



Maari Rytälä

Tietoperustainen johtaminen palvelutoiminnan suunnittelussa julkisella terveydenhuoltoalalla

Akateeminen väitöskirja, joka esitetään Lapin yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnan suostumuksella esitetään julkisesti tarkastettavaksi Lapin yliopiston Castrén-salissa syyskuun 16. päivänä 2011 kello 12

Lapin yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Copyright: Maari Rytälä

Jakelu: Lapin yliopistokustannus
PL 8123
FI-96101 Rovaniemi

puh. + 358 (0)40 821 4242 , fax + 358 16 362 932
julkaisu@ulapland.fi
www.ulapland.fi/lup

Painettu
ISBN 978-952-484-478-9
ISSN 0788-7604

pdf
ISBN 978-952-484-479-6
ISSN 1796-6310
www.ulapland.fi /unipub/actanet

Tiivistelmä

Terveydenhuollon johtamisella on tulevaisuudessa merkittävä rooli palvelutoiminnan suunnittelun onnistumisessa. Julkisen terveydenhuollon ja tässä tutkimuksessa tutkimuksen kohteena olevat erikoissairaanhoidon merkittävät haasteet tulevat olemaan kustannustehokkuuden ja palvelutoiminnan kokonaistaloudellisuuden hallinta sekä resurssien ja osaamisen strateginen ennakointi. Palveluita tulee kyetä kohdentamaan väestön terveystarpeiden mukaisesti mahdollistaen korkean terveyshyödyn palveluiden käyttäjille. Tietoperustaisessa johtamisessa liiketoimintaosaaminen ja ammattimainen henkilöstöjohtaminen yhdistyvät intentionaaliseen, kokemusperäiseen johtamisotteeseen, jossa jatkuva, systemaattinen tiedon louhinta tuo analysoitavaksi johtamistyöhön tarvittavaa tietoa. Tätä tietoa konvertoidaan johtamisen polkutiedoksi.

Tutkimuksessani on käytetty menetelmä- ja aineistotriangulaatioita, jolloin tiedon keruu on toteutettu monipuolisesti toisiaan tukevilla tutkimusotteilla. Metodologisesti olen käyttänyt teorialähtöistä systemaattista sisällön analyysiä, asiantuntijoiden teemahaastatteluja, focus group-haastattelua ja dokumenttiaineistoa. Aineiston keruun kohdeorganisaatioksi valitsin Suomen suurimman erikoissairaanhoidon edustavan Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS). Tutkimushaastattelun asiantuntijat valittiin eri erikoisaloilta, palvelutoiminnan eri tasoilla työskentelevistä lääkäri- ja hoitotyön johtajista.

Tutkimustulosten mukaan tarpeet ja haasteet tiedolle tulevat sekä sisäisestä että ulkoisesta toimintaympäristöstä. Yhä enemmän tarvitaan laaja-alaista ja monipuolista tiedon hallintaa sekä ymmärrystä, että tietoa ei sinällään voi johtaa. Tietointensiivisessä asiantuntijaorganisaatiossa johdetaan asiantuntijoita mahdollistaen sosiaalisesti avoimia yhteistyöverkostoja. Näissä verkostoissa voidaan tietoa muodostaa, jakaa ja konvertoida kollektiivisesti, sekä lopulta muodostaa siitä yhteisöllisesti hyväksyttyä tietoa, joka implementoidaan edelleen toiminnan tasolle. Johtamistyön tulee olla mitattavaa, intentionaalista toimintaa, jota voi-

daan arvioida sekä kehittää. Tiedon louhintaa ja analysointia tulee kehittää, mikä nähdään välttämättömänä tulevaisuudessa johtamistyön onnistumisen näkökulmasta. Palvelutoiminnan suunnittelu kehittyy organisaatiossa määritettyjen johtamisvastuiden avulla. Sitä voidaan kehittää johtamistyön kehittämisen avulla co-operatiivisesti perusterveydenhuollon ja kuntien välillä. Kehittämistä tapahtuu tulevaisuudessa yhteisen koulutusympäristön sekä koordinoitun, nimetyn asiantuntija-verkoston avulla. Julkisen terveydenhuollon tietoperustainen johtamistyö tulee avaamaan uudenlaista johtamis- ja kehittämistyötä, jossa johtajan sosiaalinen ja vuorovaikutteinen kyvykkyys sekä henkilökohtaiset sovellettavat johtamistaidot korostuvat yhä enemmän.

AVAINSANAT: Tietoperustainen, tieto, osaaminen, johtaminen ja johtamisjärjestelmä, palvelutoiminta, suunnittelu, kehittäminen

Abstract

Health care management will have a significant role in the success of the service planning in the future. Major challenges in the public health care will be the control and understanding of the cost-effectiveness and the overall economy as well as the strategic foresight of the resources and know-how. These challenges concerning public specialized health care are viewed in this research. On the other hand the services have to be targeted to the health needs of the population enabling high health benefits. This will be made possible by developing management activities within the structure chosen in co-operation with primary health care and municipalities. The knowledge-based management consists of business management skills and professional human resources management. These are combined with intentional empirical leadership in which a continuous, systematic data mining will produce the information necessary for leadership to be analysed. This information is then converted to the management track knowledge.

In this study I used the method and data triangulation, where data collection was carried out in a versatile and mutually supportive research approach. Methodologically, I used a theory-driven systematic content analysis, experts in structured interviews, focus-group interviews, as well as documentary material. Material was collected from Finland's largest hospital district of Helsinki and Uusimaa representing specialized care. The experts of the research interview were selected from different specialty areas, working at different levels of service as medical and nursing directors.

According to the results of this research the needs and the challenges to the knowledge arise both from the internal and external environment. Wide-ranging and varied knowledge management is increasingly needed, as well as understanding the fact that the information in itself can not be lead. In a knowledge-intensive specialist organization experts are lead facilitating socially open collaborative networks. In these net-

works information can be collectively built, distributed, converted, and finally made communally accepted and then implemented to the operative level. The leadership must be measurable, intentional activity, which can be assessed and developed. The leaders want to learn mining and analysing data, which is seen essential to the success in the future from the perspective of managerial work. The service planning develops by defined leadership responsibilities in an organization. The leadership has to be measurable and easy to assess. Service planning can be developed through the development of the leadership co-operative with primary healthcare and municipalities. The development will also happen by joint training environment, and coordinated, designated expert network.

Knowledge-based management in the public health care will open a new kind of leadership and development, where the leader's social and interactive capabilities as well as personal leadership skills are more and more pronounced.

KEYWORDS: evidence-based, knowledge, skills, leadership and management, service operations, design, development

Sisällys

Esipuhe	11
1 Johdanto	13
1.1 Tutkimuksen tausta	13
1.2 Tutkimuksen tavoitteet ja tehtävät	18
1.3 Tutkimusraportin rakenne	21
2 Tutkimuksen toteutus ja metodologiset lähtökohdat	24
2.1 Tutkimuskohteen kuvaus	24
2.2 Tutkimushaastattelut ja metodologia	26
2.3 Systemaattisen analyysin erittelyä sisällönanalyttiseen lähestymistapaan	33
2.4 Laadullisen tutkimuksen luotettavuus	42
2.5 Yhteenveto	47
3 Tieto organisaatiossa ja julkisen terveydenhuollon palveluiden suunnittelussa	49
3.1 Tieto organisaatiossa	49
3.2 Tieto palvelutoiminnan suunnittelussa	59
3.3 Tietopääoma	62
3.4 Tiedon louhinta (Data Mining)	68
3.4.1 Tiedon hankinta ja muodostuminen louhinnalla	72
3.5 Tietointensiivisyys	75
3.6 Teoreettinen yhteenveto tieto organisaatiossa	79
4 Tietoperustainen johtaminen julkisessa terveydenhuollossa	82
4.1 Kehitys kohti tietoperustaista johtamista	82
4.2 Julkisen terveydenhuollon tietoperustainen johtaminen	89
4.3 Palvelutoiminnan johtamisen ja suunnittelun kehittyminen julkisessa terveydenhuollossa	93
4.4 Johtamisen ja suunnittelun differointi	103
4.4.1 Reunaehtoja suunnitteluun johtamisen näkökulmasta	103

4.4.2 Tietoperustaisen johtamisen ja suunnittelun differointi.....	109
4.5 Tietoperustainen johtaminen osaamisen johtamisena.....	122
4.5.1 Osaamisen johtamisen kehittyminen tietoperustaiseksi johtamiseksi.....	125
4.6 Teoreettinen yhteenveto tietoperustaisesta johtamisesta	131
5 Tutkimustulokset.....	134
5.1 Tietoperustainen johtaminen ja tieto julkisen terveydenhuollon organisaatioissa.....	135
5.1.1 Tieto palvelutoiminnan suunnittelussa.....	136
5.1.2 Tiedon louhinta johtamisessa ja palvelutoiminnan suunnittelussa.....	146
5.2 Tietopääoma ja tietointensiivisyys tietoperustaisessa johtamisessa..	152
5.3 Tietoperustainen johtaminen asiantuntijoiden näkökulmasta.....	158
5.3.1 Johtaminen palvelutoiminnan suunnittelussa.....	165
5.3.2 Johtamisen differointi ja rakenteet.....	174
5.3.3 Tietoperustainen johtaminen osaamisen johtamisena.....	180
5.4 Yhteenveto keskeisistä tuloksista.....	188
6 Johtopäätökset ja pohdinta.....	191
6.1 Teoreettisten lähtökohtien ja empirian suhde tutkimuksessa.....	191
6.2 Tietoperustainen johtaminen terveydenhuollon organisaatiossa.....	193
6.2.1 Tieto palvelutoiminnan suunnittelussa ja johtamisessa.....	193
6.2.2 Tiedon hyödyntäminen palvelutoiminnan suunnittelussa ja johtamisessa.....	199
6.2.3 Tietoperustaisen johtamisen kehittäminen.....	209
6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	211
Lähteet.....	216
Liitteet.....	237

Taulukkuuettelo

TAULUKKO 1	Haastateltavien määrät ammatti- ja tehtäväryhmittäin.....	30
TAULUKKO 2	Focus group -haastattelun asiantuntijat sekä lukumäärät	32
TAULUKKO 3	Objektivistiset ja toiminnalliset näkemykset tiedosta.....	53
TAULUKKO 4	Tiedon keskeiset teoreettiset, käsitteelliset ja tutkimukselliset teemat.....	79
TAULUKKO 5	Johtamisajattelun muutos.....	99
TAULUKKO 6	Palveluiden suunnittelutasot.....	119
TAULUKKO 7	Johtamisen teoreettiset, käsitteelliset ja tutkimukselliset teemat.....	132
TAULUKKO 8	Tiedon louhinnan tavoitteet teorian ja tulosten mukaan.....	146
TAULUKKO 9	Johtamisen painopisteen muutokset.....	169
TAULUKKO 10	Johtamisen segmentointi ja osaaminen.....	178
TAULUKKO 11	Osaamisen johtaminen tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta.....	184
TAULUKKO 12	Yhteenveto keskeisistä tuloksista.....	189

Kuvioluettelo

KUVIO 1	Tutkimuksen rakenne.....	22
KUVIO 2	Tutkimusaineiston kulku johtopäätöksiin	48
KUVIO 3	Tiedon siirto.....	56
KUVIO 4	Organisaation tietovirrat.....	57
KUVIO 5	Tiedon kokonaisuus ja kyvykyys käyttää tietoa.....	60
KUVIO 6	Tiedon louhinnan vaiheet.....	70
KUVIO 7	Tiedon louhinta tietoperustaisessa johtamisessa.....	71
KUVIO 8	Tiedon louhinta ja muodostaminen	74
KUVIO 9	Prosessimaisen toiminnan johtamisvastuu.....	97
KUVIO 10	Palvelutoiminnan prosessien johtaminen.....	98
KUVIO 11	Tiedon dualistinen kulku.....	100
KUVIO 12	Tietoperustainen palvelutoiminnan suunnittelu.....	102
KUVIO 13	Palveluiden kehittämistoiminta.....	112
KUVIO 14	Liiketoimintatiedon sykli.....	114
KUVIO 15	Erikoissairaanhoidon palvelujen sopimusprosessi.....	116
KUVIO 16	Operatiivinen palvelutoiminta ja prosessit.....	118

KUVIO 17	Tiedon muodostuminen ja konvertointi.....	139
KUVIO 18	Johtaminen ja viisaus.....	142
KUVIO 19	Jatkuva tiedon kierto.....	143
KUVIO 20	Tiedon louhinta, käyttötarkoitus ja muodostus.....	148
KUVIO 21	Tietoperustaisen johtamisen kokonaisuus.....	164
KUVIO 22	Palvelutoiminnan johtaminen.....	167
KUVIO 23	Koulutusympäristö.....	170
KUVIO 24	Johtamistyö rakenne.....	180
KUVIO 25	Tiedon prosessi organisaatiossa.....	201
KUVIO 26	Tieto, hyödynnettävyys ja johtaminen.....	202

Esipuhe

Väitöskirjan tekeminen on ollut elämäni suurin oppimatka. Oppimatka ei ole rajautunut pelkästään tieteen ja tutkimuksen maailmaan vaan on näyttäytynyt voimakkaanakin henkilökohtaisena oppi- ja muutosmatkana. Jos tämän olisin tiennyt, en ehkä olisi koskaan uskaltanut matkalle lähteä. Nyt olen kokenut olevani etuoikeutettu ja kiitollinen tästä mahdollisuudesta.

Suurimmat kiitokset kuuluvat ohjaajilleni professori Jari Stenvallille sekä professori Antti Syväjärvelle. Jaria kiitän alun innostavasta motivoinnista matkalle lähtemiseen sekä rohkaisevasta ohjausotteesta koko matkan. Ilman Jarin alkurohkaisua tutkimus olisi jäänyt tekemättä. Antin positiivisen kriittinen ohjausote mahdollisti oman tilan tehdä tutkimusta sekä oman kasvun ja oppimisen tutkimusprosessin aikana. Epätoivon hetkinä Antin tiukkalinja pakotti ponnistelemaan eteenpäin ja näkemään oikeat polut jatkamaan matkaa. Molemmat ohjaajani antoivat mahdollisuuden itsenäiseen työskentelyyn, mutta olivat tukemassa ja jäsentämässä tutkimukseni haasteita. Ohjausote ei olisi voinut olla parempi. Kiitän molempia ohjaajiani pitkästä pinnasta, sitkeydestä ja ymmärryksestä tutkimusprosessiini, joka jäsenyi, kasvoi ja muodostui työelämän pyörteiden mukana.

Työni esitarkastajina toimineille professori Leena Paasivaaralle ja professori Pirkko Vartiaiselle esitän suurimmat kiitokset erinomaisen hyvistä lausunnoista. Saamani rakentavat ja arvokkaat palautteet mahdollistivat tutkimukseni parantamisen sekä viimeistelyn. Esitän arvokkaimmat kiitokset molemmille. Kiitän yliopiston ja tiedekunnan mahdollistaman taiton sekä ulkoasun viimeistelytyön toteutuksesta Paula Kassista sekä kannen suunnittelusta ja toteutuksesta graafikko Niina Huuskosta.

Suuret kiitokset lausun esimiehelleni HUS Hyvinkään sairaanhoitoalueen johtaja Asko Saarelle, joka mahdollisti tarvittaessa vapautua päivätyöstä keskittymään tutkimuksen tekemiseen sekä anteeksiantoon välillä vajaateholla tehtyyn päivätyöhön. Hyvinkää sairaalassa kiitän Me-

disiinisen tulosityksikön päivystysalueen vastuualuejohtajaa, erikoislääkäri Juha Vallia tutkimuksen kielihuollosta ja oikoluvusta sekä positiivisesta kannustamisesta. Kiitän myös hyvää ystävääni kehittämispäällikkö Sirpa Salintoa henkisestä tuesta sekä lukemattomista pitkistä keskusteluista, jotka avasivat hämmästyttävällä tavalla yhä uudestaan uusia ovia omaan kasvuprosessiini. Kiitän operatiivisen tulosityksikön johtajaa, kirurgian ylilääkäri Ulla Kerästä mentorointimaisesta kannustamisesta ja tuesta. Kiitän myös omaa lähityöyhteisöä ymmärryksestä ja saamastani tuesta. Suuret kiitokset kuuluvat henkilöstöassistentti Soili Lehdelle arjen pyörimisestä tutkimusvapaitteni aikana.

Kauneimmat kiitokset esitän pojilleni Christianille sekä Andreakselle, jotka ovat jaksaneet ihmetellä äidin opiskelua vuosien aikana. Omistan tämän väitöskirjani vanhemmalle pojalleni Christianille. Väsyn keskellä Christianin kyky naurattaa mutsia ja jatkuva, yllättävien kysymystenasetteluiden virta antoi jaksamista jatkaa eteenpäin. Andreas on vielä pieni poika ja omaa oppimatkaa vasta esikoulussa aloittamassa. Pienen pojan halaukset ja suukottelut pakottivat jatkamaan matkaa. Toivotan molemmille pojilleni menestystä ja ikuisen oppimisen matkaa elämässään. Juhalle rakkaimmat kiitokset.

Hyvinkäällä, kesäkuussa 2011

1 Johdanto

1.1 Tutkimuksen tausta

Julkinen terveydenhuolto hakee ratkaisuja miten selvitä kasvavasta ja muuttuvasta palvelutarpeesta yhä niukemmilla resursseilla sekä tiukemmillä talousvaateilla. Toimialaa ja sen organisaatioita voidaan kuvata kompleksisuudella sekä toiminnanmuutoksia Raplex-ilmiöllä (rapid, complex). Organisaatioiden johtaminen ja palveluiden suunnittelu on edelleen tasapainoilua kliinisyyden ja governanssin välimaastossa. Governanssi tarkoittaa (Parviainen, Lillrank & Ilvonen 2005), miten eri toimijoiden ja sidosryhmien välisiä intressejä, valtasuhteita ja kannustimia säädellään. Johtamis- ja suunnittelutyötä vaikeuttavat toimialan monet erityispiirteet, kuten terveyteen, sairauteen ja hoitamiseen liittyvä epävarmuus ja riski, toisaalta suunnittelua parantavat organisaatoratkaisut on johdettava terveydenhuollon erityispiirteistä ja terveydenhuollon arvонуonin logiikasta (esimerkiksi Berry & Bendapudi 2007).

Kompleksisuutta voidaan hallita tiedolla ja johtamisella. Tiedon merkitys lisääntyy jatkuvasti, mutta myös ymmärrys sen monimuotoisuudesta lisääntyy. Tietoperustainen johtaminen välineistää tiedon, joka liikkuu, muuntuu ja hyväksytään sosiaalisen arkkitehtuurin rakenteissa. Tarvitaan tutkimusta ymmärtämään paremmin johtamisen merkitystä suhteessa tietoon ja palvelutoiminnan suunnitteluun. Tämä johtamistutkimus tutkii terveydenhuollon organisaation sisäisen johtamistoiminnan merkitystä vastata toimialan haasteisiin. Terveydenhuollon johtamisen tulee olla tietoperustaista, kokemukseen, tietoon ja taitoon perustavaa.

Suomalaisessa terveydenhuollossa johdetaan palveluita, joiden tarkoituksena on väestön terveyden ylläpitäminen, sairauksien ennaltaehkäisy ja hoito sekä kuntoutus. Palvelut voidaan jakaa perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuoltoon kuuluvat esimerkiksi terveyskeskuksesta tai työterveyshuollosta saadut palvelut. Erikoissairaanhoidon kuuluvat palvelut ovat erikoislääkärijohtoisia, näitä palveluja

on saatavissa esimerkiksi poliklinikoilla, sairaaloissa ja yliopistollisissa keskussairaaloissa.

Julkisen terveydenhuollon palvelujärjestelmät kohtaavat lähivuosina yhä suurempia haasteita. Kansalaisten odotukset ja vaatimukset palveluita kohtaan kasvavat. Hyvinvointivaltioiden yhä kohonneen koulutus- ja elintason myötä terveyspalveluiden käytön kohteet muuttuvat. Uudet elintasosairaudet pakottavat kohdentamaan resursseja ja tutkimusta sekä palveluiden suunnittelua. Uudet teknologiat mahdollistavat suunnittelussa yhä paremmin huomioimaan tehokkuuden ja laadukkuuden vs. hoitoon käytetyn ajan. Vaikka elintason myötä terveys ja koettu terveys ovat kohonneet, terveyspalveluiden käyttö ei vähene vaan on tutkittu, että terveyden lisääntyminen ei hoitomahdollisuuksien lisääntyessä ja hoitoindikaatioiden muuttuessa juuri vähennä terveyspalvelujen käyttöä. Terveyspalvelujen tarjonta ja käyttö korreloivat voimakkaasti (Peacock 2007).

Terveydenhuollon tulevaisuutta muokkaavat etenkin väestökehitys, kustannusten ja maksuvalmiuden ristiriita, alueellinen keskittyminen, lääketieteellisen teknologian kehitys ja väestön ajatusmaailman muutokset. Trendeinä voidaan tunnistaa lääketieteellisen kehityksen ekspansio, kustannuskriisin vaikeutuminen, kansantaloudellinen kehitys, väestön vanheneminen, hoito- ja lääkäriresurssien saatavuus ja yleisen ajattelutavan kulku kohti yhä suurempaa individualismia. Toisaalta yleisiä haasteita voidaan tunnistaa terveydenhuollon henkilöstön saatavuudessa ja resurssien riittävyudessa sekä optimaalisessa kohdentamisessa. Lainsäädäntötasolla (Terveydenhuoltolaki 1326/2010) pyritään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistämiseen, hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä terveyspalveluiden saatavuuden varmistamiseen. Suomen kunta- ja palvelurakenteita ja samalla terveydenhuollon rakenteita ollaan paraikaa uudistamassa. Tavoitteena on ollut nykyisiä kuntia suurempien yhteenliittymien luominen vastaamaan terveydenhuollon järjestämisestä. Tällä pyritään takaamaan terveydenhuollon rahoituksen kestävyys ja hallitsemaan paremmin kustannusten kasvua ja tuottamaan korkeatasoisia, nykyaikaista hoitoteknologiaa hyödyntäviä toimenpiteitä (Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta). Kunta- ja palvelurakenneuudistusta koskeva lainsäädäntö tuli voimaan vuonna 2007. Julkisen terveydenhuollon kehittäminen on sidoksissa kuntarakenteiden ja alu-

eellisten palveluiden yleiseen kehitykseen. Haasteena nähdään poliittisen päätöksenteon rooli ja poliittinen ohjaus terveydenhuollon kehittämises- sä ja linjauksymyksissä.

Kansainvälisissä vertailuissa Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on pärjännyt varsin hyvin. Julkisen terveydenhuollon järjestelmän kehittä- misen tärkeyttä voidaan helposti lähestyä peilaamalla kustannuksia ja näkökulmaa rahan riittävydestä muuttuvassa, nopeasti vanhenevassa väestörakenteessa. Vuonna 2008 Suomen terveydenhuoltomenot oli- vat OECD:n terveystilinpitojärjestelmään (SHA, System of Health Ac- counts) perustuvan kansallisen tilaston mukaan 15,5 miljardia euroa. Tä- mä oli 700 miljoonaa euroa enemmän kuin edellisenä vuonna. Asukasta kohden menot olivat 2908 euroa, mikä oli 4,3 prosenttia edellisvuotta enemmän. Inflaatio huomioon ottaen terveydenhuollon kokonaismen- not pysyivät ennallaan. Rahamääräisesti suurimmat menoerät koostuivat erikoissairaanhoidon (5,1 miljardia euroa) ja perusterveydenhuollon (3,1 miljardia euroa) palveluista (THL/ tilastot 2010).

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän rahoitus on monikanavai- nen. Koko julkista terveydenhuoltoa ohjaa valtio, joka omalla poliittisella ohjausjärjestelmällä valvoo, mahdollistaa tai heikentää koko järjestelmän toimintaa. Valtion ohjausjärjestelmän mukaan Suomessa terveydenhuol- topalvelujen järjestämisestä vastaavat kunnat, joita ohjaavat mm. kansan- terveyslaki sekä erikoissairaanhoidolaki. Jokainen kunta on velvollinen järjestämään asukkailleen sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaan- hoidon palvelut. Palvelut rahoitetaan kunnan oman rahoituksen ohella valtionosuuksilla ja asiaskasmaksuilla. Volyymiltään suurimmat palvelut ovat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto. Kunnat hankkivat eri- koissairaanhoidon palvelut pääosin sairaanhoitopiireiltä (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992), joiden tehtävänä on järjestää alueensa erikoissairaanhoidon palvelut tuotetaan sairaanhoitopiirien sairaaloissa sairaanhoitopiiri- rin alueen kuntien väestölle. Sairaanhoitopiiri tuottaa väestön tarpeisiin perustuvia erikoissairaanhoidon palveluja, jotka täydentävät terveyskes- kusten perusterveydenhuollon palveluja. Sairaanhoitopiiri vastaa myös terveyskeskusten laboratorio- ja röntgenpalvelujen ja muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämistä ja laadun valvonnasta ja huolehtii teh-

täväalueensa tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta yhteistyössä terveyskeskusten kanssa.

Potilaat jakautuvat ja määrittävät alueellisen työnjaon mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille. Alueellinen työnjako sovitaan kuntayhteistyössä kuntaneuvottelutasolla, hoitoketjujen, hoitotakuun tai muuten määritettyjen sopimusten mukaisesti. Palvelujärjestelmän tasolla kuntalaiset asioivat ensimmäisenä perusterveydenhuollon puolella, jossa potilaat hoidetaan ja arvioidaan ensisijaisesti. Perusterveydenhuollosta potilaat lähetetään erikoissairaanhoidon lääketieteellisten perusteiden tai muun sovitun alueellisen lääketieteellisen työnjaon sopimuksen mukaisesti eli käytännössä erikoissairaanhoidon ohjataan ne vaativimmat potilaat, joita ei voida tai osata hoitaa perusterveydenhuollon puolella tai jotka muuten on tarkoituksenmukaista hoitaa erikoissairaanhoidon yksiköissä. Perusterveydenhuollon roolin voidaan katsoa olevan myös portinvartija erikoissairaanhoidon.

Julkisen terveydenhuollon järjestelmän toimivuus korreloi talouden läpi kunnan terveydenhuoltokustannusten kokonaisuudessa. Toisaalta palvelutoiminnan suunnittelun onnistuminen mahdollistaa erikoissairaanhoidon kustannusten hallinnan ja oikea-aikaiset palvelut. Voimavarojen käyttöä on tähän mennessä pyritty tehostamaan pikemminkin lisäämällä yksikkökohtaista tehokkuutta, kuin tarkastelemalla toimintamalleja ja palvelujärjestelmiä kokonaisuudessaan. Asiakkaan/potilaan kannalta tämä on saattanut merkitä palvelujen pirstoutumista sekä palveluita koskevan päätöksenteon että vastuun hajautumista. Terveyspalvelujen tuottamisen lähtökohta on myös toimintatavoiltaan ollut pikemminkin professio- tai tuottajakeskeinen kuin asiakaskekeinen.

Julkisen terveydenhuollon järjestelmässä eri toimijoiden roolit ja suhteet toisiinsa ovat keskustelun polttopisteessä, kun puhutaan rakenteiden ja johtamisjärjestelmien uudelleen organisoitumisesta. Terveyspalvelujen kehitykseen voidaan vaikuttaa toiminta-, palvelu- ja johtamismalleja tehostamalla sekä kehittämällä. Se edellyttää muun muassa sektorirajat ylittävää toiminnan uudelleenorganisoimista sekä monitieteistä ja -amatillista osaamista.

Kiinnostukseni terveydenhuollon ja tässä tutkimuksessa erityisesti erikoissairaanhoidon, johtamisen kehittämiseen organisaation sisällä

nousevat edellä kuvatuista toimialan paineista, tehokkuus- ja palveluiden riittävyyskeskusteluista sekä terveydenhuollon organisaatioiden haastavista henkilöstöresursseista. Toimialan kehittymistä on pyritty edistämään edelleen yllämainitulla makroajattelulla sekä suuruuden ekonomialla (Lillrank & Venesmaa 2010; Teerikangas 2006) että keskittämisen ja tilaaja-tuottaja -toimintamallien (Ihalainen 2007; Lillrank & Haukapää-Haara 2006) tarkastelulla, joita tässä tutkimuksessa ei tarkastella. Palvelutoiminnan suunnittelu rajataan tässä tutkimuksessa tarkoittamaan erikoissairaanhoidon organisaation sisällä olevaa mikrosuunnittelua, joka integroituu rajapintojen (mm. perusterveydenhuolto) kautta kuntayhteistyöhön, muodostaen makrosuunnittelun. Palvelutoiminta tarkoittaa tässä tutkimuksessa yksittäistä palvelua, jonka potilas voi saada tai palvelukokonaisuutta, joka voi olla osa hoito- tai palveluketjua. Palvelutoiminnan suunnittelu voi näin ollen tarkoittaa aineellista tai aineetonta (esimerkiksi ohjaus- ja neuvonta-) palvelua. Kiinnostukseni on tutkia, miten erikoissairaanhoidon sisäisen johtamistyön kehittäminen mahdollistaisi palvelutoiminnan suunnittelun kehittämisen, mikä onnistuessaan mahdollistaisi kustannustehokkaat ja oikea-aikaiset palvelut loppukäyttäjälle eli potilaalle. Palvelutoiminnan suunnittelua tarkastellaan tietoperustaisen johtamisen avulla. Tietoperustaisuus on aikaisemmin liitetty lähinnä tietojohdamiseen (Huotari & Savolainen 2003; Anttiroiko 2002; Stähle 2002a; Stähle & Wilenius 2006; Jalonen 2008; Laihonen 2009) ja tiedolla johtamiseen (Hyrkäs 2009; Ojala 2008; Nonaka 2005).

Terveydenhuollon asiantuntijaorganisaation johtaminen on ilmiö. Tietoperustaista johtamista tarkastellaan tiedon ja tiedon hierarkioiden näkökulmasta yksittäisen tiedon (evidenssin) käyttämisen sijasta siirtymisestä analyttisesti monimuotoisiin tietoklustereihin. Tietoperustainen johtaminen nähdään tulevaisuusorientoituneena, intentionaalisenä ja johtamiskokemusta käyttävänä johtamisen välineenä. Terveydenhuollon johtamista on lähestytty monista näkökulmista, kuten johtamistyötä tekevien ammattiroolien kautta (Virtanen 2010; Aarva 2009; Tuomiranta 2002), organisaatiotutkimuksen (Ollila 2007; Tritter & Lester 2007), tiedon ja osaamisen (Kivinen 2008), palveluketjujen hallinnan (Tanttu 2007) tai esimerkiksi managerialismin (Torppa 2005) näkökulmasta. Tutkimukseni näkökulma keskittyy organisaation sisällä olevan

johtamisrakenteen ja tietoperustaisen johtamistyön kehittämisen syventämiseen terveydenhuollon palvelutoiminnan mikrosuunnittelussa. Johtaminen voidaan nähdä ilmiönä ajassa ja paikassa. Palvelutoiminnan suunnittelu tapahtuu prosessien kautta horisontaalisesti, mutta toisaalta perinteinen organisaatiojohtaminen tapahtuu vertikaalisesti matriisiin kautta. Miten tietoperustainen johtaminen voi tukea tätä vai voiko? Millainen näköala avautuu, jos julkisen terveydenhuollon organisaatioiden sisäinen johtamistyö terävöitetään, ei pelkästään sairaalakohtaisesti vaan toimialakohtaisesti?

Johtamistoiminnan merkityksellisyyttä voidaan peilata yllä kuvattujen terveydenhuollon palvelutoiminnan suunnittelun haasteiden, kuntatalouden, terveydenhuoltomenojen sekä terveydenhuoltohenkilöstön henkilöstökustannusten näkökulmasta, jotka ovat 60–70 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Ei siis ole merkityksetöntä miten johdetaan, mitä johdetaan ja millä johdetaan. Kontribuutioni tutkimusalan keskusteluun on se, miten tietoperustaisen johtamistyön kehittymistä voidaan jäsentää palvelutoiminnan suunnittelun kehittymiseen erikoissairaanhoidon organisaation sisällä. Toisaalta kuinka paljon terveydenhuollon johtamistyön kehittyminen on yksilön (johtajan) omaa kehittymistä ja missä määrin yhteisöllistä organisaation kehittymistä rakenteissa ja rakenteellisesti, johon vastataan kollektiivisen kehittämisen keinoin.

1.2 Tutkimuksen tavoitteet ja tehtävät

Terveydenhuollon organisaation monisäikeisiin haasteisiin palvelutoiminnan suunnittelussa haetaan vastauksia tutkimuksen keskeisillä teemoilla, joita ovat tietoperustainen johtaminen, tieto ja osaamisen johtaminen. Teemoja teoretisoidaan, analysoidaan ja tutkitaan muodostaen uutta näkemystä ymmärtämään sekä syventämään johtamisen merkitystä asiantuntija organisaatiossa.

Tutkimuksen tarkoitus on analysoida miten julkisen terveydenhuollon johtaminen ja palvelutoiminnan suunnittelu tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta on mahdollista kehittyä.

Tutkimuksen tehtävänä on tutkia tietoperustaista johtamista julkisen terveydenhuollon palvelutoiminnan suunnittelussa ja johtamisessa. Näkökulmana on johtamisen ja palvelutoiminnan suunnittelun kehittäminen.

Tutkimuksen tarkoitusta lähestytään täsmentävillä tutkimuskysymyksillä:

1. Millaista tietoa tarvitaan palvelutoiminnan suunnitteluun ja johtamiseen.
2. Miten tietoa hyödynnetään ja käytetään johtamisessa ja palvelutoiminnan suunnittelussa.
3. Miten tietoperustaista johtamista tulisi kehittää palvelutoiminnan suunnittelun, johtamisen ja johtamisrakenteiden näkökulmasta

Tutkimustehtävän avulla kuvataan tietoperustainen johtaminen palvelutoiminnan suunnittelussa sekä johtamisessa julkisessa terveydenhuollossa. Ensimmäisen täsmentävän tutkimuskysymyksen avulla kuvataan ja analysoidaan millaista tietoa tarvitaan johtamisen ja palvelutoiminnan suunnittelun näkökulmasta. Toisen tutkimuskysymyksen avulla kuvataan tiedon hyödynnettävyyttä johtamisessa sekä suunnittelussa. Kolmannen tutkimustehtävän avulla kuvataan miten tietoperustaista johtamista tulisi kehittää julkisen terveydenhuollon johtamisrakenteiden ja palvelutoiminnan suunnittelun kehittämisen näkökulmasta.

Tutkimusorientaatio on yhteiskuntatieteellinen, jolloin on kiinnostavaa asemoida tutkimus suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän ja julkisen terveydenhuollon rakennekeskusteluun, toisaalta asemoida se hallintotieteen näkökulmasta organisaation ja johtamisen kehittämisen näkökulmiin. Hallintotieteen, terveyshallintotieteen, taloustieteen sekä organisaatio- ja johtamistutkimukselliset näkökulmat ovat tutkimuksessani lähellä toisiaan. Hallintotieteellinen ote kiinnittää tutkimuksen yhteiskunnalliseen orientaatioon tutkimusaiheen kerrostuneiden, kompleksisten vaikutusmekanismien kautta, joita ovat mm. terveyshuollon rakennekeskustelu, poliittinen päätöksenteko, kunta- ja aluepolitiikka, terveyshuollon priorisointi- ja terveyshyötykeskustelu, vaikuttavuus ja tuottavuuskeskustelu. Väestörakenteeseen ja resursseihin liittyvät yhteiskunnalliset keskustelut ja suomalaisen yhteiskunnan muutossykliisyys ovat vaikuttamassa julkisen terveydenhuollon kehittymiseen. Tut-

kimustehtävän ja tulosten avulla tutkimus kiinnittyy myös johtamis- ja organisaatiotutkimukseen.

Tietoperustainen johtaminen asemoi tiedon johtamisen välineeksi, keinoksi, työkaluksi sekä johtamisotteeksi. Näkökulmana tämä eroaa tietojohdamisesta (Huotari & Savolainen 2003; Anttiroiko 2000; Stähle 2002a; Stähle & Wilenius 2006; Jalonen 2008; Laihonen 2009) tiedolla johtamisesta tai tiedon ja osaamisen johtamisesta (Stähle 2002b, Stähle & Wilenius 2006; Hyrkäs 2009; Ojala 2008.). Tietojohdamisen ja tiedolla johtamisen voidaan nähdä olevan funktionaalisesti rajatumpi johtamisote, jossa tieto määrittää johtamisen. Yhtymäkohtia tietojohdamisen ja tiedolla johtamisen teorioihin ovat tiedon merkityksellisyys organisaation toimintakyvykkyteen hyödyntäen sisäisiä ja ulkoisia tietovarantojaan toimintaympäristön muutoksissa (vrt. Jalonen 2008; Anttiroiko 2000; Maula & Peltoniemi 2005), sekä tiedon hallinta, muodostuminen ja tunnistettavissa olevat tiedon prosessit.

Tiedon merkitys johtamisen välineenä palvelutoiminnan suunnittelussa on kiistatta merkittävä. Tietoyhteiskunnassa voidaan katsoa julkisten organisaatioiden menestymisen riippuvan yhä enemmän niiden kyvystä käsitellä tietoa (Jalonen 2008; Pakarinen 2007) sekä käyttää sitä johtamisen välineenä. Tietoyhteiskunta voi merkitä yksilölle ja organisaatiolle paradoksaalisia tilanteita, joissa yleisestä tiedon määrän lisääntymisestä huolimatta podetaan samanaikaisesti ongelmien ratkaisemista ja päätöksentekoa edistävän tiedon puutetta (Jalonen 2008, 2). Useimmissa tutkimuksissa tietoa on lähestytty tiedon hallinnan (Anttiroiko et al. 2003) ja esimerkiksi tiedon- ja informaatio-ohjauksen (Stenvall & Syväjärvi 2006; Mäki 2004; Hansson 2002; Mäkitalo 2002) näkökulmista, jolloin tieto sinällään on keskiössä. Tässä tutkimuksessa tieto nähdään johtamisen välineenä, jolloin keskiössä ovat kysymykset mitä ja miten johdetaan tai ketä johdetaan? Tutkimukseni näkökulmana tiedon sijaan johdetaan terveydenhuollon organisaatiossa olevia asiantuntijoita, joiden hallussa oletetaan olevan tieto. Tällöin on ymmärrettävä miten johtamista ja johtamisrakenteita voidaan kehittää, jotta tietoa on mahdollista käyttää ja hyödyntää palvelutoiminnan suunnitteluun. Teoreettisesti aihetta voidaan lähestyä pohtien, miten johtamistyö auttaa tiedon muo-

dostumiseen, siirtymiseen ja konvertoitumiseen sekä johtamisen kehittämisen merkitystä palvelutoiminnan suunnittelussa.

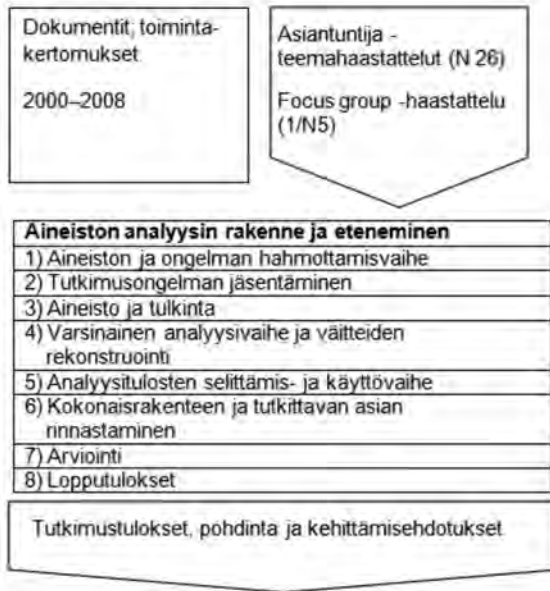
Terveydenhuollon yhteiskunnalliset paineet rakenteelliseen muutokseen ovat ohjanneet keskustelua makrotasolla tiedon kulkuun ja käytettävyyteen, sekä miten terveydenhuollon rakenne muodostuu hallinnan ja tiedon näkökulmista mahdollistaen kustannustehokkuutta, laadukkuutta ja palveluiden saatavuutta. Näkökulman painopistettä siirretään tutkimuksessani mikrotasolle organisaation sisälle ja tutkitaan miten tietoperustaisen johtamisen avulla voidaan kehittää palvelutoiminnan suunnittelua, mikä mahdollistuu johtamisen, johtamisrakenteiden sekä tiedon näkökulmista.

1.3 Tutkimusraportin rakenne

Tutkimusraportin luvussa 2 kuvaan tutkimuksen metodologiset lähtökohdat, kohdeorganisaation ja tutkimusaineistot sekä aineistoanalysoinnit. Luvussa 3 muodostan viitekehyksen julkisen terveydenhuollon organisaation tiedosta ja tiedon hankinnasta. Luvussa 4 kuvaan tietoperustaisen johtamisen ja sen merkityksen palvelutoiminnan kehittämisen näkökulmasta. Luvussa 5 kuvataan ja analysoidaan tutkimustulokset. Luvussa 6 analysoidaan tutkimuksen johtopäätökset, sekä pohdin tutkimustulosten kokonaisuutta tulevaisuuden tietoperustaisen johtamisen, johtamisrakenteiden sekä palvelutoiminnan suunnittelun kehittämisen näkökulmasta.

Tutkimusaineisto on kerätty asiantuntijoiden teemahaastatteluilta Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä (HUS) ja täydennetty focus group -haastattelulla, sekä dokumentteihin (toimintakertomukset 2000–2008) ja kirjallisuuteen perehtymällä. Dokumenttiaineistosta koottiin toiminnankehittämisen ja palvelutoiminnan suunnittelun välisiä suhteita johtamiseen. Tarkoituksena oli hakea vastauksia oliko johtaminen tavoitteellistettu linjassa toiminnan kehittämisen kanssa, vai ovatko toiminnan kehittäminen ja johtamisen kehittäminen erillisiä toimintoja ja oliko johtamiselle asetettu mittareita. Dokumentit ovat toi-

mineet tutkijalle tausta- ja orientaatioaineistona lisäten ymmärrystä ja tietoa kohdeorganisaatiosta.



KUVIO 1 Tutkimuksen rakenne.

Tutkimukseni ydin on pyrkimys kokonaisuuden hahmottamiseen tutkimusaiheesta valitun tutkimusmetodologian avulla, eikä niinkään tarttua tutkimushaastatteluiden yksittäisiin väittämiin tai kannanottoihin. Teemahaastattelussa asiantuntijoiden tuottamien vastausten perusteella muodostetaan asiakokonaisuuksia, joiden avulla julkisen terveydenhuollon tietoperustaisen johtamisen ja palveluiden suunnittelun kokonaisuutta voidaan kuvata. Teemahaastattelu tuo paremmin ymmärrystä aiheesta ja ilmiöstä, kuin toteuttaminen esim. kyselylomakkeen muodossa kvantitatiivisesti. Menetelmän mahdollisuus on mielestäni laajalajisuuden ymmärtäminen ja mahdollisimman oikeellisen näkymän muodostaminen tässä ajanjaksossa ja tässä yhteiskunnassa tutkittavassa organisaatiossa. Menetelmän tarkoitus ei ole ”totuuden” etsiminen, vaan

tietyin rajatun alueen ja aiheen kuvan muodostaminen kehittämistyön jatkamiseksi ja tunnistamiseksi. Menetelmä mahdollistaa toimialassa ja ilmiön sisällä olevien heikkojen signaalien uudelleen ymmärtämisen ja jäsentämisen.

Focus group -haastattelun tavoitteena on tuoda teemahaastatteluiden rinnalle mahdollinen näkökulma, joka ei ole ilmentynyt yksilöhaastatteluissa. Muodostettujen aineisto- ja menetelmätriangulaatioiden tarkoitus on tuoda vahvuutta tutkimuksen ympärille sekä todentaa nouseeko yksilö- ja ryhmähaastatteluissa tuotetun tiedon ympärille eroavaisuuksia, jännitteitä tai poikkeavaa näkemystä. Focus groupin tehtävänä on toimia asiantuntijaryhmänä, jonka avulla tutkija voi määrittää, tarkentaa ja arvioida teemahaastatteluista muodostetun tiedon saturaatiota ja tarkkuutta.

2 Tutkimuksen toteutus ja metodologiset lähtökohdat

2.1 Tutkimuskohteen kuvaus

Tutkimuksen kohteeksi valittiin Suomen suurinta julkisen terveydenhuollon erikoissairaanhoitoa edustava Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS), joka vastaa 25 % maan erikoissairaanhoidosta.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) on jaettu viiteen sairaanhoitoalueeseen: HYKS-sairaanhoitoalue sekä Hyvinkään, Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja Porvoon sairaanhoitoalueet. Palvelutuotantoa koordinoi neljä tulosyksikköä, jotka ovat medisiininen, operatiivinen, naisten- ja lastentautien sekä psykiatrian tulosyksiköt. HUS:n palveluksessa työskentelee noin 21 171 henkilöä, joista vuonna 2010 kuului 56,0 % hoitohenkilöstöön, 12,5 % lääkäreihin, muuhun henkilökuntaan 26,8 % ja erityistyöntekijöihin 4,7 %. Vakinaisten työntekijöiden keski-ikä on 45,1 ja määräaikaisten 35,2 vuotta, joista naisten keski-ikä on 43,3 vuotta ja miesten 42,4 vuotta. Henkilöstökulut muodostavat kuntayhtymän toimintakuluista noin 64,2 %. Vuoden 2010 palkat ja palkkiot olivat 953,4 miljoonaa euroa. Tukipalveluista vastaavien liikelaitosten (HUSLAB, HUS-Röntgen, Ravioli, HUS-Apteekki, HUS-Desiko, HUS-Logistiikka, HUS-Servis, HUS-Tietotekniikka ja HUS-Lääkintäteknikka) osuus budjetoidusta henkilöstökuluista oli 236,5 miljoonaa euroa (25,6 %).

Kuntayhtymän johtaminen perustuu yksijohtajajärjestelmään. Kuntayhtymä jäsennetään sisäistä ohjausta ja johtamista varten keskushallintona toimivaan konsernihallintoon sekä erikoissairaanhoidon ja tukipalvelujen palvelualueisiin. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ylintä päätösvaltaa käyttää valtuusto. Kuntayhtymän valtuustossa on 69 jäsentä ja heillä kullakin henkilökohtainen varajäsen. Sairaanhoitopiiriä johtaa valtuuston alaisena hallitus, johon valtuusto valitsee toimikaudekseen 15 jäsentä ja heille henkilökohtaiset varajäsenet. Helsingin yliopistolla on myös oikeus nimetä hallitukseen kaksi jäsentä ja heille henki-

lökohtaiset varajäsenet. Hallitus valvoo sairaanhoitopiirin etua, edustaa sairaanhoitopiiriä ja tekee sen puolesta sopimukset, jollei näitä tehtäviä ole siirretty muun toimielimen tai viranhaltijan tehtäväksi. Sen lisäksi hallituksen tehtävänä on käsitellä kuntayhtymän toimintaa ja taloutta koskevat seurantaraportit sekä päättää toimenpiteistä, joihin ne antavat aiheen.

HUS:n ydintehtävänä on tuottaa asiakkaiden parhaaksi erikoissairaanhoidon palveluja ja terveyshyötyjä tuloksellisessa yhteistyössä perusterveydenhuollon, yliopiston ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Arvopohjana on yhteistyöllä huipputuloksiin, tahto toimia edelläkävijänä sekä arvostus asiakkaisiin sekä toisiimme.

HUS:n visio on olla Huippusairaala; Asiakaslähtöistä toimintaa potilaan parhaaksi, jolloin potilaat saavat maailman parasta erikoissairaanhoitoa oikea-aikaisesti, joustavasti ja asiakaslähtöisesti. Huippuosaamisella, laadukkaalla ja tehokkaalla palvelutuotannolla sekä tasapainoisella taloudella toteutetaan omistajien tahtotila. HUS haluaa edistää yhteiskunnan kehittymistä ja Suomen kilpailukykyä olemalla innovatiivinen ja vetovoimainen työnantaja.

HUS:n strategiassa sairaanhoitopiirin ydintehtäväksi on määritelty tuottaa asiakkaiden parhaaksi erikoissairaanhoidon palveluja ja terveyshyötyjä tuloksellisessa yhteistyössä perusterveydenhuollon, yliopiston ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa

HUS:n tehtäviin kuuluu huolehtia myös siitä, että Helsingin yliopiston lääketieteellinen tiedekunta voi käyttää kuntayhtymän sairaaloita opetukseen ja tutkimukseen. Lääkäri- ja hammaslääkäriskoulutusta ja erikoissairaanhoidon terveystieteellistä tutkimusta HUS:ssa rahoitetaan sosiaali- ja terveysministeriön myöntämällä erityisvaltionosuudella (evo). Lääketieteen ja hammaslääketieteen perusopetusta saa vuosittain yli 700 opiskelijaa ja erikoislääkäriskoulutuksesta valmistui 146 erikoislääkärinä ja erikoishammaslääkärinä. HUS:n sairaaloissa on vuosittain noin 4000 terveydenhuoltoalan opiskelijaa saamassa käytännön ohjausta ammattiin.

2.2 Tutkimushaastattelut ja metodologia

Tutkimus on metodologisesti laadullinen ja aineiston keruumenetelmäksi valitsin asiantuntija teemahaastattelun, jota täydensin ja tarkensin focus group -teemahaastattelulla sekä dokumentteihin ja kirjallisuuteen perehtymällä. Laadullinen tutkimus soveltuu erinomaisesti, kun halutaan tutkia jotain ilmiötä ja siihen liittyviä konteksteja. Metodologia mahdollistaa aiheeseen liittyvien sävyjen ja eri kerrosten auki avaamisen, sekä uusien näkökulmien löytämisen.

Tutkimus sijoittuu tapaustutkimukseksi, jossa tutkitaan johtamista ja palvelutoiminnan suunnittelua tietyssä erikoissairaanhoidon organisaatiossa sekä siihen liittyvää nykyistä tapahtumaa ja toimintaa tietyssä rajatussa ympäristössä käyttäen monipuolista ja monin eri tavoin hankittua tietoa (Yin 1994). Tutkimuksessa tapaustutkimusta ei tulekaan ajatella tutkimusmetodina vaan pikemminkin tutkimuksellisena näkökulmana (ks. Eskola & Suoranta 1998, 65–66). Tutkimuksellisena näkökulmana on valittu yksi tapaus, kohdeorganisaatio ja sen sisällä oleva johtamistoiminta ja palvelutoiminnan suunnittelu johtamistyötä kehittämällä. Kun tapaus tutkitaan huolella siihen liittyvien ilmiöiden avulla, joita tässä tutkimuksessa ovat mm. tieto, asiantuntijuus, sosiaalinen kulttuuri, sekä kaikki ne mekanismit, jotka ovat vaikuttamassa johtamiseen ja sitä kautta palvelutoiminnan suunnitteluun, voidaan lisätä syvällisempää ymmärrystä ilmiöstä. Vaikka tulokset eivät olisi suoraan yleistettävissä, voidaan saavuttaa yksittäisen tapauksen ylittävää tietoa, tutkimustulosta. Tätä tutkimustietoa voidaan käyttää tulevaisuudessa laajemmissa tutkimuksissa sekä soveltaa tietoa ymmärtämään ilmiöitä yhä paremmin. Tällöin on mahdollista hyödyntää tietoa yleisellä tasolla, ilmiöstä olemassa olevana tietona, kun kehittämistoimintaa suunnitellaan laajemmissa kokonaisuuksissa.

On tärkeää ymmärtää tapaustutkimuksen luonnetta, jotta ymmärretään sen mahdollisuudet sovellettavuuteen. Yin (1994, 13) määrittelee tapaustutkimuksen tutkimukseksi, jossa jotain nykyajassa tapahtuvaa ilmiötä tarkastellaan sen todellisessa tapahtumakontekstissa eli siinä ympäristössä, jossa ilmiö tapahtuu. Yhteistä erilaisille määritelmille näyttää kuitenkin olevan se, että tapaustutkimusta sanotaan luonnehtivan *pyrki-*

mykseksi tuottaa intensiivistä ja yksityiskohtaista tietoa tutkittavasta tapauksesta (vrt. Hammersley & Foster 2000, 2-3).

Tapaustutkimuksessa tapaus ei ole otos jostakin isommasta joukosta, eikä sillä pyritä tilastolliseen yleistämiseen. Sen sijaan tapausta tutkitaan kontekstisidonnaisesti huomioiden paikalliset, ajalliset ja sosiaaliset kontekstit (Saarela-Kinnunen & Eskola 2001, 161). Kiinnostavaa on erityisesti tutkimuksen sijoittuminen ajankohtaan, jossa kohdeorganisaatioita on myllertänyt johtamisjärjestelmiin sekä tietojärjestelmiin liittyvä ankara muutoskykyisyys. Käytännön orientaatiosta ja kiinnostuksesta erikoissairaanhoidon palvelutoiminnan suunnittelun kehittämiseen johtamisen avulla on jäsentänyt orientaatioita teoreettisiin tutkimusvalintoihin johtamisesta. Tapauksen ja siitä kerättävien aineistojen valinnan kriteerinä on teoreettinen kiinnostavuus kyseisen tutkimusongelman kannalta. Tutkimuksen käyttöteoria johtamisen merkityksellisyydestä ja jäsentymisestä julkisessa terveydenhuollossa suhteessa palvelutoiminnan suunnitteluun, on jäsentänyt teoreettisen viitekehyksen valintoja tietoperustaisuuteen, tietoon, osaamiseen ja suunnittelun konteksteihin. Empiirisellä aineistolla haetaan mahdollista uutta tietoa ja näkemystä organisaation sisäisen johtamisen kehittämiseen suhteessa palvelutoiminnan suunnitteluun.

Käyttöteoriaa on ohjannut taustakysymykset voidaanko julkisen terveydenhuollon toimialan haasteisiin vastata organisaation sisäisen johtajuuden ja johtamiskäytäntöjen kehittämisellä, tuoko se palvelutoiminnan suunnittelun kehittämisen kautta kustannustehokkaat ja oikea-aikaiset palvelut kuntalaisille tai voidaanko sillä vaikuttaa toimialan haastaviin henkilöstöresursseihin sekä kustannuksiin. Tulisiko toimialan makrotason rakennediskurssia siirtää mikrotason organisaatioiden sisäisten onnistumisien varmentamisiin johtamistoiminnan kehittämisen avulla? Mitä se tarkoittaisi ja miten se tapahtuisi? Jotta näitä voidaan pohtia, tulee teoreettisesti tutkia tietoperustaisuutta johtamisessa, tiedon hierarkioita ja tiedon merkitystä ja muodostumista johtamiskurssin läpi, sekä teoreettisesti kontaktoida johtaminen ja tieto palvelutoiminnan suunnitteluun. Tutkimusaineiston voidaan ajatella olevan yhteiskunnallisesti ja toimialan näkökulmasta merkittävä, koska muutospaineet ja muutospeskkustelu ohjaavat tässä ajankohdassa voimakkaana. Johtamiseen ja tietoon

liittyvä teoreettinen tarkastelu puolestaan ohjaa keskustelua ja näkökulmaa poliittisesta näkökulmasta muutoksen mahdollisuuden konkretiaan.

Tapaustutkimuksen tarkoituksena on sanoa mieluummin “vähästä paljon” kuin paljosta vähän. Ei kysytä niinkään, kuinka yleistä jokin on vaan, kuinka jokin ylipäättään on mahdollista, kuinka jokin tapahtuu. Kiinnostavampaa, kuin jonkin ilmiön yleisyys, on perehtyä sen toimintalogiikkaan ja ilmiön muotoutumisen prosessiin huolellisesti (ks. Hammersley & Foster 2000, 2-5; Yin 1994, 13; Saarela-Kinnunen & Eskola 2001, 167), jolloin tutkimus ei metodologisesti pyri nomoteettisyyteen eli asioiden yleistämiseen vaan pyrkimyksenä on johtamiseen ja tietoon liittyvien pluraliteettien lisääminen. Tutkimuksen fenomenologia näkyy empiirisen aineiston tutkimushaastattelussa asiantuntijoiden henkilökohtaisena kertomana, omien kokemusten ja näkemysten valossa suhteessa tutkittavaan johtamisen ja palvelutoiminnan suunnitteluiden ilmiöön (Järvinen & Järvinen 2004; Metsämuuronen 2003, 174–175).

Käsitteitä, jotka yleisesti yhdistetään tapaustutkimukseen, ovat muun muassa analyttinen induktio ja aineistolähtöisyys (voi olla siis tässä tapauslähtöisyys). Liikkeelle lähdetään analysoitavasta tapauksesta, ei ulkopuolisista yleistävistä teorioista. Kuitenkin tapaustutkimuksessa on vahva teoreettinen orientaatio, se ei ole vain tutkimuskohteensa tarkkaa empiiristä kuvailua. Tutkimus ei pyri tuottamaan tuloksenaan tilastollisesti yleistettävää tietoa tietoperustaisesta johtamisesta palvelutoiminnan suunnittelussa. Kyseessä on pikemminkin analyttinen yleistäminen, jolloin yleistämisellä ei kuitenkaan tarkoiteta geneeristä yleistettävyyttä vaan analytiikan kautta ymmärretään aiheen eli tietoperustaisuuden, johtamisen ja palvelutoiminnan suunnittelun sekä kohteen eli erikoissairaanhoidon yhden organisaation ja aineiston eli tutkimushaastatteluiden ja teorian pluraliteettia. Tutkimustulokset avaavat tällöin paremman ymmärryksen kontekstin kokonaisuuden hahmottamiseen yhteiskunnallisessa viitekehyksessä. Parhaimmillaan tapaustutkimus tuottaa uusia käsitteellistämisen tapoja, jotka auttavat tässä tutkimuksessa tutkittavan johtamisen ja palvelutoiminnan suunnittelun ilmiön syvällisemmässä ymmärtämisessä. Usein nämä käsitteellistykset toimivat arvokkaina analyttisinä ajattelun välineinä myös muissa vastaavanlaisissa konteksteissa ja siten niillä voi olla siirrettävyyssarvoa erikoissairaanhoidon muihin or-

ganisaatioihin, vaikka ne eivät olekaan suoraan yleistettävissä kontekstista toiseen siirryttäessä (Saarela-Kinnunen & Eskola 2001; Jokinen & Juhila 1996).

Tutkijana halusin lisätä tutkimukseni luotettavuutta, kiinnostavuutta sekä tarkkuutta muodostamillani kahdella triangulaatiolla, joita ovat aineisto (haastattelut/dokumentit) – ja menetelmätriangulaatiot (yksilö- ja ryhmähaastattelu). Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten menetelmien, tutkijoiden, tietolähteiden tai teorioiden yhdistämistä tutkimuksessa. Triangulaation avulla voidaan lisätä tutkimuksen luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2002, 141–142.). Yleisesti triangulaatioissa erotetaan neljä päätyyppiä (Denzin & Lincoln 1998; Tuomi & Sarajärvi 2002; 141): 1) aineistotriangulaatio (yhdessä tutkimuksessa käytetään useita eri aineistoja), 2) tutkijatriangulaatio (useampi tutkija tutkii samaa ilmiötä ja on mukana joko osassa tutkimusta tai koko tutkimusprosessissa), 3) teoriatriangulaatio (tutkimusaineiston tulkinnessa hyödynnetään useita teoreettisia näkökulmia) ja 4) menetelmätriangulaatio (tutkimusaineiston hankinnassa käytetään useita tiedonhankintamenetelmiä) (Eskola & Suoranta 1998, 69–70).

Tässä tutkimuksessa käytetään menetelmä- ja aineistotriangulaatiota. Aineistotriangulaatio soveltuu hyvin tutkimukseen, jossa kerätään tietoa ihmisen toiminnasta ja sen vaikuttimista. Tutkijan haasteena olisikin tiedostaa eri menetelmien kenties ristiriitaiset ihmiskäsitykset ja huomioida ne tutkimukseen liittyviä ratkaisuja tehdessään. Varsinkin, jos tutkimuskohde ei ole kovin yksiselitteinen tai siitä on hankala saada tietoa, voidaan useilla menetelmillä poistaa virhelähteitä ja siten lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Useamman kuin yhden menetelmän käyttö tiedon keruussa voi paljastaa siten ristiriitaisuuksia, jotka muuten jäävät huomioimatta (Eskola & Suoranta 1998, 71). Monen menetelmän käytöllä voidaan saavuttaa syvällisempi ymmärrys tutkittavasta moniulotteisesta kohteesta ja kyetään jäsentämään tulokset niiden merkityksen mukaisesti (Syväjärvi 2005; Patton 2002). Syväjärven (2005, 166) mukaan useamman menetelmän avulla voidaan parantaa moniulotteisen kokonaisuuden tutkimuksellista luotettavuutta.

Teemahaastattelun aineisto analysoitiin systemaattisen analyysin eritelyllä sisällönanalyttiseen lähestymistapaan. Teemahaastatteluita toteu-

tettiin vuoden 2009 aikana yhteensä 26 kappaletta. Asiantuntijat haastatteluihin valittiin eri erikoisalojen esimies- ja johtamistehtävissä olevista henkilöistä, joissa ammattiryhminä olivat edustettuina lääkärit ja hoitotyön edustajat. Erikoisalat ja yksiköt olivat kirurgia, korva-nenä-kurkkutaudit, naisten- ja lastentaudit, päivystys- ja ensihoito, gastroenterologia, keuhkosairaudet, psykiatria, anestesiologia ja sisätaudit.

TAULUKKO 1 Haastateltavien määrät ammatti- ja tehtäväryhmittäin.

Ammattiryhmä, tehtävä	Haastateltujen lkm
Ylilääkäri/ tulosyksikönjohtajat	5
Ylilääkäri/ vastuualuejohtaja	6
Ylilääkäri/ klinikkaryhmän johtaja	3
Hoitotyö/ osastoryhmän päällikkö, ylihoitaja	8
Hoitotyö/ osastonhoitaja	4
Yhteensä	26

Haastateltavien lukumäärät ja ammattiryhmät/erikoisalaryhmät (taulukko 1) muodostuivat lopullisiksi haastatteluun suostuvuudesta tai mahdollisuudesta osallistua. Merkittävänä pidän usean haastatteluun osallistuvan asiantuntijan oman identiteetin suojaamisen varmistamista, joka tutkijan näkökulmasta kertoo tutkittavan aiheen sensitiivisyydestä ja tarpeellisuudesta.

Teemahaastattelu sijoittuu formaaliudessaan lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun väliin. Haastattelu ei etene tarkkojen, yksityiskohtaisten, valmiiksi muotoiltujen kysymysten kautta vaan väljemmin kohdentuen tiettyihin ennalta suunniteltuihin teemoihin. Teemahaastattelu on avointa haastattelua astetta strukturoidumpi, sillä siinä aiempien tutkimusten ja aihepiiriin tutustumisen pohjalta valmistellut aihepiirit, teemat, ovat kaikille haastateltaville samoja, vaikka niissä liikutaankin joustavasti ilman tiukkaa etenemisreittiä (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47–48, 66; Eskola & Suoranta 2000, 86–87) ja jokainen haastattelu on yksilöllinen ja teemojen painoarvoiltaan toisistaan poikkeavia. Teemahaastattelussa pyritään huomioimaan ihmisten tulkinnat ja heidän merkitykse-

nantonsa (esim. Eskola & Vastamäki 2001). Ihmisten vapaalle puheelle annetaan tilaa, vaikka ennalta päätetyt teemat pyritään keskustelemaan kaikkien tutkittavien kanssa.

Teemahaastattelu on keskustelunomainen tilanne, jossa käydään läpi ennalta suunniteltuja teemoja. Teemojen puhumisjärjestys on vapaa, eikä kaikkien haastateltavien kanssa välttämättä puhuta kaikista asioista samassa laajuudessa. Tutkijalla on haastattelussa mukanaan mahdollisimman lyhyet muistiinpanot käsiteltävistä teemoista, jotta hän voisi keskittyä keskusteluun. Teemat voidaan listata esimerkiksi ranskalaisin viivoin ja lisäksi voidaan laatia joitakin apukysymyksiä tai avainsanoja keskustelun ruokkimista varten. Teemahaastattelun ei siis tulisi olla pikkutarkkojen kysymysten esittämistä tarkassa järjestyksessä paperilta lukien. Teemoista ja niiden alateemoista pyritään keskustelemaan varsin vapaasti. Teemahaastattelu on sopiva haastattelumuoto esimerkiksi silloin, kun halutaan tietoa vähemmän tunnetuista ilmiöistä ja asioista (vrt. puolistrukturoitu ja strukturoitu haastattelu) (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006) ja halutaan asiantuntijoiden aitoa näkemystä teemoista ilman että tarjotaan vaihtoehtoisia valmiita vastauksia, kuten esimerkiksi kyselylomakkeissa.

Teemahaastattelu edellyttää huolellista aihepiiriin perehtymistä ja haastateltavien tilanteen tuntemista, jotta haastattelu voidaan kohdentaa juuri tiettyihin teemoihin. Sisältö- ja tilanneanalyysi on siis teemahaastattelussa tärkeää. Käsiteltävät teemat valitaan tutkittavaan aiheeseen ja ilmiöön perehtymällä sekä valitsemalla aihetta avaavia kirjallisia tuotoksia, joita tässä tutkimuksessa olivat valitut dokumentit (toimintakertomukset vuosilta 2000–2008), kirjallisuus sekä muut tutkimukset.

Tutkimusaihe ja tutkimuskysymykset on operationalisoitava eli muutettava tutkittavaan muotoon. Tieteellisessä tutkimuksessa tarvitaan teoreettisia käsitteitä ja niiden empiirisiä vastineita. Luonnontieteissä ja määrällisessä tutkimuksessa puhutaan operationalisoinnista, joka tarkoittaa teoreettisten käsitteiden muuttamista empiirisesti mitattavaan muotoon. Esimerkiksi teoriassa puhutaan uuden tiedon muodostumiseen tarvittavasta Ba:sta (Nonaka & Takeuchi 1995). Käytännössä puhutaan miten johtaja voi arjessa mahdollistaa työyhteisöissä sellaisia areenoita, joissa asiantuntijat voivat keskustella ja jäsentää omia ajatuksia ja tietoja suhteessa toisiin asiantuntijoihin. Laadullisessa tutkimuksessa ei puhuta

varsinaisesti operationalisoinnista, saati mittaamisesta. Silti myös laadullisessa tutkimuksessa täytyy teoreettisille käsitteille löytyä jonkinlainen empiirinen vastine, jotta asiaa voidaan ylipäätään empiirisesti tutkia. Tutkimusaineistoa kerätessään tutkija joutuu miettimään, kuinka kerätä havaintoja teoreettisista käsitteistä ja kääntää nämä teoreettiset käsitteet kielelle, jota tutkittavatkin, tässä tapauksessa haastateltavat ymmärtävät. (Eskola & Suoranta 1998, 75–78). Kysymysten harkitsemisen lisäksi haastateltavien valitsemiseen tulee suhtautua harkinnalla: tutkittaviksi tulee valita asiantuntijoita, joilta arvellaan parhaiten saatavan aineistoa, tietoa, tutkimuksen kohteena olevista asioista.

Tutkijana halusin tarkentaa ja syventää teemahaastatteluja valitulla focus groupilla. *Focus group* -haastattelu on joustava ryhmähaastatteluun kuuluva menetelmä, jolla teemahaastattelussa esille tulleita ongelmia voitiin syventää. Focus group -haastattelua voidaan käyttää erityisesti tutkimusalueen ongelmien identifiointiin, uusien käsitteiden formulointiin ja ideoiden etsintään sekä aikaisemmassa tutkimuksessa saatujen, määrällisillä menetelmillä hankittujen tutkimustulosten tulkintaan (Berger 1991, 91–96; Madriz 2000). Menetelmän käyttö yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa on lisääntynyt 1980-luvun loppupuolelta lähtien (Madriz 2000; 837).

Focus group -ryhmät ovat rakenteeltaan pieniä ryhmähaastatteluja, jotka ovat fokuoituneet kahdella tavalla. Ryhmään valittuja yhdistää jokin yhteinen tekijä esim. työtehtävät. Valittu focus group muodostui palvelutoiminnan ja johtamisrakenteiden kehittämiseen keskittyneistä 5 asiantuntijasta.

TAULUKKO 2 Focus group -haastattelun asiantuntijat sekä lukumäärät.

Tehtävät	lkm
Hallinnollinen apulaisylilääkäri	1
Hallintojohtaja	1
Kehittämispäällikkö	1
Erikoissuunnittelija	1
Johtava ylihoitaja	1
Yhteensä	5

Toiseksi tarkoituksena oli kerätä tietoa valituista aiheesta, joita ohjattiin tarkennetuilla kysymyksillä. Osallistujat ovat vuorovaikutuksessa toistensa ja haastattelun vetäjän kanssa, jolloin ryhmä voi tuottaa erilaista tietoa, kuin yksilö haastattelussa. Ryhmän tarkoitus on tuottaa syvällisempää ja laajempaa ymmärrystä valitusta aiheesta, jota ryhmä pyrkii jäsentämään (Krueger 1994; Stewart 1990). Ryhmä jäsentää aihetta tuomalla keskusteluun omia kokemuksia, mielipiteitä ja näkemyksiä jotka jalostuvat ja kiteytyvät keskustelun aikana (Henderson 2009).

2.3 Systemaattisen analyysin erittelyä sisällönanalyttiseen lähestymistapaan

Laadullisten aineistojen analyysissa on aina kysymys merkityksen käsitteestä ja merkityksellisen toiminnan tutkimuksesta (esim. Alasuutari 1994, 13). Varto (1992, 30–31) täsmentää, että jos ontologinen erittely paljastaa tutkimuskohteen tajunnalliseksi, määrää tämä kuvauskategoriaksi merkitykset. Systemaattisessa analyysissa on kysymys teoreettisesti orientoituneesta yrityksestä ajatuksellisten kokonaisuuksien esille saamiseksi. Tekstin tai muun ilmaisukokonaisuuden analyysi on systemaattista, kun sen avulla selvitetään tutkittavan asian sisältö, merkitys ja asema kokonaisuuden, systeemisen rakenteen osana.

Systemaattinen analyysi edustaa filosofisesti erittelevää tutkimusotetta. Jussila, Montonen ja Nurmi (1993) tarkoittavat systemaattisella analyysilla Scriveniin (1988) pohjautuen tutkimusmenetelmiä, joiden avulla pyritään selvittämään jonkin teorian tai aatteen sisältöön liittyviä seikkoja. Kysymys ei ole yhdestä menetelmästä, vaan filosofistyyppiseen tutkimukseen kuuluvasta menetelmäperheestä. Siihen kuuluvia menettelytapavaihtoehtoja sovelletaan kaikkien humanististen ja yhteiskuntatieteiden tutkimuksessa. Tutkittavat ongelmat ovat luonnollisesti eri tieteenaloilla erilaisia. Yhteistä kuitenkin on järjestelmällinen menettelytapa, jolla uutta tietoa kussakin tapauksessa pyritään tuottamaan. Menetelmä on läheistä sukua historialliselle tutkimukselle ja sisällönanalyysille, mutta pyrkii toisen-tyyppiseen, filosofiselle lähestymistavalle ominaiseen tutkimusotteeseen (Scriven 1988, 131–149; Jussila, Montonen & Nurmi 1989).

Nimitys “systemaattinen analyysi” viittaa teoreettisen työskentelyn kahteen perustehtävään, analyyttiseen ja synteettiseen. Analyyttisellä tehtävällä tarkoitetaan jo olemassa olevan ajatuslähtökohdan, esimerkiksi jonkun ajattelijan tai tutkijan kirjoittamaan kirjaan sisältyvien käsitysten eli hänen ajatussysteeminsä erittelyä. Synteettisellä tehtävällä tarkoitetaan puolestaan uuden käsitteen, ajatuksen (proposition) tai ajatusrakennelman (teorian, aatteen, suunnitelman tms.) kokoavaa luomista. Tietoperustainen johtaminen mahdollistaa näkökulmana ja käsitteenä terveydenhuollon asiantuntijaorganisaatiossa uudenlaisen johtamisorientaation kehittämistä, toisaalta mahdollistaa uudenlaisen jäsenyyksen ymmärtää terveydenhuollon johtamisen kompleksisuutta. Onko julkisen terveydenhuollon johtamisosaaminen niin heikkoa kuin on väitetty? Jos on, niin mistä oikein on kysymys? Synteesi, uuden luominen perustuu kuitenkin aikaisemmin ajatellun tuntemiseen: synteettisen tehtävän ja analyyttisen tehtävän välillä on molemminpuolinen vuorovaikutus (Jussila et al. 1989). On välttämätöntä tuntea toimialan rakenteita ja organisaatiokulttuuria sekä sosiaalista viitekehystä organisaation sisältäpäin, jotta synteettisen analytiikan kautta voidaan modifioida uutta, syvempää ymmärrystä aiheesta ilman geneeristä yleistettävyyttä tai liiallista aiheen yksinkertaistamista.

Systemaattista analyysia voidaan käyttää hyvin hallintotieteen organisaatiotutkimukseen liittyvien tutkimusongelmien selvittämiseen. Tutkittavan ongelman lähtökohtana voi olla tiedollinen ristiriita: tarvitaan ja halutaan kokonaan uutta, ennen tutkimatonta tietoa tai halutaan tarkistaa ja täsmentää aikaisemmin tutkittuja käsityksiä. Aikaisemmin itsestään selvänä pidettyä kuvaa tietyn ajattelijan/yhteisön/koulukunnan käsityksestä lähdetään tarkentamaan. Tuloksena voikin olla, että aikaisemmat, ehkä itsestäänselvytenä pidetyt käsitykset ovat olleet ylimalkaisuudessaan pinnallisia tai suorastaan virheellisiä. Johtaminen terveydenhuollossa on ollut kompleksinen myytti. Aiheesta on tietoisesti tehty kompleksinen ja toisaalta aihetta on pyritty liiallisesti yksinkertaistamaan vertaamalla teollisuuslaitosten johtamismalleihin. Syvälinen ymmärtäminen ja tieto toimialan toimintamallien kasvamisesta nykypäivään ovat jääneet avaamatta syy-seuraustasolla, jolloin syyllistäminen ja jopa parjaaminen ovat värittäneet keskustelua ja tutkimusta.

Terveydenhuollon tietoperustaisen johtamisen tarkastelu mahdollistaa johtamistyön kehittämisen avaamista konkreettisten muutosten näkökulmasta. Tällöin asiasta kiinnostuneet joutuvat tarkistamaan omia käsityksiään ja uskomuksiaan. (Jussila, Montonen & Nurmi 1989, 180–181, Ahteenmäki-Pelkonen 1997, 42; Jussila, Montonen & Nurmi 1993, 180.) Systemaattisen analyysin avulla voidaan kyseenalaistaa aikaisempia käsityksiä, mutta tutkijan tulisi analysoida ja problematisoida rakentavassa hengessä. Tavoitteena on luoda lähtökohtia entistä syvällisemmälle, perusteisiin paneutuvalle keskustelulle ja tutkimukselle (Ahteenmäki-Pelkonen 1997, 42). Tutkimusorientaatio on mahdollistaa tietoperustaisen johtamisen kautta parempaa tiedollista otetta palvelutoiminnan suunnitteluun, kehittämiseen sekä johtamistyöhön.

Sisällön analyysin ja systemaattisen analyysin väliset erot eivät ole jyrkkiä; itse asiassa systemaattinen analyysikin on sisällön analyysia, ja sisällön analyysi on luonteeltaan systemaattista (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105; Ahteenmäki-Pelkonen 1997, 40). Pietilä (1973, 53) määrittelee sisällön analyysin väljästi “joukoksi menetelmiä, joiden avulla tehdään havaintoja ja kerätään tietoja systemaattisesti dokumenteista tieteellisten pelisääntöjen mukaan”. Samalla tavoin systemaattisella analyysillä tarkoitetaan tutkimusmenetelmiä, joiden avulla selvitetään jonkin teorian tai aatteen sisältöön liittyviä seikkoja. Kyseessä on paremminkin menetelmäperhe kuin yksittäinen menetelmä (Jussila, Montonen & Nurmi 1989, 157–161, 182, 200).

Itse analyysi on kvalitatiivista sisällönerittelyä, jossa toimintana käytetään rajatun teksti- tai ilmaisukorpuksen tarkastelua (lukemista, referointia, esittelyä eri tavoin). Pelkästään sisällönanalyysista systemaattisen analyysin erottaa tunkeutuminen kielellisen ilmaisun esittämään ajatusmaailmaan (Tuomi & Sarajärvi 2002, 107–108). Analyysi on ajatuksen keinoin tapahtuvaa retkeilyä systeemin muodostamassa maailmassa. Systemaattinen analyysi on aineiston teoreettisesti orientoitunutta käsitteellistä erittelyä, tulkintaa ja arviointia. Tarkoituksena ei ole tilastollisesti edustavan näytteen esittely, vaan ajatusrakenteen kannalta olennaisten oivallusten esiin nostaminen, niin että tulee mahdolliseksi selkiyttää alkuperäistä ajatuskokonaisuutta ja jatkaa tarvittaessa sen kehittelyä. Oleellista on analysoitavan aineiston erilaisten teemojen, vivahteiden ja risti-

riitaisuuksien sekä ilmaisuun sisältyvän symboliikan ja piilomerkitysten järjestelmällinen selvittäminen. Tutkijan tehtävänä on problematisoida aineiston sisältöä sekä jäsentää ja hahmottaa sitä piilevienkin ydinajusten selville saamisille. Olennaista on, että huomio kiinnittyy esitettyjen lausumien merkityssisältöjen selville saamiseen ja täsmentämiseen sekä käsitteiden välisten yhteyksien selvittelyyn. Pyrkimyksenä on siten päästä tutkimuskohteen aikaisempaa parempaan ymmärtämiseen. Sisällöstä kohotetaan esiin käsitteitä tai aihekokonaisuuksia, jotka asettavat tekstistä esitetyt käsitykset uuteen valoon ja voivat tehdä entiset tulkinnat näennäisiksi (Varto 1992, 64, 65–68).

Metodologisesti systemaattinen sisällönanalyysi mahdollistaa saada uudenlaista ja tuoretta näkökulmaa johtamisesta sekä tiedosta sekä kontaktoida tietoperustainen johtaminen tiiviimmin terveydenhuollon palvelutoiminnan suunnittelun kehittämiskeskusteluun. Johtaminen sisältää tietyn kontekstin, ihmiset, toiminnan sekä vähemmälle huomiolle jäänen johtamisen kokemuseräisyyden. Miten johtajapersoonana on kyvykäs siirtämään koulutuksen kautta sekä elämisen kautta opittua tietoa johtamistyöhön. Vuosien johtamiskokemus ei tee hyvää johtajaa, mikäli johtajalta puuttuu tunneäly, tilannetaju, ennustettavuus, kyvykkyys soveltaa omaa oppimaansa toimintaan sekä kyvykkyys luopua vanhasta soveltaen uutta. Hyvä johtaja kykenee johtamaan asiantuntijaorganisaatiossa faktatiedolla sekä persoonallaan. Valittu metodologia antaa mahdollisuuden päästä aineiston keruussa käsiksi syväaineistoon, jolla tarkoitetaan tietoa, jossa haastattelun tilanteessa huomioidut tauotukset, painotukset, nonverbaaliset eleet sekä ajatukset voi kuulla ja ”nähdä” rivien välistä. Voidaan ajatella, että se on vain tulkintaa. Tulkinta on suoraviivaista ja pinnallisella tasolla liikkuvaa asioiden yksinkertaista päättelyä. Syväaineistosta tehtyä analyysiä joudutaan vertailemaan, konvertoimaan, modifioimaan ja jopa uudelleen analysoimaan, joka on mahdollista tutkijan substanssin asiantuntijaroolin kautta, toisaalta luottamuksellisuuden kautta haastattelutilanteissa. Tietoperustainen johtaminen käsitteenä antaa mahdollisuuden valitun metodologian avulla irrottaa toimialaa kehittävää uutta näkökulmaa, toisaalta asemoida tietoperustainen johtaminen tunnistettujen johtamisteorioiden avulla käytännön johtamisotteeksi, joka sopii terveydenhuollon organisaatioihin.

Varto (1992, 64–68) korostaa, että tulkintaa on seurattava ymmärtäminen, joka tarkoittaa tutkimuskohteen tematisoivaa luomista “uudeksi kokonaisuudeksi”. Huomiota kiinnitetään sekä siihen, mitä tekstissä pyritään tuomaan esille, että siihen, mitä näkökohtia jätetään käsittelemättä ja miten ajatuksia perustellaan. Miksi joku henkilö tai ryhmä on esittänyt tietyn ajatuksen ja sitä koskevan perustelun tai miksi jonkin ajatussuuntauksen edustajat tuovat esille juuri niitä käsityksiä, jotka ovat heille ominaisia (Jussila, Montonen & Nurmi 1993, 160, 170, 174–176.)

Siljander ja Karjalainen (1993, 85, 93) painottavat merkityksen olevan jotakin, joka antaa ymmärrettävän rakenteen toiminnalle. Nämä merkitykset ovat niitä, joilla tutkija operoi ja joita hän pyrkii määrittelemään, tarkentamaan ja saamaan tutkimustoiminnallisesti järkiperaisiksi ja raportoiduiksi niin, että muutkin ymmärtävät, mistä tutkimuksessa on kyse. Varto (1992) kritisoi tutkimusperinteitä, joissa merkitys kaventuu vain kielelliseksi merkitykseksi, merkitykset käsitetään samoiksi kuin niiden kielelliset ilmiöt. Johtamisen kehittäminen tietyssä ympäristössä, kontekstissa, vaatii syvempää ymmärtämistä kohteesta, jotta kehittäminen ei jää yleiseksi. Tutkijan pyrkimys on metodologisen osaamisen, toisaalta aiheen ja kohteen tuntemisen kautta saavuttaa uutta merkitystä, jonka hyödynnettävyyttä on mahdollista arvioida (ks. van der Riet 2008; Tashakkori & Creswell 2008).

Kun pyrkimyksenä systemaattisessa analyysissä on löytää periaatteita ja näkökulmia, jotka tekevät mahdolliseksi hallita ja vertailla teksteistä tulkittavissa olevia ajatuskokonaisuuksia, on joskus myös tarpeen ottaa käyttöön kokonaan uusia käsitteitä tai konstruoida uusia teorioita. Toisinaan tarvitaan myös hypoteeseja dokumentin erilaisista merkitysvaihteista ja niiden taustoista. Uusia ajatuskuvioita ja tulkintamahdollisuuksia luovat heuristiset hypoteesit ovat perusteltavissa olevia arvauksia, jotka auttavat ymmärtämään entistä paremmin sitä, mitä tekstiin sisältyy (Jussila, Montonen & Nurmi 1993, 176.) Teoreettinen konstruktio tai modifiointi auttaa jäsentämään myös tutkittavan aiheen piilovirtoja, ilman, että niihin sekoitetaan toimialan mediaseksikkäitä yleistettäviä megatrendejä tai heikkoja signaaleja.

Tavoitteena systemaattisessa analyysissä on saada selville tutkittavassa ilmiössä vaikuttavat perustekijät ja niiden keskinäinen vuorovaikutus.

Kun analyysi on tavoittanut pienimmätkin yksityiskohdat syineen ja vaikuttamiseen, on tehtävänä löytää yleiset periaatteet, jotka kykenevät liittämään kyseisen ilmiön ja liittämään sen joihinkin laajempiin kehyksiin. Näin saadaan muodostetuksi kokonaiskuva tutkimuksen kohteesta. Tutkimuskohteen kuvaus tapahtuu taloudellisimmin kohteen rakenteen sekä yksittäisten osien toiminnan ja tehtävien määrittämisen kautta (Jussila, Montonen & Nurmi 1993, 170–171).

Sisällönanalyysin kohteena on puolestaan kommunikaatio eri muodoissaan. Sisällönanalyttinen tutkimus käsittelee tavallisimmin kirjallisessa muodossa olevaa tekstiä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105). Tutkimus pyrkii kuvailemaan ja tulkitsemaan analysoitavan kohteen ominaispiirteitä ensisijaisesti viestin lähettäjän ja vastaanottajan välisen yhteyden kannalta. Huomio kohdistetaan aineiston ilmisisältöön: mitä tekstissä (tai kuvissa) ilmaistaan, mitä aiheita käsitellään, mistä vaietaan ja millä eri tavoin eri asioita on painotettu. Kiinnostuksen kohteina ovat lisäksi kommunikaation muoto ja rakenne, sanoman etenemistapa sekä sisällön ja sen taustalla olevien ilmiöiden väliset yhteydet. Tarkasteltavana voi olla myös ympäristö tai tilanne, jossa sanoma on syntynyt. Joskus kohteina ovat tekstin sisältämän sanoman laatimiseen vaikuttavat motiivit tai pyrkimykset, joihin tekstin tuottaja tähtää (Jussila, Montonen & Nurmi 1993, 172, 174).

Systemaattisen analyysin erottaa sisällönanalyysistä pyrkimys tunkeutua kielellisen ilmaisun esittämään ajatusmaailmaan ja luoda teksteistä systeemisiä ajatuskokonaisuuksia. Systemaattisen analyysin tarkoituksena on alun alkaen päästä selville kielen ilmaistemasta (tai kätkemästä) ajattelun maailmasta. Tavoitteena ei siten ole tekstien sisällön luokittelu tai selittäminen kuten sisällönanalyysissä, vaan analysoitavan tekstin ydinajatuksen tulkinta ja rekonstruktio, eli rakentaminen ne uudelleen koko tekstiaineistoon tutustumisen jälkeen. Analysoijan tehtävänä on siis niiden asioiden löytäminen ja rekonstruointi, jotka kertovat tekstistä jostain oleellista (Jussila, Montonen & Nurmi 1989, 160, 171–176, 196–197; Ahteenmäki-Pelkonen 1997, 41).

Systemaattisen analyysin tutkimusta voidaan toteuttaa teorialähtöisesti tai tekstilähtöisesti eli immanentisti, teoriasidonnaisesti ja aineistolähtöisesti (Eskola 2001, 135–140). Teorialähtöisestä tutkimuksesta

puhutaan silloin, kun tutkimusaineiston analyysi perustuu jo olemassa olevaan teoriaan tai malliin. Aineiston analyysia ohjaa siis valmis malli ja tarkoituksena on usein tämän mallin tai teorian testaaminen uudessa yhteydessä. Teorialähtöisestä analyysitavasta voidaan käyttää myös nimitystä deduktiivinen analyysi (yleisestä yksittäiseen) (Tuomi & Sarajarvi 2002, 95–99).

Teorialähtöisessä analyysissä käytetään aineiston ulkopuolista viitekehystä tai käsitejärjestelmää. Tässä tutkimuksessa olen valinnut teorialähtöisen systemaattisen analyysin, koska analyysin avulla pääsen sisälle niihin käsitteisiin, jotka ovat oleellisia, kun tutkitaan julkisen terveydenhuollon johtamisen ja palvelutoiminnan kehittämistä tiedon näkökulmasta. Immanentilla analyysillä, jota Jussila et al. (1993) korostaa systemaattisissa analyysissa, tarkoitetaan sellaista tekstiaineiston analysointia, jossa teoreettisena kehikkona käytetään ainoastaan tutkittavaa tekstiä pitäytyen vain sen käsitteistöön. Immanenttinen merkitsee läsnä olevaa, sisäistä, transkendenttisen, kokemuksen ulkopuolella olevan vastakohtana. Tekstintutkimuksessa voidaan erottaa kaksi erityyppistä menettelytapaa. Teoria tai tekstilähtöinen. Teos- eli tekstilähtöisen menetelmän analyysin kohteena on valittu teksti sinänsä. (Jussila, Montonen & Nurmi 1993, 198).

Tutkija tekee systemaattisissa analyysissa tulkintaa omista lähtökohdistaan ajatteluunsa ja päättelyynsä tukeutuen, jolloin taustalla ovat hänen omat tietonsa ja kokemuksensa. Tulos on sellainen, että tutkija eksplikoi tekstin sanomaa, eli löytää siitä jotain mikä ei suoranaisesti ilmene tekstistä. Taustalähtöisessä menetelmässä on kyse tekstiä täydentävästä ja erityyppisiä materiaaleja hyödyntävästä tutkimuksesta. Tällöin tulkinnan apuna voidaan käyttää kirjoittajan muita tekstejä ja muiden kirjoittajien tekstejä samasta aiheesta. Usein käytetään myös tulkintatraditiolla täydentävää materiaalia, jolloin apuna on muiden kirjoittajien tekstiä kommentoivat tekstit. Tutkimusta voidaan helpottaa myös biografisesti ja kulttuurisesti täydentävillä tiedoilla eli tekstin syntyvaihetta käsittelevillä historiallisilla ja yhteiskunnallisilla tiedoilla (Jussila, Montonen & Nurmi 1993, 198).

Immanenttisisissa analyysissa hypoteesit, väittämät, käsitteet ja käsitekonstruktiot nostetaan tutkittavasta tekstistä, ei sen ulkopuolelta. Analyysissa voidaan viitata tekstin ulkopuolelle, mutta käyttäen tekstin

omia käsitteitä. Oleellista on, tarkasteleeko tutkija tekstiä sisältäpäin vain analysoiko hän sitä ulkopuolelta. Immanenttisisä analyysissä tutkija pyrkii tekstin sisään. Tällöin on tärkeää tekstin ja tutkijan välinen avoin diskurssi sekä tutkijan intuitio siitä, mitkä ovat tekstin pääkäsitteet ja keskeiset ajatusrakennelmat. Periaatteessa systemaattinen analyysi on tekijöiden mukaan joko kokonaan immanenttia analyysia tai ainakin se vaatii immanenttista paneutumista jossakin tutkimuksen vaiheessa. Muutoin tutkija saattaa luoda oleellisesti erilaisen konstruktion kuin tutkittavassa aineistossa on (Jussila, Montonen & Nurmi 1993, 199).

Tutkijalla on taustalla omat tietonsa ja kokemuksensa. Hän tekee tulkintatyötä omista lähtökohdistaan ajatteluunsa ja päättelyynsä tukeutuen. Kvalitatiivisen tekstianalyysin, toisin kuin tilastollisen sisällönanalyysin, tulos ei ole laskennallinen, vaan esimerkiksi sellainen, että tutkija eksplikoii tekstin sanomaa, löytää siitä jotakin, mikä ei suorasanaisesti ilmene tekstistä. Tekstintutkimuksen lähtökohdat ovat subjektiiviset. Siksi on tärkeää, että esitetyt tulkinnat ovat aina eksplisiittisesti perusteltuja (Jussila, Montonen & Nurmi 1993, 199–200). Immanenttista analyysia voidaan täydentää kriitikkillä. Kriittisestä analyysistä voidaan puhua silloin, kun tutkimukseen liittyy esim. ideologinen kriitikki ja teorian tai aatteen yhteiskunnallisten seurausten arviointi. Tällöin tutkimusaineistoa tarkastellaan kriittisesti valitun taustateorian periaatteiden mukaisesti.

Systemaattisen analyysin arviointia ei voida suorittaa samalla tavalla, kuin jossakin uudessa tutkimusmenetelmässä. Empiirisen tutkimuksen arviointiperusteita ei voida soveltaa systemaattiseen analyysiin, vaikka systemaattisuuden, objektiivisuuden ja luotettavuuden vaatimukset ovatkin perusluonteeltaan yhteisiä kaikelle tutkimustyölle (Jussila, Montonen & Nurmi 1993, 201–202).

Systemaattisen analyysin objektiivisella luonteella ei tarkoiteta epäasiallista puolueellisuutta, jonka pohjalta yritettäisiin löytää tukea tutkijan mielestä arvokkaille ja kannatettaville ajatuksille jättämällä käsittelemättä vastakkaiset väittämät. Tutkija ei saa tulkita aineistoa sepitellen tai tulkintoja väritellen sen mukaan mitä itse pitää totena, arvokkaana tai hyväksyttynä. Subjektiivisuus systemaattisessa analyysissä merkitsee sitä, että tutkijan kokemustausta ja hänen valitsemansa lähtökohdat heijastuvat siihen, millä tavalla tutkimus toteutetaan ja miten tulkintoja suoritetaan.

Tarkoituksena on päästä mahdollisimman syvälle ja lähelle tutkimuskohdetta. On kuitenkin huolehdittava tietyistä seikoista, jotta kriittisyys säilytetään; 1) tutkimustyön lähtökohdat, teoreettiset näkökulmat tuodaan selkeästi esille 2) metodiratkaisut, taustaoletukset ja tulkintaperiaatteet esitetään selkeästi ja huolellisesti perustellen, tutkimuskohde problematisoidaan ja käsitteellistetään siten, että päästään käsiksi ydinajatuksiin ja vivahteita osoittaviin yksityiskohtiin, 3) tulkinnoissa pyritään löytämään monikerroksellisuus (Jussila, Montonen & Nurmi 1993, 203–204). Laadullisessa tutkimuksessa tutkija huomioi yhtäaikaaisesti eettisyyden, politiikan ja tiedollisen todistettavuuden kaikilla osa-alueilla yhtä aikaa, niin ettei mikään näistä syrjäytä toinen toistaan (Cheek 2007).

Tutkimukseni ydin on pyrkimys kokonaisuuden hahmottamiseen, eikä niinkään tarttua yksittäisiin väittämiin tai kannanottoihin. Teemahaastattelussa asiantuntijoiden tuottamien vastausten perusteella muodostetaan asiakokonaisuuksia, joiden avulla voidaan julkisen terveydenhuollon tietoperustaisen johtamisen ja palveluiden suunnittelun kokonaisuutta kuvata. Teemahaastattelu tuo paremmin ymmärrystä aiheesta ja ilmiöstä verrattuna kyselylomakkeeseen kvantitatiiviseen dataan. Menetelmän mahdollisuus on mielestäni laaja-alaisuuden ymmärtäminen ja mahdollisimman oikeellisen näkymän muodostaminen tässä ajankaksossa ja tässä yhteiskunnassa. Menetelmän tarkoitus ei ole ”totuuden” etsiminen (vrt. Vitus 2009; Birkmann 2007) vaan tietyn rajatun alueen ja aiheen kuvan muodostaminen kehittämistyön jatkamiseksi ja tunnistamiseksi sekä toimialassa ja ilmiön sisällä olevien heikkojen signaalien uudelleen ymmärtäminen. Pyrin tutkimuksessani avaamaan uutta näkemystä terveydenhuollon johtamiseen ja erityispiirteisiin. En korosta, että julkisen terveydenhuollon johtaminen olisi jotenkin erityistä, jonka vuoksi sitä olisi mahdotonta kehittää, tai että se olisi jollakin tavalla niin uniikkia, ettei siihen voi ”koskea”. Terveydenhuollon konteksti, sosiaalinen arkkitehtuuri sekä asiantuntijuus on ymmärrettävä, jotta johtajuutta voidaan kehittää konkreettisesti ja tuloksellisesti. Näitä elementtejä pyrin tutkimuksessani löytämään. Tiedon merkitys johtamisessa sekä palvelutoiminnassa on olennaista ja sen merkittävyyden ja käytettävyyden problematiikka voidaan valitun metodologian avulla avata paremmin.

2.4 Laadullisen tutkimuksen luotettavuus

Validiteetin ja reliabiliteetin käsitteet liitetään määrällisen tutkimuksen luotettavuuteen. Niiden sopivuudesta laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin esitetään kirjallisuudessa kahdenlaisia näkemyksiä. Joidenkin tutkijoiden mukaan myös laadullista tutkimusta arvioitaessa voidaan käyttää yleisiä reliabiliteetin ja validiteetin tutkimuskriteereitä siten, että käsitteiden sisältö muutetaan vastaamaan lähestymistapaa (Syrjäläinen 1991; Waltz et al. 1991, 307, Alvesson & Skoldberg 2000). Toisaalla on esitetty, että laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arvioinnin tulee perustua eri kriteereihin, koska metodologiset lähtökohdat poikkeavat määrällisen tutkimuksen lähtökohdista (Burns 1989; Mäkelä 1990, 47; Robson 1993). Joka tapauksessa on selvää, ettei laadullisen tutkimuksen pätevyyttä ja luotettavuutta voida arvioida aivan samalla tavalla kuin määrällisen (Eskola & Suoranta 2000, 208–222; Mäkelä 1990, 42–61), vaikka kritiikkiä esitetäänkin (vrt. Braithwaite, Cockwill, O’Neill & Rebaine. 2007; Moore 2007; Tamas 2009). Tutkimuksen luotettavuudessa kiinnostaa tutkimustulosten ja tutkittavan todellisuuden toisiaan vastaavuus. Tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan, aineistoon ja tutkimusmenetelmiin sekä tutkimustulosten esittämiseen (Nieminen 1998). Tässä tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuuden arviointi suoritettiin huomioiden laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet (Mäkelä 1990) sopivin kriteerein (Burns 1989; Robson 1993, 403–407), joita ovat mm. aineiston käsittelyn ja analyysin luotettavuus sekä koko tutkimusprosessin luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuudessa ei ole olemassa yhtä yleisesti hyväksytyjä arviointikriteerejä kuin määrällisessä tutkimuksessa.

Voidaan ajatella, että aineiston sisällön analyysin luotettavuus on yhteydessä aineiston keruun luotettavuuteen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen. Aineisto tulee koota sieltä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy. Tässä tutkimuksessa aineisto on kerätty julkisen erikoissairaanhoidon sisältä omasta toimintaympäristöstään. Validiteettiongelmia voi syntyä esimerkiksi siitä, että tutkimusaineisto ei anna vastausta tutkimuskysymykseen tai tutkimusaineisto ei ole edustava (Nieminen 1998). Tutkimuksessani pyrin vaikuttamaan haas-

tatteluaineiston edustavuuteen siten, että otanta suoritettiin harkinnanvaraisesti. Haastatteluun valittiin henkilöitä eri johtamistasoilta ja erikokoisaloilta sekä molemmista ammattiryhmistä (lääkärijohtajat/hoitotyön johtajat). Johtajilla oletettiin olevan kiinnostusta kehittää työtään tiedon, johtamisen ja palvelutoiminnan suunnittelun näkökulmasta. Heillä tiedettiin olevan myös käsityksiä ja kokemuksia käytännön johtamistyöstä. Sisällön analyysin luotettavuuteen voidaan katsoa kuuluvan myös se, miten haastatteluaiheiden valinta on onnistunut (vrt. Åstedt-Kurki & Nieminen 1997).

Haastattelututkimuksen ongelmia ovat erilaiset virhelähteet, joita pyrittiin kontrolloimaan mahdollisimman hyvin. Sovittaessa haastatteluaita aiheesta oli annettu alustavasti etukäteen tietoa, jotta haastateltava osaisi orientoitua tilanteeseen. Ennen haastattelun aloittamista tutkija vielä kertasi aiheet sekä kokosi haastattelutilanteen etenemistä ja nauhoittamista. Haastatteluun tutkija oli tehnyt itselleen haastattelurungon (Nieminen 1998), johon oli määritelty teemat ja aiheet. Tämän katsottiin lisäävän luotettavuutta, jotta kysymysten asettelu pysyi jokaisen haastateltavan kohdalla samanlaisena. Haastattelukysymyksiä testattiin yhdellä koehenkilöllä, jotta tutkija pystyi arvioimaan teemojen ymmärrettävyyden sekä arvioimaan ajankäyttöä. Haastattelun ajallinen kesto oli 60–120min. Jokaisen haastattelun aikana tutkija teki muistiinpanoja ja piti päiväkirjaa. Tutkija kirjasi ylös teemoja, ajatuksia, analyysia ja painotuksia, joita haastateltavat painottivat. Haastattelun aikana nousseita omia oivalluksia ja näkökulmia kirjattiin ylös. Tutkija kokosi jokaisen haastattelun jälkeen niiden pääkohdat ja tärkeimmät johtoajatukset. Pääkohdista kerättiin ja ryhmiteltiin asia-, aihe-, teema- ja ajatuskokonaisuuksia, joista pyrittiin analysoimaan ja tuottamaan uusia teemoja ja näkökulmia. Ryhmittely ja analysointi sekä pyrkimys löytää jokaisesta haastatteluaineistosta jotain uutta näkökulmaa tai varmistusta edelliseen haastatteluun vei aikaa 1,5–2,5h/ haastattelu. Haastatteluaineistoa ei analysoitu tai koodattu yksittäisten sanojen tai sanontojen vaan asia- tai teemakokonaisuuksien kautta. Tätä aineistoa tutkija analysoi ja konvertoi uuden tiedon kerroksellisuudella jokaisen uuden haastattelutilanteen jälkeen. Pyrkimyksenä oli löytää julkisen terveydenhuollon organisaation tietoperustaiseen johtamiseen ja tietoon liittyviä uusia vivahteita, näkökulmia sekä nykyisen

merkityksen ymmärtämistä tulevaisuuden kehittämisen tulokulmasta (vrt. Tullis, McRae, Adams & Vitale 2009). Haastatteluaineisto antaa ymmärrystä kirjoittamattomille toimialan organisaatiokulttuurissa olevista sosiaalisista arkkitehtuureista, jotka hiljaisina mutta voimakkaina ohjureina ja ajureina toimivat.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan kriteereillä, joita ovat uskotavuus, siirrettävyys, pysyvyys ja neutraalius (Burns 1989; Robson 1993, 403–407). Uskottavuus arviointikriteerinä viittaa siihen, miten tutkija on tavoittanut tutkittavien todellisuuden. Uskottavuutta varmistaa se, että tutkija tuntee tutkittavan kontekstin (Burns 1989; Robson 1993, 403; Miles & Huberman 1994, 278; Janhonen & Latvala 2001, 196). Samoin uskottavuuden lähtökohtana on tutkijan ja tutkittavien yhteinen kieli (Weber 1990, 21; Fontana & Frey 2000). Tässä tutkimuksessa haastatteltavien todellisuuden tavoittaminen edellytti tutkijan omaa aihealueen tuntemusta ja syvää kokemusta käytännön haasteista sekä toimialan kulttuurisista kysymyksistä.

Uskottavuus viittaa siihen, miten tutkija on tavoittanut tutkittavien todellisuuden. Uskottavuutta varmistaa se, että tutkija tuntee tutkittavan kontekstin sekä lähtökohtaisesti tutkijan ja tutkittavien yhteisen kielen (vrt. van der Riet 2008; Tashakkori & Creswell 2008). Näitä luotettavuustekijöitä on ollut varmistamassa tutkijan henkilökohtainen pitkäjänteinen työskentely johtamisasemissa sekä yksityisen että julkisen terveydenhuollon tehtävissä, jolloin kohdeorganisaation tunteminen ja kieli ja tutkijan asema organisaatiossa ovat mahdollistaneet avoimet, vapautuneet ja luottamukselliset haastattelutilanteet. Toisaalta voidaan ajatella, että samat tekijä voivat olla heikentämässä luotettavuutta, niin ettei toinen tutkija olisi välttämättä päässyt samaan analyysiin ja tulkintaan sekä tulosten yleistettävyyteen. Tulosten uskottavuuteen liittyy analyysin etenemisen kuvaus sillä tarkkuudella, että lukija voi sitä seurata ja tehdä omia johtopäätöksiään aineistosta ja tuloksista. Siksi runsas alkuperäisen aineiston käyttäminen eri vaiheissa tukee lukijoiden suorittamaa arviointia (vrt. Sandelowski 1994).

Siirrettävyys luotettavuuden kriteerinä liittyy tutkimuksen sovellettavuuteen. Se viittaa siihen, miten hyvin tutkimustulokset ovat siirrettävissä toiseen kontekstiin (Burns 1989). Laadullisessa tutkimuksessa tämän

arviointi korostuu siksi, että otantamenetelmät eivät mahdollista tilastollista yleistämistä perusjoukkoon (Robson 1993, 405). Siirrettävyyttä arvioidaan analyttisenä eli vertaamalla saatuja tuloksia aikaisempaan teoriaan (Burns 1989; Miles & Huberman 1994, 279). Siirrettävyyttä arvioidessa on kuitenkin huomioitava, että laadullisen lähestymistavan vahvuutena on kontekstisidonnaisuus ja subjektiivisuus (Burns 1989; Syrjäläinen 1991). Näistä johtuen tutkimustulokset eivät ole sellaisenaan täysin siirrettävissä toiseen tutkimustilanteeseen. Jotta tutkimustulosten vertailu aikaisempiin tutkimuksiin olisi mahdollista, tulee tutkijan kuvata tarkoin tutkimukseen osallistujat, aineiston keruu ja analyysi. Tässä tutkimuksessa tulosten siirrettävyyttä voidaan arvioida aineiston ja teoreettisen siirrettävyyden kautta. Aineisto on kerätty suurimman suomalaisen erikoissairaanhoidon organisaation sisältä, jonka voidaan katsoa edustavan erikoissairaanhoidon ilmiönä ja julkista terveydenhuoltoa toimialana. Kuitenkin aineisto kuvaa kyseisenä ajanjaksona annettua tietoa, johon on vaikuttanut kohdeorganisaation muutospainet koskien toimialaa, johtamista sekä rakenteita. Tulokset antavat ymmärrystä yleisesti toimialan näkemyksestä sekä tarpeista.

Tutkimuksen teoriaan voidaan löytää vastaavuuksia ja yleistettävyyksiä terveyshallintotieteen, hallintotieteen, hoitotieteen, organisaatio-tutkimuksen sekä johtamistutkimuksen teorioista. Teoreettiset valinnat tukevat tutkittavan kohteen, julkisen terveydenhuollon, toimialan johtamisen kehittämistä ja palvelutoiminnan suunnittelua toimialan muutostarpeiden ja muutospainneiden näkökulmasta. Toimiala ei voi kehittyä ilman, että kehitetään johtajuutta, myöskään toimialan palvelutoimintaa ei voida kehittää ilman johtajuutta. Teoreettisesti johtaminen ja palvelutoiminnan suunnittelu tarvitsee onnistuakseen tietoa ja johtamista.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerinä pysyvyyttä arvioidaan tulosten vahvistettavuuden kautta. Vahvistettavuus liittyy tulosten esittämiseen siten, että lukija voi seurata tutkijan päättelypolkua aineistosta johtopäätöksiin. Vahvistettavuuteen sisältyy myös se, että lukija voi arvioida tutkimusprosessin johdonmukaisuutta, tutkimusongelmien selkeyttä ja vastaavuutta suhteessa metodologisiin valintoihin ja otantaan (Robson 1993, 405; Miles & Huberman 1994, 278.)

Burns (1989) esittää pysyvyyden vaatimuksena sen, että tutkimuksessa noudatetaan metodologista johdonmukaisuutta ja tarkkuutta koko tutkimusprosessin ajan. Laadullisen tutkimuksen lähestymistapa ohjasi systemaattisesti tutkimuksessa tehtyjä valintoja. Suoritin haastattelut haastateltavien omilla työpaikoilla. Tutkittavat olivat halukkaita kertomaan terveydenhuollon johtamiseen sekä tietoon liittyvistä tematiikoista, osittain hyvinkin vapaasti ja tarkasti tarkastettuaan anonymiteettinsä. Nauhoitin haastattelut tutkittavien suullisella suostumuksella ennen haastattelun aloittamista. Ulkopuolinen kirjoittaja kirjoitti haastattelut auki, joiden jälkeen seurasi tutkijan tekemää aineiston lukemista, ryhmittelyä teemoihin ja kokonaisuuksiin, joista muodostettiin uusia ryhmiä ja uutta näkemystä. Ryhmittely ei siis sisällä yksittäisten sanojen luokittelua tai yksittäisten termien luokittelua vaan kokonaisuuksien kokoamista sekä uuden tiedon muodostamista. Kaikista haastatteluista tutkija kirjoitti lisäksi muistiinpanot (jokaisesta haastattelusta 2 A4:n mittaiset muistiinpanot), jotka helpottivat palaamista tilanteeseen sekä mahdollisiin heikkoihin signaaleihin. Muistiinpanojen aikana tutkija alleviivasi, korosti ja yhdisteli aiheita. Haastatteluiden aikana nousseet hiljaiset ja heikot signaalit kiinnittyivät oikeisiin asia/teema alueisiin, joita olisi mahdollisesti ollut hankala muistaa jälkikäteen.

Neutraalius eli *tulosten todeksi vahvistaminen* tarkoittaa tutkimustulosten uudelleen tutkittavuutta, jolloin arviointi kohdistuu tutkimusprosessin kuvaukseen, aineiston keruuseen ja analyysiin sekä siihen, onko johtopäätökset johdettu aineistosta. Lisäksi tulee arvioida tutkijan vaikutuksia tutkimusprosessiin. On myös osoitettava aineiston tallentaminen ja mahdollisuudet sen uudelleen tutkimiseen (Miles & Huberman 1994, 278; Robson 1993, 406–407). Tässä tutkimuksessa kaikki haastattelut nauhoitettiin, kirjoitettiin auki sekä ryhmiteltiin, kvantifioitiin sekä tutkija kirjoitti jokaisesta haastattelusta muistiinpanoja. Haastattelut numeroitiin sekä päivättiin, jotta tarvittaessa niihin voitaisiin palata.

Burns (1989) ja Miles & Huberman (1994, 280) lisäävät laadullisen tutkimuksen arviointiin vielä tutkimuksen hyötyarvon arvioimisen. Tätä he perustelevat sillä, että arvioinnin tulisi johtaa toiminnan kehittämiseen. Siksi heidän mukaansa on arvioitava, voidaanko tuloksia käyttää toiminnan kehittämisessä, stimuloivatko ne lukijaa kehittämään työhy-

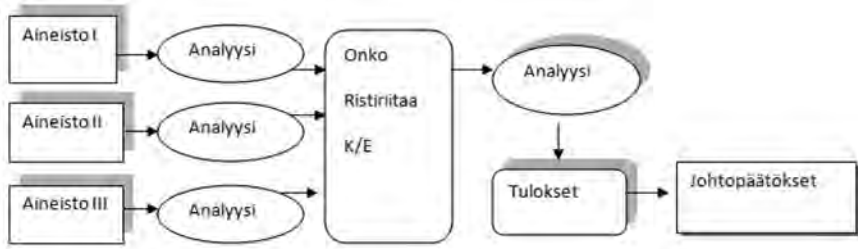
poteeseja ja testaamaan tuloksia ja ovatko tulokset järkeviä ja mahdollisia käyttää. Tässä tutkimuksessa tutkittiin julkisen terveydenhuollon tietoon perustuvaa johtamista palvelutoiminnan suunnittelun ja johtamistyön kehittämisen näkökulmasta.

Terveydenhuollon johtamistutkimusta on toimialassa tehty, mutta tämän tutkimuksen suuntaaminen organisaation johtamisrakenteiden sisäisiin haasteisiin sekä niiden kehittämisvaikutuksia toimialaa koskevaan rakennemuutokseen. Tulokset lisäävät ymmärrystä konkreettisiin toimenpiteisiin ja toimintamalleihin, joiden avulla julkisen terveydenhuollon johtamista voidaan kehittää ja edelleen tutkia. Tutkimustulokset tuovat myös uutta näkemystä ja tietoa piilossa olleista signaaleista, joiden merkittävyyttä voidaan arvioida lisätutkimuksilla.

2.5 Yhteenveto

Tutkija keräsi kolme aineistoa (kuvio 2). Ensimmäinen aineisto oli dokumenttiaineisto (aineisto I) toimintakertomuksista vuosilta 2000–2008. Näistä tutkija haki taustatietoa ja orientaatioita, miten johtamista on pyritty kehittämään organisaatiossa ja miten sitä on pyritty yhdistämään palvelutoiminnan suunnitteluun. Taustatiedon tarkoituksena on auttaa tutkijaa ymmärtämään miten kohdeorganisaation johtamisen kehittämiseen on panostettu ja miten se ilmenee suhteessa palvelutoiminnan suunnitteluun. Ensimmäisen aineiston kiinnostavuus on ollut analysoida onko toiminnan kehittämisen, palvelutoiminnan suunnittelun ja johtamisen kehittäminen funktionalisoitu ja integroitu toisiinsa. Käsitetäänkö toiminnan kehittäminen ja suunnittelu omiksi erillisiksi kokonaisuuksiksi ja johtamisen kehittäminen omana irrallisena saarekkeena. Onko johtamistyön kehittäminen tavoitteellistettu linjassa toiminnan kehittämiseen? Missä hyvän johtamisen on toivottu näkyvän ja onko johtamistyö ollut mitattavaa. Tutkija perehtyi tausta-aineistoon ja muodosti siitä analysoidun kokonaisuuden. Toinen aineisto oli asiantuntijoiden teemahaastattelut (aineisto II). Tämän aineiston tarkoitus on ollut kerätä tietoa, näkemystä ja mahdollisuuksia hahmottaa johtamisen ja palvelutoiminnan suunnittelun kehittämisen ilmiöitä julkisen terveydenhuollon organisaati-

ossa. Kolmas aineisto oli asiantuntijaryhmän focus group -haastattelu (aineisto III), jonka tarkoitus oli testata ja verrata ovatko asiantuntijahaastattelun tulokset samansuuntaisia kuin focus group -haastattelun tulokset, ja jos eroavat, mitä se kertoo. Molemmat haastattelut suoritettiin teknisesti kappaleessa 2.2. kuvatulla tavalla ja analysoitiin systemaattisella analyysillä lähestymistapana sisällönanalyysin erittely.



KUVIO 2 Tutkimusaineiston kulku johtopäätöksiin.

Tutkimusaineistot I, II ja III analysoitiin ja vertailtiin mahdollisia eroavaisuuksia, mutta myös yhteneväisyyksiä. Tutkimustuloksista muodostettiin kokonaiskuva, joka avattiin tulos- ja analyysitasolle. Tutkimustulosten pohjalta muodostettiin syvällisempää tietoa ilmiöstä sekä johtopäätökset. Johtopäätökset toimivat orientaatioina jatkotutkimuksille, sekä tuottavat uutta tietoa, jota voidaan hyödyntää aihealueen kehittämistoiminnassa.

3 Tieto organisaatiossa ja julkisen terveydenhuollon palveluiden suunnittelussa

3.1 Tieto organisaatiossa

Tietoperustaiseen johtamiseen liittyy olennaisesti organisaatiossa oleva tieto, tiedon louhinta (data mining), joka johtamisen näkökulmasta voidaan määritellä tarkoittavan työotteena mistä ja miten tietoa kerätään ja miten sitä käytetään ja analysoidaan. Tietopääoma on organisaation strateginen ja operatiivinen kilpailuvaltti, joihin terveydenhuollon asiantuntijat haluavat osallistua. Asiantuntijoille on merkityksellistä onko uraa ja työhistoriaa tehty tunnistetuissa huippuorganisaatiossa tai supertiimeissä. Tietopääomaa voidaan johtamisen ja tiedon kautta joko lisätä, hukata tai jättää käyttämättä. Toimialan tietointensiivisyys on intensiivisessä, voimakkaassa otteessa pitävää, jonka keskiössä on tieto (vrt. Nylander et al. 2003). Tietointensiivisyyden voidaan määritellä olevan tietovaltaisuutta, joka voidaan ankkuroida tietoympäristöihin, joissa sosiaalinen arkkitehtuuri toimii. Sosiaalinen arkkitehtuuri rakentuu johtamisen kyvykkyydestä luoda rakenteita, joissa on avoin kommunikaatio, vuorovaikutus ja tiedon vaihtoa tukevat käytännöt, toisaalta kyvykkyyttä luoda rakenteita, joissa osaaminen kehittyy ja kumuloituu (vrt. Ståhle & Wilenius 2006). Jotta ymmärtäisimme paremmin näkökulmaa julkisen terveydenhuollon tietointensiivisyydestä, tiedon luonteesta tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta, on mielestäni hyvä tarkastella millaista tietoa organisaatiossa on, miten sitä haetaan (data mining) ja miten tietointensiivisyys ja sosiaalinen arkkitehtuuri toimialassa näyttäytyvät.

Virtanen & Wennberg (2005) mukaan prosessilähtöisessä organisaatiossa, johon julkisen terveydenhuollon organisaatiot ovat muuntautuneissa, on tiedolla ja tiedon hallinnalla olennaisen suuri merkitys. Organisaation tieto on kaikessa kompleksisuudessaan monimutkainen asia- ja käsittekokonaisuus. Organisaation tieto voidaan käsittää tarkoittavan sitä, miten organisaatiot konstruovat, prosessoivat, arvottavat ja käyttävät

tietoa. Tällöin oleellisinta olisi tarkastella, millaista organisaation tieto on, millainen on organisaation tiedonkäsittelyprosessi, mihin toimintaan tiedon käyttäminen liittyy, ja ennen kaikkea, miten uutta tietoa luodaan ja miten sitä käytetään johtamisessa.

Platonin *klassisessa tiedon käsityksessä* tieto (knowledge) on hyvin *perusteltu* tosi uskomus, joka Niiniluodon (1996) mukaan ylittää epäilyt tiedon lähestyessä totuutta ajan myötä. Choon (1998) mielestä tiedon perusteltavuuteen liittyvät *jaettavuus* ja *sopimuksenvaraisuus*. Davenport ja Prusak (2000) lisäävät tiedon perusteltavuuteen vielä kokemuksia ja oivalluksia sisältävän merkityksellisyyden, joka ohjaa uuden havainnointia ja arviointia. Nonaka ja Takeuchi (1995) puolestaan korostavat tiedon *muuntuvuutta* ja *sosiaalista luonnetta*. Jo näiden määritelmien perusteella tiedon luonteen moninaisuus tulee hyvin esille. Terveystieteiden asiantuntija-organisaatioissa tieto on pohjimmiltaan yhteisöllistä ja se syntyy yksilöiden välisessä dialogissa ja vuorovaikutuksessa, jolloin voidaan ajatella, että tieto ei ole yksilön omistama (Huotari & Lindström 2002) entiteetti.

Tiedon määrittelyssä Sveiby (1997) tarkastelee tietoa muuttuvana, yksilöllisenä ja sanattomana kykyä toimia. Tiedon käytännön hyödyntämisen yhteydessä Sveiby käyttää ilmaisua osaaminen, jonka nähdään koostuvan eksplisiittisestä tiedosta (explicit knowledge), taidoista (skill), kokemuksesta (experience), arvoarvostelmista (value judgments) sekä sosiaalisista verkostoista (social network). Arjen kulmakiviksi muodostuvat usein johtamisessa kyvykkyys (capability) käyttää tietoa toiminnan suunnitteluun ja suuntaamiseen (esim. Sveiby 1997; Hätönen 1998; Pulkkinen 2003; Virtanen & Wennberg 2005; Viitala & Jylhä 2005; Pfeffer & Sutton 2006).

Pelkkä tieto-käsitteen määrittely ei tietoperustaisessa johtamisessa yksin riitä useiden synonyymeina käytettyjen käsitteiden epäselvän merkityseron vuoksi (Stewart 2002). Niiniluoto (1996) ja Cooley (1987) käyttävät *tiedon arvoketju* -mallia (Value Chain of Information) kuvaamaan tiedon olomuotojen eroa ja soveltumista ihmisen käyttöön. *Tiedon sipuli* -malli (Hintikka 1998), *tiedon käsiteketju* -malli (Kuronen 1998) ja *tiedon hierarkia* -malli (Stähle & Grönroos 1999) pohjautuvat näihin näkemyksiin. Tiedon arvoketjussa data (datum, data) tarkoittaa merkityksettömiä koodoja, merkkejä ja signaaleja selventää Niiniluoto. Tämä organisoimaton ja merkityksetön data muuttuu vain ihmisen älyllisen prosessoinnin kautta

merkitykselliseksi ja hyödynnettäväksi tiedoksi eli *informaatioksi* (information). Tiedon merkityksellistäminen tarkoittaa (vrt. Choo 1998) ihmisten välistä kanssakäymistä ja yhteydenpitoa, jonka pohjalta voidaan muodostaa yhteinen tulkintakehikko (Jalonen 2008) edistämään ulkoisten tapahtumien käsitteellistämistä ja ymmärrystä. Terveydenhuollossa asiantuntijat konstruivat ja modifioivat omia tietoja verkostoissa, jolloin tieto saa uuden merkityksen. Oppiminen ja omaksuminen liittävät informaation yksilön ajatusmaailmaan ja kontekstiin sopivaksi perustelluksi *tiedoksi*. Kun tiedon käsitteessä korostuu omaksumista enemmän näkemyksellisyys, puhutaan *tietämyksestä*. Kokemusten kautta tieto ja tietämys muuttuvat edelleen *ymmärrykseksi* sisältäen selityksiä ja kytköksiä tilanteisiin. Tästä näkökulmasta organisaatiossa on merkityksellistä johtamisen vuorovaikutuksellisuus sekä luottamuksen rakentaminen, jotta tiedon muuntuminen tietämyksellisyudeksi ja ymmärrykseksi mahdollistuu. Johtajuus ja johtamisosaaminen tällöin kasvavat organisaatiokehityksen myötä tiedon merkityksellisyyden näkökulmasta joko positiivisesti tai negatiivisesti.

Tietämystä tai tietoa voidaan erottaa kahdenlaista: eksplisiittinen (engl. explicit) ja implisiittinen, eli hiljainen (engl. tacit) tai piilevä. Eksplisiittistä tietoa voidaan ilmaista sanoin ja numeroin. Sitä voidaan jakaa taulukkoina, käsikirjoina, ohjeina yms. Implisiittinen tieto l. hiljainen tieto on syvällä organisaatiossa ja ihmisissä ja sitä on vaikea täsmentää. Se tulee ilmi toiminnan kautta tai ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa (Nonaka & Takeuchi 1995). Objektivistisen näkemyksen mukaan nämä kaksi tiedon lajia ovat selkeästi erotettavissa toisistaan, kun taas toiminnallisen näkemyksen mukaan ne ovat erottamattomat. Data ja informaatio ovat esimerkkejä eksplisiittisestä tiedosta. Organisaation informaatiolla tarkoitetaan Kogutin ja Zanderin (1992) mukaan tietoa, jota voidaan siirtää ilman eheyden menettämistä, silloin kun säännöt sen tulkitsemiseen ovat tiedossa.

Hiljaisella tiedolla tarkoitetaan yleensä yksilöiden taitoja ja osaamista, jota on vaikea kuvailla sanoin. Hiljainen tieto voi olla myös organisaatiossa. Esimerkiksi Kogut ja Zander (1992) puhuvat organisaation tietotaidosta (engl. know-how), jolla he tarkoittavat korkeamman asteen toimintaperiaatteita, joiden mukaan ryhmiä koordinoidaan ja tietoa siirretään organisaatiossa. Organisaatiossa hiljaisesta tiedosta käytetään myös

termiä kollektiivinen tieto, jolla Spender (1996) tarkoittaa organisaation toimintoihin sekä sosiaalisten toimintojen muotoihin upotettua tietoa. Choo (1998) liittyy yksilön hiljaiseen tietoon toiminnassa ja oppimisessa tarvittavia teknisiä taitotietoja (esim. tietotekniset taidot) sekä kognitiivisia ajattelun välineitä. Yhteisön hiljaiseen tietoon sisältyy yleensä *kulttuurista tietoa* (Cultural Knowledge) eli yhteisiä tapoja prosessoida todellisuutta.

Maulan (2005) mukaan organisaation hiljainen tieto voi pitää sisällään esimerkiksi tiimin taidot, työmenetelmät tai kulttuuriset näkökulmat, jotka on upotettu organisaation sisäiseen rakenteeseen. Organisaation tieto ei siis tarkoita samaa asiaa, kuin sen työntekijöiden yhteenlaskettu tieto, vaan pikemminkin samaa kuin yhteisesti jaettu ja koettu tieto. Uudempi tutkimussuuntaus on osoittanut (Huotari & Savolainen 2003; 22), että ”tacit” on tiettyyn toimintaan tai tekemiseen kontekstoituva tiedon muoto. Se pohjautuu intuitiiviseen arvioon tai tuntumaan milloin esimerkiksi jokin suoritus on hyvä tai onnistunut (Huotari & Savolainen 2003). Asiantuntijaorganisaatioissa käytetty nonverbaalinen viestiminen, kuten hyväksytyt nyökkäykset, sisältää hiljaisen tiedon käytön lähettäjältä sekä tiedon konvertoitumisen vastaanottajalta. Voidaan määrittää, että tacit tieto saa uuden merkityksen, jota käytetään ja siirretään systemaattisesti asiantuntijaorganisaatioissa myös nonverbaalisen viestinnän kautta.

Liikkeenjohdon näkökulmasta Järvinen & Järvinen (2004) esittävät Blacklerin (1995) mukaisesti viisi tiedon tyyppiä. Merkeistä ja symboleista muodostuvaa *koodattua tietoa* (Encoded Knowledge) voi verrata näkyvän tiedon määrittelyyn ja *kulttuurista tietoa* (Encultured Knowledge) Choon (1998) esittämään näkemykseen. *Käsitteellisellä tiedolla* (Embodied Knowledge) tarkoitetaan Järvisen & Järvinen (2004) mukaan yksilön taitoa ymmärtää ja tuottaa sääntöjä sekä syyseuraussuhteita. *Toiminnallistettuun tietoon* (Embodied Knowledge) sisältyy tietoa toimintatavoista, läsnäolosta, vuoro vaikutuksesta sekä kontekstista esimerkiksi kokouskäytännöistä. *Ankkuroitu tieto* (Embedded Knowledge) on puolestaan rakennettu laitteisiin ja järjestelmiin, kuten prototyyppisiin sekä tuotantoteknologioihin. Mielestäni näitä tiedon tyyppiä voidaan käyttää organisaatioissa selkiyttämään tietoon liittyvien tekijöiden ja näkökulmien monimutkaista kokonaisuutta sekä kuvaamaan yksilöiden osuutta tiedon luojina ja hyödyntäjinä.

Tiedon käyttötason mukaan Choo (1998) on tuottanut organisaation informaation tilaa kuvaavan nelikenttämallin, jossa tietoa arvioidaan koodattu–koodaamaton sekä hajautettu–hajauttamaton -vastinparien avulla. Kukin tiedon käyttötaso nelikentässä sisältää kaksi eri tavalla yhdistettyä arvoa. Choo on nimennyt nämä tiedon käyttötasot kuvaavasti: yksilön hiljaista tietoa vastaava *henkilökohtainen tieto* (Personal Knowledge), näkyvää tietoa sisältävä *julkinen tieto* (Public Knowledge), patenteissa ja ohjeissa oleva *sovellettava tieto* (Proprietary Knowledge) sekä maalaisjärkenäkin tunnettu *arkitieto* (Commonsense Knowledge). Drucker (2002) jakaa tiedon organisaation sisäisiin ja ulkoisiin tietoihin. *Sisäisiin tietoihin* kuuluvat liiketoiminnasta ja resurssien kohdentamisesta kertovat *taktiset tiedot*. Nämä tiedot koostuvat talouden perustiedoista, resurssien tuottavuudesta, sisäisestä ja ulkoisesta vertaisarvioinnista (benchmarking), ydinosaamisesta sekä resurssien kohdentamisesta. *Ulkoisesta ympäristöstä tarvittava tieto* koostuu markkinoista, asiakkaista, ei-asiakkaista, tekniikasta, rahoituksesta sekä maailmantaloudesta.

Keskeinen kysymys onkin, miten tietoa organisaatiossa jaetaan, miten se siirtyy ja miten sitä käytetään? Organisaation tiedon luonteen ymmärtämiseen on kirjallisuudessa kaksi pääsuuntaa (ks. taulukko 3) sen mukaan, nähdäänkö tieto objektina vai toimintana, eli tietämisenä (esim. Cook & Brown 1999; Assunadi 2005).

TAULUKKO 3 Objektivistiset ja toiminnalliset näkemykset tiedosta (Hislop 2005).

Tieto objektina	Tieto toimintana
<ul style="list-style-type: none"> • älyllisestä prosessista peräisin oleva tieto. • tieto on aineeton kokonaisuus tai kohde. • tieto on objektiivista faktatietoa • eksplisiittinen tieto (objektiivinen) etuoikeutetumpi hiljaiseen tietoon (subjektiivinen) verrattuna • erilliset tiedon kategoriat 	<ul style="list-style-type: none"> • käytäntöön upotettu tieto • tietäminen ja tekeminen erottamattomat • tieto on sidoksissa ihmisiin • tieto on sosiaalisesti luotua • tieto on kulttuurisesti upotettua • tieto on kiistanalaista • tieto on sosiaalisesti luotua • hiljainen ja eksplisiittinen tieto ovat erottamattomat ja molemminpuolisesti muodostetut • tieto on moniulotteinen

Ensimmäisen näkökulman mukaan organisaation tietoa tarkastellaan sen omistuksessa olevana resurssina. Tieto voidaan nähdä siis jonain, mitä organisaatio pitää hallussaan, kuten aineeton pääoma (Intellectual capital), tai toisaalta jonain, mitä organisaatio tuottaa ja sen jälkeen omistaa, kuten uudet ideat, innovaatiot ja oppiminen. Toinen näkökulma tarkastelee tietoa dynaamisena prosessina, kuten tiedon jakamisena, siirtämisenä ja luomisena. Prosesseilla tarkoitetaan usein toimintaa, jolla organisaatio tuottaa sen tietopääoman avulla uutta tietoa. Kogutin ja Zanderin (1992) tekemän luokituksen mukaan, organisaation tietoa jaetaan informaatioon (Information) ja organisaation tietotaitoon (know-how). Informaatio pitää sisällään faktatiedot, itsestään selvät asiat ja symbolit (Kogut & Zander 1992; 386). Informaatio on luonteeltaan selittävää (declarative) ja eksplisiittistä, kun taas organisaation tietotaidolla viitataan toiminnalliseen (procedural) ja implisiittiseen tietoon (esim. Pöyhönen 2004a, 2004b).

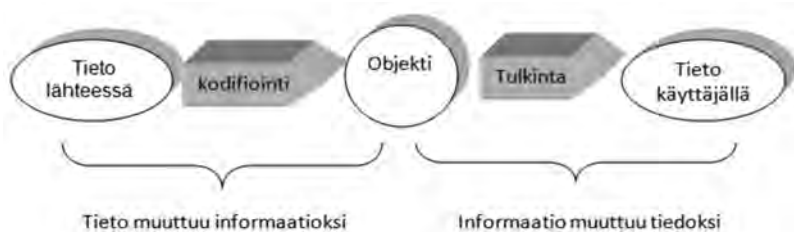
Pöyhösen (2004a) mukaan organisaation kollektiivista tietoa ja tietovarantoa voidaan lisätä olemassa olevia kyvykkyksiä rakentamalla ja laajentamalla niitä sisäistä tietoa yhdistämällä sekä tuomalla uutta informaatiota ulkopuolisista lähteistä. Haasteellisena voidaankin nähdä tietointensiivisissä organisaatioissa miten kollektiivinen tieto ja tietovarannot saadaan realisoitua. Suomalaisessa yhteiskunnassa koulutustaso on maailman ehdotonta huippua keskitason ollen korkea, mutta huiput puuttuvat. Lahjakkuusreserviä (Stähle & Bounfour 2008) ei osata ottaa käyttöön. Teknologiaosaaminen on arvostettua, mutta tiedon soveltaminen on heikkoa. Tiedon soveltamisen heikkous on yksi suurimmista puutteista tai ongelmista johtamistyössä. Tyytyminen singulaarisen tiedon käyttöön, jättäen käyttämättä johtamistyössä tarvittavan kokemuseräisen sekä tietoklusteritiedon, näivetty johtamistyö helposti ad hoc -johtamiseksi. Johtamistyön mahdollisuutena voidaan nähdä tiedon innovatiivisen tulkinnan käyttö, mutta myös kyvykkyyttä soveltaa käytäntöön faktatietoa johtamistiedon välityksellä. Soveltamisen onnistumisen ratkaisee kokemus.

Lundvall ja Johnson (1994) mukaan tieto jakautuu 1) know-what eli faktatietoon, 2) know-why eli tieteelliseen ja selittävään tietoon, jota voidaan Kivisen (2008) mukaan pitää oleellisena esimerkiksi teknologisissa edistysaskelissa, 3) know-how eli tietotaitoon ja 4) know-who, jolla voi-

daan tarkoittaa sosiaalista kyvykkyyttä sekä tietoa kenellä tietoa ja osaamista on. Know-who -tiedon merkitys nähdään yhä merkityksellisempänä tietointensiivisessä organisaatiossa (Foray & Lundvall 1996; Kivinen 2008; 52). Know-who:n merkitys johtamisessa voidaan määritellä myös informaatio-ohjauksen kautta. Informaatio-ohjaus voidaan määritellä tässä tutkimuksessa tarkoittavan ohjaustoimintaa, jossa tiedon avulla pyritään vaikuttamaan ohjattavan tahon käyttäytymiseen (Jalonen 2008; 2), toisaalta ohjaus nähdään kytkeytyvän informaatioon (Stenvall & Syväjärvi 2006; 18), jolloin voidaan päätellä, että informaatio konvertoituu tiedoksi. Konvertoituneen tiedon johtaja integroi organisaation ja työyhteisöiden käyttöön omaa sosiaalista kyvykkyyttä hyväksi käyttäen erilaisten asiantuntijaverkoston avulla.

Yleinen lähtökohta tiedon tarkasteluun, erityisesti objektivistisen näkemyksen mukaan on jaotella tieto erilaisiin kategorioihin ja tasoihin, lähtien datasta ja informaatiosta päätyen aina viisauteen ja älykkyyteen asti. Tieto voi olla esimerkiksi varastoituneena organisaation tietojärjestelmiin, ihmisiin, rakenteisiin sekä toimintoihin ja menetelmiin. Tämän tutkimuksen kannalta on hyvä ymmärtää käsitteellinen ero datan, informaation ja tiedon välillä. Datalla tarkoitetaan erilaisia raakoja kuvia, numeroita, sanoja ja ääntä, jotka ovat peräisin esimerkiksi asiakas- tai markkinaseurannoista tai mittauksista. Informaatio puolestaan edustaa dataa, joka on järjestetty merkitykselliseen muotoon, eli johon on lisätty älyllistä panosta. Lopuksi datan ja informaation soveltamisesta, analysoinnista ja tuottavasta käyttämisestä syntyy tietoa, joka tarjoaa pohjan mielekkään toiminnan ja ajattelun ohjaamiseen (esim. Foray & Lundvall 1996; Hislop 2005).

Tietointensiivisissä organisaatioissa korostuvat tiedon prosessit voidaan jakaa kolmeen luokkaan. Näitä ovat tiedon luominen ja hakeminen (data mining) sisäisten ja ulkoisten asiantuntijoiden yhteistyöverkoston avulla, tiedon jakaminen ja yhdistäminen sekä tiedon kodifioiminen (Hislop 2005). Tiedon kodifointi (Foray 2004) voidaan määritellä tarkoittavan singulaarisen tiedon muuntamista informaatioksi. Näin muodostunut informaatio modifoidaan henkilötasolla uudeksi tiedoksi.

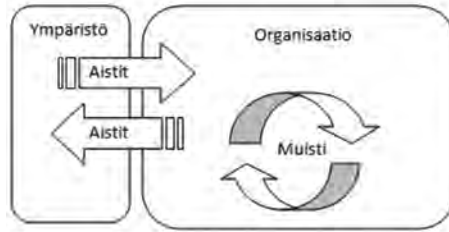


KUVIO 3 Tiedon siirto (mukaillen Garavelli et al. 2002).

Kuvion 3 vasemmassa reunassa tieto on haltijallaan. Sieltä tieto kulkee kodifioinnin ja tulkinnan kautta tiedon vastaanottajalle ja käyttäjälle. Koska tieto muunnetaan informaatioksi kodifointiprosessissa, on erityisen tärkeää että tiedon haltijan ja tiedon vastaanottajan välillä vallitsee yhteisymmärrys. Yhteisymmärryksellä tarkoitetaan tässä yhteydessä tiedon kodifioijan ja tiedon vastaanottajan yhtenevää *kognitiivista kontekstia*, yhteisesti jaettuja arvoja, kulttuuria, uskomuksia ja koulutusta (Garavelli, Gorgoglione & Scozzi 2002).

Cowan, David ja Dominique (2000) ovat puhuneet *kognitiivisen kyvykkyyden*, eli ihmisen ymmärryskyvyn, kyvyn purkaa ja hyödyntää informaatiota, vaikutuksesta tiedon tulkintaan ja kodifointiprosessin onnistumiseen. Tässä työssä kognitiivisella kontekstilla tarkoitetaan sekä arvoja, kulttuuria ja uskomuksia, että ihmisen ymmärryskykyä. Tiedonsiirtoprosessin kriittisiksi avaintekijöiksi voidaan kuvion perusteella nostaa kolme asiaa: *kodifointi, tulkinta ja tiedon luovuttajan ja vastaanottajan yhteisymmärrys* (Garavelli et al. 2002).

Organisaatiotasolla tiedon prosesseja voidaan tarkastella Maulan organisaatiomuistin (organizational memory) avulla (Maula 2005). Organisaation muistilla ylläpidetään yrityksen päivittäistä toimintaa ja vaikiintuneita rutiineita (Jalonen 2008; 11) hyödyntämällä organisaatiossa olevaa tietoa ja aikaisempia kokemuksia. Tämän toiminnan avulla puolestaan tuetaan uuden tiedon luomista ja keräämistä. Tieto voi olla varastoituneena yrityksen sisäisiin rakenteisiin ja toimintatapoihin, organisaation osaamiseen ja sen yksilöiden asiantuntijuuteen. Lisäksi tieto voi olla eksplisiittisessä muodossa tietokannoissa (Maula 2000; 160).



KUVIO 4 Organisaation tietovirrat (mukaillen Maula 2005).

Kuviossa 4 Maulan uuden tiedon ja osaamisen hankkimista ja luomista puolestaan kuvataan toisen tietovirran avulla, jota Maula nimittää ”organisaation aisteiksi” (organizational senses). Tämä tietovirta mahdollistaa vuorovaikutteisen avoimuuden organisaation ja sen ympäristön välillä, sekä koordinoitumisen muuttuvan ympäristön kanssa. Aistien avulla organisaatio luo ja kerää uusia kokemuksia ja tietoa. Altistumalla ympäristöstään tuleviin herätteisiin, organisaatio pystyy paremmin sopeutumaan ympäristöönsä sekä kehittämään uudistumisprosessejaan (Maula 2005).

Aistit luovat perustaa ulkoiselle yhteistyöverkostolle ja sen ympäristön väliselle tiedon kululle (Jalonen 2008; 11). Tietovirran vuorovaikutteiseen kokonaisuuteen katsotaan kuuluvan organisaation identiteetti, ympäristöä koskeva tulkinta, strategia, tieto ja tiedonhallinta, rajapintaelementit (boundary elements), vuorovaikutus ja kommunikaatio ympäristön kanssa, herätteet ja ärsykkeet (triggers), kokeilutoiminta, sisäiset standardit, prosessit ja kommunikaatio sekä tieto- ja kommunikaatiojärjestelmät, jotka toimivat organisaation sisäisen (muisti) sekä ulkoisen (aistit) ympäristön kanssa. Kuten jo aikaisemminkin on todettu, tieto ei siirry itsestään tai tiedon merkitys irrallisena elementtinä ei johda mitään. Tieto nähdään välineenä johtaa ja kehittää toimintaa vuorovaikutuksellisissa sosiaalisissa konteksteissa.

Tiedon prosessit voidaan nähdä tarkoittavan tiedon siirtoprosesseja informaatio-ohjauksen näkökulmasta. Heikkilän, Kauton ja Teperin (2005, 68) mukaan informaatio-ohjauksessa voidaan erottaa kahden-tasoisia määritelmiä. Suppeasti ymmärrettynä informaatio-ohjaus voi tarkoittaa esimerkiksi esimiehen jakamaa yksinkertaista raportointitietoa

tunnuslukujen muodossa tai laajemman näkemyksen mukaan informaatio-ohjaus kattaa myös esimerkiksi osaamisen jakamista hanke- ja projektitoiminnan avulla. Jalosen (2008;3) tutkimuksessa pohditaan kirjallisuuden tarjoamia vaihtoehtoisia näkemyksiä informaatio-ohjauksen muodoiksi, kuten esimerkiksi tutkimus- ja rekisteritiedon jakaminen, oppaiden, suositusten ja muiden julkaisujen laatiminen, koulutus ja konsultointi, erilaisissa työryhmissä, verkostoissa, neuvottelujärjestelmissä ja tutkimus- ja kehittämistoiminnassa tapahtuva vuorovaikutus ja tietojen vaihto (Laihonen 2009; Stenvall & Syväjärvi 2006; Hansson 2002; Mäkitalo 2002).

Mielenkiintoisena näkökulmana Nylander et al. (2003) korvaavat informaatio-ohjauksen määritelmän tietointensiivisyydellä, jota he hahmottavat Olli Nylanderin ja Mikko Nenosen aikaisemmissa artikkeleissa kehitetyn ja terveydenhuoltoon sovelletun tietohierarkian käsitteen kautta (Nylander et al. 2002) sekä Pirjo Stählen ja Mauri Grönroosin esittämän mallin erilaisista tietoympäristöistä (Stähle & Grönroos 1999, 2001), joita kumpaan ei tässä yhteydessä tarkemmin avata.

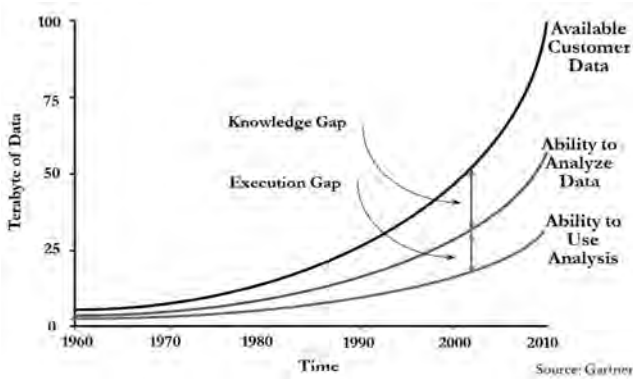
Terveydenhuollon organisaation näkökulmasta tiedonsiirto prosessina tai informaation ohjauksena perustuu asiantuntijoiden väliseen toimintaan. Tätä toimintaa voidaan edistää johtamistyön kautta luomalla innovatiivisia sosiaalisia verkostoja, joihin sosiaalinen arkkitehtuuri muodostuu. Asiantuntijoille on luonteenomaista pyrkiä jakamaan, vaihtamaan ja uudelleen muodostamaan tietoa, jolloin johtamisen intentionaalinen toiminta omassa johtamistyössään saa uuden merkityksen verkostonäkökulmasta sekä osaamisen kehittymisen (kollektiivinen osaaminen) näkökulmasta. Voidaan pohtia onko molemmissa määritelmässä kuitenkin kysymys tiedon transformaatiosta henkilöiden tai verkostojen välillä? Tiedon transformaatio voidaan terveydenhuollossa katsoa tarkoittavan muutosta, mutta se ei ole sama, kuin tavallinen muutos. Tavallinen muutos tapahtuu vähitellen ajan kuluessa tietoisesti tekemällä. Tiedon transformaatio on muutos tai tiedon uusi kokoelma, jolloin tiedon menneisyys, nykyisyys ja tulevaisuus muuttuvat samanaikaisesti. Tiedon transformaatiota ei voi manipuloida, koska siihen sisältyy myös kokemuksellisuus. Näin ollen yhä vahvemmin tulevaisuuden terveydenhuollon toimialassa johtamistyön onnistuminen vaatii erinomaiset sosi-

aalisen ja kommunikaatiotaitojen kyvykkyyden, jotta kyetään ensinnäkin ymmärtämään miten asiantuntijaorganisaatioissa tiedon käyttäminen, muodostuminen ja siirtäminen tapahtuvat. Toisaalta muuttuvassa toimintaympäristössä on yhä merkityksellisempää kyetä toimimaan epätäydellisen tiedon varassa pyrkien soveltamaan sitä, sekä pitämään tiedon hankinnan ja louhinnan jatkuvana toimintona.

3.2 Tieto palvelutoiminnan suunnittelussa

Tieto on valtaa ja sitä voidaan käyttää oikein, väärin, pantata tai jättää kokonaan käyttämättä. Johtamistiedon saannissa on neljä perushaastetta: absoluuttinen tiedon puute, tiedonkulun esteet, kyvyttömyys analysoida olemassa olevaa tietoa ja kyvyttömyys hyödyntää analyysin tuomaa tietoa. Kaksi ensimmäistä liittyy tiedon keräämiseen, kaksi jälkimmäistä liittyvät tiedon käyttäjään. (Parviainen et al. 2005).

Julkisen terveydenhuollon haasteena on tiedon käyttämättä jättäminen, kyky ja osaaminen analysoida tietoa sekä hyväksikäyttää analysoitua tietoa palveluiden suunnittelussa, toiminnassa ja päätöksenteossa (kuvio 5). Ilmiötä on tutkittu kansantaloustieteissä (Suhrecke, McKee, Stuckler & Arce, 2006, 120, 994–1001), jossa aiheen pohjalta on kehitetty *Bounded Rationality* ja *Behavioral Matrix* teorialat (Kivinen 2008). Kumpaakaan teoriaa ei ole tarkoituksenmukaista käsitellä tässä tutkimuksessa. Parviainen et al. (2005) mukaan saatavilla olevan tiedon määrän eksponentiaalisen kasvun myötä analysoinnin merkitys johtamistiedon kannalta on oleellisesti noussut.



KUVIO 5 Tiedon kokonaismäärä ja kyvykkyys käyttää tietoa (mukaillen Gartner Group).

Johtamiseen käytettävissä olevan tiedon määrä on jatkuvasti noussut. Tietoa on käytettävissä valtavat määrät, mutta johtajan kyky käyttää ja analysoida saatavilla olevaa tietoa on puutteellinen. Analysoimattoman raakatiedon käyttäminen johtamistyössä voi johtaa väärään ja puutteelliseen päätöksentekoon tai muotouttaa johtamistyön ad hoc¹-tyyppiseksi arkityöskentelyksi. Toimialassa tulisi panostaa tiedon analysoinnin osamiseen sekä tiedon soveltamiseen omassa johtamistyössä. Palveluiden suunnittelun taustana julkinen sektori on usein tiedollisesti käyttänyt olemassa olevia hoitosuosituksia, jolla tarkoitetaan asiantuntijan laatimaa tieteelliseen näyttöön perustuvaa kannanottoa yleensä taudin, harvemmin tietyn oirekuvan hoidosta (Kaila, Kunnamo, Varonen & Lammi 2004).

Terveydenhuollon palveluiden suunnittelussa käytettävänä on edelleen myös erilaisia tietokantoja, kuten esimerkiksi PsycINFO (psykiatriaa, psykologiaa), CanCERKIT (syöpätaudit), TOXLINE (lääkkeiden ja muiden kemiallisten aineiden toksikologiaa), International Pharmaceutical Abstracts IPA (farmasia) ja CINAHL (hoitotieteet). Tietoa

1. Ad hoc on latinaa ja tarkoittaa "tätä (tarkoitusta, tehtävää) varten". Yleensä lausumalla tarkoitetaan tiettyä ongelmaa varten räätälöityä ratkaisua. Sillä saatetaan viitata myös improvisoituun ja ennalta valmistelemattomaan ratkaisuun vastakohtana hyvin ja perusteellisesti suunnitellulle ratkaisulle

voidaan hakea myös Cochrane-kirjastosta, joka sisältää vertailevia hoitotutkimuksia sekä niistä laadittuja systemaattisia kirjallisuuskatsauksia. Se toimii myös kansainvälisenä verkostona, joka kokoaa yhteen tietoa terveydenhuollon toimenpiteiden vaikuttavuudesta. Tietoa haetaan myös näyttöön perustuvan lääketieteen tietokannasta TRIP Databasen kautta, joka on käytettävissä tietoverkon kautta. National Library of Medicine Yhdysvalloissa pitämä Medline-tietokanta sisältää viitetietoja ja tiivistelmiä lääketieteellisistä julkaisuista (Varonen, Romanov & Lodenius 2004; 249–253). Mäkelän ja Haverisen (2004, 247) mukaan Finohntan ja FinSocin kokoamaa tietoa voidaan hyödyntää terveystalouden suunnittelussa. Finohnta on Suomen terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö ja FinSoc sosiaalipalveluiden evaluaatioryhmä. Kaila et al. (2004, 257–258) mukaan myös lääkärin tietokannat, kuten Käypä hoito-suositukset, Yleislääkärin käsikirja ja tietokanta (YKT), Kelan tietokannat ja Terveystalouden voimat toimivat suunnittelun tietopohjana. Organisaation sisäisten tietokantojen kautta palveluiden suunnittelussa tarvitaan tietoa väestön kehityksestä ja rakennemuutoksesta, potilasvirroista ja -määristä, tauti- ja diagnoosiluokista, sairastavuudesta, resurssivirroista, hinnoittelusta, henkilöstömääristä, henkilöstöresursseista, henkilöstö- ja taloussuunnittelusta, tiloista ja laitteista. Pelkkä toiminnan suunnittelu lääketieteen näkökulmasta ei riitä johtamisen näkökulmasta, tarvitaan laaja-alaista tietomäärää ja sen analysointia.

Päivi Ovaskaisen tutkimuksen (2005) mukaan valtakunnallisia ja paikallisia tilastotietokantoja voidaan käyttää terveydenhuollon suunnittelussa ja päätöksenteossa. Rekisteriaineistot kattavat perusaineiston hyvin ja luokittelulla saadaan myös alueelliset erot esille. Tiedot pystyttäisiin nykytekniikalla siirtämään jopa reaaliaikaisesti tietokannoista erilaisiin ohjelmistoihin terveydenhuollon suunnittelusta vastaavien käyttöön. Tiedot ovat helposti saatavissa, ja niiden kerääminen ja käyttö on edullista.

Tilastotietojen kerääminen ja käyttö edellyttää työntekijöiltä hyvää motivaatiota, ATK-perustaitojen hallitsemista sekä sen ymmärtämistä, mikä hyöty kerättävästä tiedosta niin käyttäjälle kuin kunnan asukkaille kokonaisuudessaan on. Terveystalouden koskevat tietokannat ja rekisterit sisältävät runsaasti käyttömahdollisuuksia. Olemassa olevia tietoja tulisikin hyödyntää tehokkaammin informaatio-ohjaukseen terveydenhuollon

päätöksenteossa ja suunnittelussa. Vain puolessa terveyskeskuksissa kirjataan potilaiden käyntisytyt tietokantoihin. Epäselvää on, käytetäänkö kirjattu tieto sen jälkeen hyödyksi väestön terveyden edistämishjelmissä. Kirjauskäytännön osaamista pitäisi kehittää täydennyskoulutuksella tai muulla ohjaustavalla. Kirjaajien motivaatiota tulisi lisätä, koska tietokantojen tietojen hyödyntäminen edellyttää, että tiedot on oikein kerätty ja tallennettu (vrt. Jylhä & Saranto 2008; Hyppönen 2008).

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) määrää muun muassa, että asiakastietojärjestelmän tulee pystyä tuottamaan palvelun antajan oman suunnittelun, tilastoinnin, johtamisen sekä valtakunnallisen tutkimus- ja tilastotoiminnan kannalta tarpeelliset tiedot ja hoidon tarpeen arviointia sekä hoitoon pääsyn ajankohtaa koskevat tiedot. Tietokantatietoja voisi hyödyntää kuntien terveydenhuollon suunnittelussa paremmin (Magee et al. 2006; Berger 2004; Jylhä & Saranto 2008). Se edellyttää osaltaan panostusta terveydenhuollon suunnittelijoihin, joilla olisi perustietoja ja taitoja aiheeseen liittyen tai vähintään sitä, että terveydenhuollon toiminnoista vastaavilla olisi ajanmukaiset tiedot rekisterien käytön mahdollisuuksista. Valtakunnallisella tasolla ja tutkimuksessa rekisterejä käytetään runsaasti, mutta paikallistasolla käyttö on satunnaista, joka on kuitenkin välttämätöntä palvelutoiminnan suunnittelussa.

3.3 Tietopääoma

Tässä luvussa tarkastelen tietopääoman merkitystä johtamisen näkökulmasta, sekä miten palvelutoiminnan suunnittelu kehittyy ja realisoituu johtamisen ja tietopääoman kautta. Tietopääomaa ja osaamis-pääomaa on kuvattu usein rinnasteiseksi ja samaa tarkoittavaksi käsitteeksi. Tässä tutkimuksessa valitsen käsitteeksi tietopääoman. Tietopääoma voidaan määritellä yhteisökohtaiseksi resurssiksi, joka on korvaamaton yhteisön arvon luomiselle ja rakentuu panoksista, tuotoksista sekä tiedon luomisen prosessin ohjaavista tekijöistä. Tietopääoma on sekä resurssi, että tulos tiedon luomisen prosessissa ja siksi se jatkuvasti on muuttuva ja kehittyvä elementti (Tulevaisuusvaliokunta 2007).

Organisaation tietopääoma on sekä aineeton että dynaaminen käsite. Aineeton se on siksi, että suhteet, yhteydet ja linkit ovat näkymätöntä, vaikeasti tavoitettavaa pääomaa. Tietopääoma on myös dynaaminen käsite siksi, että kyse on kaiken aikaa uuden tiedon ja innovaatioiden kehittymisestä. Mitä enemmän tietoa vaihdetaan ja mitä nopeammin se virtaa, sitä enemmän yrityksellä on uudistumispotentiaalia (Stähle & Grönroos 1999; 74–75). Stählen ja Grönroosin mukaan organisaation tietopääomaa voidaan katsoa olevan yritykseen kerääntyneinä tietovarantoina tai yrityksen läpäisevinä tietovirtoina. Tietovarannot tarkoittavat ajan myötä kiteytyntä, dokumentoitua tietoa ja osaamista. Nämä viittaavat usein fyysisiin palveluihin, konkreettisiin tuotteisiin tai toimintamalleihin, joilla on merkitystä organisaation arvoa määriteltäessä. Tällaista tietoa ovat esimerkiksi liiketoimintamallit, prosessikuvaukset tai asiakastietokannat. Tietovirrat puolestaan voivat ilmetä arvoina, kulttuurina tai rutiineina, jotka ohjaavat työntekijöiden toimintaa ja kommunikaatiota magneettien tavalla. Nämä toimintoja ohjaavat virtaukset perustuvat erilaisiin organisaatioissa vallitseviin palkitsemiskäytäntöihin, näkemyksiin tai normeihin. Vakiintuneet käytännöt voivat muodostaa organisaatiolle hyvin toimivan perusturvan, jolloin ne toimivat todellisenä pääomana, mutta jos uudistumisen haaste on suuri, vakiintuneet tekemisen ja ymmärtämisen tavat voivat olla myös kehityksen este. Tietopääomassa onkin yhtä paljon kyse siitä, millaista tietoa ja osaamista organisaation on sen historian aikana kerääntynyt, kuin siitä, miten organisaatio kykenee murttamaan totutut ajatus- ja toimintakuviot ja luomaan jotain täysin uutta, jonka vuoksi tietopääoman merkitys terveydenhuoltoalan niukoissa henkilöstöresursseissa on kilpailtu pääoma sekä tavoiteltavaa omistamista.

Tietopääoman vakiintuneimpia malleja on jako inhimilliseen pääomaan, rakennepääomaan ja suhdepääomaan (mm. Stähle & Wilenius 2006; McMorrow 2001; Stähle & Grönroos 1999). Inhimillinen pääoma viittaa yrityksen työntekijöiden yksilöllisiin kykyihin, osaamiseen ja ammattitaitoon. Rakennepääoma viittaa yrityksen järjestelmiin, prosesseihin ja käytäntöihin. Suhdepääoma puolestaan pitää sisällään asiakas-, partneri- ja sidosryhmäsuhteet. Näin luokiteltuna tietopääoma viittaa siihen, millaisia aineettomia resursseja yrityksellä on: osajia, järjestelmiä ja yhteistyöverkostoja (esim. Stähle & Grönroos 1999, Stähle & Wilenius 2006).

Michael Koenigin (1998) mukaan tietopääoma muodostuu informaatiopääomasta (*Information Capital*), asiakaspääomasta (*Customer Capital*) ja rakenteellisesta pääomasta (*Structural Capital*). Hänen mukaansa internetin käyttöönotosta seurasi se, että edellä mainittuja pääomatyypejä opittiin yhdistämään toisiinsa, jolloin syntyi malli osaamisen hallinnalle. Koenigin esittämä osaamispääoman (*Knowledge Capital*) käsite kattaa kolme hallinnanaluetta. 1) Tieto-/ tietämysresurssit (*Knowledge Resources*), jotka Koenigin mukaan voivat olla eksplisiittisiä, piilossa olevia, virallisia ja epävirallisia. 2) Sosiaalinen pääoma (*Social Capital*), jonka Koenig katsoo muodostuvan organisaatiokulttuurista, luottamuksesta, tietoon liittyvästä käyttäytymisestä sekä inhimilliseen pääomaan (*Human Capital*) liittyvistä tekijöistä. 3) Infrastruktuuri (*Infrastructure*), joka puolestaan sisältää prosessit, resurssit, teknologian ja arvioinnin tai mittaamisen.

Thomas Stewart (1997) on esittänyt määrittelyn, jossa tietopääoma jakautuu kolmeen osa-alueeseen; henkilöstöön (*HumanCapital*), asiakkaisiin (*CustomerCapital*) ja rakenteisiin (*StructuralCapital*). Henkilöstöön sitoutunut tietopääoma liittyy henkilöstön jäsenten osaamisen tasoon ja kyvykkyyteen, kollektiiviseen osaamiseen ja kuinka asiantuntevaa henkilöstöä organisaatioon on kerääntynyt. Henkilöstöön sidottua osaamista ei voida pitää tietopääomana, ellei sitä kyetä realisoimaan korkean osaamisen toiminnaksi. Asiakaspääoma puolestaan muodostuu asiakassuhteista sekä kyvykkyydestä hallita asiakkuutta. Julkisen terveydenhuollon asiakaspääomana voidaan arvioida esimerkiksi onnistumista kuntayhteistyössä sekä yhteistyöverkostoissa. Rakenteellinen pääoma (Koenig 1998) kattaa immateriaalisen omaisuuden (*Intellectual Property*), metodologiat, sovellukset, dokumentit ja muut tietoartefaktit.

Tietopääoman hallinnan (knowledge management) uranuurtaja, Ikujiro Nonaka (esim. Nonaka, Toyama & Konno 2002) on tutkinut miten organisaatiot luovat tietopääomaa dynaamisesti. Hänen kehittämänsä mallin mukaisesti organisaatiot luovat tietopääomansa SECI -elementin myötävaikutuksella, jossa tietoa tuotetaan hiljaisen ja täsmällisen tiedon vuorovaikutuksessa. SECI-prosessi (*socialisation, externalisation, combination, internalisation*) tarkoittaa hiljaisen ja täsmällisen tiedon vuorovaikutusta, jonka tuloksena syntyy tietopääomaa (knowledge). SECI

-prosessin voidaan nähdä olevan vaiheittainen sekä dynaaminen prosessi, jolle ei ole osoitettavissa selkeää alkukohtaa, mutta se etenee spiraalimaisesti aina vahvistuen (Nonaka et al. 2002).

Mallissa *SECI* (Socialisation, Externalisation, Combination, Internalisation) tarkoittaa nelivaiheista uuden tiedon luomisen prosessia, jonka kuhunkin vaiheeseen liittyy oma tiedon luomisen tila eli *BA* sekä tiedon luonnin syötteet ja tulosteet sisältävä *tietovaranto*. *Ba* on japanin kieltä ja tarkoittaa heidän mukaansa tiedon luomisen tilaa, paikkaa tai ympäristöä, joka edistää tiedon luomisen vaiheiden toteutumista sekä oppimisprosessia *SECI*-mallin mukaisesti. Heidän mielestä kullekin *SECI*:n vaiheelle on olemassa parhaiten sopiva oma tila, joka tukee tiettyä tiedon muuntumisen vaihetta. Organisaatiossa johtamistyön avulla tulee varmistaa avoin, luottamuksellinen ja tilaa antava sosiaalinen viitekehys, jossa asiantuntijat luontevasti verkottuvat ja mahdollistavat tiedon luomisen. Uuden tiedon luominen tapahtuu Nonakan ja Takeuchin (1995) mukaan *SECI* -prosessissa spiraalimaisena tiedon luomisen jatkumona, jossa tieto muuntuu vuorovaikutuksen, oppimisen, arvioinnin sekä soveltamisen kautta hiljaisesta tiedosta näkyväksi tiedoksi ja päinvastoin. Nonaka ja Takeuchi kutsuvat hiljaisen ja näkyvän tiedon välistä muutosprosessia *konversioksi*, kun taas Kuronen (1998) käyttää käsitettä *moodi*.

Socialisation -vaiheessa hiljainen tieto, tacit, välittyy hiljaisena tietona. Vuorovaikutustilanteissa hiljainen tieto siirtyy yksilöltä koko yhteisön hiljaiseksi tiedoksi yhteisen kokemuksen kautta (Nonaka et al. 2002). Oppiminen, tiedon siirtyminen ja muuntuminen voi tapahtua jaettaessa kokemuksia asiakkaiden ja kilpailijoiden kanssa, henkilöstön epävirallisissa tapaamisissa, kokouksissa, palaverissa ja kaikkialla missä olosuhteet ovat sellaiset, että luottamus ja yhteishenki välittyvät (Huang & Wang 2002). Asiantuntijaorganisaatiossa tacit tieto siirtyy myös non-verbaalisen viestinnän kautta.

Externalisation -vaiheessa hiljainen tieto muuntuu täsmälliseksi tiedoksi. Ulkoistamisvaiheessa tieto kristallisoidaan kirjallisesti ilmaistavaksi ja määritellyksi tiedoksi (Nonaka et al. 2002; Kathuri 2002) vaalien kieltä, analogioita ja malleja, joilla tietoa voidaan välittää. Esimerkiksi esimies osallistuu strategiseen suunnitteluun hahmottelemalla uuden palveluidean toteuttamiskelpoisuutta konkreettisen malliesimerkin avulla.

Combination -vaiheessa täsmällinen tieto välittyy täsmällisenä tietona. Yhdistelyvaiheessa ymmärrettävissä oleva tieto muutetaan yksityiskohtaiseksi ja systemaattiseksi täsmälliseksi tiedoksi (Nonaka et al. 2002). Tietoa voidaan kerätä niin organisaation sisältä kuin ulkopuolelta, ja yhdistellä ja muokata niin, että se muodostaa uutta tietoa, jota sitten voidaan jakaa kaikille organisaation jäsenille. Esimerkkinä tällaisesta tiedosta on toimintasuunnitelma ja tiedon välityksen työkaluista intranet.

Internalisation -vaiheessa täsmällinen tieto muuttuu hiljaiseksi tiedoksi. Sisäistämisyvaiheessa täsmällinen tieto muuttuu jälleen hiljaiseksi tiedoksi esimerkiksi opeteltaessa uusia menetelmiä manuaalin avulla yrityksen ja erehdyksen menetelmällä (Nonaka et al. 2002; Huang & Wang 2002). Tämä tarkoittaa sitä, että organisaatio asteittain oppii uuden menetelmän – innovaation – tekemällä. Jonkin ajan kuluttua se on osa organisaation normaalia toimintaa, joka mahdollistaa tiedonmuodostuksen spiraalille uuden kierroksen.

Sosialisaatioon soveltuu *eksistentiaalinen* tila (Originating BA), jossa on oleellista hiljaisen tiedon siirtyminen kasvokkain tapahtuvassa vapaassa vuorovaikutuksessa. Myös organisaatiotasolla korostuu jäsenten aktiivinen sitoutuminen yhteisöllisyyteen. Onnistunut tietämyksen vaihtaminen organisaatiossa voisi tapahtua esimerkiksi aamukahvilla. Ulkoistamiseen tarvitaan *reflektiivinen* tila (Interacting BA), joka muodostuu tarvittavista osajista ja työskentelymuodoista, näin hiljainen tieto saadaan käsitteelliseen muotoon dialogien avulla (esim. mentaaliset mallit tai aivoriihi projektikokouksessa). Yhdistämisessä käytetään *systemistä* tilaa (Cyber BA), jossa mahdollistuu tiedon prosessointi ja uuden tiedon luominen informaatioteknologiaa hyödyntäen (esim. tietokannat, ryhmätyöohjelmistot tai pidemmälle jalostettu informaatio). Luodun tiedon sisäistäminen tapahtuu parhaiten *syntetisoivassa* tilassa (Exercising BA), joka tukee uuden tiedon soveltamista käytäntöön esimerkiksi työpajat mahdollistaen. Yksilötason tiedon luomisen tila on aina osa ryhmän, organisaation ja edelleen alueen tiedon luomisen tilaa (Nonaka et al. 2002; Konno 1998).

Tämä näkemys tekee tiedon luomisesta moniulotteisen jatkumon yksilötasolta aina yhteisötasolle asti. Organisaatiotason tiedon luomisessa korostuu erityisesti sosialisaatiota tukevan eksistentiaalisen tilan merki-

tys. Yhteistyökumppaneiden haluttomuus luoda uutta tietoa keskenään voi vaikeuttaa aidon tiedon luomisen tilan syntyä organisaatioiden välillä. Organisaation sisällä jonkinasteinen yhteenkuuluvuuden tunne on helpommin saavutettavissa. Organisaatiot voivat tehostaa tiedon ja osaamisen hyödyntämistä kehittämällä toimintaympäristöään sisäisen ja ulkoisen tiedon luomisprosessin vaiheita tukeviksi.

Nonakan ja Takeuchin (1995) tiedon luomisen kokonaismallin kolmannen tason (BA-tason takana) muodostaa tietovaranto (Knowledge Assets). Tietovarannolla Nonaka ja Takeuchi tarkoittavat tiedon luomisprosessin perustana olevia korvaamattomia ja arvoa tuottavia resursseja, jotka he jakavat SECI-mallin mukaisesti neljään tyyppiin. Socialisaatiossa käytetään eniten työtä tekemällä ja oppimalla hankittuja kokemusperäistä tietovarantoa, kuten tietotaitoa, kyvykkyyttä ja luottamusta. Ulkoistamisvaiheeseen tarvitaan Nonakan ja Takeuchin mielestä täsmällistä tietoa sisältäviä *käsitteellistä tietovarantoa* (esim. erilaisia malleja ja tuotekonsepteja). Yhdistämisessä käytetään *systemistä tietovarantoa*, kuten dokumentteja ja tietokantoja. Sisäistämisympäristössä tarvitaan puolestaan *rutiininomaista tietovarantoa*, joka muodostuu organisaation päivittäiseen toimintaan liittyvistä rutiineista ja kulttuurille ominaisista toimintatavoista. Nonakan ja Takeuchin esittämä tietovaranto on myös hyvä tapa arvioida organisaation tietopääoman rakennetta tiedonluomisprosessin näkökulmasta. Tällöin varmistetaan eri tiedon luomisprosessin vaiheissa tarvittavien resurssien saatavuus.

Tietopääomalla voidaan tarkoittaa myös organisaation kyvykkyyttä uudistua (Stähle & Wilenius 2006). Organisaation voidaan katsoa olevan instrumentti, jonka rutiinit toisaalta ylläpitävät pysyvyyttä, mutta voivat toisaalta myös jalostaa tietoa uusiksi tuotteiksi, palveluiksi ja toimintatavoiksi. Uudistumiskykyinen organisaatio on strategisesti kyvykäs, eli se kykenee suuntaamaan toimintaansa riittävän yhtenäisesti ja suunnitamaan älykkäästi toimintaympäristössään. Uudistumiskykyinen organisaatio kykenee luomaan uusia tuotteita ja palveluita, mutta se kykenee uudistamaan myös itseään: ajattelu- ja toimintamallejaan, asenteitaan ja arvojaan (esim. Pfeffer & Sutton 2006; Walshe & Smith 2006; Davenport 2007; Stähle & Wilenius 2006).

Uudistumiskykyisessä organisaatiossa on paljon energiaa, joka näkyy henkilöstön osaamisena, korkeana motivaationa ja haluna sitoutua toimintaan. Tämän vuoksi uudistumiskyvyssä on paljolti kyse organisaation henkisestä tilasta, joka läpäisee kaiken olemisen ja tekemisen. Ei ole merkityksetöntä millainen henkilö johtaa persoonallaan työyksiköitä. Asian-tuntijaorganisaatio tarvitsee johtajia, jotka uskaltavat ja toisaalta kykenevät persoonansa ja oman johtajuutensa avulla luomaan rakenteita, joissa innovatiivisuus, luottamus ja tieto elävät.

Terveydenhuollon organisaation kyvykkyyttä eivät ratkaise ainoastaan johtajat, vaan sen sijaan osaavat ihmiset ja organisaatiot voivat toimia kilpailuedun lähteenä. Organisoitumisen ylivoima ja koko inhimillisen toiminnan spektri ovat ratkaisevan tärkeitä. Julkisen terveydenhuollon organisaatioiden on kyettävä kehittymään, uudistumaan ja innovoimaan säilyttääkseen asemansa. Uusi luovuuteen perustuva käyttövoima on lähtöisin yksilöstä, mutta yksilö ei kuitenkaan yksin pysty realisoimaan luovuutta toiminnaksi. Yksilön luova voima vahvistuu ainoastaan monen ihmisen yhteistyössä, jalostuu organisaatioiden muodostamien resurssien avulla ja kanavoituu innovatiivisiksi tuotteiksi ja palveluiksi toiminnan kautta, joita tulee johtaa. Tämän onnistumiseen tarvitaan tietoperustais-ta johtamista ja suunnan näyttämistä. Organisaatiot osaavat enemmän kuin johtajansa (vrt. Stähle & Wilenius 2006; Pfeffer & Sutton 2006; Drucker 2008), joiden tehtävä on luoda uusia palvelutoimintamahdollisuuksia työntekijöiden osaamista hyödyntäen.

3.4 Tiedon louhinta (Data Mining)

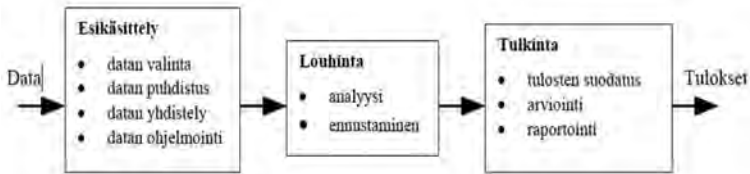
Tässä kappaleessa tarkastelen tiedon keräämistä, hakemista ja etsintää johtamistyöhön tiedon louhinnan avulla. Terveydenhuollossa on ole-massa valtavat määrät johtamistietoa lukuisissa eri tietojärjestelmissä, verkostoissa sekä dokumentoituna. Miten johtajat löytävät, käyttävät ja analysoivat merkityksellisen ja käyttökelpoisen tiedon? Tiedon louhinta on vähemmän käytetty johtamisen ja verkostotoiminnan tukemiseen tai palvelutoiminnan suunnitteluun. Tiedon louhinta määritetään proses-siksi, jossa tietomassoista erotetaan validia, ennestään tuntematonta ja

kokonaisvaltaista toiminnan tueksi kelpaavaa tietoa, ja jossa tätä tietoa käytetään kriittisten päätösten tekemiseen (Simoudis 1996). Elmasrin ja Navathen (2007, 945) määrittelyn mukaan tiedon louhinta tarkoittaa uuden informaation louhintaa tai löytämistä malleina tai sääntöinä suurista tietomääristä.

Määritelmänä tiedon louhinta ei rajaa käytettäviä menetelmiä ja tässä tutkimuksessa tiedon louhinta määritetään johtamisen näkökulmasta työotteena hakea jatkuvasti uutta ja relevanttia tietoa suurista tietomääristä, tietojärjestelmistä sekä sosiaalisista yhteistyöverkostoista kommunikaation välityksellä toiminnan ja johtamistyön tueksi. Johtamistyössä tiedon louhinnan tuloksena louhittu tieto analysoidaan, tiivistetään ja kontekstoidaan tarvittavaan toimintaan tai päätöksentekoon. Data mining tuo evidenssiä johtamistyöntueksi, jolloin organisaation näkökulmasta se tukee johtamistyön läpinäkyvyyttä. Tiedon määrä organisaatiossa on lähinnä informaatiotulvaa, jolloin tiedon louhinnan kyvykkyys on merkittävää osaamista johtamistyössä. Hand, Mannila ja Smyth (2001; 11–14) määrittelevät tiedon louhinnan (data mining, tiedonrikastus) olevan suurten, tiettyä tarkoitusta varten kerättyjen tietojoukkojen analyysia, jonka tarkoituksena on löytää odottamattomia suhteita ja tiivistää dataa uusilla tavoilla, jotka ovat sekä ymmärrettäviä että käyttökelpoisia. Tuloksena saatavat mallit ja hahmot voivat olla esim. tilastollisia tai graafisia (Fayyad, Piatetsky-Shapiro & Smyth 2001). Tiedon louhinta on tieteiden välistä toimintaa, jonka piiriin perinteisesti kuuluu joukko erilaisia menetelmiä ja algoritmeja. Tiedon louhinnan lähitieteitä ovat tilastotiede, tietokannat, koneoppiminen, hahmontunnistus, tekoäly ja visualisointi. Tiedon louhintaa kutsutaan joskus myös sekundäärisiksi data-analyysiksi, koska tiedon louhinnan kohteena olevaa dataa ei ole yleensä kerätty data-analyysia silmälläpitäen (Fayyad et al. 2001).

Tiedon louhinta voidaan nähdä myös osana tietämyksen muodostamista interaktiivisena ja iteratiivisena prosessina tietokannoista (Knowledge Discovery in Databases, KDD) (Berger & Berger, 2004). Prosessissa voidaan erottaa 5 vaihetta (Kuvio 6); Valinnassa (vaihe 1) kerätään prosessin kohteena oleva tietojoukko tai valitaan alkioit suuremmasta joukosta. Esimerkiksi potilastietojärjestelmästä valitaan asiakasryhmäksi työikäiset, sairaanhoitajat, selkäsairaat. Esikäsitellyssä (vaihe 2) eli datan

puhdistuksessa pyritään poistamaan ”kohinaa”; tarkennetaan työikäisten selkäsairaiden diagnoosit ja epikriisit. Muunnos (vaihe 3) vastaa tilastollisen hahmontunnistuksen piirteiden valintaa ja erottelua, jossa datasta valitaan käsiteltävät ominaisuudet ja mahdollisesti muunnetaan dataa toiseen muotoon jatkokäsittelyä varten. Verrataan työikäisten selkäsairaiden diagnoosin ja epikriisin tuomaa tietoa esim. siitä, onko selkäsairaus alkanut ennen vain jälkeen työn aloittamisen. Tiedon louhinnan (vaihe 4) tulokset esitetään usein visualisoinnin avulla. Muodostetaan taulukko, jossa voidaan vertailua tehdä sekä havainnoida selkäsairauden kulkua. Tulkinta (vaihe 5) tarkoittaa tulosten arviointia sekä mahdollista jatkokäsittelyä. Tässä vaiheessa taulukon muodossa voidaan verrata työikäisten sairaanhoitajien selkäsairauksien käyttäytymistä esim. työn kuormittavuuteen tai voidaan näyttää selkäsairauksien diagnoosien kirjautuneen jo paljon ennen työn alkamista.



KUVIO 6 Tiedon louhinnan vaiheet (Karanta 2002).

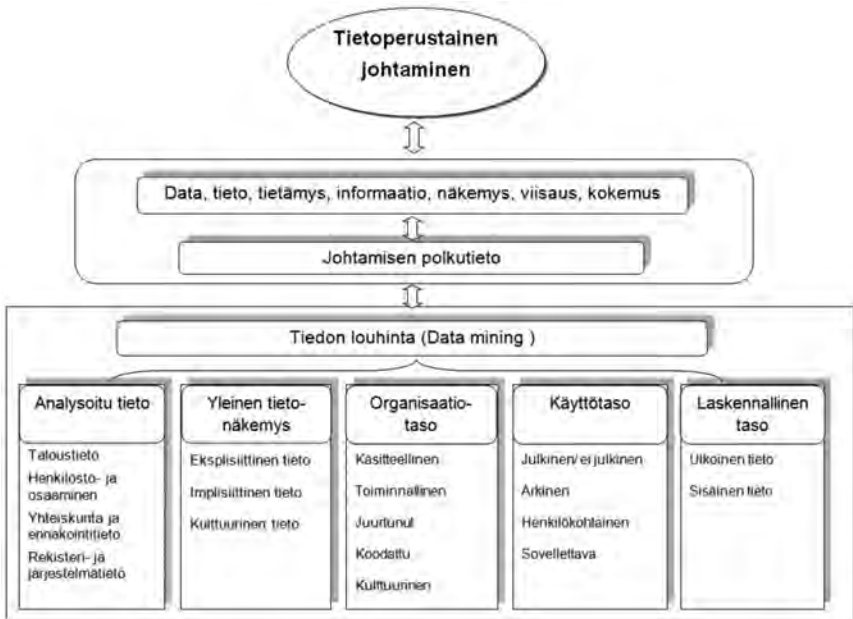
Määritelmänä termejä tiedon louhinta ja tietämyksen muodostaminen käytetään kirjallisuudessa synonyymeina. Tietämyksen on katsottu olevan myös muodostamisprosessi, mikä painottaa olemassa olevan tiedon analysointia. Tiedon louhintaa voidaan tarkastella myös yleisemmin käytettävissä olevan tiedon analysointina sekä analysoidun tiedon viemisenä toiminnantasolle (ks. Nonaka & Konno, 1998; Frawley, Piatetsky-Shapiro & Matheus 1992).

Tietämys on tavanomaisesti käsitettynä ihmiseen liittyvä tiedon taso (Frawley et al. 1992). Kun ihminen tulkitsee informaatiota, muodostuu tietämystä, informaation tulkintaa ja valintoja. Informaatio on ikään kuin merkkikokoelma, jolla ei sinänsä yksinään ole mitään merkitystä. Ihmiseen ja ihmisten väliseen vuorovaikutukseen liitettyinä se saa mer-

kityksen, valinnan. Sen merkityksen minkä henkilö kontekstissaan kyseiselle informaatiolle (merkkikokoelma) antaa, muodostaa tietämyksen (Frawley et al. 1992; Kodratoff 1999).

Tietämys on myös määritetty olevan prosessi, jossa tietämys muuttuu muotoaan ja siirtyy organisaation osasta toiseen ihmisten kautta (Kirjavainen & Laakso-Manninen 2001).

Teoreettisena sovelluksena tässä tutkimuksessa tiedon louhintaa (data mining) lähestytään tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta, jolloin oleellista on tiedon löytäminen, valinta, analysointi ja sen konkreettinen kytkentä intentionaaliseen toimintaan. Tiedon louhinnan malli (kuvio 7) johtamisen näkökulmasta rakentuu seuraavasti.



KUVIO 7 Tiedon louhinta tietoperustaisessa johtamisessa.

Tietoa louhitaan sisäisistä ja ulkoisista tietoklustereista sekä tietojärjestelmistä. Analysoidusta tiedosta johtaja muodostaa toimintaa ohjaavaa polkutietoa, johon yhdistyy kollektiivinen tieto organisaatiosta ja yhteistyöverkostoista, johtajan oma näkemys, kokemus sekä viisaus. Kokonai-

suutena muodostuu tietoperustainen johtaminen. Koska tiedon hyödyntäminen ei ole suoraviivaista, tiedon louhintaan liittyy myös ongelmia (Frawley et al. 1992.), joita tietokannoissa ja organisaatiossa olevan tiedon analysointiin liittyy seuraavasti) dynaaminen data; tietokantojen tyypillinen piirre on niissä olevien tietojen dynaaminen luonne. Tietoja lisätään ja päivitetään usein samanaikaisesti eri käyttäjien toimesta esimerkiksi potilastietojärjestelmissä 2) epäolennaiset kentät; vastakohtana tieteellisille koekasetteluille tietämyksen muodostamiselle on tyypillistä, ettei kohteena olevan tietokannan tietoja ole kerätty data-analyysia ajatellen. ”Oikeiden” kenttien valinta voi vaikuttaa ratkaisevasti analyysin järjestykseen. Potilastietojärjestelmän päivittäisessä käytössä käyttäjästä riippuen voidaan samoja tietoja tallentaa eri paikkoihin (ks. Ovaskainen 2005) eri otsikoilla 3) puuttuvat arvot; tietokantoja päivitettäessä kaikkia kenttiä ei yleensä pidetä pakollisina. Joskus oletusarvoja voidaan käyttää, mutta yleisesti ottaen puuttuvat arvot vaikuttavat analyysin laatuun. Potilastietojärjestelmässä jätetään kenttiä täyttämättä esim. kiireen vuoksi. 4) kohina ja epävarmuus: erityisesti mittauksia tehdessä mahdolliset mitausvirheet on aina huomioitava. Virheitä voi tapahtua myös syötettäessä tietoja tietokantaan. Esimerkiksi henkilön nimellä voi olla useita mahdollisia kirjoitusasuja, joita tietokanta ei osaa samaistaa. Potilastietojärjestelmässä sama asia voidaan kirjoittaa eri kohtiin, jolloin esim. raportteja tai tilastoja ajaessa virhemarginaali kasvaa ja raportin luotettavuus kärsii. Puuttuvat kentät; sama perusongelma kuin epäolennaisilla kentillä. Tietokantaa suunniteltaessa ei pystytä huomioimaan kaikkia tutkimusongelmia, joihin tietoja mahdollisesti yritetään soveltaa.

Tilastojen ja raporttien käyttäminen terveydenhuollon arjen päätöksenteossa on olennaista (esim. Walshe & Smith 2006; Drucker 2002; Davenport 2007). Kuitenkin jos saatava ja käytettävä tieto on virheellistä tai ei-luotettavaa, päätöksenteon seurauksetkin lukeutuvat aiheettomasti ei-toivottuihin ja epäluotettaviin. Johtamisen haasteena on huomioida, mistä tieto louhitaan ja tunnistaa mahdolliset virhemarginaalit.

3.4.1 Tiedon hankinta ja muodostuminen louhinnalla

Tiedon hankinta voidaan julkisessa terveydenhuollossa jakaa karkeasti sisäisen ja ulkoisen toimintaympäristön tiedon louhintaan. Sisäinen

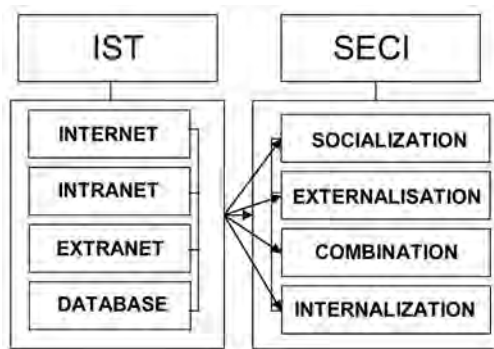
toimintaympäristö käsittää henkilöstö- ja tilaresurssit, laitteet, palvelut ja toiminnan sekä organisaation sisällä olevan toiminnan kokonaisuudessaan. Ulkoinen toimintaympäristö asettaa vaatimuksia organisaation sisäiselle toiminnalle. Ulkoisen toimintaympäristön tieto voidaan Daffin ja Langelin mukaan (1986) jakaa kuuteen sektoriin, jotka ovat kilpailu-, asiakas-, teknologia-, säädös-, talous- ja sosiokulttuurinen sektori. Sosiokulttuurista tiedon louhintaa voidaan kutsua myös ympäristön seurannaksi tai luotaukseksi (Environmental Scanning), joka nähdään merkittävänä tiedon louhinnan kohteena johtamistyössä. Environmental Scanning voidaan katsoa pitävän sisällään tiedon louhintaa (Lehtonen 2002a; Lehtonen 2002b) politiikasta (verotus, hyvinvointi, monopolilainsäädäntö, ulkomaankaupan säätelyt, hallituksen aseman vakaus), lainsäädännöstä (työvoimalainsäädäntö, työlainsäädäntö, terveys ja turvallisuus, tuoteturvallisuus), ekonomiasta ja taloudesta (suhdannevaiheet, kansantuotetrendi, korkotaso, inflaatio, työllisyys, käytettävissä olevat tulot), sosiokulttuurista (väestörakenne, tulojakauma, sosiaalinen liikkuvuus, elämäntyyliuutokset, asenteet työhön ja vapaa-aikaan, koulutustaso, kulutus), teknologiasta (hallituksen varainkäyttö tutkimukseen, suhtautuminen teknologisiin pyrkimyksiin, uudet löydöt ja kehityksen tulokset, teknologian siirron nopeus, vanhenemisajat) ja ekologiasta (ympäristölainsäädäntö, ympäristön tila, jätteiden käsittely, energian kulutus) (Frawley et al. 1992; Lehtonen 2002b).

Organisaation ulkoisen tiedon louhintaa voidaan käyttää (ks. Connolly & Begg 2005; Lehtonen 2002b; Elmasri ja Navathe 2007) eri laajuisesti esimerkiksi kilpailija-analyysin muodostamiseen (Competitor Intelligence). Kilpailija-analyysiä on perinteisimmin käytetty yksityisen terveydenhuollon puolella. Yksityinen ja julkinen terveydenhuolto tekevät yhä voimakkaammin verkostoyhteistyötä sekä yhteisiä palvelutuotteita, jolloin tietoa tarvitaan mahdollisista yhteistyökumppaneista. Kilpailu-analyysin avulla (Competitive Intelligence) on tarkoituksena louhia tietoa esimerkiksi siitä, mitä muut terveydenhuoltoalan toimijat tuottavat palveluinaan ja millä hinnoilla. Liiketoimintaympäristön analyysi (Business Intelligence) louhinnan tarkoituksena on saada tietoa, mitä toimintaympäristössä tapahtuu, jotta palveluiden suunnittelu onnistuisi.

Elmasri ja Navathe (2007) jakavat tiedon louhinnan tavoitteet ja käyt-

tötarkoitukset karkeasti neljään luokkaan; 1) Ennustaminen (prediction). Tiedon louhinnalla voidaan ennustaa, miten tietyt tiedon arvot tulevat käyttäytymään tulevaisuudessa. Tämän perusteella voidaan esimerkiksi ennustaa tulevia potilasmääriä, tai miten tietyt palvelutoimintapäätökset tulisivat vaikuttamaan potilasmääriin. 2) Tunnistaminen (identification). Kerätystä tiedosta voidaan tunnistaa erilaisia kohteita, tapahtumia tai toimintaa. Tunnistamista voidaan hyödyntää myös mm. potilastietojärjestelmässä ja käyttäjien todentamisessa (authentication), joka on erityinen tunnistamisen muoto. 3) Luokittelu (classification). Luokittelua voidaan käyttää hyväksi yhdessä muiden tiedon louhinnan keinojen kanssa, joko luokittelemaan louhinnan tuloksia jälkepäin tai ennen muuta louhintaa jakamaan ongelmaa pienempiin osaongelmiin. Luokitteluun voidaan esimerkiksi tunnistaa erilaisia potilasryhmiä. 4) Optimointi (optimization). Tiedon louhintaa voidaan myös hyödyntää resurssien, kuten ajan, tilan, rahan tai materiaalin, käytön optimointiin. Optimointia voidaan suorittaa esimerkiksi resurssien käytön maksimoimiseksi.

Ulkoisen ja sisäisen tiedon louhinnan tuloksena määritetään tässä tutkimuksessa syntyvän ns. analyysitieto, joka summautuu louhinnan tuloksena. Analyysitietoa voidaan käyttää johtamisen kollektiivisen polkutiedon (Drucker 2002; 232) syntymiseen. Johtamisen polkutiedolla tarkoitetaan sitä tietoa, jolla määritetään toiminnan suuntaa, toimenpiteitä, tavoitteet ja keinoja, joilla tavoitteet voidaan saavuttaa.



KUVIO 8 Tiedon louhinta ja muodostaminen.

Tiedon louhinta tapahtuu (kuvio 8) yleisesti informaatioteknologian keinoin (IST, Information system technology) sähköisiä tietojärjestelmiä käyttäen. Louhittu tieto muodostuu, jäsentyy ja muuntuu SECI-mallin mukaisesti (Alhawary 2008). SECI-mallin mukaisesti muodostettu uusi tieto saa uuden merkityksen ja statuksen johtamistyössä käytetyn ja kerääntyneen kokemuksellisuuden kautta. Johtajan-esimiehen johtamistyön osaaminen tulee näkyä, miten hän kykenee konvertoimaan uuden tiedon työyhteisöön sekä muuntamaan sen toiminnan tasolle eli antamaan tiedolle tavoitteen ja operationaalisen muodon. Tutkija Yew (Yew et al. 2006) teki tutkimuksessaan havainnon, että sähköisten tietojärjestelmien avulla saatu uusi tieto mahdollistaa myös hiljaisen tiedon jäsentymistä, mitä voidaan hyödyntää kollektiivisen tiedon jakamisessa. Tutkimuksessa verrattiin organisaation intranetin käytön mahdollisuutta hiljaisen tiedon jakajana ja mahdollistajana. Julkisen terveydenhuollon tiedon louhinta on pääsääntöisesti vakiintumatonta ja hajanaista. Järjestelmällinen ja jatkuva tiedon louhinta (data mining) soveltuu erinomaisesti tietoperustaisen johtamisen työvälineeksi sekä johtamisprosesseihin.

3.5 Tietointensiivisyys

Kappaleessa tarkastelen miten asiantuntijaorganisaatio profiloituu ja mikä on sen merkitys tiedon ja johtamisen näkökulmista. Tietointensiivisestä organisaatiosta käytetään kirjallisuudessa myös muita termejä, kuten osaamis-intensiivinen organisaatio, asiantuntijaorganisaatio sekä ammatilliseen osaamiseen perustuva palveluorganisaatio (esim. Løwendahl 2000; Kemppilä & Mettänen 2004). Tässä tutkimuksessa käytetään termiä tietointensiivinen organisaatio. Sillä tarkoitetaan julkisen terveydenhuollon organisaatioita, jotka tuottavat tietointensiivisiä, pitkälti asiantuntijuu-teen ja osaamiseen liittyviä palveluita. Tietointensiivisyydellä viitataan myös siihen, että tiedolla voi olla enemmän merkitystä kuin muilla tuotantopanoksilla, kuten esimerkiksi pääomalla (Starbuck 1992; 175).

Aikaisemmissa kappaleissa olen määrittänyt, että tieto on johtamisen väline, joka liikkuu ihmisten välityksellä vuorovaikutuksellisissa ja sosiaalisissa tilanteissa ja verkostoissa. Ei ole merkityksetöntä, kuinka kyvykäs

johtaja työssään on luomaan rakenteita, verkostoja sekä tilanteita, joissa tiedon välittäminen, muodostaminen ja siirtäminen mahdollistuvat. Kehittymiskykyinen organisaatio jalostaa tietoa jatkuvasti ja systemaattisesti. Orgaanisen toimintalogiikan ydin perustuu tietovirtoihin, niiden hallintaan on syytä suunnitella tehokas sosiaalinen arkkitehtuuri. Tietointensiivisessä organisaatiossa sosiaalinen arkkitehtuuri (Stähle & Wilenius 2006) ymmärretään organisaation ja esimies- ja johtamistyön kyvykkyytenä luoda olosuhteet, jotka saavat aikaan henkilökohtaista sitoutumista, kyvykkyyttä aktivoida uuden tiedon ja uusien tulkintojen luomista, kyvykkyyttä luoda ja vahvistaa yhteistä identiteettiä, kyvykkyyttä luoda ja arvioida tavoitteita ja visioita sekä kyvykkyyttä innostaa työntekijöitä.

Arkkitehtuuri toimii, jos yritykseen tulee systemaattisesti tietoa toimintaympäristöstä, jos tietoa jalostetaan organisaatiossa tulkinnoiksi ja jos niihin perustuvat johtopäätökset kyetään viemään nopeasti käytäntöön (Stähle & Wilenius 2006). Pelkkä arkkitehtuuri ei kuitenkaan auta, jos itse tiedonjalostusprosessi epäonnistuu organisaation tietofoorumeissa. Organisaation kehittymisen nopeus määrittyy sen perusteella, onko organisaatiolla käytössään tietoa omasta toiminnastaan ja toimintaympäristön muutoksista ja kykeneekö se jalostamaan tiedon tarpeeksi nopeasti johtopäätöksiksi ja toiminnaksi. Organisaation tiedonjalostuskyky on aina koko organisaation kollektiivista kyvykkyyttä (Stähle & Wilenius 2006).

Akateemisessa kontekstissa uudesta tiedosta ei käytännön sovellusten kannalta tarvitse seurata mitään. Tietoa tuodaan tiedeyhteisöön keskusteluun, jossa se jalostuu tai mitätöityy. Joskus tieteellistä tietoa voidaan soveltaa suoraan ja joskus sen tehtävä on vain lisätä tietoa (Stähle & Wilenius 2006.). Organisaatio ei hyödy tiedosta tai osaamisesta, jos organisaatiolla ei ole voimavaroja tai motivaatiota soveltaa niitä käytäntöön. Työn positiivisia virtoja tuottava tieto on tehokkaan toiminnan näkökulmasta korvaamattoman tärkeä. Tieto yksin ei useinkaan ratkaise tilannetta, vaan siihen liittyvät tunteet. Negatiiviset tunteet luovat esteitä toiminnalle ja positiiviset tunteet sekä asenteet luovat mahdollisuuksia.

Tieto rikastuu aktiivisissa verkostoissa, joissa käsitellään, kumuloidaan ja rikastetaan tietoa homogeenisesti, heterogeenisesti ja hybridisesti, jolloin oppiminen tapahtuu ns. sulautumalla yhteen. Stählen ja

Wileniuksen (2006) mukaan homogeeninen järjestelmä perustuu siihen, että kaikki hallitsevat samaa osaamista kyllin hyvin. Esimerkiksi asiantuntijaryhmän huippuosaaminen on keskittynyt. Asiantuntijoita yhdistävät sama symbolimaailma ja tiedonkäsitteilyperiaatteet, jotka mahdollistavat toistensa nopean ymmärtämisen. Heterogeeninen tiedonjalostus puolestaan perustuu siihen, että monet eri alan osaajat ovat vuorovaikutuksessa ja yhteistyössä. Ihmisten ollessa kiinteässä vuorovaikutuksessa keskenään, tietämisestä tulee prosessi, jossa yksilöiden osaamisrajat ylitetään ja ryhmä kykenee luomaan siltoja eri symbolimaailmojen ja paradigmojen välille. Esimerkiksi jonkin erityisalan teknisen osaamisen yhdistyessä organisaation johtamiseen syntyy samalla hybridistä osaamista (Stähle & Wilenius 2006, 122, Stähle & Bounfour 2008.)

Tietointensiivisessä organisaatiossa oleellinen tieto syntyy aina vuorovaikutustilanteissa, jolloin huomion kiinnittäminen yksilöiden toimintaan on tärkeää. Ei ole olemassa mitään tietoa sellaisenaan vaan tietoa konstruoidaan jatkuvasti erilaisissa vuorovaikutustilanteissa (Tsoukas & Vladimirov 2005). Teoreettisesti ajatellen organisaatiossa oleva tieto on alati muuntuvaa ja dynaamista. Raakadata (data) muuntautuu ihmisten vuorovaikutuksessa organisaation sisällä tiedoksi (information) ja siitä edelleen tietämykseksi (knowledge). Tietämys on tavallaan organisaatiotiedon korkein muoto. Se sisältää organisaation jäsenten tekemän tulkinnan raakadatasta ja siitä edelleen johdetusta informaatiosta.

Sheehanin (2005, 54) mukaan tieto on siis tietointensiivisen organisaation tuottamien palvelujen tärkein tuotantopanoks, mutta se voi yhtä hyvin olla myös itse prosessi sekä lopputuote. Suurimpana erona tiedon merkityksen suhteen voidaankin pitää tiedon olemusta. Terveystieteiden tietointensiivisissä organisaatioissa tieto ei ole aina upotettuna prosesseihin tai tuotteisiin, vaan tieto piilee asiantuntijoissa ja sitä sovelletaan räätälöidysti ja reaaliaikaisesti kunkin potilaan tarpeiden mukaisesti. Milesin (2003;13) mukaan käytännöllinen lähestyminen tietointensiivisiin toimintoihin on yhdistää ne toimintoihin, jotka perustuvat erittäin erikoistuneeseen tietoon, mikä on tyypillisesti opittu ammatillisten prosessien kautta, sisältäen melko abstraktien periaatteiden ymmärtämisen hankkimisen. Yleensä tähän prosessiin kuuluu muodollinen koulutus, mutta se voi olla myös kokemuksesta (Miles 2003; 12). Tietointensiiv-

visyys viittaa näin ollen vain harvoille ja valituille tarkoitettuun, ainutlaatuiseseen ja arvokkaaseen asiantuntijuuteen laajasti jaetun tiedon sijaan (Starbuck 1992).

Maulan (2005) mukaan tietointensiivisyys voi näkyä asiantuntijoiden osaamisessa, ja heidän tapansa kommunikoida keskenään ja asiakkaiden kanssa vaikuttavat siihen kuinka hyvin eri osapuolten hiljainen tieto ja muut tietolähteet saadaan hyödynnettyä. Tietointensiivisyys voi näkyä myös prosesseissa ja järjestelmissä, joiden avulla palveluita tuotetaan ja saatetaan asiakkaiden ulottuville. Nämä prosessit mahdollistavat tietovirtoja, joiden avulla tarvittavat toiminnot ja muutokset saadaan aikaan lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. Viime kädessä tietointensiivisyys voi viitata myös siihen, kuinka oivaltavasti palvelualan organisaatio hyödyntää tietoa ja osaamista oman oppimisensa, innovatiivisuutensa ja uudistumisensa lähteenä. Prosessilähtöinen organisaatio on tietointensiivinen organisaatio. Prosessilähtöisyys ohjaa organisaation kiinnittämään automaattisesti huomion toimintansa vaikuttavuuteen.

Tietointensiivisen organisaation uudistuminen ja kehittyminen liittyvät läheisesti tietoon ja sen prosesseihin, sillä koko organisaation toiminta perustuu tiedon hyödyntämiseen, tulkittamiseen ja luomiseen. Maulan (2005) mukaan tällä hetkellä terveydenhuollon organisaatioiden yleinen kyky tuottaa ja analysoida tietoa on heikko. Dataa on yleensä saatavilla paljon, mutta ongelma on se, ettei sitä osata käyttää eli jalostaa tiedoksi tai ymmärrykseksi. Tiedon tuottaminen ei ole primaari ongelma vaan sen käyttö. Keski johdolle tarvittaisiin osaamista ja ymmärrystä talouden ja tuotannon lainalaisuuksista, koska vasta silloin tietoa voidaan käyttää hyväksi (Parviainen et al. 2005). Organisaatiossa tulisikin pysähtyä pohtimaan, miten turvataan tutkimustiedon saatavuus ajantasaisen tiedon näkökulmasta, miten tutkimusvalmiuksia kehitetään sekä hyödynnetään, miten tiedonhakutaidot ja tietojen saatavuus onnistuu, miten osataan arvioida kriittisesti saatavilla olevaa tietoa tai miten järjestetään jatkuvaa koulutusta. Terveydenhuollossa asiantuntijat käyttävät päivittäin lukuisia tietojärjestelmiä yhtäaikaaisesti. Ei ole yhdentekevää millaiset tietotekniset taidot ovat tai miten järjestelmissä olevaa tietoa osataan hakea tai analysoida.

3.6 Teoreettinen yhteenveto tieto organisaatiossa

Organisaatiossa oleva tieto on kaikessa kompleksisuudessaan monimutkainen asia- ja käsittekokonaisuus ja siihen liittyvät keskeiset teoreettiset, käsitteelliset ja tutkimukselliset teemat ovat kuvattuna taulukossa 4. Terveydenhuollon tietointensiivisissä organisaatioissa tieto ei ole aina upotettuna prosesseihin tai tuotteisiin, vaan tieto piilee asiantuntijoissa ja sitä sovelletaan räätälöidysti ja reaaliaikaisesti. Organisaation uudistuminen ja kehittyminen liittyvät läheisesti tietoon ja sen prosesseihin, sillä koko organisaation toiminta perustuu tiedon hyödyntämiseen, tulkitsemiseen ja luomiseen. Terveydenhuollon organisaatiossa tiedon tuottaminen ei ole ongelma vaan tiedon käyttäminen. Jotta tiedon käyttämistä ja analysointia taitoa halutaan kehittää, on tunnistettava tiedon luonne, tasot ja merkitys, sekä näiden suhde toisiinsa.

TAULUKKO 4 Tiedon keskeiset teoreettiset, käsitteelliset ja tutkimukselliset teemat.

Tiedon teoreettiset teemat	Tiedon käsitteelliset teemat	Tutkimukselliset teemat
Tieto	Tiedon tasot Tiedon hierarkiat Tieto toimintana Tiedon jakaminen	Choo 1998 Nonaka & Takeuchi 1998 Assunadi 2005 Davenport & Prusak 1998
Tietopääoma	Osaamispääoma Tietovaranto, tietovirrat Pääoma ajattelu Tietopääoman hallinta Organisaation kyvykkyys	Nonaka et al. 2002 Koenig 1998 Stähle & Grönroos 1999, 2001
Tietointensiivisyys	Tiedon prosessit Organisaation tietovirrat Informaatio-ohjaus Sosiaalinen arkkitehtuuri	Hislop 2005 Maula 2005 Tsoukas & Vladimirou 2005 Stähle & Wilenius 2006
Data mining	Tiedon ja tietämyksen muodostus Tiedon louhinta	Berger & Berger 2004 Karanta 2002 Stenvall & Syväjärvi 2010

Tietoa voidaan lähestyä organisaatiossa tiedon tasoja ja hierarkioita tarkastellen. Tiedon voidaan katsoa olevan organisaatiossa eri muodoissa rakenteissa, järjestelmissä, yksittäisissä ihmisissä ja verkostoissa. Tietoa voi olla myös konkreettisena tai ns. näkymättömänä (hiljainen tieto) muotona. (vrt. Choo 1998; Davenport ja Prusak 1998; Nonaka ja Takeuchi 1995; Sveiby 1997; Viitala & Jylhä 2005). Teoreettisena tulkintana terveydenhuollon hiljaisen tiedon poistumista organisaatiossa voidaan käyttää osana organisaation kehittymistä, ei taantumista. Toisaalta tulee tunnistaa asiantuntijaorganisaation nonverbaalisen tiedon merkitys sosiaalisen arkkitehtuurin rakenteissa, joissa tietoa muodostetaan, jaetaan ja hyväksytään. Tiedon keskeinen kysymys on nähdäänkö tieto objektina vai toimintana (vrt. Cook & Brown 1999; Assunadi 2005). Tietointensiivisyydessä tiedolla, taidoilla ja kyvykkyydellä on merkitystä organisaation tiedon prosesseissa. Tiedon prosesseja tarkastellaan sen muodostumisen, jakamisen ja kodifioinnin avulla. Organisaation muistin, organisaation aistien (organizational senses), sekä informaatio-ohjauksen avulla voidaan tarkastella miten tieto liikkuu ja rakentuu eli tietovirtoina. Tietopääoma rinnastetaan osaamispääomaksi, mikä voidaan nähdä kollektiivisen ja yhteisöllisen tiedon hyödynnettävyydestä toiminnan kehittämiseen. Tietopääoman merkitys korostuu tietovirtojen leikkaavuutena pääoma-ajattelussa, joita jaetaan inhimilliseen, rakenne- ja suhdetopääomaan (vrt. Nonaka, Toyama & Konno 2002; Nonaka ja Takeuchi 1995). Tietopääoma voidaan käsittää olevan sekä aineeton että dynaaminen käsite. Aineeton siksi, että suhteet, yhteydet ja linkit ovat näkymättömiä, vaikeasti tavoitettavaa pääomaa. Tietopääoma on myös dynaaminen käsite, koska kyse on kaiken aikaa uuden tiedon ja innovaatioiden kehittymisestä. Mitä enemmän tietoa vaihdetaan ja mitä nopeammin se virtaa, sitä enemmän organisaatiolla on uudistumispotentiaalia (Stähle & Grönroos 1999). Tietopääomalla voidaan tarkoittaa myös organisaation kyvykkyyttä uudistua, joka nähdään kriittisenä menestystekijänä toimialan muutospaineessa (Stähle & Laento 2000).

Tiedon määrä organisaatiossa on valtava. Ongelmana ja haasteena voidaan tunnistaa relevantin tiedon käyttäminen ja analysointi palvelu-toiminnan suunnittelussa sekä johtamisessa. Tiedon louhintana eli data mining toimintana jäsentää mistä ja miten tietoa voidaan hakea. Relevan-

tista datasta louhittuna muodostuu tietoa, jonka voidaan käsittää olevan informaatiota. Informaatiosta muodostetaan johtamisosaamisen kautta tietämystä. Tietämys viedään tietovirtojen avulla asiantuntijaorganisaation sosiaalisiin rakenteisiin, missä se muovautuu uudeksi tiedoksi. Uusi tieto voi olla vanhaa, mutta konvertoinnin ja modifioinnin jälkeen siitä muodostuu uusi tieto. Tämä uusi tieto lopulta hyväksytään tai hylätään.

4 Tietoperustainen johtaminen julkisessa terveydenhuollossa

4.1 Kehitys kohti tietoperustaista johtamista

Julkisen terveydenhuoltoalan johtajat ovat avainasemassa integroidessaan väestön terveyden ja hyvinvoinnin edellyttämiä toimenpiteitä ja henkilöstömitoitusta alueellisiin ja paikallisiin terveys- ja hyvinvointipoliittisiin strategioihin ja kunnan taloussuunnitteluun. Heidän roolinsa on strateginen myös terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen suunnittelussa, koordinoinnissa ja johtamisessa. Johtaminen sisältää organisaation rakenteen ja toimintapolitiikan määrittämisen, resurssien ja toiminnan suunnittelun, standardien asettamisen, informaation ja talouden turvaamisen, henkilöstöhallinnon ja henkilöstön johtamisen. Johtamisen strategiat sopeutetaan kansainväliseen kehitykseen ja kansallisiin sosiaali- ja terveyspoliittisiin linjauksiin. Samalla tulee ottaa huomioon paikalliseen väestöön, henkilöstöön, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapoihin ja organisatorisiin rakenteisiin ja yleiseen taloudelliseen kehitykseen liittyvät muutokset. Hyvät johtamiskäytännöt ovat organisaatioiden kriittisiä menestystekijöitä. Työelämän nopea muutos on luonut koulutuspaineita ja tarvetta työnkuvien ja toimenkuvien muuttumiselle. Säästötavoitteet ja väestön ikääntyminen lisäävät henkilöstön työmäärää. Yleisenä tavoitteena alalla on ollut toiminnan uudistaminen parantamalla tuloksellisuutta, taloudellisuutta, tehokkuutta, vaikuttavuutta ja hillitsemällä kustannusten kasvua. Perustavoitteena on ollut myös palvelujen asiakaslähtöisyys, nopea reagointi palvelutarpeiden muutoksiin sekä joustavuus palvelujen tarjoamisessa. Toiminnassa on haluttu painottaa asiantuntijuutta ja ammattimaista johtamista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisjärjestelmä vaatii suorastaan perusermontin. Toimenpiteitä on kohdistettava niin osaamiseen kuin organisaatioiden rakenteisiinkin. Ensinnäkin poliittisen johtajuuden vastuu on

rajattava koskemaan toiminnan tavoitteita ja päämääriä, resursointia, palvelujen laadun ja saatavuuden varmistamista sekä seurantaa ja arviointia. Poliittisessa johtamisessa olisi keskityttävä ”tilausfunktioon”. Toiminnallinen ja taloudellinen vastuu ja valta on siirrettävä aidosti linjajohdolle [professori Juha Kinnunen, KuntaNet 2008].

Terveydenhuollon organisaatiot ovat asiantuntijaorganisaatioita, ne perustuvat osaamiseen sekä eri toimijoiden ja toimijaryhmien erityisosaamisen yhdistämiseen. Asiantuntijaorganisaation haaste johtamisessa on asiantuntemuksen eli substanssiosaamisen yhdistäminen ammattimaiseen johtamiseen (esim. Parviainen et al. 2005). Julkisen terveydenhuollon johtamista on leimannut johtamisen senioriteetti, jolla tarkoitetaan pitkään lääkärinä työskennelleen ”nousemista” johtajaksi ilman riittävää kokemusta tai pätevyyttä johtamistyöhön. Ongelma ilmenee vanhan senioriteetin, auktoriteetin ja oppineisuuden kyseenalaistamisessa ja autonomisen johtaja-aseman heilumisena (esim. Virtanen 2010; Parviainen et al. 2005).

Toimialan johtamisosaaminen vääristyy, kun johtotehtäviin ”osoitetaan” asiantuntijoita, jotka eivät ole kiinnostuneita johtamisesta. Johtajilta vaaditaan substanssiosaamisen ohella paljon muitakin ominaisuuksia, jotka jätetään huomioimatta, jos painavin kriteeri on kliininen asiantuntemus. Eteenkin julkishallinnossa ammattijohtajuus on jäänyt poliittisen johtamisen ja asiantuntijajohtamisen taustalle. Tämä näkyy mm. taloushallinnon ja muiden käytännön toimintaa tukevien alueiden laiminlyöntinä tai osaamattomuutena (esim. Parviainen et al. 2005; Davenport 2007). Keskijohdon perushaasteena nähdään osaamattomuus käyttää tietoa hyväksi toiminnassa, tiedon muuntaminen käytäntöön tekemiseksi (knowing – doing) tai päätöksen tekeminen ilman tietämystä (doing – not knowing) (esim. Pfeffer & Sutton 2006; Stenvall & Virtanen 2007). Käytännössä tämä näkyy kyvyttömyytenä ottaa vastuuta ja linjata asioita arjessa. Toiminta jää kehittämisen näkökulmasta uuden toiminnan liimaamiseksi vanhan toiminnan päälle. Osaamattomuus irrottaa relevantti tieto arkeen jarruttaa toiminnan ja työn kehittämisen elementtejä.

Julkisessa terveydenhuollossa olisi kysyttävä mitä johdetaan, miten johdetaan ja kenellä on siihen osaaminen? Julkisen terveydenhuollon johtaminen tulee eriyttää eri tasoihin vastuun ja osaamisen mukaan,

jolloin johtamiskeskustelua voidaan suunnata ja profiloida uudesta näkökulmasta. Organisaation esitettävissä oleva johtamisjärjestelmä tai organisaatiokaavio ei takaa johtamisen onnistumista tai todellista vastuunottoa. Johtamistyön kehittymisen esteenä tunnistetaan toimialan kulttuurisidonnaiset tekijät, jossa päätöksentekomekanismit ovat pitkät, työn pysyvyyden tunne on korkea ja riskienotto kyky matala sekä yleiset persooniin sidotut työelämätaidot heikkoja. Hyvän johtamisen puutetta on pyritty selittämään toimialan ja organisaation erilaisilla kulttuurisidonnaisilla tekijöillä, terveydenhuollon etiikalla sekä yhteiskunnallisella asemalla (vrt. Virtanen 2010; Klein 2000; Stewart 1998).

Toimialan johtamisrakenne ei ole kehittynyt samassa suhteessa kuin palvelutoiminnan kehittyminen tai osaaminen. Johtamisrakenne on jumiutunut asetelmaan, jossa vertaillaan asiantuntijuuden ja johtamisen suhteita sekä mahdollisuuksia. Kliiniset asiantuntijat ovat kokeneet uhkana, että julkisen terveydenhuollon johtajuus siirtyisi johtamisosaamista ja kokemusta korostavaan suuntaan, jolloin päätöksentekoa ja linjaamista koskevat toiminnot keskittyvät johtamistyötä tekeviin työtehtäviin (esim. Drucker 2002; Walshe & Smith 2006; Pfeffer & Sutton 2006; Virtanen 2010). Julkisen terveydenhuollon ongelmana on ollut johtamisen puuttuminen, jolla tarkoitetaan johtamistyöhön keskittymistä sekä siihen liittyvää osaamista sekä kokemusta (esim. Parviainen et al. 2005; Stenvall & Virtanen 2007; Virtanen 2010). Terveydenhuollossa johtaminen on räätälöity oman työn ohella suoritettavaksi lisätehtäväksi (Parviainen et al. 2005; Kivinen 2008).

Julkisessa terveydenhuollossa on sopeuduttu aikaan (mm. Pfeffer & Sutton 2006), missä johtaminen ei voi perustua mielipiteeseen. Terveydenhuollon johtajat ja kehittäjät ovat yhä edelleen kiinni teollisen ajan johtamismalleissa, joille ominaista on pitkälti vain kiinteiden määrällisten tavoitteiden asettaminen (Hargadon 2003; Davenport 2007). Tällöin johtamisen haasteet asetetaan selkeästi määriteltynä ongelmina, joihin on mahdollista etsiä optimaalinen ratkaisu. Johtaminen kutistuu eräänlaiseksi lyhyen aikavälin ongelman ratkaisuksi (Parviainen et al. 2005). Tunnusomaista on, että sairaalassa vallitsee kulttuuris-kognitiiviset ilmiöt, kuten henkilöstön arvopohja ja ammattikulttuurit, professionaalisuus, epäviralliset organisaatiot ja valtarakenteet, joista mistään ei löydy

ns. virallista kirjattua tietoa (Virtanen 2010, 20). Julkisen terveydenhuollon huono ja paljon parjattu johtamattomuus ei olekaan koko totuus. Johtajuutta on, mutta se kohdennetaan epärelevantteihin valtarakenteisiin. Samaistuminen omaan professioon ehkä jää tiedostamatta (Virtanen 2010, 21), mikä johtaa siihen, että asiantuntijuus ottaa johtajuuden. Toiminnanjohtaminen sekä henkilöstöjohtaminen voi tapahtua varjojohtamisen tai mielipidejohtajuuden kautta.

Terveydenhuollossa hoitohenkilökunta sekä lääkärit ja kliinikot ovat alkaneet vaatimaan johtajiltaan näyttöjä terveydenhuollon johtamistyön perustaksi (Pfeffer & Sutton 2006; Davenport 2007; Bazerman & Chugh 2007). Vaaditaan tietoa ja evidenssiä palveluiden suunnittelun ja kohdentamisen pohjalle sekä läpinäkyvyyttä ja avoimuutta terveydenhuollon yleisten poliittisten linjausten päätöksenteon pohjalle (esim. Davenport 2007; Mankins & Steele 2007). Johtamisen ja päätöksenteon tulee myös noudattaa tutkittuun tietoon perustuvaa johtamisotetta sekä johtamiseen liittyvää tutkimustietoa (Washe 2002; Pfeffer & Sutton 2006). Muodostuu uusi näkökulma julkisen terveydenhuollonjohtamiselle. Tätä aikaa voidaan kutsua informaatio- tai tietotaitoon ja intentionaalisuuteen perustuvaksi aikakaudeksi, jolloin aukeaa aivan uudenlaista johtamistyötä, joka perustuu johtamisosaamiseen.

Johtamisen perustehtävä on universaalisti sama: saada ihmiset kykeneviksi yhteisiin saavutuksiin yhteisten päämäärien, arvojen, oikean rakenteen, tarvittavan koulutuksen ja kehityksen avulla (esim. Drucker 2002, 15). Johtamisen tehtävän todellinen merkitys on kuitenkin muuttunut, jo pelkästään yhteiskuntarakenteiden, osaamisen ja kehittyneiden asiantuntijaorganisaation syntyminen myötä. Mitä johtaminen on? Johtamisessa on kyse aina ihmisistä. Rakenteita, asioita, ja tehtäviä ei voi johtaa ilman ihmisiä. Peter Druckerin (2002, 15) määritelmä on osuva:

Johtamisen tehtävänä on tehdä ihmisistä kykeneväisiä yhteiseen suoritukseen, tehdä heidän vahvuuksistaan tuloksellisia ja heikkouksistaan merkityksettömiä. Siitä on organisoinnissa kyse ja siitä syystä johtaminen on keskeinen ja ratkaiseva tekijä.

Johtamispuheiden yhteydessä usein johtaminen mielletään liikkeenjohtamiseksi, liikeyrityksen johtamiseksi ja kovaksi talous- ja numero-osaamiseksi (Tieteellinen liikkeenjohto – Taylorismi – Taylor, 1856–1915). Johtaminen samastui liikkeen johtoon Yhdysvaltain suuren laman aikana, jolloin alettiin vihata liiketoimintaa ja halveksia yritysjohtajia. Välttyäkseen samantapaiselta syyllistämislä julkisen sektorin johto nimesi alansa julkishallinnoksi (public administration) ja julisti olevan oma tieteenalansa, joka sai yliopistoihin omat laitoksensa, omat käsitteensä ja omat urapolkunsaa (Drucker 2002, 67). Samaan aikaan ja samasta syystä sairaaloiden johtaminen eriytettiin omaksi opinalakseen ja nimettiin sairaalahallinnoksi (hospital administration). Luopuminen sanasta johtaminen oli lamavuosina poliittisesti korrektaa. Nyt olemme purkamassa 60 vuotta vallinnutta ajattelua, mistä todisteena ovat korkeakoulujen johtamisen koulutusohjelmat (Drucker 2002, 68). Silti oletus, että johtaminen on liikkeenjohtoa elää sitkeässä. Eri organisaatioiden johtamisessa on eroja, ja suurimmat niistä eroista syntyvät organisaatioiden käyttämistä käsitteistä. Muissa suhteissa, erot ovat enemmänkin soveltamisessa kuin periaatteissa. Edes johtotehtävissä tai haasteissakaan ei ole valtavia eroja. Johtaminen on kaikille organisaatiolle ominainen ja niitä erottava tekijä on toiminto.

Johtaminen voidaan nähdä myös tiettyjen toimintojen tai funktioiden toteuttamisena. Tämä tulkinta korostaa johtajan merkitystä organisaation tärkeiden tehtävien toteuttamisessa. Johtamisen tarkoituksena on varmistaa organisaation toimivuus ja se, että organisaatio soveltuu yrityksen kulloisenkin strategian toteuttamiseen (ks. Pakarinen 2007). Johtaminen tähtää organisaation muokkaamiseen siten, että organisaatio selviytyy sille asetetuista tehtävistä. Tavoitteen toteuttamiseksi on tarpeen sitoa työntekijät organisaation tavoitteisiin ja luoda yhtenäisyyttä organisaation sisälle. Näkökulma korostaa sitä, että johtaminen on ammatti- maista toimintaa. Tällöin johtamista ja johtajuutta voi kehittää samoin, kuin mitä tahansa muutakin asiantuntijuutta vaativaa alaa (Peltonen 2007; Redding 1970).

Henri Fayolin (1841–1925) johtamisteoria esitti, että johtaminen vaatii erityisiä taitoja, jotka eivät liity johtajan aiempaan ammattiosaamiseen. Fayolin mukaan johtajan pitää rakentaa vakaa hierarkkinen järjestelmä, jossa työntekijöillä on omat selkeät roolinsa. Jokaisella on oma paikkansa

organisaatiossa, ja tehtävät on sijoitettu eri paikkoihin. Fayolin mukaan johtamiseen kuuluu viisi ydintoimintoa; suunnittelu, organisointi, koordinointi, toteutus ja valvonta.

Johtamis- ja organisaatiotutkimuksen historiaan liitetään tavallisesti myös sosiologian klassikko Max Weber (1864–1920) ja hänen käsitteensä byrokratia. Weber ei viittaa byrokratialla kuitenkaan virkavaltaisuuteen kuten se nykyisin ymmärretään, vaan hänen mielestään byrokratia on tietynlainen organisaatiotyyppi, joka on syntynyt kapitalismin myötä. Byrokratia perustuu päämäärätietoiseen toimintaan sekä oman edun ja korkeamman hyödyn tavoitteluun. Tällainen organisaatiotyyppi edellyttää rationaalis-legaalista hallitsemistyyppiä; legitimizeetti nojaa järeillä perusteltuihin lakeihin.

Kun johtamista tarkastellaan käytännön toimintana ja vaikuttamisena kiinnitetään huomiota johtajien käyttäytymiseen. Johtamistehtävät koostuvat erityisesti puhumisesta ja vuorovaikutuksesta muiden ihmisten kanssa. Mary E. Stefin (2008) tutkimuksessa viitataan terveydenhuollon johtajien viiteen johtamisen kompetenssiin, joista tärkein ja merkittävin oli vuorovaikutus- ja kommunikaatiotaidot (communication and relationship management). Tutkimuksessa neljä seuraavaa johtamisen kompetenssia olivat, ammatillisuus (professionalism), henkilöstöjohtaminen (leadership), toimialatuntemus (knowledge of the healthcare system) ja liiketoimintataidot ja -tiedot (business skills and knowledge.)

Johtaminen terveydenhuoltoalan asiantuntijaorganisaatiossa on kuuntelemista, ei pelkästään selkeiden toimintojen toteuttamista, vaan eri tilanteisiin ja paineisiin vastaamista, kuuntelemista, neuvottelemista ja vaikuttamista. Organisaation arjessa johtaja toimii lähinnä käytännöllisenä neuvottelijana, jonka pitää ottaa huomioon monia näkökulmia ja ihmisryhmiä (Mayo²). Johtamisen arkikäytäntöjä korostavan näkökulman mukaan johtajat eivät voi luottaa valta-asemaan ja hierarkiaan. Sen sijaan johtajien on muokattava mielipiteitä ja toimintakulttuuria sekä osallistuttava arkisiin tilanteisiin.

2. (Mayo, 1880–1949) Ihmissuhde-koulukunta 'Social Man' 'Huomio ihmiseen'. 1900-luvun tärkein johtamissuuntaus Käyttäytymistieteellinen tutkimus alkoi ver-soa Hawthorne-tutkimuksia: työolosuhteiden vaikutus työsuoritukseen.

Johtamisen piirreteoriat ”great man theories” tarkastelivat millainen hyvä johtaja on ja millaisia ominaisuuksia johtamiseen tarvitaan. Johtaminen voidaan nähdä myös inhimillisenä ja subjektiivisena toimintana. Tämä näkemys korostaa ihmisiä ja heidän ominaispiirteitään. Johtajatkin ovat yksilöitä, ja jokaisen yksilö tuo johtamiseen mukaan oman luonteensa ja henkilöhistoriansa. Johtaja persoonana voi vaikuttaa organisaatioon, toisinaan niin voimakkaasti, että voidaan puhua organisaatiotasoisesta persoonallisuudesta. Tämän näkökulman mukaan johtajan toimintaa ei välttämättä motivoi organisaation tavoitteiden saavuttaminen. Motiivit voivat nousta johtajan henkilöhistoriasta ja persoonallisuuden psykologiset piirteet vaikuttavat johtajan toimintaan. Persoonallisuus vie yksilöä eteenpäin, mutta se saattaa muodostua myös yrityksen rasiitteeksi. Tuoloin organisaatio ei kykene harkintaan eri tilanteissa, vaan jää johtajansa mielen vangiksi (vrt. Laitinen 2010; Bennis & Burt 2003; Kotter 1982).

Ihmisiä ja heidän johtamistaan koskevista perusolettamuksista eniten lainauksia saaneen Douglas McGregorin (1960) johtamisen X- ja Y-teorialla, sekä mm. Druckerin (1954) ”Practice of Management” on pidetty kiinni tiukemmin, kuin mistään muusta millään muulla alueella, tosin enimmäkseen tiedostamatta. Mikään muu alue ei myöskään ole ollut samalla tavalla ristiriidassa todellisuuden kanssa ja vaikuttanut kokonaisuudessaan ei-toivotulla tavalla. Abraham H. Maslow (1908- 1970) osoitti kirjassaan ”Eupsychian Management” (1962), josta uusi painos 1995 nimellä ”Maslow on Management”, kiistatta, että eri ihmisiä eri organisaatioissa on johdettava eri tavalla. (esim. Drucker 2002, 71–72; De Pree 1990). Käytännössä Maslowin opissa täsmentyy johtajan sosiaaliset ja vuorovaikutustaidot ymmärtää eri konteksteissa asiantuntijuutta.

Terveystieteiden asiantuntija organisaatioissa työntekijöitä tulee johtaa kumppanuusperiaatteella, ei kuitenkaan kaveriperiaatteella. Johtaminen muuttuu yhä enemmän markkinoinniksi. Jotta markkinointi onnistuu, on johtamisessa osattava käyttää tietoa. Johtamistehtävä joudutaan määrittämään uudelleen. Se ei ehkä olekaan ihmisten työn johtamista vaan työsuorituksiin tähtäävää johtamista (Drucker 2002, 74; Pfeffer & Sutton 2006). Johtamistyöhön kuuluu tavoitteiden asettaminen, määrittäminen ja suoritusten arviointi ja ennen kaikkea johtamista.

Julkisen terveydenhuollon sekä yhteiskunnan rakenteet ovat yhä

enemmän pakottamassa arvioimaan terveydenhuollon työn tuottavuutta ja tuloksellisuutta, asetettujen mittareiden avulla. Asiantuntijaorganisaatioissa, jossa tieto on paras työkalu, tuottavuudesta tulee keskeinen alue ihmisten johtamisessa. Näkökulmana tarvitaan uusia oletuksia organisaatioissa toimivista ihmisistä ja heidän työstään (Drucker 2002, 74–75; Pfeffer & Sutton 2006).

Johtamisen tehtävä on ohjata ihmisiä ja päämääränä on saada jokaisen yksilön vahvuudet ja tiedot tuottavaan työhön [Drucker 2002].

Terveydenhuollon johtaminen ei lähtökohtaisesti pyri erottelemaan räikeästi yleisesti ymmärrettyä liiketoiminta- ja henkilöstöjohtamisen osaamisen elementtejä tai lanseeraamaan uusia ismejä. Johtamisen tulee olla kokonaisuus, jossa johtaminen tapahtuu tiedolla, kokemuksella ja näkemyksellä, mutta myös ihmisten ohjaamisena, voimavarojen- ja resurssien- sekä osaamisen tietoisena johtamisena. Tietoa ei pyritä johtamaan vaan tieto- ja tietoperustaisuus nähdään johtamisen työvälineenä, siltana julkisen terveydenhuollon ammattimaiseen johtamiseen.

4.2 Julkisen terveydenhuollon tietoperustainen johtaminen

Tässä kappaleessa tarkastelen terveydenhuollon tietoperustaista johtamista. Jotta toimiala voi kehittyä vastaamaan yhteiskunnan tuomiin muutoksiin, on johtamisen kehityttävä. Näyttöön perustuva johtaminen on saanut alkunsa lääketieteestä, jossa hoidon pohjana käytettävän lääketieteellisen tiedon laadusta huolestui ensi kertaa brittiläinen lääkäri Arthur Cochrane. Jo 1970-luvulla hän havaitsi, että vain noin 10 % tutkimuksista täytti hyvän tieteellisen työn kriteerit. Parantaakseen tilannetta hän loi alun nyt jo maailmanlaajuiselle verkostolle Cochrane-keskuksia, jotka asiantuntijavoimin etsivät ja arvioivat lääketieteellisiä, hoitoon kohdistuvia tutkimuksia. Näyttöön perustuva terveydenhoitotyön perustana on ollut mahdollistavaa laadukasta tutkittuun tietoon perustuvaa hoitokäytäntöä sekä hoitosuosituksia (Sackett & Rosenberg 1995).

Tietoon perustuvalla johtamisella (evidence based management) tarkoitetaan faktoihin ja tosiasioihin perustuvaa johtamista ja toimintaa (Sackett & Rosenberg 1995, Pfeffer & Sutton 2006; Walshe & Rundall 2001, Prusak 2001). Jari Stenvallin ja Petri Virtasen (2007) mukaan faktoihin perustuva johtaminen tarkoittaa johtamisen perustuvan parempaan ymmärtämykseen, syvempään logiikkaan ja tosiasioihin, jotka antavat johdolle mahdollisuuden tehdä asiat entistä paremmin. Pfeffer & Suttonin (2006) mukaan näyttöön perustuva johtaminen on koviin faktoihin nojautumista ja organisaation ongelmat löytyvät johtamistyössä käytettävien puolittouksien ja uskomuksien käytöstä. Tietoperustaisessa johtamisessa yhdistyvät näyttö eli evidenssi, tieto ja tiedon käyttö välineenä, mutta myös kokemuksellisuus (esim. Pfeffer & Sutton 2006, 38–39), sekä kyvykkyys soveltaa hyviä johtamisen sekä päätöksenteon käytäntöjä.

Tietoperustainen johtaminen voidaan ajatella halukkuutena käyttää johtamisessa parasta mahdollista saatavilla olevaa tietoa ja toimia johtamis- ja esimiestyössään sen mukaisesti (vrt. Pfeffer & Sutton 2006; Bolton & Heath 2005; Stenvall & Virtanen 2007).

Tietoperustainen johtaminen määritellään olevan johtamisen kokonaisuus, jossa yhdistyvät tunnistetut liikkeenjohtamisen taidot (management competence) omaan organisaatioon sopivalla tavalla ja ammatillinen henkilöstöjohtaminen (leadership competence). Tällä tarkoitetaan ymmärrystä miten asiantuntijoita ja osaamista johdetaan asiantuntijaorganisaatiossa (esim. Pfeffer & Sutton 2006; Begley 2004; Mintzberg 1973; Khurana 2002; Kotter 1982). Tietoperustaisuus on myös hankittua henkilökohtaista kokemusta ja tulevaisuusorientoitunutta intentionaalista johtamisotetta. Kokemuksellisuus ymmärretään kyvykkyutenä soveltaa hankkimaansa tietoa eri johtamisen konteksteissa, sekä kyvykkyyttä muodostaa aikaan, paikkaan ja tilanteeseen uutta, sovellettua tietoa. Edelleen tietoperustainen johtaminen on tieteellisen ja analysoidun tiedon yhdistämistä johtamistyöhön ja päätöksentekoon (Learmont & Harding 2006), sekä tiedon käyttämistä, analysoimista ja konvertoimista johtamistyön onnistumiseen, jolloin organisaatioiden tietotulvasta (information overload) olennaisen tiedon louhinta on johtamisen osaamista (competence).

Tietoperustainen johtaminen perustuu parempaan ymmärrykseen, syvempään logiikkaan ja tosiasioihin, jotka antavat johdolle mahdollisuu-

den tehdä asiat entistä paremmin (ks. Stenvall & Virtanen 2007). Se on johtamisote, jossa opittu ja olemassa oleva tieto transformoituu operaatio-
tasolle eli muuntuu käytännön toiminnaksi. Johtajuus edellyttää sosiaalis-
ta kyvykkyyttä; kykyä luoda olosuhteet, jotka saavat aikaan henkilökoha-
taista sitoutumista, kykyä aktivoida uuden tiedon ja uusien tulkintojen
luomista, kykyä luoda ja vahvistaa yhteistä identiteettiä, tavoitteita ja visi-
oita sekä kykyä innostaa työntekijöitä (ks. Ståhle & Laento 2000).

Terveydenhuollon toimialan muutokset, missä omistajuus, rahavirrat
sekä toiminnan ohjausjärjestelmät tulevat suurelta osin organisaation ul-
kopuolelta, on sokea näkemään miten johtamisen järjestelmillä voidaan
vaikuttaa toiminnan sujuvuuteen, tuottavuuteen sekä henkilöstön pysy-
vyyteen. Tietoperustainen johtaminen mahdollistaa henkilöstön osaami-
sen vahvistamisen sekä positiivisen oppimisen ympäristön organisaatioon
(ks. Weber 2001; Dennis 2005). Johtaja voi omalla toiminnallaan mah-
dollistaa oppimisen, tiedon etsinnän ja faktatiedon käytön kulttuurin
rohkaisemalla sekä palkitsemalla kehittävästä otteesta (Drucker 2004).
Johtaja voi esimerkiksi muokata työyhteisön kulttuuria kyseenalais-
tamaan vanhoja toimintatapoja sekä tuomalla arvioitavaksi hyviksi ja
toimiviksi todennettuja malleja (esim. Drucker 2004; Pfeffer & Sutton
2006; Lee, Peterson & Tiedens 2004, Keltner & Gruenfeld 2003).

Näyttöön perustuvassa johtamisessa määritellään toiminnan perustu-
van näyttöön (evidence), totuuteen (truth) ja tietoon (knowledge). Tie-
tooperustainen johtaminen tunnistaa näytön (evidence) ja tiedon (kno-
wledge), sekä tietämyksen, jolloin näyttöön perustuva johtaminen sekä
tietoperustainen johtaminen ovat löyhästi sidoksissa. Näyttöön perustuva
johtaminen määritetään kapea-alaisemmaksi keskittyen johtamisen on-
nistumiseen kulminoituvan tiedon käytettävyyteen, tiedolla johtamiseen
(vrt. tietojohdaminen), sekä tiedon hallintaan (vrt. informaatio-ohjaus).
Tietoperustaisen johtajuuden onnistumisen kautta myös informaatio-
ohjaus voi onnistua, mikäli ohjauksen tiedon- ja johtamisen dualistisuus
onnistuu co-operatiivisesti.

Tietoperustaisen johtamisen taustateoriat ja menetelmät (liite 1) avaa-
vat tutkittavan aiheen laajuuden taustateorioista, joita löytyy mm. talo-
ustieteestä, johtamis- ja organisaatioteorioista, psykologiasta, sosiologias-
ta, kasvatusteoriasta, viestintä- ja informaatioteorioista, filosofiasta sekä

systeemitieteistä, tässä yhteydessä niitä kuitenkin enempää avaamatta. Näyttöön perustuvassa ja tietoperustaisessa johtamisessa näytön (evidence) voidaan katsoa tarkoittavan; totuutta (evidence as truth), tietoa (evidence as knowledge), joka sisältää hiljaisen tiedon, asiantuntijatiedon sekä kokemustiedon, merkityksellistä tietoa, tutkimustietoa (evidence as primary research findings) ja analyyttisiä ja systemaattisia tutkimuskatsauksia (evidence as analyses ja systematic reviews) (vrt. Scott et al. 2003; Green 2000).

Tietoperustaisessa johtamisessa tiedon lähteitä voivat olla tutkimukseen perustuva näyttö, hyväksi havaittu ja koettu toimintamalli sekä kokemukseen perustuva näyttö, joita tulee kriittisesti tarkastella. Yleisimmin tieto muodostetaan eri tiedon lähteistä palapelin tavoin, jolloin johtajan henkilökohtaiset kokemukset, asiantuntemus, sekä koulutustaustat oleellisesti vaikuttavat kokonaistiedon rakentumiseen, analysointiin sekä miten tietoa osataan tai voidaan jalostaa omaan organisaation sopivaksi kokonaisuudeksi (Hackman 2002; Walshe & Rundall 2001; French 2002).

Tässä tutkimuksessa näkökulmana on yksilön, johtajan henkilökohtainen ote johtamiseen, tietoon ja palveluiden suunnitteluun omalla johtamisasollaan sekä oletamus siitä, että tieto ei ole persoonatonta. Järjestelmissä, organisaatioissa, kirjoissa tai tietokannoissa ei ole olemassa ns. lopputietoa eli tietoa, jota voidaan käyttää esimerkiksi päätöksenteossa, vaan informaatiota, dataa tai raakatietoa. Tietoa soveltaa, käyttää, jalostaa ja siirtää aina ihminen. Tietointensiivisellä terveydenhuoltoalalla tiedon polttopisteessä on ihminen. Tästä näkökulmasta julkisen terveydenhuollon johtamisen kulmakiveksi muodostuu johtajan polkutiedon (Drucker 2002; 232) muodostaminen työntekijöille, henkilöstölle. Polkutiedon katsotaan tarkoittavan johtamistyössä olevan analysoidun, kollektiivisen tiedon käyttämistä ja konvertoimista suunnan näyttämiseen ja ohjaamiseen (Drucker 2002; 232) eli johtamiseen. Polkutiedon muodostaminen on yksi kriittinen johtamisosaaminen tietoperustaisessa johtamisessa.

Julkisen ja yksityisen sektorin johtamista on vertailtu johtamiskäytäntöjen ja johtamisosaamisen näkökulmista (esim. Virtanen 2010), sekä tunnistettu johtamistoimintaa viitoittavan managerialismin (Torppa 2007) tuleminen. Poliittisen ohjauksen (Parviainen et al. 2005), vaikutavuuden arvioinnin (mm. Silvennoinen-Nuora 2010) sekä informaatio-

ohjauksen (Mäkitalo 2002; Hansson 2002; Stenvall & Syväjärvi 2006; Laihonen 2009; Jalonen 2008, Weber & Wand 2001) merkitystä johtamiskäytäntöihin on tutkittu yleisesti (Viitala 2006).

Tutkimuksia terveydenhuollon johtamisen sekä toimintaympäristön muutoksesta (Ackroyd, Kirkpatrick & Walker 2007; Torppa 2007; Wiili-Peltola 2005) sekä yhteistyön korostuneesta merkityksellisyydestä (esim. Isosaari 2008) on saatavilla. Lääkäreiden ammatti-identiteetin (Kumpusalo 2002; Lehto 2004) merkitystä johtamiseen (Pasternack 2007) vs. asiantuntijuuteen (Tampsi-Jarvala et al. 2005; Tuomiranta 2002; Viitala 2006, Wiili-Peltola 2005) on tutkittu lähinnä lääkärin näkökulmasta ja johtamistutkimusta keskittyen lääkäri- (Tuomiranta 2002; Virtanen 2010) ja hoitaja/ ylihoitaja/ osastonhoitaja -näkökulmiin (Grönroos & Perälä 2004; Virtanen 2010). Terveydenhuollon prosesseja on tutkinut ansiokkaasti mm. Torkki ja Peltokorpi vuosien 2006–2010 aikana (ks. Lillrank, Kujala & Parvinen 2004; Lillrank & Liukko 2004; Parviainen et al. 2005).

Terveydenhuollon organisaation sisäisen johtamisjärjestelmän kehittämisen kautta tapahtuvaa palvelutoiminnan ja johtamisen kehittymisen tutkimusta ei kirjallisuudesta juurikaan löydy. Tutkimukseni tarpeellisuus ja ajankohtaisuus johtamisen polttopisteessä osuu sanontaan, ettei pidä mennä merta edemmäksi kalaan. Tässä ajankohdassa terveydenhuollon organisaatioiden kehittäminen ja johtamiskysymykset on viety kovin kauas, eikä ole pysähdetty tutkimaan organisaation sisällä olevan johtamisen kehittämisen merkitystä toimialan ajankohtaisiin haasteellisiin kysymyksiin, koskien yleistä tuottavuus- ja resursointikeskustelua. Tämä tutkimus keskittyy organisaation sisäisen johtamisen kehittämiseen, sekä sen merkityksellisyyteen suhteessa toimialan haasteisiin.

4.3 Palvelutoiminnan johtamisen ja suunnittelun kehittyminen julkisessa terveydenhuollossa

Julkisen terveydenhuollon organisaatiot ovat asiantuntijaorganisaatioita, jotka tuottavat yhteiskuntaan terveystalvueluita. Vuosikymmeniä on väitetty, ettei terveydenhuoltoa voida johtaa yleisten johtamiskäytäntöjen kautta sen erityispiirteiden johdosta. On väitetty, että kun tuotetaan palvelui-

na terveyttä, ei aineetonta palvelua voida johtaa. Keskusteluun on tuotu myös etiikka, jolla on voitu selittää johtamisen vaikeus ja haasteellisuus.

Terveyspalvelut eivät ole aineettomia palveluita. Terveystuotteen kautta ihmiset saavat parempaa terveyttä, mutta se tulee aineellisten äärimmäisen tuotteistettujen ja hinnoiteltujen palveluiden kautta (esim. Aaltonen et al. 2007).

Tuotteistamista ja hinnoittelua tarvitaan, jotta toimintaa voidaan budjetoida, myydä, kehittää ja arvioida. Palvelutoiminnan yläkäsite ja visio ja missio on tuottaa kuntalaisilla terveyttä, terveyshyötyä, joka tuotetaan konkreettisten käyntien ja toimenpiteiden sekä apuvälineiden kautta (vrt. Aaltonen et al. 2008; Lillrank & Venesmaa 2010). Näille kaikille on olemassa hinta, joiden avulla toimintaa suunnitellaan ja myydään, kuten missä tahansa palvelualan organisaatiossa tai yrityksessä. Terveystuotteen huolto on osa rahataloutta (Lillrank & Venesmaa 2010; 19). Tähän toimintaan tarvitaan vahvaa liiketoimintaosaamista, joka näkyy talous- ja suunnitteluosaamisessa, analyyttisessä ja toiminnan ennakoinnissa.

Terveydenhuollon henkilöstömenot ovat yli 60 % kustannuksista, jonka vuoksi ammatillinen henkilöstöjohtaminen on kriittinen menestystekijä johtamisessa. Usein julkisella sektorilla pelkkä sana ammattimainen johtaminen aiheuttaa vastareaktioita. Ammattimainen johtaminen voidaan yksinkertaisimmillaan nähdä johtamistyönä, johon on hankittu pätevyyttä koulutusten kautta, laaja-alaista ymmärrystä toimimallaan kentällä sekä kyvykkyyttä ja vaikuttavuutta toiminnassaan, toisaalta kasvatettua kokemuksellisuutta johtamistyöstä.

Terveydenhuollon johtamiskäytäntöjen sekä terveydenhuollon palveluiden suunnittelun välillä on kuilu, jotka voidaan nähdä johtamisen yli-, ali- ja väärinkäytöksiä (Staw & Epstein 2002). Johtamisen ylilyönnit tai ylikäyttö ilmenee voimakkaana haluna seurata johtamisen muotivirtauksia tai muoti-ilmiöitä. Muoti-ilmiöissä samaistutaan ja haetaan ikään kuin pikavoittoa, nopeaa korjausta vallitseviin ongelmiin (Walston & Bogue 1999; Staw & Epstein 2002). Pitkäjänteisellä ja systemaattisella johtamisella saadaan haluttuja suuntia ja muutoksia aikaan, mutta se vie aikaa ja vaatii johtamisosaamista. Johtamisen alikäytöllä tarkoitetaan johtamisosaamisen puuttumista tai johtamisen laiminlyöntiä (Christensen, Bohmer & Kenagy 2000).

Valitettavan usein nopeasti vaihtuvista johtamisen muotikokeiluista on organisaatiolle enemmän haittaa kuin hyötyä (esim. Walshe & Smith 2006; Davenport 2007). Uudet virtaukset otetaan usein nopeasti käyttöön perehtymättä usein syvällisemmin asiaan ollenkaan. Hyöty on olematon tai sitä ei ole ei lainkaan, mutta henkilöstö väsy, johdon uskottavuus kärsii sekä jatkuva asioiden vellominen turhauttaa, jolloin henkilöstön motivaatio ja sitoutuminen organisaation ja prosessien kehittämistoimintaan heikkenee olennaisesti. Käytännössä tämä näkyy suurena määränä esimerkiksi aloitettavissa hankkeissa, joilla pyritään hakemaan hyötyjä laadun, tehokkuuden tai kustannusten näkökulmasta. Hankkeiden loputtua jää häviävän vähän mitään elämään käytäntöön. Tiedetään, että hyvät johtamisen käytännöt leviävät hitaasti (Christensen et al. 2000), jolloin huolella valittujen mittareiden valinta voi osoittaa valitun suunnan ja toimenpiteiden oikeellisuuden. Toisaalta vaikeutena voidaan nähdä poliittisten ohjauksjärjestelmien vaateet pikaisille korjausliikkeille, jolloin vaara voi olla johtamistyön jääminen jumiin ad hoc-toiminnan tasolle.

Taylor loi klassisen johtamisopin, josta seurasi jatkoa Peter Druckerin (1954) tavoitteisiin perustuva johtamisen malli ja Michael E. Porterin (1985) arvoketjuajattelu, josta voidaan katsoa prosessiajattelun alkaneen. Rummler & Brache (1990) kuvasivat, miltä prosessiorganisaatio näyttäisi ja miten se toimisi. He asettivat myös haasteen kehittää prosessien rajapintoja ja niiden toimivuutta, jotka johtamisen näkökulmasta muodostavat tuloksellisen toiminnan onnistuneisuuden. Palvelutoiminnan suunnittelu tapahtuu prosesseja suunnittelemalla, kehittämällä ja johtamalla.

Stenvallin & Virtanen (2007) mukaan organisaatioiden toimintaan liittyviin ongelmiin haetaan tänä päivänä ratkaisuja usein prosessien tunnistamisen ja niiden kehittämisen kautta. Kyse on siirtymisestä organisaatiokeskeisestä ajattelusta prosessikeskeiseen ajatteluun. Prosesseissa on kysymys organisaation kyvystä ymmärtää omaa toimintaansa ja sen tuloksellisuutta (Benner & Tushman 2003). Niiden tehtävänä on kuvata organisaation toiminnan logiikkaa, sitä toimintojen sarjaa, minkä avulla saavutetaan käytännössä organisaation tulokset. Prosessikuvausten avulla yritetään ymmärtää sitä, mikä on kriittistä organisaation keskeisten tavoitteiden saavuttamisessa. Näin voidaan kohdistaa mittaaminen ja ke-

hittäminen näihin kriittisiin vaiheisiin. Prosessin käsite koostuu toiminnasta, resursseista ja tuotoksesta sekä näihin liittyvästä suorituskyvystä. Prosessin ideassa lähdetään liikkeelle siitä, että on olemassa jotakin pysyvää ja toistuvaa, josta voidaan sopia ja jota voidaan mallintaa ja kehittää.

Julkisessa terveydenhuollossa prosessikarttoja ei yleisesti ja systemaattisesti ole vielä käytössä. Vähäisellä resurssimäärällä on pyritty selittämään prosessien kuvaamisen heikosti tunnetut menettelyt ja prosessityöskentelyyn käytettävät työkalut on keskitetty harvojen osaajien käsissä. Tunnistettavaa on, ettei prosessien kuvaaminen ole yhdenmukaisesti eikä tavoitteellisesti johdettua. Haasteena voidaan tunnistaa, että prosesseja on kuvattu satunnaisesti ja suhteellisen vähäinen määrä eikä niitä kyetä johtamaan. Prosessien avulla voidaan arjen työskentelyä avata konkreettisesti toiminta- ja potilaslähtöisesti. Sen avulla voidaan mallintaa mitä ja miten työtä tehdään sekä kuka työtä tekee. Palveluiden suunnittelussa prosessit ovat avainasemassa. Prosessien avulla voidaan mallintaa toimintaa tehokkaasti ja tuloksellisesti, jolloin resursseja voidaan kohdentaa optimaalisesti. Prosessien kautta kehitetään terveydenhuollon palveluiden laatua ja toimintaa, jolloin sovitaan tavoitteet, vastuut, ennusteet sekä prosessien arviointimenetelmät (vrt. Zairi 2007; Lillrank & Haukkapää-Haara 2006, Lillrank & Venesmaa 2010; Korhonen 2006).

Sellaiset kuvaukset kuten mitä tehdään, kenelle tehdään, miten tehdään, kenen kanssa tehdään puuttuvat kokonaan perinteisen organisaatiokaavion ilmaisusta. Kun nämä elementit halutaan lisätä organisaatiokaavioon, syntyy siitä horisontaalinen, organisaation rakenteet läpileikkaava työvirran suuntainen kuvaus. Horisontaalisen organisaatiokuvauksen avulla voidaan tarkastella vaiheittain, miten lisäarvo syntyy toimintaprosessin eri vaiheissa. Organisaatiossa on sekä vertikaalista että horisontaalista ohjausta. Vertikaalinen ohjaus toteutuu perusorganisaation puitteissa ja horisontaalinen ohjaus prosesseissa (Saari 2004).

Julkisen terveydenhuollon tulisi johtamistyössä mennä vahvasti eteenpäin ja siirtyä prosessimaisesta työtoteesta johtamaan prosesseja (vrt. Laamanen & Tinnilä 2002, 9). Julkisen terveydenhuollon rooli ei ole tuottaa voittoa, mutta sen vastuu on huolehtia palvelutoiminnan- ja taloudellisten rakenteiden kautta palveluiden riittävydestä ja saadusta terveyshyödystä sekä niukkojen osaamisresurssien optimaalisesta koh-

dentamisesta. Yksityisen sektorin käyttämä termi liiketoiminta ja liiketoimintaprosessit voidaan rinnastaa julkisen sektorin palvelutoimintaan ja palvelutoimintaprosesseihin. Terveysthuollon prosessimaisessa organisaatiossa haasteena nähdään kuitenkin prosessien sirpaleisuus johtamistyön näkökulmasta (kuvio 9).

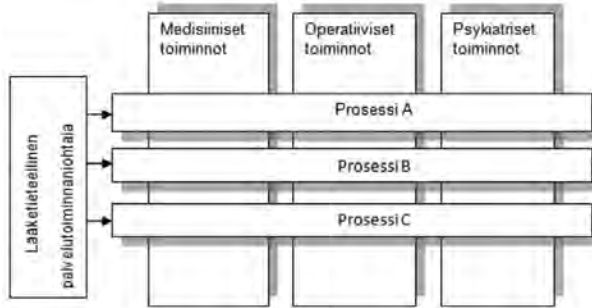


KUVIO 9 Prosessimaisen toiminnan johtamisvastuut.

Kuvio 9 esittää tilannetta, jossa organisaation toiminnot ovat jakautuneet osastojen ja tulosityksiköiden välille. Kuvio osoittaa selkeästi todellisen toiminnan ja organisaatorakenteen välisen ristiriidan. Vaikka prosessille olisi tällä hetkellä määritelty ns. omistaja (esim. Virtanen & Wennberg 2005) sen toimivalta jää usein tulosityksikön sisälle. Toiminnan leikatessa yli yksikkörajojen johtaminen ja vastuu hämärtyvät. Toiminnan siirtyminen toistuvasti osastolta toiselle lisää välikäsien määrää, luo viivästymistä, altistaa virheille ja tuottaa näin ollen tehokkuustappioita, joita voidaan katsoa olevan esimerkiksi odotusaikojen lisääntyminen, osaamisen hukkaaminen tai läpimenoaikojen kasvu.

Terveysthuollon organisaatorakenne on määritelty ennen prosessien ja prosessien johtamisen määrittelyä. Tämä johtaa siihen, että jokaisen prosessin sisältämät tehtävät jakautuvat organisaatiossa usealle yksikölle (Talwar 1994, 41–42.). Tilanne johtaa yksilöiden kapea-alaisiin työtehtäviin, oman valtapiirin puolustamiseen, byrokraattisuuteen ja sitä kautta tehostomuuteen. Prosesseja on totuttu pilkkomaan ja organisaatio on pyrkinyt organisoitumaan tehtävien mukaisesti eri osastoille. Asiakkaan näkökulmasta (Hannus 2004, 102) haasteena voi olla, että kukaan ei tun-

ne omaksi tehtäväkseen johtaa osastojen tai yksiköiden läpi leikkaavia prosesseja, joiden kautta lopullinen lisäarvo muodostuu.



KUVIO 10 Palvelutoiminnan prosessien johtaminen.

Kuviossa 10 kuvataan toimintaa, jossa keskitytään johtamaan prosesseja kokonaisuutena pois prosessien sisällä olevasta yksittäisten funktioiden (toimintojen) johtamisesta. Davenportin (1993) mukaan yrityksen tulee selvittää keskeiset liiketoimintaprosessinsa, jonka jälkeen sen tulee organisoida ja ohjata toimintansa prosessien mukaisesti. Prosessien johtamisen perusideana on, että perinteisen organisaatorakenteen päälle rakennetaan organisaatorajat ylittäviä palvelutoiminta/toimintaprosesseja.

Ydinprosessia tulisi johtaa prosessitiimin avulla, joka koostuu hoito- ja lääketieteellisen henkilöstön lisäksi esimerkiksi talous, henkilöstö- ja suunnittelun asiantuntijoista tai muista tarvittavista osaajista prosessin kokonaisuuden näkökulmasta. Perinteinen terveydenhuollon palvelutoimintaprosessi on rakentunut hoito- ja lääketieteen asiantuntijoista ja johtaminen on keskittynyt käytännössä funktioiden johtamiseen. Coulson-Thomas (1994) painottaa, että prosessitiimillä tulee olla päätösvaltaa ja tiimin jäsenillä tulisi olla laaja kokonaiskuva organisaation toiminnasta. Tiimin jäsenten tulisi myös olla tietoisia toimintansa vaikutuksista asiakkaaseen. Prosessitiimiä johtaa siihen erikseen nimetty henkilö, prosessinomistaja. Hyvä prosessinomistaja jakaa samat arvot, visiot ja päämäärät kuin itse organisaatio. Hän myös ymmärtää prosessin merkittävyyden ja on valmis radikaaleihin muutoksiin. Samat ominaisuudet

prosessitiimin muissa työntekijöissä luovat hyvän pohjan onnistuneelle prosessityöskentelylle.

Prosessien johtaminen kohdistetaan ensisijaisesti toimintaan. Perusajatuksena on, että organisaation suorituskyky syntyy prosesseissa ja että toimintaa pitää muuttaa, jos pyritään parempaan suorituskykyyn (Laamanen & Tinnilä 2002, 12–13). Tunnusomaista on toiminnan tarkastelu prosessien kautta, arvoa lisäävien ja arvoa lisäämättömien toimintojen erottaminen sekä asiakaslähtöisen poikkifunktionaalisen toimintatavan tähdentäminen. Taulukossa 5 kuvataan johtamisajattelun muutosta aikaisemmasta tulosityksikköajattelusta prosessijohtamiseen.

TAULUKKO 5 Johtamisajattelun muutos (Laamanen & Tinnilä 2002).

Aikaisemmin	Nykyään
Kustannustehokkuus	Nopeus
Kovat henkilökohtaiset tavoitteet	Organisaation toimintatapojen, tiimien kehittäminen
Toimittajien kilpailuttaminen	Toimittajat yhteistyökumppaneina
Asiakkaat "riessa"	Asiakkaat yhteistyökumppaneina
Työnjako ja kehittäminen organisaatioyksikkörajojen toimintaketjuja eli toimintatapoja	Organisaatorajojen ylittäviä toimintaketjuja eli prosesseja

Siirtyminen prosessimaiseen organisaatioon tarkoittaa johtamista horisontaalisella ja vertikaalisella tasolla. Horisontaalinen johtamistaso edustaa prosesseja ja operatiivista johtamista. Vertikaalinen johtamistaso edustaa perinteistä organisaatiojohtamista strategisella tasolla (esim. Virtanen & Wennberg 2005; Saari 2004). Julkinen terveydenhuolto tuskin tulee muuttamaan puhtasoppiseksi prosessiorganisaatioksi, mutta prosessimaisen työskentelytavan kautta voidaan oppia ja saavuttaa tehokkuutta ja resurssihyötyjä. On myös tunnistettava, että prosessien johtamisessa tarvitaan sekä strategista että operatiivista johtamisosaamista.

Johtamisen kannalta on oleellista kuulla ja kyetä poimimaan oleellinen johtamistieto, jota prosesseista nousee. Prosessit nostavat tietoa toiminnan sujuvuudesta, tarvittavasta osaamisesta ja sen allokoinnista,

henkilöstön määrästä ja rakenteesta. Prosessien avulla tietoa nousee myös toimintaan tarvittavasta teknologiaan ja lääketieteeseen liittyvistä kehitystrendeistä. Johtaja/esimies voi viedä prosessiin organisaation näkökulmaa strategisista linjauksista, jotka mukautetaan ja jalkautetaan prosessin osioihin, tietoa talousnäkymistä sekä muista toimintaa ohjaavista sopimuksista.



KUVIO 11 Tiedon dualistinen kulku.

Organisaatiossa ja prosesseissa tieto on kaksisuuntaista dualistista tietoa (kuvio 11), jolloin prosessilähtöinen toiminta tuottaa tietoa johtamisen välineeksi sekä johtamisen voidaan katsoa tuottavan tietoa organisaatiossa prosessien käyttöön. Dualistisen tiedon käsittely ja vaihtaminen, tiedon konvertointi³ johtamisen näkökulmasta voi tapahtua esimerkiksi johtoryhmätyöskentelyn, työpaikkakokousten, neuvottelu- tai suunnittelutilanteiden kautta tai muuten sovittujen kehittämisfoorumien välityksellä. Näkökulmana tämä luo tarpeita ja paineita kehittää johtoryhmän työskentelyä ja toimintamalleja avoimempaan, keskusteluvampaan ja analyttisempaan työotteeseen. Kathryn J. McDonagh (2006) tutkimuksessa löydettiin korrelaatiot avoimen ja vuorovaikutuksellisen johtoryhmätyöskentelyn ja organisaation tehokkuuden ja tuloksellisuuden välillä, minkä voidaan katsoa olevan merkityksellinen huomio, kun johtamistoimintaa pyritään kehittämään julkisessa terveydenhuollossa.

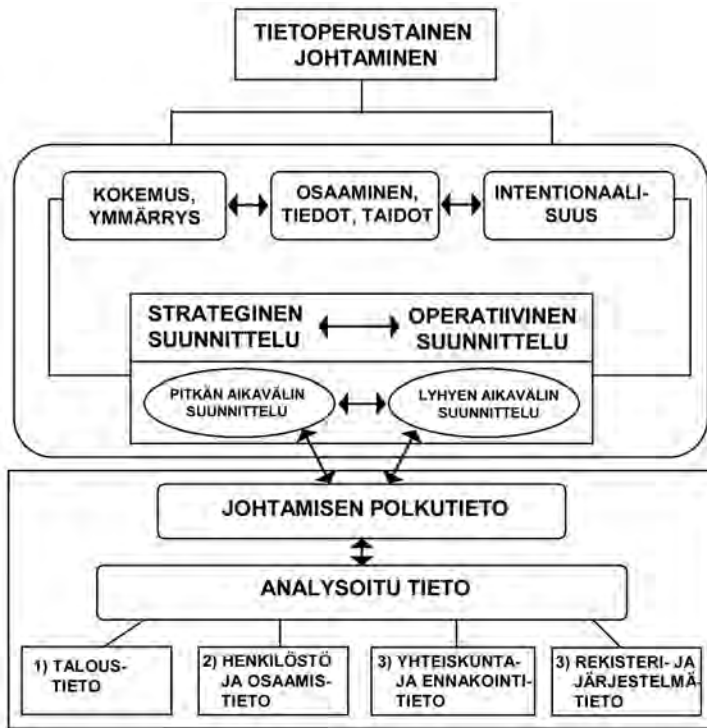
Terveydenhuoltoalalla tietoa kerätään valtavat määrät mutta sen tilastointi, analysointi ja käytettävyys ovat heikkoa. Valtaosa kerätystä tie-

3. Konversio tai konvertointi (eng. *conversion, to convert*) on jonkin sisällön tai tiedon muuttamista toiseen käyttötarkoitukseen tai toiseen tekniseen ympäristöön kelpaavaan muotoon.

dosta jää jatkuvasti kokonaan käyttämättä (esim. Stenvall & Virtanen 2007; Mäntyranta et al. 2005). Prosessien johtamiseen tarvittavat standardoidut mittarit puuttuvat kokonaan, jolloin kehittämistyöstä puuttuu työkalut. Nykyhetkessä mittaritiedot ovat hajanaisia, eikä prosessien mitaamista ole vastuutettu kenellekään. Tietoa pyritään käyttämään lähinnä talouden ja hallinnon tarpeisiin, mutta palvelutoiminnan kehittämiseen tietoa ei osata tai haluta systemaattisesti käyttää. Terveysthuollon organisaatiorakenteet tulevat muuttumaan prosessimaisempaan suuntaan. Virtanen & Wennbergin mukaan (2005) prosessilähtöisyys on terveydenhuollon seuraava suuri kehittämisteema ja se tulee merkitsemään suurta muuttumista terveydenhuollon rakenteissa, mikä edellyttää onnistuakseen uudentyypistä osaamista, mm. muutos- ja prosessijohtajuutta. Prosessilähtöisyys vahvistaa tuloshakuisuutta, parantaa asiakaslähtöisyyttä ja pakottaa kausaaliseen analyysiin toimenpiteiden vaikutuksista.

Tällä hetkellä terveydenhuollon prosessien johtamisen haasteena voidaan erityisesti pitää vanhakantaista asetelmaa, jossa energiaa tuhlataan nykyisen valta-asetelman pitämiseen, ylläpitämällä keskustelua kuka voi johtaa prosesseja. Keskustelu ja energia tulisi suunnata kysymyksiin, kuka osaa johtaa prosesseja tai miten prosesseja johdetaan tehokkaasti ja tuloksekkaasti.

Terveyspalveluiden suunnittelun lähtökohtana toivotaan olevan väestön yhteiskunnallinen ja alueellinen, rationaalinen terveystarpeiden kysyntään vastaaminen. Kuitenkin tiedetään, että väestön terveystarpeisiin pohjautuva terveydenhuollon suunnittelu poikkeaa vallalla olevasta organisaatiolähtöisestä suunnittelusta, joka edelleen vaikuttaa myös palvelurakenteiden suunnittelun perustaan. Jotta palvelut vastaavat väestön rakennetta, kokoa ja tarvetta muodostuu suunnittelu usein triviaaliksi. Mäntyranta et al. (2004) mukaan hoidon porrastus- ja työnjakokysymykset, uudet yhteistyömuodot, verkostot, hoitoketjut ja toiminnan uudet erityispiirteet kuten ulkoistaminen, yksityistäminen ja esimerkiksi alan rekrytoinnin haasteet tuovat paineita palveluiden suunnitteluun johtamisen näkökulmasta.



KUVIO 12 Tietoperustainen palvelutoiminnan suunnittelu.

Terveyspalveluiden suunnitteluprosessien tasojen hallinta edellyttää tietoperustaista kokonaisvaltaista suunnittelu- ja johtamisotetta (kuviot 12), jonka edellytyksenä on suunnittelutasojen sisällä tunnistaa 1) rakennetarpeen muutokset, kuten esimerkiksi nykyiset ja tulevat resurssimuutokset, 2) alan, teknologian ja tekniikan kehitystrendit, 3) lääketieteen suuntaukset ja tutkimukset, 4) väestön rakennemuutokset ja tarpeet, 5) yhteiskunnalliset muutokset, kuten mm. kulttuuri, toiminta, asenteet, arvot ja käyttäytymismallit. Näistä johtaja kerää ja analysoi tietoa, muodostaen siitä johtamisen polkutietoa. Polkutiedon (Drucker 2002, 323) muodostamiseen tarvitaan tietoa strategiasta ja operatiivisista toiminnoista sekä johtajan omat kokemukselliset tiedot, taidot ja intentionaalisuus rakentavat palvelutoiminnan suunnittelusta tietoperustaista.

4.4 Johtamisen ja suunnittelun differointi

Johtamistyön tulee olla pääsääntöisesti kokopäivätoimista. Asiantuntija-johtajan tehtävään liittyvien ristiriitaisten odotusten ja arvostusten seurauksena on hyvin yleistä, että esimerkiksi osastonhoitajat ja -lääkärit tekevät tosiasiallisesti johtamistyötä nimikkeestään, statuksestaan ja palkastaan huolimatta vain yhden päivän viikossa. Vastuu- ja valtasuhteet on uudistettava yksijohtajuuden perusmallilla. Nykyisin pienissäkin yksiköissä on kaksi tai kolme osin erillistä johtamislinjaa, joista muutostilanteissa seuraa uudistusta hidastavia mekanismeja. Samalla organisaatioiden hierarkkisia tasoja on myös vähennettävä maksimissaan kolmeen. Organisoinnin perusrakenteiden ammattikunta-kohtainen perusmalli on purettava. Sosiaali- ja terveydenhuollossa säilyneestä historiallisesta reliikistä, että jokaista ammattikuntaa voi johtaa vain saman ammattikunnan edustaja, synnyttää teennäisiä hallintorajoja. Tämän periaatteen argumentit eivät ole enää 2000-luvulla kestäviä. Organisointi on toteutettava asiakaslähtöisistä palveluprosesseista lähtien [professori Juha Kinnunen].

Julkisen terveydenhuollon palvelutoiminnan suunnittelu on monisäikeinen ja kompleksinen viitekehys. Joudutaan pohtimaan mm. kysymyksiä kenelle ja mistä näkökulmasta palvelutoiminnan suunnittelua ja vastuuta lähestytään, kuka päättää suunnittelusta ja kokonaisuuksista ja miten toimintaa rahoitetaan jatkossa. Palvelutoiminnan suunnittelun haasteisiin voidaan vastata organisaation sisäistä johtamisjärjestelmää kehittämällä. Terveydenhuollon haasteisiin on jatkuvasti pyritty hakemaan vastauksia suurilla ulkoisilla toimialan organisaatiomuutoksilla (vrt. PARAS-hanke, arviointiraportti, Stenvall, Vakkanen, Syväjärvi & Tiilikainen 2008) kuitenkin siinä tuloksellisesti onnistumatta (Lillrank & Venesmaa 2010, 25; Mykkänen 2009). Toiminnan tehokkuutta tulisi hakea keskittymällä eri organisaatioiden johtamisaamiseen ja sen myötä suunnittelun osaamisen.

4.4.1 Reunaehdot suunnitteluun johtamisen näkökulmasta

Vuonna 2008 Suomen terveydenhuoltomenojen suhde bruttokansantuotteeseen oli 8,4 prosenttia. Tämä oli 0,2 prosenttiyksikköä enem-

män kuin vuotta aikaisemmin. Kansainvälisessä vertailussa Suomen terveydenhuoltomenojen bruttokansantuotesuhde oli vuonna 2007 alle OECD-maiden (9,1 prosenttia) ja EU-maiden (9,3 prosenttia) keskitason. Suomen tasolla vertailussa ovat muun muassa Iso-Britannia ja Espanja. OECD -maiden korkein terveydenhuoltomenojen bruttokansantuotesuhde, 16,0 prosenttia, on Yhdysvalloissa. Seuraavina järjestyksessä tulevat Sveitsi (11,3 prosenttia), Ranska (11,0 prosenttia) ja Sveitsi (10,8 prosenttia). Pohjoismaiden korkein terveydenhuoltomenojen bruttokansantuotesuhde (9,8 prosenttia) on Tanskassa. Suomen terveydenhuoltomenojen bruttokansantuotesuhde on puolestaan Pohjoismaiden alhaisin. Ilmiötä selittänevät keskeisesti terveydenhuoltohenkilökunnan palkkasoerot moniin muihin OECD-maihin verrattuna (THL/tilastot 2010).

Vuonna 2008 Suomen terveydenhuoltomenot olivat OECD:n terveystilinpitäjärjestelmään (SHA, System of Health Accounts) perustuvan kansallisen tilaston mukaan 15,5 miljardia euroa. Tämä oli 700 miljoonaa euroa enemmän kuin edellisenä vuonna. Asukasta kohden menot olivat 2908 euroa, mikä oli 4,3 prosenttia edellisvuotta enemmän. Inflaatio huomioon ottaen terveydenhuollon kokonaismenot pysyivät ennallaan. Rahamääräisesti suurimmat menoerät koostuivat erikoissairaanhoidon (5,1 miljardia euroa) ja perusterveydenhuollon (3,1 miljardia euroa) palveluista sekä avohoidon lääkkeiden ja muiden lääkinnällisten kulutustavaroiden (2,8 miljardia euroa) käytöstä (THL/tilastot 2010).

Kuntien ja kuntayhtymien yksityisiltä palveluntuottajilta ostamia erikoissairaanhoidon palveluja koskevat menot kasvoivat 2000-luvulla aina vuoteen 2006 asti. Vuonna 2007 menot (150 miljoonaa euroa) kääntyivät kuitenkin ensi kertaa laskuun. Reaalisesti laskua edellisvuoteen verrattuna oli noin 12 prosenttia. Terveydenhuollon kokonaismenoista erikoissairaanhoidon ostopalvelumenojen osuus on kuitenkin edelleen pieni eli noin yksi prosentti.

Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon menot olivat vuonna 2008 yhteensä 2,5 miljardia euroa vähentyen reaalisesti 5,1 prosenttia edellisestä vuodesta. Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin mukaan somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla potilaiden määrä väheni samaan aikaan yhdellä prosentilla ja hoitopäivien määrä laski 5,7 prosentilla (1). Psykiatrisen vuodeosastohoidon menot olivat yh-

teensä 408 miljoonaa euroa eli reaalisesti 4,8 prosenttia vähemmän. Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin mukaan psykiatrian erikoisalan laitoshoidon potilasmäärä nousi yhden prosentin, mutta hoitopäivien määrä laski noin neljä prosenttia vuoteen 2007 verrattuna (2). Psykiatrian avo- ja päiväosastohoidon menot (182 milj. €) nousivat reaalisesti 1,3 prosenttia. (Stakes/ tilastot 2010).

Hyvinvoinnin ja elintason nousu sekä väestön rakenteelliset muutokset ovat vaikuttaneet merkittävästi terveystason nousuun, mutta tuoden samalla uusia ongelmia terveydelle. Palvelutoiminnan suunnittelulle nämä ovat asettaneet entistä suurempia vaatimuksia; miten kyetään suunnittelemaan yhteiskunnan toimintaa siten, että se kykenee terveydenhuollon osalta tuottamaan mahdollisimman paljon terveyttä mahdollisimman suurelle määrälle väestöä. Suunnittelun tarpeisiin vaikuttavat monet yhteiskunnan yleiset kehitystekijät, kuten mm. väestön ja työvoiman määrän sekä ikärakenteen kehittyminen, alueellinen sijoittuminen sekä muut rakennemuutokset. Terveydenhuollon tulevaisuuden kannalta keskeistä olisi, että järjestelmä olisi kansalaisten silmissä legitiimi sekä toiminnallisesti ja taloudellisesti kestävä (vrt. Willberg & Valtonen 2007).

Suunnittelun haasteena voidaan nähdä mm. palveluiden kohdentaminen, resurssien käyttö, kustannusten seuranta, palveluiden tarve ja käyttö. Suunnittelussa tulisi määrittellä suunnittelun tavoitteiden keskinäinen tärkeysjärjestys, joita mm. ovat terveydellinen tulos ja terveyshyöty humanitäärisenä näkökulmana sekä kustannus-hyötysuhde, resurssit ja voimavarojen kohdentaminen. Yksityisellä sektorilla voitto ja korko voivat olla kriteereitä, jotka määrittävät resurssien kohdentumista. Julkisella sektorilla pelkästään tulos ei vielä ohjaa suunnittelun suuntaa (esim. Willberg & Valtonen 2007; Mäntyrinta et al. 2004).

Suurin osa terveyspalveluista on lakisääteisiä. Lainsäädäntö velvoittaa kunnat järjestämään nämä palvelut (Kuntalaki 365/1999). Lakisääteisten palvelujen lisäksi kunnat voivat järjestää muitakin terveyspalveluja. Julkisen vallan velvoite edistää kansalaisten hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta lähtee perustuslaista. Tarkemmin velvoitteet määräytyvät varsinaisen sosiaali- ja terveyslainsäädännön kautta (Kansanterveyslaki 66/1972). Potilaan oikeuksia turvaava lainsäädäntö toteuttaa tätä ns. perustuslaillista toimeksiantoa.

Terveydenhuollon palvelutoiminnan suunnittelua ohjaa voimakkaasti lainsäädäntö järjestämisvelvollisuuden, hoitoon pääsyn sekä eri oikeuksien ja velvollisuuksien näkökulmasta, kuten esim. kuntalaki (365/1999), kansanterveyslaki (66/1972), erikoissairaanhoidolaki (1062/1989), laki potilaan asemasta ja oikeuksista, potilasturvallisuuslaki, ilmoittamisvelvollisuus, laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuuksista (733/1992) ja terveydenhuoltolaki (1326/2010). Taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset oikeudet (TSS-oikeudet) nostettiin Suomessa perustuslain tasolle 1995 toteutetussa perusoikeusuudistuksessa. Säännöksen perusteella julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistettävä väestön terveyttä. Voimassaoleva sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö määrittelee sen, miten palvelujen saatavuudesta on huolehdittava (Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989, Kansanterveyslaki 66/1972).

Eräiden palvelujen turvaamista on pidetty niin tärkeänä, että yksilölle on säädetty ns. subjektiivinen oikeus saada palvelu (Kuntalaki (365/1999), Kansanterveyslaki (66/1972), Erikoissairaanhoidolaki (1062/1989). Tällainen palvelu on esimerkiksi kiireellinen sairaanhoito. Kunnalla on velvollisuus kaikissa tilanteissa varata riittävä määräraha näitä palveluja varten (Kuntalaki (365/1999). Tässä tutkimuksessa lainsäädäntöä ei tarkemmin avata, vaan tiedostetaan ja tunnistetaan sen vahva ohjaava merkitys.

Terveydenhuollon tuottavuuden ja tehokkuuden parantaminen on välttämätöntä, jotta uudistuvat palvelut pystytään turvaamaan oikeudenmukaisesti ja tasapuolisesti kaikille asukkaille. Terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistäminen, sosiaalisten ongelmien ehkäisy sekä kuntalaisten osallisuuden vahvistaminen ovat tärkeimpiä näkökulmia, kun pyritään väestön yleisen hyvinvoinnin parantamiseen ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen ja kustannusten kasvun hallintaan (ks. mm. STM selvitysraportti 2007/36; Willberg & Valtonen 2007).

Terveydenhuoltojärjestelmän tarkoituksena on parantaa sairauksia, lievittää sairauden oireita ja tukea potilaan sekä omaisten selviytymistä. Terveyspalveluiden tehtävänä on tuottaa terveyttä, terveyshyötyä ja hyvinvointia, jolloin suunnittelun tulee kattaa nämä tarpeet, jotka ulottuvat yhteiskunnassa väestön terveyteen, koettuun hyvinvointiin, oletettavissa olevan eliniän nousuun, eläkeiän nousuun, veronmaksukykyyn, ostovoiman kohoamiseen, palveluiden tarpeiden korkeampiin vaatimuk-

siin, koulutustason kohoamiseen ja kansantalouden paranemiseen (vrt. Lillrank & Venesmaa 2010; 19–22).

Suuri osa sosiaali- ja terveyspalveluista on kuitenkin määrärahasidonnaisia. Tämä tarkoittaa sitä, että yksilöllä on oikeus palveluun kunnan varaamien määrärahojen rajoissa. Palveluja voidaan tällöin kohdentaa esimerkiksi niitä kaikkein eniten tarvitseville. Yleisenä periaatteena voidaan kuitenkin pitää sitä, että palvelun tarve on aina arvioitava yksilöllisesti eikä palvelua voida evätä pelkästään määrärahan puutteeseen vedoten (Kuntalaki 365/1999).

Vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä on kunnilla. Lainsäädäntö velvoittaa kunnat järjestämään sosiaali- ja terveyspalveluja asukkailleen, mutta ei sääntele yksityiskohtaisesti toiminnan laajuutta, sisältöä eikä järjestämistapaa (Kuntalaki 365/1999). Kunnat voivat järjestää palvelut itsenäisesti omana toimintanaan, olemalla jäsenenä kuntayhtymässä tai ostamalla palvelut muilta kunnilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Toiminnassa voi olla kuntakohtaisia eroja paikallisten olosuhteiden ja väestön tarpeiden mukaan (Daniels 2008; Kuntalaki 365/1999).

Resurssipula on joillain paikkakunnilla merkittävä ja tasausjärjestelmistä riippumatta jonkun harvinaisen “kalliin” sairauden hoitaminen voi kaataa pienen kunnan budjetin (Pekkarinen & Sutela 1996). Kunnat pyrkivät vastaamaan tähän mm. ostopalveluilla, tilaaja-tuottajamalleilla sekä kehittämään palvelutoimintaa terveyspalveluiden tuottajien kanssa esimerkiksi hoito- ja palveluketjujen avulla (Liukko & Luukkonen 2002). Nykyinen määrärahasidonnainen talousarvio-ohjaus ei motivoi kehittämään palvelutoimintaa ja nähtävissä on etteivät nykyiset sisäiset tilaaja-tuottajamallit ratkaise ongelmia (Martinussen & Magnussen 2009).

Terveydenhuoltopalvelut voidaan jakaa perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuoltoon kuuluvat esimerkiksi terveyskeskuksesta tai työterveyshuollosta saadut palvelut. Erikoissairaanhoidon palvelut ovat erikoislääkärijohtoisia, näitä palveluja on saatavissa esimerkiksi poliklinikoilla, sairaaloissa ja yliopistollisissa keskussairaaloissa. Erikoissairaanhoidon palvelut tuotetaan Suomessa tois-
taiseksi pääosin julkisesti sairaanhoitopiirien kuntayhtymien toimesta. Kunnat rahoittavat palvelut pääosin verovaroin. Kuntien asukkaaltaan keräämillä kunnallisveroilla rahoitetaan terveydenhuollosta noin 43

prosenttia, valtionveroista maksettavilla valtionosuuksilla 17 prosenttia ja sairausvakuutuksella 16 prosenttia. Palvelujen käyttäjien osuus rahoituksesta on 20 prosenttia. Valtionosuus kunnan sosiaali- ja terveydenhuoltoon määräytyy laskennallisesti kunnan asukasluvun, asukkaiden ikäjakauman, sairastavuuden ja eräiden muiden tekijöiden perusteella (Kuntaliitto 2007; 29–30, Sosiaali- ja terveysministeriö 2004: 11).

Tulevaisuudessa on odotettavissa, että terveystalouden tuotantoa EU-alueella avataan ja kilpailua syntyy myös yksityisten ja nykyisin julkisten tuottajien sekä eri julkisten palvelutuottajien välille. Markkinoiden avautuminen antaa suomalaisille palveluntuottajille mahdollisuuden tarjota laadukkaita palveluja kilpailukykyiseen hintaan muiden EU-maiden potilaille. Mikäli tällä tavoin voidaan rahoittaa palvelujärjestelmän kiinteitä kustannuksia, on tämä mitä suurimmassa määrin myös suomalaisten potilaiden etu. Toisaalta rajojen avautuminen johtanee jossain määrin myös suomalaisten potilaiden palvelukysynnän ohjautumiseen muihin maihin, ainakin mikäli palvelujen saatavuus tai laatu ei asiakasnäkökulmasta ole Suomessa kansainvälisesti vertailukelpoista. Rajat ylittävä kilpailu on arkipäivää jo esimerkiksi Hollannissa, jossa kasvava osa potilaita hoidetaan belgialaisten palvelutuottajien toimesta. Uudessa mallissa potilaat nähdään tulevaisuudessa enemmän asiakkaina, voidaan itsenäisesti valita terveystalouden tuottajan. Malli rahoitettaisiin valtakunnallisesti keskitetyn organin kautta kapitaatioperusteisesti. Kapitaatioperusteinen rahoitus tarkoittaa asukasohjaista palvelun määrästä riippumatonta rahoitusta ja voi olla myös eritelty ikäryhmittäin ja/tai toimintamuodoittain (Aronkylä, Hallipeltö & Kangasharju 2010).

Julkisen terveydenhuollon tuotannolliset paineet tuottaa yhä enemmän palveluita ovat pakottamassa resurssien näkökulmasta kehittämään toiminta- ja prosessimalleja. Keinoja voidaan löytää yksityisen ja julkisen terveydenhuollon yhteisten hoitoketjujen avulla, resurssien joustavasta käytöstä, jolloin osaamis- ja tilaresursseja voidaan sopimuksin räätälöidä. Toisaalta julkisen terveydenhuollon paineet vaihtoehtoisten rahoitusmallien löytymiselle tulevat kasvamaan. Palvelutoiminnan suunnittelun nähdään nousevan kriittiseksi tekijäksi tulevaisuudessa; miten palvelut kohdennetaan, kenelle ja millä hinnalla (esim. Lillrank & Malmström 2009; Lillrank & Venesmaa 2010.).

4.4.2 Tietoperustaisen johtamisen ja suunnittelun differointi

Tässä kappaleessa lähestytään suunnitteluprosessia rakenteellisesti johtamisen välineenä ja tutkitaan miten suunnitteluprosesseja voidaan johtaa eri johtamistasoilla. Aikaisemmin kuvattiin, että palvelutoiminta ja sen johtaminen rakentuu prosesseissa. Prosesseja tulee osata johtaa eri johtamistasojen kautta. Terveyspalveluita on suunniteltu palveluiden tarpeen näkökulmasta, epidemiologisesta näkökulmasta, tietoperustaisesta palveluiden suunnittelusta, taloudellisesta sekä poliittisesta näkökulmasta. Palveluiden suunnittelussa on kysymys väestön ja väestöryhmien tulevan palvelun tarpeen ennakkoinnista (Mäntyranta et al. 2004 ja miten palvelut voidaan järjestää (esim. Lillrank & Venesmaa 2010).

Tutkimukseni näkökulmana on tarkastella terveydenhuollon organisaation sisäisten johtamisrakenteiden ja johtamisroolien avulla palvelutoiminnan suunnittelua. Palveluiden suunnittelu julkisessa terveydenhuollossa muodostuu kokonaisuudesta, johon tarvitaan eri ammattiryhmien saumatonta yhteistyötä yli yksikkörajojen ja toisaalta yli organisaatorajojen. Yhteistyössä tarvitaan osaamista kliinisestä substanssista, taloussuunnittelusta, tilastointi- ja analysointiosaamisesta, resurssisuunnittelusta sekä liiketoimintaosaamisesta. Tässä tutkimuksessa erikoissairaanhoidon asiakkuus jaetaan karkeasti kunta-asiakkuuteen sekä yksittäiseen potilaaseen, josta voidaan käyttää myös nimitystä asiakas. Kunta-asiakkuudella tarkoitetaan erikoissairaanhoidon palveluiden ostajaa. Tutkimuksessa tunnistetaan, että palveluiden suunnittelua ohjaa tarpeen määrittely, jota voidaan lähestyä yksilön, yhteiskunnan, politiikan, asiantuntijan, organisaation tai virkamiesten näkökulmasta (esim. Lillrank & Venesmaa 2010; Lehto 2004, 24–26).

Tutkimus rajautuu julkisen terveydenhuollon palvelutoiminnan suunnittelukokonaisuuden yhteen osioon, organisaation sisäiseen mikro-tason suunnitteluun ja johtamiseen. Palvelut joita johdetaan, jaetaan horisontaalisiin ja vertikaalisiin palveluihin. Horisontaaliset palvelut käsittävät perusterveydenhuollon laajat, mutta erikoistumattomat palvelut (Lillrank & Venesmaa 2010), jotka tuotetaan samoilla resursseilla. Perusterveydenhuollon palvelut maksavat keskimäärin vähemmän kuin erikoissairaanhoidossa ja ne vastaavat useammin potilaan pidempiaikaisista (Saarelma 2008) hoitosuhteista. Vertikaaliset palvelut käsittävät erikois-

sairaanhoidon korkean erikoisosaamisen, sekä erikoistuneet henkilöstö- ja laiteresurssit (Lillrank & Venesmaa 2010; 95–97), joiden ammattitaitoa ylläpidetään erikoissairaanhoidon palveluiden keskittämisellä (Halm et al. 2002). Erikoissairaanhoidon palveluiden keskittäminen takaa korkeatasoiset ja kustannustehokkaat palvelut, jota tukee Joseph S. Coynen (2009) tutkimus, jossa sairaalan koko korreloi tuottavuuteen, tehokkuuteen ja palvelutoimintaan.

Johtaminen ja johtamisosaaminen eivät ole yksi yhtenäinen osaamisalue. Johtamisosaamista on eri tasoilla ja sitä voidaan kehittää eri tasoilla. Tutkimukseni lähtöoletus ja näkökulma on, että johtamisosaaminen voidaan jakaa eli differoida osa-alueisiin palvelutoiminnan näkökulmasta. Osa-alueiden johtamisosaamista ja kompetenssia puolestaan voidaan kasvattaa ja vahvistaa johtamiskoulutuksen ja kokemuksen kautta. Tämän tutkimuksen näkökulma terveydenhuollon johtamiseen ja sen uudistamiseen on ymmärtää johtamistyön ydin- eli perustehtävä⁴ (vrt. Core Competence). Johtamisen differoinnilla tarkoitetaan johtamisosaamisen ja siihen kuuluvan suunnitteluosaamisen eriyttämistä eli differointia ja kohdentamista kahteen tasoon. Tasot ovat 1) strateginen ja 2) operatiivinen, joissa johtamistoiminnan tulee olla intentionaalista sekä perustua luottamukseen ja osaamiseen. Johtamistoiminnan intentionaalisuus⁵ rajataan tarkoittavan johtamisen toiminnassa olevaa selkeää, sovitua suuntaa ja kohdetta sekä tavoitteellista johtamisotetta. Intentionaalisuus ilmenee suunnittelun muodostuvan lyhyen ja pitkäaikävälän (mm. Mäntyranta et al. 2004; Parviainen et al. 2005; Lillrank & Malmström

4. Ydinosaaminen (eng. core competence) on osaamista, jota ei ole muilla. Sillä tarkoitetaan yksilön tai yrityksen erikoistumista ja sen kautta saavutettua erityisosaamista. Erikoistuminen on keskittymistä suppeampaan osaamiseen. Termin kehittäjänä tunnetaan professorit C. K. Prahalad ja Gary Hamel.

5. Intentionaalisuus on filosofinen termi ja oli alun perin skolastisen filosofian käsite. Myöhemmin sen esitteli 1800-luvun filosofiaan filosofi ja psykologi Franz Brentano. Intentionaalisuuden käsite esiintyy eri muodoissa mm. fenomenologiassa, eksistentialismissa ja analyttisessä filosofiassa, ja se on näin yksi nykyfilosofian keskeisimpiä käsitteitä. Tunnettuja filosofi ja kehittäjiä olivat mm. Edmund Husserl, Gilbert Ryle ja A. J. Ayer, Jean-Paul Sartre, saksalainen filosofi Martin Heidegger ja Roderick Chisholm

2009) johtamistyöstä prosesseissa. Johtamisessa tasojen suhdetta vastuulta akselilla ja osaamisvastuu sekä raportointia ja analysointia suhteessa keski- ja ylempään johdon välillä tulee kehittää.

Perinteisen johtamisjärjestelmän mukaisesti johtamisen hierarkkisesti osoitetut tasot löytyvät, mutta palvelutoiminnan suunnittelun ja sen kehittämisen näkökulmasta johtaminen on ”ei kenenkään” maata. Ongelmia ja haasteita löytyy nykyisissä organisaatio- ja johtamismalleissa, joissa kliiniset asiantuntijat ovat pyrkineet hallinnoimaan koko suunnittelukenttää ja suunnitteluprosesseja. Kliinisten asiantuntijoiden halukkuus hallinnoida suunnittelua kokonaisuudessaan periytyy historiasta, jolloin koko terveydenhuolto oli pienempää, väestö- ja potilasmäärät olivat huomattavasti pienemmät, teknologia huomattavasti kehittymättömämpää, seurannan ja arvioinnin tarve olemattoman pieni. Terveyskäyttäytyminen sekä sen viitoittama tarve oli erityyppistä, yhteiskunnalliset haasteet olivat erilaisia sekä politiikan merkitys terveydenhuoltoon oli rooliltaan erilainen (esim. Aaltonen et al. 2008; Walshe & Smith 2006).

Parviainen et al. (2005) mukaan palvelujärjestelmien suunnittelu ja ohjaus (Service engineering) on vielä verraten ohutta julkisella terveydenhuoltoalalla. Globalisaation mukana palveluiden ulkoistaminen on tuonut paineita selvittää, miten palvelutapahtumat rakentuvat ja miten palveluprosesseja voidaan johtaa. Terveydenhuollon suunnittelukentässä on tapahtunut muutoksia ja uusia kehityssuuntia, jotka osaltaan pakottavat, osaltaan mahdollistavat uudentyypisen suunnittelukentän (Lilfrank & Malmström 2009; Parviainen et al. 2005).

Perussuunnittelua on ollut mahdollistamassa eri tilastot, järjestelmät ja portaalit, joita kerätään ja tuetaan kansallisella ja kansainväliselläkin tasolla. Paikallisesti ja alueellisesti on kuitenkin totuttu siihen, että perinteiset hoitokäytännöt hallitsevat yhä suunnittelua (Mäntyranta et al. 2004, 138–165; Denver 1980).



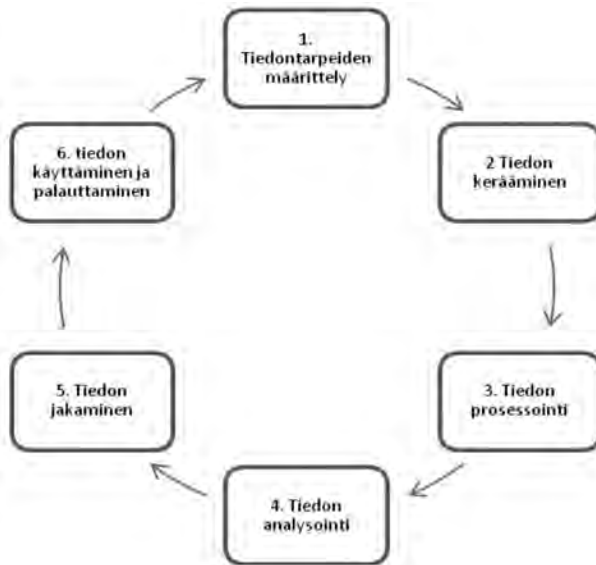
KUVIO 13 Palveluiden kehittämistoiminta.

Kuvion 13 kohdassa 1) on potilaan näkökulma tarvittavista palveluista, kohdassa 2) kunnan (tilaajan) näkökulma ja kohdassa 3) palvelun tuottajan eli erikoissairaanhoidon näkökulma. Keskelle jäävä alue kuvaa todellista palvelutoiminnan kehittämisen painopistettä. Mikäli potilaiden tarpeen ja väestörakenteen muuttumista ei seurata (kuva 15), palveluita tuotetaan entisen perinteen mukaisesti. Palveluiden kysyntä ylittää tarjonnan, jolloin resurssien kohdentaminen voi jäädä väärin mitoitetuksi (Begg, Fischer & Dornbusch 2008; Mäntyranta et al. 2005). Terveyspalvelut julkisina tai puolijulkisina (yksityissektori) palveluina ovat voimakkaasti subventoituja. Kysyntä-tarjontateorian mukaan, kun palvelujen käyttäjä ei vastaa kokonaisuudessaan niiden kustannuksista, palveluja käytetään todellista tarvetta enemmän (Begg et al. 2008), toisaalta palveluiden käyttäjien tietoisuus mahdollisuuksista on lisääntynyt. Yhteiskunnallisten sosioekonomisten muutosten näkökulmasta huolimatta potilaiden tarpeisiin ei voida aina julkisessa terveydenhuollossa vastata lääketieteellisten tai eettisten päätösten näkökulmasta.

Johtamisen tasojen kautta voidaan saavuttaa tehokkuutta, päätöksenteon tarkkuutta ja nopeutta ja parantaa laatua (ks. esim. Blenko, Rogers & Mankins 2010; Pfeffer & Sutton 2006). Strategisen johtamisen, jota toteuttaa organisaation ylin johto sekä tuettuna myös erikoissairaanhoidossa ylempi keskijohto, voidaan ymmärtää tarkoittavan tulevaisuuden

strategisten päätösten tekoa, näiden position ymmärtämistä sekä strategian muuttamista toiminnaksi. Sen tarkoituksena on suunnitelmallisesti johtaa organisaation tai yrityksen tulevaisuutta vaikka se ei aina ole etukäteen suunnittelua (Drucker 2000). Se voidaan nähdä myös pitkän aikavälin kehityssuunnan ja ulottuvuuden valitsijana (ks. esim. Porter & Teisberg 2006; Mintzberg 2002). Strateginen johtaminen on kompleksista ja se vaatii yhteistyötä organisaation eri yksiköiden sekä professioiden kesken. Strategiseen johtamiseen kuuluva päätöksenteko on erityisen haastavaa julkisella terveydenhuoltoalalla ja kiinnittyy vahvasti prosessien johtamiskysymyksiin. Päätökset tehdään usein tilanteissa, joissa tulevaisuudesta ei olla täysin varmoja, ja tehdyt päätökset vaikuttavat kuitenkin organisaation toimintoihin. Toisaalta päätöksiä joudutaan tekemään liiallisen tietotulvan (Information overload, Simon 1951) ympäröimänä (Parviainen et al. 2005). Strategisten päätösten voidaan katsoa muuttavan organisaatiota merkittävästi, mikä voi olla vaikeaa organisaatiossa vallitsevan kulttuurin takia (vrt. Drucker 2000; Porter & Teisberg 2006).

Strategisessa johtamisessa ja suunnittelussa julkisella terveydenhuollon sektorilla tarvitaan Business Intelligence -toimintoja, joilla tarkoitetaan tässä yhteydessä tarvittavan liiketoimintatiedon keräämistä, jalostamista ja jakamista käsittäen organisaation sisäisen- ja ulkopuolisen tiedon (Chung, Chen & Nunamaker Jr. 2002; Azvine, Cui & Nauck 2005; Okkonen, Pirttimäki, Hannula & Lönnqvist 2002; Herschel & Jones 2005).



KUVIO 14 Liiketoimintatiedon sykli.

Business Intelligence eli liiketoimintatiedon hallinta (ks. liiketoimintatiedon sykli, kuvio 14), mikä voidaan ymmärtää myös johtamistiedon hallintana, on systemaattista organisaation suorittamaa liike-elämän ja toimialan tietojen hankintaa ja analysointia (esim. Abukari & Jog 2003; Manglik 2006; Negash & Gray 2003; Pulkkinen 2006; Salonen & Pirttimäki 2005). Liiketoimintatiedon hallinnan motiivit voidaan jakaa karkeasti kahteen kategoriaan. Yleisimmin liiketoimintatiedon hallinnan tarkoituksiksi katsotaan päätöksentekoprosessin ja strategiatyöskentelyn tukeminen. Collins (1997), Fahey (2007), Halliman (2003), Marshall et al. (2004), Salonen & Pirttimäki (2005), ja Negash & Gray (2003) tarkentavat liiketoimintatiedon hallinnan olevan tärkeä osa yrityksessä tapahtuvaa suunnittelutoimintaa päätöksenteon lisäksi. Strateginen johtaminen edellyttää esimieheltä sitä, että hän tietää oman ja alaistensa roolin organisaation strategian toteuttamisessa ja että hän osaa välittää tämän tietonsa alaisilleen. Se merkitsee tiettyä irtautumista asiantuntijaroolista ja mielenkiinnon sekä osaamisen suuntaamista itse johtamistyöhön.

Strategisen johtamisen onnistumisen edellytys on operatiivisen toiminnan ja näin ollen operatiivisen johtamistyön tunteminen. Strategisen johtamisen vaikeus on kyvykkyyden hahmottaminen ja koota oleellinen tieto johtamisen ympärille (vrt. Davenport 2007; Hodgkinson ja Sparrow 2002, 298).

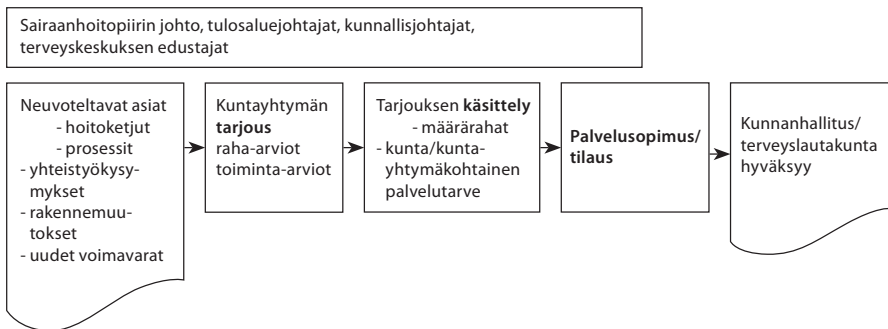
Strateginen suunnittelu pyrkii vastaamaan kysymykseen: teemmekö oikeita asioita? Henry Mintzbergin (2002) mukaan strategian onnistuneisuus kulminoituu implementoinnissa: ei se, mitä on suunniteltu, vaan se mitä on tehty luo pohjaa suunnitteluprosessille. Strategisen suunnittelun tavoitteena on määrittellä ja jatkuvasti tarkistaa organisaation perustettävää, toiminta-ajatusta ja visiota. Se on pitkän tähtäimen suunnittelua ja toimii pohjana operatiiviselle suunnittelulle. Tarjottavien palveluiden kohdeväestön ja sen tarpeiden määrittely on osa strategista suunnittelua. Strategiseen suunnitteluun kuuluvat myös päätökset painotuksista ennaltaehkäisevien, hoitavien ja kuntouttavien palveluiden välillä (esim. Mäntyranta et al. 2004, 18–20; Virtanen & Wennberg. 2005; Denver 1980). Julkisen terveydenhuollon strateginen suunnittelu on toimivien palvelukokonaisuuksien määrittämistä (oikeita asioita) ja operatiivinen suunnittelu/johtaminen on valittujen palvelukokonaisuuksien toteutusta (asioiden tekemistä oikein) (Viitala & Jylhä 2005; Raatikainen 2008).

Pääpaino strategisessa suunnittelussa on kehitys pitkällä aikavälillä, mikä on ylimmän johdon tehtävä. Operatiivisessa suunnittelussa keskitytään ratkaisemaan tämän hetken ongelmia. Tavoitteena strategisessa suunnittelussa on tulevaisuuden positiivinen kehittyminen ja vaikeutena on tulevaisuuden vaikea ennustaminen. Operatiivisella puolella tietoa on saatavilla ja keskitytään nykyisten toimintojen ylläpitämiseen ja lähikehittämiseen (Viitala & Jylhä 2005; Raatikainen 2008).

Strateginen suunnittelu ei voi onnistua ilman jatkuvaa vuoropuhelua operatiivisen tason kanssa, jonne kertyy tietoa ja näkemystä palvelukokonaisuuksien toimivuudesta. Terveystieteiden palvelut ovat pitkälle erikoistuneita lääketieteellisiä kokonaisuuksia hoito- ja palveluprosessien tai hoitoketjujen muodossa. Kliiniset asiantuntijat ovat avainasemassa määrittelemässä niiden onnistumista ja kehittämisen suuntaa. Tämä tieto tulisi siirtyä jatkuvasti ylempään suunnittelutasoon. Operatiivisen suunnittelutason ongelmana nähdään suunnittelun tyypistyminen lääke-

tieteellisen toiminnan kehittämiseen. Tarvitaan yhä enemmän osaamista hahmottaa kokonaisprosessit, joissa huomioidaan lääketieteellisen toiminnan lisäksi kustannuslaskentaa, tila- ja henkilöstöresursseista (resursianalyysiä), toiminnan suoritteiden määrästä, potilasvirroista ja määristä (toiminta-analyysiä) sekä palveluiden kysynnän ennustettavuutta. On kyettävä hahmottamaan realistisesti palveluiden kokonaiskustannukset sekä tulon muodostuminen, pelkästään suoritetuotannon laskentamallit eivät riitä onnistumiseen suunnittelussa. Terveystieteiden palvelutoiminnan kustannustenhallinta on merkittävää koko toimialan näkökulmasta.

Palveluiden strateginen suunnittelukokonaisuus (kuvio 15) vastaa pitkän ja keskipitkän aikavälin palveluidensuunnittelua. Strategisessa suunnittelussa kahden mikrotason (erikoissairaanhoidon ja kunnat) kokonaisuudesta pyritään muodostamaan makrotason suunnittelukokonaisuus.



KUVIO 15 Erikoissairaanhoidon palvelujen sopimusprosessi.

Suunnittelun tulos yksinkertaistettuna on kunnan ja erikoissairaanhoidon palvelusopimus, jossa sovitaan vuosittainen määräraha erikoissairaanhoidon palveluille. Suunnittelukokonaisuuteen tarvitaan tietoja erikoisalojen hinnoista, palvelutuotteista, prosesseista sekä henkilöstöresursseista, tiloista ja laitteista. Kestoltaan suunnitteluprosessi on kokonaisuudessaan lähes vuoden mittainen, jonka onnistumisen tausta on erittäin tarkkaan tietoon perustuvat tilastot, laskelmat, esitykset ja palvelukuvaukset. Nykyinen toimintamalli on jäykkä, hidaskäyttöinen ja byrokrattinen, eikä palvele palvelutoiminnan saumatonta kehittämistä. Tahtotila rajapintojen toimivuuteen on, mutta johtaminen muodostuu haasteelliseksi.

Tietojärjestelmät tulisi saada yhdenmukaisiksi sekä toimintaa yhä paremmin potilaita palveleviksi.

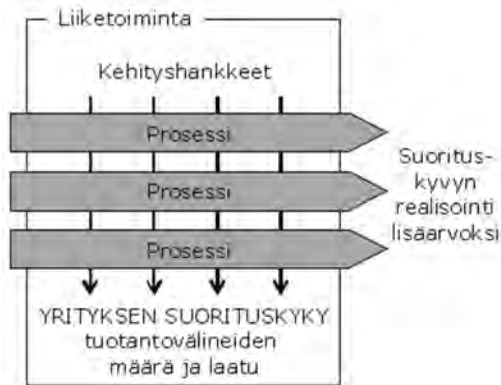
Operatiivinen johtaminen, jota toteuttaa organisaation keskijohto sekä alempi keskijohto kuten lähiesimiestyöskentely on eri toimijoiden yhteistyön suunnittelua. Operatiivinen johtaja ei välttämättä päättä mihin päämäärään pyritään, vain miten siihen pyritään (esim. Mintzberg 1973). Operatiivisessa johtamisessa keskitytään konkreettisesti toteuttamaan annetut tehtävät ja asettamaan toiminta-ajatuksen pohjalta konkreettiset tulostavoitteet. Operatiivisen johtamisen on keskityttävä eteen tulevista konkreettisista ja yllättävistäkin tilanteista selviytymiseen (taktiset taidot), mihin laadittu strategia ei aina anna yksikäsitteistä jos minkäänlaisia ohjetta. Operatiivinen johto voi erkaantua strategisista lähtökohdista, jolloin strategisen ja operatiivisen lähestymistavan välille voi syntyä jännite tai toiminnan vastakkain asetelma (vrt. Prahalad ja Krishnan 2008; Pfeffer & Sutton 2006). Käytännössä osaamaton tai kokematon keskijohto voi asettua vaikeiden päätösten kohdalla ylempää johtoa vasten, samaistuen ja tukea hakien henkilöstöön.

Operatiivisen johdon sitouttaminen strategian jalkauttamiseen sekä aktiivisesti muutosprosesseihin on kannatettava elementti. Ammatti- maista operatiivisen johdon onnistumista voidaan arvioida esimerkiksi toiminnan organisoinnin ja talousosaamisen onnistumisesta. Strategian ja taktiikan yhdensuuntaisuudesta ja sisällöllisestä tasapainosta huolehtiminen on menestyvän organisaation peruspiirre. Kulttuuri, perusteet tutkimukseen sekä päätöksentekoprosessit muodostavat merkittävät haasteet julkisen terveydenhuollon tietoperustaisen johtamisen juurtumisessa operatiiviseen johtamiseen.

Terveydenhuollon hoitotyön operatiivinen johtaminen on perustunut enemmän pragmaattisuuteen; ideat ja mallit on haettu enemmän käytännöstä kuin analysoitu tieteellistä tutkimusta tai jo tutkittuja hyviä käytäntöjä, joista tulisi osata soveltaa omaan organisaatioon toimivat mallit (esim. Parviainen et al. 2005; Stähle & Laento 2000). Teoriaa tukee Lin et al. (2007) tekemässä hoitotyön johtamisen kehittämistä koskevassa tutkimuksessa saadut tulokset, joissa johtamistyön osaamisen tasot ja tiedon käyttäminen varioivat merkittävästi kun johtaminen oli jaettu hoitotyön ylempään, keski- ja lähijohtoon.

Operatiivinen suunnittelu pyrkii vastaamaan kysymykseen: teemmekö asioita oikein. Onko toimintamme ammatillista ja hallinnollisesti oikeellista ja koetaanko se oikeana? Mäntyranta et al. (2005) mukaan terveydenhuollossa tärkeintä on, että asiat tehdään oikein. Potilaille tarjottavan hoidon ja palveluiden tulee olla mahdollisimman pitkälle tieteelliseen näyttöön perustuvia. Operatiivinen suunnittelu tuottaa tietoa palvelutoiminnan sisällöllisestä kehitymisestä osaamisen ja potilasvirtojen näkökulmasta, joka kuntaan tuotettuna tietona mahdollistaa tarkempaa suunnittelua mm. perusterveydenhuollon piirissä.

Operatiivinen suunnittelukokonaisuus (kuvio 16) muodostuu organisaatiossa olevan prosessityöskentelyn kautta. Miten prosesseja kehittämällä toimintaa voidaan kehittää kustannustehokkaaksi, laadukkaaksi, sekä potilaan näkökulmasta paremmaksi palveluksi? Toimialan prosessien mittaamista tulisi kuitenkin kehittää voimakkaammin kohti kokonaisuuksien hallintaa. Terveydenhuollon prosessimittarit ovat pääosin yksittäisiä, erikseen tarkasteltavia mittareita, jotka antavat hyvin vähän tietoa prosessin kokonaistoimivuudesta tai tehokkuudesta. Kunnan näkökulmasta kustannustehokkuus, joustavuus ja saatavuus priorisoivat suunnittelun näkökulmaa.



KUVIO 16 Operatiivinen palvelutoiminta ja prosessit (Saari 2004).

Terveyspalveluiden operatiivinen suunnittelu muodostuu palveluiden sisällöllisen ja laadullisen suunnittelun lääketieteellisistä näkökulmista, jossa terveydenhuollon eri erikoisalan asiantuntijat määrittävät palveluun kuuluvat toiminnot. Lääketieteellistä suunnittelua ohjaavat mm. Käypä hoito -suositukset, näyttöön perustuva lääketiede, kansainväliset ja kansalliset tutkimukset ja julkaisut sekä asiantuntijan omakohtainen kokemus (Mäntyranta et al. 2004; Mustajoki & Kaukua 2008).

Suunnittelutasoja (taulukko 6) ei voida kokonaan erottaa toisistaan (ks. Mäntyranta et al. 2004, 19–23), koska palveluiden oikea kohdentaminen vaatii tasojen vahvaa kokonaisnäkemystä ja hallintaa.

TAULUKKO 6 Palveluiden suunnittelutasot.

Palvelun tuottaja	Suunnittelutaso	Suunnittelun luonne	Palvelun tilaaja/käyttäjä
Erikoissairaanhoidon ylin johto	Strateginen suunnittelu	Pitkän aikavälin suunnittelu	Kunnat, ylin johto
Keskijohto/asiantuntijat	Operatiivinen suunnittelu	Keskipitkän/lyhyen aikavälin suunnittelu	Kunnat, keskijohto
Lähijohto/asiantuntijat	Operatiivinen suunnittelu	Lyhyen aikavälin suunnittelu	Kuntalainen/palvelun käyttäjä

Julkisten terveysterveyspalveluiden suunnittelua ohjaa voimakkaasti yhteiskunnallinen ja myös poliittinen ohjausjärjestelmä (Lehto 2004, 24–26). Tärkeintä olisikin pyrkiä löytämään prosessimalli, jossa voidaan eriyttää palveluiden suunnittelukokonaisuudessa hoitoon liittyvä kliininen palvelutoiminnan suunnittelu, resurssien suunnittelu, rahoitus, sekä muut yhteiskuntaa ja politiikkaa ohjaavat järjestelmät. Eri ohjausjärjestelmien näkökulmia tarvitaan kehittämään palvelutoimintaa koko toimialan ja yhteiskunnallisten päätösten näkökulmasta. Terveysterveyspalveluiden suunnittelua ohjataan tulevaisuudessa yhä vahvemmin yhteistyössä perus- ja erikoissairaanhoidon välillä. Onnistuminen vaatii yhteis-

työn kohdentamisen toiminnan ydintehtävään⁶ sekä terveydenhuollon palvelusuunnittelun kokonaisuuteen.

Terveydenhuollon johtamisen kuriositeetti on tutkimustiedon soveltamisen käyttämättä jättäminen johtamistyössä (Learmont & Harding 2006). Julkisen sektorin haaste on ollut operatiivisen johdon osittain akateemisen koulutuksen puutteellisuus (vrt. Lillrank & Haukkapää-Haara 2006; Walshe & Smith 2006). Terveydenhuollon johtamiskoulutuksen hajanaisuus ja kapea-alaisuus näkyy kentällä johtamiskäytäntöjen sekä johtamisosaamisen laajana variaationa. Selkeä pyrkimys on koulutuksen yhtenäistäminen (Virtanen 2010; 16).

Kaikkien sosiaali- ja terveysalan ammattien jatko- ja erikoistumiskoulutusvaiheeseen tulisi sisältyä johtamisen edellyttämät hallinto- ja taloustieteelliset perusopinnot. Menestyksellinen johtaminen ei ole mahdollista ilman johtajien hallinnon ja talouden riittävää osaamista. Johtajaksi voidaan valita vain pätevän johtamisosaamisen perusteella [professori Juha Kinnunen].

Johtamistyön yksi vaikeus on tiedon implementointi konkreettiseen tekemiseen (knowing-doing -gap and doing-not knowing -gap) (Pfeffer & Sutton 2006; Stenvall & Virtanen 2007). Kysymys ei ole mitä tehdä, vaan miten tehdään tai tehdään ilman tietoa. Julkisen sektorin operatiivista johtamista leimaa kyvyttömyys johtaa olemassa olevan tiedon näkökulmasta sekä osaamattomuus toimia olemassa olevan tiedon varassa (Walshe & Rundall 2001; Davenport 2007). Usein problematisointia

6. Gary Hamel (s. 1954) on yhdysvaltalainen kansainvälisen johtamiskonsultointiyritys Strategosin toimitusjohtaja. Hän toimii myös strategisen liikkeenjohdon vierailavana professorina Lontoon yliopiston London Business Schoolissa Hamel ja C. K. Prahalad ovat esitelleet yleiseen käyttöön vakiintuneet termit kuten ydinosaaminen (eng. *core competence*). Ydinosaaminen on osaamista, jota ei ole muilla, siis erikoistumista ja sen kautta saavutettua erityisosaamista. Yrityksen tai organisaation ydinosaaminen on laajempaa kuin yhden ihmisen osaaminen. Se on yleensä kehitetty vuosien saatossa koko organisaation oppimisen avulla. Yrityksen ydinosaaminen on harvinainen kokonaisuus tietoa, taitoja ja teknologioita.

lisää, että operatiivinen johtaminen nähdään ensisijaisesti hoitotyössä hoitotyön johtamisessa; ei niinkään terveyspalvelualan kokonaisuuden johtamisessa. Operatiivinen johtaminen julkisessa terveydenhuollossa on lähijohtamista. Operatiivinen johtaminen voidaan nähdä olevan palvelutoiminnan johtamista sekä yhä enemmän prosessien johtamista, joissa tarvitaan laaja-alaista ammattiinsa ja toimialaan liittyvä tietoperustaa ja ammattipätevyyttä, mutta myös ymmärrystä strategian viitekehyksistä. (LaSala et al. 2007; Lloyd 2005).

Julkisen terveydenhuollon johtamistasojen ongelmana on vastuusta luopuminen ja pidättäytyminen vallassa. Mikäli operatiivisen johtamisen osaaminen ei riitä ratkomaan ongelmia, kehittämään työtä ja oman yksikön toimintaa, jää se polkemaan paikoillaan, kunnes strateginen johtajuus tekee korjausliikkeitä. Tällöin henkilöstön näkökulma ylemmän johtamiseen muodostuu autoritääriseksi tai hallinnoksi. Toisaalta operatiivisen johtamisosaamisen puuttuminen näkyy henkilöstön vaihtuvuutena tai korkeina sairauspoissaoloina tai vanhakantaisina työtapoina. Strategian vieminen konkreetian tasolle jää tapahtumatta, ja edelleen organisaation kehittämistoiminta tai asetettujen tavoitteiden jalkauttaminen epäonnistuu. Mikäli strateginen johtajuus epäonnistuu, valitut suunnat eivät ole oikeita ja toiminnan johtaminen koetaan poukkoilevana, kokeilevana ja epämääräisenä hapuiluna. Toisaalta kokenut operatiivinen johto voi hetken pelastaa osaamatonta strategista johtajuutta, ottaen linjaamisen, arkijohtamisen ja arkipäätöksenteon haltuun. Johtamiskoulutus sekä johtamistyön onnistumisen mittaaminen ja palkitseminen tuo rakenteellista selkeyttä.

Johtamisen uudistamisen vaikeus on näennäisyys. Näennäisyydellä tarkoitetaan vanhasta perusvirrasta kiinnipitämisestä, jolloin uutta otetta ei aidosti ole mahdollista syntyä. Tällöin johtaminen ja johtamisprosessien uudistaminen kilpistyy muotivirtausten tai ismien maailmaan. Aito uudistaminen jää vanhan toimintamallin alle (Pfeffer & Sutton 2006; Scott et al. 2003) ja toiminnan uudistaminen onkin liimaamista vanhan toiminnan päälle. Johtamisen uudistaminen ja kehittäminen organisaatiossa tarvitsee onnistuakseen johtajuuden joustavuutta, adaptaatio- ja uuden oppimiskyvykkyyttä (Pfeffer & Sutton 2006, 12–15). Julkisen terveydenhuollon asenteellinen muutos tulisi kohdentaa terveyspalveluiden

johtamiseen. Luopuminen passiivisesta vallankäytöstä ja siirtyminen aktiiviseen, vuorovaikutteiseen johtamiseen on perusta. Tietoperustainen johtaminen ei ole yksilölaji; vastuuta tulee jakaa, mutta johtajuutta ei.

Organisaation kulttuuri muuttuu johtamisen kautta (Stähle & Wilenius 2006). Organisaatiokulttuurin uudelleen muotoutuminen johtamistyön avulla voi tapahtua tietoisien valinnan kautta ja näkyä sosiaalisten verkostojen oppimiskyvykkyyden lisääntymisenä sekä organisaation psykologisen-, sosiaalisen-, sekä oppimiskyvykkyyden kehittymisenä (Scott et al. 2003; Parker 2004; Stewart 2002; Learmont & Harding 2006).

Christensen et al. (2000) mukaan merkittävänä tutkimustuloksena löydetään suuret yksilölliset ja organisaatiokohtaiset eroavuudet johtamismallien ja käytäntöjen käytössä, mikä vahvistaa johtamisen vaikeutta julkisessa terveydenhuollossa. Terveydenhuollon tehottomuus on osaltaan itse aiheutettu. Julkisen sektorin johtamiseen suhtautuminen poikkeaa yksityisen sektorin liiketoimintajohtamisesta (Virtanen 2010; 25), koska lääkärijohtajat kokevat ja asemoivat itsensä enemmän lääkäreiksi kuin johtajiksi. Toisaalta he kokevat ristiriitaa oman kliinisen työn ja johtamistyön välillä (vrt. Tuomiranta 2002; Virtanen 2010), jota hoitotyön johtajilla ei ilmene. Julkisen sektorin johtajuus tulisi saada arvostetummaksi, koulutuksen, tehtävien sekä palkkauksien keinoin.

4.5 Tietoperustainen johtaminen osaamisen johtamisena

Tässä kappaleessa avataan osaamisen johtamista tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta. Organisaatio kehittyy johtamisen ja osaamisen kautta (esim. Parviainen et al. 2005; Stenvall & Virtanen 2007). Johtamisen kautta osaaminen voidaan organisaatiossa nähdä myös työyhteisön joustavuuden, tilanneherkkyyden, ennakkoinnin ja organisaation kuulemisen potentiaalisena kasvamisena.

Terveydenhuollon asiantuntijaorganisaation johtaminen kulminoituu usein henkilöstöjohtamisen onnistumiseen. Tarkastelun näkökulmana on osaamisen johtaminen asiantuntijaorganisaatiossa, jolloin se kiinnittyy aikaisemmin avattuihin tietointensiivisyyden ja tietopääoman teorioihin organisaatiotasolla. Osaamisen johtamista voidaan kohdistaa 1) organisaatio-

risiin prosesseihin ja rutiineihin, 2) suorituskyvyn parantamisen tuloksiin, 4) verkostoitumisen ja yhteistyön prosesseihin, 4) asiantuntijoiden osaamisen valjastamiseen ja jakamiseen organisaation käyttöön sekä 5) erityisiin työkaluihin ja metodologeihin (Kakabadse, Kakabadse & Kouzmin 2003).

Tutkimuksessani osaamisen keskiössä vaikuttaa ihminen ja työyhteisö, jolloin johtamisen tulee kohdistua työyksikköön ja sen sisällä oleviin asiantuntijoihin. Tämä näkökulma kytkeytyy tiedon määrittelyihin sekä tiedon muodostumisen mekanismeihin, joissa tietoa ei voida johtaa vaan asiantuntijoita, joiden hallussa tieto on. Näin ollen tietoperustainen johtaminen on osaamisen johtamista. Kivisen (2008; 59) tutkimuksessa mainitaan osaamisen johtamisen vaikuttavan kilpailu- ja suorituskyvyn parantumiseen, palveluiden ja niihin liittyvien prosessien ja toimintakäytäntöjen kehittymiseen sekä asiakkaiden saaman hyötyyn palvelujen parantumisena ja asiakastyytyväisyyden lisääntymisenä, joiden onnistumiseen tarvitaan asiantuntijoita. Terveystieteiden huollon kliinistä toimintakulttuuria sekä alan kehittymistä leimaa korkea ammatti-professionaalisisidonnaisuus. Kehittyminen pohjautuu tieteelliseen tutkimukseen ja hyviin käytäntöihin. Ammattitoimintaan kuuluu myös opettaminen, jossa osaamisen, koulutuksen ja oppimisen rakenne on formaali läpi lääkäriammattikunnan toimien samalla eräänlaisena viitekehystenä sisäisessä keskustelussa ja argumentoinnissa, joita johtamisessa ei voida sivuuttaa (ks. Walshe & Rundall 2001).

Osaamisen johtamista on tarkasteltu näkökulmina perustuuko johtaminen koordinaatioon vai kontrolliin tai normeihin ja käyttäytymiseen (Alvesson & Kärreman 2001; Kivinen 2008, 62). Koordinaatioon perustuva osaamisen johtaminen keskittyy tukemiseen, organisointiin ja ohjaavaan otteeseen, kun kontrolliin perustuva johtaminen keskittyy yhteisen identiteetin luomiseen ja ylläpitämiseen sekä yhteisöllisyyden tunteen edistämiseen esimerkiksi väheksymällä asemaa kuvaavia symboleja, jolloin johtaminen keskittyy toivottuun käyttäytymiseen johtavaan ohjeistamiseen, suunnittelemiseen ja järjestelmiin. Kontrollioivassa johtamisessa ote on rooliltaan aktiivisempi ja voimakkaampi verrattuna koordinaatiiviseen otteeseen (Kivinen 2008; 62). Asiantuntijaorganisaatioissa informaatiota ja tiedon prosesseja voidaan hallita, asiantuntijoita johdetaan. Tämän tutkimuksen keskeinen näkemys on hahmottaa miten osaamisen ja sitä kautta tiedon johtaminen tapahtuu johtamistyön kaut-

ta, jota on tutkittu vähemmän (vrt. Kivinen 2008; Nonaka et al. 2006; Viitala 2002). Osaamisen johtamisen keskeisiä näkökulmia ovat suunnan näyttäminen ja kohdentaminen, oppimista ja oppimisprosesseja tukevan ilmapiirin luominen, sekä roolimallina oleminen kokemuksellisuuden kautta. Styhren (2003, 22) artikkelissa huomautetaan osaamisen ja tiedon johtamisen tutkimuksen suuntaamista enemmän käytäntöön, kuin tiedon muotoihin ja luokitteluun.

Terveydenhuollon johtajat johtamisen eri tasoilla omaavat hyvin erilaiset lähtökohdat koulutuksellisesti (Virtanen 2010, 16) sekä kokemuksellisesti, jolloin yhteisen ymmärryksen sekä kielellisen terminologian puuttuminen pirstaloi johtamisen osaamista, kommunikaatiota sekä tapaa toimia.

Terveydenhuollon asiantuntijuudessa on tavalla tai toisella kysymys tiedon vallasta ja autonomiasta käyttää sitä. Sinällään tämä on sekundääristä, koska johtamistyön kautta ei puututa tähän tiedollisen vallan tai autonomian käytettävyyteen vaan nostetaan se organisaation kriittiseksi menestystekijäksi; tällöin johtamistyön tulee kohdentua osaamisen suuntaamiseen toiminnan tavoitteiden ja intentionaalisuuden kautta. Asiantuntijaorganisaation osaamisen johtamisessa ei pureuduta tietoon tai osaamisen hallintaan vaan sen ohjaamiseen ja kanavoimiseen. Teoreettisesti päädyn aikaisempaan tulkintaani, että tietoa ja osaamista ei johdeta, tieto on väline ja keino, ja osaaminen on tiedon seurausta yksilö- ja kollektiivisella tasolla. Asiantuntijoita voidaan johtaa hyvillä henkilöstöjohtamisen sekä vuorovaikutustaidoilla (esim. Virtanen 2010), jolloin osaamisen koordinaation kautta sen on mahdollista kasvaa, uusiutua sekä löytää uusi käyttötapa.

Asiantuntijuudella viitataan erikoistumiseen, joka vähentää monipuolisuutta ja rajoittaa joustavuutta. Tullakseen asiantuntijaksi, on erikoistuttava johonkin tiettyyn kapea-alaiseen alueeseen (engl. niche), joka saattaa myöhemmin osoittautua kehityksen umpikujaksi. Asiantuntijoilla voi kuitenkin olla osittainen yksinoikeus näihin kapea-alaisiin erikoistumisalueisiin sekä arvostettu asema. Uudistumisen vastustaminen voi johtua myös siitä, että asiantuntijuus tuo mukanaan eräänlaisia hahmottamiseen liittyviä suodattimia, jotka estävät asiantuntijaa havaitsemasta joitakin sosiaalisia ja teknologisia muutoksia. Uusien ideoiden vastustaminen voi kuitenkin myös vahvistaa asiantuntijan oppimista, mikä par-

haimmillaan johtaa koko organisaation muuttumiseen ja uudistumiseen. Oppiakseen tehokkaasti asiantuntijan täytyy kumuloida tietämystä, jolla on merkitystä pitkällä tähtäimellä, sekä korvata ja luopua tietämyksestä, jolla ei ole merkitystä tulevaisuudessa (Starbuck 1992).

4.5.1 Osaamisen johtamisen kehittyminen tietoperustaiseksi johtamiseksi

Osaamisen johtamisesta (knowledge management) tuli 1990-luvun aikana tärkeä, yrityksen ja organisaation perinteisiä toimintoja yhdistävä johtamisen osa-alue ja kehittämisen kohde. Termi esiteltiin luultavasti ensimmäisen kerran vuonna 1994 ja se levisi seuraavina vuosina nopeasti laajaan käyttöön. Ensimmäiset suomenkieliset julkaisut asiasta ilmesivät vuosikymmenen lopulla (Kirjavainen & Laakso-Manninen 2001; Stähle & Grönroos 1999). Osaamisen johtaminen on Viitalan mukaan määritelty seuraavasti: Osaamisen johtaminen on systemaattista johtamistyötä, jonka tarkoituksena on turvata yrityksen tavoitteiden ja päämäärien edellyttämä osaaminen nyt ja tulevaisuudessa (Viitala 2006, 38).

Riitta Hyppäsen mukaan osaamisen johtaminen on prosessi, jossa organisaation visiosta ja strategiasta johdetaan organisaation ydinosaminen ja muu osaaminen, arvioidaan nykyosaamisen tila, laaditaan kehitys-suunnitelmia ja seurataan osaamisen kehittymistä (Hyppänen 2007, 282).

Keskusteluun ovat tuoneet aineksia strategisen johtamisen, laskenta-toimen, informatiikan, tietotekniikan, organisaatiotutkimuksen, henkilöstöhallinnon, tuotekehityksen ja taloustieteen asiantuntijat. Osaamisen johtamisessa on nykyisin paljolti kysymys tämän uuden infrastruktuurin ja toimintatapojen rakentamisesta (Freeman & Louca 2001). Organisaation strategiaa koskevassa keskustelussa painopiste on siirtynyt tuotteiden ja markkinoiden tarkastelusta yrityksen voimavarojen, osaamisalueiden (competencies) ja organisaatiokohtaisen osaamisen (capability) tarkasteluun (Tsoukas 1996; Sanchez & Heene 2004).

Davenport, DeLong ja Beer (1999) antavat viitteitä kehittämään uusia välineitä osaamisen johtamiseen, jossa nähtävissä oli viisi painopistealuetta:

- 1) kokemuksesta oppimisen tehostaminen
- 2) erityisasiantuntijoiden saavutettavuuden parantaminen
- 3) tiedon ja hyvien työkäytäntöjen leviäminen

- 4) tuotekehityksen ja projektityöskentelyn tehostaminen
- 5) yrityksessä dokumentoituna olevan tiedon käytön helpottaminen.

Olellainen yhteinen piirre selvityksessä oli suuntautuminen tiedon käytön ja oppimisen tehostamiseen. Osaamisen johtamisesta käydyin keskustelun alkuvaiheessa tietoa ja osaamista tarkasteltiin organisaation varallisuuden erityisinä muotoina. Tuon vaiheen menetelmille oli ominaista keskittyminen organisaation nykyisen toiminnan edellyttämään osaamiseen, työtehtävän käyttäminen osaamisen erittelyn perusyksikkönä, yksilöiden pitäminen ensisijaisena osaamisen kantajina sekä pyrkimys luoda osaamisen mittareita. Organisaation osaamista tarkasteltiin sen eri tehtävissä toimivien yksilöiden osaamisten summana. Samaan aikaan kun organisaatiot ovat hankkineet kokemuksia uusien välineiden käytöstä, tutkijoiden piirissä on käyty vilkasta keskustelua osaamisen johtamisen perusteita. Tutkijat ovat kyseenalaistaneet monia niistä käsitteistä ja ajatusmalleista, joiden pohjalta ensimmäisiä osaamisen johtamisen menetelmiä kehitettiin. Erityisesti on kritisoitu ajatusta ensimmäisten osaamisen johtamisen yleispätevistä menetelmistä ja tutkijoiden näkemyksiä, joissa menetelmiä on kehitetty organisaation toiminnallisista yhteyksistä riippumattomina yleisinä totuuksina (Boland & Tenkasu 1995; Nonaka & Takeuchi 1995; McInerney & LeFevre 2000; Alvesson & Kärreman 2001).

Epsonin mukaan (2001) näyttää siltä, että keskustelussa ja käytännön kehittämässä ollaan siirtymässä osaamisen johtamisen toiseen sukupolveen, jossa huomio suuntautuu uuden osaamisen muodostamisen sekä niihin yhteisöihin ja verkostoihin, joissa osaamista pidetään yllä ja luodaan. Erillisten toimintojen hallinnan ja yksilöllisen osaamisen sijasta painopiste on organisaation osaamisessa (capability). Mittaamisen sijasta painotetaan uusien merkitysten muodostamista ja oppimista, joka väistämättä merkitsee myös aikaisempien käsitysten ja käsitteiden kriittistä tarkastelua tai jopa hylkäämistä (Epson 2001). Organisatorisen kehittämisen lähestymistapa keskittyy tarkastelemaan tiedon ja osaamisen hallinnan sekä muodostamisen prosesseja (Kivinen 2008; 67). Awazu ja Desouza (2004) kutsuvat näitä prosessinäkökulmiksi. Osaamisen johtaminen organisatorisen kehittämisen näkökulmasta on tietoperustaisen johta-

misen strategisen johtamistason menestystekijöitä, toisaalta prosessinäkökulmasta osaamisen johtaminen kohdentuu erityisesti operatiiviseen johtoon. Molemmat johtamisportaat joutuvat soveltamaan johtamistaan sosiaalisena konstruktiona (Kivinen 2008, 67), jolloin johtamistyön merkityksellinen kyvykkyys tulee näkyä oppimista tukevien olosuhteiden ja edellytysten mahdollistajana niiden kontekstisidonnaisuuksien kautta (McElroy 2000; Snowden 2002; Tuomi 2002, Virkkunen 2002)

Viitalan mukaan (2002) oppimista ymmärretään käytettävän tiedon kehittämiseen kohti osaamista. Prosessilähtöisen organisaation tietoperustainen johtaminen nojautuu organisaation oppimiseen. Tarkastelun perustana nähdään myös osaamisen ja oppimisen kytkentä organisaation tuloksellisuuteen: osaamisen nähdään kykenevän tuottamaan toimintaa, jonka vaikutuksesta tuloksellisuus kasvaa. Osaamisen johtaminen on eräänlainen poikkitieteellinen kokonaisuus, jota voi lähestyä eri näkökulmista ja eri painoituksin. Viitekehys ja käsitteet vaihtelevat sekä teoreettisen näkökulman että käytännön johtamistarpeiden mukaan. Osaaminen liittyy läheisesti käsitteisiin informaatio/tieto tai tietämys. Tietämyksen hallinnan voidaan nähdä nojautuvan kolmeen teoreettiseen perinteeseen tai näkökulmaan: 1) organisaation älykkyuden, muistin ja oppimisen teoriaan, 2) organisaation ja henkilöstövoimavarojen kehittämisen teoriaan ja 3) organisaatioviestinnän ja tiedon hallinnan teoriaan (Sanchez & Heene 1997).

Sveibyn (1997) mukaan osaamisen hallinnan yhteydessä tarkastellaan usein myös tiedon lähtökohtia. Tieto on muuttumassa yhä keskeisemmäksi tuotannontekijäksi, ja se voidaan jakaa kolmeen pääluokkaan; 1. sisäinen rakenne: hallinnolliset ja tietohallintajärjestelmät, organisaatio-kulttuuri, 2. ulkoinen rakenne: asiakas- ja tuottajasuhteet, tuotemerkit, organisaation imago, 3. työntekijöiden osaaminen. Tiedon lähtökohtien suuntaaminen johtamisen kautta tavoitteelliseen toimintaan nousee terveydenhuollon osaamisen johtamisen haasteeksi.

Osaamisen käsitteen määrittelyssä lähdetään usein liikkeelle tiedon käsitteestä. Sveiby (1997) tarkastelee tietoa muuttuvana, yksilöllisenä ja sanattomana kykyä toimia. Tiedon käytännön hyödyntämisen yhteydessä Sveiby käyttää ilmaisua osaaminen, jonka nähdään koostuvan eksplisiittisestä tiedosta (explicit knowledge), taidoista (skill), kokemuk-

sesta (experience), arvoarvostelmista (value judgment) sekä sosiaalisista verkostoista (social network). Osaaminen ymmärretään tässä tutkimuksessa myös kyvyksi käyttää tietoa toimimiseen (Sveiby 1997; Pulkkinen 2003; Hätönen 1998).

Tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta on vaarallista liputtaa organisaatiossa yksittäisten asiantuntijanäyttöjen sekä osaamisten puolesta. Sen sijaa tulisi vaalia ja luoda olosuhteet kollektiiviselle oppimiselle johtajuuden avulla. Älykkyyden ja loisteliaisuuden syntyminen yksin on vaarallinen fiktio. Yksittäiset asiantuntijuudet tarjoavat yleensä valmiita vastauksia ja ratkaisuja. Kuitenkin tieto ja älykkyys kehittyvät ja muovautuvat vuorovaikutuksellisesti. Kokeneessa tiimissä tai työyhteisössä työn suoritus mahdollistuu tuloksellisempana, koska jäsenten kesken muodostuu luottamus, opitaan kommunikoimaan tehokkaasti sekä opitaan käyttämään omassa oppimisessa hyötynä jäsenten osaamista sekä oppimaan toisten heikkouksista ja virheistä. Näin voidaan luoda kyvykkyyden mielentila, jossa sallitaan virheiden tekeminen niin (esim. Laitinen 2010), ettei ketään syyllistetä. Terveydenhuollossa johtamisen keinoin tulisi pyrkiä ryhmätasoisien kulttuuristen ja sosiaalipsykologisten prosessien (Kivinen 2008; 62) kautta tiedon ja osaamisen kehittämiseen ja varmistamiseen. Terveydenhuollossa perinteisesti kiinnitetään suurta huomiota, miten ihmiset yksilöinä onnistuvat. Näkökulmaa tulisi siirtää tarkastelemaan miten organisaatiossa prosessit tai toimintamallit toimivat ja miten niitä ohjataan eli johdetaan (Drucker 2004; Davenport 2007).

Osaamisen johtaminen organisaatiossa yhdistetään usein oppivaan organisaation, jonka teoreettisena isänä voitaneen pitää Peter M. Sengeä (1990) (*The Fifth Discipline*), joka jakoi oppimisen viiteen oppimisen portaaseen seuraavasti: systeemiajattelu, henkilökohtainen osaamisen kasvattaminen, käsitteellisten mallien rakentaminen, yhteisesti jaettu visio organisaation tulevaisuuskuvana ja tiimissä tapahtuva oppiminen. Virtasen (2005) mukaan monissa teoksissa on todettu, että nimenomaan yhteisen vision konstruktuoiminen ja osaamisen jakaminen korreloivat voimakkaasti työyhteisön toimivuuden kanssa (Virtanen & Wennberg 2005; Csikszentmihalyi 2003) ja toiminnan kehittämisen kanssa. Myös Chris Argyris on tuonut oman merkittävän kontribuutionsa oppivan organisaation teoriaan. Argyriksen painopisteet organisaation oppimiseen

ovat organisaation toiminnan peruslogiikan järjestäminen, organisatorisen oppimisen tavat, oppimiseen liittyvät defensiiviset tekijät sekä tiedon merkitys organisaation toiminnan perustana. Argyriksen yksi- ja kaksikehällisen oppimisen (single-loop, double-loop) teorit organisaatiossa avaavat mahdollisuuden ymmärtää tietoperustaisen johtamisen osaamisen johtamisen kehittämistä. Kun toiminnanmuutos on nopeaa ja kompleksista kaksikehällinen (double-loop) oppiminen organisaatiossa muokkaa ongelmaa kuudella askeleella verkoston (työyhteisö) käsittelyssä. Askeleet ovat ongelman tunnistaminen, organisaation sisäinen työskentely, mallinnetaan uutta toimintaa, tunnistetaan haasteet, kehitetään ja parannetaan sekä opitaan uusi toiminta. Tässä prosessissa tehdyistä virheistä oppimalla ja uutta tietoa konvertoimalla toimintaa voidaan kehittää (ks. Argyris 1990, 1991, 1993). Tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta keskeinen osaamisen johtamisen väline on osaamisen hallinta. Kun johtamistyössä ymmärretään miten asiantuntijat oppivat ja käsittelevät tietoa organisaatiossa, voidaan sitä osaamista hyödyntää palvelutoiminnan suunnittelun kentässä. Osaamisen hallinta pitää sisällään organisaatiossa olevan tiedon prosessit, joita johdetaan asiantuntijoissa sekä yhteistyöverkostoissa muodostaen tietoperustaisen johtamisen.

Terveydenhuollon toimialan kehittämistyössä on tärkeää sitouttaa asiantuntijat; palvelutoiminnan kehittämisen optimaalisuus syntyy asiantuntijoiden osaamisen avulla ja sen valjastamisella kehittämistyöhön. Hajautettu älykkyys on haaste organisaatioille, mutta myös yksilöille. Osaamisen kehittäminen huippuunsa edellyttää, että yksilö saa kosketuksen oman alansa asiantuntijakulttuuriin ja verkottuu muiden asiantuntijoiden kanssa. Merkittävät saavutukset tieteessä ja taiteessa nojautuvat usein toisiaan täydentävien ihmisten yhteisölliseen työskentelyyn. Ihmiset toimivat tien avaajina toisilleen, minkä seurauksena he pystyvät suoriutuksiin, jotka eivät olisi heille yksin mahdollista. Nämä voivat olla käsitteellisiä avauksia, joiden avulla nähdään asian ytimeen; toiminnallisia avauksia, joiden varassa ideat muuttuvat tavoitteiksi, toimintaohjelmiksi ja muuksi organisoituneeksi toiminnaksi tai ne voivat olla emotionaalisia avauksia, joiden avulla ihmiset tukevat toistensa persoonallista kasvua osoittamalla empatiaa tai hiomalla toistensa särmiä. Dynaamista ympäristöä ei voida johtaa ilman, että tiedostetaan tulkintojen elintärkeä rooli

kehittämistyössä. Tulkinnoilla tarkoitetaan käsiteltävään asiaan liittyviä eroja ja yhteneväisyyksiä toimijoiden arvoissa, tavoitteissa ja näkökulmissa (Stacey 2007). Johtamisen näkökulmasta ydinkysymys onkin miten tieto saadaan siirtymään eri toimijoiden välillä (vrt. Stacey 2007) ja miten tieto siirtyy yksilöltä kollektiiviselle tasolle ja päinvastoin. Vaikeaksi tämän tekee se, että jokaisella yksilöllä on oma kehysnäkemysensä eli viitekehys, joka ohjaa tiedon suodattamista, havaitsemista, varastointia ja uudelleen tulkintaa. Tiedon viitekehysten erilaisuus on samanaikaisesti sekä haaste, että suuri mahdollisuus. Mahdollisuuden siitä tekee se, että erilaiset tavat tulkita informaatiota antavat tilaa uusiin oivalluksiin ja innovaatioihin. Tulkintojen avulla johtamisen voi nähdä tarkoittavan myös sitä, että toimijat luovat itselleen kuvaa tuntemattomasti ja kykenevät sen avulla entistä paremmin ohjaamaan toimintojaan. Toimijoiden ajattelumallit ovat syntyneet aiempien kehitysvaiheiden kuluessa ja niitä pidetään yllä monin tietoisin ja tiedostamattomin tavoin. Vanhat ajattelumallit, niistä kumpuavat toimintatavat sekä niistä heijastuva kielenkäyttö saattavat estää näkemystä uusia mahdollisuuksia. Koko toiminta saattaa tosiasiaa suuntautua olemassa olevan tilanteen ylläpitämiseen. Osamista täytyy johtaa entistä järjestelmällisemmin ja tavoitteellisemmin.

Nonaka & Takeuchi (1995) sekä von Krogh & von Hippel (2007) katsoivat, että uuden tiedon tuottamista ei voida suoranaisesti johtaa, mutta sille voidaan luoda organisatorisia edellytyksiä muodostamalla tulevaisuuden visioon perustuva käsitys siitä, millaista osaamista tulevaisuudessa tarvitaan, ohjaamalla organisaation sisäistä keskustelua, tukemalla uuden tiedon ja osaamisen aktiivisia kehittäjiä, luomalla oikeanlaisia ympäristöjä osaamisen kehittämistä varten sekä levittämällä ja yleistämällä eri yksiköissä syntyneitä hyviä käytäntöjä ja oivalluksia. Toisaalta nämä keinot ovat välillisiä ja jättävät itse uuden tiedon muodostusprosessin paljolti sattumanvaraiseksi (Virkkunen 2002). Keskeinen kysymys on voidaanko uuden osaamisen kehittämiseen löytää menetelmiä, jotka ohjaavat itse prosessia tuhoamatta sen edellyttämää luovuutta.

Voidaanko millään näistä malleista selittää lopulta miten organisaatiossa oppiminen tapahtuu tai miten yksilö oppii organisaatiossa? Tietoperustaisessa johtamisotteessa johtajan on kyettävä luomaan kyvykkyyden ja osaamisen ilmapiiri, jolloin ihmiset rohkeasti lähtevät luomaan

uutta tietoa sekä käytäntöjä. Pfeffer ja Sutton (2006; 95) ovat tutkineet, että kyvykkyyden ilmapiiri nostaa yhteisön jäsenten osaamistaitoja, jolloin voidaan puhua kyvykkyyden ja osaamisen mielentilasta. Osaamisen johtamisessa on myös kysymys mielentilasta, johtajan kyvykkyyttä luoda oppimisen, kysymisen ja virheiden mahdollisuus sekä tilaisuus (ks. Pfeffer & Sutton 2006; Lehtonen T. 2002.).

4.6 Teoreettinen yhteenveto tietoperustaisesta johtamisesta

Organisaation kehittyminen vaatii johtamisen osaamisen kehittymistä. Tietoperustainen johtaminen on nykyaikaisen, tietointensiivisen asiantuntijaorganisaation tapa johtaa. Tietoperustainen johtaminen käyttää tietoa johtamisen välineenä, jossa tietoa ei johdeta, eikä tieto johda. Tieto kiinnittyy asiantuntijoihin, järjestelmiin ja rakenteisiin dynaamisina virtoina. Virtoja johdetaan asiantuntijoita johtamalla. Tähän tarvitaan osaamista ja kyvykkyyttä hallita eri johtamistasoilla vaadittavia liiketoimintataitoja mm. talouden, toiminnankehittämisen ja toiminnansuunnittelun alueilta. Tarvitaan henkilöstöjohtamisen taitoja sekä korostuneen kehittyneitä vuorovaikutus- ja kommunikaatiotaitoja. Tietoperustainen johtaminen korostaa kokemuksellisuutta ja intentionaalista johtamisotetta. Johtamistoiminnan intentionaalisuus tarkoittaa johtamisessa olevaa selkeää, sovittua suuntaa ja kohdetta sekä tavoitteellista johtamisotetta, jota voidaan arvioida. Tietoperustainen johtaminen on osaamisen johtamista ja voidaan käsittää olevan kyvykkyys ja kokemuksellisuus ymmärtää, nähdä ja mahdollistaa sekä paikantaa osaaminen organisaation hyväksi. Organisaation kollektiivinen osaaminen ei ole yksilöiden yhteenlasketua osaamista vaan kysymys on organisaatio-oppimisen mekanismeista, kyvykkyydestä suhteuttaa aikaisemmin opittu uuteen, sekä organisaation kyvystä poisoppia vanhoista totutuista malleista. Osaamisen johtaminen on strategista johtamista ja näin olleen tietoperustaisen johtamisen yksi menestystekijä.

TAULUKKO 7 Johtamisen teoreettiset, käsitteelliset ja tutkimukselliset teemat.

Johtamisen teoreettiset teemat	Johtamiset käsitteelliset teemat	Tutkimukselliset teemat esim.
Tietoperustainen johtaminen	Tietoon ja näyttöön perustuva johtaminen Johtamisen polkutieto Johtamisen tasot	Pfeffer & Sutton 2006, Mintzberg 2002
Johtaminen	Johtamisen kehittyminen	Drucker 2000, Porter & Teisberg 2006
Osaamisen johtaminen	Ydinosaaminen	Argyris 1990–1991, Stähle & Grönroos 2001
Palvelutoiminnan johtaminen	Prosessien johtaminen	Mäntyranta et al. 2004; Lillrank & Venesmaa 2010

Tämän tutkimuksen näkökulma terveydenhuollon johtamiseen ja sen uudistamiseen on ymmärtää johtamistyön ydin- eli perustehtävä (vrt. core competence) johtamistasojen määrittelyn kautta. Tasot jaetaan strategiseen ja operatiiviseen johtamiseen. Näille tasoille asetetaan mitattavissa ja arvioitavissa olevat tavoitteet. Palvelutoiminnan johtaminen tapahtuu prosesseja johtamalla. Palvelut, joita johdetaan, jaetaan horisontaalisiin ja vertikaalisiin palveluihin. Prosessilähtöisen organisaation tietoperustainen johtaminen nojautuu organisaation oppimiseen. Tarkastelun perustana nähdään myös osaamisen ja oppimisen kytkentä organisaation tuloksellisuuteen: osaamisen nähdään kykenevän tuottamaan toimintaa, jonka vaikutuksesta tuloksellisuus kasvaa. Tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta tulisi luoda olosuhteet kollektiiviselle oppimiselle, koska tieto ja älykkyys kehittyvät ja muovautuvat vuorovaikutuksellisesti.

Yksilöiden osaaminen on kuitenkin yksi organisaation osaamisen lähtökohta. Ei ole mitään sellaista osaamista, joka syntyisi organisaatioon ilman ihmistä. Tämän vuoksi osaamisen johtamisen ymmärtämisen ydin on oppimisen ja osaamisen ymmärtäminen, joista muodostetaan kollektiivisuus, tietointensiivisyys ja tietopääomien kokonaisuus ja viitekehys. Organisaatiokulttuurin uudelleen muotoutuminen johtamistyön avulla voi tapahtua tietoisien valinnan kautta ja näkyä sosiaalisten verkostojen oppimiskyvykkyyden lisääntymisenä sekä organisaation psykologisen-

sosiaalisen- sekä oppimiskyvykkyyden kehittymisenä (Scott et al. 2003; Parker 2004; Stewart 2002; Learmont & Harding 2006).

Tietoperustainen johtaminen on osaamisen johtamista, kun osaamiselle luodaan organisatorisia edellytyksiä. Tällöin muodostetaan tulevaisuuden visioon perustuva käsitys siitä, millaista osaamista tulevaisuudessa tarvitaan. Tämä tapahtuu johtamalla organisaation sisäistä keskustelua, tukemalla uuden tiedon ja osaamisen aktiivisia kehittäjiä, luomalla oikeanlaisia ympäristöjä osaamisen kehittämistä varten sekä levittämällä ja yleistämällä eri yksiköissä syntyneitä hyviä käytäntöjä ja oivalluksia (esim. Nonaka & Takeuchi 1995; von Krogh & von Hippel 2007).

5 Tutkimustulokset

Julkisen terveydenhuollon organisaatioiden kompleksiset toimintaympäristön muutokset, joihin sisältyvät mm. väestörakenteen muutokset, terveyteen ja sairastavuuteen liittyvät muutokset, lääketieteelliset teknologiset muutokset, hoitokäytännöt, henkilöstöressurssien saatavuus sekä esim. yhteiskunnalliset muutokset mm. taloudessa, ohjaavat osaltaan palvelutoiminnan suunnittelun kenttää, johon hyvällä johtamisella voidaan vaikuttaa.

Terveyspalvelujen tuottajakenttä monipuolistuu kuluttaja- ja asiakasnäkökulmien voimistuessa. Asiakkaiden – potilaiden muuttuvat odotukset ja kilpailutilanteen vahvistuminen tuovat uusia haasteita. Globaalin kansainvälisen yhteistyön merkitys kasvaa muuttuvan maailmantalouden ja muun globaalin kehityksen myötä, millä on heijastusvaikutuksia terveydenhuollon palvelutoimintaan sekä rakenteisiin. EU-työvoiman vapaa liikkuvuus ja muu maahanmuutto vaikuttavat maan terveystalouden toimintamuutoksiin sekä palvelutarpeisiin. Toimialaa koskettavat moninaiset kerrostukselliset muutospaineet ja vaateet. Näihin muutoksiin yhteiskunnassa on lähdetty hakemaan vastauksia poliittisessa keskustelussa terveydenhuollon rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia hakien. Keskustelua ei ole suunnattu ja terävöitetty siihen, miten näitä rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia johdetaan organisaatioiden sisällä. Rakenteelliset muutokset eivät tule tuottamaan yhteiskunnallisesti sitä julkisen terveydenhuollon palvelutoiminnan ja talouden haluttua kehityssuuntaa mikäli organisaatioiden sisällä olevia johtamisjärjestelmiä ja toimintamalleja ei kyetä nykyaikaistamaan. Tehokkuus, joustavuus ja tuottavuus tulevat rakenteiden sisältä ja rakenteiden kautta, ei itse rakenteista. Rakenteet toimivat mahdollistajana, mutta johtamisen uudelleen järjestäytyminen ja linjaaminen toimialassa olevien johtajien ja asiantuntijoiden kautta tuottavat kehittymistä ja tuoksellisuutta. Tutkimukseni tavoitteena on ollut löytää elementtejä, joilla terveydenhuollon palvelutoiminnan suunnittelun kehittämistä, sekä tietoperustaista johtamista voidaan kehittää ja ymmärtää.

5.1 Tietoperustainen johtaminen ja tieto julkisen terveydenhuollon organisaatioissa

Pääluvussa 3 todettiin, että terveydenhuollon palvelutoiminnan suunnittelua ohjaa lainsäädäntö sekä yhteiskunnallinen poliittinen keskustelu sekä eri toimijoiden omat tarpeet ja näkemykset. Tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta johto ja johtaminen ovat olemassa organisaation tuloksia varten. Johdon tulee määrittää halutut tulokset ja organisoida resurssit niin, että halutut tulokset on mahdollista saavuttaa. Sen tehtävänä on antaa organisaatiolle kyky tuottaa tuloksia. Johtaminen on työkalu, funktio ja väline, jolla organisaatiot tehdään kykeneväksi tuottamaan tuloksia ja tähän tarvitaan tietoa (vrt. Drucker 2000, 55).

Palvelutoiminnan suunnittelu on laaja kokonaisuus, jonka hallinta on yhä merkityksellisempää toimialan muutosten näkökulmasta. Palvelutoiminnan suunnittelua tehdään erikoissairaanhoidon substanssin näkökulmasta erikoislääkärivetoisesti eri prosessitoimijoiden verkostoissa. Palvelutoiminta kuitenkin rakentuu prosessien ja hoitoketjujen välillä eri toimijoiden verkostoissa, joissa perusterveydenhuolto ja kunnat kokonaisuudessaan ovat merkittävässä aktiivisessa roolissa. Tiedon käyttäminen sisäisessä suunnittelussa kuvataan asiantuntijoiden mukaan kirjavaksi ja merkittävänä muutoksena organisaation sisällä nähdään tiedon rakentuvan verkostoissa, ei niinkään tiivistyksen rooleihin tai asemiin.

Asiantuntijoiden näkökulmasta yhteistyö kuntien sekä ulkoisten yhteistyökumppaneiden kanssa tulisi saada aktiivisemmaksi, jolloin tietoa voitaisiin siirtää ja vaihtaa paremmin eri suunnitteluprosessien vaiheiden aikana. Yleisesti julkisen toimialan haasteiksi ovat muodostuneet tilanteet, joissa yhteiskunnassa palkat ja kiinteät kustannukset, sekä toimialan kehittämiskustannukset nousevat joka vuosi. Kuitenkin palvelutoimintaa pitäisi pystyä tuottamaan taloudellisimmin kustannuksia leikaten. Kuntien ahtaat taloudelliset näkymät pakottavat leikkaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia. Erikoissairaanhoidon teknologian ja osaamisen kehittyminen mahdollistaa yhä vaikeampien ja komplisoidumpien sairauksien hoitamisen. Yhä kehittyneempi toiminta maksaa, mutta kunnilla ei ole riittävästi tietoa mitä mm. näiden vaikeiden tapausten hoitaminen tarkoittaa kokonaisuudessa. Erikoissairaanhoidon joutuu priori-

soimaan potilaitaan. Priorisointiin tarvitaan tietoa prosessien eri osista, jolloin päätöksiä tehdään potilaan terveyshyödyn (ks. Pekurinen et al. 2011) ja eettisyyden näkökulmista.

Asiantuntijoiden mukaan prosessien ja hoitoketjujen kokonaistieto jää usein puuttumaan kunnilta. Dualistisen tiedon lisääminen suunnitteluprosessin kuntaneuvottelukokonaisuudessa nähtiin tulevaisuudessa olevan välttämätöntä.

Johtamisen vaikuttamisalue (Drucker 2000, 48–49) tulisi määrittää terveydenhuollossa uudestaan, jolloin se kattaisi koko toimintaprosessin. Tällöin johtamista ei eriytetä esimerkiksi taloudellisista tai tuotannollisista prosesseista vaan se on määritettävä myös operatiivisesti. Tällöin keskitytään koko talouden ketjun tuloksiin, suoritteisiin sekä resursseihin. Johtaminen ei määriyty pelkästään juridisilla rajoilla vaan myös operatiivisesti. Käytännössä tämä tarkoittaa julkisen terveydenhuollon palvelutoiminnan suunnitteluprosessin avaamista johtamisen eri tasoille, jolloin tuotettava tieto suunnitteluprosessiin tarkentuu. Suunnitteluprosessia ei ohjata poliittisesti, mutta tunnustetaan, että poliittiset ja lainsäädännölliset ohjausjärjestelmät vaikuttavat vahvasti. Palvelutoimintaa ei tule johtaa johtamisen legitimitietin näkökulmasta. Palvelutoiminnan suunnitteluprosessin johtaminen tulee vaatimaan yhteisesti määritettyjä uudistettuja toimintamalleja julkisen terveydenhuollon ja kuntien välille.

5.1.1 Tieto palvelutoiminnan suunnittelussa

Tiedon käyttö palvelutoiminnan suunnittelussa ja organisaation mikro-tason suunnittelussa nähtiin asiantuntijoiden mielestä väljänä jaotteluna singulaarisen, yksittäisen tiedon (esimerkiksi eri tietojärjestelmät, dokumentit, raportit) tai tietoryppään käyttämisenä. Merkittävänä nähtiin kyvykkyys löytää relevanttia tietoa sekä osaamista käyttäjä ja muodostaa tietoa yhteistyöverkostoissa ja prosessityöskentelyssä. Tietoa käytetään jatkuvasti ns. arkitietona, jonka nähtiin tarkoittavan nopeasti saatavilla olevaa valmista raportti- tai tilastotietoa järjestelmistä. Jatkovaa ja systemaattista uuden tiedon hakemista, käyttämistä ja muodostamista ei tunnustettu laaja-alaisesti yksittäistapauksia lukuun ottamatta. Palvelutoiminnan suunnittelun nähtiin toteutuvan myös jatkuvana työn kehittämisenä prosessitoiminnassa. Tähän suunnitteluun erikoislääkärit tuovat

lääketieteellisen osaamisen ja tiedon sekä kliinisen päätöksenteon, joista hoitokokonaisuudet osaltaan rakentuvat. Tieto tuodaan kansainvälisen ja kansallisen verkoston ja koulutuksen kautta, sekä asiantuntijoiden henkilökohtaisten oppimispolkujen avulla. Yksittäisen uuden tiedon tuominen substanssisuunnitteluun nähtiin olevan arkea, mutta kokonaisuuden suunnittelussa yksittäisten tietojen koostaminen suuremmaksi osaamis- ja tietokokonaisuudeksi jäi puuttumaan tai hyvin ohueksi. Tärkeänä nähtiin kykyä hahmottaa tulevaa ja siihen varautumista, jolloin avainosaaminen on tunnistaa sitä, mitä ei vielä tiedetä (vrt. Laitinen 2010; 17).

Tutkimuksessa asiantuntijat käyttävät mikrotason suunnittelussa tietoa yksinkertaisena välineenä palvelutoiminnan kehittämiseen, kun focus group -haastatteluaineiston mukaan tietoa tulisi käyttää keinona mahdollistaa toiminnan kehittäminen tiedon kerroksellisuuden (vrt. double-loop oppiminen) avulla. Tutkimushavaintona tieto kuvataan yksinkertaisena, konkreettisena välineenä suunnittelutyössä, kun toisaalta tavoitellaan organisaatiotasoisien ja kumuloituneen tiedon käyttämistä keinona ja mahdollisuutena, jolloin tieto toimii ikään kuin maisemana ja viitekehystenä suunnittelutyössä.

Asiantuntijat muodostivat väljää jaottelua siitä, miten tietoa käytetään talon sisällä sisäisessä palvelutoiminnan substanssin ja prosessien suunnittelussa sekä miten tieto liikkuu ja siirtyy ulkoisissa yhteistyöverkostoissa. Tiedon konvertointi palvelutoiminnan suunnitteluun dualistisesti eri toimijoiden kesken nähtiin merkittävänä tekijänä koko palvelutoiminnan suunnitteluprosessin onnistumiselle. Johtamistyön tulisi mahdollistaa asiantuntijoille verkostoja tiedon siirtymiselle sekä kehittymiselle (vrt. Syväjärvi 2005, 47), jolloin myös johtamistyön tulee herkiytyä mm. kuuntelemaan ja keräämään organisaatiossa olevasta keskustelusta oleellinen.

Bransfordin, Brownin ja Cockingin (2000, 31) mukaan asiantuntija pystyy tunnistamaan kyseisellä alalla ongelmia ja ratkaisemaan niitä tehokkaasti. Asiantuntija pystyy esimerkiksi havaitsemaan informaatiota olennaisia asioita ja hahmottamaan suuresta määrästä informaatiota tuttuja rakenteita eli järjestämään tätä informaatiota. Tutkimustuloksena asiantuntijat hallitsevat kliiniseen työhön ja kliiniseen päätöksentekoon tarvittavaa tietoa, mutta tämän tiedon käyttäminen ja muuntaminen

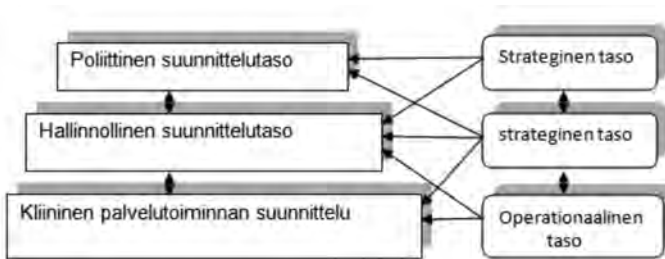
johtamistiedoksi suunnitteluprosessissa tai mikrosuunnittelun rajapinnoissa (esim. perusterveydenhuolto-erikoissairaanhoido tai erikoissairaanhoido-kunta) nähtiin haasteellisena suunnittelun viitekehyksen jäädessä kapea-alaiseksi.

Syväjärven (2005, 48) tutkimuksessa viitataan tulevaisuuden ryhmätason osaamisvaatimuksiksi moniammatillisten ja kollektiivisten kompetenssien tehokasta hallintaa hyödyntäen niitä organisaation hyväksi. Kollektiivisen tiedon muodostumiselle tulisi luoda tilaa myös epävirallisten foorumien lisäksi (Ba:n luominen). Asiantuntijat näkivät tiedon kehittymisen tarvitsevan paljon yhteistä keskustelua asiantuntijaorganisaatiossa, mitä tukevat yhteiset ja yksilötason koulutukset, seminaarit ja teollinen kongressitoiminta (vrt. Kivinen 2008, 201). Laitisen (2010, 86) tutkimuksen mukaan johtamisen näkökulma painottuisi yksilön sijaan ryhmäprosesseja tukevasti. Saatua ja uudelleen muodostettua arkitietoa hyödynnetään faktatiedon lisäksi, jolloin kokemus ja näkemys muovavat tiedosta tietoperustaista palvelutoiminnan suunnittelua.

Asiantuntijoiden mukaan ns. supertiimit muodostuvat hyvin johdetuista asiantuntijoista, joiden tiedollista tasoa kyetään kollektiivisesti nostamaan. Tiimit pystyvät tuottamaan uutta tietoa prosesseihin, jotka tuottavat ja konvertoivat tietoa uudelleen suunnitteluun ja johtamiseen. Ilman jatkuvaa uuden tiedon tuottamista palvelutoiminnan suunnittelu jää ns. vanhan päälle liimaamiseksi. Teoreettisesti kiinnostavaa on kiinnittää palvelutoiminnan suunnittelun konvertoimattoman tiedon käyttämättä jättäminen organisaation single-loop -oppimiseen (vrt. Argyris 1978, 18), jolloin organisaation uutta tietoa ei kyetä käyttämään suunnitteluun vaan lähinnä olemassa olevan tiedon yksinkertaiseen päivittämiseen. Asiantuntijoiden mielestä yksittäinen henkilö ei voi hallita tiedollisesti koko suunnitteluprosessia, jonka vuoksi suunnittelua tulisi koordinoita sisäisessäkin prosessissa yhä vaativammin ja nopeatemppoisemmin alhaalta ylöspäin. Tällöin kiinnostavaa on kontaktoida tieto ja tiedon käyttäminen organisaation ja suunnittelutoiminnan double-loop -oppimiseen (Argyris 1978, 18–24), jolloin tieto ja osaaminen kerroksellistuvat johtaen toimintatapojen muutokseen, vrt. esimerkiksi hoitoketjujen kehittäminen. Näin organisaation on mahdollista kehittyä vanhasta, kontrolliin perustuvasta top-down -toiminnan (vrt. Zhu 2008)

suunnittelusta ja johtamisesta aitoon vastuun antoon ja tietoperustaiseen johtamiseen.

Palvelutoiminnan suunnittelussa tarvitaan tietoa päätöksentekoa varten. Tulosten mukaan pidettiin tärkeänä aktiivista tiedonsiirtoa palvelutoiminnan eri mikrotason suunnitteluprosessien osissa, johon nähtiin kuuluvan kunnat, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido. Kuviossa 17 nähdään millaisilla tasoilla tietoa joudutaan muodostamaan, käyttämään sekä konvertoimaan uudelle tasolle. Palvelutoiminnan suunnittelun kehittyminen tarvitsee eri tasoilta kertynyttä tietoa. Tieto ei jalostu, konvertoitu suunnittelun tasoilla lineaarisesti, horisontaalisesti tai vertikaalisesti (ks. kuvio 17). Tieto kulkee verkostoissa välillä vaikeasti ennustettavasti. Verkostojen välillä olevat henkilöt kumuloivat ja kuljettavat tietoa. Eri tasot ovat toistensa tiedoista riippuvaisia ja tarvitaan esimerkiksi hyvin johdetut työryhmät tai palaveri- ja kokouskäytännöt, jotta verkostot toimivat. Teoreettisesti tiedon näkökulmasta kytkisin palvelutoiminnan suunnittelun onnistumisen enemmän henkilöstöjohtamisen taitoihin, kuin perinteisesti informaatio-ohjaukseen tai tietojohdamiseen. Tieto mahdollistaa onnistumisen, jolloin henkilöitä joilla oletetaan olevan haluttua tietoa, tulee osata johtaa.



KUVIO 17 Tiedon muodostuminen ja konvertointi.

Tutkimustulosten mukaan asiantuntijat kokivat haasteena, miten verkostoyhteistyö saadaan aidosti ja avoimesti toiminaan tiedon siirron näkökulmasta. Teoreettinen kytkentä tiedon sosiaaliseen perustaan (vrt. Tuomi 2000) herättää kysymyksen onko kysymys kuitenkin enemmän tietyn yhteisön/tiimin/työryhmän sisäisestä toiminnasta, miten kom-

munikoidaan, miten tietoa vaihdetaan, miten sosiaalinen arkkitehtuuri toimii, kuinka luottamus rakentuu tiimissä? Onko kyse yksilöiden osaamisesta vai yhteisön osaamisesta siirtää tietoa vai onko kysymys johtamisesta? Yksilötasolla tietoa on; mutta miten tilanteita johdetaan niin, että BA mahdollistuu? Organisaatiossa tulee ymmärtää henkilöstöjohtamisen keinot palvelutoimintaympäristön kehittämiseksi. Miten palvelutoiminnan suunnittelua johdetaan niin, että asiantuntijat pystyvät hyödyntämään tietotaidon organisaation hyväksi?

Asiantuntijoiden näkökulmasta aktiivinen yhteinen johdettu prosessityöskentely, jossa mm. yhteisiä sähköisiä järjestelmiä voi olla mahdollisuus hyödyntää, sekä jatkuva dialogi suunnitteluprosessin eri vaiheissa mahdollistaisi molemminpuolisen hyödyn talouden ja palvelutoiminnan suunnittelun kokonaisuuden näkökulmasta. Kuntiin tarvitaan tuotettua analyysitietoa potilaista, potilasvirroista (flow), potilas/käyttäjärakenteesta, mitä sairastetaan, potilaiden ikäjakaumasta suhteutettuna kunnan väestörakenteeseen, ennusteita sekä taloustietoa palveluista. Kuntiin tulee myös tuottaa tietoa siitä, millä rakenteella palvelu voidaan optimaalisesti tuottaa. Erikoissairaanhoidon on velvollinen kehittämään toimintaansa ja sisäistä rakennettaan toimiakseen kustannusoptimaalisesti. Yhteisten tietojärjestelmien rinnalle tarvitaan kuitenkin yhteistyöfoorumit, koska tietojärjestelmien informaatio muokkautuu tiedoksi ja tietämykseksi ihmisten välityksellä (Ihalainen 2010; 76). Terveyspalveluiden suunnittelu tulee nähdä kokonaisuutena, jota kehitetään ja johdetaan yhteistyössä.

Suunnittelussa tulee olla potilasnäkökulma. Hoitoprosessit tulisi nähdä kokonaisuutena ja keskustelua tulisi käydä pitkin vuotta [haastattelu 16].

Selkeä toimintamalli millä pelataan. Fiilis, että kaikki optimoi omaansa. Jokainen tuo omaansa erikoisalakohtaisesti ja kokonaisuus sitten vedetään ihan muualla [haastattelu 21].

Mikä on johtamistyön osuus suunnittelussa? Pitäisi olla muutakin kuin TA-keskustelua yhteisesti [TA-keskustelulla tarkoitetaan talousarviokeskustelua, haastattelu 24].

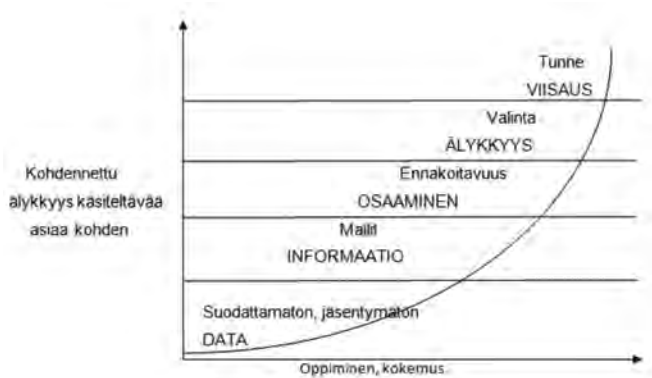
Aika paljon niin, että päivitetään edellisvuoden pohjat [haastattelu 9].

Palvelut suunnitellaan talon sisällä ja kaupataan ne kuntiin [haastattelu 12].

Pitäisi yhteisesti miettiä mitä rahalla tulee saada ja kenelle, kuka niin ku tarvii, eikä jokainen erikoisala vedätä omaansa. Kuka sen kokonaisuuden funtsii [haastattelu 14]?

Asiantuntijoiden mukaan yhteistä prosessien vaikuttavuusarviointia perus- ja erikoissairaanhoidon välille tulisi tulevaisuudessa rakentaa, sekä lisätä asiantuntijoiden roolia tuottaa analyysitietoa palvelutoiminnasta. Johtamisroolien mukaisesti tuotettua tietoa tulisi siirtää suunnittelussa eteenpäin ja ylöspäin. Käytännössä tämä tarkoittaa hyvää ennustettavuutta tulevista palveluista ja toiminnasta erikoisalakohteisesti. Kuntiin halutaan lisätä ohjausta substanssipäätösten vaikuttavuudesta terveystalvelukentän kokonaisuuteen. Mahdollisuus tähän nähtiin nousevan aktiivisesta vuoropuhelusta ja tiedon tuottamisesta kuntiin prosessien ja eri asiantuntijayhteyshenkilöiden kautta, sekä luomalla uudenlainen yhteistyöverkosto. Kovan, reaaliaikaisen faktatiedon lisääminen nähtiin toivotavana, joka mahdollistaisi parempaa ja laadukkaampaa päätöksentekoa.

Tutkimuksen mukaan kysymys on tiedon hierarkioiden uudelleen järjestäytymisestä. Kysymyksenä asetettiin millaista tietoa tarvitaan? Ei riitä, että puhutaan enää faktatiedosta vaan tarvitaan viisautta. Palvelutoiminnan suunnitteluun tarvitaan jäsennellympää, tarkempaa tietoa, joka kytetään integroimaan laajempaan kokonaisuuteen. Mitä oman palvelutoiminnan suunnittelu tarkoittaa isommassa mittakaavassa? Tarvitaan selkeä linjaus, miten prosessien rajapintatyöskentely varmistetaan, kuka nimetään vastuulliseksi ja miten sen onnistumista mitataan. Rajapinnat on tunnistettu usein haasteellisiksi, mutta keinot onnistumiseen ovat jääneet varmistamatta.



KUVIO 18 Johtaminen ja viisaus.

Oppimisen ja kokemuksen kasvaessa johtaminen jäsentyy laajempaan viitekehukseen, jossa johtamistyötä tehdään (kuvio 18). Mitä suurempi kapasiteetti on käyttää johtamistyössään älykkyyttä (intellectual) ja mitä suuremman oppimisen ja kokemuksen johtaja omaksuu, sen merkittävämmällä ja suuremmalla viisaudella (wisdom) (ks. Ackoff 1989) hän kykenee johtamistyössään toimimaan. Tietoperustaisuus on viisautta käyttäen tietoa, hakea tietoa sekä tunnistaa olemassa oleva ja puuttuva tieto.

Mikrotason palvelutoiminnan suunnittelun (kuvio 19) tiedonkiertokulussa voidaan rakenteellisesti nähdä organisaation sisäinen ja ulkoinen syklisyys. Sisäisessä tiedonkiertossa operatiiviselta tasolta kliinisten asiantuntijoiden muodostaman suunnittelutiedon, faktatiedon, tulee nousta analysoitavaksi seuraavalle johtamistasolle. Analysoitu tieto konvertoidaan johtamistiedoksi kvantitatiivisesti tilastojen ja ennusteiden sekä kvalitatiivisesti toiminnan suunnittelun kirjallisessa muodossa. Tieto kiertää ja konvertoituu johtamisen ylimmällä tasolla strategiseksi johtamistiedoksi.

Asiantuntijoiden mielestä erikoissairaanhoidon yksiköt tuottavat asiantuntijavetoisesti tietoa nykytilasta sekä ennusteen kautta tietoa palvelutoiminnan tarpeesta substanssitasolla. Tietoa tulisi koota koordinoitummin ja tarkemmin aluetasolla palvelutoiminnan kokonaisuudeksi, jota voidaan työstää yhteistyöneuvotteluissa prosessimaisesti.



KUVIO 19 Jatkuva tiedon kierto.

Resurssit ja toimialamuutokset pakottavat aktiivisempaan yhteistyöhön. Uusi näkökulma tarjoaa kuntien ja erikoissairaanhoidon/perusterveydenhuollon toimintamallia, jossa palvelutoiminnan suunnittelua tehdään co-operatiivisesti useammalla johtamistason portailla. Asiantuntijoiden mielestä toimintamalli säästäisi kustannuksia tai mahdollistaisi sen kohdentamista nykyistä paremmin ja tehokkaammin. Toimintamallin rakentaminen vaatisi yhteisen tahtotilan sekä asiantuntijoita kokoamaan ja käynnistämään systemaattisempaa yhteistyötä, jossa painopiste tulisi olla ennakoivassa terveysuunnittelussa.

Asiantuntija tekee arjessa hoitopäätöksen, jonka vuoksi priorisointikeskustelu tulisi tehdä muualla valmiiksi. Ei asiantuntija voi jokaisen potilaan kohdalla käydä tätä keskustelua. Tämän vuoksi kunnissakin tulisi olla paremmin tietoa palvelutoiminnan sisällöstä. Eihän ne nyt sydänleikkauksia kappaleittain osta, mutta näkemys väestön sairauskäyttäytymisestä ja ennusteista tulisi paremmin olla esillä [haastattelu 26].

Tiedon käyttäminen on todella kirjavaa, välillä lisätään tai poistetaan entisistä taulukoista [haastattelu 3].

Poliittinen päätöksenteko sotkee usein kliinikoiden suunnittelua [haastattelu 9].

Tulisi olla paljon aktiivisempaa yhteistyötä ilman optimointia. Se vaan on niin, että jokainen yrittää pitää penneistään kiinni. Aika vähän sitä aidosti yhdessä pohditaan kuntien kanssa. Pari kolme tilaisuutta, jossa edelleen jokainen puhuu omasta hiekkalaatikosta [haastattelu 6].

Tahtoa yhteistyöhön on ja pitäisi löytää joku toimintamalli. Sitten sitä miettii mistä senkin ajan ottaa [haastattelu 9].

Yhteistyön lisääminen ja onnistuminen alkaa olla vähän pakko [haastattelu 7].

Terveydenhuollon organisaatiot ovat vahvasti prosessimaisia organisaatioita, joissa palvelutoimintaa rakennetaan prosessien, hoitoketjujen ja palvelumallien avulla. Teoriaosan pääluvussa 3 tarkasteltiin prosesseissa ja palvelutoiminnan suunnittelun eri tasojen tiedon hankintaa. Prosessit nähtiin suurimmaksi osaksi työvälineenä hahmottamaan, kehittämään ja johtamaan palvelutoiminnan suunnittelukenttää. Keskeistä on tunnistaa miten prosessien sisällä tietoa tuotetaan ja miten tieto siirtyy eteenpäin kehittämistoimintaan ja johtamiseen. Prosessien johtajilla tai ns. prosessien omistajilla nähtiin olevan keskeinen rooli tiedon tuottamisen ja siirtämisen roolissa (vrt. teoria pääluku 3 dualistinen tieto). Prosessien sisällä olevan tiedon hyödyntäminen ja johtamistiedon vieminen prosesseihin on vielä heikkoa. Asiantuntijoiden mielestä prosesseissa tietoa käytetään kankeasti substanssin suunnitteluun, ja talous- ja henkilöstötiedon käyttäminen suunnittelussa on lähes olematonta. Johtajan rooliksi nähtiin tiedon syöttäminen suunnittelukenttään sekä tiedon jatkuva analysointi. Toisaalta lähijohdon rooliksi toivottiin osaamista henkilöstötietojen hallintaan prosesseissa, jolloin työnkehittäminen ja – suunnittelu integroituisi prosessien sisään.

Johtamistiedon siirron nähtiin onnistuvan mikäli johtamisjärjestelmän vastuut ja roolit ovat selkeät. Tällöin prosessijohtaja voi tuottaa johtamistietoa ylöspäin sekä suunnittelu- ja kehittämistietoa alaspäin ja horisontaalisesti. Prosessijohtajien nähtiin onnistuvan tiedon konvertoinnissa sisäisessä kehittämisverkostossa sekä ulkoisessa koulutusympäristössä. Kokonaisuutena tiedonhallintaa on mahdollista kehittää yksittäisissä

prosesseissa sekä verkostoissa, jonka nähtiin onnistuvan systemaattisen kehittämisen ja johtamistoiminnan avulla. Asiantuntijat pohtivat organisaation kyvystä käyttää ja muuntaa tietoa toimintamalleiksi ja uusiksi käytänteiksi (ks. Pfeffer & Sutton 2000). Asiatyhteydessä nousi tiedon ja luottamuksen väliset suhteet toiminnankehittämisen ja johtamisen välillä. Mikäli, johto ei luota eri johtamistasojen tiedolliseen osaamiseen nähtiin sen heikentävän tiedon muodostumista.

Johtamisella vaikutetaan organisaatiokulttuurissa oleviin sosiaalisiin rakenteisiin ja verkostoihin, joissa tiedon muuntuminen toivottuihin käytäntöihin mahdollistuu (vrt. Reagans & McEvily 2003; Pfeffer ja Sutton 2006). Tämä tapahtuu yhteisesti hyväksytyjen keskustelujen, päätösten ja sopimusten avulla tai sosiaalisen arkkitehtuurin avulla, jossa asiantuntijat ottavat kollektiivisesti käyttöön uusia toimintamalleja (esim. Nonaka & Konno 1998; Nonaka et al. 2001).

Prosesseissa on tavaraa, mutta kun järjestelmistä pitäisi saada jotain järkevää nopeammin käyttöön [haastattelu 22].

Ihan lasten kengissä koko homma [haastattelu 17].

Kyllä sitä on hyvät mahdollisuudet mallintaa prosesseja ja näyttää sitä kautta, miten hommat toimii tai ei toimi. Minä olen käyttänyt näitä pohjia omissa kuukausipalaverissa ja kyllä se vie hommia eteenpäin [haastattelu 4].

Meillä tulisi olla paremmin aikataulutettua tämä touhu. Osa porukasta osaa suunnitella prosessien kautta jo vaikka mitä, toiset eivät edes ymmärrä miksi koko hommaa viedään [haastattelu 14].

Toiminnan kehittäminen tapahtuu prosesseissa, ja se on se mihin kaikki menee. Henkilöstöjohtaminen on sitten ihan oma juttu [haastattelu 8].

Johtamisjärjestelmän kautta tulevat selkeät linjaukset eri suunnittelutasoille katsottiin välttämättöminä sekä palvelutoiminnan kehittämisen kytkeytyminen voimakkaammin arkityöhön johtamisvastuullisen vetä-

mänä. Tietoa palvelutoiminnan suunnitteluun nähtiin olevan useilla tasoilla, mutta tiedon ”ulos saanti” järjestelmistä koettiin hankalaksi (vrt. Choo 1998). Tiedon analysoinnin ja muuntamisen arkikäyttöön nähtiin olevan vielä kovin vaihtelevaa. Toiminnallisen tiedon implementoinnin haasteena tunnistetaan jähmeä organisaatiokulttuuri, joka voi estää toiminnan kehittämisen pitävyydellä asenteellisesti vanhoissa toimintamalleissa. Uudistushenkisyyttä voidaan pelätä kasvojen menetyksellä, jolloin on helpompi mennä vanhalla (esim. Husted & Michailova 2002; Pfeffer & Sutton 2000), toisaalta koettiin paineita näyttämään onnistumista tiedollisen toiminnan kehittämisen kautta. Nähtiin tarpeellisena lisätä valmiuksia esimerkiksi kohdennetuilla koulutuksilla, selkeästi asetetuilla johtamistavoitteilla sekä johtamistyön avulla tuetulla toimintamallien implementoinnilla.

5.1.2 Tiedon louhinta johtamisessa ja palvelutoiminnan suunnittelussa

Pääluvussa 3 määriteltiin tiedon louhinta ja teoreettisena sovelluksena tässä tutkimuksessa tiedon louhintaa (data mining) lähestytään tietopurustaisen johtamisen näkökulmasta, jolloin oleellista on tiedon löytäminen, valinta, analysointi ja sen kytkeytyminen konkreettiseen intentionaaliseen toimintaan ja implementointiin. Tiedon louhintaa tapahtuu suppeasti arjessa, jolloin se jää arkitiedon ja yksittäisen, singulaarisen tiedon hakemiseen. Järjestelmällisesti ja systemaattisesti tietoa louhitaan perusasioista, kuten tavanomaisista kuukausiraporteista, joista pyritään analysoimalla muodostamaan johtamistietoa (vrt. Kunnamo 2005, Berger & Berger 2004).

TAULUKKO 8 Tiedon louhinnan tavoitteet teorian ja tulosten mukaan.

Tiedon louhinnan tavoitteet teorian mukaan	Tiedon louhinnan tavoitteet tulosten mukaan
1) Ennustaminen (prediction)	1) Faktatiedon hakeminen
2) Tunnistaminen (identification)	2) Uuden tiedon hakeminen
3) Luokittelu (classification)	3) Tiedon kerääminen ja analysointi
4) Optimointi (optimization)	

Tiedon louhinta nähtiin (taulukko 8) suppeammin faktatiedon hakemisenä sekä uuden tiedon hakemisena. Tietoa haettiin useimmiten yksittäisen ongelman tai kysymyksen selvittämiseen. Harvat muodostivat kokonaisuuksia. Onko johtamisen näkökulmasta eroa kerätä yksittäisiä tiedon osia tai muodostaa niistä analysoitu kokonaiskuva syy-seuraus/tavoite- ja keinokokonaisuutena?

Tiedon louhinta määritelmän mukaisesti jää hyvin vähäiseksi (ks. pääluku 3). Haasteena sisäiseen louhintaan nousi osaltaan osaamattomuus käyttää terveydenhuollon kompleksisia tietojärjestelmiä, joista hyvin harvoin on saatavilla suoraan käytettävässä muodossa olevaa tietoa (esim. Kwan & Balasubramanian 2003). Tiedon louhinta vie aikaa (vrt. Kivinen 2008, 196), jonka vuoksi turvaudutaan ennalta tuotettujen raporttien lukemiseen. Suunnittelua tehdään suurimmaksi osaksi perinteisen arkitiedon varassa. Yksinkertaisesti ongelmana on, että tietoa (dataa) on olemassa järjestelmissä, mutta sitä on vaikea saada ulos. Raporttien ulos ottaminen on työlästä, aikaa vievää ja osaamista vaativaa. Resurssija sihteerityöhön tai avustavaan työhön ei resursoida, joka voisi helpottaa johtamistiedon keräämistä ja tuottamista. Toisaalta on pidettävä merkittävänä tunnistaa, että kehittyneimmätkin tietojärjestelmät eivät takaa johtamistyössä onnistumista, mikäli organisaatiokäyttäytymiseen, organisaation vuorovaikutukseen sekä sosiaalisen pääoman kehittymiseen ei satsata.

Aika vaikee käyttää järjestelmiä, kun raportointiominaisuudet ovat yhtä tyhjän kanssa [haastattelu 25].

Pitäisi käyttää enemmän aikaa, että pöyhis raportteja paremmin [haastattelu 7].

Tää homma on muuttunut tosi paljon, kun pitäs osata analysoida ja ottaa kantaa tilastoihin ja vaikka mihin, mutta ei ole koulutusta [haastattelu 2].

Tiedonhankinta voidaan julkisessa terveydenhuollossa jakaa karkeasti (ks. teoria pääluku 3) tiedon louhintaan sisäisestä ja ulkoisesta toimintaympäristöstä.



KUVIO 20 Tiedon louhinta, käyttötarkoitus ja muodostus.

Tiedon louhinta tapahtuu (kuvio 20) asiantuntijoiden mukaan enemmän ja systemaattisemmin sisäisistä tiedon lähteistä. Ulkoinen tiedon louhinta on verraten vähäistä ja se jää usein valmiiksi laadittujen raporttien ja tilastojen varaan, jotka pyritään hyödyntämään analysoimalla niitä omaan käyttötarkoitukseen. Edelleen analysoidun tiedon konvertointi ja implementointi operatiiviseen toimintaan tuottaa vaikeuksia (vrt. knowing-doing -gap).

Tiedon toiminnallistaminen vaatii yhteistyötä eri johtamistasoilla, jolloin voidaan sopia miten ja kuka asioita jalkauttaa. Tämä edellyttää käytännössä osaamista johtamisessa, muutoksen läpiviennissä sekä kehittämistyön merkityksestä substanssiin. Toisaalta se vaatii avoimen organisaatiokulttuurin sekä johtamisotetta, jossa sosioideologisen (Koivuaho 2005; Laitinen 2010) näkökulman avulla vaikutetaan organisatorisen identiteetin luomiseen. Tällöin tietoa hyödynnetään ja louhitaan sosiaalisista suhteista sekä verkostoista. Tiedon toiminnallistaminen vaatii johtajalta henkilöstöjohtamisen osaamista sekä toiminnan tuntemista syvällisesti, jolloin sosioideologinen ote auttaa itse implementoinnissa. Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että henkilöstöjohtamiseen tarvittavan tiedon puutteet ovat olemassa (esim. Kivinen 2008; Hoffren & Parkkonen 2003; Anttiroiko et al. 2003.)

Analysointi on vaikeaa, sitä yleensä nopeasti katsoo ja lukee läpi, että irtoisiko jotain [haastattelu 8].

Pakkohan niitä tutkimuksia on lukea, ei sitä nykyisin pysty mitään suunnittelemaan kansallisen tason tiedolla, tai aika heikoksi jäisi [haastattelu 17].

On se makeeta kun pystyy jengille tarjoamaan näkökulmia tai jotain konkreettisesti eteenpäin menevää [haastattelu 21].

Ihan liian vähän oikeasti hakee tietoa. Sitä mennään sillä minkä saa irti. Arki on kiireistä ja joutuu jatkuvasti venymään, tuntuu että pitäisi kyllä itse priorisoida johtamistyötä ja aikatauluja paremmin [haastattelu 22].

Tiedon louhinnan tavoitteet ennustaa, tunnistaa, luokitella ja optimoida tietoa nähtiin toteutuvan palvelutoiminnan suunnittelussa ja johtamisessa sisäisessä tiedon louhinnassa arkeen integroituna totuttuna tapana. Louhinnan tavoitteet tunnistettiin systemaattisemmin lähinnä sisäisen tiedon käsittelyssä. Ulkoisen tiedon louhinnan tavoitteet jäivät verraten pienemmiksi, koska johtamistyön koettiin onnistuvan myös suppeammalla tiedon louhinnalla. Toisaalta nähtiin, että julkisen sektorin toiminta on staattista, eikä ulkoisen tiedon louhintaa jatkuvana toimintana tarvita. Tutkimustulos tutkimushavainnon näkökulmasta voi tarkoittaa organisaatiokulttuurin suhdetta asiantuntijaorganisaatioissa virheiden tekemiseen tai epäonnistumiseen (vrt. Husted & Michailova 2002) johtamisen näkökulmasta. Tällöin johtamistyön puutteita pyritään defensoimaan moninaisilla tekijöillä. Tietojärjestelmien kehittämisessä sekä uusien tietojärjestelmien käyttöönoton yhteydessä ihmeteltiin asiantuntijoiden puuttumista. Järjestelmiä uusitaan, vaihdetaan ja kehitetään ilman käyttäjiä, jolloin koetaan, etteivät ne palvele käyttäjiä tai arjen vaatimuksia. Toisaalta ihmetellään ajankäytön valumista jälkikäteen tehtyyn järjestelmien kehittämis- ja/tai korjaamistyöhön.

Terveydenhuollon tietojärjestelmien vaihtaminen uudempiin ja toimivampiin on osoittautunut monin verroin vaikeammaksi kuin tervey-

denhuollon käyttämien bioteknologioiden vaihtaminen ajanmukaisempiin (Webster 2006), toisaalta tietojärjestelmiä on uudistettu liiankin nopeasti. Tällöin on koettu, ettei ole huomioitu käyttäjiä, jolloin järjestelmien käytettävyys toiminnan tukemiseen jää liian ohueksi (ks. myös Wurster, Lichtenstein & Hogeboom 2009).

Sitten pitäisi saada tämä jatkuva pilotointi ja kokeilutouhu poikki. Eihän niistä kokeiluista jää arkeen elämään juuri mitään. Jatketaan sitten kuitenkin samaan malliin [haastattelu 24].

Onko muuten laskettu paljonko kaikki hankkeet ja projektit maksavat, kun suurin osa sitten saman tien unohtuu. Olisi vaan kiva tietää [haastattelu 19].

Suomessa on käytetty valtava määrä rahaa erilaisten tietojärjestelmien kokeiluhankkeiden muodossa ja tuloksena on sekalainen määrä keskenään kommunikointomattomia järjestelmiä, jotka osaltaan hidastavat ja vaikeuttavat normaalia potilastyöskentelyä. Tietoa ei saada tai se ei ole reaaliajassa tai on vaikeasti luettavissa *käytettävään aikaan nähden*.

Wurster et al. (2009) tutkimustulokset tukevat vallitsevia haasteita ja ongelmakohtia tietojärjestelmien valinnassa, käyttöönotossa ja implementoinnissa, joissa ristiriidat voivat olla merkittäviä tietojärjestelmien käyttäjien, valitsijoiden ja poliittisen näkökulmien kannalta. Wursterin näkökulmana onkin huolellinen ohjausryhmän valinta eri käyttäjien edustajista uuden tai uudistetun tietojärjestelmä-hankinnan keskustelun alkuvaiheessa.

Tiedon käyttäminen jää suppeaksi ja kapea-alaiseksi, tietoa kyllä on olemassa [haastattelu 8].

Läheskään kaikilla ei ole perusosaamista hakea tietoa järjestelmistä. Tulisi olla esimiesten perehdytyksessä paremmin. Tokihan sitä jokainen voi käydä preppaamassa tietojärjestelmiä, mutta sitten se kulminoituu ajan puutteeseen [haastattelu 6].

Tietoa käytetään eri johtamistasoilla eri tavalla, kuten myös suunnittelussa. Kovat asiantuntijat hakevat oikeasti dataa ja tekevät vertailua ja tutkimusta. Toiset vetää hatusta jonkun ikivanhan setin päälle [haastattelu 22].

Ei ole mikään pakko hakea dataa, lähijohdossa puuhastellaan tosi paljon, en tarkoita hoitajapomoja [haastattelu 25].

Pitäisi tarkkaan määrittää mitä raporteja tarvitaan viikko-, kuukausi-, kvartaali- ja vuositasolla. Ei viikko- tai kuukausiraporttien tarvitse olla monimutkaisia tai pitkiä. Niillä voidaan johtaa oikeasti jos halutaan. Kyllä sitä voi itse aika paljon halutessaan johtamistyötään kehittää. Se vaatii aikaa tässä organisaatiohässäkässä, mutta kannattaa [haastattelu 14].

Mistä se johtuu, että samat pomot ja asiantuntijat pystyvät toimimaan ja johtamaan itsenäisesti hommia privaatisissa ja sitten kun ollaan täällä iskee mieleton avuttomuus [haastattelu 16].

Oikeat mittarit ja palkitseminen kondikseen, tietoa on ja löytyy jos haluaa, kyse on johtamisosaamisesta, toki täällä puuhastellaan paljon ja käytetään aikaa ihan tyhmyyksiin [haastattelu 19].

Tiedon louhinta on systemaattinen tapa kerätä ja analysoida tietoa, joka vaatii onnistuakseen analyyttisen otteen johtamiseen ja kehittämiseen. Valtavat tietomäärät voivat tukahduttaa informaatioähkylään tai sitten luoda puitteet monialaiselle tiedon käyttämiselle. Tiedon louhinnan avulla nähtiin voitavan vaikuttaa tiedon ja tietämyksen lisääntymiseen, jota voidaan käyttää potilaiden hyväksi palvelutoiminnan suunnittelussa. Myös mahdollisten tiedon louhinnan tietoteknisten ratkaisujen nähtiin voivan tuovan nopeutta ja tarkkuutta tiedon lisäämiseen. Haasteena louhinnan analysoinnille nähtiin myös toimialan kirjavat kirjaamistavat eri järjestelmiin (ks. Ovaskainen 2005; Kivinen 2008; Tanttu 2007). Tällöin louhijan ammattitaidolla katsottiin olevan suuri merkitys analysoidun tiedon oikeellisuuteen. Kirjaamiskäytäntöjä saataisiin paremmiksi yksin-

kertaisesti lisäämällä koulutusta. Tutkimustiedon louhinta suunnittelun ja johtamistyön tueksi jäi yksilötason ja yksittäisen asiantuntijoiden toiminnoiksi.

5.2 Tietopääoma ja tietointensiivisyys tietoperustaisessa johtamisessa

Teoriaosan pääkappaleessa 3 määritettiin organisaation tietopääoman olevan yritykseen kerääntynyttä tietovarantoa tai yritystä läpäiseviä tietovirtoja (Stähle 1999). Tietovarannot tarkoittavat ajan myötä kiteytynyttä, dokumentoitua tietoa ja osaamista.

Asiantuntijoiden mukaan julkisen terveydenhuollon toimintamallien muuttaminen on vaikeaa organisaatiokulttuurin staattisuudesta johtuen. Edelleen muutosten vieminen läpi koettiin hankalaksi eri instanssien ylläpitämien edunvalvontaprosessien johdosta. Koettiin, että hyvätkin asiat usein hautautuvat byrokraatiaan tai hallinnon eri portaisiin. Toimintakulttuuri koettiin negatiivisesti liikana kerrostuneisuutena. Suurin osa muutoksista, joiden koettiin olevan normaalia kehittämistyötä organisaatioissa tai palvelutoiminnassa, nähtiin kentällä uhkana tai henkilöstön etuja heikentävänä. Terveydenhuollon tietointensiivisissä organisaatioissa tieto vanhentuu nopeasti ja uutta tietoa luodaan jatkuvasti. Tieteellistä tietoa arvostetaan ja sitä käytetään myös uuden tiedon luomiseen (vrt. Leydesdorff 2006; Maula 2005). Julkisen terveydenhuollon päätöksentekomallit pohjautuvat vanhaan hierarkkiseen toimintamalliin, jolloin tietoa tuotettiin hierarkian huipulle. Asiantuntijoiden mukaan tämän päivän tietointensiivisissä organisaatioissa päätöksenteko on hajautettua ja verkostomaista.

Johtamistyön vahva ote nähtiin osaltaan näiden johdosta usein mahdollisena. Asiantuntijoiden mukaan toimiala itse henkilöstöineen hidastaa uudistumista ja toiminnan taloudellista kehittymistä. Nähtiin, että tapa toimia ja asenteellinen muutos vaatisi, että henkilöstö työskentelisi työhistorian aikana eri sektoreilla pelkästään näköalan laajentumisen vuoksi. Kyseessä on organisaation polkuriippuvuus (Mitleton-Kelly 2003), jolloin juututaan vanhoihin tapoihin sekä Pfefferin ja Suttonin

(2000) mukaan organisaation reaktiojähkkyteen, mikä estää uuden oppimista. Työntekijät yksilöinä eivät ole tietoisia organisaatiokulttuurin ohjaavista sisäisistä vaikuttimista ja asenteista (Stacey 2007; Demers 2007), jotka ohjaavat ja ylläpitävät adaptoitua (Laitinen 2010; 55) vanhaa opittua toimintaa. Tällöin johtamisella ja joustavilla johtamisjärjestelmillä voidaan aktiivisesti ja tietoisesti muokata organisaatiokulttuuriin vaikuttavia tekijöitä.

Tietopääoma voitiin edelleen määritellä yhteisökohtaiseksi resurssiksi, joka on korvaamaton yhteisön arvon luomiselle. Tietopääoma on sekä resurssi, että tulos tiedon luomisen prosessissa ja siksi se muuttuu ja kehittyy jatkuvasti. Tietopääomalla voidaan tarkoittaa myös organisaation kyvykkyyttä uudistua (Stähle 2005). Organisaatio on instrumentti, jonka rutiinit toisaalta ylläpitävät pysyvyyttä, mutta voivat toisaalta myös jalostaa tietoa uusiksi tuotteiksi, palveluiksi ja toimintatavoiksi. Uudistumiskykyinen organisaatio on strategisesti kyvykäs, eli se kykenee suuntaamaan toimintaansa riittävän yhtenäisesti ja suunnistamaan älykkäästi toimintaympäristössään. Tämän vuoksi uudistumiskyvyssä on paljolti kyse organisaation henkisestä tilasta, joka läpäisee kaiken olemisen ja tekemisen.

Haastatteluissa nousi yhteinen näkemys, että juuri kovat asiantuntijat ovat kehittäneet palvelutoimintaa ja sitä kautta toimialaa. Työryhmät ja työyhteisöt, joissa osaaminen on hitsautunut yhteisen hyvän rakentamiseen eli tutkijaryhmät tai supertiimit, jotka tuottavat kansainvälisesti tunnustettuja toimintamalleja tai uusia lääketieteellisiä avauksia ovat huippuesimerkkejä, kuinka muukin toiminta voidaan koordinoida toimimaan yhtenäisesti. Tietopääomassa, tietointensiivisydessä ja johtamisessa on aina kysymys tiedon konvertoinnista, jolla voidaan tarkoittaa tiedon muuttamista toiseen käyttötarkoitukseen. Tällöin tietopääomassa on kysymys myös osaamisesta, taidoista, viestinnästä ja ihmisistä; niistä aineettomista ja inhimillisistä pääomista, joita on vaikea suoraan mitata. Tällöin tietopääoma tulee nähdä asiantuntijaorganisaation johtamisessa implisiittisen ja eksplisiittisen tiedon konvertoitumisena operatiivisella ja strategisella tasoilla toimintaan.

Johtamisen näkökulmasta on tunnistettava, että johtamisjärjestelmän hierarkkisen järjestelmän (ks. Stacey 2007; Demers 2007; Virtanen 2010)

ulkopuolinen yhteisöllinen verkosto ja sen sosiaalinen kontrolli tuottavat ja ylläpitävät organisaation tietopääomaa, jotka aktiivisesti muokkaavat vuorovaikutteisesti tulkintaa, ymmärrystä sekä toimintaa ohjaavia motiiveja.

Yhteinen näkemys oli, että johtaja voi viedä työyhteisöä vaatimustasollaan eteenpäin tai taaksepäin. Eteenpäin meno onnistuu vain kovalla osaamisella, luottamuksella ja arvostuksella. Korostettiin, että sosiaaliset taidot asiantuntijaverkostossa toimimiseen ovat tulevaisuudessa äärimmäisen tärkeitä. Nähtiin, että johtamisen rooli on muuttumassa avoimempaan ja läpinäkyvämpään ja ennen kaikkea ohjaavampaan suuntaan. Johtamisessa tulee määrittää linjatut tavoitteet ja antaa suuntaa, joista asiantuntija muodostavat tulkintoja ja jakavat sen verkostoissa, minkä jälkeen muodostuu toimintaa. Tietopääoma syntyy ihmisistä ja tietovirroista, jotka muodostuvat organisaation sisäisten sosiaalisten verkostojen tulkintoina. Näissä ymmärrystä ja tietämystä tuotetaan prosesseina, jotka eivät ole lineaarisia vaan enemmänkin stokastisia (Stacey 2007; Demers 2007), jolla tarkoitetaan sattumanvaraisesti etenevää prosessia kyseiseen kontekstiin ja ihmisiin sopivalla tavalla.

Suurin osa haastatelluista ymmärsi tietopääoman olevan asiantuntijoiden omistamaa osaamista, sekä organisaatioon sitoutunutta osaamista. Tunnistettiin, että johtajan merkittäviä tehtäviä on saada osaaminen enemmän kollektiiviseksi sekä paremmin näkyväksi prosesseissa, jolloin johtamisen rooli on menossa kohti verkostoja, vuorovaikutusta ja ymmärrystä. Tällöin osaamisen ja tietopääoman näkökulmasta johtajan rooli on olla rakentamassa erilaisuudesta kokonaisuutta, jolloin tieto voidaan nähdä organisaation yhdeksi tärkeimmäksi resurssiksi (vrt. Markova 2005; Davenport & Prusak 1998).

Asiantuntijat mielellään jakavat osaamistaan esimerkiksi koulutuksen kautta, tai kouluttamalla omaa tiimiään, mikäli siihen annetaan mahdollisuus. Johtajan rooli tietopääoman, osaamisen hallinnan ja työhyvinvoinnin välillä korreloivat korkealle. Henkilöstön hyvinvointi, sitoutuminen, motivaatio, koetut työn kuormittavuustekijät korreloivat siihen miten tietopääomaa saadaan hyödynnettyä ja miten osaaminen saadaan optimaalisesti käyttöön. Johtajan henkilökohtaiset taidot vuorovaikutuksessa, läsnä olevana ja sosiaalisissa tilanteissa mahdollistavat onnistumista.

Johtajien päätehtävä ei ole kontrolloida työntekijöitä (ks. Drucker 2000), vaan luoda uusia mahdollisuuksia hyödyntäen työntekijöiden osaamista. Organisaatio tuottaa johtamiseen uutta tietoa kollektiivisesti organisaatiomuistin (organizational memory) avulla (Maula 2005). Tiedonhankinnan täytyy olla jatkuvaa eikä vain satunnaisesti tapahtuvaa toimintaa (Hiltunen 2001). Haasteena nähtiin, miten uutta toimintatapaa tai uutta toimintaa voidaan johtamisen kautta edistää. Mahdollisuuksia nähtiin löytyvän oman tietopohjan ajan tasalla pitämisenä, jolloin on ol-tava käytössä tietoa kansainväliseltä tasolta. Kansallinen tietopohja nähtiin lääkärijohtajan näkökulmasta suppeana. Asiantuntijaorganisaation tietopääoman nähtiin kuivuvan yksittäisen, irrallisen tiedon hallintaan, mikäli johtamistyön kautta sosiaalisissa verkostoissa ei luoda aitoa mahdollisuutta laajemman tietoperustaisen tiedon käytölle.

Edelleen johtamistyön suurin este nähtiin johtajan sosiaalisten tilanteiden ja paikkojen heikkona hallintana, mitkä ovat merkittäviä tietointensiivisen organisaation tekijöitä. Merkittävää on tunnistaa organisaatiossa olevien yksilöiden ja yhteisöllisyyden lainalaisuuksia, joita Stacey (2007) mukaan näkökulmina ovat niiden yhteen kietoutuminen. Tällöin yksilö (johtaja) ei yksin voi hallita tai päättää yhteisön prosessien lopputuloksesta tai päämäärästä, vaikka hänellä hierarkkinen päätösvalta olisikin. Julkisen terveydenhuollon johtajan perinteisen roolin ja aseman kautta tuleva vallan legitimitetti tulee näyttäytyä dynaamisena ominaisuutena (ks. Elias 2001; Stacey 2007; Virtanen 2010), joka mahdollistuu vuorovaikutuksesta ja vuorovaikutussuhteista sosiaalisissa konteksteissa. Tutkijan näkökulmasta johtajuus tarvitsee onnistuakseen intentionaalista tietoperustaista toimintaa aktiivissa, vuorovaikutteisissa sosiaalisissa konteksteissa.

Pääkappaleessa 3 kirjoitin, että käytettävissä oleva tieto ei ole täydellistä vaan on osattava ja uskallettava käyttää myös epätäydellistä tietoa sekä Hiltusen (2000) mukaan tiedonhankinnan täytyy olla jatkuvaa eikä vain satunnaisesti tapahtuvaa toimintaa. Haastatteluista nousi näkemys, että kysymyksessä voi olla juuttuminen asiantuntijuuteen. Mikäli tieto on keskeneräistä tai epätäydellistä koetaan riskiksi lähteä muuntamaan sitä toiminnan tasolle. Kuilu tietämisen ja tekemisen välillä (knowing-doing -gap) rakentuu, kun käytettävissä on tietoa, mutta tiedon muuntaminen konkretiaan epäonnistuu tai ei mahdollistu. Toisaalta tieto jää

analysoimatta usein oman toiminnan/yksikön näkökulmasta, jolloin sitä on mahdotonta hahmottaa toimintaan. Osaltaan tämän nähtiin johtuvan kovien tavoitteiden puuttumisena – ei ole pakkoa eikä ole omaksettua tapaa nimenomaan johtamisen näkökulmasta analysoida tietoa toiminnan kehittämiseen. Nähtiin, ettei se niinkään olisi osaamisen puuttumista vaan uskalluksen puuttumista johtamisrooliin (vrt. Husted & Michailova 2002; Kivinen 2008).

Pfeffer ja Suttonin (2000) mukaan kyseessä on pohjimmiltaan organisaatioiden kyvykkyydestä muuntaa tietoa ja tietämystä uusiksi toimintamalleiksi ja käytänteiksi. Tällöin yksilön kyvyissä ja osaamisessa voidaan nähdä suuriakin eroavaisuuksia hallita ja hyödyntää tietoa ja tietämystä, jolloin haaste palautuu johtajan kompetenssiin luoda sosiaalisia avoimia vuorovaikutteisia verkostoja organisaatiossa sekä olla omalla persoonallaan mahdollistamassa tiedon jalkautumista ja konvertoitumista. Näkökulma linjautuu *terveydenhuollon rakennetta ja johtajuutta käsittelevän tutkimuksen* (Cowen, Halasyamani, McMurtrie, Hoffman, Polley & Alexander 2008) mukaisesti, jossa toiminnan fokuksen nähdään olevan potilashoidon kehittäminen (vrt. palvelutoiminnan suunnittelun kehittäminen), korkeatasoisten asiantuntijatiimien kautta. Tiimejä johdetaan tietoa hyväksi käyttäen operationaalisella ja strategisella tasolla.

Terveydenhuollon johtamisen mystisyys selittyy myös pelolla asiantuntijuuden menettämisestä. Lääkärin identiteetti kasvatetaan ja kasvaa kovan asiantuntijuuden kautta (ks. Virtanen 2010). Arvostus ja kunnioitus kollegoilta saavutetaan samaa reittiä. Asiantuntijuus on myös kanava ja väylä kuulua ”porukkaan” ja tulla kuulluksi. Toisaalta terveydenhuollon johtaminen tulee rakentua substanssin tuntemiseen. Johtaminen ei kehity, eikä arvostusta saada, jos johtamisen koulutusta ei lisätä ja vaadita. Julkisessa terveydenhuollossa johtamistyön palkitseminen, kannustimet sekä sanktiot puuttuvat, jotka nähtiin tervetulleina. Terveydenhuollossa on olemassa erittäin hyviä johtajia, mutta uskallusta ja halukkuutta siirtyä pois asiantuntijuudesta ja kasvattaa identiteettiä johtajana eri verkostoissa on koko toimialaa koskettava kysymys. Terveydenhuollon johtaminen koettiin kompleksisena, koska suurin osa lääkärijohtajista tekee myös kliinistä potilastyötä ja ajankäytön hallinta nähtiin haasteena läpi linjan. Toivottiin mahdollisuutta käyttää aikaa enemmän johtamistyö-

hön, mutta nähtiin tärkeänä pitää kosketus potilastyöhön ja verkostoon. Suurin osa lääkärijohtajista piti johtamistyön onnistumisen edellytyksenä potilastyöhön osallistumista.

Asiantuntijana tietää oman roolinsa tarkasti [haastattelu 7].

On pitänyt kasvaa ja uskaltaa ottaa uusi rooli, en saisi muuten asioita läpi [haastattelu 12].

Piti vaihtaa työpaikkaa, kun ei voinut jäädä, tai en halunnut jäädä työkavereille pomoksi [haastattelu 22].

En ole katunut, että lähdin johtamisuralle. On voinut vaikuttaa moneen asiaan [haastattelu 17].

Medisiininen leikkaa jatkuvasti johtamisen läpi [haastattelu 4].

Hoitotyön puolella johtamiseen kasvaminen on koulutuksen kautta ollut helpompaa. Maisterin opinnot sisältävät useimmilla tieteenaloilla johtamistyön tunnistamista, kehittämistä sekä työkaluvalikoimaa. Hoitotyön johtajat eivät osallistu suoraan potilastyöhön keskijohdosta ylöspäin, jolloin keskittyminen johtamistyöhön on helpompaa.

Maulan (2005) mukaan tietointensiivisyys voi näkyä *asiantuntijoiden osaamisessa*, ja heidän tapansa kommunikoida keskenään ja asiakkaiden kanssa vaikuttavat siihen kuinka hyvin eri osapuolten hiljainen tieto ja muut tietolähteet saadaan hyödynnettyä. Viime kädessä tietointensiivisyys voi viitata myös siihen, kuinka organisaatio hyödyntää tietoa ja osaamista oman *oppimisensa, innovatiivisuutensa ja uudistumisensa lähteenä*. Prosessilähtöinen organisaatio on tietointensiivinen organisaatio.

Johtamisessa tulisi keskittyä myös siihen, miten asiantuntijat saadaan hyvin työskentelemään porukalla [haastattelu 4].

Johtajan tehtävä on antaa asiantuntijoille tilaa sekä mahdollisuus käyttää osaamistaan oikein [haastattelu 7].

Terveystieteiden tutkimuksessa on tarjottu, jotka määrittävät mitä haluavat ja uhkailua tulee heti, jos hommat toimi omalla tavalla [haastattelu 12].

Tiettyä osaamista on vähän ja kenellä sitä on käytetään ihan surutta hyväksi [haastattelu 15].

Kappaleessa 4.4. tunnistettiin, että tietointensiivisen organisaation uudistuminen ja kehittyminen liittyvät läheisesti tietoon ja sen prosesseihin, sillä koko organisaation toiminta perustuu tiedon hyödyntämiseen, tulkitsemiseen ja luomiseen (Newell, Robertson, Scarbrough & Swan 2007). Tiedon näkökulmasta tietointensiivisen palveluorganisaation johtamiskäytäntöjen ja palveluiden suunnittelu tuo uutta ymmärrystä esimerkiksi siihen, mihin asioihin organisaatiossa tulisi kiinnittää huomiota sen yrittäessä selviytyä muuttuvassa toimintaympäristössä.

5.3 Tietoperustainen johtaminen asiantuntijoiden näkökulmasta

Terveystieteiden toimialaa koskettavat voimakkaat muutokset yhteiskunnassa, taloudessa, ja resursseissa sekä toisaalta teknologian että lääketieteen kehitystrendit ohjaavat julkisen terveydenhuollon johtamiskäytäntöjen uudistamisen tarvetta. Julkisen terveydenhuollon johtamisen tulee lähteä tunnistamisesta, että johtamista tulee kehittää toimialalähtöisesti. Tässä tapauksessa se tarkoittaa johtamiselementtien tunnistamista, joilla uudistamista voidaan edistää sekä hyväksyntää aiheen sensitiivisyydelle antamalla sen kuitenkin hallita kehitystä. Tietoperustainen johtaminen asiantuntijoiden mukaan on tehdä jotain nykyistä paremmin, selkeämmin ja tavoitteellisemmin.

Se on sitä johtamistiedon käyttämistä ja oikeaa johtamista, etteivät asiat aina vaan solju vanhaan malliin [haastattelu 2].

Tietoperustaisessa johtamisessa nähtiin johtamistiedon käyttäminen ja toiminnan intentionaalisuus välttämättömänä. Johtaminen hahmotettiin

kokonaisuutena, jossa merkittävänä roolina onnistumiselle pidettiin henkilöstöjohtamista, talouden osaamista sekä suunnittelun ja ennakkoinnin taitoja. Tietoperustainen johtaminen muodostuu kokemuksellisuuden käyttämisestä johtamistyössä. Kokemuksellisuus tarkoittaa myös sitä, että johtaja persoonallaan ja aisteillaan imee koko johtamisen ympäristöä, miten ihmiset kokevat työnsä ja työpaikkansa ja miten hän itse suhtautuu työhönsä. Kokemuksellisuus on edelleen fyysistä läsnäoloa työpaikalla. Asiantuntijaorganisaatioissa ihmisillä on voimakas autonomian, itsellisyyden ja oman tilan tarve. Silti edellytetään samanaikaisesti yhteistä kokemusta ja erilaisten asioiden jakamista johtamistyön mahdollistamana.

Sitä pitää osasta hyvät sosiaaliset taidot sekä keskustelutaidot. On kuule melkoisia jääriä korkeissa asemissa ja ihmettelen miten ne siellä pysyy, kun työntekijätkin joutuvat sanansa valitsemaan [haastattelu 4].

Talouden seuraaminen on kohtuullisen vaikeaa, kun ei ole tarpeeksi siihen saatu koulutusta [haastattelu 3].

Meidän pitäisi päästä sellaiseen tasalaatuisuuteen johtamisessa ja siinä pitäisi olla jokin selkeä rakenne. No, nythän sitä yritetään rakentaa [haastattelu 9].

Johtaminen tunnistettiin asiantuntijoiden näkökulmasta pragmaattiseksi, joka on lähinnä johtamista omasta osaamisalueesta lähtöisin. Tällöin opittua tietoa nähtiin helpommin tuotavaksi arkeen. Tutkimustuloksena tunnistetaan johtamisen kehittäminen selkeiden vastuu- ja roolikysymysten kautta. Klassiset johtamisopit ja -menetelmät tunnistetaan, mutta rohkeus ja oma luottamus arjessa askarruttivat useimpia. Halukkuus johtamistyön kehittämiseen motivaatiosalla ilmeni korkeana, mikä mahdollistaisi organisaatioiden kehittymisen osaamisen, tiedon tuottamisen, jakamisen ja jalostamisen.

Asiantuntijoiden mielestä johtamisen jäsentäminen vastuun kautta toisi uutta voimaa ja tehokkuutta johtamistyöhön. Asiantuntijahaastatteluiden kautta nousi selkeästi uutta tietoa johtamisrooleihin ja toimialaa vällinneeseen vuosikymmenten jatkuneeseen johtamisen valta-asette-

luun. Lääkäriasiatuntijoiden mukaan erikoissairaanhoidon päätöksenteko johtamisessa tulisi noudattaa lääketieteellisten faktojen tunnistamista. Tällä tarkoitettiin osittain koettua ristiriitaa poliittisen päätöksenteon ja lääketieteellisen päätöksenteon välillä.

Koettu ristiriita ja luottamuksen puute siinä, että lääketieteelliset näkökulmat eivät priorisoidu päätöksenteossa, vaan esimerkiksi poliittinen päätöksenteko ohjaa toimintaa, ovat olleet kriittisiä kysymyksiä. Yhteneväinen mielipide oli lääkärijohtajilla, että luottamusta tulisi tietoisesti rakentaa strategisen ja operatiivisen johdon välille. Luottamusta nähtiin voitavan rakentaa kehittämällä palvelutoiminnan suunnitteluprosesseja sekä kuntayhteistyötä suunnittelu- ja koulutusyhteistyön kautta. Toisaalta nähtiin tarpeellisena jäsentää luottamusta johtoryhmätyöskentelyn kautta. Teoreettisesti mielenkiintoista on tutkimustulos kiinnittää organisaation institutionaaliseen luottamukseen, joka voidaan ymmärtää luottamuksena organisaation rakenteisiin, prosesseihin ja käytäntöihin mikä puolestaan tukee organisaation vuorovaikutusta sekä sosiaalista luottamusta. Sekä kiinnitys organisaation vertikaaliseen luottamukseen, joka voidaan katsoa tarkoittavan luottamusta johtajan luotettavuuteen (esim. Ellonen, Blomqvist & Puumalainen 2006). Asiantuntijaorganisaation johtaminen on vaativa ja antoisa tehtävä. Siinä onnistuminen vaatii henkilöstö- ja talous/liiketoimintaosaamista yhä enemmän. Toisaalta se vaatii tulevaisuudessa osaamisen johtamista ja verkostojohtamisen taitoja. Organisaatiossa luottamus on edellytys ja ehto kommunikaatiolle ja kyvyllä jakaa ja tulkita, sekä lopulta hyödyntää ja jalostaa tietoa (vrt. Koivuaho 2005; 6–13). Luottamusta on kuvattu myös termeillä rehellisyys (honesty) ja myös uskottavuus (credibility) (Kauppinen 2006). Tärkeäksi ominaisuudeksi nousee johtajan luotettavuus (dependability, trustworthiness), mikä määrittää johtamisen onnistumista asiantuntijaorganisaatiossa.

Edelleen tunnistettiin, että alemmassa johtotasossa voi olla puutteellinen tai rajallinen näkemys päätöksenteon kokonaisuudesta johtamisen ja kokonaisvastuun näkökulmasta. Lääketieteelliset ratkaisut vaikuttavat yksittäisen potilaan hoitamiseen, hoitoketjuihin, prosesseihin, palvelutoiminnan kehittämiseen sekä koko toimialan kehittymiseen. Tunnistettiin, että johtamisrakenteiden kautta ei ole selkeästi määritetty eri tasoilla olevaa suunnittelun vastuuta ja siihen liittyvää konkreettista valtaa (valta

tarkoitti tässä tapauksessa todellista oikeutusta päättää vastuuseen kuulu-
vasta kehittämisestä, linjoista ja päätöksistä palvelutoiminnan kehittämi-
sen näkökulmasta).

Lääkärijohtajat ovat kokeneet johtamistyöhönsä liittyviä kovia ul-
kopuolisia paineita ja olleensa kriittisen arvostelun kohteena juuri joh-
tamistyöhön liittyen. Pelko asiantuntijuuden menettämisestä johtamis-
uran myötä nousi esille useassa lääkärijohtajahaastattelussa (vrt. Virtanen
2010). Lääkärikoulutus ei sisällä nykyisellään johtamiskoulutusta ja uran
eteneminen johtamistyöhön edellyttää jo lähiesimiestasoilla johtamis-
osaamista. Johtamisosaaminen hankintaan sirpaleittain ja toivottiin jo
urakehityksen alkuvaiheissa johtamiskoulutusta. Hoitotyön johtajat ovat
esimerkiksi maisteriopintojen aikana opiskelleet johtamiseen liittyviä ai-
nekokonaisuuksia. Tunnistettiin hoitotyön johtajien rajallinen urakehity-
tyminen johtamiskoulutuksista huolimatta.

*– – tulemme tulevaisuudessa sallimaan myös muun kuin lääketieteel-
lisen asiantuntijan johtamistehtäviin, mutta kovaa osaamista näyttöjen
kautta tulee olla. Kuitenkaan mikään ekonomi ei voi johtaa. Pitää tun-
tea toimiala, missä toimii, johtaa ja päättää [haastattelu 4].*

Näkökulmista nousi käsitys johtamisverkoston ja vertaistuen mahdolli-
suudesta. Työparityöskentely, jossa lääkäri- ja hoitajajohtajat voisivat yh-
dessä yksikköään johtaa, nähtiin hyvänä työskentelyotteena.

*– – sitä on ollut pakko varmistaa, että johdetaan substanssia ja siihen
liittyviä toimintoja. Ei hoitopuolen pomot ole huonoja, päinvastoin,
mutta heillä on päätöksenteossa paljon kapeampi ikkuna, johtuen koulu-
tuksesta – – [haastattelu 9].*

– – miten sitä voi johtaa, jos ei tiedä mitä johtaa – – [haastattelu 2].

Lääketieteen asiantuntijoiden näkemys muodostui tietoperustaisen joh-
tamisosaamisen kehittämisestä, jossa osaamista joudutaan vahvistamaan
erityisesti henkilöstöjohtamisessa sekä johtamistiedon käytettävyydessä.
Stenvallin ja Syväjärven (2006) mukaan tieto ja sen hyödyntäminen näh-

dään organisaatiossa ratkaisevana menestystekijänä, jota ilman organisaatio voi jopa tuhoutua, mutta vastaavasti tiedon tuloksellinen käyttö varmistaa tehokkuutta ja tuloksellisuutta korreloiden organisaation menestystä.

Hoitotyön johtajien näkemykset tietoperustaisesta johtamisesta olivat rakenteellisesti samansuuntaiset ja yhteisesti painottui näkökulma, jonka mukaan tulisi johtaa terveydenhuollon palveluita, eikä lääketiedettä tai hoitotiedettä. Tietoperustainen johtaminen nähtiin enemmän pakkona kuin vaihtoehtona, jotta toimialan muutoksiin osattaisiin reagoida ja vastata. Mahdollisuutta aitoon vastuunantoon kuitenkin kyseenalaistettiin, mikäli organisaation sisällä ei aitoa rakenteellista uudistusta johtamisen kautta tehdä. Halukkuus vastuunottoon ja päätöksentekoon nähtiin korkeana, jonka onnistuminen vaatisi vastaajien mielestä toimivan johtamisjärjestelmän, jossa vastuuta annetaan ja onnistumista mitataan. Useissa haastatteluissa ilmeni henkilöstö- ja talousjohtamisen vaikeudet, jotka nousivat menettelytapojen, raportoinnin ja johtamisosaamisen heikkona hallintana.

Eihän meillä ole oikeasti talousvastuuta. Jokainen selittää ja optimoi kykynsä mukaan – – [haastattelu 12].

Miten se voi motivoida, jos parannetaan tulosta ja saadaan tehokkuutta, kun kaikki ylimääräinen tuloutetaan takaisin kuntaan. Miten se voi motivoida – – [haastattelu 12].

Ei ole nykyaikaisia palkitsemisen muotoja, jos johtaminen onnistuu. Millä mittarilla yleensä mitataan johtamisen onnistumista – – [haastattelu 16]

Enemmän pitäisi olla raportteja ja tilastoja johtamisen tueksi, mutta ne on todella vaikeasti saatavilla ja toisaalta pitäisi olla enemmän aikaa niiden tuottamiseen – – [haastattelu 6].

Millä sitä johtamisen onnistumista yleensä mitataan – – [haastattelu 8].

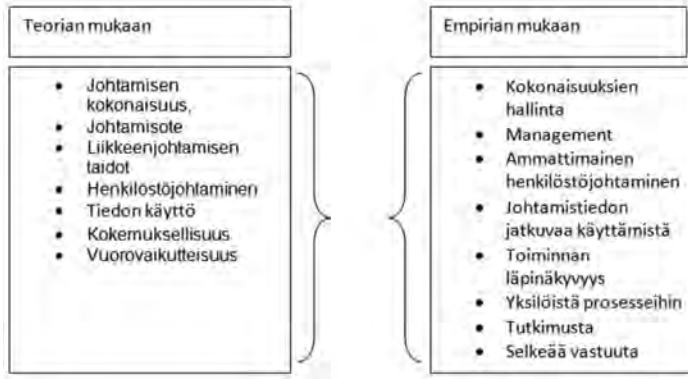
Yksityisellä on paljon kehittyneemmät johtamisen mittaamista ja palkitsemista tukevat käytännöt. Kyllä ne on sellaisia asioita, jotka lisäävät arvostusta – [haastattelu 18].

Tutkimuksen kohdeorganisaatioissa on tehty hankkeita ja prosesseja, joissa johtamistyön mittarointiin liittyvää keskustelua on käyty. Mittareita on saatavilla ja olemassa olevia mittareita voidaan käyttää johtamistyön onnistumisen näyttöinä. Käytettävissä olevia mittareita löytyy tuloskorttipohjaisesta (BSC) mittaristosta, työolobarometrimittarista (TOB), sekä henkilöstöön ja talouteen liittyvistä järjestelmätason mittareista. Johtamistyön onnistumista voidaan halutessa mitata palvelutoiminnan ohjaamiseen käytettävillä mittareilla. Julkinen terveydenhuolto ja erikoissairaanhoido ovat systemaattisesti menossa prosessijohtamiseen ja prosessimaiseen toimintaympäristöön. Johtamistyön mittaaminen voi tapahtua palvelutoimintaprosessien kautta, joissa mittareiksi voidaan valita taloutta, asiakkaita ja potilaita, prosessien sisäisiä tekijöitä sekä henkilöstöä kuvaavia mittareita, jolloin johtamisen onnistuminen ja osaaminen perustuu erikoissairaanhoidon palvelutoiminnan hallinnan kokonaisuuteen.

Ristiriitainen tutkimustulos ilmeni, että johtamistyö halutaan nimenomaan nähdä palvelutoimintaa palvelevana ja kehittävänä, johon sisältyy palvelutoiminnan-, ja henkilöstö- sekä talousresurssien johtaminen, mutta kuitenkin näitä toimintoja mittaavia mittareita ei osata ottaa, tunnistaa ja analysoida mittaritulosten korrelaatioiden kautta esimerkiksi tietoperustaisen johtamistyön ja/tai palvelutoiminnan suunnittelun onnistumista mittaavina tekijöinä. Tietoperustaisuutta nähtiin kehitettävän lisäämällä johtamisosaamista tunnuslukujen analysointiin sekä konkreetin kautta millaisilla toimenpiteillä vaikutetaan toivottuihin muutokohtiin. Raportointiosaamisesta tulisi siirtyä analysointiosaamiseen.

Tietoperustainen johtaminen nähtiin kokonaisuutena (kuvio 21) ja mahdollisuutena johtaa julkisen terveydenhuollon organisaatioita tehokkaasti, nykyaikaisesti, henkilöstöä sitouttamalla. Tällöin johtaminen on vuorovaikutteista vaikuttavan informaation analysointia, kyseenalaistamista, perusteiden hakemista ja tulkitsemista toisten asiantuntijoiden kanssa (Laitinen 2010; 49), jolloin Koivuahan (2005; 6–13) mukaan tiedon tuottaminen ja päätöksentekokin ohjautuu sosiaalisten verkostojen

välillä. Tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta on hyvä tunnistaa, että käytettävän tiedon on oltava myös sosiaalisesti hyväksyttyä, jotta se olisi vaikuttavaa.



KUVIO 21 Tietoperustaisen johtamisen kokonaisuus.

Johtaminen nähtiin kehittyvän rakenteiden, johtamisjärjestelmien, sekä johtamisen roolivastuiden (ks. esim. Quinn, Faerman, Thompson & McGrath 1996) sopimisena. Haasteena kuvattiin julkisen terveydenhuollon näennäisjohtaminen. Asiantuntijoiden mukaan nimike ei välttämättä kerro todellisesta vastuusta (vrt. Stacey 2007), jolloin tehtävässä onnistumista tai epäonnistumista ei palkita tai sanktioida. Johtamistehtävissä voidaan toimia ilman, että todellisuudessa johdetaan, jolloin autoritäärisuus ja vallan käyttö sekoittuivat johtamiselementeiksi. Selkeää, mitattavaa vastuuta toiminnan onnistumisesta koordinoitusti ei aina löytynyt. Johtaminen näyttäytyi osittain optimoimalla esimerkiksi kapeita erikoisaloja. Vain harvoja nähtiin kiinnostavan laajemmista kokonaisuuksista vastaaminen. Johtamisen kehittämismahdollisuudet selkeiden roolien (esim. Ollilla 2006; Ståhle & Laento 2000, 67) kautta johtamisjärjestelmässä nähtiin edellytyksenä seuraavanlaisesti: johtamistyölle annetaan aikaa, selkeät vastuut ja valtuudet, arviointia onnistumisesta sekä kannustava palkkiojärjestelmä johtamistyön mittaamisen kautta.

Tietoperustainen johtaminen vaatii osaamista käyttää hankittua ko-

kemusta johtamistyössään. Toisaalta uskallusta heittäytyä, laittaa itsensä alttiiksi ja johtaa persoonallaan (esim. Petrick & Quinn 1997; Ellonen et al. 2006). Hoitotyön johtajat näkivät paremmat mahdollisuudet sosiaalisten tilanteiden hallintaan, kuin lääketieteen johtajat. Kokemuksen käyttäminen vaatii uskallusta ottaa riskejä ja näin ollen syntyy mahdollisuus olla väärässä ja joutua altavastaajan rooliin. Lääketieteessä asiantuntijuuden kautta kasvatettu formaalius voi estää johtamistyöhön tarvittavan välittömän ja avoimen vuorovaikutuksellisuuden. Yksilöeroja kuitenkin on siinä, miten rooli uskalletaan ottaa. Tunnistettiin, että formaaliuden korostaminen on mekanismi pitää koskemattomuuden suoja johtamistyöhön, jolloin epäonnistumista ja arvostelua olisi helpompi sietää. Asiantuntijoiden mukaan tämä ei ole tietoista vaan opittua toimintamekanismia. Hoitotyön johtajat näkivät asetelman toisinpäin, epäformaalia johtamistapa on suojamekanismi, jolloin he kokevat olevansa yksijoukosta. Kokemuksellisuus, sosiaalisuus ja vuorovaikutustaidot merkitsevät tulevaisuudessa yhä enemmän tietoperustaisen johtamisen hallinnasta. Tällöin tiedolliset ja taidolliset taidot voidaan saavuttaa koulutuksen kautta, mutta kokemuksen kautta saavutettua varmuutta johtaa, sietää epävarmuutta ja tulla väärin ymmärretyksi ja toisaalta pidetyksi, voidaan saavuttaa itsensä kehittämällä ja sitoutumisella johtamiseen.

5.3.1 Johtaminen palvelutoiminnan suunnittelussa

Asiantuntijoiden mukaan palvelutoiminnan tehtävänä on suunnitella ja kohdentaa palvelut sisällöllisesti, määrällisesti sekä laadullisesti väestön terveystarpeiden mukaisesti. Tällöin tarkoituksenmukaisen ja kustannusvaikutuksiltaan tehokkaan palvelutoiminnan tulee olla muovaamassa ja ohjaamassa palvelutoiminnan rakenteita (vrt. Lillrank & Venesmaa 2010). Valitun rakenteen sisäinen johtaminen tulee saada niin tehokkaaksi, että toiminta ja kehittämisen edellytykset toimivat kustannustehokkaasti.

Kunnat ja erikoissairaanhoidot voivat tehokkaammin huolehtia siitä, että palvelut toimivat kokonaisuutena ja ne ohjaavat voimavaroja sekä kehitystyötä sen mukaan mikä parantaa väestöryhmän palveluita. Palvelutoiminnan käytännön johtaminen tulee olla organisoitu pääosin väestöryhmän tarvitsemien palveluprosessien mukaisesti. Palveluja organisoitaessa on keskeinen arviointiperuste palvelujen saatavuus. Erikois-

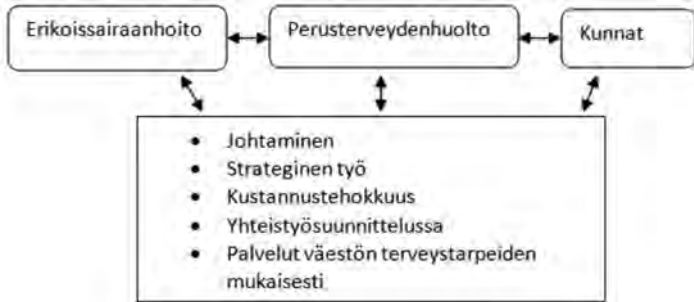
sairaanhoito on organisoitu lääketieteen erikoisalojen mukaan, organisointumisen periaatteen vaihtaminen esimerkiksi potilasryhmien tarpeiden mukaiseksi on yllättävän vaikeaa (esim. Porter & Teisberg 2006). Vaikka terveydenhuollon yksiköiden tuottavuus- ja vaikuttavuuserot osoitettaisiin kuinka luotettavasti, on vaikeaa siirtyä heikommista toimintamalleista tuottavampiin ja vaikuttavampiin malleihin (Ham 1999; Lillrank & Venesmaa 2010).

Jos kehitetään toimintaa ja hommia ja tulee uudistuksia vaikka tehtävänkuvuihin, uhkaillaan järjestöillä ja neuvotteluilla. Niin, siis mikään ei saisi muuttua ja sitten kuitenkin pitää kehittää – [haastattelu 23].

Julkinen sektori pystyy johtamaan toimintaansa hyvin, usein on kyse roolien sekavuudesta, mutta näkisin, että johtaminen tulee kehittymään – [haastattelu 20].

Suomalaisen julkisen terveydenhuollon erityispiirre on ollut kuulua osana monitasoiseen poliittiseen järjestelmään sekä aluepolitiikkaan. Toiminnallisen ja taloudellisen vastuun erillisuus palvelutoiminnan suunnittelussa ja johtamisessa on toimialan muutosten mukana muuttumassa. Toiminnasta ovat vastanneet kliiniset asiantuntijat, kuten lääkärit ja hoitajat, ja taloudesta on vastannut hallinto ja kunnat. Toimialamuutosten mukana palvelutoiminnan suunnittelu, jonka sisällä on myös talouden suunnittelu ja vastuu, on asiantuntijoiden mukaan selkeästi kasvamassa erikoissairanhoidossa. Palvelutoiminnan suunnittelusta vastuulliset johtajat joutuvat väistämättä raportointivelvollisena ottamaan kantaa taloudellisiin kysymyksiin, mutta nähtiin, ettei taloudellinen vastuu ole tulosvastuullista toimintaa. Asiantuntijat näkivät (vrt. kuva 22), että palvelutoiminnan suunnittelussa ei voi enää väistää talouteen liittyviä vastuukysymyksiä. Palvelutoiminnan johtamisen vastuullisuus nähdään tulevaisuudessa vahvasti kaksisuuntaisena. Palvelut tulee suunnitella väestön tarpeen mukaisesti, jolloin suunnittelu perustuu vahvasti tietoperustaiseen johtamiseen. Toisaalta palvelut tulee yhtäältä suunnitella palveluntuottajan sekä palveluntilaajan eli kuntien strategiatyöhön integroituna. Molemmissa yhteisiä nimittäjiä olivat kustannustehokkuus,

palvelutoiminnan oikea-aikainen ja – paikkainen kohdentaminen, optimaalisesti ohjatut resurssit, avoin ja aktiivinen kooperatiivinen toiminta, aito kumppanuusperiaate, jolloin suunnittelutyö on hyvin johdettua koordinoitua työtä.



KUVIO 22 Palvelutoiminnan johtaminen.

Tiedon käyttäminen ja analysoiminen johtamistyössä onnistumiseen vaatii toimintaympäristön palvelujärjestelmän tuntemista. Suomessa on verraten vähälle jäänyt keskustelu health services research (HSR) -tutkimuksista, jonka tarkoitus on punnita toiminnan eri vaihtoehtoja terveydenhuoltoalalla. Palvelujärjestelmien tutkimus on jäänyt Suomessa kansalliselle tasolle, ja kuitenkin kansainvälisellä tutkimuksella voisi olla annettavaa Suomen julkisen terveydenhuollon järjestelmien kehittymiselle. Liian usein tiedon tulkintaa ja analysointia rajoittaa poliittinen keskustelu, jossa poliittiset näkemykset vaikuttavat päätöksiin. Terveydenhuollon tiedon käyttäminen johtamisessa ja palvelutoiminnan suunnittelussa tulisi paremmin kohdentaa laajempiin näkökulmiin ja isompaan viitekehukseen. Suunnittelussa tarvitaan yhä laajempaa tiedon hallintaa ja koordinoitua. Strategiset päätökset tulisi tehdä tarkemman analytiikan ja paremman sekä koordinoitumman yhteistyön merkeissä mikro- ja makrosuunnittelutasojen välillä. Johtamisen haasteena nähtiin tiedon muodostuminen sirpaleisista ja osittain erillään olevista useista eri tietojärjestelmistä, jolloin väärin johtopäätösten mahdollisuus nähtiin kasvavana.

Johtamisen olemattomuus näkyy siinä, että pyritään touhuamaan omassa erikoisalassa. Ei olla kiinnostuneita muusta kuin omasta tontista. Päätöksiä väännetään väkisin oman erikoisalan hyväksi vaikka se usein on lyhytnäköistä [haastattelu 17].

Sitten pitäisi saada tämä jatkuva pilotointi ja kokeilu touhu poikki. Eihän niistä kokeiluista jää arkeen elämään juuri mitään. Jatketaan siten samaan malliin [haastattelu 24].

Palvelutoiminnan suunnittelun näkökulmasta tulisi johtamisosaamista lisätä johtamisympäristön päätöksentekomekanismien ymmärtämiseen. Miten organisaation ulkopuoliset ohjausjärjestelmät toimivat poliittisilla ja kuntatasoilla, miten niihin vaikutetaan ja mikä on näiden vaikutus organisaation sisäisiin ohjausjärjestelmiin. Organisaation sisällä päätöksenteon toimintamallien ymmärtäminen eri johtamistasoilla helpottaa työtä. Osaamista tulisi myös lisätä suunnittelun näkökulmasta itse johtamistyösä; esimerkiksi miten hallitaan konfliktitilanteita, miten asiantuntijaorganisaatiossa tunnistetaan motivaatiotekijöitä ja miten niihin vaikutetaan, miten henkilöstöresursseja kohdennetaan. Palvelutoiminnan suunnittelun kannalta tulisi johtamista kehittää johtamistyön kokonaisuuden hallinnassa. Johtamistyön kehittämisessä tulee mennä eteenpäin ja on luovuttava vanhakantaisesta management ja leadership- jaottelusta. Johtajuus onnistuu nykyorganisaatioissa kokonaisuutena. Terveysthuollon asiantuntijaorganisaatiossa tarvitaan yhä parempaa osaamista ymmärtää toimintaa, toimintaympäristön ohjausmekanismeja sekä toimintaympäristössä työskentelevää henkilöstöä (esim. Hannukainen ym. 2006; Kamensky 2000). Tutkimuksen dokumenttiaineiston mukaan kohdeorganisaation johtamista on pyritty kehittämään vuodesta 2002 lähtien. Johtamisosaamisen kehittämistä ei kuitenkaan ole systemaattisesti kytketty palvelutoiminnan kehittämiseen. Dokumenttiaineisto 2000–2008 toimintakertomusten mukaisesti kohdeorganisaatiossa tehty merkittäviä toiminnallisia muutoksia sekä kehittämistoimintoja, mutta integraatiota johtamistoimintaa ei löytynyt. Myöskään johtamistoiminnan kehittämiselle asetettuja tavoitteita ei kirjattuna löytynyt, jolloin voidaan asettaa kysymys, mitä johtamiskoulutuksella tavoitellaan ja miten sen onnistumista mitataan?

Johtamistehtävien ja vaatimusten katsotaan lisääntyneen oleellisesti lyhyessä ajassa. Johtaminen identifioidaan tekemisen kautta, ei niinkään tietoisien oman johtamisosaamisen kehittämisen kautta. Opitut toimintamallit organisaatiossa peritään herkästi kulttuurin kautta.

Mistä se johtuu, että samat pomot ja asiantuntijat pystyvät toimimaan ja johtamaan itsenäisesti hommia privaatisissa ja sitten kun ollaan täällä iskee mieletön avuttomuus [haastattelu 16].

Palvelutoiminnan onnistumiseen tulevaisuudessa nähtiin vaikuttavan tietoperustaisen johtamisen onnistuminen, suunnittelun eri portailla analysoidun tiedon käyttäminen laaja-alaisesti kokonaisuudet huomioiden, priorisointikeskustelun avaaminen talouden ja resurssien riittävyyden näkökulmasta sekä yhteisen ymmärryksen ja linjausten löytyminen niin alue- kuin kansallisellakin tasolla.

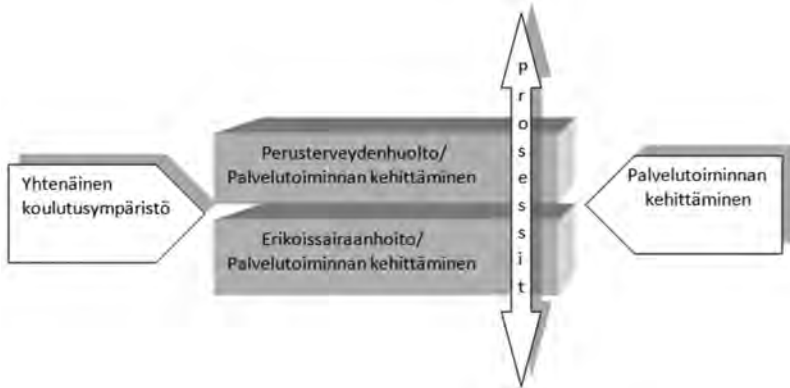
TAULUKKO 9 Johtamisen painopisteen muutokset.

Johtajuuden alueet	Perinteinen	Tulevaisuuden painopiste
Kontrolli	Hierarkia	Sitouttaminen
Kuri	Asemointi	Itsekontrolli
Ongelmanratkaisu	Mekanistinen	Osallistuva
Päätöksenteko	Johtajat	Esimiehet ja työntekijät
Tehtävät	Velvollisuudet	Toimeksiannot
Johtaminen	Määräykset ja kontrolli	Voimistaminen, mahdollistaminen
Funktio	Asiantuntijaryhmät	Tiimit, yhteisöllisyys
Painotus	Suoritekeskeisyys	Tavoitteellisuus ja oppiminen

Johtajuuden muutokset ovat painottumassa aktiiviseen osallistamiseen, mahdollistamiseen ja oppimisympäristön varmistamiseen. Oppimisympäristö tarkoittaa työyhteisöjä, joissa stimuloidaan ja fasilitoidaan mahdollisuutta löytää uusia tapoja toimia, uuden tiedon herättämistä, kriittistä mutta tukevaa keskustelua sekä ideoiden ja ajatusten vaihtoa.

Työyhteisö oppimisympäristönä haastaa ja antaa työntekijöille uusia näkökulmia sekä mahdollisuuksia kehittää ja kehittyä. Erikoissairaanhoidon palvelutoiminnan suunnittelu tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta nähtiin osana koko terveydenhuoltoalan rakenneuudistusta; miten kehittyvä tapa toimia?

Julkisen terveydenhuollon tulevalle toimialan uudistetulla rakenteella tulee olemaan merkitystä, mutta yhteiskunnallisesti on keskustelun ulkopuolelle jäänyt kokonaan miten rakennetta tullaan tai tulisi johtaa. Valitulla rakenteella ei tule olemaan itseisarvoa terveydenhuollon toimialaa koskevissa tulevilla haasteissa ja ongelmassa. Tutkimustulosten mukaan nykyinenkin rakenne voisi toimia tehokkaasti, mikäli rakenteen sisällä oleviin johtamisjärjestelmiin ja johtamiskäytäntöihin haluttaisiin panostaa systemaattisesti hyödyntäen olemassa olevaa tutkimusta johtamistyön kehittämiseen.



KUVIO 23 Koulutusympäristö

Palvelutoiminnan suunnittelun johtamisen nähtiin onnistuvan, mikäli tulevaisuudessa prosessit saadaan leikkaamaan paremmin läpi terveydenhuollon. Tällöin päästään lähemmäksi todellista palvelutoiminnan johtamista, joissa potilasnäkökulma ohjaa toiminnan suunnittelua ja johtamista. Kehittämistä tulee tapahtua voimakkaasti omissa sektoreissa, joilla tarkoitetaan esimerkiksi perusterveydenhuoltoa tai erikoissairaanhoidoa, mutta myös kokonaisuuksissa, mikä näkyy kuntayhteistyössä. Asiantun-

tijoiden mielestä tarvitaan uutta ajattelutapaa sekä uutta asenteellista asemointia yhteistyökentässä (ks. Kuvio 23). Tällöin yhteisesti päätettäviä strategisia linjauksia tulisi muodostaa yhteisestä kustannustehokkuudesta, resurssien kohdentamisesta, taloudellisista linjauksista sekä kehittämistoiminnan suuntaamisesta. Onnistumisen edellytys on avoin luottamus, vuorovaikutus ja sitoutuminen toiminnan kehittämiseen yhteisten linjausten pohjalta.

– – pitäisi olla aikaa yhteistyöhön, mutta ketään ei kiinnosta prosessien rajapinnat, kun ne ovat niin vaikeita hallita. Omia prosesseja on helpompi ohjata ja kehittää [haastattelu 8].

Sellinen yhteinen toimintamalli voisi olla hyvä, mutta taitaa olla aika vaikea toteuttaa [haastattelu 10].

Yhteistyön lisääminen ja yhteinen tiukempi suunnittelu on mahdollista, jos vain yhteinen tahtotila löytyy. Vajavaisilla tiedoilla päätöksiä vedetään [haastattelu 22].

Tutkimustulosten mukaan palvelutoiminnan suunnitteluun nähtiin mahdollisuus luoda strukturoitu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhtenäinen koulutusympäristö (kuvio 23) (esim. Eloheimo 1999). Yhtenäinen koulutusympäristö toimisi erikoissairaanhoidonvetoisesti, jolloin erikoissairaanhoidon asiantuntijat ohjaavat perusterveydenhuollon asiantuntijoita prosessien näkökulmasta kehittämään rajapintatyöskentelyä (palvelu- ja hoitoketjut, prosessit). Erikoissairaanhoidon kliiniset asiantuntijat voivat jakaa koordinoitusti osaamistaan perusterveydenhuoltoon, jolloin koulutusympäristön kautta sen toimintavarmuus ja osaaminen kasvaisi potilaan näkökulmasta. Toisaalta koulutusympäristötoiminnan avulla olisi mahdollisuus vaikuttaa perusterveydenhuollon asiantuntijoiden saatavuuteen positiivisesti kasvavan osaamisen sekä verkostotoiminnan näkökulmasta, jolloin nuoremmilla tai muuten matalamman kokemuksen omaavilla asiantuntijoilla olisi paremmin seniorien ja muiden asiantuntijoiden tukea onnistuakseen omassa työssään.

Tutkimustulokseni linjautuu *McAlearneyn (2008) tutkimukseen, jos-*

sa terveydenhuollon tehokkuuden ja laadun kehittäminen onnistuu mm. tarkoin kohdennetuilla koulutus- ja johtamiskoulutusohjelmilla. McAlearneyn (2008) tutkimuksessa koulutusympäristön kautta nähtiin mahdollisuudet vaikuttaa myös organisaation työtehokkuuteen, organisaation yleiseen koulutus- ja kehittämistoimintaan, henkilöstön vaihtuvuudesta johtuviin kustannuksiin sekä keskittymällä organisaation strategisiin prioriteetteihin.

Koulutusympäristön ja erikoissairaanhoidon sekä kuntien yhteistyön lisäksi substanssi- tai prosessipohjaisesti nimetyt koordinaatiohenkilöt yhteistyöverkostossa mahdollistaisivat parempaa yhteistyötä. Tällöin keskustelua palvelutoiminnan kehittämistoimintaan ja päätöksentekoon liittyen vietäisiin koordinaatiohenkilöiden kautta erikoissairaanhoidon ja kuntien välillä eri verkostoissa. Näin keskustelu ja kehittäminen etenisivät tasalaatuisesti ja yhtenäisesti eri kunta-alueille. Nykyisessä toimintamallissa samaa asiaa voidaan kunnissa käsitellä ja päättää hyvinkin eri näkökulmista ja eri tiedoilla, jolloin kokonaisuuden tuloksellisuus ja tehokkuus eivät mahdollistu. Uudessa mallissa voidaan palvelutoiminnan systemaattisen koordinaation kautta lisätä kustannustehokkuutta, asiantuntijuutta, sujuvampaa palvelutoimintaa, karsia päällekkäisiä toimintoja potilasprosesseissa sekä mahdollistaa yhteisiä resursseja. Rajapintojen madaltumisen johdosta potilasprosessien ja hoitoketjujen hallinta ja kehittäminen palvelisi toimialaa, kuntia sekä ennen kaikkea potilaita.

Rehellisesti on tunnustettava, että perusterveydenhuolto on yksinkertaisesti laiminlyönyt kehittämistehtävänsä jo pidemmän aikaa, jonka vaikutukset näkyvät koko toimialassa [professori emeritus Juha Huttunen, Kuntatalo 12.II.2009, HUS johtamisvalmennusfoorumi].

Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido eivät kommunikoi tehokkaasti keskenään (Ovaskainen 2005; Virtanen 2010). Tämä näkyy mm. potilaille tehtyjen päällekkäisten tutkimusten tekemisenä, tiedon siirron ongelmina sekä kirjavien lähetekäytäntöjen viidakkona. Rooleja voidaan tarkastella yhdessä ja koulutusympäristön kautta auttaa perusterveydenhuoltoa kehittämään niin, että se tarjoaisi asiantuntijoilleen mielekkään työkentän. Tämä mahdollistaisi yhteisen prosessien kehittämisen aktiiv-

visella rajapintatyöskentelyllä. Koulutusympäristö ei tarkoita erikois-sairaanhoidon vastuuta kouluttaa perusterveydenhuollon lääkäreitä ja asiantuntijoita vaan auttaa prosessien kautta toimimaan potilaan näkökulmasta laadukkaasti ja kustannustehokkaasti. Koulutusympäristö toimisi myös yhteisten prosessien ja rajapintojen kehittämisfoorumina. Näin olisi roolien kautta turvallista toimia ja kehittäminen sekä palvelutoiminnan suunnittelu muodostuisi strukturoiduksi ja formaaliksi toimintamalliksi. Kokonaistehokkuus ja palveluiden laatu sekä taloudelliset vaikutukset näkyisivät potilaille joustava toimintana ”kerralla kuntoon”-toimintamallilla, oikea-aikaisella ja oikeapaikkaisella hoidolla. Yhteistyöverkoston sekä koulutusympäristön käyttö toisi mukaan eettistä keskustelua sekä linjaisi priorisointikeskustelua kokonaisuuksien hallinnassa mm. mitä varoilla hoidetaan, mihin rahat kohdennetaan.

– hajanainen käytäntö, miten yhteistyötä yritetään luoda perusterveydenhuollon kanssa. Enemmän pitäisi olla yhteistyötä [haastattelu 10].

Kyllähän se toisi kovasti tehoja ja etuja, jos olisi yhteiset foorumit joissa voisi kehittää ja kouluttaa, mutta pitäisi olla aikaa, eikä oikein vetäjiä löydy [haastattelu 4].

Ei ole varaa juokuttaa potilasta luukulta toiselle tai hoitaa samaa väivaa monella eri kerralla. Meillä on ollut sellainen ajatus ja prosessit kehitetään niin, että toimitaan kerralla kuntoon mallilla. Se vaatii paljon suunnittelua ja ohjausta, mutta potilaat ovat antaneet positiivista palautetta [haastattelu 12].

Nykyinen resurssien niukkuus ja kohdentuminen sekä taloudellinen tilanne (vrt. Lehtonen 2004, Lillrank & Venesmaa 2010) yhteiskunnassa sekä toimialassa tulevat pakottamaan yhteistyön merkitystä palvelutoiminnan suunnittelussa. Yhteistyön onnistumiseen tulee vaikuttamaan valitut rakenteet toimialassa. Päätetäänkö rakenteet poliittisen päätöksenteon, toimialan kehittymisen, asiakasnäkökulman tai erikoisalakoh- taisen päätöksenteon näkökulmista jää nähtäväksi.

Tutkimushaastatteluiden focus groupin mukaan johtaminen palvelu-

toiminnan suunnittelussa kuvattiin edelleen olevan top-down, ylhäältä alaspäin olevaa toimintaa. Tällöin palvelutoiminnan ja johtamistiedon kokoaminen, analysointi ja konvertointi tapahtuvat johtamistason ylätasolla, jossa tuotettu tieto kulkee kuntayhteistyöhön. Strateginen keskijohdanto sekä operatiivinen johtamistaso tuottaa strategiselle ylemmälle johdolle näkemyksensä erikoisalansa palvelutoiminnasta, resursseista, kehittämistoiminnasta sekä taloudesta. Kuvattiin, että palvelutoiminnan suunnittelun johtaminen tapahtuu inkrementaalisesti eli vähittäin, askel, askeleelta jolloin tulevaisuudessa asiantuntijoiden rooli suunnittelun eri vaiheissa voisi olla suurempi ja toimintamallissa down-top (alhaalta ylöspäin) malli toisi lisäarvoa johtamiseen sekä palvelutoiminnan suunnitteluun.

Tutkimuksessa asiantuntijat kyseenalaistavat perinteisen top-down-lähestymistavan organisaatiossa, joka pyrkii systeemin hallintaan ja näkevät kontrollikeskeisyyden olevan vaikuttamassa organisaation dynaamisuuteen, adaptiiviseen ja responsiiviseen toimintakykyyn heikentävästi. Palvelutoiminnan suunnittelun koordinaation suuntaaminen down-top malliin pakottaa toisaalta luomaan rakenteita ja strategioita, joissa yksilöt ja tulosityksiköt ovat toistensa resursseja ja tukena osaoptimoiminnin asemasta sekä toimisivat informaation kokoamisen, jakamisen, tiedon tuottamisen ja ymmärryksen muodostamisen areenoina (ks. Choo 2006).

5.3.2 Johtamisen differointi ja rakenteet

Kolmannen pääluvun teoriaosuudessa käsiteltiin johtamisroolien ja johtamisosaamisen differointia strategiseen ja operatiiviseen johtamiseen. Differoinnin tarkoituksena on ollut vahvistaa johtamisroolien ja siihen kuuluvien vastuukokonaisuuksissa onnistumista tietoperustaisen johtamisen sekä palvelutoiminnan suunnittelun näkökulmasta. Johtamisen segmentoinnissa on myös kyse ymmärryksestä ketä johdetaan ja miten heitä johdetaan.

Asiantuntijat tunnistivat eri johtamisen tasot, mutta johtamisen näkökulmasta roolien ja vastuiden epäselvyys hämmensi. Johtamisen eri tasot on tunnistettu nimellisesti, mutta julkisen terveydenhuollon ongelmana johtamista leikkaa medisiininen ajattelu: johtamistyölle ei ole systemaattisesti, koordinoitusti ja valvotusti asetettu selkeitä tavoitteita eikä

osoitettu toiminnallisia tavoitteita konkreettisella tasolla tai määritetty mitä eri tasojen johtamistyöltä odotetaan. Tunnistettiin, että johtajuutta on ollut vaikea ottaa. Johtamisen arvostusta ei ole vielä kovin pitkään lääkäriesimiesten kesken tunnustettu. Arvostuksen puute on asiantuntijoiden mukaan johtunut osittain johtamistyön ajankäytön puutteesta sekä potilastyön ja kliinisen asiantuntijuuden kautta saavutetun arvostuksen tunteesta. Johtajuutta tulee olla, mutta organisaatiossa ei pystytä tai haluta järjestää aikaa tähän työhön, mikä on ristiriidassa johtamisvaatimusten kanssa. Lähes kaikki lääkärijohtajat tekevät arjessa kliinistä työtä, jolloin potilastyö priorisoidaan korkeammalle, vaikka halukkuutta johtamistyöhön olisikin. Lääkäreillä on arvostusta, kannustimia ja palkintoja annettu perinteisesti kliinisistä taidoista ja osaamisesta (vrt. Virtanen 2010). Johtamistyössä nämä elementit toimialassa puuttuvat, jonka vuoksi osaltaan johtamistyö jää kliinisyden jalkoihin. Terveystieteiden alan huippujohtajuus tarvitsee onnistuakseen vahvaa ymmärrystä kliinisestä toiminnasta (vrt. Aarva 2009) niin lääkäri- kuin hoitotyön johtamisessa.

Pitkälti on kysymys kuka johtaa ja mitä. Välillä tuntuu, että kaikki haluaa johtaa jotain muuta mihin on alun perin palkattu [haastattelu 26].

Myös talouden kiristymisen myötä lisäresurssien saaminen on ollut lähes mahdotonta, jonka vuoksi lähes kaikki johtajat hoitavat potilaita. Asiantuntijoiden mielestä kuitenkin pienetkin resurssilisäykset mahdollistaisivat aikaa johtamiselle, joka näkyisi arjen sujuvuutena, päätösten tekemisen nopeutumisena, toiminnan kehittämisen edistämisenä eli kokonaistehokkuutena. Hoitotyön johtamiseen on pystytty kuitenkin järjestämään puhtaasti johtamistehtäviä. Hoitotyön johtajuus nähtiin olevan kasvussa, mutta edelleen ajattelua ohjaa kapea-alaisuus (vrt. Aarva 2009). Useat uudet hoitotyön johtajat näkivät kuitenkin työn laajemmassa viitekehyksessä olevan yhä enemmän terveyspalveluiden johtamista, jonka sisällä olevien tehtävien joukossa on hoitotyön johtaminen. Toimenkuvien muutokset sekä ajattelutavan muuttuminen hoitotyön johdossa ovat osa toimialan muutosta, joka kehittää alaa eteenpäin. Asenteellisten muutos-

ten nähtiin olevan välttämättömiä. Dokumenttiaineiston mukaan johtamiskoulutukset on nostettu aiheena vuodesta 2004 henkilöstön kehittämisen alle, mutta mitään kytkentää toiminnantavoitteisiin ei löytynyt, tai viittauksia mitä johtamistyön kehittämiseksi tavoitellaan.

Strategisen johtamisen liiketoimintaosaaminen (ks. kolmas päälu-ku) koettiin tärkeäksi, mutta arjessa sen tunnistaminen on kilpistynyt arkijohtamiseen sekä ad hoc -johtamiseen. Lääkärijohtajat kaipasivat yksimielisesti osaamista ja koulutusta tähän. Liiketoimintaosaamisen nähtiin business-orienteisena ja osaltaan vieraana. Toisaalta selitteenä tähän löytyi asiantuntijoiden todellisen talousvastuun puuttuminen lähes kokonaan. Ammattimaisen johtamisotteen puuttuminen aiheutti johtamisen heikon arvostuksen tunteen, jolloin suurin osa näki itsensä enemmän ”vetäjänä”, kuin johtajana. Toisaalta mielenkiintoinen tulos, että hoitapuolen johtajat kokivat itsensä johtajiksi, mutta näkivät myös tarpeen lisätä koulutusta talouden sekä toiminnankehittämisen suhteen. Mielenkiintoinen havainto on, että johtamistyössä kuitenkin puhutaan, seurataan ja raportoidaan mm. talouteen, henkilöstöön ja asiakkuuteen liittyviä asioita, mutta liiketoiminnan perinteiset termit ja terminologia koettiin vieraina. Osaltaan julkisen terveydenhuollon johtamisterminologian poikkeavuus verrattuna yksityiseen sektoriin voi aiheuttaa mielikuvaa johtajista, ettei myöskään liiketoimintaosaamista ole. Liiketoimintaosaamista julkisella sektorilla on, mutta se ei näy korostuneen systemaattisena ja koordinoituna.

— meillä kaikki johtajat tekevät jatkuvasti potilastyötä ja aikaa pitäisi repiä myös johtamishommiin. Johtamisessa kliininen leikkaa aina, kun koulutus ei ole johtamiseen erikoistunutta [haastattelu 19].

Sosiaaliset taidot ja vuorovaikutustaidot asettavat johtamiselle aivan erilaiset vaatimukset kuin aikaisemmin. Ei sitä voi enää murahdella tai kulkea ilman tervehtimättä ketään. Sitä pitää osata keskustella ja haastaa ihmisiä tekemään työtä paremmin. Ja kyllä sitä nykyisin johtajan tulee osata tulla vastaan eikä aina toisinpäin — [haastattelu 14].

Asiantuntijaorganisaation johtaminen vaatii nykyisin myös sellaisia hyviä tyyppejä, pitää olla osaamisen lisäksi myös muutakin osaamista, vaikka niin, että saa ihmiset aidosti hommiin mukaan [haastattelu 12].

Tarve kehittää johtamista passiivisesta vallankäytöstä aktiiviseen ja vuorovaikutteiseen johtamiseen koettiin mielekkäänä ja toimialan kehittymisen sekä asiantuntijaresurssien saatavuuden näkökulmasta välttämättömänä.

Operatiivinen johtaminen, joka sisältää erikoissairaanhoidossa lähijohtamista, mutta myös strategista johtajuutta mm. prosessijohtajuuden kautta, nähdään rooliltaan merkittävänä. Strategisen johtamisen voidaan nähdä olevan ylimmän johdon arkijohtamista (vrt. Huotari 2009; 48), mutta kehittämisen- ja suunnittelutehtävien kautta kuuluvan operatiivisen ylempään johdon osaamisalueisiin. Operatiivinen johtamistaso kattaa laajan henkilöstö- ja palvelutoiminnan johtamisen kentän, jonka onnistumista voidaan mitata. Operatiivinen johtamistaso nähtiin hyvin laajasti toiminnan ja henkilöstön läpi. Arkijohtamisen ja tilannetajun hallinta henkilöstöjohtamisen läpi nähtiin jopa kriittisinä osaamistaitoina, joissa organisointi, tunnealy, neuvottelutaidot, sekä hyvät vuorovaikutustaidot korostuivat.

Asiantuntijoiden mukaan operatiivisen johdon merkitys tulevaisuudessa henkilöstöresurssien saatavuuden, sitoutumisen ja motivoinnin roolissa on merkittävä. Tiedollista ja asenteellista uudistumista kaivattiin. Tiedollinen uudistuminen nähtiin laajempaan viitekehyksenä, syy-seuraussuhteiden hallintana, sekä oman substanssin integroimiskyvykkyytensä laajempaan toimintaan ja toiminnan kehittämiseen. Asenteellisen uudistuspainopisteen toivottiin siirtyvän enemmän perinteisestä vanhakantaisesta johtamisesta ohjaavaan, valmentavaan ja coaching -tyylisen vastuunottoon (esim. Ollila 2006). Strategista johtajuutta haluttiin painottaa liiketoimintaosaamisen ja henkilöstöjohtamisen läpi. Liiketoimintaosaamisen nähtiin tarkoittavan palvelutoiminnan kehittämistä niin, että talous- ja substanssiosaaminen yhdessä vahvistuvat. Tähän nähtiin kuuluvan kyvykkyiden avata tavoitteet auki talouden, substanssin- ja henkilöstöelementtien avulla. Sosiaaliset verkostotaidot sekä kyvykkyys vuorovaikutukseen erilaisten asiantuntijoiden kanssa nähtiin painoarvoltaan korkeina. Molemmissa tasoissa nähtiin korostuneesti tavoitteellinen toiminta, joka kyetään viestimään jokaiselle henkilöstötasolle riittävän

konkreettisesti, sekä valvomaan ja arvioimaan tavoitteiden syntymistä, niin, että ohjaavaote arjessa näkyy. Toiminnan jatkuvan arvioinnin merkitystä johtamisen avulla toivottiin läpinäkyvämmäksi, jolloin nykyinen kuukausiraporttien lukeminen painottuisi enemmän analysointiin ja ennakoiviin korjaaviin toiminnan kehittäviin toimenpiteisiin. Nähtiin, että järjestelmätason tietoa on saatavilla, mutta tiedon louhinta ja kommunikatiivinen toimintatapa vaatisi asenteellistakin uudistumista.

TAULUKKO 10 Johtamisen segmentointi ja osaaminen.

Teorian mukaan		Tutkimusaineiston mukaan	
Johtamisen rooli	Osaaminen	Johtamisen rooli	Osaaminen
Strateginen johtaminen	Johtamistiedon hallinta Päätöksentekokyky Ennakointikyky Suuret linjat Liiketoimintajohtaminen Henkilöstöjohtaminen Talousjohtaminen Prosessien johtaminen	Strateginen johtaminen	Liiketoimintaosaaminen Henkilöstöjohtaminen • vuorovaikutustaidot • kuuleminen • tunnistaa kyvykkyyks • tilaa asiantuntijoille • luottamus Talousjohtaminen Prosessien tunteminen Kehittäminen Ennakointi, näkemys • läpinäkyvyys Päätöksentekokyky
Operatiivinen johtaminen	Henkilöstöjohtaminen Talouden seuranta Organisointikyky Substanssin johtaminen Prosessienjohtaminen Henkilöstöjohtaminen Talouden seuranta	Operatiivinen johtaminen	Henkilöstö- ja substanssijohtaminen Prosessiosaaminen ja -johtaminen Organisointikyky Neuvottelutaidot Kehittämiskyky Hyvät sosiaaliset ja vuorovaikutustaidot Tunneäly

Puitteet hyvälle johtamiselle ovat olemassa ja koulutuksen kautta johtamisosaamista on mahdollisuus kehittää ja kasvattaa. Miksi sitten julkisen sektorin johtaminen on jäänyt jälkeen? Toimialaan tulisi luoda selkeä johtamisen toimintamalli, jossa vastuut jaetaan, mitataan, palkitaan ja sanktioidaan. Yksityisen ja julkisen sektorin johtamista voidaan verrata ja defensoida molemmin puolin. Molemmilla on omat erityiset vertailuun kelpaamattomat roolinsa, vastuunsa ja toiminta tulee tulevaisuudessa yhä enemmän muodostumaan kooperatiivisemmaksi. Julkisen sektorin rakenteet tulevat muuttumaan ja ongelmaksi voi muodostua valitun rakenteen sisäisen johtamistyön kehittämisen kapea-alaisuus.

Inhimillinen organisaation koko ja tunne, että selkeästi kuuluu johonkin on tärkeä [focus group -haastattelu].

Organisaation koko nähtiin merkittävänä tekijä, jotta toiminta- ja reagoitakyvykkyudet mm. johtamistyöhön mahdollistuisivat. Näkökulmana oli johtamisroolin vastuunotto ja tavoitteiden implementoinnin kyvykkyys. Perinteisesti johtaminen nähdään kohdeorganisaatiossa jopa siilomaisesti kapeiden erikoisalojen kautta, jolloin organisaation koko on todellinen ongelma. Mikäli johtaminen saadaan koordinoitusti, hallitusti ja todellisten vastuu/tavoiteasetannan (kuvio 24) kautta toimimaan horisontaalisesti johtamistoiminnan kokonaisuuden kautta, organisaation koko ei ole suurin ongelma. Asiantuntijoiden mielestä johtamisosioiden pirstaloiminen vastuuteemoihin (mm. talous, kehittäminen, henkilöstö, hoito- ja lääketiede), joita johdetaan erillään aiheuttaa näkökulmien blokkautumista. Nähtiin, että johtaminen tulisi koota ja vastuuttaa johtamisjärjestelmän kautta.



KUVIO 2.4 Johtamistyö rakenne.

Johtamistyön mittaaminen on avainasemassa arvostuksen ja toteutettavissa olevien palkitsemiskäytäntöjen löytämiseen. Jotta, mittaamiseen päästään tulisi johtamistyölle asettaa selkeät tavoitteet. Organisaatiossa johtamistyöhön vaadittavien toimintamallien ja työkalujen käyttäminen koettiin osaltaan perustuvan subjektiiviseen valintaan, jolloin yhtenäinen johtamiskulttuuri jää muodostumatta. Subjektiivinen valinta sitoutua olemaan johtaja sekä käyttämään sovitut toimintamalleja pohjautuu toimialassa olevaan asiantuntijuuteen (vrt. Virtanen 2010), joka nähtiin liian usein nousevan johtamistyön/aseman yläpuolelle. Kliinisessä asiantuntijatyössä subjektiivista valintaa käytetään jatkuvasti, joka on oikeutettu tähän työhön. Roolien epäselvyys heijastelee tästä taustasta. Toisaalta nähtiin välttämättömänä sallia tietty liikkumavapaus, mikäli tavoitteellinen toiminta toteutuu.

5.3.3 Tietoperustainen johtaminen osaamisen johtamisena

Työntekijät pitäisi saada motivoitumaan kehittämiseen paremmin [haastattelu 17].

Nyt pitäisi päästä eteenpäin prosessien kautta, mutta miten siihen löytyy aikaa [haastattelu 2].

Prosessien kautta osaamisen onnistuminen on äärimmäisen tärkeää. Kyllä siitä riitä tulee, kun totuttu niin vapaasti kaikissa koulutuksissakin käymään. koulutukset mielletään etuina ja ollaan ikään kuin itseoi-keutettuja, paha siihen on puuttua [haastattelu 14].

Osaamisen johtaminen on intentionaalista johtamista. Kivisen (2008; 200) tutkimuksessa kuvataan, kuinka johtajisto sekä henkilöstö eivät mielestään omaa mahdollisuutta käyttää osaamistaan sekä pohditaan sitä, onko edelleen johtajana tehtäviin ”pakotettuja” henkilöitä, jolloin motivaatio on kliinisessä toiminnassa. Johtamisen intentionaalisuus (ks. kappale 3.6.) tarkoittaa mm. tavoitteiden asettamista, asiantuntijoille onnistumisen edellytysten luomista ja mahdollisuuksia, tavoitteiden toteutumisen seuranta ja arviointia, suunnan näyttämistä ja tarvittaessa kurssin korjaamista. Intentionaalinen tietoperustainen johtaminen mahdollistaa osaamisen kehittymisen organisaatiossa prosessien ja asiantuntijaverkostojen kautta. Prosessityöskentely on avain työnsuunnitteluun, resurssitarpeen arviointiin ja allokontiin. Näin ollen osaamisen johtaminen on osaamisen hallintaa, joka perustuu intentionaalisuuden lisäksi myös johtamistyökalujen kuten kehityskeskusteluiden, tavoitekeskusteluiden, esimies-alais-keskusteluiden ja työyksiköiden osaamisprofiilien käyttämiseen ja analysoimiseen.

Tutkimusten mukaan osaamisen johtamisessa on kysymys siitä, miten kyvykkyys tunnistetaan ja ennakoidaan. Tunnistamiseen tarvitaan työkaluja, jotta se ei jää mielivaltaiseksi. Menetelminä voivat olla perustehtävän määrittämisen kautta osaamisen tasojen mallintaminen ja tunnistaminen. Tämän jälkeen voidaan määrittää osaaminen henkilökohtaisella tasolla kehityskeskusteluiden, osaamiskartoitusten tai muiden valittujen työkalujen kautta. On ymmärrettävä millaista osaamista prosesseissa (eri työtehtävissä) tarvitaan ja osattava kohdentaa se optimaalisesti. Osaamisen johtamisen painopiste tulee olemaan yksilöistä prosesseihin. Tunnistettavaa on, että osaaminen voidaan kiinnittää tietoon, tietämykseen, informaation ja yleiseen osaamiseen sekä luovuuteen, joista voidaan muodostaa organisaation tietopääomaa (vrt. Huotari 2009, 39; Aggelstam 2006).

Osaamisen johtaminen vaatii näin ollen uutta johtamisajattelua, johon kuuluu potentiaalin aktualisoiminen organisaation menestystekijäk-

si. Johtamisen avulla luodaan rakenteita, joissa sosiaalisten verkostojen avulla osaamisen pääoman (esim. Choo 2006) on mahdollista kasvaa kollektiivisesti. Osaamisen johtaminen on palvelutoiminnan vahvaa ymmärtämistä ja kehittämistä käyttämällä analyttisesti eri tietojärjestelmien ja tietolähteiden tuottamaa tietoa. Osaamisen johtamisen haasteena julkisen sektorin organisaatiossa nähdään kyvykkyyden tunnistaminen, tukeminen ja kohdentaminen (vrt. Hyrkäs 2009). Kun osaaminen tunnistetaan, sille on johtamistyön kautta luotava mahdollisuus onnistua ja edelleen kehittyä. Johtajuuden on oltava niin vahvaa, etteivät johtaminen ja asiantuntijuus kilpaile keskenään, vaan aidommillaan osaamisen johtaminen on onnistunut, kun asiantuntijat/henkilöstö onnistuu. Osaamisen johtaminen on onnistumista vuorovaikutuksessa ja henkilöstöjohtamisessa. Edelleen se voidaan nähdä olevan palvelutoiminnan kehittämistä, jolloin johtamistyön onnistumisen kyvykkyyttä on allokoida, ennustaa ja varmistaa tarvittava osaaminen läpi teknologia-, lääketiede- ja hoitotyö. Toisaalta osaamisen johtaminen on ymmärtää oman erikoisalalan kehittymistä suhteessa koko toimialaan valtakunnallisesti sekä globaalisti.

Osaamisen johtaminen on terminä aika vaikee--, kait se on niinku sitä, ett pystyy porukan sijoittelemaan sinne missä sen pitääkin olla [haastattelu 12].

Mun mielestä se on henkilöstöjohtamista – vai onko [haastattelu 4]?

Paljonhan siitä puhutaan, mä käytän kerran vuodessa kehityskeskusteluita ja saan sieltä tietoa [haastattelu 9].

Sitä pyritään aina katsomaan resurssit niin, että vuorot onnistuu, ettei laiteta kaikkia aloittelijoita samaan vuoroon. Kyllä sitä vuosien varrella on tähän harjaantunut [haastattelu 20].

Porukkaa jää eläkkeelle koko ajan ja vaikka sitä korostetaan, että tietoo lähtee paljon, niin kyllähän sitä nuorempien myötä tulee taloon. Nuoret ne osaakin asioita eritavalla, mutt sitä sitoutumista joskus mieltii [haastattelu 22].

Nuoremmat tietää asioita ihan eri tavalla kuin ikääntyvä porukka, ne osaa selvitellä asioita ja hakee itsekin tietoo, kyllä tämä touhu muuttuu porukan mukana [haastattelu 17].

Toisaalta asiantuntijahaastattelussa nousi esille näkemys, että osaaminen on erikoissairaanhoidossa äärimmäisen kapeaa erikoisalakohtaista syväosaamista, jolloin potilaan hoidon kokonaisuus voi kärsiä. Asiantuntijoiden mukaan osaamista voisi kohdentaa myös laaja-alaisempaan osaamiseen, niin kliinisessä kuin johtamistyössä.

Hiljaisen tiedon Nonakan & Takeuchin (1995) sekä von Krogh ym. (2002) määrittelyä on edelleen tehty useista eri näkökulmista (vrt. pääkappale 4). Organisaatio- ja johtamistutkimuksissa hiljaisen tiedon merkityksestä ja sen käyttöönnoton haasteista on lukuisia tutkimuksia. Terveydenhuollon organisaatiossa puhutaan eläkkeelle jäävän henkilöstön mukana poistuvasta hiljaisesta tiedosta.

Kivisen (2008, 200) tutkimuksessa pohditaan hiljaisen tiedon ulkoistamisen ongelmia sekä osaamisprosessien jäämistä yksilötasolle. Näkökulma hiljaisen tiedon poistumiseen terveydenhuollossa voidaan lähestyä valintamäärittelyiden kautta, mutta myös tiedon tasojen kautta. Onko poistuva hiljainen tieto relevanttia tässä ajassa ja onko se tutkittuun tietoon perustuvaa vai enemmän vuosien varrella opittuja yksilöiden henkilökohtaisten käytäntöjen poistumista? Toisaalta miten organisaatiossa nonverbaalinen hiljainen tieto ohjaa ja jopa johtaa?

Hoitotyön johtaminen on perustunut pitkään pragmaattisuuteen (vrt. pääkappale 3) eikä tutkimusten käyttämistä ja analysointiin tarvittavaa osaamista ole ollut laajasti. Tällöin johtamis- ja asiantuntijatyö on muodostunut opittujen käytäntöjen kautta ”totuuksina”, joita on siirretty perehdytyksen kautta toiselle (vrt. Laitinen 2010; 48). Toisaalta käytännön kautta opittuja malleja ei ole haluttu siirtää aina eteenpäin, koska osaamista on pidetty myös valtana. Vahvat mielipidejohtajat ovat kaapanneet osaamisen ja osaamisen hallinnan legitimitietin (vrt. Kivinen 2008, Aarva 2009, Virtanen 2010).

Relevantti hiljainen tieto siirtyy johtamistyön avulla organisaation hyväksi ja kehittyy uudelleen uusien toimijoiden kautta. Organisaation kehittyminen ja tiedon siirto ei voi nojata yksilön omaan henkilökoh-

taisesti opittujen tapojen ja tottumusten tiedon siirtoon. Kyseenalaistan hiljaisen tiedon alleviivaavaa merkitystä organisaation kehittymisen kannalta. Tarvittavan, oikeellisen tiedon tulee löytyä dokumentoituna. Näin organisaation relevantti tieto siirtyy, kehittyy ja konvertoituu toiminnan ja organisaation hyväksi asiantuntijoiden välityksellä. Myös käyttämättä jäänyt (hiljaisen tiedon ulkoistamisen osaamattomuus vrt. Kivinen 2008; 200) hiljainen tieto muovaa, uudistaa ja kehittää organisaatioita. Hiljaisen tiedon voidaan katsoa muovaavan enemmän organisaation sosiaalista kulttuuria, kuin sen osaamisen kehittymistä. Julkisen terveydenhuollon kulttuuria on sitonut liiaksi tarrautuminen vanhoihin käytäntöihin ja organisaatioiden polkuriippuvuus menneisyyteen. Ilmiötä voidaan peilata heikon johtajuuden kautta, yksilöiden ja työyhteisöjen kautta tai toimialan pitkällä työurilla, mutta ilmiössä ei tulisi olla kyse niinkään arvottamisesta vaan enemmän arvojen uudelleen järjestäytymisestä toimialan ja organisaatioiden kehittymisen näkökulmasta.

TAULUKKO II Osaamisen johtaminen tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta.

Tietoperustainen johtaminen
Osaamisen johtaminen:
<ul style="list-style-type: none"> • Ennakoida • Tunnistaa • Määrittää • Kohdentaa • Varmistaa

Tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta asiantuntijoiden mukaan osaamisen johtaminen (taulukko II) on ennakointia, jolloin johtamistyön fokus on ymmärtää toimialan tulevat muutoksen liittyen kyseessä olevaan erikoisalaan, yleiseen kehittymiseen, teknologiaan, resursseihin, lakiin jne. Ennakoinnin läpi tulee tunnistaa ja määrittää, millaista osaamista tarvitaan, tarvitaanko osaamista lisää, voidaanko osaaminen päivittää, millaista strategista osaamista tulee olla. Osaamisen oikea kohdentaminen on haaste. Asiantuntijoiden mukaan johtamistyön haaste on kyetä tunnistamisen jälkeen nostamaan ja kohdentamaan myös orastava osaaminen, joka voi olla tulevaa strategista osaamista. Osaaminen tulee kohdentaa prosesseissa tarvittavaan osaamiseen, ei yksilötason menestys-

tarinaan (vrt. Huotari 2009, 39–40). Terveysthuollossa vahva suuntaus on ymmärtää, allokoida ja tunnistaa osaaminen prosessien kautta. Tällöin osaamisen johtaminen tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta tulee olla transparenttia, osallistavaa, motivoivaa, ohjaavaa sekä vuorovaikutteista.

Tutkimustulosten mukaan yleisesti jo tunnistetut osaamiset kohdennetaan hyvinkin samalla tavalla, kunnes kollektiivisen osaamisen taso lopulta laskee. Johtamistyöllä tulee antaa tilaa ns. uuden ja vielä ohuenkin osaamisen kasvaa ja kehittyä sekä mahdollistaa sitä jopa virheiden kautta. Osaamisen varmistamisella mm. arvioinnin ja palvelutoiminnan mitta-roinnin, kehityskeskusteluiden ja asiakastytyväisyyskyselyiden avulla pyritään huolehtimaan siitä, että osaaminen on ennakoitu, tunnistettu, määritetty ja kohdennettu optimaalisesti.

Osaamisen johtaminen on kyvykkyyttä luoda avoimet olosuhteet tiedon kiertokululle organisaatiossa sekä ihmisissä. Sen onnistuminen vaatii yhteisesti sovittuja toimintamalleja ja -tapoja, joihin sitoudutaan. Jotta sitoutuminen onnistuu, on johtamistyön edellytyksenä luoda, varmistaa ja saavuttaa luottamusta. Luottamus varmistaa mahdollisuuden tilan antamiseen osaamiselle sekä mahdollisuuden haastaa osaamista. Tavoitteet ja keinot tulee asettaa yhdessä, jolloin jokainen voi sitoutua niihin (vrt. Rannisto 2005; Toikka 2002). Osaaminen tulisi nähdä laajemmin, (vrt. Syväjärvi 2005; 48) jolloin johtamisessa tarvittavat sekä sosiaaliset että vuorovaikutustaidot korostuvat. Luottamuksen ja avoimen ilmapiirin luominen vaatii aitoa aktiivista kuulemista, jolloin myös organisaatiossa ja asiantuntijaverkostossa olevat heikot signaalit rekisteröityvät.

Vuorovaikutustaitoja tulisi systemaattisesti parantaa [haastattelu 2].

Johtajan tulee osata kuunnella mitä muut sanovat, voihan siellä olla jotain uuttakin [haastattelu 9].

Osaamisen johtaminen voidaan nähdä olevan strategisten tavoitteiden mukaista, suunnitelmallista tiedon ja osaamisen hallinnan sekä oppimisen prosesseja yhdistävää ja edistävää toimintaa organisaatiossa (Kivinen 2008, 193). Tieto muuntuu osaamiseksi ihmisten toimiessa organisaati-

oiden toiminta-ajatusten sekä tavoitteiden mukaisesti (Huotari 2009, 19). Osaamisen johtaminen on tulevaisuudessa vielä enemmän johtajan johtamistyön omaa osaamista, oman osaamisen hallintaa, ymmärrystä ja näin ollen muutoksen johtamista. Se on myös kyvykkyyttä ymmärtää laajempia viitekehyksiä sekä kyvykkyyttä tuottaa tietoa organisaatioon, mutta ennen kaikkea on oman johtajuuden jatkuvaa tarkastelua, kasvua ja itsen kehittämistä.

Kulttuuri muuttuu ja kehittyy ihmisten myötä ja organisaatiokulttuuri saa leimansa johtamisosaamisensa sekä johtamistyyliensä kautta, joihin henkilöstö reflektoi toimintaansa. Asiantuntijoiden mukaan suurten ikäluokkien johtamista on leimannut autoritäärisyys sekä ehdottomuus valtaan. Johtamista tai toiminnan ohjaamista ei ole pitänyt kyseenalaistaa. Toimialalle on vuosien varrella kohonnut erilaisia, eriytyneitä koulutusohjelmia sekä yliopistojen maisteriohjelmat tarjoavat jo monipuolisesti johtamisen perusosaamiseen tarvittavat elementit. Alalle on tullut myös ilmiö, jossa vuosikymmeniä alalla olleet hoitohenkilöstöön kuuluvat työntekijät ovat työnsä ohella kouluttautuneet ja edenneet johtamistehtäviin. Lääkärikunnassa johtamistyön tunnustaminen ja mielenkiinnon lisääntyminen ovat edesauttaneet johtamiskoulutuksen kehittymistä myös klinikoiden keskuudessa. Edelleen lääkärikunnassa halutaan nousta johtotehtäviin, koska vaikuttamismahdollisuudet koetaan merkittävästi paremmiksi asiantuntijarooliin verrattuna. Lääkärit tunnustavat, ettei olemassa oleva perus- tai jatkokoulutus tuo osaamista johtamiseen vaan se on opittava ja haettava muulta. Toisaalta lääkärijohdajat ovat kokeneet paineita ja olevansa silmätikkuna johtamistyössään ilman asianmukaista koulutusta.

Ei meillä ole ollut mitään johtamiskoulutusta lääkäriopinnoissa, ja siten oudosti oletetaan, että osataan johtaa. Juuri sitä johtamiskoulutusta tarvitaan – – [haastattelu 22].

Asioiden ja toiminnan läpinäkyvyys on lisääntynyt ja näin ollen eri ammattiryhmien raja-aidat ovat merkittävästi mataloitumassa ja osittain jopa poistumassa kokonaan.

Meillä tehdään esimiestyötä lääkäri-hoitaja parina, ollut käytäntönä jo muutaman vuoden [haastattelu 6].

Lääkärijohtajat tekevät mielellään yhteistyötä hoitopuolen kanssa. Nykyisin ei enää ole mitään raja-aita keskusteluja. Jotkut vanhat dinosaurukset yrittävät linnottautua, mutta eipä juuri – [haastattelu 19].

Meillä on työhuoneetkin jaettu niin, että työparina tehdään [lääkäri-hoitopuolen esimiehet, haastattelu 12].

Uudistuvassa kulttuurissa julkisen terveydenhuollon asiantuntijuus ja johtamisen roolikeskustelu selkiytyy, jonka myötä palvelutoiminta tulee kehittymään. Haasteena tunnistetaan rohkeus käyttää johtamistyön työkaluja systemaattisesti, johtamistyöhön allokoitu ajankäyttö sekä henkilökohtainen kehittyminen johtamistyössä.

Mistä sen ajan siihen johtamistyöhön repii – [haastattelu 6].

Paineet on kovat, kun johtamistyöhön liittyvät velvoitteet kiristyvät, mutta suoritteitakin pitäisi tulla koko ajan enemmän [haastattelu 8].

Kyllähän tämä rohkeutta vaatii ja olisi kiva joskus kiitostakin saada... tai ehkäpä sitten ole ollut tarvetta antaa [haastattelu 16].

Tulee mielenkiintoiset ajat vielä [haastattelu 3].

Kulttuuria muovaa myös nuorempien työntekijöiden alalle tuleminen sekä työn tekemiseen liittyvät muutokset, joissa työntekijällä on yhä aktiivisempi rooli kehittää omaa työtään sekä työyhteisöään. Vuorovaikutteisuus ja sosiaaliset taidot ovat terveydenhuollon työkentässä korkeassa roolissa, koska hoitopolut ja hoitoketjut, joissa ovat mukana potilaiden lisäksi aktiivisesti mm. omaiset, pakottavat taitojen kehittymiseen.

Tulevaisuudessa yhä enemmän annetaan aikaa ja tunnustusta onnistuneesta johtamistyöstä, joka tulee näkymään palvelutoiminnan mittareiden läpi. Eri professioiden vuorovaikutus tulee lisääntymään ja

asenteellista kasvua kollektiiviseen vastuunottoon tulee tapahtumaan. Ammatillisten raja-aitojen madaltuminen nähdään tärkeänä ja kulttuuriin kuuluvana normaalina ilmiönä ammatillisen kasvun myötä.

5.4 Yhteenveto keskeisistä tuloksista

Tutkimuksen yhteenvedossa pyritään ensin hahmottamaan keskeisimmät tulokset, jotka vastaavat tutkimusongelmiin. Tutkimuksen pääongelmana tarkastelin tietoperustaista johtamista julkisen terveydenhuollon palvelutoiminnan suunnittelussa ja johtamisessa. Tutkimusongelmaa tarkensin alakysymyksillä, joiden avulla pääongelman ratkaiseminen oli mahdollista. Tässä yhteenvetoluvussa koostan lyhyesti keskeiset tulokset asetettujen tutkimusongelmien kautta.

Tutkimuksessani ilmeni, että tietoperustainen johtaminen julkisen terveydenhuollon palvelutoiminnan suunnittelussa ja johtamisessa ymmärretään hyvin suppeasti toiminnanjohtamiseen eli miten palvelutoimintaa johdetaan. Henkilöstöjohtaminen nähtiin tärkeänä ja johtamisessa kehittämiskohteena korkealla, mutta mekanismit miten henkilöstöjohtamista hyödynnetään palvelutoiminnan suunnittelun kautta tavoitteiden saavuttamiseen talouden ja tuottavuuden näkökulmista puuttuivat. Tietoperustainen johtaminen palvelutoiminnan suunnittelussa nähtiin kapeasti tiedon käyttämisenä johtamisessa. Merkittävää oli, että singulaarisen tiedon käyttäminen johtamisessa nähtiin tuovan lisäarvoa johtamistyöhön, mutta ei arvioitu miten tietoa käytetään ja miten tieto käsitellään asiantuntija organisaatiossa tai sitten se oli itsestään selvyyttä. Vaikeutena koettiin nimenomaan yhteistyöverkostojen ja prosessien johtaminen henkilöstöjohtamisen haasteiden näkökulmista.

TAULUKKO 12 Yhteenvedo keskeisistä tuloksista.

Tutkimusongelma	Keskeiset teoreettiset teemat	Tutkimustulokset
Tietoperustainen johtaminen julkisen terveydenhuollon palvelutoiminnan suunnittelussa ja johtamisessa	Tietoperustainen johtaminen on johtamisen kokonaisuus, jossa liikkeen- ja henkilöstöjohtamisen taidot yhdistyvät kokemuksellisuuteen ja intentionaaliseen johtamisotteeseen. Johtamistyössä tietoa ja tutkimusta välineellistetään asiantuntija organisaation sopivalla tavalla	Johtamista tulee kehittää asiantuntijaorganisaation kokonaisvaltaisella tavalla, jolloin johtaminen tavoitteellistettu arvioitavana toimintaan. Johtamisosaaminen kehittyy tasojen kautta ja ymmärretään sosiaalisen verkostotoiminnan merkitys. Tieto on väline, minkä avulla asiantuntijoita johdetaan vuorovaikutuksellisesti ja kommunikaation keinoin.
Millaista tietoa tarvitaan palvelutoiminnan suunnitteluun ja johtamiseen	Tieto nähdään toimintana ja välineenä, sekä voidaan erottaa organisaatiossa tasoihin, hierarkioihin ja malleihin	Klusteritiedon merkitys kasvaa suunnittelun kehittämisessä, jota singulaarinen tieto tukee. Tarvitaan kollektiivista sosiaalisesti hyväksyttyä verkostotietoa. Nonverbaalisen ja tacit-tiedon merkitys merkityksellinen johtamisen näkökulmasta.
Miten tieto hyödynnetään ja käytetään johtamisessa ja palvelutoiminnan suunnittelussa	Tietointensiivisessä organisaatiossa tieto kulkee ja muodostuu prosesseissa tietopääomaksi. Tietovirrat kulkevat organisaation sosiaalisen arkkitehtuurin kautta ja tietoa voidaan louhia analysoitavaan muotoon.	Tiedon louhinnan merkitys kasvaa totaalityön kasvaessa. Analysoidun tiedon muodostaminen ja sen implementoinnin osaaminen korostuu. Konvertoitunut tieto hyödynnetään prosessitoiminnassa verkostotehokkuudella.
Miten tietoperustaista johtamista tulisi kehittää	Johtamistasojen vastuiden, tavoitteellistettujen ja arvioidavissa olevien tehtävien avulla voidaan johtamista kehittää, vuorovaikutuksellisuus, johtamisosaamisen sekä työelämätaitojen kehittyminen, organisaatio oppimisen mekanismien tunnistaminen	Kehitetään liiketoimintaosaamisen hallintaa, ymmärretään asiantuntija organisaation henkilöstöjohtamisen mekanismit. Johtamisosaamisen kokemuksellisuus ja kyvykkyys, sen hyödyntämiseen eri johtamisen konteksteissa sekä vuorovaikutus- ja kommunikaatio-osaamista johtamiskoulutuksiin.

Tiedon tarve palvelutoiminnan suunnitteluun nähtiin merkittävänä. Millaista tietoa tarvitaan palvelutoiminnan suunnitteluun ja johtamiseen ja miten sitä hyödynnetään? Nähtiin, että järjestelmätasolla olevaa tietoa tulisi pystyä hyödyntämään helpommin niin, että louhittua tietoa voisi analysoida. Tiedon tarve koettiin yksittäisen raporttiedon tasolla, mutta tiedon käyttö viitekehyksinä oli tiedostamatonta. Tällöin tietoa käytetään lähinnä lyhyen tähtäimen ja ad-hoc -johtamiseen. Asiantuntijaverkostoissa olevaa tietoa ei käytännössä osattu hyödyntää systemaattisesti vaan katsottiin, että tietojärjestelmissä oleva tieto on merkityksellistä. Kumuloidun tiedon merkitystä sosiaalisen verkoston kautta tunnisti ainoastaan muutama asiantuntija, jotka osaltaan johtivat merkittäviä yksiköitä. Tiedon hyödynnettävyys asiantuntijoiden avulla ja kautta tai osaamisen johtamisena tunnistettiin kapeasti. Osaamisen johtaminen koettiin olevan lähinnä osaamisen tunnistamista. Näkemys siitä, miten olemassa olevia resursseja uudelleen arvioidaan palvelutoiminnan mittareiden avulla, jäi matalaksi. Resursseja liikutellaan pienimuotoisesti, mutta lähestymisen toiminnan ja tehtävien uudelleen järjestämisen näkökulmasta jäi marginaaliksi. Tämä johtunee toimialan tehtävien ja työnkierron staattisuudesta. Osaamisen johtamista ei nähty organisaatio oppimisen tai organisaatio osaamisen kokonaisuudessa ja yhteydessä. Palvelutoiminnan suunnittelun nähtiin tulevassa muodostuvan yhä monikerrostuneemmaksi. Tämä tarkoitti, että käytettävän tiedon tulee olla yhä laajempaa ja tarkempaa sekä käytettävä prosessien rajapintojen kehittämiseen eri asiantuntijaverkostoyhdistelmien avulla. Tieto, luottamus ja johtaminen nähtiin kytkeytyneen palvelutoiminnan suunnitteluun.

Johtaminen nähtiin kehittyvän tietoisten organisaatiolinjausten mukana. Miten johtaminen vastuutetaan ja arvioidaan, millaisia mahdollisuuksia on hyödyntää tietojärjestelmissä olevia tietokantoja, jolloin käytännönkysymyksiä ovat johtamisen aikaresurssien uudelleen arviointi, johtamistyötä tukevan asiantuntijatyöresurssien lisääminen sekä toiminnan ja henkilöstöjohtamisen mittareiden yhteisarvioinnin lisääminen. Johtajavalintojen kokonaisarvioinnin merkityksellisyys nähtiin tärkeänä. Yhtenäisten johtamiskoulutusten kehittäminen terveydenhuoltoalalle nähtiin mahdollisuutena.

6 Johtopäätökset ja pohdinta

Tarkastelen aluksi tekemiäni valintoja ja niiden tarkoituksenmukaisuutta. Tutkimuksen tarkoitus on ollut tarkastella, miten johtamisen ja palvelutoiminnan suunnittelun on mahdollista kehittyä tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta julkisessa terveydenhuollossa. Tutkimuksessani olen tarkastellut palvelutoiminnan suunnittelua johtamistyön ja johtamisrakenteiden kehittämisen näkökulmasta erikoissairaanhoidon organisaation sisällä. Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävä on ollut tutkia *tietoperustaista johtamista julkisen erikoissairaanhoidon palvelutoiminnan suunnittelussa ja johtamisessa. Näkökulmana on johtamisen ja palvelutoiminnan suunnittelun kehittäminen.*

Tutkimusta on lähestytty seuraavilla tarkentavilla tutkimuskysymyksillä:

- 1) Millaista tietoa tarvitaan palvelutoiminnan suunnitteluun ja johtamiseen.
- 2) Miten tietoa hyödynnetään ja käytetään johtamisessa ja palvelutoiminnan suunnittelussa
- 3) Miten tietoperustaista johtamista tulisi kehittää palvelutoiminnan suunnittelun, johtamisen ja johtamisrakenteiden näkökulmasta

6.1 Teoreettisten lähtökohtien ja empirian suhde tutkimuksessa

Teoreettisiin lähtökohtiin ja tutkimusaineistoon perustuvan laadullisen tutkimuksen systemaattisen analyysin erittelyä sisällönanalyttisen lähestymistavan mukaan edellytti moniulotteisen tutkimusasetelman rakentamista. Teoreettiset lähtökohdat muodostivat aikaisemman tiedon perusteella luodun pohjan ja sitä sovellettiin empiirisen kokonaisuuteen.

Teoreettinen viitekehys toimi apuna analyysin etenemisessä. Teorian mukaisesti käsitteellisiin määrittelyihin perustuvaa tutkimushaastattelua ei käytetty asiantuntijoiden teema- ja focus group -haastattelussa, vaan haastateltavat kertoivat asiasta ja ennalta asetetuista teemoista omin sanoin ja merkityksin. Laadullisen tutkimuksen aineistojen käsittely sisältää ymmärtävää tulkintaa. Analyysin luotettavuutta lisäsi tutkijan jatkuva palaaminen yhä uudestaan aineistoanalyysiin ja analyysikokonaisuuksien, ajatusten ja teemojen tiivistymiseen. Tutkimusaineisto muodostui erikoissairaanhoidon eri tasoilla toimivien johtajien haastatteluilla (N=26) sekä täydentyi focus group -haastattelun palvelutoiminnan suunnittelun vastaavien asiantuntijoiden (N=5) näkemyksistä, lisäksi hain johtamisen kehittämiseen liittyviä linjauksia vuosien 2000–2008 toimintakertomuksista. Eri tasojen ja ammattiryhmien johtajien teemahaastattelut katsoin parhaaksi aineistonkeruumenetelmäksi, jotta asiantuntijoiden henkilökohtaiset kokemukset ja näkemykset tulisivat mahdollisimman hyvin esille.

Oliko tapaustutkimus oikea valinta vai olisiko asiaa voinut tutkia jollakin toisella tavalla? Eri johtamistasojen ja ammattiryhmien johtajien teemahaastattelut katsoin parhaaksi aineistonkeruumenetelmäksi, jotta aineisto muodostuisi mahdollisimman todelliseksi kyseisessä ajanjaksossa, ilman rajattuja kysymyksiä (esim. kyselylomake, kvantitatiivinen tutkimus). Onko sitten riittävää tutkia vain yhtä tapausta? Tutkimukseeni olisi voinut ottaa rinnalle toisen tai useampia vastaavia tutkimuksia. Valitsemani tutkimusrajaus ja tutkimuskohde voidaan katsoa edustavan julkisen terveydenhuollon yleistä ajanhengen mukaista näkökulmaa, jolloin tutkimustulosten hyödynnettävyys vastaavissa toimialan organisaatioissa on mahdollista.

Tutkimuksen rakentuminen organisaatio- ja johtamisteoreettisista näkökulmista ilmenee keskeisinä käsittekokonaisuuksina, joita ovat johtamisen, tiedon, osaamisen ja palvelutoiminnan suunnittelun kehittämisen käsitteet ja teemat. Tutkimusongelma on rakentunut julkisen terveydenhuollon, erikoissairaanhoidon palvelutoiminnan suunnittelun kehittämisen mahdollisuuksiin tietoperustaisen johtamisen avulla. Tutkimukseni lähtöasetelma on ollut, ettei pelkästään julkisen terveydenhuollon haasteita ratkaista toimialan rakenteellisilla muutoskeskusteluilla tai massiivisilla rakenneuudistuksilla, ilman että organisaation sisäinen toiminta

on jäsentynyttä ja koordinoitua johtamisen näkökulmasta. Palvelutoiminnan suunnittelun onnistuminen on keskeinen tekijä niin tehokkuuskuin tuottavuuskeskusteluissa, henkilöstöresurssien sekä terveydenhuollon niukoista talousnäkökulmista puhuttaessa. Palvelutoiminnan suunnittelun onnistumiseen voidaan vaikuttaa organisaation sisäisen johtamistoiminnan avulla. Merkittävänä huomiona voidaan todeta; kun palvelutoiminnan suunnittelu on onnistunut mikro- ja makrotasolla, sen vaikutukset näkyvät henkilöstöresurssien optimaalisessa käytössä ja kohdentumisessa, talouden tasapainona ja lopulta erikoissairaanhoidon palveluiden laadun kehittymisenä.

6.2 Tietoperustainen johtaminen terveydenhuollon organisaatiossa

Julkisen palveluorganisaatioiden toimintaympäristö on muuttunut epävakammaksi kuin aikaisemmin. Tämä johtuu muun muassa kansainvälistymisestä, kilpailuolosuhteista, sääntelystä sekä EU:ssa meneillään olevasta palvelujen vapauttamisesta. Suuria haasteita tuovat mukanaan myös julkisen ja yksityisen sektorin rajapinnan muutokset. Johtamisen merkitys on noussut merkittäväksi osaamisalueeksi julkisessa terveydenhuollossa, missä toimintaympäristön muutokset ja toimiala ovat kompleksisia ja monisäikeisiä. Johtamistyön ja toiminnankehittämisen tulisi kehittyä lineaarisesti ja rinnakkain yhtenäisten tavoitteiden saavuttamiseksi.

6.2.1 Tieto palvelutoiminnan suunnittelussa ja johtamisessa

Tietointensiivisen palveluorganisaation muuttuminen ja uudistuminen liittyvät läheisesti tietoon ja sen prosesseihin. Toiminnan tulisi perustua tiedon hyödyntämiseen, tulkitsemiseen ja luomiseen. Tietointensiivisten organisaatioiden muuttumisen ja uudistumisen tarkastelu tiedon näkökulmasta tuo uutta ymmärrystä esimerkiksi siihen, mihin asioihin organisaation tulisi kiinnittää huomiota sen yrittäessä selviytyä muuttuvassa ympäristössä palvelutoiminnan suunnittelussa. Millä tiedolla suunnittelua voidaan tehdä ja millä tiedolla suunnittelutyötä johdetaan. Tietointensiiviset organisaatiot ovat pyrkineet kohti prosessi- ja projek-

tiperustaisia rakenteita vastauksena toimintaympäristön lisääntyneeseen kompleksisuuteen. Tavoitteena on vuorovaikutuksellisuuden lisääminen ja sosiaalisten verkostojen toiminnallisuuksien kehittyminen johtamistyön tueksi sekä yhteisten toimintamallien löytyminen. Tutkimuksen mukaan tavoitteena on purkaa hierarkkisten rakenteiden mukanaan tuomia rajoja, jotka estävät asiantuntijoiden väliset tietovirratt. Kompleksisuuden lisääntyessä hierarkioiden purkaminen mahdollistaa paikallisesti tiedon paremman kyvyn hyödyntää sisäistä monimuotoisuutta toiminnan vapausasteiden avulla (ks. Bar-Yam 2004). Empiirisen aineiston mukaan prosessimainen työskentely mahdollistaa laajemman ja toisaalta syvemmän tiedon käytettävyyttä palvelutoiminnan suunnittelussa. Tämä voi näkyä esimerkiksi hoitoketjujen kehittämistyössä rajatussa asiantuntijatiimissä tiedon muodostamisen prosesseissa. Palvelutoiminnan suunnittelu nähtiin tapahtuvan suurimmaksi osaksi prosessityöskentelyä, mikä mahdollistaa tarkan, yksittäisen faktatiedon integroitumista asiantuntijoiden yhteisesti muodostamaan ja sopimaan tiedon kontekstiin.

Tiedon ja osaamisen merkitykset ovat nousseet keskeiseksi ja informaation määrä on jatkanut räjähdysmäistä kasvuun. Aineiston mukaan terveydenhuollon toimintaympäristössä tapahtuvat muutokset, kuten väestön ikärakenne tuovat hoidettavaksi yhä moniongelmaisempia potilaita. Toisaalta diagnostiikka sekä esimerkiksi teknologia ja lääkehoito ovat kehittyneet huomasti, joihin tarvitaan jatkuvasti yhä valikoituneempaa osaamista. Tämän päivän osaamisella ei välttämättä ole paljoa arvoa huomisen osaamisena, jolloin arvokas kerääntynyt kokemus voi muuttua taakaksi, ellei organisaatio hyödynnä ja uudista osaamistaan? Aineiston mukaan organisaatiossa tulisi olla enemmän joustavuutta henkilöstöresurssien liikkumiseen, mikä olisi osaltaan varmistamassa tiedon lisääntymisen ja vaihtumisen. Toisaalta joustavuus nähdään työyhteisön kyvykkyytenä arvioida omaa toimintaa suhteessa olemassa olevaan tietoon. Työyhteisön joustavuutta nähtiin johtamistyön ja tiedon tuottamisen avulla voitavan lisätä, jolloin myös organisaatiotasoinen itsearviointi on mahdollista kehittyä. Toimintaympäristön muutos sekä mahdollisuuksien ja vaatimusten kasvu koskee erityisesti asiantuntijaosaamiseen ja tiedon hyödyntämiseen perustuvaa palvelujen suunnittelua. Palvelutoiminnan suunnittelu perustuu osaltaan olemassa oleviin tilastotietoihin,

mutta myös yhteiskunnasta nousevien tarpeiden tunnistamiseen. Tätä tunnistamista tekevät asiantuntijat erikoisaloillaan. Esimerkiksi palvelutoiminnan suunnittelussa pohditaan lihavuusleikkausten roolia erikoissairaanhoidossa, joita ei vielä 10–15 vuotta sitten Suomessa pohdittu, tai miten lisääntyneisiin syöpiin kehitetään yhä tehokkaampia hoitoja. Empiirisen aineiston mukaan tieto voi olla upotettuna asiantuntijoiden kokemukseen, ongelmanratkaisuun ja palvelun tuottamiseen liittyviin prosesseihin, mikä tarkoittaa osaamista käyttä ja jäsentää jo olemassa olevaa tietoa sekä ymmärrystä puuttuvan tiedon louhintaan.

Tiedolla on ymmärretty olevan nykypäivänä tärkeä merkitys organisaation toiminnalle. Kuitenkin sitä, minkälaisia muutoksia organisaatiossa tieto tuottaa, on tutkittu vähemmän. Yleisesti uuden tiedon luomista pidetään olennaisena menestyksen avaimena, mutta kaikki uusi tieto ei välttämättä takaa onnistumista organisaation toiminnan kehittämisessä, mikäli tätä tietoa ei osata hyödyntää organisaation toiminnoissa. Uusi tieto voi jäädä merkityksettömäksi, ellei vanhaa tietoa ole kyetty jalkauttamaan toiminnaksi. Vanhaan toimintaan ja tietoon tarrautuminen koettiin haitalliseksi toiminnan suunnittelussa. Julkisella sektorilla tulisi kehittyä tiedon uusiokäyttöön. Tällä tarkoitan, kyvykkyyttä (innovatiivisuutta) nähdä olemassa olevan tiedon uutta käyttökohdetta, kuoria tiedosta uutta näkökulmaa ja hyödyntää sitä. Kohdeorganisaatiossa on käyty keskustelua päätöksenteon liian pitkistä ketjuista, jolloin tieto hukkuu tai muuttuu matkalla. Suurissa organisaatioissa, yhteenliittymissä tai kuntayhtymissä johtamisosaamisella, verkostotaidoilla sekä johdetulla koordinaatioilla voidaan saavuttaa haluttu hyöty suuruudesta.

Julkisen terveydenhuollon organisaatioiden tietoa ja johtamista on tutkittu laajasti. Terveydenhuollon toiminta on muuttunut yhä enemmän prosessimaiseen organisaatioon (vrt. Korhonen 2006; Ihalainen 2010), joissa palvelutoiminta on rakentunut prosessien, hoito- ja palveluketjujen muotoon (vrt. Lillrank & Venesmaa 2010). Aineiston mukaan uudelleen järjestäytyminen vaatii uudelleen organisoitumista ja vahvaa koordinaatiota yhteistyökumppanien välille. Kenen aloitteesta tämä tulee tapahtumaan? Löytyykö vastaus prosessitiimien johtamismalleilla, jolloin tiettyä hoitoketjua johdetaan ja jalkautetaan ko. tiimin ja prosessin johtajan/omistajan vastuullistamana? Onnistuminen tulisi vaatimaan

johtamistyöhön resursointia sekä kulttuurista kehittymistä. Miten perusterveydenhuollon johtamiskäytännöt lähtevät kehittymään suhteessa erikoissairaanhoidon, joita tarvitaan palvelu- ja hoitoketjujen kehittämistyön onnistumiseen? Voidaanko yhteisellä, koordinoidulla koulutusympäristöllä mahdollistaa tämä? Toimialan ja teknologian kehittyminen ovat asettamassa paineita tietoon ja tiedon hyödynnettävyyteen sekä tietotarpeiden katsotaan liittyvän sisäisen sekä ulkoisen toimintaympäristön vaatimuksiin ja tarpeisiin (vrt. Davenport 2007; Stenvall & Syväjärvi 2006). Sisäisen toimintaympäristön kannalta on oleellista tiedon konvertoiminen sekä organisaation kyky kehittyä kollektiivisesti, jotka vaikuttavat uuden innovointiin, kyvykkyyteen ratkoa ongelmia, uuden tiedon tuottavuuteen sekä tiedon implementointiin. Julkisen terveydenhuollon organisaation tietointensiivisessä toimintaympäristössä tietoa on tarjolla ja olemassa valtavat määrät, jolloin arjessa usein puhutaan informaatio-ähkystä ja informaatiotulvasta (information overload). Kohdeorganisaatioissa useissa eri tietojärjestelmissä ja tietokannoissa oleva tieto ei ole helposti saatavilla ja vaikeuttaa johtamistiedon saatavuutta. Pirstaleisen ja yksittäisen, singulaarisen tiedon tarve muuntuu kokonaisuuksien hallintaan sekä tietoryppäiden tai -klustereiden hallintaan, joista analysoiden tuotetaan johtamistietoa. Johtamistyön merkittäviksi osaamisalueiksi nousee tiedon sovellettavuus ja arviointi sekä analysointi omaan toimintaan, joita johtamiskoulutusten avulla tulisi tukea. Asiantuntijat pohtivat tiedon luotettavuutta palvelutoiminnan suunnittelussa sekä johtamisessa. Arvioitiin seurauksia, jos käytettävissä oleva tieto ei ole luotettavaa. Toisaalta tiedon analysointi osaaminen parantaa merkittävästi olemassa olevan tiedon luotettavuutta.

Tutkimuksen mukaan tietoa ei johdeta vaan organisaatiossa voidaan johtaa asiantuntijoita, joiden halussa oletetaan olevan tarvittava tieto. Miten asiantuntijoita johdetaan, jotta olemassa olevaa tietoa voidaan käytännössä hyödyntää toiminnan kehittämiseen? HUS:ssa on lukuisia työryhmiä, joita on koottu ammattiryhmittäin, kehittämisen-, aiheen- ja esimerkiksi johtamisen näkökulmista. Valinta on perustunut asiantuntijoiden kuulemiseen, parhaan osaamisen hyödyntämiseen sekä perinteisiin valintoihin kuulua ryhmään. Tulevassa nähtiin merkittävänä muodostaa myös uusia ryhmien kokoonpanoja, tiedollisen kehittymisen ja hyö-

dynnettävyyden näkökulmista. Johtamisen ja toiminnan kehittämisen näkökulmasta on ymmärrettävä sosiaalisten ja kielellisesti samanvertaisten verkostojen merkitystä tietointensiivissä organisaatiossa toimivina rakenteina (ks. Creplet et al. 2001), joiden kommunikaatiossa tapahtuu informaation koodausta ja tulkintaa. Aineiston mukaan tietoa syntyy jatkuvassa vuorovaikutuksessa viestijöiden ja heidän sosiaalisen ympäristön välillä. Tiedon sosiaalisen rakentumisen ja hyväksymisen näkökulmasta organisaatioita voidaan tarkastella paikkoina, jotka tarjoavat toiminnan puitteet ja kontekstin sekä työntekijöiden institutionaaliset roolit, joiden kautta he käsitteellistävät tietoa. Kommunikaation käytännöt linkittävät ihmiset tiettyyn kulttuuriin, sosiaalisiin suhteisiin ja valtarakenteisiin.

Tietointensiivisten organisaatioiden toimintaa voidaan tarkastella tiedon jakamisen ja muodostumisen näkökulmista. Tämän dynamiikan voidaan katsoa sisältävän merkityksiä, joiden avulla pyritään suhteuttamaan oma asema suhteessa ympäröivään todellisuuteen. Johtamisen näkökulmasta oleellista on tiedostaa kyseinen mekanismi kun esimerkiksi erilaisia työryhmiä perustetaan. Ryhmässä sosiaalisesti hyväksyty, kollektiivinen, konvertoitunut tieto voidaan käyttää toiminnan kehittämiseen ja jalkauttaa arkeen. Asiantuntija hakee tiedolleen hyväksyntää ja ”kaikua” verkostoista tai toisesta asiantuntijasta. Mikäli sitä ei saavuteta, toiminnan kehittäminen jää ennalleen, koska tietointensiivisen asiantuntijaorganisaation hyväksyminen on ”pakote”. Teoreettisesti henkilöstöjohtamisella voidaan vaikuttaa tiedon prosesseihin asiantuntijaorganisaatiossa, jolloin johtajan kyvykkyyttä ja omaa osaamista on esimerkiksi keskustelun suuntaaminen verkostoissa haluttuun suuntaan merkityksenannon kautta. Johtajan kyvykkyyttä on varmistaa verkostoissa tiedon oikeellisuus sekä oikea-aikaisuus, jotta verkosto voi omalla sosiaalisella toiminnallaan edistää toiminnan kehittymistä. Johtopäätöksensä voidaan ajatella, että johtajan tai esimerkiksi työryhmän vetäjän tehtävä ei ole antaa valmiita malleja tai puhua itse mahdollisimman paljon vaan antaa tilaa ja ”syötteitä”, jotta tieto ohjautuu ja toisaalta asiantuntijoiden tieto saadaan hyödynnettyä. Johtajan omia osaamisalueita on koota yksittäisistä asiantuntija tiedoista isompia kokonaisuuksia ja maisemoida suuntaa tällä uudella tietoklusterilla eli johtamisen operatiivisella viitekehyksellä.

Kiinnostavaa onkin, että tieto ei paikannu niinkään yksittäiseen henkilöön vaan verkostoihin ja sen co-operatiiviseen toimintaan. Tällöin tieto ja tiedon prosessien tunnistaminen muodostavat organisaation menestystekijöitä (vrt. Markova 2005; Kempplä ja Mettälä 2004; Davenport & Prusak 1998), joihin johtamisella pyritään vaikuttamaan. Toisaalta merkittävä huomio on, että julkisessa terveydenhuollossa tulisi johtamisessa keskittyä enemmän olemassa olevan tiedon implementointiin, kuin jatkuvan uuden tiedon tuottamiseen. Tutkimuksen mukaan johtamisen rooli on tuottaa uutta tietoa verkostoon pureskeltavaksi useilla tasoilla ja johtaa polkutiedon (vrt. Drucker 2000) avulla kulloinkin meneillään olevia tiedonprosesseja organisaatiossa. Polkutiedon muodostaminen on oleellinen osa myös johtamisviestintää ja henkilöstön sitouttamista toiminnan tavoitteisiin. Polkutiedon laadukkuus ja relevanttius määrittää johtajan henkilöstöjohtamisen asemaa suhteessa henkilöstöön. Miten tiedon prosesseja hyödynnetään, riippuu edelleenkin henkilöstöjohtamisen sekä vuorovaikutuksen taidoista. Uhkakuvien luomisen sijasta (vrt. Kivinen 2008) hiljaisen tiedon poistumista esimerkiksi eläköityvän tai muuten vaihtuvan henkilöstön mukana, tulisi keskittyä luomaan vahvat ja avoimet foorumit asiantuntijoiden tiedon spontaanille siirtymiselle, jolloin relevantti tieto formuloituu aina organisaation hyväksi. Toimialassa on puhuttu vuosikausia suurten ikäluokkien poistumisesta työelämästä ja samalla luotu skenaarioita hiljaisen tiedon poistumiselle. Tutkimuksen mukaan organisaatiossa relevantti tieto on dokumentoidussa muodossa, josta sitä voidaan siirtää uusille henkilöille ja loput lokalisoituvat organisaationkulttuuriin. Onko merkityksellistä, että yksittäisten henkilöiden henkilökohtaisesti opitut tavat poistuvat vai voidaanko ajatella, että henkilöstövaihdosten myötä organisaatiokulttuuri ja sosiaalinen konteksti muodostuvat yhä uudestaan kehittäen Merkittävää on hahmottaa hiljaisen tiedon nonverbaalisen muodon merkitys organisaation oppimiseen, mikä heijastaa hiljaisten signaalien voimaa. Yksittäisen henkilön tiedon hallinnan sijaan tulisi keskittyä kollektiivisen tiedon tason nostamiseen (vrt. Kivinen 2008; Huotari 2009), jolloin myös relevantti hiljainen tieto integroituu organisaation. Näin eri tietojärjestelmien, tiedon hierarkioiden, hiljaisen ja näkyvän tiedon sekä organisaatiossa olevan tiedon mer-

kityksellisyys saa uuden ulottuvuuden asiantuntijoiden sekä johtamisen avulla (vrt. Stenvall & Syväjärvi 2006, 24–28).

Kompleksisuuden hyväksyminen ja ymmärtäminen auttaa hahmotamaan organisaatioiden sisäisessä ja niiden välisessä vuorovaikutuksessa käytettäviä sääntöjä. Siitä voi olla apua myös kommunikaatorakenteen suunnittelussa sekä organisaatiokulttuurin johtamisessa. Tämä johtuu siitä, että kompleksisia systeemejä lähestytään kokonaisvaltaisina järjestelminä, joissa on ilmaantuvia ja epälineaarisia ominaisuuksia. Juuri näitä ominaisuuksia ilmenee terveydenhuollon palvelutoiminnan suunnitteluun liittyvissä vuorovaikutus- ja kommunikaatorakenteissa, joita on osattava johtaa. Kohdeorganisaation asiantuntijat pitivät erittäin tärkeänä tuntea toimiala ja monimutkainen organisaatio, jotta pystyy toimimaan johtajana erikoissairaanhoidossa.

6.2.2 Tiedon hyödyntäminen palvelutoiminnan suunnittelussa ja johtamisessa

Tiedon jakamista tietointensiivisissä organisaatioissa hankaloittaa asiantuntijakohtainen tietämys, jonka muuttaminen eksplisiittiseen muotoon on vaikeaa, tai ei onnistu lainkaan. Aineiston mukaan asiantuntijatieto voi olla hyvin vaikeaa, ja sen ymmärtyttäminen muille asiantuntijoille voi olla äärimmäisen haastavaa. Johtamisen näkökulmasta törmätään kielelliseen ja kommunikaation merkityksiin. Miten tieto saadaan toiminnan kehittämiseen?

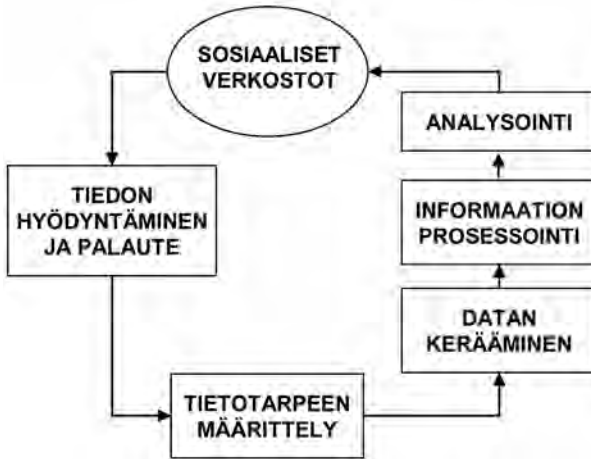
Tietointensiivisten organisaatioiden tietopääoman merkityksen kasvaessa johtamisen menetelmät ja -työkalut kohtaavat uusia haasteita (Okkonen et al. 2002). Tiedon prosessit eivät ole vain informaatioteknologian soveltamista niin kuin usein ajatellaan, vaan voidaan kuvata tiedon organisoinniksi ja parantamiseksi niin, että organisaation ydintoimintojen laatu maksimoituu. Tiedon prosessit ovat niiden prosessien ja ympäristöjen ymmärtämistä, joissa ihmiset luovat ja soveltavat tietoa. Teoreettisesti tiedolle mallinnetaan organisaatioissa neljä ulottuvuutta; järjestelmä- ja ohjelmistotasot, organisaatiotaso ja ihmiset eli henkilöstötaso.

Stähle ja Grönroos (1999) määrittelevät Knowledge Management -käsitteen suomeksi tietopääomaksi ja kritisoiivat suomalaisia vastineita “tiedon johtaminen” ja “tietämyksen hallintaa” liian suppeina. Kehitys

on niin nopeaa ja kompleksista (Raplex-ilmiö), että tiedon ja informaation määritelmät uhkaavat vanhentua nopeasti. Johtopäätöksenä tulisi enemmän keskittyä organisaatioiden sosiaalisten verkostojen toimintaan ja niiden johtamismekanismien tunnistamiseen.

Tiedon prosessien hyödyntämisen tavoitteena on organisaatiossa korostuvien kysymyksenasetteluita palvelevan tiedon tuottaminen. Tiedon prosessit ovat tietointensiivisten organisaatioiden välttämätön väline, joissa voidaan keskittyä kolmeen aikaulottuvuuteen; historiaan, nykyisyyteen ja tulevaisuuteen. Teoreettisesti palaan Choon (1998) tiedon prosessien olennaisiin elementteihin, joita ovat; tiedon tarpeet ja niiden määrittely, tiedon etsintä (Data mining) ja sen systematisointi sekä organisointi, tiedon käyttö, käyttöympäristö ja tilannetekijät.

Sosiaalisissa verkostoissa, joihin tieto tuodaan ja joissa tietoa muodostetaan sekä kerrostetaan (konvertoidaan), voidaan teoreettisesti yhtyä Niiniluodon näkökulmaan, jossa tiedon perustelemisen (tiedon käsittely ja vuorovaikutuksellisuus) tulisi olla intersubjektivistista. Sen tulisi vedota julkisiin perusteisiin, jotka ovat kenen tahansa yhteisön jäsenen hyväksyttävissä. Tässä käsityksessään Niiniluoto lähestyy Choon käsitystä jaetusta tiedosta ja tiedon merkityksellistämisestä. Tieto on siis aina sopimuksenvaraista ja sosiaalisesti hyväksyttävää, jolloin tieto voi olla suppea erikoistapaus, johon liittyy jonkinlainen menestyksen, totuudenmukaisuuden ja perusteltavuuden lisäehto. Pragmatistien mielessä tiedolla tarkoitetaan henkilö- ja kulttuurisidonnaista merkityksellisyttä tai merkittävyyttä. Teoreettisesti tieto liittyy vastaanottajalle tuotettuihin merkityksiin, tulkitsijan synonyymisiin ilmauksiin, tiedon hyödyllisyyteen ja sen arvoon vastaanottajan motivaation ja toiminnan kannalta. Näin ollen tieto organisaatiossa on väline, joka voidaan jäsentää resurssiksi, jolla on käyttöön liittyvä merkitys (vrt. Tapper 1998).

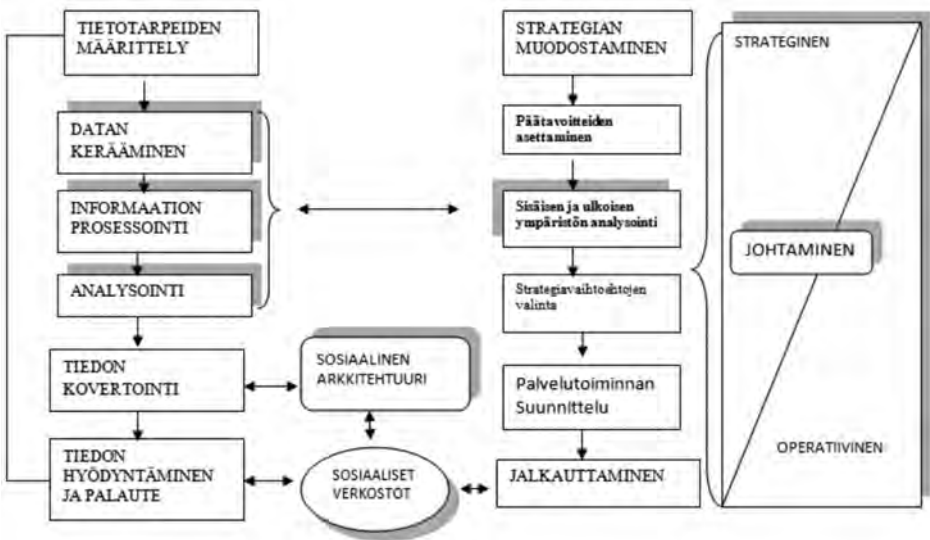


KUVIO 25 Tiedon prosessi organisaatiossa.

Tiedon prosessi alkaa tietotarpeiden määrittelyllä, josta yleensä vastaavat tiedon käyttäjät sekä päätöksentekijät; käytännössä ilmenee tiedollinen tarve. Tietotarpeet voidaan määrittellä esimerkiksi tiedonhankintakohdeiden mukaisesti (Salonen & Pirrtimäki 2005; Thomas Jr. 2001). Prosessin seuraavissa vaiheissa tapahtuu datan hankinta, informaation prosessointi sekä analysointi. Analysoinnin jälkeen prosessissa tuotettu tieto levitetään organisaatioon sosiaalisen verkoston avulla, missä myös tiedon kumulointi ja konvertointi sekä hyväksyntä tapahtuvat. Viimeisessä vaiheessa tieto hyödynnetään organisaatiossa toiminnan hyväksi (ks. Salonen & Pirrtimäki 2005). Korkea johtamisosaaminen ja kokemuksellisuus mahdollistavat tiedon uudenlaisen hyödyntämisen. Innovatiiviset, muutoshalukkaat ja kehittyvät organisaatiot kykenevät irrottamaan tiedosta uusia näkökulmia, tulkintoja sekä käyttötasoja.

Tiedon hyödyntämisen motiivit voidaan jakaa johtamisen näkökulmasta karkeasti kahteen kategoriaan; päätöksentekoprosessin ja strategiatyöskentelyn tukemiseen (mm. Fahey 2007; Halliman 2001; Rogers & Blenko 2007). Tiedon muodostumisen katsotaan olevan tärkeä osa organisaatiossa tapahtuvaa suunnittelutoimintaa päätöksenteon lisäksi

(Negash & Gray 2003). Tiedon hyödynnettävyyden keskeiset roolit johtamisen viitekehyksessä ovat strategiatyöskentelyssä ja strategian implementoinnissa sekä suunnittelutyössä. (ks. kuvio 25). Tällöin johtamisessa käytettävää tietoa hyödynnetään kuvaamaan organisaation toimintaympäristöä, ennustamaan kilpailuympäristön kehittymistä ja haastamaan aiemman strategian pohjalla olevat oletukset. Lisäksi tietoa hyödynnetään heikkouksien tunnistamisessa ja kompensoimisessa, strategian sopeuttamisessa kilpailuympäristön muutoksiin sekä huomaamaan, milloin nykyinen strategia ei ole enää käyttökelpoinen. Näiden roolien lisäksi tiedon prosessit toimivat strategisena työkaluna organisaation suorituskyvyn mittaauksessa, asiakassuhteiden optimoinnissa ja organisaation palvelutoiminnan arvioinnissa (esim. Negash ja Gray 2003).



KUVIO 26 Tieto, hyödynnettävyys ja johtaminen.

Tiedon ilmeiseksi muuttamiseen ja siirtämiseen liittyvien ongelmien ohella, tieto haastaa käytettävät johtamismallit, sillä johtaminen ei perustu oletukseen johtajan ylivertaisesta tietämyksestä aihepiiriin liittyen (ks. Boatz & Nutley 2009). Tietointensiivisten organisaatioiden ylin johto ei useinkaan voi käyttää asemaan tai tietämykseen perustuvaa valtaa

byrokraattisessa mielessä (Lindkvist & Llewellyn 2003). Johdolta voi yksinkertaisesti puuttua asiantuntemusta arvioida päätöksentekoa jollakin kapealla erikoisasiantuntemusta vaativalla alueella, jolloin johdon tulisi osata käyttää organisaatioon kumuloitua prosessitietoa johtamistiedon tueksi. Tutkimuksen mukaan johtamisen rooli (ei tehtävä) tietointensiivisissä organisaatioissa olisi kulkemassa suoran valvonnan ja kontrollin sijaan kohti henkistä valmentamista, mentorointia ja organisaation identiteetin johtamista sekä suunnan antamista ja varmistamista. Toimintaympäristö on muuttunut yhä enenevässä määrin kytkettyneeksi ja verkostoituneeksi. Keskitetty johtaminen toimintatapana ei ole pystynyt vastaamaan lisääntyviin tiedon prosessien ja hierarkioiden tarpeisiin palvelutoiminnan suunnittelussa. Teoreettisen tarkastelun mukaan johtamisen keskitetyt hierarkiat suunniteltiin kuljettamaan raakainformaatiota organisaatorakenteen huipulle päätöksentekoa varten ja palauttamaan käsiteltyä informaatiota tai tietoa toteuttavalle eli henkilöstö tasolle. Tutkimuksen mukaan asiantuntijaorganisaation johtaminen tulee olla organisaatiossa mahdollisimman matalalla, jolloin toiminnasta tulee sujuvaa ja toiminnan kehittämisestä tarkoituksenmukaista. Päätöksenteon keskittämisen nähtiin rajoittavan organisaatioiden kykyä vastata nykyisten kompleksisten organisaatioiden johtamista asettaen kysymyksiä, millä tiedolla johdetaan ja miten tietoa osataan hyödyntää. Päätöksentekoa tulisi hajauttaa. Hajautetut prosessit vähentävät johdon mahdollisuuksia toteuttaa perinteistä ylhäältä alaspäin linjautuvaa johtamistoimintaa, mikä pakottaa uudelleen arvioimaan tiedonprosessit.

Tutkimuksessa toivottiin johtamistyön kehittyvän niin, että luottamus ja päätöksenteko kytkettyvät tiiviisti yhteen. Tällöin johtamistietoa tulisi kyetä tuottamaan ja näin ollen hyödyntämään palvelutoiminnan suunnittelussa yhä reaaliaikaisemmin sekä klusteritasolla. Johtamistiedon hyödyntämisessä tulee siirtyä yksittäisen tiedon integroimisesta suurempaan kokonaisuuteen (singulaarinen tieto vs. klusteritieto). Tietoa voidaan ns. väärin käyttää, jos johtamisessa ei kyetä suhteuttamaan tiedon pirstaleita toiminnan strategiseen linjaukseen eli toiminnan kehittämiseen. Teoreettisesti päädyn siihen, että yksilön omistaman tieto ei ole sama asia kuin viisauden (Wisdom). Viisaudessa on kysymys kokonaisvaltaisesta ja tasapainoisesta maailmankatsomuksen käsitteestä. Vi-

sauteen kuuluu näkemys asioiden laajoista yhteyksistä ja merkityksistä sekä käsitys tiedon hankintavoista ja luotettavuuden asteesta. Niiniluoto painottaa, että kokeneen ammattilaisen tieto on elämäntaitoa, joka on hankittu työllä ja elämällä. Viisauteen kuuluu tiedon ainesten lisäksi erottamattomasti moraalinen ulottuvuus sekä omakohtaisesti punnittu ja ihmiskunnan kokemukseen nojautuva arvojärjestelmä hyvän elämän päämääristä. Tällöin osaaminen tiedon hyödyntämiseen tulee kokemuksellisuuden ja intentionaalisuuden avulla, muodostaen tietoperustaisuuden. Tietoperustainen johtaminen on ennakoivaa intentionaalista toimintaa. Ennakoivalla intentionaalisella toiminnalla tarkoitetaan osaamista nähdä toimintaa laajemmin, suurempana maisemana, joihin vastaaminen edellyttää johtajilta viisautta (Wisdom). Tietoperustainen johtajuus on osallistavaa ja tilaa antavaa sekä myönteistä, kehittävää ja luovaa ilmapii-riä, jossa virheiden tekeminen sallitaan (vrt. Stacey 2007; Choo 2006). Johtajuuden avulla kyseenalaistetaan vanhaa uuden oppimisen merkeissä sekä luodaan luottamusta ja arvostusta antavaa organisaatiokulttuuria. Johtajuuden on tällöin kehityttävä myös johtajan persoonallisten ominaisuuksien kautta (Kets de Vries 2007).

Johtamistyön järjestäytyneisyyden ei nähdä tarkoittavan vapauksia vaan johdettua vastuuta. Johtamistasojen johtamisosaamisen kehittymisen varmistaa prosessimaisen toiminnan kehittymisen. Hedelmällistä on nähdä tulevaisuudessa, mikä on sosiaalisen verkoston paine pitäytyä kuitenkin kaikesta kehittämisestä huolimatta vanhassa vai hyväksytäänkö johtamistyön kehittymisen tapahtuvan inkrementaalisesti, jolloin sen muutokset voivat näkyä vuosien sykleissä tai hautautua yhteiskunnan ja työelämän yleiseen kokonaiskehittymiseen. Tutkimuksen mukaan tietoa voidaan hyödyntää hyvin johdetuissa verkostoissa. Avaintekijäksi muodostuu työryhmien ja verkostojen ryhmäytyminen, johon voidaan hyvällä johtamisella vaikuttaa merkittävästi. Johtajien persoonat ja työelämätaidot tulevat korostumaan muun johtamisosaamisen sekä substanssiosaamisen rinnalla vahvana. Organisaatioiden ja johtamisjärjestelmien tulee palvella osaamisen ja tiedon jakamista, joustavuuden lisäämistä sekä olla mahdollistamassa vuorovaikutteisuutta.

Tietoperustainen johtaminen osaamisen johtamisena ymmärtää organisaatio-oppimisen mekanismeja pyrkien vaikuttamaan niiden kautta

kehittämiseen sekä palvelutoiminnan suunnittelun prosessien kehittämiseen. Terveystieteiden organisaatiossa on tärkeää tunnistaa, miten yksilö oppii sosiaalisissa verkostoissa ja olla johtajana varmistamassa sen onnistumista (Bransford et al. 2000; Saarti & Juntunen 2007). Organisaatio-osaaminen rakentuu kyvykkyyksistä, joista kollektiivinen osaaminen muodostuu, mutta siihen tarvitaan myös organisaation sosiaalinen rakenne, kulttuuri sekä uudistuvat johtamiskäytännöt. Tietoa hyödynnetään organisaation oppimisen mekanismeissa, jolloin käytettävissä oleva tieto kerätään eri tiedon tasoista ja rooleista.

Johtamisen tutkimuskenttä osoittaa, että tarvitaan ymmärrystä, jossa organisaatioita tarkastellaan johdettuina yhteisinä monitieteellisesti ja yhdistäen eri näkökulmia. Johtajuus irrallisena roolina, asemana ja statuksena on häviämässä organisaatiosta. Viimeaikaiset tutkimukset korostavat ihmisten johtamisen kokonaisvaltaisuutta, eheyttä ja tietoa toiminnan johtamisessa. Johtajuus voidaan määritellä tietoperustaisuuden läpi yhteiseksi sopimukseksi johtajien ja alaisten samaan moraaliseen, intellektuaaliseen ja emotionaaliseen kenttään. Tällä voidaan määrittää laaja sosiaalinen konteksti, jossa johtajuus toimii (vrt. Zelenzik 1991, 103–104) ja kehittyy. Tietoperustainen johtajuus kiteytyy merkityksenannon prosesseihin, mikä perustuu tiedon olemassaoloon. Johtajuuden kautta luodaan alaisiin toiminnan intentionaalinen funktio, jolloin muodostuu tarve toimia siten, että toiminnalla on suunta ja mieli. Tällöin johtajuus legitimoituu, eikä perustu asemaan tai valtaan. Tietoperustaisen johtajuuden prosesseja tarvitaan, kun yhdistetään monimuotoisesti ihmisten osaamista sosiaalisesti vaativissa asiantuntijaorganisaation tehtävissä. Johtajuus näyttäytyy tiedon ja kokemuksellisuuden sekä myös organisaation auditiivisen herkkyyden läpi, jolloin johtajuus on kuulevaa ja läsnä olevaa yhteistä ja yhdessä tekemistä. Kun terveydenhuollon organisaatiot nähdään kulttuureina ja erityisesti sosiaalisina konstruktioina, on helpompi ymmärtää eri toimijoiden sosiaalista pääomaa ja organisaatio-identiteettiä. Tarvitaan teoreettisesti ymmärrystä organisaatioista, johtamisesta sekä organisaatiopsykologisista lähtökohdista.

Tietoperustainen johtajuus lokalisoituu asiantuntijaorganisaatiossa sen identiteetin kautta ymmärrykseen tunnistaa sille asetetut haasteet ja vastata niihin. Johtajuuden kautta tuettu organisaation identiteetti sisäl-

tää tiedon siitä, mitkä ovat mm. organisaation sisäiset vahvuudet, osaamisresurssit sekä vahvistaa organisaation yhtenäistä identiteettiä, joka voi erota yksilön identiteetistä. Organisaation yhteinen identiteetti mahdollistaa johtajuuden kautta vahvan toiminta- ja kehittämiskompetenssin. Tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta johtaminen tulee määrittää uudelleen (vrt. Stacey 2007; Elias 2001) vuorovaikutuksellisuuden, luovuuden, oppimisen ja tiedonjakamisen kautta. Tietoperustainen johtaminen voidaan kytkeä teoreettisesti vahvojen johtamisteorioiden sovellettavuuteen, jolloin liikkeenjohdolliset taidot (vrt. Abukari & Jog 2003; Manglik 2006; Negash & Gray 2003; Pulkkinen 2006; Salonen & Pirttimäki 2005) sekä korostuneesti henkilöstöjohtamisen taidot sekä sosiaalinen kyvykyys ja johtajan kokemuksellisuuden kytkeminen ovat kriittisiä menestystekijöitä. Kun johtaminen määritetään uudestaan, määritetty tieto ja tiedon hyödynnettävyys.

Johtamistyön jäsentymättömyys aiheuttaa osaltaan vaikeuden valita olemassa olevasta tiedosta oleellinen ja toisaalta aiheuttaa ongelmia hahmottaa mihin ja millaista tietoa tulisi käytännössä käyttää. Jäsentynyt johtamistyö mahdollistaa organisaatiossa kollektiivisen tiedon ja osaamisen kehittymisen (vrt. Aggelstam 2006), mikäli sille mahdollistetaan aikaa ja tilaa (ks. Stacey 2007). Johtamistoiminnan kehittymättömyys on usein johtamisroolin heikkoutta, jolloin päätöksiä tehdään asiantuntijoina omissa erikoisaloissa. Lääketieteellisesti kovan kompetenssin omaavan johtajan tulisi kehittyä toimimaan johtajana, ei vahvistaen asiantuntijarooliaan. Kehittymätön johtamiskulttuuri voi tuhota tai hukata asiantuntijuutta, jolloin halukkaita sen kehittäjiksi ei ole helppo saada. Tämä tarkoittaa, että kovat asiantuntijat tulisi kytkeä palvelutoiminnan kehittämiseen ja suunnitteluun, jotka tuottavat tietoa johtamiseen. Näin luodaan tilaa ja vahvuutta alan kliiniseen asiantuntijatyöhön, jolloin myös vuorovaikutteinen dualistinen tieto kulkee, siirtyy ja konvertoituu organisaation ja palvelutoiminnan hyväksi. Johtamisen kehittymättömyys on seurausta osaamattomuudesta käyttää johtamistietoa (vrt. Learmont & Harding 2006) sekä osaamattomuudesta analysoida tietoa sekä haasteellisuus tiedon operationaalistamisesta (vrt. Pfeffer & Sutton 2007). Tiedon operationaalistaminen voidaan katsoa tarkoittavan merkityksen antoa tiedolle, mikä johtaa arjessa toiminnaksi.

Tiedon käyttäminen varioi laajasti riippuen johtamistasoista. Johtajien kyvykkyys oleellisen tiedon muodostamiseen suhteessa omasta johtamisalueesta ylöspäin sekä toisaalta alaspäin oli vaihteleva. Toivottiin yhteisiä johtamistyön sopimuksia tavoitteiden, välineiden sekä arvioinnin näkökulmista. Johtajien muodostamat sosiaaliset verkostot ovat merkityksellisiä tiedonprosessien kehittymiseen.

Olemassa olevat valtavat tietomäärät jäävät hyödyntämättä johtamis- sekä suunnittelutyössä, mikäli ei kyetä ratkaisemaan miten tietoa ja informaatioita tuotetaan käyttäjille. Tapahtuuko se organisaatiossa olemassa olevien henkilöiden kouluttamisella vai avaamalla kokonaan uudenlaisia työpaikkoja? Tiedon louhintaa ei systemaattisesti osata hyödyntää (vrt. Hätönen 2009), mutta tiedon hyödynnettävyyden nähtiin kasvavan merkittävästi, mikäli järjestelmätason tiedon tuottamiseen olisi mahdollista resursoida. Tiedon louhintaa suoritetaan sisäisen tiedon haussa ja käsittelyssä (vrt. Alaharjula 2005). Haasteena on tunnistettu, että järjestelmistä saatava tieto on usein ns. raakadataa, jonka käyttö johtamistyöhön suoraan ei ole mahdollista vaan vaatii analysointiosaamista (vrt. Syväjärvi, Stenvall, Laitinen & Harisalo 2009; 7). Organisaatiotasoisesti on määritettävä mitä tietoa tarvitaan ja tiedon louhintaan tulee organisaatioissa systemaattisesti kouluttaa. Kysymys on siitä, miten lopulta yksittäisestä asiantuntijatiedoista kerätään ja konvertoidaan analysoitavaksi oleellinen johtamistiedon kokonaisuus.

Keskeinen ja merkittävä havainto tutkimuksessa on johtamiskoulutusten ja valmennusten eriyttäminen palvelutoiminnan kehittämisestä. Dokumenttiaineiston mukaan johtamistyön kehittämistä ei ole integroitu palvelutoiminnan kehittämiseen. Molemmat ovat toimineet erillisinä toimintoina, jolloin johtajuus toimii ja pyrkii kehittymään irrallisena. Onko johtamisvalmennus ollut ajanhengen mukaisesti ”asia, josta täytyy puhua” vai onko johtajuuden kehittäminen tullut henkilöstöhallinnon kehittymisen myötä organisaatioon? Johtamistoiminnan kehittämisen kytkeminen palvelutoiminnan kehittämiseen selkeiden tavoitteiden ja mittareiden kautta on selkeästi puuttunut kohdeorganisaatiossa. Haasteena tilanteissa on, että asiantuntijuus toimii verkostoissa ja kehittämissä linjaaminen tapahtuu epävirallisissa foorumeissa, joissa sosiaalinen hyväksyttävyyden toimii. On merkittävää linjata johtamistyön kehittämi-

nen palvelutoiminnan kehittämiseen yhteisillä mittareilla. Voidaan väittää, että organisaatioiden foorumeilla ja areenoilla käytäviä keskusteluja ja siten myös tiedon tuottamista ja päätöksentekoa ohjataan niin sanotun sosioideologisen kontrollin avulla. Tietoperustaisen johtamisen mukaan sosioideologinen kontrolli (ks. Alvesson & Kärreman 2004) tarkoittaa johtamista, jossa hyödynnetään sosiaalisia suhteita, ideologioita sekä arvokeskustelua organisatorisen identiteetin luomiseksi.

Mikäli johtamistoimintaan ei ole selkeästi asetettuja tavoitteita, on vaikea määrittää omassa johtamistyössään toiminnalle rajoja. Silloin toimitaan vahvasti vanhan opitun ja siirretyn toimintamallin mukaisesti. Tämä näkyy toimialan vanhojen kulttuurisidosten yhteenliittymänä, jotka osaltaan estävät organisaatio- ja johtamiskulttuurin avointa kehittymistä (ks. Choo 2006). Julkisen terveydenhuollon johtajat, jotka johtavat organisaation ihmisiä, vaikuttavat sen kulttuurin. Tämän kautta heillä on ratkaiseva asema palvelutoiminnan suunnittelun kehittämisessä laajassa viitekehyksessä. Johtaja, joka ei tiedosta tätä, joutuu kulttuurin ohjailmaksi (vrt. Schein 1994).

Julkisen terveydenhuollon rakenteellinen keskustelu sinällään ei tuo vallitseviin haasteisiin ja ongelmiin tulevaisuudessa vastauksia. Julkisen terveydenhuollon organisaation sisäinen johtamistyön kehittäminen on sirpaleista ja vaatimatonta. Johtamistoiminnan kehittäminen nähdään johtamistyön selkeänä määrittämisenä sekä työn- ja vastuun jakona valitun johtamisjärjestelmän mukaisesti. Aineiston mukaan johtamisjärjestelmässä johtamistasot ovat kautta aikojen määritetty, mutta tasojen todelliset, määritellyt, mitattavissa, seurattavissa ja tavoitteellisesti johtamistyön perustehtävissä olevat vastuut ovat puuttuneet. Tutkimusaineiston mukaan johtaminen on ollut laajasti katsottuna sekavaa, näennäistä, vallan käyttöä, osaltaan puuhastelua. Rakenteiden näkökulmasta johtamistyötä tulee mitata asetettujen tavoitteiden kautta. Käytännössä tämä tarkoittaa aineiston mukaan esimerkiksi sitä, että kuka vastaa budjetin ylittymisestä, kuka kertoo millaisiin toimenpiteisiin on ryhdytty, kuka arvioi ovatko valinnat onnistuneet. Johtamiselle ja vastuulle tulee antaa konkreettiset kasvot. Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon yhä kasvavien yhteisten toimintojen näkökulmasta organisaatio- ja johtamisrakenteiden kehittäminen luo organisatoriset lähtökohdat hyvälle palvelutoimin-

nan suunnittelulle. Palvelutoiminnan suunnittelun onnistuminen näkyy myös operatiivisten järjestelmien, rutiinien ja työn kehittymisenä. Vaikutukset voivat näkyä kaksijakoisesti; potilaat kokevat palvelun toiminnallisen laadun parantuneeksi ja työntekijät kokevat työnsä merkityksellisemmäksi ja motivoivammaksi, kun rutiineja ja työnkulkua on kehitetty, jolloin tarpeettomia ja aikaa vieviä tehtäviä on kyetty poistamaan.

6.2.3 Tietoperustaisen johtamisen kehittäminen

Palvelutoiminnan suunnittelu on terveydenhuollossa valtava mammutti, johon terveydenhuollon eri organisaatiot, valtio, kunnat, politiikka ja palveluiden käyttäjät haluavat sanansa sanoa. Jokaisen eri vaikuttajan näkemykset suunnitteluun lähtevät eri näkökulmista ja viitekehyksistä. Palvelutoiminnan suunnittelukokonaisuus, johon kuuluvat erikoissairaanhoidon lisäksi perusterveydenhuolto ja kunnat toimintoineen, muodostavat makrotason palvelutoiminnan suunnittelukehiksen. Tässä tutkimuksessa palvelutoiminnan suunnittelun kehittäminen rajautui organisaation sisälle edustaen mikrotason suunnittelukehystä. Suuntaus on yksiköiden johtamisesta palveluketjujen johtamiseen ja hallintaan, jolloin painopiste siirtyy organisaatioajattelusta enemmän palvelutoiminnan suunnittelun kautta mallintamaan miten palvelut järjestetään tai keskitetään, jolloin palvelutoiminnan suunnittelun näkökulmasta johtamisosaaminen ratkaisee verkostotoiminnan ja co-operatiivisen toiminnan onnistumisen. Tietoperustainen johtaminen tarvitsee kehittyäkseen osaamista hallita kokonaisuuksia. Terveydenhuollon tietoperustainen johtaminen luo uutta teoriaa, missä tarvitaan käytännön orientaatiosta lähtevää organisaatio ja johtamistutkimusta keinovalikoimiseen. Toisaalta tutkimuksen mukaan tarvitaan uutta tai yhtenäisesti linjattua yliopistotasosta johtamiskoulutusta terveydenhuoltoon. Terveydenhuollon tietoperustaisen johtamisen tulevaisuuden kysymyksiä on voidaanko prosessitiimien avulla johtaa palveluketjuja tai prosesseja suhteessa organisaation matriisiin? Johtamista tulisi kehittää suuntaa, jossa prosessinjohtaja johtaa ja vastaa prosessin substanssista, tehokkuudesta, taloudellisuudesta sekä prosesseista osaamisen näkökulmasta. Matriisijohtajan eli organisaatiossa olevan johtamisjärjestelmän hallinnollisen aseman omaavan johtajan tehtävänä on vastata, että kaikkien prosessijohtajien toiminta on koko

organisaation näkökulmasta tehokasta, laadukasta ja taloudellista myös osaamisresurssien näkökulmista.

Tiedon siirtoa palvelutoiminnan suunnittelussa tulee vahvistaa tulevaisuudessa alhaalta ylöspäin mallina (vrt. Leppänen 2006; Zhu 2008). Tietoa tulee siirtää koordinoitummin ja systemaattisemmin suunnitteluvuoden aikana kuntien ja erikoissairaanhoidon välillä. Tieto siirtyy (vrt. Starfield 2005) uuden osaamis- ja asiantuntijaverkoston välillä kumuloituen strategisen johtamisen tasoille. Asiantuntijoiden mukaan palvelutoiminnan suunnittelun tulee lähteä väestön terveystarpeiden ennakoinnista, toisaalta taloudenhallinnasta. Tiedon aktiivisempi siirtäminen mahdollistaa palvelutuottajan ja tilaajan tarkemmin kohdennettua talouden suunnittelua. Verkostoyhteistyö mahdollistaisi parempaa talouden suunnittelua sekä mahdollistaisi optimaalisemman resurssien osaamisen kehittämisen sekä suunnitellun resurssien yhteiskäytön. Verkostoyhteistyössä tulisi muodostaa ja tunnistaa yhteisiä osaamistarpeita sekä luoda ennakkoluulottomasti uusia toimintamalleja siitä miten resursseja sekä osaamista voidaan käyttää tehokkaasti ja joustavasti. Miten luodaan koulutusmalleja eri ammattiryhmille perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille? Henkilöstöresursseja on toimialassa riittävästi, mutta kohdentaminen epäonnistuu johtuen liian suppeasta yksikkötason tarkastelun näkökulmasta. Toisaalta henkilöstöresurssien riittämättömyys selittyy osaltaan vanhojen työtapojen ja työtehtävien ylläpitämisellä.

Talouden ja toiminnan näkökulmista yhteistyöverkostossa toimiminen mahdollistaa tulevaisuudessa paremmin, laadukkaammin ja kustannustehokkaammin kohdennettua terveydenhuollon palveluita kuntalaisille. Merkittävää on, että kustannustehokkuus ei synny enää pelkkien laskennallisten arvioiden kautta tai avulla (vrt. Lillrank & Venesmaa 2010). Tietointensiivinen asiantuntijaorganisaatio kehittyy johtamistyön avulla ja sen kautta (vrt. Demers 2007; Stacey 2007; McMillan 2004.). Osaamisen oikea-aikainen ja oikeapaikkainen kohdentaminen, sekä strategisen osaamisen ennakointi mahdollistavat palvelutoiminnan paremman suunnittelun ja kehittämisen.

Johtaminen kehittyy tutkimalla ja tekemällä. Johtamisen vanhat koulukunnat sekä teoreettiset tarkastelut kestävät ajassa edelleen, mutta olisi hyvä muodostaa uutta teoreettista näkökulmaa terveydenhuollon

johtamisen näkökulmasta, jossa yhteiskunta, työn tekeminen, ihmiset ja asiantuntijat sekä teknologia että arvomaailmat ovat muuttuneet. Tieto ja osaaminen ovat päivänpolttavia teemoja, ja tässä ajankohdassa tulisi suunnata tutkimusintressejä esimerkiksi asiantuntijaorganisaatioiden henkilöstöjohtamisen alueisiin ja mekanismeihin käytännön tasolla. Henkilöstöjohtamisella ja johtajan omalla kokemuksellisuudella on merkitystä siinä, miten luodaan mahdollisuuksia uuden ja vanhan tiedon muodostumiselle, konvertoinnille, tai miten osaamistarpeita osataan ennakoida ja kohdentaa palvelutoiminnan mukaisesti. Osaamisen johtamisessa ja kehittämisessä suuntaus on prosesseissa ja yhä vahvemmin hoitajien ja lääkäreiden kollektiivisen osaamisen yhteensovittamisessa. Terveystieteiden huollossa tulee avautumaan uudenlaisia johtamistehtäviä sekä johtamistyötä, jonka avulla palvelutoiminnan suunnittelua voidaan ansiokkaasti sekä vuorovaikutteisesti kehittää organisaation sisällä sekä yhteistyöverkostoissa. Jatkotutkimuksissa olisi kiinnostavaa tutkia minkä verran johtajuus kasvaa organisaatiossa henkilökohtaisena ominaisuutena ja minkä verran organisaatio muovaa kollektiivisesti johtajuutta?

Tietoperustainen johtaminen kehittyy johtamisrakenteita sekä organisaation sosiaalisia oppimisrakenteita kehittämällä. Samalla kehitetään palvelutoiminnan suunnittelua mahdollistaen oikea-aikaiset ja oikeapaikkaiset palvelut kuntalaisille. Kun organisaatiot kehittävät sisäistä toimintaa muodostuu vähitellen julkisen terveydenhuollon toimialaan kollektiivista tehokkuutta, jota tarvitaan. Aineiston mukaan ei riitä, että yksittäiset yksiköt tai sairaalat toimivat hyvin, jos verkosto toimii kokonaisuudessa epätyytyväväällä tavalla hukaten resursseja ja kustannustehokkuutta laaja-alaisesti tarkastellen.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen johtopäätökset esitetään tiivistetysti seuraavasti:

- Tietoperustainen johtaminen on johtamisote, jossa yhdistyvät liikkeenjohdollinen sekä henkilöstöjohtamisen osaaminen sekä kyvykkyys kokemusperäisen tiedon käyttämiseen ennakoiwaan, tavoitteelliseen johtamistyöhön.

- Toimialan rakennekeskustelun voimavaroja tulisi siirtää sisäisten johtamisjärjestelmien ja johtamistyön kehittämiseen.
- Tiedon käyttäminen johtamistyössä sekä palvelutoiminnan suunnittelussa jää usein kapea-alaiseksi arkitiedon käyttämiseksi. Tiedon analysoinnin osaamattomuuden koettiin johtuvan terveydenhuollon kompleksisten tietojärjestelmien käyttämisen vaikeudesta sekä koulutuksellisista puutteista.
- Tiedon louhintaa ei kyetä systemaattisesti hyödyntämään johtamistyössä sekä palvelutoiminnan suunnittelun johtamisessa, josta osaltaan johtuu johtamistyön tavoitteiden puuttumisena. Ei kyetä hahmottamaan mitä tietoa johtamistyöhön tarvitaan tai miten analysoitua tietoa käytetään toimintaan.
- Johtamistyön tavoitteiden asettamisessa, mittaamisessa ja arvioinnissa on puutteita. Tavoitteiden asettaminen johtamisjärjestelmän eri tasojen mukaisesti mahdollistaisi palvelutoiminnan kehittämisen sekä terveydenhuollon organisaatioiden osaamisen kehittymisen. Johtamistyön intentionaalisuuden myötä kollektiivisen osaamisen kehittyminen ja oikea-aikaisen sekä oikeapaikkaisen strategisen osaamisen kohdentaminen optimaaliseksi.
- Palvelutoiminnan suunnittelu ja johtaminen mahdollistuu uudenaikaisessa osaamis- ja koulutusyhteistyöverkostossa. Palvelutoiminta tapahtuu prosessien ja hoito- ja palveluketjujen sisällä. Koulutusympäristön avulla prosessien rajapintatyöskentely optimaalistuu, jolloin kokonaistehokkuus sekä kokonaistaloudellisuus ovat mahdollisia. Tämä tulee näkymään terveyspalveluiden kohdentamisena väestön tarpeiden mukaisesti, palveluiden alueellisena riittävytenä sekä terveyspalvelujen tuottajan mahdollisuutena kehittää palvelutoimintaa laadukkaammin ja kustannusvaikuttavammin.
- Tietoperustaisen johtamisotteen myötä terveydenhuollon palvelutoiminnan suunnittelu kehittyisi tulevaisuudessa yhä enemmän alhaalta ylöspäin, jolloin asiantuntijoiden osuus suunnittelupor- taassa lisääntyisi. Tieto kerääntyisi, siirtyisi ja konvertoituisi seuraavalle suunnittelupor- taalle niin, että lopulta kuntaneuvotteluiden yhteydessä päästäisiin co-operatiivisesti yhteisiin tavoitteisiin.

- Co-operatiivisempi yhteistyö kuntien sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä mahdollistaisi siirtymään tilaaja-tuottajamallista avoimempaan ja tuottavampaan kumppanuusyhteistyöhön.

Teoreettisesti on kiinnostavaa hahmottaa tiedon, tiedon hallinnan, tiedon muodostumisen ja tiedon siirtymisen merkitystä asiantuntijaorganisaatiossa organisaatiopsykologian avulla ja miten hallinnon näkökulmasta tiedon käyttöä, kulkua ja tiedon etsintää voidaan edistää sosiaalisten rakenteiden avulla. Teoreettisesti pidän merkittävänä tietoperustaisessa johtamisessa nimenomaan evidenssin, tiedon, näytön uutta kytkentää kokemukselliseen, inhimilliseen tekijään (vrt. Learmont & Harding 2006; Berg 2009). Tällöin evidenssi voidaan nähdä intention, tavoitteen läpi aikaisemman kokemuksen tiedollisena käytettävyytenä; tällöin johtamisessa evidenssiä on ymmärtää, ”tietää”, ”mikä toimii, miten tämä hoidetaan”, jolloin on olemassa evidenssi, kokemus, tieto aikaisemmasta. Toisaalta evidenssiin tarvitaan johtamisen intentio, tavoite, jonka kautta toimintaa voidaan johtaa, allokoida, suunnitella ja arvioida. Perinteisemmin teoreettisesti evidenssi on nähty konkreettisena tietona, kuten julkaisut, tilastot, kustannuslaskennat ja esimerkiksi mallinnukset (vrt. Botatz & Nutley 2009) ja yhdistetty hallinnon ja johtamisen näkökulmista tehokkuusajatteluun ja kapea-alaisesti organisaation erilaisiin mittauksiin ja suoritteiden kautta kertyvään dataan (Petch 2009; Laitinen 2010, 15). Tietoperustainen johtaminen suhteessa evidenssiin korostaa myös ymmärtämään, että tulevaisuudessa johtamistutkimuksissa tulee painottaa enemmän tietoisuutta, ettei organisaatiota voida johtaa hyvin kapea-alaisen ”oppien” mukaan. Johtamisessa tulee ymmärtää, että tieto ei etene lineaarisesti (vrt. Stacey 2007) ja rationaalisesti vaan jäsentyy asiantuntijoiden henkilökohtaisen tulkinnan (vrt. Stacey 2007, Laitinen 2010) kautta, jota muodostetaan kollektiivisesti ja sosiaalisesti hyväksytyjen verkostojen ja normien avulla. Teoreettisesti tämä asettaa johtamistutkimuksen asemointia organisaatiopsykologian sekä hallintotieteen ja plaseeraa sosiaalisten verkostojen ymmärtämistä asiantuntijuuden, osaamisen, johtamisen sekä johtamisrakenteiden näkökulmiin. Käytännön näkökulmasta

tutkimustulokset puoltavat avainhenkilöiden ja johtajien rekrytoinnissa yhä enemmän henkilökohtaisia psykologisia testauksia.

Johtamistutkimuksessa tulee mennä eteenpäin ja osaltaan erottaa julkisen sektorin ja yksityissektorin vertailu. Johtamisen kausaliteettien ja kuriositeettien yhteneväisyydet sekä lainalaisuudet lienevät hyvinkin samanlaisia julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa, mutta toimintatavoiltaan, rooleiltaan, tavoitteitaan sekä arviointikriteereiltään eroavaisuudet ovat suuret. Mikäli halutaan syventää julkisen sektorin johtamisen kehittämistä, tulisi tutkimusta tehdä laajemmin ja syvemmin sen sisällä. Edelleen julkisen terveydenhuollon johtamisen kehittämistä ei viedä eteenpäin vertailemalla autoteollisuuteen tai informaatioteknologian alaan vaan syventämällä ymmärrystä ja tietämystä miten toimialan mikrotason ja makrotason johtamista kehitetään. Johtamistutkimusta on tarkasteltu enemmän makrotasolla, miten toimialan rakenteet järjestäytyvät hallinnon näkökulmasta, toisaalta mikrotason johtamistutkimus, jossa julkisen terveydenhuollon organisaation sisäisen johtamisjärjestelmän ja sisäisen johtamisrakenteen problematiikka olisi syvällisesti avattu, on jäänyt erittäin vähäiseksi.

Tietoperustainen johtaminen on julkisen terveydenhuollon mahdollisuus kehittää toimialaa niin johtamistyön kuin palvelutoiminnan suunnittelun kehittämisen näkökulmasta. Työ vaatii päätöksentekoa, systemaattisuutta sekä halukkuutta yhteistyön kautta kehittää laaja-alaisemmin toimialaa sekä vaikuttavuutta yhteiskunnallisesti. Terveydenhuollon rakenteellisen keskustelun voimavaroja tulisi kohdentaa organisaatioiden sisäisten johtamistöiden kehittämiseen. Jatkossa olisi hyvä tutkia miten julkisen terveydenhuollon sisäisten johtamisjärjestelmien toimivuutta ja vastuuta on kyetty lisäämään, onko johtamistyöhön asetettu mitattavissa olevia tavoitteita ja onko saavutetuista tavoitteista kyetty palkitsemaan. Jatkotutkimusaiheena tulisi tutkia, miten palvelujen suunnittelu on kehittynyt yhteistyössä kuntien kanssa sekä onko uudenlaisesta toimintamallista noussut mitattavissa olevia hyötyjä. Toisaalta osaamisen ja resurssien näkökulmasta olisi hyvä tutkia miten yhteistyöverkostoissa osaaminen ja resurssit siirtyvät palvelutoiminnan suunnittelun näkökulmasta. Tämän tutkimuksen tulokset peilaavat suomalaisen erikoissairaanhoidon ja julkisen terveydenhuollon johtamisen haasteita ja mah-

dollisuuksia. Tutkijana olisin kuitenkin varovainen julistamaan tuloksia yleistettävänä suurina totuuksina, vaan enemmänkin edustettavuutta yleisestä näkökulmasta, haasteista ja mahdollisuuksista jatkaa julkisen terveydenhuollon organisaatioiden sisäisten johtamiskysymysten tutkimista tässä ajankohdassa.

Lähteet

- Aaltonen, Jaatinen, Talvinko, Virtanen, Vohlonen ja työryhmä. 2007. Tuotteistetut palvelut. Kuntaliitto. Helsinki.
- Aaltonen, Fyhr, Käpyaho, Mäkelä, Mäkijärvi ja Rautiainen. 2008. HUS, Ihannesairaala, visioita ja valintoja. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Edita Prima.
- Aarva, K. 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Akateeminen väitöskirja, Acta Universitatis Tamperensis 1421, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Abukari, K. ja Jog, V. 2003. Business intelligence in action: Three examples of how it really works. CMA Management, March 2003, 15–18.
- Ackoff, R.L. 1989. From Data to Wisdom. Journal of Applies Systems Analysis, Vol. 16, 3–9.
- Ackroyd, S., Kirkpatrick, I. ja Walker, R. 2007. Public Management reform in the UK and it's consequences for professional organization: a comparative analysis. Public Administration Vol. 85.No.1, 9–26
- Aggelstam, L. 2006. Learning organization or knowledge management – which came first, the chicken or the egg? Information technology and control. Vol. 35, 3A, 295–302.
- Ahteenmäki-Pelkonen. 1997. Kriittinen näkemys itseohjautuvuudesta. Systemaattinen analyysi Jack Mezirowin itseohjautuvuuskesityksistä. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 157. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Alaharjula, A. 2005. Tiedonlouhinta vakuutusaineistosta asiakkuudenhallinnassa, Joensuu yliopisto, tietojenkäsittelytiede, pro gradu, Joensuu.
- Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus 2. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.
- Alhawary, F. ja Fayez, J. 2008. Impact Assessment Of I/S Technology Utilization On Knowledge Creation And Conversion: An Empirical Study In Jordanian Universities. Journal of Knowledge Management Practice, Vol. 9, No. 1, March 2008.
- Alvesson, M. ja Kärreman, D. 2001. Odd Couple; making sense of the curious concept of knowledge management. Journal of Management Studies 38 87, 995–1018.
- Alvesson, M. ja Kärreman, D. 2004. Interfaces of control. Technocratic and socio-ideological control in a global management consultancy firm. Accounting, Organizations and Society. Vol. 29, 423–444.
- Alvesson, M. ja Skoldberg, K. 2000. New Vistas for Qualitative Research. Sage Publications Ltd.
- Anttiroiko, A-V. 2000. Uudistuva demokratia. Tietoverkkopohjaisten innovaatioiden vaikutus demokraattisen hallinnan kehitysnäkymiin. Tampereen yliopisto. Kunnallistieteiden laitos.

- Anttiroiko, A-V. 2002. Strateginen tietojohdaminen kunnallishallinnossa. Hallinnon tutkimus, Vol. 19, No. 1, 19–32
- Anttiroiko, A-V., Haverinen, A., Karhu, V., Rynnänen, A. ja Siitonen, P. 2003. Kuntien toiminta, johtaminen ja hallintasuhteet. Tampere: Tampere University Press.
- Argyris, C. ja Schön, D. 1978. Organizational learning: A theory of action perspective, Reading, Mass: Addison Wesley.
- Argyris, C. 1990. Overcoming Organizational Defenses. Facilitating organizational learning, Boston: Allyn and Bacon.
- Argyris, C. 1991. Teaching smart people how to learn. Harvard Business Review, May–June.
- Argyris, C. 1993. Knowledge for Action. A guide to overcoming barriers to organizational change, San Francisco: Jossey Bass.
- Aronkytö, T., Hallipelto, A. ja Kangasharju, A. 2010. Uusi terveydenhuollon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. Sitran selvityksiä 24, Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitra. Helsinki.
- Assunadi, R.H. 2005. Catching the chameleon: understanding the elusive term ”knowledge”. Journal of Knowledge Management. Vol. 9, No. 2. 31–44.
- Awazu, Y. ja Desouza, K. 2004. The Knowledge Chiefs: CKOs, CLOs and CPOs European Management Journal 22 (3), 339–344.
- Azvine, B., Cui, Z. ja Nauck, D.D. 2005. Towards real-time Business Intelligence. BT Technology Journal, Vol. 23, No. 3, 214–225.
- Bar-Yam, Y. 2004. Making Things Work. Solving Complex Problems in a Complex World. NECSI, Knowledge Press.
- Bazerman, M. ja Chugh D. 2007. Decisions without Blinders. Harvard Business School Press.
- Begg, D., Fischer, S. ja Dornbusch, R. 2008. Economics. McGraw–Hill. 9th edition.
- Begley, S. 2004. To Improve Education, We Need Clinical Trials to Show What Works. Wall Street Journal, December 17.
- Benner, M.J. ja Tushman, M.L. 2003. Journal of Process Management. Exploitation, Exploration, and Process Management: The Productivity Dilemma Revisited. Academy of Management Review Vol. 28, No 2, 238–256.
- Bennis, W. ja Burt, N. 2003. Leaders: Strategies for Taking Charge. Collins, New York.
- Berg, A. ja Tone, M. 2009. Innovation as Social Process – A participative study of the Statoil R&D program Subsea Increased Oil Recovery (SIOR), NTNU Norwegian University of Science and Technology, Trondheim.
- Berger, A.A. 1991. Media Research Techniques. London: SAGE.
- Berger, A.R. ja Berger, C.R. 2004. Data Mining as a tool for research knowledge development in nursing. CIN: Computers, Informatics, Nursing (22), 3, 123–131.
- Berry, N. ja Bendapudi, L.L. 2007. Health Care: A Fertile Field for Service Research.

- Birkmann, S. 2007. Could Interviews Be Epistemic? An Alternative to Qualitative Opinion Polling. *Qualitative Inquiry*, Vol.13, Number 8. Sage Publications.
- Blackler, F. 1995. Knowledge, Knowledge Work and Organizations: An Overview and Interpretation. The Management School, Lancaster University, U.K.
- Blenko, M., Rogers, P. ja Mankins, M.C. 2010. Decide and Deliver: Five Steps to Breakthrough Performance in Your Organization. *Harvard Business Review*.
- Boatz, A. ja Nutley, S. 2009. Evidence-based policy and practice. 327–342, teoksessa Bovaird, T. *Public Management and Governance*. Routledge, New York.
- Bohnacker, U., Dehning, L., Franke, J. ja Renz, I. 2005. Textual analysis of customer statements for quality control and help desk support. Teoksessa Jajuga, K., Sokolowski, A. ja Bock, H.-H. (eds.): *Classification, Clustering, and Data Analysis. Recent Advances and Applications. Proceedings of the 8th Conference of the International Federation of Classification Societies (IFCS-2002)*, Vol. 21 of *Studies in Classification, Data Analysis, and Knowledge Organization*, 437–445. Springer.
- Boland, R.-J. ja Tenkasu, R.V. 1995. Perspective Making and Perspective Taking in Communities of Knowing. *Organization Science* Vol. 6, No. 4
- Bolton, L.E ja Heath, C. 2005. *Believing in first Mover Advantage*. Palo Alto; CA: Stanford Graduate School of Business.
- Braithwaite, R., Cockwill, S., O'Neill, M. ja Rebaine, D. 2007. Insider participatory action research in disadvantaged post-industrial areas – the experience of community members as they become Community Based Action Researchers, *Action research* Vol. 5(1), 61–74, Sage publications.
- Bransford, J.D., Brown, A.L. ja Cocking, R.C. (toim.) 2000. *How People learn: Brain, Mind, Experience, and School*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Burns, N. 1989. Standards for Qualitative Research. *Nursing Sciences Quarterly*. Theory, research and practice. Vol. 2, No 1, Spring 44–52.
- Charan, R. 2007. *Conquering a Culture of Indecision*. Harvard Business School Press.
- Cheek, J. 2007. Qualitative Inquire, Ethics and Politics of Evidence: Working within these spaces rather than being worked over by them, *Qualitative Inquiry*, Vol. 13 Number 8, Sage Publications, 1051–1059.
- Choo, C.W. 1998. *Information Management for the Intelligent Organization*. Information Today. Medford. (N.J)
- Choo, C.W. 2006. *The Knowing Organization*, Oxford University Press, Oxford.
- Christensen, C.M., Bohmer, R. ja Kenagy, J. 2000. Will Disruptive Innovations Cure Health Care. *Harvard Business Review* 78(5):102-112.
- Chung, W., Chen, H. ja Nunamaker Jr., J.F. 2002. *Business Intelligence Explorer: A Knowledge Map Framework for Discovering Business Intelligence on the Web*.

- Proceedings of the 36th Hawaii International Conference on System Sciences, 2002, pp. 1–10.
- Collins, B. 1997. Better Business Intelligence – How to Learn More about Your Company. Astron On-Line, Letchworth.
- Connolly, T.M. ja Begg, C.E. 2005. Database Systems – A Practical Approach to Design, Implementation and Management. Harlow, England: Addison Wesley.
- Cook, S.D. ja Brown, S.B. 1999. Bridging Epistemologies: The Generative Dance Between organizational Knowledge and organizational Knowing. *Organization Science*. Vol. 10, No 4. 381–400.
- Cooley, P.C. 1987. Data imputation: An optimization approach. *International Journal on Policy and Information*, 11 (1):39–45.
- Coulson-Thomas, C. 1994. Implementing Re-engineering, in C. Coulson-Thomas (Ed.) *Business Process Re-engineering: Myth & Reality*. London: Kogan Page Limited, 17–39.
- Cowan, R., David, P.A. ja Dominique, F. 2000. Industrial and Corporate Change, Vol. 9, No. 2, 211–253.
- Cowen, M.E., Halasyamani, L.K., McMurtrie, D., Hoffman, D., Polley, T., ja Alexander, J.A. 2008. Organizational Structure for Addressing the Attributes of the Ideal Healthcare Delivery System. *Journal of Healthcare Management* Vol. 53, Number 6 November/December.
- Coyne, J.S., Richards, M.T., Short, R., Shultz, K. ja Singh, S.G. 2009. Hospital Cost and Efficiency: Do Hospital Size and Ownership Type Really Matter? *Journal of Healthcare Management* Vol. 54, Number 3 May/June.
- Creplet, F., Dupouet, O., Kern, F., Mehmanpazir, B. ja Munier, F. 2001. Consultants and experts in management consulting firms. *Research Policy*. Vol. 30, 1517–1535.
- Csikszentmihalyi, M. 2003. *Good Business. Leadership, Flow and the Making of Meaning*. London. Coronet Books.
- Daft, R.L. ja Lengel, R.H. 1986. Organizational information requirements, media richness and structural design. *Management Science*, Vol. 32, No. 5.
- Daniels, N. 2008. Reasonableness in Health Policy. *Oxford Textbook of Medicine*.
- Davenport, T.H. 1993. *Process Innovation: Reengineering Work through Information Technology*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Davenport, T.H., Prusak, L. ja Wilson, H. J. 2003. Who's bringing you hot ideas and how are you responding? *Harvard Business Review* (February). Harvard.
- Davenport, T.H. 2007. *Competing on Analytics*. Harvard Business School Press.
- Davenport, T.H., DeLong, D.W ja Beer, M.C. 1999. Successful knowledge management projects. Teoksessa Cortada, J.W. ja Woods, J.A. (toim), *The knowledge management yearbook 1999–2000*. Butterworth Heinema. Boston.
- Davenport, T.H., ja Prusak, L. 1998. *Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know*. Cambridge, MA: Harvard Business School Press.

- Davenport, T.H. ja Prusak, L. 2000. Working knowledge: How organizations manage what they know. Boston: Harvard Business School Press.
- Demers, C. 2007. Organizational Change theories: A Synthesis, Sage Publications, Through Narrative, Jossey-Bass, San Francisco.
- Denzin, N.K. ja Lincoln, Y.S. 1998. The Landscape of Qualitative Research. Theories and Issues. London. Sage.
- Denver, G. 1980. Community health analysis. A Holistic Approach. Germantown: Aspen Systems Corporation.
- Drucker, P. 1954. The Practice of Management. Harper & Brothers.
- Drucker, P. 2002. Druckerin parhaat; keskeiset ajatukset – 60 vuotta johtamistutkimusta ja -tietoa. WSOY. WS. Bookwell Oy. Juva 2002.
- Drucker, P. 2004. What makes an effective Executive. Harvard Business Review June.
- Drucker, P. 2008. The Five Most Important Questions You Will Ever Ask About Your Organization. P.54
- Elias, N. 2001. The Society on Individuals, Continuum, New York.
- Ellonen, R., Blomqvist, K-M. ja Puumalainen, K. 2006. The Role of Trust in Organizational Innovativeness. Paper for the ProAct 2006 -conference on “Innovation Pressure”, Ref. A 45, Lappeenranta University of Technology, Technology Business Research Center and Department of Business Administration.
- Eloheimo, O. 1999. Perusterveydenhuollon palvelujen käyttömalli: Avoterveyspalvelujen kuvaaminen ja voimavarojen käyttötärpeen ennustaminen (väitöskirja). Helsinki: Kansanterveystieteen julkaisuja M 1999; 166
- Elmasri, R. ja Navathe, S.B. 2007. Fundamentals of Database Systems. Boston (MA): Addison-Wesley.
- Epson, L. 2001. Introduction: Knowledge Management in Professional Service Firms. Human Relation 54, 811–817.
- Eskola, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen tutkimuksen analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola, J. ja Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 133–157.
- Eskola, J. ja Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, J. ja Vastamäki, J. 2001. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, J. ja Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä. PS-kustannus, 24–42.
- Fahey, L. 2007. Connecting strategy and competitive intelligence: refocusing intelligence to produce critical strategy outputs. Strategy & Leadership, Vol. 35, No. 1
- Fayyad, G. Pietetsky-Shapiro ja Smyth, P. 2001. From data mining to knowledge discovery in databases. AI Magazine, 17:37–54.

- Fontana, A. ja Frey, J.H. 2000. The Interview. From Structured Question to Negotiated Text. In: Denzin, N.K. ja Lincoln, Y.S. (toim.) *Handbook of Qualitative Research* (2nd ed.) Sage Publications, Thousand Oaks: 645–672.
- Foray, D. 2004. *Economics of Knowledge*. Massachusetts Institute of Technology.
- Foray, D. ja Lundvall, B.-Å. (1996), “The knowledge-based economy: from the economics of knowledge to the learning economy”. Aalborg University – Faculty of Social Sciences. Tanska.
- Frawley, W., Piatetsky-Shapiro, G. ja Matheus. C. 1992. Knowledge discovery in databases: An overview. *AI Magazine*, 13(3):57–70.
- Freeman, C. ja Louca, F. (2001) “As Time Goes By: From the Industrial Revolution to the Information Revolution”, Oxford university Press.
- Garavelli, A.C., Gorgoglione, M. ja Scozzi, B. 2002. Managing Knowledge Transfer by Knowledge Technologies. *Technovation* 22, 269–279.
- Green, J. 2000. Epistemology, Evidence and Experience: Evidence-based Health Care in the Work of Accident Alliances, *Sociology of Health & Illness* 22.
- Grönroos, E. ja Perälä, M-L. 2004. Johtamistutkimus terveydenhuollossa -kirjallisuuskatsaus. Stakes. Helsinki.
- Hackman, R. 2002. *Leading Teams*. Boston: Harvard Business School Press.
- Halliman, C. 2001. *Business Intelligence Using Smart Techniques*. Information Uncover, Houston.
- Halm, E.A., Lee, C. ja Chassin, M.R., 2002. Is Volume Related to Outcome in Health Care? A Systematic Review and Methodologic Critique of the Literature No 17, Vol 135. *Annals of internal Medicine*.
- Ham, C. 1999. *Health Policy in Britain*, (4th ed.) Palgrave, Houndmills.
- Hammersley, M. ja Foster, P. 2000. Introduction. *Teoksessa Case study method. Key issues, key texts*. Eds. Gomm, R., Hammersley, M. ja Foster, P. London, Sage.
- Hand, D., Mannila, H. ja Smyth, P. 2001. *Principles of Data Mining*. MIT Press.
- Hannukainen, T., Slotte, S., Kilpi, E. ja Nikiforow, R. 2006. *Johtamisen kuntokoulu*. Jyväskylä, Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hannus, J. 1993. *Prosessijohtaminen*. HM&V Research Oy.
- Hannus, J. 2004. *Strategisen menestyksen avaimet*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hansson, A. 2002. *Selvitys sosiaali- ja terveystalouden ohjauksesta ja valvonnasta*. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 8. Helsinki.
- Hargadon, A. 2003. *How Breakthroughs Happen; The Surprising Truth About How Companies Innovate*. Boston, Harvard Business School Press.
- Heikkilä, M., Kautto, M. ja Teperi, J. 2005. Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005*. Helsinki.
- Henderson, N.R. 2009. *Managing Moderator Stress: Take a Deep Breath. You Can Do This!*. *Marketing Research*, Vol. 21 Issue 1, 28–29.

- Herschel, R.T. ja Jones, N.E. 2005. Knowledge management and business intelligence: the importance of integration. *Journal of Knowledge Management*, Vol. 9, No. 4, 45–55.
- Hiltunen, E. 2001. Heikkojen signaalien käyttö yrityksissä. *Futura*.
- Hirsjärvi, S. ja Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hislop, D. 2005. *Knowledge Management in Organizations: A Critical Introduction*. Oxford University Press.
- Hodgkinson, G. P. ja Sparrow, P. R. 2002. The competent organization. A psychological analysis of the strategic management process. Buckingham: Open University Press.
- Hoffren, T. ja Parkkonen, T. 2003. Johdon tietojärjestelmän käyttäjät ja käytettävyyttä päätöksenteossa. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden ja -talouden laitos, Kuopion yliopisto.
- Huang, J. ja Wang, S. 2002. Knowledge Conversion Abilities and Knowledge Creation and Innovation: A New Perspective on Team Composition. Dept. of Business Administration, Soochow University, Taipei, Taiwan.
- Huotari, M-L. ja Lindström, P. 2002. Tieto ja tietäminen organisaatiossa: kahden epistemologian yhdistäminen uuden tiedon luomisen malliksi. *Informaatiotutkimus*.
- Huotari, M-L. ja Savolainen, R. 2003. Tietohallinto vai tietojohdantamista? Tutkimusalan identiteettiä etsimässä. *Informaatiotutkimus* 22(1), 15–24.
- Huotari, P. 2009. Strateginen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja terveystoimessa. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1382. Tampere
- Husted, K. ja Michailova, S. 2002. Diagnosing and Fighting Knowledge-Sharing Hostility. *Organizational Dynamics* 31 (1), 60–73.
- Hyppänen, R. 2007. *Esimiesosaaminen. Liiketoiminnan menestystekijät*. Helsinki. Edita.
- Hyppönen, H. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan päivät tutkimuspäivät. *Tutkimuspäivät 2008*.
- Hyrkäs, E. 2009. Osaamisen johtaminen Suomen kunnissa. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Lappeenrantaensis*. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Digipaino, Lappeenranta.
- Hätönen, H. 1998. Osaava henkilöstö – nyt ja tulevaisuudessa. MET-Kustannus Oy. Tummavuoren kirjapaino Oy. Vantaa.
- Hätönen, K. 2009. *Datamining for telecommunications network log analysis*. Akateeminen väitöskirja, University of Helsinki, Department of Computer Science, Series of Publications A Report A-2009-1, Helsinki.
- Ihalainen, H. 2010. Tietohallinto osana julkishallinnon sähköistyvää muutosta. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopisto.

- Ihalainen, R. 2007. Sopimusohjaus erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisen ohjauksessa. Akateeminen väitöskirja Acta Universitatis Tamperensis; 1234. Tampere University Press. Tampereen yliopisto.
- Isosaari, U. 2008. Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatioissa. Tarkastelu lähijohtamisen näkökulmasta. Acta Wasaensia No 188. Vaasan yliopisto. Vaasa.
- Jalonen, H. 2008. Informaatio-ohjaus tietojohdantamisen näkökulmasta. Informaatiotutkimus 27 (2), 2008. Turun yliopisto.
- Janhonen, S. ja Latvala, E. 2001. Hoitaminen sosiaalisessa yhteydessään: Grounded theory tutkimusmetodologia. Teoksessa Janhonen, S. ja Nikkonen, M. (Toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Helsinki. 165–207.
- Jokinen, A. ja Juhila, K. 1996. Intersituationaalisuus ja interaktiivisuus asunnottomuuspuheissa. Teoksessa Merkitykset ja vuorovaikutus. Poimintoja asunnottomuuspuheiden kulttuurisesta virrasta. Acta Universitatis Tamperensis, ser A Vol. 510. Tampere.
- Joutsenvirta, T. ja Vehkalahti, K. 2005. Blended learning at a methodology course. LeTTET: Learning Technology and Telematics in Education and Training 2005 -konferenssi, 3.–5.8.2005, Savonlinna.
- Jussila, J. 1998. Tieteellisen terminologian käyttö ja tekstin ymmärrettävyys. Teoksessa Jari Eskola (toim.) Kirjoituksia tieteellisestä kirjoittamisesta. Tampere
- Jussila, J., Montonen, K. ja Nurmi, K. 1989. Systemaattinen analyysi kasvatustieteiden tutkimusmenetelmänä. Teoksessa T. Gröhn ja J. Jussila (toim.) Laadullisia lähestymistapoja koulutuksen tutkimuksessa. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitos. Tutkimuksia 123, 157–208. Helsinki.
- Jussila, J., Montonen, K. ja Nurmi, K. 1993. Systemaattinen analyysi kasvatustieteiden tutkimusmenetelmänä. Teoksessa Gröhn, T. ja Jussila, J (toim.) Laadullisia lähestymistapoja koulutuksen tutkimuksessa. Helsinki: Yliopistopaino.
- Jylhä, V. ja Saranto, K. 2008. Terveydenhuollon sähköiset tietokannat - tiedon hyödyntäminen tutkimustyössä ja johtamisessa. Tutkimuspapereita. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Järvinen, P. ja Järvinen, A. 2004. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpaja.
- Kaila, M., Kunnamo, I., Varonen, H. ja Lammi, H. 2004. Terveyspalveluiden suunnittelu. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Kakabadse, N.K., Kouzmin, A. ja Kakabadse, A. 2001. From Tacit Knowledge to Knowledge Management: Leveraging Invisible Assets. Knowledge and process Management 8 (3), 137–157.
- Kakabadse, N.K., Kakabadse, A. ja Kouzmin, A. 2003. Reviewing the Knowledge Management literature: Towards a Taxonomy. Journal of Knowledge Management 7 (4), 75–91.
- Kamensky, M. 2000. Strateginen johtaminen Suomessa eilen, tänään, huomenna 1970–2010. Liiketaloudellinen aikakauskirja. 144–157.

- Karanta I. 2002. Tiedonlouhinta ja sen käyttömahdollisuuksia vakuutusallalla. VTT, Tietotekniikka.
- Kathuri, S. 2002. Knowledge in Organizations Definition, Creation, and Harvesting, Harvard Edu Spring, available at: <http://www.gseweb>.
- Kauppinen, T. 2006. Johtamisen johtaminen; kuinka johtamisesta tehdään kilpailukykyä lisäävä tekijä. Talentum. Helsinki. 2006.
- Keltner, D. ja Gruenfeld, D.H. 2003. Approach on Inhibition. *Psychological Review*, 110.
- Kemppilä, S. ja Mettänen, P. 2004. Tietointensiiviset palveluyritykset. Sitra, raportteja 38. Edita Prima. Helsinki.
- Kets de Vries, M. ja Korotov, K. 2007. The Clinical Paradigm: A Primer for Personal Change, 3–14. Teoksessa Kets de Vries & co: Coach and coach; The Psychology on Making Better Leaders, Palgrave Macmillan, New York.
- Khurana, R. 2002. Searching for a Corporate Savior. Princeton, NJ. Princeton University Press.
- Kirjavainen, P. ja Laakso-Manninen, R. 2001. Strategisen osaamisen johtaminen. Edita, Helsinki.
- Klein, R. 2000. From Evidence-based Medicine to Evidence-based Policy? *Journal of health Services Research and Policy* 5(2):65–6.
- Kodratoff, Y. 1999. Knowledge discovery in texts: A definition and applications. Teoksessa Ras Z.W. ja Skowron A. (eds.): Foundations of Intelligent Systems, 11th International Symposium, ISMIS '99, Proceedings, Vol. 1609 of Lecture Notes in Computer Science, 16–29.
- Koenig, M. 1998. From intellectual capital to knowledge management: what are they talking about? *Inspel* 32(4), 222–233.
- Kogut, B. ja Zander, U. 1992. Knowledge on the firm, combinative capabilities, and the replication on technology. *Organization Science*. Vol. 3, No. 3, 383–397.
- Koivuaho, M. 2005. Management control and the dynamics of knowledge sharing in knowledge intensive organizations. Proceedings of the 6th European Conference on Knowledge Management (ECKM 2005), September 8–9, Limerick, Ireland
- Korhonen, J. 2006. Prosessimainen toiminta yrityksen kilpailuedun lähteenä. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Kandidaatin seminaari, kauppätieteiden osasto.
- Krueger, R. 1994. Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kumpusalo, E. –lääkäri 98-tutkijaryhmä. 2002. Lääkärien ammatti-identiteetistä. *Suomen Lääkärilehti*, Vol 57, No 35.
- Kunnamo, I. 2005. Potilastietojen ydintietojen hyödyntäminen päätöksenteossa – potilaskertomuksen päätöksenteon skripteiksi koodattujen hoitosuosittelujen yhteiset rakenne- ja sanomamääritykset. Hankeraportti. Kansallinen Terveysuhanke.
- Kuronen, T. 1998. Tietovarantojen hyödyntäminen ja demokratia. Esimerkkejä tiedon prosessista. Sitra 174, Helsinki.

- Kotter, J. 1982. *The General Managers*. New York: Free Press.
- von Krogh, G. ja von Hippel, E. 2007. The Promise of Resource on Open Source Software. *Management Science*. Vol.52. No.7.
- Kwan, M.M. ja Balasubramanian, P. 2003. Knowledge Scope: Managing knowledge in context. *Decision Support Systems* 35, 467–486.
- Laamanen, K. 2001. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona. Keuruu: Otavan kirjapaino.
- Laamanen, K. 2002. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona ideasta käytäntöön. 2. p. Laatuokeskus. Helsinki.
- Laamanen, K. 2005. Johda suorituskykyä tiedon avulla. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Laamanen, K. ja Tinnilä, M. 2002. *Prosessijohtamisen käsitteet*. Tampere: Tammer-paino Oy.
- Laihonen, H. 2009. Johtamisen tietovirrat terveydenhuollossa. *Terveysekosysteemi tulkintakehyksenä*. Akateemiseksi väitöskirjaksi aiottu julkaisematon käsikirjoitus.
- Laitinen, I. 2010. *Tietoperustainen johtaminen – Case Helsinki*. Kuntaliitto. Helsinki.
- LaSala, C.A., Connors, P.M., Pedro, J.T. ja Phipps, M. 2007. The Role of the Clinical Nurse Specialist in promoting evidence-based practice and effecting positive patient outcomes. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 38(6), 262–270.
- Learmont, M. ja Harding, N. 2006. Evidence-Based management: The very idea. *Public Administration* Vol. 84, No 2. Blackwell Publishing Ltd.
- Lee, F., Peterson, C. ja Tiedens, L.Z. 2004. Mea Culpa: Predicting Stock Prices from Organizational Attributions. *Personality and Social Psychology Bulletin* 30.
- Lehto, J. 2004, 24–26. Terveyspolitiikka ja palvelujen tarve. Teoksessa *Terveyspalveluiden suunnittelu*. Mäntyranta, T., Eloheimo, O., Mattila, J., Viitala, J. (toim.). Duodecim.
- Lehtonen, J. 1998. Yhteisöt ja julkisuus. Mainonnasta yhteiskunnalliseen keskusteluun. Teoksessa *Kivikuru, U. ja Kunelius (toim) Viestinnän jäljillä*. WSOY. Juva.
- Lehtonen, J. 2002a. Corporate Reputation and the Stakeholder Approach – Overlapping Perspectives? 28–39. Teoksessa *Petev T. ja Zlateva M. (toim.). Media and Public Relations: Issues of Education and Practice*.
- Lehtonen, J. 2002b. *Julkisuuden riskit*. Helsinki: Mainostajien liitto.
- Lehtonen, J.-M. 2004. *Tuotantotalous*. WSOY, Helsinki.
- Lehtonen, T. 2002. *Organisaatio osaamisen strateginen hallinta*. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis*. 867. Tampereen Yliopisto. Tampere.
- Leppänen, I. 2006. *Systeemiälykkään agentin seikkailut*, teoksessa *Hämäläinen, R.P., Saarinen, E.(toim.), Systeemiäly*, Helsinki University of Technology. Helsinki.
- Leydesdorff, L. 2006. *The Knowledge-Based Economy: Modeled, Measured, Simulated*. Universal Publishers, Boca Raton.

- Lillrank, P. 1998. Laatuajattelu. Laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. Otava. Helsinki.
- Lillrank, P. 2003. Keskenkärsivä potilas eli aika sairaanhoidossa. Suomen Lääkäri-lehti 3; 309–311.
- Lillrank, P. ja Haukkapää-Haara, P. 2006. Terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-malli. KTM Rahoitetut tutkimukset 1/2006
- Lillrank, P., Kujala, J. ja Parvinen, P. 2004. Keskenkärsivä potilas. Terveydenhuollon tuotannonohjaus. Helsinki: Talentum.
- Lillrank, P. ja Liukko, M. 2004. Standard, routine and non-routine processes in health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 17, No. 1.
- Lillrank, P. ja Malmström, T. 2009. Demand-Supply- Based Operating Models in Healthcare. *BMC Health Service Research*, (Si: Patient Classification Systems. International: 2009 Case Mix Conference)
- Lillrank, P. ja Venesmaa, J. 2010. Terveydenhuollon alueellinen palvelujärjestelmä. Talentum. Helsinki.
- Lin, L.M., Wu, J.H., Huang, I.C., Tseng, K.H. ja Lawler, J. 2007. Management Development: A Study of Nurse Managerial Activities and Skills. *Journal of Health-care Management* Vol. 52, Number 3 May/June.
- Lindkvist, L. ja Llewellyn, S. 2003. Accountability, responsibility and organization. *Scandinavian Journal of Management*. Vol. 19, 251–273.
- Liukko, M. ja Luukkonen, A-M. 2002. Kuntien uusi rooli terveyspalveluiden järjestäjinä ja hankkijoina. Perusterveydenhuollon toimivuushankeen julkaisu 2. Suomen Kuntaliitto.
- Lloyd, J.M. 2005. Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing* 49(2), 191–209.
- Lundvall, B.-Å. ja Johnson, B. 1994. 'The Learning Economy'. *Journal of Industry Studies*, Vol. 1, No. 2, Dec. 23–42.
- Löwendahl, B.R. 2000. Strategic Management of Professional Service Firms. Munksgaard Copenhagen Business School Press. International Publishers Ltd. Copenhagen.
- Madriz, E. 2000. Focus Groups in Feminist Research. Teoksessa Denzin ja Lincoln (eds.) 2000. *Handbook of Qualitative Research*. Second edition. London: SAGE, 835–850.
- Magee, T., Lee, S.M., Giuliano, K.K. ja Munroe, B. 2006. Generating new knowledge from existing data. The use of large data sets for nursing research. *Nursing Research* (55)2S, 50–56.
- Mankins C.M. ja Steele, R. 2007. *Stop Making Plans; Start making decisions*: Harvard Business School Press.
- Manglik, A. 2006. Increasing BI Adoption: An Enterprise Approach. *Business Intelligence Journal*, Vol. 11, No. 2, 44–52.

- Markova, M. 2005. Näkökulmia tietointensiivisen palveluorganisaation muuttumiseen ja uudistumiseen. Teoksessa Maula, M. ja Peltomäki, M. (toim.). Tietointensiivinen palvelutoiminta – näkökulmina kompleksisuus ja tiedonhallinta, eBusiness Research Center, Research Reports 25, Tampere University of Technology & University of Tampere. Tampere.
- Marshall, B., McDonald, D., Chen H. ja Chung, W. 2004. EBizPort: Collecting and Analyzing Business Intelligence Information. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, Vol. 55, No. 10.
- Martinussen, P.E. ja Magnussen, J. 2009. Health care reform: the Nordic experience. Teoksessa Magnussen, Vrangbæk ja Saltman (toim.) *Nordic Health Care Systems – Recent Reforms and Current Policy Challenges*. Open University Press – McGraw Hill.
- Maula, M ja Peltoniemi, M. 2005. Tietointensiivinen palvelutoiminta; näkökulmia kompleksisuus ja tiedonhallinta. Tampereen yliopisto. Tampere University of Technology (TUT) and University of Tampere (UTA).
- Maula, M. 2000. The senses and memory of a firm – implications of autopoiesis theory for knowledge management. *Journal of Knowledge Management*, Vol. 4, No 2, 157–161.
- Maula, M. 2005. Organizations as learning systems. Elsevier Science.
- Maula, M. 2006. Organization as Learning Systems. “Living Composition” as an Enabling Infrastructure. *Advanced Series in Management*. Amsterdam: Elsevier.
- McAlearney, A.S. 2008. Using Leadership Development Programs to Improve Quality and Efficiency in Healthcare. *Journal of Healthcare Management* Vol. 53, Number 5 September/October.
- McDonagh, K.J. 2006. Hospital Governing Boards: A Study of Their Effectiveness in Relation to Organizational Performance. *Journal of Healthcare Management* Vol. 51, Number 6 November/December.
- McElroy, M. 2000. Integrating complexity theory, knowledge management and organizational learning. *Journal of Knowledge Management* 4 (3), 195–203.
- McInerney, C. ja LeFevre, D. 2000. Knowledge managers. Teoksessa Pritchard, C., Hull, R., Chumer, M. ja Hugh Willmott (Eds.). *Managing knowledge: Critical investigations of work and learning*. London: Macmillan Business.
- McMillan, E. 2004. *Complexity, organizations and change – An essential introduction*, Routledge, London.
- Meacham, J.A. 1990. “The loss of Wisdom”. Teoksessa Sternberg R.J. (toim) *Wisdom: Its Nature, Origins, and Development*. New York: Cambridge University Press.
- Meng, Y.T. 2006. Sharing and Cultivating Tacit Knowledge in an E-learning Environment Naturalistic Study. University of Kansas, UMI Proquest Digital Dissertations-Full Citation & Abstract.
- Metsämuuronen, J. 2003. *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Helsinki: International Methelp Ky.

- Miles, I. 2003. Knowledge Intensive Services' Suppliers and Clients. Ministry of Trade and Industry Finland. Studies and Reports 15.
- Miles, M.B. ja Huberman, A.M. 1994. An Expanded Sourcebook. Qualitative Data Analysis. 2nd ed. Sage Publications, Thousand Oaks, London.
- Mintzberg, H. 1973. The Nature of Managerial Work. Harper and Row, New York.
- Mintzberg, H. 2002. Managing Health and Disease: Up and Down, In and Out. Health Science Management Research.
- Mintzberg, H. 2002. The Economist who never came back. Scandinavian. Journal Management.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B. ja Lampel, J. 1998. Strategy Safari: A guided tour through the wilds of strategic management. Prentice Hall, Lontoo.
- Mintzberg, H., Lampel, J., Quinn, J.B. ja Ghoshal, S. 2002. The Strategy Process: Concepts, Contexts, Cases. Pearson Education.
- Mitleton-Kelly, E. 2003. Ten principles of complexity and enabling infrastructures. Teoksessa Mitleton-Kelly, E. (toim.) Complex Systems and Evolutionary Perspectives on Organizations: The Application of Complexity Theory to Organizations, 23–50. Pergamon.
- Moore, B. 2007. Original sin and insider research, Action Research, Vol. 5(1):27–39, Sage Publications.
- Mustajoki, P. ja Kaukua, J. 2008. Senkka ja 100 muuta tutkimusta. Kustannus Oy Duodecim.
- Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen aineiston arviointiperusteet. Teoksessa Klaus Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus, 42–61.
- Mäki, T. 2004. Laadun informaatio-ohjauksen haasteet. Hoitohenkilökunnan ja laatusuosituksen laadulle antamisen merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 109. Kuopio.
- Mäkitalo, R. 2002. Informaatio-ohjaus, arviointi ja valvonta. Arviointijaoston väliraportti, liite 2. Kunnallistalouden ja hallinnon neuvottelukunta.
- Mälkiä, M. 1995. Hallintohistoria, hallintotiede, julkishallintotiede. Näkökohtia hallintotieteen, julkishallintotieteen ja hallintohistorian sisältöön sekä hallintohistoriallisen tutkimuksen asemaan julkishallintotieteen kentällä. Hallintotieteen laitos, Tampereen yliopisto.
- Mäntyranta T., Elonheimo O. ja Brommels M. 2005. Mitä on terveystalouden tarve? Suomen Lääkärilehti; 60(34):3281–3284
- Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J. ja Viita, J. 2004. Terveystalouden suunnittelu. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Mykkänen, A. 2009. Palveluremontti liikkeelle. Kanava 3/2009, 148–151.
- Negash, S. ja Gray, P. 2003. Business Intelligence. Ninth Americas Conference on Information Systems, 3190–3199.

- Newell, S., Robertson, M., Scarbrough, H. ja Swan, J. 2007. *Managing Knowledge Work and Innovation*. Palgrave Macmillan.
- Nieminen H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M., Vehviläinen, S. ja Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva. 215–221.
- Niiniluoto, I. 1996 *Informaatio, tieto ja yhteiskunta: Filosofinen käsiteanalyysi*. Helsinki: Valtion painatuskeskus, 1989 (5. täydennetty painos: Edita, 1996).
- Nonaka, I., Toyama, R. ja Konno, N. 2002. 'SECI, Ba and leadership: A unified model of dynamic knowledge creation'. Teoksessa Little, S., Quintas P. ja Ray T. (toim.). *Managing Knowledge: An Essential Reader*. Sage Publications, London.
- Nonaka, I. (toim.) 2005. *Knowledge Management: Critical Perspectives on Business and Management (Critical Perspectives on Business and Management)*. Routledge Falmer.
- Nonaka, I. ja Konno, N. 1998. The Concept of Ba: Building a Foundation for Knowledge Creation. *California Management Review* 40 (3), 40–54.
- Nonaka, I. ja Takeuchi, H. 1995. *The knowledge-creating company*. Oxford: Oxford University Press.
- Nonaka, I., Konno, N. ja Toyama, R. 2001 *Emergence of "Ba": A Conceptual Framework for the Continuous and Self-transcending Process of Knowledge Creation*. Teoksessa Nonaka, I. ja Nishiguchi, T. *Knowledge Emergence. Social, Technical and Evolutionary Dimensions of Knowledge Creation (8th ed.)*. Oxford University Press, New York.
- Nonaka, I., von Krogh. G. ja Voepel, S. 2006. *Organizational Knowledge Creation Theory: Evolutionary Paths and Future Advances*. *Organization Studies* 27 (8), 1179–1208.
- Nylander, O., Nenonen, M., Suominen, T. ja Rintanen, H. 2002. *Datasta tietoon -makropilotti ja sosiaali- ja terveydenhuollon informaatiojärjestelmä, osa I. Aiheita 14/2002*. Helsinki: Stakes.
- Nylander, O., Stähle, P. ja Nenonen, M. 2003. *Informaatio-ohjauksesta tietointensiviseen vuorovaikutukseen terveydenhuollon kehittämisessä*. *Yhteiskuntapolitiikka* 68:1.
- Okkonen, J., Pirttimäki, V., Hannula, M. ja Lönnqvist, A., 2002. *Triangle of Business Intelligence, Performance Measurement and Knowledge Management*. *Euram Stockholm*, 1–14.
- Ollila, E. 2007. *Terveyspalveluiden murros – Globalisatio ja hyvinvointipalveluiden markkinat (Health care services in transition – Globalization and markets in welfare services)*. Teoksessa Horttanainen, E. ja Salo, R. (toim.). *Kunnat ja globalisaatio*. Helsinki. Kuntaliitto.
- Ollila, S. 2006. *Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa: Johtamisosaamisen ulottuvuudet työnohjauksellisena näkökulmana (The Mastery of Strategic Competence-based*

- Management in Public and Private Social and Health Service Organizations: The Dimensions of Managerial Competence from the Viewpoint of Management Supervision). *Acta Wasaensia* No. 156. Akateeminen väitöskirja, Vaasan yliopisto.
- Ovaskainen, P. 2005. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytön seuranta ja ennakointi kuntanäkökulmasta. Turun yliopisto, väitöstudkimus. Yliopistopaino.
- Pakarinen, T. 2007. Tuloksellisuusarviointi ja henkilöstöjohtaminen muutosmekanismina julkisessa tietö-organisaatiossa. Akateeminen väitöskirja. Acta 195. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Parker, M. 2004. Structure, Culture and Anarchy: Ordering the NHS. Teoksessa Learmont, M. ja Harding, N. *Unmasking Health Management: a Critical Text*. New York: Nova Science.
- Pasternack, A. 2007. Professionalismi ja lääkärin ammatillinen autonomia. Suomen lääkärilehti, Vol. 62. No. 22.
- Patton, M.Q. 2002. *Qualitative evaluation and research methods*. 3rd ed. Thousand Oaks, Ca: SAGE Publications, Inc.
- Parviainen, P., Lillrank, P. ja Ilvonen, K. 2005. Johtaminen terveydenhuollossa. Talentum Media Oy. Tampere.
- Pekkarinen, J. ja Sutela, P. 1996. *Kansantaloustiede*, WSOY. Juva.
- Peacock, S.J. 2007. Supplier-induced demand: re-examining identification and misspecification in cross-sectional analysis. *Eur J Health Econ* 8:267–277
- Pekurinen, M., Erhola, M., Häkkinen, U., Jonsson, P-M., Keskimäki, I., Kokko, S., Kärkkäinen, J., Widström, E. ja Vuorenkoski, L. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4. Unigrafia Oy. Helsinki.
- Peltonen, T. 2007. Johtaminen ja organisointi : teemoja, näkökulmia ja haasteita. Helsinki.
- Petch, L. 2009. *Health and Social Care: Establishing a Joint Future?* Dunedin Academic Press, Edinburgh.
- Petrick, A.J. ja Quinn, J.Q. 1997. *Management Ethics: Integrity at Work*. London: Sage Publications.
- Pfeffer, J. ja Sutton, R. I. 2007. Suppose we took evidence based management seriously: Implications for reading and writing management. *Academy of Management Learning & Education*, 6(1): 153–155.
- Pfeffer, J. ja Sutton, R.I. 2000. *The Knowing-Doing Gap: How Smart Companies Turn Knowledge into Action*, Harvard Business School Publishing, Boston.
- Pfeffer, J. ja Sutton, R.I. 2006. *Hard Facts, Dangerous Half-Truths, and Total Nonsense: Profiting from Evidence-Based Management*. Harvard Business School, Boston.
- Pietilä, V. 1973. *Sisällön erittely*. Helsinki.
- Porter, M.E. 1985. *Competitive Advantage*. The Free Press.

- Porter, M.E. ja Teisberg, E. 2006. *Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Press, Boston.
- Prahalad, C.K. ja Hamel, G. 1990. The core competence of the corporation, *Harvard Business Review* (v. 68, no. 3) 79–91.
- Prahalad, C.K. ja Krishnan, M.S. 2008. *The new age of innovation. Driving co-created value through global networks*. McGraw Hill.
- De Pree, M. 1990. *Leadership is an Art*. Bantam Dell Doubleday Publishing Group, Inc. New York.
- Prusak, L. 2001. Where did knowledge management come from? *IBM Systems Journal*, Vol. 40, Issue:4, 1002–1007. Cambridge.
- Pulkkinen, J. 2003. *The Paradigms of E-education. An analysis of the communication structures in the research on information and communication technology integration in education in the years 2000–2001*. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto. Oulu University Press. Oulu.
- Pulkkinen, M.P. 2006. *Huuhto tiedosta kultaa. Fakta, kesä–heinäkuu 2006*.
- Pöyhönen, A. 2004a. *Modeling and measuring organizational renewal capability*. Väitöskirja. Lappeenranta, Lappeenrannan teknillinen yliopisto.
- Pöyhönen, A. 2004b. *Organizational capability for renewal: Combining effective maintenance, incremental development and radical innovation for sustained competitive advantage*. Proceedings on Organizational Knowledge, Learning and Capabilities, 2–3 April 2004, Innsbruck, Austria. Revised version.
- Quinn, E.R., Faerman, R.S., Thompson, P.M. ja McGrath, M.R. 1996. *Becoming a Master Manager: A Competency Framework*. USA: John Wiley & Sons.
- Raatikainen, L. 2008. *Liikeideasta liikkeelle*. Edita Publishing Oy.
- Rannisto, P-H. 2005. *Kunnan strateginen johtaminen*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampereen Yliopistopaino Oy, Juvenes Print, Tampere.
- Reagans, R. ja McEvily, B. 2003. *Network Structure and Knowledge Transfer: The Effects of Cohesion and Range*. *Administrative Science Quarterly* 48, 240–267.
- Redding, S.G. 1970. *The working class manager: Beliefs and behaviour*. Saxon House Farnborough, England.
- van der Riet, M. 2008. *Participatory research and the philosophy of Social Science: Beyond the Moral Imperative, Qualitative Inquiry, Vol. 14 Number 4, 456–565*, Sage Publications.
- Rogers, P. ja Blenko, M. 2007. *Who has the D? How clear decision roles enhance organizational performance*. Harvard Business School Press.
- Rummler, G.A. ja Brache, A.P. 1990. *Improving Performance*. Jossey-Bass Publisher.
- Saaranen-Kauppinen, A. ja Puusniekka, A. 2006. *KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto (verkkojulkaisu)*. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto
- Saarela-Kinnunen, M. ja Eskola, J. 2001. *Tapaus ja tutkimus = tapaustutkimus? Teoksessa Aaltola, J. ja Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. PS-kustannus. Jyväskylä.*

- Saarelma, K. 2008. Toimiva hoitomalli pitkäaikaissairaiden hoitoon. Suomen Lääkärilehti 50:4441–4448.
- Saari, S. 2004. Tulomatriisiohjaus. Ominaisuudet ja käyttö. Miten saada halutut asiat tehdyksi organisaatiossa? MIDO Oy.
- Saarti, J. ja Juntunen, A. 2007. From the Rhetoric of Quality Management to Managing Self Organizing Processes: A Case Study on an Expert Organization. *Advances in Library Administration and Organization*, Vol. 25.
- Sackett, D.L. ja Rosenberg, W.V. 1995. The need for Evidence-Based Medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine* 88(11):620-4.
- Salonen, J. ja Pirttimäki, V. 2005. Outsourcing a business intelligence function. *Frontiers of e-business research*.
- Sanchez, R ja Heene, A. 2004. *The New Strategic Management. Organization, Competition and Competence*. John Wiley & Sons, Inc. 309.
- Sandelowski, M. 1994. Focus on Qualitative Methods. The Use of Quotes in Qualitative Research. *Research in Nursing & Health* 17: 479–482.
- Schein, E.H. 1994. The Process of Dialogue: Creating Effective Communication. *The Systems Thinker*, 5 (5), s 1–4.
- Scott, T., Mannion, R., Marshall, M. ja Davies, H. 2003. Does Organisational Culture Influence Health Care Performance. A Review of the Evidence, *Journal of Health Services Research Policy*, 8.
- Scriven, M. 1988. Philosophical inquiry methods in education. Teoksessa Jaeger, R.M. *Complementary methods for research in education*. Washington: American Educational Research Association.
- Senge, P. 1990 ja 2.painos 2006. *The Fifth Discipline, The Art and practice of the learning organization*. Published by the Doubleday. A division of Random House Inc. Printed in USA.
- Sheehan, N.T. 2005. Why Old Tools Won't Work in the "New" Knowledge Economy. *Journal of Business Strategy*. Vol. 26, No. 4. 53–60.
- Siljander, P. ja Karjalainen, A. 1993. Kvalitatiivisen aineistoanalyysin sitoumuksista. Teoksessa Anttonen, S. ja Raivola, R. (toim.) *Kasvatus ja koulutus muuttuvassa yhteiskunnassa*. Oulun yliopisto.
- Simoudis, E. 1996. Reality check for data mining. *IEEE Expert*, October, pages 26–33.
- Silvennoinen-Nuora, L. 2010. *Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Snowden, D. 2002. Complex acts of knowing: paradox and descriptive self-awareness. *Journal of Management* 6 (2), 100–111.
- Spender, J. C. 1996. Making knowledge the basis of a dynamic theory of the firm, *Strategic Management Journal*, 17, 45–62.
- Stacey, R. 2007. *Complex Responsive Process in Organizations – Learning and Knowledge Creation*, Routledge, Abingdon, Oxon.

- Starbuck, W.H. 1992. Learning by Knowledge-Intensive Firms. *Journal of Management Studies* 29:6 November 1992. New York.
- Starfield, P. 2005. *The Paradox of Control in Organizations*, Routledge, Abingdon, Oxon.
- Staw, B.M. ja Epstein, L.D. 2002. What Bandwagons Bring: Effects of Popular Management Techniques on Corporate Performance, Reputation and CEO Pay. *Administrative Science Quarterly* 45(3):523–56.
- Steff, M.E. 2008. Common Competencies for all Healthcare Managers: The Healthcare Leadership Alliance Model. *Journal of Healthcare Management* Vol. 53, Number 5 September/October.
- Stenvall, J. ja Syväjärvi, A. 2006. Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjauk kuntien hyvinvointitehtävissä. *Valtiovarainministeriö* 3/2006.
- Stenvall, J. ja Virtanen, P. 2007. *Muutosta johtamassa*. Edita Publishing Oy, Helsinki.
- Stenvall, J., Vakkala, H, Syväjärvi, A., Tiilikainen, A. 2008. Paras-hankkeen arviointiraportti. Valtiovarainministeriön julkaisuja. Edita Prima. Helsinki.
- Stewart, D. 1990. *Focus Groups: Theory and Practice*. Newbury Park, CA: Sage Publications. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Stewart, R. 2002. *Evidence-Based Management: A Practical Guide for Health Professionals*. Abingdon: Radcliffe Medical Press.
- Stewart, T.A. 1997. *Intellectual Capital; The New Wealth of Organizations*. Doubleday.
- Styhre, A. 2003. Knowledge management beyond codification: knowing as practice/concept. *Journal of knowledge management*, 7, 5, 32–40.
- Stähle, P. 2002a. Analyzing an Organization's Dynamic Intellectual Capital. *System-Based Theory and Application*. Acta Universitatis Lappeenrantaensis 152. Lappeenranta.
- Stähle, P. 2002b. Innovatiivisuuden pahin este – yksilö vai yritys? Seminaariesitys. KM Summit -seminaari. Tampere 6–7.5.2002.
- Stähle, P. ja Bounfour, A. 2008. “Understanding dynamics of intellectual capital of nations”. *Journal of Intellectual Capital* Vol. 9 (2), 164–177.
- Stähle, P. ja Grönroos, M. 1999. *Knowledge Management – tietopääoma yrityksen kilpailutekijänä*. WSOY, Porvoo.
- Stähle, P. ja Grönroos, M. 2001. *Dynamic Intellectual Capital. Knowledge Management in Theory and Practice*. WSOY, Vantaa.
- Stähle, P. ja Laento, K. 2000. *Strateginen kumppanuus – avain uudistumiskykyyn ja ylivoimaan*. *Ekonomia-sarjaa*. Helsinki: WSOY.
- Stähle, P. ja Wilenius, M. 2006. *Luova Tietopääoma; Tulevaisuuden kestävä kilpailuetu*. Edita Prima Oy Helsinki.

- Suhrcke, M., McKee, M., Stuckler, D., Sauto Arce, R., Tsoolova, S., Mortensen, J. 2006. The contribution of health to the economy in the European Union. *Journal of Public Health*, 120:994–1001. Elsevier.
- Sveiby, K.E. 1997. *The new organizational wealth: Managing and measuring knowledge based assets*. San Francisco: Berrett-Koehler.
- Syrjäläinen, E. 1991. An Ethnographic Approach in Research on Teaching. Teoksessa Kansanen, P. (toim.) *Discussions on some educational issues III*. Research Report 94. Department of Teacher Education. Yliopistopaino, University of Helsinki, 123–136.
- Syvjäärvi, A. 2005. Inhimillinen pääoma ja informaatioteknologia organisaatiotoiminnassa sekä strategisessa henkilöstövoimavarjojen johtamisessa. Väitöskirja. *Acta Universitas Lapponiensis* 83. Lapin yliopisto.
- Syvjäärvi, A. ja Stenvall, J. 2010. *Data Mining in Public and Private Sectors: Organizational and Government Applications*. IGI Global.
- Syvjäärvi, A., Stenvall, J., Laitinen, I. ja Harisalo, R. 2009. Information management as function of data mining and ict in city government, EGPA, SGI, Research in Progress paper, Helsinki.
- Talwar, R. 1994. Re-engineering – a Wonder Drug for the 90s?, in Coulson-Thomas, C. (toim.) *Business Process Re-engineering: Myth & Reality*. London: Kogan Page Limited, 40–59.
- Tamas, S. 2009. Sketchy Rendering, Seeing an Other, *Qualitative Inquiry*, Vol. 15 Number 3, 607–617, Sage Publications.
- Tampsi-Jarvala, T., Viitanen, E. ja Lehto, J. 2005. Johtajana sosiaali- ja terveystoimessa. Aiheita 7. Helsinki: Stakes.
- Tanttu, K. 2007. *Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta*. Akateeminen väitöskirja. Vaasan Yliopisto – University of Vaasa/Publication Unit. Vaasa.
- Tapper, H. 1998: *Tietoyhteiskunta ja kansalainen*. Teoksessa Seppänen, R.(toim.) *Tietoyhteiskunnan harha*.
- Tashakkori, A. ja Creswell, J. 2008. (Editorial) *Mixed Methodology Across Disciplines*. *Journal on Mixed Methods Research*, Vol. 2 Number 1, 3–6. Sage Publications.
- Teerikangas, S. 2006. *Silent Forces in Cross-Border Acquisitions – An Integrative Perspective on Post- Acquisition Integration*. Doctoral Dissertation Series.
- Tevameri, T. 2006. *Matriisiorganisaatiorakenne ja johtamisen haasteet terveydenhuollon organisaatiossa*. Turun Kauppakorkeakoulu, Porin yksikkö nro.A15/2006.
- Thomas Jr., James H. 2001. *Business Intelligence – Why?* eAI Journal, July.
- Toikka, M. 2002. *Strategia-ajattelu ja strateginen johtaminen ammattikorkeakoulussa*. Väitöskirja. Tampereen yliopistopaino, Juvenes Print, Tampere.

- Tritter, J. ja Lester, H.E. 2007. Health Inequalities and User Involvement. Teoksessa Dowler, E. ja Spencer, N. (toim.) Challenging health inequalities: Multi-disciplinary perspectives. Bristol: Policy Press: 175–192.
- Tuomiranta, M. 2002. Lääkärijohtaja – lääkäri vai johtaja. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis; 854, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Tullis, O., Jillian, A., McRae, C., Adams, T. ja Vitale, A. 2009. Truth Troubles. Qualitative Inquiry Vol. 15 Number 1, 178–200, Sage Publications.
- Tuomi, I. 1999. Corporate knowledge theory and practice of intelligent organizations. Metaxis, Helsinki.
- Tuomi, I. 2000. Data is more than knowledge: implications of the reversed knowledge hierarchy to knowledge management and organizational memory. Journal of Management Information Systems 6 (3):103–117.
- Tuomi, I. 2002. The Future of Knowledge Management. Lifelong Learning in Europe 2, 69–79.
- Tuomi, J. ja Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuomola, S., Idänpää-Heikkilä, U., Lehtonen, O.-P. ja Puro, M. 2008. Arviointiselvitys vuosina 2002–2007 toteutuneesta kansallisesta terveysthankkeesta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:22, Helsinki.
- Tsoukas, H. 1996. The Firm as a Distributed Knowledge System: A Constructionist Approach, Strategic Management Journal, 17, Winter Special Issue, pp. 11–25.
- Tsoukas, H. ja Vladimirou, E. 2005. Theory Building in Knowledge Management: In Search of Paradigms. Journal of Management Inquiry March 2005 14: 31–42.
- Yew, J., Gibson, F. ja Teasley, S. 2006. “Learning by Tagging: The Role of Social Tagging in Group Knowledge Formation”. MERLOT Journal of Online Learning and Teaching Vol. 2, No. 4, December.
- Yin, R.K. 1994. Case study research: Design and methods (2nd ed.). Sage. Newbury Park, CA.
- Varonen, H., Romanov, K. ja Lodenius, L. 2004. Tietohaku tietokannoista palvelun suunnittelua varten. Teoksessa Mäntyranta et al. Terveyspalveluiden suunnittelu. Duodecim. Helsinki.
- Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Viitala, R. 2002. Osaamisen johtaminen esimiestyössä. Väitöskirja. Vaasan yliopisto, Liiketaloustiede.
- Viitala, R. 2006. Johda osaamista. Keuruu. Otava
- Viitala, R. ja Jylhä, E. 2005. Menestyvä yritys. Liiketoimintaosaamisen perusteet. Edita Publishing Oy.
- Virtanen, P. ja Wennberg, M. 2005. Julkishallinnon prosessijohtaminen. Edita.
- Virtanen, V.J. 2010. Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaanhoidossa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitaja-

- taustaisten johtajien näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Turun kauppakorkeakoulu. UniPrint, Turku.
- Virkkunen, J. 2002. Konseptien kehittäminen osaamisen kehittämisen haasteena. Teoksessa Virkkunen Jaakko (toim.). Osaamisen johtaminen muutoksessa. Ideoita ja kokemuksia toisen sukupolven knowledge managementin kehittämisessä. Raportteja 20. Työelämän kehittämisohjelma. työministeriö, Helsinki, 11–49.
- Vitus, K. 2009. The Agonistic Approach; Reframing Resistance in Qualitative Research, *Qualitative Inquiry*, Vol. 14 Number 3, 466–488, Sage Publications.
- Walshe, K. ja Rundall, T. 2001. Evidence-based Management: From Theory to Practice in Health Care. *Milbank Quarterly*. 79(3):429–458.
- Walshe, K. ja Smith, J. 2006. *Healthcare Management*. Oxford University Press.
- Walston, S.L., ja Bogue, R.J. 1999. The Effects of Reengineering: Fad or Competitive Factor? *Journal of Healthcare Management* 44(6):456–74.
- Waltz, C. F., Strickland, O.A. ja Lenz, E.R. 1991. *Measurement in nursing search*. Second edition. Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Weber, R. 2001. The Illusion of Leadership: Misattribution of Cause in coordination Games. *Organization Science* 12.
- Weber, R. ja Wand, Y. 2001. *Information Systems and Conceptual Modeling*. The University of Queensland, Australia.
- Weber, R.P. 1990. *Basic content analysis*. (2nd ed.) Sage Publications, Newbury Park.
- Webster, A. (toim.) 2006. *New Technologies in Health Care. Challenge, Change and Innovation*. Palgrave, Houndmills.
- Wiili-Peltola, E. 2005. Sairaala muutosten ristipaineessa. Hallinnan kehittämisen haasteita sairaalaorganisaatiossa. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja.
- Willberg, M. ja Valtonen, H. 2007. Pohjoismaiden terveydenhuollonrahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Helsinki.
- Wurster, C.J., Lichtenstein, B.B. ja Hogeboom, T. 2009. Strategic, Political, and Cultural Aspects of IT Implementation: Improving the Efficacy of an IT System in a Large Hospital. *Journal of Healthcare Management* Vol. 54, Number 3 May/June.
- Zairi, M. 2007. *Journal of process management*, SABIC Chair in Best Practice Management, University of Bradford, UK.
- Zalenzik, A. 1991. Leading and managing: understanding the Difference. Teoksessa Kets de Vries, M et al. (toim.) *Organizations on the Couch. Clinical Perspective on Organizational Behaviour and Change*. Jossey-Bass Publishers, USA, 97–120.
- Zhu, Z. 2008. *Complexity Science, Systems Thinking and Pragmatic Sensibility*, University of Hull Business School, Hull, UK.
- Åstedt-Kurki, P. ja Nieminen, H. 1997. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen, M., ja Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva, 152–163.
- Äyrämö, S. ja Kärkkäinen, T. 2003. *Data mining – principles and basic applications*. Techn. rep., Jyväskylän yliopisto, Agora Center; 8, 10.

Liitteet

Liite 1. Taustateoria, malli ja menetelmä (mukaillen Köppä L. 2003.)

Taloustiede	Johtamis- ja organisaatioteoriat
Transaction Cost Approach / make or buy (Coase 1937) Theory of the firm (Penrose 1959) Resource Based View of the firm (Wernerfelt 1984) Core competencies (Prahalad & Hamel 1990) Knowledge-Based View of the Firm (Nonaka & Takeuchi 1995) Dynamic capabilities (Teece 1997)	Tieteellinen liikkeenjohto, taylorismi (Taylor, 1800-luvun lopulla) Institutional theory (Durkenheim 1933) Benchmarking, entrepreneurialism, standards Human Relations school, (1930-luvulla) Strategic management theory (Chandler 1961) Motivation theory (Maslow 1966) Kontingenssi- eli soviteoria (Lawrence & Lorch 1967) Industrial organization school of strategy (Porter 1985) Verkostoteoriat

Psykologia	Sosiologia
Psykoanalyysi (Freud, 1800-luvun lopulla) Behaviorismi (Watson 1913) Hahmopsykologia (Berliinin koulukunta 1911) Humanistinen psykologia (Maslow 1960) Kognitiivinen psykologia Social exchange theory	Sosialisaatioteoriat: funktionalismi, (posti)strukturalismi, symbolinen interaktionismi, toiminnan teoria, konfliktiteoria, Tacit knowledge (Polanyi 1966) Strength of the Weak ties (Granowetter 1973) Sosiaalinen pääoma (Putnam 1993) Luottamus

Kasvatusteoriat	Viestintäteoriat
Erilaiset oppimisteoriat Kognitivismi Konstruktivismi Problem Based Learning	Perustuvat usein vallitseviin organisaatio-teorioihin Sanomalehtioppi ja kieliteoriat (1900-luvun alussa) Propagandatutkimus (1940-luvulla) informaatioteoria (1950-luvulla) Sovite- eli kontingenssiteoria (1970-luvulla) Kulttuuriteoriat, kaaosteoria

<p>Systeemiteoriat</p> <p>Closed systems (Newton) Open systems / GST (von Bertalanffy 1950) System dynamics (MIT 1956) Self-organizing systems (Prigogine 1962) Autopoiesis (Maturana & Varela 1973) Soft Systems Methodology (Checkland 1981) Organizational Learning (Argyris & Schön 1978) Social Systems (Luhmann 1984) System thinking, learning organization (Senge 1990) 3 System Paradigmas (Stähle 1998)</p>	<p>Filosofia</p> <p>Epistemologia, ontologia Erilaiset tiedon lajit Tiedon metafysiikka: realismi (kaikki riippuu tiedon kohteesta) empirismi (tiedon alkuperä havainnossa) rationalismi (tiedon alkuperä järjessä) fenomenalismi (tieto rakentuu aistimuksesta, sense data) Kantin teoria (tietävä subjekti ja kohde toimivat yhdessä) kriittinen teoria (teoriat, käsitteet, havainnot muodostavat kokonaisuuden)</p>
<p>KM-teoriat</p> <p>Knowledge-Based View of the Firm (KBV) SECI-process Tietopääoman elinympäristöt (MOD)</p>	<p>Informaatioteoriat</p> <p>Data-informaatio-tieto-viisaus (Hackel) Semanttinen informaatioteoria</p>

Liite 2. Kirje haastateltaville

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Yhteydenotoni liittyy väitöskirjatutkimukseeni, joka tarkastelee Suomalaisen erikoissairaanhoidon tietoperustaista johtamista palveluiden suunnittelussa. Toivon, että suostuisitte asiantuntijahaastatteluun.

Haastattelu koostuu seuraavista aihe-alueista:

Erikoissairaanhoidon tietoon/näyttöön perustuva johtaminen, palvelutoiminnan suunnittelu ja kehittäminen, tiedon käyttö ja merkitys johtamisessa ja palvelutoiminnan suunnittelussa. Eri aihealueita käydään läpi soveltuvin osin kunkin haastateltavan kohdalla.

Tutkimukseni kohdeorganisaatio on HUS Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri ja teemana erikoissairaanhoidon johtaminen sekä palvelutoiminnan suunnittelu tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta.

Tutkimukseni empiirinen aineisto koostuu asiakirja-aineistosta (toimintasuunnitelmat) sekä asiantuntijoiden teema-haastatteluista.

Tulen ottamaan uudelleen yhteyttä sopiakseni tapaaminen mahdollisesta haastattelusta sekä sen ajankohdasta.

Hyvinkää 4.8.2009

Tutkimusterveisin

Maari Ryttilä, HTM

Lapin Yliopisto

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta/

Hallintotiede

puh.050-4277 266

email:maari.rytila@hus.fi

Liite 3. Teemahaastattelun runko

Haastateltava _____

Virka-asema/työtehtävä _____

Toimipaikka _____

Haastattelupaikka- ja aika _____

(MUISTA MIKSI JA MITEN KEHITTÄISIT, MITÄ VAATII KYSYMYKSET)

I Johtaminen

1. Kuvaa miten tietoa käytetään johtamisessa arkityöskentelyssä?
2. Kuvaa näkemyksesi terveydenhuollon johtamisen nykytilasta tietoon perustuvan johtamisen näkökulmasta
3. Millaista johtamista julkinen terveydenhuolto tarvitsee tulevaisuudessa
 - Mitä se edellyttää
 - Miten johtamista voidaan kehittää/tukea?
4. Eroaako tiedon käyttäminen johtamistyössä johtamisen eri portilla?
 - Miten se näkyy tai ilmenee?
5. Mitkä ovat tulevaisuuden haasteet julkisen terveydenhuollon johtamisessa?
6. Mitä mielestäsi tarkoittaa (näkemys) tietoon/näyttöön perustuva johtaminen

II Tieto

1. Kuvaa mistä, miten ja millaista tietoa etsitään/tarvitaan johtamisen tueksi?
 - Miten tietoa käytetään?
2. Miten tiedon saantia tuetaan?
3. Miten tiedon kulku, välittäminen varmistetaan
4. Millaista tietoa palveluiden suunnitteluun tarvitaan?
 - Kuka sitä käyttää?
 - Mistä tieto saadaan?

III Palveluiden suunnittelu

1. Millainen rooli sinulla on palveluiden suunnittelussa?
2. Miten tässä organisaatiossa palveluiden suunnittelu muodostuu kokonaisuutena
 - ketä siihen osallistuva?
3. Miten palveluita suunnitellaan?
4. Miten asiakas/potilas näkökulma huomioidaan palveluiden suunnittelussa
5. Mitkä ovat julkisen terveydenhuollon haasteet palveluiden suunnittelussa tietoon perustuvan johtamisen näkökulmasta?
6. Miten ja mitä kehittäisit palveluiden suunnittelua johtamisen ja tiedon näkökulmasta?