

Riikka Kangas

**LEAN-AJATTELUN
KÄYTTÖNOTON OR-
GANISAATIOKULTTUU-
RISET TEKIJÄT LAPIN
SAIRAAHOITOPII-
RISSÄ**

Pro gradu -tutkielma

Hallintotiede

2016

Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: Lean-ajattelun käyttöönoton organisaatiokulttuuriset tekijät Lapin sairaanhoitopiirissä

Tekijä: Riikka Kangas

Koulutusohjelma/oppiaine: Hallintotiede

Työn laji: Pro gradu –työ X Sivulaudaturtyö__ Lisensiaatintyö__

Sivumäärä: 113 + 2 liitesivua

Vuosi: 2016

Tiivistelmä

Tutkimuksessani selvitetään kuinka sairaalan organisaatiokulttuuriset tekijät nousevat esiin Lean-ajatteluun perustuvassa prosessien tehostamisessa. Päättökysymystä tarkennetaan kahdella alakysymyksellä, jotka nostavat esiin kuinka Lean-ajattelulla on tehostettu poliklinikoiden toimintaa hukkaa poistaen ja kuinka jatkuvan parantamisen kulttuuri on muotoutunut sekä mitkä tekijät edistävät tai hidastavat Lean-ajattelun tavoitteita. Tutkimukseni laadullinen aineisto on hankittu puolistrukturoidulla teemahaastattelulla haastatteleamalla kuutta Lapin sairaanhoitopiirin työntekijää. Aineisto on analysoitu teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. Tutkimukseni toteutetaan tapaus-tutkimuksena Lapin sairaanhoitopiirin inhimillisesti tehokas-sairaala hankkeeseen.

Tutkimukseni teoreettisessa viitekehysessä käsitellään Lean-ajattelua prosessiperustaisena toimintojen tehostajana niin julkisessa sairaalakontekstissa kuin palveluorganisaatiossa. Viitekehysessä käsitellään myös terveydenhuollon organisaation organisaatiokulttuurisia tekijöitä kulttuurisen moninaisuuden sekä terveydenhuollon erityispiirteiden, hierarkioiden sekä professioiden, kautta.

Tutkimustuloksista käy ilmi, että Lean-ajattelulla on onnistuttu lisäämään palvelunäkökulmaa ja henkilökuntalähtöistä kehittämistä sekä luomaan kollektiivisempaa kulttuuria. Jatkuvan parantamisen kulttuurin koetaan olevan pitkän aikavälin muotoutumisen tulos. Kulttuurin muotoutumista hidastavat olennaisesti ajankäytön ongelmat sekä aiempien kehittämishankkeiden varjot. Hierarkioiden ja professioiden nähtiin olevan tehokkuuden väylä, mutta pidemmällä aikavälillä niiden nähtiin ylläpitävän vanhoja rakenteita. Moninaisuuden nähtiin edesauttavan henkilökunnan tunteista ja useita kulttuureita pidettiin voimavarana. Toisaalta taas moninaisuuden kautta esiin nousee kulttuurisia rakenteita, pelkoja ja kontroleja, jotka estävät tehokkuutta. Sen nähdään myös hidastavan kollektiivisen kulttuurin syntymistä.

Etenkin moninaisuuteen liittyvät tekijät tulee huomioida Leanin implementaatiossa paremmin, koska tällä hetkellä ne asettavat eniten puskureita prosessien tehostumiselle. Myös hierarkisia ja professioon perustuvia tekijöitä tulisi tulevaisuudessa korostaa vähemmän ja Leania tulisi levittää tasaisemmin organisaation sisällä. Tehokkuusajattelu vaatii läpinäkyvyyttä ja systemaattisuutta.

Asiasanat: Lean-ajattelu, hukka, moninaisuus, professiot, hierarkiat, Lapin sairaanhoitopiiri

Tutkimusmenetelmät: Laadullinen tutkimus, teemahaastattelu, teoriaohjaava sisällönanalyysi

Sisällys

1 Johdanto	1
1.1 Johdatus aiheeseen.....	1
1.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	3
1.3 Tutkimuksen eteneminen.....	7
2 Lean-ajattelu prosessiperustaisena hukan poistajana.....	9
2.1 Lean-ajattelu toimintojen tehostajana.....	9
2.2 Lean-ajattelu julkisessa sairaalaorganisaatiossa	14
2.3 Lean-ajattelu palveluorganisaatiossa	19
2.4 Lean-ajatteluun kohdistuva kritiikki.....	22
3 Organisaatiokulttuuri terveydenhuollon organisaatiossa	26
3.1 Organisaatiokulttuurin määrittäminen	26
3.2 Kulttuurinen moninaisuus.....	31
3.3 Sairaalakulttuurin erityispiirteet	40
3.4 Terveydenhuollon kehittämissuuntauksien muutos.....	47
3.5 Teoreettisen viitekehyksen synteesi	50
4 Metodologiset valinnat.....	54
4.1 Laadullinen tapaustutkimus	54
4.2 Aineiston hankinta haastatteluilla.....	56
4.3 Aineiston analysointi sisällönanalyysillä.....	58
4.4 Luotettavuuden ja eettisyyden arviointia.....	63
5 Tutkimustulokset.....	67
5.1 Toiminnan tehostaminen Lean-ajattelulla	67
5.2 Jatkuvan parantamisen kulttuurin muotoutuminen.....	73
5.3 Professiot ja hierarkiat osana toiminnan tehostamista.....	77
5.4 Moninaisuus osana toiminnan tehostamista	83
5.5 Tutkimustulosten yhteenveto.....	93
6 Johtopäätökset.....	97
Lähteet	104
Liitteet	114

1 Johdanto

1.1 Johdatus aiheeseen

Julkinen terveydenhuolto on maailmanlaajuisesti uusien haasteiden edessä. Talouden tiukentuminen ja ikääntyvä väestö asettavat uusia haasteita palveluiden toteuttamiselle. Jotta näihin haasteisiin pystyttäisiin vastaamaan, on kiinnitettävä huomiota kontekstisidonnaisuuteen sekä organisaation prosesseihin, johtamiseen, valtasuhteisiin ja muutoksen hallintaan. Huomion kiinnittäminen prosesseihin sekä prosessien johtamiseen lisää Virtasen & Stenvallin (2010, 151-152) mukaan ymmärrystä siitä, mitä kaikki tekijät vaikuttavat organisaation kokonaisuuteen erilaisten rajapintojen kautta. Näin ollen tehokkuutta voidaan tarkastella kokonaisuuden näkökulmasta ja saada laajempi käsitys siitä, mitä tekijöitä tulee ottaa huomioon tehokkuuden parantamisessa ja sen tuomassa muutoksen hallinnassa. Myös prosessin osien johtaminen selkeytyy ja määrittyy tarkemmin, jolloin tehokkuutta voidaan parantaa keskittymällä oleellisiin asioihin. (Andersen & Røvik 2015.)

Tehokkuuden lisääminen asiakkaan ja työntekijöiden sekä koko organisaation näkökulmasta ei kuitenkaan aina ole ongelmaton vaan vaatii aikaa sekä resursseja onnistuakseen. Sairaalan kompleksinen ympäristö asettaa monia rajoitteita tehokkuuden maksimoimiseksi ja organisaatiokulttuurin muutokselle. Huomioon on otettava julkisen organisaation erityispiirteet sekä tehokkuusnäkökulma ja asiakasnäkökulma, jossa tarkastellaan, mitä asiakkaat arvostavat. Tarkastelu myös valtasuhteiden kautta on tärkeää, sillä terveydenhuollon organisaatioiden sisällä valtasuhteet määrittävät Holdenin ym. (2015) mukaan paljolti sitä, kuinka tehokkuutta voidaan parantaa. Valtasuhteet tulevat terveydenhuollon organisaatioissa esille pitkälti hierarkisina suhteina sekä professioihin perustuvina vallankäytön metodeina Mager ym. (2014). Näin ollen tehokkuuden esteiden tunteminen auttaa tavoitteiden saavuttamisessa ja on hyödyksi niin sairaalan henkilökunnalle ja asiakkaalle kuin taloudellekin. Se mahdollistaa terveydenhuollon paremman muuntautumisen ympäristön muuttuviin tarpeisiin ja auttaa henkilökuntaa jaksamaan työssään paremmin. Terveydenhuollon kehittämisen tarve onkin noussut kansainväliseksi prioriteetiksi ja siihen on pyritty vastaamaan prosessiperustaisella toimintojen tehostamisella ja hukan poistamisella, jonka on toivottu tuovan innovatiivista otetta sairaalamaailmaan ja tehostavan terveydenhuollon toimintoja muuttamalla

toimintatapoja ja pienentämällä tai hillitsemällä jatkuvasti nousevia kustannuksia. (Minzberg & Glouberman 2001; Burgess & Radnor 2011; Holden 2011; Saks 2012.)

Terveydenhuollon erityispiirteisiin lukeutuu vahva institutionalismi sekä professiot, jotka jarruttavat tehokkuuden lisääntymistä (Joosten ym. 2009). Sairaalalle ominaista on, että tehokkuudessa on pyritty sisäiseen tehokkuuteen palvelunäkökulman jäädessä vähemmälle huomiolle. Tällöin etenkin valtasuhteet nousevat esiin, jolloin erityisesti professioihin kiinnittyvä valta on noussut prosessimaisen ja laajemman ymmärryksen esteeksi. Tyypillistä terveydenhuollon ympäristölle onkin prosessiajattelun puute, siilomainen työskentely, moninaisuus, strategisen työskentelyn vähyys sekä yleinen ajatus siitä, että henkilökunta on ylityöllistettyä. Lean- ajattelun avulla pyritäänkin luomaan enemmän kollektiivista kulttuuria, joka mahdollistaa prosessiajattelun muodostumisen organisaation filosofiaksi ja rationaaliseksi valinnaksi, jolloin yhteisestä sopimuksesta on mahdollista rikkoa vanhoja käyttäytymismalleja. (Walley & Radnor 2008; McClean & Young 2009; Radnor & Osborne 2013.)

Prosessiajattelu on levinnyt terveydenhuoltoon autoteollisuudesta viime vuosituhannen loppupuolella. Sen on toivottu edistävän julkisen sektorin palveluiden tuottavuutta, nostamaan resurssien käyttöastetta ja parantamaan laatua sekä tehokkuutta prosesseja parantamalla hukkaa poistaen sekä jatkuvan parantamisen periaatteen kautta. Autoteollisuuden malli ei ole ollut ongelmaton, sillä kuten Radnor & Osborne (2013) toteavat, olosuhteet julkisissa organisaatioissa ja yksityisellä teollisuudenalalla ovat erilaiset ja Leanin toimintatavat eivät ole suoraan kopioitavissa julkiselle sektorille. Etenkin sairaalan kompleksinen ympäristö tuo prosessiajattelun toteutumiselle erityisiä haasteita. Onnistuakseen Lean- ajattelu ja hukan poisto haastavat voimakkaasti institutionalisoituneen ympäristön, organisaatiokulttuurin ja pitkään kehittyneet professionaaliset ryhmät toimimaan hollistisemmin ja murtamaan käsityksiä hierarkkisuuudesta ja tiimityöskentelystä. Vahvat professiot ovat jakautuneet sairaalamaailmassa erilaisiin erikoistumisaloihin ja ne asettavat monia muutospuskureita, joiden rikkoutuminen on syvällisen Lean-filosofian käyttöönoton perusta. Toimintatapojen muutos, moniammatillinen yhteistyö ja prosessien parantaminen haastaa muutokseen ajattelutavassa ”näin meillä on aina tehty”. (Joosten ym. 2009; Radnor ym. 2011; Poksinska ym. 2013; Radnor & Osborne 2013.)

Tehokkuuden lisääminen sairaalamaailmassa Leanin avulla on ollut viime vuosina suosittua. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa ja Yhdysvalloissa suurin osa julkiselle sektorille implementoiduista Lean-prosesseista on kytkeytynyt juuri sairaalamaailmaan (Radnor ym. 2011). Sairaalan tehokkuuden lisääminen ei ole kuitenkaan yksinkertaisesti ratkaistava asia. Lean-ajattelu pohjautuu ajatukseen, jonka mukaan tehokkuus paranee prosesseja parantamalla ja hukkaa poistamalla. Päätaavoitteen tulisi olla arvon tuottaminen asiakkaalle ja sitä kautta myös sisäisen tehokkuuden, laadun, turvallisuuden sekä työntekijöiden sitoutumisen lisääntyminen. Arvon tuottaminen asiakkaan näkökulmasta onkin ollut haasteena julkisessa organisaatiossa, koska toisin kuin autoteollisuudessa, asiakas ja toimeksiantaja eivät ole sama asia. Asiakkaan näkökulman määrittäminen julkisella sektorilla on ongelmallista, koska julkista toimintaa rahoitetaan esimerkiksi verovaroin ja se ei omaa samanlaista liikevoittoa- havittelevaa ajatusmaailmaa kuin yksityinen sektori. Loppukäyttäjänä voi myös toimia niin yksittäiset henkilöt kuin sairaalan toiset osastot kuten myös muut julkisen sektorin sidosryhmät. Täten toiminnan tuottaminen täysin loppukäyttäjän näkökulmasta on kompleksista. (Mann 2005; Burgess & Radnor 2013; Poksinska ym. 2013; Radnor & Osborne 2013.)

Joostenin ym. (2009) sekä Hicksin ym. (2015) ja Holdenin ym. (2015) näkemysten mukaan tärkeää terveydenhuollon Lean-organisaatioille olisi, että jokainen implementaatio on tehty organisaatiokulttuuriin tutustuen. Esille olisi nostettava erilaiset toimintaympäristöt ja täten kontekstisidonnaisuus, henkilöstön asenteet sekä kulttuurinen moninaisuus. Näin ollen jokaiseen implementaatioon liittyy uniikkeja piirteitä. Näitä uniikkeja tekijöitä tulisikin hyödyntää aktiivisesti, jotta prosessimaisesta hukan poistosta tulisi organisaation jatkuvan parantamisen kulttuuri. Näin ollen Lean-ajattelu ei tarkoita yhteen muottiin soveltumista vaan ajattelun filosofisiin päämääriin pääsemistä erilaiset kontekstit huomioon ottaen.

1.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tutkimukseni tarkoituksena on tutkia henkilökunnan näkökulmasta, kuinka sairaalan organisaatiokulttuuriset tekijät nousevat esiin prosessiperustaisessa toimintojen tehostamisessa. Selvitän myös miten prosessimainen toiminta ja hukan poisto on tehostanut poliklinikoiden toimintaa hukkaa poistaen, miten poliklinikalla on onnistuttu luomaan jatkuvan parantamisen kulttuuria sekä niitä organisaatiokulttuurisia esteitä ja mahdollisuuksia, jotka vaikuttavat tehokkuuden toteutumiseen. Tutkimukseni tematiikka liittyy suurempiin käsitteisiin koska valta, johtaminen sekä muutos

liittyvät olennaisena ja kattavana osana tehokkuuden parantamiseen sekä prosessiajatteluun ja hukan poistoon sekä myös organisaatiokulttuuriin tekijöihin. Tutkimukseni tulosten kautta on siis löydettävissä keinoja siihen, kuinka muutokseen reagoidaan ja miten se vaikuttaa valtasuhteisiin ja johtamisen suunnitteluun. Näin ollen voidaan siis löytää keinoja johtamisen kautta siihen kuinka muutosta saadaan läpivietyä ja mitä asioita tulee ottaa huomioon. Tutkimukseeni liittyy kiinteästi sairaalan organisaatiokulttuurinen näkökulma koska tehokkuuden esteiden tutkiminen ja jatkuva parantaminen heijastuvat vahvasti organisaatiokulttuuriin tekijöihin. Sairaalakulttuuri omaa monenlaisia erityispiirteitä, joista tarkastelen hierarkkisuutta, moninaisuutta sekä professionaalisuutta, koska etenkin Poksinska ym. (2013), Joosten ym. (2009) sekä Andersen & Røvik (2015) nostavat esiin sen, että nämä sairaalan organisaatiokulttuuriset tekijät nousevat esiin julkisen terveydenhuollon ja Lean-ajattelun yhdistämisessä. Väitettä tukee myös Martinin (1992) teoreettinen tarkastelu organisaatiokulttuurin kolmesta eri ulottuvuudesta, joista on mahdollisuuksia löytää yhtymäkohtia työni aineiston kanssa.

Tutkimustehtäväni koostuvat yhdestä pääkysymyksestä, jota lähdetään tarkentamaan kahdella alakysymyksellä. Näin ollen yläkäsitetä rajataan ja pystytään fokusoimaan analyysi koskemaan juuri niitä toiminnan tehostamisen tekijöitä, jotka perustuvat Lean-ajatteluun. Tällöin myös siihen liittyvät organisaatiokulttuuriset tekijät nousevat esiin. Pääkysymyksenä toimii:

Kuinka sairaalan organisaatiokulttuuriset tekijät nousevat esiin Lean-ajatteluun perustavassa prosessien tehostamisessa?

Alakysymyksinä toimivat:

1. *Kuinka Lean-ajattelulla on tehostettu poliklinikkojen toimintaa hukkaa poistamalla ja kuinka jatkuvan parantamisen kulttuuri on muotoutunut?*
2. *Mitkä tekijät edistävät tai hidastavat Lean-ajattelun tavoitteita?*

Tutkimukseni keskeinen metodologia perustuu laadullisen tutkimuksen kriteereihin. Koska tutkimukseni kiinnittyy inhimillisesti tehokas sairaala-projektiin Lapin sairaanhoitopiirille, voidaan tutkimuksen metodologiaa kutsua laadulliseksi tapaustutkimukseksi. Aineistonkeruumenetelmänä

toimii puolistrukturoitu teemahaastattelu, koska tavoitteenani on nostaa esiin henkilökunnan näkökulmia siitä, kuinka sairaalan organisaatiokulttuuriset tekijät nousevat esiin Lean-ajatteluun perustuvassa prosessien tehostamisessa. Aineiston analyysitapana on teoriaohjaava sisällönanalyysi, joka on valittu sen takia, että se tukee teoreettisen käsitteistön läsnäoloa analyysivaiheessa. Haastatteluihin osallistuu kuusi henkilöä, jotka ovat ammattitaustoiltaan lääkäreitä, osastohoitajia, fyysioterapeutteja sekä laitoshuoltajia.

Tutkimuskirjallisuudessa on huomattavissa, että julkisen sairaalan muuttamista Lean-organisaatioksi hidastaa monet organisaatiokulttuuriset tekijät (Joosten 2009; Radnor 2011; Radnor & Osborne 2012; Graban 2012). Koska julkinen sairaala on muotoutunut pitkällä aikavälillä insitutionaaliseksi organisaatioksi, on organisaatiokulttuuristen tekijöiden huomioonottaminen välttämätöntä. Tutkimuskysymysten avulla pyritään kuitenkin selvittämään juuri Lapin sairaanhoitopiirin hukkahaaviin sekä kaizen-työpajoihin liittyviä organisaatiokulttuurisia tekijöitä. Huomioon ei oteta siis kaikkia organisaatiokulttuurisia tekijöitä vaan vain ne, joilla on aineiston mukaan yhteys Lean-ajatteluun ja prosessimaiseen toimintojen tehostamiseen. Koska esimerkiksi Wiili-Peltolan (2005) sekä Radnorin (2011) ja Hicksin ym. (2015) teksteistä tulee ilmi, organisaatiokulttuuriset tekijät vaihtelevat sairaaloittain ja osastoittain, ei voida olettaa, että pelkkä organisaatiokulttuurin yleinen tunteminen Lean-prosesseissa riittäisi. Tutkimuksen ja näiden tutkimuskysymysten kautta on mahdollisuutta kohdentaa tietämystä Lapin keskussairaalan kahdelle eri poliklinikalle koska organisaatiokulttuuriset tekijät kohdentuvat juuri näille osastoille. Tutkimuskysymykset ovat merkittäviä, koska niiden avulla saaduilla tutkimustuloksilla voi olla suuria merkityksiä prosessien toteutukseen ja taloudellisiin hyötyihin sekä johtamisen suunnitteluun.

Tutkimusaiheeni on tärkeä koska vaikka sairaalan organisaatiokulttuurisia tekijöitä on tutkittu paljon, liittyvät silti erilaiset tekijät eri tapaukseen. Näin ollen tavoitteenani on selvittää juurikin tähän tapaukseen liittyviä esteitä ja mahdollisuuksia, koska niillä voi olla suuri vaikutus henkilökuntaan, työhyvinvointiin, sairaalan dynamiikkaan, kustannuksiin sekä valtakunnallisiin tekijöihin kuten julkiseen rahoitukseen. Myös hukkahaavikoulutuksen suunnittelu onnistuu tehokkaammin, koska sitä voidaan fokusoida paremmin henkilökunnan tarpeisiin. Työni tavoitteena on antaa myös valmiuksia esimiestyöhön, jotta he saisivat konkreettisia apuja siihen, mitä tekijöitä on otettava huomioon, jotta oma henkilöstö sitoutuisi Leanin tavoitteisiin ja muutokseen. Tutkimusaihe on myös henkilökohtaisesti kiinnostava ja mielekäs, koska aiemmassa ammatissani olen nähnyt, millaisia

vaikutuksia tehottomuudella on ja kuinka pienillä asioilla sitä voitaisiin korjata. Toisaalta olen nähnyt myös kolikon kääntöpuolen eli vastustuksen ja näkemyksen siitä, että oma tapa työskennellä on paras.

Tutkimukseni tavoitteena on lisätä henkilökunnan tietoisuutta tehokkuuden esteistä, jolloin omien työskentelytapojen kriittinen tarkastelu sekä työskentely moniammatillisessa työryhmässä tulevat helpommaksi. Näin ollen henkilökunnalla tulee olemaan paremmat lähtökohdat työn kuormittavuuden vähentämiseen ja henkilökohtaisten prosessiajatteluun vaikuttavien tekijöiden ymmärtämiseen. Tavoitteena on myös mahdollistaa hukkaavaikokoulutuksen kehittäminen. Kehittäminen onnistuu paremmin kun organisaatiokulttuurisia tekijöitä nostetaan esiin ja koulutuksen painopisteitä voidaan muuttaa tulosten perusteella. Tällöin kehittäminen tapahtuu myös henkilökuntalähtöisesti, koska aineisto on kerätty työntekijöiltä, jotka toteuttavat Lean-ajattelua erilaisissa työryhmissä.

Tutkimustavoitteenani on myös, että tulokset olisivat siirrettävissä osastolta toiseen. Tietoisuuden lisääminen sairaalan organisaatiokulttuurisista tekijöistä toimintojen tehostamisessa mahdollistaa koko sairaalaa koskevien tehokkuusprojektien kehittämisen. Vaikka organisaatiokulttuuriset tekijät voivat vaihdella yksiköittäin, on tutkimuksestani varmasti kollektiivista hyötyä. Tällöin tutkimukseni tuloksia voidaan käyttää hyväksi myös laajemmissa julkisissa sairaaloita koskevissa kehittämishankkeissa. Suurempana tavoitteena toimivat tehostamisen yhteiskunnallinen tärkeys ja onnistuneen tehostamisen kautta saadut taloudelliset ja sosiaaliset hyödyt. Resurssien vapautuminen ja tehokkuuden lisääntyminen edesauttaa sitä, että kansalaiset saavat kattavampia ja monipuolisempia sekä nopeampia palveluita. Näin ollen myös resurssien kohdentaminen niille ryhmille, jotka sitä eniten tarvitsee, onnistuu helpommin. Tutkimukseni tarkoituksena on siis vaikuttaa niin yksilö ja ryhmätasolla kuin edesauttaa pitkän aikavälin yhteiskunnallisia vaikutuksia.

Tehokkuutta on Lapin sairaanhoitopiirissä pyritty parantamaan Lean-ajattelun avulla jo muutaman vuoden ajan. Prosessimaista ajattelua on sovellettu hukkaavaivatyökalulla, jonka tavoitteena on poistaa sairaalan toiminnasta hukkaa ja näin ollen parantaa tehokkuutta. Tavoitteena on luoda myös jatkuvan parantamisen kulttuuri kaizen-työpajojen kautta, jonka pääajatuksena on se, että työ ja prosessit voidaan tehdä aina paremmin kuin edellisellä kerralla. Omaa työtä tulisi tarkastella

kriittisestä näkökulmasta ja parannuksia tulisi tehdä moniammatillisessa työryhmässä. Kokonaisvaltaisena tavoitteena pyritään siis sairaalan organisaatiokulttuurin muutokseen, työstä pyrittäisiin karsimaan kaikki ylimääräinen ja näin ollen aikaa itse toimenkuvan toteuttamiseen olisi enemmän.

Lapin sairaanhoitopiirissä Lean-ajattelua käyttöön otetaan koulutuksissa, joihin voi osallistua työntekijöitä jokaisesta sairaalan yksiköstä sekä tasoilta. Koulutuksen kokonaiskesto on kuusi viikkoa. Luentojen aikana koulutuksessa mukana olevat valitsevat kehittämiskohteen ja heille annetaan ohjeita ongelmien ratkaisuun Lean- työkalujen avulla. Kolmen seuraavan viikon aikana ryhmät perehtyvät kehittämiskohteeseensa annettujen ohjeiden mukaisesti. Mikäli ryhmiltä löytyy hyviä kehittämideoita, on niitä mahdollisuus kokeilla käytäntöön pikaparannusjaksolla, joka kestää viikon, jonka jälkeen idean toimivuus arvioidaan. Koulutuksessa korostetaan moniammatillisen yhteistyön lisäämistä ja sitä, että jokaisesta koulutukseen osallistuneesta tulisi kyvykkäitä tekemään parannuksia omassa työssään sekä yksikössään. Sairaalan Lean-ajatteluun kuuluu kiinteästi myös Kaizen- työpajat, joiden tehtävä on kehittää prosesseja yksiköiden sisällä. (www.lshp.fi)

Kerään aineistoni Lapin sairaanhoitopiirin kahdelta eri poliklinikalta. Molemmilta poliklinikalta valitut haastateltavat ovat olleet mukana niin hukkahaavi kuin kaizen- koulutuksissa. Osa haastateltavista on käynyt koulutuksen noin puoli vuotta sitten, osa noin kaksi vuotta sitten. Molemmat osastot ovat kuitenkin toimineet tai ovat toimimassa pilottiyksikköinä.

1.3 Tutkimuksen eteneminen

Tutkimus koostuu kuudesta eri pääluvusta. Johdannossa tuodaan ilmi tutkimuksen taustoja ja sitä kiinnitetään osaksi laajempaa tieteellistä verkostoa. Johdannosta käy ilmi myös työni tavoitteet sekä tarkoitus sekä tutkimustehtävät. Koska työni käsittelee prosessiajattelua ja hukan poistoa, on Lean käsitteenä sidottu teoreettiseen viitekehykseen. Luvussa 2. avataan Leanin keskeisiä käsitteitä sekä tarkastellaan sitä toimintojen tehostamisen keinona. Keskeisinä käsitteinä nostan esiin hukan poiston sekä kaizen- työpajat, koska ne liittyvät kiinteästi tutkittavaan aiheeseen. Luvussa kaksi tuodaan myös esiin kontekstisidonnaisuus ja nostetaan esiin tekijöitä, miten Lean-ajattelua on implementoitu sekä julkiselle sektorille että palvelusektorille. Aiheellista on nostaa esiin myös

kritiikkiä, jota prosessiperustainen toimintojen tehostaminen on saanut osakseen niin suurem-
massa kontekstissa kuin sairaalaa ja terveydenhuoltoa koskevassa kontekstissa.

Koska tutkimukseni tavoitteena on tutkia organisaatiokulttuurisia tekijöitä, nostetaan luvussa kolme esiin organisaatiokulttuuri osana terveydenhuoltoa. Organisaatiokulttuuri käsitteenä on hyvin monitulkintainen ja moniulotteinen, joten käsitteen teoreettinen avaaminen on tärkeää. Samassa luvussa esitellään myös Martinin (1992) kolmen kulttuurin mallia sekä moninaisuutta, joka on keskeisessä osassa analyysissäni. Kolmannessa luvussa syvennyttään myös sairaalakulttuurin erityispiirteisiin ja tarkastellaan hierarkioita ja professioita kulttuurin määrittäjänä sekä avataan näkökulmia siitä, miten kehittämissuunnaukset ovat muuttuneet terveydenhuollon kentällä viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana. Luvun lopussa kokoan yhteen teoreettisen viitekehyksen synteetiksi.

Teoreettisen viitekehyksen jälkeen tuon ilmi tutkimusta määrittävät metodologiset valinnat. Työni metodologia koostuu laadullisen tutkimuksen lähtökohdista. Aineisto on kerätty puolistrukturoidulla haastattelulla ja se on analysoitu teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. Lopuksi arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä.

Tutkimustulokset esitetään luvussa viisi. Tutkimustulokset jakautuvat haastatteluteemojeni mukaan toiminnan tehostamiseen, jatkuvan parantamisen kulttuurin luomiseen, professioihin ja hierarkioihin sekä kulttuuriseen moninaisuuteen. Tutkimustuloksissa on nähtävissä tutkimukseni teoriaohjautuvuus jo sen käsitteistön kautta. Luvun viisi lopussa tutkimustulokset vedetään yhteen ja luvussa kuusi tuodaan esille tutkimustulokset.

2 Lean-ajattelu prosessiperustaisena hukan poistajana

2.1 Lean-ajattelu toimintojen tehostajana

Lean-ajattelu perustuu Toyotan autotehtaan luomaan Toyota Production Systemiin, joka luotiin Japanissa toisen maailmansodan jälkeen korvaamaan massatuotanto virtaustehokkuudella. Tavoitteena on poistaa kahdeksaa hukkatyyppiä prosesseittain ja luoda tuotannolle jatkuva virtaus. (Liker 2010, 3-9, 27-30.) Vuosituhannen vaihteessa Lean-ajattelu levisi myös terveydenhuoltoon, jossa sen on odotettu tuovan ratkaisua byrokraattisen organisaation tehokkuusparadoksiin ja olemaan ratkaisu terveydenhoitoa koskeviin paineisiin (Cooper & Mohabeersing 2008).

Toisen maailmansodan jälkeen vallitsi taloudellisesti niukat ajat ja Toyota Motor Corporationin perustajat Eiji Toyoda ja Kiichiro Toyoda joutuivatkin kiinnittämään huomiota massatuotannon ja resurssitehokkuuden sijaan tuotannon virtaukseen ja sen periaatteisiin. Maailmalla oli siihen aikaan kaksi autonvalmistajaa Ford ja General Motors, jotka molemmat käyttivät tuotannossaan massatuotannon periaatetta valmistaen mahdollisimman paljon mahdollisimman halvalla. Koska Toyota Motor Corporation on noussut niukkuuden ajoista, halusi Kiichiro Toyoda hyödyntää teknologiassaan lyhyttä läpimenoaikaa, asiakkaan näkökulmaa ja alhaisia kustannuksia sekä parasta laatua. Toyotan yksi suurimmista päämääristä onkin kunnioittaa ja tuottaa arvoa asiakkaalle luomalla toimivia konsepteja ja työkaluja TPS:n käyttämiseen. (Womack & Jones 1996, 311; Liker 2010, 3-9; Modig & Åhltröm 2013, 70-73.)

Lean-ajattelun voidaan katsoa perustuvan holistiseen näkökulmaan ja organisaation filosofiaan. Se voi jakaa ajatukseen konsepteista, toimijoista ja työkaluista, joilla pyritään muuttamaan todellisuutta tavoitteelliseksi ja määritellyksi. Tehokkuuden näkökulmasta toimijoiden eli työntekijöiden tulisi omata vahva rationaalisuus niin tavoissa ja valinnoissa kuin Lean-työkalujen käytössä, joka on saavutettu onnistuneella Lean-ajattelun implementoinnilla. Prosessiajattelun tehokkuuden toteutumisen tulisikin pohjautua kollektiiviseen ajatukseen, jossa Lean on tapa tehdä työtä. (Liker 2010, 10-15; Sergei & Lusiani ym. 2013.)

Lean- ajattelun päätarkoituksena on organisaation prosessimainen johtamisstrategia ilman hukkaa. Prosessit koostuvat viidestä eri pääkohdasta, jonka tarkoituksena on luoda prosessimaisesta ajattelusta ja hukan jatkuvasta poistosta tapa toimia. Arvo tulisi määrittää asiakkaan näkökulmasta, jolloin prosessia parannetaan asiakkaan tarpeiden mukaan. Asiakkaan tarpeen mukaan tehdään arvovirtakartoitus, jonka tarkoituksena on tehdä prosessista mahdollisimman sujuva, hukaton. Tämä onnistuu standardoidun työn kautta, jolloin virtaus prosessissa paranee ja saadaan aikaan työntö, joka edesauttaa jatkuvaa virtausta. Lean- ajattelussa ei ole tarkoitus tyytyä hyvään vaan tavoitella aina parempaa. Prosesseissa tarkoituksena on siis tehdä enemmän vähemmällä ja tuotannossa tulee tuottaa vain se, mihin on tarvetta. Toisin sanottuna kaikkea ylimääräistä tulee välttää. (Womack & Jones 1996; Burgess & Radnor 2010; Graban 2012, 18.)

Hines ym. (2004) erottelee Lean-ajattelun periaatteen, eli prosessiperustaisen toimintojen tehostamisen, kahteen eri ulottuvuuteen: strategiseen ja operatiiviseen ulottuvuuteen, joista starteginen ulottuvuus korostaa asiakkaiden tarpeiden tyydyttämistä. Operatiivinen ulottuvuus taas keskittyy hukan poistoon toimintojen sisältä. Toimintojen tehostamisessa ei siis ole kyse vain hukan poistosta tai asiakasnäkökulman huomioimisesta vaan molemmista. Tällöin voidaan vertailla myös kustannusten ja arvon suhdetta. Joosten ym.(2009) tarkastelee Hinesin ym. (2004) näkemyksiä operationaalisesta, sosioteknisestä ja kumulatiivisesta näkökulmasta. Operationaalinen toimintojen tehostamisen näkökulma keskittyy hukan poistoon ja sitä kautta arvon lisäämiseen. Operationaalinen ulottuvuus tarkoittaa prosesseissa sitä vaihetta, jossa käytetään hyväksi Leaniin kehitettyjä työkaluja ja karsitaan näin ollen turhia sisäisiä prosesseja. Sosiotekninen ulottuvuus korostaa työn helpottamista ja helpoksi tekemistä, joka on saanut kritiikkiä ja epäilyksiä työntekijöiden joukossa. Kumulatiivisuus Lean-ajattelussa nousee esiin silloin kun sosiotekniset ja operationaaliset ulottuvuudet ovat tasapainossa. Näin ollen saadaan aikaan synergiaa ja suorituskykyä monessa eri prosessissa, joka johtaa kumulatiiviseen toimintojen tehostamiseen.

Hinesin ym. (2004) ja Joostenin ym. (2009) näkemyksien pohjalta pystytään näkemään Lean-ajattelun alkuperäinen, Japanilainen, filosofia ja syvällinen tarkoitus. Lean-ajattelu ei siis ole yksi toimintamalli vaan siihen liittyy eri ulottuvuuksia. Kollektiivinen tavoite on kustannusten minimointi ja sekä operationaalista että sosioteknistä ulottuvuutta hyödyntämällä päästään syvällisen filosofian tavoitteisiin, joihin kuuluu kiinteästi myös henkilöstöstä huolehtiminen. Toytoan filosofian

avaimena on korostaa sitä, että organisaation tulee tunnistaa tekijät, jotka ovat tehokkuuden ja tuottavuuden paranemisen takana (Caldwell 2008).

Prosessiperustainen toimintojen tehostamisessa on siis kyse monesta eri elementistä, kuten Liker (2004) erittelee. Pääosassa ovat kuitenkin hukka ja sen poistaminen ja sitä kautta arvon luominen asiakkaalle eri prosessien kautta. Toisaalta filosofian kumulatiivinen leviäminen edellyttää Joostenin ym. (2009) mukaan sitä, että organisaatioon luodaan TPS:n tavoin jatkuvan parantamisen kulttuuri. Näitä pääelementtejä on siis syytä tarkastella lähemmin.

Toyotan mukaan tuotantoon on tarkoitus luoda jatkuva virtaus. Virtauksen tulee koskea jokaista tuotannon aluetta niin materiaaleja, tuotteita kuin tietoakin. Se on systemaattinen ajattelutapa, joka läpäisee koko tuotantojärjestelmän. (Tuominen 2010, 6; Kimsey 2010, 53.) Toytoan tavoitteena virtauksen luomisessa on edetä mahdollisimman nopeasti ensimmäisestä vaiheesta eli raaka-aineiden hankinnasta viimeiseen vaiheeseen eli maksun saamiseen ilman virheitä. Tämä onnistuu aktiivisen hukan poiston seurauksena luodulla imuohjausjärjestelmällä, joka kattaa koko tuotannon prosessin. Täten Toyota pyrkii poistamaan tuotannostaan kaiken hukan eli ylimääräisen, joka hidastaa virtausta eikä tuo asiakkaalle lisäarvoa. On tärkeää, että virtaus luodaan prosesseja parantamalla, koska sanotaan, että useimmat prosessit sisältävät 90% hukkaa ja vain 10% lisäarvoa tuottavaa työtä. (Liker 2010, 87.)

TPS:n mukaan on olemassa seitsemän erilaista hukkatyyppiä (muda), johon Jeffrey Liker (2010) on lisännyt vielä kahdeksannen hukkatyyppin, joka juontaa juurensa TPS:n periaatteisiin. Näitä hukkatyyppijä ovat muun muassa ylituotanto, turha odottaminen, tarpeeton kuljettaminen, ylikäsittely, turha varastointi, ylimääräinen liikkuminen, turhat virheet sekä työntekijöiden luovuuden käyttämättä jättäminen. (Liker 2010, 27-30; Modig & Åhlström 2013, 74-76.)

Liker (2010) liittyy kahdeksan hukkatyyppiä mudaan. Nämä ovat toimintoja, jotka pidentävät läpimenoaikoja, saavat aikaan turhaa liikettä, aiheuttavat ylimääräistä odottelua tai liikkumista. Hänen mukaansa on olemassa myös kahta muuta hukkatyyppiä, jotka kietoutuvat yhteen mudan kanssa ja myös aiheuttavat mudaa. Ne ovat mura eli epätasaisuus ja muri eli ylikuormitus. Murilla

Liker tarkoittaa tilaa, jossa koneet tai ihmiset ovat ylikuormitettuja. Tämä ylikuormittaminen tarkoittaa ongelmia laadun ja turvallisuuden kanssa. Mura eli epätasaisuus on seurausta Mudasta ja Murista. Se tarkoittaa tuotantoaikataulujen heilahtelua, jotka määräytyvät sisäisistä syistä esimerkiksi rikkonaisista laitteista. Yleensä hukkaa lähdetään poistamaan mudasta, ja unohdetaan murin ja muran yhteys mudaan. (Womack 2006, 299-302; Liker 2010, 114-116.)

Hukan eliminointiin liittyy Womackin (2006) ja Likerin (2010) mukaan jatkuvan virtauksen ja imuohjausjärjestelmän luominen, joilla pystytään varmistamaan se, että tuotetta tuotetaan vain tarpeellinen määrä. Työn tulisi olla tasapainoista ja systemaattista ja virheet tulisi korjata heti, jotta tuotteiden tai palveluiden laatu ei heikkene. Työn tulisi olla myös standardoitua, joka mahdollistaa sen, että henkilökunnan liikkuvuus organisaatiossa on mahdollista, sillä prosessin vaiheet ovat osastosta riippumatta samat. Hukan poistossa tärkeää on, että ongelmat tuodaan näkyviin ja ympäristö on siisti ja huoliteltu, jotta tavaroille ja asioille olisi aina oma paikkansa.

Modig & Åhlström (2013, 47-68) nostavat esiin tehokkuutta rajoittavia tekijöitä tehokkuusparadoksissaan, jonka mukaan resurssitehokkuuden liiallinen korostaminen johtaa siihen, että virtaus-tehokkuus kärsii. Tämä taas johtaa siihen, että syntyy toissijaisia tarpeita, joiden tyydyttämiseen tarvitaan resursseja ja näin ollen arvoa tuottava työaika vähenee. Nämä paradoksit käyvät toteen tehokkuutta rajoittavien lakien myötä. Tämä resurssitehokkuuden liiallinen korostaminen kosta- tuu siis lakeina virtaustehokkuudessa. Tämä on kysymys, joka on erityisen ongelmallinen esimerkiksi sairaalaympäristössä, missä olosuhteet voivat sisältää suurta vaihtelua. Julkinen sairaalaym- päristö on kuitenkin hyvä esimerkki resurssitehokkaasta toiminnasta, joita on ohjannut julkisten organisaatioiden tyypillinen taloudellinen, tuottava ja vaikuttava- ajattelutapa, jossa virtaus on ol- lut toissijaista resurssien maksimaalisen käytön rinnalla (Vakkuri 2009, 11-15). Toimintojen te- hostamiseen liittyy kiinteästi Lean-ajattelun Kaizen-työpajat sekä jatkuvan parantamisen kulttuu- rin luominen. Ideaali toimintojen tehostuminen tarkoittaa sitä, että toiminnot on pyrittävä teke- mään joka kerta edelliskertaa paremmin.

Kaizen on yksi Leanin työkaluista ja tarkoittaa hyvää muutosta (kai= muutos, zen= hyvä). Tämän työkalun avulla pyritään jatkuvan parantamisen kulttuuriin Lean- organisaatiossa. Kaizen on kai- kille organisaation tasoilla työskenteleville työntekijöille suunnattu muutamien päivien/ viikkojen

mittainen kehittämispaja, jonka tarkoituksena on mahdollisimman vähillä resursseilla kannustaa ja haastaa työntekijöitä kehittämään työtään. Sen avulla on tarkoitus löytää kehittämiskohteita sekä ratkaisuja työhön ja organisaatioon. Kaizenin yksi päätavoitteista on oppivan organisaation ja työntekijän luominen. Tavoitteena siis on, että omaa ja organisaation toimintaa pystytään kehittää jatkuvasti kohti parempaa. Kaizenia on tarkoitettu sovellettavaksi moniammatillisissa työryhmissä parhaan tuloksen saavuttamiseksi. Kun aikaisempi taso on saavutettu, tulee siitä porras seuraavaan, parempaan askeleeseen. (Imai 1986, 1-12; Graban & Swartz 2012.)

Imai (1986, 24) Erottelee Kaizenille tyypillisiä piirteitä. Hän kuvaa kaizenin tarkoittavan pientä mutta pitkäkestoista, ajallisesti jatkuvaa vaikuttamista, asteittaista ja tasaista muutosta, ryhmätyöskentelyyn perustuvaa, systeemiä lähtöistä kehittämistä, jatkuvuuden ylläpitämistä. Kaizenin tarkoituksena on, lisätä konventionaalista tietotaitoa, lisätä vaikuttavuutta vähillä kustannuksilla, kehittää ihmisiä prosessien kautta ja saada aikaiseksi parempia tuloksia hitaasti, mutta varmasti. Kaizenin tulisi siis olla jokapäiväisiä valintoja ja kollektiivinen ominaisuus, jolloin koko organisaation fokus olisi jatkuvassa parantamisessa.

Kaizenin on tarkoitus lähteä liikkeelle pienistä muutoksista. Sen ei tulisi olla pelkästään muutoksen ja paineiden alaisuudessa tehty päätös aloittaa jatkuva kehittäminen vaan sen tulisi olla ratkaisuja löytävä ja jatkuva myös tilanteissa, jossa kriisit ja vaikeammat ajat ovat historiaa. Kaizenin tavoitteena on pienien ja yksityiskohtaisten askelten ottaminen kohti jatkuvan parantamisen kulttuuria. Ideologiaan ei kuulu tehdä heti parannuksia laajalla skaalalla resurssitehokkaasti. Tarkoitus olisi kehittää lumipalloefektin tavoin; aloittaa pienestä ja edetä siitä kohti suurempia tavoitteita keskustelemaan ja palautetta antavaa kulttuuria noudattaen. Koska kaizen on moniammatillinen työpaja, sen on tarkoitus rikkoa perinteisiä hierarkisia malleja ja luoda enemmän yhteistyötä eri ammattikuntien välille. (Imai 1986, 31-33; Graban & Swartz 2012; Hicks ym. 2015.)

Yksilöihin perustuvassa kaizenin tasossa (individual-oriented kaizen) työntekijöiden on tarkoitus löytää kehittämistarpeita ja keinoja työskennellä mahdollisimman nerokkaasti. On oltava aktiivinen työntekijä, mikä tarkoittaa, että omasta työstä ja työympäristöstä on löydettävä kehittämiskohteita. On myös pystyttävä rohkeasti tuomaan kehittämiskohteita julki. Yksilötasolla tarvitaan sisäistä motivaatiota, joka hyödyttää ryhmää ja koko organisaatiota ja erityisesti ryhmätyöskentelyä.

On todettu, että jatkuva parantaminen itsessään on helppoa ja kaizen- työpajat on koettu toimivina. Ongelmia on kuitenkin ilmentynyt siinä, että jatkuvaa parantamista ei ole saatu juurrutettua työyhteisöihin. Ongelmia esiintyy siis enemmänkin jatkuvan parantamisen käsitteen sisäistämisessä kuin sen käyttämisessä. (Bessant ym. 1997; Joosten ym. 2009; Graban 2012.)

2.2 Lean-ajattelu julkisessa sairaalaorganisaatiossa

Lean-ajattelusta on tullut merkittävä tekijä julkisella sektorilla. Alun perin yksityiselle teollisuuden sektorille kehitetty menetelmä on ollut julkiselle sektorille toivottu lisä. Sen avulla julkisen sektorin 1970-luvulta saakka ydinajatuksina olleita taloutta, tehokkuutta ja tuottavuutta on pyritty muuttamaan kohti laatua, palveluiden tuottavuutta sekä resurssien hyvää käyttöastetta. (Radnor & Osborne 2012.) Prosessimaisesta ajattelusta saadut tulokset ovat pääosin positiivisia. Esimerkiksi HUS:n Lean-pilottihankkeet ovat tuottaneet onnistumisia kustannussäästöissä sekä muun muassa tuotannon lisäyksessä (Mäkijärvi 2010). Hyviä tuloksia raportoi myös Radnor ym. (2011) listatessaan esimerkkejä Leanin käytöstä Ison-Britannian julkisissa sairaaloissa. Parannusta on tullut huomattavasti muun muassa potilaan odotusaikoihin, näytteiden analysointeihin, henkilökunnan turhaan liikkumiseen, infektiotartuntoihin ja konkreettisesti sairaalan kuluihin. Leanin käyttöönoton ajatuksena sairaalamaailmassa on järjestää koulutus ja noin kolmen kuukauden mittainen muutosjakso, jossa ajattelua viedään konkreettisesti omalle osastolle ja etsitään prosesseja, joita menetelmällä parannetaan (Graban 2012, 9).

De Souza (2009) näkee, että Lean on merkki nykyajan modernista terveydenhuollon johtamisopista vaikka Lean onkin hyvin löyhästi arvioitu ja monitulkintainen käsite (Dahlgard ym 2011). Radnor (2011) toteaa Leanin sopivan julkiseen terveydenhuoltoon etenkin prosessien jatkuvan parantamisen periaatteen vuoksi. Prosessien jatkuva parantaminen ja kaizen onkin nähty olevan hyvin konkreettinen tapa saada yksilöt osaksi Lean-menetelmää. Se sitouttaa yksilöt jokapäiväiseen kehittämiseen ja näin ollen antaa suurta potentiaalia filosofian ymmärtämiseen. Prosessimainen ajattelu sopii erinomaisesti terveydenhuoltoon siksi, että sillä pyritään löytämään ratkaisuja alan taloudellisiin paineisiin, työvoiman vähyteen ja sitoutumattomuuteen sekä hoidon laatuun (Graban 2012, 5-7, 22-23).

Hukan poistossa ja arvon lisääntymisessä näkökulman tulisi olla asiakkaassa. Hukkaa tehdään sairaalassa keskimäärin noin 70-80% ajasta. Tämä vie arvoa pois asiakkaalta (Graban 2012, 31-33). TPS:n seitsemänosaista hukan muotoa esiteltiin aikaisemmassa luvussa. Radnor (2011) ja Graban (2012, 37-43) sekä Bush (2007) ovat erotelleet, mitä hukan muodot voivat konkreettisesti tarkoittaa sairaalamaailmassa. Tyypillistä on, että sairaalassa hukka tarkoittaa tavaroiden hakemista, tavaramassojen purkamista tai henkilökunnan ylimääräistä liikkumista. Se voi tarkoittaa myös sitä, että asiakas joutuu odottamaan diagnoosia pitkään tai asiakasta ”ylihoidetaan” turhaa. Hukkaa syntyy huomattavasti myös silloin kun potilaan taustoihin ei ole perehdytty ja hän joutuu sairaalahoitoon uudelleen esimerkiksi lääkkeitä johtuneen allergisen reaktion takia (Hicks ym. 2015).

Suosituimmiksi työkaluiksi sairaalamaailman Lean-ajatteluun on muotoutunut Grabanin (2012, 42) mukaan arvovirtakartoitukset ja Gemba, työn standardointi, visuaalinen ohjaus, kanban ja kaizen. Arvovirtakartoituksen tekeminen tarkoittaa hukan tekemistä näkyväksi. Paperille tehdyssä kartassa tulee näkyä prosessiin osallistuvien henkilöiden kaikki tekeminen ja siihen kuluva aika prosessin sisällä, jotta hukka saadaan konkreettisesti näkyväksi. Gemba (”walk the line”) konkretisoi sujuvamman kulkemisen hukan poiston jälkeen. Työn standardointi tarkoittaa sitä, että saman työtehtävän sisällä ei löytyisi juurikaan hajontaa tavassa, jolla työ toteutetaan. Visuaalinen ohjaus painottaa järjestystä ja näkyväksi tekemistä. Jokaiselle tavaralle on oma paikkansa merkittynä ja jokainen tietää, minne tavara kuuluu. Käytetään hyväksi esimerkiksi värikoodeja ja kuvia. Jatkuvuus on tärkeää, jotta toiminnasta tulisi tapa. Kanban tarkoittaa merkkiä/signaalia tai jotain muuta visuaalista merkkiä siitä, että esimerkiksi ensiapukärry vaatii täyttöä. Merkin esilletulo antaa viestin, jonka mukaan kärryä tulee täydentää. Kun merkkiä ei näy, täyttöä ei tarvita. Kaizen eli jatkuva parantaminen vaatii työntekijöiden sitoutumista ja ideointia ja muuttaa organisaation kulttuuria vähitellen. Tyypillistä on taulujen tekeminen prosessien konkreettiseksi kehittämiseksi.

Julkisen sairaalaorganisaation erityispiirteitä on sen moniammatillinen työyhteisö. Se on mahdollisuus, jolla Lean-ajattelu muokkaantuu eri prosessien kautta osaksi sairaalan todellisuutta. Prosessimainen ajattelu on kuitenkin ollut melko uusi käsite julkisessa terveydenhuollossa sen jatkuvuus aspektin kautta. Koska yksityinen organisaatio pystytään luomaan jatkuvuuden periaatteelle, on Lean- ajattelun käyttö helpompaa. Julkiselle organisaatiolle se näyttäytyy kuitenkin ongelmallisempänä, koska sen pohja ei ole alun perin prosessimaisessa virtaus ajattelussa. Prosessiajattelun

lisäksi huomioon tulisi ottaa moninainen näkemys julkisesta sairaalaorganisaatiosta. Ajattelun tulisi muokkaantua kontekstin ja eri kulttuurityyppien mukaan sekä osaksi sairaalan pitkäaikaista strategiaa, jolloin prosessit voitaisiin nähdä myös suuremmassa kontekstissa esimerkiksi punaisena lankana perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. (Poksinska 2010; Radnor & Osborne 2011; Graban & Swartz 2012; Mazzocato, 2012.)

Julkisella sairaalasektorilla Lean-ajattelun implemointinnissa on nähty monenlaista variaatiota, josta Radnor & Osborne (2013) ovat eritelleet muutamia: Lean-ajattelulla pyritään saamaan nopeita tuloksia ja suurin huomio keskitetään Kaizen- työpajoihin sekä muiden työkalujen käyttöön. Suurta huomiota ei keskitetä sairaalan kulttuuriin ja sen erityispiirteisiin etenkin vahvoihin rakenteisiin ja moniin kulttuureihin. Rakenteita ei siis pyritä muuttamaan, jolloin kulttuuriselle muutokselle ei anneta sijaa. Myös asiakkaan ja palveluprosessin määrittäminen on nähty puutteellista. (Radnor & Walley 2008.)

Implementoidessa Lean-ajattelua julkiseen sairaalakontekstiin, huomioon täytyy ottaa kontekstisidonnaisuus. Leanin implemointinnissa tulisikin huomioida kulttuuriset erityispiirteet ja muotoilla siitä kontekstiin sopiva versio käyttäen tarvittavia työkaluja. Esimerkiksi Skotlannin julkisella sektorissa määriteltiin tarpeet ja muotoiltiin prosessit koskemaan operationaalista tasoa vähemmällä työkaluilla, jolloin siitä muotoutui enemmän heidän tarpeisiinsa sopiva. Vaikka teollisuuden ja julkisen sairaalan konteksti eroaa vahvasti toisistaan, ovat avaimet Lean-ajattelulle periaatteellisesti samanlaiset. Onnistunut implemointi vaatii esimerkillä johtamista ja sitoutumista sekä työntekijöiden mukaanottoa parannusprojekteihin. Sairaalakontekstissa täytyy ottaa huomioon jo hyvin varhaisessa vaiheessa sen professionaalisuus sekä erityisesti asiakkaiden vaihtuvuus ja palveluiden kysynnän epätasaisuus. (Radnor ym. 2006; Clayton ym. 2014.)

Lean-ajattelun implemointi julkiseen sairaalaorganisaatioon syrjäyttää holistisen näkökulman ja vaatii kulttuurin tarkastelua hajonneena erilaisiin ryhmittymiin. Implementointi vaatii myös katseita psykologiaan. Lean keskittyy sairaalassa kahdeksanlaisen hukan poistamiseen, jotka aiheuttavat henkilöstölle lisätöitä, burnoutteja, turhaantumista ynnä muuta. Jotta Lean-ajattelua osattaisiin hyödyntää etenkin professioiden keskuudessa, on avain se, että saadaan heidät näkemään ratkaisuja kuormittaviin tilanteisiin. Hyvän tekeminen itselle ja omalle ammattikunnalle omalla

tyyllillä sulauttaa prosessiajattelun osaksi sairaalaympäristöä ennemmin kuin valmis teollisuuden malli hukasta sekä sen poistosta. Tarpeelliseksi nähdään siis toimintojen parantaminen niin, että työntekijät löytävät itse keinon käyttää työkalua, stimuloivat käyttäytymistään, jolloin ei uhata professionaalista tietämystä eikä tuoda valmista ratkaisua tai pakoteta Lean-ajattelua sopimaan muuntumattomana eri kontekstiin. (Tucker 2013; Clayton ym. 2014.)

Keskeisiä huomioita implementoinnissa on se, että Lean-ajattelun leviämistä sairaalaorganisaatiossa voidaan edistää hyödyntämällä professioita. Esimerkiksi ylilääkärin merkitys sairaalakontekstissa voi olla ratkaiseva tekijä, koska hän ottaa mukaan osaston moniammatillista henkilökuntaa parannusprosesseihin ja konkretisoi Lean-ajattelun mahdollisuuksia esimerkillään. Moniammatillisuus etenkin kaizen-työpajoissa on tärkeä ja luo luottamusta työntekijöiden keskinäisiin suhteisiin kuin myös eri professioihin. Näin ollen professiot voidaan nähdä myös positiivisena palveluja tuottavassa organisaatiossa. Alun perin valtaan, osaamiseen ja erikoistumiseen perustunut käsite, joka on vahvasti institutionalisoitunut julkiseen sairaalaan, ei näyttäyty välttämättä kokonaan poistettavana asiana vaan sen sitominen osaksi Lean-ajattelua, voi luoda implementoinnille myös paljon mahdollisuuksia. (Saks 2012; Timmons ym. 2014; Ulahassan ym. 2014.)

Lean-ajattelun mukaanotto julkiseen terveydenhuoltoon on vaatinut keskittymistä pitkän aikavälin tavoitteisiin sekä Lean-työkalujen oikeanlaiseen käyttöön. Lyhyen aikavälin tuloksia on hankala kiinnittää pitkän aikavälin strategiaan, jota Lean-ajattelun syvälinen käyttö vaatii. Julkiselle terveydenhuollon sektorille yleistä on, että Lean-ajattelu on pyritty irrottamaan kontekstista eli tehdastuotannosta ja sillä on pyritty saamaan aikaan nopeita muutoksia hyvin erilaisissa ympäristöissä. Tällaiselle ajattelulle tyypillisistä on, että prosessimainen toiminta on ollut ratkaisu pelkäämään organisaation sisäisiin ongelmiin ja fokus on keskitetty pois Leanin syvemmästä tarkoituksesta, syvällisestä filosofiasta sekä asiakkaiden odotuksista. Vaikutuksia on täten tullut vain esimerkiksi sairaalan osaston sisäiseen dynamiikkaan ja valtasuhteisiin vaikka vaikutuksen tulisi olla sekä sisäisessä tehokkuuden parantamisessa että asiakasnäkökulmassa. (Radnor ym. 2011; Radnor & Osborne 2012; Joosten ym. 2015.)

Jatkuva parantaminen sairaalassa on moniammatillista ja kuuluu jokapäiväiseen työhön. Jokaisen prosessi parannuksen tulisi olla systeemiä parantavaa matalan kynnyksen toimintaa. Sairaalaorganisaation jatkuva parantaminen onkin ollut oiva tapa saattaa yhteen monen ammattikunnan edustajia. Se ei ole ongelmatonta, koska sairaalakulttuuri on hyvin institutionalisoitunutta ja eri professioihin hajautunutta ja näin ollen työskentelymetodeiksi ovat nauliintuneet siilomaiset tavat, jossa yhteistyö on juurtunut vahvasti esimerkiksi omalle osastolle. Tyypillistä onkin, että parantaminen pysähtyy tarpeeksi hyvän tason saavutettuaan, vaikka kaizenin pääajatuksena on jatkuva pyrkiminen parempaan. (Graban 2012, 192-193; Graban & Swartz 2012, 2-3; Hines ym. 2015.)

Kaizen työpajat ovat toimineet pääosin hyvin sairaalamaailmassa juuri siksi, että se on innostanut työntekijöitä kehittämiseen mukaan. Se on myös antanut näkyviä tuloksia ja näin ollen mielikuvia Leanista lisärasitteena on saatu vähennettyä. Julkinen sairaalakulttuuri on kuitenkin vahvasti liitettävissä ”käske ja hallitse”-tyyppiseen ajattelutapaan, jossa henkilökunta on tottunut tekemään niin kuin käsketään. Tyypillistä on, että ennen Kaizenia ei henkilökuntaa ole juurikaan otettu mukaan kehittämisprojekteihin. Henkilökunnan mukaanotto prosessien parantamiseen voi hämmentää. Parannusten tekeminen voi johtaa myös harhaan ja syntyy yleinen luulo, että parannukset liittyvät aina suureen ja täydellisyyttä tuovaan muutokseen. (Graban 2012, 192; Graban & Swartz 2012; Hines ym. 2015.)

Implementoidessa Lean-ajattelua julkiseen terveydenhuoltoon tulee siis huomiota kiinnittää etenkin kontekstisidonnaisuuteen ja julkisen terveydenhuollon erityispiirteisiin. On huomattava, että prosessiperustainen toimintojen tehostaminen on johdettu teollisuudesta, jossa prosessit määräytyvät hyvin eri tavalla kuin sairaalassa. Julkisessa sairaalassa myös erityispiirteet ovat erilaiset ja perinteisesti ne ovat muodostuneet vahvoista hierarkisista suhteista ja professionaalista osaamisesta sekä moninaisuudesta ja moninaisuuteen liittyvistä kulttuurisista ja yksilöllisistä tekijöistä. Sairaalaorganisaation nähdään olevan myös palveluorganisaatio ja täten Lean-ajattelun implementointia tulee tarkastella myös tästä näkökulmasta. Näin ollen saadaan näkökulmia siihen, miten prosessimainen toimintojen tehostaminen onnistuu palveluorganisaatiossa ja minkälaisia vaikutuksia ja haasteita palveluorganisaatio implementoinnille asettaa.

2.3 Lean-ajattelu palveluorganisaatiossa

Radnor ja Osborne (2012) mukaan tehokkuusparadoksissa tulisi huomioida terveydenhuollon erityispiirteet julkisia palveluita tuottavana organisaationa ja tarkastella Lean-ajattelua sekä tehokkuutta hukan poiston sekä taloudellisten näkökulmien kautta että etenkin asiakkaan ja työntekijöiden näkökulmasta. Dahlgaard ym. (2011) näkevät, että Lean-ajattelu palveluorganisaatiossa tarkoittaa asiakkaiden ja sidosryhmäläisten tyytyväisyyden lisäämistä jatkuvan parantamisen kautta. Kaikkien työntekijöiden ammattikuntaan katsomatta on aktiivisesti osallistuttava hukan poistamiseen. Kaiken toiminnan tulisi terveydenhuollossa olla asiakaslähtöistä korkeasta professionaalista osaamisesta huolimatta. Palveluntuotannon pääpiirteenä onkin ollut se, että kuvitellaan sen vaativan lisäresursseja vaikka funktion tulisi olla resurssien tehokkaassa käytössä ja näin ollen se vaatii moniammatillista asiakaslähtöistä toimintaa. (Grönroos 1987, 9-10; Graban 2012, 23; Hines ym. 2015.)

Ackerman ym.(2011) sekä Radnor (2011) korostavat, että vaikka prosessimainen toimintojen tehostaminen on palveluorganisaatioon toivottu tehostamisen keino, on kuitenkin liian aikaista pitää sitä ratkaisuna Radnorin & Osbornen (2012) määrittämään tehokkuusparadoksiin. Ackermanin ym. (2011) ja Radnorin (2011) mukaan toimintojen tehostaminen ja hukan poistaminen prosessien kautta palveluorganisaatiossa voi olla enemmänkin apuväline kuin kauaskantoinen ratkaisu. Se voi olla ennemminkin esimerkki työn tekemiselle ja uudennlaiselle ajattelutavalle kuin kokonaisvaltaiselle filosofian hyväksymiselle, jolloin se voi toimia sysäyksenä jatkuvalla kehittämiselle. Tällöin palveluorganisaatiot pystyvät muuttamaan toimintaa yhteisöllisemmäksi tuottaen näin asiakkaalle laadukkaampia ja nopeammin saatavia palveluita.

Ajatus sisäisen tehokkuuden lisäämisestä ei ole palveluorganisaation ensisijainen tehtävä vaan tärkeänä prioriteettina on tuottaa arvoa ja laatua asiakkaalle ja luoda palveluista myös julkisen politiikan prioriteetti. Prosessimainen toimintojen tehostaminen ja hukan poistaminen terveydenhuollon organisaatossa nähdään parantavan palvelunäkökulmaa, mikäli Lean-ajattelulla keskitytään parantamaan asiakasnäkökulmasta ydinprosesseja eikä vain sisäisiä prosesseja osastojen sisällä. (Burgess & Radnor 2011; Radnor ym. 2011; Osborne ym. 2015.) Syvätason prosessien parantamisen tavoitteena ei ole tinkiä palveluiden laadusta vaan nimenomaan lisätä sitä, lisäämällä palvelukokonaisuuteen asiakkaan tarpeita ja nostamalla ne keskiöön. Siksi huomioon on otettava

myös palveluiden tuottajien suorituskyky ja toimintaympäristön turvallisuus. (Burgess & Radnor 2011; Radnor ym. 2011; Cheng 2014; Osborne ym. 2015.)

Prosessiajattelun mukaan ottaminen julkiseen palveluntuotantoon ei ole ollut ongelmatonta. Julkinen sektori poikkeaa yksityisestä sektorista muun muassa siten, että se ei tavoittele samanlaista liikevoittoa kuin yksityinen sektori, julkinen sektori on suunniteltu hyvin resurssitehokkaaksi ja kapasiteettikeskeiseksi ja etenkin terveydenhuolto omaa erilaisen arvomaailman kuin yksityinen teollisuuden ala. Julkista palvelusektoria, etenkin terveydenhuoltoa, ohjaa myös useat poliittiset voimat. Myös teollisuuden laadun hallinta on erilaista, sillä ongelma johtuu lähes aina koneesta, ei asiakkaasta kuten terveydenhuollon joissakin tapauksissa. Sama ongelma koskee myös vaiheikoja ja sen ongelmallista määrittelyä julkisissa potilasprosesseissa sekä kysynnän epävarmuustekijöitä esimerkiksi akuuttiosastoilla, jossa asiakkaiden vaihtelu on suurta. Huomioon täytyy ottaa myös julkisten palveluiden yleinen vaikuttavuus sekä julkinen pääoma palveluiden rahoittajana kun taas yksityisellä sektorilla fokuksena on tehokkuuden kasvattaminen, varojen uudelleen-sijoittaminen sekä kulujen pienentäminen. Toisin sanottuna sektoreiden menestystekijät eroavat toisistaan. (Joosten ym. 2009; Radnor ym. 2011; Radnor & Osborne 2012; Cheng 2014.)

Terveydenhuollon palveluorganisaatioille ominaista on ollut, että asiakkaan ääni jää peittoon ja yksilön ääntä edustaa jonkin profession edustaja. Vaarana on, että käyttäjänäkökulma jää huomiotta. Profession ylivertainen tietämys asiakasta kohtaan voi jättää alleen loppukäyttäjän näkökulman. Myös profession erilaiset valtasuhteet toisiinsa tuottaa ongelmia. Lääkärin hierarkia hoitajaa kohtaan voi johtaa siihen, että vain ylemmän kliinisen tason mielipidettä arvostetaan ja näin ollen palvelu perustuu vain lääkärin arvioon, moninäkökulmaisuuksiensa sijaan, jolloin asiakkaan palvelulle määrittämä arvo ei tule esiin. Tämä on ongelmallista myös palveluntuotannon kannalta, sillä palveluorganisaation keskeisimpänä piirteenä tulisi olla asiakkaan tarpeet ja niihin vastaaminen asiakkaan, ei profession näkökulmasta. (Radnor 2011; Radnor & Osborne 2012; Poksinska 2013; Cheng 2014.)

Palveluorganisaatiossa tarkoituksena on ottaa asiakkaat ja sidosryhmät aktiivisesti mukaan palveluiden kehittämiseen, jolloin pyritään rikkomaan myös rakenteita ja sektorimaista terveydenhuollon kulttuuria. Tehokkuuteen vaaditaan niin henkilökunnan kuin teknologiankin moniosaamista ja

kykyä verkostomaiseen työskentelyyn sidosryhmien kanssa. Näin ollen sekä hukan poisto että tyytyväiset asiakkaat nousevat palveluorganisaation keskiöön. Rakenteet ja sektorimainen työskentely syntyy pitkälti hierarkisista valtasuhteista eri professioiden sekä ammattikuntien välillä. Sektorimaisuus tulee esiin taas keskittyessä esimerkiksi oman osaston tai oman professioammattin edustajiin ja linkittäen näin fokusta ammattikunnan tai osaston sisäisiin tekijöihin enemmän kuin ulkoisiin tai kokonaisvaltaisiin. Palveluntuotannon esteenä voikin olla kaventunut näkökulma omaa professiota tai toiminta-aluetta kohtaan. (Wiili-Peltola 2005, 33-40; Joosten ym. 2009; Hicks ym. 2015.)

Asiakkaan määrittäminen on terveydenhuollon palveluntuotannon suuri ongelmakohta. Yksityisellä sektorilla sekä asiakas että toimeksiantaja ovat sama asia ja asiakkaat pystyvät vaikuttamaan palveluprosessiin omien mieltymysten mukaan, mutta julkisella sektorilla asia ei ole näin yksinkertainen. Tällöin prosessien parantaminen asiakkaan näkökulmasta hankaloituu, koska asiakas voi eri palveluprosesseissa tarkoittaa ihan eri asiaa. Huomioon tulisi ottaa se, että asiakas määrittää palveluprosessiin arvon ja on siksi kiinteänä osana palveluprosessissa. (Radnor & Walley 2008; Radnor & Osborne 2011; Radnor ym. 2012; Poksinska 2014.)

Puhuttaessa asiakasnäkökulmasta, voi se palveluorganisaatiossa tarkoittaa esimerkiksi palveluiden loppukäyttäjää, tulevaisuuden käyttäjää, sairaalan sisäisiä osastoja tai poliittisia tahoja. Myös kontekstisidonnaisuus ja kokonaisuuden hahmottaminen etenkin sairaalaorganisaatiossa vaikeutuu silloin, kun palveluajattelu heikkenee asiakkaan ollessa pimennossa. Tällöin myös arvon sekä prosessien parantamisen ja hukan tekemisen raja hämärtyy, koska jos arvoa ei osata täysin määritellä, ei voida määritellä täysin hukkaakaan ja on vaarana, että tehokkuuden parantaminen kohdistuu sisäisiin tekijöihin ja prosessin lopputuotteesta tulee toiminnan määränpää. Jo lähtökohtaisesti asiakasnäkökulmaan keskittymistä hidastaa sairaalan kompleksinen ympäristö, jota säätelee vahvat systeemit sekä professioryhmät ja poliittiset tekijät. Palvelunäkökulma on kuitenkin asiakkaan näkökulmasta Lean- ajattelun onnistumiselle perusedellytys, jota ei voi ohittaa, mikäli halutaan, että prosessiajattelusta ja hukan poistosta tulee julkisen sektorin organisaation uusi organisaatiokulttuuri. (Radnor & Walley 2008; Radnor & Osborne 2011; Radnor ym. 2012; Cheng 2014.)

Joostenin ym.(2009) mukaan Lean-ajattelu sekä terveydenhuollossa että palveluorganisaatioissa kuin myös sen alkuperäisessä kontekstissa on saanut osakseen myös kritiikkiä. Kritiikki on koskenut kontekstista riippumatta hyvin samanlaisia asioita, jotka liittyvät muun muassa ihmisyyteen, inhimillisyyteen, liialliseen tehokkuuteen sekä kontekstiriippuvuuteen. Kontekstiriippuvuutta on kuitenkin hyvä hieman eritellä.

2.4 Lean-ajatteluun kohdistuva kritiikki

Lean-ajattelun hyödyntäminen ei ole ollut ongelmaton vaan sitä kohtaan on esiintynyt myös paljon kritiikkiä. Teorian Lean-ajattelua on käytetty hyvin monessa kontekstissa ja alkuperä kytkeytyy Japaniin ja kritiikkiä onkin esiintynyt kulttuurisesta erilaisuudesta. Japanilainen työkuulttuuri nähdään länsimaissa hyvin erilaisena verrattuna omaan ja voi olla, että Lean-ajattelua on hyödynnettykin ”liian suurten voittojen toivossa”. Jo aiemmin käsittelemäni kontekstisidonnaisuus on iso osa Lean-ajattelua koskevaa kritiikkiä. Yksityiselle teollisuudenalalle kehitetty menetelmä, joka pohjautuu vakaaseen kysyntään, on levinnyt muun muassa terveydenhuollon alalle, jossa kysyntä voi sisältää hyvinkin paljon vaihtelua. Se on lisännyt työkalujen ja Lean-filosofian käytön haasteita. (Green 1999, 24-26; Kollberg ym. 2011.)

Myös työkuulttuurin erilaisuus on noussut kritiikin osaksi. Japanin työkuulttuuri on sitouttanut työntekijänsä eri tavalla työhön kuin esimerkiksi länsimaissa. Työkuulttuuri on armoitonta ja työntekijöiltä vaaditaan sitoutumista. Japanissa työpäivä voi kestää monta tuntia enemmän kuin mihin Suomessa on totuttu. Myös loma-ajat sekä työntekijöiden etuudet ovat erilaiset. Prosessiajattelun työn jatkuvuuden aspektin kautta kritiikki kohdistetaan työntekijöiden hyvinvointiin, jossa nähdään, että Lean-ajattelu on lisännyt työntekijöiden taakkaa. Heidän tehtävä on ollut osallistua työtavan kehittämiseen, jossa henkilökunnalta vaaditaan jatkuvaa läsnäoloa ja paremmuuteen pyrkimistä. Tällöin Lean-ajattelun ydin kääntyy pääläelleen. (Green 1999, 24-26; Joosten ym. 2009; Kollberg ym. 2011.)

Teollisuuden tuotannon menetelmänä Leania on pyritty kopioimaan suoraan myös muille aloille ja julkiselle sektorille. Lean-ajattelu on näin ollen epäonnistunut monissa pitkän aikavälin tavoitteissa, koska sen hyödyntäminen ei ole ollut kontekstisidonnaista ja strategista. Tähän väitteeseen

liittyy kiinteästi myös jo yllämainittu työntekijöiden huonontunut hyvinvointi, joka voi olla seurausta siitä, että kontekstisidonnaisuutta on laiminlyöty. (Hines ym. 2004; Arfman & Topolansky 2014.)

Pitkällä aikavälillä Lean-ajattelun tarkoitus ei ole lisätä työntekijöiden taakkaa, vaan päinvastoin, vähentää sitä. Lean-ajattelun osana palvelusektoria on saanut osakseen myös kritiikkiä. Kriitikissä kyseenalaistetaan se, ovatko onnistumiset ja suorituskyvyn paraneminen organisaatiossa Lean-ajattelun tulosta vai onko se johtunut joistakin muista tekijöistä. On kyseenalaistettu myös prosessimaisen ajattelun käsite palvelusektorilla. Koska on selvää, että menetelmä ei ole suoraan siirrettävissä esimerkiksi terveydenhuoltoon, voidaanko täten näitä organisaatioita kutsua Lean-organisaatioiksi. Työkalujen soveltaminen ei kritiikin mukaan edusta enää alkuperäistä Leania ja sen tuottamaa tulosta. Työkalujen käyttö on myös ongelmallista, koska palveluorganisaatiossa ei voida tehdä palveluita valmiiksi ja ne eivät ole osa markkinoita. (Hines ym. 2004; Joosten ym. 2009; Arfman & Topolansky 2014.)

Hyvin yleisenä kritiikkinä Lean-ajattelua kohtaan, sektorista riippumatta, on nähty olevan menetelmän käyttö innovaatioita rajoittavana toimintana. Tämä paradoksi käy toteen silloin, kun Lean-ajattelu rajoittaa organisaation toimintamahdollisuuksia tilanteissa, jolloin organisaation tulisi joustaa ja lisätä motivaatiota sekä henkilökunnan itsemääräämisoikeutta omaan työhön. Liiallinen keskittyminen Leanin standardeihin sekä sitoviin työkaluihin vie organisaation oppimiskapasiteettia pois toivotusta. Standardit vievät toisaalta myös fokusta pois yksilöistä ja heidän työskentelyfilosofiastaan. Kaikille ei sovi tällainen työskentelytapa, vaan kontekstinäkökulman lisäksi Lean-ajattelua tulisi muokata myös yksilönäkökulmasta. (Widal 2007; Wang & Huzzard 2012.)

Sairaalaorganisaatiossa Lean-ajattelu on saanut kritiikkiä toki kontekstisidonnaisuudesta, mutta myös sen löyhästä määrittämisestä. Mazzocato ym. (2010) kritisoivatkin sitä, että vain harvat sairaalat ovat käyttäneet tyylipuhdasta Lean-ajattelua. Moni on keskittynyt vain valikoitujen osien käyttämiseen, jolloin prosessimainen toimintojen tehostaminen ja hukan poistaminen eivät ole yhteydessä sen alkuperäiseen ajatukseen. Tällöin De Souza (2009) mukaan saadaan käyttöön vain hyvin pieni osa Leanin hyödyistä. Myös Leanin soveltamisessa sairaalakontekstiin on ollut Pok-

sinskan (2010) mukaan puutteita, koska terveydenhuollon kontekstissa taitavia kouluttajia on vähän ja näin ollen syvällisemmän filosofian ymmärtäminen voi olla ongelmallista. Myös Hines ym. (2009) on kritisoinut Lean-ajattelua siitä, että sen on nähty lisäävän osittain myös rivityöntekijöiden työtä etenkin prosessien alkuvaiheessa.

Prosessiperustainen hukan poisto on saanut kritiikkiä sairaalaympäristössä myös siitä, että se ei pysty tuottamaan tehokkuutta ja vaikuttavuutta koko sairaalan osalta. Cheng (2014) nostaa esiin, että Leanilla on onnistuttu tehostamaan etenkin laboratorioiden ja akuuttiosastojen sekä potilaiden odotusaikoihin vaikuttavia prosesseja, mutta vähemmälle huomiolle on jäänyt sairaalan osastot, joissa hoidetaan mentaalisista ongelmista kärsiviä potilaita. Näiden asiakkaiden kohdalla tehokkuus ei välttämättä näyttäytyä hyvänä asiana vaan päinvastoin, voi näyttäytyä rasitteena. Tähän liittyy kiinteästi myös näkemys siitä, että Lean-ajattelun ei nähdä olevan tarpeeksi joustava terveydenhuollon kontekstiin. Tämä tarkoittaa sitä, että sen sopeutuminen inhimilliseen vaihteluun esimerkiksi akuuttiosastoilla voi olla hankalaa. (Joosten ym.2009; La Ganga 2011; Radnor 2011.)

Lean-ajattelua voidaan kritisoida Radnorin & Osbornen (2013), de Souza'n (2009) sekä Fillinghamin (2008) mukaan muun muassa siitä, että etenkin terveydenhuollossa Lean merkitsee monesti löyhää suhtautumista alun perin Toyotan hyvinkin teoreettiseen näkemykseen toimintojen tehostamisesta. Suárez- Barraza ym.(2012) nostaa esiin näkemyksen, jonka mukaan Leanista on nähtävillä enemmän ajatteluun perustuvia implementointeja juuri sen takia, että sen merkitystä ei ole jaoteltu esimerkiksi palveluntuotantoon ja terveydenhuoltoon. Tämä tarkoittaa sitä, että Leanista ei ole saatavilla teoreettista metodologiaa siihen, kuinka implementaatio eri sektoreille tapahtuu systemaattisesti. Näin ollen vaihtelu on suurta implementoinnin perustuessa pelkästään ajattelun metodeihin ja sieltä poimittuihin tärkeimpiin työkaluihin ja menetelmiin. Toisin on Womackin & Jonesin (1996) mukaan Toyotan tehtailla, jossa toiminta perustuu teoreettiseen metodiin ja toistuu samanlaisena tehtaalta toiseen.

Laajempi ja systemaattinen, Leanin teoreettisempi käyttö vaatii Staatsin ym.(2011) mukaan eri sektoreiden kollektiivisempaa mukaantuloa ja näin ollen teoreettisten mallien luomista implementaatiolle. Hajautettujen ja eri vaiheissa olevien ajattelutapojen yhdistäminen teoriaksi eri sekto-

reilla koituu Radnorin & Osbornen (2013) mukaan ongelmalliseksi. Näin ollen puhutaan ennemminkin Lean-ajattelusta kuin Lean-teoriasta, mikä on vastoin TPS:n alkuperäistä Leania, jossa sen nähdään toimivan teorian tavoin. Tällöin voidaan puhua myös puhtaasta Leanauksesta, jolloin periaatteena on syvällisen filosofian ymmärrys ja kaikkien työkalujen systemaattinen käyttö. Julkisella sektorilla sekä palvelusektorilla on Hadidin & Mansourin (2013) mukaan ollut kuitenkin ongelmallista se, että puhtaasta Leanausta ei ole toteutettu vaan ajattelu on muotoutunut valittujen työkalujen käytöstä. Tämä johtuu pitkälti organisaatiokulttuurisista sekä kontekstiin perustuvista tekijöistä ja siitä, että esimerkiksi julkisen sektorin Leanin implementaatio on tapahtunut pirstaleisesti. Näin ollen Radnorin & Osbornen (2013) mukaan voidaan puhua ennemmin Lean-ajattelusta, koska esimerkiksi hoitopolut eivät ole useinkaan rakennettu Lean-teorian mukaan vaan jokin osa niistä voi soveltaa Lean-ajattelua ja polun muut osapuolet eivät sovelta Leania lainkaan.

3 Organisaatiokulttuuri terveydenhuollon organisaatiossa

3.1 Organisaatiokulttuurin määrittäminen

Organisaatiokulttuurille löytyy monia merkityksiä. Se ei ole organisaation yhteinen ymmärrys asiasta vaan usein monisyisesti selitetty asia (Enckel 1998, 30-31). Sitä voidaan määritellä yhdistävänä tai erottavana tekijänä, jota on verrattu myös ihmisen persoonaan. Organisaatiokulttuureja ei ole siis samanlaisia vaan jokainen kulttuuri on omanlaisensa. Erityisen tärkeäksi organisaatiokulttuurin määrittämisessä löytyy ne eroavaisuudet, jotka erottavat organisaatiot toisistaan. Eli mitkä ovat ne kulttuuriset tekijät, joilla määritellään itseä muista (Hofsteden 1991, 180; Juuti 1994, 154-155). Harisalo (2008, 264-265) määrittää organisaatiokulttuurin organisaation sisäiseksi, henkiseksi todellisuudeksi. Tämä hankalasti lähestyttävä tekijä määrittää organisaatiossa toimivien ajattelua, käyttäytymistä sekä valintoja. Sen on todettu olevan myös sisäänrakennettuja lakeja, sääntöjä ja tapoja työskennellä (Christensen ym. 2007).

Kiinnostus organisaatiokulttuureihin lisääntyi 1970 -1980- luvun taitteessa, jolloin koettiin, että klassiset organisaatioteoriat eivät antaneet enää vastauksia uusiin tieteellisiin mielenkiintoihin (Harisalo 2008, 264-266). Tällöin alettiin näkemään organisaatiokulttuuri sekä metaforana akateemisessa keskustelussa sekä muuttujana liike-elämässä (Huhtala & Laakso 2007, 27). Organisaatiotutkimuksen kiintopiste siirtyi silloin koskemaan työyhteisöjen luovuutta, joustavuutta, motiivointia, sitoutumista sekä laatua (Seeck 2008, 204–205.) Kiinnostus organisaatiokulttuureihin selittyy myös osaltaan sen hetkisen maailman tilanteen mukaan, jossa japanilaiset tehokkuuteen painottuvat yritykset saavuttivat johtajuutta myös kansainvälisesti kun todettiin että pelkkä rationaalisuus ei enää anna vastauksia tuottavuuden ongelmiin (Morgan 1997, 119-120).

Yksilötasolla organisaatiokulttuuri ilmenee tiedostamattomalla tasolla silloin, kun organisaation perusolettamukset on hyväksytty. Perusolettamuksina voidaan pitää ajattelun, käyttäytymisen ja valintojen keskeiset perustat. Nämä organisaation syvätasot määrittävät muun muassa yksilön käyttäytymistä ja käsityksiä todellisuudesta. Kun nämä perusolettamukset on hyväksytty, alkavat yksilöt pitää niitä itsestäänselvyyksinä ja relevantteina, mutta tiedostamattomina toimintamalleina. (Schein 1987, 19; Harisalo 2008, 267.) Tämä näkemys korostaa ajatusta, että yksilö on pyritty

näkemään kulttuurista riippuvaisena sekä kulttuuria luovana ja kulttuuria käyttävänä jäsenenä. Ei siis voida todeta, että vain organisaatio tuottaisi kulttuuria vaan siihen liittyvät kiinteästi myös yksilöt (Korhonen & Leimu 1997, 28-30). Organisaatiokulttuuri muovautuukin jatkuvan vuoro-vaikutuksen tuloksena, koska organisaatiot ovat avoimia järjestelmiä (Schein 1987, 19-20).

Organisaatiokulttuuria ja sen tasoja on määritelty monin tavoin. Schein (1984) määrittelee organisaation kulttuurin muodostuvan kolmesta tasosta. Näkymättömiä ja tiedostamattomia tasoja, jotka vaikuttavat ajatteluun, käyttäytymiseen, ryhmätoimintaan sekä valintoihin kuvataan perusolettamuksina. Arvot taas määrittyvät niiden mukaan, mitä pidetään organisaatiossa tärkeänä. Arvot sekä perspektiivit, eivät liity tiedostamattomaan tasoon vaan kytkeytyy tasoon, jossa tiedostaminen on selkeämpää. Perspektiivien merkitys korostuu normeina, sääntöinä ja vaatimuksina siksi, että ongelmien ja haasteiden käsittely olisi luontaisesti helpompaa. Viimeinen taso kuvaa kulttuurin näkyviä osia, jotka konkretisoituvat fyysisinä tuloksina (teknologia, rakennukset, vaatetus), käyttäytymistuloksina (rituaalit, seremoniat, rutiinit) sekä kielen tuloksina (kertomukset, symbolit, tarinat). (Schein 1987, 32-33; Harisalo 2008, 268-269.)

Organisaatiokulttuuri voi olla vahva tai heikko riippuen organisaation perusolettamuksista, jotka ovat joko heikkoja tai vahvoja. Vahvassa kulttuurissa sellaisia tekijöitä ei ole, jotka aiheuttaisivat ristiriitoja perusolettamusten välille. Vahvan organisaatiokulttuurin vallitessa perusolettamukset on sisäistetty ja ne säätelevät toimintaa. Vahva kulttuuri lisää orgaanisen organisaation mahdollisuutta. Kulttuurin ollessa heikko perusolettamukset riitelevät keskenään. Se taas estää niiden hyväksymistä, jolloin kriittisyys lisääntyy. Tällaiset tilanteet edistävät kulttuurin hajoamista erilaisiksi alakulttuureiksi. (Hatch 2006, 176; Harisalo 2008, 270-271.)

Organisaatiokulttuurin näkemykseen on vallallaan kaksi pääsuuntausta. Toisessa kulttuuri nähdään muuttujana ja toisessa metaforana. Muuttujanäkökulma tarkoittaa sitä, että kulttuuri on organisaation ominaisuus, jolloin kulttuurin nähdään olevan organisaatiolla. Organisaatiot ovat siis kulttuuria tuottavia, jossa se toimii yhtenä organisaation ominaisuutena (Organization has a culture). Muuttujanäkökulma korostaakin, että organisaation rakenteita ja prosesseja määrittää kulttuuri. Metafora näkökulma kuvaa taas sitä, että itse organisaatio on kulttuuri (organization is a

culture). Tämä tarkoittaa sitä, että organisaatio on oman kulttuurinsa tuote. (Smircich 1983a, 347; Kinnunen 1990, 15-21; Aaltio-Marjosola 1992, 36-38; Strati 1998.)

Kulttuuria voidaan siis tarkastella monesta eri näkymästä ja monelta eri organisaation tasolta ja siihen liittyy kiinteästi organisaation monimuotoisuus ja kulttuuristen tekijöiden vaikutus eri asioihin. Martin (1992, 8) korostaakin, että organisaatiokulttuurilla on vaikutuksia niin näkyviin kuin näkymättömiinkin tahoihin. Näitä voivat olla esimerkiksi tavat toimia tai henkilökunnan hyvinvointi, joka voi pysytellä pitkäänkin näkymättömänä. Organisaatiokulttuuria tutkittaessa valitaanakin näkökulma, joka määrittää Aalto-Marjosolan (1992, 35) mukaan se, mitä kulttuurista osaa tutkitaan ja mikä jää tutkimuksessa pimentoon.

Organisaatiokulttuurin vaikutukset työntekijöihin ja ympäristöön nousevat esiin Denisonin (1996) näkemyksen kautta, jonka mukaan kulttuuri muotoutuu ryhmän jäsenten käsityksistä ympäröivästä todellisuudesta. Arvot ja niille annetut merkitykset ja oletukset kiinnittyvät vahvasti työhyvinvointiin liittyviin tekijöihin, koska ne määrittävät Martinin (1992, 5-6) mukaan hyvin pitkälle organisaation persoonaa ja erityisyyttä. Näin ollen mikäli arvot ja oletukset sekä kulttuurin merkitykset ovat syntyneet kollektiivisesta kulttuurin muodostumisesta, on organisaation henkilökunta todennäköisesti tyytyväisempiä työhön ja työympäristöönsä. Näin ollen kulttuurisia tekijöitä tulisi huomioida myös johtamisen näkökulmasta ja tunnistaa oman organisaation herkkyydet, jolloin organisaation kulttuuria pystytään hyödyntämään ja se pystytään tunnistamaan.

Organisaatiokulttuuria määriteltäessä on huomioitava myös ne tekijät, jotka vaikuttavat siihen, millaiseksi kulttuuri muodostuu. Karloff & Lövingssön (2006) nostavat esiin sen, että organisaatiokulttuuri voi muotoutua suoraan joistakin tekijöistä kuten professioista tai persoonallisuuksista. Kulttuuria on myös voitu historian saatossa aktiivisesti ajaa kohti tiettyä suuntaa. Näin ollen näkökulmaksi saadaan se, että yksilöilläkin voi olla suuri merkitys kulttuurin muotoutumiseen etenkin persoonallisuuksien kautta. Martinin (1992) näkemys kulttuurien moninaisuudesta saa tukea Karloffin & Lövingssönin (2006) näkemyksestä, jolloin kulttuurinen yhdenmukaisuus tai hajonneisuus voi olla myös yksilöiden aikaansaamaa ja kulttuuri voi olla persoonaan perustuvan vallan kautta yhdistynyt tai hajonnut pienempiin ryhmiin. Näin ollen yhdistävät kokemukset ja ympäröivä kulttuuri yhdistyvät organisaatiota ympäröiväksi todellisuudeksi.

Kulttuuri välittyy organisaatiossa niin ihmisten kuin toimintojen ja valintojen kautta. Sen voidaan siis nähdä olevan osa organisaation henkilökuntaa mutta myös välittyvän henkilöiden välisissä suhteissa ja ikään kuin suurempana tekijänä henkilökunnan ja organisaatioiden kesellä (Kirton & Greene 2010, 237). Näin ollen yksi näkökulma kulttuurin tutkimiselle on se, että sitä tarkastellaan alhaalta ylöspäin ja ylhäältä alaspäin. Huomioon otetaan siis Martinin (2002) ja Alvessonin (2002) mukaan niin yksilöt ja persoonat kuin organisaation eri tasot. Näin ollen voidaan syventää huomioita siitä, millainen kollektiivinen kulttuuri organisaatiossa vallitsee ja miten sitä täytyy tulkita, vai onko kulttuuri kenties Martinin (1992) mukaan hajonnut pienempiin osiin etenkin organisaatiokulttuurin dynamiikan muutoksien johdosta.

Tarkastellessa organisaatiokulttuuria ja sen muutostilannetta on hyvä tarkastella etenkin tilanteessa, jossa kulttuuria halutaan muuttaa esimiestasolta johonkin suuntaan. Schein (1984) kuvasi organisaatiokulttuurin muutoksen olevan ”dynaaminen prosessi” ja perustuvan organisaation arvoihin kun taas toiset tutkijat ovat nähneet kulttuurin muutoksen olevan enemmän hiljattain tapahtuvaa, ajatukseltaan rinnastettavissa Lean-ajattelun jatkuvan parantamisen kulttuuriin (Gagliardi 1986; Liker 2004).

Mikäli organisaatiokulttuuri on muodostunut esimerkiksi vahvojen persoonien tai eri ammattien edustajien kautta, ovat persoonat ja ammattikunnan edustajat keskeisessä roolissa kulttuurin muuttamisessa. Näin ollen Simonsin ym. (2015) sekä Hinesin ym. (2015) mukaan saadaan esimerkin avulla kulttuurin muutosta aikaiseksi ja pystytään murtamaan uhkakuvia uudesta todellisuudesta ja aletaan toimia esimerkin ohjeistamalla tavalla. Tämän avulla pystytään irrottautumaan myös aiemmista kulttuurisista kahleista vähittäisesti vaikkakin se on hankalaa, sillä Scheinin (1984) mukaan muutoksessa on mukana myös tunteita ja aistimuksia ja näin ollen on normaalia, että työntekijät pyrkivät pitämään yllä tunnettua vanhaa kulttuurimuotoa. Tällöin vähittäisenkin muutoksen uhkana on voimakas vastarinta ja kulttuurinen kuilu uuden ja vanhan välillä. Myös uusien tapojen sisäistäminen ja kommunikointi joutuu murrokseen. Mitä uudempi ja vähemmän tunnettu asia uusi kulttuuri ja sen muutos on, sitä enemmän vastustusta syntyy. Mitä paremmin se on perusteltu muutoksen ajajan taholta, sitä helpompi vastarintaa on rikkoa.

Gagliardin (1986) sekä Scheinin (1984) näkemykset organisaatiokulttuurin muutoksen läpiviemisestä korostavat sitä, että sekä uuden että vanhan kulttuurin näkemyksien on kohdattava. Jotta murros voi tapahtua, ei hidaskaan muutos voi olla aiemmasta kulttuurista oleellisesti poikkeava. Myös siirtymävaiheen vanhasta uuteen tulee kohdata uuden strategian kanssa. Näin ollen voidaan tuoda ilmi, mitä hyötyä kulttuurin muuttamisella on organisaatiolle ja millaisena se työntekijöiden arjessa sekä organisaation tasolla näyttäytyy. Esimerkin avulla pystytään myös todentamaan uuden kulttuurin hyödyt suhteessa vanhaan. Näin ollen Scheinin (1984) näkemys organisaatiokulttuurin muutettavuudesta kulkee kehää, jonka pääluokat jakaantuvat siis neljään luokkaan. Arvot ovat määrittävä tekijä sekä alussa sekä lopussa. Arvojen on muututtava, jotta kulttuurista muutosta voi tapahtua. Arvot muuttuvat edellä kuvattujen artifaktien, symboleiden sekä oletusten kautta, jotka lopulta muuttuvat uusiksi arvoiksi. Uusien arvojen syntyessä voidaan puhua kulttuurisesta muutoksesta. (Iljins ym. 2015; Simons ym. 2015.)

Hatchin (1993) näkemys organisaatiokulttuurin muutoksesta poikkeaa Scheinin (1984) näkemyksestä siten, että Hatch (1993) korostaa muutoksen olevan enemmän vastavuoroista toimintaa. Hänen mukaansa kulttuurin muutos noudattaa samanlaista kehää Scheinin (1984) näkemyksen kanssa, mutta muutos ei ole pelkästään eteenpäin menevää vaan tapahtuu vuorovaikutuksessa, välillä eteenpäin menevänä toimintana, välillä taaksepäin menevänä toimintana. Ei siis voida olettaa, että dynaaminen muutos olisi suoraviivaista eteenpäin menevää, vaan Iljins ym. (2015) huomioi enemmän myös kulttuurin vaikuttavat vastarintatekijät ja syventää tulkinnallista näkökulmaa siitä, mitkä uudet kulttuurin muodostumisen tekijät edistävät ja toisaalta hidastavat dynaamisuutta.

Hatchin (1993) esittämä malli sopii hyvin sairaalakontekstiin juuri sen vuorovaikutuksellisuuden kautta. Sekä eteenpäin että taaksepäin menevät prosessit kulttuurinmuutoksessa tuo esiin etenkin kulttuurisen moninaisuuden ja sen haasteet kulttuurin muutoksessa ja dynaamisuuden lisäämisessä. Näin ollen pystytään huomioimaan paremmin toteutumisen, symbolisaation, tulkinnan ja ilmentämisen vaiheita ja pystytään erottelemaan ne tekijät, jotka siihen vaikuttavat. Etenkin niissä organisaatioissa, jossa kollektiivista kulttuuria on hankala löytää, on tällainen tarkastelu mielestäni välttämätöntä, koska esimerkiksi sairaalakontekstissa voidaan nähdä, että vahvat professiot ajavat kulttuurin dynamiikkaa eteenpäin kun taas muut ammattikunnat voivat ajaa sitä välillä toiseen suuntaan tai vastaavasti toisin päin, riippuen tarkastelun perspektiivistä. Siksi Iljinsin (2015) sekä

Lukejohnin ym. (2016) mukaan on tärkeää tarkastella organisaatiokulttuuria myös sen moninaisuuden näkökulmasta erilaisiin kulttuurisiin ryhmittymiin hajonneena.

Kulttuurien hajonneisuutta tai yhtenäisyyttä voidaan tarkastella monella tapaa. Omaa tutkimusta määrittävänä tekijänä toimii Martinin (1992) Kirtonin ja Greenen (2010) käsitteet moninaisuudesta, joihin sisältyy myös integraatio, differentiaatio sekä fragmentaatiokulttuurit. Tukevana näkökulmana on hyvä kuitenkin huomioida muita kulttuurin muotoja, joita esimerkiksi Harrisonin (1987), Dotzierin ym. (1992) sekä Juutin (1995) jaottelut edustavat. He jakavat organisaatiokulttuurin kahteen tai neljään luokkaan ja luokat koskevat erilaisia ryhmittymiä, joita kulttuurista on tunnistettavissa. Ne liittyvät olennaisena osana hierarkisuuteen, valtaan, päätöksentekoon, ammattiryhmien erilaiseen valta-asemaan sekä päätöksenteon avoimuuteen tai jäykkyyteen. Voidaan siis todeta, että organisaatiokulttuurin jaottelusta on olemassa monenlaisia eri näkemyksiä. Moninaisuus käsitteenä istuu kuitenkin työhöni mielestäni parhaiten.

3.2 Kulttuurinen moninaisuus

Yksi organisaatiokulttuurin määritelmistä on tarkastella sitä kulttuurin moninaisuuteen linkittyvän käsitteen kautta. Käsite pohjautuu Martinin (1992) sekä Kirtonin & Greenen (2010) näkemykseen organisaatiokulttuurin kolmesta perspektiivistä ja moninaisuudesta, jotka kuvaavat organisaatiota sen kulttuurisen yhtenäisyyden ja hajonneisuuden sekä kulttuurisen monimuotoisuuden, erilaisuuden ja samanlaisuuden näkökulmasta. Näin ollen teoreettiset näkemykset voidaan yhdistää ja tarkastella myös moninaisia syitä Martinin (1992) esittämille erilaisille kulttuurisille ryhmittymille. Tällöin fokusta voidaan keskittää yleisestä yksityisempään, ottaen huomioon esimerkiksi yksilöiden vaikutukset kulttuuriseen yhtenäisyyteen tai hajonneisuuteen. Näin ollen eri kulttuuriryhmien johtamiseen tulisi kiinnittää huomiota ja keskittyä siihen, että moninaisuus vaatii erilaista johtamista eri konteksteissa. (Kirton & Greene 2010,226; Lukejohn 2016.)

Oletuksena sairaalakulttuurista on, että sen käsitteleminen yhtenä kokonaisuutena ei onnistu vaan kulttuuri vaatii syvempää tarkastelua juuri hajonneisuuden näkökulmasta. Etenkin sairaalan organisaatiokulttuuria pystytään ymmärtämään paremmin kun otetaan huomioon se, että kulttuuri ei näyttäydy yhtenäisenä ja lineaarisena organisaation lävitse menevänä vaan kulttuuri voi vaihdella

eri tekijöistä riippuen. Näin ollen moninaisuuden käsitteen kautta keskeiseksi tekijäksi haluan nostaa sen, että moninaisuus tarkoittaa erilaisuutta ja samanlaisuutta ja se ilmentyy kulttuureissa erilaisina tekijöinä (Colliander ym. 2009, 31). Morgan & Obgonna (2008) mukaan kulttuurin tarkastelu kolmen perspektiivin kautta onnistuu parhaiten silloin, kun kaikki kolme perspektiiviä on otettu kollektiivisesti mukaan saman organisaation kulttuurin tarkasteluun. Täten myös moninaisuutta pystytään tarkastelemaan sekä paikallisemmalta tasolta, että organisaation kokonaisuuden tasolta sekä löytämään syitä sille, mistä syistä kulttuurista hajautuneisuutta tapahtuu. (Meyerson & Martin 1987; Martin 1992; Kirton & Greene 2010, 227.)

Kulttuurisen moninaisuuden käsitteen kautta tehty tutkimus auttaa huomioimaan ihmiset kulttuurin rakentajana. Martin (1992) kiinnittää huomiota etenkin siihen, että yhteisön moninaisuuden käsitteen kautta tutkimuksessa pystytään huomioimaan organisaation tasolta myös vähemmistöjen näkökulma ja keskittymään erilaisuuden, samanlaisuuden ja erityisyyden näkökulmiin. Etenkin sairaalaorganisaatiossa kulttuuria pystytään näin ollen tarkastella myös eri professioiden ja hierarkioiden sekä erilaisten persoonallisuuksien ja ammattikuntien näkökulmasta ja näin ollen ottamaan huomioon esimerkiksi valtasuhteisiin ja yksilöihin sekä ammattiin liittyvät tekijät moninaisuuden luoja. (Heikkinen 2005, 7; De Bono ym. 2014.)

Eri näkökulmien esiintulo korostaa ihmisten erilaisuutta ja erilaisten suhteiden merkitystä eri asioihin. Perinteisesti moninaisuuden onkin kuvattu olevan Mor Barakin (2005) mukaan yksilöiden eroavaisuutta ja näitä voi olla muun muassa ikä, sukupuoli, etninen tausta, persoona sekä erilaiset näkökulmat ja tavat toimia. Toisaalta moninaisuutta voidaan tarkastella Collianderin ym. (2009, 15-17) sekä Kirton & Greenin (2010, 228-229) mukaan myös työyhteisön näkökulmasta tarkastellen esimerkiksi työyhteisössä olevaa moninaisuutta esimerkiksi koulutuksen sekä työkokemuksen kautta, jolloin moninaisuuden nähdään liittyvän yksilöiden tasa-arvoisuutta, yhdenvertaisuutta ja tärkeyttä sekä huomioonottamista yhteisöllisessä kontekstissa. Martin (1992) nostaa esiin, että ihmisillä on taipumus valita perspektiivi tilanteen mukaan eivätkä kaikki kulttuuriset tekijät istu kolmen perspektiivin luokittukseen. Tällöin on hyvä nostaa esiin se, että moninaisuuden näkökulmasta ei olekaan mahdollista kategorisoida henkilöitä pelkistettyjen eroavaisuuksien ja samanlaisuuksien kautta vaan yksiöt omaavat monenlaista moninaisuutta suhteessa toisiin yksilöihin ja näin ollen myös kulttuurinen kategorisointi ei ole yksinkertaista vaan voi muuttaa muotoaan ihmissuh-

teiden tai esimerkiksi työyhteisön muuttuessa. (Colliander 2009, 90-92; De Bono 2014.) Tutkimukseni pääkohdiksi nousevatkin persoonallinen näkökulma sekä työyhteisöön liittyvät moninaisuuden näkökulmat.

Kolme perspektiiviä antaa kuitenkin suuntaviivat kulttuurin tutkimiselle, mutta ei tarkoita sitä, että nämä kolme pääkohtaa olisivat ainoat lokerot. Tarkastellessa moninaisuutta, kulttuurit voivat saada viitteitä useammasta perspektiivistä samaan aikaan. Tämä onkin kritiikki, jota Martinin (1992) organisaatiokulttuuritutkimus on saanut osakseen. Sitä on leimannut yksinkertaistetuksi. Esimerkiksi Morgan & Obgonna (2008) kritisoivat kolmea näkökulmaa siitä, että organisaatiokulttuuria ei voida tarkastella vain sen hajonneisuuden aspektista vaan sitä tulisi pystyä tarkastelemaan myös kolmen ilmenemismuodon päällekkäisyyksinä eli näin ollen monimuotoisuutena, jonka näkökulmana ovat sekä yksilön monimuotoisuus että laajemmat perspektiivit esimerkiksi kattavat arvoihin perustuvat moninaisuudet sekä erilaisiin työyhteisöihin perustuvat moninaisuudet. Moninaisuuden ja kulttuurisen hajonneisuuden huomioiminen auttaa Mor Barakin (2005) mukaan organisaatiota parantamaan tehokkuutta ja laatua sekä ammatillista yhteistyötä eri ammattikuntien välillä. (Martin 1992, 5-14; Morgan & Obgonna 2008; Denier 2013.)

Kulttuurin tarkastelua vain yhden perspektiivin varjossa leimaa yksinkertaistaminen. Martinin (1992) näkemys kolmesta perspektiivistä saa kritiikkiä myös luokitteluista. Integraationäkökulman ja fragmentaationäkökulman rakentuminen reunaehtoihin, jonka perusteella organisaatiossa on tai ei ole yhteisiä perusolettamuksia, on näyttäytynyt ongelmallisena. Olennaista olisi kritiikin mukaan tarkastella näkökulmia toisiaan täydentävinä, jolloin kulttuuri ei johda harhaan yksiselitteisyydellään. Heikkisen (2005) mukaan organisaatiokulttuurin yksiselitteinen tarkastelu kannustaa kollektiiviseen johtamistapaan, joka sulkee pois moninaisuuden näkökulmia eikä anna yksilöille mahdollisuuksia. Tällöin monimuotoisuuteen liittyvät riskitekijät hallitsemattomasta kulttuurisesta fragmentaatiosta nousevat eikä organisaatiossa kyetä tehokkuuden parantamiseen optimaalisella tavalla. Etenkin suurissa organisaatioissa tämä on riski, sillä eri ryhmien kompetensseja ei pystytä tällöin hyödyntämään ja etenkin Hatchin (1993) näkemys kulttuurisesta dynamiikasta kulttuurin muutostilanteessa kulkeutuu silloin takaisinpäin. (Martin 1992, 12-15; Kekäle 1993, 324-325; Enckell 1998, 86-89; Colliander ym. 2009.)

Kulttuurisen moninaisuuden sekä hajonneisuuden näkökulmista oleelliseksi muodostuu henkilöstöjohtaminen. Etenkin Lean-ajattelun implementoinnin yhteydessä on tärkeä keskittyä oikeanlaiseen henkilöstöjohtamiseen, jolloin henkilöstön potentiaali pystytään hyödyntämään ja valjastamaan se näin ollen hukan poistoon ja prosessimaiseen toimintojen tehostamiseen. (Kirtton & Greene 2010, 225-228.)

Organisaatiokulttuurin tarkastelu integraationäkökulmasta tarkoittaa sitä, että kulttuuri nähdään yhtenäisenä ja selkeänä. Kulttuuri näyttäytyy kollektiivisena ja sopusointuisena läpi organisaation. Organisaatiossa jaetaan yhteiset arvot ja kulttuuria ei nähdä monimerkityksellisenä vaan sitä tulkitaan lähinnä yhtenä kokonaisuutena. Tässä näkökulmassa kulttuuri nähdään organisaatiota koossa pitävänä, johdonmukaisena voimana, jossa moninaisuuteen liittyvät tekijät eivät nouse negatiivisena esiin vaan niitä osataan hyödyntää optimaalisesti. Organisaatiossa vallitsee myös kollektiivinen käsitys tekemisestä ja sen fokuksista. Integraatioperspektiiville tyypillistä on, että organisaatiossa arvostetaan maanläheistä managerialistista otetta, jossa esimiehet ovat osa työryhmää. Keskiössä onkin tila, joka ilmentää, että organisaatio ei kyseenalaista kulttuuriaan eikä sen vuoksi synny ristiriitoja vaan tietyt perusolettamukset on hyväksytty organisaation laajuisesti. Integraationäkökulma on laajentunut ja eri tutkijat ovat syventäneet sen olemusta käsittämään esimerkiksi organisaation vahvuutta tai jaettuja arvoja. (Meyerson & Martin 1987; Martin 1992, 45-65; Harrison & Obgonna 1997; Heikkinen 2005; Morgan & Obgonna 2008; Denier ym. 2014.)

Integraatioperspektiivi mahdollistaa läpi organisaation tapahtuvaa sujuvaa yhteistyötä. Koska kulttuurinen yhteenkuuluvuus on suurta, on tyypillistä, että ihmiset ja asiat liikkuvat vaivattomasti esimerkiksi osastolta toiselle. Näkökulma korostaa myös henkilökunnan mukaanottoa kehittämistyöhön ja tärkeää onkin, että jokaisella on mahdollisuus saada äänensä kuuluviin. Kulttuurin yhtenäisyyttä vahvistaa kollektiivinen päätöksenteko ja hierarkian purkaminen. Organisaation jäsenten kollektiivinen kulttuuri ei juurikaan poikkea henkilökohtaisesta ammattikulttuurista tai persoonallisista näkemyksistä. Myös suhtautuminen organisaatioon sekä kollegoihin nähdään lämpimänä ja työntekijät nähdään olevan keskeinen osa organisaatiota. Organisaatiokulttuuri mielletään organisaation todellisuudeksi ja hyveelliseksi. (Martin 1992, 28-43; Enckell 1998, 44-45; Mor Barak 2005; Morgan & Obgonna 2008.)

Integraatiokulttuuriin kuuluu kiinteänä osana innovaatiot, tasa-arvoon pyrkiminen ja työntekijöiden hyvinvoinnista huolehtiminen. Tämä eniten kolmesta perspektiivistä käytetty osa korostaa sitä, että statuksen ei tulisi määritellä arvoa vaan arvo tarkoittaa kaikille samanlaisia mahdollisuuksia toimia ja toteuttaa toimintaa. Vahvalla esimiehellä johdettu kulttuuri mahdollistaa selkeyden ja monitulkintaisuuden poissaolon. Kulttuurin nähdään tuovan selkeyttä organisaatioon ja se auttaa selkiyttämään asioita sekä näkemään mahdolliset konfliktitilanteet osana suurempaa kokonaisuutta. Näin ollen mahdolliset riitatilanteet pystytään selvittämään, koska kokonaisuuden tarkastelun kautta nähdään selkeä ja kokonaisvaltainen suunta, joka sopii kulttuuriin. (Martin 1992, 48-65; Harrison & Obgonna 1997; Enckell 1998, 44-45; Heikkinen 2005; Mor Barak 2005.)

Integraatiokulttuuri ei välttämättä kuitenkaan ole avain tehokkaaseen työskentelyyn. Kulttuurisen yhtenäisyys ja organisaation laajuinen ymmärrys kulttuurista varmistaa sen, että työntekijät tietävät, mitä heidän tulee tehdä. Tehokkuus kuitenkin tarkoittaa etenkin prosessien näkökulmasta sitä, että uusia toimintatapoja kehitetään ja se vaatii alkuun sitä, että tietynlaiset epävarmuustekijät lisääntyvät yksilöiden ja yhteisöjen moninaisten mielipiteiden kasvaessa. Vaikka integraationäkökulmasta organisaatiokulttuuria voidaan muokata ja kehittää, vallitsee kulttuurissa silti kontrolli ja tietynlainen autonomia omaa työtä kohtaan, joka ei välttämättä lisää työntekijän tehokkuutta. Kriittikkiä onkin tullut näkökulmaa kohtaan siitä, että näkökulmia, ideoita ja mielipiteitä rajataan pois kulttuurisella kollektiivisuudella. (Martin 1992, 48-65; Harrison & Obgonna 1997; Enckell 1998, 44-45; Heikkinen 2005; Mor Barak 2005.)

Differentiaationäkökulmasta tarkasteltuna organisaatiossa vallitsee yhtenäinen kulttuuri, mutta tässä perspektiivissä keskitytään ala- ja vastakulttuureihin ja niiden ristiriitoihin. Näin ollen perehdytään myös yhteisöjen moninaisuuksiin etenkin valtasuhteiden kautta. Organisaatiossa yksimielisyys ei ole kollektiivista vaan tulee esiin juurikin ala- ja vastakulttuureiden sisällä. Eri kulttuurit eivät välttämättä ole yhteensopivia ja näin ollen aiheuttavat myös konflikteja. Arvot eivät myöskään ole tässä näkökulmassa samanlaisia vaan viralliset ja epäviralliset arvot eriytyvät kulttuurissa. Differentiaationäkökulmaa tarkasteltaessa tullaan lähemmäksi sairaalakulttuuria kuin integraationäkökulmassa, jossa kulttuurin nähtiin perustuvan holistiseen näkökulmaan. Konfliktien ja alakulttuurien läsnäolon tuo sitä lähemmäksi sairaalakulttuuria, jossa on todettu olevan muun muassa vahvoja professionaalisia yläkulttuureita ja alakulttuureihin jakautuneita muiden ammattien kult-

tuureita, jotka tuovat esiin yhteisön monimuotoisuuden. Differentiaationäkökulmasta näitä alakulttuureita sekä konflikteja tulee kuitenkin paikantaa ja tutkia. (Martin 1992, 83-114; Enckell 1998, 45-47; Heikkinen 2005; Mor Borak 2005; Saks 2012.)

Organisaatiokulttuurista löydettävillä erimielisyyksille yleistä on hieman hierarkinen jako. Yleensä erimielisyyksiä aiheuttavat mielipiteet kumpuavat alemmilta hierarkialuokilta kun taas yhtenäisempi näkemys tulee ylemmiltä luokilta. Nämä yhdenmukaistavat ja erottavat tekijät ovat nähtävissä kaikilla organisaation tasoilla etenkin professioammateissa, jossa ”oikea” ja mahdollisimman kattavaan tietoon perustuva mielipide muodostuu. Differentiaatiokulttuurissa omaa kulttuuria käytetään monesti myös vastinparina moninaisuuden tavoin. Tällöin kulttuurisen moninaisuuden eroja kuvaillaan hierarkisesti verraten johonkin. Vertauskohteita voivat olla esimerkiksi etninen tausta, sukupuoli tai sosiaaliluokka. Vertauksena voi olla myös professioammateille tyypilliset koulutus ja ammattiin liittyvä senioriteetti. Suomalaisista sairaaloista onkin löydettävissä perspektiiville tyypillisiä sosiaaliluokkia, jossa ne jakautuvat professioihin eli tyypillisimmin lääkäreihin, psykiatreihin, hoitohenkilökuntaan sekä hallinnossa työskenteleviin. Nämä professiot, semiprofessiot ja paraprofessiot ovat jakaantuneet tyypillisesti vielä sukupuolen perusteella. Tyypillistä onkin, että ihmiset suhteuttavat omaa toimintaansa muiden toimintaan. Organisaatio on siis hajautunut vertikaalisesti ja horisontaalisesti osiin. Jokaisessa osassa kulttuurinen fragmentaatio voi olla erinlaista. (Martin 1992, 83-85; Enckell 1998, 45; Wiili-Peltola 2005, 35; Meyerson & Martin 2008; Kirton & Greene 2010, 237-240; Lukejohn ym. 2016.)

Differentiaationäkökulma ei sulje pois ajatusta samankaltaisuuksista, yhdenmukaisuuksista sekä muista integraatioon ja monimuotoisuuteen kiinteästi kuuluvista pääpiirteistä. Sen tarkoituksena on tutkia asioita myös siitä näkökulmasta, jossa ne nähdään erilailla. Tämä on mahdollista, koska ihmiset voivat olla yhtä aikaa sekä samaa että eri mieltä, riippuen kulttuurista ja kontekstista sekä esimerkiksi professionaalisisista tekijöistä. Tärkeintä on kuitenkin kiinnittää huomiota siihen, että näin voi olla ja että kaikki työntekijät ovat osana luomassa tietynlaista kulttuuria. Differentiaatiokulttuurin muodostaa kuitenkin moninaiset, hierarkiset suhteet, jossa jokaisella henkilöllä on tietty ”luokka”. Nämä luokittelut ja hierarkiat ja ammattikuntien väliset suhteet ovat differentiaatiokulttuurin potentiaalisia konfliktien aiheuttajia. Valtakulttuurin poissulkeminen voi tuoda esiin uusia näkökulmia eri differentiaatioryhmistä. Voi olla, että organisaatiossa ei ole tunnistettavissa valtakulttuuria, mutta näin oletetaan olevan esimerkiksi tietyn professioryhmän kautta. Voi olla

että esimerkiksi ryhmä leikkaussalin hoitajia kokee edustavansa sairaalan valtakulttuuria tai oikeaa ja koko sairaalan kattavaa kulttuuria. Todellisuudessa voi olla, että he edustavat vain oman ryhmänsä alakulttuuria. (Martin 1992, 84-85; Enckell 1998, 45-47; Heikkinen 2005; Morgan & Obgonna 2008; Colliande ym. 2009.)

Differentiaatiokulttuuria leimaa epäjohdonmukaisuus etenkin toiminnoissa, symboleissa ja ideologioissa eri konteksteissa. Erilainen toiminta eri kontekstissa voi näyttäytyä vastakkaisena suhteessa muihin. Toisille lähellä oleva esimies voi merkitä turvaa ja tuttavallisuutta kun toisille se tarkoittaa ahdistavaa kontrollia. Hajonneisuutta korostaa taas esimerkiksi sairaalan monet osastot ja niissä toimivat eri alaan erikoistuneet ammattilaiset, joiden rituaalit, rakenteet ja ammattislangi ovat erilaisia. Nämä tekijät eivät hajoa vain eri osastoja tarkastellessa vaan myös osastojen sisällä ja eri ammattikuntien sisällä, jopa kohtaamisessa eri ammattikunnan edustajan kanssa. Ideologinen epäjohdonmukaisuus tulee ilmi sairaalamaailmassa esimerkiksi silloin kun innovaatio tai tasa-arvokysymyksissä suositaan tiettyjä osastoja tai ammattiryhmiä. Näiden tekijöiden kautta organisaation työntekijät jakavat käsityksiä ympärillä olevasta todellisuudesta ja näin ollen integroituvat tai differentioituvat tiettyihin ryhmiin, jotka vastaavat parhaiten heidän käsityksiään todellisuudesta. Kun jaetaan sama todellisuuskäsitys, voi ryhmään kuulua niin miehiä kuin naisiakin ja henkilöitä eri professioista. Lisää kulttuureja syntyy, kun ryhmiin sopimattomat ihmiset ryhmäytyvät keskenään, löytäen ”yhteisen sävelen”, jolloin korostetaan myös Heikkisen (2005) sekä Mor Barakin (2005) esiin nostamia teemoja yksilöiden monimuotoisuudesta persoonien kautta. Ymmärrys professioista ja hierarkioista syvenee, tarkasteltaessa organisaatiokulttuuria differentiaationäkökulmasta. Tämä perspektiivi on välttämätön sairaalakulttuuria tutkiessa. (Smircich 1983a, 56-57; Martin 1992, 84-88; Enckell 1998, 45-47; Mor Barak 2005; Morgan & Obgonna 2008; Holden ym. 2015.)

Samanaikainen kuuluminen eri kulttuuriryhmiin on tavallista. Tyypillistä kuitenkin on, että kulttuureihin kuulumisen vaatii myös persoonallista yhteenkuuluvuutta. Moneen kulttuuriseen ryhmään kuulumisen tarkoittaa sitä, että yksilöillä on taito ja tieto siitä, miten kussakin ryhmässä tulee toimia. Esimerkiksi sairaalassa pitkäaikaisena sijaisena eri osastoilla toiminut hoitaja tietää tarkalleen, miten tulevalla osastolla tulee toimia. Myös eri kliinisiä ja hallinnollisia positioita hoitava lääkäri on sidoksissa monenlaisiin kulttuureihin työnkuvan sekä työtovereiden vaihtuessa muuttaa käyttäytymistään ryhmään sopivaksi. Konflikteja ja painostusta syntyy kun puututaan ryhmien ja

yksilöiden kontrolliin. Eri ryhmien sisäinen kontrolli on voimakasta ja ulkoa päin tulevat ärsykkeet ovat omiaan synnyttämään konflikteja. Tyypillistä on myös ryhmän jäsenten painostus samannimisyyteen. Tehottomuudesta syytetäänkin monesti ulkopuolisia tekijöitä vaikka monesti tehottomuuden lähde löytyy ryhmädynamiikasta, eri professio- ja ammattiryhmistä sekä ryhmien sisäisestä kontrollista ja painostuksesta toimia tietyllä lailla tietyn auktoriteetin määrittelemällä tavalla. (Smirchich & Morgan 1982, 265-266; Martin 1992, 99-103; Enckell 1998, 45-47; Thorne 2000; Mor Barak 2005; Colliander ym. 2009; Holden 2015.)

Fragmentaatioperspektiivi eroaa kahdesta aikaisemmasta perspektiivistä sen epäselvyyden takia. Integraatio- ja differentiaatioperspektiivin perusidea on, että ne löytyvät joko organisaation tasolta tai sen alakulttuureista. Fragmentaatiokulttuuri on enemmänkin hajonnut ja siinä arvot, tarkoitukset ja normit ovat monitulkintaisia ja jatkuvassa muutoksessa. Nämä asiat aiheuttavat jatkuvasti myös ristiriitoja, jolloin organisaatiokulttuurin kokonaiskuvaa on vaikea hahmottaa. Näin ollen fokus ei ole yhtenäisyydessä vaan monitulkintaisuudessa ja perspektiiviin liittyy kiinteästi monimuotoisuuden yksilönäkökulma ja persoonalliset tekijät. Näihin tekijöihin voidaan aktiivisesti vaikuttaa moninaisuuden johtamisella, jolloin voidaan vaikuttaa muun muassa motivointiin, työsuunnitteluun, konfliktien selvittämiseen sekä henkilöstön osallistamiseen liittyviin tekijöihin. (Martin 1992, 105-106; Morgan & Obgonna 2008; Colliander ym. 2009; Lukejohn ym. 2016.)

Selkeyttä ja jatkuvuutta ei siis fragmentaatioperspektiivissä nähdä olevan. Tämä johtaa siihen, että tulkinnat kulttuurista voivat vaihdella eri henkilöiden kesken, eri konteksteissa. Perspektiivi antaa mahdollisuuden tarkastella kulttuurisia ilmiöitä näkökulmasta, joihin kahdella aikaisemmalla perspektiivillä ei ole mahdollisuutta. Fragmentaatio eroaa muista tulkinnoista sen monimerkityksellisyydessään ja myös tehokkuusnäkökulmassaan. Siinä missä integraationäkökulma korosti yhtenäisyyttä ja sitä kritisoitiin tehottomuudesta, fragmentaatiossa taas keskitytään siihen, mitä monitulkintaisuus antaa tehokkuudelle. Millaisia mahdollisuuksia toimintojen tehostamiseen on silloin kun kulttuuri ei määrittele tarkoin oikean ja väärän tekemistä. Sairaalaorganisaatiossa tälle ajattelulle on rajansa, sillä työhön kuuluu olennaisena osana lainsäädännöllinen vastuu sekä eettinen näkökulma, joka määrittää tietyt reunaehdot kulttuuriselle toiminnalle. (Martin 1992, 130-131; Enckell 1998, 47-49; Morgan & Obgonna 2008; Colliander ym. 2009; Hicks ym. 2015.)

Fragmentaationäkökulma korostaa kontekstisidonnaisuutta. Yksilöillä voi olla useampi identiteetti, joita sovelletaan eri alakulttuureihin. Pääpiirre kuitenkin on, että mikään näistä ei nouse ylitse muiden, vaan moninaisuus sekä alakulttuurit ovat vallassa oleva ”normi”. Tällöin on tärkeä määrittää konteksti ja identiteetti aina tilanteen mukaan. Organisaation jäsenet eivät siis hyväksy selkeiden raja-aitojen vetämistä eivätkä he jaa yksinkertaistettuja ratkaisumahdollisuuksia eikä heillä ole haluja sovittelua yhteen eri mielipiteitä ja identiteettejä mahtuakseen yhteen muottiin. He tuntevat kuuluvansa kulttuurille ja ilmentävänsä eri kulttuureja. Yhteistä on, että organisaation jäsenet jakavat samat ongelmat ja asiat, mutta ratkaisevat ne eri tavalla eri tilanteissa. Tässä kulttuurin perspektiivissä koossapitävä voima onkin se, että kaikki käsittelevät samoja asioita, tulkinnan ja ratkaisujen ei tarvitse kuitenkaan olla yhteneväisiä. Tällainen kontekstisidonnaisuus on tyypillistä sairaalakulttuurissa. Täysin samaistumista tähän perspektiiviin on kuitenkin hankala löytää, sillä esimerkiksi eri profesioilla kiinnittyminen johonkin valtakulttuuriin on kuitenkin yleistä. Voidaan kokea, että esimerkiksi lastensairaalassa työskentelevä sairaanhoitaja kiinnittyy saman erikoistumisalan sairaanhoitajiin eniten, mutta omaa myös kulttuurista kontekstisidonnaisuutta. Ei siis voida välttämättä ajatella, että edellä mainittu sairaanhoitaja ei kiinnittyisi varsinaisesti mihinkään ryhmään ja vaihtaisi kulttuurista identiteettiään kontekstin mukaan. (Meyerson 1991a, 131-133; Martin 1992, 152-164; Enckell 1998, 48; Thorne 2000; Holden ym. 2015.)

Fragmentaatiokulttuurin näkökulmalle olennaista on, että yksilöiden toiminta on epäjohdonmukaista, symbolisesti sekä ideologisesti monitulkintaista. Toiminnallisesta näkökulmasta katsoen, yksilöiden käyttäytyminen voi olla ennalta arvaamatonta. Tämä johtuu lähinnä siitä, että konteksti ja käsitys toivotusta käytöksestä ei kohtaa. Toiminnan epäjohdonmukaisuus vaikuttaa toisiin toimijoihin joko positiivisesti tai negatiivisesti, jolloin toiminnan ketjua ei voi ennustaa. Organisaatiossa ei fragmentaatioperspektiivin mukaan ole olemassa suoraa tai epäsuoraa suhdetta sen teemoihin ja kulttuurisiin muotoihin eli symbolisiin tekijöihin. Esimerkiksi käsitykset tasa-arvosta liittyen rakenteellisiin tekijöihin voi vaihdella suuresti tai niitä on hankala tulkita. Ideologinen monitulkintaisuus tarkoittaa esimerkiksi sitä, että tärkeät teemat eivät vastaa palveluorganisaation olemusta. Monitulkintaisuutta voi aiheuttaa esimerkiksi asiakaslähtöinen palvelunäkökulma, jossa keskeisessä asemassa on palveluiden loppukäyttäjien mielipide. Tai asiakkaan itsemääräämiskeuden ollessa uhattua esimerkiksi sairauden vuoksi, nousee kysymykseksi se, kenen ja minkälainen näkökulma on asiakkaan parhaaksi tekemistä. Tällöin kontekstisidonnaisuuden tärkeys nousee agendalle. (Martin 1992, 142-150; Harris & Obgonna 1997; Enckell 1998,48-49; Hicks ym. 2015; Holden ym. 2015.)

3.3 Sairaalakulttuurin erityispiirteet

Sairaalakulttuuri nähdään olevan hyvin kompleksista, byrokraattista ja perustuvan vanhoihin ja pitkällä aikavälillä muovautuneisiin, institutionaalisiin tapoihin ja arvoihin. Perinteisesti sairaalakulttuuri nähdään hyvin hierarkisena ja siihen on syynsä. Sairaalakulttuuria leimaa erityisyys koska sen sisällä toimii hyvin vahvoja professioita ja eri ammattiryhmiä. Lisäksi palvelunäkökulma, hallinnollinen hierarkia, sekä palveluiden julkisrahoitteisuus antavat kulttuurille erityispiirteitä. Sairaalaorganisaatio poikkeaa hyvin paljon muista organisaatioista sillä, että työ vaatii todella vahvaa ja erikoistunutta ammattiosaamista. Huomio täytyy keskittää myös siihen, että ammattilaiset ovat vastuussa ihmisestä jokaisessa elämänvaiheessa niin syntymän kuin kuoleman hetkellä. (Wiili-Peltola 2005, 33; Syväjärvi ym. 2012, 27; De Bono ym. 2014.)

Tyypillistä on, että sairaalakulttuuri on hyvin hajonnut. Kulttuuri koostuu pääasiassa alakulttuureista, mutta yhtenäisen kulttuurin määritelmiä on jonkin verran, koska sairaalan toimintamallit perustuvat hyvin pitkälti normeihin ja säännöksiin. Kulttuuri on hajonnut eri johtamisen tasoille, osastoille, eri ammattikunnille sekä fragmentoitunut vielä ammattikuntien sisälläkin. Lääkäreiden kulttuurin eriytyneisyys perustuu muun muassa erikoistuneisuuteen ammattikunnan sisällä, senioriteettiin sekä työkokemukseen. Hoitajien ja lääkärien erot perustuvat lääkäreiden lääketieteelliseen näkemykseen ja hoitohenkilökunnan hoivaavaan näkökulmaan. (Vuori 2005, 49-50; Wiili-Peltola 2005, 33-35; Kirton & Greene 2010; Lukejohn ym. 2016.)

Sairaalakulttuuri koostuu pääasiallisesti vahvoista professioista sekä monista eri ammattikunnista, jotka luovat kulttuurille oman hierarkiansa. Ylimpänä sairaalahierarkiassa nähdään olevan lääkärit ja on viitteitä siitä, että lääkäreihin kohdistuu myös paljon kunnioitusta ja he omaavat vahvan auktoriteettiaseman. Lääkäriprofessiot ovat kuitenkin hierarkisia myös sisäisesti kuten hoitajaprofessiotkin. Hierarkiaa lisää myös se, että sairaalan osastoilla työskentelee myös muita ammattikuntia ja näin ollen oletetaan, että mitä parempi koulutus ja kliininen tietämys on, sitä korkeammalla hierarkiatasolla kuljetaan. Kulttuurin hierarkisuutta lisäävät myös hallinnolliset tekijät, jotka ovat tulleet osaksi hoitaja ja lääkäriprofessioita. Oma kliininen ammatti yhdistettynä hallinnollisiin tehtäviin on lisännyt erikoistuneisuutta. Kysymyksiä onkin herättänyt se, miten kehittämis- ja muu-

tostilanteissa yhdistetään näiden alakulttuurien edustajat ja heidän erityinen tietotaitonsa yhdistetynä moniammatilliseen ympäristöön. (Kinnunen 1990, 103-104; Thorne 2000; Wiili-Peltola 2005, 34-40; Saks 2012; Mager ym. 2014.)

Kulttuuri on näin ollen hajonnut osiin, jolloin kollektiivisen päätöksenteon ja yhteisten suuntaviivojen löytäminen voi olla haastavaa. Etenkin ulkoapäin tuleva muutos näyttäytyy eri alakulttuurien näkökulmasta hyvin erilaisena. Ja muutokseen reagoiminen ei ole yksiselitteistä, sillä ryhmäkontrolli ja eri alakulttuurien väliset sekä sisäiset painostukset nousevat päätöksenteossa keskeiseksi osaksi. Esimerkiksi tilanne, jossa uusien kehittämissuuntien toimintavastuu on moninaisella työryhmällä, voi tilanne olla hyvin kompleksinen, koska eri kulttuurien edustajien mielipiteiden yhteensovittaminen voi käydä vaikeaksi niin hierarkianäkökulmasta kuin alakulttuurien kontrollien näkökulmasta. (Martin 1992; Morgan & Obgonna 2008; Mager ym. 2014; Sabater- Galindo ym. 2016.)

Sairaalakulttuurin erityisyys määrittyy kiinteästi myös sen palvelunäkökulmasta. Palveluiden tuottamisen ja asiakasnäkökulman yhdistäminen yhdessä sisäisten kulttuuristen tekijöiden kuten professioiden kanssa vaatii aikaa ja suunnittelua toimiakseen. Sairaalan tulisi tuottaa julkisia palveluita asiakasnäkökulmasta, jolloin loppukäyttäjä otetaan mukaan päätöksentekoon ja häntä koskevien asioiden valmisteluun. Erityispiirteet kuitenkin monesti kumoavat tämän näkökulman, koska professio- ja eri alakulttuurien yhdistäminen ja ylivertainen tietotaito ajavat asiakasnäkökulman yli. Esimerkiksi tehokkuushankkeiden eteenpäin vieminen voi näyttää tästä näkökulmasta hankalalta, mutta voi tuottaa myös suurta hedelmää, mikäli onnistutaan pääsemään irti professionarajoista sekä eri ryhmien sisäisistä kontrolleista ja näin ollen kyetään moniammatilliseen toimintaan, jossa lähtökohtana olisi tasa-arvoinen asiakas sekä työpari ammattikuntaan katsomatta. Tällöin pystytään muokkaamaan myös huonoja rakenteellisia tekijöitä kuin myös asenteita kontrollin ja profesioesimerkin avulla. Palveluajattelu määrää laadun suuntaviivat ja laatua tulee olla myös sisäinen sujuvuus ja yhteistyö. (Grönroos 1987, 9-10; Harrison 1999; Konttinen 1991; Hicks ym. 2015; Sabater- Galindo ym. 2016.)

Julkinen sairaala seuraa eri johtamisoppien sekä kehittämishankkeiden trendejä. Verrokkikohteessa hyväksi havaitut toimintamallit, kehittämismallit sekä johtamisopit löytävät tiensä sairaalasta toiseen. Sairaalamailmassa tyypillistä onkin, että kehittämisen fokus muuttuu usein. Jokaisella vuosikymmenellä on nähtävissä vallalla olevat trendit. Nykysin nämä trendit koskevat resurssien hyvää käyttöastetta, tehokkuutta ja näin ollen tiimityöskentelyä ja prosessimaista parannusajattelua. Institutionaalisen organisaation kehittämiskohteiden muutos voi näyttäytyä kuitenkin ongelmallisena koska rakenteiden muuttaminen on työlästä ja liiallinen ison organisaation kulttuurin muuttaminen luo kyynisyyttä muutoshankkeille. Vaikka voidaan todeta, että sairaalakulttuuri elää tietyllä tapaa vanhassa ajassa koska sen rakenteet ovat hitaasti muutettavissa, on kuitenkin tarkasteltava kehittämisideoita lineaarisena jatkumona. Ei tulevina ja menevinä hankkeina, jotka eivät pääse osaksi toimintatapoja lähinnä eri professioiden ja vanhojen rakenteiden takia. (Wiili-Peltola 2005, 19,31-40; Kaljunen 2011; Holden ym. 2015.)

Käsitteenä professio viittaa perinteisesti institutionalisoituneeseen ammattiin kuten lääkäreihin tai juristeihin ja näitä ammatteja on löydettävissä etenkin palvelualoilta, monikansallisista yksityisistä organisaatioista, etenkin sellaisista, joissa vaaditaan vahvaa erikoistunutta osaamista (Brock & Saks 2016). Profession käsitteen perusolettamuksena on käsitys vallasta, koulutuksesta ja kliinisestä asiantuntemuksesta. Toisaalta toimintaa ohjaavat myös vahvat perinteet ja esimerkiksi lääketieteen tutkimukseen liittyvä rationaliteetti. Profiioihin liittyy kiinteästi arvon tunne ja ylpeys omasta ammatista. Profession myötä tuleva valta sekä tunnustus ja palkkiot ovatkin merkittäviä tekijöitä professioammattiin valmistuttaessa. Valta liittyy poliittisiin tekijöihin, mutta näyttäytyy toisaalta myös palveluntuotannon vastavoimana, koska valtaan liittyy itsemääräämisoikeus suhteessa asiakkaisiin. Valtaa pyritään ylläpitämään professioiden sisäisissä erikoistumisissa huomioiden oman koulutuksen ja erikoistuneisuuden merkitys suhteessa muuhun ammattikuntaan. (Kinnunen 1990, 108-109; Helander 1993, 17-19; Saks 2012; Sabater- Galindo ym. 2016.)

Trice (1993) sekä Freidson (1970) määrittelevät, että professiot ovat asiantuntijuuteen perustuvia ammatteja. Tyypillistä on, että ammatin toiminta liittyy kiinteästi palveluiden tuottamiseen. Jotta profession status olisi mahdollinen, täytyy osaamisen perustua oman alan erikoistumiseen sekä vahvaan teoreettiseen tietoon. Max Weberin näkemyksen mukaan professiot ovat keskittyneet markkinoihin ja talouteen ja heille tyypillistä onkin ollut monopolimaisten ryhmien vaikuttaminen

valtakunnallisiin markkinoihin (Brock & Saks 2016). Ylimmällä professiotasolla on oikeus säännellä alisteisten professioiden työtä, mutta oman, ylimmän profession sisällä vallitsee vain ammattikunnan sisäinen kontrolli ja valvonta. Ammatillisella on näin ollen oikeus määrätä itse omat toiminta- sekä työskentelytavat. Oletetaan siis, että ulkopuolisten yritykset kontrolloida professioiden työtä heikentää työn laatua. Saks (2010) tuo esiin neo-Weberiläisen professioajatuksen, jonka mukaan professioajatuksen tulisi olla sidottuna kontekstiin. Pelkkä professioiden yleinen tarkastelu vie huomiota pois niiden paikallisesta vaikutuksesta eri konteksteihin. Profioiden merkitys työhön on ollut hyvin merkittävä, koska heihin liittyy keskeisenä tekijänä myös korkea osaamisen taso. Adams (2015) nostaa esiin etenkin Eurooppaa koskevan tekijän, jossa professionaalinen arvostus on kollektiivisesti häviämään päin etenkin uuden julkisjohtamisen kautta ja näin ollen se heikentää ja vaikeuttaa professioammateissa ja ympäristöissä työskentelevien henkilöiden autonomista asemaa.

Sairaalan kehittämishankkeissa tyypillisiä ovat moniammatilliset työskentelytiimit, jolloin professionarajoja tulisi rikkoa. Näin ollen vaikuttamismahdollisuudet ammattikunnasta riippumatta olisivat yhtäläiset. Rikkoakseen professioita tarvitaan kuitenkin professiokunnan sisäinen yhtenäisyys ja suostumus kontrollin heikentämiseen, jotta esimerkiksi semiprofessioiden asiantuntemusta voitaisiin yhteisellä sopimuksella hyödyntää. Profioidella on kuitenkin olemassa valtaa semiprofessioiden toimintaan, mikä voi johtaa siihen, että kehittäminen toimii profioidelta semiprofessioille sekä lattiatason työntekijöille, mutta ei toisinpäin. Tyypillistä kuitenkin on, että professioammattien vahva kulttuuri takaa menestyksen, joten kulttuurisia velvoitteita tulisi purkaa, jotta moniammatillisuus edistyisi. Tätä purkamista kutsutaan Adamsin (2015) mukaan neo-istitutionalismiksi ja viittaa vahvasti siihen, että profioidista ja niiden luomista hierarkisista suhteista sekä ylivertaisesta tietotaidon korostamisesta on tarkoitus päästä irti. (Helander 1993; Brante 2011; 20; Saks 2012; Mager ym. 2014.)

Profioiden ja ammattien välille tulee tehdä ero. Jotta ammatista tulisi professio, on sen täytettävä tiettyjä kriteerejä. Yleensä profession määritelmäksi on tullut korkeakoulutus sekä mahdollisuus erikoistumiseen ja yhteistyöhön muiden professioiden kanssa. Näistä saavutetuista arvoista pyritään pitämään kiinni ja profioidelle ominaista onkin tunnistaa arvokkuus ja puolustaa sitä. Esimerkiksi lääkärin ammatin on perinteisesti nähty edustavan professioiden parhaimmistoa ja olevan profioidhierarkian ylimmäisenä. Profioidet on jaettu suhteessa semiprofessioihin ja ei-

professionaalsiin toimijoihin. Ei professionaalisia ryhmiä ovat perinteisesti olleet lattiatason työntekijät, jotka vastaavat työn suorittavuuden aspektista. . (Konttinen 1991, 15-18; Harrison 1999; Wiili-Peltola 2005, 35; Saks 2012; Sabater-Galindo 2016.)

Semiprofessioita edustaa sairaalakontekstissa vielä tänäkin päivänä ammattikunnat, joiden koulutus ei ole yhtä pitkä ja vaadi samanlaista tieteellistä perustaa kuin professiolähtöisten ammattikuntien edustajat. Semiprofessioiden edustajat ovat joutuneet puolustamaan omaa ammattikuntaansa voimakkaasti saadakseen ammatilleen profession merkityksen. Näitä ammatteja ovat esimerkiksi sairaanhoitajat, fysioterapeutit sekä toimintaterapeutit. Näiden ammattiryhmien professiomerkityksessä olennaista on autonomian vähyys suhteessa lääkäriprofessioihin. Koetaan, että esimerkiksi sairaanhoitajat eivät omaa täysin ammatillista itsemääräämisoikeutta tai vapautta toimia halutulla tavalla. Professioihin liittyy kiinteästi myös riippumattomuus ulkoapäin tulevasta kontrollista ja ajatus ammatillisen tietotaidon paremmuudesta. Tämä on tärkeä näkökulma tarkastellessa sairaalaa kehittämishankkeiden näkökulmasta. (Konttinen 1991, 15-18; Harrison 1999; Wiili-Peltola 2005, 35; Mager ym. 2014; Sabater-Galindo 2016.)

Sairaalan keskeisenä professiona toimii lääkäri, jonka historiallinen valta ulottuu vielä nykypäivänkin säädellen monien muiden eri ammattikuntien toimintaa. Lääkäriprofessiot pystyvät rajoittamaan esimerkiksi hoitohenkilökunnan kehittymismahdollisuuksia ja päättämään muiden terveydenhuollon ammattien vastuualueista. On myös olemassa viitteitä siitä, että vahvat professioryhmit kohdistavat lievää vähättelyä toisia ammattiryhmiä kohtaan nostoen esiin näin omaa erityisyyttään ja tietotaitoaan suhteessa muihin. Palveluprosessissa epäilyjä löytyy myös asiakkaita kohtaan. Professionille ominaista on epäily asiakkaiden taitoja ja tietoa kohtaan hoitaa omaa terveystään. Näin ollen professiot luovat vahvasti myös ammattien välistä hierarkiaa, joka on muotoutunut sairaalan rakenteisiin jo vuosisatoja. (Noordegraat 2004, 72-73; Sabater-Galindo 2016.)

Nykyään lääkäriprofessioiden toiminnan fokus on muuttunut voimakkaasti, koska heidän toimenkuvaansa on liittynyt vahvasti lääketieteen osaaminen mutta myös kliininen johtaminen. Profession tarkoitus on nähty hieman epäselvänä. Kriittisestä näkökulmasta professiot pyrkivät siilomaiseen suljettuun työtapaan ja heidän tavoitteena on edistää oman ammattikunnan asioita sekä ja parantaa työstä saatavia korvauksia. Toisaalta profession nähdään tarkoittavan yksinkertaisesti

taetta hyvälle palvelulle. Sairaalassa tämä tarkoittaisi esimerkiksi nopeaa ja luotettavaa diagnoosia. Kuitenkin kritiikkiä on syntynyt näkökulmasta, jonka mukaan professiot omaavat ylivertaista tietotaitoa kehittämishankkeita kohtaan kuin myös asiakkaista sekä heidän hoitoa tarvitsevista ongelmista. (Kinnunen 1990, 108-109; Macdonald 1999, 27-28; Noordegraat 2004, 72-73; Sabater-Galindo 2016.)

Perinteisesti on nähty, että semiprofessiot ovat alisteisia professioille. Sairaalakontekstissa tämä tarkoittaa muun muassa sairaanhoitajien ja ei-professioammattien alisteisuutta lääkärin ammatille. Kulttuuriin liitettävä tekijä on, että vahvoja auktoriteetteja arvostetaan ja heihin luotetaan. Näkemys professioiden vallasta tuo esiin myös ristiriitaisuuksia, koska toiminnan fokus voi hukkuu profession taakse. Voi olla vaikea erottaa esimerkiksi lääkärin päätöksistä, palveleeko hän kehittämistyössä potilasta, organisaatiota, professioryhmää vaiko lääketiedettä. Professioita leimaa myös tietty kaksinaismoraali, jonka mukaan heidän on tehtävä päätöksiä palvelun sekä organisaatiota että ammatti-identiteettiä. (Kinnunen 1990, 108-110; Wade 1999; Martin 2000; Brante 2011; Mager ym. 2014.)

Toisinaan ammattikulttuuri on noussut organisaatiokulttuuria tärkeämmäksi. Toisaalta professioiden tietämys ja autonomia palveluntuotannossa ajautuvat asiantuntemuksen kautta kriisiin myös silloin kun puhutaan käytännöistä. Eri professioiden työskentely sairaalassa tähtää yhteen fokukseen, asiakkaiden mahdollisimman hyvään hoitoon. Ongelmia tuottaakin se, miten mahdollisimman hyvä hoito saavutetaan. Tällöin asiakkaan parhaaksi tekeminen voi eri professioiden näemyksen mukaan poiketa toisistaan. Se, mikä esimerkiksi sairaanhoitajan näkökulmasta olisi inhimillisin ratkaisu, saattaa lääkärin silmin näyttäytyä täysin vääränä toimintatapana. Näin esimerkiksi prosessiparantaminen sairaalassa saattaa hidastua näkemuseroihin ja näkemuserot vaativat tasa-arvoista työskentelytapaa ratketakseen. (Kinnunen 1990, 108-110; Trice 1993, 156-157; Shortell ym. 1998; Wade 1999; Brante 2011; Mager ym. 2014; Sabater-Galiando ym. 2016.)

Sairaalan eri professioille tunnusomaista on ajattelu, että asiakkaiden vastaanottaminen on ainut oikea työ. Muu nähdään monesti ylimääräisenä, eikä muun toiminnan nähdä tyydyttävän professionaalisia tarpeita. Toisaalta työskentely asiakasta varten ei ole näkökulmana kattava. Asiakasnäkökulman lisäksi professioiden työtä voidaan tarkastella ammattikunnan itsenäisyyttä korostavana

toimintana. Asiakaspalvelu ei siis kata työn tekemisen fokusta vaan siihen liittyy myös professioiden tarpeet ja erityisyyden nostattaminen. Eri professiot jakaantuvat lukuisiin eri alakulttuureihin. Vaikka hajonneisuutta löytyy, ovat eri ryhmät kuitenkin pääsääntöisesti sitoutuneita professioiden arvoihin. Profioryhmät ovat tyypillisesti luoneet sairaalamaailmaan tiedostamattomasti erilaisia verkostoja lisätäkseen yhteisöllisyyttä. Tarkoituksena on yhtenäistää toimintaa etenkin muutostilanteissa, koska ryhmän yhtenäisyys viittaa suoraan sen sisällä olevaan kontrolliin ja mahdollisiin toimintatapoihin. Tällaisia verkostoja on monia ja professiot voivat kuulua samanaikaisesti myös moniin eri ryhmiin. (Glouberman & Mintzberg 1998; Kinnunen 1990, 109-111; Jermier ym. 1991; Mager ym. 2014; Holden ym. 2015.)

Professioita koskee myös työn vaatimukset. Niitä on yritettävä hyödyntää etenkin sairaalan kehittämiskulttuurissa. Profioiden kollektiivinen tavoite on tehdä aktiivista työtä ja kantaa annettu vastuu. Heillä on myös tarve levittää omaa, onnistunutta tulkintaa eri ryhmille. Kehittämishankkeissa tämä voi tarkoittaa parhaimmillaan sitä, että hankkeen onnistumisesta kannetaan vastuuta ja näin ollen profession muut jäsenet asettuvat organisoiduksi voimaksi ajatusten taakse, jolloin uudet ajatukset pääsevät leviämään ja kehittymään yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa. Uhkana kuitenkin on, että yksi profioryhmä saa hankkeessa statusmonopolin, joka hidastaa eri ammattiryhmien äänen kuulumista. Profioidelle tyypillistä on konfliktialttius ja ajatus, että tehokkuus kumpuaa omasta tekemisestä kuin myös näkemys, että heidän on vaikea ottaa ohjeita vastaan ja niiden koetaan olevan loukkaus ammatti-identiteetille. (Freidson 1994,215; Radnor & Osborne 2011, 9; Brante 2011; Saks 2012.)

Sairaalakulttuuri on muodostunut siis hierarkioiden erilaiseksi verkostoksi, joita leimaa erikoistuminen ja monimutkaisuus. Monet asiat ovat juurtuneet sairaalamaailmaan historian saatossa, mutta näyttäytyvät voimakkaina vielä tänäkin päivänä. Eri ammattikuntien sekä professioiden sisällä vallitsevat hierarkiset suhteet kuten myös ammattikuntien välillä. Hierarkia muotoutuu erityisesti kokemuksen ja tietotaidon myötä, jotka ovat yhteydessä profioiden niihin liittyvällä vaikutusvallalla. Hierarkiat eivät aina ole näkyviä vaan muodostavat myös näkymättömiä tasoja, joihin liittyy kiinteästi arvostuksen tunne etenkin senioriteeteistä puhuttaessa. (Kinnunen 1990, 110-112; Minzberg & Glouberman 2001; Mager ym. 2014.)

3.4 Terveysthuollon kehittämissuuntauksien muutos

Julkisen sektorin sairaaloiden kehittämiskohteiden painotukset ovat vaihdelleet vuosikymmenien saatossa. Uudistuksista on puhuttu pitkälti uuden julkisjohtamisen käsitteen kautta. Uuden julkisjohtamisen on kuvattu palvelevan kansalaisia ja sillä on pyritty hillitsemään nousevia julkisen sektorin kustannuksia. Olennaisena kehittämiskohteena julkisella sairaalasektorilla on ollut byrokraattisuuden purkaminen ja sitä kautta tehokkuuden lisääminen sekä julkisten varojen järkevämpi käyttö. 1980-luvulla kehittämissuuntaukset keskittyivät tehottomuuden poistamiseen sekä ammatianalyysiin, joilla pyrittiin selkiyttämään sairaalassa toimivien työntekijöiden tehtävänjakoa sekä kuvailemaan heidän suhteitaan. Kehittämistä alkoi tapahtua myös työhyvinvoinnin saralla. Julkista sektoria peilattiin paljolti yksityiseen sektoriin, jonka nähtiin olevan toiminnassaan tehokkaampi kuin julkinen puoli. Päädyttiinkin tulosjohtamisen aikakauteen, jossa korostettiin strategista johtamista sekä tulosta ja sen seurantaan. Sairaalassa tuloksen tekeminen vaati kollektiivista työskentelyä ja eri professioiden työskentelytapoja määriteltiin tarkemmin. Asiakkaan roolia palveluntuotannossa kuitenkin lisättiin ja palveluajattelu ottikin vahvaa jalansijaa, mutta tuloksellisuuden keskittyminen jätti asiakkaan näkökulman vähemmälle. (Kaljunen 2011; Wiili-Peltola 2005, 27.)

1990-luvulla painotukset julkisella sektorilla muuttuivat koskemaan laatua, tiimityöskentelyä ja oppivan organisaation näkökulmia sekä projektimaista työtettä. Näillä keinoilla pyrittiin sairaalan tehokkuuden lisäämiseen. Huomio kiinnittyi myös toiminnan prosessimaiseen kehittämiseen ja pyrittiin siihen, että oikealla prosessilla saataisiin aikaan kustannustehokas lopputulos. Myös yhteisten toimintamallien tekeminen tiimityöskentelyn näkökulmasta oli 90-luvun teemana. Pyrittiin löytämään keinoja eri ammattikuntien väliseen yhteistyöhön. Kehittämisen fokuksena oli toimintojen yhdenmukaistaminen ja suositusten tekeminen. Myös asiakkaan fokus nostettiin kehittämisessä pinnalle ja sairaalan toiminnan suunnittelussa otettiin huomioon suoraan myös asiakkaiden mielipiteitä. Laadun määritelmä oli kuitenkin monesti hyvin epäselvä, koska siinä missä ajateltiin laadun lisäävän kustannuksia, puhuttiin myös siitä että prosessiperustainen kehittäminen tuo laatua ja sitä kautta säästöjä. Ajateltiin myös, että oman työn tekeminen on lähtökohtaisesti laadukasta. (Enckell 1998, 3-4; Wiili-Peltola 2005, 27-28; Kaljunen 2011.)

Prosessiajattelu levisi terveydenhuoltoon 2000-luvun taitteessa ja ydinajatuksena oli ottaa asiakas keskiöön parantamalla prosesseja asiakaslähtöisesti. Palveluketjuja haluttiin yhdistää ja sairaalan kokonaisuuksia pyrittiin hahmottamaan osien sijaan. Toiminnoissa pyrittiin kokonaisvaltaiseen parantamiseen prosessien kautta. Sairaalaympäristö nähtiin vahvasta prosesseihin perustuvaksi organisaatioksi. Prosesseihin liittyy kiinteästi myös teollisuudesta tutut kehittämisprojektit, joista yksi on ollut Lean-ajattelu. Prosessiajattelu sai rinnalleen vuosituhannen vaihtuessa mittarin, jolla pyrittiin sairaalakontekstissa yhdistämään asiakas, prosessi, henkilöstö ja talous. Näiden synteesillä pystyttiin tarkastelemaan tasapainoista strategioiden toteutumista julkisen organisaation kontekstissa. Kokonaisvaltainen tarkoitus oli kasvattaa palvelunäkökulmaa ja parantaa asiakaslähtöistä toimintaa. Vallalle tuli myös ajattelu toimintojen tehostamisesta ja tehokkuuden voimakkaasta lisääntymisestä, jolloin myös henkilökuntaa voitaisiin vähentää ja talous parantuisi tätä kautta. Kehittämissuuntaukset alkoivat kattamaan siis tehokkuuden ja talouden yhteisvaikutukset, jolloin otettiin huomioon kriittinen näkökulma työntekijöistä taloutta kuormittavana tekijänä. (Kaljunen 2011; Wiili-Peltola 2005, 28; Joosten ym. 2009.)

2000-luvulla terveydenhuollon kehittämisen olennaisena muutoksena tuli suuntaus, jossa palveluiden tilaaja ja tuottaja pyritään erottamaan. Tämä tarkoittaa sitä, että sairaalaorganisaatiossa tilaajana toimii julkinen sairaala, mutta palvelun tuottajana voi toimia julkinen, yksityinen tai kolmannen sektorin taho. Palveluiden kehittäminen tarjouskilpailun perusteella parantaa tuottavuutta ja laajentaa näin ollen julkisen sairaalan palveluntuotantoa vastaamaan paremmin asiakkaiden tarpeita. Palveluiden pohjalla on palvelustrategia, josta käy ilmi palvelulupaus. Palvelulupaus tarkoittaa lupausta kattavien palveluiden tarjoamisesta. Kehittymissuuntaus on siis vahvasti liikkunut kohti asiakasta ja taloutta. Huoli alati nousevista kuluista on valtakunnallinen, ja aiemmat kehittämissuuntaukset ovat pyrkineet ottamaan huomioon molemmat näkökulmat, mutta usein on käynyt niin, että asiakas- ja työntekijänäkökulma on unohtunut. Sitä pyritään paikkaamaan tilaaja-tuottaja mallilla ja huomion keskittämällä prosesseihin sekä tehokkuuteen. Kehittämishankkeet keskittyvätkin 2000-luvulla pääasiassa asiakasnäkökulmaan ja talouden hallintaan. Kuluja pyritään hillitsemään ja keinoksi on otettu myös sisäisen tehokkuuden lisääminen sairaalaorganisaatiossa. (Enckell 1998, 3-5; THL 2012; Wiili-Peltola 2005, 27-29.)

Koska Suomen ja koko maailman taloudellinen tilanne on tällä hetkellä epävakaa, on kustannusten kannalta oleellista tuottaa vaikuttavia terveydenhuollon palveluita mahdollisimman pienillä resursseilla. Sekä talouden että talouskasvun niukkeneminen ja väestön ikärakenteen muuttuminen ei tuo helpotusta tilanteeseen, jossa etenkin julkisen sektorin budjetti kulkee jatkuvasti äärirajoilla. Tämänhetkinen kehittämissuuntauksen muutos vaikuttaa Kivisaaren ym. (2008) mukaan siihen, että kehittäminen, käyttäminen, yhteiskunnallinen toiminta ja tuottaminen toimivat terveydenhuollon yksikössä reflektioivana syklinä. Näin ollen palveluiden tuottaminen, kehittäminen, monitasoinen käyttäminen sekä yhteiskunnallinen vaikuttavuus on keino, jolla väestön ikääntymiseen ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksien nousuun pyritään vastaamaan. (<http://stm.fi/ministerio/historiaa>.)

Se, miksi etenkin 2000-luvulla painopiste on muuttunut kohti talouden hallintaa ja asiakasnäkökulmaa sekä tehokkuutta johtuu siitä, että väestö ikääntyy ja erilaisia pitkäaikaisia, systemaattista hoitoa vaativia sairauksia on todettu vuosi vuodelta enemmän. Nämä tekijät tuovat haasteita tämän päivän kehittämissuuntauksille, koska sosiaali- ja terveystalouden palveluiden kysyntä kasvaa ja vastaavasti työvoimapula etenkin hoitotyötä tekevien keskuudessa on konkreettinen. Tavoitteena onkin ollut, että sosiaali- ja terveydenhuollosta tulisi enemmän asiakaslähtöistä palvelutoimintaa yllämainittujen tekijöiden takia. Näin ollen talouden hallintaan saadaan konkreettisia keinoja kun työntekijöiden kompetensseja pystytään hyödyntämään aktiivisemmin sekä terveydenhuollon institutionaalisia rakenteita pyritään systemaattisesti purkamaan nostamalla asiakasta keskiöön. Näin ollen kehittämisen suuntana tulisi olla myös yleisen vaikuttavuuden lisääntyminen ja huomiota tulisi kiinnittää siihen, että työ olisi mahdollisimman tehokasta ja työympäristö viihtyisä, jolloin yllämainittuihin haasteisiin pystyttäisiin vastaamaan. (Pentikäinen 2009, 126-127; Kivisaari & Leväsluoto 2012.)

2000-luvun kehittämissuuntausten koskettaessa suureksi osaksi laatua ja tehokkuutta ja näin ollen vahvasti taloudellista kontrollia, liittyvät nämä terveydenhuollon työn kontrollien murtumiseen juuri palvelunäkökulman noustessa vahvemmin agendalle. Vanhanaikainen professioiden korostaminen ja hierarkiset suhteet organisaation sisällä ovat toimineet puskureina terveydenhuollon vaikuttavuudelle. Näin ollen kehittämisen fokuksen muuttuessa yhteisöllisempään, vähenee myös rakenteisiin liittyvät institutionalisoituneet tekijät, joihin kehittämishankkeilla on aikomus osaltaan pureutua, jolloin pystytään vähentämään työn kuormittavuutta niin hierarkioiden näkökulmasta

kuin professioihin liittyvän vastuun näkökulmasta. Tämä lisää osaltaan myös koko sektorin houkuttelevuutta ja sillä voidaan vastata henkilöstön sitoutumisen ongelmiin. (Rajavaara 2007, 168-169; Pentikäinen 2009, 127.)

3.5 Teoreettisen viitekehyksen synteesi

Lean-ajattelun tavoitteena sairaalaorganisaatiossa on lisätä tehokkuutta poistamalla työskentelystä hukkaa ja pyrkiä luomaan organisaatioon kulttuuri, jossa pyrittäisiin tekemään asiat jatkuvasti paremmin. Leanin leviäminen rationaaliseksi valinnaksi vaatii moniammatillista yhteistyötä sairaalan henkilökunnan ja asiakkaan välillä. Koska Lean-ajattelu on lähtöisin yksityiseltä autoteollisuuden sektorilta, ei sen implementointi julkisen sektorin palveluorganisaatioon onnistu kopioimalla. Julkisen sairaalaorganisaation kulttuuri ja organisaation ominaispiirteet poikkeavat yksityissektorilta sekä muista julkisista organisaatioista muun muassa siten, että sairaalan tarkoitus on tuottaa palveluita kattavasti eri asiakasryhmille, organisaatio tarvitsee laajan kirjon eri alojen erikoistuneita ammattilaisia, jotka vastaavat asiakkaiden hengestä ja terveydestä sekä sairaalaorganisaation kulttuuri on hyvin institutionalisoitunut historian saatossa. Lean-ajattelun keskiössä ei siis ole järjestää hajautuneita työtapoja lisätäkseen pelkästään organisaation sisäistä tehokkuutta vaan sisäisen tehokkuuden lisäämisen fokus tulisi olla loppukäyttäjän tarpeissa. (Walley & Radnor 2008; Joosten ym. 2009; Radnor & Osborne 2013.)

Puhuttaessa sairaalaorganisaatiosta puhutaan palveluorganisaatiosta, jonka keskeisenä tehtävänä on tuottaa palveluita asiakkaan tarpeiden mukaan. Tällöin asiakkaan mielipiteen ja tarpeen tulisi olla keskiössä. Lean-ajattelun ydinajatuksena onkin nostaa asiakasta keskiöön ja parantaa tehokkuutta juurikin asiakkaan näkökulmasta, jolloin esimerkiksi sairaalassa odottelun aikaa pyritään vähentämään menetelmän keinoin. Julkisessa sekä professionaalisessa organisaatiossa tällainen näkökulma ei ole aivan ongelmatonta. Julkisen sektorin näkökulmasta etenkin asiakas on hankalasti määriteltävissä. Sairaala voi määrittää asiakkaakseen julkisen toiminnan maksajat eli veronmaksajat, palvelun loppukäyttäjän tai muun muassa sairaalan toisen osaston tai kolmannen sektorin toimijan. Yleisesti Lean-ajattelun tarkoitus on toimintoja palveluiden lopullisen käyttäjän näkökulmasta. (Burgess & Radnor 2011; Radnor ym. 2011; Holden ym. 2015; Osborne ym. 2015.)

Koska sairaala on kompleksinen organisaatio, täytyy sitä tarkastella kokonaisuuden näkökulmasta. Kun puhutaan toimintojen tehostamisesta, tulee miettiä, ketkä ovat avainasemassa. Tehokkuus välittyy työntekijöiden kautta. Sairaalan moninaisuus ja eri professiot ovat perinteisesti sekoittaneet palveluperiaatteen lineaarista jatkumoa. Sairaalakulttuuri on differentioitunut alakulttuureiksi ja jopa fragmentoitunut eri alakulttuurien sisällä. Alakulttuureja muodostaa pääosin eri professiot, kuten eri alojen lääkärit, hallinnon työntekijät ja sairaanhoitajat kuten myös eri ammattikuntien jäsenet kuten lähihoitajat ja laitospulaiset. Tällöin toimintaan syntyy hierarkisia rakenteita, jotka hidastavat Lean-ajattelun mahdollisuuksia. Tällainen kulttuuri on hyvin konfliktialtis, mutta perustuu kuitenkin hyvin pitkälle professioiden vallassa olevaan kontrolliin ja kunnioitukseen, jolloin tietotaitoa ei välttämättä kyseenalaisteta. (Martin 1992; Thorne 2000; Saks 2012; Sabater-Galindo ym. 2016.)

Lean-ajattelun optimaalinen implementointi pyrkii saamaan palveluketjulle vaikutteita kulttuurisesta integraatiomallista, jolloin toiminnan fokus kääntyisi omasta ammatillisesta erityistietämyksestä loppukäyttäjään ja loppukäyttäjän tarpeisiin. Yhdenmukaisuus ja lineaarinen yhteistyö läpi organisaation lisäisi Lean-ajattelun mahdollisuuksia toimia holistisena ja murtaa institutionaalisia rakenteita toimimaan joustavammin ja vähemmän hierarkisesti. Integraatiokulttuurin viitteitä sairaalassa on huomattavissa professioryhmien sisäisessä kontrollissa, jolloin yhdenmukaista ja lineaarisuutta esiintyy ryhmäkontrollin ansiosta. Ongelmallista on kuitenkin, että professiot ja eri alojen ammatilliset voivat kuulua samanaikaisesti moneen eri alakulttuuriluokkaan ja hierarkiaa esiintyy niin oman kuin muidenkin ammattikuntien sisällä, jolloin tehokkuuden leviäminen osaksi sairaalan kulttuuria voi hidastua tai jopa estyä esimerkiksi alakulttuurien systemaattiseen vastustukseen. (Harrison 1999; Wiili-Peltola 2005; Joosten ym. 2009; Saks 2012.)

Toisaalta professioryhmien kautta tapahtuva kulttuurinmuutos voi olla juurikin sairaalaorganisaation mahdollisuus, silloin kun professioryhmät sekä muiden ammattien edustajat pääsevät ideoimaan itse parannuksia ja kehittämiskohteita. Tällöin professionaalinen tieto ja toimivalta sekä auktoriteettiasema voi olla keskiössä tehokkuuden parantamisessa. Professioketjun ylimpänä olevat tyypillisesti omaavat valtaa suhteessa alempiin hierarkialuokkiin, joten professioiden hyödyntäminen Lean-ajattelun levittäjänä osaksi kulttuuria voi olla potentiaalinen väylä tehokkuuden lisäämiseksi. Tällöin professioiden yhteisestä sopimuksesta purettu kontrolli antaa mahdollisuuden

kulttuuriselle muutokselle. (Harrison 1999; Thorne 2000; Wiili-Peltola 2005; Saks 2012; Mager ym. 2014.)

Palvelunäkökulmasta hierarkiat ja professiot ovat ongelmallisia. Yksityisellä sektorilla asiakas määrää mitä haluaa ja tuotanto toteuttaa asiakkaan tahdon. Julkisessa sairaalaorganisaatiossa päätösvalta ei kuitenkaan aina ole palvelun loppukäyttäjällä ja hänen hoitoa vaativalla vaivallaan vaan siihen vaikuttavat ammattilaisten tekemät diagnoosit palveluketjujen välillä. Koska asiakas voi olla käyttänyt monia sairaalan palveluita ennen diagnoosin tekemistä, on hoitopolun varrelta kokemusta asiakkaasta kertynyt monelle eri ammattilaiselle, joiden havainnot ovat asiakkaan näkökulmasta ensiarvoisen tärkeitä. Kuitenkin lääkäri tekee lopullisen diagnoosin ja määrittää asiakkaan jatkotoimenpiteistä. Hänen tietotaitonsa voi professioille tyypillisesti nousta hierarkiassa ylimmäiseksi ja näin ollen kumota tai määrittää eri tavalla suhteessa aiempiin eri ammattilaisten tehtyihin havaintoihin. Tällöin myös asiakkaan omat havainnot omasta terveydestään voi jäädä kliinisen tietotaidon alle. Näin ollen tehokkuuden ideaali kumoutuu ja moniammatillinen, asiakkaalle arvoa tuottava ketju katkeaa. (Radnor 2011; Radnor & Osborne 2012; Yip ym. 2015; Bastian ym. 2016).

Myös organisaation jatkuvassa parantamisessa sekä sisäisten prosessien tehostamisessa tulee ottaa huomioon eri professionien ja ammattien erilaiset jännitteet ja hierarkiset suhteet. Esimerkiksi kaizen-työpajassa keskeisenä merkityksenä ei tulisi olla professionaalinen erityisyys ja dominantti asema vaan monen eri ammattikunnan näkemysten yhdistäminen ja toisen mielipiteen arvostaminen, jolloin kulttuuria olisi mahdollisuus muuttaa holistisemmaksi ja suuntaa, joka tuottaa hyvinvointia ja tehokkuutta jokaiselle ammattikunnalle ja sitä kautta myös asiakkaalle. (Liker 2004; Radnor & Osborne 2012; Holden ym. 2015; Simons ym. 2015.)

Voidaan siis todeta, että julkisen sairaalan ja Lean-menetelmän yhdistäminen ei ole yksiselitteinen ja helppo. Huomioon täytyy ottaa niin hajautunut alakulttuurien verkosto ja niihin liittyvät professiot kuin asiakasnäkökulma, joka on Lean-ajattelun ydin. Tutkimuskirjallisuudesta onkin löytynyt havaintoja siitä, että etenkin professiot, professioryhmien välinen kontrolli sekä hierarkiset suhteet, sairaalan yhteisöllinen ja yksiköllinen moninaisuus ja usein vaihtuvat, epäselväksi jääneet

kehittämishankkeet jarruttavat toimintojen tehostamista. (Kts. esim. Liker 2004; Radnor & Osborne 2011; Saks 2012; Mager ym. 2014; Sabater-Galindo ym. 2016.)

4 Metodologiset valinnat

4.1 Laadullinen tapaustutkimus

Tutkimukseni on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Laadullisella tutkimuksella pyritään tutkittavan aiheen mahdollisimman kokonaisvaltaiseen kuvaukseen. Laadulliselle tutkimukselle tyypillistä on ihmislähtöisyys ja ihmisiä käytetään monesti aineiston keruun välineinä. Näin ollen havainnot ja keskustelut ovat avainasemassa. Havainnot ja keskustelut auttavat tuomaan esiin tutkittavasta asiasta henkilöiden erilaisia näkökulmia ja suhteita asiaan, syitä sekä seurauksia. Näin ollen laadullisella tutkimuksella pyritään tuottamaan myös käsitteitä, teoriaa sekä näiden välisiä suhteita tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisella tutkimuksella voidaan siis tuoda esiin yksilöiden käsityksiä todellisuudesta ja suhteesta tutkittavaan asiaan. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on tutkittavan asian kuvailu, ymmärtäminen tai tulkinta ja tutkimus liittyvät yleensä inhimilliseen toimintaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 157-159; Tuomi & Sarajärvi 2009, 19-22.)

Omassa tutkimuksessani aineistonkeruuvälineenä toimivat ihmiset, jotka ovat osallistuneet hukka- ja koulutukseen ja kaizen-työpajoihin. Näin ollen haastatteluja tehdessä keskustelut ovat olleet avainasemassa ja oleellista onkin, että tutkijana olen pystynyt olemaan avainasemassa ja poimimaan haastattelusta keskeiset lisäkysymykset, jotta laadullisesta aineistosta saadaan tarpeeksi laaja ja monipuolinen, mutta teemoihin sisältyvä kokonaisuus. Näin ollen haastateltavien käsitykset organisaatiokulttuurisista tekijöistä nousevat luontevasti esiin.

Tutkittavasta ilmiöstä voidaan laadullisin menetelmin lähestyä monesta eri näkökulmasta tai vastaavasti yhdestä ilmiöstä voidaan pyrkiä saamaan mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva. Laadulliselle tutkimukselle tyypillistä on välttää määrääviä ennakkokäsityksiä ja tarkoituksena on saada aineistolähtöisesti tutkittavasta ilmiöstä laaja kuva. Laadullista tutkimusta kuvaa hyvin tiukkojen reunaehtojen puuttuminen ja ainutlaatuiset tutkimustulokset. Reunaehtojen puute tarkoittaa sitä, että tiukkoihin muotteihin ei sitouduta vaan aineistoa kerätessä on mahdollisuus myös joustaa valitusta kehyksestä. Ainutlaatuisuutta kuvataan sillä, että laadullisella tutkimuksella pyritään tuomaan esiin uusia, vähän tutkittuja asioita monesti henkilölähtöisesti, jolloin henkilöiden valinnat

sekä heidän käsityksensä tutkimuskohteesta tekevät tutkimuksesta erityisen. Laadullisen tutkimuksen rikkaus on, että se antaa tilaa erilaisille näkemyksille ja kokemuksille. Se pureutuu ajatuksiin, tunteisiin tai motivaatioihin, pyrkii antamaan ilmiölle merkityksen sekä syvemmän kokonaiskäsityksen. Tutkimukseni on empiirinen ja aineistonkeruun yhteydessä pyritään siihen, että tutkimuksen eettinen näkökulma säilyy vahvana. (Kylmä & Juvakka 2007, 28-30; Tuomi & Sarajärvi 2009, 20-21.)

Tutkimuksessani tarkoituksena onkin nostaa esiin tapaustutkimukselle tyypillistä juuri siihen kontekstiin ominaista tietoa. Hukkahaavikoulutuksessa esille tulee varmasti asioita, joihin on kiinnitettävä huomiota, mutta tulosten yhteen kokoaminen tuo syvempää käsitystä aiheen kokonaisuudesta. Näin ollen ei enää käytetä kaikkea organisaatiokulttuurista tietoa hyväksi toimintojen tehostamisessa vaan painotusta pystytään muuttamaan suuntaan, joka on henkilökunnan näkökulmasta välttämätöntä. Saadaan esille siis laadullista tutkimusta, joka tuo esiin sitä, kuinka sairaalan organisaatiokulttuuriset tekijät nousevat esiin Lean-ajatteluun perustuvassa prosessien tehostamisessa.

Tutkimukseni on tapaustutkimus ja tapauksena on Lapin sairaanhoitopiirin Inhimillisesti tehokas sairaala- hankkeeseen kuuluva hukkahaavi. Tapaukseni kontekstina ovat siis Lapin sairaanhoitopiiri ja siihen liittyvä hukkahaavi- koulutus ja kaizen- työpajat. Tapaustutkimuksessa tärkein tehtävä on määritellä ja analysoida sekä ratkaista tapaustutkimuksen keskeinen tavoite. Tapaustutkimukselle tyypillistä on, että se määräytyy sille annettujen kriteerien mukaan, jotka tässä tapauksessa liittyvät henkilökunnan näkemyksiin organisaatiokulttuurisista tekijöistä. Kriteereitä voivat olla esimerkiksi yksilö, ryhmä, toiminto tai tapahtuma. Lisäksi tyypillistä on, että tapaustutkimuksen yhteydessä kerätään itse monipuolinen, laadullinen, aineisto. Omassa tutkimuksessani aineiston monipuolisuutta lisää haastateltavien eri ammatillinen positio sekä koulutuksen käymisen aikajänne. (Creswell 1998, 61; Erikson & Koistinen 2005, 4-5.)

Tapaustutkimukseen liittyy muutamia tunnusomaisia piirteitä. Tapaukset ovat aina tässä hetkessä olevia, ei menneitä eikä tulevia. Esimerkiksi tutkimukseni keskiössä ovat osastot, jossa Lean-ajattelua sovelletaan tällä hetkellä aktiivisesti. Tapauksia tulee aina käsitellä niiden alkuperäisessä ympäristössä, sillä tapaukseksi ei voida määritellä kontekstista irrotettua tarkastelua. Näin ollen

tutkimus toteutetaan haasteltavien omilla osastoilla Lapin keskussairaalassa. Yleistä on, että tutkittavia tapauksia on vain yksi ja siitä halutaan saada aikaan syvä ja holistinen tutkimus. Tapauksen tutkimukselle olennaista on, että tutkimuskysymys, -asetelma sekä aineiston analyysit perustuvat tutkittavaan tapaukseen. Tutkimukseni fokus onkin keskittynyt tutkimaan juurikin Lean-ajattelulla tapahtuvaa toimintojen tehostamista, ei mitä tahansa tehostamista. Tehtäessä tutkimusta jonkun tapauksen pohjalta, yksi tärkeimmistä kriteereistä sen valitsemiseksi tulisi olla se, että aiheesta on tehty vain vähän aikaisempaa tutkimusta. Kriteeri täyttyy omalta osaltani, koska suomalainen Lean-ajattelun organisaatiokulttuuristen tekijöiden tutkimus on vähäistä ja myös kansainvälisesti löytyi vähän tutkimusta, jotka olisivat keskittyneet juurikin pelkästään organisaatiokulttuuriin tekijöihin. Tapausta on tutkittu myös hyvin vähän haastateltavieni työpaikalla. (Erikson & Koistinen 2005, 1-5; Kananen 2013, 54-57.)

4.2 Aineiston hankinta haastatteluilla

Tutkimukseni aineisto on kerätty haastattelemalla hukkaavaissa mukana olleita työntekijöitä kahdelta eri poliklinikalta. Haastatteluun mukaan on pyydetty työntekijöitä eri ammattikunnista, jotta tutkittavasta aiheesta on saatu mahdollisimman monitahoinen kuva. Haastattelututkimuksen etuina nähdään olevan sen joustavuus ja mukautuminen eri tilanteisiin. Tilanteessa on mahdollista esimerkiksi kysyä tarkentavia kysymyksiä sekä oikaista väärinkäsityksiä. Haastattelututkimuksessa pyritään saamaan vastauksia koskien haastateltavan elämää ja kokemuksia. Ongelmatonta se ei silti ole, sillä emme voi koskaan varmasti tietää, vastaako haastateltava kysymyksiin juuri niin kuin asiat ovat. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 35, 48-50).

Haastattelu on toteutettu puolistrukturoituna teemahaastatteluna. Kaikilta haastateltavilta on kysytty likipitään samat kysymykset samassa järjestyksessä. Toki haastattelujen lisäkysymykset tarkentuivat ja muuttuivat haastattelujen edetessä. Tavoitteena haastattelussa oli edetä teemoittain ja tehdä teemojen sisälle tarkentavia kysymyksiä, pyrkien näin saamaan tietoa haastateltavien erilaisista tulkinnoista koskien tutkimustehtävääni. Teemat ja tarkentavat kysymykset nousivat työni teoreettisesta viitekehystä. Teemahaastattelun etuna on se, että haastattelutilanteessa voi esittää tarkentavia kysymyksiä ja näin ollen päästä haastattelussa ”syvälle”. Tärkeää on kuitenkin, että haastattelu etenivät teemojen varassa ja tarkentavat kysymykset liittyivät käsiteltävissä olevaan

teemaan. Näin ollen päästään käsiksi juuri Lean-ajattelun tehokkuuteen ja aineistosta saadaan kar-
sittua pois muu kehittäminen, jolloin aineistoni ei vääristy. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 49-53;
Tuomi & Sarajärvi 2004, 76-78.)

Haastatteluuni osallistui kuusi henkilöä kahdelta eri klinikalta sekä yksi haastateltava toimi työs-
sään monella osastolla. Ammatiltaan haastateltavat ovat ylilääkäreitä, osastonhoitajia, fysiotera-
peutteja ja laitoshuoltajia. Haastateltavat valikoituivat kehittämisosaston toiveesta, mutta ajatuk-
senani oli saada mukaan mahdollisimman monitasoinen joukko eri ammattilaisia. Monitasoinen
joukko siksi, että esiin nousisi mahdollisimman hyvin valtaan, johtamiseen ja muutoksen reagoi-
tiin liittyvät tekijät. Haastateltaville esitettiin likipitään samat kysymykset ja haastattelutilanteessa
esitettiin tarkempia kysymyksiä teemoihin liittyen. Jokainen haastattelutilanne oli omanlaisensa ja
jokaiseen tilanteeseen kehittyi myös erilaisia, teemoista johdateltuja kysymyksiä. Haastatteluni
jakautui viiteen teemaan. Liikkeelle lähdettiin tehostamisen teemasta, Lean-ajattelun kokonaisu-
vasta. Toisena teemana oli jatkuva parantaminen eli kaizen- työpajoihin liittyvät kysymykset. Kol-
mannessa teemassa siirryttiin organisaatiokulttuurisiin tekijöihin. Selvitettiin muun muassa orga-
nisaatiokulttuurin yhtenäisyyttä ja hajonneisuutta ja sen vaikutusta tehokkuuteen. Neljännessä tee-
massa liikuttiin professioiden ja hierarkioiden rajapinnoilla ja viimeinen teema koski sairaalan ke-
hittämistä.

Haastattelutilanteet oli järjestetty tapahtuvaksi haastateltavien omalla työpaikalla rauhallisessa ti-
lassa, yleisesti ottaen haastateltavien työhuoneissa. Kaksi haastattelua keskeytyivät kaksi kertaa,
mutta toinen oli hyvin lempeä ja asiaan kuuluva keskeytys. Toisen haastattelutilanteen keskeytys
oli paljon aggressiivisempi. Keskeyttäjänä toimi haastateltavan kollega, joka käyttäytyi jopa hie-
man ilkeästi. Uskonkin, että tällä tapahtumalla oli vaikutusta haastattelun kulkuun, sillä luulen,
että näin pääsimme syvemmälle keskustelussa juuri moninaisuuden teemassa. Toisaalta se saattoi
myös kärjistä tutkimustuloksiani, sillä hetki oli hyvin tunteita täynnä. Toisaalta se myös saattoi
rohkaista haastateltavaani kertomaan asioista rehellisesti.

Haastateltavat olivat mielenkiinnolla mukana ja haastattelut kestivät 50 minuutista aina 100 mi-
nuuttiin. Litteroin jokaisen haastattelun sanatarkasti heti haastattelun jälkeen, jolloin oli mahdol-

lista huomata jatkokysymyksiä seuraavaan haastatteluun. Analysoitavaa tekstiä litteroidusta aineistosta tuli 110 sivua. Kuusi haastateltavaa eri ammattialoilta tuntui sopivalta määrältä, ja viimeisen haastattelun jälkeen tunsin ”ympyrän sulkeutuneen”. Tämä tarkoittaa sitä, että koin saaneeni kattavan aineiston, jolla pystyn saamaan aikaan monipuolisia tuloksia.

Haastattelutilanteet olivat hyvin mielenkiintoisia ja ainakin tutkijasta tuntui siltä, että turhaa jännitystä tai jäykkyyttä ei ollut. Tutkijana pystyin suhtautumaan haastatteluihin hyvin rauhallisin mielin ja haastattelujen edetessä sain vielä enemmän rohkeutta ja varmuutta siihen, kuinka haastatteluissa toimitaan. Tunnen, että molemminpuolinen luottamus syntyi kaikkien haastateltavien kesken.

4.3 Aineiston analysointi sisällönanalyysillä

Sisällönanalyysi juontaa juurensa Tuomen & Sarajärven (2009, 10-15) sekä Kyngäksen (2012) mukaan laadullisen tutkimuksen periaatteisiin, jotka pohjautuvat fenomenologis-hermeneuttisesta lähestymistavasta ja näin ollen sen käyttö etenkin tutkimuksissa, joissa pyritään selvittämään sitä, mitä tutkittava kertoo tai miltä hänestä tuntuu, on relevanttia. Näin ollen empirian ja tutkijan vahva vuoropuhelu hermeneuttisen kehän kautta nähdään olevan sisällönanalyysin vahvuus, koska tutkija oppii tuntemaan aineiston jatkuvan vuoropuhelun kautta.

Sisällönanalyysi sopii hyvin laadullisen tutkimuksen empirian analyysimetodiksi. Sen tarkoituksena on empirian analysointi objektiivisesti, jolloin tutkijan omat mielipiteet ja hypoteesit eivät vaikuta johtopäätöksiin. Sisällönanalyysillä analysoitavia aineistoja ovat perinteisesti olleet artikkelit, blogitekstit, haastattelut, puheet, keskustelut ynnä muuta. Sisällönanalyysissä tarkoituksena on löytää aineistosta merkityksiä ja eri merkityssuhteita. Se sopii erinomaisesti monenlaisen aineiston analysointiin ja sen parhaana ominaisuutena nähdään olevan herkkyys aineiston kontekstille ja vahvuutena voidaan nähdä sen monitulkintaisuus riippuen aineiston analysoijasta. Keskityn laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysiin, jonka tarkoituksena on sanoin kuvailla empiriasta nousevia ilmiöitä, jolloin aineistosta jäsennellään selkeä kokonaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 90-100; Kyngäs ym. 2012.)

Kyngäs & Vanhanen (1999, 5-7) nostavat esiin, että sisällönanalyysin tärkein tehtävä on kommunikaatioteoreettinen, jolloin juuri vuoropuhelu nousee keskiöön. Vuoropuhelun merkitys ei ole tärkeä pelkästään tutkijan ja empirian välillä vaan myös tutkimuksen kohteiden välillä, jotta esiin saataisiin analyttisiä tutkimustuloksia erilaisista valituista näkökulmista. Toisaalta kommunikaatio nousee esiin myös muissakin töissä, sillä sisällön analyysin nähdään olevan Tuomen & Sarajärven (2009, 99-100) mukaan perusta monille tutkimusmenetelmille ja se voi muodostaa myös tutkimuksen menetelmien teoreettisen viitekehyksen useammalle aineiston analyysimenetelmälle ja sitä voidaan käyttää myös kvantitatiivisen aineiston analyysissä.

Sisällönanalyysi on hyvin systemaattinen analyysitapa, joka lähtee liikkeelle koodauksesta ja päättyy yhdistävien yläkategoriointien luomiseen. Näin ollen sen tarkoituksena on tuoda tutkimustulokset esiin tiivistäen, jolloin kategorioita voidaan käyttää valintoja mukailten. (Elo & Kyngäs 2007, 108-109; Shank 2012.) Alasuutarin (1994) mukaan laadullisella sisällönanalyysillä pyritään keskittymään siihen, että havainnot saadaan pelkistettyä ja näin ollen saadaan tuotettua vastauksia tutkijan esittämille tutkimuskysymyksille. Tutkimuskysymysten tulisi olla Formanin & Damsroderin (2008) asetettu niin, että sisällönanalyysillä pystytään antamaan vastauksia laajasti tutkittavaan ilmiöön. Tällöin sisällönanalyysin parhaat puolet pääsevät esille.

Sisällönanalyysi voidaan jakaa aineistolähtöiseen, teoriaohjaavaan sekä teorialähtöiseen sisällönanalyysiin. Aineistolähtöisessä analyysissä käsitteet ja merkityssuhteet nousevat itse aineistosta kun teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä analyysi yhdistyy tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen teorian ja empirian vuoropuheluna. Teorialähtöinen sisällönanalyysi taas kytkeytyy vahvasti aineistoon ja joissain tapauksissa analyysillä pyritään testaamaan jotakin teoreettista hypoteesia. (Tuomi & Sarajärvi 95-101.) Erot analyysitapojen välille syntyy siis siitä, missä määrin teoria ohjaa tutkimusta ja mikä on empirian lähtökohtainen merkitys, onko sen avulla tarkoitus kuvata koko ilmiötä vai onko tarkoitus liittää aineistoa aikaisempaan tutkimukseen.

Aineisoni analyysimenetelmänä toimii teoriaohjaava sisällönanalyysi. Tavoitteena on, että teoria ohjaa analyysin tekemisessä ja analyysiyksiköt valitaan aineistosta, mutta teoria auttaa analyysiyksiköiden valinnassa. Tarkoitus on yhdistää teoriaa ja aineistoa luovasti ja saada vastauksia tutki-

muskysymyksiini, mutta myös sallia aineistosta nousevien teemojen esiintulo. Juuri tämän perusteen myötä valitsin oman aineistoni analyysimenetelmäksi teoriaohjaavan sisällönanalyysin. Vaikka tuntuu, että sisällönanalyysi on hyvin löyhästi kuvailtu moneen muuhun analyysimenetelmään nähden, koen, että tähän kontekstiin se sopii. Se antaa aineistolleni mahdollisuuksia korostua sekä teoreettisesta että aineiston näkökulmasta ja koen, että näin ollen saadaan aikaan organisaatiokulttuurisia painotuksia, joihin olisi hyvä keskittyä tapauksen käytännön kehittämistyössä. (Hirsijärvi & Hurme 2000, 165; Tuomi & Sarajärvi 2004, 95-101.)

Teoriaohjaavan sisällönanalyysin valitsemiseen päädyin tutkimusmenetelmien vertailun kautta. Toisena vaihtoehtona toimi fenomenografinen analyysi, jonka tarkoituksena on selvittää aineistosta eroavaisuuksia. Tarkoituksena oli, että voisin jaotella vastauksia haastateltavien position perusteella ja näin ollen peilata myös eroavaisuuksien ja vastaajien välisiä hierarkisia suhteita ja position merkitystä. Näin ollen olisin voinut nostaa esille myös henkilöiden kontekstisidonnaisuutta ja aikaisempia näkemyksiä etenkin aiempien tutkimuksen vaikutuksista Lean-ajatteluun suhtautumiseen. Fenomenografisen analyysin kautta olisin päässyt käsiksi paremmin juuri kontekstisidonnaisuuteen sekä position merkitykseen ja hierarkisuuteen, mutta se olisi rajoittanut myös tutkimustani eikä teoreettinen viitekehys etenkin Lean-ajattelun mukana kuljettaminen olisi ollut yhtä helppoa. Tutkimukseni tarkoituksena on kuitenkin etsiä tekijöitä, jotka edistävät ja hidastavat Lean-ajattelun tavoitteita. Fenomenografisen analyysin käyttö olisi rajannut aineistoni käsittelemään vain haastateltavien esiintuomia eroavaisuuksia ja analyysi olisi kohdentunut siihen, ”miten ihmiset kokevat tutkittavan ilmiön” (Hirsijärvi & Hurme 2000, 169). Lisäksi fenomenografista analyysia on käytetty enemmän kasvatustieteellisissä kuin hallintotieteellisissä tutkimuksissa, jolloin päädyin teoriaohjaavaan sisällönanalyysiin. Lopulliseen päätökseen vaikutti myös se, että teoria ohjaa työtäni voimakkaasti jo Leaniin liittyvillä käsitteillä, joten teoriaohjaava sisällönanalyysi antoi aineiston analyysille enemmän mahdollisuuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 34-35, 90-93.)

Teoriaohjaava sisällönanalyysi etenee pääsääntöisesti siten, että esimerkiksi haastattelut litteroidaan sanasta sanaan paperille. Litteroinnin jälkeen tutkimuskysymykset otetaan esille ja seurataan tarkasti tutkimuskysymyksen määrittämää tehtävänantoa. Analyysissä voidaan etsiä joko sanottuja tai piilossa olevia merkityksiä. Aineistosta koodataan eli merkitään analyysiyksiköt tutkimuskysymyksiä ja tutkimustehtävää vastaavat lauseet ja kaikki muu materiaali jätetään käyttämättä. Näin

ollen analyysiin saadaan mukaan vain kaikki oleellinen. Deduktiivista analyysiä tehdessä analyysirungon tekeminen on olennaista. Koodit eritellään muista lauseista, jolloin saadaan rypäs tutkimuskysymyksiin vastaavia lauseita. Koodit on tarkoitus luokitella, teemoitella tai tyypitellä pienempiin osiin. Esimerkiksi aineiston hankinta teemahaastatteluilla edistää koodien tyypittelyä, koska teemojen alle on järkevinä kerätä esimerkkejä, jotka sopivat teeman alaiseksi. Aineistosta voidaan hakea joko samanlaisuuksia, erilaisuuksia, tyypillisyyttä ym. On tärkeää päättää, mitä aineistosta hakee, jotta analyysi voi edetä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 172-173; Tuomi & Sarajärvi 2009, 90-93; Shank 2012, 125-130.)

Tämän jälkeen koodit pelkistetään ja niistä muodostetaan alaluokkia, mikä tarkoittaa sitä, että samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia yhdistetään isommiksi luokiksi, jolloin ilmauksia myös selkeytetään. Luokittelua jatketaan vähintään kahden yksikön yhdistämisessä niin kauan, että jää jäljelle enää pääluokat, jotka yhdistetään yläluokiksi. Yläluokkia yhdistää yhdistävä luokka, joka pyrkii vastaamaan tutkimuskysymykseen. Yläluokat muodostuivat jokaisesta teemasta alatutkimuskysymyksen mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103-120; Shank 2012.)

Oman tutkimukseni aineiston analyysin aloitin lukemalla kaikki haastattelut vielä kerran läpi. Sen jälkeen värikoodasin aineistoa teemojen mukaan. Näin ollen pystyin jaottelemaan tekstin eri teemoihin ja aloittamaan analysoinnin teema kerrallaan. Värikoodauksen jälkeen pyrin erottelemaan teemat toisistaan. Olohuoneen seinäni täyttyi viidestä isosta haastatteluteemoihini jaetuista väripaperista, joihin aloin liimaamaan sitaatteja yksi kerrallaan. Näin pystyin huomaamaan, mikäli jokin sitaatti kuuluikin mahdollisesti toiseen teemaan. Sitaatteja yhdistelemällä tein paperille analyysikarttaa ja lopulta yhdistin kaikki sitaatit, jotka kuuluivat saman yläluokan alle. Vasta siinä vaiheessa kun kaikki teemat oli analysoitu, aloitin kirjoitustyön.

Analyysin kirjoitusvaiheessa lähdin liikkeelle ensimmäisestä tehostamiseen liittyvästä teemasta ja tarkastelin vielä kokonaisuutta. Myös kirjoitusvaiheessa oli välttämätöntä muuttaa joidenkin luokkien paikkaa teemasta toiseen, sillä kirjoittaessa huomasin, että jokin luokka voi sopia paremmin toisen teeman alle. Välillä analyysin edetessä huomasin, että myös, että haastateltavat alkoivat sivulauseessa puhumaan menneistä tehostamishankkeista, joihin ei ole käytetty Lean-ajattelua. Näin ollen jouduin olemaan erittäin tarkkana, koska puhutaan Leanista ja koska ei. Tätä helpotti

se, että kirjoittaessa pyrin lukemaan samalla myös teoreettista viitekehystäni ja nostamaan sieltä esiin aiheita, joilla haastateltavien sanomisia voitaisiin liittää osaksi teoriaa. Tämä oli toisaalta tekijä, joka häiritsi analyysini tekoa kovasti ja voi olla, että mikäli tekisin analyysin alusta alkaen uudestaan, voisin joissakin tapauksissa päätyä erilaisiin valintoihin ja erilaisiin alaluokkiin. Halusin kuitenkin pitäytyä näissä luokissa, koska ne tuntuvat loogisilta ja istuvat osaksi valittuja yläluokkia. Näin ollen voin kuitenkin tehdä analyysissä yhtymäkohtia etenkin moninaisuuden käsitteiden kautta eri yläluokkiin, joissa tulee ilmi se, että tietyt asiat ovat yhdistettävissä esimerkiksi niin hierarkioihin ja professioihin kuin kulttuurisiin rakenteisiin moninaisuuden käsitteen kautta. Eri alaluokat siis voivat liittyä myös muihin yläluokkiin, mutta koen, että tekemäni ratkaisut kuvastavat valittua yläluokkaa kaikista parhaiten.

Sisällönanalyysiä on kritisoitu sen mekaanisuudesta sekä siitä, että mekaanisuuden takia tutkija unohtaa monesti tehdä todelliset päätökset johtopäätöksissä. Shank (2012) sekä Tuomi & Sarajärvi (2002, 104-105) korostavatkin, että tutkimuksen tuloksia eivät ole vain analyysistä saadut tulokset vaan tutkimus kiinnittyy myös laajempaan kontekstiin ja johtopäätöksissä tulisi pystyä vastaamaan laajempaan tutkimuksen tarkoitukseen. Teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä on kritisoitu tutkimuksessa siten, että teoria ja siihen liittyvät käsitteet voivat ohjata analyysiä liikaa ja näin ollen se voi jäädä keskeneräiseksi ja analyysistä voi jäädä huomioimatta tuloksiin vaikuttavia tekijöitä. Myös analyysin yksinkertaisuus saa osakseen kritiikkiä. Yksinkertainen käyttö voi johtaa siihen, että analyysissä ei perehdytä tutkimuksen syvempiin tarkoituksiin vaan tuloksista saadaan pinnallisia. Toisaalta tämä ongelma ei koske vain sisällönanalyysiä vaan se voidaan liittää muihinkin laadullisiin tutkimusmenetelmiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002; Kyngäs ym. 2012.)

Analyysissäni käytetyt sitaatit on koodattu vastaajien ammatin mukaan, jolloin johtopäätöksissä pystyn näkyvästi tarkastelemaan myös valtaan liittyviä teemoja. Koska haastatteluihin osallistui myös saman ammattikunnan henkilöitä, olen erotellut heidät numeroilla 1 ja 2, haastattelun kulun mukaan. Ammattikunnan näkyväksi tekeminen ei kuitenkaan paljasta haastateltavien henkilöllisyyttä, mutta se tuo selkeyttä ja luotettavuutta käyttämilleni sitaateille. Sitatit on valittu kuvaamaan parhaiten niitä asioita, joita haastateltavat nostavat esiin. Tavoitteenani oli siis vahvistaa Hirsijärven & Hurmeen (2000, 132) mukaista tutkimuksen luotettavuutta nostamalla esiin teemoja tukevia sitaatteja ja jättää muut lainaukset käyttämättä. Näin ollen pystyn vahvistamaan sitä, että

tulkintani aineistosta on oikeansuuntainen eikä tulkintoja ole tehty esimerkiksi tutkijan omista ennakkokäsityksistä. Sitaattien väärinkäyttöä on siis pyritty minimoimaan Tuomi & Sarajärven (2009,110) esimerkein kahdella tapaa: niitä on käytetty vain osuvissa tapauksissa ja niillä on pyritty kuvaamaan avattua analyysiä mahdollisimman osuvasti.

Analyysistä on jätetty pois siis vastakkaiset mielipiteet, mikä on luonteva valinta, sillä analyysistä käy ilmi, että suuria eroavaisuuksia analyysien teemojen sisällä ei ollut vaan vastaukset enemmänkin tukevat toinen toisiaan. Tällä tarkoitan sitä, että esimerkiksi hierarkioiden suhdetta tehokkuusajatteluun tarkastellessa lääkärit ja osastonhoitajat toivat esille, että laitoshuoltajat ovat kollektiivisesti hieman syrjässä eivätkä halua tai uskalla tuoda niin vahvasti omia mielipiteitään esiin. Näitä näkökulmia tukee se, että laitoshuoltaja oli samaa mieltä siitä, että alemmilla hierarkisilla tasoilla pelätään muun muassa sitä, otetaanko kehittämisehdotukset vakavasti. Näin ollen vastaukset tukevat toisiaan eikä huomattavia eroja tullut muissakaan analyysin kohteissa ilmi, jolloin tukevien sitaattien käyttö tutkimustulosten tukena on luonteva valinta.

4.4 Luotettavuuden ja eettisyyden arviointia

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella monella eri tapaa. Osa tutkijoista korostaa validiteettiä, jossa kuvataan sitä, onko tutkija tutkinut sitä, mitä on aikonut. Myös reliabiliteetin kuvaaminen on osan metodikirjallisuuden mukaan tärkeää. Tällöin arvioidaan sitä, pystytäänkö tutkimusta toistamaan. Tuomi & Sarajärvi (2009,136) kuitenkin kritisoivat tätä näkökulmaa Lincolnin & Guban (1985) pohdintojen näkökulmasta, koska tämä menetelmä on johdettu kvantitatiivisen aineiston luotettavuuden analysoinnista. Oman tutkimukseni näkökulmasta luotettavuus on toteutunut näiden kritiikkiäkin saaneiden tarkastelujen näkökulmasta. Tutkimuskysymykseni vastaa hyvin tutkimustuloksiin ja tutkimus olisi toistettavissa. Toki, kuten aiemmin nostin esiin, alakategoriat voisivat olla erilaisia ja niistä löytyisi viittauksia eri teemojen yläkategorioihin. En kuitenkaan usko, että alakategoriat olisivat muuttuneet niin radikaalisti, että yläkategoriat olisivat oleellisesti muuttaneet muotoaan. Uskon, että toistettavuudella saataisiin myös viittauksia muihin teemoihin. Samoihin tuloksiin pääsemistä kuitenkin rajoittaa se, vastaisivatko haastateltavat samalla tavalla uudestaan esitettyihin kysymyksiin. Tämä onkin Alasuutarin (1994, 29-31) mukaan oleellisesti pohdittava asia. Oleellista on myös miettiä, vastasivatko haastateltavat luotettavasti vai halusivatko he miellyttää tutkijaa. Tutkimukseni voitaisiin toistaa myös sairaalan muilla osastoilla, mutta

tällöin luotettavuus kärsisi, sillä sairaalan organisaatiokulttuuri voi poiketa suurestikin eri osastoilla. Mutta samalla osastolla toistettavuus olisi mahdollinen.

Toisaalta Vilkka (2005, 158-160) sekä Tuomi & Sarajärvi (2009, 140-141) nostavat esiin taas näkökulman, jossa tutkijan rehellisyys ja avoimuus ovat keskeisimmässä asemassa tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa. Myös Hirsijärvi, Remes & Sajavaara (2000, 214-215) korostavat, että tutkijan tulee kertoa luotettavasti, mitä tutkimuksessa on tapahtunut. He kaikki korostavat sitä, että esimerkiksi analyysivaihe tulee kirjoittaa kriittisesti ja selkeästi auki. Sama pätee myös haastatteluiden tekemiseen. Olenkin pyrkinyt avaamaan teksteissäni auki sitä, miten olen analyysiin päätenyt, miksi ja miten analyysi eteni. Kerroin myös analyysin kanssa ilmenneistä haasteista koskien analyysiteemojen vaikeaa hahmotusta. Avasin myös haastatteluiden kulkua ja kestoa ja kerroin myös erikoisesta tapauksesta, joka haastattelujen aikana tapahtui. Näin ollen rehellinen sekä negatiivisten ja positiivisten asioiden esilletulo auttaa läpinäkyvyydessä. Olenkin pyrkinyt lisäämään perusteluja tutkimukseni jokaiseen osioon ja näin ollen saamaan enemmän luotettavuutta esille juuri siinä, miksi tekemäni valinnat sopivat omaan tutkimukseeni ja tutkimukseni kontekstiin. Olen myös kiinnittänyt huomiota lähdemerkintöihin ja tarkistanut, että kaikki lähteet viittaavat oikein ja ne on merkitty lähdeluetteloon systemaattisesti.

Haastateltavien määrä oli huolenaiheeni pitkään. Haastateltavakseni pyysin yhteensä kahdeksaa henkilöä, joista kaksi kieltäytyi. Haastateltavia tuli siis kuusi. Alun perin ajattelin sen olevan liian vähän, mutta viimeisessä haastattelussa varmistuin, että saturaatio täyttyi ja viimeinen haastateltava sulki kehän antaen muita haastatteluja tukevia kommentteja ja avaamalla niitä omasta ammatillisesta perspektiivistään. Tämä olikin oleellinen huomio haastatteluja tehdessä ja kumosi ajatukseni, jonka mukaan isompi lukumäärä on aina parempi. Eskola & Suoranta (2001, 61) korostavatkin, että haastateltavia ei tarvitse olla isoa joukkoa. Oleellisinta on, että valitulla määrällä saadaan tutkimusaineisto, jonka avulla saadaan aihe tutkittua luotettavasti. Joskus siis pienempi määrä on suurta parempi. Haastateltaville tutkimukseni luotettavuutta korosti se, että heti haastattelupyynnössä kävi ilmi, mistä tutkimuksessani on kysymys, miten tutkimus tallennetaan, mitä tallenteille tapahtuu ja mihin tarkoitukseen tutkimustani on tarkoitus käyttää. Nämä asia kerrattiin vielä haastattelujen alussa ja haastateltavine kanssa sovittiin, että valmis työ lähetetään heille sähköpostitse.

Haastattelujeni kehä sulkeutui, koska haastateltava omatoimisesti teemoihin liittyen vastasi kysymyksiin niin, että ne olivat rinnastettavissa aiempien haastateltavien sanomisiin. Koen, että oli erittäin tärkeää, että haastateltavia ei tarvinnut johdatella tiettyä suuntaa kohti, koska se olisi vähentänyt luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74-77). Näin voin myös todeta, että haastatteluni teemat olivat järkevästi muodostuneet ja toivat esiin haastateltavien erilaisia näkemyksiä tutkittavaan asiaan (Vilka 2007, 153-154). Haastatteluja tehdessäni pyrin siis irti omista ennakkoluuloistani. Tosin olen sitä mieltä, että ennakkoluuloja ei juuri ollut. Haastatteluiden edetessä tosin jännityksellä odotin, miten seuraavat haastateltavat kysymyksiin vastaavat. En kuitenkaan koe, että olisin painottanut asioita omista lähtökohdistani.

Tutkimuksen eettisyys nousi keskeiseksi teemaksi kun tutkimukseni liittyy läheisesti projektiin ja ihmisiin, jotka työskentelevät palveluammateissa. Näin ollen oli otettava huomioon monia tekijöitä. Tutkijana minun oli siis todella tarkasti otettu huomioon se, että noudatan tiedeyhteisön esiin nostamia hyvän tieteellisen tiedon reunaehtoja (Tuomi & Sarajärvi, 126). Eli ensinnäkin haastateltavien osalta pyrin siihen, että anonymiteetti säilyy. Näin ollen tässä tutkimuksessa olen häivyttänyt osastot kokonaan. Pelkkä ammatti ei kerro sitä, millä osastoilla haastattelut on tehty. Koska hukkahaavikoulutuksen on käynyt suhteellisen vähän henkilöitä per osasto, olisi henkilöt olleet välittömästi tunnistettavissa, mikäli osasto ja positio olisi paljastettu. Myös haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista eikä suostutteluja käytetty. Kaksi henkilöä ei vastannut sähköiseen haastattelupyyntööni määräaikaan mennessä, joten otin heihin yhteyttä puhelimitse. Puhelinyhteydessä nämä kaksi henkilöä suostuivat haastateltaviksi. Suostumus tuli yhteisen aikataulun löydettyä, ei painostuksen kautta, mikä on Silvermanin (2011, 99) mukaan erityisen tärkeää.

Vilka (2005, 95-96) sekä Tuomi & Sarajärvi (2009, 131-132) mukaan tutkimuksesta ei saa aiheutua haittaa haastateltaville ja asiakirjat täytyy suojata niin, että ulkopuoliset eivät pääse nimelisiin lähteisiin kiinni. Jo litterointivaiheesta asti olen pitänyt haastateltavien nimet poissa papeista ja merkinnyt haastateltavat numeroin, jotta kukaan haastateltavista ei tule tunnistetuksi. Haastatteluaineisto on myös tallennettu henkilökohtaiselle muistitikulleni eikä haastatteluiden aikana ole puhuttu nimistä lainkaan.

Tutkimukseni valinnan kanssa kävin itseni kanssa raskastakin keskustelua, mikä on Tuomen & Sarajärven (2009, 129-130) mukaan suotavaa. Tutkimusaiheeni on hyvin positiivinen, mutta jouduin miettimään myös sitä, aiheutanko aiheellani jollekin ahdistusta tai pelkoja siitä, mitä tehokkuuden seurauksena tapahtuu. Lean-ajattelun tavoite helpottaa työntekijöiden työtaakkaa, näyttäytyy aineistonikin mukaan joissakin tapauksissa pelottavana. Henkilökohtaisten pohdintojen jälkeen koin aiheeni vielä enemmän tärkeänä ja merkityksellisenä ja eettisesti kestäväenä ja välttämättömänä tutkia, jotta terveydenhuolto saadaan vastaamaan paremmin yhteiskunnan manereita.

Koen siis, että tein parhaani mahdollista tutkimukseni Suomen Akatemian tutkimuseettisiin ohjeisiin (2008) ja ylläolevien haastateltavia koskevien tekijöiden lisäksi olen huomionnut tieteellisen etiikan etenkin sillä, että en ole lainannut muiden tekstiä. Tämä tutkimukseni on tuotettu muiden tutkimuksia sekä tutkimuskirjallisuutta hyväksikäyttäen. Kaikkia lähteitä on pyritty yhdistelemään ja teksti muotoilemaan omakseni. Lähdeviittaukset sijaitsevatkin suurimmaksi osaksi kappaleiden lopussa, koska tapanani on rakentaa lauseita omin sanoin monen eri lähteen näkökulmasta, jolloin pystyn luomaan oman tekstin omaan tutkimukseeni. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132-133.)

5 Tutkimustulokset

5.1 Toiminnan tehostaminen Lean-ajattelulla

Ensimmäinen haastatteluteemani koski toimintojen tehostamista Lean-ajattelulla. Tarkoituksena oli selvittää, kuinka Lean-ajattelulla on onnistuttu tehostamaan poliklinikkojen toimintaa hukkaa poistamalla. Haastattelukysymykset liittyivät käytännön toimintaan, siihen millaista on ollut tehostaa toimintoja prosesseihin perustuen. Lisäksi pyrin selvittämään, onko prosessien parantamisesta ja hukan poistamisesta tullut luonteva valinta, onko siitä tullut työtä ohjaava metodi. Esille nostettiin myös kysymyksiä siitä, millaisia positiivisia sekä negatiivisia vaikutuksia hukan poistolla ja prosessimaisella toimintojen tehostamisella on ollut työhön, poliklinikan toimintaan sekä asiakasnäkökulmaan ja millaisia ajatuksia työtapojen muuttaminen on aiheuttanut. Kysymyksiin kuului myös selvittää niitä tekijöitä, jotka estävät hukan aktiivista poistoa ja näin ollen tehokkuuden toteutumista.

Lean-ajattelun avulla on onnistuttu tehostamaan palvelunäkökulmaa. Tehostaminen on korostanut asiakaslähtöisyyttä, mikä on konkreettisesti tarkoittanut sitä, että potilaalle on pystytty tarjoamaan sujuvampia polkuja sairaalan sisällä, palvelut ovat helpommin saatavilla ja odotusajat ovat vähentyneet. Asiakkaalle on myös paremmin pystytty suunnittelemaan hoitokokonaisuuksia yhdelle käynnille. Prosessimaisen toimintojen tehostamisen kautta avulla asiakaslähtöisyydestä on tullut vahvempi osa työtä. On pystytty fokusoimaan oma työnteko koskemaan asiakasta. On pystytty konkretisoimaan työn tarkoitus, koska pystytään määrittelemään se, kenelle omasta tekemisestä on hyötyä. Bastianin ym. (2015) mukaan nämä ovat prosessimaisen toimintojen tehostamisen avaintuloksia sairaalakontekstissa.

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

Leanin avulla on myös suunnitteilla suurempia projekteja, joiden päätarkoituksena on ottaa huomioon erilaisia tarpeita omaavia ihmisiä. Tavoitteena on, että palveluita pystyttäisiin tarjoamaan monenlaisille ihmisille, ettei asiakkaan tarvitsisi tyytyä yhdenlaisiin palvelumuotteihin. Leanin avulla on mahdollista mukautua asiakkaan tarpeisiin enemmän, koska järkevällä toiminnalla resursseja pystytään uudelleenorganisoimaan niin, että toimintaa voidaan monipuolistaa, tekemättä suuria rahallisia investointeja. Lean-ajattelun avulla on pyritty myös konkreettisesti tuomaan esille se, kuka asiakas milloinkin on, mikä on Holdenin ym. (2015) mielestä erittäin tärkeää. Se on helpottanut työn fokuksintia kun on tullut ymmärrys siitä, että asiakas voi tarkoittaa eri konteksteissa hyvin erilaisia tahoja. Toisaalta palvelun kohteen määrittäminen voi olla ongelmallista etenkin julkisessa sairaalaympäristössä kuten Radnor & Walley (2008) esittävätkin, mutta toisaalta on tärkeää luoda jo ymmärrys siitä että asiakas voi olla muukin kuin palveluiden käyttäjä. Pelkkä ymmärrys vahvistaa palvelunäkökulmaa. Myös työn motivaatio on tätä kautta lisääntynyt kun huomataan, että oman työn tekemisellä on jokin konkreettinen fokus.

”Mää samantien sen kohdehenkilöstön löydän, että mä teen tätä semmosen alle metrisen takia tätä juttua.” (Laitoshuoltaja)

”... se vapauttaa henkilöstöresursseja niille, jotka enemmän tarvii sitä ja joille on järkevä niinku suunnata sitä hoitoresurssia niin sehän on mitä parhainta Lean-ajattelua, että jopa säästyy (resurssit). Ei mennä etes nollatasolla vaan säästetään sitten.” (Lääkäri 2)

Palvelunäkökulma on ollut työssä aina toiminnassa mukana, mutta Leanin avulla sitä on konkreettisin esimerkein pystytty korostamaan, mikä koetaan hyvänä asiana. Toki Dahlgaardin ym. (2011) ideaalitilanne siitä, että Leanilla keskityttäisiin etenkin asiakkaan ja sidosryhmäläisten näkökulmaan on vielä hieman kaukainen ajatus. Enemmänkin mukaudutaan Radnorin & Osbornen (2012) ajatukseen, jonka mukaan tehokkuuden parantamisessa tulisi ottaa huomioon niin asiakkaan kuin työntekijöidenkin näkökulma, mikä tarkoittaa sitä, että toiminnoilla tehostetaan myös osastojen sisäistä tehokkuutta tietoisesti. Tärkeää oli kuitenkin huomata, että asiakkaan tyytyväisyys lisäsi henkilökunnan tyytyväisyyttä, jolloin palvelunäkökulman tehostaminen korostui entisestään. Palvelunäkökulman parantamiseen on lähdetty kuitenkin haastateltavien osastoilla laatu edellä eikä tehostamisella ole yritetty vähentää olemassa olevia resursseja, mikä on ollut Osbornen ym. (2015) mukaan yksi Leanin varjopuoli julkisella sektorilla.

Prosessimaisen toiminnan tehostamisen ehdoton voimavara suhteessa aikaisempiin kehittämiss-hankkeisiin nähdään haastateltavien sekä Holdenin ym. (2015) mukaan olevan se, että siinä koros-tetaan henkilökuntalähtöistä kehittämistä. Sen avulla on pystytty lisäämään työntekijöiden henki-lökohtaista vastuuta, jolla on merkitystä osastojen ja sairaalan kokonaistoiminnalle. On myös pys-tytty osoittamaan oman toiminnan tehostamisen merkityksiä ja konkretisoimaan kehittäminen osaksi työnkuvaa sekä nykypäivän työnteon manereita. Esimiehen mukanaolon ja sitoutumisen tärkeyttä korostettiin Lean-prosesseissa, mutta henkilökohtaisen vastuun sekä yhdessä tekemisen välttämättömyyden nähtiin edistävän tehokkuutta. Vaikuttamisen mahdollisuuksien lisääntyessä lisääntyi osalla haastateltavista myös tunne, että oma työpanos sekä ammatti ovat tärkeitä ja jokai-sen mielipidettä arvostetaan.

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

Henkilökuntalähtöisyyden nähtiin olevan myös avain Leanin leviämiseen koska eri näkökulmien esilletulo sekä innostuneisuuden tarttuminen nähtiin suurena voimavarana ja oikeana tienä levittää Leanin filosofiaa. Näin ollen tehostamisesta tulee mielekkäämpää ja tärkeämpää, koska vastuussa siitä ovat työntekijät. Leanin avulla tehostamista sekä jatkuvuuden aspektia on selkeytetty. On tuotu konkreettisesti arkeen mukaan se, mitä kehittämisellä halutaan ja mitä kehittäminen voi ko-konaisuudessaan tarkoittaa omassa työympäristössä. Esimerkillä johtaminen, sitoutuminen ja hen-kilökunnan aktiivinen mukaanotto onkin Radnorin ym. (2006) mukaan avaimia onnistuneeseen Leanin implementaatioon ja tekniikka on oikea huolimatta siitä, millaisesta ympäristöstä Leanin käyttöönotossa on kyse. Ja Clayton ym. (2014) korostaakin, että etenkin työntekijöiden oman työn tuntemuksen hyödyntäminen on yksi Leanin päätekijöistä, jolloin pystytään vaikuttamaan niin henkilökunnan hyvinvointiin kuin kollektiivisempaan tehokkuuteen.

”... mä luulen että sit ku nähään et miten se oma työ tai tekemättä jättäminen näkyy muualla niin sitä mä luulen et ihmiset hahmottaa sitä aika hyvin et jos minä teen tän näin niin täällä menee paljon fiksummin tämä ja tämä.” (Lääkäri 1)

Toimintoja haastateltavien omilla osastoilla on tehostettu sillä, että prosessimaisen tehostamisen avulla työntekijöiden ajattelumalleja on voitu muuttaa. Holden ym. (2015) nostaa samaisen keskustelun esiin ja osoittaa, että prosessimaisella kehittämisellä ajattelumallien muuttamiseen päästään pienin askelin, mikä voi vähentää myös vastarintaa. On pystytty huomaamaan se, kuinka pienistä asioista Leanissa on loppupeleissä kyse. Se on laajentanut ajattelutapaa ja auttanut huomiointiin muutkin näkökulmat toiminnassa. Sillä on selkeytetty esimerkiksi eri ammattikuntien rooleja erilaisissa prosesseissa. On ymmärretty että pienetkin asiat voivat vaikuttaa prosessiin ja toisten tekemiseen suunnattoman paljon ja näiden pienien asioiden huomaamiseen Leanista koetaan olleen suuri apu. Tällöin pystytään myös näkemään kokonaisuuksia ja löytämään uusia kehittämisen kohteita sujuvasti. Pystytään erottamaan hukatekijöitä suuresta massasta. Hiuksen hienot asiat voivat olla laaja osa jotakin suurempaa prosessia ja henkilökohtaisella kehittämisvastuulla ja pienien yksityiskohtien huomaamisella kokonaisuudesta voidaan auttaa tehostamisessa suunnattomasti. Tämä on oleellinen osa Lean-ajattelua ja pohja kaikelle työskentelylle. Leanin voima tulee esille siitä, että pienistä hukasta kerätään suurempia ryppäitä, jotka vaikuttavat niin henkilökohtaiseen työskentelyyn kuin koko osaston ja sairaalan tehokkuuteen. Prosessimaisen toimintojen tehostaminen voimana kansainvälisellä tasolla nähdään olleen sama idea Lindseyn (2015) mukaan, mutta kollektiivinen ongelma Moffattin (2015) mukaan on kuitenkin se, kuinka suuren organisaation koko henkilöstö saadaan tähän pisteeseen, jossa jokaisen näkökulma olisi päivittäisten pienien muutosten tekemisessä.

”...mitä jos minä teen näin niin mihin kaikkeen se vaikuttaa. Tavallaan itse kun sitä korjaa niin se on hyvin osaoptimointi et minun pöytä on puhdas mut se on jossain muualla se iso paperikasa sitten. Et tavallaan tulee se kokonaisuus paremmin nähtyä sitten.” (Lääkäri 1)

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

Bushin (2007), Radnorin (2011), sekä Grabanin (2012, 31-33) erottelut siitä, mitä hukka konkreettisesti voi tarkoittaa sairaalamaailmassa ja kuinka pienistä asioista tehostamisessa on kyse nousee konkreettisena asiana esiin aineistosta. Prosessien tehostamisessa on siis voimavarana juurikin se,

että työntekijät voivat itse osallistua kehittämiseen paremmin koska näkemys on laajentunut ja nähdään oma paikka koko prosessissa.

Lean-ajattelulla on tehostettu poliklinikoiden toimintaa hyvin paljon sillä, että on pyritty luomaan yhtenäisempiä toimintamalleja. Työtä on pyritty standardoimaan, prosesseja on pyritty selkeyttämään ja sisäistä tehokkuutta on pyritty lisäämään. Työn standardoinnin kautta on saatu varmuutta omasta työstä. Työnkuvaa on selkeytetty ja prosesseissa on tullut selväksi se, mitkä asiat kuuluvat minkäkin ammattiryhmän työnkuvaan. Tavoitteelliseksi on tullut, että kaikki prosessit mietitään Lean-ajattelun kautta. Näin ollen päällekkäisyyksiä on pystytty poistamaan ja työhön liittyviä epävarmuustekijöitä vähentämään, mikä lisää Simonsin ym. (2015) mukaan oleellisesti palveluiden turvallisuutta.

Toiminnan tehostamisen kautta suurimman tehokkuuden nähdään jääneen osastojen sisälle, mutta tunnustetaan, että se ei ole huono asia, koska sisäisen tehokkuuden kautta myös asiakas saa parempaa palvelua ja heidän tyytyväisyytensä lisääntyy. Toisaalta Radnorin (2011) sekä Radnorin & Osbornen (2012) mukaan sisäisen tehokkuuden lisäämisessä on myös vaaransa. Sisäisen tehokkuuden korostaminen voi johtaa siihen, että Leania aletaan käyttää vain sisäisen dynamiikan ja valtasuhteiden korjaamiseen. Toki Lean-prosessien alussa tilanne voi olla se, että sisäisiä ongelmakohtia pyritään selvittämään, jotta ulkoiseen tehokkuuteen päästäisiin. Toisaalta tieteellinen kirjallisuus korostaa myös sitä, että sisäisen tehokkuuden lisääminen on välttämätöntä, mutta sen tulisi valuttaa tehokkuutta myös asiakkaaseen, kuten se haastateltavien mukaan heidän yksiköissään on tehnytkin (Liker 2004; Radnor 2011). Työnkuvien selkeyttämisen kautta moniammatillinen yhteistyö on parantunut, koska toisten työn merkitys prosesseissa tunnetaan ja prosesseja on tehostettu yhteistuumin.

”...kyllä varmaan niinku 70% siitä on tullut itse siihen meidän tekemiseen ja meidän prosessiin mutta kyllä niinku tavoitteena oli ajatella asiakkaan kautta että se asiakaski hyötyy siitä tehostavasta prosessista.” (Osastonhoitaja 1)

”... mä nään oman työn ihan erilaisena eli mä pääsen varmemmalle pohjalle kun mä työskentelen. Ihan sillä että mä pystyn näkemään sen tavoitteellisemmaksi sen työn.” (Laitoshuoltaja)

Lean-ajattelu on tuonut esiin kollektiivisempia toimintamalleja, jonka mukaan työskennellään. Kollektiivisemmän toimintamallin perustana on ollut se, että Leanin avulla prosesseja on selkeytetty. Prosessien yksinkertaistamisella on saatu tehokkuutta aikaiseksi hyvin paljon. Myös Mådig & Åhlström (2013) sekä Liker (2004) tukevat tutkimuskirjallisuudessa ajatuksessa prosessien yksinkertaistamisen tärkeyttä. Avaimena siihen on ollut se, että kaikista tunnereaktioista on pyritty pääsemään irti. Lean-ajattelusta ja sen tuomaista muutoksista on pyritty irrottamaan kauhu ja on pyritty korostamaan, että toimintojen muuttaminen ei ole henkilökohtaista vaan tavoitteena on standardoida työtä ja saada aikaiseksi yhtenäisempää toimintamallia. Ja kun tarpeeksi varataan aikaa näiden tekijöiden poistamiseen, loppupeleissä kyse oli vain omista peloista ja tunnereaktioista kun omiin työtapoihin tulee muutosta. Tätä ajatusta tukee Radnorin & Osbornen (2012) teksti, joista käy ilmi se, että tunnereaktioita syntyy erityisesti silloin kun puututaan ammattilaisten työhön ja annetaan vihjeitä siitä, että oma työ ei tuota koko aikaa arvoa. Se koetaan loukkauksena ammatti-identiteetille ja uusi tapa toimia nähdään kauhunsekaisena ja ehkä pelottavanakin. Admin & de Savignyn (2012) sekä Bastianin ym. (2016) näkemysten mukaan tunnereaktioiden sekä henkilökunnan sisäisten henkilösuhteiden huomioimisen tärkeys onkin ohitettu, mutta heidän näkemyksen mukaan se on ehdottoman tärkeää prosessien tehostumisen kannalta.

” Ja sitten toisaan niinku ko se kauhu siitä poistettiin, että aletaan nyt tekkeen, jos viis kertaa pittää vaihtaa hanskat niin vaihetaan sitten kerran ne pittää.” (Laitoshuoltaja)

”...elikkä kaikki tämmönen kyseenalaistaminen tiputettiin sieltä välistä poijes niin nyt kaikki meilä ossaa tehdä sen. Ja se ei ollu sitten loppupeleissä pitkäaikainen itse se toteutus kun sen toteutti.” (Laitoshuoltaja)

Asioiden ja sen hetkisen tilanteen hyväksyminen nousikin vastauksista esille. Asiat ja muutostilanteet menettivät liiallisen herkkyytensä ja henkilökohtaisuudet kun hyväksyttiin tilanne ja huomattiin hyväksymisen kautta, että muutos voi olla myös helppo toteuttaa, jota myös Bastian ym. (2016) korostaa.

5.2 Jatkuvan parantamisen kulttuurin muotoutuminen

Toinen haastatteluteemoistani koski jatkuvan parantamisen kulttuurin muotoutumista kaizen-työpajojen kautta. Haastattelukysymykset koskivat sitä, kuinka jatkuva parantaminen näkyy haastateltavien työssä, poliklinikan toiminnassa ja kuinka se heijastuu asiakkaaseen. Pyrin saamaan myös vastauksia kaizen-työpajoja koskevaan toteutukseen ja toteutuksen onnistumiseen, ovatko työpajat olleet luonnollisia ja miten ne on onnistuttu sovittamaan osaksi arkea. Esiin nostettiin myös henkilökohtaista näkemystä siitä, millaisena jatkuva parantaminen koetaan ja mitkä tekijät hankaloittavat jatkuvan parantamisen kulttuurin muotoutumista ja kaizen-työpajojen toteutumista.

Jatkuvan parantamisen kulttuuriin liitin analyysivaiheessa myös haastatteluni viimeisen teeman, jossa keskityttiin sairaalan kehittämiseen. Haastattelukysymykset koskivat Lean-ajattelua kehittämishankkeena ja sitä, minkälaisia ajatuksia se herättää ja millaisia mielipiteitä haastateltavilla oli siitä, onko kehitystä saatu aikaiseksi. Lisäksi teemassa summattiin yhteen koko haastattelua ja kytyttiin vielä näkemystä organisaatiokulttuurisista tekijöistä, jotka rajoittavat tai edistävät prosessi-perustaista toimintojen tehostamista ja hukkan poistoa.

Kaizen-työpajat ja jatkuvan parantamisen kulttuuri nähdään yleisesti tavoiteltavana kulttuurimuotona. Sen koetaan olevan helppoa, tavallisista työhön liittyvistä asioista koostuvaa matalan kynnyksen kehittämistä. Motivaationa toimivat pienet kehittämisen kohteet, joista saa nopeaa ja konkreettista tulosta aikaiseksi. Imai (1986, 31-33) esittämät kaizen-työpajojen tarkoitukset ovat siis ainakin siltä osin täyttyneet, että kaizen-työpajoihin liittyvä kehittäminen nähdään vähän vaivaa vaativana toimintana ja kulttuurin muotoutumisen potentiaalin sekä kehittämiskohteiden vaatavuusasteen nähdään nousevan ajan myötä.

”... siinä näkee aika nopeasti sen työn jäljen periaatteessa, elikkä jos sovitaan jostaki yhteisistä asioista, että aletaan toimimaan näin, niin senhän näkee heti sitten, että ollaanko me alettu toimimaan sillain ko piti toimia, miten me sovittiin.” (Osastonhoitaja 2)

”... kun on oppinu tässä viimeisen vuoden aikana tämän leanin ja kaizenin kautta että kuinka vähästä se voi olla se asia kiinni, että se paranee”. (Laitoshuoltaja)

Jatkuvan parantamisen kulttuuria Lapin sairaanhoitopiirissä edistää suuresti se, että henkilökunnalle annetaan vaikuttamismahdollisuuksia. Tämä on tärkeää, koska se innostaa ihmisiä mukaan uhkaamatta heidän ammatillista tietämystä (Clayton ym. 2014.) Toiset haastateltava sanovat, että jatkuvasta parantamisesta on tullut rutiininomaista. Heille tyypillistä on nähdä uusia kehittämismahdollisuuksia ympärillään, toisille rutiini on muodostumassa ja innostuneisuus lisääntymässä harjoittelun myötä. Kaizen- työpajat ovat koko osaston henkilökuntaa koskevaa kehittämistä ja työpajoissa on löytynyt rohkeutta itsensä ilmaisemiseen, jolloin klinikoilla onnistutaan hyödyntämään enemmän moniammatillisuutta. Näin ollen perinteiset hierarkiset mallit saavat potentiaalisen haastajan yhteistyön ja rohkeuden lisääntyessä. Toisin kuin Graban (2012, 192) sekä Graban & Swartz (2012, 2-3) kirjoittavat, haastateltavista kukaan ei tuonut ilmi, että parannukset liittyvät tai niiden tulisi liittyä aina suureen muutokseen. Päinvastoin, henkilökunta on sisäistänyt sen, että kehittämällä otetaan pieniä askeleita, jolla pyritään ymmärtämään kaizen yhtenä Leanin työkaluista. Yksi osastojen vahvuuksista nähtiinkin olevan se, että kaizen- työpajojen käytölle on onnistuttu antamaan kunnolliset perustelut.

”Sitä mieltii, että mitäs muita täällä tällöisiä kehittämisen kohteita on, että kun nyt yks asia sujuu suhteellisen hyvin, että mikäs me voitais ottaa sitten seuraavaksi”.
(Osastonhoitaja 2)

” ... kyllä siellä on sitä semmosta yhteistyötä ollu kyllä yli ammattirajojen ja se semmonen keskusteluyhteys on ollu hyvä ja sitten toisaalta taas on ollu rohkeuttakin ottaa niinkö asioita esille”. (Fysioterapeutti)

Uudet hukkaavaikokoulutetut tutustuvat vielä jatkuvan parantamisen mahdollisuuksiin, mutta näkevät, että helppoa sen sisäistäminen ei ole, mutta täysin mahdollista. Holdenin ym. (2015) sekä Brännmark & Holdenin (2013) mukaan kansainvälisesti tämä ei ole ainut tekijä, joka vaikuttaa jatkuvan parantamisen muotoutumiseen. He korostavat, että kulttuuriset tekijät ovat jokaisessa sairaalassa erilaisia ja tärkeämmäksi tekijöiksi he nostavat sairaaloiden erilaisen organisaatiokulttuurin kuin koulutuksen määrän.

Jatkuva parantaminen nähdään toisaalta hyvin pitkän aikavälin tavoitteena. Nähdään, että kulttuurin muodostumisen edessä on monia kulmakiviä. Koska Lean-ajattelu on vielä monelle suhteellisen uusi asia, koetaan jatkuva parantaminen vieraana eikä sitä sisäistetä omaksi saatika kollektiiviseksi toimintatavaksi. Näin ollen kulttuurin hidas muotoutuminen edistää sitä, että jatkuva parantaminen unohtuu arjessa ja se on hankala ottaa osaksi toimintatapaa. Ajatellaankin, että seuraavien vuosien kuluessa jatkuva parantaminen tulee osaksi toimintatapaa. Toisaalta tämä on luonnollista, koska kaizen on ajallisesti jatkuvaa ja pitkällä aikavälillä muotoutuva ja pienin harppauksin mennään kohti sujuvampaa ajattelumallia Imain (1986) mukaan. Simonsin ym. (2015) ja Hicksin ym. (2015) mukaan jatkuvan parantamisen kulttuurin hidas muotoutuminen johtuu pitkälti esimiehestä ja esimiehen sitoutumattomuudesta ja yleistä on, että perustelee kulttuurin hidasta muotoutumista kiireellä ja tiukalla työtahdilla.

”Luulen, että kahen kolmen vuoden aikana iskostuu tai ainaki toivoisin, koska ei sillä oikeen muuten oo mitään järkeä”. (Lääkäri 1)

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

Jatkuvan parantamisen muotoutumiseen vaikuttaa se, missä vaiheessa haastateltavat ovat hukka-haavikoulutuksessa sekä kaizen-työpajojen mukanaolossa. Huomionarvoista oli, että henkilöt, jotka ovat käyneet koulutuksen yli vuosi sitten, kokivat että jatkuva parantaminen on tullut henkilökohtaiseksi ajattelutavaksi, vaikka se ei sitä osastolla tai eri työryhmissä olisikaan.

Jatkuva parantaminen ja pitkän aikavälin kulttuurin muodostuminen voidaan kokea myös turhauttavana ja sairaalaympäristö ja siihen liittyvä kulttuuri kaukaisena kaizenin tavoitteille. Jokainen haastateltava nosti ajankäytön ongelmat esiin ja kertoivat, että potilastyö on ykkösprioriteetti, joka vie aikaa. Näin ollen aikaa kehittämiselle ei juurikaan jää tai aikaa täytyy ottaa vapaa-ajasta. Standardoitua aikaa kehittämiselle ei ole kirjattu esimerkiksi sijaisjärjestelyiden järjestämiseen, jolloin kehittäminen koetaan yleisesti ottaen lisärasitteena aivan kuten Caldwell (2012) on todennut. Näin ollen Pedersenin ym. (2011a) ja Young ym. (2008) mukaan Leanin implementoinnin yksi keskeisimpiä kompastuskiviä on, jos siihen ei ole varattu standardoitua aikaa. Voi myös olla

ettei huomioida sitä, että ajankäyttö korostuu etenkin vuorotyötä tekevien keskuudessa, jolloin yhdessä suunnittelemiseen on jo lähtökohtaisesti hankala löytää aikaa, jolloin kaikki pääsisi paikalle.

”Kyllä mie luulen, että ihmiset herkästi uppoaa siihen potilastyöhön ja sitten ku se aihe ei välttämättä ole niin vielä semmonen helppo, niin sitten herkästi tulee tehtyä vaan niin että minä kuitenkin nyt hoidan nämä potilaat...” (Osastonhoitaja 1)

Jatkuvan parantamisen kulttuurin luominen on saanut varjopuolia vanhoista kehittämishankkeista ja sairaalan ympäristön vaikutuksista tehokkuuteen. Näin ollen sen nähdään olevan entistä enemmän sidoksissa pitkän aikavälin tavoitteeseen enemmän kuin tämän hetkiseen kulttuuriin. Sairaalaissa on ollut liikaa kehittämishankkeita ja etenkin lääkärikunta on niihin väsynyt, koska he ovat pitkälti vastuussa kehittämishankkeiden toimivuudesta omilla klinikoilla. Myös aiemmat kehittämishankkeet eivät ole tuottaneet välttämättä odotettua tulosta, jolloin myös jatkuva parantaminen ja koko Lean-ajattelu rinnastetaan siihen, että se ei johda mihinkään ja sen syrjäyttää kohta jokin muu johtamisoppi. Jatkuvan parantamisen kulttuuria ei siis aktiivisesti lähdetä muodostamaan, koska sen ei nähdä tai ymmärretä olevan pitkän aikavälin ratkaisu tosin kuin sen on alun perin ajateltu olevan. Swartzin ym. (2015) mukaan sairaalan Lean-ajattelun implementointiin tulee hankaluuksia etenkin silloin kun aiemmat kehittämishankkeet tai johtamisopit ovat menneet pieleen ja näin ollen prosessimaista toimintojen tehostamista vierastetaan ennakoasenteisiin vedoten. Tällöin kulttuurin dynamiikka toimii Hatchin (1993) mukaan myös taaksepäin eikä Holdenin ym. (2015) mukaan toivotulla tavalla eteenpäin kohti jatkuvan parantamisen kulttuuria.

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

”Mä luulen, että näitä projekteja on ollu vuosien varrella niin niin paljon, että tää on nyt taas yks projekti projektien joukossa. Että ehkä sitä (jatkuvan parantamisen kulttuuria) ei sisäistetä sitten”. (Lääkäri 1)

Sairaala ympäristönä nähdään olevan myös hyvin erikoinen noudattamaan tehokkuusajattelua. Tehokkuusajattelua vierastetaan ja sen eteen ei olla valmiita tekemään töitä. Se myös harmittaa etenkin esimiehiä ja on kaizenin alkuperäisiä periaatteita vastaan, jonka mukaan kehittäminen kuuluu kaikille ja kaikkien tulee ottaa vastuu tehokkuuden parantamisesta (Liker 2010; Radnor & Osborne 2012). Esimiehet etenkin toivoisivat, että kehittämismyönteisiä ja tehokkuusmyönteisiä ihmisiä pystyttäisiin palkitsemaan ja näin ollen levittämään jatkuvan parantamisen kulttuuria ”kepin ja porkkanan” kautta.

”... tavallaan palkita ja näyttää muillekin esimerkkiä et minkälaista asennetta ja työpanosta työnantaja arvostaa..” (Osastonhoitaja 1)

Keppiä ja porkkanaa toivovat esimiehet nostivat esiin sen, että nykyinen kulttuurimalli ei edistä tehokkuutta vaan pakottaa esimerkiksi tehottomampien sijaisten palkkaamiseen sijaisuuksien lakiin sidotun ajan täytyessä. Esimiehet harmittelivat eritoten sitä, että näin ollen ei pystytä vakinaistamaan esimerkillisiä ja reippaita ”briljantteja” työntekijöitä kun vakinaistaminen tapahtuu sijaisuuksien keston mukaan. Chenven & Copeland (2013) nostavatkin terveydenhuollon tehokkuuden lisäämisen yhdeksi ongelmaksi sen, että käsitykset tehokkuudesta vaihtelee niin suuresti sekä henkilökunnan keskuudessa että henkilökunnan ja esimiesten välillä. He myös korostavat, että se, mikä on normaalia tehostamista ja niihin vaatimuksiin soveltamista ei käy päinsä terveydenhuollossa, koska kulttuurisesti se on jämähtänyt aikaan, jossa tehokkuus ei ole tarkoittanut hyvää hoidon laatua.

5.3 Profiisit ja hierarkiat osana toiminnan tehostamista

Haastattelun kolmannessa teemassa lähdin selvittämään yhteistyön toimivuutta prosessiperustaisessa toimintojen tehostamisessa. Teemassa pureuduttiin erilaisiin ryhmittymiin ja valtasuhteisiin sekä niiden muodostumiseen ja syntyyn. Tavoitteena oli selvittää, millaisia professoioihin ja valtasuhteisiin perustuvia piirteitä osastoilta löytyy ja miten niihin suhtaudutaan. Näin ollen kysymykset jatkuivat siten, että selvitin sitä, minkälaisia vaikutuksia hierarkioilla ja professiolla on ollut

haastateltavien työhön, kuinka ne ovat vaikuttaneet osaston dynamiikkaan sekä asiakkaaseen. Lisäksi teeman lopussa selvitin, onko teemaan liittyvillä tekijöillä vaikutuksia kehittämishalukkuuteen.

Sairaalakontekstina on tottunut pitkään noudattamaan hierarkioiden ja professioiden ylivertaisuus ajattelua, jolloin valtasuhteista on tullut eräällä tavalla tärkeitä (Mager ym. 2014). Vastaajien osastoilla valtasuhteet koettiin tärkeänä osana tehokkuusprosesseja. Myös moniammatillisuuden korostaminen nousi tärkeäksi tehokkuutta edistäväksi tekijäksi ja etenkin lähiesimiehen roolia tehokkuuden väylänä korostettiin, jolloin esille nostettiin se, että lähiesimiehen usko ja sitoutuminen on avain henkilökunnan mukaan lähtemiseen. Haastateltavat kokivat, että moniammatillisuus vähentää perinteisiä hierarkisia rajoja sekä professionaalisen tiedon korostusta. Nähtiin, että etenkin hoitajien ja lääkäreiden työskentely onnistuu moitteettomasti. Moniammatillisuuden korostaminen on Magerin (2014) mukaan myös kansainvälinen prioriteetti valtasuhteiden häivyttämisessä Tämä on positiivista sillä tutkimuskirjallisuudessa on monia näkemyksiä etenkin siitä, että lääkärit ylistävät omaa ylivertaisuuttaan ja käyttävät professionaalista asemaansa hyväkseen vähätellen etenkin hoitohenkilökunnan osaamista (Kinnunen 1990; Macdonald 1999; Noordegraat 2004; Saks 2012; Mager 2014). Etenkin lähiesimiehen aseman hyväksikäyttäminen Lean-prosesseissa on sairaanhoitopiirissä välttämättömän tärkeää. Ylempään professioon kuuluva vastuu edesauttaa ja mahdollistaa toimintojen tehostamisen mahdollisuutta ja sitä on hyödynnettävä.

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

”...koska mulla on korkein koulutus niinku tähän tässä klinikassa. Ja tuota sitä kautta sitten onhan mulla valtaa niinku jalkauttaa prosesseja tai määrätä prosesseja kehitettäväksi...” (Lääkäri 2)

Professioiden kautta Leanin levittäminen onnistuu myös sen takia, että esimiehillä työnkuvaan kuuluu kehittämisvastuu. Myös tietynlainen ”pakottaminen” kehittämiseen ja Leanin eteenpäin-

viemiseen on tuonut positiivisia vaikutuksia kun koulutuksessa huomataan Leanin potentiaali kehittämishankkeena. Tällöin ylempien professioiden tietämys ja innostuneisuus tarttuvat. Kun esimiehet ovat innostuneita ja tietävät asiasta, on se erinomainen väylä jalkauttaa Leania työntekijöiden joukkoon. Näitä työhön kuuluvia vaatimuksia onkin tutkittu tehokkuuden väylänä ja etenkin Radnor & Osborne (2012) sekä Saks (2012) pitävät välttämättömänä esimiesten kouluttamisen ensimmäisten joukossa, jossa Lean-ajattelua saataisiin jalkautettua. Vaarana on tosin professioiden statusmonopoli Lean-ajatteluun perustuvissa kehittämishankkeissa, mutta tällaista uhkaa eivät haastateltavat nostaneet esille. Mager ym. (2014) nostaa kuitenkin esille, että yhden profession kouluttaminen ei ole järkevää, vaan professionille ominaista on, että heidän tulee saada oppia tai opettaa myös kolleegaan ja näin ollen vähintään kahden profession jäsenen kouluttaminen nostaa motivaatiotekijöitä.

”...vähän pitkin hampain, elikkä vähän viran puolesta pakolla, mutta loppujen lopuksi se koulutus oli tosi antoisa, elikkä lopputulema oli se, että mie olin positiivisesti yllätynyt, et se oli tosi hyvä koulutus.” (Osastonhoitaja 2)

Toisaalta Lean-prosesseissa hierarkian vähyys korostui ja etenkin osastojen tasa-arvoinen yhteistyö nousi esiin voimavarana. Tyypillistä oli, että osastoilla arvostetaan jokaista ammattiryhmää ja hierarkia nähdään osana ammattiin liittyvää välttämätöntä vastuuta. Nähtiin myös, että kunnioitus ei lähtökohtaisesti synny profession perustuvasta asemasta vaan arvostuksesta ja kunnioituksesta, jolloin esiin nousi se, että karismaattisia ihmisiä tulisi hyödyntää enemmän tehokkuusprosesseissa. Aineistosta käy ilmi, että Lean-prosesseissa heillä kaikilla on samanlaiset lähtökohdat vaikuttaa tehostamiseen ja Leanin jalkauttamisen nähtiin olevan tiimityötä. Tällainen näkökulma on Holdenin ym. (2015) mukaan hyvin kontekstisidonnaista ja eri yksiköissä eri kulttuuriset lähtökohdat määrittelevät toimintaa hyvin pitkälle. Toimintojen tehostamista mietittäessä haastateltavat korostivat sitä, että etenkin esimiehet näkevät tehostamisen tasa-arvoisena ja kaikki ehdotukset tulevat samalta viivalta, jolloin Saksin (2012) pelkäämää epätasa-arvoisuutta ei ole esiintynyt.

”...koen että kaikki on samanarvoisia ja samalla viivalla, että kenen kanssa tahansa voi ihan sujuvasti sopia asioista ja silloin se työnteko on helppoa ja myös sitten asioiden eteenpäinvieminen ja kehittäminen tuntuu helpolta.” (Lääkäri 1)

Henkilökuntalähtöisen kehittämisen parantaminen nähtiin yhdeksi Leanin voimatekijäksi. Vaikka Holden ym. (2015) korostavat sitä, että etenkin hierarkiat ja professiot ovat juurtuneet sairaala-maailmaan niin syvästi, että niiden syrjäyttäminen on vaikeaa, voidaan niitä syrjäyttää rikkomalla kontrollia kollektiivisesti ja kontekstista riippuen rikkomisessa aktiivisena voi olla johtajan vahva läsnäolo ja tietynlainen kontrolli kun taas toisessa kontekstissa paremmin voi toimia aktiiviset ei-professioammatteihin kuuluvat työntekijät (Delbridge 2005). Tämä on edistänyt osastojen työyhteisöjen henkilökuntalähtöistä kehittämistä ja professioiden hyödyntämistä Lean-prosesseissa. Myös uusi sukupolvi rikkoo vanhoja rakenteita ja tasavertainen henkilökuntalähtöinen kehittäminen korostuu entisestään Kirtonin & Greenen (2010) näkemyksen mukaan.

Vaikka edellisessä luvussa korostettiin sitä, että professioiden ja hierarkioiden hyödyntäminen on avainasemassa Lean-ajattelun jalkauttamisessa, voi kuitenkin olla, että näiden liiallinen korostaminen hidastaa Lean-ajattelun tavoitteita ja edistää vanhojen rakenteiden ylläpitoa. Lean-ajattelun tavoitteita hidastavat tiettyjen professioiden tärkeyden korostaminen sekä eri ammattikuntien tietoisuus omasta hierarkisesta asemasta, jolloin korostui organisaatiokulttuurin eri tasot, joilla pyritään aktiivisesti ylläpitämään vanhoja tuttuja ylempien professioiden kunnioitusta sekä hierarkisia toimintamalleja.

Myös oman professioryhmän kontrolli sekä ammattikuntien sisäiset hierarkiat nähtiin hidastavan henkilökuntalähtöistä tehostamista sekä kollektiivisemmän toimintamallin luomista etenkin kokemukseen perustuvan hierarkian kautta, jolloin ammatissa kerätyn kokemuksen nähtiin tuovan ylivertaisuutta suhteessa kollegoihin. Tällöin ristiriitoja tulee etenkin silloin kun ammattikunnan sisäiset hierarkiat nostavat esiin monenlaisien toimintamallien kirjon ja omat toimintamallit nähdään oikeina ja hyvinä. Holden & Hackbart (2012) sekä Mazzocato (2012) korostavat kuitenkin, että tällaiset asiat ovat hyvin kontekstiin sidottuja voivat vaihdella hyvinkin paljon yhdenkin sairaalan sisällä kulttuurisista tekijöistä riippuen. Sabater-Galindon ym. (2016) mukaan sairaalan hierarkisissa suhteissa ja professioiden korostamisessa kyse on kuitenkin yleensä siitä, että professiot tuntevat olevansa suurimmassa yhteydessä työnsä puolesta asiakkaaseen, ei työtovereihin.

Haastateltavien osastoilla olisi tärkeää rikkoa ammattien sisäisiä hierarkioita, jossa ne eivät olisi niin suuri puskuri Leanin tavoitteille. Haastateltavien mukaan yksiköissä ei ehkä ole korostettu tarpeeksi eri ammattikuntien roolia tehokkuusprosesseissa vaan on korostettu ylemmän profession merkitystä liikaa. Tämän nähdään olevan ongelmallista etenkin sen takia, että ylemmille profesioille liittyy kiinteästi myös asemaan liittyvää valtaa ja asemasta kiinnipitäminen nähdään heikentävän Lean-ajattelun tavoitteita. Haastateltavat kokivatkin, että Harrisonin (1999) sekä Wiili-Peltolan (2005), Saksin (2012) ja Sabater- Galindon (2016) ajatukset professioammateista ja ammattiin liittyvästä autonomiasta muuntuvat Lean-ajattelun tavoitteiden esteeksi, koska oman profession kautta saadusta asemasta, työskentelytavoista ja vallasta ei haluta päästää irti.

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

Myös ylemmän profession korostaminen, etenkin pelkästään lääkäriprofession korostaminen Lean-prosesseissa, vähentää alemmalla tasolla olevien henkilöiden mahdollisuuksia vaikuttaa. Tällöin se ei poista vanhoja hierarkisia rakenteita osastoilla vaan korostaa sitä, että myös Leaniin liittyvän informaation on tultava ylhäältä, jotta se otetaan vakavasti. Se myös kuormittaa lääkäreitä paljon ja hidastaa toimintojen tehostamista, koska heille annetaan liian suuri tehostamisvastuu, vastuu, jota olisi hyvä ja suotava hajauttaa jokaiselle ammattiryhmälle. Etenkin myös niille ammattiryhmille, jotka eivät ole ennen tottuneet ottamaan kehittämisvastuuta. Toki haastateltavat toivat esille myös sen, että ylemmillä professioammattien edustajilla on lähtökohtaisesti enemmän valmiuksia ymmärtää kehittämistä ja sen tarpeellisuutta. He korostivat kuitenkin myös sitä, että mikäli alemman tason koulutukset jäävät vähemmälle, lisää se alempien koulutusluokkien ymmärtämättömyyttä tai tahallista halua olla ymmärtämättä Lean-ajattelun tavoitteita. Toisaalta Lean-ajattelun perusajatuksena on ollut esimerkiksi johtaminen (Liker 2004), joka sairaalassa toteutuu päivittäisissä toiminnoissa eniten lääkäreiden kautta, mutta kuitenkin Graban (2012, 23) korostaa sitä, että jokaisen eri ammattikunnan läsnäolo on tärkeää. Myös Holden ym. (2015) korostavat sitä, että huomio tulisi kiinnittää enemmänkin siihen, keitä ovat ne avainhenkilöt henkilöstöstä, joiden esimerkillä ja innostuksella vanha kulttuuri murtuu.

”... mä niinku hoksasin, että ei mun kannata kaverille, ottaa kaverin kans sitä puheeksi koska se on... ne luulee, että mä oon niinku ilikiä... se mennee ihan siihen että ku se tulee väärältä tasolta se informaatio.” (Laitoshuoltaja)

”... missä mä lääkärinä tunnen kauheasti riittämättömyyden tunnetta ja tuota vajaavuutta sinänsä, koska ei oo aikaa ja sitten kun on aikaa niin tuntuu ettei jaksa.” (Lääkäri 2)

Palvelunäkökulmaa hidastavaksi tekijöiksi nähdään muodostuvan vanhanaikainen lääkärin kunnioitus sekä professiotietämyksen korostaminen, jolloin toiminnan tehostamisen fokuksena ei ole asiakasnäkökulma koska niitä määrittävät hierarkiset rajat. Etenkin vanhemman sukupolven hoitajien koetaan katsovan lääkäreitä ylöspäin ja kunnioittavan hierarkisia suhteita. Kirton & Greenen (2010) mukaan tämä on tyypillinen ilmö moninaisessa organisaatiossa ja on rikkoutumassa sekä y- että z- sukupolven toimesta.

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

Osaltaan ylempää professiota pelätään tietyllä tavalla, jolloin esimerkiksi Lean-ajatteluun kuuluva ideointi voi jäädä vähemmälle. Koetaan että oma tietämys ja ideointikyky eivät riitä ylittämään ylempään profession perustuvaa tietämystä asiasta. Näin ollen alempien tasojen työntekijöiden näkemykset jäävät piiloon, jolloin kehittäminen ei ole tasapainossa vaan määrittyy ylempien profession kautta. Haastateltavat kokivat, että etenkin laitoshuoltajien ja sihteerien kohdalla tällainen ajattelutapa on yleistä, eikä sitä ole lähdetty murtamaan aktiivisesti kenenkään toimesta. Zhoun (2016) näkemyksen mukaan tämä ei ole vain sairaalakulttuurin ongelma vaan kollektiivinen ongelma etenkin suurissa organisaatioissa. Sen koettiin olevan hidaste etenkin Lean-ajattelua koskevissa prosesseissa. Toisaalta ylemmällä hierarkiatasolla olevat haastateltavat kokivat, että etenkin edellä mainittu ammattijoukko ei ymmärrä Lean-ajattelun merkitystä ja heidän mukaantotta olisi korostettava. Radnor ym.(2011) sekä Radnor & Osborne (2012) korostaakin, että juuri julkisen terveydenhuollon organisaatioiden ongelmana Lean-prosesseissa on tämän tyypillinen hie-

rarkinen asetelma, joka pohjautuu vanhoihin institutionaalisiin tapoihin ja omaleimainen organisaatiokulttuuri määrittää sen, että parannusprojekteja ei tarkastella henkilöperspektiivistä vaan ammattiin liittyvästä perspektiivistä.

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

Aineistosta nousi esiin, että hierarkioiden purkamiseen ja professioiden tasapuoliseen hyödyntämiseen tulisi käyttää enemmän aikaa Lean-ajattelun eri prosesseissa, jolloin se mahdollistaisi tavoitteiden levittämisen myös eri ammattikuntien sisälle.

5.4 Moninaisuus osana toiminnan tehostamista

Monimuotoisuutta lähdettiin haastatteluissa selvittämään kysymyksillä, jotka liittyivät poliklinikan kulttuuriin tai vastaavasti laajempaan kulttuuriin, mikäli vastaaja ei kiinnittänyt suoraan johonkin osastoon. Kysymykset koskivat kulttuurisia seikkoja ja myös sitä onko kulttuuri yhtenäinen vai onko se hajonnut ja mitkä tekijät näihin liittyvät. Haastatteluissa selvitettiin myös kuinka vastaajien ilmentämät kulttuurit vaikuttavat tehokkuuden parantamiseen ja hukan poistoon. Lisäksi halusin nostaa esiin haastateltavien mielipiteitä siitä, millainen kulttuuri olisi optimaalinen ja kuinka sitä tulisi muuttaa, jotta hukan poisto olisi mahdollisimman tehokasta ja toiminnot tehostuisivat täten paremmin.

Eri differentiaatio ja fragmentaatioryhmiin perustuvien avainhenkilöiden aktiivinen hyödyntäminen nousi esiin haastateltavien puheista. Lean-prosesseissa tulisi hyödyntää enemmän moninaista henkilöstä sekä olisi tärkeää, että tunnistetaan erilaisia persoonia, jolloin pystyttäisiin löytämään joukosta sellaiset henkilöt, jotka herättävät kunnioitusta ja näin ollen olisivat kyvykkäitä levittämään Leanin tavoitteita eri ryhmittymiin. Tätä ajatusta tukee Adamin & de Savignyn ja Mor Barakin (2005) näkökulmat kulttuurisesta moninaisuudesta, joka nostaa esille erilaisuuden ja persoonien sekä erilaisten suhteiden merkityksen organisaatiokulttuurin muodostumisessa. He nostavat

erittäin suureen keskiön henkilöstön tuntemisen ja avainhenkilöiden löytämisen toimintojen tehostamiseen. Haastateltavat kokivat, että näihin avainhenkilöihin luottaminen edistää sitä, että Leania saataisiin levitettyä. Tällöin myös pystyttäisiin puuttumaan siihen, että henkilökohtaisilta loukkauksilta vältyttäisiin kun integroiminen tapahtuisi luotettavien ja karismaattisten henkilöiden kautta.

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

Toisaalta oman henkilökunnan persoonatyyppeiden tunteminen edesauttaa sitä, että pystytään myös vähentämään etenkin Leaniin kohdistuvien vastarintaryhmittymien syntymistä aktiivisella työvuorosunnittelulla. Tällöin ryhmittymien kautta olisi mahdollista mieltää Lean tavaksi toimia ja oman ryhmän kulttuuriksi (Mor Barak 2005.) Henkilökunnan tuntemus edesauttaa aineiston mukaan sitä, että Leanin tavoitteita saavutetaan sillä, että tunnetaan erilaiset tavat, joilla Lean pystytään perustelemaan henkilökunnalle ja eri ryhmille. Tällöin olisi myös mahdollista, että vastarinta murtuisi, koska eri ryhmien kontrollit ovat tyypillisiä konfliktin aiheuttajia ulkoapäin tulevilla uusilla ärsykkeille (Holden ym. 2015).

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

Eri ryhmittymien hyväksikäyttö onnistuu etenkin niissä ammattiryhmissä, joiden työnkuvaan kuuluu eri osastoilla liikkuminen. Huomioon tulisi aineiston mukaan ottaa erityisesti oman kollegakunnan sisällä yhtenäisemmän kulttuurin muotoutuminen, jolloin ammattikunnan sisälle syntyisi kollektiivinen tavoitteellisuus luoda yhteisiä toimintamalleja Lean-ajattelun pohjalta. Professionien sanomisista käy ilmi, että kollegat kuitenkin tuntevat kuuluvansa aina yhteen. Koettiin, että

ammattiin perustuvalla ryhmittymällä on yhteinen päämäärä, vaikka eri osastoilla olisikin omat tapansa tavoitella tehokkuutta. Näin ollen näiden eri ammattiryhmittymien kautta yhden toimintamallin noudattaminen voisi tarttua muillekin osastoille niiden liittyttyä parantamaan tehokkuutta Lean-ajattelun kautta. Näin ollen myös Crayonin ym. (2013) sekä Holdenin (2015) mukaan suurin hyöty saataisiin palvelunäkökulmaan ja pystyttäisiin takaamaan esimerkiksi potilaiden turvallisuus paremmin.

Vaikka yhden ammattikunnan henkilö kokee kuuluvansa moneen eri ryhmään, se ei poista sitä, että etenkin oman ammattikunnan sisälle rakennettaisiin integraatiokulttuuriin enemmän sidoksissa olevia toimintamalleja poliklinikoilla. Aineiston mukaan tämä ei estä sitä eteenkään silloin kun Lean-ajattelusta tavoitellaan pitkän aikavälin kollektiivista kulttuuria, jolloin kulttuuri voisi toimia puskurina eri osastojen alakulttuurien ristiriitoihin. Tällöin edistettäisiin myös yhtenäisemmän toimintamallin luomista kun eri osastoilla pystyttäisiin pikkuhiljaa alkaa noudattamaan yhtenäisempiä toimintatapoja. Eri kulttuureihin sisäistyminen ja niiden sisällä uusien kulttuurimuotojen luominen on de Bonon (2014) mukaan tyyppillistä ja historiallista terveydenhuollon organisaatiolle ja näin ollen Joostenin ym. (2009) mukaan prosessimaisten kollektiivisten ajattelutapojen jalkauttaminen terveydenhuollon organisaatioon voi potentiaalisesti tapahtua kiinnittämällä huomiota alakulttuureiden muotoutumiseen.

*”...vaikka meillä ei fyysisesti mitään osastoa ole, eikä meillä ole mitään yhteistä fyysistä tilaa, vaan meillä on semmosia pieniä työryhmiä ympäri taloa, niin kyllä meillä kuitenkin on se semmonen yhteishenki, että me ollaan niinkö sitä omaa porukkaa”
(Fysioterapeutti)*

”...me tehään tiiminä ja semmosena isompana ja pienempänä tiiminä ja tavallaan niinkö se, että puhaltaa niinkö yhteen hiileen...” (Osastonhoitaja 2)

Myös moniosaamisen nähtiin edistävän yhtenäisempien toimintamallien luomista. Etenkin työnkierto nousi haastateltavien puheissa esille, jolloin Leanin integroituminen osastolta toiselle helpottuisi. Esiin nousi kuitenkin myös, että työnkierto ei ole ehkä toiminut toivotulla tavalla ja siihen he toivoivatkin parannusta. Ajatuksena kuitenkin olisi, että työnkierron kautta moniosaaminen laajentuisi ja toimintamallien kirjo vähenisi ajan myötä. Näin myös erilaisien ryhmittymien kautta

voitaisiin kohdentaa Leania enemmän leviäväksi. Joosten ym. (2014) sekä Harrison & Obgonna (1997) näkevät kuitenkin luonnollisena reaktiona, että integraatiokulttuuria luodessa epävarmuustekijät lisääntyvät alussa ja muutoksia vastaan kehitetään yhteisöllisiä ja yksilöllisiä puskureita suojellakseen omaa työtä ja työnkuvaa sekä omia tapoja (Heikkinen 2005).

”hoitajien tasapäisempi ja tasapuolisempi työnkierto, joka ei oo siis toiminu niinkö sitä alun perin ajateltiin.” (Lääkäri 2)

Kaikkia Leanin tavoitteita edistää se, että oma osaston kulttuuria muutettaisiin yhtenäisemmäksi ja integraatiokulttuuria vaalittaisiin. Tämä onnistuu haastattelujen mukaan siten, että yhteistyötä pidettäisiin yllä myös työn ulkopuolisilla asioilla ja Leanin tavoitteita nostettaisiin aktiivisesti esille. Haastateltavat korostivatkin, että Lean-ajattelun tulisi olla aktiivisesti agendalla, jotta sen käyttö pysyisi aktiivisena. Hyvän yhteishengen tulisi näkyä siinä, että omassa yksikössä Leanin levittäminen ja tavoitteiden esilletuonti olisi helppoa ja vaivatonta, kuten Martinkin (1992) korostaa. Toisaalta vaikka useiden kulttuurien tärkeyttä myös korostettiin, koettiin tärkeänä, että mehenki oman osaston sisällä moninaisuudesta huolimatta säilyy ja omalla osastolla pystyttäisiin Leanin tavoitteiden toteuttamiseen sujuvasti. Holdenin ym. (2015) ja Joostenin ym. (2014) mukaan yhtenäisyyden vaaliminen ja yhteisöllisyyden kautta työntekijöiden tunteminen auttaa Leanin tavoitteiden toteutumisessa kontekstista riippumatta.

”Et pitää olla semmonen mielipide ja ajatus niinku me-tyylinen suhtautuminen tähän klinikkaan kaikilla ja sit tietty se integroituminen eri yksikköihin sitten niin tuota sitten niinku siitä varsinaisesta kotiyksiköstä niin sanotusti.” (Lääkäri 2)

Sairaalaorganisaation moninaiset kontrollit liittyen etenkin kulttuurin differentiaatioon ja fragmentaatioon estävät Lean-ajattelun tavoitteita. Etenkin isolla klinikalla työskentelevät sekä osastoja kiertävä haastateltava korostivat vahvoja ammattirajoja ja niistä kiinnipitämistä, mikä on de Bonon (2014) mukaan hyvin tyypillistä terveydenhuollon organisaatiolle. Näin ollen Leanin tavoitteiden leviäminen koettiin haastavaksi. Nähtiin myös, että täytyäkseen Lean-ajattelun tavoitteet vaativat yhteisöllisyyttä, mutta yhteisöllisyyden koetaan olevan hankala toteuttaa. Eräs haas-

tateltavista koki, että ystävyys samaa ammattia harjoittavien työkavereiden kanssa supistaa toimintamahdollisuuksia, koska ryhmäkontrolli koetaan niin voimakkaaksi. Eli yhtenäisemmän kulttuurin ja toimintamallin muodostaminen nähdään välttämättömäksi, mutta todella hankalaksi etenkin tässä tilanteessa kun Lean- koulutusta on käynyt vielä suhteellisen vähän sairaalan henkilöstöstä.

Etäisyys ja saman mielisten kanssa ryhmäytyminen nähtiin positiivisena asiana, mikä lisää kulttuurista differentioitumista. Ryhmäkontrollit eivät ole yksinkertainen asia etenkään työntekijän näkökulmasta, sillä ne rajoittavat työntekijöiden mukaanottoa ja halukkuutta osallistua, yhtenäisempien toimintamallien luomista, sekä mahdollisesti myös palvelunäkökulmaa, sillä on alistuttava ryhmän tahtoon. Seuraukset ammattirajojen rikkomisesta ovat olleet raskaita ja täten sitoutuminen Lean-prosesseihin voi olla hankalaa. Kulttuurinen differentioituminen korostaa myös persoonallista yhteenkuuluvuutta ja näin ollen Collianderin ym. (2009) lähtökohta on hyvin huomattavissa. Eri ryhmiin kuulumisen vaatii tietoja ja taitoja siitä, minkälainen ryhmäkulttuuri sekä –kontrolli vallitsee. Sisäiset kontrollit ovat tyypillisiä ja painostus saman mielisyyteen on vahvaa kuten Heikkinen (2005) ja Thorne (2000) toteavat.

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

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

Palvelunäkökulmaa oleellisesti hidastava tekijä on jo yllämainittu ystävyys, joka korostuu joskus liikaa sillä, että hakeudutaan aktiivisesti samoihin vuoroihin niiden ihmisten kanssa, joiden kanssa koetaan olevan läheisiä. Holdenin ym. (2015) mukaan tällainen tilanne vaatii aktiivista työntekijöiden tuntemista ja siihen panostamista, jotta tilanne pystytään ratkaisemaan niin, että se ei nosta esiin Haslen ym. (2012) kuvaavia negatiivisia vaikutuksia esimerkiksi luottamukseen.

”...tiettyt henkilöt tahtoo kattoa niitä työvuoroja sillee, et ne pääsee samoihin vuoroihin tiettyjen ihmisten kanssa. Se vähentää sen asiakkaan huomioimista ja sen luona oltua aikaa.” (Lääkäri 2)

Haastatteluista nousi esiin, että jokaisella osastolla on eri ryhmiin ryhmittyneitä henkilöitä, jotka pyrkivät toimimaan ryhmän sisäisen integraatiokulttuurin mukaisesti. Näitä yhdistää Mor Barakin (2005) mukaan kulttuurisen monimuotoisuuden yksilökohtaiset yhtäläisyydet, jotka yhdistävät tiettyjä henkilöitä toimimaan vanhoilla toimintatavoilla. Näillä vanhoilla tavoilla luodaan pusku-reita Leanin tavoitteille ja kuljetaan kulttuurisessa dynamiikassa taaksepäin (Hatch 1993). Ajatellaan, että vanha tapa tehdä on jo tarpeeksi tehokas ja toimiva. Tällaista ryhmäytymistä tapahtuu etenkin iäkkäiden työntekijöiden toimesta. Koetaan, että Lean-ajattelun tavoitteena on henkilökohtaisuuksiin meneminen ja turvaa haetaan omista vanhoista verkostoista. Tämä tarkoitti konkreettisesti muun muassa sitä, että juurrutetaan omalle osastolle ja vastustetaan lähes kaikkea uutta, sillä heidän kollektiivinen ajatuksensa tuntuu olevan ”näin meillä on aina tehty”. Tähän kulttuuriin ryhmään kuuluu oleellisesti myös se, että liioitellaan omaa työtaakkaa. Ei olla valmiita irrottautumaan ja tekemään sekä näkemään asioita kollektiivisen hyvän takia. Vuori (2005) tuo esiin tämän näkökulman ja korostaa, että ne liittyvät kiinteästi sairaalan erityispiirteisiin kuten myös Lukejohn ym. (2016) nostaa esiin, että kulttuurisen dynamiikan muuttuessa joillekin henkilöille tai ryhmille on tyypillistä toimia jopa masentuneen ihmisen tavoin. Tällöin uudelle ei uskalleta antaa mahdollista, luottamuksen koetaan menneen ja ainoana toiminnan keinona nähdään vastarinta.

”...pinttynyt ajatus, että me ollaan aina tehty näin ja ollaan totuttu tekemään näin. Kyl se suurin rajoitus on se uskallus aukasta silmät ja kattoa, että mitä tapahtuu jos tehdäänki toisella tavalla. Se turvallisuuden tunne mikä tulee siitä, että tekee just niinku on totuttu tekemään ko astua sinne omalle epämukavuusalueelle ja opetella jotaki uutta.” (Lääkäri 2)

Haastatteluissa nousi esiin näkemys siitä, että eräisiin ammatteihin liittyy kollektiivinen differentioituminen valtaryhmästä. Heidän ryhmäänsä kuului kiinteästi myös pelot, jotka liittyivät vahvasti Lean-ajatteluun ja siihen, että mitä tapahtuu jos Lean-ajattelun tavoitteet toteutuvat. Heikkisen

(2005) sekä Kirton & Greenen (2010) sekä Lukejohnin ym. (2016) mukaan myös kollektiiviset pelot voivat olla moninaisuuteen perustuvaa ja yhdistää näin henkilöitä samanlaisuuden kautta. Niinpä kollektiivisesti on astuttu puskuriksi koko Lean-ajattelulle, jotta tavoitteet eivät toteutuisi eikä siitä seuraisi liitännäisvaikutuksia. Koettiin, että syrjään vetäytyminen on ainut vaihtoehto, mutta se myös aiheuttaa sitä, että eri ryhmissä vaikuttamismahdollisuudet vähenevät oleellisesti. Haastatteluista nousi esiin, että laitoshuoltajat ja sihteerit eivät ole samaa porukkaa osaston muun henkilökunnan kanssa vaan he muodostavat omia ryhmittymiään niin osaston sisällä kuin osaston rajojen ulkopuolella. Heidät nähtiin jopa täysin irrallisina ja osallistumattomina eikä heidän nähty yrittävän parantaa yhteisöllistä kulttuurinmuodostumista. Tällöin myös henkilökunnan mukaanotto lean-ajattelun tavoitteena on kärsinyt, sillä halukkuutta osallistua näihin projekteihin aktiivisesti on ilmeisesti melko vähän.

Martinin (1992) näkemys asiasta on hieman poikkeava. Voidaan ajatella, että laitoshuoltajien ammattiryhmä on haastattelujen perusteella jokseenkin fragmentoitunut ja kontekstisidonnainen, jolloin sen pääpiirteeksi on muodostunut monitulkintaisuus asioista, jonka seurauksena he eivät halua sovitella yhteen erilaisia mielipiteitä ja identiteettejä. Leanin tavoitteiden tarkka määrittäminen osaksi isompaa moniammatillista integraatiokulttuuria ja oikein tekemisen fokus voi olla täten erittäin vaikea sulattaa. Fragmentaatioryhmille, joita on syntynyt differentiaation seurauksena, ominaista on myös, että heidän toiminta on joskus epäjohdonmukaista ja siihen kiinnittyy myös Lean-ajattelulla tehostaminen ja tavoitteiden ymmärtämättömyys, joita ryhmäkontrolli myös ruokkii. Mielipide voi siis vaihdella kontekstin mukaan ja ennustamattomuus lisääntyä.

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

Samaisissa ryhmissä nähtiin liikkuvan suuria pelkoja Lean-ajattelun tavoitteisiin liittyen. Ensimmäkin pelätään sitä, omaako henkilökohtaista potentiaalia Lean-ajattelun sisäistämiseen ja mitä sen sisäistämisestä seuraa. Ei olla täysin varmoja Leanin päämääristä eikä uskota siihen, että ainoat

tavoitteet on saavuttaa parempaa palvelunäkökulmaa, henkilökuntalähtöistä toimintaa tai yhtenäisempiä toimintamalleja. Näissä ammattiryhmissä pelot kohdistuvat omaan työpaikkaan ja sen menetykseen ja täten voivat liittyä Lukejohnin ym. (2016) ajatukseen siitä, että dynamiikan muuttuessa toiminta muuttuu potentiaalisten uhkakuvien luomiseksi ja selviytymismetodina voidaan ajatella olevan Holdenin (2015) tukema tehostamisen perusteleva ja riittävä informaatio. Ylemmissä ammattiluokissa pelättiin lähinnä työtehtävien muutosta ja sitä shokkia mitä esimerkiksi osastojen yhdistämiset tuovat tullessaan, mikäli tehokkuus lisääntyy niin paljon, että näin voidaan tehdä.

Tällaiset pelot leviävät myös eri ryhmittymien kautta helposti ja muodostavat näin hyvin laajoja puskureita Lean-ajattelun tavoitteille. Rehellisen puheen puute ja Lean-ajattelun perimmäisten tarkoitusten esittäminen epäilyttää siis monia. Ei uskota eikä todennäköisesti myöskään tiedetä sitä, mihin Lean-ajattelulla pyritään ja näin ollen valheellinenkin tieto etenkin pelottelu pääsee leviämään. Arfman & Topolansky (2014) sekä Hines ym. (2004) näkemykset tukevat tätä ja he antavatkin kritiikkiä siitä, että Leanin tulee olla sidottua tiettyyn strategiaan ja sen tavoitteet tulee aina rehellisesti kertoa työntekijöille. Integraatiokulttuurin luominen Lean-ajattelulla tulisi tarkoittaa sitä, että se tarkoittaa jokaiselle samanlaisia mahdollisuuksia toimia ja toteuttaa toimintaa. Mutta tässä tapauksessa haastateltavat näkevät tämän päinvastaisena, koska ajatellaan, että Leanin luoma integraatiokulttuurin arvo tarkoittaa tässä tapauksessa sitä, että heidän työpanostaan ei enää tarvita.

”... että ei välttämättä sitä tehokkuutta niin kauheasti mietitä kun on pelko persuuksissa, että nyt tämä minun yksikkö häviää sen tehokkuuden myötä.” (Osastonhoitaja 2)

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

Lean-ajattelu leviää hitaasti Lapin keskussairaalassa. Se taas vaikuttaa siihen, että kulttuuri ehtii ottaa myös harppauksia takaisinpäin ja kollektiivisen kulttuurin luominen on hidasta, koska vanhat tavat vetävät vielä niin voimakkaasti (Colliander ym. 2009). Myös koulutettujen vähäinen määrä

ruokkii sitä, että etenkin erilaisiin ryhmiin Leanin tavoitteiden vieminen on hankalaa ja jopa toivotonta, koska monikaan etenkään rivityöntekijöistä ei vielä edes tunne, mitä sana Lean tarkoittaa.

Ongelmia etenkin yhtenäisemmän toimintamallin luomiseen tuo se, että osastot ovat vielä niin eri vaiheissa Lean-prosesseissa. Tämä oli ongelma etenkin niiden työntekijöiden mielestä, jotka tekevät työtä useilla eri osastoilla. He kokivat, että kulttuurin leivittäminen ei onnistu koska yhtenäistä kulttuuria eri osaston välillä ei ole ja on mukauduttava toisen osaston toimintatapoihin. Holden ym. (2015) korostaakin kontekstisidonnaisuuden tärkeyttä ja nostaa esiin, että terveydenhuollon yksi suurimmista haasteista etenkin kulttuurinmuutokselle on se, että kontekstit muuttuvat radikaalistikin saman talon sisällä. Aineistosta kävi ilmi, että siten ollaan myös skeptisiä sen suhteen, miten Lean-ajattelun tavoitteet onnistuvat leviämään kollektiivisena useille osastoille, koska organisaatio on suuri. Toisaalta leviämistä kerrottiin hidastavan myös sairaalakulttuuriin kuuluvat sijaiset ja muut vähemmän aikaa talossa työskentelevät henkilöt.

”...mutta sitte ku siellä on semmosia käypäläisiä, esimerkiksi on erikoistuvia lääkäreitä ja on semmosia lääkäreitä, jotka eivät varmaan ole niin sitoutunu niihin työryhmiin niin niitten mukaan saaminen on varmaan aika hankalaa.” (Osastonhoitaja 2)

Myös aiemmin käsitelty työnkierto moninaisuuden voimavarana näyttäytyy tässä kontekstissa myös hidastavana tekijänä. Huomioonottamisen arvoista on se, että kulttuuri muuttuu hyvin hitaasti juuri työkierron takia koska kaikki ovat eri vaiheessa Leanin kanssa. Toimintatavan toteuttaminen on tällöin hyvin hidasta. Womack & Jonesin (1996) sekä Likerin (2004) mukaan moniosaaminen Lean-organisaatiossa on välttämätöntä, mutta kompleksisuutta luo hajautuneet kulttuurimuodot moniosaamisen näkökulmasta. Pascalén ym. (2015) summaa, että työnkierto mahdollistaa etenkin potilaiden turvallisuuden, mutta kuten Holden (2015) toteaa, kontekstisidonnaisuus voi hyvinkin toimia tehokkuutta hidastavana tekijänä. Tällöin myös Martinin (1992) näkemys kulttuurisesta differentioitumisesta nousee esille koska työntekijät voivat sekoittaa eri kulttuurit toisistaan työpisteen vaihtuessa ja näin ollen Lean-ajattelun tavoitteet jäävät puolitiehen.

”...meitä koulutettuja on meän yksikössä muutamia niin ehkä se ei oo vielä kuitenkaan semmonen ajattelutapa, mitä suurin osa mieltii ja toteuttaa.” (Osastonhoitaja 2)

”...et meillä henkilökunta kiertää eli voi tehdä viikossa kahta joskus jopa kolmea eri työpistettä. Tavallaan sitten se muutoksen vauhti ei oo kovin nopea koska sitten se sama henkilö ei tehi tehdä sitä uutta toimintatapaa montaa päivää koska hänellä voi olla uus työpiste...” (Lääkäri 2)

Toimintatapojen kirjavuus hidastaa kaikkia Lean-ajattelun tavoitteita, mutta etenkin yhtenäisemmän toimintatavan luomista, sillä voi olla, että toimintamalli, jolla päätetään omassa yksikössä toimia, ei toimikaan viereisessä yksikössä tai sitä ollaan haluttomia toteuttamaan niin. Eri osastojen välillä ei siis ole saatu määriteltyä kollektiivisia tavoitteita. Tällöin tehdään myös runsaasti päällekkäistä toimintaa, joka ei ole Leanin tavoite (Liker 2004.) Toimintamallien kirjavuuteen voi vaikuttaa toki myös se, että etenkin alempiin hierarkialuokkiin liittyvillä työntekijöillä on mielikuva, että kehittäminen ei kuulu heidän ryhmälleen, mikä on täysin Grabanin (2012) ja Graban & Swartzin (2012) ajatuksia vastaan. Tällaisella toiminnalla korostetaan entisestään terveydenhuollon siilomaisuutta ja ylläpidetään sitä.

”Siellä on uusia toimintatapoja ja vanhoja toimintatapoja ja toimintoja on muutettu kolmisen vuotta sitten, joita ei oo kehitetty tämmösellä Lean-ajattelulla vaan on yritetty olla kehittäviä ja pyritty kehittämään sitten vielä eteenpäin mut sit siellä eri ammattiryhmät toteuttavat tätä uutta toimintatapaa...” (Osastonhoitaja 1)

Toimintatapojen kirjavuus on hyvin suurta ja koska Lean-ajattelu on vielä niin uusi asia, kaikkia toimintatapoja ole siis voitu viime vuosina yhdistää prosessimaisella toimintojen tehostamisella yhteisiksi.

5.5 Tutkimustulosten yhteenveto

Lean-ajattelun nähtiin vahvistaneen palvelunäkökulmaa, tuoden asiakasrajapintaa lähemmäksi työntekoa. Näin ollen toiminnan tavoitteen nähtiin olevan vahvasti sidoksissa siihen, että asiakas saisi mahdollisimman hyvän ja sujuvan palvelukokemuksen. Haastatteluista nousi esiin myös, että henkilökuntalähtöinen kehittäminen on ollut prosessimaisen toimintojen tehostamisen voima ja kehittämishankkeena Lean onkin erottunut positiivisesti muista sillä, että henkilökuntaa on otettu aktiivisesti mukaan kehittämiseen. Prosessimainen toiminta ja hukkan poisto ovat myös parantaneet yhteisen toimintamallin luomista. Prosesseja parantamalla on saatu aikaan se, että toimintatapojen hajanaisuutta on saatu karsittua ja toimintaan on tullut selkeämmät linjaukset.

Haastatteluista nousi esiin, että vastaajien osastoilla ei ole nähtävissä varsinaista jatkuvan parantamisen kulttuuria. Jatkuvan parantamisen nähtiin olevan tällä hetkellä henkilösidonnaista, mutta kaizen-työpajoihin suhtauduttiin hyvin positiivisesti ja niiden kuvattiin olevan sopivan pientä, matalan kynnyksen toimintaa. Potentiaalia kulttuurin muuttumisesta jatkuvan parantamisen kulttuuriksi löytyy, jolloin Leanista tulisi Sergei & Lusianin (2013) mukaan tapa tehdä työtä. Näin ollen työpajojen systemaattinen jatkaminen nähdään avaintekijänä ja yksittäisten henkilöiden sitoutuminen jatkuvaan parantamiseen toimii kollektiivisena voimavarana. Mitä enemmän työpajoja pidetään yllä, sitä herkemmin parempia tuloksia saadaan esille, koska kuten Imai (1986, 1-12) sekä Graban & Swartz (2012, 5-6) toteavat, kaizen työpajoissa opetetaan systemaattisesti luovuutta kehittämään omaa sekä organisaation toimintaa jatkuvasti kohti parempaa. Toisaalta pelkäämistään kaizenia koskevat teokset eivät ole suunnattu koskemaan pelkäämistään terveydenhuollon sektoria ja yleisesti ottaen teoreettisessa kirjallisuudessa sekä artikkeleissa käsiteltiin kaizenia terveydenhuollossa hyvin löyhästi, jolloin oman tulkintani määrä korostuu.

Jatkovaa parantamista oleellisesti hidastava tekijä oli se, että Lean-ajattelun käyttöön koulutettuja henkilöitä oli osastolla vielä suhteellisen vähäinen määrä, jolloin ymmärrys jatkuvasta parantamisesta koettiin olevan puutteellista. Jokainen haastateltava myös korosti ajankäytön ongelmien olevan suuri estävä tekijä. He kokivat, että parantamisprosesseihin ei ole varattu tarpeeksi standardeitua aikaa, jolloin projektien tarkoitus hukkuu potilastyön tärkeyden alle. Tämä on harmillinen tilanne, sillä moniammatilliset työryhmät ovat avain jatkuvan parantamisen kulttuurin luomiselle

Imain (1986) mukaan. Jos tietämättömyys ja ajankäytön ongelmat estävät ja luovat esteitä osallistua, on se vastoin Pedersenin ym. (2011a) ja Youngin (2008) esiin nostamia asioita, joiden mukaan Leanin tavoitteet vaativat ehdottomasti standardoitua aikaa onnistuakseen.

Ajankäytön hyväksyminen osaksi kehittämistyötä nähtiin olevan merkki Leanin tavoitteisiin sitoutuneesta johdosta ja juuri esimiehen sitoutuminen koettiin tärkeänä (Liker 2004). Tällaisten esteiden poisto esimiehen aloitteesta olisi tärkeää, sillä sairaalakulttuuriin kuuluu lähtökohtaisesti tietynlainen ”käske ja hallitse” kulttuuri, jonka mukaan etenkin alemmilla hierarkisilla tasoilla työskenteleviä on hankala saada jo lähtökohtaisesti mukaan parannusprosesseihin. Mukaan saamisen vaikeus liittyy aiempiin kehittämishankkeisiin, joissa heitä ei ole otettu mukaan vaan kehittämisvastuu on ollut ylemmillä tasoilla. Asia on kaikin puolin siis tuore. (Graban 2012 & Graban & Swartz 2012.)

Toisaalta jatkuvan parantamisen kulttuuria ei haluttu edes tietoisesti luoda, koska osa haastateltavista osoitti skeptisyyttä sille, onko Lean kestävä ratkaisu heidän työpaikallaan. Radnorin (2011) sekä Radnor & Osbornen (2012) mukaan julkisessa terveydenhuollossa tulisikin keskittyä Leaniin pitkän aikavälin tavoitteena heti implementaation alusta alkaen. Skeptisyyttä Leania kohtaa lisäksi kuitenkin se, että kuten Wiili-Peltolan (2005) ja Kaljusen (2011) teoksista tulee esille, että terveydenhuollon organisaatiot ovat viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana kokeneet monenlaisien kehittämishankkeiden ja johtamisoppien variaatioita. Näin ollen Leanin uskotaan olevan vain hetken huumaa, eikä henkilökohtaisia resursseja haluta sitouttaa siihen liikaa. Radnor (2011) korostaakin, että mikäli Lean-ajattelulla tavoitellaan maksimaalisia hyötyjä ja sitoutunutta henkilökuntaa, tulisi se kirjata näkyväksi tavoitteeksi sairaalan pitkän aikavälin toimintastrategiaan.

Professioita ja hierarkioita on hyödynnetty toimintojen tehostamisessa tehokkaasti. Etenkin ylilääkäreiden ja osastonhoitajien merkitystä on korostettu. Tällainen menetelmä on toiminut jokseenkin hyvin, sillä etenkin alemmilla tasoilla työskenteleville informaation on tultava ylhäältä päin, jotta se olisi relevanttia ja tarpeeksi painava peruste toimintojen muuttamiselle. Tyypillisiä hierarkisia suhteita siis myös kunnioitetaan ja halutaan pitää yllä etenkin vanhemman sukupolven toimesta. Etenkin lääkäriprofessioita ja osastonhoitajia voidaan Radnor & Osbornen (2011) ja Saksin (2012)

sekä Magerin (2014) mukaan käyttää myös väylänä Leanin jalkauttamiseen. Se onnistuu, jos organisaatiossa kunnioitetaan professionaalista tietämystä ja hierarkisia suhteita. Täten Leanilla on mahdollisuus jalkautua juuri professioiden tietämyksen kautta, kuten se on haastateltavien mukaan heidän osastoillaan tehnytkin. Teoriasta oleellisesti poikkeava huomio oli se, että toisin kuin Wiili-Peltola (2005) sekä Saks (2012) nostavat esiin hoitajien ja lääkäreiden väliset hierarkiset suhteet, haastateltavat kokivat, että hierarkiaa ei ollut nähtävissä muuta kuin vastuuseen perustuvana. Tällöin hierarkian puute mahdollistaa sujuvan yhteistyön eikä huonommuuden tai paremmuuden tunteita nostettu esiin.

Korkeamman aseman nähtiin siis olevan mahdollisuus, joka tosin on kääntynyt myös pääläelleen. Tämä tarkoittaa sitä, että korkean hierarkisen aseman omaavien hyödyntäminen tehokkuusprosesseissa on lisännyt myös pelkoja siitä huolimatta, että etenkin hoitohenkilökunta koki kaikkien olevan samalla tasolla tehokkuusprosesseissa. Nämä pelot liittyvät kiinteästi eri professioiden suhteesta muihin ammattikuntiin, jolloin oma ammatti voidaan nähdä hyvin alisteisena korkeamman koulutuksen saanutta vasten. (Martin 2000; Sabater-Galindo ym. 2016.) Voidaan jopa sanoa, että ammattioammatteissa työskentelevät ovat lisänneet tietämättäänkin näkemystä, että Leaniin liittyvässä kehittämisessä vallitsevat vanhat hierarkiset suhteet eikä kontrollin ja professionarajojen rikottumisesta ole nähtävissä viitteitä etenkin alimmilla ja ylimmillä tasoilla työskentelevien kesken. Näin ollen, jotta tehokkuutta pystyttäisiin parantamaan, on näitä rajoja ja kontroleja rikottava ja huomioitava, että koulutettuja on joka tasolla vähintään kaksi samasta ammattiryhmästä, jotta ammattikontroleja pystytään rikkomaan ja omaa kollegakuntaa käyttämään väylänä kollektiivisen kulttuurin synnylle.

Haastatteluista nousi esiin, että vastuuta tehostamisesta tulisi jakaa tasaisemmin koko henkilöstön kesken, sillä ylempien professioiden liiallinen korostaminen vain ylläpitää hierarkisia suhteita, mikä lisää kollektiivisia esteitä toimintojen tehostamiselle. Olisi tärkeää sekä hyödyntää ammattioita että rikkoa hierarkisia malleja monipuolisemmalla, karismaattisten koulutettujen joukolla, jolloin sekä Saksin (2012) että Holdenin ym. (2015) tunnusomaiset piirteet ammattioille tyypillisestä ammattillisen tietotaidon paremmuudesta vähenisi ja ajatuksen taakse saataisiin kerättyä Radnor & Osbornen (2011) korostamaa organisoitua moniammatillista voimaa.

Yhteisön moninaisuus nähtiin tehokkuuden parantamisen voimavarana silloin kun se tapahtuu työkierron kautta, jolla pyritään korostamaan Likerin (2004) korostamaa työn stardardointia. Huomioon tulisi kuitenkin ottaa aineiston mukaan tässä tapauksessa osastojen hajautuneet työtävät ja sitä kautta Leanin leviämisen hitaus. Esille nostettiin myös henkilöstön tuntemisen tärkeys. Henkilöstön hyvä, henkilökohtainen tuntemus nousee vähemmän teoreettisessa keskustelussa esiin, mutta haastateltavat kokivat, että se on ehdottomasti väylä tehokkuuteen. Tällöin henkilöstölle asioiden perusteleminen sekä oikeanlaisten persoonien löytäminen Leanin filosofian levittäjiksi helpottuu ja näin ollen pystytään levittämään tehokkuutta mahdollisimman monenlaisiin differentiaatio ja fragmentaatio ryhmiin ja vähentämään ajatusta ”näin meillä on aina tehty” (Mager ym. 2014; Hicks ym. 2015.)

Työyhteisön moninaisuudessa ongelmalliseksi muodostuivat etenkin laitoshuoltajien ja sihteerien eriytyminen valtajoukosta. Etenkin heidän ammattikunnassaan liittyy kollektiivisia pelkoja oman työpaikan menettämisestä sekä Leanin tarkoituksista. Näin ollen he ovat kehittäneet puskureita eri ryhmittymiä hyväksikäyttäen etenkin sisäisen integraatiokulttuurin kautta, jolloin Lean-ajattelu pyritään näkemään kollektiivisesti konfliktien aiheuttajana (Enckell 1998; Martin 1992; Kirton & Greene 2010.) Tällaiset pelot myös korostavat hierarkisten suhteiden merkitystä ja rajoittavat uskallusta osallistua moniammatillisiin tiimeihin kuten hierarkiakeskustelussa jo kävi ilmi, jolloin ei Timmonssin ym. (2014) sekä Ulahassanin ym.(2014) mukaan synny luottamusta työntekijöiden välille Leaniin perustuvissa tehostamisprosesseissa.

Kollektiiviset pelot ja yhden henkilön ryhmästä irtautuminen ryhmäkontrollista on saanut aikaan ammattirajojen kiristymisen. Tällaiset kontrollit ovat tyypillisiä konfliktien aiheuttajia differentioituneissa ammattiryhmissä. Pelot leviävät eteenpäin kun uusia kulttuurin muotoja syntyy siitä kun toisiin differentioituneisiin ryhmiin sopimattomat ihmiset ryhmäytyvät saman mielisten kanssa omiksi fragmentoituneiksi ryhmiksi, jolloin toiminta ja asenteet Leania kohtaan voivat muuttua vielä enemmän ennustamattomiksi. Näin ollen pelkojen ja erilaisten kontrollien kasvu voi levittäytyä todella suureksi puskuriksi rajoittamaan Lean-ajattelun tavoitteita ja näihin aineistoni mukaan olisi puututtava. Myös sisäisiä kontroleja tulisi aineiston mukaan etenkin yllämainitsemista alemmista ammattiryhmittymistä, sillä ryhmän painostaminen samanmielisyyteen laittaa Leanille myönteiset henkilöt kovalle ja he joutuvat ryhmäpaineen ja tehokkuuden parantamisen väliin, jolloin työskentelystä voi tulla todella ahdasmielistä ja toimintamahdollisuuksia.

6 Johtopäätökset

Tutkimukseni tarkoituksena oli selvittää kuinka sairaalan organisaatiokulttuuriset tekijät nousevat esiin Lean-ajatteluun perustuvassa prosessimaisessa toimintojen tehostamisessa. Tapaustutkimus toteutettiin Lapin sairaanhoitopiirin inhimillisesti tehokas sairaala- hankkeeseen, johon sisältyy hukkaaviprojekti. Projektin tarkoituksena on kouluttaa sairaalan henkilöstöä parantamaan tehokkuutta Lean-ajattelun keinoin hukkaa poistamalla. Lisäksi käytössä on Kaizen- työpajat, joissa pyritään tekemään pieniä parannuksia eri prosesseihin. Aineisto hankittiin puolistrukturoiduin teemahaastatteluin, haastattelemalla kuutta Lapin keskussairaalan työntekijää. Haastateltavia yhdisti se, että kaikki olivat käyneet hukkaava koulutuksen sekä osallistuneet kaizen- työpajoihin. Aineisto analysoitiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä siksi, että koin sen antavan sopivat reunaehdot analyysille ja koska jo lähtökohtaisesti Lean kiinnittyy käsitteenä tutkittavaan tapaukseen ja teoria ohjaa tutkimustani koko ajan.

Aineistoa analysoin päätutkimuskysymykseni kahdella tarkentavalla kysymyksellä ja näin ollen selvitinkin kuinka Lean-ajattelulla on tehostettu poliklinikkojen toimintaa hukkaa poistaen ja kuinka jatkuvan parantamisen kulttuuri on muotoutunut. Lisäksi selvitin, mitkä tekijät edistävät tai hidastavat Lean-ajattelun tavoitteita. Lean-ajattelun nähtiin tehostaneen toimintaa siten, että palvelunäkökulman nähtiin vahvistuneen, henkilökuntalähtöistä kehittämistä oli korostettu sekä toimintamalleja oli pystytty luomaan kollektiivisemmiksi. Varsinaista jatkuvan parantamisen kulttuuria ei nähty olevan muuta kuin yksittäisten henkilöiden kautta.

Koska sairaalan organisaatiokulttuuriset tekijät nousevat esiin sekä edistävästä että hidastavasta näkökulmasta, tärkeää on, että huomiota kohdennettaisiin hukkaavissa tulevaisuudessa enemmän yksityiskohtaisempiin asioihin. Näin ollen edistetään toimintojen tehostumista. Vaikka implementaation suunta on ollut toimiva ja hyvä, olisi huomiota tarpeen kiinnittää etenkin standardeituaan aikaan ja työntekijöiden ajankäytön hallintaan, kulttuuriseen ja yksilöiden moninaisuuteen sekä hierarkioiden ja professioihin, ammattikontrolleihin ja -kuiluihin. Tärkeää olisi myös korostaa Leania pitkän aikavälin strategiana, jolloin sitä voidaan tarkastella vanhoista kehittämishankkeista irrallisena ja uuden kulttuurin pohjana. Syvempi ymmärrys etenkin differentiaatio ja fragmentaatioryhmien muotoutumisesta ja ryhmien dynamiikasta tuo esiin uusia tarpeita kuten pelkoja

ja kontrolleja, joita tulee huomioida etenkin eri kulttuurisissa ryhmittymissä. Myös professioiden ja hierarkisten suhteiden esiintuominen tuo esiin rajapintoja siitä, mihin asti näitä tekijöitä voidaan hyväksikäyttää implementoidessa Lean-ajattelua ja näin ollen missä tilanteessa ne rikkovat pelkoja ja kontrolleja. Tällöin myös ryhmien mahdollisuudet tehokkuuden parantajan nousevat esiin paremmin.

Haastateltavien osastoilla professioajatus sekä hierarkiset suhteet ovat riippuvaisia ammatista. Profession ja semiprofession edustajat näkevät hierarkian kuuluvan vain työn vastuuseen liittyvänä. Korkeamman aseman nähtiin siis olevan sekä tehokkuuden väline, että myös perinteisiä rakenteita ja pelkoja ylläpitävä voima ja se näyttäytyi sitä hierarkisempana mitä alempaa sitä tarkasteltiin. Myös ylemmissä ammattiryhmässä alimmalla tasolla työskentelevät ammattiryhmät nähtiin syrjään vetäytyneinä ja omina kulttuurisina ryhminä.

Alempien ammattikuntien hierarkiset ja sisäiset kontrollit suhteessa ylempiin ammatteihin ovat tarkastelemisen arvoisia ja vähemmän tutkittuja, koska ne asettavat suurimmat puskurit Leanin leviämiseksi. Näin ollen rehellinen ja näkyvämpi, jatkuva tiedottaminen Leanin tavoitteista sekä aktiivisempi moninaisuuden hyödyntäminen etenkin persoonien kautta voisi vähentää puskureiden ja monisyyden ryhmien syntymistä. Se voisi toimia myös ”keppinä ja porkkanana”, jolla sitoutetaan työntekijät tehokkuuden noudattamiseen. Tällöin korostettaisiin myös sitä, että potilastyö ei ole ainut tehtävä, vaan kulttuuriin tulee kuulumaan kiinteästi myös tehokkuus. Kun tavoitteet ovat rehellisesti kaikkien tiedossa, voi olla, että halu suojella omaa työpaikkaa tuleekin sitä kautta, että ollaan valmiita tehostamaan toimintaa ja näyttämään oman osaamisen tärkeys enemmän kuin kieltämään tehostamisen tarve ja sulkemaan korvat koko Lean-ajattelulta.

Olellainen huomio on myös se, että esimerkiksi ylilääkäreiden ja osastonhoitajien rinnalle tulisi kouluttaa lisää karismaattisia henkilöitä, jolloin Lean leviäisi luottamuksen ja arvostuksen eikä lähtökohtaisesti hierarkisen professioaseman kautta. Täten saataisiin haastateltavien osastoille hoitavampi malli ja, joka lisäisi vertikaalisen informaation luotettavuutta. Näin ollen se edistäisi myös pitkän aikavälin strategiaan sitoutumista ja jatkuvan parantamisen kulttuurin muotoutumista sekä lisää ymmärrystä siitä, että terveydenhuollonkin tehostaminen on nykyaikaa ja jokaisella on aktiivinen ja vastuullinen rooli tehokkuuden parantamisessa. Jotta ammattien sisäinen kontrolli

vähentyisi, täytyisi työntekijöitä olla aina vähintään kaksi saman ammattikunnan edustajaa koulutettuna, koska aineiston ja teorian vuoropuhelusta kävi ilmi, että yksi koulutettu on liian vähän. Moniosaamiseen pyrkimisessä tulisi enemmän keskittää huomiota siihen, että eri osastot olisivat kaikki mukana Lean-projekteissa, jolloin kulttuurinen leviäminen helpottuisi ja kollektiivisempaa toimintamallia voitaisiin hyödyntää.

Lean-ajatteluun perustuvassa prosessien tehostamisessa organisaatiokulttuuriset tekijät nousevat esiin vahvasti valtasuhteiden kautta. Hukan poistolla puututaan vahvasti valtasuhteisiin ja pyritään rikkomaan institutionaalisia kontroleja. Voidaan kuitenkin todeta, että hukan poisto ei ole pelkästään rikkonut kontroleja Lapin sairaanhoitopiirissä vaan myös aiheuttanut niiden kiristymisen ja esilletulon. Professioammateissa hukan poisto on tapahtunut suhteellisen kivuttomasti verrattuna alempiin ammattiryhmiin. Siellä valtasuhteet ovat nousseet kriittisemmin esiin ja joissakin vaiheissa tilanne on ollut työntekijöiden näkökulmasta jo hyvin vakava.

Toisaalta valtasuhteiden kärjistyminen ja esilletulo kuuluu kiinteänä osana prosessimaiseen toimintojen tehostamiseen koska näin ollen kulttuurinen dynamiikka ja erilaiset ryhmittymät sekä niissä vallitsevat valtasuhteet sekä asenteet johtamista kohtaan nousevat näkyväksi ja niitä voidaan hyödyntää. Tämä onkin tärkeää, sillä mielestäni tutkimukset vaatisivat perspektiiviä myös alimilta hierarkoiden tasoilta. Oleellista olisikin tässä vaiheessa keskittää huomio näihin reaktioihin ja poimia esiin juuri tähän hierarkialuokkaan vaikuttavia kulttuurisia piirteitä ja hyödyntää niitä johtamisessa ja muutoksen sekä valtasuhteiden dynamiikan ymmärtämisessä. Suuri vastuu tulee olemaankin systemaattisessa johtamisessa ja mikäli siinä onnistutaan, voidaan ryhmittymien dynamiikkaa ja valtasuhteita muuttaa. Toisaalta hyvin voimakas reagointi tuo esiin myös sen, että hukan poistolla on konkreettisia mahdollisuuksia vaikuttaa työympäristöön, koska se muuttaa toimintatapoja ja herättää tunnelatauksia. Näin ollen voidaan sanoa, että Lean-ajattelulla on päästy hyvin konkreettiselle työn tasolle – tasolle, jonka kulttuuristen esteiden murtaminen tuo vaikuttavuutta ja tehokkuutta koko terveydenhuollon sektorille.

Tulosten merkitykset voivat tuntua pieniltä asioilta, mutta niiden huomioonottaminen voi johtaa suurempaan murrokseen. Vaikka sairaalan organisaatiokulttuuriset tekijät ovat hyvin tunnistettavissa, oli tärkeää kohdentaa, mitä kyseiset tekijät tarkoittaa juuri tässä tapauksessa. Näin ollen

pienillä muutoksilla ja eri asioiden huomioonottamisella voidaan päästä ratkaiseviin ja kauaskantoisiin tuloksiin niin tehokkuuden, valtasuhteiden muutoksen dynamiikan kuin johtamisenkin saralla, jolloin on mahdollisuutta vastata kansallisella tasolla terveydenhuollon muutostarpeisiin. Näin pystytään myös hillitsemään väestön ikääntymisestä sekä pitkäaikaissairauksista johtuvia alati nousevia kustannuksia ja luomaan yleistä vaikuttavuutta. Tutkimukseni teoreettinen viitekehys antoi hyvän pohjan ymmärtää, kuinka sairaalan organisaatiokulttuurisia tekijöitä tulisi huomioida Lean-ajatteluun perustuvassa toimintojen tehostamisessa. Kyseessä on kuitenkin mielestäni painotuserot ja juuri tämän tapauksen perusteella löydetty puutteet tai vahvuudet. Tällöin pystytään vastaamaan tässä kontekstissa myös Radnorin & Osbornen (2012) esittämään palveluorganisaation tehokkuusparadoksiin. Näiden painotusten kautta voidaan kohdentaa voimavaroja oikeisiin asioihin. Täten tutkimuksen tuloksista voi tulla suuri merkitys sille, miten Lean-ajattelun implementointia voidaan tehostaa ja näin ollen tehokkuutta parantaa.

Näin ollen tutkimustuloksillani on moniulotteisia vaikutuksia. Teoreettisen viitekehyksen tukiessa hyvin aineistoa voidaan todeta, että oikein hyödynnetyt organisaatiokulttuuriset tekijät edistävät hukan poistoa ja lisäävät näin ollen työhyvinvointia ja moninaista yhteistyötä ja antavat kattavampia suuntaviivoja henkilöstön johtamiselle sekä moninaisuuden hyödyntämiselle. Paikallinen ja koko sairaalaa koskeva tehokkuus voi lisääntyä muutosdynamiikan ja valtasuhteiden tuntemisen myötä. Sairaalatason kontekstissa hukan poiston kasvaessa, on sillä suora yhteys talouteen, jolloin vapautuvia taloudellisia resursseja voidaan kohdentaa uudelleen. Näin ollen kansalaisten palveluiden saanti ja niiden laatu paranevat ja kansallinen vaikuttavuus kasvaa. Koska sairaalat ovat julkisen rahoituksen alaisia, on tehokkuuden paranemisella vaikutusta myös kansantalouteen ja julkisen terveydenhuollon vaikuttavuuteen.

Nostaisin työni uutta tietoa luovaksi ja sen innovatiivista otetta kuvaavaksi sen, että se tuo esille uutta tietoa Leanin implementaatiosta suomalaisen sairaalakontekstiin ja suomalaisen kulttuuriin niin professioiden ja hierarkioiden kuin kulttuurisen ja yksilöiden moninaisuuden kautta. Koska Lean-ajattelu on hyvin tunnettu maailmalla, mutta vielä ulkomaita vähemmän tunnettu suomalaisessa terveydenhuollon kontekstissa, on tällaisen tutkimuksen tekeminen tärkeää, jotta prosessiajattelusta voisi tulla merkittävämpi osa terveydenhuoltoa ja sen vaikuttavuus julkisella sektorilla kasvaisi. Tätä väitettä tukee se, että suomalaista Lean-ajattelun tutkimusta sairaalakontekstissa on verrattain vähän. Vaikka sairaalakonteksti on yleisesti ottaen melko samanlainen ympäri

maailman, painottaisin silti kulttuurin tuntemisen tärkeyttä suomalaisessa kontekstissa, koska siihen vaikuttaa hyvin paljon kulttuurinen konteksti ja ei ole mielestäni relevanttia ajatella, että esimerkiksi espanjalaisten kulttuurinen konteksti ja Leaniin vaikuttavat tekijät olisivat Lapin sairaanhoitopiirillä suoraan relevantit. Näin ollen suomalaisen julkisen sairaalan organisaatiokulttuurin painotusten tunteminen ja Lean-ajattelun implementoinnin yhteydessä on merkittävä tutkimusaihe.

Tutkimustulokseni poikkeaa aiemmin tehdystä tutkimuksesta etenkin sillä, että etenkin Radnorin (2011), Radnorin ja Osbornen (2012) ym. korostavat Leanin merkitystä palveluorganisaatioissa ja julkisella sektorilla. Näin ollen myös organisaatiokulttuuriset tekijät nousevat jokseenkin esiin. Oma tutkimukseni kuitenkin keskittyy enemmän koskemaan myös muuta kuin palveluntuotantoa suoraan. Se keskittyy myös sisäisiin tekijöihin ja pelkästään organisaatiokulttuurisiin tekijöihin, jolloin ei ajatella toimintaa pelkästään palveluita tuottavana. Lisäksi Lean sairaaloista kertovat teokset, esimerkiksi Grabanin (2012) teos keskittyy kertomaan vain Lean-ajatteluun perustuvasta sairaalan toiminnasta eikä kiinnitä huomiota yksiselitteisesti pelkkiin organisaatiokulttuurisiin tekijöihin. Myös aikaisemmat Leaniin liittyvät tutkimukset esimerkiksi Dahlgaard ym. (2011) keskittyvät myös enemmän laatuun ja vaikuttavuuteen ja muut tapaustutkimukset esimerkiksi Mazzocato (2013) keskittyy Leanin toimivuuteen sairaalassa tai vastaavasti Mager ym. (2014) keskittyvät valtasuhteisiin ja niiden merkityksiin Lean-implemmentaatioissa. Täten oma näkemykseni pelkästään moninaisiin organisaatiokulttuurisiin tekijöihin tapaustutkimuksen kautta antaa myös uutta näkökulmaa Leania koskeviin tutkimuksiin.

Tutkimuksestani kumpuaa monia jatkotutkimusaiheita. Jo pelkästään saman aiheen tutkiminen olisi mielekästä vertailevan tutkimuksen menetelmin, jolloin vertailla voisi kahta tai useampaa osastoa. Mielekästä olisi, että osastot olisivat hyvin eri vaiheissa Lean-prosesseissa tai vastaavasti useampaa samassa vaiheessa olevaa osastoa. Vertailuun voisi ottaa mukaan myös sairaanhoitopiirin ulkopuolisia osastoja, joissa Lean-ajattelua implementoidaan samaan tyyliin. Lisäksi jatkotutkimusaiheena voisi olla eri ryhmädynamiikkoihin perehtymistä eri ammattiryhmissä ja niiden vaikutuksia toimintojen tehostamiseen.

Myös näkökulmien muutoksia voitaisiin käyttää hyödyksi ja tarkastella ylemmän johdon näkemyksiä tehokkuuden esteisiin ja mahdollisuuksiin. Myös kehittämissyksikön näkemyksiä olisi hyvä tuoda esiin, jolloin tuotaisiin esiin yksikön tietoperusta, jota voitaisiin verrata henkilökunnan näkemyksiin. Tällöin saataisiin kattavampaa näkökulmaa myös talous- ja henkilöstöjohtamiseen kuten myös sille, tietääkö henkilökunta Leanin tavoitteista kaiken oleellisen. Huomionarvoisia seikkoja voisi nähdä myös moninaisuuden johtamisen aspektista. Mielenkiintoinen näkökulma olisikin tutkia ylemmän johdon näkökulmasta sitä, mitkä moninaisuuden johtamisen tekijät ovat keskeisiä parantaessa tehokkuutta Lean-ajattelulla. Myös prosessijohtaminen liittyy Lean-ajatteluun kiinteästi ja olisi mielekästä myös selvittää prosessijohtamisen tilaa Lapin sairaanhoitopiirissä. Prosessien johtaminen kiinnittyy kuitenkin olennaisena osana Lean-ajattelun tavoitteiden saavuttamiseen. Valtasuhteiden tarkastelu on myös hyvin relevantti aihe ja etenkin z- sekä y- sukupolvien käsityksiä hierarkiasta olisi mielekästä tuoda esille, jotta näkökulmien muutoksista saataisiin ajankohtaista tietoa, sillä haastateltavien mukaan työkuultuuri on murroksessa eläköitymisten ja uuden sukupolven mukaantulon takia.

Aineistonkeruumenetelmänä haastattelu toimi hyvin ja vastaukset fokuoituivat hyvin tutkimustuloksiin. Toki haastatteluilla olisin voinut saada syvällisempää aineistoa irti, mikäli haastateltaville olisi annettu etukäteen aikaa tutustua haastattelukysymyksiini ja aineisto olisi voinut saada yllättävämpiä ulottuvuuksia, mikäli teorettinen viitekehys ei olisi ohjannut työtäni niin vahvasti. Vielä enemmän tuloksia olisin saanut luultavasti esille, mikäli olisin yhdistänyt haastatteluun kvantitatiivisen kyselylomakkeen ja olisin analysoinut tuloksia yhdistäen sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista tutkimusta. Teoriaohjaava sisällönanalyysi auttoi pitämään analyysin käsitteiden sisällä ja poimimaan aineistosta vain käsitteelliseen viitekehukseen kuuluvaa aineistoa. Koenkin, että sisällönanalyysin vahvuus tämän tutkimuksen aineistossa oli se, että sitä ohjasi teoria, ilman teorettista ohjautuvuutta aineistoa olisi ollut hankala määritellä. Näin ollen pääsin esittämään tuloksissa sekä valtaan, muutokseen että johtamiseen liittyviä asioita. Se oli myös metodin voima, sillä toisin valitessa olisi voinut käydä niin, että analyysi olisi fokuoitunut liian ahtaaseen näkökulmaan. Nyt näkökulma oli tarpeeksi laaja, rajautuen teorettiseen viitekehukseen.

Sairaalassa eri osastoja ja poliklinikkoja on kymmeniä, täten tutkimustuloksiini tulee suhtautua myös kriittisesti. Tutkimus kohdentui kahteen poliklinikkaan, jolloin oletettavaa on, että tutkimus-

tulokseni eivät ole suoraan siirrettävissä klinikalta toiselle. Uskon kuitenkin, että tutkimukseni antaa tukea ja ymmärrystä siihen, että eri klinikoilta löydettäisiin organisaatiokulttuuriset painotuspisteet. Ne tekijät, jotka eniten edistävät tai hidastava Lean-ajattelun mahdollistamaa tehokkuutta. Tutkimukseni pitkäaikaisuutta tulee myös tarkastella kriittisesti, sillä aineistosta nousi esiin, että sairaalakulttuuri on murroksessa eläköitymisten sekä uuden sukupolven lisääntyessä. Täten kulttuuri voi muutaman seuraavan vuoden aikana muuttua paljonkin.

Henkilökohtaisesti uskon, että prosessimaisella toimintojen tehostamisella ja hukan poistolla tulee olemaan suuri ja toivottu vaikutus terveydenhuollon sektorille, mikäli sen implementointiin panostetaan tarpeeksi. Oman näkemykseni mukaan hukan poisto koostuu pienistä tekijöistä, joita on helppo toteuttaa. Toki hoitotyössä yllättävien tekijöiden vaikutus on huomioitava. Ympäristönä sairaala on mitä ideaalein hukan poistolle, koska kuten aiemmin on todettu, tehokkuusajattelu on tässä kontekstissa vieras ajatus ja potilaat ovat kaiken keskiössä. Kontekstisidonnaisuudella tarkoitan sitä, että ainakin oman kokemuksen mukaan terveydenhuollon ympäristöt ovat täynnä hukkaa ja näin ollen raskaan työn tekeminen tuntuu entistä raskaammalta ja näin ollen sillä on vaikutuksia muun muassa työntekijöiden jaksamiseen ja työvoiman saantiin. Ympäristönä se on siis oiva, koska hukkaa löytyy varmastikin todella reilusti jokaisesta prosessista.

Uskon, että tutkimukseni tuloksilla on hyötyä hukkahaavikoulutuksen suunnittelussa ja konkreettisesti poliklinikkojen arjessa sekä johtamisen suunnittelussa. Toivon, että tutkimuksestani löytyisi keinoja sille, kuinka omaa henkilöstöä pystytään motivoimaan hukkahaaviin osallistuvaksi ja mihin organisaatiokulttuurisiin asioihin tulisi kiinnittää huomiota. Näen, että tutkimustulosteni kautta esimiehet osaavat varautua tärkeisiin asioihin, joilla Leanin tavoitteet voivat hidastua. Toivon myös, että henkilökunnan äänen esiin nostaminen ja tutkimustuloksiin perehtyminen auttaa henkilökuntaa huomaamaan sen, miten omalla toiminnalla vaikutetaan toisiin ihmisiin ja myös Lean-ajattelun tavoitteisiin. Se, että jokainen henkilökohtaisesti tarkastelee rooliaan tehokkuusprosesseissa auttaa siihen, että oma motivaatio nousee ja työn tarkoitus konkretisoituu ennestään. Myös kollektiivisempi ymmärrys Lean-ajattelusta koko sairaalaorganisaatiossa voi lisääntyä, sillä näkemys siitä, että organisaatiokulttuuriset esteet ovat murrettavissa aktiivisella perehtymisellä ja suunnittelulla, lisää voimaa Lean-ajattelulle.

Lähteet

- Aaltio-Marjosola, I. 1992. Organisaatiot kulttuurin tuottajina ja tuotteina. Helsingin kauppa-
korkeakoulun julkaisu D-168. Helsinki.
- Arfman, D. & Topolansky, F. (2014). The value of Lean in the Service Sector. A Critique of The-
ory & Practice. *International journal of business and social science* 5:2, 18-24.
- Alasuutari, P. (1994). Laadullinen tutkimus. Vastapaino. Tampere.
- Andersen, H. & Røvik, K., A. (2015). Lost in translation: a case-study of the travel of lean thinking
in a hospital. *BMC Health Services Research* 15:401.
- Brante, T. (2011). Professions as science-based occupations. *Professions and Professionalism* 1:1,
4-20.
- Brannmark, M., Holden, R.J. (2013). Packages of participation: Swedish employees' experience
of Lean depends on how they are involved. *IIE Trans. Occup.1*, 93-108.
- Burgess, N.& Radnor, Z. J. (2013). Evaluating Lean in healthcare. *International journal of health
care quality assurance* 26:3, 220-235.
- Bush, R.W. (2007). Reducing waste in US health care systems. *Journal of American Medical As-
sociation* 297:8, 871-874.
- Caldwell, G. (2012). Clinically Lean: “cutting the crap”. *Acute Medicine* 11:3, 161-165.
- Cheng, S., Y. (2014). Improving access to health services – challenges in Lean application. *Inter-
national Journal of Public Sector Management* 28:2, 121-135.
- Chenven, L., Copeland, D. (2013). Front-line worker engagement: greening health care, improving
worker and patient health, and building better jobs. *New Solut* 23 (2013), 327-345.
- Colliander, A., Ruoppila, I. & Härkönen, L-K. (2009). Yksilöllisyys sallittu. Moninaisuus
voimaksi työpaikalla. WS Bookwell oy. Juva.
- Collins, R. (1979). The credential society. Academic Press. New York.
- Cooper, R. G. & Mohabeersingh, C. (2008). Lean thinking in a healthcare system – innovative
roles. *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research* 2:2, 110-117.

- Clayton, A., Ajagunn, I. & Pinnock, F. (2014). Lean in healthcare. *Journal of Health Organization and Management* 28:2, 135-153.
- Creswell, J. (1998). *Qualitative inquiry and Research design: Choosing among five traditions*. Sage. Thousand oaks. CA.
- Christensen, T., Laegreid, P. & Roness, Røvik. (2007). *Organization theory and the public sector*. Routledge. London and New York.
- Dahlgaard, J.J, Pettersen, J.& Dahlgaard- Park, S.M, 2011. Quality and Lean in health care: a system for assessing and improving the healthcare organisations. *Total quality management & Business excellence* 22:6, 673-689.
- De Bono, S., Heling, G. & Borg, M.A. (2014). Organizational culture and its implications for infection prevention and control in healthcare institutions. *Journal of Hospital Infection* 86 (2014), 1-6.
- Delbridge, R. (2005). *Workers under lean manufacturing*. Teoksessa: Howard, A. (toim.). *The Essentials of the New Workplace: a Guide to the Human Impact of Modern Working Practices*. John Wiley & Sons, Sussex.
- Denier, Y. & Gastmans, C. (2013). Realizing good care within a context of cross-cultural diversity: An ethical guideline for healthcare organizations in Flanders, Belgium. *Social Science & Medicine* 93 (2013), 38-46.
- Denison, D., R. (1996). What is the Difference between Organizational Culture and Organizational Climate? A Native's Point of View on a Decade of Paradigm Wars. *The Academy of Management Review* 21:3, 619-654.
- De Souza, B. L. (2009). Trends and approaches in lean healthcare. *Leadership in health services* 22:2, 122-139.
- Durward, K.& Lang, M. (2010). Lean Healthcare: Current State and Future Directions. *IIE Annual Conference. Proceedings*, 1-6.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62:1, 107–115.
- Enckell, M. (1998). *Organizational cultures of Finnish hospital in Change*. Swedish school of economics and business administration. Helsinki.

- Eriksson, P. & Koistinen, K. (2005). Monenlainen tapaustutkimus. Kuluttajatutkimuskeskus. Julkaisuja 4:2005.
- Fillingham, D. (2008). Lean healthcare: Improving the patient's experience. Kingsham Press. Chichester.
- Forman, J. & Damscroder, L. (2008). Qualitative content analysis. Teoksessa Jacoby & Siminoff (toim.): Empirical methods for bioethics: A primer. *Advanced in bioethics 11* (2008), 39-62.
- Freidson, E. (1970). Professions of medicine. Dodd, Mead & Company. New York.
- Gagliardi, P. (1986). The Creation and Change of Organizational Cultures: A Conceptual Framework. *Organizational Studies 7:2*, 117 – 134.
- Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease - Part 1: differentiation. *Healthcare management review 26:1*, 56-69.
- Graban, M. & Swartz, J. E. (2012). Healthcare Kaizen. Change for health. *Management services 35* (2012), 35-39.
- Graban, M & Swartz, J.E. (2012). Healthcare Kaizen. Engaging front-line staff in sustainable continuous improvement. Crc press.
- Green, S. D. (1999). The dark side of Lean construction. Exploitation and ideology. University of California, Berkeley. <http://www.ce.berkeley.edu/~tommelein/IGLC-7/PDF/Green.pdf>. Viitattu 15.1.2016.
- Green, S. (1975). Professional /bureaucratic conflict: the case of the medical professions in the national health service. *Sociological review 23:1*, 121-140.
- Grönroos, C. (1987). Hyvään palveluun. Palvelun kehittäminen julkishallinnossa. Valtion painatuskeskus Helsinki.
- Hadid, W. & Mansouri, S.A. (2013). The lean-performance relationship in services: a theoretical model. *International Journal of Operations & Production Management 34:6*, 785-750.
- Harisalo, R. (2008). Organisaatioteoria. Tampereen yliopistopaino. Tampere
- Hatch, M.J. (1993). The dynamics of organizational culture. *Academy of Management Review, 18*, 657 – 696.

- Hatch, M.J. & Cunliffe, A.L. (2006). *Organization theory: Modern, symbolic and postmodern perspectives*. Oxford university press. Oxford.
- Heikkinen, M. (2005). Monimuotoisuus organisaatioissa. Monimuotoisuustutkimuksen pääpiirteitä ja kehityslinjoja. *Hallinnon tutkimus* 24:1, 3-13.
- Helander, V. (1993). *Professiot ja julkisvalta*. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Painatuskeskus Oy. Helsinki.
- Hicks, C., McGovern, T., Prior & Smith (2015). Applying lean principles to the design of healthcare facilities. *Production Economics* 170 (2015), 677–686.
- Hines, P., Holwe, M. & Rich, N. (2004). Learning to evolve. A review of contemporary Lean thinking. *International journal of operations & production management* 24:9, 994-1011.
- Hirsjärvi, S & Hurme, H. (2001/2010). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Gaudeamus. Helsinki.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (1997/2010). *Tutki ja kirjoita*. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Hofstede, G. (1991). *Cultures and Organizations: Software of the mind*. McGraw-Hill. London.
- Holden, R. J. (2011). Lean thinking in emergency departments: A critical review. *Annals of emergency medicine* 57:4, 398-399.
- Holden, R. J., Eriksson, A., Andreasson, Williamsson & Dellve (2015). Healthcare workers' perceptions of lean: A context-sensitive, mixed methods study in three Swedish hospitals. *Applied Ergonomics* 47 (2015), 181-192.
- Huhtala, H. & Laakso, A. (2007). Kirjallisuuskatsaus organisaatiokulttuuriteorioihin. Mitä ne ovat ja miten niistä on keskusteltu kansainvälisissä ja suomalaisissa tieteellisissä jurnaaleissa? *Hallinnon tutkimus* 26:2, 13-32.
- Iljins, J., Scvarciany, V. & Gaile- Sarkane, E. (2015). Impact of Organizational Culture on Organizational Climate during the Process of Change. *Social and Behavioral Sciences* 213 (2015), 944 – 950.
- Isoherranen, K. (2012). *Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä*. Väitöskirja. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:18. Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Jarvis, P. (1986). *Professional education*. Croom Helm. London.

- Jermier, J.M., Slocum, J., Fry, L., W. & Gaines, J. (1991). Organizational subcultures in a soft bureaucracy: Resistance behind the myth and facade of an official culture. *Organizational science* 2:2, 170-194.
- Joosten, T., Bongers, I., Janssen, R. (2009). Applications of Lean thinking to Health care: issues and observations. *International Journal Of Quality in Health Care* 21:5, 341-347.
- Juuti, P. (1994). Organisaatiokulttuurin muuntaminen. Teoksessa Kari Lindström (toim.): Terve työyhteisö – kehittämisen malleja ja menetelmiä. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Kaljunen, L. (2011). Johtamisopit kuntaorganisaatioissa – diskursiivinen tutkimus sosiaali- ja terveystoimesta 1980- luvulta 2000- luvulle. Akateeminen väitöskirja. Lappeenranta teknillinen yliopisto. Digipaino. Lappeenranta.
- Kananen, J. (2013). Case-tutkimus opinnäytetyönä. Suomen yliopistopaino Oy. Jyväskylä.
- Karlöff, B. & Lövingsson, F., H. (2004). Johtamisen näkökulmat. Peruskäsitteitä ja -malleja. Edita. Helsinki.
- Karlöff, B. & Lövingsson, F., H. (2006). Organisaation olemus. Edita Publishing Oy. Helsinki.
- Kekäle, J. (1997). Leadership Cultures in Academic Departments. Akateeminen väitöskirja. Joensuu yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja. Joensuu.
- Kinnunen, J. (1990). Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri. Kuopion yliopiston julkaisuja. Kuopio.
- Kirton, G. & Greene, A-M. (2010). The dynamics of managing diversity. A critical approach .Routledge. New York.
- Kivisaari, S., Saari, E. & Lehto, J. (2008). Systemisen innovaation polku sosiaali- ja terveydenhuollossa. Raisonin tilaaja-tuottajamallin levittämisen ensi askeleet. *VTT Tiedotteita – Research Notes* 2440. Espoo.
- Konttinen, E. (1991). Perinteisesti moderniin. Profioiden yhteiskunnallinen synty Suomessa. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Kollberg, B., Dahlgaard, J.J, & Brehmer, P-O. (2007). Measuring Lean initiative in health care services: Issues and findings. *International journal of productivity and performance management* 56:1, 7-24.
- Kylmä, J. & Juvakka, T.(2007). Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.

- La Ganga, L.R. (2011). Lean service operations: reflections and new directions for capacity expansion in outpatient clinics. *Journal of Operations Management* 29:5, 422-433.
- Liker, J. K. (2004/2010). Toyotan tapaan. Readme.fi.
- Lindsey, G. (2015). The Lean prescription, powerful medicine for our ailing healthcare system. *Healthcare* 3 (2015), 119–120.
- Llewellyn, S. (1999). Financial and professional incentives in the health care. *The international journal of public sector management* 12:1, 6-16.
- Lukejohn, W., Gonzalez, S., Ladd, Bucobo, Pickett-Blakely, Dilara, Christie, Chair. (2016). Diversity in gastroenterology in the United States: Where are we now? Where should we go? *Gastrointestinal edoscopy* 83:4, 679-683.
- Macdonald, K.M. (1999). *The Sociology of the Professions*. Sage Publications. New Delhi.
- Mager, D.,R. & Lange, J. (2013). Teambuilding across healthcare professions: The ELDER project. *Applied Nursing Research* 27 (2014), 141–143.
- Mann, D. (2005). *Creating a Lean culture: Tools to sustain Lean conversions*. Productivity Press. Portland.
- Martin, J. (1992). *Cultures in organizations: Three perspectives*. Oxford University Press. London.
- Martin, J. (2000). Managing value conflicts. *Nursing management* 7:1, 26-29.
- Martin, J. (2003). Organizational Culture. Mapping the Terrain. *Administrative science quarterly* 48:1, 131-133.
- Mazzocato, P., Holden, R, J., Brommels, Arosson, Bäckman, Elg & Thor. (2012). How does Lean work in emergency care? A case study of lean-inspired intervention at the Astrid Lindgren children’s hospital. *BMC Health Sevice Research* 12:28, 12-28.
- Meyerson, D. (1991a). “Normal” ambiquity? A glimbse of an occupational culture. Teoksessa Frost, P., J. (toim.): *Reframing organizational culture*. Newbury Park. CA. Sage, 131-144.
- Meyerson, D. & Martin, J. (1987). Cultural change: An integration of three different views. *Journal of Management Studies* 24: 6, 623-647.
- Moffatt, E., K. (2011). Applying Lean in healthcare. *AORN journal* 93:2, 309-310.
- Monden, Y. (1983). *The Toyota Production System*. Productivity Press. Portland.

- Mor Barak, M., E. (2005). *Managing diversity. Toward a globally inclusive workplace.* Thousand Oaks. Sage. CA.
- Morgan, G (1997). *Images of organization.* Thousand oaks. Sage. Toronto.
- Morgan, P. & Ogbonna, E. (2008). Subcultural dynamics in transformation: A multi-perspective study of healthcare professionals. *Human Relations* 61:39, 39-65.
- Mäkijärvi, M. (2010). *LEAN-MENETELMÄ SUOMALAISESSA TERVEYDENHUOLLOSSA - kokemuksia ja haasteita HUS:ssa.* Sosiaali- ja terveysjohtamisen MBA. Tampereen yliopisto.
- Nathalien, D., Bastian, A., Meng, Munoz, Ventura (2016). A Mixed-Methods Research Framework for Healthcare Process Improvement. *Journal of Pediatric Nursing* 31(2016), 39–51.
- Noordegraaf, M. (2011). Remaking professionals? How associations and professional education connect professionalism and organizations. *Current Sociology* 59:4, 465–488.
- Pascale, A.M., Houben, R., Vlayen, Hellings, Pijls-Johannesma, Marneffe & Vadijk. (2015). Does lean management improve patient safety culture? An extensive evaluation of safety culture in a radiotherapy institute. *European Journal of Oncology Nursing* 19 (2015), 29-37.
- Pedersen, E.R.G. & Huniche, M. (2011a). Determinants of lean success and failure in the Danish public sector: a negotiated order perspective. *Internationa journal of public sector management* 24:5, 403-420.
- Pentikäinen, L., Tuomaala, M., Lith, P., Mursu, A., & Forsström, J. (2009). Hyvinvointialan kehittäminen-peruskartoitukset. *Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Strategiset hankkeet* 32/2009. Edita Oy. Helsinki.
- Poksinska, B. (2010). The current state of Lean implementation in healthcare - literature review. *Quality Management in Health Care* 19:4, 319-329.
- Poksinska, B., Swartling, D. & Drotz, E. (2013). The daily work of Lean leaders – lessons from manufacturing and healthcare. *Total Quality Management* 24:8, 886 –898.
- Radnor, Z. J., Holweig, M. & Waring, J. (2011). Lean in healthcare: The unfilled promise? *Social science & Medicine* 74:3, 364-371.
- Radnor, Z. J.& Osborne, S. P. (2012). Lean: A failed theory for public services? *Public management review* 15:2, 265-287.

- Radnor, Z., Walley, P., Stephens, A. & Bucci, G. (2006). Evaluation of the Lean Approach to Business Management and its Use in the Public Sector. Research Findings 20/2006. University of Warwick.
- Radnor, Z. J. & Walley, P (2008). Learning to walk before we try to run: Adapting Lean for the public sector. *Public money and management* 28:1, 13-20.
- Rajavaara, M. (2007). Vaikuttavuusyhdistys. Sosiaalisten olojen arvostelusta vaikutusten todentamiseen. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 84. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.*
- Sabater-Galindo, M., Fernandes-Llimos, F., Sabater-Hernandes, Martinez & Benrimoj. (2016). Healthcare professional-patient relationships: Systematic review of theoretical models from a community pharmacy perspective. *Patient Education and Counseling* 99 (2016), 339–347.
- Saks, M. (2012). Defining a Profession: The role of knowledge and expertise. *Professions & Professionalism* 2:1, 1-10.
- Seeck, H. (2008). Johtamisopit suomessa. Taylorismista innovaatioteorioihin. Gaudeamus. Helsinki University Press Oy. Helsinki.
- Shortell, S.,M., Waters, T.M., Clarke & Budetti (1998). Physicians as double agents: maintaining trust in an era of multiple accountabilities. *Policy perspectives* 280:12, 1102-1108.
- Schein, E. (1987). *Organizational Culture and Leadership* (3. edition). JosseyBass. San Francisco.
- Sergei, V., Lusiani, M., Langley, A. & Denis, J-L. (2013). Saying what you do and doing what you say: The performative dynamics of lean management theory. *Working paper n. 35/2013.*
- Shank, G., D. (2002). *Qualitative Research. A Personal Skills Approach.* Hutchinson. London.
- Silverman, D. (2011). *Interpreting qualitative data. A guide to the principles of qualitative research.* Sage. London.
- Smircich, L. (1983a). Concepts of culture and organizational analysis. *Administrative science quarterly* 28:3, 339-358.
- Smircich, L. & Morgan, G. (1982). Leadership. A management of meaning. *Journal Of Applied Behavioral Science* 18:3, 257-273.
- Staats, B.R., Brunner, D.J. & Upton, D.M. (2011). Lean principles, learning, and knowledge work: evidence from software services provider. *Journal of Operations Management* 29:5, 376-390.

- Strati, A. (1998). Organizational symbolism as a social construction. A perspective from a sociology of knowledge. *Human relations* 51:11, 1379-1402.
- Suarez-Barraza, M.F.& Ramis-Pujol, J. (2010). Implementation of Lean-Kaizen in the human resource service process: a case study in a Mexican public service organization. *Journal of Manufacturing Technology Management* 21:3, 388-410.
- Swartz, J., Davis, D., Graban, M. (2015). Lean hospital(ist)s. *Hospital Medicine Clinics* 4:4, 581-593.
- Timmons, S., Coffey, F.& Vezyridis, P. (2014). Implementing Lean methods in the emergency department: the role of professions and professional status. *Journal of health organization and management* 28:2, 214-228
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2012). Tilaaminen ja tuottaminen sosiaali- ja terveystalouksissa. Juvenes Print- Tampereen yliopistopaino oy. Tampere
- Thorne, M., L. (2000). Cultural chameleons. *British Journal of Management* 11:4, 325-339.
- Trice, H. (1993). Occupational subcultures in the workplace. IRL press. New York.
- Tucker, A., Heisler, W.S. & Janisse, L. (2013). Organizational factors that contribute to operational failures in hospitals. Working paper: <https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/11508218/14-023.pdf?sequence=1>. Viitattu 18.1.2016.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2004/2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerrus kirjapaino oy. Jyväskylä.
- Ulahassan, W., Westerlund, H., Thor, J., Sandahl, C. & von Thiele-Scwartz, V. (2014). Does Lean implementation interact with group functioning? *Journal of Health organization and Management* 28:2, 196-213.
- Vakkuri, J. (2009). Paras mahdollinen julkishallinto? Gaudeamus. Helsinki University Press. Helsinki.
- Virtanen, P. & Stenvall, J. (2010). Julkinen johtaminen. Tietosanoma. Helsinki.
- Vilkka, H. (2005). Tutki ja kehitä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Wang, Y. & Huzzard, T. (2012). The impact of Lean thinking on organizational learning. School of economics and management. Lund University. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.412.3705&rep=rep1&type=pdf>. Viitattu 15.1.2016.

- Widal, M. (2007). Lean Production, Worker Empowerment, and Job Satisfaction: A Qualitative Analysis and Critique. *Critical Sociology* 33 (2007) 247–278.
- Wiili- Peltola, E. (2005). Sairaala muutosten ristipaineessa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Womack, J.P.& Jones, D.T. 1996: Lean Thinking - Banish Waste and Create Wealth in your Corporation. Free Press. New York.
- Yip, M., H., Phaal, R. & Probert, D., R. (2015). Characterising product-service systems in the healthcare industry. *Technology in Society* 43 (2015), 129-143.
- Yong, T. & McClean, S. (2008). A critical look at lean thinking in healthcare. *Quality and safety in health care* 17:5, 382-386.
- Yong, T. & McClean, S. (2013). Some challenges facing Lean Thinking in healthcare. *International Journal for Quality in Health Care* 21:5, 309 –310.
- Wade, G.,H. (1999). Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. *Journal of advanced nursing* 30:2, 310-318.
- www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Kehittamistoiminta/Kehittamishankkeet/Hukkahaavi Viitattu 14.1.2016.
- <http://stm.fi/ministerio/historiaa>. Viitattu 26.4. 2016.
- Zhou, J. (2016). Economics of leadership and hierarchy. *Games and Economic Behavior* 95 (2016), 88–106.

Liitteet

Liite 1. Haastattelukutsu

Olen Lapin yliopiston opiskelija yhteiskuntatieteiden tiedekunnasta. Teen parhaillaan hallintotieteen pro gradu—tutkielmaa, jonka tarkoituksena on selvittää kuinka sairaalan organisaatiokulttuuriset tekijät nousevat esiin Lean-ajatteluun perustuvassa prosessien tehostamisessa. Työni kytkeytyy inhimillisesti tehokas sairaala- hankkeeseen ja haastateltavien toivoisin osallistuneen hukka- haavikoulutukseen ja olleen mukana kaizen- työpajoissa. Haastatteluni on jaettu teemoihin ja teemat liittyvät tehokkuuteen, jatkuvaan parantamiseen sekä organisaatiokulttuurisiin tekijöihin.

Pyytäisinkin Teitä haastateltavakseni. Toivoisin, että haastattelut toteutettaisiin työpaikallanne tai muualla ehdottamassanne rauhallisessa tilassa. Haastattelut nauhoitetaan analyysiä varten ja aikaa tilannetta varten tulisi varata noin tunti. Haastattelut ovat luottamuksellisia ja lopullisesta työstä ei voi tunnistaa vastaajien henkilöllisyyttä. Teillä on mahdollisuus keskeyttää haastattelu koska vain niin halutessanne, mutta toivon, että vastaisitte kysymyksiini runsain esimerkein, jotta saisin analysoitavakseni mahdollisimman rikkaan aineiston. Haastattelujen jälkeen aineisto arkistoidaan luottamuksellisesti. Haastattelujen tekeminen sijoittuu aikavälille 18.2.2016 - 26.2.2016. Saatte itse vapaasti valita päivän ja kellonajan. Pyydän niihin muutosta vain, mikäli aikatauluihin sattuu päällekkäisiä ehdotuksia.

Arvostaisin suuresti osallistumistanne. Vastatthän pyyntööni maanantaihin 15.2.2016 klo: 16.00 mennessä. Ilmoitathän samalla Teille sopivan päivämäärän, kellonajan sekä tapaamispaikan. Vastaukset haastattelupyyntöön sekä lisätietoja: [sähköpostiosoite](#).

Kunnioittavin yhteistyöterveisin,

Riikka Kangas

Liite 2. Teemahaastattelurunko

1. TEHOSTAMINEN LEAN-AJATTELULLA

- a) **Kuinka Lean-ajattelu toimii käytännössä? Millaista sitä on toteuttaa?**
- b) **Ohjaako lean-ajattelu työskentelyäsi?**
- c) **minkälaisia vaikutuksia Lean-ajattelulla on ollut 1. työhönne ja 2. poliklinikan toimintaan sekä 3. asiakkaisiin?**
- d) **Mitkä asiat estävät tehokkuuden toteutumista?**

2. JATKUVA PARANTAMINEN, KAIZEN-TYÖPAJAT

- a) **Miten jatkuva parantaminen näkyy 1. työssänne ja 2. poliklinikan toiminnassa, kuinka heijastuu 3. asiakkaaseen?**
- b) **Kuinka siinä on mielestäsi onnistuttu?**
- c) **Mitkä asiat hankaloittavat jatkuvaa parantamista?**

3. PROFESSIOT JA HIERARKIAT

- a) **Onko yhteistyö eri ammattikuntien välillä sujuvaa Lean-prosesseissa?**
- b) **Onko nähtävissä erilaisia ryhmittymiä ja valtasuhteita?**
- c) **Millaisia vaikutuksia tehokkuuteen ja työskentelyysi erilaisilla ryhmillä ja valtasuhteilla on ollut?**

4. KULTTUURINEN MONINAISUUS

- a) **Millaisena näet poliklinikan kulttuurin? Onko se yhtenäinen vai hajonnut ja jos on niin millaiseksi ja miksi?**
- b) **Millä tavalla kulttuurin yhtenäisyys / hajonneisuus vaikuttaa tehokkuuden parantamiseen?**
- c) **Millainen kulttuuri lisäisi prosessien tehostumista entistä paremmin?**

5. SAIRAALAN KEHITTÄMINEN

- a) **Mitä ajatuksia uudet kehittämishankkeet sinussa herättävät?**
- b) **Onko Lean-ajattelulla saatu kehitystä aikaiseksi? Miten tehostamispaineet sopivat terveydenhuoltoon?**
- c) **Mitkä ovat suurimmat organisaatiokulttuuriset esteet, jotka rajoittavat tehokkuutta**
- d) **Mitkä ovat suurimmat organisaatiokulttuuriset tekijät, joilla tehokkuus paranee?**