

**MATRIISIRAKENTEEN OMAKSUMINEN SAIRAALAORGANISAATIOISSA
- RAKENTEeseen PÄÄTYMINEN, ORGANISAATIOSUUNNITTELU JA
TOIMINTALOGIIKAN HYVÄKSYMINE**

Terhi Tevameri

Sarja/Series A-3:2014



Turun kauppakorkeakoulu
Turku School of Economics

Kustos: Professori Tomi J. Kallio
Turun yliopiston kauppakorkeakoulu

Ohjaaja: Professori Tomi J. Kallio
Turun yliopiston kauppakorkeakoulu

Esitarkastajat: Dosentti Ari Ahonen
Kilpailu- ja kuluttajavirasto

Professori Elina Viitanen
Tampereen yliopisto

Vastaväittäjä: Dosentti Ari Ahonen
Kilpailu- ja kuluttajavirasto

Copyright Terhi Tevameri & Turun kauppakorkeakoulu

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-järjestelmällä.

ISBN 978-952-249-346-0 (print) 978-952-249-347-7 (PDF)
ISSN 0357-4652 (print) 1459-4870 (PDF)

Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja, Sarja A

Suomen yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Turku 2014

TIIVISTELMÄ

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan matriisirakenteen omaksumista sairaalaorganisaatioissa. Aihetta lähestytään kolmesta näkökulmasta: rakenteeseen päätyminen, toimivan rakenteen suunnittelu ja organisointi sekä rakenteen hyväksyminen. Matriisirakenteen suunnittelua käsitellään tässä tutkimuksessa Mintzbergin organisaatiosuunnitteluteorian valossa. Kyseinen teoria on kattava ja yksityiskohtainen lähestymistapa organisaatiosuunnitteluun, jota tässä tutkimuksessa täydennetään matriisirakenteen suunnittelua koskevilla näkökohdilla. Matriisirakenteen hyväksymistä tarkastellaan erityisesti rakenteen sisäisen toimintalogiikan kannalta.

Tutkimus on luonteeltaan tapaustutkimus, jossa on käytetty monipuolisia aineistoja ja menetelmiä. Tutkimus sisältää kaksi osaa: synteesin ja alkuperäiset osatutkimukset. Synteesissä osatutkimusten keskeiset tulokset kootaan yhteen ja rakennetaan laajempi tarkastelu koko tutkimusaiheesta.

Tämän tutkimuksen tulosten valossa prosessiorganisaatorakenne ei ole sairaaloille todellinen organisaatiovaihtoehto, vaan organisaatiouudistuksissa päädytään matriisirakenteeseen institutionaalisten ja toiminnallisten tekijöiden vuoksi. Tutkimuksessa esitellään erilaiset matriisi- ja prosessimaiset toimintalogiikat, mikä lisää ymmärrystä erilaisista matriisimaisen rakenteen organisoituvaihtoehtoista sairaaloissa. Lisäksi tutkimus tuo esille hyvin käytännönläheisiä ja konkreettisia näkökulmia sairaaloiden matriisirakenteiden suunnitteluun. Ottamalla huomioon näitä seikkoja rakenteen suunnittelussa, voidaan matriisirakenteen toimivuutta sairaaloissa edistää. Tutkimuksessa esitetään suuntaa-antavia organisatorisia ratkaisuja, jotka vahvistavat matriisirakenteen legitimitettiin sairaaloissa. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan erityisesti lääkärin kliinisen autonomian suojeleminen organisatorisin ratkaisuin on keskeistä matriisirakenteen hyväksymisen kannalta.

Tutkimuksella on annettavaa sekä organisaatioteorialle että sairaalaorganisaatioiden käytännölliseen kehittämiseen. Tutkimus tuo uutta tietoa matriisirakenteeseen päätyminen syistä ja organisaatiosuunnittelun kysymyksistä sairaaloissa. Lisäksi tutkimus valottaa matriisirakenteen muotoutumista ja työnjakoon liittyviä ratkaisuja institutionaalisessa ympäristössä. Tutkimuksessa tuodaan esille myös tilivelvollisuuksien analysointiin liittyvä näkökulma, jota tulisi hyödyntää kaikkien organisaatioiden käytännön kehittämisessä.

Avainsanat: matriisirakenteen omaksuminen, sairaalaorganisaatiot, matriisi- ja prosessimaiset rakenteet, organisaatioteoria, organisaatiosuunnittelu, legitimizeetti, asiantuntijaorganisaatiot

ESIPUHE

Aivan kuten tutkimusaiheeseenikin, myös tämän väitöskirjan valmistumiseen ovat kuuluneet monenlaiset prosessit, projektit ja funktiot. Olen syvästi kiitollinen teille lukuisille ihmisille ja tahoille, jotka olette panoksellanne myötävaikuttaneet tämän tutkimuksen valmistumiseen. Teitä on paljon!

Esitarkastajiani dosentti Ari Ahosta sekä professori Elina Viitasta haluan kiittää asiantuntevista kommentteista sekä huolellisesta perehtymisestä tutkimukseeni. Näkemyksenne paransivat oleellisesti työni laatua. Väitöskirjani ohjaajalle, professori Tomi J. Kalliolle, olen monesta kiitollinen. Olet näiden vuosien ajan ohjannut ja kannustanut minua eteenpäin tavalla, joka on mahdollistanut paitsi tämän tutkimuksen valmistumisen myös hyvät valmiudet itsenäiselle tutkijanuralle. Tällaista ohjausta koen juuri tarvitseeni! Kiitän sinua myös siitä, että olen aina voinut vaihtaa ajatuksia kanssasi ennakkoloolottomasti.

Väitöskirjaprosessin aloittamiseen liittyy usein monia erityisiä haasteita ja kriittisiäkin vaiheita. Tässä vaiheessa minua on tärkeällä tavalla tukenut professori Satu Lähtenmäki. KTT, LL Juha V. Virtasta haluan kiittää hyvästä yhteistyöstä ja kannustuksesta koko tutkimusprojektini ajalta sekä myös kirjoittajakumppanuudesta neljännen osatutkimuksen osalta. Asiantuntemuksesi ja ajatusten vaihto kanssasi on ollut korvaamattoman tärkeää!

Tutkimukseni kohdeorganisaatioita, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriä ja HUS-Röntgeniä kiitän hyvästä yhteistyöstä ja saamastani mahdollisuudesta tutkimuksen toteuttamiseen. Erityisesti haluan kiittää Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä työskennellyttä projektijohtaja, dosentti Heikki Korvenrantaa useamman vuoden yhteistyöstä, asiantuntemuksesta ja kiinnostuksesta tutkimukseni aihepiiriä kohtaan.

Ilman rahoittajien tukea tämä väitöskirjaprojekti olisi jäänyt toteutumatta. Kiitän lämpimästi tämän tutkimuksen rahoittamiseen osallistuneita monia tahoja: Anja ja Erkki Toivasen rahastoa, HITTI -hanketta, Jenny ja Antti Wihurin rahastoa, Satakunnan korkeakoulusäätiötä, TOP-säätiötä, Turun kauppa-korkeakouluseuraa, Turun kauppaopetussäätiötä, Työsuojelurahastoa sekä Turun kauppakorkeakoulua ja kauppakorkeakoulun Porin yksikköä. Monessa tutkimuksenteon vaiheessa juuri rahoituksen saaminen on konkreettisesti taannut sen, että tutkimusprojektini on voinut jatkua.

Turun kauppakorkeakoulua ja Porin yksikköä kiitän erinomaisista puitteista tämän tutkimuksen tekemiselle ja loppuunsaattamiselle sekä myötämielisestä

suhtautumisesta tutkimustani kohtaan. Minulla on ollut etuoikeus työskennellä mukavassa työyhteisössä, jossa vallitsee innostava ja avoin ilmapiiri. Porin yliopistokeskuksen henkilökuntaa ja työkavereitani kiitän yhteisöllisyydestä ja kannustuksesta. Sydämellisesti kiitän Porin yksikön johtamisen ja organisoimisen laitoksella työskenteleviä kollegoitani ja työkavereitani: KTM Annika Blombergia, KTM Päivikki Kuoppakangasta, TkT Kirsi Liikamaata, KTT Harri Virolaista ja TtM Mervi Vähätaloa. Olette kaikki mieleenpainuvalla tavalla kannustaneet sekä jossakin vaiheessa kommentoineet tai oikolukeneet työtäni. Suuri kiitos teille arvon kollegat! Tärkeää vertaistukea matkan varrella on tarjonnut myös niin kutsuttu Pöllöryhmä, jonka jäsenten esimerkin kannustamana myös minä olen saanut oman tutkimustyöni valmiiksi.

Tutkimuksen tulisi olla viimeistelty ja huoliteltu kokonaisuus. Työni viimeistelyssä minua ovat avustaneet monet henkilöt. Kielentarkastukseen liittyvissä asioissa olen saanut asiantuntevaa apua FM Riitta Koskimieheltä, FM Katja Nordvallilta ja FK Kirsti Honkasalolta. Ilman FM Hanna Suontaustan tietoteknistä apua väitöskirjani asetelut eivät vieläkään olisi kohdillaan. Suuri kiitos teille!

Tutkimusprosessin eteneminen ja muun elämän yhteensovittaminen ei olisi mahdollista ilman kotijoukkojen ja läheisten kannattelua. Näihin tutkimusenteen vuosiin on mahtunut paljon iloa ja onnea, mutta myös surua. Haluan kiittää vanhempiani Timoa ja Marjaa sekä appivanhempiani Hilkkaa ja Juhania sekä muita sukulaisia ja ystäviä monenlaisesta avusta ja rinnalla kulkemisesta.

Ilman rakkaan mieheni Heikin kannustusta ja prosessinomistajuutta monet tutkimuksen ulkopuoliset prosessit ja funktiot olisivat kaatuneet omaan mahdottomuuteensa! Kiitän sinua yhteisistä vuosistamme ja rakkaudesta, joka on kantanut niin hyvien kuin vaikeidenkin vaiheiden yli! Rakkaat lapseni Linnea ja Anton, te olette molemmat syntyneet ja eläneet tämän tutkimusprosessin keskellä ja onpa teidän elämäntaipaleellenne mahtunut myös yksi talonrakennusprojekti. Tätä prosessimaista elämäntapaa pitää pahoitella. Toivottavasti olen voinut kuitenkin toimia myös kannustavana esimerkkinä. Projekteilla ja prosesseilla on tavallisesti alku ja loppu, vaikka se vaatiikin välissä valtavasti työtä. Tämä tehty työ on omistettu teille, Linnea ja Anton.

Kaarinassa, tutuksi tulleen työpöydän ääressä 14.3.2014

Terhi Tevameri

SISÄLLYS

OSA 1: SYNTEESI

1	JOHDANTO	13
1.1	Tutkimusaiheen taustaa	13
1.2	Tutkimuskysymykset, lähestymistavat ja rajaukset	15
1.3	Tutkimuksen rakenne	17
2	TUTKIMUSAINEISTOT JA -MENETELMÄT	19
2.1	Tapaustutkimus lähestymistapana tässä tutkimuksessa	19
2.2	Osatutkimuksissa käytetyt aineistot ja menetelmät	20
2.3	Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	23
3	MATRIISIMAISET RAKENTEET JA TOIMINTATAVAT	27
3.1	Matriisimaisten rakenteiden ja toimintatapojen määrittely	27
3.2	Matriisimaiset rakenteet sairaalaorganisaatioissa	29
3.3	Matriisirakenteen heikkoudet ja vahvuudet	30
4	OSATUTKIMUSTEN TIIVISTELMÄT JA KESKEISET TULOKSET ...	33
4.1	Osatutkimus 1: Matriisi- ja prosessimainen toimintatapa sairaalaorganisaatioiden uudelleenkehittämisessä	33
4.2	Osatutkimus 2: Prosessimaisen toiminnan organisointi ja johtaminen sairaalaorganisaatiossa	34
4.3	Osatutkimus 3: Matriisiorganisaatorakenteen hyväksyminen sairaalaorganisaatiossa, Case HUS-Röntgen	34
4.4	Osatutkimus 4: Tilivelvollisuuden organisointi ja ilmeneminen matriisirakenteessa sairaalaorganisaatiossa, case TYKS matriisiorganisaatiouudistus	35
4.5	Osatutkimusten keskeiset tulokset tämän tutkimuksen kannalta	36
5	MATRIISIRAKENTEEN OMAKSUMINEN SAIRAALAORGANISAATIOISSA	39
5.1	Matriisirakenteeseen päätyminen sairaalaorganisaatioissa	39
5.2	Toimivan matriisirakenteen suunnitteluun ja organisointiin liittyviä näkökulmia sairaalaorganisaatioissa	41

5.3	Matriisirakenteen toimintalogiikan hyväksyminen sairaalaorganisaatiossa	48
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA KESKUSTELU	53
6.1	Tutkimuskokonaisuuden tulosten kokoava tarkastelu.....	53
6.2	Tutkimuksen teoreettisen merkityksen tarkastelu	54
6.3	Tutkimuksen merkitys sairaalaorganisaatioiden käytännön kehittämisen kannalta	56
6.4	Jatkotutkimusaiheet	58
	SUMMARY	59
	LÄHTEET.....	61

OSA 2: TUTKIMUKSEN ALKUPERÄISET OSATUTKIMUKSET

Artikkeli 1	Tevameri, Terhi – Kallio, Tomi J. (2009) Matriisi- ja prosessimainen toimintatapa sairaalaorganisaatioiden uudelleenkehittämisessä. <i>Hallinnon tutkimus</i> , Vol. 28 (1), 15–32.	71
Artikkeli 2	Tevameri, Terhi (2010) Prosessimaisen toiminnan organisointi ja johtaminen sairaalaorganisaatiossa. <i>Hallinnon tutkimus</i> , Vol. 29 (3), 221–238.	91
Artikkeli 3	Tevameri, Terhi (2012) Matriisiorganisaatorakenteen hyväksyminen sairaalaorganisaatiossa, Case HUS-Röntgen. <i>Työelämän tutkimus</i> , Vol. 10 (2), 149–169.....	111
Artikkeli 4	Tevameri, Terhi – Virtanen, Juha V. (2013) Tilivelvollisuuden organisointi ja ilmeneminen matriisirakenteessa sairaalaorganisaatiossa, case TYKS matriisiorganisaatiouudistus. <i>Hallinnon tutkimus</i> , Vol. 32 (4), 251–269.	135

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1	Tutkimuksen näkökulmat tutkimusaiheen tarkastelussa	16
Kuvio 2	Matriisirakenne	28

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1	Osatutkimuksissa käytetyt aineistot ja menetelmät	21
Taulukko 2	Mintzbergin (1979) organisaatiosuunnittelun neljä parametriryhmää ja tässä tutkimuksessa käytetyt näkökulmat matriisirakenteen suunnitteluun ja organisointiin.....	43
Taulukko 3	Matriisirakenteen suunnittelussa ja organisoinnissa huomioon otettavia näkökulmia sairaalaorganisaatioissa	47
Taulukko 4	Matriisirakenteen sisäisen toimintalogiikan legitimiteetin muodostuminen.....	50

OSA I:
SYNTEESI

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimusaiheen taustaa

Sairaaloiden organisaatiomuutostarpeiden taustalla on monenlaisia tekijöitä. Muutoksiin sairaalaorganisaatioita ohjaavat esimerkiksi potilaiden hoidon muuttuneet tarpeet, teknologian kehittyminen, lainsäädännön muutokset, työntekijöistä lähtöisin olevat syyt ja muiden organisaatioiden jäljittely (ks. esim. Kokkinen 2012; Burns & Wholey 1993). Organisaatiomuutoksista huolimatta potilaiden on saatava vaikuttavaa, turvallista ja oikea-aikaista hoitoa, joka perustuu syvään erikoisosaamiseen, mikä edellyttää myös osaavaa ja motivoitunutta henkilöstöä. Lisäksi niukat resurssit tulisi saada mahdollisimman tehokkaaseen käyttöön. Organisaatorakenteilla voidaan edellä mainittuihin seikkoihin vaikuttaa, vaikka pelkkä uuden rakenteen käyttöönotto ei yksistään takaa hyvää lopputulosta. Esimerkiksi matriisirakenne edistää yhteistyötä ja organisaation eri osien yhdentymistä, mutta mikäli rakennetta ei ole suunniteltu huolella ja sen toimintavalmiudesta riittävästi huolehdittu, rakenne voi jopa estää tavoiteltujen hyötyjen toteutumisen (Kates & Kesler 2013, 6). Organisaatorakenteen tarkastelu on yksi keskeinen näkökulma organisaatioiden tutkimuksessa. Käsillä olevassa tutkimuksessa tarkastelun kohteena on matriisiorganisaatorakenne ja sen omaksuminen¹ sairaaloissa.

Matriisirakenne kuuluu niin kutsuttuihin klassisiin organisaatorakenteisiin, joten siihen liittyvä tutkimuskirjallisuus on yleisesti ottaen runsasta ja kattavaa (ks. esim. Tevameri & Kallio 2009, 18). Matriisiorganisaatioista on kirjoitettu paljon myös käytännönläheisiä oppaita ja teoksia (esim. Martin 2008; Finerty 2012; Gunn 2007). Matriisirakenteen omaksumista on aihealueen tutkimuskirjallisuudessa kuitenkin tarkasteltu hyvin vähän. Näissä muutamissa aihetta käsittelevissä tutkimuksissa tarkastelu rajautuu matriisirakenteen omaksumiseen yleisenä ilmiönä, eivätkä tarkastelun kohteena ole niinkään olleet organisaation toimintalogiikka ja organisointiin liittyvät kysymykset (vrt. esim. Burns 1989; Burns & Wholey 1993; Ford & Randolf 1992). Aihepiirin tutkimus on kuitenkin erittäin tärkeää, sillä matriisirakenteen omaksuminen ja onnistunut käyttöönotto eivät ole organisaatioissa itsestäänselvyyksiä. Matriisirakenne on myös koettu hyvin haastavaksi organisaatiomalliksi (ks. esim.

¹ Tässä tutkimuksessa käytetään termiä omaksuminen, sillä omaksumisella viitataan pelkkää rakenteen käyttöönottoa laajempaan ilmiöön, kuten esimerkiksi kappaleessa 1.2 tarkemmin kuvataan.

Galbraith 2009, viii–xiii; Turner ym. 1998, 19; Varis 2012), jonka käytöstä on monissa organisaatioissa myös luovuttu (ks. esim. Goold & Campbell 2003, 428). Myös sairaaloissa matriisimaisten rakenteiden käyttöönotto ja kehittäminen on osoittautunut haasteelliseksi (Dixon 1978, 85; vrt. myös Tuominen 2010). Näin siitä huolimatta, että matriisirakennetta on sovellettu niissä varsin pitkään. Ford ja Randolph (1992, 279) toteavatkin, että organisaatioiden olisi tärkeää ymmärtää, mitkä tekijät edistävät matriisirakenteen omaksumista, ennen kuin ne valitsevat tämän haastavan rakenteen. Galbraith (2013, 6) puolestaan toteaa, että matriisimaiset rakenteet ovat nykyään niin yleisiä, että ne tulee saada toimiviksi.

Matriisirakenteella ei tarkoiteta yhtä tiettyä rakennetta, vaan organisaatioilla on monia mahdollisia tapoja organisoida toiminta matriisimuotoon (Tevameri 2010). Kun kyse on sairaalasta, ei kuitenkaan ole yhdentekevää, millainen matriisirakenne organisaatiossa otetaan käyttöön, esimerkiksi institutionaalisten tekijöiden vuoksi (Tevameri 2012). Sairaalan toimintaa ohjaa vahvasti, virallisen organisaatorakenteen lisäksi, niin kutsuttu normatiivinen organisaatorakenne, joka ilmentää sairaaloiden institutionalisoituneita pelisääntöjä ja käytänteitä (Kokkinen 2012, 19–20). Lisäksi sairaaloiden muutosprosesseissa professioiden rooli on hyvin keskeinen (Wiili-Peltola 2005). Esimerkiksi lääkärijohtajat eivät yleensä luota yritysmaailmasta peräisin olevien mallien todellisuudessa tehostavan toimintaa julkisella sektorilla (Kokkinen & Viitanen 2011). Sairaaloita ei myöskään voida organisoida ottamatta huomioon terveydenhuollon kontekstia monine ominaispiirteineen. (ks. tarkemmin Tevameri 2012; Shortell & Kaluzny 2006, 15–16; vrt. myös Wiili-Peltola 2005; Virtanen 2010). Nämä seikat tuleekin ottaa huomioon, kun matriisirakenteita otetaan käyttöön sairaaloissa.

Huolimatta rakenteeseen liittyvistä haasteista sairaala- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat kuitenkin yhä enemmän siirtymässä matriisimaisiin rakenteisiin (Leatt 2006, 330; Tevameri & Kallio 2009). Onkin hyvin tärkeää lisätä tietoa matriisirakenteen omaksumiseen ja onnistuneeseen käyttöönottoon vaikuttavista tekijöistä sairaalaorganisaatioissa, sillä rakenteeseen liittyy myös monia mahdollisia etuja, kuten esimerkiksi potilaan hoidon kokonaisuuden parempi huomioon ottaminen ja niukkojen voimavarojen tehokkaampi hallinta (vrt. esim. Tevameri & Kallio 2009).

1.2 Tutkimuskysymykset, lähestymistavat ja rajaukset

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan *matriisirakenteen omaksumista sairaalaorganisaatioissa*². Tutkimus rajautuu erityisesti organisaatioteoreettiseen rakenteen ja toimintojen tarkasteluun³. Tavoitteena on selvittää matriisirakenteeseen päätymistä ja lisätä tietoa matriisirakenteen organisointiin ja suunnitteluun liittyvistä asioista. Tavoitteena on myös tarkastella matriisirakenteen toimintalogiikan hyväksymistä sairaaloissa. Tutkimuksessa vastataan kolmeen tutkimuskysymykseen:

1. Miksi sairaalat päätyvät prosessimaisissa organisaatiouudistuksissaan matriisimaisiin toimintatapoihin ja rakenteisiin?
2. Mitä tulee ottaa huomioon sairaaloiden matriisirakenteen suunnittelussa ja organisoinnissa?
3. Millaiset organisatoriset ratkaisut voivat tukea sairaaloiden matriisirakenteen hyväksymistä?

Tutkimuksen kaikki osatutkimukset ovat tuottaneet vastauksia yllä mainittuihin tutkimuskysymyksiin⁴. Tämän synteesiosan tarkoituksena ei kuitenkaan ole pelkästään laatia yhteenvetoa tutkimuksen osajulkaisuista ja niiden tuloksista, vaan tarkastella tutkimusaihetta laajempänä kokonaisuutena.

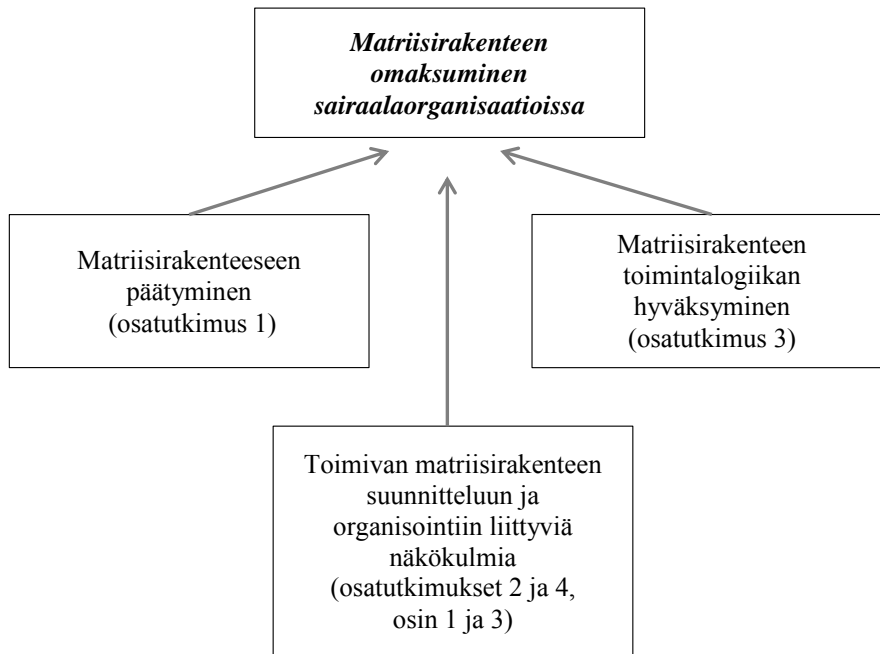
Lisäyksenä artikkelien muodostamaan kokonaisuuteen, osatutkimusten tuloksia ja keskeistä antia tarkastellaan tässä synteesiosassa suhteessa matriisirakenteen omaksumiseen teemaan. Aihetta lähestytään tutkimuksessa kolmesta näkökulmasta,⁵ jotka on havainnollistettu seuraavassa kuviossa 1.

² Tässä tutkimuksessa sairaalaorganisaatiolla tarkoitetaan erityisemmin julkista sairaalaorganisaatiota (ks. tarkemmin esimerkiksi Kokkinen 2012, 16–18), joista myös tutkimuksen empiirinen aineisto on kerätty.

³ Organisaatioteoreettinen tutkimus on varsin laaja-alaista, ja organisaatorakenteen tutkimus on vain sen yksi, vaikkakin tärkeä, osa-alue (ks. Peltonen 2010; Harisalo 2008).

⁴ Synteesiosan tutkimuskysymykset eivät ole samoja kuin osatutkimusten tutkimuskysymykset. Synteesiosan tutkimuskysymykset kokoavat kuitenkin yhteen osatutkimuksen keskeiset tulokset, joihin osatutkimusten tutkimuskysymykset puolestaan liittyvät. Osatutkimusten tutkimuskysymykset on esitelty myös tiivistelmien yhteydessä, kappaleissa 4.1–4.4.

⁵ Näihin näkökulmiin on päädytty paitsi aiemman tutkimuskirjallisuuden myös osatutkimusten keskeisten teemojen ja tulosten myötä. Lisäksi näkökulmien valintaa on ohjannut tutkimusaiheen rajautuminen rakenteen ja toimintojen tarkasteluun. Täten tutkimuksen näkökulmissa eivät näy esimerkiksi organisaation muutosprosessien, muutosjohtamisen tai organisaatiokäyttämisen teemat, jotka nekin kiistatta ovat merkityksellisiä näkökulmia matriisirakenteen omaksumisessa (ks. esim. Varis 2012; Talja 2006; Galbraith 2009; vrt. Kinnunen & Lindström 2005).



Kuvio 1 Tutkimuksen näkökulmat tutkimusaiheen tarkastelussa

Matriisirakenteen omaksumista tarkastellaan ensimmäiseksi matriisirakenteeseen päätyminen näkökulmasta. Tämä on osatutkimuksen 1 näkökulma. Tarkastelun kohteena on rakenteeseen päätyminen erityisesti prosessimaisten organisaatiouudistusten tapauksessa.

Toiseksi, aihetta lähestytään toimivan matriisirakenteen suunnittelun ja organisoinnin teemojen kautta, joita on tarkasteltu erityisesti osatutkimuksissa 2 ja 4. Tämä on tärkeä näkökulma, sillä matriisirakenteen toimivuus käytännössä on usein osoittautunut haasteelliseksi (ks. esim. Galbraith 2009, viii–xii; Goold & Campbell 2003, 428). Karlöf ja Lövingsson (2006, 37) ovat todenneet, että matriisirakenne näyttää usein kaaviona mielekkäältä, mutta sen soveltaminen käytännössä on monimutkaista. Rakenteen toimivuuteen voidaan kuitenkin vaikuttaa hyvällä organisaatiosuunnittelulla. Esimerkiksi Goold ja Campbell (2003, 428) ovat tuoneet esille, että rakenteen hylkäämisen sijaan tulisi kehittää matriisirakenteen suunnittelua ja organisointia.

Kolmas tämän tutkimuksen näkökulma liittyy matriisirakenteen toimintalogiikan hyväksymiseen, jota tarkastellaan institutionaalisen teorian ja legitimitetin näkökohtien kautta (osatutkimus 3). Matriisirakenteen hyväksymistä sairaalaorganisaatioissa on tarkasteltu aiemmin Burns ja Wholeyn (1993) tutkimuksessa. Heidän tutkimuksensa ei kuitenkaan keskittynyt sisäisen toimintalogiikan näkökulmaan, vaan tutkimuksessa tarkasteltiin matriisirakenteen hyväksymistä yleensä. Matriisirakenteen hyväksyminen ei ole sairaaloissa it-

sestään selvää ja institutionaalinen ympäristö vaikuttaa oleellisesti siihen, millainen rakenne saa legitimitetin. (Tevameri 2012.)

Tutkimuksen yleisestä lähestymistavasta voidaan mainita, että tutkimus edustaa liiketaloustieteellistä johtamis- ja organisaatiotutkimusta. Näin ollen liiketaloustieteellinen orientaatio ja näkökulma tulevat tutkimuksessa selkeästi esille.⁶ Tutkimuksen aihepiiriä olisi kuitenkin voitu lähestyä myös muiden tieteenalojen kautta, kuten esimerkiksi hoitotieteen, terveystieteen tai terveystaloustieteen näkökulmasta.

Koska on olemassa monenlaisia matriisimaisia rakenteita ja koska matriisirakenteisiin kytkeytyvät väistämättä myös prosessit ja niiden johtaminen (ks. esim. Tevameri 2010), on tutkimuksen osatutkimuksissa 1 ja 2 käsitelty pelkkää matriisirakennetta laajemmin prosessimaisia rakenteita ja toimintatapoja. Tämä ratkaisu on perusteltu muun muassa sen vuoksi, että on voitu tehdä käsitteellinen ero erilaisten prosessien johtamista sisältävien organisaatiarakenteiden välillä (ks. Tevameri & Kallio 2009; Tevameri 2010). Täten tässä tutkimuksessa käytetään termin *matriisirakenne* ohella myös käsitteitä *matriisimuotoinen rakenne* sekä *matriisi- ja prosessimainen rakenne ja toimintatapa*.

1.3 Tutkimuksen rakenne

Tutkimus koostuu kahdesta osasta: synteesiosasta ja tutkimuksen alkuperäisistä osatutkimuksista. Synteesiosuuden toisessa luvussa kuvataan tutkimusaineistot ja -menetelmät. Kolmannessa luvussa tarkastellaan matriisimaisia rakenteita ja toimintatapoja yleisesti ja syvennyttään myös sairaalaorganisaatiokontekstiin. Luvussa esitellään myös matriisirakenteen vahvuuksia ja heikkouksia, jotka väistämättä kuuluvat taustatiedoksi rakenteen omaksumisen tarkasteluun (vrt. esim. Ford & Randolp 1992, 279; Galbraith 2009, xii). Tutkimuksen neljännessä luvussa esitetään osatutkimusten tiivistelmät ja keskeiset tulokset. Luvussa viisi syvennyttään matriisirakenteen omaksumiseen sairaalaorganisaatioissa kolmesta edellä (ks. kuvio 1) kuvatusta näkökulmasta. Synteesiosuuden viimeisessä luvussa esitetään tutkimuskokonaisuuden johtopäätökset ja pohdinta sekä mahdolliset jatkotutkimusaiheet. Tutkimuksen toinen osa käsittää neljä alkuperäistä osatutkimusta, jotka on julkaistu vertaisarviointia soveltavissa tieteellisissä lehdissä.

⁶ Eri tieteenalojen maailmankuvaan voi liittyä erilaisia arvoja (vrt. esim. Kallio 2004, 107–108). Johtamisen ja organisoimisen kirjallisuudessa arvoina ja ihanteina tyypillisesti pidetään taloudellista hyvinvointia, tasa-arvoa ja yksilönvapautta (Ahonen 2001).

2 TUTKIMUSAINEISTOT JA -MENETELMÄT

2.1 Tapaustutkimus lähestymistapana tässä tutkimuksessa

Tämän tutkimuksen lähestymistapaa voidaan kokonaisuutena luonnehtia kahden tapauksen (ks. esim. Yin 2009, 60–61) ekstensiiviseksi tapaustutkimukseksi⁷ (Eriksson & Kovalainen 2008, 122–123) ja vielä tarkemmin määritellen kumulatiiviseksi tai kollektiiviseksi tapaustutkimukseksi (vrt. Stake 1995, 4–5; Shank 2006, 128). Tutkimuksen tavoitteena ei ole ollut pelkästään ymmärtää ja tulkita tapauksia (caseja), vaan saada tietoa tietyistä ilmiöistä tapausten kautta. Tällöin tutkittavat tapaukset toimivat välineinä mielenkiinnon kohteena olevan ilmiön tutkimisessa (ks. esim. Eriksson & Kovalainen 2008, 123–124).

Tutkimuksen kokonaisuus rakentuu kahden tapauksen kautta saadulle tutkimustiedolle, vaikka kaikissa osatutkimuksissa (osatutkimukset 3 ja 4) ei olekaan käytetty kahta tapausta ja yksi on luonteeltaan teoreettinen osatutkimus, jonka lopullisessa versiossa ei käytetty empiiristä aineistoa lainkaan (osatutkimus 2)⁸. Kiinnostuksen kohteena ovat tutkimuksenteon alkuvaiheesta lähtien olleet matriisimaisten rakenteiden käyttöönottoon, kehittämiseen ja hyväksymiseen liittyvät asiat sairaaloissa. Tämä kokonaisuus on tässä tutkimuksessa nimetty matriisirakenteen omaksumiseksi. Välineellisen tapaustutkimusotteen avulla saatiin tietoa paitsi suunnittelu- ja organisointivaiheessa olevasta sairaalasta, myös sairaalasta, jossa matriisirakenne oli jo käytössä.

Tutkimuksen kohteena ovat kaksi suomalaista yliopistollisen keskussairaalan organisaatiota. Toinen tapauksista on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin (VSSHP) matriisiorganisaatiouudistus, jota tutkimuksen teon aikaan suunniteltiin ja organisoitiin. VSSHP:n tapaus myös laajeni tutkimuksen teon aikana. Organisaatiouudistuksen alkuvaiheessa VSSHP:n uudistus keskittyi niin kutsutun T-sairaalan toimintaan (ks. tarkemmin Tevameri & Kallio 2009, 25–27), mutta sittemmin se laajeni koskemaan myös koko Turun yliopistollista keskussairaala (TYKS). Koska T-sairaala ja TYKS ovat merkittävä osa VSSHP:tä, organisaatiouudistus koskee myös VSSHP:n toimintaa (vrt. Tevameri & Virtanen 2013), kyseisestä tapauksesta käytetäänkin tässä yhteydessä

⁷ Engl. extensive multiple case-study

⁸ Myös osatutkimus 2:ssa oli alun perin mukana kohdeorganisaatiosta kerätty ja analysoitu fokusryhmähaastatteluaineisto, joka edesauttoi osatutkimuksen aihepiiriin syntymistä. Artikkelin laajuus ja rajaus kuitenkin puolsivat artikkelin muuttamista teoreettiseksi.

yhdistävää nimitystä *VSSHP:n matriisiorganisaatiouudistus*. Osatutkimuksissa 1 ja 4 on tarkemmin kuvattu VSSHP:n tapausta eri tutkimusajankohtina.

Toisessa tutkimuksen tapauksessa, HUS-Röntgenissä matriisirakenne oli tutkimushetkellä ollut käytössä jo jonkin aikaa. HUS-Röntgen on organisaation osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin toimintaa. Osatutkimuksissa 1 ja 3 on tarkemmin kuvattu HUS-Röntgenin matriisimaista organisaatiota. HUS-Röntgen tapauksen avulla saatiin tietoa siitä, miten matriisirakenne on saanut hyväksynnän institutionaalisessa ympäristössään. Lisäksi HUS-Röntgen tapaus kuvaa käytettyä prosessiorganisaatiotermiä, vaikka kyseessä todellisuudessa oli matriisirakenne.

2.2 Osatutkimuksissa käytetyt aineistot ja menetelmät

Tässä tutkimuksessa on käytetty monipuolisia laadullisia aineistoja ja menetelmiä. Näin ollen tutkimuksessa on sovellettu sekä menetelmä- että aineistotriangulaatiota (ks. esim. Shank 2006, 113–114). Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten aineistojen, menetelmien, teorioiden ja tutkijoiden yhdistämistä tutkimuksessa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 143). Tutkimuksessa käytetyt aineistot ja menetelmät on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1 Osatutkimuksissa käytetyt aineistot ja menetelmät

Osatutkimus	Aineistot	Tutkimusmenetelmät
1.	Teoreettinen kirjallisuus. Lisäksi kuvailevassa roolissa oleva empiirinen aineisto, johon kuului kirjallista aineistoa ja kahdeksan kartoittavaa haastattelua.	Tutkimuksen pääpaino on organisaatioteoreettisessa analyysissä. Lisäksi kaksi käytännön tapausesimerkkiä, jotka kuvaavat sairaalaorganisaatioiden arkipäivän haasteita suhteessa matriisi- ja prosessimaiseen toimintatapaan siirtymiseen.
2.	Teoreettinen kirjallisuus.	Organisaatioteoreettinen analyysi.
3.	Yhdeksän teemahaastattelua. Lisäksi tapausta käsittelevään kirjallisuuteen sekä dokumentteihin perustuva aineisto.	Tapaustutkimus, haastattelujen osalta teoriasidonnainen sisällönanalyysi.
4.	Neljä fokusryhmähaastattelua, dokumenttiaineisto.	Tapaustutkimus, fokusryhmähaastattelujen osalta teoriasidonnainen sisällönanalyysi ja fokusryhmämenetelmä. Dokumenttiaineiston osalta teorialähtöinen sisällönanalyysin menetelmä.

Kussakin osatutkimuksessa on kuvattu tutkimusten aineistot ja sovelletut menetelmät sekä osatutkimuksissa 1, 3 ja 4 tarkasteltavat tapaukset. Täten tässä luvussa ei esitellä edellä mainittuja seikkoja yksityiskohtaisesti uudelleen, vaan tuodaan esille vain keskeiset asiat. Joiltakin osin kuvataan osatutkimuksia tarkemmin menetelmällistä osuutta ja siihen liittyvää teoriaa.

Tutkimuksen kahdessa ensimmäisessä osatutkimuksessa pääasiallinen (osatutkimus 1) tai ainoa (osatutkimus 2) käytetty lähestymistapa on organisaatioteoreettinen analyysi. Tällöin aiempaa aihepiirin tutkimuskirjallisuutta on tarkasteltu ja analysoitu organisaatioteoreettisten linssien läpi ja tehty lähdeaineistosta johtopäätöksiä ja tulkintoja (Kallio 2006, 530–531; ks. myös Ahonen & Kallio 2002). Osatutkimuksessa 1 on teoreettisen analyysin lisäksi sovellettu myös kahta käytännön tapausesimerkkiä. Osatutkimuksen menetelmällinen pääpaino on kuitenkin teoreettisessa analyysissä.

Osatutkimuksen 1 empiirinen aineisto koostuu erilaisista dokumenteista ja kirjallisista aineistoista sekä VSSHP:n matriisiorganisaatiouudistuksen tapauksessa myös kahdeksasta kartoittavasta teematyyppisestä haastattelusta⁹.

⁹ Seitsemän haastattelusta toteutettiin kasvokkain ja yksi haastateltavista vastasi omasta toiveestaan sähköpostitse.

Haastatteluaineisto kerättiin alun perin osaksi esitutkimusta, jonka tarkoituksena oli auttaa tämän tutkimuksen myöhempää suuntaamista. Aineisto osoitautui käyttökelpoiseksi, joten sitä käytettiin osatutkimuksessa 1 kuvailevana ja uusia näkökulmia esiin nostavana elementtinä.

Osatutkimuksissa 3 ja 4 tapaukset ovat tärkeässä roolissa. Osatutkimuksen 3 aineisto koostuu yhdeksästä organisaation johtoon kuuluvan henkilön teemahaastattelusta sekä kirjallisesta materiaalista. Kirjalliseen materiaaliin sisältyy dokumenttiaineiston lisäksi teoksia, joissa on käsitelty HUS-Röntgenin toimintaa. Kirjallista aineistoa on osatutkimuksessa 3 käytetty tapausten taustan ja kontekstin kuvaamisessa. Haastatteluaineisto analysoitiin käyttäen teoriasidonnaista (teoriaohjaavaa) sisällönanalyysin menetelmää, jossa aineiston analyysi etenee aluksi aineistolähtöisesti, mutta analyysin yläluokat tuodaan teoriasta käsin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 117–118). Osatutkimuksen 3 aineisto ensin pelkistettiin ja ryhmiteltiin alaluokkiin, minkä jälkeen aineisto jäsenneltiin institutionaalisen teorian mukaisin käsittein.

Osatutkimuksen 4 aineisto koostuu neljästä fokusryhmähaastattelusta ja runsaasta dokumenttiaineistosta. Fokusryhmähaastattelua voidaan luonnehtia myös menetelmäksi pelkän aineistonkeruumenetelmän sijaan (Eriksson & Kovalainen 2008, 175). Fokusryhmähaastattelu valittiin yhdeksi sovelletuista tutkimusmenetelmistä, sillä kohdeorganisaation organisaatio- ja johtamisjärjestelmä oli tutkimushetkellä vasta suunnitteilla. Koska kohdeorganisaatio oli käyttänyt suunnitteilla olevasta organisaatiomallista nimitystä prosessiorganisaatio (Tevameri & Kallio 2009), tulevasta johtamisjärjestelmästä haluttiin saada kuva haastateltavien näkökulmasta ja ryhmässä käydyn keskustelun kautta (Tevameri & Virtanen 2013, 258). Kohdeorganisaatiosta esitettiin, että tutkimuksen tulisi hyödyttää myös sitä itseään. Organisaation toimintaa kehittämään pyrkivissä tilanteissa on käytetty juuri fokusryhmähaastattelumetodia (Eriksson & Kovalainen 2008, 178). Ryhmähaastattelut tuottivatkin rikkaan aineiston, joka analysoitiin käyttäen teoriasidonnaista sisällönanalyysin menetelmää. Tämän lisäksi analyysissä otettiin huomioon myös fokusryhmähaastattelujen vuorovaikutteinen luonne (ks. tarkemmin osatutkimus 4). Teoriasidonnainen sisällönanalyysi eteni pelkistämisen ja alaluokkiin ryhmittelyn kautta vaiheeseen, jossa aineisto jäsenneltiin tilivelvollisuusteorian mukaisin käsittein (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 117–118).

Osatutkimuksen 4 dokumenttiaineisto analysoitiin käyttäen teorialähtöistä (deduktiivista) sisällönanalyysin menetelmää. Teorialähtöinen sisällönanalyysin menetelmä eroaa teoriasidonnaisesta siten, että teorialähtöisessä analyysissä analyysiä ohjaavat koko ajan teoreettiset käsitteet. Aineiston luokittelu perustuu siten jo alusta lähtien tiettyyn teoriaan tai käsitejärjestelmään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113–117.) Dokumenttiaineiston analyysissä hyödynnettiin matriisi- ja tilivelvollisuusteorian pohjalta laadittua analyysirunkoa. Haastat-

teluaineiston ja dokumenttiaineiston analyysi myös yhdistettiin toisiinsa. (ks. tarkemmin Tevameri & Virtanen 2013, 259–260.)

2.3 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa koko tutkimusprosessi, eikä pelkästään lopputulos (ks. esim. Eriksson & Kovalainen 2008, 290). Edellä on kuvattu yksittäisten osatutkimusten menetelmiä. Tämän lisäksi tutkimuksen laatuun vaikuttaa tutkimuksen kokonaisuus, johon sisältyy osatutkimusten lisäksi myös synteosisuus. Tässä yhteydessä tarkastellaankin tutkimuksen luotettavuutta sekä kokonaisuutena että tutkimusprosessin eri vaiheissa.

Eriksson ja Kovalainen (2008, 290–296) ovat esittäneet eri tieteenfilosofiisiin lähtökohtiin ja menetelmiin perustuvia laadullisen tutkimuksen arviointikriteerejä. Tämä tutkimus nojautuu osaltaan niin kutsuttuun faktanäkökulmaan, jonka mukaisesti tutkimuksen tarkoituksena on ollut selvittää, miten asiat ovat¹⁰ (vrt. Alasuutari 2011, 90–92). Toisaalta tutkimuksessa on piirteitä myös konstruktiiivisesta lähestymistavasta, jonka mukaisesti tutkimus perustuu myös subjektiivisen epistemologian lähtökohtiin¹¹. Näitä näkökulmia voidaan yhdistää laadullisessa tutkimuksessa (vrt. Alasuutari 2011, 112–113).

Tämän tutkimuksen arviointikriteereiksi voivatkin faktanäkökulman osalta sopia perinteiset tutkimuksen arviointikriteerit, kuten reliabiliteetti ja validiteetti sekä yleistäminen. Näitä kriteereitä käytetään myös kvantitatiivisessa tutkimuksessa, mutta laadullisessa tutkimuksessa ne saavat erilaisia sisältöjä. (Eriksson & Kovalainen 2008, 291–294; ks. myös Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.) Koska tutkimus nojautuu osin myös subjektiivisen epistemologian lähtökohtiin, tutkimuksen luotettavuuden tai uskottavuuden arviointikriteereiksi soveltuvat myös laadullista tutkimusta varten erikseen kehitetyt yleiset arviointikriteerit. Näitä ovat uskottavuus, tutkimustulosten siirrettävyys, luotettavuus ja tutkimustulosten yhdenmukaisuus. (Eriksson & Kovalainen 2008, 294–296.) Tässä tutkimuksessa luotettavuutta on päädytty arvioimaan perinteisten tutkimuksen arviointikriteerien valossa. Tällöin on kuitenkin painotettu laadullisen tutkimuksen näkökohtia.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, että toinen tutkija voisi päätyä samoilla tutkimusmenetelmillä ja menettelytavoilla samankaltaisiin tuloksiin. Tapaus-

¹⁰ Esimerkiksi ovatko kohdeorganisaatiot todella prosessiorganisaatioita, kuten ne viestinnässään toivat esille.

¹¹ Subjektiivinen lähestymistapa ilmenee erityisesti fokusryhmähaastatteluisissa. Fokusryhmähaastattelut olivat faktanäkökulman ohella myös konstruktiiivisia, sillä haastatteluisissa tulevaa johtamisjärjestelmää ja toiminnan organisointia rakennettiin ryhmässä käydyn keskustelun kautta.

tutkimuksen osalta tämä ei kuitenkaan välttämättä päde. (Ks. esim. Hirsjärvi ym. 2007, 226–227)¹². Yin (2009, 119) toteaa, että tapaustutkimuksen reliabiliteettia lisää, mikäli aineistoon on pääsy myös muilla tutkijoilla. Tapaustutkimuksen reliabiliteettia lisää myös se, että tutkimuksen kaikissa vaiheissa on noudatettu selviä, hyväksytyjä menettelytapoja (protokollaa) (ks. tarkemmin Yin 2009, 79–92). Tässä tutkimuksessa on osittain käytetty julkisesti saatavilla olevaa aineistoa, johon myös muilla tutkijoilla on halutessaan pääsy. Lisäksi tutkimuksessa on myös pyritty noudattamaan protokollaa esimerkiksi siten, että aihealueen keskeiseen tutkimuskirjallisuuteen perehdyttiin laajalti ja tutkittaviin tapauksiin tutustuttiin huolellisesti ennen tutkimusta.

Molemmilta kohdeorganisaatioilta myös saatiin tutkimukseen tutkimuslupa. Lisäksi haastateltavia informoitiin etukäteen tutkimuksesta kirjeitse tai puhelimitse ja osin myös sähköpostitse. Kohdeorganisaatioiden kanssa toimittiin yhteistyössä ottaen huomioon niiden toimiminen ”tosielämän” kontekstissa. Esimerkiksi empirian keräämisessä otettiin huomioon myös kohdeorganisaatioiden näkemyksiä ja toiveita. Tutkimusprotokollan mukaisia menettelytapoja on noudatettu myös esimerkiksi tutkimuskysymysten muotoilussa ja tutkimuksen raportoinnissa (ks. tarkemmin Yin 2009, 86–90). Käytännössä tämä on ilmennyt esimerkiksi siten, että matriisirakenteen omaksumiseen liittyviä teemoja on otettu huomioon jo aineistonkeruuvaiheessa ja osatutkimusten tutkimuskysymysten muotoilussa.

Validiteetilla tarkoitetaan laadullisen tutkimuksen tapauksessa sitä, että tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset selittävät ja kuvaavat mahdollisimman tarkasti sitä, mitä on tapahtunut. Validiteettiin kuuluu myös triangulaatio. (Eriksson & Kovalainen 2008, 292–293; vrt. Yin 2009, 41–42; Hirsjärvi ym. 2007, 228.) Tämän tutkimuksen validiteettia lisää se, että tutkimuksessa on käytetty aineisto-, menetelmä- ja teoriatriangulaatiota. Lisäksi tutkimuksessa on käytetty kahta tapausta. Yin (2009, 60–61) mainitsee, että valitsemalla tutkimukseen monta tapausta – vaikka vain kaksi – ovat mahdollisuudet onnistua paremmat kuin yhden tapauksen tutkimuksessa. Molemmat tapaukset ovatkin tuottaneet keskeisiä tuloksia tähän tutkimukseen. Toisaalta tutkimuksen validiteettia olisi edelleen lisännyt se, että aihetta olisi tutkittu vielä useamman tapauksen avulla.

Validiteettiin kuuluu myös tutkimuksen empiirisen aineiston koodaus ja liittäminen teoriaan (Eriksson & Kovalainen 2008, 292). Tämä ilmenee erityisesti osatutkimuksissa 3 ja 4, joissa on kuvattu selkeästi aineiston koodaus (teoriasidonnainen ja teorialähtöinen sisällönanalyysin toteuttaminen). Sen sijaan osatutkimuksen 1 empiirinen aineisto on luonteeltaan kuvaileva, jolloin

¹² Reliabiliteetti tapaustutkimuksessa myös edellyttäisi, että tutkimus kyettäisiin toteuttamaan samoissa kohdeorganisaatioissa ja vastaavissa tilanteissa uudelleen (Yin 2009, 45).

sitä ei ole samalla tavoin yhdistetty analyysissä suoraan teoriaan. Osatutkimuksessa 2 on myös ollut alun perin mukana analysoitu aineisto, kuten kappaleessa 2.1 tuotiin esille.

Tutkimustulosten *yleistämisellä* tarkoitetaan niiden laajentamista yleisempään kontekstiin. Kun kyseessä on tapaustutkimus, yleistämisellä tarkoitetaan tutkimustulosten vertaamista teoriaan. (Eriksson & Kovalainen 2008, 293–294.) Yleistäminen ei kuitenkaan välttämättä ole laadullisen tutkimuksen tavoiteltava päämäärä (ks. esim. Alasuutari 2011, 234–237). Osatutkimuksissa on tuotu esiin niitä rajoituksia, jotka tulee ottaa huomioon esimerkiksi empiirisen aineiston tulosten yleistämisessä (osatutkimukset 1 ja 4). Lisäksi tapausten empiirisestä aineistosta saadut tutkimustulokset on suhteutettu aiempaan teoriaan (osatutkimukset 1, 3–4).

Tämän tutkimuksen rajoitteena voidaan mainita ensinnäkin se, että tutkimuksessa on käytetty vain kahta tapausta. Useamman tapauksen avulla voitaisiin mahdollisesti luoda moniulotteisempi ja terävämpi analyysi matriisirakenteen omaksumisesta sairaalaorganisaatioissa. Toiseksi, vaikka tutkimuksessa on käytetty monipuolisia laadullisia aineistoja, kvantitatiiviset aineistot voisivat tarkentaa kuvaa, ja tutkimustuloksia voitaisiin tällöin yleistää empiirisellä tasolla.

3 MATRIISIMAISET RAKENTEET JA TOIMINTATAVAT

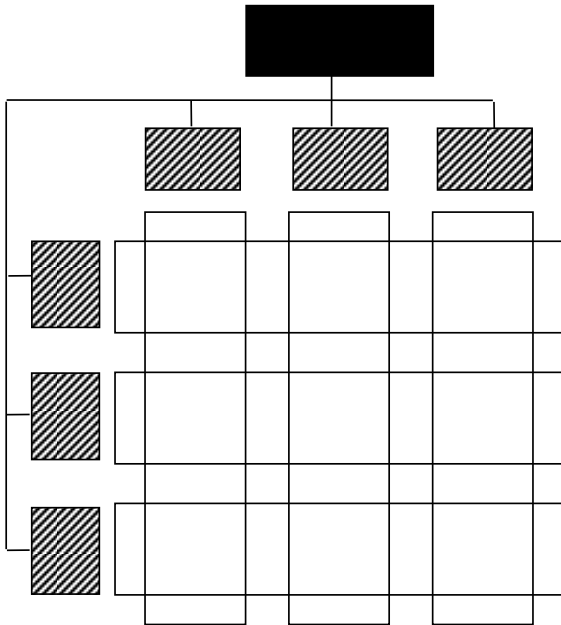
3.1 Matriisimaisten rakenteiden ja toimintatapojen määrittely

Matriisirakenteen määritelmät poikkeavat jonkin verran toisistaan. Matriisiorganisaatiolla ei yleensä tarkoiteta yhtä tiettyä rakenneratkaisua, vaan vaihtoehtoisia mahdollisuuksia ja tapoja organisoida toiminta yhdistellen prosessien ja funktioiden johtamista¹³ (Tevameri & Kallio 2009; Tevameri 2010). Kirjallisuudessa ilmenee eroja myös sen suhteen, millaiset rakenteet määritellään juuri matriisirakenteiksi¹⁴. Yksinkertaistaen matriisirakenteen voidaan ajatella muodostuvan kahdesta eri rakenteesta: projekti- tai prosessirakenteesta ja toimintokohtaisesta eli funktionaalisesta rakenteesta. Molempia rakenteita matriisissa myös johdetaan jollakin tavoin. (vrt. Hatch & Cunliffe 2006, 301.) Prosessit ja niiden johtaminen liittyvät siten väistämättä matriisirakenteeseen¹⁵, joskin niiden asema ja merkitys muodostuvat erilaisiksi eri rakennetyypeissä (ks. esim. Tevameri 2010; vrt. Nesheim 2011). Kuviossa 2 on esitetty ideaalityyppinen matriisirakenne.

¹³ Matriisirakenteesta käytetäänkin usein organisaatioteoriassa monikkomuotoa (ks. esim. Hatch & Cunliffe 2006, 301–303; Mintzberg 1979, 168–175).

¹⁴ Esimerkiksi Worren (2012, 126–130) erottaa niin kutsutun front-back-rakenteen varsinaisista matriisirakenteista, kun taas Galbraith (2009) määrittelee sen yhdeksi matriisirakenteen tyyppiksi.

¹⁵ On tarpeen huomauttaa, että organisaatiota voidaan tarkastella myös pelkästään prosessinäkökulmasta, irrallaan organisatorisesta kontekstista (ks. Tevameri 2010, 223–226). Terveystenhuollon prosesseihin ja niiden kehittämiseen liittyvää kirjallisuutta onkin olemassa runsaasti, kuten osatutkimuksesta 2 käy ilmi.



Kuvio 2 Matriisirakenne (Tevameri & Kallio 2009, 17)

Vaikka matriisirakenne kuvataan usein kuviossa 2 esitetyllä tavalla kaksiulotteisena, todellisuudessa ulottuvuuksia voi olla useampiakin (ks. esim. Mintzberg 1979, 173; Galbraith 2009). Kirjallisuudessa erotetaan tavallisesti kolme erilaista matriisirakenteen tyyppiä: i) toiminnallinen, ii) tasapainoinen ja iii) projektimatriisi (ks. esim. Larsson & Gobeli 1987; Gottlieb 2007). Nämä matriisirakennetyypit eroavat toisistaan siinä, miten valta on jaettu prosessi- ja funktioulottuvuuksien kesken (ks. esim. Tevameri 2010; Gottlieb 2007). Toiminnallisessa matriisissa funktiojohtajien valta ylittää prosessinomistajien vallan, kun taas projektimatriisissa tilanne on päinvastainen. Tasapainoisessa matriisissa valta on jaettu tasapuolisesti prosessinomistajien ja funktiojohtajien välillä. (ks. esim. Tevameri 2010; Gottlieb 2007; Larsson & Gobeli 1987).

Tämän jaottelun lisäksi matriisirakenteita voidaan luokitella lukuisin muunkinlaisin tavoin (vrt. esim. Galbraith 2009). Usein aihealueen kirjallisuudessa matriisirakenteita jaotellaan esimerkiksi väliaikaisiin ja pysyviin matriisirakenteisiin (ks. esim. Allcorn 1990, 585–586; Mintzberg 1979) tai maantieteellisen sijainnin mukaan paikallisiin ja globaaleihin matriisirakenteisiin (vrt. Hatch 1997, 194–195).

Matriisirakenteet, kuten muutkin organisaatorakenteet, ovat vain ideaalittyyppisiä kuvauksia. Todellisuudessa organisaatiot ovatkin rakenteitaan hybri-

dejä ja sisältävät piirteitä monista erilaisista organisaatorakenteista. Tällöin esimerkiksi matriisimainen rakenne voi olla käytössä vain osassa organisaatiota, kun muu osa on organisoitunut esimerkiksi funktionaalisesti. Hybridirakenteet ovat usein seurausta organisaatiomuutostilanteesta tai siitä, että organisaatiot pyrkivät saavuttamaan useamman rakenteen edut samanaikaisesti. (Hatch & Cunliffe 2006, 303; Tevameri & Kallio 2009, 17, 22.)

3.2 Matriisimaiset rakenteet sairaalaorganisaatioissa

Matriisimaisella organisoitumisella on sairaalaorganisaatioissa varsin pitkä historia. Esimerkiksi sairaaloiden tyypilliset ammattialakohtaiset linjaorganisaatiot ja funktiot muodostavat käytännössä matriisimaisen rakenteen. Usein tällaista matriisimaista toimintatapaa ei sairaaloissa kuitenkaan tunnusteta tai haluta erityisemmin korostaa. (Virtanen 2010, 207–208.) Potilaiden hoito on myös tavallisesti edellyttänyt osajien ja funktioiden keskinäisen toiminnan koordinaatiota ja yhteistyötä. Tämän seurauksena matriisimaista toimintalogiikkaa on noudatettu jo pitkään käytännön potilastyössä. (ks. Tevameri & Kallio 2009, 21; Dixon 1978, 83–84.) Organisaatioteoreettisessa mielessä kyseessä on tällöin niin kutsuttu tilapäinen matriisirakenne¹⁶ (vrt. Gottlieb 2007, 70–71). Myös virallisempaa ja laajempaa matriisirakennetta on sovellettu sairaaloissa jo 1960-luvulta lähtien (Gottlieb 2007, 6).

Sairaaloiden osalta tulee ottaa huomioon matriisirakenne-käsitteen sijaan käytettävä moninainen termistö¹⁷, mikä ilmenee sekä tutkimuskirjallisuudessa että sairaaloiden omassa termistössä. Esimerkiksi tämän tutkimuksen molemmat kohdeorganisaatiot käyttivät organisaatorakenteistaan nimitystä prosessiorganisaatio. Käytetystä prosessiorganisaatio-termistä huolimatta rakenteet kuitenkin osoittautuivat matriiseiksi (Tevameri & Kallio 2009). Sairaaloiden käyttämä prosessiorganisaatio-termi liittyykin ensisijaisesti haluun näyttäytyä nykyaikaisena ja tehokkaana organisaationa eikä todellisena organisatorisena ratkaisuna (Tevameri & Kallio 2009, 30; Fältholm & Jansson 2008).

Myös tutkimuskirjallisuudessa sairaaloiden matriisirakenteista on käytetty erilaisia nimityksiä. Kuten osatutkimuksessa 2 kuvattiin, esimerkiksi toiminnallista matriisirakennetta on kutsuttu yksikön johtamisen malliksi¹⁸ ja projektimatriisia modifioituiksi hoitolinjatulosyksiköiksi,¹⁹ VAP-klinikoiksi ja

¹⁶ Engl. accidental matrix

¹⁷ On kuitenkin syytä huomauttaa, että matriisirakenne-termin korvaaminen muilla termeillä ei koske pelkästään sairaalaorganisaatioita (ks. esim. Goold & Campbell 2003, 428; Galbraith 2009, viii).

¹⁸ Engl. unit management program

¹⁹ Engl. modified SL division

myös integroiduiksi potilasyksiköiksi. Osatutkimuksessa 2 myös havainnollistetaan erilaiset prosessi- ja matriisimaiset rakenteet sekä niiden yhteys sairaalaorganisaation ja lääketieteen prosessilähtöisyyteen.

3.3 Matriisirakenteen heikkoudet ja vahvuudet

Matriisiorganisaatiokirjallisuudessa tarkastellaan tavallisesti matriisirakenteeseen liittyviä heikkouksia²⁰ ja vahvuuksia (ks. esim. Davis & Lawrence 1977; Larson & Gobeli 1987; Ford & Randolp 1992; Sy & D'Annunzio 2005; Varis 2012; Allcorn 1990). Heikkouksien tuntemus kuuluukin väistämättä matriisirakenteiden tarkasteluun, sillä edut ja haitat johtuvat pääosin rakenteellisista tekijöistä (esimerkiksi kahtaalle jakaantuneesta johtajuudesta). Tyypilliset ongelmat voivat täten koskea kaikkia organisaatioita, joissa matriisirakenne otetaan käyttöön.

Matriisirakenteen vahvuuksista ja heikkouksista on olemassa varsin hyvä kokonaiskuva aihepiirin runsaan tutkimuskirjallisuuden ansiosta (Tevameri & Kallio 2009, 18; ks. myös Ford & Randolp 1992). Osatutkimuksessa 1 tuodaan esille matriisirakenteen vahvuuksia ja heikkouksia erityisesti suhteessa funktionaaliseen rakenteeseen. Tiivistäen voidaan todeta, että tyypillisiksi matriisirakenteen heikkouksiksi on tunnistettu seuraavat seikat: rooli- ja vastuupäselvyydet, epäselvä johtajuus ja tavoitteet, matriisin vartijan puute sekä työntekijöiden siiloajattelu (Sy & D'Annunzio 2005; ks. myös Gottlieb 2007, 49)²¹. Matriisirakenteisiin on aihealueen kirjallisuudessa liitetty usein myös kustannusten nousuun liittyvä haaste (ks. esim. Davis & Lawrence 1977, 136–137; Allcorn 1990, 582–583). Osatutkimuksessa 3 tuli kuitenkin esille, että matriisimaisen rakenteen omaksumisen myötä niukat resurssit oli saatu paremmin hallintaan ja oli jopa saavutettu kustannussäästöjä.

Matriisirakenteen etuina tai vahvuuksina voidaan puolestaan mainita esimerkiksi rakenteen mukanaan tuoma joustavuus, päätöksenteon siirtyminen organisaatiossa alaspäin ja sivusuuntaisen tiedonkulun paraneminen (Tevameri & Kallio 2009, 18, 29; Allcorn 1990, 579). Sairaaloissa matriisirakenteen haitat aiheutuvat pääosin tyypillisistä rakenteellisista tekijöistä, joskin sairaaloissa ilmenee myös niille ominaisia heikkouksia, kuten esimerkiksi mahdolliset ris-

²⁰ Tutkimuskirjallisuudessa esiintyvät usein termin heikkous ohella seuraavat termit: matriisirakenteen haasteet, haitat, patologiat ja ongelmat (ks. esim. Davis & Lawrence 1977, 129; Larson & Gobeli 187; 130–133; Allcorn 1990, 581–585; Sy & D'Annunzio 2005; Tevameri & Kallio 2009; Tevameri 2010; 2012; Tevameri & Virtanen 2013). Tässä synteesiosassa näistä käytetään pääosin yhdistävää nimitystä heikkous.

²¹ Tässä tutkimuksessa (ks. erityisesti osatutkimukset 2–4) on viitattu juuri näihin heikkouksiin siitä syystä, että ne tiivistävät matriisirakenteen yleiset heikkoudet (Gottlieb 2007, 49).

tiriidat ja törmäykset professioiden ja hierarkioiden kanssa. (Tevameri & Kallio 2009, 19, 22; Dixon 1978, 86–87.) Osatutkimuksessa 3 myös ilmeni, että terveydenhuollon ominaispiirteet kytkeytyvät monin tavoin matriisirakenteen yleisiin heikkouksiin. Tämä voi vaikeuttaa sairaaloiden matriisirakenteen suunnittelua ja organisointia. (ks. tarkemmin Tevameri 2012, 151–153, 165.)

4 OSATUTKIMUSTEN TIIVISTELMÄT JA KESKEISET TULOKSET

4.1 Osatutkimus 1: Matriisi- ja prosessimainen toimintatapa sairaalaorganisaatioiden uudelleenkehittämisessä²²

Osatutkimuksessa 1 (Tevameri & Kallio 2009) tarkastellaan matriisi- ja prosessimaista toimintatapaa ratkaisuna sairaalaorganisaatioiden kehittämistarpeeseen toiminnallisen tehokkuuden näkökulmasta. Tutkimuksessa on vastattu kolmeen tutkimuskysymykseen: ”Voidaanko matriisi-/prosessimaisella organisaatorakenteella saavuttaa toiminnallista tehokkuutta sairaalaorganisaatioissa?”, ”Mikä on matriisirakenteen ja prosessirakenteen ero organisaatiomalleina sairaalaorganisaatioiden erityistapauksessa?” ja ”Millaisia organisatorisia haasteita matriisi-/prosessimainen toimintatapa aiheuttaa sairaalaorganisaatioille?” Tutkimuksessa on käytetty teoreettisen analyysin lähestymistapaa ja kahta tapausesimerkkiä.

Tutkimuksessa tarkastellaan matriisi- ja prosessiorganisaatiota rakenteina ensin yleisesti ja sitten erityisesti sairaalaorganisaatioiden kannalta. Tutkimuksessa esitellään myös sairaaloiden käytännön ratkaisuja matriisi- ja prosessiomaisten toimintatapojen näkökulmasta.

Tutkimus tuo esille sen, että matriisi- ja prosessimaisella rakenteella on mahdollista saavuttaa toiminnallista tehokkuutta sairaalaorganisaatioissa. Tutkimus tuo uutta tietoa myös siitä, että prosessiorganisaatorakenne on prosessijohtamisen näkökulmasta matriisirakennetta selkeästi pidemmälle viety rakenne. Prosessiorganisaatorakenne on käytetystä termistä huolimatta melko tuntematon sairaaloissa ja lisäksi se on hankalasti omaksuttavissa niiden toimintaan. Sen sijaan matriisirakenne lähtökohtaisesti soveltuu sairaalaorganisaatioille, ja käytännössä monet sairaalat ovat myös omaksuneet sen.

²² Joitakin artikkelissa käsiteltyjä teemoja tuotiin esille myös vertaisarvioimattomassa, työpaperityyppisessä tutkimuksessa (Tevameri 2006).

4.2 Osatutkimus 2: Prosessimaisen toiminnan organisointi ja johtaminen sairaalaorganisaatiossa

Osatutkimus 2 (Tevameri 2010) on luonteeltaan teoreettinen tutkimus, jossa tarkastellaan prosessien johtamista ja prosessimaisen toiminnan organisointia sairaalassa. Tutkimuskysymykset on muotoiltu seuraavasti: ”Mitä prosessilla, prosessilähtöisyydellä ja prosessien johtamisella tarkoitetaan sairaalaorganisaatioiden erityistapauksessa?”, ”Miten prosessimainen toiminta ja sen johtaminen voidaan organisoida sairaalaorganisaation erityistapauksessa?” ja ”Millaisia organisatorisia haasteita prosessimaisen toiminnan organisoinnin näkökulmasta ilmenee sairaalaorganisaation erityistapauksessa?” Tutkimuksessa on käytetty organisaatioteoreettisen analyysin lähestymistapaa.

Tutkimuksessa tarkastellaan organisaation prosessinäkökulmaa ja esitellään erilaiset prosessimaisen toiminnan organisointivaihtoehdot sairaaloissa. Tutkimus tuo esille, että prosessit ja niiden johtaminen voidaan sairaaloissa liittää hyvin erilaisiin asioihin, esimerkiksi potilaan hoitoon tai resurssien allokointiin. Prosessimainen toiminta voidaan myös organisoida lukuisin eri tavoin. Prosessiajatteluun pohjautuva muutos johtaa tavallisesti matriisimaisen toimintalogiikan syntymiseen. Sairaaloissa prosessimaisen toiminnan organisoinnin vaikeus liittyy siihen tosiasiaan, että prosessin välitön kohde on myös asiakas (Mintzberg 1979). Tällöin monet prosesseihin ja niiden johtamiseen liittyvät asiat kytkeytyvät tiiviisti potilaan hoitoon. Prosessimaisen toiminnan organisoinnissa tulee ottaa huomioon myös ryhmittelyyn liittyvät ominaispiirteet, kuten lääketieteen diagnostiikan ja hoitomenetelmien jako intuitiiviseen, empiiriseen ja täsmälääketieteeseen (Christensen ym. 2009). Prosessimaisen toiminnan organisointi sairaaloissa aiheuttaa monia haasteita, jotka tulee tunnistaa organisaatiosuunnittelun yhteydessä.

4.3 Osatutkimus 3: Matriisiorganisaatorakenteen hyväksyminen sairaalaorganisaatiossa, Case HUS-Röntgen

Osatutkimuksessa 3 (Tevameri 2012) tarkastellaan matriisiorganisaatorakenteen hyväksymiseen vaikuttavia tekijöitä sairaalaorganisaatiossa. Osatutkimuksen tutkimuskysymykset ovat seuraavat: ”Millaisia organisatorisia haasteita terveydenhuollon työn ominaispiirteet aiheuttavat matriisiorganisaatorakenteen käyttöönoton näkökulmasta sairaalaorganisaatioissa?”, ”Millainen on sairaalaorganisaatioiden institutionaalinen ympäristö matriisiorganisaatorakenteen käyttöönoton näkökulmasta tarkasteltuna?” sekä ”Miten institutionaalinen ympäristö vaikuttaa matriisirakenteen hyväksymiseen ja

muotoutumiseen sairaalaorganisaatioissa?” Tutkimus on luonteeltaan empiirinen laadullinen tapaustutkimus.

Tutkimuksessa esitellään matriisirakenne ja sen organisatorisia haasteita terveydenhuollon kontekstissa ja kuvataan sairaaloiden institutionaaliseen ympäristöön liittyviä piirteitä. Institutionaalista ympäristöä tarkastellaan DiMaggion ja Powellin (1983) tunnistamien kolmen samankaltaistumista luovan mekanismin kautta, ja institutionaaliseen teoriaan liittyvää legitimitetin näkökulmaa hyödynnetään matriisirakenteen hyväksymisen tarkastelussa.

Tutkimus tuo uutta tietoa matriisirakenteen hyväksymisestä sairaalaorganisaatioissa erityisesti sisäisen toimintalogiikan osalta. Tutkimus tuo esille myös sen, miten terveydenhuollon ominaispiirteet kytkeytyvät matriisirakenteen tyypillisiin heikkouksiin. Tämä voi vaikeuttaa matriisirakenteen suunnittelua ja käyttöönottoa sairaaloissa. Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että sairaaloiden institutionaalinen ympäristö on tunnettava ja tunnistettava matriisirakennetta käyttöönotettaessa. Institutionaalinen ympäristö vaikuttaa merkittäväällä tavalla myös siihen, millainen matriisirakenne on legitiimi sairaalaorganisaatioissa. Institutionaalisella ympäristöllä on osatutkimuksen tulosten mukaan vaikutusta matriisirakenteen työnjakoon liittyviin kysymyksiin ja rakenteen muotoutumiseen. Erityisesti lääkärin kliinisen autonomian suojeleminen erilaisin organisatorisin ratkaisuin osoittautui merkittäväksi tekijäksi matriisirakenteen hyväksymisen kannalta.

4.4 Osatutkimus 4: Tilivelvollisuuden organisointi ja ilmeneminen matriisirakenteessa sairaalaorganisaatioissa, case TYKS matriisiorganisaatiouudistus

Osatutkimuksessa 4 keskitytään tilivelvollisuuden organisointiin ja ilmenemiseen matriisirakenteisessa sairaalaorganisaatioissa. Osatutkimuksessa vastataan kahteen tutkimuskysymykseen: ”Miten tilivelvollisuus ilmenee matriisirakenteessa ja matriisirakenteeseen liittyvissä tehtäväkuviissa sairaalaorganisaation tapauksessa kliinisen puolen näkökulmasta?” ja ”Millaisia johtamiseen ja organisointiin liittyviä haasteita tilivelvollisuuden huomioon ottaminen aiheuttaa matriisirakenteisen sairaalaorganisaation toiminnassa ja toiminnan suunnittelussa kliinisen puolen näkökulmasta tarkasteltuna?” Tutkimus on luonteeltaan laadullinen empiirinen tapaustutkimus.

Tilivelvollisuuden ilmenemistä ja organisointia matriisiorganisaatioissa tarkastellaan tutkimuksessa neljällä tilivelvollisuustasolla: operatiivisella, keskilinjan, strategisen huipun sekä institutionaalisella tilivelvollisuustasolla. Näi-

hin kaikkiin kytkeytyvät myös matriisirakenteen keskeiset vastuuroolit²³. Tutkimus tuo uutta tietoa siitä, miten tilivelvollisuus ilmenee sairaalan matriisirakenteessa ja keskeisissä vastuurooleissa. Tilivelvollisuudet kussakin vastuuroolissa muotoutuvat erilaisiksi. Sairaalaorganisaatiossa on monenlaisia tilivelvollisuuksia ja ne ulottuvat sisäisen tilivelvollisuuden lisäksi myös institutionaalisille tahoille. Tutkimus tuo esille myös sen, että tilivelvollisuus potilaille ulottuu sairaalassa monille organisaatiotasolle. Tutkimuksen perusteella voidaankin todeta, että tilivelvollisuutta tulisi tarkastella sairaalan matriisirakenteen suunnittelun ja käyttöönoton yhteydessä laajana ilmiönä, joka ulottuu myös sairaalan ulkopuolisiin ja institutionaalisiin tahoihin.

Tilivelvollisuuden huomioon ottamisesta aiheutuu monia haasteita matriisirakenteisen sairaalaorganisaation toiminnassa ja toiminnan suunnittelussa. Nämä haasteet kytkeytyvät tutkimustulosten mukaan matriisirakenteen tyyppilisiin heikkouksiin, legitimointiin organisaatiosuunnitteluvaiheessa sekä sairaalaorganisaation moniin ja keskenään erilaisiin tilivelvollisuustahoihin. Tutkimuksen käytännön anti liittyy erityisesti tilivelvollisuuksien analysoinnin tarjoamaan konkreettiseen näkökulmaan, jota voidaan hyödyntää matriisirakenteisen sairaalaorganisaation suunnittelussa.

4.5 Osatutkimusten keskeiset tulokset tämän tutkimuksen kannalta

Kaikki osatutkimukset ovat merkityksellisiä matriisirakenteen omaksumisen teeman kannalta. Osatutkimuksen 1 tärkein anti liittyy siihen tutkimustulokseen, että sairaaloissa prosessiorganisaatiomallia ei voida käytännössä laajalti soveltaa. Sairaalat päätyvätkin matriisimaisiin rakenteisiin prosessimaisissa uudistuksissaan. Osatutkimuksessa 2 esitellään erilaiset matriisi- ja prosessimaiset toimintalogiikat, mikä lisää ymmärrystä erilaisista matriisimaisen rakenteen organisointivaihtoehdoista sairaaloissa. Tutkimuksessa käsitellään myös prosessimaisen toiminnan organisointiin liittyviä haasteita. Nämä tutkimustulokset ovat tärkeitä toimivan matriisiorganisaation suunnittelun kannalta.

Osatutkimuksen 3 keskeinen anti liittyy sairaaloiden institutionaalisen ympäristön merkityksen esille tuomiseen matriisirakenteen sisäisen toimintalogiikan hyväksymisessä. Tutkimus myös valottaa sellaisia organisatorisia ratkaisuja, jotka voivat edistää sairaaloiden matriisirakenteen hyväksymistä. Nämä tutkimustulokset ovat tärkeä lisä matriisirakenteen omaksumisen teemaan, sillä pelkkä rakenteen käyttöönotto ja huolellinen suunnitteleminen ei-

²³ Osatutkimuksessa 4 vastuurooleista on käytetty termiä avainroolit.

vät vielä takaa rakenteen omaksumista. Osatutkimuksen 4 merkitys liittyy tilivelvollisuuden analyysiin matriisirakenteessa ja sen suunnittelussa. Tilivelvollisuusnäkökulma tarjoaa vastuualueita laajemman lähestymistavan matriisiorganisaatiosuunnitteluun ja siinä ratkaistaviin kysymyksiin.

5 MATRIISIRAKENTEEN OMAKSUMINEN SAIRAALAORGANISAATIOISSA

5.1 Matriisirakenteeseen päätyminen sairaalaorganisaatioissa

Kokkinen (2012, 20) toteaa, että organisaatioteorian mukaan rakennemuutokset – esimerkiksi organisaatorakenteen muutokset – tapahtuvat kahdella eri tavalla: strategisena täsmällisenä valintana tai ajautumisen kautta. Myös matriisirakenteen tutkimukselle tunnusomaista on käyttöönottoon vaikuttavien tekijöiden tarkastelu edellä kuvatulla tavalla. Strategisen valinnan taustalla on ajatus monista eri organisaatorakennevaihtoehtoista, joista jokin tietoisesti valitaan (Kokkinen 2012, 20)²⁴. Tähän lähestymistapaan liittyen Galbraith (2009, 13–14) esittää, että strategia on tärkeä organisaation rakenteen valinnassa, sillä se määrittää ne kriteerit, joiden perusteella rakenne voidaan valita monista eri vaihtoehtoista. Kaikista organisaatorakenteista seuraa tiettyjä etuja ja haittoja, jolloin strategiaa seuraten voidaan valita mahdollisimman hyvä rakenne. Matriisirakenne valitaan silloin, kun organisaation tulee noudattaa kahta tai useampaa toimintaa samanaikaisesti, niiden kuitenkin estämättä toisiaan. (ibid). Sy ja D’Annunzio (2005, 40–41) puolestaan esittävät, että matriisirakenne valitaan pääasiassa neljästä eri syystä. Nämä syyt liittyvät rakenteen etuihin: mahdollisuuteen keskittyä moniin eri tavoitteisiin samanaikaisesti ja saavuttaa suurtuotannon etuja, tiedonkulun parempaan hallintaan sekä nopeampaan reagointiin ympäristön tarpeisiin. (ibid.)

Ajautumisen näkökulmassa kiinnitetään huomiota organisaatioiden toimintaympäristön merkitykseen organisaatioiden rakennemuutosten kannalta (Kokkinen 2012, 20). Matriisirakenteen käyttöönoton ei ole tutkimuskirjallisuudessa todettu perustuvan pelkästään strategiseen valintaan, vaan taustalla vaikuttaa vahvasti myös esimerkiksi institutionaalinen ympäristö (ks. esim. Burns & Wholey 1993; vrt. Suchman 1995, 591). Käyttöönottoon vaikuttavana tekijänä sairaaloissa on ollut paitsi toimintojen monimuotoisuus, myös muiden sairaaloiden jäljittely (Burns & Wholey 1993). Matriisirakenteen käyt-

²⁴ Strategisen täsmällisen valinnan näkökulma liittyy lähinnä kontingenssiteorian mukaiseen lähestymistapaan. Kontingenssiteorian mukaan paras organisaatiomalli riippuu tilanteesta, jossa organisaatio kulloinkin toimii. Organisaatio, joka ottaa huomioon kontingenssitekijät ja niiden yhteensopivuuden organisaatiomallia valittaessa, toimii tehokkaasti. (vrt. Hatch & Cunliffe 2006, 41.) Kontingenssiteoria onkin liittynyt keskeisesti matriisirakennetta tarkastelevaan tutkimuskirjallisuuteen (ks. esim. Dawson 1986, 118–120; Davis & Lawrence 1977; Varis 2012).

töönotto saattaa myös olla seurausta siitä, että rakenteen organisoinnissa otetaan erityisesti huomioon sellaiset tahot, jotka takaavat sille legitimitetin (vrt. Suchman 1995, 590–591). Aihealueen kirjallisuudessa on tuotu esille, että terveydenhuollon matriisirakenteiden taustalla ovat olleet erilaiset koordinointitarpeisiin liittyvät tekijät, jolloin matriisirakenne on ollut luonteva seuraus. Esimerkiksi potilaiden hoito edellyttää eri asiantuntijoiden välistä yhteistyötä ja koordinaatiota, kuten edellä tuotiin esille. (Dixon 1978, 83–84; Tevameri & Kallio 2009; ks. myös Shortell & Kaluzny 2006, 16.) Näin ollen sairaaloiden funktionaalisissa rakenteissa ei siis ole ollut kyse puhtaan funktionaalisesta rakenteesta, vaan niissä on käytännössä sovellettu prosessi- ja matriisimaista toimintalogiikkaa (vrt. Tevameri 2010).

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan matriisirakenteeseen päätymiseen²⁵ vaikuttavat institutionaalisten tekijöiden lisäksi myös toiminnalliset tekijät. Matriisirakenne omaksutaan sairaaloissa muun muassa sen vuoksi, että äärimmäistä prosessimaista rakennetta eli puhdasta prosessiorganisaatorakennetta – käytetystä termistä huolimatta – ei ole mahdollista sairaaloissa laajassa mittassa soveltaa. Prosessiorganisaatorakenteeseen siirtyminen edellyttäisi perinteisten funktioiden täydellistä purkamista ja siirtymistä pelkästään ydinprosessien johtamiseen.²⁶ Institutionaalisesta näkökulmasta tarkasteltuna puhtaan prosessiorganisaatorakenteen edellyttämä funktioiden poistuminen kyseenalaistaisi symbolisella tavalla myös perinteisen käsityksen sairaalaorganisaatioista eli sairaalaorganisaatioiden arkkityypin. Arkkityypin vastaisen organisaatiouudistuksen legitimointi sairaalaorganisaatioiden professionille on hyvin haastava tehtävä. (Tevameri & Kallio 2009.)

Funktioiden purkamisen seurauksena prosesseja tarvittaisiin sairaalaorganisaatioissa myös huomattavan suuri määrä, sillä potilaiden tarvitseman hoidon kirjo on hyvin laaja (Tevameri & Kallio 2009, 24). Näin ollen myöskään toiminnallisesta näkökulmasta tarkasteltuna puhdas prosessiorganisaatorakenne ei ole käytännössä mahdollinen sairaalaorganisaatioille. Täten ei olekaan yllättävää, että aiemmassa tutkimuksessa sairaaloiden matriisirakenteen käyttöönottoon on todettu vaikuttaneen sen, kuinka paljon erityyppisiä potilasryhmiä sairaalaorganisaatioilla on hoidettavanaan (Burns & Wholey 1993, 132).

²⁵ Näkemys siitä, että organisaatiot toimivat tiiviissä yhteydessä toimintaympäristöönsä, ei tarkoita sitä, että esimerkiksi sairaaloiden organisaatiouudistukset tapahtuisivat pelkästään ulkopuolisten voimien ohjaamana. Käytännössä rakennemuutokset edellyttävät myös organisaation omia valintoja. (Kokkinen 2012, 20–21.) Näin ollen ajautumisen sijaan tässä tutkimuksessa käytetään termiä *päätyminen*, jolla viitataan siihen, että matriisirakenteen käyttöönotto on seurausta toimintaympäristön vaikutusten ohella myös organisaation omista valinnoista.

²⁶ Prosessiorganisaatorakenteen ja matriisirakenteen ero on juuri siinä, että matriisirakenteessa funktiot muodossa tai toisessa säilyvät, kun taas prosessiorganisaatorakenteessa funktiot puhtaan (Tevameri & Kallio 2009).

Puhtaan funktionaalisen ja prosessiorganisaatiorakenteen väliin jää useita erilaisia organisatorisia vaihtoehtoja, jotka käytännössä johtavat erilaisiin matriisimaisiin toimintalogiikoihin (Tevameri 2010). Matriisirakenne onkin sairaalaorganisaatioille eräs mahdollinen organisointivaihtoehto, ja sen myötä voidaan saavuttaa esimerkiksi toiminnallista tehokkuutta. Pelkkä matriisirakenteen käyttöönotto ei kuitenkaan takaa hyvää lopputulosta, vaan sen epäonnistunut toteuttaminen saattaa johtaa jopa tulosten heikkenemiseen. (Tevameri & Kallio 2009, 29.) Sairaaloiden matriisirakenteen organisointiin ja suunnitteluun liittyykin monia huomioon otettavia tekijöitä. Lisäksi matriisirakenteen omaksuminen edellyttää sitä, että rakenne ja sen toimintalogiikka saavat toimintaympäristönsä hyväksynnän.

5.2 Toimivan matriisirakenteen suunnitteluun ja organisointiin²⁷ liittyviä näkökulmia sairaalaorganisaatioissa

Kuten aiemmin tuotiin esille, matriisirakenne on käytännössä osoittautunut haastavaksi organisaatiomalliksi ja sen käytöstä on monissa organisaatioissa luovuttu. Matriisirakenteen toimivuuden edistämisestä on löydettävissä jonkin verran tutkimuskirjallisuutta. Kyseinen kirjallisuus keskittyy pitkälti matriisirakenteen ongelmien ennaltaehkäisyyn ja ratkaisemiseen sekä organisaatiokulttuuristen tekijöiden huomioon ottamiseen (ks. esim. Sy & D'Annunzio 2005, 46–47; Davis & Lawrence 1977, 129–154; Gottlieb 2007, 128–130, 139–144; Varis 2012). Matriisirakenteen toimivuuden edistämiseksi on esitetty muun muassa koulutusta, odotusten ja rakenteen selkeää määrittelyä sekä yhteistyön kehittämistä (Sy & D'Annunzio 2005, 46–47; Davis & Lawrence 1977, 129–144; Allcorn 1990, 586–587). Nämä näkökulmat ovatkin tärkeitä matriisirakennetta käyttöönotettaessa, sillä heikkoudet ja organisaatiokulttuuriset tekijät väistämättä kuuluvat matriisirakenteeseen ja limittyvät myös sen suunnitteluvaiheeseen. Matriisirakenteen suunnitteluun ja organisointiin on kuitenkin kiinnitetty tutkimuskirjallisuudessa varsin vähän huomiota, vaikka aihealueen merkitys onkin tunnistettu (ks. Goold & Campbell 2003, 428).

Matriisirakenteiden suunnittelussa ja organisoinnissa voidaan hyödyntää esimerkiksi Mintzbergin organisaatiosuunnitteluteoriaa²⁸. Teorian mukaan

²⁷ Matriisirakenteen suunnittelulla ja organisoinnilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa erityisesti organisaation sisäisen toimintalogiikan näkökulmaa. Organisaatiosuunnitteluteoria on osa organisaatioteoriaa ja siten käsite organisaatiosuunnittelu on yksi organisaatioteorian alakäsitteistä.

rakenteen suunnittelu koostuu yhdeksästä suunnitteluparametrasta, jotka jaetaan edelleen neljään laajempaan ryhmään: tehtävien²⁹, ylärakenteen, sivuyhteyksien ja päätöksentekojärjestelmän suunnitteluun. (ks. tarkemmin Mintzberg 1979, 66–67.) On löydettävissä myös muutamia, erityisesti matriisirakenteen suunnittelua ja organisointia käsitteleviä tutkimuksia ja teoksia. Esimerkiksi Galbraith (2009) on esittänyt matriisirakenteen suunnittelua varten oman mallinsa, joka perustuu rakenteen, prosessien, strategian, ihmisten ja palkitsemisen huomioon ottamiseen matriisirakenteen suunnittelussa³⁰. Goold ja Campbell (2003) ovat puolestaan tunnistaneet viisi toimivan matriisirakenteen suunnittelun ongelmaa: vastuualueiden määrittely, keskinäisten riippuvuuksien suunnittelu, koordinointi ja yhteyksien, tilivelvollisuus sekä hierarkian suunnittelu. Matriisirakennetta ei tulisi suunnitella liian yksityiskohtaisesti, jotta voitaisiin saavuttaa matriisirakenteen edut ja välttää matriisirakenteen tyypilliset heikkoudet (ibid). Matriisimaisten rakenteiden suunnittelua on tarkastellut myös Worren (2012, 110–145). Kyseisessä teoksessa aihetta käsitellään kuitenkin melko yleisellä ja yksittäisiin esimerkkiorganisaatioihin kytkeytyvällä tasolla.

Tässä synteesisuudessa *osatutkimusten* (erityisesti 2 ja 4, osin myös 1 ja 3) *keskeiset tulokset ja tutkimuksellinen anti liitetään organisaatiosuunnitteluteorian mukaisiin käsitteisiin*. Tutkimuksessa matriisirakenteen suunnittelun teema on lähestytty neljän edellä esitetyn Mintzbergin (1979) suunnitteluparametriyhmän kautta. Aihepiirin laajuuden vuoksi kaikkia niihin sisältyviä suunnitteluparametreja ei tässä tutkimuksessa tarkastella, vaan aihetta on lähestytty tiettyjen parametrien ja näkökulmien kautta, jotka ovat aiemman tutkimuskirjallisuuden perusteella keskeisiä juuri matriisimaisten rakenteiden

²⁸ Mintzbergin organisaatiosuunnitteluteoria on peräisin 1970-luvulta. Kyseistä teoriaa voidaan kuitenkin edelleen pitää kattavana ja käyttökelpoisena organisaatiosuunnittelun teoriana. Vaikka Mintzbergin teoriaa on tietyiltä osin myöhemmin täydennetty ja esitelty myös joitakin uudenlaisia lähestymistapoja (vrt. esim. Worren 2012), Mintzbergin teoriaa on kokonaisuutena kritisoitu varsin vähän. Esitetty kritiikki on kohdistunut tiettyihin yksittäisiin seikkoihin (vrt. esim. Worren 2012, 121; Donaldson 1996, 109). Tämä voi toki olla seurausta myös siitä, että runsaasta organisaatioteoreettisesta kirjallisuudesta huolimatta organisaatiosuunnittelun näkökulma ei ole ollut alan tutkijoiden erityisen kiinnostuksen kohteena (vrt. Worren 2012, 27). Tässä tutkimuksessa on päädytty käyttämään Mintzbergin organisaatiosuunnitteluteoriaa juuri sen kattavuuden ja yksityiskohtaisuuden vuoksi, täydentäen sitä kuitenkin Gooldin ja Campbellin (2003) sekä osin myös Galbraithin (2009) matriisiorganisaatiosuunnittelua koskevilla näkemyksillä. Worrenin (2012) tarkastelua tässä tutkimuksessa vain sivutaan.

²⁹ Mintzberg (1979) on käyttänyt tästä ryhmästä termiä *positions*, joka on suomennettu sanalla toimi (Mintzberg 1990, 26). Tässä tutkimuksessa on kuitenkin päädytty käyttämään termiä *tehtävät*.

³⁰ Janićijević ja Aleksić (2007, 41–42) esittävät, että matriisirakennetta ei voida onnistuneesti ottaa käyttöön, ellei muutosta tapahdu kaikilla Galbraithin mallissa esitetyillä osa-alueilla. Matriisirakenteen implementoinnissa voidaan kuitenkin heidän mukaansa tunnistaa kolme erilaista tasoa, joista organisaatorakenteen taso muodostaa oman tarkasteltavan osa-alueensa. Tässä tutkimuksessa matriisirakenteen suunnittelua tarkastellaankin vain rakenteellisesta näkökulmasta, kuten kappaleessa 1.2 kuvattiin.

suunnittelussa³¹, kuten jäljempänä tässä luvussa tarkemmin kuvataan. Taulukossa 2 on esitetty osatutkimuksissa omaksutut näkökulmat suhteessa matriisirakenteen suunnitteluun organisaatiosuunnitteluparametriyryhmittäin (ks. Mintzberg 1979).

Taulukko 2 Mintzbergin (1979) organisaatiosuunnittelun neljä parametriyryhmää ja tässä tutkimuksessa käytetyt näkökulmat matriisirakenteen suunnitteluun ja organisointiin

Organisaatiosuunnitteluparametriyryhmä	Tämän tutkimuksen näkökulmat matriisirakenteen suunnitteluun ja organisointiin
Tehtävien suunnittelu	Tilivelvollisuuden ilmeneminen ja organisointi matriisirakenteen neljässä vastuuroolissa (osatutkimus 4, osin osatutkimus 3).
Ylärakenteen suunnittelu	Yksiköiden ryhmittely ja ryhmittelyperusteet prosessimaisen toiminnan suunnitteluparametrina sairaalaorganisaatiossa (osatutkimus 2, osin osatutkimus 1).
Sivuyhteyksien suunnittelu	Erilaisten prosessimaisen toiminnan organisoitumismuotojen esittely sairaalaorganisaatioissa sekä prosessimaisen toiminnan johtamiseen liittyvät kysymykset (osatutkimus 2).
Päätöksentekojärjestelmän suunnittelu	Päätöksenteon ja muodollisen vallan hajauttamiseen liittyvät aihealueet, esimerkiksi funktio- ja prosessijohdamisen välinen tarkastelu (osatutkimus 2, osin osatutkimukset 3 ja 4).

Matriisirakenteen tehtävien suunnittelua tarkastellaan tässä tutkimuksessa erityisesti tilivelvollisuuskulman valossa. Tilivelvollisuus ja tehtävien suunnitteluun sisältyvä vastuualueiden määrittely on nähty keskeiseksi matriisirakenteen organisaatiosuunnittelun ongelmiksi (Goold & Campbell 2003; ks. myös Worren 2012, 25). Tilivelvollisuuskulma tarjoaa pelkkiä vastualueita ja niiden määrittelyä laajemman kuvan siitä, mille tahoille vastuunkantaja on velvollinen selvittämään toimintaansa (ks. tarkemmin Tevameri & Virtanen 2013; Virtanen 2010). Simons (2005, 18) on tähdentänyt tilivelvollisuuksien ja niiden myötä myös vastuualueiden liittämistä organisaation tehtäväkuviin. Täten osatutkimuksessa 4 tarkasteltiin tilivelvollisuuden ilmenemistä ja organisointia erityisesti matriisirakenteen vastuuroolien näkökulmasta.

³¹ Goold ja Campbellin (2003) tunnistamat toimivan matriisirakenteen suunnittelun ongelmat kytkettyvät tässä tutkimuksessa tarkasteltuihin organisaatiosuunnitteluparametreihin.

Osatutkimus 4 toi esille sen, että sairaalaorganisaation tilivelvollisuudet ovat moninaiset ja ulottuvat myös monille institutionaalisille tahoille. Siirtyminen matriisirakenteeseen merkitsee tavallisesti tilivelvollisuuksien lisääntymistä erityisesti organisaation keskijohdon tasolla, liittyen usein prosessinomistajien ja funktiojohtajien tehtävälueisiin. (Tevameri & Virtanen 2013; ks. myös Simons 2005, 92–93.) Sairaalaorganisaation matriisirakenteen tehtävien suunnittelussa tulee ottaa huomioon myös se tosiasia, että sairaalaorganisaatioissa prosessin välitön kohde on myös asiakas (vrt. Mintzberg 1979, 40). Tällöin yksittäisen asiakkaan, eli potilaan, prosessi ja organisaatiotason prosessit kytkeytyvät käytännössä toisiinsa. Tästä voi seurata organisaatiosuunnittelun ongelmia. Esimerkiksi prosessijohtamisen irrottaminen potilaiden hoitoon liittyvistä kysymyksistä voi olla vaikeaa toteuttaa käytännössä. Tällöin pohdittavaksi tulee muun muassa se, millainen tulisi olla prosessinomistajien koulutus- ja osaamistausta. (Tevameri 2010.)

Matriisirakenteen tehtävien suunnitteluun kytkeytyvät läheisesti myös rakenteen tyypilliset heikkoudet, kuten edellä kuvatut rooli- ja vastuupäselvyydet. Osatutkimuksessa 3 tuotiin esille monien terveydenhuollon ominaispiirteiden kytkeytyminen matriisirakenteen heikkouksiin. Esimerkiksi epäselvät rooli- ja vastuualueet voidaan kokea sairaalaorganisaatioissa tarpeettomaksi riskinotoksi (Tevameri 2012, 152). Lisäksi osatutkimuksessa 4 kävi ilmi, että matriisirakenteen tyypilliset heikkoudet kytkeytyvät monin tavoin myös tilivelvollisuuteen.

Osana toimivan matriisirakenteen suunnittelua Goold ja Campbell (2003) ovat tuoneet esille, että vastuualueita ei tulisi suunnitella liian yksityiskohtaisesti. Toisaalta aihealueen kirjallisuudessa myös korostetaan tehtävä- ja vastuualueiden selkeän määrittelyn tärkeyttä (vrt. esim. Gottlieb 2007, 145–147). Sairaalaorganisaatioissa tarve määritellä vastuualueet selkeästi voi kuitenkin olla seurausta esimerkiksi lainsäädännöstä (vrt. Tevameri & Virtanen 2013). Tilivelvollisuusnäkökulmaa voidaan hyödyntää sairaaloiden matriisiorganisaatiosuunnittelussa keskeisten tilivelvollisuuksien tunnistamisessa ja näkyväksi tekemisessä (Tevameri & Virtanen 2013).

Organisaatiosuunnittelussa tehtävät tulee edelleen ryhmitellä laajemmiksi kokonaisuuksiksi, yksiköiksi. Yksikköryhmittely kuuluu organisaation ylärakenteen suunnitteluun, jonka myötä organisaatioon muodostuu muun muassa muodollinen vallan- ja vastuunjako. (Mintzberg 1979, 104–106.) Goold ja Campbell (2003, 431) toteavat, että matriisirakenteen suunnittelussa yksiköiden roolien määrittelyä varten puuttuu käsitteistö. Tutkimuksessaan he esittelevät kahdeksan erilaista yksiköiden roolia, joita voidaan hyödyntää matriisirakenteen suunnittelussa. Käytännössä nämä yksiköiden roolit perustuvat erilaisten funktionaalisten ja markkinaperusteisten ryhmittelyperusteiden hyödyntämiseen (vrt. Mintzberg 1979).

Osatutkimuksessa 2 tarkastellaan erilaisia yksiköiden ryhmittelyperusteita sekä yleisesti että erityisesti sairaalaorganisaation matriisirakenteissa. Sairaaloissa ilmenee monia ryhmittelyperusteita niin erikoisalojen välillä kuin sisälläkin ja lisäksi ryhmittelyyn vaikuttaa lääketieteen hoitomenetelmien ja diagnostiikan kehittyminen eri erikoisaloilla. (Tevameri 2010; ks. myös Mintzberg 1979, 104–133; Christensen ym. 2009). Lisäksi syvä erikoisosaaminen ja sen kehittäminen on sairaalaorganisaatioissa keskeistä (Hellström ym. 2010, 508; Fältholm & Jansson 2008). Tämän vuoksi esimerkiksi lääketieteen erikoisalat säilyvät käytännössä sairaalaorganisaatiossa muodossa tai toisessa (Tevameri & Kallio 2009). Syvän erikoisosaamisen ja prosessimaisen toiminnan johtamisen keskinäinen sopeuttaminen on kuitenkin merkittävä sairaalaorganisaatioiden matriisirakenteisiin liittyvä vaikeus (Tevameri 2010, 234; Tevameri & Kallio 2009; vrt. Fältholm & Jansson 2008, 232).

Myös organisaation koordinointiin ja sivuyhteyksiin liittyvät seikat on nähty tärkeiksi osa-alueiksi toimivan matriisirakenteen suunnittelussa (vrt. Goold & Campbell 2003, 434–435, 438). Osatutkimuksessa 2 esiteltiin erilaisia sairaalaorganisaation muodolliseen rakenteeseen liittyviä yhteyskeinoja ja koordinoitimekanismeja (ks. tarkemmin myös Mintzberg 1979), jotka liittyvät erilaisiin prosessimaisen toiminnan ja johtamisen muotoihin (Tevameri 2010; Kolodny 1979). Prosessimainen toiminta kytkeytyy puolestaan organisaation asiakkaisiin. Sairaalaorganisaation asiakkuuden monitahoisuuden vuoksi prosessimaisen toiminnan suunnittelussa tulee samanaikaisesti ottaa huomioon hyvin erilaisten toimijoiden näkökulmat (Tevameri 2010).

Goold ja Campbell (2003, 438) esittävät osana toimivaa matriisirakenteiden suunnittelua, että rakenteessa tulisi jättää tilaa myös vapaaehtoiselle verkostoitumiselle ja määrittää vain tärkeät organisaation sivuyhteydet. Sairaaloissa potilaiden hoito on aina edellyttänyt eri osajien keskinäistä yhteistyötä ja koordinaatiota, kuten edellä kuvattiin. Lisäksi, koska tarkkaa rajaa projektin (esimerkiksi yksittäisen potilaan hoito) ja prosessin välillä ei aina voida tehdä (ks. esim. Aaltonen ym. 2008, 68; Lillrank ym. 2004, 118–120), matriisirakenteessa ei voida myöskään rakentaa muodollisia prosesseja jokaisen potilaan hoitoon liittyvän tilanteen varalle. Tämä edellyttääkin Gooldin ja Campbellin (2003) mainitsemaa vapaaehtoista verkostoitumista.

Matriisirakenteen päätöksentekojärjestelmän suunnittelua ja siihen liittyvää päätöksenteon hajauttamista (ks. tarkemmin Mintzberg 1979, 181–213) tarkastellaan osatutkimuksessa 2, jossa esitellään erilaisia prosessi- ja funktiojohtamisen välisiä organisointivaihtoehtoja sairaalaorganisaatiossa. Nämä vaihtoehdot eroavat toisistaan prosessien ja funktiojohtamisen välisen päätöksentekovallan suhteen (ks. tarkemmin Tevameri 2010, 229–234; Gottlieb 2007; Larson & Gobeli 1987). Sairaalaorganisaatioissa on otettava huomioon professioiden keskeinen, institutionalisoitunut asema, joka vaikuttaa myös

siihen, miten päätöksentekoa voidaan hajauttaa prosessi- ja funktioulottuvuuk-sien kesken (ks. Tevameri 2012).

Taulukkoon 3 on laadittu yhteenvedo³² tässä tutkimuksessa esille tulleista sairaaloiden organisointiin vaikuttavista piirteistä sekä niiden mahdollisista seurauksista matriisirakenteen suunnitteluun ja organisointiin. Taulukon vasemmanpuoleisesta sarakkeesta ilmenevät ne organisaatiosuunnitteluparametrien ryhmät, joihin piirteet ja seuraukset ensisijaisesti kytkeytyvät. Taulukon keskimmaisessä sarakkeessa on esitetty osatutkimuksissa esille tuotuja, pääosin aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa tunnistettuja, sairaaloiden organisointiin vaikuttavia piirteitä. Taulukon oikeanpuoleinen sarake puolestaan kuvaa tämän tutkimuskokonaisuuden keskeisiä tuloksia ja antia eli seurauksia suhteessa matriisirakenteiden suunnitteluun ja organisointiin.

³² Taulukko on laadittu mukaellen seuraavia tutkimuksia ja teoksia: Tevameri & Kallio 2009; Tevameri 2010; 2012; Tevameri & Virtanen 2013; Mintzberg 1979; Virtanen 2010; Virtanen & Kovalainen 2006; Chrintensen ym. 2009; Parvinen ym. 2005; Lillrank & Venesmaa 2010; Shortell & Kaluzny 2006; Kaluzny & Hernandez 1988; Fältholm & Jansson 2008; Lillrank ym. 2004; Aaltonen ym. 2008.

Taulukko 3 Matriisirakenteen suunnittelussa ja organisoimissa huomioon otettavia näkökulmia sairaalaorganisaatioissa

Parametri-ryhmä	Sairaaloiden organisointiin vaikuttavia piirteitä	Seurauksia matriisirakenteen suunnitteluun ja organisointiin sairaalaorganisaatioissa
Tehtävät	<ul style="list-style-type: none"> Sairaalaorganisaatioissa ilmenee monia, keskenään erilaisia tilivelvollisuuksia. Sairaalaorganisaatioissa työnkulun (prosessin) välitön kohde on myös asiakas. Lainsäädäntö vaikuttaa tehtävien suunnitteluun. Työ sallii vähän virheitä ja monitulkintaisuutta. 	<ul style="list-style-type: none"> Tilivelvollisuudet ja niiden myötä osaamisvaatimukset ja työ määrä erityisesti organisaation keskijohdon tasolla kasvavat varsin laajoiksi. Johtamisen irrottaminen potilaiden hoidosta ja siihen liittyvää osaamisesta on haastavaa toteuttaa käytännössä. Tilivelvollisuus potilaan hoidosta ulottuu usealle organisaation tilivelvollisuustasolle. Erityisesti klinisen työn sisältöä ja tekijöitä ei voida vapaasti muuttaa. Matriisirakenteen tyyppilliset heikkoudet, kuten epäselvät rooli- ja vastualueet voidaan kokea tarpeettomaksi riskinotoksi.
Ylä rakenne	<ul style="list-style-type: none"> Sairaalaorganisaatioissa ilmenee erilaisia ryhmittelyperusteita perinteisten erikoisalojen sisällä ja välillä. Lääketieteen diagnostiikka ja hoitomenetelmät jaetaan intuitiiviseen, empiiriseen ja täsmälääketieteeseen. Lääketieteen erikoisalut ovat perinteisesti toimineet ryhmittely perusteena sairaalaorganisaatioissa. Erikoisosaamisella ja sen kehitettävillä on keskeinen asema sairaalaorganisaatioissa. 	<ul style="list-style-type: none"> Kaikkia matriisirakenteen funktioita ja prosesseja ei voida organisoida käyttäen samoja ryhmittelyperusteita; organisatorinen monimutkaisuus. Lääketieteen diagnostiikan ja hoitomenetelmien kehittyminen asettavat rajoituksia siihen, miten ryhmittely voidaan käytännössä toteuttaa. Uusien toimialojen ja yksiköiden muodostamisen haaste liittyy sairaaloissa tutkimuksen ja opetuksen asemaan ja sen organisointiin matriisirakenteessa. Lääketieteen erikoisalut käytännössä säilyvät muodossa tai toisessa matriisirakenteessa.
Sivuyhteydet	<ul style="list-style-type: none"> Sairaalaorganisaation eri asiakkailla voi olla erilaisia näkemyksiä prosessimaisen toiminnan organisoimisesta, asiakkaita ei voi valita. Terveystuhoilussa ilmenee monia erilaisia prosesseja ja prosessien eri systeemitasot ovat yhteydessä toisiinsa. Työnkulun välitön kohde on myös asiakas, tarkkaa rajaa projektin ja prosessin välillä ei voida tehdä. Professioiden autonomia on tärkeää. 	<ul style="list-style-type: none"> Prosessien tunnistamisessa ja rakentamisessa tulee ottaa huomioon eri toimijoiden näkemykset samanaikaisesti. Prosessien systeemitasojen päällekkäisyys ja vakiintumaton termistö voivat aiheuttaa epäselvyyttä siitä, mitä prosessilla ja prosessimaisella toiminnalla tarkoitetaan organisaatiouudistuksessa. Monet prosesseihin liittyvät asiat kytkeytyvät myös (yksittäisenkin) potilaan hoitoon.
Päätöksentekojärjestelmä	<ul style="list-style-type: none"> Ammatilliset linja-organisaatiot voivat aiheuttaa koordinaatio-ongelmia, roolisekaannuksia sekä johtamisongelmia. Linjaorganisaatioista seuraa matriisimainen rakenne. Sairaalaorganisaatioilla on monia sidosryhmiä (esim. poliittinen ohjaus). 	<ul style="list-style-type: none"> Erityisesti lääkärin kliinisen autonomian suojeleminen tulee ottaa huomioon matriisirakenteen päätöksentekojärjestelmän suunnittelussa. Linja-organisaatioiden roolin ja aseman määrittelyn tarve matriisirakenteessa. Johtaa kaksinkertaiseen matriisirakenteeseen. Tilivelvollisuudet matriisirakenteen vastuurooleissa eivät rajoitu pelkästään organisaation sisäiseen rakenteeseen.

Kuten taulukosta 3 ilmenee, kuhunkin tarkasteltuun organisaatiosuunniteluparametriyhmään liittyy monia huomioon otettavia näkökulmia. Kaikki taulukon seurauksien yhteydessä esitetyt seikat eivät toki ole entuudestaan täysin tuntemattomia³³. Niitä ei kuitenkaan ole aiemmin tarkasteltu kattavasti, eikä juuri liitetty matriisirakenteen suunnittelun ja organisoinnin tarkasteluun, kuten tässä tutkimuksessa tehdään.

5.3 Matriisirakenteen toimintalogiikan hyväksyminen sairaalaorganisaatiossa

Matriisirakenteen omaksuminen organisaatioissa edellyttää sitä, että rakenne saa toimintaympäristönsä hyväksynnän eli legitimitetin (vrt. esim. Hatch 1997, 85–86). Legitimitetillä tarkoitetaan esimerkiksi organisaation toimintalogiikan ollessa kyseessä yleistä käsitystä tai oletusta siitä, että organisaation toimintatavat ovat toivottuja ja sopivia tietyssä sosiaalisesti rakentuneessa normien, arvojen, uskomusten ja määrittelyjen järjestelmässä (ks. esim. Suchman 1995, 574).

On tunnettua, että sairaalaorganisaation institutionaalinen ympäristö on erittäin voimakas (ks. esim. Scott 1987, 126). Instituutiot myös rajoittavat monin tavoin sairaaloiden organisoimista ja johtamista (Tevameri 2012; Parvinen ym. 2005, 122–129). Osatutkimuksessa 3 sairaalan matriisirakenteen käyttöönoton näkökulmasta keskeisimmiksi instituutioiksi tunnistetaan erityisesti lääketieteen etiikka, lääketieteen yhteisö, lainsäädäntö, politiikka ja media (ks. myös Parvinen ym. 2005, 122–129; Heimer 1999). Osatutkimus 3 tuo uutta tietoa siitä, että institutionaalinen ympäristö vaikuttaa oleellisesti siihen, millainen matriisirakenne on legitiimi sairaalaorganisaatioissa. Institutionaalisen ympäristön merkitystä matriisirakenteen sisäisen toimintalogiikan hyväksymisen näkökulmasta ei ole aiemmassa kirjallisuudessa juuri tarkasteltu. (Tevameri 2012, 165). Osatutkimuksen 4 tuloksena kävi ilmi, että matriisirakenteen

³³ Samansuuntaisia tutkimustuloksia on esitetty aiemminkin yksittäin ja irrallaan matriisiorganisaatiosuunnittelun kysymyksistä. Esimerkiksi Simons (2005, 92–93) on tuonut esille organisaatioihin yleisesti liittyvän piirteen eli tilivelvollisuuksien lisääntymisen erityisesti organisaation keskijohdon tasolla siirryttäessä hajautettuun rakenteeseen. Christensen ja kumppanit (2009) sekä Lillrank ja Venesmaa (2010, 47–50) ovat puolestaan painottaneet, että intuitiivinen, empiirinen ja täsmälääketiede edellyttävät erityyppistä organisoimistapaa. Kekomäki (2004, 1944) on tuonut esille, että akateeminen koulutus ja tutkimus voivat kokea kärsivänsä prosessimaisesta organisaatiouudistuksesta, jossa erikoisalajat eivät muodosta hallinnollisia yksiköitä. Viitanen ja kumppanit (2007, 70) ovat puolestaan havainneet, että terveydenhuollon organisaatioiden keskijohdossa ilmenee usein epäselvyyttä siitä, onko prosessijohtamisessa kyse organisaatiotason prosesseista vai yksiköiden sisäisistä prosesseista.

organisatoristen ratkaisujen legitimointi tulee ottaa huomioon jo rakenteen suunnitteluvaiheessa.

Osatutkimuksessa 3 tarkastellaan matriisirakenteen hyväksymistä sairaalaorganisaatiossa kolmen legitimizeettityypin kautta (Scott ym. 2000)³⁴. Taulukossa 4 on esitetty tutkimuksessa esille tulleet matriisirakenteen organisatoriset ratkaisut legitimizeettityypeittäin.

³⁴ Scottin (2000, 236–254) lisäksi aihetta on tarkastellut esimerkiksi Suchman (1995, 577–585), jonka esittelemät legitimizeettityypit ja käsitteet hieman eroavat Scottin esittelemistä. Tähän tutkimukseen valittiin Scottin tyyppitys, sillä se soveltui tutkimukseen parhaiten.

Taulukko 4 Matriisirakenteen sisäisen toimintalogiikan legitimitietin muodostuminen (mukaellen Tevameri 2012)

Legitimitietin tyyppi	Ilmeneminen sairaalaorganisaation matriisirakenteen organisatorisissa ratkaisuisissa
Kognitiivinen legitimitietti	<ul style="list-style-type: none"> • Matriisirakenteen muotoutuminen vähitellen: <ul style="list-style-type: none"> – säilyttämällä hoitajien ja lääkäreiden erilliset linjaorganisaatiot – säilyttämällä funktioiden johtamisen vahva asema organisaatiokokonaisuudessa.
Normatiivinen legitimitietti	<ul style="list-style-type: none"> • Lääkärin kliininen autonomia on suojeltu matriisirakenteen organisatorisissa ratkaisuisissa: <ul style="list-style-type: none"> – resurssien allokointiin keskittyneiden prosessien rooli on funktioiden toimintaa tukeva – prosessien ja funktioiden välillä on tiivis yhteistyömalli. Yhteistyömalli ilmenee siten, että: <ul style="list-style-type: none"> – substanssiosaamista ymmärretään myös resurssien allokointiin keskittyneiden prosessien johtamisessa – prosessinomistajat toimivat samanaikaisesti myös funktiojohtajina – prosessinomistajiksi valitaan yhteistyökykyisiä henkilöitä. • Potilaan hyvän hoidon toteutuminen on otettu matriisirakenteen ja johtamisjärjestelmän keskiöön (esimerkiksi perustettu nk. osaamiskeskukset).
Regulatiivinen legitimitietti	<ul style="list-style-type: none"> • Opetus- ja tutkimusvelvollisuus on organisoitu näkyväksi osaksi matriisirakennetta. • Potilaan hoitovastuu on säilytetty kokonaisuutena yhdellä ulottuvuudella.

Osa taulukossa 4 kuvatuista organisatorisista ratkaisuista on tuotu esiin jo aiemmin matriisiorganisaatiokirjallisuudessa. Esimerkiksi prosessinomistajien toimiminen samanaikaisesti myös funktiojohtajina on tunnettu matriisirakenteen muoto (Tevameri 2012, 162; Galbraith 2009, 41–50). Samoin henkilövalintojen merkitystä matriisirakenteessa ovat aiemmin tarkastelleet esimerkiksi Turner ja kumppanit (1998). Lisäksi terveydenhuollon johtamista ja organisoimista käsittelevässä kirjallisuudessa on tuotu esille samansuuntaisia tutkimustuloksia potilaan hyvän hoidon toteutumisesta. Esimerkiksi Virtanen (2010, 215) on tuonut esille potilaan parasta korostavan arvopohjan merkityksen sairaaloiden johtamisen suunnannäyttäjänä. Porter ja Teisberg (2006) puolestaan ovat esitelleet arvoon perustuvan näkökulman terveydenhuollon organisoimista perustana (ks. myös Teperi ym. 2009). Näitä teemoja ei ole

kuitenkaan aiemmin tarkasteltu matriisirakenteen toimintalogiikan hyväksymisen näkökulmasta, kuten tässä tutkimuksessa tehdään.

On tarpeen tuoda esille, että vaikka institutionaalinen ympäristö vaikuttaa organisaatioihin ja niiden rakenteisiin, yksittäiset organisaatiot voivat kuitenkin omaksua erilaisia strategioita suhteessa institutionaaliin paineisiin. Ne voivat siten pyrkiä pelkän sopeutumisen sijaan myös muovaamaan tai muuttamaan institutionaalista ympäristöään (Scott 1995, 114–132). Tämän seurauksena organisatoriset ratkaisut voivat yksittäisissä sairaalaorganisaatioissa olla erilaisia. Organisaatiot usein kokevat helpommaksi sopeutua institutionaaliseen ympäristöönsä sen sijaan, että pyrkisivät aktiivisesti muuttamaan sitä (Suchman 1995; ks. myös Tevameri 2012, 164). Erityisesti näin voi olla sairaaloiden kaltaisissa organisaatioissa, joissa institutionaalinen ympäristö on hyvin voimakas.

Yllä esitetyn pohjalta ei olekaan yllättävää, että osatutkimuksessa 3 tuli esille kohdeorganisaation sopeutuminen ympäristöön, jolloin matriisirakenteesta muodostui eräänlainen kompromissi erilaisten institutionaalisten paineiden keskellä. Eräänä legitimiteetin saamisen näkökulmana tuli esille myös matriisirakenteen muotoutuminen vähitellen, jolloin muutos organisaation johtamisjärjestelmässä ja rakenteessa ei ollut kovinkaan nopea ja radikaali. Myös sairaalaorganisaation vakiintuneet toimintamallit, kuten funktioiden johtamisen vahva asema ja lääkärin ja hoitajien erilliset linjaorganisaatiot, on säilytetty rakenteessa. (Tevameri 2012, 160.) Aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa onkin toistuvasti tuotu esille, että monista uudistuksista huolimatta perinteiset, kulttuurisiin käytänteisiin kytkeytyvät rakenteet ja johtamisjärjestelmät käytännössä säilyvät sairaalaorganisaatioissa (Viitanen ym. 2007, 15; Virtanen 2010, 212, 214–215; Kokkinen 2012, 11; Torppa 2007, 199–200). Suuret ja nopeat organisatoriset muutokset sairaaloissa ovatkin epärealistinen tavoite (Virtanen 2010, 215).

Toisaalta organisatorisissa ratkaisuissa ilmenee myös ympäristön tiettyjen institutionaalisten tahojen priorisointi ja valinta. Esimerkiksi lääketieteen yhteisön ja lääketieteen etiikan merkitys instituutioina korostuvat matriisirakenteen organisatorisissa ratkaisuissa, jolloin erityisen tärkeää matriisirakenteen hyväksymisen näkökulmasta on ollut lääkärin kliinisen autonomian suojeleminen. (Tevameri 2012.)

Sairaalaorganisaatioiden institutionaalinen ympäristö kuitenkin muuttuu ajan myötä, joten taulukossa 4 kuvatut matriisirakenteen organisatoriset ratkaisut eivät ole pysyviä tai ainoita mahdollisia legitimiteetin saamisessa. Esitetyt ratkaisut voivat kuitenkin antaa suuntaviivoja siitä, millaiset ratkaisut voivat saada legitimiteetin sairaalaorganisaatioissa. Tärkeintä on kuitenkin tunnistaa, tuntea ja analysoida sairaalan institutionaalinen ympäristö matriisirakenteen suunnittelun ja käyttöönoton yhteydessä (Tevameri 2012).

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KESKUSTELU

6.1 Tutkimuskokonaisuuden tulosten kokoava tarkastelu³⁵

Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu matriisirakenteen omaksumista sairaalaorganisaatioissa keskittyen erityisesti organisaatioteoreettiseen rakenteen ja toimintojen näkökulmaan. Tutkimuksessa on pyritty vastaamaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin: 1) Miksi sairaalat päätyvät prosessimaisissa organisaatiouudistuksissaan matriisimaisiin toimintatapoihin ja rakenteisiin? 2) Mitä tulee ottaa huomioon sairaaloiden matriisirakenteen suunnittelussa ja organisoinnissa? sekä 3) Millaiset organisatoriset ratkaisut voivat tukea sairaaloiden matriisirakenteen hyväksymistä?

Ensimmäisestä tutkimuskysymyksestä voidaan todeta, että sairaalat siirtyvät prosessimaisissa organisaatiouudistuksissaan matriisimaisiin toimintatapoihin ja rakenteisiin muun muassa sen vuoksi, että äärimmäistä prosessimaista vaihtoehtoa, eli puhdasta prosessiorganisaatorakennetta, ei voida käytännössä laajalti sairaalaorganisaatioissa soveltaa. Tämä on ennen kaikkea seurausta siitä, että funktioita ei voida sairaaloissa täysin purkaa. Tätä tutkimustulosta voidaan pitää tämän tutkimuksen keskeisimpänä. Sairaalat päätyvätkin prosessimaisissa organisaatiouudistuksissaan matriisimaisiin toimintalogiikoihin, joita on olemassa lukuisia erilaisia. Tutkimus tuo esille sen, että matriisirakenne ei siten välttämättä ole strateginen valinta, vaan siihen päädytään institutionaalisista ja toiminnallisista syistä.

Toisen tutkimuskysymyksen osalta voidaan todeta, että tässä tutkimuksessa tunnistettiin useita sellaisia seikkoja, jotka tulee ottaa huomioon juuri sairaalaorganisaatioiden matriisirakenteiden suunnittelussa ja organisoinnissa. Nämä seikat ulottuvat koko rakenteen suunnittelun alueelle: tehtävien, ylärakenteen, sivuyhteyksien ja päätöksentekojärjestelmän suunnitteluun. Vaikka sairaaloiden organisointiin vaikuttavat piirteet tunnetaan aiemman tutkimuskirjallisuuden ansiosta hyvin, niiden seurauksia erityisesti matriisirakenteen suunnittelun ja organisoinnin kannalta ei ole juuri tarkasteltu. Tässä tutkimuksessa esitetään yhteenveto sairaaloiden matriisirakenteen suunnittelussa ja organi-

³⁵ Tutkimustulosten esittelyn yhteydessä ei viitata erikseen yksittäisten osatutkimusten ja tutkimuskokonaisuuden tuloksiin, vaan tulokset ja keskeinen anti esitetään kokonaisuutena. Yksittäisten osatutkimusten tulokset ja tutkimuksellinen anti ilmenevät alkuperäisjulkaisujen lisäksi luvusta 4.

soinnissa huomioon otettavista seikoista. Nämä seikat liittyvät esimerkiksi matriisirakenteen vastuurooleissa tarvittavan osaamisen määrittelyyn, yksiköiden ja prosessien rakentamisen periaatteisiin ja ammatillisten linja-organisaatioiden sovittamiseen rakenteeseen. Tämä tutkimus tuo esille hyvin käytännönläheisiä ja konkreettisia näkökulmia sairaaloiden matriisirakenteiden suunnitteluun. Ottamalla huomioon näitä seikkoja rakenteen suunnittelussa voidaan matriisirakenteen toimivuutta sairaaloissa edistää.

Kolmannesta tutkimuskysymyksestä voidaan todeta, että tutkimuksessa tunnistettiin useita sellaisia matriisirakenteen toimintalogiikkaan liittyviä ratkaisuja, jotka edistivät rakenteen legitimitetin saamista sairaalaorganisaatioissa. Nämä legitimitettiin vahvistavat organisatoriset ratkaisut liittyivät esimerkiksi sairaaloiden vakiintuneiden toimintamallien säilyttämiseen, keskeisten arvojen ja normien suojelemiseen sekä yhteensopivuuteen lainsäädännöllisten tekijöiden kanssa. Tutkimus tuo esille erityisesti lääkärin kliinisen autonomian suojelemisen keskeisen merkityksen rakenteen hyväksymisessä. Kliinistä autonomiaa on suojeltu esimerkiksi päätymällä erilaisiin yhteistyömalleihin prosessien ja funktioiden välillä. Tämän tutkimuksen tulosten valossa kaikenlaiset matriisirakenteet eivät saa legitimitettiin sairaaloissa, vaan esimerkiksi työnjakoon liittyvät kysymykset ovat merkityksellisiä. Matriisirakenteen toimintalogiikan legitimoimiseksi kehitetyt ratkaisut riippuvat kuitenkin siitä, millaisen strategian sairaalaorganisaatio omaksuu pyrkiessään saamaan legitimitetin. Tässä tutkimuksessa korostui erityisesti lääketieteen yhteisön ja lääketieteen etiikan priorisointi osana matriisimaisen rakenteen legitimoimista.

6.2 Tutkimuksen teoreettisen merkityksen tarkastelu

Tutkimus tuo uutta tietoa sekä sairaaloiden tutkimukseen että johtamisen ja organisoimisen alalle. Tutkimustulokset täydentävät aiempaa matriisirakenteiden ja niiden suunnittelun tutkimusta toimialasta riippumatta. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää myös laajemmin, esimerkiksi terveydenhuollon palvelujärjestelmien ja asiantuntijaorganisaatioiden tutkimuksessa. Tässä yhteydessä tutkimuksen teoreettista antia pohditaan kuitenkin erityisesti sairaaloiden matriisirakenteen tutkimuksen kannalta.

Vaikka sairaaloiden matriisirakenteen omaksumiseen liittyviä teemoja on matriisiorganisaatiokirjallisuudessa tutkittu jonkin verran jo aiemmin (ks. esim. Burns & Wholey 1993), tämä tutkimus tuo uutta tietoa aihealueesta. Tutkimus tuo ensinnäkin uutta tietoa matriisirakenteeseen päättymiseen vaikuttavista tekijöistä sairaalaorganisaatioissa. Vaikka institutionaalisten tekijöiden merkitys matriisirakenteen käyttöönotossa on huomioitu jo aiemmin kirjallisuudessa (ks. esim. Burns & Wholey 1993; vrt. Suchman 1995, 591), tämä

tutkimus tuo esille institutionaalisten tekijöiden merkityksen erityisesti siinä, miksi matriisirakenteeseen päädytään prosessiorganisaation sijaan. Myöskään sairaaloiden toiminnallisten tekijöiden merkitystä matriisirakenteeseen pääty-misen taustalla ei ole aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa juuri tuotu esille. Aihetta on kuitenkin sivuttu esimerkiksi Burns ja Wholeyn (1993) tutkimuk-sessa, jossa he toivat esille yhtenä sairaalaorganisaatioiden matriisirakenteen omaksumisen syynä organisaation tehtävien moninaisuuden, esimerkiksi eri potilasryhmien määrän. Tutkimuksen tulosta siitä, että prosessiorganisaatiora-kennetta ei voida sairaaloissa laajamittaisesti soveltaa, ei ole aikaisemmassa tutkimuskirjallisuudessa juuri tarkasteltu.

Toiseksi, aiempaa tutkimuskirjallisuutta, esimerkiksi matriisirakenteen or-ganisaatiosuunnittelun kysymyksistä, on ollut varsin vähän. Lisäksi kyseinen tutkimuskirjallisuus ei ole riittävästi kiinnittänyt huomiota sairaalaorganisaatioiden näkökulmaan. Tämä tutkimus tuottaa tärkeää uutta täsmennystä juuri tähän aihealueeseen. Mintzbergin organisaatiosuunnitteluteorian käyttäminen tässä tutkimuksessa mahdollisti konkreettisten tutkimustulosten saamisen. Tämä tutkimus tuokin runsaasti uutta, yksityiskohtaista tietoa toimivan mat-riisirakenteen suunnittelusta sairaaloissa. Näin ollen tutkimus tarkentaa Mintzbergin organisaatiosuunnitteluteoriaa sairaaloiden osalta. Myös Gooldin ja Campbellin (2003) ja Galbraithin (2009) matriisirakenteen suunnittelun tarkastelua voidaan tämän tutkimuksen tulosten myötä oleellisesti täydentää. On tarpeen kuitenkin huomauttaa, että mikäli tähän tutkimukseen olisi valittu toisenlaisia lähestymistapoja, kuten esimerkiksi Worrenin (2012, 24–25) esit-telemät organisaatiosuunnittelun parametrit, tutkimuksessa olisi voitu saada enemmän tietoa esimerkiksi organisaation sosiaalisista verkostoista. Tämän tutkimuksen tulosten myötä toimivan matriisiorganisaation suunnittelusta sai-raaloissa muodostuu kuitenkin varsin kokonaisvaltainen esitys.

Tutkimus lisää tietoa myös matriisi- ja prosessimaisia rakenteita tarkastele-vaan tutkimuskirjallisuuteen, vaikka erilaisista matriisirakenteista ja niiden eroista on kirjoitettu matriisiorganisaatiokirjallisuudessa runsaasti aiemminkin (ks. esim. Gottlieb 2007; Larsson & Gobeli 1987). Tässä tutkimuksessa erilai-set prosessi- ja matriisimaiset toimintatavat ja niiden erot kuitenkin liitettiin sairaalaorganisaatioiden kontekstiin.

Tutkimus lisää ymmärrystä myös matriisirakenteen hyväksymisen teemasta. Vaikka sairaalaorganisaatioiden matriisirakenteen hyväksymiseen liittyvää tut-kimusta onkin jo olemassa (Burns & Wholey 1993), tämän tutkimuksen mer-kitys liittyy erityisesti organisaation sisäisen toimintalogiikan näkökulmaan (Tevameri 2012, 164–165). Lisäksi tutkimus tuo uutta tietoa esimerkiksi tili-velvollisuusnäkökulman hyödyntämisestä organisaatioiden suunnittelussa yleensä.

6.3 Tutkimuksen merkitys sairaalaorganisaatioiden käytännön kehittämisen kannalta

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää monin tavoin sairaalaorganisaatioiden käytännön kehittämisessä. Lisäksi tulokset voivat edistää myös muiden samankaltaisten organisaatioiden, kuten asiantuntijaorganisaatioiden, kehittämistä. Tässä yhteydessä tarkastellaan tutkimuksen käytännön antia kuitenkin erityisesti sairaalaorganisaatioiden näkökulmasta. Sairaaloiden funktionaalisissakin rakenteissa soveltama matriisimainen toimintalogiikka antaa aihetta tutkimustulosten hyödyntämiseen matriisirakenteiden lisäksi myös funktionaalisten rakenteiden kehittämisessä (ks. myös Virtanen & Kovalainen 2006). Esimerkiksi tilivelvollisuusnäkökulma mahdollistaa puuttumisen sairaalaorganisaation institutionalisoituneisiin johtamis- ja toimintakäytänteisiin sekä niihin liittyviin ongelmiin.

Tutkimuksen tulos siitä, että prosessiorganisaatio ei ole todellinen organisaatiovaihtoehto sairaaloille, voi edesauttaa niiden muutosjohtamista ja organisoimista käytännössä. Kun tiedostetaan se, että prosessimaiset organisaatiouudistukset johtavat matriisimaiseen rakenteeseen, voidaan paremmin tunnistaa ne lukuisat matriisimaisen organisoitumisen vaihtoehdot, joita sairaalaorganisaatioilla on periaatteessa valittavanaan. Kun kyseessä on matriisirakenne, sairaaloiden tulisi myös käyttää kyseistä termiä. Asianmukaisten termien käytöllä voitaneen ehkäistä tarpeetonta muutosvastarintaa ja epäselvyyttä siinä, mitä lopulta muuttuu johtamisen ja organisoimisen näkökulmasta. Tärkeää on myös tuoda esille, että matriisirakenne ei automaattisesti tarkoita sellaista rakennetta, jossa valta ja vastuu on jaettu tasapuolisesti rakenteen ulottuvuuksien kesken, vaan vaihtoehtoja on lukuisia erilaisia. Rakenteen ei myöskään tarvitse merkitä uhkaa sairaalaorganisaatioiden perinteisiä arvoja, normeja ja vakiintuneita toimintamalleja kohtaan. Tässä tutkimuksessa esiteltyjä organisatorisia vaihtoehtoja voidaan käyttää hyödyksi sairaalaorganisaatioiden kehittämisessä ja muutosjohtamisessa sekä punnittaessa erilaisia vaihtoehtoisia malleja prosessien johtamisen ja funktiojohtamisen yhteensovittamiseen.

Sairaaloiden matriisirakenteen suunnittelussa tulee ottaa huomioon erilaiset organisointiin vaikuttavat piirteet ja niiden mahdolliset seuraukset matriisirakenteen kannalta. Tutkimuksessa tuotiin esille lukuisia konkreettisia käytännön organisointiin kytkeytyviä seikkoja. Esimerkiksi havainto siitä, että johtamisen irrottaminen potilaiden hoidosta ja siihen liittyvästä osaamisesta on haastavaa toteuttaa käytännössä, voi edesauttaa matriisirakenteen vastuuroolin ja niihin tarvittavan osaamisen suunnittelua. Lisäksi, vaikka tilivelvollisuutta onkin tutkittu terveydenhuollon organisaatioissa jo aiemmin (ks. esim. Isosaari 2008; Virtanen 2010), tämä tutkimus tarjoaa sairaalaorganisaatioiden käytännön kehittäjille tilivelvollisuuksien analysointiin kytkeytyvän konkreet-

tisen näkökulman. Sen avulla voidaan tunnistaa moniulotteisen sisäisen tilivelvollisuuden lisäksi myös institutionaalisen tason tilivelvollisuudet, jotka monin tavoin ilmenevät matriisirakenteisen sairaalaorganisaation arkipäivän toiminnassa ja työnkuviissa. Tilivelvollisuusnäkökulma tarjoaa pelkkää roolien ja vastualueiden suunnittelua laajemman näkökulman organisaation tehtävien ja päätöksentekojärjestelmän suunnitteluun. Tilivelvollisuuden analyysi tulisi-kin ottaa kaikkien organisaatioiden käytännön organisaatiosuunnittelun työkaluksi.

Pelkkä sisäisen toimintalogiikan huolellinen suunnittelu ei vielä takaa matriisirakenteen omaksumista sairaalaorganisaatioissa, vaan rakenteen tulee myös saada toimintaympäristönsä legitimitetti (ks. esim. Hatch 1997, 85–86). Tämän vuoksi matriisirakenteen organisatoristen ratkaisujen valinnassa on tärkeää tuntea, tunnistaa ja analysoida sairaaloiden institutionaalinen ympäristö ja sen merkitys. Toimivuutta voidaan edistää yhteisen suunnan näyttämällä ja keskinäisen vuorovaikutuksen kehittämällä (Virtanen 2010, 219). Potilaan hyvän hoidon toteutuminen organisatoristen ratkaisujen näkökulmasta ja erilaisten yhteistyömallien soveltaminen funktio- ja prosessijohtamisen välillä olivatkin tämän tutkimuksen mukaan keskeisiä piirteitä matriisirakenteen legitimitetin saamisessa (Tevameri 2012). Viestinnässä tulee myös painottaa, että professioille merkityksellinen kliininen autonomia voidaan hyvin säilyttää myös matriisirakenteessa.

Matriisirakenteeseen ja sen suunnitteluun liittyy yleisestikin monia haasteita. Tämän tutkimuksen tulosten valossa voidaan todeta, että sairaalaorganisaatioissa voi ilmetä myös lisähaasteita. Tämä tutkimus tuokin uusia näkökulmia matriisirakenteen heikkouksista käytyyn keskusteluun. Esimerkiksi terveydenhuollon työn ominaispiirteiden, erilaisten organisointiin vaikuttavien tekijöiden ja institutionaalisten näkökulmien samanaikainen huomioon ottaminen organisoinnissa voi aiheuttaa rakenteen ja toiminnan monimutkaisuutta. On kuitenkin syytä tiedostaa, että matriisirakenteen monimutkaisuuden ei sairaalaorganisaatioissa ole havaittu johtavan rakenteen hylkäämiseen (Burns 1989). Sairaalaorganisaatiot ovatkin tyypillisesti kompleksisia, joskin sopeutumiskykyisiä organisaatioita (ks. esim. Virtanen 2010, 218–219).

Haitoista huolimatta matriisirakenne tuo mukanaan myös tärkeitä etuja. Nämä rakenteen hyödyt ovat sairaaloille hyvin merkittäviä, kuten esimerkiksi syvän erikoisosaamisen yhdistäminen potilaan hoidon kokonaisuuden parempaan huomioimiseen. Sairaaloita voidaankin perustellusti ohjata siirtymään organisaatiouudistuksissaan juuri matriisimaisiin rakenteisiin. Tämä tutkimuksen valossa voidaan myös todeta, että matriisirakenteen omaksuminen on sairaalaorganisaatioille täysin mahdollista. Rakenne tulee kuitenkin suunnitella hyvin huolellisesti ja panostaa muutosjohtamiseen ja viestintään.

6.4 Jatkotutkimusaiheet

Matriisirakennetta koskevaa yleistä tutkimustietoa tarvitaan runsaasti jatkosakin, sillä matriisimaiset rakenteet ovat viime aikoina yleistyneet (Galbraith 2013, 6). Lisäksi ne myös monimutkaistuvat (Galbraith 2009, 87–89). Täten aiempi tutkimuskirjallisuus ei välttämättä ole riittävän kattavaa tämän päivän tarpeisiin.

Myös tämän tutkimuksen aiheesta, matriisirakenteen omaksumisesta tarvitaan jatkossa lisää tutkimustietoa. Esimerkiksi matriisirakenteen organisaatio- suunnittelu on erittäin laaja aihepiiri, jota voitiin tässä tutkimuksessa tarkastella vain osittain. Tarkastelun ulkopuolelle jäi useita organisaatiosuunnittelun parametreja, kuten esimerkiksi yksikkökoko, koulutus ja indoktrinointi. Myös näitä parametreja tulisi jatkossa tarkastella tätä tutkimusta kattavamman kuvan saamiseksi. Toisaalta jatkossa voitaisiin myös käyttää toisenlaisia ja uudempia teoreettisia lähtökohtia matriisiorganisaatiosuunnittelun tutkimuksessa. Esimerkiksi edellä mainittu Worrenin (2012) lähestymistapa organisaatiosuunnitteluun voisi olla hyödyllinen.

Matriisirakenteen omaksumisen tarkastelu tulisi myös liittää ja yhdistää aihealueen muuhun olemassa olevaan kirjallisuuteen, kuten esimerkiksi muutostojohtamisen ja johtajuusidentiteetin (ks. esim. Varis 2012) teemoihin. Tällöin matriisirakenteen omaksumista voitaisiin käsitellä rakenteen ja toimintojen näkökulmaa laajemmin. Sairaaloiden rakennemuutoksia on aiemmin tutkittu työntekijöiden kokemana ilmiönä (Kokkinen 2012). Työntekijöiden näkökulma olisi myös matriisirakenteen ja siihen liittyvien tyypillisten heikkouksien näkökulmasta keskeinen tulokulma matriisirakenteen omaksumisen tutkimuksessa.

Matriisirakenteen omaksumisen tutkimuksessa voitaisiin hyödyntää myös muunlaisia teoreettisia lähtökohtia. Esimerkiksi dilemmateoriaa on käytetty institutionaalisen teorian rinnalla kunnallisen liikelaitosrakenteen omaksumisen tutkimuksessa (ks. Kuoppakangas 2013). Mielenkiintoista olisi myös saada tietoa matriisirakenteiden omaksumisesta sairaalaorganisaatioissa pitkältä aikaväliltä. Vaikka tämäntyyppisen pitkittäistutkimuksen on tehnyt Burns (1989) jo aiemmin, olisi aiheesta tarpeellista saada tuoreempaa tietoa.

SUMMARY

“The adoption of a matrix organizational structure in hospitals – reaching a decision on the structure, organizational design and acceptance of an internal structure”

The purpose of this study is to review the adoption of a matrix organizational structure in hospitals. The topic is approached from three perspectives: ending up with a matrix structure, having a well-designed matrix structure and accepting a matrix structure in hospitals. Matrix structure design is considered in this study in the light of Mintzberg’s theory of organizational design. The theory is a comprehensive and detailed approach to organization design, which in this study is supplemented with matrix design aspects. In terms of acceptance, the focus is on the hospitals’ internal structure.

This research comprises an empirical case study involving diverse data and methods. The dissertation is in two parts, the synthesis section and four original articles. The first part synthesizes the main results of the articles, and considers the research from a wider perspective.

The study highlights the fact that process organizational structure is not a viable alternative for hospitals. According to the results, ending up with a matrix structure following process-based organizational reforms is attributable to institutional and functional factors. In the study, various kinds of matrix and process-based structures are described, which increases our understanding of the different kinds of matrix type organization alternatives in hospitals. Furthermore, this study presents many practical and concrete perspectives to the design of the matrix structure. Taking into account these points in the design, the functionality of hospitals’ matrix structures can be promoted. The organizational solutions that strengthen the legitimacy of a matrix structure in hospitals are also presented. The main issue of concern from the perspective of acceptance is the protection of the physician’s clinical autonomy in different kinds of organizational solution.

This study contributes to organization theory and to hospital development in practice. The study brings new knowledge about the reasons for ending up with the matrix structure and aspects that should be taken into account in the design of such structures. In addition, the study highlights the formation of the structure and the aspects concerning the division of labor from the institutional perspective. In the study, there is also a focus on the analysis of

accountabilities, and such perspectives should be utilized in the practical development of every organization.

Keywords: matrix structure adoption, hospital organizations, matrix and process-based structures, organization theory, organization design, legitimacy, knowledge-intensive organizations

LÄHTEET

- Aaltonen, Janne – Fyhr, Nina – Käpyaho, Kirsti – Mäkelä, Laura – Mäkijärvi, Markku – Rautiainen, Vesa (2008) Ihannesairaala, Visioita ja valintoja. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,13120,17956,2562>>, haettu 11.5.2010.
- Ahonen, Ari (2001) *Organisaatio, johtaminen ja edistyksen puhekäytännöt. Liikkeenjohdollisen tiedon kentät, kerrostumat ja kulttuurinen paikka*. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja, Sarja A-1:2001. Turku: Turun kauppakorkeakoulu.
- Ahonen, Ari – Kallio, Tomi J. (2002) *Käsite- ja tekstitutkimuksen metodologia – perusteita, näkökulmia ja haasteita johtamis- ja organisaatiotutkimuksen kannalta*. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja, sarja Keskustelua ja raportteja 5:2002. Turku: Turun kauppakorkeakoulu.
- Alasuutari, Pertti (2011) *Laadullinen tutkimus 2.0*. Neljäs, uudistettu painos. Tampere: Vastapaino
- Allcorn, Seth (1990) Using Matrix Organization to Manage Health Care Delivery Organizations. *Hospital & Health Services Administration*, Vol. 35 (4), 575–590.
- Burns, Lawton R. (1989) Matrix Management in Hospitals: Testing Theories of Matrix Structure and Development. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 34 (3), 349–368.
- Burns, Lawton R. – Wholey, Douglas R. (1993) Adoption and Abandonment of Matrix Management Programs: Effects of Organizational Characteristics and Interorganizational Networks. *The Academy of Management Journal*, Vol. 36 (1), 106–138.
- Christensen, Clayton M. – Grossman, Jerome H. – Hwang, Jason (2009) *The Innovator's Prescription, A Disruptive Solution for Health Care*. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Davis, Stanley M. – Lawrence, Paul R. (1977) *Matrix*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, Inc.
- Dawson, Sandra (1986) *Analysing Organisations*. Hampshire: MacMillan Education.

- DiMaggio, Paul J. – Powell, Walter W. (1983) The Iron Cage Revisited. Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, Vol. 48 (2), 147–160.
- Dixon, Maureen (1978) Matrix organisation in health services. Teoksessa: *Matrix Management, A cross-functional Approach to Organisation*, toim. Kenneth Knight, 82–90. England: Gower Press.
- Donaldson, Lex (1996) *For Positivist Organization Theory*. London: SAGE Publications Ltd.
- Eriksson, Päivi – Kovalainen, Anne (2008) *Qualitative Methods in Business Research*. London: SAGE.
- Finerty, Susan Z. (2012) *Master the Matrix, 7 Essentials for Getting Things Done in Complex Organizations*. Minneapolis: Two Harbors Press.
- Ford, Robert C. – Randolph, W. Alan (1992) Cross-Functional Structures: A Review and Integration of Matrix Organization and Project Management. *Journal of Management*, Vol. 18 (2), 267–294.
- Fältholm, Ylva – Jansson, Anna (2008) The implementation of process orientation at a Swedish hospital. *International journal of Health Planning and Management*, Vol. 23 (3), 219–233.
- Galbraith, Jay R. (2009) *Designing Matrix Organizations That Actually Work. How IBM, Procter & Gamble, and Others Design for Success*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Galbraith, Jay R. (2013) Matrix Management; The Structure is the Easy Part. *People & Strategy*, Vol. 36 (1), 6.
- Goold, Michael – Campbell, Andrew (2003) Structured Networks, Towards the Well-Designed Matrix. *Long Range Planning*, Vol. 36 (5), 427–439.
- Gottlieb, Marvin R. (2007) *The Matrix Organization Reloaded. Adventures in Team and Project Management*. Westport: Praeger Publisher.
- Gunn, Ronald A. (2007) *Matrix Management Success, Method Not Magic*. USA: Strategic Futures Consulting Group, Inc.
- Harisalo, Risto (2008) *Organisaatioteoria*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Hatch, Mary Jo (1997) *Organization Theory: Modern, Symbolic and Postmodern Perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Hatch, Mary Jo – Cunliffe, Ann L. (2006) *Organization Theory: Modern, Symbolic and Postmodern Perspectives*. 2. painos. New York: Oxford University Press.

- Heimer, Carol A. (1999) Competing Institutions: Law, Medicine, and Family in Neonatal Intensive Care. *Law & Society Review*, Vol. 33 (1), 17–66.
- Hellström, Andreas – Lifvergren, Svante – Quist, Johan (2010) Process management in healthcare: investigating why it's easier said than done. *Journal of Manufacturing Technology Management*, Vol. 21 (4), 499–511.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula (2007) *Tutki ja kirjoita*. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Isosaari, Ulla (2008) *Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatioissa. Tarkastelu lähijohtamisen näkökulmasta*. Acta Wasaensia No. 188. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 4. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Janićjević, Nebojša – Aleksić, Ana (2007) Complexity of Matrix Organisation and Problems Caused by Its Inadequate Implementation. *Ekonomski Anali / Economic Annals*, Vol. 52 (174–175), 28–44.
- Kallio, Tomi J. (2004) *Organisaatiot, johtaminen ja ympäristö – Organisaatiotieteellisen ympäristötutkimuksen ongelmista kohti yleistä teoriaa yritys-luontosuhteesta*. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja, Sarja A-3:2004. Turku: Turun kauppakorkeakoulu.
- Kallio, Tomi J. (2006) Teoreettinen tutkimus ja liiketaloustieteet. *Liiketaloudellinen Aikakauskirja*, Vol 55 (4), 510–538.
- Kaluzny, Arnold D. – Hernandez, Robert S. (1988) Organizational Change and Innovation. Teoksessa: *Health Care Management, a Text in Organization Theory and Behaviour*, toim. Shortell, Stephen M. – Kaluzny, Arnold D. and Associates, 379–417. 2. painos. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Karlöf, Bengt – Lövingsson, Fredrik Helin (2006) *Organisaation olemus*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kates, Amy – Kesler, Greg (2013) Activate The Matrix for Innovation. *People & Strategy*, 36 (1), 6–7.
- Kekomäki, Martti (2004) Teknologia ja terveydenhuollon logistiikka. *Duodecim*, Vol. 120 (16), 1943–1946.
- Kinnunen, Juha – Lindström Kari (toim.) (2005) *Rakenteellisen ja toiminnallisen muutoksen vaikutukset HUSin johtamiseen ja henkilöstön hyvinvointiin*. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kokkinen, Lauri (2012) *Työntekijät julkisten sairaaloiden rakennemuutostarpeiden synnyttäjinä ja rakennemuutosten seurausten kokijoina*. Acta Universitatis Tamperensis 1798. Tampere: Tampereen yliopisto.

- Kokkinen, Lauri – Viitanen, Elina (2011) Lääkärijohtajat eivät luota yritysmaailman malleihin julkisessa terveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 66 (32), 2261–2263.
- Kolodny, Harvey (1979) Evolution to a Matrix Organization. *The Academy of Management Review*, Vol. 4 (4), 543–553.
- Kuoppakangas, Päivikki (2013) Adopting a Municipal Enterprise Form: Expectations and Outcomes – Three Cases and Dilemmas. *Journal of Change Management*. Julkaistu elektronisesti 9.6.2013: <http://dx.doi.org/10.1080/14697017.2013.778895>.
- Larson, Erik W. – Gobeli, David H. (1987) Matrix Management: Contradictions and Insights. *California Management Review*, Vol. XXIX (4), 126–138.
- Leatt, Peggy – Baker, G. Ross – Kimberly, John R. (2006) Organization Design. Teoksessa: *Health Care Management, Organization Design and Behavior*, toim. Stephen M. Shortell – Arnold D. Kaluzny, 314–355. 5. painos. USA: Thomson Delmar Learning.
- Lillrank, Paul – Kujala, Jaakko – Parvinen, Petri (2004) *Keskeneräinen potilas, Terveydenhuollon tuotannonohjaus*. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Lillrank, Paul – Venesmaa, Julia (2010) *Terveydenhuollon alueellinen palvelujärjestelmä*. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Martin, Paula K. (2008) *A Quick Guide to the New Matrix Management. A cutting edge management system for today's cross-functional organizations*. New York: A Martin Training Associates Publication.
- Mintzberg, Henry (1979). *The Structuring of Organizations*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Mintzberg (1990) *Organisaatiosuunnittelu, Structure in Fives*. Helsinki: Oy Rastor Ab.
- Nesheim, Torstein (2011) Balancing Process Ownership and Line Management in a Matrix-like Organization. *Knowledge and Process Management*, Vol. 18 (2), 109–119.
- Parvinen, Petri – Lillrank, Paul – Ilvonen, Karita (2005) *Johtaminen terveydenhuollossa, käytännöt, vastuut ja valvonta*. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Peltonen, Tuomo (2010) *Organisaatioteoria klassisesta jälkimoderniin*. Helsinki: WSOYPro Oy.
- Porter, Michael E. – Teisberg, Elizabeth Olmsted (2006) *Redefining Health Care, Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press.

- Scott, Richard W. (1987) *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*. 2. painos. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Scott, Richard W. (1995) *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks CA: Sage Publications, Inc.
- Scott, Richard W. – Ruef, Martin – Mendel, Peter J. – Caronna, Carol A. (2000) *Institutional Change and Healthcare organizations, From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Shank, Gary D. (2006) *Qualitative research, a personal Skills Approach*. 2. painos. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Shortell, Stephen M. – Kaluzny, Arnold D. (2006) Organization Theory and Health Services Management. Teoksessa: *Health Care Management, Organization Design and Behavior*, toim. Stephen M. Shortell – Arnold D. Kaluzny, 5–41. 5. p. USA: Thomson Delmar Learning.
- Simons, Robert (2005) *Levers of organization design. How Managers Use Accountability Systems for Greater Performance and Commitment*. Boston: Harvard Business School Press.
- Stake, Robert E. (1995) *The Art Of case Study Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Suchman, Mark C. (1995) Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches. *Academy of Management Review*, Vol. 20 (3), 571–610.
- Sy, Thomas & D’Annunzio, Laura Sue (2005). Challenges and Strategies of Matrix Organizations: Top-Level and Mid-Level Managers’ Perspectives. *Human Resource Planning*, Vol. 28 (1), 39–48.
- Talja, Heli (2006) *Asiantuntijaorganisaatio muutoksessa*. VTT Publications 620. Helsinki: VTT.
- Teperi, Juha – Porter, Michael E. – Vuorenkoski, Lauri – Baron, Jennifer F. (2009). *The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective*. 2. painos. Sitra Reports 82. Helsinki: Sitra.
- Tevameri, Terhi (2006) *Matriisiorganisaatorakenne ja johtamisen haasteet terveydenhuollon organisaatiossa. Mission Possible?* Julkaisusarja A – Turun kauppakorkeakoulu, Porin yksikkö A15/2006.
- Tevameri, Terhi (2010) Prosessimaisen toiminnan organisointi ja johtaminen sairaalaorganisaatiossa. *Hallinnon tutkimus*, Vol. 29 (3), 221–238.
- Tevameri, Terhi (2012) Matriisiorganisaatorakenteen hyväksyminen sairaalaorganisaatiossa, Case HUS-Röntgen. *Työelämän tutkimus*, Vol. 10 (2), 149–169.

- Tevameri, Terhi – Kallio, Tomi J. (2009) Matriisi- ja prosessimainen toimintatapa sairaalaorganisaatioiden uudelleenkehittämisessä. *Hallinnon tutkimus*, Vol. 28 (1), 15–32.
- Tevameri, Terhi – Virtanen, Juha V. (2013) Tilivelvollisuuden organisointi ja ilmeneminen matriisirakenteessa sairaalaorganisaatioissa, case TYKS matriisiorganisaatiouudistus. *Hallinnon tutkimus*, Vol. 32 (4), 251–269.
- Torppa, Kaarina (2007) *Managerialismi suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Tutkimus yksityissektorin johtamisoppien soveltamisesta neljässä yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä ja arvio managerialismin soveltuvuudesta julkisen erikoissairaanhoidon uudistamiseen*. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 951. Oulu: Oulun yliopisto.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi Anneli (2009) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 6. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Tuominen, Juha (2010). Selvitysmiehen selvitys koskien HUSin johtamisjärjestelmän uudistamista. Teoksessa: *HUS siunatkoon, kannanottoja terveydenhuollon johtamisesta*, toim. Lauri A. Laitinen, 187–200, Helsinki: Duodecim.
- Turner, Susan G. – Utley, Dawn R. – Westbrook, Jerry D. (1998) Project Managers and Functional Managers: A Case Study of Job Satisfaction in a Matrix Organization. *Project Management Journal*, Vol. 29 (3), 11–19.
- Varis, Keijo (2012) *Organisaatiokulttuurin ja johtajuusidentiteetin merkitys matriisiorganisaatiomuutoksessa, Case-tutkimus*. Jyväskylä studies in business and economics 116. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Viitanen, Elina – Kokkinen, Lauri – Konu, Anne – Simonen, Outi – Virtanen, Juha V. – Lehtonen, Juhani (2007) *Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut, nro 59. Vammala: Kunnallisan kehittämissäätiö, KAKS.
- Virtanen, Juha V. (2010) *Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta*. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja, Sarja A-2:2010. Turku: Turun kauppakorkeakoulu.
- Virtanen, Juha V. – Kovalainen, Anne (2006) Lääkärien ja hoitajien ammatilliset linjaorganisaatiot käytännön johtamisen näkökulmasta. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 61 (33), 3247–3252.

- Wiili-Peltola, Erja (2005) *Sairaala muutosten ristipaineessa*. HAUS julkaisu 1/2005. Savio: HAUS kehittämiskeskus Oy.
- Worren, Nicolay (2012) *Organisation Design, Re-defining complex systems*. England: Pearson Education Limited.
- Yin, Robert K. (2009) *Case Study Research, Design and Methods*. 4. painos. Applied social research methods series, volume 5. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

OSA II:
TUTKIMUKSEN ALKUPERÄISET
OSATUTKIMUKSET

Artikkeli 1 Tevameri, Terhi – Kallio, Tomi J. (2009) Matriisi- ja prosessimainen toimintatapa sairaalaorganisaatioiden uudelleenkehittämisessä. *Hallinnon tutkimus*, Vol. 28 (1), 15–32.

Julkaistu uudelleen Hallinnon tutkimus -lehden luvalla.

Matriisi- ja prosessimainen toimintapa sairaalaorganisaatioiden uudelleenkehittämisessä

Tevameri Terhi & Tomi J. Kallio

ABSTRACT

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

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

1. JOHDANTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ta suhteessa matriisi- ja prosessimaiseen toimintatapaan siirtymiseen.

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

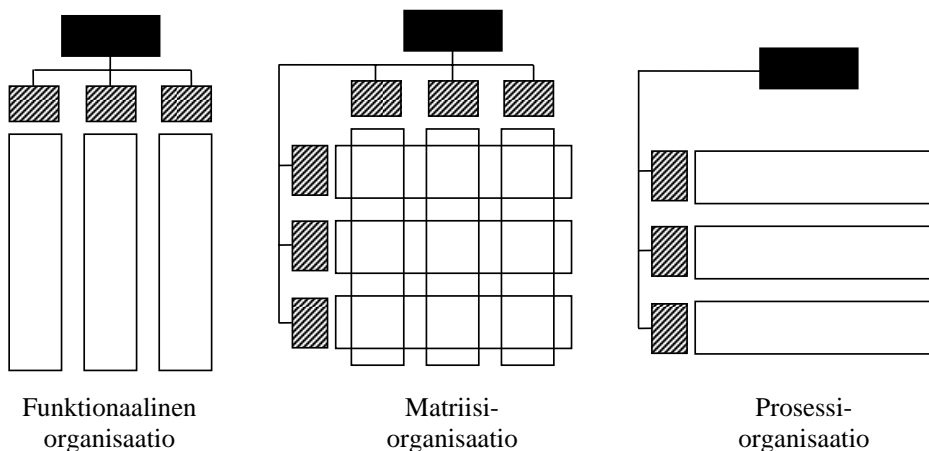
2. MATRIISIORGANISAATIO JA PROSESSI ORGANISAATIO RAKENTEINA

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

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

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

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



Kuvio 1. Funktionaalinen, matriisi- ja prosessiorganisaatio rakenteina

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

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

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

Taulukko 1. Matriisiorganisaation vahvuuksia ja heikkouksia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Taulukko 2. Prosessiorganisaation vahvuuksia ja heikkouksia

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

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

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

3. MATRIISI- JA PROSESSIMAISET TOIMINTATAVAT SAIRAALAORGANISAATIOISSA

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

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

3.1. Matriisirakenne sairaalaorganisaatioissa

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

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

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

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

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

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

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

3.2. Prosessirakenne sairaalaorganisaatioissa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Edellä olemme käsitelleet prosessiorganisaatio-

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

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

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

4. MATRIISIT, PROSESSIT JA SAIRAALA-ORGANISAATIOIDEN KÄYTÄNNÖN RATKAISUT

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

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

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

4.1 Case 1: VSSHP:n Uusi hoidon tuottamisorganisaatio

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

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

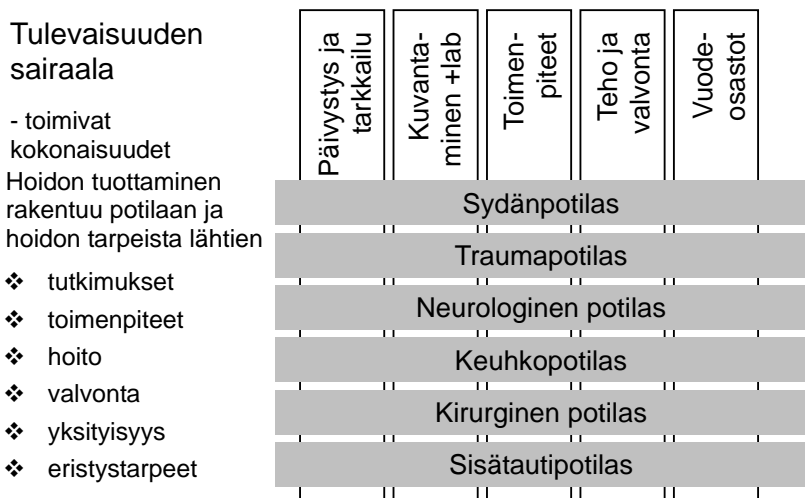
Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2007–2015.) Toiminnallisessa suunnitelmassa on myös selkeästi esiintuotu ajatus siirtymisestä prosessiorganisaatiomalliin, jossa pääpaino on prosesseilla. Lisäksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hallituksen kokouspöytäkirjassa (8 / 18.9.2007) viitataan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

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

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

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

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



Kuvio 2. VSSHP:n Uusi hoidon tuottamisorganisaatio⁷

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

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

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

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

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

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

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

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

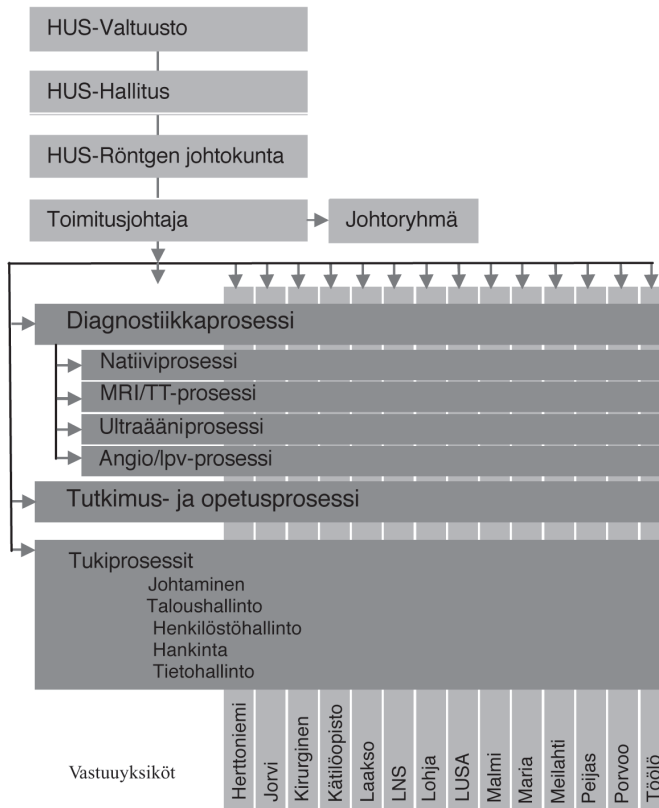
4.2 Case 2: HUS-röntgenin organisaatorakenne

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

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

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

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



Kuvio 3. HUS-röntgenin organisaatio⁸

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

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

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

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

5. JOHTOPÄÄTÖKSET JA KESKUSTELU

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

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

Suhteessa toiseen tutkimuskysymykseemme olemme teoreettisessa analyysissämme todenneet

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

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

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

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

KIITOKSET

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

LOPPUVIITTEET

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

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

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

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

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

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

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

⁷ Kuviossa 2 on esitetty osa VSSHP:n Uudesta hoidon tuottamisorganisaatiota, vuoden 2006 suunnitelman mukaisesti. Kuvio on laadittu 13.11.2006 järjestetyn T-sairaala käsittelevän infotilaisuuden esitysmateriaalin pohjalta. Lähde: Tulevaisuuden sairaala, < <http://www.tyks.fi/fi/4930> > haettu 13.2.2008

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

LÄHTEET

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

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

Artikkeli 2 Tevameri, Terhi (2010) Prosessimaisen toiminnan organisointi ja johtaminen sairaalaorganisaatiossa. *Hallinnon tutkimus*, Vol. 29 (3), 221–238.

Julkaistu uudelleen Hallinnon tutkimus -lehden luvalla.

Prosessimaisen toiminnan organisointi ja johtaminen sairaalaorganisaatiossa

Terhi Tevameri

ABSTRACT

Process-based organisation and process management in hospitals

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

JOHDANTO

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

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

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

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

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

ten sairaalaorganisaatioiden rakenteen määrittäjinä (Virtanen 2010).

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

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

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

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

PROSESSINÄKÖKULMA SAIRAALAORGANISAATIOISSA

Prosessit ja prosessien johtaminen

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

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

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

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

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

Prosessit ja prosessien johtaminen sairaalaorganisaatioissa

Prosessiajattelun ja prosessimaisten toimintatapojen käyttöönotto on koettu tärkeäksi paino-

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

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

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

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

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

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

Prosessien tunnistamisen ja kuvaamisen haasteet sairaalaorganisaatiossa

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

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

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

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

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

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

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

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

PROSESSIMAINEN TOIMINTA JA PROSESSIOHTAMINEN ORGANISATORISESSA KONTEKSTISSA

Organisaation prosessilähtöisyys

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

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

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

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

Ryhmittely prosessimaisen toiminnan suunnitteluparametrina

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

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

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

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

Ryhmittelyperusteet ja sairaalaorganisaatiot

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

Taulukko 1. Ryhmittelyperusteet ja esimerkki niiden organisatorisesta ilmentymästä sairaalaorganisaatioissa.

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

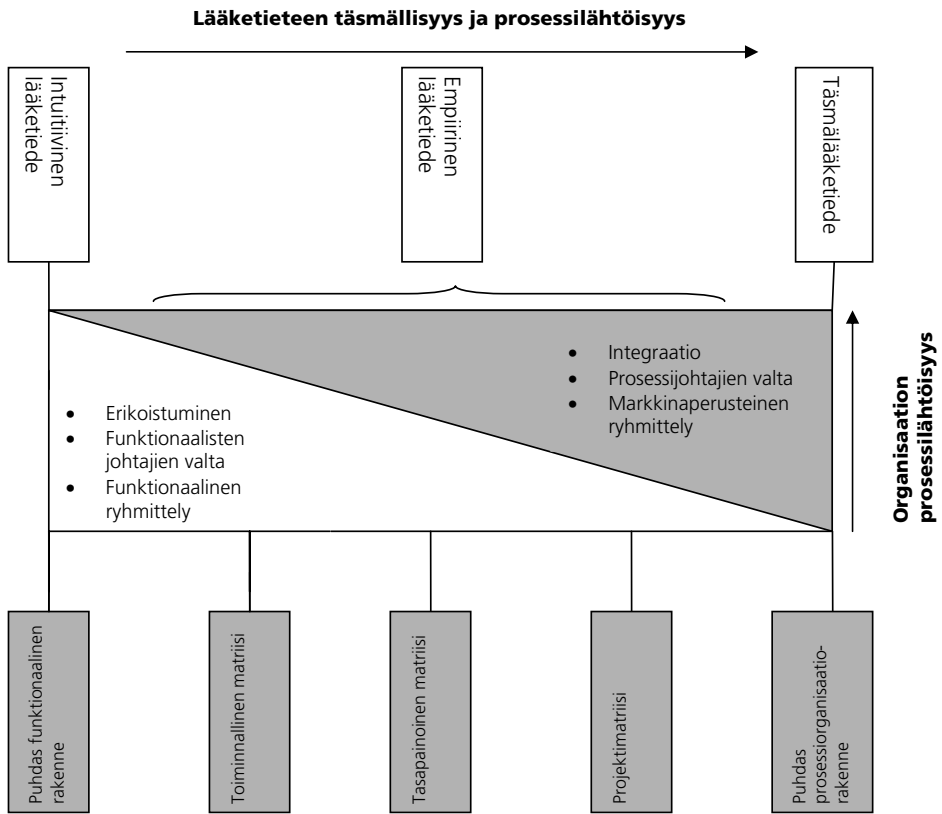
Kuten taulukosta yksi ilmenee, lääketieteen perinteisiä erikoisaloja ja yksiköitä löytyy sekä funktionaalista että markkinaperusteisesta ryhmittelystä. Tämä johtuu siitä, että professionaalissa byrokratioissa, kuten sairaalaorganisaatioissa, rakenne on samanaikaisesti ryhmittynyt funktionaalisesti ja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

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

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

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

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



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

mittely voidaan toteuttaa sairaalaorganisaation tapauksessa.

Prosessimaisen toiminnan johtaminen prosessijohtamisen ja funktiojohtamisen välisenä tarkasteluna

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Syvennettäessä prosessijohtajan valtaa funktionaalista matriisista astetta syvemmälle, ja

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

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

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

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

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

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

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

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

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

misen asema organisaatiokokonaisuudessa eri tavoin.

JOHTOPÄÄTÖKSET JA KESKUSTELU

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

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

hittymisestä täsmällisempään ja prosessilähtöisempään suuntaan.

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

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

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

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

VIITTEET

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

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

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

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

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

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

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

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

LÄHTEET

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

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

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

Artikkeli 3 Tevameri, Terhi (2012) Matriisiorganisaatiorakenteen hyväksyminen sairaalaorganisaatiossa, Case HUS-Röntgen. *Työelämän tutkimus*, Vol. 10 (2), 149–169.

Julkaistu uudelleen Työelämän tutkimus -lehden luvalla.

Terhi Tevameri

Matriisiorganisaatorakenteen hyväksyminen sairaalaorganisaatioissa

Case HUS-Röntgen

Abstrakti

Sairaalaorganisaatiot kohtaavat monia muospaineita, joiden seurauksena ne ovat uudistamassa organisaatorakenteitaan. Monet sairaalaorganisaatiot päätyvät rakenneratkaisuissaan erilaisiin matriisiorganisaatiomalleihin, joiden myötä voidaan lisätä esimerkiksi toiminnallista tehokkuutta. Matriisirakenteeseen liittyy kuitenkin monia organisatorisia ja johtamiseen liittyviä haasteita. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan matriisirakenteen hyväksymiseen vaikuttavia tekijöitä sairaalaorganisaation tapauksessa. Tutkimus on luonteeltaan laadullinen empiirinen case tutkimus. Matriisirakenteen onnistunut käyttöönotto ja hyväksyminen sairaalaorganisaatioissa edellyttävät organisaatioon vaikuttavien instituutioiden merkityksen ymmärtämistä ja niiden vaikutusten huolellista analysointia. Instituutiolla on vaikutusta matriisiorganisaation työnjakoon liittyviin kysymyksiin ja rakenteen lopulliseen muotoutumiseen. Erityisesti lääkärin kliinisen autonomian suojeleminen matriisirakenteessa on tärkeä tekijä matriisirakenteen hyväksymisen näkökulmasta sairaalaorganisaatioissa.

Johdanto

Suomalaiset sairaalaorganisaatiot ovat monien muutospaineiden edessä esimerkiksi väestön ikääntymisen ja talouden taantuman seurauksena. Terveystenhoitoorganisaatioita on viime aikoina kritisoitu esimerkiksi potilaan liian passiivisesta roolista, palveluvalikoiman suuruudesta pienessä sairaalassa ja kilpailun vähydestä terveyshyötyjen saavuttamisessa (Teperi ym. 2009, 18–19). Tyypillisesti sairaalaorganisaatiot ovat toimineet funktionaalisen organisaatiomallin mukaisesti, mikä on mahdollistanut paitsi ammatillisen erikoisosaamisen, myös tieteen ja teknologian merkittävän kehittymisen. Asiantuntijat ovat mo-

ivoituneet tuottamaan yhä korkeatasoisempaa hoitoa, jota profession sisäinen arvostus on edelleen palkinnut. Funktionaalinen rakenne on kuitenkin aiheuttanut monia ongelmia, kuten osa-optimoimista ja potilaan kokonaisvaltaisen hoidon puutetta, sairaalaorganisaatioille. Funktionaalista organisointitapaa on usein kritisoitu ja monet sairaalaorganisaatiot ovatkin uudistamassa organisaatorakenteitaan toiminnan tehostamiseksi. (Lillrank ym. 2004, 90–92; Parvinen ym. 2005, 185–187; Tevameri & Kallio 2009.) Käytännössä monet sairaalaorganisaatiot päätyvät rakenneuudistuksissaan matriisiorganisaatorakenteeseen.

Matriisirakenteella on monia potentiaalisia vahvuuksia. Parhaimmillaan se sopii sairaalaorganisaatioille hyvin, sillä rakenne mahdollistaa toiminnallisen tehokkuuden lisääntymisen sekä toimintojen paremman koordinoinnin ja resurssien tehokkaan allokoinnin sairaalaorganisaatioissa. (Tevameri & Kallio 2009.)

Sairaalaorganisaatioiden tapauksessa organisatoriset muutokset ovat kuitenkin käytännössä haastavia toteuttaa eikä uusien johtamisjärjestelmien ja organisaatiouudistusten hyväksyminen ole itsestään selvää (ks. tarkemmin Tuominen 2010). Todellisten, nopeiden organisatoristen muutosten esteet liittyvät sairaaloissa erityisesti kulttuureihin, arvoihin ja koulutusjärjestelmiin (Virtanen 2010, 214–215; Wiili-Peltola 2005). Matriisiorganisaatioon liittyy myös rakenteena monia organisatorisia ja johtamiseen liittyviä haasteita toimialasta riippumatta (Sy & D'Annunzio 2005; Tevameri & Kallio 2009; Turner ym. 1998.) Sairaalaorganisaatioiden on kuitenkin uudistettava toimintaansa ja johtamistaan, jolloin erilaiset liike-elämästä peräisin olevat opit yhdistettynä vahaan substanssiosaamisen ymmärtämiseen voivat tuoda toimivia ratkaisuja (Torppa 2007, 190).

Matriisiorganisaatorakennetta on tutkittu runsaasti. Tutkimustietoa on löydettävissä myös sairaalaorganisaatioiden matriisiorganisaatorakenteista yleisesti sekä matriisiorganisaatorakenteen hylkäämiseen ja hyväksymiseen johtavista tekijöistä (ks. esim. Burns 1989; Burns & Wholey 1993; Tevameri & Kallio 2009). Kattavampaa tarkastelua sairaalaorganisaatioiden matriisimaisen toimintalogiikan hyväksymiseen vaikuttavista tekijöistä ei kuitenkaan ole tehty. Tällaisen tutkimustiedon saaminen on ensiarvoisen tärkeää, sillä sairaalaorganisaatiot ovat lisääntyvässä määrin siirtymässä matriisiorganisaatiomalliin (ks. Tevameri & Kallio 2009).

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan *matriisiorganisaatorakenteen hyväksymiseen vaikuttavia tekijöitä sairaalaorganisaatioiden erityistapauksessa*. Tutkimuksessa pyritään vastaamaan kolmeen tutkimuskysy-

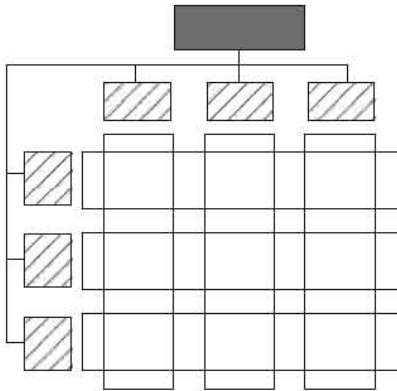
mykseen: millaisia organisatorisia haasteita terveydenhuollon työn ominaispiirteet aiheuttavat matriisiorganisaatorakenteen käyttöönoton näkökulmasta sairaalaorganisaatioissa, millainen on sairaalaorganisaatioiden institutionaalinen ympäristö matriisiorganisaatorakenteen käyttöönoton näkökulmasta tarkasteltuna sekä miten institutionaalinen ympäristö vaikuttaa matriisirakenteen hyväksymiseen ja muotoutumiseen sairaalaorganisaatioissa? Tutkimuskysymyksiin vastataan HUS-Röntgen tapaustutkimuksen valossa. Tutkimuskysymykset ovat laajoja, joten vastaukset eivät luonnollisestikaan ole tyhjentäviä.

Tutkimus etenee seuraavasti: ensimmäisessä luvussa tarkastellaan matriisirakennetta ja sen organisatorisia haasteita terveydenhuollon kontekstissa. Seuraavaksi syvennyttään sairaalaorganisaatioiden institutionaaliseen ympäristöön ja organisaatorakenteeseen sekä matriisirakenteen legitimitettiin sairaalaorganisaatioissa institutionaalisen teorian valossa. Tämän jälkeen esitellään tutkimuksen case organisaatio sekä käytetyt aineistot ja menetelmät. Luvuissa: "Kognitiivinen legitimitteetti HUS-Röntgenin matriisirakenteessa" ja "Normatiivinen ja regulatiivinen legitimitteetti HUS-Röntgenin matriisirakenteessa" syvennyttään matriisirakenteen ja sen toimintalogiikan hyväksymiseen käytännössä. Tutkimus päättyy johtopäätöksiin ja pohdintaan.

Matriisirakenne ja sen organisatoriset haasteet terveydenhuollon kontekstissa

Matriisirakenteen määrittely on kirjallisuudessa varsin monimuotoista ja vaihtelevaa (ks. esim. Galbraith 2009; Gottlieb 2007). Matriisirakenteen tyypillisenä piirteenä voidaan kuitenkin pitää vertikaalisesti funktioittain ja horisontaalisesti prosesseittain tai projekteittain jaettua johtajuutta (Gottlieb 2007; Tevameri & Kallio 2009). Matriisiorganisaatorakenne kuitenkin pitää sisällään monia erilaisia muotoja (ks. esim.

Galbraith 2009). Tyypillisesti matriisirakenteet jaetaan kolmeen erilaiseen malliin: toiminnalliseen, tasapainoiseen ja projektimatriisiin. Nämä mallit eroavat toisistaan sen suhteen, kuinka suuri on prosessista tai projektista vastaavan valta suhteessa funktioihin. (Larson & Gobeli 1987; Gottlieb 2007; Tevameri 2010.) Kuviossa 1 on esitetty tyypillinen matriisiorganisaatorakenne.



Kuvio 1. Matriisiorganisaatorakenne (Tevameri & Kallio 2009, 17)

Kuviosta ilmenee, että matriisirakenteessa esiintyy tyypillisesti kaksi dimensiota, vertikaalinen ja horisontaalinen. Kuten kaikista organisaatorakenteista, myös matriisirakenteesta seuraa tiettyjä organisatorisia vahvuuksia ja haasteita. Koska matriisirakennetta on tutkittu runsaasti, sen organisatoriset ja johtamiseen liittyvät mahdollisuudet ja haasteet ovat varsin hyvin tunnetut (Larson & Gobeli 1987; Sy & D'Annunzio 2005; Tevameri & Kallio 2009). Matriisirakenteella on monia potentiaalisia vahvuuksia, esimerkiksi toimintojen parempi koordinointi, päätöksenteon siirtyminen organisaatioissa alemmaksi sekä viestinnän ja resurssien käytön tehostuminen. Matriisirakenne myös tyypillisesti osallistaa ihmisiä päätöksentekoon ja yhteistyöhön. (Tevameri & Kallio 2009.)

Matriisirakenteen tunnusomaisin piirre, kahtaalle jakaantunut johtajuus, aiheuttaa usein organisatorisia haasteita toimialasta

riippumatta. Näitä haasteita ovat esimerkiksi rakenteen monimutkaisuus, epäselvät tavoitteet, epäselvät rooli- ja vastuualueet, johtajuuden jakamisen vaikeus sekä työntekijöiden tavoitteiden kapea-alaisuus. (Tevameri & Kallio 2009; Sy & D'Annunzio 2005.) Rakenne edellyttää henkilöstöltä muun muassa joustavuutta ja kykyä sietää kahtaalle jakaantunutta johtajuutta (Turner ym. 1998). Matriisirakenne onkin organisaatiomallina erityisen haastava.

Matriisiorganisaatorakenteen yleisten organisatoristen haasteiden lisäksi siihen voi liittyä erityisiä, esimerkiksi toimialaan liittyviä haasteita. Terveysthuollon organisaatioiden esitetään usein eroavan erityisesti teollisuusyrityksistä tai olevan jopa ainutlaatuisia. Erityisesti johtamisen näkökulmasta on tunnistettu monia terveydenhuololle tyypillisiä piirteitä. (Shortell & Kaluzny 2006, 15–16.) Shortell ja Kaluzny (2006, 15) esittävät, että toisin kuin monella muulla toimialalla, terveydenhuollon työn monet ominaispiirteet¹ esiintyvät usein samanaikaisesti, mikä tekee alasta jos ei aivan ainutlaatuisista, niin ainakin epätavallisen. Toisaalta on esitetty myös näkemyksiä siitä, että terveydenhuoltoa voidaan tarkastella yhtenä toimialana muiden joukossa. Vaikka jokaisella toimialalla on omat erityispiirteensä, mikään toimiala ei kuitenkaan ole täysin ainutlaatuinen. (Lillrank ym. 2004, 23.) Taulukossa 1 on esitetty usein mainittuja terveydenhuollon ominaispiirteitä ja niiden mahdollisia seurauksia organisaatioihin Shortell & Kaluzny (2006, 15–16), Lillrankia ja kumppaneita (2004, 24–27), Tevameri & Kalliota (2009), Tevamerta (2010) ja Virtasta (2010) mukaillen.

Kuten taulukosta 1 voidaan havaita, terveydenhuollon ominaispiirteillä on monenlaisia potentiaalisia vaikutuksia työn organisaatioihin terveydenhuollon organisaatioissa. Monet näistä ominaispiirteistä kytkeytyvät myös matriisirakenteen yleisiin organisatorisiin haasteisiin. Esimerkiksi matriisirakenteen tyypilliseen organisatoriseen seuraukseen, kahtaalle jakaantuneeseen johtajuuteen, liittyy sairaalaorganisaation tapaukses-

Taulukko 1. Terveysthuollon ominaispiirteitä ja niiden mahdollisia seurauksia organisointiin

Terveysthuollon ominaispiirteitä	Fakta	Organisointiin vaikuttava seuraus
Työn luonteeseen liittyvät piirteet	Työ on luonteeltaan vaihtelevaa ja monimutkaista Päivystysluonteinen työ kohdistuu ihmisen tarvehierarkian perustaan, hengessä selviytymiseen tai vammautumisen välttämiseen Päivystysluonteisissa tapauksissa työ on toteutettava viipymättä	Tuotoksen mittaaminen ja määrittely on vaikeaa Työ sallii vähän virheitä ja monitulkintaisuutta
Asiantuntijaorganisaatioon liittyvät piirteet	Organisaation jäsenet ovat korkeasti koulutettuja ja erikoistuneita Erityisesti lääkärit ovat vastuussa työn tuottamisesta ja aikaansaannoksista ja ovat myös suurelta osin vastuussa syntyvistä kustannuksista Professioiden lojaliteetti kohdistuu ensisijaisesti professioon eikä organisaatioon	Erikoistumisella on keskeinen asema sairaalaorganisaatioiden organisoinnissa Erityisesti lääkäreihin on organisaation taholta kohdistettavissa vain vähän organisatorista ja johtamiseen liittyvää kontrollia Professioiden autonomia tärkeää
Työn organisointiin liittyvät piirteet	Potilaan hoito ja erilaiset toiminnot ovat riippuvaisia toisistaan Prosessien eri systeemitasot ovat yhteydessä toisiinsa Professioiden erilliset linjaorganisaatiot johtavat käytännössä matriisimaiseen toimintalogiikkaan	Työ vaatii paljon koordinaatiota eri professioiden välillä Monet prosesseihin liittyvät asiat kytkeytyvät myös potilaan hoitoon liittyviin kysymyksiin Linjaorganisaatiot voivat luoda koordinaatio-ongelmia ja roolisekaannuksia
Julkisesti hallinnoituun organisaatioon liittyvät piirteet	Julkinen rahoitus ja julkishyödykkeet	Laajat sidosryhmät, poliittinen ohjaus, hinta ei rajoita kysyntää, asiakkaita ei voi valita

Mukailien Shortell & Kaluzny 2006, 15–16; Lillrank ym. 2004, 24–27; Tevameri & Kallio 2009; Tevameri 2010; Virtanen 2010.

sa erityisiä haasteita. Ensinnäkin sairaalaorganisaatioiden professioilla on tyypillisesti vain vähän kokemusta ja halua jaettuun päätöksentekoon (Kaluzny & Hernandez 1988, 386; Dixon 1977, 86). Toiseksi ala on työvoimavaltaista ja edellyttää korkeaa asiantuntemusta, jolloin matriisirakenteen kahtaalle jakaantuneen johtajuuden haaste kohdistuu korkean asiantuntemuksen omaaviin henkilöihin. Vaikutusten kohdistuminen asiantuntijoihin on omiaan herättämään huomattavaa vastarintaa organisaatiouudistuksen yhteydessä. (Kaluzny & Hernandez 1988, 385; ks. myös Parvinen ym. 2005, 57–58.) Matriisirakenteen erityishaaste liittyykin sairaalaorganisaatioiden tapauksessa usein törmäykseen hierarkioiden ja professioiden kanssa (Tevameri & Kallio 2009). Lisäksi sel-

laiset organisatoriset muutokset, joiden koetaan sisältävän tarpeetonta riskinottoa, hylätään helposti (Kaluzny & Hernandez 1988, 385). Onkin ilmeistä, että matriisirakenteen tyypilliset haasteet, kuten esimerkiksi monimutkaisuus sekä epäselvät rooli- ja vastualueet, saatetaan kokea tarpeettomaksi riskinotoksi. Erityisesti näin voi olla taulukossa kuvatuissa päivystysluonteisissa palveluissa, jotka kohdistuvat ihmisen hengessä säilymiseen ja toimintakyvyn säilyttämiseen. Lisäksi sairaalassa tehtävä työ itsessään on monimutkaista ja sallii vain vähän virheitä.

Matriisirakenteen organisatoristen haasteiden ja terveydenhuollon ominaispiirteiden tarkastelu ja huomioiminen matriisirakenteen käyttöönoton yhteydessä ei kuitenkaan yksin riitä rakenteen hyväksymiseen

sairaalaorganisaatioissa, kuten jäljempänä tullaan esittämään. Sairaaloiden organisointimahdollisuuksiin vaikuttavat terveydenhuollon ominaispiirteiden ohella myös monet muut tekijät. Sairaalaorganisaatioiden tapauksessa johtamisella ja organisoinnilla ei ole samanlaisia vapausasteita kuin esimerkiksi yritysmaailmassa. Tämän voidaan katsoa johtuvan tekijöistä, jotka vaikuttavat organisaatiota ylempällä, esimerkiksi yhteiskunnan, tasolla. Näitä vaikuttavia tekijöitä kutsutaan instituutioiksi. (Parvinen ym. 2005:122.) Instituutioiden merkitystä organisaatiorakenteeseen voidaan tarkastella institutionaalisen teorian näkökulmasta.

Sairaalaorganisaatioiden institutionaalinen ympäristö ja organisaatiorakenne

Institutionaalisen teorian mukaan organisaatioita ja niiden käytännöt pyrkivät samankaltaistumaan ajan myötä. Tämän ajatellaan johtuvan samalla organisaatiokentällä toimivien organisaatioiden kohtaamista samankaltaistavista institutionaalisista paineista. Instituutiot voidaan puolestaan määritellä organisatorisen kanssakäymisen yhteiskunnallisiksi pelisäännöiksi. (Niukko & Kallio 2006, 21; DiMaggio & Powell 1983.) Sairaalaorganisaatioiden institutionaalinen ympäristö on vahva ja se vaikuttaa monin tavoin niiden toimintaan ja organisaatiomuutosten toteuttamiseen käytännössä (ks. esim. Parvinen ym. 2005; Scott ym. 2000; Shortell & Kaluzny 2006). Organisaatioiden samankaltaistuminen (isomorfismi) tapahtuu kolmen eri mekanismin kautta. Näitä mekanismeja ovat pakottavat, normatiiviset ja jäljittelevät paineet. (DiMaggio & Powell 1983; Niukko & Kallio 2006.)

Pakottava isomorfismi on seurausta organisaation kohtaamista muodollisista ja epämuodollisista pakotteista. Nämä pakotteet voivat syntyä muiden organisaatioiden tai julkisvalan taholta, joista kohdeorganisaatio on riippuvainen, tai yhteiskunnan kulttuurisista odo-

tuksista, joiden keskellä organisaatio toimii. Pakote voi näyttäytyä suostutteluna, pakottamisena tai kutsuna liittyä tiettyihin toimintatapoihin. (DiMaggio & Powell 1983, 150; Niukko & Kallio 2006.) Pakottavat paineet ovat monin tavoin keskeinen elementti sairaalaorganisaatioiden samankaltaistumisessa. *Normatiivinen isomorfismi* on puolestaan seurausta kulttuurisista odotuksista, jotka voivat muodostua organisaation jäsenten koulutuksen ja profesoiden myötä (Hatch 1997, 83–84; DiMaggio & Powell 1983, 152). Normatiiviseen isomorfismiin liittyvät läheisesti arvot ja normit, jotka esimerkiksi määrittävät tiettyjä rooleja eri toimijoille. Organisaation toimijat ovat tyypillisesti saaneet samankaltaisen koulutuksen, jolloin heidän maailmankatsomuksensa ja toimintatapansa yleensä muodostuvat samankaltaisiksi. (DiMaggio & Powell 1983, 152; Niukko & Kallio 2006, 22.) Sairaalaorganisaatioiden tapauksessa erityisesti lääkäriprofessioilla on keskeinen merkitys normatiivisten paineiden näkökulmasta (Wiili-Peltola 2005). Lääkäriprofessio määrittää ammattieettisiä veloitteita, esimerkiksi korkean ammattitaidon ylläpitämistä ja kehittämistä. Vastaavasti lääkäriprofessioilla on myös yhteiskunnan hyväksymiä oikeuksia, kuten esimerkiksi ammattikunnan autonomian kunnioittaminen. (Pasternack & Saarni 2007, 12.) Terveydenhuollossa matriisirakenteen erityishaasteet liittyvät juuri siihen, että tiimin jäsenet ovat myös profession jäseniä, jolloin tiimiohjeistuksen ja profession etiikan mukaisen toiminnan välillä voi helposti ilmetä ristiriitoja. (Dixon 1978, 86; Tevameri & Kallio 2009.)

Mimeettinen eli jäljittelevä isomorfismi on seurausta organisaation kohtaamasta epävarmuudesta, johon organisaatio reagoi kopiaimalla muiden, menestyviltä vaikuttavien organisaatioiden malleja ja toimintatapoja (DiMaggio & Powell 1983; Niukko & Kallio 2006, 21). Sairaalaorganisaatioiden tapauksessa onkin havaittu, että matriisirakenteeseen siirtymisen syynä saattaa olla muiden sairaalaorganisaatioiden jäljittely. Tämän on

arveltu johtuvan siitä, että kokemuksellista tietoa matriisirakenteesta sairaalaorganisaatioilla on hyvin vähän. Tällöin organisaatiot kääntyvät paikallisesti tai alueellisesti toimivien organisaatioiden puoleen saadakseen informaatiota tai normatiivista tukea toiminnalleen. (Burns & Wholey 1993, 106, 130–132; Gottlieb 2007, 39–42.) Sen sijaan tilanteessa, jossa matriisirakenne hylätään, sairaalaorganisaatioilla on usein kokemuksellista tietoa sen toimimattomuudesta (Gottlieb 2007, 42). Sairaalaorganisaatioiden tapauksessa institutionaaliset tekijät luovat organisaatioiden samankaltaistumista jo hyvin varhaisessa vaiheessa organisaatiouudistuksen toteuttamista (Arndt & Bigelow 2000).

Suomen terveydenhuollon voidaan ajatella muodostavan oman institutionaalisen ympäristönsä, joka vaikuttaa erityisesti suomalaisten sairaalaorganisaatioiden rakentei-

den ja käytäntöjen muotoutumiseen. Suomen terveydenhuollon tärkeimmiksi instituutioiksi on tunnistettu lainsäädäntö, lääketieteen etiikka, politiikka, terveydenhuoltojärjestelmä, rahoitusjärjestelmä, kansantalouden maksukyky² sekä media. (Parvinen ym. 2005, 122–131.) Taulukossa 2 on esitetty Parvista ja kumppaneita (2005, 125), Teperiä ja kumppaneita (2009, 17) sekä Heimeria (1999, 28) mukailten Suomen terveydenhuoltoon vaikuttavat tärkeimmät instituutiot ja esimerkki niiden rajoittavasta vaikutuksesta johtamistyöhön ja organisointiin.

Yhteenvedona taulukossa 2 esitetyistä asioista voidaan todeta, että instituutiot voivat monin tavoin vaikuttaa sairaalaorganisaatioiden organisaatiouudistuksiin. Lainsäädäntö on terveydenhuollossa erittäin voimakas instituutio, joka vaikuttaa käytännön hoitotyössä jatkuvasti ja ottaa kantaa hyvin yksityiskoh-

Taulukko 2. Suomen terveydenhuollon tärkeimmät instituutiot

Instituutio	Esimerkki käytännön ilmentymästä	Esimerkki rajoittavasta vaikutuksesta johtamistyöhön	Esimerkki rajoittavasta vaikutuksesta organisointiin
Lainsäädäntö	Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä	Vastuu potilaan hoidosta kuuluu lääkärille	Työtehtävien sisältöä ja tekijöitä ei voi vapaasti muuttaa
Lääketieteen etiikka	Hippokrateen vala	Työntekijöiden autonomia hoitopäätöksissä	Hoitotulos tulee optimoida yksittäisen potilaan kohdalla, resursseja ei voi allokoida tasaisesti
Lääketieteen yhteisö	Tieteen tekemisen vahva asema sairaalaorganisaatioissa	Etusija tieteellisellä pätevöitymisellä	Tuki lääkäreiden valta-asemalle
Politiikka	Puolueet ajavat maltillista linjaa terveydenhuollon uudistuksissa	Epäonnistumisiin kiinnitetään paljon huomiota, riskien kaihminen johtamisessa	Vaalilupaukset estävät toiminnan rationalisoinnin
Terveydenhuoltojärjestelmä	Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon eriyttäminen	Kukaan ei ole johtamisvastuussa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajat ylittävistä potilasprosesseista	Saumat potilasprosesseissa, tiedonkulku katkonaista
Rahoitusjärjestelmä	Kelarahaus ja kuntarahaus erillään	Millään taholla ei vastuuta kokonaiskustannuksista	Kannustin siirtää kustannukset toisten maksettaviksi, terveyden tehokas tuottaminen estyy
Media	Sensaatiohakuiset lehtiarikkelit	Muutosvastarinta, varovaisuus, riskien minimointi	Asiakkaiden vaatimustason nousu

Mukailten Parvinen ym. 2005, 125; Teperi ym. 2009, 17; Heimer 1999, 28.

taisiinkin asioihin (Parvinen ym. 2005, 124). Laki esimerkiksi määrittää työnjakoon ja vastuisiin liittyviä asioita, mikä voi olla merkittävä rajoite matriisirakenteen organisoinnin näkökulmasta, sillä matriisirakenteessa johtajuutta ja vastuualueita jaetaan horisontaalisen ja vertikaalisen dimension välillä. (Vrt. laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.)

Lääketieteen arvoja ja periaatteita määrittelevä lääketieteen etiikka on erittäin keskeinen instituutio Suomen terveydenhuollossa (Parvinen ym. 2005, 124). Se ohjaa jopa noudattamaan ensisijaisesti lääkärin etiikkaa, mikäli laki ja etiikka joutuvat vastakkain. Kollegiaalisuus on myös erittäin tärkeä tekijä lääketieteen etiikassa. (Saarni 2005.) Lääketieteen etiikan keskeisin periaate on hippokrateen vala, joka ilmenee työntekijöiden autonomiana hoitopäätöksissä ja edellyttää hoitotuloksen maksimointia yksittäisen potilaan kohdalla (Parvinen ym. 2005, 124–126). Se ei siten mahdollista esimerkiksi resurssien jakoa tasapäistävästi (Parvinen ym. 2005, 126; Pasternack 2007, 13). Suhteessa matriisirakenteeseen on kuitenkin huomioitava, että resurssien allokointi on matriisirakenteessa tyypillisesti eriytetty omaksi johtamiskokonaisuudekseen (vrt. Galbraith 2009, 15–16). Toisaalta lääketieteen etiikassa on tärkeää oikeudenmukaisuuden periaate, jossa määritellään, että olemassa olevat rajalliset resurssit tulee jakaa niitä tarvitsevien kesken oikeudenmukaisesti. Myös resurssien tuhlaaminen antamalla hyödytöntä hoitoa on vastoin hyödyn maksimoinnin periaatetta. Hoidon ajatellaan olevan tehokkainta, kun hyödyn suhde kustannuksiin on mahdollisimman suuri. (Pietarinen & Launis 2005, 26–27.)

Heimer (1999) määrittelee tutkimuksessaan sairaalan tärkeäksi instituutioksi myös lääketieteen yhteisön, jonka näkökulmasta maineen hallinta on hyvin keskeistä. Suojellakseen mainettaan lääketieteellisessä yhteisössä sairaalat korostavat tieteellistä pätevyymistä, kouluttautumista sekä standardien ja protokollien noudattamista. Tieteellisen pätevyymisen nostaminen etu-

sijalle takaa lääkäreille organisaatioissa merkittävän valta-aseman. Hyvät mahdollisuudet toteuttaa tieteellistä tutkimusta edistää lisäksi pätevien asiantuntijoiden rekrytointia sairaalaorganisaatioihin. (Heimer 1999, 28–29.)

Sairaalaorganisaatioissa monet valtaa käyttävät tahot eivät itse välttämättä kuulu organisaatioon. Eri tahoilla voi olla hyvin ristiriitaisia intressejä, jolloin esimerkiksi organisatoriset muutokset ovat usein ongelmallisia jonkin sidosryhmän näkökulmasta. (Kaluzny & Hernandez 1988, 385; Lillrank ym. 2004, 24.) Poliitiikka on erittäin keskeinen instituutio Suomen terveydenhuollossa, ja terveydenhuollon kysymykset ovat tärkeitä politiikan näkökulmasta. Toisaalta puolueet ajavat yleensä maltillista linjaa uudistuksissa. Tämä ilmenee terveydenhuollon johtamisessa esimerkiksi siten, että muutoksia tehdään vasta pakon edessä ja välttäen radikaaleja uusia. (Parvinen ym. 2005, 122–126.)

Myös suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä itsessään on voimakas järjestelmä, mikä ilmenee esimerkiksi kuntien terveydenhuollon järjestämisvastuuna. Monet terveydenhuoltojärjestelmään liittyvät asiat on lisäksi kirjattu lakiin. (Parvinen ym. 2005, 122–127.) Rahoitusjärjestelmä, mikä ei sinänsä määrittele, miten esimerkiksi terveydenhuolto organisoituu, on terveydenhuollossa vaikuttava instituutio. Rahoituskanavien selkeyttäminen on nähty kuitenkin keskeiseksi tekijäksi Suomen terveydenhuollon kehittämisessä. (Parvinen ym. 2005, 127–128; Rynänen ym. 2004; Teperi ym. 2009.) Tämä muutos vaikuttaisi myös sairaalaorganisaatioiden institutionaaliseen ympäristöön.

Media on tärkeä instituutio terveydenhuollossa, joka vaikuttaa suoraan kansalaisiin sekä heidän vaatimuksiinsa esimerkiksi käytettävistä hoitomuodoista. Kehittyneissä länsimaissa arvot välittyvät usein median kautta. (Parvinen ym. 2005; Rynänen ym. 2004.) On ilmeistä, että edellä kuvatut instituutiot vaikuttavat matriisirakenteen muotoutumiseen ja hyväksymiseen monin tavoin sairaalaorganisaatioiden tapauksessa.

Matriisirakenteen legitimitteetti sairaalaorganisaatioissa

Organisaatiot ovat muiden resurssien, kuten työvoiman, pääoman tai osaamisen, ohella riippuvaisia ympäröivän yhteiskunnan hyväksynnästä eli legitimitteetistä. Organisaatiot, joilla ei ole legitimitteettiä, joutuvat pois markkinoilta. (Hatch 1997, 85.) Kuten Toivonen (2000, 46) on todennut, legitimitteetti antaa kollektiivisen vastauksen kysymyksiin, mitä organisaatio tekee ja miksi. Legitimitteetillä on yhteys myös organisaatioiden samankaltaistumiseen eli isomorfismiin. Organisaatioiden isomorfismi ilmentää sosiaalisesti legitimoitujen myyttien noudattamista. (Toivonen 2000, 47; DiMaggio & Powell 1983.) Ne organisaatiot, jotka sulauttavat organisaatorakenteeseensa sosiaalisesti hyväksytyjä elementtejä, maksimoivat legitimitteettinsä ja varmistavat resurssien saannin (Meyer & Rowan 1977).

Tyypillisesti on erotettavissa kolme organisaation legitimitteetin tyyppiä: kognitiivinen, normatiivinen ja regulatiivinen (Scott ym. 2000, 236–264). Käsitteistössä on kuitenkin eroavaisuuksia, esimerkiksi kognitiivisen näkökulman ohella käytetään käsitteitä pragmaattinen ja moraalinen legitimitteetti (ks. tarkemmin Suchman 1995). *Kognitiivinen legitimitteetti* tarkastelee organisaation yhteensopivuutta kulttuuristen ja kognitiivisten mallien kanssa. Tällöin organisaatio voidaan mieltää itsestään selvänä rakenteena tai käyttäytymismallina. (Scott ym. 2000, 238.) Jäljittelevät pakotteet liittyvät oleellisesti kognitiivisen legitimitteetin käsitteeseen (vrt. Scott 1995, 35). Sairaalaorganisaatioiden matriisirakenteen omaksumisessa on ollut kyse myös muiden sairaalaorganisaatioiden jäljittelystä, kuten aikaisemmin kuvattiin. Kognitiivisen legitimitteetin yhteydessä voidaan käyttää myös organisaatioarkkityypin käsitettä. Organisaatioarkkityypillä viitataan professioiden uskomus- ja arvojärjestelmiin ja käsitykseen esimerkiksi sairaalaorganisaatioiden rakenteesta. (Scott ym. 2000, 248; Brock 2006; Tevameri & Kallio 2009.)

Sairaalaorganisaation arkkityypille on ominaista lääkäriprofession laaja autonomia ja määräävä valta-asema (Brock 2006).

Normatiivinen legitimitteetti korostaa organisaation yhteisten normien ja arvojen merkitystä sekä niiden noudattamista ja se on moraalisesti sanktioitua toimintaa. (Scott ym. 2000, 238). Sairaalaorganisaatioissa tuotetaan palveluja kärsiville potilaille. Monissa tapauksissa vallitseva normi on auttaa potilasta kustannuksista ja nimetyistä vastuuvollisuudesta huolimatta. Tämä normi on ajan kuluessa muuntunut odotuksiksi ja säännöiksi, joita noudattamalla sairaalaorganisaatioiden tulee tuottaa yhä korkeatasoisempaa hoitoa. Korkeatasoista hoitoa tuottaakseen on terveydenhuolto riippuvainen kalliista uudesta teknologiasta. Vaikka teknologiset innovaatiot voivat toisinaan olla kyseenalaisia tarpeellisuudeltaan, niiden käyttöönottoa voidaan perustella esimerkiksi sillä, että ne osaltaan edistävät organisaation vapautumista vastuukysymyksistä esimerkiksi hoitovirhesyytteiden yhteydessä. (Kaluzny & Hernandez 1988, 386.) Terveydenhuollon kehitystä ohjaa muun muassa lääketieteellisen kehityksen itseään vahvistava kierre eli teknologinen imperatiivi. Tästä seuraa, että uusia teknologisesti kehitetyneitä välineitä tulee hankkia ja uusia menetelmiä ottaa käyttöön yhteiskunnallisen paineen alla ja asiakkaiden vaatimustason nousun myötä. Esimerkiksi kuvantamisen menetelmien osalta tulevaisuuden trendiksi on tunnistettu yhä laadukkaammat ja spesifimmät kuvantamistutkimukset. (Parvinen ym. 2005; Rynänen ym. 2004.)

Terveydenhuollon organisaatioiden tapauksessa professioiden ja niihin kytkeytyvien yhteisöjen hyväksyntä on organisaation legitimitteetin näkökulmasta erittäin keskeistä (Scott ym. 2000, 238). Esimerkiksi lääkäriliiton ohjeissa säädetään hyväksyttävistä arvoista seuraavasti: *”Moraaliarvot ja hyväksytyt käyttäytymismallit ilmenevät yhdessä hyväksytyissä eettisissä ja muissa ohjeissa, joihin liiton sääntöjen mukaan sen jäsenten on sitouduttava”* (Saarni 2005, 141).

Professionaalisen autonomian, arvojen ja etiikan merkitys on sairaalaorganisaatioiden muutosprosesseissa erittäin suuri. Se on sairaalaorganisaatioissa legitimoitunut sosiaalisen kontrollin ja kollegiaalisuuden tukemana. Profioiden taholta potilaiden oikeus hoitoon tulkitaan moraaliseksi velvoitteeksi sekä eettiseksi oikeutukseksi toteuttaa hoitoa. (Wiili-Peltola 2005.) Mitä suurempi on institutionaalisen ympäristön vaikutus sairaalaorganisaatioissa, sitä todennäköisemmin perinteiset lääketieteen arvot lääkärin autonomiasta ja auktoriteettiasemasta muovaavat organisaatorakennetta sairaalaorganisaatioissa (Rundall ym. 2004, 113). Normatiivisen legitimitietin näkökulmasta on myös huomioitava, että organisaatioiden viralliset rakenteet ovat syvästi institutionalisoituneita ja toimivat järkipäristettyinä myyteinä. Rakentamalla organisaation virallisen rakenteen tavalla, joka noudattaa institutionaalisen ympäristön myyttejä, organisaatio osoittaa pyrkivänsä kohti kollektiivisesti arvostettuja päämääriä sopivalta ja asianmukaisella tavalla. (Meyer & Rowan 1977.) Sairaalaorganisaatioiden institutionaalista ympäristöä leimaavat myytit esimerkiksi sairaaloiden tehtävästä elämän ylläpitäjänä ja maksimaalisen terveydenhuollon tarpeesta kaikille. Nämä myytit toimivat eräänlaisena puskurina sairaalaorganisaatioiden tehostamisvaatimuksia vastaan. (Starkweather & Cook 1988, 359; ks. myös Meyer & Rowan 1977, 360.)

Regulatiivinen legitimitietti painottaa yhteensopivuutta sääntöjen ja lakien kanssa. Tällöin regulatiivinen näkökulma keskittyy sääntöjen asettamiseen, tarkkailuun ja valvontaan. (Scott ym. 2000, 250.) Regulatiiviseen legitimitiettiin liittyvät oleellisesti pakottavat paineet. (Scott 1995, 134.) Sairaalaorganisaatioiden tapauksessa esimerkiksi lainsäädäntö ottaa kantaa hyvin yksityiskohtaisiin asioihin ja vaikuttaa siten sairaalaorganisaatioiden päivittäiseen työhön. (Parvinen ym. 2005, 122–131.) Sairaalaorganisaatioiden tapauksessa merkittäviä lakeja ovat esimerkiksi laki terveyden-

huollon ammattihenkilöistä, erikoissairaanhoidolaki, kuntalaki, kansanterveyslaki ja potilaslaki. Näissä laeissa säädellään esimerkiksi potilashoidon vastuista, vastuusta talousarvion noudattamiseen ja opetus- ja tutkimustoiminnan järjestämisestä. Lisäksi uusi terveydenhuoltolaki tulee merkittävästi vaikuttamaan sairaalaorganisaatioiden toimintaan. Onkin ilmeistä, että organisaatiouudistuksen yhteydessä moni edellä mainituista laeista voi ilmetä rajoitteena sairaalaorganisaatioiden organisaatiouudistusta suunniteltaessa. Käytännössä myös monet pakotteet ovat samansuuntaisia ja päällekkäisiä, esimerkiksi ammattieettiset periaatteet ovat paitsi moraalisesti sanktoituja, myös laissa säädettyjä (ks. esimerkiksi laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 3:15).

Tutkimusasetelma

Tämän tutkimuksen case-organisaatio on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HUS-Röntgen. HUS-Röntgenin toimintaan tutustuttiin vuonna 2008, joten tutkimuksen pääpaino on tuon ajan mukaisessa tilanteessa. HUS-Röntgen on kunnallinen liikelaitos, jonka omistaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Se on Suomen johtava lääketieteellisten kuvantamispalvelujen ja niihin liittyvien asiantuntijapalvelujen tuottaja. HUS-Röntgen tuotti kuvantamispalveluja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tarpeisiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella 31 toimipisteessä vuonna 2008. (HUS-Röntgen vuosikertomus 2008.)

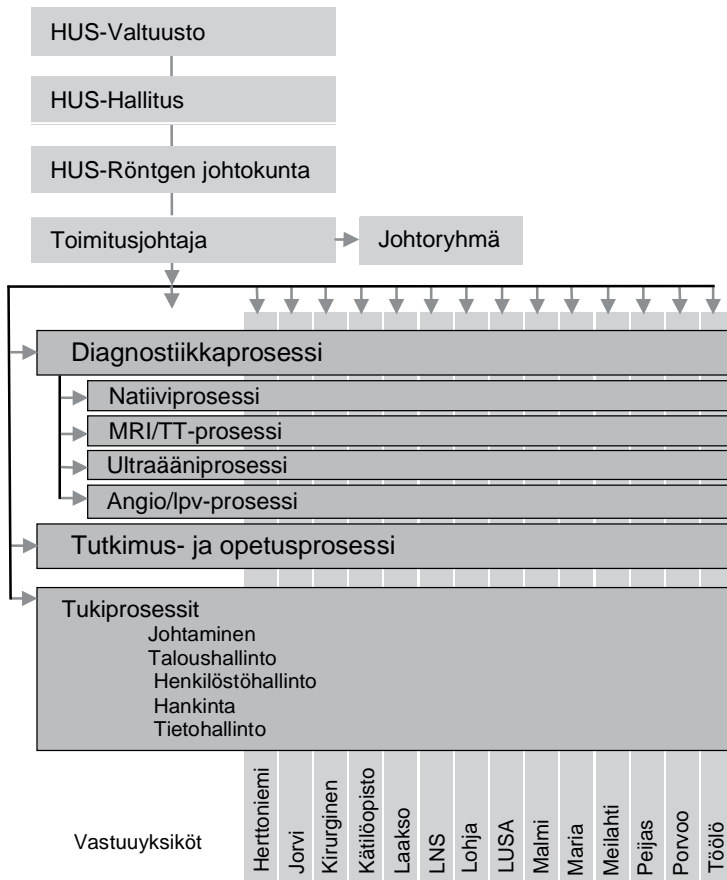
HUS-Röntgen aloitti kunnallisena liikelaitoksena vuonna 2004, jolloin organisaatio toimi funktionaalisen organisaatiomallin periaatteella. Organisaation matriisirakenne otettiin käyttöön 1.1.2005. HUS-Röntgenin virallisessa viestinnässä ja asiapapereissa organisaation kerrottiin toimivan prosessiorganisaation periaatteella vuonna 2008. Organisaation on kuitenkin osoitettu olevan käytännössä matriisiorganisaatio. (Tevameri

& Kallio 2009; ks. myös Parvinen ym. 2005, 158, 215–218.) Siirtyminen matriisiorganisaatioon liittyi tarpeeseen vähentää osa-optimointia yksiköissä ja parantaa toimintojen koordinoitua (Ahovuo ym. 2004, 481–483). Jäljempänä kuvattavissa, tämän tutkimuksen aineistona olleissa haastatteluissa tuotiin esiin niukkojen resurssien merkitys siihen, että toimintatapoja haluttiin uudistaa ja tehostaa (ks. myös Parvinen ym. 2005, 75).

HUS-Röntgenissä toimi alkuvuonna 2008 kaksi ydinprosessia: diagnostiikka- sekä tutkimus- ja opetusprosessi. Diagnostiikkaprosessi jakautui edelleen neljään osaprosessiin: natiivi-, magneetti- ja tietokonetomografia-,

ultraääni- sekä angio- ja läpivalaisuprosessiin. Tukiprosessit tukevat ydinprosessien toimintaa. Tukiprosesseja olivat johtaminen, taloushallinto, henkilöstöhallinto, hankinta ja tietohallinto. Kaikilla prosesseilla oli oma prosessinomistajansa, joka vastasi toiminnan resursoinnista ja koordinoinnista. (Ks. myös HUS-Röntgen 2008.) Kuviossa 2 on kuvattu HUS-Röntgenin vuoden 2008 mukainen matriisirakenne.

HUS-Röntgenissä vastuuyksiköiden vastuulla on potilaiden hoito, prosessinomistajat ovat vastuussa toiminnan koordinoinnista ja resursoinnista. HUS-Röntgenin matriisirakenteen johtamisprosessit olivat pääasias-



Kuvio 2. HUS-Röntgenin matriisiorganisaatio vuonna 2008³ (HUS-Röntgen 2008; ks. myös Tevameri & Kallio 2009, 28)

sa niin kutsuttuja vertikaalisia johtamisprosesseja, jotka liittyivät organisaation resurssien allokointiin (vrt. Galbraith 2009, 15–16). Resurssointi on ydinprosessien osalta pääasiassa laitehankintaan liittyvien asioiden hoitamista sekä myös osaltaan jonojen hallintaa sekä henkilöstöresurssien järjestämistä.

Osastonhoitajat ja osastonylilääkärit vastaavat yksikkönsä toiminnasta ja henkilöstöstä. HUS-Röntgenissä vastuuyksiköitä johtaa ylilääkäri tai osastonylilääkäri ja osastonhoitaja. Ylilääkärit tai osastonylilääkärit toimivat vastuuyksikön johtajina ja he vastaavat yksikkönsä lääketieteellisestä toiminnasta. Osastonhoitajat vastaavat käytännön työn organisoinnista ja johtamisesta. (HUS-Röntgen 2007.)

Tutkimusaineistot ja menetelmät

Tutkimuksen case-organisaatiosta, HUS-Röntgenistä, kerättiin tutkimusaineistoa monesta eri lähteestä. Tutkimusaineistona toimivat yhdeksän teemahaastattelua ja runsas kirjallinen materiaali. Kirjallinen materiaali koostuu organisaation www-sivustoista ja organisaation virallisista asiakirjoista, joista osa oli julkista tietoa ja osa HUS-Röntgenin sisäiseen käyttöön tarkoitettua, jota saatiin tutkimuskäyttöön. Lisäksi kirjallinen aineisto koostuu Ahovuon ja kumppaneiden (2004), Parvisen ja kumppaneiden (2005) sekä Lillrankin ja kumppaneiden (2004) HUS-Röntgeniä käsittelevistä teoksista. Kirjallista aineistoa käytetään tässä tutkimuksessa casen taustan ja kontekstin kuvaamisessa (ks. esim. Pettigrew 1997).

Osana kirjallista materiaalia HUS-Röntgenistä saatiin käyttöön case-organisaation johtamisjärjestelmää kuvaava kirjallinen aineisto. Kirjalliseen aineistoon perehtymisen ja HUS-röntgenin organisaation johtoon kuuluvan henkilön kanssa käydyn keskustelun perusteella valittiin haastateltaviksi yhdeksän HUS-Röntgenin johtoon kuuluvaa henkilöä. Johtoon kuuluvat valittiin haastatel-

taviksi, sillä organisaatiomuutos oli kohdistunut lähinnä johtavissa asemissa työskenteleviin henkilöihin.

Teemahaastattelut toteutettiin maaliskuussa 2008, ja haastattelun teemoja olivat: 1) organisaation toiminta ja toimivuus käytännön työssä, 2) organisaation toiminta ja toimivuus johtamisen näkökulmasta, 3) päätöksenteko sekä 4) tiedonkulku. Haastattelujen teema-alueet olivat varsin laajoja, sillä organisaation toimintaan ja johtamisjärjestelmään haluttiin tutustua laaja-alaisesti ja ilman johdattelua. Tämä sen vuoksi, että HUS-Röntgen käytti organisaatiostaan nimitystä prosessiorganisaatio, vaikka toimintamalli viittasikin matriisirakenteeseen. Lisäksi matriisirakennetoimintamalleja on olemassa hyvin erilaisia (Tevameri 2010).

Kaikki haastateltaviksi valitut suostuivat haastatteluun. Haastattelut kestivät keskimäärin noin tunnin (ka. 1h, 10 min). Haastateltavien nimikkeitä olivat johtaja ja päällikkö tai näitä asemia vastaavat nimikkeet. Lisäksi haastateltavista kahdeksalla oli nimikkeenä myös prosessinomistaja. Prosessinomistajista suurin osa toimi kahdessa tehtävässä samanaikaisesti, esimerkiksi yleisjohtajana, päällikkönä, funktioiden johtajana tai asiantuntijajohtajana. Haastateltavista seitsemällä oli lääkäri- tai hoitajatausta. Kahden haastateltavan tausta liittyi toisenlaiseen asiantuntijuuteen ja liiketaloudelliseen osaamiseen. Lisäksi joidenkin haastateltavien tausta oli monipuolinen⁴. Haastatteluaineiston saturaatio saavutettiin haastatteluissa jo muutaman haastattelun jälkeen, eli lopuilla haastattelulla ei juuri saatu uutta tietoa matriisirakenteen hyväksymisestä.

Saatu haastatteluaineisto litteroitiin sanatarkasti. Haastatteluaineiston analyysi toteutettiin soveltaen institutionaaliseen teoriaan kytkeytyvää teoriasidonnaista (teoriaohjaavaa) sisällönanalyysin menetelmää (Tuomi & Sarajärvi 2009, 117–120). Aineistoa ryhdyttiin analysoimaan aineistolähtöisesti, sillä analyysin alkuvaiheessa ei ollut valmista teoreettista kytkeä olemassa. Aineiston ana-

lyysin ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistettiin, jolloin kunkin haastattelun ajatuskokonaisuuksista muodostettiin tiivistetympiä ilmauksia. Tämän jälkeen aineisto ryhmiteltiin alaluokkiin, joita muodostui yhteensä 19. Analyysin tässä vaiheessa havaittiin aineiston selkeä kytkös institutionaaliseen teorian mukaisiin teemoihin. Tällöin aineisto liitettiin institutionaalisen teorian mukaisiin käsitteisiin eli analyysin yläluokat muodostettiin institutionaalisesta teoriasta käsin. (Vrt. Tuomi & Sarajarvi 2009, 101–120.)

Kognitiivinen legitimizeetti HUS-Röntgenin matriisirakenteessa

HUS-Röntgenin informanttien mukaan organisaatiomuutos on tuonut mukanaan niitä etuja, joita sillä oli tavoiteltu. Matriisirakenteen omaksumisen myötä laatu on parantunut, on saavutettu kustannussäästöjä sekä joustavuutta. Lisäksi suunnittelu on pitkäjänteisempää. Vaikka tutkimusmäärät ovat lisääntyneet, hintoja ei ole jouduttu nostamaan ja joitakin hintoja on jopa laskettu. Lisäksi laitehankintojen keskittäminen on poistanut ylimoitettuja ja liian kalliita hankinnat, eli yksiköiden osaoptimointi on vähentynyt. Haastatteluaineiston analyysin perusteella niukkojen resurssien tehokkaampi hallinta on ollut tärkeä tekijä HUS-Röntgenin matriisirakenteen hyväksymiselle teknisen ympäristön asettamien tehokkuusvaatimusten näkökulmasta. Myös institutionaalisen ympäristön näkökulmasta HUS-Röntgeniin kohdistui monia paineita, jotka vaikuttivat matriisirakenteen legitimizeetin syntymiseen.

HUS-Röntgenin toimintatapojen ja organisaatiomuutoksen kehittämisyössä käytettiin apuna tuotantotalouden asiantuntemusta (ks. tarkemmin Lillrank ym. 2004, 225–219; Parvinen ym. 2005, 214–218) ja liikelämän tuntevaa mentoria. Halu löytää ratkaisua toimintatapojen tehostamiseen johti jäljitteleviin paineisiin. Jäljittely terveydenhuollon ulkopuolelta ilmeni HUS-Röntgenin

matriisirakenteen käyttöönoton yhteydessä siten, että yhdeksi prosessiksi oli määritelty myynti- ja markkinointiprosessi. Kyseinen prosessi ei kuitenkaan ole ollut käytännössä toiminnassa, sillä ulkoinen myynti ei resurssien niukkuuden takia ole ollut mahdollista. Keskeisenä tekijänä HUS-Röntgenin kognitiiviselle legitimizeetille on ollut aineiston analyysin perusteella matriisiorganisaatorakenteen muotoutuminen vähitellen. Vähitellen muotoutuminen on tarkoittanut sitä, että muutos organisaation sosiaalisessa rakenteessa ei ole ollut nopea ja radikaali. Tällöin esimerkiksi sairaalaorganisaatioiden vakiintuneet toimintamallit on säilytetty myös matriisirakenteessa. Vakiintuneet toimintamallit ovat koskeneet esimerkiksi hoitajien ja lääkäreiden erillisten linjaorganisaatioiden säilyttämistä sekä funktioiden johtamisen vahvaa asemaa matriisirakenteessa.

Haastatteluissa tuotiin esiin, että johtuen lääkärin ja hoitajien erillisistä linjaorganisaatioista, funktioiden yhteyshenkilöt olivat paikoin epäselviä. Toisaalta taas perinteistä linjaorganisaatiomallia pidettiin sairaalaorganisaatioon kuuluvana. Sairaalaorganisaation tapauksessa erilliset linjaorganisaatiot ja funktiot johtavat käytännössä matriisimaiseen organisaatioon. Tätä ei kuitenkaan usein tiedosteta tai haluta korostaa. Käytännössä tämä kuitenkin aiheuttaa tyypillisiä matriisiorganisaation haasteita, kuten kahtaalle jakaantuneen johtajuuden ongelman. (Virtanen 2010, 207–208.) Case-organisaation tapauksessa linjaorganisaatioiden säilyttäminen ja virallisen matriisirakenteen käyttöönotto johtivat käytännössä kaksinkertaiseen matriisirakenteeseen organisaatiossa.

Huolimatta käytetystä prosessiorganisaatiokäsitteestä, osa haastateltavista toi esiin, että organisaatio toimii matriisiorganisaatiomallin periaatteella. Puhe prosessiorganisaatiosta ei kuitenkaan oleellisesti aiheuttanut sekaannusta organisaatiossa, vaan kahden dimension olemassaolo oli organisaatiossa selkeää. Tämä todennäköisesti ilmentää sairaalaorganisaation arkkityyppiä, jo-

hon funktiot itsestään selvästi kuuluvat. (Ks. myös Fältholm & Jansson 2008, Tevameri & Kallio 2009.)

Haastatteluissa viitattiin sairaaloiden organisaatiokulttuuriin, voimakkaaseen professionaaliseen perinteeseen sekä vakiintuneisiin toimintamalleihin, joita ei voi liian radikaalisti ja nopeasti sairaalaorganisaatiossa muuttaa, kuten eräs informantti kuvasi:

"[E]ttä tää sairaalamaailma, täähän on niiko vanha organisaatio tää. Tää on omat kulttuurinsa ja, ja, ja tuota myös niitä pitää tavallaan niinko kunnioittaa tai jossain vaiheessa niinko todeta nöyryyttä niitä, niitä asioita kohtaan, et mitä ...on... turha kuvitella, että pystyy muuttamaan naps tästä ja nyt tää käy tää näin. --- tohon tossa, näillä pelisäännöillä on myös mission impossible tyyppisiä asioita. --- että sitä ei niin kun joi-takin asioita ei olekaan niin kun saavutettavissa toimintaan kun niin kun hyvin pitkä-jänteisellä vois sanoo lähes kohtuuttomalla työllä näissä systeemeissä. Eikä se, se on niin kun on vaikee sanoo kenen se syy on." (asian-tuntija- ja yleisjohtaja, prosessinomistaja)

Sairaalaorganisaatioiden organisatorisissa muutoksissa on tärkeää havaita, että niissä korostuu usein suunnitellun organisaatiomuutoksen tehokkuuden tieteellisen näytön vaatimus. Usein organisaatiomuutoksista ei ole kuitenkaan saatavissa yleistettävää empiiristä tai kliinistä näyttöä tehokkuudesta. (Kaluzny & Hernandez 1988, 385.) Myös matriisirakenteen tapauksessa toiminnallisen tehokkuuden saavuttaminen on tapauskohtaista ja sen saavuttaminen edellyttää huolellista suunnittelua ja valmistautumista (Tevameri & Kallio 2009). Eräs informantti kuvasikin, kuinka uudet toimintamallit sairaalaorganisaatioissa helposti herättävät vastarintaa:

"Tää on aika hierarkkinen ja vanhanaikainen ja sen muutosvastarinnan murtaminen on, että opittaisi uusia toimintatapoja ja toimintamalleja ja muita. Ne pitää olla pa-

huksen paljon parempia kuin ne entiset ja selkeesti parempia, et huomataan, että nyt lamppu sytty, mutta jos ne onkin haittavia tai huonompia niin tällä ko valkotakit nousee seisoon niin se on aikamoinen rintama." (päällikkö, prosessinomistaja 1)

Roolit ja vastualueet koettiin organisaatiossa selkeiksi. Uusien yksiköiden liittyessä röntgeniin on ilmennyt epäselvyyttä rooleista, mutta toisaalta tuotiin esiin, että nopeita muutoksia liittyviltä yksiköiltä ei ole edellytetty. Osaltaan koettiin, että prosessien vallon kasvattaminen voisi olla tarpeellista, esimerkiksi budjetoinnin suhteen. Käytännössä tähän ei kuitenkaan ollut ryhdytty.

Normatiivinen ja regulatiivinen legitimitteetti HUS-Röntgenin matriisirakenteessa

Lääkärit odottavat organisaation johdolta, että heidän autonomiaansa kunnioitetaan kliinisessä päätöksenteossa ja että organisaatio tarjoaa kunnolliset ja asianmukaiset työskentelyolosuhteet hyvän potilashoidon toteuttamiselle (Burns & Becker 1988, 169). Näin ollen ei ole yllättävää, että HUS-Röntgenin matriisirakenteen normatiivisen legitimitteetin näkökulmasta tärkeä tekijä oli erityisesti lääkärin kliinisen autonomian suojeleminen⁵ matriisirakenteessa. Käytännössä se ilmeni resurssien allokointiin keskittyneiden prosessien funktioita tukevana roolina organisaatiokokonaisuudessa ja myös erilaisiin yhteistyömalleihin päätyminenä prosessien ja funktioiden välillä. Prosessien asema suhteessa funktioihin HUS-Röntgenin matriisirakenteessa oli hyvin keskeinen tema haastatteluissa. Tuotiin esiin, että prosessin roolin tulee olla funktioiden toimintaa tukeva. Prosessinomistaja nimitetäänkin toisinaan fasilitaattoreiksi (facilitator) sellaisessa matriisirakennetyypissä, joissa prosessin rooli on koordinoiva (Gottlieb 2007, 29). Haastateltavat viittasivat monessa yhteydes-

sä, että prosessit eivät osallistu päivittäisjohtamiseen, mikä koettiin ainoaksi toimivaksi malliksi. Tätä prosessien asemaa kuvattiin seuraavasti:

”Mun mielestä niin kauan kuin se perusta on siellä hyvä, toisin sanoen on olemassa ikään kuin hyvä alueellinen tai tämmönen linjaorganisaatiojohto, et tiedetään kussakin pisteessä, että mitä ihmiset tekevät ja miksi he tekevät siellä mitään, niin silloin tää prosessiorganisaatio voi olla siinä tukeva, mutta se ei saa olla hallitseva systeemi.” (funktiojohtaja, prosessinomistaja)

”[N]ii tää on aika selkee tää nykyinen järjestely siinä mielessä, että se on se talouden ja resurssien ja potilasvirtojen ohjaaminen, niin mielestäni tämmönen yleisin suunnittelu, se on siellä prosessitasolla ja sit taas semmonen lääketieteellinen toiminta, niin se menee siellä yksikkötasolla. Meillä taas yksiköt ja ylilääkärit vastaa siitä, sitte siitä varsinaisesta lääketieteellisestä toiminnasta ja siitä kuvantamisesta potilastyössä. Ja se on aika selkee joko ja tietyllä tavalla nytte nää resurssien ohjaus vapauttaa heidät tekemään sitä omaa työtään.” (päällikkö, prosessinomistaja 2)

HUS-Röntgenin yhteistyömallit funktioiden ja prosessien välillä toteutettiin eri tavoin. Prosessinomistajilla oli vankkaa substanssiosaamista, minkä tärkeyttä korostettiin myös haastatteluisa. Sairaalaorganisaation tapauksessa myös resurssien allokointiin liittyvät prosessit kytkeytyvät usein tiiviisti potilaan lääketieteelliseen hoitoon liittyviin kysymyksiin (Tevameri 2010). Näin ollen substanssiosaaminen on myös resurssien allokointiin liittyvien prosessien johtamisessa keskeistä, kuten HUS-Röntgenissä oli tilanne. Joidenkin haastateltavien toimiminen samanaikaisesti sekä prosessinomistajana että funktionjohtajana on yleisesti tunnettu matriisirakenteen muoto, jonka on todettu soveltuvan erityisesti hierarkkisiin organisaatiokulttuureihin

(Galbraith 2009, 41–46). Prosessienomistajien kaksoisrooli myös mitä ilmeisimmin lisää yhteistyötä funktioiden ja prosessien välillä ja mahdollistaa yhteisen maailmankatsomuksen ja professionaalisen arvomaailman.

HUS-Röntgenin matriisirakenteen mukanaan tuoma muutos kohdistui ensisijaisesti vastuuyksiköiden ylilääkäreihin, jotka aikaisemmin olivat olleet vastuussa kuvauslaitteiden hankinnasta. Matriisirakenteessa vastuu hankintojen koordinoinnista siirrettiin prosessinomistajille. Laittehankintojen koordinoinnin keskittäminen prosessinomistajille oli toiminnan alkuvaiheessa ja osin myös uusien yksiköiden liittyessä HUS-Röntgeniin aiheuttanut muutosvistarintaa. Kuitenkaan suurempia ongelmia tämän suhteen ei vaikuttanut enää olevan. Matriisirakenteen myötä oli lisäksi voitu poistaa joistakin vastuuyksiköistä ylimitoitettu, liian kalliit ja käyttöön nähden liian hyvät kuvantamislaitteet. Tämä olisi voinut aiheuttaa huomattavaakin vastarintaa, erityisesti röntgenin tapauksessa, koska terveydenhuollon erityispiirteisiin kuuluu riippuvuus teknologiasta. Parvinen ja kumppanit (2005, 217) kuvaavat teoksessaan HUS-Röntgenin organisaatiomuutoksen toimivuuden kannalta keskeisenä tekijänä, että kaikki investointipäätökset tulisi tehdä prosessinomistajien toimesta⁶. Käytännössä on kuitenkin päädytty tiiviiseen yhteistyöhön vastuuyksiköiden ylilääkäreiden kanssa laitehankintojen osalta. Haastatteluisa kuvattiin, että ylilääkäreitä kuunnellaan laitehankintoihin liittyvistä asioista, eikä vasten heidän tahtoaan toimita. Hankinnat valmistellaan yhdessä hankintatiimin keskuudessa ja hankinnat menevät hyväksyttäväksi toimitusjohtajalle ja johtokunnalle (HUS-Röntgen vuosikertomus 2008).

Muutosvistarintaa vähentävänä tekijänä tuotiin esiin, että uusi organisaatorakenne on vähentänyt ylilääkäreiden työtaakkaa laitehankintojen suhteen, jonka he ovat osittain kokeneet helpottavana, eivät niinkään vallan poisottamisena. Haastatteluisa tuotiin lisäksi esiin, että kehittynyt kuvauslaiteteknologia lisää lääkäreiden työmäärää ja

tarvittavan henkilöstön määrää vastuuyksiköissä. Laitehankintojen keskittäminen prosesseille on kuitenkin poistanut ylimitoitettua laitehankinnat. Osaltaan prosesseille kuuluu myös potilasjonojen hallinta, eli mikäli jossakin kuvauspisteessä on ruuhkaa, voidaan potilaita mahdollisuuksien mukaan siirtää toiseen yksikköön kuvattavaksi. Näin ollen prosessit helpottavat funktioiden työtaakkaa. Tärkeäksi asiaksi matriisirakenteen toimituudelle nostettiin myös se, että prosessinomistajiksi oli valittu yleisesti yhteistyökykyisiksi tunnettuja henkilöitä (ks. myös Turner ym. 1998). Yhteistyömalli saattaa olla toimiva myös siksi, että suuri osa prosessinomistajista on koulutukseltaan lääkäreitä, jolloin yhteistyön tekeminen ei vaaranna lääkärin etiikan keskeistä normia eli kollegiaalisuutta.

HUS-Röntgenin normatiivisen legitimitteen saavuttamisessa on ollut keskeistä myös terveydenhuollon ominaispiirteiden huomiointi erityisesti siten, että potilaan hoito toteutuu organisatoristen järjestelyjen näkökulmasta mahdollisimman hyvin. Toisin sanoen sairaalaorganisaation ydintoiminta, potilaan hoito, on otettu keskeiseksi tekijäksi, jonka ympärille organisaatio ja johtamisjärjestelmä on rakennettu. Tätä informantit kuvasivat seuraavasti:

"[K]oko systeemi on tähdätty siihen, et potilaat saa ne tutkimukset, silloin kun ne tarvitaan ne ja saa vielä vastauksetki." (asiantuntijajohtaja, prosessinomistaja)

"...mutta tämä toimii ja täytyy muistaa, että tässä sairaalamaailman organisaatiot on yleensäkki, sehän on hioutunu toiminnallisista syistä, on muodostunu osastoilla tietyt tehtävät ihan toiminnallisista syistä, on tiimejä ja leikkaustiimejä, muita ja, ja siihen liittyvät henkilöt että, että niin. Sen muuttaminen väkivalloin saattaa aiheuttaa, aiheuttaa tuota toiminnallisia hankaluuksia kuitenkin kaikkihan lähtee siitä potilaasta, et hänet hoidetaan ja se toimii se ympäristö siinä." (päällikkö, prosessinomistaja 1)

Potilaan parasta koskevan arvopohjan korostaminen on katsottu olevan sairaalaorganisaatioiden koko toiminnan perusta, mikä näyttää sairaalaorganisaation uudistuksissa suunnan, mihin edetä (Virtanen 2010, 215). Potilaan asettaminen etusijalle on siten erilaisia ammattiryhmien intressejä yhdistävä tekijä sairaalaorganisaatioissa (Eriksson 2002, 169). Burns ja Becker (1988, 168–169) toteavatkin suhteessa terveydenhuollon organisaatioiden institutionaaliseen johtamiseen tärkeänä asiana moraaliset tekijät. Tällöin on tärkeää ylläpitää yhteisiä arvoja ja periaatteita, jotka määrittävät organisaation tehtävän ja ratkaisevat konfliktit kilpailevien, mutta legitimien lopputulosten perusteella. Toisaalta on todettava, että professiot eivät kuitenkaan kaikissa tilanteissa toimi täysin altruistisesti potilaan parasta ajatellen, vaan ammattiryhmät voivat käyttää kollektiivista voimaa ajakseen oman ammattikuntansa etuja (vrt. Helander 1993, 61). Esimerkiksi eettisten sääntöjen avulla voidaan ajaa oman ammattikunnan autonomian vapausasteita (Wiili-Peltola 2005, 66).

HUS-Röntgenin toiminnassa sairaalaorganisaatioiden myytti, joka on suojannut tehostamisvaatimuksilta, ilmeni käytännössä siten, että case-organisaation toiminnan tehostamisen kannalta olisi mielekäästä vähentää kuvantamisyksiköitä. Tämä ei kuitenkaan ole poliittisten päättäjien kannalta välttämättä edullista, sillä he pyrkivät takaamaan palvelut kuntalaisille. Tätä tehokkaan toiminnan ja institutionaalisten paineiden välistä ristiriitaa kuvattiin esimerkiksi seuraavasti:

"[I]hmiset lähtee kyllä XXX [paikan nimi] elokuviin jonnekin muualle, mut heit pitäis röntgenkuvata just siellä, et tavallaan se vaikeus on siinä, että ... Kun tässä laitteisto oli kauan sitten aika halpaa, mut nyt se ei olekaan halpaa, mut nyt halukkuus, poliitikkojen halukkuus siihen, et vähennetään näitä pisteitä, on kovin pieni. --- mut täs poliitikko istuu kahdel pallilla. Hänen kuuluu vaatii säästöjä mut hänen kuuluu taata kaikki palvelut." (asiantuntijajohtaja, prosessinomistaja)

Suhteessa normatiivisiin odotuksiin haastatteluissa tuotiin esiin ajan trendien muuttuminen, jolloin nykyään hoidetaan sellaisia sairauksia ja vaivoja, joita ei aikaisemmin hoidettu ainakaan yhtä tehokkaasti. Tämä johtuu muun muassa kuvauslaitteiden kehittyemisestä ja asiakkaiden vaatimustason noususta. HUS-Röntgenin vuosikertomuksessa (2008, 20) mainitaan myös erittäin keskeisenä asiana tutkimustoimintojen kehityksen seuraaminen ennusteiden ja trendien laskemisen avulla. Nämä vaikuttavat muun muassa investointipäätöksiin. Eri kuvaustoiminnot työllistävät henkilöstöä eri tavoin, jolloin tehokas laite lisää työmäärää tietyllä suhteella. Tämä ilmentää hyvin normatiivista legitimizeettiä, jolloin vallitsevaksi normiksi on muodostunut kehittyvän teknologian hyödyntäminen.

Matriisirakenteen regulatiivisen legitimizeetin näkökulmasta on tärkeää todeta, että organisaation prosessit ovat myös viestinnän väline; ydinprosessit ilmentävät, miksi organisaatio on olemassa ja miten organisaatio toimii. Ydinprosesseista tulisi siis ilmetä, mihin yhteiskunnallisiin päämääriin organisaatio pyrkii. (Virtanen & Wennberg 2005, 121.) Haastatteluissa tuotiin esiin suhteessa terveydenhuollon ominaispiirteisiin, että ammatitaidon kehittäminen, tietotaidon ylläpitäminen ja opettaminen ovat erittäin keskeisiä asioita. Näin ollen ei ole yllättävää, että erikoissairaanhoidon laki, jossa säädetään erikoissairaanhoidon tutkimus- ja opetusvelvollisuudesta, ilmenee HUS-Röntgenin matriisirakenteessa vuoden 2008 osalta toisena ydinprosessina.

Pakottavat paineet myös muokkasivat HUS-Röntgenin organisaation prosessien asemaa funktioita tukevaksi. Potilaiden hoitovastuu on lain mukaisesti säilytetty funktioilla, ja potilashoidosta vastaa vastuuyksikön ylilääkäri. Tämä lainkin asettama pakote on osaltaan muokannut matriisiorganisaatiota HUS-Röntgenissä siten, että potilaan hoito on kokonaisuutena eriytetty yhdelle dimensiolle eli funktioille. Näin ollen matriisirakenteessa ei ilmene epäselvyyttä siitä, kuka vastaa po-

tilaan hoidosta. Lainsäädäntö aiheutti myös monia vaatimuksia esimerkiksi kuvauslaitte-hankintaan (ks. myös Parvinen ym. 2005, 74; HUS-Röntgen vuosikertomus 2008, 20), mikä ilmeni esimerkiksi tiettyinä toimintatapavaatimuksina laitehankinnassa ja siten suurena työmääränä ja laitehankinnan pitkittymisenä.

HUS-Röntgenin matriisirakenne on saanut legitimizeetin omassa institutionaalisessa ympäristössään, mutta se aiheutti monia esteitä tai vaatimuksia HUS-Röntgenin matriisiorganisaation toiminnalle. HUS-Röntgenin onkin pitänyt matriisiorganisaatiossa sopeutua ympäristön asettamiin ristiriitaisiin vaatimuksiin ja odotuksiin, jolloin lopputuloksena matriisirakenne on eräänlainen kompromissi. Kuten Suchman (1995) toteaa, organisaation legitimizeetti voidaan saavuttaa mukautumalla ympäristöön. Useimmiten koetaan helpommaksi asettaa organisaatio sopivaksi olemassa olevaan institutionaali-seen järjestelmään kuin ryhtyä aktiivisesti muuttamaan institutionaalista järjestelmää. (Suchman 1995, 587; ks. myös Parvinen ym. 2005, 122.) Instituutioiden aktiivinen johtaminen on kuitenkin nähty tärkeäksi asiakasi terveydenhuollossa (Parvinen ym. 2005, 122). Sairaalaorganisaatioiden tapauksessa esimerkiksi professioiden koulutuksen kehittämisen on tärkeä tekijä todellisten organisatoristen muutosten aikaansaamiseksi (Virtanen 2010).

Johtopäätökset ja pohdinta

Matriisiorganisaatorakenteen hyväksymiseen vaikuttavia tekijöitä on tutkittu sairaalaorganisaatioiden tapauksessa varsin vähän – siitäkin huolimatta, että siirtyminen matriisiorganisaatorakenteeseen on varsin merkittävä ilmiö suomalaisissa sairaalaorganisaatioissa. Matriisiorganisaatorakenteen hyväksymisen sairaalaorganisaation tapauksessa ei kuitenkaan ole itsestään selvää. Aikaisempi vähäinen tutkimus aiheesta on liittynyt matriisirakenteen hyväksymiseen ja hylkäämiseen

sairaalaorganisaatioissa yleisesti (ks. Burn & Wholey 1993). Tämä tutkimus tuo uutta tietoa matriisirakenteen hyväksymiseen vaikuttavista tekijöistä erityisesti matriisirakenteen sisäisenä toimintalogiikkana sairaalaorganisaation tapauksessa. Tutkimuksessa on tarkasteltu matriisiorganisaatorakenteen hyväksymiseen vaikuttavia tekijöitä sairaalaorganisaatioiden erityistapauksessa HUS-Röntgen tapaustutkimuksen myötä.

Suhteessa tutkimuskysymykseen siitä, millaisia organisatorisia haasteita terveydenhuollon työn ominaispiirteet aiheuttavat matriisiorganisaatorakenteen käyttöönoton näkökulmasta sairaalaorganisaatioissa, voidaan todeta, että terveydenhuollon ominaispiirteet yhdistettynä matriisirakenteen organisatorisiin haasteisiin tekevät organisoinnista haastavan. Vaikka matriisiorganisaatorakenteen tyypilliset haasteet ovat varsin hyvin tunnetut (ks. Sy & D'Annunzio 2005), tämä tutkimus tuo uutta tietoa siitä, miten terveydenhuollon ominaispiirteet kytkeytyvät matriisirakenteen tyypillisiin haasteisiin. Matriisirakenteen organisatoriset haasteet, kuten monimutkaisuus, epäselvät tavoitteet, rooli- ja vastuualueet ja johtajuuden jakamisen vaikeus (Sy & D'Annunzio 2005), voivat sairaalaorganisaation tapauksessa vaikeuttaa matriisiorganisaation suunnittelua ja käyttöönottoa. Organisatoriset haasteet voivat myös helposti aiheuttaa muutosvastarintaa sairaalaorganisaatioissa. Virtasen (2010) esiin tuoman potilaan hyvän hoidon ottamisen suunnittelun keskiöön matriisirakenteen käyttöönoton yhteydessä voi myös tämän tutkimuksen tulosten mukaan edistää matriisirakenteen rakenteen tuomien haasteiden ratkaisemista sairaalaorganisaatiokontekstissa. Eräs organisatorinen ratkaisu potilaiden hyvän hoidon toteuttamisen näkökulmasta voi olla niin kutsutut osaamiskeskukset, joissa lääketieteellisten erikoisalojen sijaan toiminta organisoidaan potilaslähtöisesti tiettyjen tauti- tai potilasryhmien mukaan. Tällöin potilaiden hoito voidaan toteuttaa kokonaisvaltaisesti ja potilaslähtöisesti esimerkik-

si selkä- tai sydänkeskuksessa. (Vrt. Porter & Teisberg 2006; Christensen, Grossman & Hwang 2009; Tevameri 2010.) Käytännössä myös nämä osaamiskeskukset ovat usein itsessään yhdentyyppisiä matriisiorganisaatioita (vrt. Tevameri 2010).

Tarkasteltaessa sitä, millainen on sairaalaorganisaatioiden institutionaalinen ympäristö matriisiorganisaatorakenteen käyttöönoton näkökulmasta, voidaan todeta, että sairaalaorganisaatioiden institutionaalinen ympäristö on sairaalaorganisaation matriisirakenteen käyttöönoton yhteydessä huomioitava ja tunnettava. Matriisiorganisaatiosuunnittelua koskevassa kirjallisuudessa ei institutionaalisen ympäristön merkitystä tyypillisesti huomioida (vrt. esim. Galbraith 2009; Gottlieb 2007). Tämä tutkimus tuo esille sen, että institutionaalinen ympäristö vaikuttaa oleellisesti siihen, millainen matriisiorganisaatorakenne on legitiimi sairaalaorganisaatioiden tapauksessa. Heimer (1999) sekä Parvinen, Lillrank ja Ilvonen (2005) ovat tarkastelleet keskeisiä terveydenhuoltoon ja sairaalaorganisaatioihin vaikuttavia instituutioita. Tämän tutkimuksen perusteella niistä erityisesti lääketieteen etiikka, lääketieteen yhteisö, lainsäädäntö, politiikka sekä media ovat keskeisiä instituutioita sairaalaorganisaatioiden matriisirakenteita käyttöönotettaessa. Tutkimuksen tulosten valossa voidaan todeta, että sairaalaorganisaatioiden tapauksessa matriisirakenne voi johtaa helposti eräänlaiseen kompromissiratkaisuun institutionaalisen ympäristön asettamien ristiriitaisten paineiden keskellä. Johtopäätös on samankaltainen esimerkiksi Suchmanin (1995) organisaation legitimizeettiä koskevien tutkimustulosten ja osin Burns (1989) tutkimustulosten kanssa. Tämä seikka tulisi huomioida organisaatiosuunnittelussa ja muutosjohtamisessa, sillä on mahdollista, että johtuen institutionaalisen ympäristön asettamista rajoitteista matriisiorganisaatio ei käytännössä toimi tehokkaimmalla mahdollisella tavalla. Institutionaalisen ympäristön muuttuminen vaikuttaa kuitenkin myös sairaalaorganisaat-

tioiden matriisiorganisaattiorakenteiden käyttöönottoon, muotoutumiseen ja hyväksymiseen. Virtanen (2010) onkin todennut profesoiden koulutuksen ja niiden kehittämisen keskeiseksi keinoksi todellisten organisatoristen muutosten aikaansaamiseksi.

Suhteessa tutkimuskysymykseen siitä, miten institutionaalinen ympäristö vaikuttaa matriisirakenteen hyväksymiseen ja muotoutumiseen sairaalaorganisaatioissa, voidaan todeta, että sairaalaorganisaatioihin vaikuttavilla instituutiolla voi olla vaikutusta esimerkiksi matriisiorganisaation työnjakoon liittyviin kysymyksiin ja rakenteen lopulliseen muotoutumiseen. Tutkimus tuo esille, että matriisirakenteen onnistunut käyttöönotto ja hyväksyminen sairaalaorganisaatioissa edellyttävät organisaatioon vaikuttavien instituutioiden merkityksen ymmärtämistä ja niiden huolellista analysointia. Sairaalaorganisaation tapauksessa lääkärin kliinisen autonomian suojeleminen on aineiston valossa keskeinen tekijä matriisirakenteen hyväksymisessä sairaalaorganisaatioissa. Vaikka kliinisen autonomian tärkeys on ollut kauan tunnettu ilmiö terveydenhuollon tutkimuksessa (ks. esim. Wiili-Peltola 2005), sen merkitystä ja huomioimista erityisesti matriisiorganisaattiorakenteen suunnittelussa ja käyttöönoton yhteydessä ei ole aikaisemmissa tutkimuksissa huomioitu. Tämä tutkimus tuo uutta tietoa siitä, miten matriisirakenne suunnitellaan huolellisesti siten, että lääkärin kliininen autonomia säilyy kahtaalle jakaantuneesta johtajuudesta huolimatta. Kliinistä autonomiaa voidaan suojella organisatoristen ratkaisujen näkökulmasta pääty-mällä esimerkiksi erilaisiin yhteistyömalleihin funktioiden ja prosessien välillä. Lisäksi resurssien allokontiin keskittyneiden prosessien funktioiden toimintaa tukeva rooli organisaatiokokonaisuudessa on tärkeää lääkärin kliinisen autonomian suojelemisissa.

Matriisiorganisaattiorakenteen suunnittelussa sekä siihen liittyvässä muutosjohtamisessa ja viestinnässä olisi myös syytä tuoda esiin, miten kahtaalle jakaantuneesta johtajuudesta huolimatta kliininen autonomia käytännössä säilytetään matriisiorganisaattiorakenteessa. Tämä voisi vähentää mahdollista muutosvastarintaa. Tutkimuksen perusteella myös siirtyminen matriisirakenteeseen vähitellen välttäen radikaaleja ja nopeita muutoksia organisaation sosiaalisessa rakenteessa edistää matriisirakenteen hyväksymistä. Tämä johtopäätös ei tue Burns'n (1989) tutkimustuloksia, sillä hän ei tutkimuksessaan havainnut, että matriisiorganisaation hyväksyminen olisi vähäisempää niissä sairaalaorganisaatioissa, joissa matriisirakenteeseen siirrytään nopeasti ja radikaalisti. Tosin Burns toteaa tutkimuksensa rajoitteena sen, että pidempi tutkimusaika voisi tuottaa erilaisia tutkimustuloksia.

Matriisirakenteeseen siirtyminen on yleis-tymässä sairaalaorganisaatioissa, jolloin on ilmeinen tarve saada uutta tutkimustietoa muutoksen tueksi sairaalaorganisaatioiden erityistapauksessa, jotta organisatorisilta epäonnistumisilta välttyttäisiin. Onkin toivotavaa, että myös muut tutkijat tarttuvat aiheeseen matriisirakenteen toimivuuden ymmärryksen lisäämiseksi sairaalaorganisaatioiden tapauksessa. Jatkossa tarvittaisiin tietoa erityisesti erilaisista matriisiorganisaatiomalleista ja niiden mahdollisuuksista sairaalaorganisaatioiden erityistapauksessa.

* * *

Kirjoittaja kiittää professori *Tomi J. Kalliota* ja TkT, lehtori *Kirsi Liikamaata* artikkelin käsikirjoitusvaiheessa esitetystä kommentista. Lisäksi kirjoittaja haluaa esittää kiitoksensa Työsuojelurahastolle tämän tutkimuksen rahoittamisesta.

Viitteet

- 1 Tässä tutkimuksessa ei käytetä terveydenhuollon työn osalta termiä erityispiirre, sillä se viittaa johonkin täysin erityiseen ja ainutlaatuihin. Sen sijaan käytetään termiä ominaispiirre, joita voi esiintyä muillakin toimialoilla.
- 2 Vaikka kansantalouden maksukyky mainitaan terveydenhuoltoon vaikuttavana instituutiona, voidaan se organisaatioteorian näkökulmasta nähdä myös sairaalaorganisaatioiden teknisen ympäristön asettamana vaatimuksena tehokkuudesta (vrt. Hatch 1997, 83). Sairaalaorganisaatioiden tapauksessa sekä tekninen ympäristö että institutionaalinen ympäristö ovat vahvoja ja asettavat vaatimuksia sairaalaorganisaatioille (Scott & Meyer 1991, 122–124).
- 3 Kuvio 2 on laadittu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kotisivuillaan esittämän kuvion mukaiseksi.
- 4 Lääkäriprofession merkitys matriisirakenteen hyväksymisen näkökulmasta korostui tässä tutkimuksessa riippumatta haastateltavan omasta koulutustaustasta ja on siten tärkeässä asemassa. Syy lääkäriprofession keskeiseen merkitykseen liittyy siihen, että sairaalaorganisaatioiden professionaaliset valtarakenteet kytkeytyvät statuksen tuomaan arvovalltaan ja sisäisiin hierarkioihin, jotka toimivat erillään muodollisesta ja hallinnollisesta vallasta (Wiili-Peltola 2005, 42). Statusarvovallan ja sisäisen hierarkian näkökulmasta lääkäriprofession on sairaalaorganisaatioissa edelleen merkityksellisin, kuten aineistosta käy selvästi ilmi.
- 5 Lääkärin kliinisellä autonomialla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa lääkärin mahdollisuutta noudattaa matriisirakenteessa lääketieteen keskeisiä arvoja ja normeja. Suojelemalla kliinistä autonomiaansa lääkärit voivat kantaa vastuun potilaan hoidosta mahdollisimman hyvin. HUS-Röntgenin matriisiorganisaatorakenne ei siten ole vaarantanut esimerkiksi hippokrateen valan, lääketieteen mallin ja kollegiaalisuuden noudattamista.
- 6 Parvinen ym. (2005, 79) toteavat toisaalta teoksessaan, että lääketieteellisten laitteiden hankintojen määritykset kuuluvat lääkäreiden johtotehtäviin.

Kirjallisuus

- Ahovuo, J., Tolkki, O., Kauppinen, T., Fyhr, N. & Kujala, J. (2004) Process Oriented Organisation in the Regional PACS Environment. E.U.T. Edizioni Università di Trieste 2004, EuroPACS-MIR 2004 in the Enlarged Europe 2004, 481–483.
- Arndt, M. & Bigelow, B. (2000) Structural Innovation in an Institutional Environment: Hospital's Use of Impression Management. *Administrative Science Quarterly* 45 (3), 494–522.
- Brock, D. M. (2006) The changing professional organization: A review of competing archetypes. *International Journal of Management Reviews* 8 (3), 157–174.
- Burns, L. R. (1989) Matrix Management in Hospitals: Testing Theories of Matrix Structure and Development. *Administrative Science Quarterly* 34 (3), 349–368.
- Burns, L. R. & Becker S. W. (1988) Leadership and Managership. Teoksessa S. M. Shortell & A. D. Kaluzny: Health Care management. A Text in Organization Theory and Behavior. New York: John Wiley & Sons Inc, 142–186.
- Burns, L. R. & Wholey, D. R. (1993) Adoption and Abandonment of Matrix Management Programs: Effects of Organizational Characteristics and Interorganizational Networks. *The Academy of Management Journal* 36 (1), 106–138.
- Christensen, C. M., Grossman, J. H. & Hwang, J. (2009) *The Innovator's Prescription. A Disruptive Solution for Health Care*. New York: McGraw-Hill.
- DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (1983) The Iron Cage Revisited. Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review* 48 (2), 147–160.
- Dixon, M. (1978) Matrix organisation in health services. Teoksessa K. Knight (toim.) *Matrix Management. A Cross-functional Approach to Organization*. Farnborough: Gower Press, 82–90.
- Eriksson, S. (2002) Kommunikaatio, moraali ja valta modernissa asiantuntijuudessa. Teoksessa I. Pirttilä & S. Eriksson (toim.) *Asiantuntijoiden areenat*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 167–174.
- Fältholm, Y. & Jansson, A. (2008) The implementation of process orientation at a Swedish hospital. *International Journal of Health Planning and Management* 23 (3), 219–233.
- Galbraith, J. R. (2009) *Designing Matrix Organizations That Actually work*. How IBM, Procter

- & Gamble, and Others Design for Success. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Gottlieb, M. (2007) The Matrix Organization Reloaded. Adventures in Team and Project Management. Westport: Praeger Publishers.
- Hatch, M. J. (1997) Organization Theory: Modern, Symbolic and Postmodern Perspectives. New York: Oxford University Press.
- Heimer, C. A. (1999) Competing Institutions: Law, Medicine, and Family in Neonatal Intensive Care. *Law & Society Review* 33 (1), 17–66.
- Helander, V. (1993) *Professiot ja Julkisvalta*. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- HUS-Röntgen (2008) Organisaatio. [online]. <URL:http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,824,2050, 20759,20763>. Luettu 13.8.2008.
- HUS-Röntgen (2007) HUS-Röntgen toimintakäsikirja, luonnos nro 1.13, työversio.
- HUS-röntgen vuosikertomus 2008. HUS-Röntgen 2008.
- Kaluzny, A. D. & Hernandez, S. R. (1988) Organizational Change and Innovation. Teoksessa Shortell S. M. & Kaluzny, A. D.: *Health Care management. A Text in Organization Theory and Behavior*. New York: John Wiley & Sons Inc, 379–417.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. [online]. <URL:http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Luettu 15.10.2010.
- Larson, E. W. & Gobeli, D. H. (1987) Matrix Management: Contradictions and Insights. *California Management Review* 29 (4), 126–138.
- Lillrank, P., Kujala, J. & Parvinen P. (2004) Kesken-eräinen potilas. *Terveydenhuollon tuotannonohjaus*. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977) Institutionalized Organizations: Formal Structures as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology* 83 (2), 340–363.
- Niukko, V. & Kallio, T. (2006) Organisaatioteoreettinen katsaus suomalaisen yliopistokentän muutokseen. *Hallinnon tutkimus* 25 (1), 17–29.
- Parvinen, P., Lillrank, P. & Ilvonen, K. (2005) Johtaminen terveydenhuollossa, käytännöt, vastuut ja valvonta. Tampere: Talentum Media Oy.
- Pasternack, A. & Saarni, S. (2007) *Professio – lääkäri ja yhteiskunta*. Teoksessa A. Pasternack, R. Pelkonen, K. Eskola & T. Haahtela (toim.) *Lääkäriksi*. Helsinki: Duodecim, 11–21.
- Pettigrew, A. M. (1997) What is a Processual Analysis? *Scandinavian Journal of Management* 13 (4), 337–348.
- Pietarinen, J. & Launis, V. (2005) Lääkintä- ja hoitotiikan perusperiaatteet. Teoksessa S. Saarni (toim.) *Lääkärin etiikka*. Joensuu: Suomen lääkäriliitto, 23–27.
- Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2006) *Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Rundall, T. G., Shortell, S. M. & Alexander, J. A. (2004) A Theory of Physician-Hospital Integration: Contending Institutional and Market Logics in the Health Care Field. *Journal of Health and Social Behavior* 45 (Extra Issue), 102–117.
- Ryynänen, O.-P., Kinnunen, J., Myllykangas, M., Lammintakanen, J. & Kuusi, O. (2004) Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi. *Esiselvitys*. Helsinki: Tulevaisuusvaliokunta.
- Saarni, Samuli (toim.) (2005) *Lääkärin etiikka*. Joensuu: Suomen lääkäriliitto.
- Scott, R. W. (1995) *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks CA: Sage.
- Scott, R. W. & Meyer, J. W. (1991) *The Organization of Societal Sectors: Propositions and Early Evidence*. Teoksessa W. W. Powell & P. J. DiMaggio (toim.) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. USA: The University of Chicago Press, 108–140.
- Scott, R. W., Ruef, M. & Mendel, P. J. & Caronna, C. A. (2000) *Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Shortell, S. M. & Kaluzny, A. D. (2006) *Organization Theory and Health Services Management*. Teoksessa S. M. Shortell & A. D. Kaluzny: *Organization Design and Behavior*. Clifton Park (NY): Thomson Delmar Learning, 5–41.
- Starkweather, D. & Cook, K. S. (1988) *Organization-Environment Relations*. Teoksessa S. M. Shortell & A. D. Kaluzny: *Health Care management. A Text in Organization Theory and Behavior*. New York: John Wiley & Sons Inc, 344–378.
- Suchman, M. C. (1995) *Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches*. *The Academy of Management Review* 20 (3), 571–610.
- Sy, T. & D’Annunzio, L. S. (2005) *Challenges and Strategies of Matrix Organizations: Top-Level*

- and Mid-Level Managers' Perspectives. *Human Resource Planning* 28 (1), 39–48.
- Teperi, J., Porter, M. E., Vuorenkoski, L. & Baron, J. (2009) *The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective*. Helsinki: Sitra.
- Tevameri, T. (2010) Prosessimaisen toiminnan johtaminen ja organisointi sairaalaorganisaatioissa. *Hallinnon tutkimus* 29 (3), 221–238.
- Tevameri T. & Kallio T. (2009) Matriisi- ja prosessimainen toimintatapa sairaalaorganisaatioiden uudelleenkehittämisessä. *Hallinnon tutkimus* 28 (1), 15–32.
- Toivonen, J. (2000) Reppumiehistä kokonaistoi- mituksiin. Telakkateollisuuden alihankinnan toimintatapamuutoksen institutionaalinen analyysi. Turku: Turun kauppakorkeakoulu.
- Torppa, K. (2007) Managerialismi suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa: tutkimus yksityissektorin johtamisoppien soveltamisesta neljässä yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä ja arvio managerialismin soveltuvuudesta julkisen erikoissairaanhoidon uudistamiseen. Oulu: Oulun yliopisto.
- Tuomi, J. & Sarajärvi A. (2009) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Tuominen, J. (2010) Selvitysmiehen selvitys koskien HUSin johtamisjärjestelmän uudistamista. Teoksessa L. A. Laitinen (toim.) *HUS siunatkoon*. Porvoo: Duodecim, 187–200.
- Turner, S. G., Utley, D. R. & Westbrook, J. D. (1998) Project managers and functional managers: A case study of job satisfaction in a matrix organization. *Project Management Journal* 29 (3), 11–19.
- Virtanen, P. & Wennberg, M. (2005) *Prosessijoh- taminen julkishallinnossa*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Virtanen, J. V. (2010) Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmas- ta. Turku: Turun kauppakorkeakoulu.
- Wiili-Peltola, E. (2005) *Sairaala muutosten risti- paineessa*. Helsinki: HAUS kehittämiskeskus Oy.

Artikkeli 4 Tevameri, Terhi – Virtanen, Juha V. (2013) Tilivelvollisuuden organisointi ja ilmeneminen matriisirakenteessa sairaalaorganisaatiossa, case TYKS matriisiorganisaatiouudistus. *Hallinnon tutkimus*, Vol. 32 (4), 251–269.

Julkaistu uudelleen Hallinnon tutkimus -lehden luvalla.

Tilivelvollisuuden organisointi ja ilmeneminen matriisirakenteessa sairaalaorganisaatiossa, case TYKS matriisiorganisaatiouudistus

Terhi Tevameri & Juha V. Virtanen

ABSTRACT

The organization and presence of accountability in the hospital matrix structure, Case TYKS matrix organization

This study concerns the organization and presence of accountability in hospital matrix organizations. The topic is relatively unknown and has not been studied in depth. However, it is essential to gain knowledge of this issue in that accountability must coincide with organization design and function. This is a qualitative and empirical case study, and the research material consists of focus group interviews and diverse written material. The study produces new information on the presence of accountability in hospital matrix organizations by using accountability levels to recognize the central instances of accountability in the context of matrix key roles. On the basis of this study, we argue that accountability can cause many organizational and managerial challenges in the matrix structure. For example, it is worth assessing how accountability can be organized in terms of matrix key roles and the effectiveness of patient care. By making accountability visible it is possible to address these challenges. The accountability perspective offers a practical tool to confront the complexity of hospital organizations. Accountability should also be considered when designing a hospital organization.

Keywords: accountability, accountability levels, matrix organizations, hospital

JOHDANTO

Lääketieteen kehitys, väestörakenteen muutokset, julkisen talouden kiristyminen ja vaatimus yhä paremmista palveluista haastavat terveydenhuoltoa uusiutumaan. Organisatoriset rakenneratkaisut ovat yksi mahdollinen keino vastata näihin muutossaasteisiin. Sairaalaorganisaatioiden uudistukset johtavat usein erilaisiin matriisi- ja prosessimaisiin organisatorisiin järjestelyihin (Tevameri & Kallio 2009; Tevameri 2010). Matriisiorganisaatiolla tarkoitetaan rakennetta, jossa johtajuutta ja vastuuta on jaettu organisaation prosessijohtamisen ja funktiojohtamisen kesken (ks. esim. Tevameri 2010). Matriisirakenteen voidaan siis yksinkertaistaen ajatella muodostuvan kahdesta eri rakenteesta, jossa kummallakin rakenteella – funktionaalisella ja prosessirakenteella – on omat johtajansa (Hatch 1997, 189). Matriisimaisilla toimintatavoilla voidaan kuitenkin tarkoittaa sairaalaorganisaatioiden tapauksessa hyvin monenlaisia organisatorisia vaihtoehtoja (Tevameri 2010). Matriisimaisia organisaatioita ei myöskään välttämättä kutsuta nimenomaisesti matriisirakenteiksi, vaan sairaalaorganisaation tapauksessa niitä voidaan nimittää esimerkiksi osamiskeskuksiksi ja jopa prosessiorganisaatioiksi (Tevameri 2012, 165; Tevameri & Kallio 2009). Siirtyminen matriisimaiseen organisaatorakenteeseen merkitsee muutosta toimijoiden keskinäisissä valta-, vastuu- ja tilivelvollisuussuhteissa.

Tilivelvollisuudella tarkoitetaan yleisesti sitä, kenelle tai mille taholle toimija on velvollinen

selvittämään toimintaansa¹. Tilivelvollisuutta voidaan tarkastella myös erilaisista näkökulmista, esimerkiksi pelkästään taloudelliseen vastuuseen, tiettyyn ammattikuntaan tai organisaation sisäiseen toimintaan liittyvänä ilmiönä. (Virtanen 2010, 129–130.) Tässä tutkimuksessa tilivelvollisuus nähdään laajana ilmiönä, joka ulottuu kaikkiin niihin tahoihin, joille vastuunkantaja on velvollinen selvittämään toimintaansa.

Tilivelvollisuuden tutkimus julkisen sektorin ja terveydenhuollon näkökulmasta on herättänyt tutkijoissa kiinnostusta (esim. Koppell 2005; Romzek & Dubnick 1987; Isosaari 2008). Sen sijaan tilivelvollisuutta matriisiorganisaatioissa käsittelevä kirjallisuus on varsin vähäistä. Lisäksi kirjallisuus pelkästään sivuaa aihetta eikä kailta osin perustu tieteelliseen tutkimustietoon. Terveydenhuollon matriisiorganisaatioiden tapauksessa tilivelvollisuudesta ei ole juuri löydetävissä kirjallisuutta. Näin siitä huolimatta, että tilivelvollisuuden ilmenemisen ja organisaatiorakenteiden välillä on todettu olevan keskinäistä yhteyttä (vrt. Simons 2005, 88–93; vrt. Isosaari 2008). Tilivelvollisuuden ilmenemistä terveydenhuollon organisaatioissa onkin aiemmin tutkittu organisaation valtarakenteisiin kytkeytyvän ilmiönä², fokuoitetun erityisesti lähijohdamisen näkökulmaan (ks. Isosaari 2008).

Tilivelvollisuuden tutkimus sairaaloissa on erityisen tärkeää, sillä sairaalassa toimijoiden tilivelvollisuussuhteilla voi olla vaikutusta hoitopäätöksiin, resurssien jakautumiseen ja viime kädessä potilaan saamaan hoitoon. Lisäksi sairaalaorganisaatioiden johtajilla on havaittu olevan merkittäviä tilivelvollisuuteen, vastuuseen, valtaan sekä esimiehisytyteen liittyviä epäselvyyksiä (Virtanen 2010, 214).

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan *tilivelvollisuuden organisoimista ja ilmenemistä matriisirakenteisessa sairaalaorganisaatioissa*. Tutkimuksessa keskitytään vain sairaalaorganisaation kliiniseen puoleen, eli siihen osaan sairaalaorganisaatiosta, jonka välittömänä tehtävänä on tutkia ja hoitaa potilaita. Tutkimuksella haetaan vastausta kahteen tutkimuskysymykseen:

1. Miten tilivelvollisuus ilmenee matriisirakenteessa ja matriisirakenteeseen liittyvissä tehtäväkuvissa sairaalaorganisaation tapauksessa kliinisen puolen näkökulmasta?

2. Millaisia johtamiseen ja organisoimista liittyviä haasteita tilivelvollisuuden huomioon ottaminen aiheuttaa matriisirakenteisen sairaalaorganisaation toiminnassa ja toiminnan suunnittelussa kliinisen puolen näkökulmasta tarkasteltuna?

Tutkimus on luonteeltaan laadullinen empiirinen case-tutkimus, jonka case on Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) matriisiorganisaatiouudistus³. Tässä artikkelissa tarkastellaan ensin tilivelvollisuutta ja matriisirakennetta teorian valossa. Tämän jälkeen esitellään tutkimuksen case sekä käytetyt aineistot ja menetelmät. Lopuksi tarkastellaan tilivelvollisuuden ilmenemistä ja organisoimista matriisirakenteisessa sairaalaorganisaatioissa casen valossa. Artikkelin päättyy johtopäätöksiin ja keskusteluun.

TILIVELVOLLISUUS JULKISORGANISAATION JA SAIRAALAORGANISAATION TAPAUKSESSA

Tilivelvollisuustyypit julkisorganisaatioissa

Tilivelvollisuuskäsitteen tarkasta sisällöstä ei ole olemassa konsensusta. Mulgan (2000) on todennut käsitteen jatkuvasti laajentuneen ja saaneen laajentuneita merkityksiä. Koppell (2005) on puolestaan tunnistanut erilaisia tilivelvollisuuden ulottuvuuksia. Tilivelvollisuuteen liittyy läheisesti myös muita käsitteitä ja ulottuvuuksia, joita voi tarkastella suhteessa tilivelvollisuuteen.

Tilivelvollisuuteen voidaan kytkeä erityisesti vastuun, kontrollin ja responsiivisuuden käsitteet (ks. esim. Koppell 2005, 97–99; Mulgan 2000, 557–558, 563–569; Isosaari 2008, 75–79). Vastuun ja tilivelvollisuuden käsitteitä käytetään myös usein rinnakkain, joskin niillä on myös eroja (Isosaari 2008, 75–76). Tässä tutkimuksessa vastuu nähdään Isosaaren tavoin (2008, 76) osana tilivelvollisuutta.

Tilivelvollisuus voidaan nähdä työkaluna, jonka avulla yhteiskunta hallitsee julkista organisaatiota (Romzek & Dubnick 1987). Organisaatioon kohdistuu odotuksia ja kontrollia organisaation sisältä ja ulkopuolelta. Odotusten ja kontrollin lähteen ja laadun perusteella voidaan erottaa neljä tilivelvollisuustyyppeä: byrokraattinen, oikeudellinen, ammatillinen ja poliittinen tilivelvollisuustyyppeä. Tilivelvollisuustyypeistä byrok-

Taulukko 1. Tilivelvollisuuteen liitettyjä vastuualueita sairaalaorganisaatioissa (mukaillen Virtanen 2010, 129; Schneller & Wilson 2009).

MISTÄ VASTUUSSA	KENELLE/MILLE VASTUUSSA
Potilaiden hoito	Yleisölle, potilaalle, omaisille, työntekijälle itselleen
Tieteellinen tutkimus	Tiedeyhteisölle
Maine	Omalle sairaalayhteisölle, ammattikunnalle ja ammattiliitoille
Pätevytyminen käyttämään teknologiaa ⁴	Teknologian valmistajat ja edustajat, potilaat
Opiskelijoiden kouluttaminen	Opiskelijat, yhteiskunta, yliopisto
Henkilöstö	Henkilöstö
Tulosohjaus	Maksajat
Verkostoituminen	Toimintaympäristön yhteisöt, tiedeyhteisö
Laillisuus ja oikeusturva	Laillisuuden ja oikeusturvan valvojat

raattinen ja ammatillinen kuvaavat organisaation sisältä tulevia kontrollin lähteitä ja poliittinen ja oikeudellinen organisaation ulkopuolisia kontrollin lähteitä. (Romzek & Dubnick 1987, 228–230; Isoaari 2008, 78–88.)

Byrokraattinen tilivelvollisuustyyppi liittyy julkisorganisaatioiden tapauksessa virka-asemaan, josta on säädetty esimerkiksi viranhaltijalaissa. Virka-asemaan liittyy myös vastuu laadusta ja tuloksesta. (Isoaari 2008, 79–81.) Byrokraattisen tilivelvollisuustyyppin ohella voidaan myös käyttää termiä hierarkkinen tilivelvollisuus, joka liittyy esimerkiksi organisaation komentoketjuun, ohjeistuksiin ja sääntöihin (Romzek & Ingraham 2000, 242). Oikeudellinen tilivelvollisuus liittyy lainsäädännön huomioon ottamiseen (ks. esim. Romzek & Dubnick 1987). Lainsäädäntö on hyvin merkittävä käytännön toimintaan vaikuttava tekijä sairaaloissa ja ilmenee usein organisoimisen rajoitteena matriisirakenteen käyttöönoton yhteydessä (Tevameri 2012). Uuden terveydenhuoltolain yhtenä tarkoituksena on edistää terveydenhuollon organisaatioiden asiakaskeskeisyyttä (Finlex 2012), mikä voi ohjata sairaalaorganisaatioita matriisi- ja prosessimaisten toimintatapojen käyttöönottoon.

Ammatillinen tilivelvollisuus liittyy sisäistettyihin ammatillisiin normeihin. Työntekijöiden oletetaan soveltavan työssään parhaita käytänteitä. Ammatilliseen tilivelvollisuuteen kuuluu tilivelvollisuus ammattiliittoja, yleisöä ja ammattilaista itseään kohtaan. Tilivelvollisuus

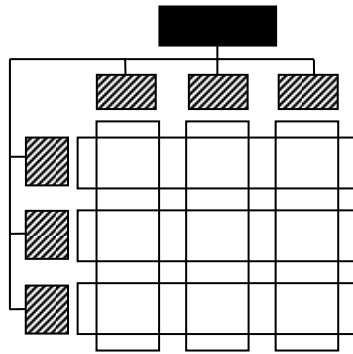
itseä kohtaan on ammatillisen tilivelvollisuuden sisäinen ulottuvuus, millä viitataan siihen, että myös ammatillaisen henkilökohtaiset arvot muovaavat hänen tilivelvollisuuttaan. Tilivelvollisuustaho on tällöin hypoteettinen ”sisäinen minä”. Ammatilliseen tilivelvollisuuteen kuuluu oleellisesti myös vastuu asiantuntijuudesta ja ammattitaidon ylläpitämisestä. (Romzek & Ingraham 2000, 242; Isoaari 2008, 84–87; Mulgan 2000, 560–561.)

Poliittinen tilivelvollisuus edellyttää ulkopuolisten sidosryhmien, kuten luottamushenkilöiden, kansalaisten tai asiakasryhmien, odotusten huomioon ottamista (Romzek & Ingraham 2000, 242–243). Poliittiseen tilivelvollisuuteen kuuluu täten arvopainotuksena responsiivisuus sidosryhmiä kohtaan (Romzek & Dubnick 1987, 230; Isoaari 2008, 87–89).

Tilivelvollisuus sairaalaorganisaatioissa

Taulukossa 1 on Virtasta (2010, 129) sekä Schnelleriä ja Wilsonia (2009) mukaillen esitetty sairaalaorganisaatioissa esiintyviä tilivelvollisuuteen liitettyjä vastuualueita sekä tahoja, joihin tilivelvollisuus kohdistuu.

Kuten taulukosta havaitaan, tilivelvollisuus sisältää määrittelyn siitä, mistä sairaalaorganisaatio on tilivelvollinen ja kenelle. Organisaatiota suunniteltaessa on tämän lisäksi eriteltävä, kuka tai mikä (henkilö tai yksikkö) organisaatioissa on tilivelvollinen (vastuunkantaja) (vrt. Simons 2005, 18). Taulukosta ilmenee myös, että tilivel-



Kuvio 1. Matriisiorganisaatorakenne (Tevameri & Kallio 2009, 17).

velvollisuustahot ovat karkeasti jaettavissa organisaation sisäisiin tahoihin (itselle, sairaalayhteisölle, henkilöstölle) ja organisaation ulkopuolisiin tahoihin, kuten esimerkiksi yleisöön, ammattiliittoihin ja ammattikuntiin⁵, tiede- ja muihin toimintaympäristön yhteisöihin, teknologian valmistajiin, laillisuuden valvojiin ja maksajiin. Tämä noudattelee edellä kuvattua tilivelvollisuustyyppien mukaista jaottelua organisaation sisäisiin ja ulkopuolisiin kontrollin läheisiin. Taulukosta ilmenee myös, että sairaalaorganisaatioon liitetyt tilivelvollisuudet ovat moniulotteisia ja monille tahoille jakaantuvia.

MATRIISIORGANISAATIO JA TILIVELVOLLISUUS

Matriisirakenne ja matriisiorganisaation avainroolit

Matriisiorganisaatiossa voidaan yhdistää funktionaalisen rakenteen tuoma tehokkuus ja erikoisosaaminen sekä prosessirakenteen mahdollistama joustavuus ja asiakaslähtöisyys (Hatch 1997, 188–189; Parvinen ym. 2005, 194–195). Täten matriisirakenne on sairaalaorganisaatioille lähtökohtaisesti hyvin soveltuva rakennevaihtoehto (Tevameri & Kallio 2009).

Vaikka matriisiorganisaatorakenteella kirjallisuudessa yleensä tarkoitetaan erityisesti klassiseen matriisirakenteen tyyppiä, jossa valta on tasapuolisesti jaettu funktionaalisen ja prosessidimension kesken (ks. esim. Gottlieb 2007, 35), on matriisiorganisaatioita ja matriisimaisia toimintalogiikoita olemassa hyvin erilaisia. Siksi

matriisiorganisaatorakenteen määrittely on melko väljää. (Tevameri & Kallio 2009; Tevameri 2010.) Kuviossa 1 on esitetty klassinen matriisiorganisaatorakenne.

Myös sellaisissa sairaalaorganisaatioissa, jotka eivät virallisten organisaatiomääritysten perusteella ole matriisiorganisaatioita, voi olla käytössä matriisimaisia toimintalogiikoita. Niitä voi aiheutua esimerkiksi ammatillisista linjaorganisaatioista, jotka eivät välttämättä näy virallisissa organisaatiomäärittelyissä, mutta joiden mukaan kuitenkin toimitaan. Käytännössä hoitajien ja lääkäreiden ammatilliset linjaorganisaatiot johtavat helposti matriisimaiseen toimintalogiikkaan, vaikka johtajat eivät sitä välttämättä itse tiedosta. (Virtanen 2010.)

Matriisirakenteen mahdollisuuksien ja etujen lisäksi siihen liittyy myös organisatorisia haasteita. Suurin haaste liittyy kahtaalle jakaantuneeseen johtajuuteen (ks. esim. Hatch 1997, 189). Matriisirakenne voi myös edellyttää uudenlaisen johtajuusidentiteetin syntymistä siirryttäessä esimerkiksi divisioonarakenteesta matriisiorganisaatorakenteeseen (Varis 2012). Lisäksi sairaaloiden vahvat professiot ja monet instituutiot merkitsevät lisähaastetta matriisirakenteelle (Tevameri & Kallio 2009; Tevameri 2012).

Davis ja Lawrence (1977, 46–52) ovat tunnistaneet matriisiorganisaatorakenteisiin keskeisesti liittyvät kolme avainroolia. Ne ovat matriisin ylimmän johdon, matriisijohtajien eli matriisinvartijoiden ja kahden esimiehen johtajien roolit. Avainroolit esiintyvät tyypillisesti matriisirakenteessa huolimatta rakenteen tar-

kemmasta muodosta tai käytetyistä nimikkeistä. (Ibid.) *Matriisin ylimmän johdon rooli* voi olla yhdellä tai useammalla henkilöllä (Davis & Lawrence 1977, 47). Matriisille voidaan nimetä myös erillinen johtaja, jota kirjallisuudessa nimitetään matriisin vartijaksi tai matriisin johtajaksi (matrix guardian) (Sy & D'Annunzio 2005). *Matriisijohtajan roolilla* viitataan matriisirakenteen prosessipuolen johtajiin (prosessinomistajat) ja funktionaalisen puolen johtajiin. Avainrooleihin kuuluvana Davis ja Lawrence (1977, 46–47) mainitsevat myös niiden johtajien roolin, joilla on itsellään kaksi esimiestä. Kahden esimiehen malli ei kuitenkaan väistämättä kuulu matriisirakenteeseen, kuten myöhemmin tässä tutkimuksessa tullaan kuvaamaan. Tästä syystä tämä avainrooli nimetään tässä tutkimuksessa laueammin *matriisin alemman johdon rooliksi*. Kirjallisuudessa todetaan tiimien liittyvän oleellisesti matriisirakenteeseen (Gottlieb 2007; Sy & D'Annunzio 2005, 45–46). *Tiimien rooli* voidaan määritellä matriisirakenteen neljänneksi avainrooliksi.

Organisatoristen tasojen yhteys tilivelvollisuuden tasoihin

Parsons (1960) ja myöhemmin Thompson (1967, 10–12; 1974, 22–25) ovat tarkastelleet organisaatioiden erilaisia vastuuseen, valvontaan ja ohjaukseen liittyviä tasoja. Tällöin he ovat erottaneet organisaatioissa kolme erilaista tasoa: i) tekninen (technical level), ii) hallinnollinen (managerial level) ja iii) institutionaalinen taso (institutional level). Romzek ja Dubnick (1987, 230) ovat puolestaan liittäneet tämän organisaation vastuuseen liittyvän kolmen tason teorian tilivelvollisuuteen ja siten jakaneet tilivelvollisuuden kolmeen erilaiseen tasoon: teknisen tason tilivelvollisuuteen, hallinnon tason tilivelvollisuuteen ja institutionaalisen tason tilivelvollisuuteen.

Organisaatioteoreettisesta näkökulmasta organisaation teknisellä tasolla tarkoitetaan organisaation operationaalista tasoa (ks. tarkemmin Mintzberg 1979, 21–22, 24; vrt. Thompson 1967, 10). Parsonsin (1960) Thompsonin (1967) mainitsema organisaation hallinnollinen taso voidaan jakaa organisaatioteoreettisesti keskilinjaan⁶ ja strategiseen huippuun (ks. esim. Mintzberg 1979, 20, 24–28). Tällä perusteella

organisaatiossa voidaan erottaa neljä eri tasoa: operationaalinen taso, keskilinjan taso, strategisen huipun taso ja institutionaalinen taso. Vastaavasti tilivelvollisuuden tasot voidaan jakaa neljään tasoon: operatiivisen, keskilinjan, strategisen huipun ja institutionaalisen tason tilivelvollisuuteen. Tällöin näkökulmana on pelkästään tilivelvollisuus organisaatiossa ja sen organisatoristen tasojen tarkastelussa. Seuraavaksi syvennytään tarkemmin eri tilivelvollisuuden tasoihin suhteessa matriisirakenteen avainrooleihin.

TILIVELVOLLISUUDEN ILMENEMINEN JA ORGANISOINTI MATRIISIRAKENTEESSA SAIRAALAORGANISAATIOSSA

Operatiivisen ja keskilinjan tason tilivelvollisuus

Organisatorinen muutos hajautetumpaan rakenteeseen merkitsee muutosta myös organisaation tilivelvollisuussuhteissa (vrt. Simons 2005, 92–93). Matriisirakenteeseen siirryttäessä edellä mainitut organisaatiotasot säilyvät, sillä esimerkiksi funktiot tavalla tai toisella säilyvät (vrt. Tevameri & Kallio 2009). Täten myös keskijohdon taso säilyy matriisirakenteisessa sairaalassa. Matriisirakenteen tyyppi voi kuitenkin vaikuttaa siihen, kuinka monta keskijohdon tasoa organisaatiossa löytyy.

Matriisirakenteen avainroolit ovat sijoitettavissa eri organisatorisille tasoille ja siten myös eri tilivelvollisuustasoille. Operationaalinen taso koostuu niistä henkilöistä, jotka välittömästi liittyvät organisaation tavaroiden tai palvelujen tuottamiseen (Mintzberg 1979, 24). Sairaaloitten kliininen toiminta ja *operatiivisen tason tilivelvollisuus* kytkeytyvät potilaiden tutkimiseen ja hoitoon. Työntekijä on tilivelvollinen itselleen, hoitamilleen potilaille ja heidän omaisilleen sekä toisinaan opiskelijoille, joita hän opastaa. Tiimit voivat toimia organisaation eri tasoilla, mutta matriisirakenteessa ne ovat tavanomaisia organisaation operatiivisella tasolla (vrt. Gottlieb 2007). Siksi tiimejä tarkastellaan tässä tutkimuksessa ensisijaisesti operatiivisen tason toiminnan näkökulmasta.

Sairaalassa lääkäri on ollut perinteisesti henkilökohtaisesti tilivelvollinen potilaan hoidosta. Hänellä on ollut oikeus määrätä potilaan hoi-

toon liittyvistä asioista myös niiden työntekijöiden osalta, jotka eivät virallisesti ole hänen alaisiaan. Matriisirakenteessa tämän periaatteen on kuvattu muuttuvan niin, että tiimi kokonaisuutena ja kaikki sen jäsenet ovat tilivelvollisia potilaan hoidosta eikä vain lääkäri henkilökohtaisesti. (Dixon 1977, 86.) Edelleenkin yhteiskunnan odotukset ja lainsäädäntö kytkeytyvät Dixonin kuvaamalla (1977, 86) tavalla sille periaatteelle, että lääkäri on henkilökohtaisesti tilivelvollinen. Kraines (2001, 102–103) tyrmää ajatuksen koko tiimin tilivelvollisuudesta liian haasteellisenä toteuttaa.

Organisaation *keskilinjan tason tilivelvollisuuteen* liittyvät muun muassa esimies-alaisuudet operatiivisen ja keskilinjan tason välillä (Mintzberg 1979, 26–28; vrt. Mintzberg 2009, 109–111). Tähän kytkeytyy matriisirakenteen tyypillinen piirre ja organisatorinen haaste: kahtaalle jakaantunut johtajuus (Sy & D'Annunzio 2005; Tevameri & Kallio 2009). Simons (2005, 130–131) toteaa, että matriisirakenteesta seuraa kahden esimiehen malli ja siten myös kahtaalle jakaantunut tilivelvollisuus. Ilmeisesti Simons viittaa matriisirakenteella pelkästään niin kutsuttuun tasapainoiseen eli klassiseen matriisirakenteeseen, jossa valta on jaettu tasapuolisesti horisontaalisen ja vertikaalisen dimension kesken. Matriisiorganisaatioissa on kuitenkin olemassa erilaisia vaihtoehtoja jakaa valtaa horisontaalisen ja vertikaalisen dimension suhteen. Tämän perusteella erotetaan kolme matriisiorganisaation päätyyppiä: funktionaalinen, klassinen eli tasapainoinen ja projektimatriisi. Funktionaalisessa matriisissa prosessinomistajan valta rajoittuu lähinnä koordinointiin, kun projektimatriisissa prosessinomistajalle on siirretty huomattava päätösvalta esimerkiksi resursseista ja asiakkaista. (ks. tarkemmin Tevameri 2010; Gottlieb 2007, 29, 59–64.) Täten matriisirakenne ei välttämättä tarkoita sitä, että työntekijällä olisi kaksi esimiestä. Yleisemminkin on syytä tiedostaa, että tilivelvollisuussuhde ei automaattisesti merkitse esimies-alaisuutta. Sairaaloissa tilivelvollisuuden ja esimiehisyyden välinen käsite-ero jää kuitenkin usein johtajilta tiedostamatta (Virtanen 2010, 130–133).

Matriisirakenteessa esimies on ensisijaisesti tilivelvollinen tuloksista, ja työntekijöille tai tiimin jäsenille jätetään valinnanvapautta sen suhteen, miten tulokset saavutetaan (Martin

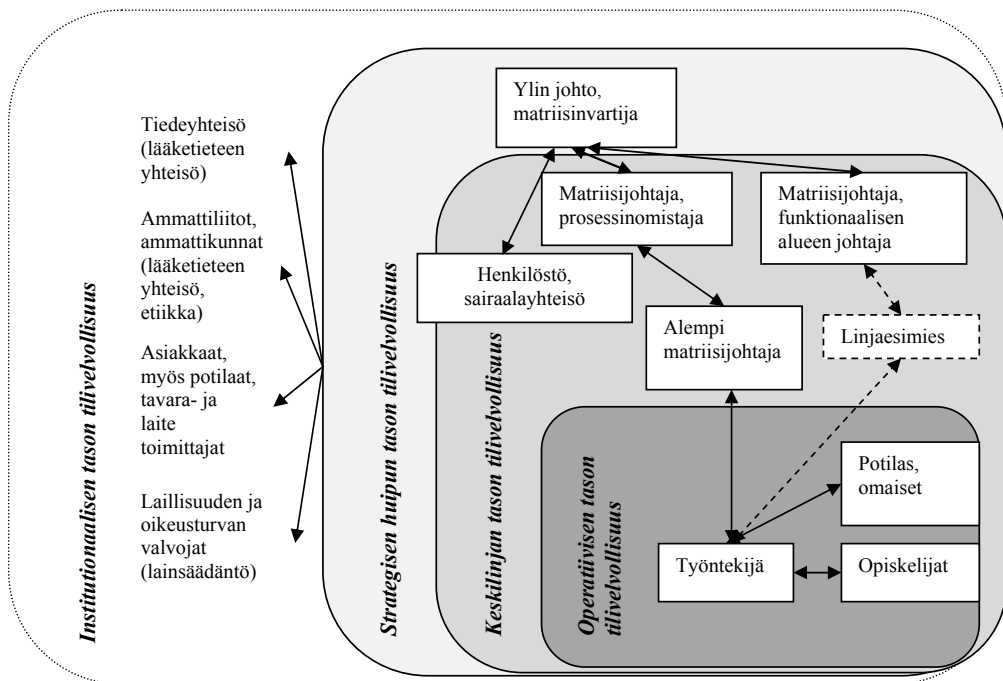
2008, 28; Simons 2005, 9–10.) Tämän tyyppinen väljä tilivelvollisuuden organisointi soveltunee sairaalankaltaisille asiantuntijaorganisaatioille lähtökohtaisesti hyvin. Sairaaloissa professiot ovat tilivelvollisia hoidon tuloksista myös suoraan potilasasiakkaille, ja ne myös itse kontrolloivat omaa työtään (Mintzberg 1979, 358). Sairaalaorganisaation tapauksessa asiakkuus on kuitenkin monitahoinen. Sairaalaorganisaation asiakkaita ovat potilaiden lisäksi myös muut maksajat, kuten kunnat ja vakuutusyhtiöt. (ks. esim. Tevameri 2010, 225.) Tästä seuraa monitahoinen tilivelvollisuus suhteessa erilaisiin asiakkaisiin, myös organisaation keskilinjan tasolla (vrt. Mintzberg 1979, 29).

Vaikka keskilinjaan kuuluvien johtajien päätösvalta sairaalassa rajoittuu omaan organisaatioon ja johtamaansa yksikköön, he hoitavat usein myös sairaalaorganisaation ulkopuolelle suuntautuvia tehtäviä, jotka usein liittyvät hoidon porrastukseen, suunnitteluun ja koulutukseen (Virtanen 2010). Lisäksi he saattavat toimia valtakunnallisella tai kansainvälisellä tasolla oman alansa asiantuntijoina esimerkiksi laatimassa työryhmissä suosituksia ja käytänteitä hyvästä hoidosta. Täten heidän tilivelvollisuutensa voi ulottua myös institutionaaliselle tasolle.

Davisin ja Lawrencen (1977) tunnistamista matriisirakenteiden avainrooleista matriisi-johtajat (prosessinomistajat ja funktiojohtajat) sekä heidän välittöminä alaisinaan toimivat alemmat matriisijohtajat voidaan laskea kuuluviksi organisaation keskilinjan tasoon. Davis ja Lawrence (1977, 50) tuovat esiin, että alempi matriisijohto toimii ainoana esimiehenä alaisilleen, toisin sanoen komentoketju on suhteessa operationaalisen tasoon yhdensuuntainen. Sairaalaorganisaation tapauksessa tämä periaate ei kuitenkaan täysin päde, sillä sairaalaorganisaatioille tyypilliset hoitajien ja lääkäreiden linjaorganisaatiot johtavat käytännössä myös matriisimaiseen toimintalogiikkaan (Virtanen 2010, 214), jolloin esimiehiä voi käytännössä olla operatiivisen tason työntekijöilläkin kaksi.

Strategisen huipun tason ja institutionaalisen tason tilivelvollisuus

Strategiseen huippuun kuuluu organisaation ylin johto. Ylimmällä johdolla viitataan henkilöihin, jotka kantavat virallisesti yleisen vastuun



Kuvio 2. Sairaalaorganisaation matriisirakenteessa ilmenevät keskeiset tilivelvollisuudet ja tilivelvollisuuden tasot.

organisaatiosta ja joille kaikki muut suoraan tai välillisesti raportoivat. Ylimmän johdon tehtävät liittyvät sekä organisaation sisäiseen toimintaan että yhteyksien johtamiseen organisaation toimintaympäristöön. (Mintzberg 1979, 24–25; Mintzberg 2009, 109.)

Strategisen huipun tason tilivelvollisuus jakautuu täten sairaalan sisäiseen ja -ulkoiseen tilivelvollisuuteen. Sairaalan sisäinen tilivelvollisuus kohdistuu sairaalayhteisöön (henkilöstö) ja sairaalan ulkoinen tilivelvollisuus sairaalan ulkoisiin toimijoihin, kuten tavarantoimittajiin, laillisuusvalvontaan, tiedeyhteisöön, ammattikuntiin ja ammattiliittoihin. (vrt. Virtanen 2010, 129–130.) Nämä sairaalaorganisaation ulkopuoliset tahot ovat sairaalaorganisaatioiden ympäristön keskeisiä instituutioita, jotka vaikuttavat sairaalaorganisaatioiden toimintaan ja matriisirakenteen lopulliseen muotoutumiseen (vrt. Tevameri 2012). Täten strateginen johto vastaa *institutionaalisen tason tilivelvollisuudesta*. Toimivan johdon lisäksi vastuuta kantaa sairaalan luottamushenkilöorganisaatio, esimerkiksi

valtuusto ja hallitus. Kuten aiemmin mainittiin, myös keskilinjaan kuuluvilla johtajilla voi sairaalassa olla merkittäviä institutionaalisia tilivelvollisuuksia. Tällöinkin viimekädessä sairaalan strateginen johto kantaa vastuun siitä, että sairaala toteuttaa institutionaalista tilivelvollisuuttaan. Matriisirakenteen osalta Davis ja Lawrence (1977, 47) tunnistavat myös matriisin ylimmän johdon erityisen tehtävän, vallan tasapainottamisen. Strategisen johdon tilivelvollisuus potilasta kohtaan on luonteeltaan institutionaalista eikä operatiivista. Se ei kohdistu yksittäiseen sairaalassa hoidettavaan potilaaseen, vaan ilmenee asianmukaisen tutkimuksen ja hoidon järjestämisenä niitä mahdollisesti tarvitseville.

Kuviossa 2 on matriisirakenteisen sairaalaorganisaation keskeiset tilivelvollisuudet esitetty tilivelvollisuustasoin. Sulkeisiin on merkitty se sairaalaorganisaation toimintaan vaikuttava instituutio (Tevameri 2012; Parvinen ym. 2005, 125), johon tilivelvollisuus keskeisesti kytkeytyy.

Kuvion tarkoituksena on osoittaa, miten tilivelvollisuudet painottuvat eri organisaatiota-

soilla. Käytännössä tilivelvollisuudet ovat osin päällekkäisiä ja toisiinsa limittyviä (Virtanen 2010, 130). Sama tilivelvollisuus voi ilmetä useilla tasoilla, mutta painotukset ja ilmenemisen tapa vaihtelevat. Esimerkiksi tilivelvollisuus potilaille ja tiedeyhteisölle ilmenee kaikilla tilivelvollisuustasoilla. Vastaavasti tilivelvollisuus henkilöstölle ja sairaalayhteisölle ulottuu käytännössä myös operatiiviselle tasolle.

TUTKIMUSASETELMA SEKÄ TUTKIMUKSEN AINEISTOT JA MENETELMÄT

Tutkimuksen case on Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) matriisiorganisaatiouudistus. Organisaation johtamisjärjestelmä on otettu käyttöön alkuvuodesta 2013. TYKSin organisaatiosuunnittelussa on päädytty kahdeksaan toimialueeseen ja kahteen palvelualueeseen⁷. Toimialueista on käytetty myös nimitystä hoitolinja ja ydinprosessi (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2011; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010, 19–20). Toimialueet jaetaan edelleen vastuualueisiin ja vastuualueet puolestaan hoitoprosesseihin. Täten TYKSin organisaatiosta muodostuu matriisiorganisaatiokenttä (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010, 22; ks. myös Tevameri & Kallio 2009). Tämän lisäksi myös osaamiskeskukset, kuten sydänkeskus, itsessään ovat yleensä yhdyntyyppisiä matriisirakenteita (Tevameri 2012, 165).

TYKSin organisaatiouudistuksesta on kerätty aineistoa monesta eri lähteestä vuosien 2008–2012 välisenä aikana. Aineisto koostuu neljästä fokusryhmähaastattelusta sekä runsaasta dokumenttiaineistosta. Tällaista ratkaisua voidaan käyttää case-tutkimuksessa (Eriksson & Kovalainen 2008, 176).

Elokuun ja marraskuun 2008 välisenä aikana tehtiin case-organisaatiossa neljä fokusryhmähaastattelua (jatkossa käytetään termiä ryhmähaastattelu). Ryhmähaastatteluihin osallistuivat seuraavat ryhmät: ylin johto, hankesuunnitteluun kuuluvien ryhmä sekä kaksi yksiköiden johdosta koostuvaa ryhmää. Haastateltavia oli yhteensä 14, ja kussakin ryhmässä oli 3–4 osallistujaa. Ehdotus ryhmien koostamisesta tuli kohdeorganisaatiosta. Organisaatiouudistuksen ja johtamisjärjestelmän kehittäjä on toteutettu osin myös samankaltaisesti koostetuissa ryhmissä. Näillä osallistujaryhmillä oli myös läh-

tökohtaisesti arvioituna eniten tietoa tulevasta organisaatiouudistuksesta, ja heidän asemansa on organisaation kehittämisessä keskeinen. Tapauksissa, joissa pyritään kehittämään toimintaa tai edistämään muutosta, on usein käytetty metodina juuri ryhmähaastattelua (Eriksson & Kovalainen 2008, 178; Mäntyranta & Kaila 2008, 1508). Ryhmähaastattelut kannustavat osallistujia erilaisten ratkaisujen ja näkökulmien esittämiseen (Eriksson & Kovalainen 2008, 178).

Haastattelun teemoja olivat seuraavat:

- Mitä muuttuu uudessa organisaatiossa johtamisen näkökulmasta?
- Prosessinomistajan työkuva
- Miten uutta organisaatiota johdetaan?
- Johtamisen haasteet ja mahdollisuudet uudessa organisaatiossa
- Miten uudesta hoidon tuottamisorganisaatiosta saadaan mahdollisimman toimiva?

Haastateltavia ohjattiin keskustelemaan ensisijaisesti toistensa kanssa haastattelun teemojen ympärillä. Haastattelijat toimi tarkkailijan roolissa ja teki joitakin tarkentavia kysymyksiä. Ryhmähaastattelujen aikana haastattelijat teki myös joitakin muistiinpanoja. Haastatteluissa pyrittiin saamaan kuva tulevasta organisaatiokentästä muutoksista ja johtamisvastuista haastateltavien näkökulmasta ja ryhmässä käydyn keskustelun kautta. Haastatteluhetkellä ei ollut olemassa päätöstä tai ehdotusta tulevasta organisaatiosta ja johtamisjärjestelmästä, joten kaikki haastateltavien esittämät ratkaisut olivat sinällään mahdollisia. Haastateltavat kuitenkin esittivät sellaisia organisatorisia vaihtoehtoja, joissa funktiot tavalla tai toisella säilyivät prosessijohtamisen ohella. Näin ollen haastateltavat kuvasivat erilaisia matriisimaisia toimintalogiikoita ja rakenteita (vrt. Tevameri & Kallio 2009).

TYKSin toimintasäännön hyväksytyissä suuntaviivoissa (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2012d; 2012b) esitettiin ehdotus hallitukselle toiminta- ja hallintosääntöön liittyen TYKSin organisaatiouudistuksen toteuttamiseksi. Luonnoksissa on kuvattu vastuualuejohtajien, palveluyksikönohjaajien, toimialuejohtajien, palvelualuejohtajien, toimi- ja palvelualueiden ylihoitajien sekä sairaalajohtajan ja sairaalaylihoitajien tehtävät ja

Taulukko 2. Kirjallisen aineiston teorialähtöisessä analyysissä käytetty analyysirunko (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 113–117).

Matriisirakenteisen organisaation avainroolit ja niihin liittyvät tilivelvollisuudet				
Tilivelvollisuustahot	tiimit, työntekijä	matriisin alempi johto, matriisijohtajat	matriisin vartija, ylin johto	strateginen johto
	Potilaat, omaiset, työntekijä itselleen			
Oma sairaalayhteisö				
Ammattikunnat ja ammattiliitot				
Teknologian valmistajat ja edustajat				
Opiskelijat, tiedeyhteisö				
Tiedeyhteisö				
Henkilöstö				
Maksajat				
Toimintaympäristön yhteisöt				
Laillisuuden ja oikeusturvan vartijat				

toimivalta. Sittemmin on päätetty, että sairaalajohtajan tehtävää ei toistaiseksi täytetä, vaan sairaanhoitopiirinjohtaja toimii TYKSiin johtajana (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2012c; 2012a). Myös jäljempänä kuvattavissa ryhmähaastatteluisa keskusteltiin erilaisista vaihtoehtoisista malleista, joilla uutta matriisimaista kokonaisuutta johdettaisiin. Yleisemmin esitettiin, että T-sairaalakokonaisuus toimisi suoraan sairaanhoitopiirin johtajan alaisena. Vaihtoehtoisesti esitettiin, että T-sairaallalle nimettäisiin välijohtaja (matriisinvartija) tai välijohtajisto. Kummassakin vaihtoehtoisessa matriisin ylin johto voidaan kuitenkin katsoa kuuluvaksi organisaation strategiseen huippuun (vrt. Mintzberg 1979, 24–25).

Haastatteluaineisto litteroitiin sanatarkasti ja analysoitiin käyttäen teoriaohjaavaa (teo-

riasidonnaista) sisällönanalyysin menetelmää (ks. esim. Tuomi & Sarajärvi 2009, 117–120).⁸ Lisäksi analyysissa hyödynnettiin fokusryhmähaastattelun interaktiivista luonnetta (Eriksson & Kovalainen 2008, 187). Haastattelutilanteessa kiinnitettiin huomiota, miten haastateltavat ryhmäkeskustelun kautta vaikuttivat toistensa käsityksiin ja ryhmässä käydyn keskustelun suuntaan. Tämä toteutettiin käytännössä siten, että ensin haastatteluja kuunneltiin nauhalta useaan otteeseen ja litteroituja haastatteluja luettiin toistuvasti. Ryhmähaastatteluaineistosta huomioitiin ja litteroituun tekstiin tehtiin myös merkintöjä haastatteluissa tapahtuneista interaktiivisista tilanteista. Näitä olivat esimerkiksi tilanteet, joissa haastateltavilla ilmeni erilaisia käsityksiä ja näkemyksiä, tai joissa he ryhtyivät pohtimaan erilaisia tai laajempia näkökulmia

ryhmässä käydyin keskustelun pohjalta. Lisäksi pantiin merkille tilanteet, joissa kanta ilmaistiin voimakkaasti tai joissa haasteltavat olivat hyvin yksimielisiä. Täten haastatteluaineiston analyysissä huomioitiin yksittäisiä haastatteluja laajempi konteksti.

Tutkimuksen kirjallista aineistoa ovat organisaatiouudistusta käsittelevät Hankesuunnitelma (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010) ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin aiheeseen liittyvät Hallituksen kokouspöytäkirjat (14 kpl) liitteineen, joita kerättiin 1.1.2010–18.9.2012 väliseltä ajalta sekä konsulttiyrityksen tekemä, tutkimuskäyttöön saatu Raportti organisaation nykytila-analyysistä (2008), jonka aineistona on ollut laaja ryhmä- ja yksilöhaastatteluista sekä dokumenteista koostuva aineisto. Yhteensä kirjallista aineistoa kertyi noin 280 sivua.

Kirjallinen aineisto analysoitiin käyttäen teorialähtöistä sisällönanalyysin menetelmää. Aineiston analysoimiseksi laadittiin tilivelvollisuus- ja matriisiorganisaatioteoriaan perustuva analyysirunko (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 113). Käytetty analyysirunko on esitetty taulukossa 2.

Lisäksi dokumenttiaineistosta poimittiin seläläiset asiat, jotka jäivät analyysirungon ulkopuolelle, mutta jotka kuitenkin liittyivät tilivelvollisuuden ilmenemiseen ja organisointiin matriisirakenteisessa sairaalaorganisaatiossa. Näistä asioista muodostettiin uusia luokkia induktiivisesti. Tällaisia luokkia muodostui yhteensä 19. Ne olivat osin samankaltaisia kuin ryhmähaastatteluaineiston alaluokat. (ks. myös Tuomi & Sarajärvi 2009, 113–117.) Dokumenttiaineiston ja haastatteluaineiston analyysi kytkettiin lopuksi toisiinsa. Tällöin induktiivisesti koostetut teemat ja haastatteluaineiston sisällönanalyysin alaluokat yhdistettiin, tai mikäli samankaltaisia alaluokkia ei ollut olemassa, muodostettiin uusi dokumenttiaineiston mukainen alaluokka. Lopuksi kokonaisaineistoa tarkasteltiin tilivelvollisuusteorian mukaisilla yläluokilla eli eritilivelvollisuustasojen näkökulmasta. Tämän lisäksi perustettiin myös uusi yläluokka, muutt (Tuomi & Sarajärvi 2009, 119), johon kuului esimerkiksi seuraava alaluokka: monenlaisen johtamisosaamisen ja johtamisosa-alueiden hallittamisen tarve. Lisäksi johtuen tilivelvollisuuden päällekkäisyydestä (Virtanen 2010, 130), jotkut alaluokat sopivat useampaan yläluokkaan sa-

manaikaisesti. Seuraavaksi esitetään tutkimuksen tulokset.

TILIVELVOLLISUUDEN ILMENEMINEN MATRIISIRAKENTEeseen LIITTYVISSÄ TEHTÄVÄKUVISSA

Tutkimusaineistossa tilivelvollisuussana ja -käsite esiintyvät vain yksittäisinä mainintoina. Siitä huolimatta tilivelvollisuus laajassa merkityksessä, kaikki tilivelvollisuuden tasot sekä sairaalaorganisaation keskeiset tilivelvollisuustahot tulevat aineiston analyysissä esille. Tilivelvollisuudet ilmenevät osittain toisiinsa limittyneinä ja päällekkäisinä. Erityisesti tilivelvollisuus potilaalle korostuu aineistossa.

Seuraavassa taulukossa 3 on esitetty TYKSiin suunniteltuun matriisiorganisaatioon liittyvät tehtäväkuvat sekä esimerkkejä tilivelvollisuuksista (ks. esim. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2012b; 2012d) ja tilivelvollisuustahoista.

Taulukosta havaitaan, että matriisirakenteen tyypilliset kolme avainroolia löytyvät TYKSiin suunnitellusta organisaatiosta. Tiimien toimintaa ei luonnoksessa ole kuvattu, mutta moniammatillinen tiimityö sairaalaorganisaatioiden toimintatapana myös uudessa organisaatiossa tulee yleisesti aineistossa esiin. Hoitajien ja lääkäreiden linjaorganisaatiot on suunnitelmassa säilytetty. Myös ryhmähaastatteluissa linjaorganisaatioiden nähtiin pääosin säilyvän tavalla tai toisella tulevassa organisaatiossa. Näin ollen tilivelvollisuudet suhteessa linjaorganisaatioihin säilyvät ja johtavat käytännössä toiseen matriisirakenteeseen (vrt. Virtanen 2010, 214; Tevameri 2012, 160). Taulukon esimerkeistä ilmenee, että suunniteltuihin tehtäviin liittyy varsin monitahoisia ja sairaalaorganisaatioille tyypillisiä tilivelvollisuuksia. Erityisesti prosessinomistajien ja funktionaalisten alueiden johtajien tehtäviin liittyvät vastuualueet ja tilivelvollisuudet ovat varsin laajat ja kohdistuvat monille eri tahoille. Aineistossa keskilinjan tason tilivelvollisuus, erityisesti matriisijohtajien tasolla, on keskeisesti esillä. Keskilinjan tason tilivelvollisuuden nähtiin myös ulottuvan institutionaaliselle tasolle. Lisäksi prosessien ja erilaisten funktionaalisten alueiden välillä nähtiin syntyvän esimerkiksi sisäinen tilaaja-tuottajamalli tai sopimusohjauksmalli. Täten matriisirakenne tuottaa uuden-

Taulukko 3. TYKSin matriisiorganisaation avainroolit ja niihin kytkeytyviä tilivelvollisuuksia ja tilivelvollisuustahoja

Matriisi-rakenteen avainrooli	Tilivelvollisuuden sisältö	Tahoja, joille ollaan tilivelvollisia
Vastuualuejohtaja tai palveluyksikön päällikkö <i>(Matriisin alempi johto)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Vastata potilashoidon ja palveluiden sisällöstä ja laadusta • Vastata palvelujen tuottamisesta palvelusopimusten mukaisesti • Huolehtia vastuualueensa tai yksikkönsä talousarvion laatimisesta ja sen noudattamisesta • Päättää potilaan ottamisesta sairaalaan tai poistamisesta sairaalasta • Toimia yksikkönsä henkilöstöhallinnollisina esimiehinä lääkärin ja akateemisen tutkimus- ja hoitohenkilöstön osalta (muut kuin asiantuntijapalvelualue) • Päättää vieraanvaraisuuden osoittamisesta 	Potilaat, omaiset, toimialuejohtaja tai palvelualuejohtaja, vastuualueen tai yksikön henkilöstö, toimintaympäristön verkostot
Toimialueen ylihoitaja <i>(II prosessinomistaja, linjaorganisaatiojohtaja)</i> tai palvelualueen ylihoitaja <i>(II funktionaalisen alueen johtaja, linjaorganisaatiojohtaja)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Vastata toimi- ja palvelualueensa johtamistehtävistä toimi-/palvelualueen johtajan määräämällä tavalla • Vastata toimi- ja palvelualueensa talousarvion valmistelusta ja noudattamisesta hoitotyön osalta • Vastata toimi- ja palvelualueensa hoitotyön alaan kuuluvasta terveyden opetus- ja tutkimustoiminnasta • Valvoa alueensa saamia tukipalveluja muiden kuin lääketieteellisten palvelujen osalta • Toimia alueensa hoito- ja tutkimushenkilöstön ja hallinto- ja huoltohenkilöstön henkilöstöhallinnollisena esimiehenä (pl. muutama yksikkö) 	Toimi- tai palvelualuejohtaja, sairaalaylihoitaja, tukipalvelujohtajat, opiskelijat, tiedeyhteisö, alaiset
Palvelualuejohtaja <i>(matriisihoitaja, funktionaalisen alueen johtaja)</i> tai toimialuejohtaja <i>(matriisihoitaja, prosessinomistaja)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Johtaa ja valvoa palvelualueensa terveyden- ja sairaanhoitoa sairaalajohtajan ohjeiden mukaisesti (toimenpide- ja tehohoitopalvelut) • Vastata laillisuudesta alueensa toiminnassa • Vastata toimialueensa terveyspalvelujen tuottamisesta sairaanhoitopiirin asukkaille ja palvelutuotannon mitoittamisesta palvelutarpeiden mukaisiksi • Vastata palvelualueen palvelujen tuottamisesta toimialueille palvelusopimusten mukaisesti • Päättää palvelusopimuksista palvelualueiden ja sairaanhoitopiirin muiden tulosalueiden kanssa • Määrätä ylihoitajien keskinäisestä vastuunjaosta niillä alueilla, joilla on enemmän kuin yksi ylihoitaja • Päättää alueen palvelujen myynnistä ulkoisille asiakkaille hallituksen antamien ohjeiden mukaisesti • Päättää alueen resurssien kohdentamisesta konserniohjeistuksen puitteissa • Hankkia lääkintälaitteista tarvittavat lausunnot ja päättää niiden käyttöönottoamisesta. • Päättää lääketieteellisen tutkimuksen edellyttämistä tutkimusluvista • Päättää potilaille palvelualueen varoista ja lääketieteellisin perustein maksusitoumuksella hankittavista tavaroista ja palveluista • Toimia vastuualuejohtajien tai palveluyksiköiden päälliköiden ja ylihoitajien henkilöstöhallinnollisena esimiehenä 	Sairaalojohtaja, laillisuuden valvojat, toimialuejohtajat tai palvelualuejohtajat, sairaanhoitopiirin asukkaat, ylihoitajat, ulkoiset asiakkaat, hallitus, tavarantoimittajat, teknisten- ja huoltopalvelujen tulosalueet, tiedeyhteisö, potilas, maksajat
Sairaalaylihoitaja <i>(II matriisinvartijana, linjaorganisaatiojohtaja)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinoida sairaalan toimintaa ja talouden suunnittelua yhteistyössä sairaalajohtajan kanssa • Vastata sairaalan hoitotyön alaan kuuluvasta terveyden opetus- ja tutkimustoiminnan koordinoimisesta • Koordinoida sairaalan hoitotyön henkilöstösuunnittelua yhteistyössä toimi- ja palvelualueiden johdon kanssa 	Sairaalojohtaja, maksajat, hoitotyön opiskelijat, tiedeyhteisö, henkilöstö, toimi- ja palvelualuejohtajat

<p>Sairaalojohtaja (<i>matriisinvartija, linjaorganisaatiojohtaja</i>)</p> <p>Sairaalojohtajan virkaa ei täytetä toistaiseksi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Huolehtii TYKSin toimi- ja palvelualueiden toiminnan yhteensovittamisesta • Vastaa TYKSin terveyspalvelujen tuottamisesta sairaanhoitopiirin asukkaille ja palvelutuotannon mitoittamisesta vastaamaan palvelutarpeita • Huolehtii TYKSin talousarvion valmistelusta ja vastata sen noudattamisesta • Johtaa ja valvoo TYKSin terveyden ja sairaanhoitoa shp:n vastaavan lääkärin ohjeiden mukaisesti • toimii TYKSin toimialuejohtajien, palvelualuejohtajien ja sairaalaylihoitajan henkilöstöhallinnollisena esimiehenä • Päättää laitehankinnoista hallituksen antamien ohjeiden mukaisesti ja noudattaen shp:n johtajan päättämää vuosihankintaohjelmaa • Päättää puhelineduista sairaalassa ja vieraanvaraisuuden osoittamisesta tähän osoitettujen määrärahojen puitteissa 	<p>Toimi- ja palvelualuejohtajat, sairaanhoitopiirin asukkaat, maksajat, shp:n vastaava lääkäri, sairaalaylihoitaja, laitetoimittajat, tiedeyhteisö, hallitus, sairaanhoitopiirin johtaja, toimintaympäristön verkostot, henkilöstö</p>
---	---	---

laisen tilivelvollisuuden sisäisen asiakkuuden myötä.

Tilivelvollisuustasot eivät esiinny aineistossa tarkkarajaisina vaan kietoutuvat toisiinsa. Esimerkiksi ryhmähaastattelussa puhuttiin yleisesti potilaan hoitoon liittyvistä prosesseista ja niiden kehittämisestä sekä johtamisesta, vaikka varsinainen prosessinomistajuus liitettiin organisaatiossa operatiivista tasoa ylemmäksi. Potilaan hoitoon liittyvät prosessit tulevat esiin aineistossa myös johtamistehtäviin liittyvien vastualueiden yhteydessä eikä ainoastaan operatiivisen tason hoitavalle henkilöstölle kuuluvana tilivelvollisuutena. Tämä ilmentää sairaalaorganisaation tilivelvollisuutta potilaille heidän hoidostaan (Virtanen 2010, 129). Täten aineistossa tilivelvollisuus potilaan hoidosta kytkeytyy operatiivisen tason tilivelvollisuuden lisäksi myös muihin tilivelvollisuuden tasoihin, erityisesti keskilinjän tason tilivelvollisuuteen. Eräässä ryhmähaastattelussa puhe potilaan hoitoprosessista ja täten tilivelvollisuudesta potilaalle prosessinomistajan vastualueiden yhteydessä aiheutti hämmennystä ja tarvetta tarkentaa prosessijohtamisen systeemitasoa tulevassa organisaatiossa sairaalaorganisaation professioihin kuuluvien ja professioiden ulkopuolisten haastateltavien kesken:

- ”[M]un mielikuvissani se on semmonen, että, et meil on jonkun, me ollaan määriteltä joku prosessi, joka on nyt sitte joku vaikka sydänpotilaan prosessi, niin tän ihmisen [prosessinomistajan] vastuulle kuuluu tän, et on taloudelliset resurssit on käytössä, ti-

laresurssit on käytössä ja, ja henkilökunta on sijoitettu niin, että se parhaalla mahdollisella tukee sitä, ei välttämättä aina ehkä se on sit hyvä mahdollisimman nopeasti mut myöskin niinku mahdollisimman hyvin kun hän tulee sisäl nii hän täält lähtee ulos nii hän on mahdollisimman hyvä tai terve.

- Tarkoituksenmukaisesti
- Tarkoituksenmukai, just tarkoituksenmukaisesti nii joku sen tapanen ajatus mul on, et siitä hän on vastuussa
- Mut, et hän ei niin kun sen yhden potilaan osalta mun, jos mää jatkan tätä sun ajatusta niinku te hänen hoitosuunnitelmansa hän kattoo siel ylhäät sen koko kokonaisuuden, et hän toimii ja sit hän kommunikoi niitten alaprosessien omistajien kanssa, että miten niitten pitää toimia, jotta saadaan tää niinku koko ketju toimimaan se on, se on mun näkemykseni.” (Ryhmä 2)

Raportissa nykytila-analyysissä (2008) mainitaan, että potilaan hoitoon liittyvä lääketieteellinen ja hoidollinen päätöksenteko ja toisaalta johtamiseen liittyvä päätöksenteko sekoittuivat erityisesti lähellä potilasrajapintaa työskentelevien esimiesten puheissa. Syynä saattaa olla se, että sairaalaorganisaation tapauksessa prosessien eri systeemitasot ovat yhteydessä toisiinsa. Täten monet johtamiseen liittyvät asiat ovat yhteydessä myös potilaan hoitoon liittyviin kysymyksiin. (Tevameri 2010.) Aineistossa tulee myös esiin potilaan hoitoon liittyvien prosessien yhteys organisaation muuhun toimintaan ja johtamiseen. Täten tilivelvollisuus potilaan hoi-

dosta ulottuu operatiivisen tason hoitavan henkilöstön lisäksi myös muille tasoille, erityisesti organisaation keskilinjan tasolle. Taulukosta 3 käy ilmi, että keskilinjan tasolla tilivelvollisuus ulottuu myös yksittäisille potilaille heidän hoidostaan. Esimerkiksi vastuualuejohtajat (alemmat matriisinjohtajat) päättävät potilashoitoa antavien yksiköiden osalta potilaan sairaalaan ottamisesta tai poistamisesta sairaalasta. Täten johtaminen kytkeytyy tilivelvollisuuteen (yksittäisenkin) potilaan hoidosta.

TILIVELVOLLISUUTEEN LIITTYVÄT JOHTAMISEN JA ORGANISOINNIN HAASTEET

Tilivelvollisuuden huomioon ottamisesta aiheutuvat johtamisen ja organisoinnin haasteet liittyvät tutkimusaineistossa pääosin kolmeen erilaiseen asiakokonaisuuteen: 1) mikä taho on matriisimaisessa organisaatiossa tilivelvollinen, 2) miten erilaisten tilivelvollisuuksien ja tilivelvollisuustahojen odotuksia ja rajoituksia otetaan huomioon organisaatiosuunnitteluvaiheessa ja 3) ja mitä seurauksia on siitä, että tilivelvollisuuksia on varsin paljon ja ne ovat erilaisia.

Taulukossa 4 esitetään analyysin tulokset johtamisen ja organisoinnin tilivelvollisuusnäkökulmaan liittyvistä haasteista. Eri tilivelvollisuustasoilla johtamisen ja organisoinnin haasteet ovat erilaisia. Siksi ne on taulukossa 4 ryhmitelty tilivelvollisuustasoin.

Matriisiorganisaatiolle tyypillinen jakaantunut johtajuus ja mahdollisesti epäselvät roolit ja vastuualueet merkitsevät riskiä epäselvistä tilivelvollisuuksista (vrt. Gottlieb 2007, 50–51). Taulukossa 4 esitetään tutkimusaineistossa esille tulleita johtamisen ja organisoinnin haasteita, jotka liittyvät epäselviin tilivelvollisuuksiin. Ne kietoutuvat toisiinsa ja ulottuvat kaikille tilivelvollisuustasoille. Esimerkiksi ryhmähaastatte- luissa tuli esille monia samanaikaisesti vaikuttavia tilivelvollisuustasoja. Institutionaalinen taso oli tutkimusaineistossa myös keskeisesti esillä. Seuraavassa pohditaan sitä, kenelle hoidon vaikuttavuus- ja sisältökysymykset matriisimaisessa organisaatiossa kuuluvat:

- ”[E]t tottakai siin kuuluu olla mukana se, se miten mielekästä tää on tehdä tällä tavalla siis ihan, ihan joka suuntaan laajempi nä-

kökulma ja kuinka pitkään tällast hoitoo on syytä niinku jatkaa. Yleisest suonikohjujen hoito, joka muuttuu koko ajan. Kauheet jonot ja sit todetaan, et ei niit toimenpiteit tarvitakkaan oikeesti ollenkaan, niit joihin ne jonot on ja, ja tämän tapast niin, niin, ne olis sen prosessinomistaja asioita, joko itse tai sitten hankkia ammattimaista näkemystä siihen ja sit kehittää sillä taval niitä, jotta me päästään asias varsinaisesti eteenpäin, mut se vasta onkin vaikea juttu.

- Nii tää on ehkä aika oleellinen asia, että enkä mää ole tätä kuullu vielä keskusteltavan, et jos meil on niin kun kaks suuntaa siis niinku tuotantolaitoksen --- joka on tämän operatiivinen johtaminen ja sit on niinku tavallaan tää strategisin puoli että, et mitäs niin kun, mitäs niinku tarjotaan niist, pistetään paukkuja, miten asiakkaiden kanssa keskustellaan. Asiakkaat tarkoittaa nyt sit kunnan terveyskeskukset, nii sehän just tarkoittaa sitä mitä [henkilön nimi] kertoo, et okei, että --- sää sanot, et meil on kyl tommonen linja kyl tos noin, mut tän vaikuttavuus on pikkusen huono, et mää en kyllä tää teille hirveesti suosittelis, et tää on meille vähän niinku nyt loppuva juttu, et meillä on kyllä innokkaita kavereita kyl tekemäs sitä kauheesti, mut en mää tätä oikeestaan niinko suosittelis teille. Täähän on se niinko aito prosessinomistaja tai jotenkin niinku, siis aito sisällönjohtaja ja sit tämä kilujen ja kalujen niin kun, niin se on sitten näistä jo käytännöllisempää ja jollei tälle sitte synny omistajuutta tälle terveyspalveluitten yhteensovittamisesta väestön tarpeisiin niin ei se 50 vuoden paradigma mihinkään etene.
- Onk se sit prosessinomistaja vai se linja-johtaja, joka tämmöstä tekee, tämmöst suunnitteluu?” (Ryhmä 3)

Hoidon vaikuttavuus ja sisältökysymykset ilmentävät tilivelvollisuutta esimerkiksi kunta-asiakkaille ja tiedeyhteisölle. Hoidon vaikuttavuustiedon hyödyntäminen johtamisen päätöksenteossa näyttää yleisemminkin olevan lisääntymässä erikoissairaanhoidossa (Simonen 2012).

Taulukosta 4 ilmenee, että varsin moni tilivelvollisuuden aiheuttamista johtamisen ja or-

Taulukko 4. Tilivelvollisuuteen liittyvät johtamisen ja organisoinnin haasteet ja niiden yhteys tilivelvollisuustasoihin.

Tilivelvollisuus-tasot	Tilivelvollisuuden huomioon ottamisesta aiheutuva johtamisen ja organisoinnin haaste	Mihin haaste kytkeytyi
Operatiivisen tason tilivelvollisuus	<ul style="list-style-type: none"> • Moniammatillisen, potilaan hoitoon liittyvän tiimin työnjohdollisen vastuuhenkilön määrittäminen • Kliinistä ja juridista vastuuta potilaan hoidosta ei ollut kuvattu organisaatiosuunnitteluehdotuksessa 	<ul style="list-style-type: none"> • Mikä taho on tilivelvollinen? • Mikä taho on tilivelvollinen?
Keskilinjän tason tilivelvollisuus	<ul style="list-style-type: none"> • Prosessinomistajan työnkuva ja osaamisvaatimukset kasvavat varsin laajoiksi. • Millainen pitäisi olla prosessimistajan ammatti- ja koulutustausta? • Rahasta ja resurssien käytöstä sopiminen prosessinomistajien ja funktiojohtajien välillä • Kenen kanssa prosessimistajat keskustelevat strategisista asioista? • Tilivelvollisuustahoja on paljon erityisesti keskijohdon avainrooleihin liittyen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monet ja erilaiset tilivelvollisuustahot • Monet ja erilaiset tilivelvollisuustahot • Tilivelvollisuuden jakaminen • Epäselvät roolit • Monet ja erilaiset tilivelvollisuustahot
Strategisen huipun tason tilivelvollisuus	<ul style="list-style-type: none"> • Matriisinvartijan ja strategisen johdon osittain päällekkäinen rooli • Organisaattorien muutosten legitimointi henkilöstölle 	<ul style="list-style-type: none"> • Mikä taho on tilivelvollinen ja mistä? • Miten vastata odotuksiin, toiveisiin ja pelkoihin?
Institutionaalisen tason tilivelvollisuus	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimuksen, opetuksen ja yliopistoyhteistyön asema ja organisointi matriisirakenteessa • Säilytetäänkö ammatilliset linjaorganisaatiot? <ul style="list-style-type: none"> – Hoitajien ja lääkäreiden erillisten linjaorganisaatioiden säilyttäminen? – Asiantuntijapalvelualueen organisatoriset ratkaisut? • Kenelle kuuluvat hoidon vaikuttavuus- ja sisältökysymykset? • Organisaattorien muutosten legitimointi erityisesti hoitajien ja lääkäreiden ammattikunnille • Lainsäädäntö määrittää organisointia ja johtamista <ul style="list-style-type: none"> – Esimerkiksi ylilääkärin ja lääkärin lailla säädetyt vastuut • Talouteen liittyvien johtamisen tukipalvelujen tarve ja asema matriisiorganisaatiossa 	<ul style="list-style-type: none"> • Mikä taho on tilivelvollinen ja mikä on kytkentä matriisiorganisaatioon? • Miten ammatilliset linjaorganisaatiot ovat sovitettavissa matriisirakenteeseen? • Mikä taho on tilivelvollinen? • Miten saada legitimizeetti ja toteuttaa uudistus? • Lainsäädännöstä johtuvan tilivelvollisuuden huomiointi organisaatiosuunnittelussa • Talouteen liittyvien tukipalvelujen kohdistaminen ja tilivelvollisuussuhteet.

organisoinnin haasteista liittyy erilaisten tilivelvollisuuksien ja tilivelvollisuustahojen odotusten ja rajoitusten huomioon ottamiseen organisaatiosuunnitteluvaiheessa. Tässä on nähtävissä mahdollinen yhteys matriisimaisen organisaatiomuutoksen legitimointiin (vrt. Tevameri 2012). Esimerkiksi hoitohenkilöstöpoolit yhte-

nä esitetystä organisatorisista vaihtoehdoista aiheuttivat kritiikkiä. Organisaatiouudistuksessa päädyttiinkin siihen, että ylin johto esitti johtoryhmälle, että erillistä vuodeosasto- ja poliklinikapalvelualueetta ei perusteta, vaan hoitohenkilöstön työpaikkana ovat pääosin hoitolinjat (ks. myös Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin

kuntayhtymä 2010). Päätöksen voidaan katsoa ilmentävän strategisen huipun tason tilivelvollisuutta henkilöstölle ja toisaalta hoitajien ammattikunnalle. Täten päätöksen voi nähdä toteuttavan myös institutionaalisen tason tilivelvollisuutta.

Myös lainsäädäntö tuli aineistossa esille johtamista ja organisointia rajoittavana tekijänä, esimerkiksi suhteessa ylilääkärin ja lääkärin laissa määriteltyihin tehtäviin. Ylilääkärille tai muulle johtosäännössä määrätyle sairaanhoitopiirin kuntayhtymän lääkärille kuuluvat laissa säädetty vastuu sairaanhoidon valvomisesta ja johtamisesta (Finlex 2013a). Täten laki ottaa kantaa johtamisen kelpoisuusvaatimuksista sairaalaorganisaatioissa. Vastaavasti lääkärin vastuista on säädetty laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Lääkärin vastuulle lain mukaan kuuluvat potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta päättäminen. (Finlex 2013b.) Näin ollen sairaalaorganisaation matriisirakenteissa työtehtävien sisältöä ja tekijöitä ei voida täysin vapaasti valita (Tevameri 2012, 154-155).

Moni johtamisen ja organisoinnin haasteista liittyy siihen, että huomioon otettavia tilivelvollisuuksia on samanaikaisesti varsin paljon ja ne ovat luonteeltaan erilaisia. Erityisesti tämä ilmenee organisaation keskilinjän tasolla ja prosessinomistajan avainrooliin liittyen. Ryhmähaastatteluuissa tuotiin yleisesti esiin, että tulevassa organisaatioissa korostuu monenlaisen johtamisosaamisen ja johtamisosa-alueiden hallitsemisen tarve. Substanssiosaamista ja substanssin ymmärtämistä pidettiin tärkeinä. Ryhmäkeskusteluissa pohdittiin muun muassa sitä, millainen koulutus- ja osaamistausta prosessinomistajilla tulisi olla. Yleisesti oltiin sitä mieltä, että prosessinomistajan työnkuva ja osaamisvaatimukset kasvavat varsin laajoiksi. Keskusteltiin myös siitä, että prosessinomistaja tarvitsisi tuekseen hyvät tukipalvelut, esimerkiksi talousosaajan, ja että prosessinomistajia voisi olla kaksi henkilöä, joilla on erilaista osaamista. Tällainen ratkaisu voidaankin toteuttaa matriisirakenteessa (vrt. Galbraith 2009). Tällöin tilivelvollisuustahot kuitenkin edelleen lisääntyvät organisaatioissa.

JOHTOPÄÄTÖKSET JA KESKUSTELU

Tutkimus käsittelee tilivelvollisuuden organisointia ja ilmenemistä matriisirakenteisessa sairaalaorganisaatioissa. Aiheeseen liittyvä aikaisempi tutkimus on ollut hyvin vähäistä. Tutkimus vastaa kahteen kysymykseen: (i) miten tilivelvollisuus ilmenee matriisirakenteessa ja matriisirakenteeseen liittyvissä tehtäväkuvissa sairaalaorganisaation tapauksessa kliinisen puolen näkökulmasta ja (ii) millaisia johtamiseen ja organisointiin liittyviä haasteita tilivelvollisuuden huomioon ottaminen aiheuttaa matriisirakenteisen sairaalaorganisaation toiminnassa ja toiminnan suunnittelussa kliinisen puolen näkökulmasta tarkasteltuna?

Suhteessa ensimmäiseen kysymykseen tutkimus tuo uutta tietoa siitä, miten tilivelvollisuudet ilmenevät matriisirakenteisen sairaalaorganisaation eri tilivelvollisuustasoilla ja eri avainrooleissa. Tilivelvollisuuden voidaan nähdä sisältävän määrittelyt siitä, mikä taho, kenelle ja mistä on tilivelvollinen. Tilivelvollisuuden ilmeneminen voidaan jakaa Parsonsien (1960), Thompsonin (1967) sekä Romzekin ja Dubnickin teoriaa (1987) edelleen täsmentäen neljään tasoon. Vastaavasti matriisirakenteen tiimit, sekä Davisin ja Lawrencen (1977) matriisirakenteen avainrooleiksi tunnistamat alemmat matriisijohtajat, matriisijohtajat sekä matriisin vartija liittyvät keskeisesti eri tilivelvollisuustasoille ja sen myötä tilivelvollisuudet kussakin avainroolissa eroavat jonkin verran toisistaan. Tämä tutkimus tuo esille sairaalaorganisaation keskijohtoon kuuluvien matriisijohtajien tilivelvollisuuden moninaisuuden. Tulos on samankaltainen Simonsin (2005) tulosten kanssa. Tilivelvollisuudet lisääntyvät erityisesti organisaation keskijohdon tasolla siirryttäessä keskitetystä päätöksentekojärjestelmästä hajautetumpaan organisaatiokenteeseen (ks. Simons 2005, 92–93).

Tilivelvollisuus potilaalle tulee tutkimuksessa keskeisesti esille. Se ei rajoitu vain operatiiviselle tasolle, vaan tilivelvollisuus potilaan (yksittäisenkin) hoidosta ulottuu operatiivisen tason lisäksi myös muille tilivelvollisuustasoille. Tämä johtuu potilaan hoidon prosessin kytkeytymisestä organisaation muuhun toimintaan ja johtamiseen (Tevameri 2010). Sairaalaorganisaation sisäisten tilivelvollisuuksien suuren lukumäärän lisäksi tutkimuksessa korostuu institutionaali-

sen tason tilivelvollisuuden keskeinen merkitys. Täten tilivelvollisuutta tulee tarkastella matriisiorganisaatiosuunnittelun ja rakenteen käytönoton yhteydessä varsin laajana ilmiönä.

Toisen tutkimuskysymyksen osalta tutkimus antaa uutta tietoa siitä, miten tilivelvollisuuden huomioon ottamisesta aiheutuvat haasteet kytkeytyvät matriisirakenteen tyypillisiin haasteisiin (kuten epäselviin rooleihin ja vastualueisiin), matriisirakenteen legitimointiin organisaatiosuunnitteluvaiheessa sekä siihen tosiasiaan, että sairaalaorganisaatioissa on varsin monia ja keskenään erilaisia tilivelvollisuustahoja. Tämä merkitsee johtamisosaamishaastetta erityisesti organisaation keskilinjan tasolla. Tällä tasolla johtamisosaaminen edellyttää myös substanssin syvällistä ymmärtämistä. Tutkimus tuo esille myös, minkälaisia tilivelvollisuuteen liittyviä käytännön haasteita kohdataan, kun hoidon vaikuttavuus- ja sisältökysymyksiin liittyviä vastuita kohdistetaan matriisirakenteen avainrooleihin sairaalaorganisaatioissa.

Isoja sairaalaorganisaatioita pidetään yleisesti monimutkaisina organisaatioina, joita on vaativaa johtaa. Tilivelvollisuuskäsite antaa yhden työkalun hahmottaa sairaalaorganisaation monimutkaisuutta ja löytää asioita, joita voidaan käytännössä parantaa. Potilaan saama huono hoito saattaa olla seurausta johdon tai henkilöstön epäselvistä, ristiriitaisista tai epätarkoituksenmukaisista tilivelvollisuuksista. Tilivelvollisuuksien analysointi antaa käytännön työkalun myös puuttua sairaalaorganisaatioihin juurtuneisiin kulttuurisiin ja osin tiedostamattomiin johtamis- ja toimintakäytänteisiin ja tuoda esille niihin liittyviä ongelmia. Se tulisi ottaa myös arkipäivän johtamis- ja organisaatiosuunnittelun työkaluksi.

Matriisirakenteista sairaalaorganisaatiota suunniteltaessa tilivelvollisuustarkastelu on erityisen tärkeää, koska matriisirakenne jo itsessään merkitsee tilivelvollisuushaastetta. Tämä edellyttää laaja-alaista ja moniammatillista asiantuntemusta ja sairaalakontekstin syvällistä ymmärtämistä myös kulttuurisella tasolla. Sairaalakontekstissa institutionaaliset tilivelvollisuudet ovat moninaisia ja voivat kiinnittyä ulkopuoliselle vaikeasti avautuviin ja huonosti näkyviin instituutioihin, joiden hahmottaminen vaatii esimerkiksi ammattikulttuurien, kuten lääketieteen etiikan ja lääketieteen yhteisön

merkityksen ymmärtämistä (vrt. Tevameri 2012, 154; vrt. Virtanen 2010). Lisäksi lainsäädännöstä aiheutuvat rajoitteet tulee ottaa huomioon organisaation tehtävien suunnittelussa. Kaikkien tehtävien sisältöä ja tekijöitä ei voida vapaasti muuttaa matriisirakenteeseen siirryttäessä, vaan lainsäädäntö määrittää esimerkiksi potilaan hoitoon liittyviä vastuita lääkärin koulutuksen saaneelle henkilölle. (Tevameri 2012, 154-155.) Institutionaalisen ympäristön huomioon ottaminen on ensiarvoisen tärkeää, jotta matriisirakenne sairaala koetaan legitimiiksi tavaksi organisoida sairaalatoiminta (Tevameri 2012). Instituutioiden tarkastelu tilivelvollisuuksien näkökulmasta tarjoaa tähän työhön käytännön työkalun.

Koppell (2005, 95, 99) on tunnistanut moniin yhtä aikaa vaikuttaviin tilivelvollisuuksiin liittyvän kielteisen organisatorisen ilmiön, jota hän nimittää monien tilivelvollisuuksien häiriöksi (multiple accountabilities disorder, MAD). Se on seurausta siitä, että organisaatio yrittää olla tilivelvollinen joka suhteessa. Vaarana tällöin on, että organisaatio ei toimi tilivelvollisuuden suhteen johdonmukaisesti kaikkien tilivelvollisuustahojen kanssa ja että kenenkään tilivelvollisuustahon odotukset eivät täyty. Monimutkainen kokonaisuus tulisi suunnitella mahdollisimman selväpiirteiseksi ja yksinkertaiseksi, jotta voidaan välttää monien tilivelvollisuuksien häiriön riski. Tekemällä tilivelvollisuudet näkyviksi ja liittämällä ne kuhunkin organisaatioon ja matriisirakenteeseen liittyvään tehtäväkuvaan voitaneen monien tilivelvollisuuksien häiriön riskiä pienentää. Matriisirakenteen toimivuuden edistämiseksi on myös kehitetty erilaisia välineitä, kuten esimerkiksi rooli- ja vastuualuekartta (Galbraith 2009, 82–85), joiden käyttö myös tilivelvollisuuden näkyväksi tekemisessä ja selvittämisessä voisi sairaalaorganisaatioissa olla hyödyllistä.

Laadullisen tutkimuksen laatua ja luotettavuutta voidaan tarkastella eri tavoin, esimerkiksi tutkimuksen uskottavuuden (engl. trustworthiness) näkökulmasta. Tämän tutkimuksen luotettavuutta ja uskottavuutta lisäävät monet tekijät. Esimerkiksi tutkimusprosessin kokonaisuus sekä empiirisen aineiston keruu ja analyysin toteutus on pyritty kuvaamaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Aiheeseen liittyvään tutkimuskirjallisuuteen on perehdytty laajalti ja tut-

kimustulokset on myös suhteutettu aiempaan tutkimuskirjallisuuteen ja teoriaan. (vrt. esim. Eriksson & Kovalainen 2008, 290-297.)

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan yleistää case tutkimuksen tavoin teorian tasolla, mutta empiirisiä yleistyksiä aineistosta ei voida tehdä. (vrt. esim. Eriksson & Kovalainen 2008, 294). Tutkimuksen rajoitteena voidaan mainita, että tutkimuksessa on tarkasteltu tilivelvollisuuden ilmenemistä ja organisointia teorian ja sellaisen case tutkimuksen valossa, jonka aineisto on kerätty organisaatiosuunnittelu- ja organisatoristen päätösten vaiheessa. Tilivelvollisuuden ilmenemiseen ja organisointiin vaikuttavat kysymykset ovat kuitenkin pääosin esillä erityisesti organisaation suunnitteluvaiheessa, sillä kuten Simons (2005, 18) toteaa, tilivelvollisuus on liitettävä organisaation toimenkuviin ja rooleihin. On kuitenkin ilmeistä, että organisaation ollessa toiminnassa tehtäväkuviin liittyviä tilivelvollisuuksia voidaan joutua päivittämään. Jatkossa olisikin tarpeen saada tietoa tilivelvollisuuden ilmenemisestä ja niiden johtamisesta sellaisen matriisirakenteisen sairaalaorganisaation tapauksessa, joka on ollut jo jonkin aikaa toiminnassa. Tällöin tarkastelun kohteeksi tulisi ottaa myös epäviralliseen organisaatioon kytkeytyvät tilivelvollisuussuhteet.

KIIТОKSET

Kirjoittajat haluavat kiittää professori Tomi J. Kalliota arvokkaista kommentista tämän tutkimuksen käsikirjoitusversioon. Terhi Tevameri haluaa kiittää Jenny ja Antti Wihurin rahastoa, Satakunnan korkeakoulusäätiötä sekä HITTI-hanketta tämän tutkimuksen rahoittamisesta.

VIITTEET

¹ Tilivelvollisuuskäsitteen (engl. accountability) sisällön monimuotoisuus ja epäselvyys on ollut monien aiheen tutkijoiden huomion kohteena (esim. Romzek & Dubnick 1987; Mulgan 2000; Koppell 2005; Isosaari 2008; Virtanen 2010, 129). Lisäksi tilivelvollisuuskäsitteelle annetut merkitykset ovat keskenään jopa ristiriitaisia (Virtanen 2010, 129).

² Valta organisaatioissa on osaksi riippumattomuutta hierarkkisesta ja muodollisesta asemasta. Esimerkiksi sellaiset henkilöt, jotka tunnistavat

monia harkintamahdollisuuksia, tyypillisesti omaavat valtaa riippumatta asemastaan organisaatioissa. (Carpenter & Golden 1997; Isosaari 2008, 61-63.) Terveydenhuollon organisaatioissa harkinta kytkeytyy erityisesti meritokratian ja poliittisen areenan valtatyyppeihin (ks. Isosaari 2008, 206-207). Näin ollen tilivelvollisuuden ilmeneminen sairaalaorganisaatioissa ei perustu pelkästään muodolliseen organisaatorakenteeseen, vaan sen ohella esiintyy myös epäviralliseen organisaatioon perustuva tilivelvollisuusjärjestelmä. Epävirallinen tilivelvollisuusjärjestelmä ei ole kuitenkaan tämän tutkimuksen välittömässä fokuksessa.

³ Alun perin organisaatiouudistus oli rajattu koskemaan pilottiudistuksena pelkästään T2-sairaala. Sitten sitä on laajennettu koskemaan TYKSin organisaatiota ja myöhemmässä vaiheessa organisaatiouudistus tulee koskemaan myös koko Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriä. Näin ollen aineistossa esiintyy niin T-sairaala, TYKSin organisaatiota kuin koko sairaanhoitopiiriä koskevaa materiaalia. Tämä tutkimus fokusoituu kuitenkin erityisesti TYKSin organisaatiouudistukseen, sillä pääasiallinen organisatorinen muutos koskee TYKS-kokonaisuutta (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010, 22). Ryhmähaastatteluhetkellä vuonna 2008 suunnitelmanmukainen organisaatiouudistus koski pelkästään T-sairaala. Koska T-sairaalan toiminta on osa TYKSin toimintaa ja edelleen TYKSin toiminta osa sairaanhoitopiirin toimintaa, kaikki organisatoriset kokonaisuudet kytkeytyvät käytännössä toisiinsa. Tekstissä pyritään tuomaan esiin, mihin organisatoriseen kokonaisuuteen aineistossa on kulloinkin viitattu. Organisaatiosuunnitteluvaiheessa organisatorisesta muutoksesta käytettiin myös nimitystä uusi hoidon tuottamisorganisaatio. Tämä termiä käytettiin siten myös haastatteluteemoissa.

⁴ Esimerkiksi kuvantamisessa tai kirurgiasa teknologialla on merkittävä rooli, sen sijaan esimerkiksi psykiatriassa teknologian merkitys on vähäisempi. Organisaatiotutkimuksessa teknologia voidaan myös määritellä hyvin laajasti, jolloin siihen sisällytetään fyysisten laitteiden lisäksi tietotaito ja työmenetelmät (Hatch 1997, 128).

⁵ Vaikka ammattiliitot ja ammattikunnat ovat organisaation ulkopuolisia tahoja, ne toimivat välillisesti organisaation sisällä vaikuttavana

auktoriteetin lähteenä. Siksi ammatillinen tilivelvollisuustyyppi määritellään tilivelvollisuuskirjallisuudessa organisaation sisäiseksi kontrollin lähteeksi. (Romzek & Dubnick 1987, 229; Isoaari 2008, 84.) Täten tilivelvollisuus ammatiliitoille tai ammattikunnille merkitsee samankaltaisesti tilivelvollisuutta henkilöstölle.

⁶ Tutkimuksessa käytetään Mintzbergin (esim. 1979) käsitettä keskilinja. Organisaation keskilinjaan (middle line) sisältyvät johtamisen organisatorisista tasoista lähijohto (johtaja toimii esimiehenä ainoastaan operatiivisen tason työntekijöille) ja keskijohto (vrt. Mintzberg 2009, 109; Mintzberg 1979, 26). Tutkimuksessa ei ole eroteltu lähijohtajien ja keskijohdon tasoa omiksi tasoikseen, sillä tämän määrittely ei terveydenhuollon organisaatioiden tapauksessa ole yksiselitteistä ja vakiintunutta (ks. esim. Virtanen 2010, 34–35). Keskilinjän käsite eroaa täten organisaation keskijohdon käsitteestä. Tekstissä tuodaan esille, kun viitataan keskilinjän osalta erityisesti lähijohtoon tai keskijohdoton. Mintzberg (1979, 20) erottaa erillisenä käsitteenä myös organisaation keskitason, jolla hän tarkoittaa keskilinjän ohella myös tukitoimintoihin ja teknostruktuuriin kuuluvaa henkilöstöä. Koska tämän tutkimuksen fokus on

sairaalaorganisaation klinisessä puolessa ja sen johtamisessa ja koska hallinnon tasolla tarkoitetaan erityisemmin johtamista (vrt. Thompson 1967; Mintzberg 1979, 20), rajautuu tarkastelu keskilinjän tasoon koko keskitason sijaan.

⁷ Toimialueista on käytetty valmisteluvaiheessa seuraavia nimityksiä: TULES-keskus, sydänkeskus, vatsaklinikka, neurokeskus, medisiiniset klinikat, toimenpide- ja syöpäklinikat, naistenklinikka, lasten ja nuorten klinikka. Palvelualueet (asiantuntija-palvelut ja toimenpide-, teho- ja kivunhoitopalvelut) muodostuvat sellaisista toiminnoista, joita pääprosessit käyttävät yhteisinä resursseina palvelusopimusten mukaisesti. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2011; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2012d; ks. myös 2012b.)

⁸ Haastatteluaineiston analyysin ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistettiin, jolloin kunkin haastattelun ajatuskokonaisuuksista muodostettiin tiivistetympiä ilmauksia. Sen jälkeen aineisto ryhmiteltiin alaluokkiin, joita muodostui yhteensä 26. Tämän jälkeen aineisto liitettiin tilivelvollisuusteorian mukaisiin käsitteisiin, eli analyysin yläluokat muodostettiin tilivelvollisuusteoriasta käsin. (vrt. Tuomi & Sarajarvi 2009, 101–120.)

LÄHTEET

- Carpenter, Mason A. & Golden, Brian R. (1997). Perceived managerial discretion: A study of cause and effect. *Strategic Management Journal*, 18(3), 187–206.
- Davis, Stanley M. & Lawrence, Paul R. (1977). *Matrix*. USA: Addison-Wesley Publishing Company, Inc.
- Dixon, Maureen (1978). Matrix organization in health services. Teoksessa Knight, Kenneth (Ed), *Matrix management, a cross-functional approach to organisation* (s. 82–90). Great Britain: Gower Press.
- Eriksson, Päivi & Kovalainen, Anne (2008). *Qualitative methods in business research*. London: SAGE.
- Finlex (2012). *Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326* § 2. Haettu sivulta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>, 18.6.2012.
- Finlex (2013a). *Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062* § 32. Haettu sivulta [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062?search\[type\]=pika&search\[pika\]=erikoissairaanhoitolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062?search[type]=pika&search[pika]=erikoissairaanhoitolaki), 23.9.2013.
- Finlex (2013b). *Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559* § 22. Haettu sivulta [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search\[type\]=pika&search\[pika\]=laki%20terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6ist%C3%A4](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search[type]=pika&search[pika]=laki%20terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6ist%C3%A4), 23.9.2013.
- Galbraith, Jay. R. (2009). *Designing matrix organizations that actually work. How IBM, Procter & Gamble, and others design for success*. USA: Jossey-Bass.
- Gottlieb, Marvin R. (2007). *The matrix organization reloaded. Adventures in team and project management*. USA: Praeger Publisher.
- Hatch, Mary Jo (1997). *Organization theory: Modern, symbolic and postmodern perspectives*. Oxford: University Press.
- Isoaari, Ulla (2008). *Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatioissa*. Acta Wasaensia no 188. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Koppell, Jonathan G.S. (2005). Pathologies of accountability: ICANN and the challenge of "multiple accountabilities disorder". *Public Administration Review*, 65(1), 94–108.

- Kraines, Gerald (2001). *Accountability leadership: How to strengthen productivity through sound managerial leadership*. USA: Career Press, Inc.
- Martin, Paula K. (2008). *A quick guide to the new matrix management. A cutting edge management system for today's cross-functional organizations*. USA: A Martin Training Associates Publication.
- Mintzberg, Henry (1979). *The structuring of organizations*. USA: Prentice-Hall Inc.
- Mintzberg, Henry (2009). *Managing*. San Francisco, Berrett-Koeler Publishers, Inc.
- Mulgan, Richard (2000). 'Accountability': an ever-expanding concept? *Public Administration*, 78(3), 555–573.
- Mäntyranta, Taina & Kaila, Minna (2008). Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 124(13), 1507–13.
- Parvinen, Petri, Lillrank, Paul & Ilvonen, Karita (2005). *Johtaminen terveydenhuollossa, käytännöt, vastuut ja valvonta*. Tampere: Talentum Media Oy.
- Parsons, Talcott (1960). *Structure and process in modern societies*. New York: Free Press.
- Raportti nykytila-analyysistä* (elokuu 2008). Organisaatio ja johtaminen projekti. TYKS, Turun yliopistollinen keskussairaala.
- Romzek, Barbara S. & Dubnick, Melvin J. (1987). Accountability in the public sector: Lessons from the Challenger tragedy. *Public Administration Review*, 47(3), 227–238.
- Romzek, Barbara S. & Ingraham, Patricia Wallace (2000). Cross pressures of accountability: Initiative, command, and failure in the Ron Brown Plane Crash. *Public Administration Review*, 60(3), 240–253.
- Schneller, Eugene & Wilson, Natalia (2009). Professionalism in 21st century professional practice: Autonomy and accountability in orthopaedic surgery. *Clinical Orthopaedics & Related Research*, 467(10), 2561–2569.
- Simonen, Outi (2012). *Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen sairaanhoidon johtamisessa*. Acta Universitatis Tamperensis 1690. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.
- Simons, Robert (2005). *Levers of organization design. How managers use accountability systems for greater performance and commitment*. Boston: Harvard Business School Press.
- Sy, Thomas & D'Annunzio, Laura Sue (2005). Challenges and strategies of matrix organizations: Top-level and mid-level managers' perspectives. *Human Resource Planning*, 28(1), 39–48.
- Tevameri, Terhi (2010). Prosessimaisen toiminnan johtaminen ja organisointi sairaalaorganisaatioissa. *Hallinnon tutkimus* 29(3), 221–238.
- Tevameri, Terhi (2012). Matriisiorganisaatioarkeen hyväksyminen sairaalaorganisaatioissa, case HUS-röntgen. *Työelämän tutkimus* 10(2), 149–169.
- Tevameri, Terhi & Kallio, Tomi J. (2009). Matriisi- ja prosessimainen toimintatapa sairaalaorganisaatioiden uudelleenkehittämisessä. *Hallinnon Tutkimus* 28(1), 15–32.
- Thompson, James D. (1967). *Organization in action*. New York: McGraw-Hill Inc.
- Thompson, James D. (1974). *Miten organisaatiot toimivat*. Helsinki: Weilin+Göös.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi Anneli (2009) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Varis, Keijo (2012). *Organisaatiokulttuurin ja johtajuusidentiteetin merkitys matriisiorganisaatiomuutoksessa. Case-tutkimus*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (2010). *TYKSiin toiminnan ja organisaation muutos – T-pro. Hankesuunnitelma* (05.02.2010).
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2010). *Väliraportti T-Pro –hankkeesta ja hankkeen jatkovalmistelun linjaaminen*. Hallitus 27.4.2010. Haettu sivulta <http://vsshp.ktweb.fi/>, 18.6.2012.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2011). § 67 *TYKSiin sairaanhoidon organisaatiorakenne vuonna 2013*. Hallitus 23.5.2011. Haettu sivulta <http://vsshp.ktweb.fi/>, 18.6.2012.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2012a). *Sairaanhoitopiirin uusi toimintasääntö*. Hallitus 18.9.2012. Haettu sivulta <http://vsshp.ktweb.fi/>, 27.9.2012.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2012b). *Sairaanhoitopiirin toimintasääntöön suuntaviivat hallituksen hyväksyttäväksi jatkovalmistelua varten*. Hallitus 18.9.2012, liite 1 § 108. (versio 0.96 7.9.2012). Haettu sivulta <http://vsshp.ktweb.fi/>, 27.9.2012.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2012c). *TYKSiin muutosprosessin toimeenpanoa täsmennettiin*. Tiedote 10.5.2012. Haettu sivulta <http://www.vsshp.fi/fi/tiedotteet2012/58194/>, 18.6.2012.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2012d). *TYKSiin toimintasääntöön suuntaviivat hallituksen hyväksyttäväksi jatkovalmistelua varten*. Hallitus 31.1.2012 liite 1 § 5. (versio 0.91 24.1.2012). Haettu sivulta: <http://vsshp.ktweb.fi/>, 18.6.2012.
- Virtanen, Juha V. (2010). *Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskihoitoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta*. Turun kauppakorkeakoulu, Sarja/Series A-2:2010. Turku: Uniprint.

**THE FOLLOWING PUBLICATIONS HAVE BEEN RELEASED SINCE 2013
IN TURKU SCHOOL OF ECONOMICS PUBLICATION SERIES A**

- A-1:2013 Hanna Pitkänen
Theorizing formal and informal feedback practices in management accounting through three dimensions
- A-2:2013 Samppa Suoniemi
The impact of CRM system development on CRM acceptance
- A-3:2013 Kirsi Lainema
Managerial interaction – Discussion practices in management meetings
- A-4:2013 Sueila Pedrozo
Consumption, youth and new media: The debate on social issues in Brazil
- A-5:2013 Jani Merikivi
Still believing in virtual worlds: A decomposed approach
- A-6:2013 Sanna-Mari Renfors
Myyjän toiminnan laatu kuluttajapalvelujen myyntikohtaamisessa – Ostajan näkökulma myyjän suoritusarviointiin
- A-7:2013 Maria Höyssä
Where science meets its use – Exploring the emergence of practical relevance of scientific knowledge in the regional context
- A-8:2013 Karri Rantasila
Measuring logistics costs – Designing a general model for assessing macro logistics costs in a global context with empirical evidence from the manufacturing and trading industries
- A-9:2013 Taina Eriksson
Dynamic capability of value net management in technology-based international SMEs
- A-10:2013 Jarkko Heinonen
Kunnan yritysilmapiirin vaikutus yritystoiminnan kehittymiseen
- A-11:2013 Pekka Matomäki
On two-sided controls of a linear diffusion
- A-12:2013 Valtteri Kaartemo
Network development process of international new ventures in internet-enabled markets: Service ecosystems approach
- A-13:2013 Emmi Martikainen
Essays on the demand for information goods

- A-14:2013 Elina Pelto
Spillover effects of foreign entry on local firms and business networks in Russia – A Case study on Fazer Bakeries in St. Petersburg
- A-15:2013 Anna-Maija Kohijoki
ONKO KAUPPA KAUKANA?
Päivittäistavara-kaupan palvelujen saavutettavuus Turun seudulla – Ikääntyvien kuluttajien näkökulma
- A-1:2014 Kirsi-Mari Kallio
”Ketä kiinnostaa tuottaa tutkintoja ja julkaisuja liukuhihnaperiaatteella...?”
– Suoritusmittauksen vaikutukset tulosohjattujen yliopistojen tutkimus- ja opetushenkilökunnan työhön
- A-2:2014 Marika Parvinen
Taiteen ja liiketoiminnan välinen jännite ja sen vaikutus organisaation ohjaukseen – Case-tutkimus taiteellisen organisaation kokonaisohjauksesta
- A-3:2014 Terhi Tevameri
Matriisirakenteen omaksuminen sairaalaorganisaatioissa – Rakenteeseen päätyminen, organisaatiosuunnittelu ja toimintalogiikan hyväksyminen

All the publications can be ordered from

KY-Dealing Oy
Rehtorinpellonkatu 3
20500 Turku, Finland
Phone +358-2-333 9422
E-mail: info@ky-dealing.fi