa on tavoitteena arvioida myös sitä, miten voidaan tuottaa palvelua toisin, jotta potilaan saama hyöty, lisäarvo, lisääntyy. Kuntoutusprosessissa lisäarvo tulee määrittellä jokaisessa organisaatiossa ja osastossa erikseen ja yhteismitallisesti koko potilaan yksilöllisen kuntoutusprosessin näkökulmasta (vrt. Womack ym. 1991, 113–117).

Lisäarvon käsitteen käyttöön ottamisella on myös seurauksia. Kun lisäarvon käsite otetaan käyttöön, vie reflektointi työntekijöiden aikaa. Ajan myötä, lisäarvon käsitteen tullessa tutuksi, lisäarvon määrän arviointi helpottuneen, kuten myös sen tuottamisessa olevien ongelmien syiden löytäminen.

Julkisissa palveluissa asiakkaalle arvoa tuottavien asioiden määrittely voi olla ongelmallista. Työn arviointia on totuttu tekemään nimenomaan organisaation ja professioiden näkökulmasta (vrt. Kallio 2015). Profiolihtoisuus kääntää arvon määrittelyn helposti palvelun tuottamiseen eri profes-

sioiden tuottamina osina. Ammattilaista saat-
taa hämmentää kysymys siitä, mikä on asiakkaan saama lisäarvo, kun hän itse mieltää toteuttavansa palvelua koko työajallaan. Kaikki työ ei kuitenkaan tuota asiakkaalle lisäarvoa. Kun lisäarvon käsite otetaan käyttöön, ei voida olettaa, että palvelun lisäarvo asiakkaan näkökulmasta olisi yksiselitteisesti selvillä.

Jatkuva virtaus kuntoutuksessa

Lean-ajattelussa jatkuvalla virtauksella tarkoitetaan, että valmistuva tuote liikkuu lähekkäin sijaitsevista työvaiheista toiseen keskeytyksettä. Liikkuva erä on ihanteellisimmillaan aina sama, eli yksi kappale. Perinteisessä tuotantotavassa puolestaan tuotetta valmistetaan erä kerrallaan eri osastoissa, jotka toteuttavat eri tuotantovaiheita. Tällöin esimerkiksi viiden erän tuotannossa aina neljä kappaletta odottaa yhden kappaleen prosessointia, ennen kuin koko erä voidaan siirtää seuraavalle osastolle uuteen erän prosessointivaiheeseen. (Womack 1990, 21–24.)

Jatkuvaan virtaukseen liittyy myös tahti-aika, eli se vauhti, jolla asiakas ostaa tuotteen. Kun jaetaan työaika tilattujen yksiköiden määrällä, on laskettavissa se aika, jolla yksi yksikkö tulisi valmistaa. Tällaisessa virtauksessa jokaisen prosessin vaihe on tahdistettavissa. Mikäli jokin vaihe toimii muita hitaammin, syntyy johonkin prosessin kohtaan pullonkauloja, jolloin tuotannon virtaus pysähtyy. Mikäli puolestaan jokin vaihe toimii nopeammin, syntyy ylituotantoa.

Jatkuvana virtauksena toteutetussa tuotantotavassa aikaa ei mene esimerkiksi suurten tavaraerien siirtelyyn eri osastojen välillä eikä synny suuria välivarastoja. Tuotevirheet pystytään havaitsemaan jo tuotantovaiheessa eikä vasta koko erän valmistuttua, jolloin syyn selvittäminen on vaikeaa. Virtauksen hyötynä katsotaankin olevan erilaisten hukkien väheneminen ja laadun parantuminen, jotka johtavat puolestaan pienempiin kustannuksiin ja lyhyempiin toimitusaikoihin. Prosessin vir-

tausta tarkastelemalla löydetään keinoja tuotannon parantamiseen. (vrt. Liker 2006, 87–103.)

Asiakaslähtöinen kuntoutusprosessi

Asiakaslähtöinen kuntoutusprosessi tarkoittaa, että asiakas saa oikeaan aikaan niitä palveluita, joita hän kuntoutuakseen tarvitsee. Asiakaslähtöistä kuntoutusprosessia tarkastellaan potilaan näkökulmasta; milloin hänen prosessinsa on alkanut ja päättynyt ja millaisia toimintoja hän prosessissaan käy läpi.

Kuntoutustarve voi syntyä esimerkiksi silloin, kun henkilö sairastuu äkillisesti aivotaapahtumaan. Hän hakeutuu erikoissairaanhoidon ja päätyy akuuttisairaalan osastolle. Prosessi on alkanut. Akuuttihoiton jälkeen vaihtoehtoina on siirtyminen vaativan kuntoutuksen osastolle, terveyskeskuksen kuntoutusosastolle, yksityiseen kuntoutusyksikköön tai kotiin, jolloin kuntoutus voi jatkua kotikuntoutuksella. Voimme määritellä prosessin alkavan juuri tuosta potilaan tulosta sairaalaan ja päättyvän kotikuntoutuksen päättymiseen. Se voidaan määritellä myös toisin. Prosesseissa tapahtuvan työn vaikuttavuutta mitattaessa tulee kuitenkin asettaa järjestelmän rajat (Modig & Åhlström 2013, 22–23).

Imujärjestelmä ja vaihtelu kuntoutusprosessissa

Lean-ajattelussa tuotannon virtaukseen liittyy kiinteästi imu-periaate. Asiakkaan tarve käynnistää tuotannon, ikään kuin imaisten tuotannon liikkeelle. Tuotannon eri vaiheet imaisevat puolestaan tuotannossa valmistumassa olevan kappaleen vaiheesta toiseen. Tätä asiakkaan tuotantoon aikaan saamaa järjestelmää kutsutaan imujärjestelmäksi. (Womack ym. 1991, 58–62.)

Tuotannon toteutumista sujuvasti vaiheesta toiseen vaikeuttaa vaihtelu – siis se, ettei tuotanto toteudu aina samanlaisena. Esimerkiksi sairaalassa vaihtelua tuottaa muuttuvat asiakasmäärät. Ei voida tarkkaan tietää, missä

tahdissa potilaita eri osastoille tulee. Toisaalta väestön alueellisesta sairastuvuudesta eri sairauksiin on tietoa ja ennakointi väestön sairastavuuden muutoksiin näkyy sairaalan osastoilla toiminnan suunnittelussa (THL 2015; esim. SATSHP 2015). Julkisten palveluiden yksiköissä on tietoa myös siitä, millaista kuormitusta asiakkaat eri vuodenaikoina ja kuukausina tuottavat. Tämä tieto ja tarkempi tarkastelu eri viikoppäivien ja vuorokauden aikojen mukaan helpottaa eri resurssien, kuten työntekijöiden, sijoittelua – ja palvelun tuottamista silloin, kun asiakas sitä tilaa.

Asiakasmäärien vaihtelun lisäksi vaihtelua on myös itse palvelujen tuotannossa johtuen asiakkaiden erilaisista tarpeista (vrt. Liker 2006, 113–127). Kuntoutuksessa potilaiden vaihtelevat tarpeet rajoittavat esimerkiksi sitä, että kuntoutusprosessit voitaisiin toteuttaa kokonaisuudessaan ryhmämuotoisten palvelujen avulla. Toisaalta potilaiden vaihtelevissa kuntoutustarpeissa on myös samoja piirteitä, mikä mahdollistaa sen, että potilas voi osallistua vähintään osittain standardoituihin kuntoutustoimintoihin. Vaihtelua kuntoutusprosessissa voi syntyä myös monesta muusta syystä kuten, että potilaan tarvitsema laite rikkoutuu, tai häntä hoitava ammattilainen sairastuu ja sijaista ei ole saatavilla. Potilas voi joutua myös odottamaan päästäkseen seuraavaan kuntoutuspaikkaan, koska kyseinen osasto on täynnä. Lean-käsitteistöä käyttäen prosessiin on syntynyt pullonkaula. Tämä merkitsee sitä, että potilas odottaa päästäkseen hänelle tarkoituksenmukaisimpaan kuntoutukseen – ikään kuin odottaen siirtoa varastossa, mikäli vertaamme tilannetta tavaratuotantoon. (vrt. Modig & Åhlström 2013, 37–39.)

Virtauksen tasapainottaminen ja kuntouttava aika

Edellä kuvattu erilainen vaihtelu vaikeuttaa tuotannon toteuttamista kustannustehokkaasti ja asiakaslähtöisesti. Tämän vuoksi lean-ajattelussa pyritään minimoimaan vaihtelu ja tasa-

painottamaan tuotanto niin, että eri vaiheet seuraisivat toisiaan mahdollisimman sujuvasti. Tasapainottamisessa on kyse erilaisen tuotannossa olevan hukan poistamisesta. Lean-ajattelussa hukkaa on lisäarvoa tuottamaton työ, jota kutsutaan *mudaksi*, ihmisten ja laitteiden ylikuorma eli *muri* ja työn epätasainen määrä eli *mura* (Liker 2006, 114).

Kuntoutuksessa hukkaa aiheuttavan työn epätasaisuuden ja ylikuorman vähentämiseksi tärkeää on muun muassa yhteistyö potilaita lähettävien tahojen kanssa, jotta potilaat olisivat kuntoutusvaiheeseensa nähden aina heille sopivimmassa paikassa. Esimerkiksi kuntoutusosastolla oleva potilas, jonka tarpeet painottuvat hoidollisiin toimenpiteisiin, ei hyödy täysimääräisesti jaksosta kyseisellä osastolla. Lisäksi väärässä paikassa oleva potilas aiheuttaa työn epätasaisuutta ja ylikuormaa lisäten henkilöstön tarvetta toteuttaa sellaista palvelua, joka ei ole yksikön ydintehtävä, ja johon ammattitaito ja yksikön laitekanta eivät ole keskittyneet.

Monen ammattilaisen työpanosta ja yhteistyötä vaativassa palvelutuotannossa on haastavaa selvittää tuotannon virtauksen tasapainoisuutta eli sitä, miten palvelun tuottaminen sujuu ja miten siinä käytännössä vastataan asiakkaan tarpeisiin. On löydettävä yhteinen kieli ja käsite, jolla ammattiryhmät voivat eri työn sisällöistä ja orientaatioista huolimatta arvioida yhdessä tuotetun palvelun toteutumista asiakaslähtöisesti, ei ammattiryhmälähtöisesti.

Kuntoutuksessa lisäarvoa kuvaavaksi ja palvelun toteutumista selvittäväksi käsitteeksi on mahdollista ottaa kuntouttavan ajan käsite. Käsitteen ydin muodostuu kuntoutuksen olennaisimmasta tavoitteesta eli toiminnasta, joka edistää potilaan kuntoutumista. Tämä toiminta vie aikaa. Siitä, miten kuntouttavat toimet virtaavat vaihe vaiheelta asiakkaan tarpeiden mukaisesti, saadaan viitteitä mittaamalla potilaan välitöntä kuntouttavaa aikaa. Välitön

kuntouttava aika tarkoittaa aikaa, jolloin potilas on ollut mukana palvelun toteutuksessa tai hän on itsenäisesti toteuttanut tavoitteidensa mukaisia kuntoutustoimia huomioiden, että kuntoutuksen pyrkimyksenä on tukea potilaan omien voimavarojen käyttöä.

Kuntouttavan ajan mittauksella saadaan tietoa muun muassa siitä, miten paljon potilas saa hänelle arvokasta palvelua, miten paljon hän itse kuntoutuu toteuttamaan tavoitteidensa mukaisia toimia ja miten häntä onnistutaan tässä tukemaan. Lisäksi saadaan tietoa siitä, onko potilas oikeassa paikassa ja miten saumattomasti eri palvelun toimenpiteiden vaiheet virtaavat keruujaksolla. Esimerkiksi mikäli keruujaksolla kuntouttava aika on alhainen, antaa se viitteitä prosessin hukista sekä myös sellaisesta työstä, jonka ammattilaisen tulee työssään tehdä, mutta joka ei suoranaisesti hyödytä potilasta. Kuntouttavan ajan mittaaminen antaa eri ammattialan edustajille yhteisen työkalun löytää ja havainnollistaa tuotantovaiheiden virtauksen ongelmia ja niiden sijaintia. Se on myös konkreettinen keino, jolla eri ammattilaiset voivat yhdessä löytää ratkaisuja virtauksen parantamiseen ja potilaan saaman hyödyn lisäämiseen.

Kuntouttava aika ei sinällään kerro, onko henkilö hyötynyt kuntoutusprosessistaan. Välittömän kuntouttavan ajan mittauksella syntynyttä dataa on tarpeen hyödyntää yhdessä vaikuttavuusmittareiden kanssa. Kuntoutuksen vaikuttavuutta seurataan muun muassa elämänlaadun kehittymisellä. Tällöin käytetään elämänlaatumittaria, kuten 15D- tai EQ5-mittareita, joilla kerätään potilaan kokemusta määritellyin väliajoin (ks. 15D -elämänlaatumittari). Kuntouttavan ajan ja elämänlaatumittausten datan yhteistarkastelussa saa seurattua ajanjaksolta tietoa palvelun vaikutuksesta potilasryhmän elämänlaadun eri osa-alueisiin ja niiden kehittymiseen. Mittaus kertoo siis palvelun onnistumisesta suhteessa potilaiden tarpeisiin.

Pohdinta

Mikäli tavoitellaan tuotannossa lean-ajattelun mukaista tasapainoisuutta ja sujuvaa virtausta, on mielestäni vaikeaa nähdä, etteikö tuotannon keskiössä olisi nimenomaan asiakas ja työ, joka ei yli- tai alikuormita. Ongelmana on ennemminkin se, että lean mielletään helposti nipuksi työkaluja, joiden toivotaan tuovan helpotusta yksittäisiin kehittämisponnistuksiin. Menestyäkseen julkisella sektorilla lean-ajattelua tulee kuitenkin käyttää ennemminkin kokonaisvaltaisena palveluntuotannon teoria- kuin erillisinä teknisinä harjoitteina (Radnor & Osborne 2013, 282).

Lean-ajattelusta toivotaan mahdollisesti myös nopeita ratkaisuja parantamaan tuotavuutta ja vähentämään kustannuksia. Lean-ajattelun avulla tehtävä muutostyö vaatii kuitenkin aikaa ja on arvioitu, että vie 5–10 vuotta ottaa lean käyttöön ja rakentaa sen mukainen henki työpaikalle (Liker 2006, 289–301; Radnor & Walley 2008, 17). Julkisella sektorilla onkin mielestäni tarpeen soveltaa lean-ajattelun pohjalla olevaa japanilaista johtamistapaa, jossa keskitytään laadun kehittämiseen ja pitkän tähtäimen päätöksentekoon poikkeuksena siitä länsimaisesta valtavirrasta, jossa lean on juurtunut nimenomaan keino- ja leikata kustannuksia (vrt. Wittrock 2015; Janoski & Lapadatu 2014). Vaikka japanilainen johtamistapa ei ole toteutunut ongelmitta työntekijöiden näkökulmasta (mm. Huxley 2015, 146), keskittymällä laadun kehittämiseen pitkän tähtäimen strategialla pystytään mielestäni parantamaan palveluja kokonaisvaltaisesti myös työntekijöiden hyvinvoinnista huolehtien.

Lean-ajattelun käyttöönotto merkitsee suurta organisaation muutosta, jolla on vaikutuksensa sen sosiaaliseen ja tekniseen ympäristöön sekä sen verkostoihin (Papadopoulos & Merali 2008, 47). Lean tarvitsee menestyäkseen toimijoita eri organisaatiotasoilta. Lisäksi tarvitaan laajat vaikuttimet, kuten hoidon laatu, jotta eri professionaaliset ryhmät sitoutuvat työn kehittämiseen. Lean

-toimeenpanon menestyminen edellyttää myös yksiköiden esimiesten ja lean-osaajien osallisuutta. (Eriksson ym. 2016, 127.) Tulisi omaksumaa uudenlainen ajattelutapa, jossa keskiössä on asiakas ja prosessi (vrt. Kollberg ym. 2006, 22). Muutokset koskettavat myös ammattilaisten työn autonomiaa ja valtaa (vrt. Rahbek ym. 2011, 414). Työ organisoidaan tiimeittäin, joilla on myös vastuuta ja valtaa työn kehittämisestä (ks. Womack ym. 1991, 113–117.) Huomionarvoista on, että lean-työn kautta saadaan kustannushyötyjä, mutta kustannusjajhtina lähtävä lean-kehittäminen uhkaa toiminnan parantumista ja julkisen sektorin työntekijöiden sitoutumista kehittämistyöhön (vrt. Rahbek ym. 2011, 412–413).

Lean-ajattelussa tehokkuus ja asiakaslähtöisyys ovat mielestäni erottamattomat. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tehokkuus syntyy palvelutuotannon asiakasprosesseissa, jotka ulottuvat yli organisaatioiden. Palvelun piirissä olevien asiakkaiden määrä ei ole mielestäni oikea mittari mittaamaan palvelun onnistuneisuutta, kuten Tammelin, Anttila ja Mänttari van der Kuip pääkirjoituksessaan pohtivat, vaan palvelun onnistuneisuuden tulisi käyttää mittareita, jotka mittaavat palvelun kohdentumista asiakkaan tarpeisiin. Toisaalta tehokkuuden ja asiakaslähtöisyyden ei ole nähty onnistuvan lean:in avulla siksi, että työntekijät reagoisivat vain organisaation sisäisiin mittareihin ja tavoitteisiin (Radnor ym. 2012, 279–280). Tässä on mielestäni kyse siitä, miten onnistutaan tuomaan työntekijöille näkemystä yli organisaatioiden kulkevista asiakasprosesseista ja että organisaatioiden johto tukee työtä tällaisten prosessien toteutumiseen, arviointiin ja kehittämiseen. Lisäksi mittarit ja mittauskäytännöt tulee valita niin, että sekä työntekijät että johto pystyvät seuraamaan työn onnistuneisuutta, paitsi kussakin organisaatiossa, myös kokonaisissa asiakasprosesseissa.

Lean-työn ei voi sanoa olevan helppoa, mutta siitä ei kannata tehdä hapoille menevää pikamatkaa. Lean-kehittämisen alkaessa voi olla vaikeaa vakuuttaa työntekijöille, että uudet

käsitteet, työn muuttaminen ja esimerkiksi työn mittauksesta aiheutuva lisätyö tähtäävät niin asiakaslähtöisyyden parantamiseen kuin työn tasapainoonkin. Esimiehille hämmennystä voivat tuottaa esimerkiksi se, miten tukea työntekijätiimejä systemaattisesti lisäarvoa tuottavan työn lisäämiseen tai että valtaa ja vastuuta työn kehittämisestä siirtyy tiimeille. Johdolta vaaditaan myös uudenlaista yhteistyötä ja luottamusta muihin organisaatioihin ja osastoihin, jotta yhteisten asiakasprosessien kehittäminen onnistuu. Niin työntekijöille kuin johdollekin voi aluksi olla hankalaa arvioida työtä asiakasprosessien näkökulmasta, koska perinteisesti työn kehittämistä on totuttu arvioimaan resurssilähtöisesti yksittäisistä organisaatioista, osastoista ja ammattiryhmistä käsin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöissä tuotetaan monialaisia palveluja, joiden on tarkoitus vastata ihmisen fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin ongelmiin. Hoidon ja avun tarpeita on usein vaikea rajata ja toisaalta saada selkeästi esille asiakkaan tarpeet ja tavoitteet. Työn kehittäminen lean-ajattelun avulla lähtee asiakkaasta. On selvítettävä mikä on asiakkaan palveluprosessi: mistä se alkaa, mihin se päättyy ja millaisia toimia siihen sisältyy.

Ammattilaiset pystyvät usein nimeämään monia palveluprosessien ongelmia kokemuksensa pohjalta. Kuitenkin vasta vaikuttavuusmittareita käyttämällä voidaan saada tarkempaa tietoa siitä, miten asiakas hyötyy palvelusta, millaisia toimimattomuuksia palvelun tuottamisessa on ja mitkä ovat koko palvelun kustannukset. Palvelun vaikuttavuuden mittarit tulisi valita niin, että ne kohdentuvat juuri siihen palveluun, jota tuotetaan. Tällöin saadaan esille asiakkaan kokemus ja palvelun vaikutus. Onko esimerkiksi asiakkaan toimintakyky kohentunut tavoitelluilla osa-alueilla ja onko kohentuminen ollut merkitsevää. Palvelun vaikuttavuutta mittaa myös se, onko asiakkaan tarve palata palvelujen piiriin vähentynyt.

Palveluprosessin tasapainottaminen ja yhteiset asiakasprosessit tarkoittavat, että yksit-

täisten organisaatioiden ja osastojen kuormitus tulisi olla tasapainossa siihen tehtävään nähden, joka niillä asiakkaidensa prosesseissa on. Tässä järjestelmässä tasapainon tavoittelu on pyrkimystä kaikenlaisen hukan poistoon.

Yksiosaisen virtauksen käsitettä on mahdollista soveltaa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä muun muassa niin, että asiakas saa mahdollisimman pitkälle kaikki tarvitsemansa palvelut samalla käynnillä eikä lähde odotamaan muita palvelun osia. Tulisi pyrkiä palveluprosessiin, jossa eri palvelun osat, niin digitaaliset kuin asiakkaan kohtaamistakin vaativat, muodostavat sujuvan ketjun asiakkaan näkökulmasta.

Monia palvelun tuottajia vaativissa sosiaali- ja terveyspalveluissa lukuisten asiakasprosessien paineessa koko järjestelmän tasapainottaminen ei ole helppoa. Niin ikään palvelujen vaikuttavuusmittauksesta saatavan tiedon hyödyntäminen eri palveluntuottajien ja alueiden vertailuun on ongelmallista – varsinkin kun käytettävissä ei ole sellaista kansallista järjestelmää, jossa samoja mittareita käyttävät palveluntuottajat voivat verrata tuloksiaan kertyneeseen vaikuttavuusdataan.

Lean-ajattelutavan ja -käsitteiden soveltaminen sosiaali- ja terveysalan työn parantamiseen saattaa tuntua sopimattomalta. Kuitenkin sosiaali- ja terveysalalla on löydettävissä muun muassa asiakaspalvelun prosessit, joihin lean tuo niin asiakas- kuin työntekijän näkökulman huomioon ottavan kehittämistavan. Sosiaali- ja terveyspalveluissa tehtävän työn kehittämisestä lean-ajattelun avulla on myös lukuisia esimerkkejä eri puolilta maailmaa (mm. Eriksson ym. 2016; Ulhassan 2014; Eksote). Lean implementoinnin vaikutuksia arvioitaessa on kuitenkin huomionarvoista, että on vain vähän tutkimuksia, jotka olisivat seuranneet lean-projektien kehittymistä ja niiden tuloksia (vrt. Papadopoulos & Merali 2008, 48). Tutkimusta asiakas- ja työntekijäkokemusten toteutumisesta pitkällä aikavälillä lean-ajattelua soveltavissa työorganisaatioissa, myös julkisella sektorilla, onkin tärkeää vahvistaa.

Kirjallisuus

- Eksote; Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskusyksitys. Lähde: <http://www.eksote.fi/eksote/tutkimus-ja-kehittaminen/lean-eksotessa/Sivut/default.aspx> (viitattu 6.8.16)
- Eriksson, A., Holden, J. R., Williamsson, A. & Delive, L. (2016) A Case Study of Three Swedish Hospitals' Strategies for Implementing Lean Production. *Nordic Journal of Working Life Studies* 6 (1), 105–131.
- Huxley, C. (2015) Three Decades of Lean Production: Practice, Ideology, and Resistance. *International Journal of Sociology* 45 (2), 133–151.
- Janoski, T. & Lapadatau, D. (2014) *Dominant Divisions of Labor*. New York: Palgrave Macmillan.
- Kallio, T. (2015) Ammatillisbyrokratiat tehokkuuden aikakaudella. Tasapainoilua asiantuntijateoksen ja tehokkuuspaineiden välillä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopiston johtamiskorkeakoulu.
- Kollberg, B., Dahlgaard, J. J. & Brehmer, P.-O. (2006) Measuring lean initiatives in health care services: issues and findings. *International Journal of Productivity and Performance Management* 56 (1), 7–24.
- Liker, J. K. (2006) *Toyotan tapaan*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Modig N. & Åhlström, P. (2013) *Tätä on lean*. Ratkaisu tehokkuusparadoksiin. Halmstad: Bulls Graphics Ab.
- Papadopoulos, T. & Merali, Y. (2008) Stakeholder Network Dynamics and Emergent Trajectories of Lean Implementation Projects: A Study in the UK National Health Service. *Public Money & Management* 28 (1), 41–48.
- Pulkki, J. (2012) *Aluetason kuntoutusjärjestelmä*. Rakenne, organisaatio ja toiminta palvelujen saatavuuden näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Radnor, Z. & Osborne, S.P. (2013) Lean: A failed theory for public services? *Public Management Review* 15 (2), 265–287.
- Radnor, Z. & Walley, P. (2008) Learning to Walk Before We Try to Run: Adapting Lean for the Public Sector. *Public Money & Management* 28 (1), 13–20.
- Radnor, Z., Holweg, M. & Waring, J. (2012) Lean in Healthcare: The Unfilled Promise? *Social Science and Medicine* 74 (3), 364–371.
- Rahbek, E., Pedersen, G. & Huniche, M. (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.
- SATSHP; Toiminta- ja taloussuunnitelma 2015–2017 ja talousarvio 2015. Lähde: <http://www.satshp.fi/tietoa-meista/tilastot-ja-raportit/Toiminta%20ja%20taloussuunnitelma/Talousarvio%202015.pdf> (viitattu 6.8.16)
- Sitra (2015) Huomisen sote. Millaiseen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään meidän tulisi pyrkiä ja miten se tehdään. Sitran selvityksiä 92.
- THL; THL:n sairastavuusindeksi 2010–2012. Tilastokatsaus 9/2015. Lähde: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/128991/Tilastokatsaus_THL_sairastavuusindeksi_2012.pdf?sequence=1 (viitattu 6.8.16)
- Ulhassan, W. (2014) *A longitudinal investigation at a Swedish hospital*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Wittrock, C. (2015) Reembedding Lean: The Japanese Cultural and Religious Context of a World Changing Management Concept. *International Journal of Sociology* 45 (2), 95–111.
- Womack, J. P., Jones, D. T. & Roos, D. (1990) *The machine that changed the world*. New York, Macmillan Publishing Company.
- Womack, J. P., Jones, D. T. & Roos, D. (1991) *The machine that changed the world*. The story of lean production. New York. Harper Perennial.
- 15D –elämänlaatumittari. Lähde: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/138/> (viitattu 6.8.16)