

Ida-Kaisa Isoviita

**JULKISEN TERVEYDENHUOLLON  
PALVELUTOIMINNAN  
OPERATIIVINEN OHJAUS**

Tapaustutkimus kaihileikkauspotilaan  
hoitoprosessista

Diplomityö  
Johtamisen ja talouden tiedekunta  
Tarkastajat: Saku Mäkinen ja Laura Valtonen  
Maaliskuu 2022

# TIIVISTELMÄ

Ida-Kaisa Isoviita: Julkisen terveydenhuollon palvelutoiminnan operatiivinen ohjaus: tapaustutkimus kaihileikkauspotilaan hoitoprosessista

Diplomityö

Tampereen yliopisto

Tuotantotalouden diplomi-insinöörin tutkinto-ohjelma

Maaliskuu 2022

---

Kiinnostus terveydenhuollon palvelutoiminnan ohjaamiseen on kasvanut viime vuosina, ja tarve palvelutoiminnan ohjaukselle on tunnistettu terveydenhuollon toimintaympäristössä. Toiminnanohjaus on kuitenkin suhteellisen uutta terveydenhuollossa, vaikka toisilla toimialoilla toiminnanohjaus on vaikuttanut jo useampia vuosikymmeniä. Julkisen terveydenhuollon on tunnistettu olevan haastava alusta palveluiden kehittämiseksi, sillä palvelutuotantoon vaikuttavat julkisen sektorin erityispiirteet, kuten julkinen rahoitus ja tuotanto sekä julkishyödykkeellisyys. Julkisen palveluiden verrannollisuutta tyypilliseen palveluajatteluun on jopa kyseenalaistettu.

Tämän diplomityön tarkoituksena oli tutkia julkisen terveydenhuollon palvelutoiminnan operatiivista ohjausta. Työssä palvelutoiminnan operatiivista ohjaamista tarkasteltiin kolmen tutkimuskysymyksen avulla, jotka liittyivät palvelutuotannon tavoitteisiin ja arvioimiseen, mittaamiseen sekä ohjaamiseen. Kirjallisuuskatsauksen avulla kartoitettiin palveluiden ja palvelutoiminnan aikaisempaa tutkimusta sekä teoriaa. Kirjallisuuskatsauksen perusteella muodostettiin haastattelurunko tutkimusaineiston keruuta varten. Empiirinen tutkimus toteutettiin tapaustutkimuksena julkisen terveydenhuollon kohdeorganisaation kaihileikkauspotilaan hoitoprosessiin, ja tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla kohdeorganisaation asiantuntijoita puolistrukturoiduissa haastatteluissa. Työn empiirisessä osuudessa syvennyttiin tarkastelemaan tutkimusaiheiden ilmentymistä tutkittavan tapauksen, eli kaihileikkauspotilaan hoitoprosessin, kontekstissa.

Palvelutuotantoa arvioidaan sekä objektiivisesti että subjektiivisesti hoitoprosessin tavoitteita vasten. Palvelutuotannon tavoitteiden tunnistettiin kohdistuvan hoitoprosessin sujuvuuteen, potilastyytyväisyyteen, potilashoidon laatuun sekä hoitoon pääsyn (hoitotakuun) toteutumiseen. Lisäksi tutkimuksessa havaittiin, että arvioinnin ohella hoitoprosessia pyritään kehittämään aktiivisesti silmätautien yksikön henkilöstön toimesta.

Palvelutuotannon mittaamista käytetään sekä arvioinnin että ohjaamisen välineenä, sillä mitareita hyödynnetään toiminnan suunnittelussa ja ennakoinnissa, toiminnan seurannassa sekä toiminnan kehittämisessä. Hoitoprosessin mittaamisen havaittiin keskittyvän tarkastelemaan palvelutuotantoa palveluntarjoajan sisäisten toimintojen näkökulmasta jättäen mittaamisen asiakasnäkökulman vähemmälle huomiolle. Tutkimuksessa tunnistettiin myös se, ettei palvelutuotannon lopputulokseen kiinnitetä riittävästi huomiota.

Palvelutuotannon ohjaamisen painopisteen tunnistettiin olevan selkeästi henkilöstöressurssien ohjaamisessa. Tutkimuksessa henkilöstöressurit osoittautuivat olevan hoitoprosessin kriittisin resurssi, jonka määrän ei koettu vastaavan tämänhetkistä, kasvujohteista toimintavolyymia. Henkilöstöressurssien määrän tunnistettiin rajoittavan etenkin hoitoprosessin alkuvaiheen valmistelua toimintaa, sillä henkilöstöressurssien allokoinnilla pyritään varmistamaan hoitoprosessin kriittinen toiminta, eli kaihileikkaus. Hoitoprosessin henkilöstöressurssien tarkastelu rajoittui kuitenkin kohdeorganisaation sisäisiin resursseihin, eikä kohdeorganisaation ulkopuolisia, hoitoprosessin toimijoita juurikaan tunnistettu. Myöskään asiakasta tai asiakkaan potentiaalia palvelutuotannon resurssina ei tunnistettu.

Avainsanat: palvelutoiminnan ohjaus, terveydenhuollon toiminnanohjaus, julkinen terveydenhuolto, palvelutuotanto, kaihipotilaan hoitoprosessi

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

# ABSTRACT

Ida-Kaisa Isoviita: Service operations management in public healthcare: a case study of cataract surgery process

Master of Science Thesis

Tampere University

Master's Degree Programme in Industrial Engineering and Management

March 2022

---

Interest in healthcare operations management has become increasingly popular in past years, and the need for operations management has been recognized in the healthcare environment. However, operations management is relatively new to healthcare, but it has existed in other industries for several decades. Public healthcare has been identified as a challenging platform for service development as the production of services is influenced by characteristics of the public sector, such as public financing and production, and public goods. The comparability of public services to typical service thinking has even been questioned.

The purpose of this master's theses is to study service operations management on an operational level in public healthcare. In this thesis service operations management was studied through research questions related to objectives and assessment, measurement, and management of production of services. By conducting a literature review the relevant prior research and theory of services and service operations were explored. On the basis of the literature review, the structure of interviews was formed to gather data. The empirical research was conducted as case study research in the cataract surgery process within a public healthcare organization, and data was gathered by interviewing experts from the case organization in semi-structured interviews. The empirical part of the thesis focused on studying the research topics in the context of cataract surgery process.

Service operations are assessed both objectively and subjectively against the objectives of the case process. The identified objectives of the case process focused on process flow, patient satisfaction, quality of care, and accessibility of service. In the research, it was also identified that in addition to the assessment, ophthalmology unit personnel are actively aiming to develop the case process.

Measurement of service operations is used as a tool for assessment and management since measures are utilized in operations planning and forecasting, operations monitoring, and development of operations. Measurement of the case process is focused on service operations from a service providers perspective, and the customer perspective of the process is overlooked. The lack of sufficient attention to the outcome of service process was also identified.

The main focus of service operations management was clearly on the management of personnel. Human resources proved to be the most critical resource in the case process, and the amount of which was not perceived to correspond to current, growth-led operating volume. The lack of human resources was identified as restricting factor to preparatory activities of the care process due to allocation of human resources to critical activity i.e., cataract surgery. Resources outside the case organization were overlooked and the assessment of the resources focused merely on the personnel of the case organization while customers role and potential as one of the resources in the process was not recognized.

Keywords: service operations management, healthcare operations management, public healthcare, service production, cataract surgery process

The originality of this thesis has been checked using the Turnitin OriginalityCheck service.

# ALKUSANAT

Diplomityön tekeminen on ollut opettavainen, mutta ennen kaikkea mielenkiintoinen ja antoisa kokemus. Tuntuu mitä parhaimmalta todeta, että diplomityöni ja yliopistourani aikainen matka ovat vihdoinkin tulleet päätökseen. Vaikka pitkä aikakausi opintojen parissa on nyt takanapäin, oppimismatkani jatkuu edelleen uusien haasteiden parissa.

Haluan kiittää Saku Mäkistä ja Johanna Kirjavaista diplomityöni ohjauksesta sekä avusta matkan varrella. Lisäksi haluan kiittää kaikkia haastatteluihin osallistuneita ja muita, jotka ovat tarjonneet arvokkaita näkemyksiään sekä osallistumisellaan mahdollistaneet tutkimukseni toteuttamisen.

Lopuksi haluan osoittaa sydämelliset kiitokset myös perheelleni, läheisilleni sekä ystäväilleni mahtavista hetkistä sekä tuesta opiskeluaikana. Erityiskiitokset Akselille korvaamattomasta tuesta ja kannustamisesta läpi koko diplomityön.

Vantaalla, 3.3.2022

Ida-Kaisa Isoviita

# SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO .....	1
1.1 Työn tausta .....	1
1.2 Tavoitteet, rajaukset ja tutkimuskysymykset .....	2
1.3 Työn rakenne .....	3
2. KIRJALLISUUSKATSAUS .....	5
2.1 Palvelut .....	5
2.1.1 Palvelut ja palvelukeskeinen logiikka .....	5
2.1.2 Palveluiden luokittelu .....	9
2.1.3 Julkiset palvelut .....	11
2.2 Palvelutuotanto palveluliiketoiminnassa .....	13
2.2.1 Palvelutuotanto ja sen elementit .....	13
2.2.2 Palvelutuotannon tehokkuus ja tuottavuus .....	16
2.2.3 Palvelutuotannon suunnittelu ja ohjaus .....	17
2.2.4 Palvelutoiminnan ohjaus .....	20
2.2.5 Palvelutoiminnan johtaminen ja mittaaminen .....	22
2.3 Julkisen terveydenhuollon palvelutuotanto .....	25
3. TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTO .....	28
3.1 Metodologiset valinnat .....	28
3.2 Aineiston keruu ja analysointi .....	29
3.3 Suomen terveydenhuoltojärjestelmä .....	31
3.4 Kaihileikkauspotilaan hoitoprosessi .....	33
4. TULOKSET .....	36
4.1 Toiminnanohjaus silmätautien yksikössä .....	36
4.1.1 Toiminnanohjaus ja sen tehtävät .....	36
4.1.2 Toiminnanohjaukseen osallistuminen .....	38
4.2 Arviointi kaihipotilaan hoitoprosessissa .....	39
4.2.1 Hoitoprosessin tavoitteet .....	39
4.2.2 Tavoitteiden toteutuminen ja arviointi .....	42
4.2.3 Hoitoprosessin kehittäminen .....	43
4.3 Mittaaminen kaihipotilaan hoitoprosessissa .....	45
4.3.1 Hoitoprosessissa mitattavat ilmiöt ja mittarit .....	45
4.3.2 Mittareiden näkökulmat .....	47
4.3.3 Mittausinformaation käyttö .....	49
4.3.4 Mittaamiseen suhtautuminen .....	51
4.4 Tuotannonohjaus kaihipotilaan hoitoprosessissa .....	53
4.4.1 Hoitoprosessin resurssit .....	53
4.4.2 Resurssirajoitteet ja rajoittavat prosessivaiheet .....	54
4.4.3 Resurssienhallinta .....	57

4.4.4 Henkilöstön ohjaus ja motivointi .....	61
5.TULOSTEN TARKASTELU.....	65
5.1    Palvelutuotannon tavoitteet ja arviointi .....	65
5.2    Palvelutuotannon mittaaminen .....	68
5.3    Palvelutuotannon ohjaaminen .....	72
6.JOHTOPÄÄTÖKSET .....	78
6.1    Tulosten yhteenveto.....	78
6.2    Tavoitteiden saavuttaminen ja rajoitteet .....	81
6.3    Tutkimuksen tieteellinen merkitys ja jatkotutkimustarpeet .....	82
LÄHTEET .....	85
LIITE A: HAASTATTELURUNKO .....	89
LIITE B: KAIHILEIKKAUSPOTILAAN HOITOPROSESSI .....	90

# KUVA- JA TAULUKKOLUETTELO

<b>Kuva 1.</b>	<i>Palvelutyypin luokittelu palvelun tuotantoprosessin omaispiirteiden mukaan (mukaillen Silvestro et al. 1992).....</i>	10
<b>Kuva 2.</b>	<i>Kokonaisvaltainen näkökulma palvelutuotantoon (mukaillen Johnston &amp; Clark 2008, ss. 5–11; Lönnqvist et al. 2010, s. 17, 19) .....</i>	14
<b>Kuva 3.</b>	<i>Tuottavuus ja sen lähikäsitteet (Lönnqvist et al. 2010, s. 85).....</i>	16
<b>Kuva 4.</b>	<i>Palvelun toimitusjärjestelmien rakenne (mukaillen Roth &amp; Menor 2003).....</i>	21
<b>Kuva 5.</b>	<i>Terveyspalveluiden järjestäminen, rahoitus, tuotanto ja valvonta (mukaillen Sosiaali- ja terveysministeriö 2013).....</i>	32
<b>Kuva 6.</b>	<i>Hoitoprosessin mittarit yhdistettynä palvelutuotannon elementteihin ....</i>	69
<b>Kuva 7.</b>	<i>Mittareiden käyttö osana kaihipotilaan hoitoprosessin mukaista toimintaa .....</i>	71
<b>Kuva 8.</b>	<i>Kaihipotilaan hoitoprosessin rajoittavat prosessivaiheet .....</i>	75
<b>Taulukko 1.</b>	<i>Tavarakeskeinen logiikka ja palvelukeskeinen logiikka (Vargo &amp; Lusch 2004a; Vargo et al. 2008) .....</i>	8
<b>Taulukko 2.</b>	<i>Keskeisimmät eroavaisuudet julkisen ja yksityisen sektorin välillä (mukaillen Radnor &amp; Noke 2013) .....</i>	12
<b>Taulukko 3.</b>	<i>Kaihipotilaan hoitoprosessin tavoitteet .....</i>	40
<b>Taulukko 4.</b>	<i>Hoitoprosessissa mitattavat ilmiöt, mittarit ja mittarityypit .....</i>	46
<b>Taulukko 5.</b>	<i>Hoitoprosessin resurssit ja niiden kriittisyys.....</i>	53
<b>Taulukko 6.</b>	<i>Hoitoprosessin resurssirajoitteet .....</i>	56
<b>Taulukko 7.</b>	<i>Hoitoprosessin tavoitteisiin kohdistuvat mittariluokat .....</i>	66

# 1. JOHDANTO

## 1.1 Työn tausta

Palveluliiketoiminta on yleistynyt nopeasti ja palvelusektorin kasvu on ollut huomattavaa teollisuustuotannon kehityksen rinnalla. Yleisten toimintaympäristön muutossuuntien on kuitenkin tunnistettu asettavan haasteita palvelutuotannolle, mutta myös luovan mahdollisuuksia palvelutuotannon kehittämiseksi. (Lönngqvist et al. 2010, ss. 24, 32) Myös palvelututkimuksessa on havaittavissa vallitseva trendi, jossa palvelutuotantoa lähestytään aidosti palveluiden suunnittelun ja ohjaamisen lähtökohdista (Victorino et al. 2018). Lisääntynyt kiinnostus palvelutoimintaa kohtaan nostaakin esille tarpeen sekä laajentaa että syventää palveluihin liittyvää tieteellistä tutkimusta. Lisäksi erilaiset sosiaaliset, poliittiset, ekologiset, taloudelliset sekä kulttuurilliset muutokset tulevat vaikuttamaan tulevaisuuden palvelutuotantoon ja näin ollen siihen, mitä menestyvältä palvelutuotannolta vaaditaan (Lönngqvist et al. 2010, s. 32).

Toimintaympäristön muutos on tunnistettu myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu toiminnassa, sillä sosiaali- ja terveydenhuollon strategiseen suunnitteluun vaikuttavat tekijät, kuten toimintavolyymit, toimintatavat palvelutuotannossa ja palveluiden ostossa, kansantalouden kehitys sekä ikärakenteen muutos (Ekroos 2004, ss. 85–86). Sosiaali- ja terveyspalveluiden on tunnistettu olevan työvoimaintensiivisiä ja palveluiden kysynnän on ennustettu kasvavan, mikä luo haasteita erityisesti julkisten palveluiden tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiselle (Lönngqvist et al. 2010, s. 33). Toisaalta julkiseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantoon vaikuttavat myös julkisen sektorin erityispiirteet, kuten julkinen rahoitus, julkisesti hallinnoitu tuotanto sekä julkisen palvelutuotannon ja -tuotteiden ominaispiirteet (Lillrank et al. 2004, ss. 24–27).

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöön tutustumisen perusteella tutkimuksen lähtökohdaksi valikoitui julkisten terveyspalveluiden tuotannon- ja toiminnanohjaus. Karsoittavien haastatteluiden perusteella terveydenhuollon toiminnanohjaus sekä sen kehittäminen tunnistettiin ajankohtaiseksi aiheeksi, niin sanotuksi ”kuumaksi perunaksi”. Terveydenhuollon kontekstissa toiminnanohjaus on kuitenkin suhteellisen uutta, vaikka se on vaikuttanut toisilla toimialoilla useampia vuosikymmeniä (Langabeer & Helton 2020). Näin ollen toiminnanohjauksen voidaan todeta vasta vakiinnuttavansa paikkaansa osana terveydenhuollon ohjausta.



Toisaalta tarve toiminnanohjaukselle on myös yleisesti tunnistettu terveydenhuoltoalalla toiminnan kehittämiseksi ja tehokkuuden parantamiseksi (Langabeer & Helton 2020), sillä terveydenhuollon toiminnan suunnittelussa ja ohjauksessa on havaittu olevan kehitettävää verratessa teollisuustuotannon vastaavaan toimintaan (Hans et al. 2012, s. 304). Esimerkiksi asiakkaan hoitoketjun hallinta edellyttää sen kattavaa tunnistamista, mutta myös tehokkaita tieto-, resurssi- ja materiaalivirtoja (Lillrank et al. 2004, s. 126). Toisaalta julkiseen hallintoon perustuva julkinen terveydenhuolto ei ole helppo alusta kehittää tai uudistaa palveluita. Virtanen (2018) kyseenalaistaakin julkisten palveluiden varsinaista merkitystä palveluna, sillä palveluperustainen toimintalogiikka tai eri toimijoiden yhteisluomisen periaate ole vielä vakiintunut kokonaisvaltaisesti julkisiin palveluihin.

Tutkimusaiheen ajankohtaisuuden puolesta puhuvat myös sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeet tiedolla johtamisen mahdollistamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021c). Kartoittavien haastatteluiden perusteella terveydenhuollon palvelutuotannossa ongelmia aiheuttavat muun muassa tämänhetkisen toiminnan hajanaisuus sekä hoidon jatkuvuuden että tiedon ja tiedonhallinnan osalta. Toiminnan hajanaisuutta aiheuttavat käytössä olevat, useat yksittäiset tietojärjestelmät, jotka vastaavat toiminnallisuuksiltaan yksinkertaisia tuotannonohjauksjärjestelmiä ja joista on tunnistettavissa toiminnanohjauksen elementtejä. Palveluliiketoiminnan tulevaisuuden erääksi kehityskohdaksi onkin tunnistettu strategiat sekä toimintatavat, jotka yhdistäisivät tiedon palveluihin (Bryson et al. 2020, s. 26).

Terveydenhuollon toiminnanohjaus ja sen empiirinen tutkimus ovat kasvattaneet nopeasti suosiotaan, ja tämänhetkisen suosion voidaan tulkita indikoivan tutkimusaiheen kiinnostuksen kasvua myös tulevaisuudessa (Jha et al. 2016; Diwas et al. 2020). Palvelututkimuksen osalta potentiaalisiksi tutkimusaiheiksi on tunnistettu muun muassa palvelutoiminnan suorituskyvyn arviointi ja mittaaminen, roolien ja vastuiden hallinta palvelutoiminnassa sekä asiakkaiden ja työntekijöiden käyttäytyminen palvelutoiminnassa (Victorino et al. 2018). Tästä huolimatta julkisten palveluiden osalta tutkimusevidenssiä siitä, miten palvelulähtöistä johtamista on käytännössä tuotu osaksi julkisia palveluita tai miten julkisten palveluiden asiakas otetaan aidosti toiminnan keskiöön, on rajallisesti (Virtanen 2018).

## **1.2 Tavoitteet, rajaukset ja tutkimuskysymykset**

Tällä tutkimuksella pyritään kasvattamaan ymmärrystä operatiivisen palvelutoiminnan ohjauksesta julkisen terveydenhuollon kontekstissa, erityisesti sen arvioimisen, mittauksen ja ohjaamisen lähtökohdista. Näin ollen työn tavoitteena on ymmärtää tarkasteltavan hoitoprosessin nykytila sekä kartoittaa hoitoprosessista palvelutoiminnan mukaisia

tuotannon- ja toiminnanohjauksen elementtejä. Tutkimuksen kohteeksi valikoitui julkisen erikoissairaanhoidon kaihileikkauspotilaan hoitoprosessi (myöhemmin ”kaihipotilaan hoitoprosessi”, ”hoitoprosessi”), sillä kaihileikkaus on merkittävä julkisen erikoissairaanhoidon prosessi korkean potilasvolyyminsa vuoksi, mutta kuitenkin riittävän suoraviivainen ja yksinkertainen tutkittavaksi.

Koska tutkimus toteutetaan diplomityönä, asettaa se rajoitteita tutkimuksen toteuttamisen laajuudelle. Laajasta sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudesta tutkimuksen tarkastelukohteeksi on rajattu vain julkinen terveydenhuolto. Tarkemmin tutkimuksessa tarkastellaan julkisen terveydenhuollon tuotannon- ja toiminnanohjausta kohdeorganisaation sisäisestä näkökulmasta eli palveluntarjoajan näkökulmasta. Käytännössä tutkimuksen kohteena on kohdeorganisaation tunnistama kaihipotilaan hoitoprosessi ja sen operatiivinen ekosysteemi.

Operatiivisen palvelutoiminnan ohjauksen ilmentymistä julkisessa terveydenhuollossa pyrittiin tarkastelemaan seuraavien tutkimuskysymysten avulla:

1. Mitkä ovat palvelutuotannon tavoitteet ja miten sitä arvioidaan kaihipotilaan hoitoprosessissa?
2. Miten palvelutuotantoa mitataan kaihipotilaan hoitoprosessissa?
3. Miten palvelutuotantoa ohjataan kaihipotilaan hoitoprosessissa?

### **1.3 Työn rakenne**

Tämä työ rakentuu kuudesta luvusta, jotka ovat johdanto, kirjallisuuskatsaus, tutkimusmenetelmät ja aineisto, tulokset, tulosten tarkastelu ja johtopäätökset. Johdantoluvussa tunnistetaan motiivit tutkimuksen toteuttamiselle ja esitetään tutkimuksen tavoitteet sekä tutkimusta ohjaavat tutkimuskysymykset.

Toisessa luvussa toteutetaan kirjallisuuskatsaus tutkimuksessa käsiteltävistä, keskeisimmistä aiheista. Luvussa käydään läpi palveluihin ja palveluliiketoiminnan palvelutuotantoon liittyvää yleistä kirjallisuutta sekä taustoitetaan palvelutuotantoa julkisessa terveydenhuollossa. Kolmannessa luvussa esitellään tutkimuksen metodologista taustaa, tutkimusprosessia ja tutkimuksessa käytettäviä aineistoja. Luvussa esitetään myös tarkemmin tutkimuksessa tarkasteltava tapaus ja sen toimintaympäristö. Tapauksena tässä tutkimuksessa on julkiseen erikoissairaanhoidon kuuluva kaihipotilaan hoitoprosessi.

Neljännessä luvussa esitetään tutkimusaineistoa analysoimalla saadut tulokset. Tuloksissa esitetään kohdeorganisaatiosta haastateltavien näkemyksiä terveydenhuollon toiminnanohjauksesta sekä tarkasteltavan tapauksen arvioinnista, mittaamisesta ja tuotan-

nonohjauksesta. Viidennessä luvussa saavutettuja tutkimustuloksia tarkastellaan suhteessa tutkimuskysymyksiin ja verrataan kirjallisuuteen. Viimeisessä luvussa tutkimustuloksista kootaan vielä yhteenveto ja arvioidaan tutkimukselle asetettujen tavoitteiden saavuttamista sekä rajoitteita. Lisäksi luvussa arvioidaan tutkimuksen tieteellistä merkitystä ja tarpeet jatkotutkimukselle.

## 2. KIRJALLISUUSKATSAUS

### 2.1 Palvelut

#### 2.1.1 Palvelut ja palvelukeskeinen logiikka

Palveluita (engl. services) on määritelty kirjallisuudessa monin eri tavoin, eikä kattavaa, yksiselitteistä sekä yleisesti hyväksyttyä määritelmää ole olemassa (mm. Vargo & Lusch 2004b; Grönroos 2015; Bryson et al. 2020, s. 3). Vaikeudet palvelun yksiselitteisessä määrittelyssä kuvaavatkin niiden kompleksisuutta (Tuulaniemi 2011). Tästä huolimatta määritelmissä korostetaan yleensä palvelun prosessiluonnetta, vuorovaikutteista arvonluontia ja asiakasnäkökulmaa (mm. Vargo & Lusch 2004a; Lönnqvist et al. 2010, s. 38). Määritelmiä palvelulle ovat muun muassa seuraavat:

- Palvelu on erikoistuneiden kompetenssien (tietämyksen ja taitojen) soveltamista tekojen, prosessien ja suoritusten kautta toisen tai itsensä hyväksi (Vargo & Lusch 2004a).
- Palvelu on asiakkaalle toimitettu ja asiakkaan vastaanottama lopputulosten (hyödyt, tunteet, arviointit ja tavoitteet) ja kokemusten yhdistelmä (Johnston & Clark 2008, s. 7).
- Palvelu on aineettomien toimintojen sarjasta koostuva prosessi, jossa toiminnot tarjotaan ratkaisuna asiakkaan ongelmiin ja toimitetaan yleensä asiakkaan, palvelutyöntekijän ja/tai fyysisten resurssien tai tuotteiden ja/tai palveluntarjoajan järjestelmien välisessä vuorovaikutuksessa (Grönroos 2015).
- Palvelut ovat tekoja, prosesseja ja suorituksia, joita yksi henkilö tai taho tarjoaa toiselle henkilölle tai taholle tai tuottaa yhdessä toisen henkilön tai tahon kanssa (Zeithaml et al. 2018, s. 4).

Palveluiden määritelmistä on tunnistettavissa selkeästi seuraavat näkökulmat: palvelu ratkaisee asiakkaan ongelman, palvelu on prosessi, palvelu koetaan ja palvelu on ihmisten välistä vuorovaikutusta. Lisäksi huomio on kohdistettu palvelun käyttäjään eli asiakkaaseen, joka vastaa palvelun lopputuloksen arvioinnista. (Tuulaniemi 2011) Asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna palvelu käsittää asiakkaan subjektiivisen kokemuksen ja käsityksen palvelun lopputuloksesta (Johnston & Clark 2008, s. 7). Tuulaniemi (2011) korostaakin, että palveluiden olemassaolon ydin rakentuu asiakkaan läsnäololle sekä palvelun kuluttamiselle.

Palvelut on usein määritelty myös suhteessa tavaroihin (engl. goods), jolloin palveluita määritteleviä ominaisuuksia verrataan aineellisten tavaroiden ominaisuuksiin (Lönqvist et al. 2010, s. 38) sekä siihen, mitä aineelliset tavarat eivät ole (Vargo & Lusch 2004b). Tällöin palveluita on perinteisesti kuvattu neljän perusominaisuuden (IHIP) kautta, joiden koetaan erottavan palvelut tavaroista. Ominaisuudet ovat aineettomuus (engl. intangibility), heterogeenisyys (engl. heterogeneity), tuotannon ja kulutuksen samanaikaisuus (engl. inseparability) sekä katoavaisuus (engl. perishability). (Vargo & Lusch 2004b; Zeithaml et al. 2018, ss. 19–24)

Palveluiden aineettomuus koetaan ensisijaisena ominaisuutena, joka erottaa palvelut tavaroista (Vargo & Lusch 2004b; Zeithaml et al. 2018, s. 6). Koska palvelut kuvataan toiminnoiksi, teoiksi sekä vuorovaikutukseksi, niitä ei voi koskettaa, nähdä tai tuntea kuten aineellisia tavaroita, eivätkä ne ole esitettävissä tai helposti kommunikoitavissa asiakkaille (Zeithaml et al. 2018, ss. 20–21). Palvelutuotokset ovat kuitenkin usein myös aineellisia ja tavaroita ostetaan usein niiden aineettomien hyötyjen takia. Asiakkaat eivät ostakaan itsessään tavaroita tai palveluita, vaan he ostavat sitä, mitä tavaroiden ja palveluiden kokonaisuus voi tarjota. (Vargo & Lusch 2004b) Katoavaisuudella viitataan myös palveluiden aineettomuuteen, sillä palveluita ei voida tuottaa yhtenä ajanhetkenä ja varastoida myöhempään kysyntään varten (Zeithaml et al. 2018, ss. 22–23).

Heterogeenisyydellä viitataan siihen, etteivät palvelut ole standardoitavissa. Sekä palveluntarjoaja että asiakas vaikuttavat toiminnallaan olennaisesti palveluprosessiin ja asiakaskokemukseen, minkä tuloksena palvelut ovat heterogeenisiä. (Zeithaml et al. 2018, s. 21) Vaikka palvelut kuvataan heterogeenisinä, osa palveluista tai sen osista on standardoitavissa. Palveluiden vahva asiakasnäkökulma kuitenkin puolustaa palveluiden heterogeenisyyttä ja palvelutuotannon räätälöityä lopputulosta (Vargo & Lusch 2004b). Palveluntuottajan ja asiakkaan on vaikutettava toisiinsa samanaikaisesti palvelun tarjoamiseksi, minkä seurauksena palveluita ei voida tuottaa erillään tai ilman asiakkaan panosta palvelutuotantoon (Zeithaml et al. 2018, ss. 21–22). Samanaikaisuus ei rajoitu ainoastaan palveluihin, vaan se on tunnistettu myös tavaroiden kulutuksessa, sillä tavoiteltavat hyödyt ovat saavutettavissa vain tavaroiden ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa (Vargo & Lusch 2004b).

Edellä esitettävät ominaisuudet ovat kuitenkin kritisoituja, sillä niitä ei voida perustellusti pitää erottavina tekijöinä. Ominaisuudet eivät ole yksinomaan liitettävissä palveluihin, eikä niiden avulla ole mahdollista kuvailla kaikkia palveluita. On olemassa useita palveluita, joihin yksi tai useampi ominaisuus ei sovellu. (Lönqvist et al. 2010, s. 40) Palveluiden ominaisuuksia kuvaavat eroavaisuudet voivatkin olla harhaanjohtavia. Palvelui-

den määrittelyminen vastakkainasettelun kautta ei heikennä ymmärrystä ainoastaan palveluiden roolin monipuolisuudesta, vaan myös tavaroiden roolista osana palvelutoimintaa. (Vargo & Lusch 2004b)

Esimerkiksi Vargo ja Lusch (2004a) esittävät palvelukeskeisen logiikan (engl. service-centered dominant logic), jossa lähtökohtana on ajatus siitä, etteivät asiakkaat ole kiinnostuneita itse palveluista tai tavaroista vaan siitä, mitä lopputuloksia ne voivat tarjota. Palvelukeskeisessä logiikassa keskiössä ovat aineettomien resurssien hyödyntäminen sekä asiakkaan kanssa vuorovaikutuksessa tapahtuva arvon määrittelyminen ja luominen. Palvelukeskeisessä logiikassa ei ole tarkoituksenmukaisesta tehdä eroa palveluiden ja tavaroiden tai palvelu- ja tavaratuotannon välille, vaan pyrkiä ymmärtämään, miten ne ovat yhteydessä toisiinsa. (Vargo & Lusch 2004a) Vertailu tavarakeskeisen logiikan ja palvelukeskeisen logiikan välillä on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. *Tavarakeskeinen logiikka ja palvelukeskeinen logiikka*  
(Vargo & Lusch 2004a; Vargo et al. 2008)

	<i>Tavarakeskeinen logiikka</i> (engl. goods-centered dominant logic)	<i>Palvelukeskeinen logiikka</i> (engl. service-centered dominant logic)
<i>Vaihdannan kohde</i>	Tavarat (engl. goods)	Taidot ja tietämys (engl. knowledge and skills)
<i>Tavaroiden rooli</i>	Tavarat ovat lopputuotteita; arvo on sisäänrakennettuna tavaroissa	Tavarat ovat välineitä arvonluontiprosessissa; arvo syntyy prosesseissa vuorovaikutuksen kautta
<i>Asikkaan rooli</i>	Asiakas on tavaroiden vastaanottaja; asiakas ”kuluttaa loppuun” tai ”tuhoaa” yrityksen tuottaman arvon	Asiakas osallistuu palvelutuotantoon; asiakas integroi yrityksen tarjoamia resursseja muihin ympäristöstä saataviin resursseihin
<i>Yrityksen rooli</i>	Yritys tuottaa ja jakaa arvoa	Yritys tarjoaa palveluita; yritys tekee arvoehdotuksen ja luo arvoa yhdessä asiakkaan kanssa
<i>Arvon luoja</i>	Yritys	Yritys, verkosto, asiakkaat
<i>Arvon luominen</i>	Arvo syntyy vaihdannassa	Arvo syntyy käytössä tai tietyssä kontekstissa
<i>Arvon määrittäjä</i>	Tuottaja määrittelee arvon	Asiakas määrittelee arvon
<i>Arvon mittari</i>	Nimellisarvon määrä, vaihdannassa saatu hinta	Sopeutuminen ja selviytyminen ympäristössä
<i>Taloudellisen kasvun lähde</i>	Aineellisten resurssien ja tavaroiden ylijäämä	Erikoistuneen taidon ja tietämyksen soveltaminen sekä vaihtaminen

Tässä työssä mukaillaan Vargon ja Luschin (2004a) määritelmää palveluista erikoistuneiden kompetenssien (tietämyksen ja taitojen) soveltamisena tekojen, prosessien ja suorituksen kautta toisen tai itsensä hyväksi. Palvelutuotantoa lähestytään myös palvelukeskeisen logiikan lähtökohdista, jossa asiakas osallistuu palvelutuotantoon ja resursseja hyödynnetään osana asiakkaan kanssa tapahtuvaa arvonluontia. (Vargon & Lusch 2004a)

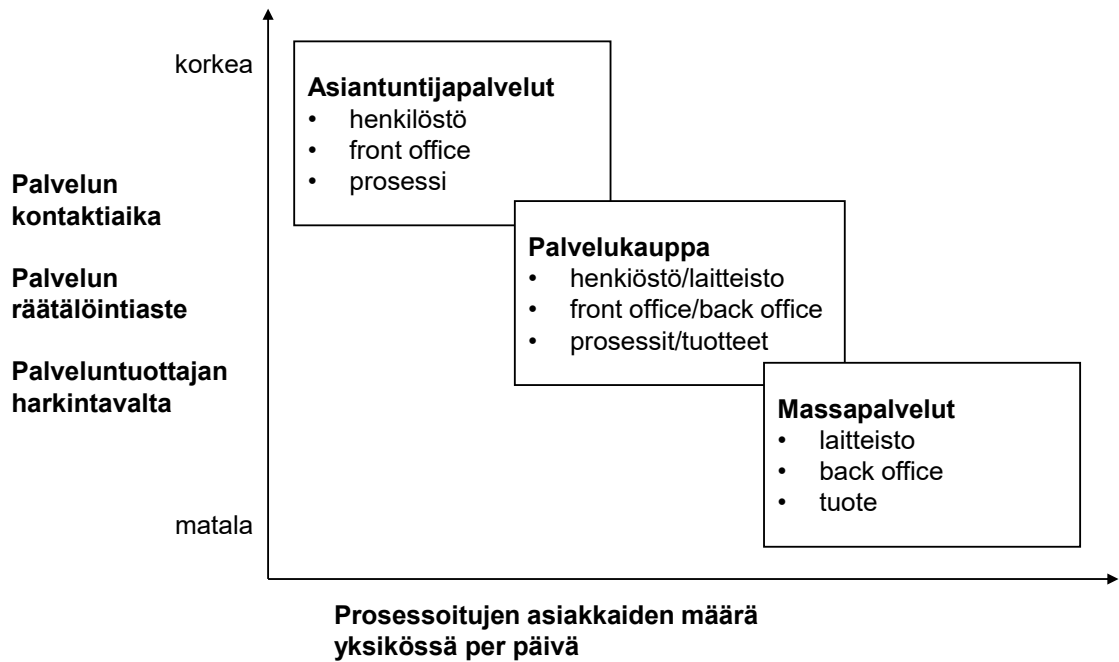
## 2.1.2 Palveluiden luokittelu

Palvelukäsitettä voidaan tarkastella myös erilaisten palvelutyyppeiden kautta. Palveluita jaotellaankin usein eri palvelutyyppeihin, jotta tiettyihin palveluihin liittyviä ominaisuuksia voidaan ymmärtää paremmin (Lönqvist et al. 2010, s. 41). Palveluita voidaan luokitella usein eri tavoin. Chase (1978) luokittelee palvelut niiden tuottamiseksi vaadittavan asiakaskontaktin mukaisesti, missä asiakaskontaktin laajuus erottelee palvelutyypit toisistaan. Asiakaskontaktin laajuus vaihtelee aina korkean kontaktitason palveluista, kuten sairaalat, hotellit ja ravintolat, matalan kontaktitason palveluihin, kuten teollisuuden tuotantolaitokset. (Chase 1978)

Lovelock (1983) luokittelee palvelut huomioimalla kattavammin palveluihin liittyviä ulottuvuuksia: palvelutoimen luonne, asiakassuhteet, palvelun kustomointi, palvelun kysynnän vaihtelu ja palvelun toimitustavat. Esimerkiksi terveydenhuollossa palvelutoimet ovat luonteeltaan aineellisia, missä palvelun kohteena ovat ihmisten kehot. Kohdistettaessa terveyspalvelu vastaamaan asiakkaan tarvetta palveluntarjoajalla on suuri rooli, kun taas palveluominaisuuksien räätälöinnin laajuus voi vaihdella kirurgisen sairaanhoidon korkeasta räätälöintiasteesta ehkäisevien terveyspalveluiden matalaan räätälöintiasteeseen. (Lovelock 1983)

Silvestro et al. (1992) puolestaan tarkastelevat palveluita niiden tuotantoprosessien ominaispiirteiden ja palvelun asiakasvolyymien suhteen, missä jaottelutapa on yhdenmukainen valmistavan teollisuuden tuotantoprosessimallien kanssa. Palvelut luokitellaan palvelukeskeisyyttä kuvaavien ominaisuuksien mukaan kolmeen palvelutyyppiin: asiantuntijapalvelut (engl. professional services), palvelukauppa (engl. service shop) ja massapalvelut (engl. mass services). (Silvestro et al. 1992) Kuvassa 1 on esitetty eri palvelutyyppeiden luokittelu palvelun tuotantoprosessin ominaispiirteiden mukaan.





**Kuva 1.** *Palvelutyypin luokittelu palvelun tuotantoprosessin ominaispiirteiden mukaan (mukaillen Silvestro et al. 1992)*

Asiakasvolyymien kasvaessa palvelut muuttuvat henkilöstökeskeisestä laitteistokeskeiseen suuntaan, palveluiden painopiste siirtyy prosessista tuotteeseen, palveluiden arvo tuotetaan taustatoiminnoissa sekä palvelun kontaktaika, palvelun räätälöintiaste ja palveluntuottajan harkintavalta vähenevät. Esimerkiksi asiantuntijapalvelut ovat tyypillisesti laajasti räätälöityjä ja prosessikeskeisiä palveluita, joissa palvelukontaktin kesto on suhteellisen pitkä. Palvelun arvo tuotetaan pääsääntöisesti asiakasrajapinnassa, jossa palveluntarjoaja soveltaa huomattavaa harkintavaltaa palvelun suhteen. Asiantuntijapalveluita tuottavien organisaatioiden palvelutapahtumien määrä onkin tyypillisesti vähäinen palvelun tuotantoprosessin ominaispiireistä johtuen. Eri palvelutyypit eivät ole kuitenkaan toisiaan poissulkevia, ja organisaatiot voivat jakaa ominaisuuksia useammasta eri palvelutyypistä. (Silvestro et al. 1992)

Johnston ja Clark (2008, ss. 17–18) puolestaan jakavat palvelut asiakkaiden ja palveluntarjoajien mukaisesti viiteen pääryhmään:

- liike-elämän palvelut (engl. business-to-business services)
- kuluttajapalvelut (engl. business-to-consumer services)
- sisäiset palvelut (engl. internal services)
- julkiset palvelut (engl. public services)
- voittoa tavoittelemattomat palvelut (engl. not-for-profit services).

Liike-elämän palvelut ovat yrityksille tarjottavia palveluita, joiden ostajat eivät ole välttämättä itse palvelun varsinaisia loppukäyttäjiä, kun taas kuluttajapalvelut ovat yksittäisille kuluttajille suunnattuja palveluita. Sisäisillä palveluilla tarkoitetaan organisaatiossa sisäiseen käyttöön tuotettavia palveluita. Julkiset palvelut sekä voittoa tavoittelemattomat palvelut ovat puolestaan palveluita, joiden tuottajina toimivat joko valtio, kunnat tai kolmas sektori. (Johnston & Clark 2008, ss. 17–18) Luokittelutapa eroaa kuitenkin aikaisemmin esitetyistä, sillä luokittelu ei keskity tarkastelemaan palvelun eri ulottuvuuksia tai ominaisuuksia vaan palveluosapuolia.

Edellä esitettäviä luokitteluita hyödyntämällä tässä työssä tarkasteltava julkinen terveydenhuolto voidaan määritellä julkiseksi palveluksi, jossa asiakaskontaktin laajuus vastaa korkean kontaktitason palveluita ja joka tuotantoprosessin ominaispiirteiltään vastaa asiantuntijapalvelua. Vaikka tarkasteltavat julkiset terveyspalvelut ovat lähtökohtaisesti Silvestro et al. (1992) luokittelun mukaan asiantuntijapalveluita, niistä voidaan tunnistaa tietyissä tapauksissa ominaisuuksia myös toisista palvelutyypeistä.

### **2.1.3 Julkiset palvelut**

Palveluita voivat tuottaa sekä julkinen, yksityinen että kolmas sektori, joiden erityispiirteet vaikuttavat kyseisellä sektorilla tuotettavien palveluiden luonteeseen, mutta myös laajemmin organisaatioiden toimintaan. Jotta julkista sektoria voidaan tarkastella, on ymmärrettävä julkisen ja yksityisen sektorin eroavaisuuksia (Radnor & Noke 2013; Virtanen & Stenvall 2019). Tämän työn kannalta keskeisimpiä julkisen ja yksityisen sektorin eroavaisuuksia on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Keskeisimmät eroavaisuudet julkisen ja yksityisen sektorin välillä (mukaillen Radnor & Noke 2013)

	<i>Julkinen sektori</i>	<i>Yksityinen sektori</i>
<i>Toiminnan suunta</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poliittinen ja lainsäädännöllinen ohjaus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voitto</li> </ul>
<i>Tavoite</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kansalaisten tyytyväisyys ja sen ylläpitäminen</li> <li>• Taloudellinen, toimiva ja vaikuttava</li> <li>• Eettinen ja yhdenvertainen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voitto</li> <li>• Pääoman tuotto ja taloudellisen arvon lisääminen</li> </ul>
<i>Määräysvalta</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hajautettu määräysvalta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keskitetty määräysvalta</li> </ul>
<i>Toimintakulttuuri</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arvoihin perustuva</li> <li>• Byrokraattinen</li> <li>• Riskejä välttävä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voittoon perustuva</li> <li>• Yrittäjähenkkinen</li> <li>• Innovatiivinen ja nopea päätöksentekoa suosiva</li> </ul>
<i>Sidosryhmät</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sidosryhmien kiinnostuksen ja vaikutusvallan vaihtelevuus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osakas on ensisijainen sidosryhmä</li> </ul>

Julkisen sektorin toiminta on tyypillisesti laajalti vaikuttavaa sekä yhteiskunnallisesti näkyvää, missä julkisten organisaatioiden toiminta liittyy käytännössä poikkeuksetta yhteiskunnallisen hyvän tuottamiseen. Julkiset organisaatiot vastaavatkin usein yleishyödyllisistä toiminnoista ja palveluista, kuten pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa terveydenhoidosta, koulutuksesta ja monista muista sosiaalisista palveluista. (Virtanen & Stenvall 2019) Kuten taulukosta 2 voidaan havaita, keskeiseksi eroavaisuudeksi osoittautuikin yksityisen sektorin toiminnan kaupallinen luonne; toiminta on voittoa tavoittelevaa ja organisaatiot ovat vastuussa pääasiallisesti vain omistajilleen. Julkisella sektorilla toiminnan vaikuttavuus on erityisesti keskiössä, sillä julkiset organisaatiot eivät ole olemassa taloudellisen hyödyn aikaansaamiseksi, vaan niille on tarkoituksenmukaista tuottaa vaikutuksia (Lönngqvist et al. 2010, s. 83; Virtanen & Stenvall 2019).

Julkisen sektorin erityispiirteet heijastuvat myös julkisesti järjestettäviin sekä tuotettaviin palveluihin. Keskeistä on ymmärtää, että julkiset palvelut voidaan tuottaa myös yksityisen palvelutarjoajan tai järjestöjen toimesta. Esimerkiksi kunnat ovat vastuussa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, mutta sosiaali- ja terveyspalveluita voi tuottaa julkinen tai yksityinen palveluntarjoaja tai järjestöt (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021b). Jul-

kiset palvelut tuotetaan pääasiallisesti verovaroin, mistä johtuen palvelutoiminta on osoitettava perustelluksi ja sen on tuotettava parhaan vastineen palveluita. Lisäksi julkisten palveluiden osalta on tehtävä yhteiskunnallisia ja poliittisia päätöksiä siitä, miten palveluiden saatavuutta rajoitetaan ja kuinka resursseja kohdistetaan eri palveluille. (Johnston & Clark 2008, ss. 17–18, 21) Kuten aikaisemmin todettiin, julkiseen palvelutuotantoon odotetaan kohdistuvan merkittäviä haasteita, mikä asettaa paineita muun muassa julkisten palveluiden tuottavuuden ja tehokkuuden parantamiselle (Radnor & Noke 2013).

## **2.2 Palvelutuotanto palveluliiketoiminnassa**

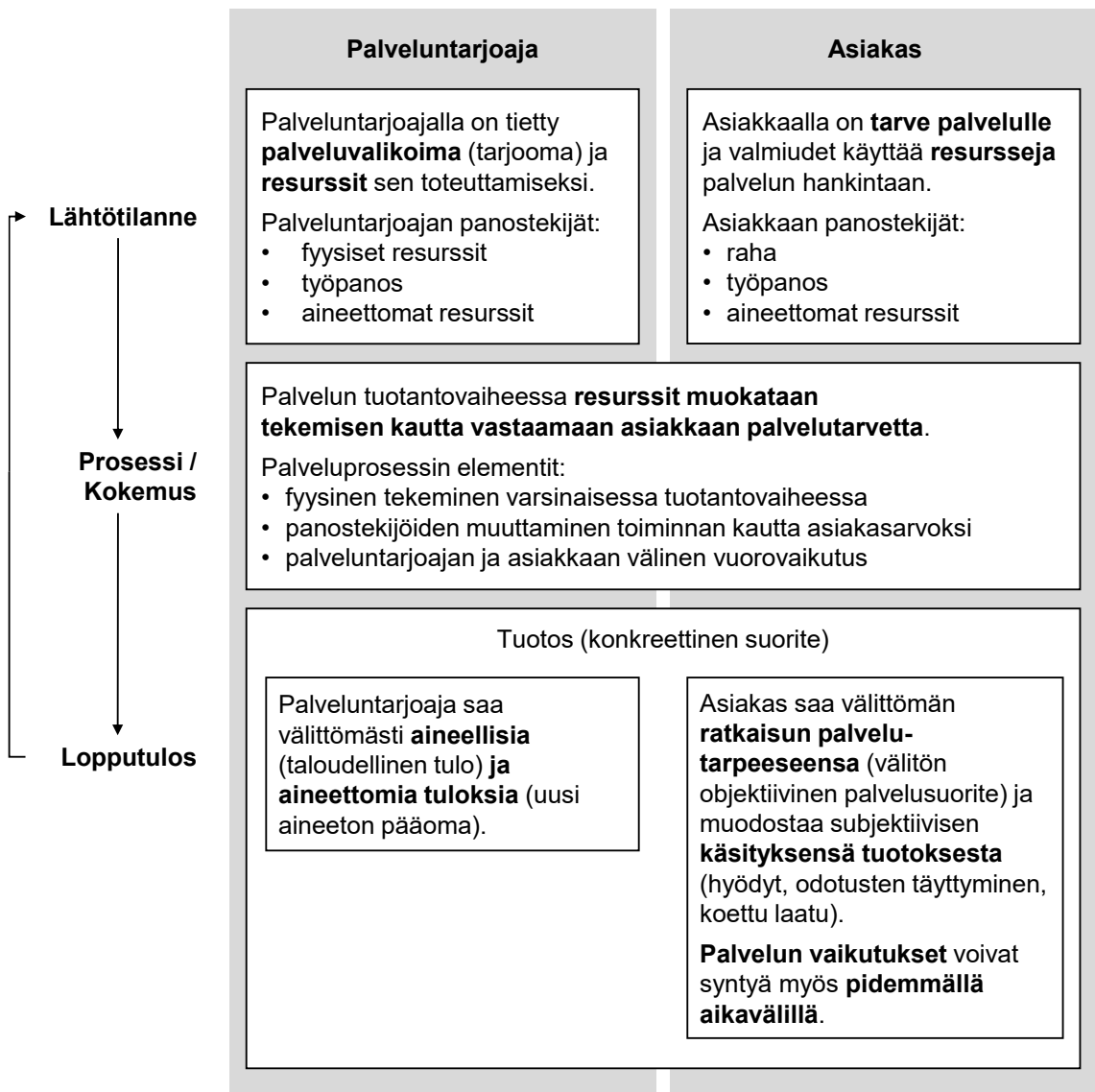
### **2.2.1 Palvelutuotanto ja sen elementit**

Laajasti ottaen tuotantoa voidaan tarkastella toimintana, jossa raaka-ainetta ja informaatiota muokataan arvoa lisäävässä prosessissa asiakkaille tarjottaviksi tuotteiksi ja palveluiksi. Tuotantotoiminnalla voidaan viitata sekä teollisuuden tuotantoon että palvelutuotantoon. Tavara- ja palvelutuotannossa toteutuvatkin samat peruseriaatteet, kuitenkin eri painotuksin; tavaratuotannossa huomio kohdistuu tuotantoprosessin materiaalivirtoihin ja aineelliseen arvontuottoon, kun taas palvelutuotannossa huomio kohdistuu tietovirtoihin ja aineettomaan arvontuottoon (Martinsuo et al. 2016, s. 135). Lönnqvist et al. (2010, s. 16) kokevat palvelutuotannon joustavana käsitteenä, jolla viitataan yleisesti palvelutoimintaan, joka tapahtuu palveluorganisaatiossa tai teollisuusyrityksessä, päätömintamuotona tai tukitoimena.

Palvelut tuotetaan usein monimutkaisissa dynaamisissa palveluekosysteemeissä, jotka kokonaisuuksina muodostuvat ympäristön, järjestelmien ja ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta (Tuulaniemi 2011). Palvelutuotannolle on tunnusomaista sekä asiakkaan aktiivinen osallistuminen että asiakkaan omien panostekijöiden tuominen osaksi tuotantoprosessia (Lönnqvist et al. 2010, s. 20) Vargo ja Lusch (2004a) esittävätkin, että palvelutuotanto on toimintaa, jossa ihmiset ja organisaatiot hyödyntävät omien resurssiensa lisäksi toistensa resursseja ja jossa arvo luodaan asiakkaan kanssa vuorovaikutuksessa. Sekä palveluiden tuottamisessa käytettävien resurssien että varsinaisen palveluprosessin lisäksi palvelutuotanto käsittää palveluprosessin tuloksena syntyvät tuotokset ja vaikutukset (Lönnqvist et al. 2010, s. 16).

Kokonaisvaltaisen kuvan muodostamiseksi palvelutuotantoa tulisi tarkastella kolmesta keskeisestä näkökulmasta: lähtötilanne (resurssit), prosessi (toiminta) ja lopputulos (välitön ja välillinen). Lisäksi tarkastelussa tulisi huomioida sekä palveluntarjoajan näkökulma että asiakasnäkökulma; palvelutuotannossa myös asiakas on avainroolissa prosessissa, mikä korostaa palveluntarjoajan sekä asiakkaan välistä vuorovaikutusta. (Johnston &

Clark 2008, ss. 5–11; Lönnqvist et al. 2010, ss. 16–18) Kokonaisvaltainen näkökulma palvelutuotantoon on esitetty kuvassa 2.



**Kuva 2.** Kokonaisvaltainen näkökulma palvelutuotantoon (mukaillen Johnston & Clark 2008, ss. 5–11; Lönnqvist et al. 2010, s. 17, 19)

Lähtötilanteessa palveluntarjoajalla on olemassa palveluvalikoima ja asiakkaalla on olemassa tarve palvelulle. Palveluvalikoiman lisäksi palveluntarjoajalla on resurssit palvelun tuottamiseksi, jotka koostuvat palvelutyypistä riippuen fyysisistä resursseista, henkilöstön työpanoksesta sekä aineettomasta pääomasta, kuten osaamisesta ja prosessin informaationvirroista. Asiakas (sisäinen tai ulkoinen) antaa myös panoksensa osallistamalla prosessiin tuotantoresurssina. (Johnston & Clark 2008, ss. 5–11; Lönnqvist et al. 2010, ss. 18–23) Koska asiakkaan tarjoamat resurssit ovat palvelusidonnaisia ja ne voivat olla virheellisiä tai vaillinaisia, palvelutuotannon lähtötilanteet voivat olla erilaisia keskenään (Sampson & Froehle 2006).

Palvelutuotannon keskeinen toiminta, operatiivinen palvelutuotanto, suoritetaan palvelutuotannossa hyödynnettävien resurssien ja toiminnan lopputuloksen välissä. Palveluprosessissa palveluntarjoaja ja asiakas muokkaavat tuotantoresurssit yhteistyössä palvelutuotokseksi, joka tarjotaan ratkaisuna tarpeeseen ja joka on asiakasnäkökulmasta arvokas. (Lönqvist et al. 2010, ss.18–23) Asiakkaan osallistuminen prosessiin on usein välttämätöntä, jotta palvelutoiminta voidaan kohdistaa suoraan asiakkaaseen. Asiakas on tällöin keskeisessä roolissa, vaikka asiakas ei välttämättä koe koko palveluprosessia. Palveluprosessi jakautuu tyypillisesti sekä asiakasrajapinnassa (engl. front office) että toiminnan taustalla (engl. back office) toteutettaviin aktiviteetteihin sekä prosesseihin. (Johnston & Clark 2008, ss. 5–11, 185) Palveluprosessia voidaan havainnollistaa käyttämällä teatterimetafora; palvelutapahtumat toimivat näyttämönä asiakkaalle ja palvelun taustaprosessit sijoittuvat kulissemiin (Tuulaniemi 2011).

Palveluprosessissa palveluntarjoajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus sekä palvelun tuotannon ja kulutuksen samanaikaisuus edellyttävät palvelutuotannon toteuttamista ennalta määriteltyjen toimintaperiaatteiden mukaisesti (Tuulaniemi 2011). Koska asiakas kokee ainoastaan osan palveluprosessista ja arvioi palvelukokemustaan tämän perusteella, itse palvelutapahtuma osoittautuu asiakasnäkökulmasta kriittiseksi koko palvelutuotannon onnistumisen kannalta (Roth & Menor 2003; Grönroos 2015). Palveluprosessin aktiviteettien sijoittaminen asiakasrajapintaan tai taustatoimintoihin ei ole kuitenkaan vakioitua; aktiviteetteja voidaan pyrkiä siirtämään asiakasprosesseista taustaprosesseihin tai taustaprosessista asiakasprosesseihin. Esimerkiksi vähittäispankit voivat pyrkiä siirtämään hallintoprosesseja taustatoimintoihin prosessitehokkuuden ja kustannushyötyjen saavuttamiseksi. Asiakas- ja taustaprosessien lisäksi asiakkaan roolia voidaan muokata palveluprosessissa; asiakasta voidaan hyödyntää resurssina asiakasprosesseissa tai aktiviteetit voidaan siirtää asiakkaalle itsenäisesti suoritettaviksi. (Johnston & Clark 2008, ss. 185–188)

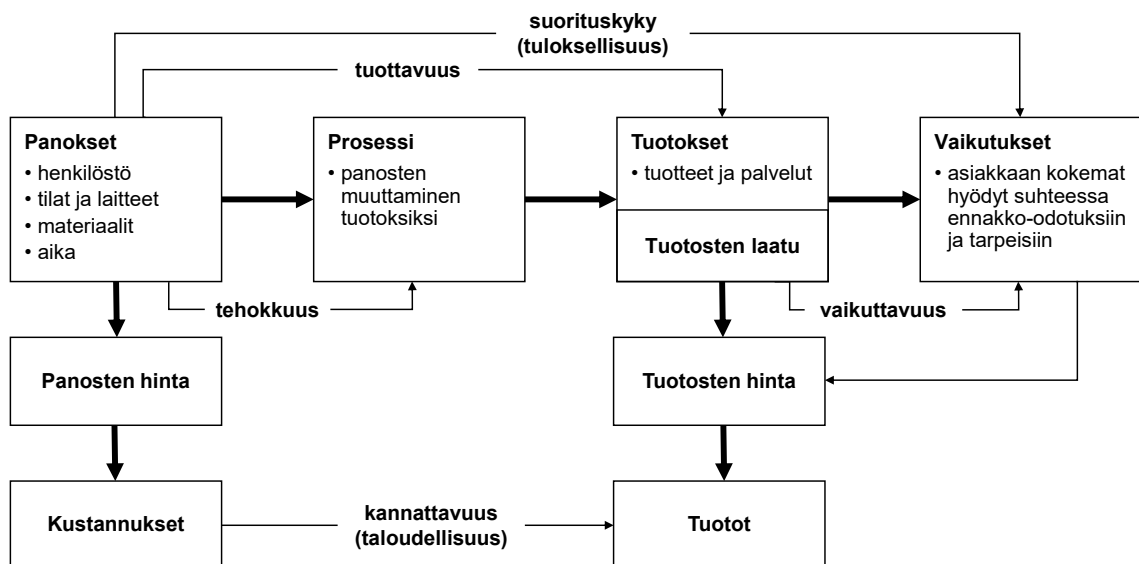
Kokonaisuutena palveluprosessi muodostaa asiakkaan palvelukokemuksen sekä toimittaa palvelutuotoksen ratkaisuna asiakkaan palvelutarpeeseen. Palvelutuotannon lopputuloksena syntyy erilaisia tuotoksia, joista voidaan eritellä välitön palvelusuorite ja pidemmällä aikavälillä syntyvä palvelun vaikutus. Palvelusuorite ei ole kuitenkaan aina helposti hahmotettavissa, ja vaikutukset voivat näkyä viiveellä palvelutapahtumasta. Asiakas arvioikin palvelua tai palvelutuotosta suhteessa asettamiinsa ennako-odotuksiin. Palvelukokemusta ja -tuotosta arvioidaan usein oikeudenmukaisuuden, tyytyväisyyden, lojaaliuuden sekä mielletyn arvon näkökulmista. Asiakasnäkökulman lisäksi palvelutuotos kä-

sittää palveluntarjoajan välittömät aineelliset ja aineettomat tulokset, joita arvioidaan organisaation tavoitteita ja päämääriä vasten. (Johnston & Clark 2008, ss. 5–11; Lönnqvist et al. 2010, ss. 18–23)

Palvelutuotanto voidaan kuvata yksinkertaisesti vuorovaikutteisena prosessina palveluntarjoajan ja asiakkaan välillä. Palvelut tuotetaan kuitenkin todellisuudessa osana kompleksisempaa toimijaverkostoa, jossa verkoston vuorovaikutteisuus vaikuttaa palvelutuotannon dynaamisuuteen ja jossa palvelun vaikutukset kohdistuvat asiakkaaseen ja yhteiskuntaan (Lönnqvist et al. 2010, s. 18; Tuulaniemi 2011). Palvelutuotannon kompleksisuutta kuvaa myös se, ettei panosten ja tuotosten rooli ole yksiselitteinen. Esimerkiksi palveluprosessista kertyneet aineettomat tuotokset voivat toimia jatkossa palveluntarjoajan resursseina. (Lönnqvist et al. 2010, s. 22) Palveluekosysteemin ja -tuotannon todellisesta laajuudesta sekä kompleksisuudesta huolimatta tässä työssä keskitytään tarkastelemaan palvelutuotantoa sen keskeisten vaiheiden ja elementtien kautta. Kuvassa 2 esitettävien vaiheiden sekä elementtien avulla palvelutuotantoa pystytäänkin tarkastelemaan keskeisistä näkökulmista, riittävällä tarkkuudella.

## 2.2.2 Palvelutuotannon tehokkuus ja tuottavuus

Tuottavuuteen (engl. productivity) liitetään useita toisiaan lähellä olevia käsitteitä, kuten tehokkuus (engl. efficiency), kannattavuus (engl. profitability), vaikuttavuus (engl. effectiveness) ja suorituskyky (engl. performance) (Lönnqvist et al. 2010, s. 78). Tuottavuuteen liittyvät keskeiset käsitteet on havainnollistettu kuvassa 3.



**Kuva 3.** Tuottavuus ja sen lähikäsitteet (Lönnqvist et al. 2010, s. 85)

Tuotantojärjestelmien erääksi ominaisuudeksi voidaan tunnistaa tuottavuus, joka yksinkertaisimmillaan mittaa resurssien ja suoritteiden välistä suhdetta (Lillrank et al. 2004, s. 20). Tuottavuus ymmärretäänkin yleensä tuotoksen ja sen tuottamiseen käytetyn panoksen väliseksi suhteeksi. Koska tuottavuudessa tarkastellaan toiminnan tuotoksia, sisältää tuottavuustarkastelu myös arvonluomisen elementin. (Lönnqvist et al. 2010, ss. 78–79) Käsitteinä tuottavuus ja tehokkuus ovat kuitenkin merkitykseltään lähes vastaavia. Perinteisesti tehokkuus liitetäänkin toteutuneen tuotannon ja standardin tai odotetun tuotannon väliseen suhteeseen, vaikka yleisesti tehokkuus määritellään sisäiseksi suorituskyvyksi, teoreettisen minimiresurssitason ja resurssien todellisen käytön väliseksi suhteeksi (hyötysuhde). (Lönnqvist et al. 2010, ss. 82–83)

Tuottavuuden kehittäminen on tähän mennessä yhdistetty vahvasti teolliseen tavaratuotantoon ja sen lähtökohdat ovat myös muokanneet tuottavuuden mittaamisen menetelmiä, eikä palveluiden tuottavuuden mittaaminen tai kehittäminen ole saavuttanut vastaavaa huomiota. Ongelmana on erityisesti empiirisen tarkastelun vähäisyys, koska palveluorganisaatiot eivät mittaa toiminnan tuottavuutta samaan tapaan kuin teollisuustuotannon organisaatiot. (Lönnqvist et al. 2010, ss. 34, 86) Grönroosin ja Ojasalon (2004) mukaan tuottavuus on kompleksinen asia palvelutuotannossa, mihin teollisuuden tuottavuuskäsite on liian rajoittunut. Palveluiden tuottavuutta tulisikin tarkastella panosresurssien hyödyntämisen tehokkuutena palveluprosessissa, jossa ne muutetaan tuloksiksi palveluntarjoajalle ja arvoksi asiakkaalle (tuotoksiksi). Palvelutuottavuus voidaan määrittellä kolmen eri tekijän funktioksi: 1) sisäinen tehokkuus, 2) ulkoinen tehokkuus tai vaikuttavuus sekä 3) kapasiteetin tehokkuus. (Grönroos & Ojasalo 2004)

Palvelututkimuksen tavoitteena on laajentaa perinteistä tuottavuustarkastelua korostaen palveluiden laatu-ulottuvuutta, asiakkaiden roolia palvelutuotannossa sekä palvelukapasiteetin hyödyntämistä (Lönnqvist et al. 2010, s. 87). Asiakkaiden osallistumisen on tunnistettu vaikuttavan merkittävästi palveluprosessien tehokkuuteen, koska asiakkaiden tarjoamat panokset ja niiden vaikutukset palveluprosessiin ovat vaihtelevia (Sampson & Froehle 2006; Johnston & Clark 2008, s. 187). Palvelutuotannon tehokkuutta tarkasteltaessa taustaprosessit osoittautuvatkin asiakasprosesseja merkittävästi tehokkaammiksi, sillä asiakas ei ole vuorovaikutuksessa prosessin kanssa, mikä mahdollistaa prosessien standardoinnin (Vargo & Lusch 2004b; Johnston & Clark 2008, ss. 187–188).

### **2.2.3 Palvelutuotannon suunnittelu ja ohjaus**

Tuotantotoimintaa säätelevät yrityksen liiketoimintastrategia ja liiketoiminnan tavoitteet, joiden toteutumiseksi tuotantotoimintaa ja -resursseja on ohjattava ja seurattava. Koska



tuotannonohjausta toteutetaan dynaamisessa toimintaympäristössä, tuotannon suunnittelulta ja ohjaukselta edellytetään myös joustavuutta sekä dynaamisuutta. (Martinsuo et al. 2016, ss. 138–141). Palvelutuotannon suunnittelua ja ohjausta voidaan lähestyä resurssienhallinnan näkökulmasta. Parvinen et al. (2005, ss. 58–59) korostavatkin palvelutuotannossa olevan keskeistä resurssienhallinta, erityisesti resurssien allokointipäätökset. Palvelutuotannon suunnittelu ja ohjaus (engl. operations planning and control) käsittää kapasiteetin sekvensoinnin, allokoinnin ja ohjauksen sekä tuotantosuunnitelman mukaisen resurssivirran seurannan. Palvelutuotannon suunnittelua toteutetaan sekä pitkällä ja keskipitkällä aikavälillä (kokonais- ja karkeasuunnittelu) että lyhyellä aikavälillä (hienosuunnittelu). (Johnston & Clark 2008, ss. 286, 289)

Resurssienhallinnassa on tärkeää, että organisaatiolla on käsitys toiminnan tavoitteista, olemassa olevista resursseista sekä eri toimenpiteiden vaikuttavuudesta ja resurssikulutuksesta (Parvinen et al. 2005, ss. 58–59; Tuulaniemi 2011). Resurssienhallinnalla voidaan tunnistaa olevan ratkaiseva asema palvelutoiminnassa, sillä tehokkaan resurssienhallinnan avulla voidaan muun muassa palvella enemmän asiakkaita, parantaa palvelutuotannon joustavuutta ja vähentää kustannuksia. Esimerkiksi työvoimavaltaisen terveydenhuollon tulisi ensisijaisesti keskittyä työntekijöiden systemaattiseen johtamiseen, sillä työntekijöiden panosarvo terveydenhuollon toiminnassa on merkittävä. Resurssienhallinnassa tulisi kuitenkin huomioida työntekijöiden ohella myös muut tuotannonresurssit, kuten tilat, laitteet, materiaalit sekä varastot. (Parvinen et al. 2005, ss. 59–60)

Kapasiteetinhallinta liittyy keskeisesti organisaation olemassa olevien sekä aineellisten että aineettomien resurssien hallintaan. Korkean asiakaskontaktin palveluissa kapasiteetinhallinta on erityisen tärkeää palveluiden ominaispiirteistä johtuen: palvelun tuotannon ja kulutuksen samanaikaisuus, palveluiden aineettomuus ja katoavaisuus sekä asiakkaan osallistumisesta johtuva vaihtelu (Roth & Menor 2003). Johnston ja Clark (2008, ss. 274–305) esittävätkin palvelutuotannon kapasiteetinhallinnan koostuvan seuraavista päävaiheista: kapasiteetin määrittelemisen ja mittaamisen, toiminnan sekvensointi ja kapasiteetin allokointi sekä kapasiteetin seuranta ja ohjaaminen. Palvelutuotannossa kapasiteetilla viitataan yleensä lisäarvoa tuottavan toiminnan enimmäissuorituskykyyn tarkasteltavalla ajanjaksolla, minkä palveluprosessi tai -yksikkö voi toistuvasti saavuttaa normaaliolosuhteissa. Esimerkiksi prosessitasolla kapasiteetti voidaan määritellä yksinkertaisesti asiakaspalvelijan vastaanottamina puheluina per työvuoro tai lääkärin hoitamien potilaiden määränä per työvuoro. Määrittelemisen lisäksi kapasiteetin tulee olla mitattavissa siten, että siitä pystytään antamaan mittarin avulla riittävä arvio. Palvelutuotannon kapasiteetin määrittelemistä ja mittaamista kuitenkin vaikeuttavat muun muassa

palvelutuotevalikoiman kompleksisuus, palvelutuotteen aineettomuus ja palvelusysteemien resurssirajoitteet. (Johnston & Clark 2008, ss. 274–305)

Palvelutuotannon kapasiteetin allokointipäätökset tehdään tuotantostrategiaa vastaavan kapasiteettisuunnitelman perusteella. Kapasiteettia allokoidaan asiakkaille ja/tai toimintoille siten, että palvelutoiminnan tavoitteet ovat saavutettavissa. Allokointi voi noudattaa epävirallisia tai virallisia menettelytapoja, jotka noudattavat tiettyä sääntöjen sekvenssiä allokointipäätösten priorisoimiseksi. Palvelutyypistä riippuen kapasiteetin allokoinnissa voidaan soveltaa joko yksinkertaisia sekvenssointisääntöjä tai kompleksisempia algoritmeja. (Johnston & Clark 2008, ss. 286–287)

Palvelutuotannon suunnittelun ja ohjauksen perustana toimivat erilaiset strategiat kysynnän ja tarjonnan hallitsemiseksi (Johnston 2005). Palveluiden ominaispiirteet aiheuttavat perustavanlaatuisen ongelman kysynnän ja tarjonnan hallinnalle, sillä palveluiden katoavaisuudesta sekä palveluiden tuotannon ja kulutuksen samanaikaisuudesta johtuen palvelut eivät ole varastoitavissa. Palvelutuotannon kapasiteettirajoitteet ja kysynnän suhteellinen vaihtelu vaikuttavatkin olennaisesti tuotantotoiminnan tasoon; kysyntä voi ylittää maksimikapasiteetin, kysyntä voi ylittää optimikapasiteetin, kysyntä voi vastata optimikapasiteettia tai optimikapasiteetti voi ylittää kysynnän (Lovelock 1984). Lyhyellä aikavälillä kysynnän ja tarjonnan välistä tasapainoa voidaan tarkastella kapasiteettia ja/tai kysyntää muokkaavien strategioiden lähtökohdista. Kapasiteettia ei ole kuitenkaan aina mahdollista sovittaa kysyntään, tai päinvastoin. (Johnston & Clark 2008, s. 279; Zeithaml et al. 2018, s. 404)

Terveystuotannon palvelutuotannon suunnittelun ja ohjauksen osalta on keskeistä tarkastella palveluiden saatavuuden ja resurssien käyttöasteen välistä suhdetta (Vissers et al. 2001). Esimerkiksi Vissers et al. (2001) ovat jakaneet terveydenhuollon organisaatioiden palvelutuotannon suunnittelun ja ohjauksen viiteen tasoon: 1) strateginen suunnittelu, 2) potilasvolyymien suunnittelu ja ohjaus, 3) resurssien suunnittelu ja ohjaus, 4) potilasryhmien suunnittelu ja ohjaus sekä 5) potilasvirtojen suunnittelu ja ohjaus. Peltokorpi (2010) on puolestaan väitöskirjassaan jalostanut terveydenhuollon palvelutuotannon suunnittelun ja ohjauksen jaottelua neljään tasoon: 1) strateginen suunnittelu, 2) kapasiteetin ja potilasvolyymien suunnittelu, 3) resurssien suunnittelu ja ohjaus sekä 4) potilastason suunnittelu ja ohjaus. Terveystuotannon palvelutuotannon tehokas aikataulusuunnittelu kuvataankin usein kysynnän ja kapasiteetin tasapainottamisena siten, että resursseja hyödynnetään tehokkaasti potilaiden negatiivisen odotusajan minimoimiseksi (Jha et al. 2016).

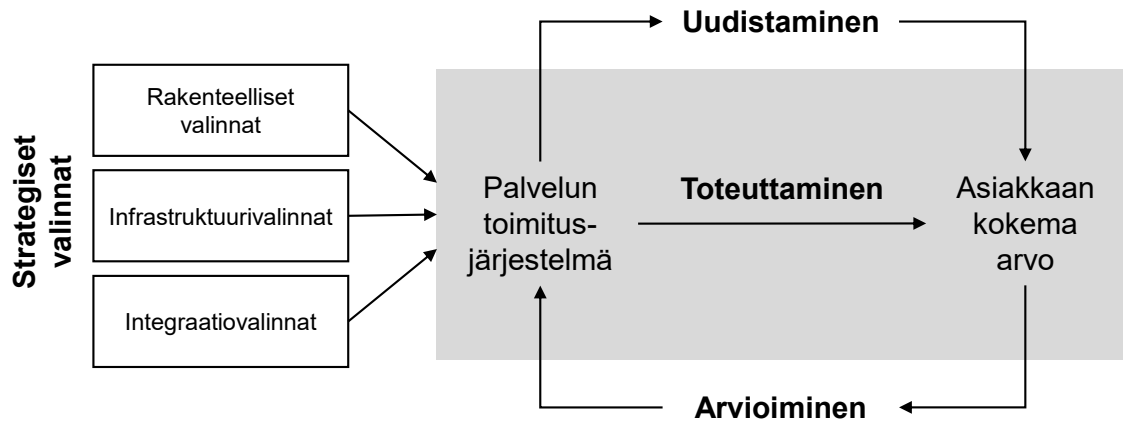
## 2.2.4 Palvelutoiminnan ohjaus

Toiminnanohjauksessa keskitytään teollisuustuotannon organisaation tai palveluorganisaation tehokkaaseen suunnitteluun, aikatauluttamiseen, käyttöön ja ohjaukseen hyödyntäen konsepteja muun muassa tuotannon suunnittelusta ja ohjauksesta, laadunhallinnasta, johdon tietojärjestelmistä ja laskentatoimesta. Toiminnanohjaus ymmärretäänkin prosessien suunnittelemisena, aikatauluttamisena ja ohjauksena tavaroiden ja palveluiden tuottamiseksi. (APICS 2013) Palveluiden ja palvelutoiminnan kasvavasta merkityksellisyydestä huolimatta tuotannon- ja toiminnanohjausta tarkastellaan pääasiassa valmistavan teollisuuden, tuotantolähtöisestä näkökulmasta (mm. Nie & Kellogg 1999; Roth & Menor 2003; Vargo & Lusch 2004a). Palvelutoiminnan ohjauksessa (engl. service operations management) tarkasteltavat ongelmat kuitenkin eroavat teollisuustuotannon yleisesti tunnetuista toiminnan- ja tuotannonohjauksen ongelmista, minkä perusteella palvelutoiminnan ohjausta tulisi tarkastella omana kokonaisuutenaan (Nie & Kellogg 1999; Roth & Menor 2003).

Roth ja Menor (2003) tarkastelevat palvelutoiminnan ohjausta palvelustrategian viitekehysten avulla, joka sisältää palvelun kohdemarkkinat, palvelukonseptin ja palvelun toimitusjärjestelmän. Viitekehys havainnollistaa kohdemarkkinoiden, palvelukonseptin ja toimitusjärjestelmän välistä yhteyttä palvelutoiminnan ohjauksessa ja sitä, miten nämä elementit kokonaisuutena vaikuttavat palvelutapahtumaan. (Roth & Menor 2003) Johnston ja Clark (2008) määrittelevät palvelutoiminnan ohjauksen palveluorganisaatiossa tapahtuvana toimintana, joka käsittää lisäarvoa tuottavan palvelun toimittamisen asiakkaille siten, että tavoitteiden mukaiset palvelukokemukset ja -tuotokset saavutetaan. Palvelutoiminnan ohjaus edellyttää asiakastarpeiden ymmärtämistä, palveluprosessien hallintaa, tavoitteiden toteutumisen varmistamista sekä palveluiden jatkuvaa parantamista. (Johnston & Clark 2008) Määritelmien perusteella palvelutuotannon ohjausta on tarpeen tarkastella kahdesta näkökulmasta: mitä ja miten (Roth & Menor 2003). Esitettävistä näkökulmista palvelutoiminnan ohjausta keskitytään tarkastelemaan tässä työssä ”miten” näkökulman kautta.

Palvelutoiminnan operatiivinen suunnittelu käsittää palvelun toimitusprosessiin liittyvän, lyhyen aikavälin mukaisen päätöksenteon. Operatiivisen tason suunnittelu on kuitenkin rajattua, sillä strateginen ja taktinen taso määrittävät operatiivisen tason päätöksentekomahdollisuudet. (Hans et al. 2012, s. 310) Roth ja Menor (2003) tuovat esille palvelun toimitusjärjestelmien (engl. service delivery systems) viitekehysten, joka jäsentää palvelutoiminnan ohjauksen kokonaisuutta ja jossa linkittyvät perinteiset teollisuustuotannon toiminnan- ja tuotannonohjauksen sekä palvelutoiminnan ohjauksen tutkimusalueet.

Palvelun toimitusjärjestelmien rakenne tarkastelee palvelustrategiaa toisiinsa vaikuttavien, dynaamisten elementtien kautta: strateginen palvelusuunnittelu, palvelun toimitusjärjestelmän toteutus, uudistus ja arviointi sekä asiakkaan kokema palvelukonseptin arvo. (Roth & Menor 2003) Palvelun toimitusjärjestelmien viitekehys ja sen elementit on esitetty kuvassa 4.



**Kuva 4.** Palvelun toimitusjärjestelmien rakenne (mukaillen Roth & Menor 2003)

Palvelun toimitusjärjestelmien viitekehysten strateginen palvelusuunnittelu koostuu eri tasoista valinnoista: rakenteelliset valinnat, infrastruktuurivalinnat ja integraatiovalinnat. Rakenteelliset suunnitteluvalinnat käsittävät päätökset toimitusjärjestelmän fyysisestä rakenteesta, kuten tiloista ja välineistä, teknologiasta ja kapasiteetista. Infrastruktuuriset valinnat kattavat osaltaan palvelustrategian mukaiset käytännöt, toimintatavat ja -periaatteet koskien henkilöstöä, johtamista, palveluprosessia sekä suorituskyvyn hallintaa. Palvelun toimitusjärjestelmän ulkoista ja sisäistä integraatiota sekä sopeutumiskykyä lähestytään integraatiovalintojen kautta. Kokonaisuutena strategiset suunnitteluvalinnat ovat merkittäviä, sillä ne määrittävät palvelun toimitusjärjestelmän rajat ja sen potentiaalin tarkoituksenmukaisen palvelun tuottamiseksi. (Roth & Menor 2003)

Lisäksi viitekehys tarkastelee palvelun toimitusjärjestelmän toteutusta, arviointia ja uudistamista. Palvelun toimitusjärjestelmän toteutus perustuu strategisiin suunnitteluvalintoihin, jotka realisoituvat palvelutapahtumassa. Toimitusjärjestelmän ominaisuudet määrittelevät muun muassa asiakkaan ja palveluntarjoajan roolit, asiakaskontaktien ominaisuudet sekä palvelutoimintojen jakautumisen asiakas- ja taustaprosesseihin. Koska toteutuksessa voi ilmetä epätoivottuja eroavaisuuksia tavoitellun ja toteutuneen palvelun välillä, palvelun toimitusjärjestelmää on välttämätöntä arvioida ja uudistaa. Palvelun toimitusjärjestelmän toteutus, arviointi ja uudistus liittyy vahvasti myös viitekehyksessä tarkasteltavaan asiakasarvoon ja sen mittaamiseen. (Roth & Menor 2003)

Myös terveydenhuollon kontekstissa palvelutoiminnan ohjaamisella viitataan panos-tuotos-prosessien suunnitteluun ja ohjaamiseen. Yksityiskohtaisemmin terveydenhuollon palvelutoiminnan ohjaus voidaan määritellä eri vaiheiden, jotka ovat välttämättömiä palvelun tarjoamiseksi asiakkaalle, analysointina, muotoiluna, suunnitteluna ja ohjaamisena. (Vissers & Beech 2005, ss. 1–3) Esimerkiksi Hans et al. (2012, s. 307–311) ovat kehittäneet yleispätevän viitekehyksen terveydenhuollon palvelutoiminnan suunnitteluun ja ohjaamiseen eri konteksteissa. Viitekehyksessä terveydenhuollon palvelutoiminnan operatiivista suunnittelua ja ohjausta tarkastellaan neljän johtamisalueen kautta: lääketieteellinen suunnittelu, resurssien kapasiteettisuunnittelu, materiaalisuunnittelu ja taloudellinen suunnittelu. Esimerkiksi operatiivisen tason suunnittelua ovat hoitotoimien ja vastaanottoaikojen suunnittelu sekä henkilöstön työvuorosuunnittelu. (Hans et al. 2012, s. 307–311)

### **2.2.5 Palvelutoiminnan johtaminen ja mittaaminen**

Asiantuntijaorganisaatiot edustavat osaamiseen perustuvia toiminnallisia kokonaisuuksia, joiden tyypilliset ominaisuudet tekevät niistä vaikeasti johdettavia ja joiden johtaminen edellyttää substanssiosaamista. Asiantuntijaorganisaatioiden perusongelmaksi johtamisessa on osoittautunutkin puutteellinen asiantuntemus, vaikka asiantuntemus ei itsessään riitä johtamiseen, vaan johtajalta vaaditaan substanssin ympärille rakentunutta johtamisosaamista. Lisäksi asiantuntijaorganisaatioiden johtamisessa on tunnistettu korostuvan helposti ihmisten johtaminen (engl. leadership), vaikka organisaation toiminnan ylläpitäminen edellyttää yhtäläistä toiminnan ja toimintaprosessien hallintaa, suunnittelua ja päätöksentekoa sekä vastuussa olemista, eli asioiden johtamista (engl. management). (Parvinen et al. 2005, ss. 48–50, 52–53, 57–58)

Julkishallinnon johtamisessa korostuvat tasapainoilu politiikan, intressiryhmien ja sisäisen johtamisen välillä, missä sekä rakenteet että poliittinen toiminta rajoittavat toimintavaltaa ja joustavuutta (Virtanen & Stenvall 2019). Esimerkiksi julkisen terveydenhuollon johtamisen on havaittu painottuvan poliittiseen päätöksentekoon ja asiantuntemukseen. Julkiset terveydenhuollon organisaatiot joutuvatkin tasapainoilemaan poliittisen ohjauksen, tuloksellisuuden ja suhteellisen itsenäisesti toimivien asiantuntijoiden välissä, mikä heikentää toiminnan kokonaisvaltaista suunnittelua ja ohjausta. (Parvinen et al. 2005, ss. 53, 57–58) Yksityisen terveydenhuollon strategisen joustavuus sekä päätöksenteon nopeus ovatkin menestyksen avaintekijöitä verratessa julkisten terveydenhuollon organisaatioihin (Ekroos 2004, s. 85).

Palvelutoiminnan johtaminen määritellään dynaamisena lähestymistapana johtamiseen, missä keskitytään lähinnä prosessien johtamiseen. Palvelujohtaminen merkitsee johtamisperiaatteissa painopisteen muutosta perinteiseen teollisuudesta omaksuttuun johtamismalliin verrattaessa; mielenkiinto siirtyy suorituksen sisäisistä seurauksista ulkoisiin, asiakkaille tapahtuviin seurauksiin sekä organisaation rakenteen sijasta prosesseihin. Palvelutoiminnan johtamisperiaatteet ovat muun muassa seuraavat:

- Päätöksentekovalta: päätöksenteko on hajautettava lähelle organisaation ja asiakkaan rajapintaa, vaikka strategisesti tärkeät päätökset on tehtävä keskitetysti.
- Organisaation painopiste: organisaatio on rakennettava ja saatava toimimaan siten, että sen pääasiallinen tavoite on resurssien käyttö palvelutoiminnan tukemisessa.
- Työnjohdon painopiste: esihenkilöiden on keskityttävä rohkaisemaan ja tukemaan henkilöstöä, missä valvonta pohjautuu mahdollisimman vähän ennalta määritettyihin normeihin.
- Mittaamisen painopiste: saavutusten mittaamisessa on huomioitava aina se, että asiakas on tyytyväinen palvelun laatuun. Tuottavuuden ja sisäisen tehokkuuden seuranta voi edellyttää myös sisäisten mittareiden käyttöä. (Grönroos 2015)

Palvelutuotannon johtamisessa tunnistettavia haasteita ovat muun muassa palveluprosessien kehityskohteiden erottaminen, tuottavien ja arvokkaiden palveluiden tunnistaminen sekä palveluiden vaikutusten ja hyötyjen osoittaminen sidosryhmille. Näiden selvittäminen edellyttää palvelutuotannon tilan arviointia ja mittaamista, missä mittarit toimivat johtamisen, kehittämisen sekä kommunikaation välineinä. (Lönqvist et al. 2010, s. 14) Palvelutuotannon mittaamisen perustarkoitus on tuottaa informaatiota tarkasteltavasta ilmiöstä (Lönqvist et al. 2010, s.124), mutta mittaamisen rooli ei kuitenkaan rajaudu pelkästään informaation tuottamiseen. Mittarit voivat toimia myös johtamisen apuvälineinä, sillä mittarit ja niihin liittyvät tavoitteet ohjaavat sekä kannustavat henkilöstöä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi (Heineke 1995; Lönqvist et al. 2010, s. 14). Johnston ja Clark (2008, s. 357) korostavatkin, että henkilöstön suoritukseen, toiminnan vaikuttavuuteen ja tehokkuuteen sekä toiminnan kehittämiseen vaikuttaa se, mitä mitataan, miten mittaustulokset raportoidaan ja miten toimintaa johdetaan.

Palvelutuotannon mittaamisen toteutukseen vaikuttavat organisaatiokohtaiset tekijät, kuten organisaation toimiala ja koko, organisaatiokulttuuri, käytettävät resurssit sekä mitaus- ja tietojärjestelmät. Edellä esitettävät tekijät vaikuttavat siihen, mitä asioita ja miten asioita mitataan, miten mittaustuloksia analysoidaan ja miten ne kommunikoidaan organisaatiossa. (Jääskeläinen et al. 2013, ss. 11–13) Palvelutuotanto onkin kompleksinen

kokonaisuus, jonka tuloksellisuuden mittaamiseksi toimintaa on välttämätöntä tarkastella eri näkökulmista (Lönqvist et al. 2010, s. 16). Esimerkiksi julkisen terveydenhuollon toiminnan mittaamisessa ei voida hyödyntää pelkästään yksinkertaisia rahallisia mittareita, vaan mittaamisessa on sovellettava myös organisaation toimintaa ja prosesseja, resursseja sekä tuotoksia tarkastelevia operatiivisia mittareita (Lillrank et al. 2004, s. 104; Jääskeläinen et al. 2013, ss. 12–13). Koska palveluita tuotetaan eri konteksteissa, organisaatiokohtaiset tekijät ja palvelutuotannon ominaispiirteet on huomioitava laadukkaan mittausinformaation tuottamiseksi (Jääskeläinen et al. 2013, ss. 11–13).

Esimerkiksi tasapainotettu mittaristo (engl. balanced scorecard) tai sen sovellukset ovat käytetyimpiä olemassa olevia malleja mittariston rakentamiseksi. Tasapainotettu mittaristo on kehitetty tarjoamaan organisaation johtamisen tueksi monipuolisen mittariston, jossa jokainen mittari liittyy yhteen organisaation strategisista tavoitteista. Alkuperäisen mittariston näkökulmat ovat 1) taloudellinen näkökulma 2) asiakasnäkökulma, 3) sisäisten prosessien näkökulma ja 4) oppimisen ja kasvun näkökulma. (Kaplan & Norton 1996) Terveydenhuollon kontekstissa Kujala et al. (2005) kuitenkin esittävät, että perinteisestä mittaristosta poiketen mittaristossa tulisi tarkastella myös lääketieteellisen hoidon näkökulmaa. Parvinen et al. (2005, s. 62) huomauttavat, että tasapainotetun mittariston sovelluksissa terveydenhuoltoon hoidon laatu ja vaikuttavuus tulisi myös huomioida eräänä näkökulmana.

Palvelutoiminnan kehittämistä suorituskykymittareiden avulla voidaan vahvistaa hyödyntämällä päätöksenteossa ymmärrystä toiminnallisten, taloudellisten, ulkoisten ja kehitysmittareiden välisistä suhteista sekä asettamalla sisäisiä, ulkoisia tai absoluuttisia toiminnan tavoitteita (Johnston & Clark 2008, ss. 366–374). Virtanen ja Stenvall (2019) kuitenkin ilmaisevat, että julkisen sektorin organisaatioille on tyypillistä tavoitteiden epäselvyys ja moninaisuus; tavoitteet ovat tyypillisesti epäselviä ja vaikeasti mitattavia, kuten hyvinvoinnin edistäminen, sekä toimintaan vaikuttavia tavoitteita on useita, keskenään ristiriitaisia. Kuitenkin mitattavien asioiden priorisointi on olennainen osa mittariston suunnittelua, koska rajattu joukko laadukkaita mittareita auttaa todennäköisimmin löytämään toiminnan kannalta olennaisen tiedon (Lönqvist et al. 2010, s. 122). Jääskeläinen et al. (2013, s.11) ovat havainneet, että suurissa organisaatioissa mittausjärjestelmät osoittautuvat usein puutteellisiksi operatiivisen johtamisen tasolla. Operatiivinen mittaaminen parantaa mittaamisen ohjausvaikutusta ja myötävaikuttaa suhtautumista mittaamiseen. (Jääskeläinen et al. 2013, s.11)

## 2.3 Julkisen terveydenhuollon palvelutuotanto

Terveydenhuollon tunnustetaan olevan palvelutuotantoa, jossa palvelut ovat työvoimain-  
tensiivisiä ja kohdistuvat ihmisten tarvehierarkian perustaan. Palvelun tuotantotapah-  
tuma osaltaan kiteytyykin sosiaaliseen kohtaamiseen, sillä terveydenhuollon palvelutuo-  
tannon keskiössä on ihmisten välinen vuorovaikutus. (Lillrank et al. 2004, ss. 24–27)  
Palvelutoiminnan tavanomaisesta lähestymistavasta poiketen terveydenhuollon palvelu-  
tuotanto ei ole ohjattavissa asiakaslähtöisesti, sillä terveyspalvelut ovat erikoisosaami-  
seen perustuvia asiantuntijapalveluita, joissa terveydenhuollon ammattilainen tietää läh-  
tökohtaisesti enemmän kuin asiakas (Lillrank et al. 2004, s. 26; Parvinen et al. 2005, s.  
50). Terveydenhuolto on yleisesti palvelutoimintaa, joka perustuu organisaation osaami-  
seen ja eri toimijoiden erityisosaamisen yhdistämiseen (Parvinen et al. 2005, s. 50).

Kun terveydenhuoltojärjestelmiä verrataan kansainvälisesti, eri järjestelmien perustyy-  
peissä tunnustetaan samankaltaisia ongelmia: kysynnän hallitsematon kasvu ja proses-  
sien sekavuus sekä tehottomuus. Terveydenhuollon organisaatioiden asiakasmäärien ja  
resurssien kulutuksen kasvamisen on tunnistettu johtavan kysymyksiin resurssien käyt-  
tötavoista, mutta myös julkisen rahoituksen vastineellisyydestä. (Lillrank et al. 2004, s.  
18) Aikaisemmat tutkimukset kuitenkin esittävät, että asiakasvolyymien kasvaessa ter-  
veyspalvelut hyötyvät mittakaavaedusta ja sen vaikutuksista toiminnan kannattavuuden  
kasvattamiseksi. Elektiivisten palveluiden osalta mittakaavaedun ei ole tunnistettu tuo-  
van organisaation poikittaisia heijastusvaikutuksia. (Freeman et al. 2020)

Julkisen terveydenhuollon palvelutuotannossa on huomionarvoista se, että palvelutuo-  
tannosta on tunnistettavissa seuraavat julkisen sektorin tunnusomaiset erityispiirteet:

- Julkinen rahoitus: terveydenhuolto on pääsääntöisesti julkisesti rahoitettua toi-  
mintaa, jolloin se poikkeaa markkinarahoitteisesta toiminnasta, jossa hinta rajoit-  
taa ja ohjaa kysyntää.
- Julkinen tuotanto: valtaosa terveyspalveluista tuotetaan julkisten sidosryhmien  
toimesta, jolloin palvelutuotanto ja päätöksenteko on julkisesti hallinnoitua.
- Julkishyödyke: terveyspalvelut ovat julkishyödyke, jolloin asiakkaita ei voida vali-  
koida tai palvelun kulutusmahdollisuutta ei voida rajoittaa helposti, mikä erottaa  
ne useista markkinaehtoisista palveluista.
- Asiantuntijapalvelu: terveydenhuolto on standardoitua asiantuntijapalvelua, jossa  
asiantuntijan ja asiakkaan välillä vallitsee informaation epäsymmetria. Palvelua  
ohjataan asiantuntijalähtöisesti, ei asiakaslähtöisesti. (Lillrank et al. 2004, ss. 24–  
27)



Terveydenhuollon palvelutuotanto koostuu lähtötilanteesta (syötteet), prosessista ja lopputuloksesta (tuotokset). Asiakkaan palveluntarve tunnistetaan avainsyötteeksi, joka vaikuttaa prosessissa tarvittavien resurssien suunnitteluun ja ohjaukseen. Prosessisyötteitä ovat myös muut tekijät, jotka vaikuttavat palvelun kysyntään ja tuottamiseen. Palvelutuotannon tuotoksia voidaan puolestaan tarkastella asiakas- ja resurssinäkökulmista: palvelun vaikutukset, asiakkaan havaitsema laatu ja resurssien suorituskyky. (Roth 1993; Vissers & Beech 2005, ss. 1–3) Terveydenhuollon kontekstissa korostuvatkin palvelutuotannon välilliset tuotokset sekä niiden aikaansaamat vaikutukset. Esimerkiksi lääkärikäynniltä odotetaan ensisijaisesti terveydentilan parantumisesta, ei toimenpiteen suorittamisesta. (Lönngqvist et al. 2010, s. 21)

Terveydenhuollon palvelutuotannolle tyypilliset prosessit ovat jaettavissa kolmeen luokkaan: kliiniset prosessit, johtamisprosessit ja toimintaa tukevat prosessit. Palvelutuotannon keskiössä ovat kliiniset prosessit, sillä ne liittyvät suoraan hoitotoiminnassa käytettävien resurssien suunnitteluun ja ohjaamiseen. Muut prosessit ovat luonteeltaan laajemmin organisaation toimintaa sekä kliinisiä prosesseja tukevia. (Roth 1993; Vissers & Beech 2005, ss. 1–3) Terveydenhuollon palvelutoiminnan ohjaamisen on tunnistettukin perustuvan edellä esitettävien, toisiinsa kytkeytyvien prosessien suunnitteluun ja ohjaamiseen (Langabeer & Helton 2020).

Terveydenhuollon palvelutuotantoa voidaan tarkastella myös kysynnän ja tarjonnan näkökulmasta. Tällöin palvelutuotanto käsitetään kysynnän ja tarjonnan ketjuna, jossa kysyntä ilmenee asiakkaan palvelutarpeena ja tarjonta koostuu organisaatioarkkitehtuurin mukaan ryhmitellyistä, käytettävissä olevista resursseista (Lillrank et al. 2004, ss. 27–29). Lillrank et al. (2010) ovat tunnistaneet seitsemän terveystarpeen kysyntään ja tarjontaan perustuvaa terveydenhuollon toimintamallia: ennaltaehkäisy, kiireellinen tapaus, kertaluontoinen käynti, projekti, elektiivinen, parantava ja hoitava. Toimintamallit kuvaavat kullekin toimintamallille ominaista joukkoa integrointi-, koordinointi- ja ohjausperiaatteita. (Lillrank et al. 2010) Tässä työssä tarkasteltavana ovat elektiiviset palvelut, joiden tarve on ennakoitavissa ja tuottaminen on aikataulutettavissa (Freeman et al. 2020). Lisäksi elektiiviselle toimintamallille ovat tyypillisiä seuraavat periaatteet:

- Integrointi: diagnoosin tarkkuus ja toimenpiteen ennustettavuus
- Koordinointi: toiminnalle asetettu määräaika
- Ohjaus: jononhallinta ja aikataulun ennustettavuus (Lillrank et al. 2010).

Elektiiviselle tapaukselle tunnusomaista on prosessimaisuus, jossa prosessivaiheet ovat selkeästi määritettävissä ja näin ollen prosessiaskalet ovat suunniteltavissa ja aikatau-

lutettavissa sen mukaisesti (Lillrank et al. 2010). Prosesseja hyödynnetäänkin kuvaamaan terveydenhuoltojärjestelmän suunnittelemaa ja resursoimaa mallia siitä, miten asiat tulisi tehdä. Prosessit kuvaavat pääasiallisesti terveydenhuollon sisäistä, palvelutuotannonmukaista perspektiiviä. Useat prosessit muodostavat laajemman prosessikonaisuuden eli hoitoketjun, joka tuo esille prosessien väliset linkit havainnollistaen hoidon etenemistä terveydenhuoltojärjestelmässä. (Lillrank 2004, ss. 118–120, 126–127) Kuitenkin tässä työssä tapauksen tarkastelu rajataan prosessitasolle.

Prosessit ovat myös toiminnanohjauksen keskiössä, sillä toiminnanohjaus määritellään prosessien suunnitteluna, aikatauluttamisen ja ohjauksena tavaroiden sekä palveluiden tuottamiseksi (APICS 2013). Vissers ja Beech (2005, ss. 1–11) ovat todenneet määritelmän soveltuvan myös terveydenhuollon toiminnanohjaukseen, jota täydentävät laadunhallinta, suorituskyvyn hallinta, tiedonhallinta sekä operaatiotutkimus. Toisessa määritelmässä terveydenhuollon toiminnanohjaus käsitetään tukitoiminnan ja kliinisten systeemien sekä prosessien ohjaamiseksi, missä avainfunktiot keskittyvät muun muassa työvirtaukseen, kapasiteettisuunnitteluun, tuottavuudenhallintaan, laadunhallintaan sekä prosessisuunnitteluun. (Langabeer & Helton 2020) Terveydenhuollon toiminnanohjaaminen voidaan määritellä myös koostuvan tavoitteiden asettamisesta ja strategian toteuttamisesta, mitä täydennetään analyyttisten työkalujen, tekniikoiden ja ohjelmien käytöllä (McLaughlin & Olson 2017, s. 12).

Huomionarvoista on myös se, että teollinen toiminnanohjaus ja sen menetelmät eivät ole suoraan sovellettavissa terveydenhuoltoon, sillä terveydenhuollon toimintamallit hylkivät soveltumattomia integraatio-, koordinointi- ja ohjausperiaatteita (Lillrank et al. 2010). Kuten palvelutoiminta, myös terveydenhuollon palvelutuotanto eroaa merkittävästi teollisesta tuotannosta. Koska terveydenhuollon organisaatiot voidaan nähdä palveluorganisaatioina, terveydenhuollon palvelutuotannon ohjaus kohdistuu asiakasvirtaan ja palveluprosessin tuotos on subjektiivinen sekä epämääräinen. Lisäksi taloudellinen tarkastelu on rajoittunut kustannusten seurantaan, eikä terveydenhuollon toimintaympäristössä valitse vapaata markkinakilpailua. (Bertrand & de Vries 2005, s. 27)

## 3. TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTO

### 3.1 Metodologiset valinnat

Tässä tutkimuksessa tutkimusstrategiaksi omaksuttiin tapaustutkimus (engl. case study research). Tapaustutkimuksen tavoitteena on tutkia syvällisesti kohdetta tai ilmiötä sen todellisessa ympäristössä (Yin 2014). Tapaustutkimuksella pyritään tuottamaan yksityiskohtaista ja intensiivistä tietoa tutkittavasta tapauksesta sekä kasvattamaan ymmärrystä tapauksesta sen kontekstissa. Tutkimusstrategiana tapaustutkimus pyrkii tutkimaan, kuvaamaan ja selittämään tapausta ”miten” ja ”miksi” kysymysten avulla. (Laine et al. 2007, ss. 9–10; Yin 2014; Saunders et al. 2016, s. 185) Tapaustutkimus soveltuukin erinomaisesti tämän tutkimuksen tavoitteisiin, jossa pyritään syventämään ymmärrystä operatiivisen palvelutoiminnan ohjauksen ilmentymisestä julkisen terveydenhuollon kohdeorganisaation hoitoprosessissa. Empiirisen tutkimusstrategian keskiössä tutkimusyksikkönä on tapaus (Yin 2014), ja tässä tutkimuksessa tapaukseksi on määritelty kohdeorganisaation kaihipotilaan hoitoprosessi.

Tapaustutkimus on tutkimusstrategiana väljästi määriteltävissä ja näin ollen tapaustutkimusta voidaan soveltaa monipuolisesti tutkimuksessa; tutkimuksen tarkoitus voi olla tutkiva, kuvaileva tai selittävä ja tutkimuksessa voidaan hyödyntää sekä määrällisiä että laadullisia menetelmiä (Yin 2014; Saunders et al. 2016, s. 185). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia operatiivisen palvelutoiminnan ohjaamista julkisen terveydenhuollon kontekstissa, mikä tunnistettiin kartoittavien alkuhaastatteluiden perusteella palvelutoiminnan keskeiseksi kokonaisuudeksi, mutta kuitenkin monitulkintaiseksi ja osittain puutteelliseksi. Kattavamman kokonaiskuvan saavuttamiseksi tutkimuksessa valittiin laadullinen lähestymistapa, jossa keskeinen ominaispiirre on toimijoiden subjektiivisten kokemusten ja näkemysten tarkasteleminen (Puusa & Juuti 2020). Lisäksi kontekstin ymmärtäminen on oleellinen osa tapaustutkimusta (Saunders et al. 2016, s. 185).

Tutkimuksessa hyödynnetään laadullisia tutkimusmenetelmiä aineiston keruussa ja analyysissa. Tutkimuksen laadullinen aineisto hankitaan suorittamalla asiantuntijahaastatteluita kohdeorganisaatiossa. Suoritettavien haastatteluiden avulla syvennetään ymmärrystä siitä, miten palvelutuotantoa arvioidaan, mitataan ja ohjataan sekä mitkä ovat palvelutuotannon tavoitteet tutkittavassa tapauksessa. Intensiivisen ymmärryksen saavuttaminen pyritään varmistamaan sekä tutkimuskysymysten että haastattelukysymysten asettelulla, joissa pääpaino on tapauksen tarkastelemisessa ”miten” ja ”miksi” kysymysten kautta.

Tässä tutkimuksessa teorian luominen on induktiivista, joka on aineistolähtöinen päättelyn lähestymistapa ja jossa empiirisen aineiston keruun sekä analysoinnin pohjalta luodaan tai kehitetään teoriaa. Induktiivinen päättely on yleinen lähestymistapa, kun tutkimuksen tavoitteena on tunnistaa teemoja ja kaavoja aineistosta sekä luoda uusia näkökulmia tutkimuskohteesta. (Saunders et al. 2016, ss. 147, 185) Aineistolähtöinen teorian käyttäminen mahdollistaa myös joustavuuden tutkimuksen toteutuksessa; tutkimus ei ole sidottu ennalta asetettuun tulkintaan teoreettisista lähtökohdista, vaan aineisto ja teoreettiset lähtökohdat rakentuvat keskinäisessä vuorovaikutuksessa (Häikiö & Niemenmaa 2007, ss. 52–53).

Tieteenfilosofisesta näkökulmasta tiedon ja todellisuuden luonteeseen liittyviä kysymyksiä käsitellään interpretivisestisesti. Interpretivismi on subjektiivisuutta korostava tieteenfilosofinen suuntaus; todellisuus on kompleksinen ja monimainen sekä tieto perustuu käsitysten ja tulkintojen tuottamiseen (Saunders et al. 2016, ss. 140–141). Tässä tutkimuksessa on hyväksytty tiedon ja todellisuuden subjektiivisuus, johon myös muut menetelmävalinnat perustuvat. Tapaustutkimukselle on luonteenomaista tuottaa empiirinen kuvaus ilmiöstä sen todellisessa ympäristössä ja näin ollen syventää ymmärrystä tietyistä ilmiöistä pyrkimättä kuitenkaan laajemmin yleistettävään tietoon (Häikiö & Niemenmaa 2007, ss. 48–49; Saunders et al. 2016, s. 185).

### **3.2 Aineiston keruu ja analysointi**

Aineiston keruumenetelmäksi valikoitui puolistrukturoidut yksilöhaastattelut. Puolistrukturoitu haastattelu on haastattelumenetelmä, joka on strukturoidun ja strukturoimattoman haastattelun välimuoto ja jossa haastattelijalla on joukko vapaasti esitettäviä teemoja sekä kysymyksiä (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 47; Saunders et al. 2016, s. 391). Puolistrukturoidut haastattelut ovat keskustelunomaisia tilanteita, joissa esitettävät kysymykset ovat haastattelukohtaisesti joustavia ja tarkentavat kysymykset ovat sallittuja (Saunders et al. 2016, s. 391). Haastatteluiden teemat keskittyvät tapaukseen ja sen ekosysteemiin sekä palvelutoiminnan ohjaamiseen, mittaamiseen ja arvioimiseen. Koska haastatteluiden tavoitteena on tutkia esitettyjä teemoja tapauksen kontekstissa, puolistrukturoidut haastattelut soveltuvat haastattelumenetelmänä, sillä ne tuottavat monitahoisia vastauksia sekä tuovat esille haastateltavien käsitykset (Saunders et al. 2016, s. 394). Haastatteluissa käytetty haastattelurunko on esitettyä liitteessä A.

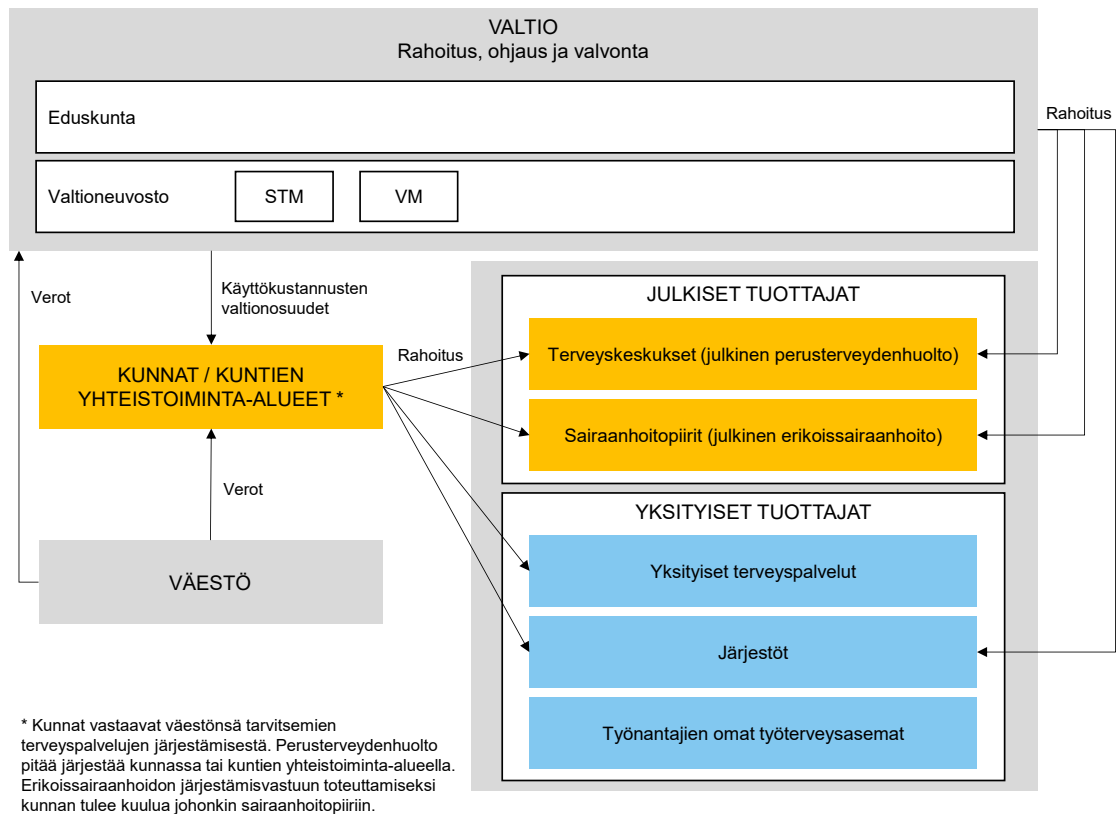
Haastateltavien valinta toteutettiin harkinnanvaraisena otantana, jossa tekniikkana hyödynnettiin tarkoituksenmukaista valintaa. Tarkoituksenmukainen valinta on mielekäs valintateknikka, kun otanta on pieni ja haastateltavien toivotaan olevan mahdollisimman

informatiivisia (Saunders et al. 2016, s. 301). Otoksen haastateltavat edustavat tapauksena toimivan hoitoprosessin sisäisiä sidosryhmiä tai ovat muuten prosessin kannalta keskeisiä henkilöitä. Otoksesta pyrittiin muodostamaan kohtalaisen edustava joukko valitsemalla haastateltavia eri organisaatiotasoilta ja tehtävistä. Tutkimusta varten toteutettiin kahdeksan noin tunnin mittaista puolistrukturoitua haastattelua. Haastatteluista ei esitetä tarkempia kuvauksia haastateltavien anonymiteetin turvaamiseksi, mutta otos sisälsi sekä suorittavan tason että johtotason haastateltavia. Haastateltavien otos osoitautui aineiston kannalta riittäväksi, sillä aineisto alkoi saturoitua haastatteluiden edetessä, eivätkä uudet tapaukset enää tuoneet tutkimuksen kannalta uutta tietoa.

Haastattelut toteutettiin paikan päällä kohdeorganisaatiossa yksilöhaastatteluina, mikä mahdollisti avoimen keskustelutilanteen sekä keskinäisen luottamuksen rakentumisen. Haastatteluista sovittiin haastateltavien kanssa etukäteen, ja haastateltavat pystyivät halutessaan valmistautumaan haastatteluihin. Haastateltaville lähetettiin haastattelukutsut, joissa taustoitettiin tutkimuksen tarkoitusta ja esitettiin käytettävä haastattelurunko. Haastattelut nauhoitettiin ja nauhoitteiden avulla aineisto litteroitiin kirjalliseen muotoon. Litterointi suoritettiin pääasiallisesti sanatarkasti, jotta haastatteluaineisto olisi helpommin hyödynnettävissä myös myöhemmin analyysin tukena.

Aineiston analysoinnin lähtökohtana oli haastatteluaineisto, joka oli lajiteltu haastateltavien mukaan. Lisäksi tutkimuksessa hyödynnettiin kohdeorganisaation sisäistä prosessikuvausta kaihipotilaan hoitoprosessista tukemaan haastatteluaineistoa. Laadullisen aineiston analysointi suoritettiin pääosin kvalitatiivisesti, mikä mukaili induktiivista sisällönanalyysia, eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan jakaa karkeasti kolmivaiheiseksi prosessiksi: 1) aineiston pelkistäminen, 2) aineiston ryhmittely ja 3) teoreettisten käsitteiden ja johtopäätösten luominen (Tuomi & Sarajärvi 2018). Pelkistettävä aineisto luokiteltiin tutkimuskysymyksiin vastaamista tukevien, haastattelurungon teema-alueita noudattavien kokonaisuuksien alle kysymyskohtaisesti. Pelkistetyistä aineistosta esille nousseet keskeiset ilmaukset luokiteltiin edelleen vastaavasti, minkä jälkeen ilmauksia vertailtiin toisiinsa etsien johdonmukaisuuksia, jotka selittäisivät operatiivista palvelutoiminnan ohjaamista kohdeorganisaatiossa. Analysoinnissa hyödynnettiin vähäisissä määrin myös aineiston kvantifioimista, jolla analyysiä pyrittiin tuomaan objektiivisuutta ja systemaattisuutta (Saunders et al. 2016, ss. 608–609). Käytännössä tämä toteutettiin vain tietyissä kysymyksissä laskemalla, monessako haastattelussa mainittiin jokin tietty vastaus.





**Kuva 5.** Terveyspalveluiden järjestäminen, rahoitus, tuotanto ja valvonta (mukailen Sosiaali- ja terveysministeriö 2013)

Terveydenhuollon palvelutuotanto jakautuu edelleen sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoidon palveluilla tarkoitetaan kunnan terveyskeskuksissa järjestettäviä palveluita, kuten väestön terveydentilan seuranta ja terveyden edistämistä. Erikoissairaanhoidon palveluilla tarkoitetaan puolestaan erikoisalojen mukaista tutkimusta ja hoitoa, jotka järjestetään pääosin sairaaloissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021d) Potilaan hoito järjestetään perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa sen mukaan, miten vaativaa hoitoa tarvitaan. Päätös perustuu asiantuntijan arvioon palvelutarpeesta, eikä potilas voi itse vaikuttaa, annetaanko hoito perusterveydenhuollossa vai erikoissairaanhoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013) Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osalta potilaan asema ja oikeudet sekä hoitoon pääsyn aikarajat ovat säädetty laissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021d).

Vuonna 2018 Suomen terveydenhuollon menot olivat 21,1 miljardia euroa ja suhde bruttokansantuotteeseen oli 9,0 %. Verratessa edellisvuoteen terveydenhuollon menot kasvoivat reaalisesti 1,2 % ja niiden suhde bruttokansantuotteeseen väheni 0,1 prosenttiyksikköä. Terveydenhuollon menoista hieman yli puolet kohdistuivat erikoissairaanhoidon (7,7 miljardia euroa) ja perusterveydenhuoltoon (3,3 miljardia euroa), joista kasvua oli

etenkin erikoissairaanhoidon menoissa. Terveysthuollon menojen julkisen rahoituksen osuus oli 75,5 % ja yksityisen rahoituksen osuus oli 24,2 %. (THL 2020)

### 3.4 Kaihileikkauspotilaan hoitoprosessi

Kohdeorganisaatiossa julkiseen erikoissairaanhoidon kuuluva kaihileikkauspotilaan hoitoprosessi (myöhemmin ”kaihipotilaan hoitoprosessi”, ”hoitoprosessi”) alkaa, kun potilas saa lähetteen kaihileikkaukseen näön heikkenemisen vuoksi. Lähettävä lääkäri arvioi kaihileikkauksen tarpeen valtakunnallisten hoitoon pääsy -suositusten mukaan ja tarpeen toteutuessa lähete tehdään kohdeorganisaation silmätautien poliklinikalle. Päätös kaihileikkauksesta tulee kuitenkin perustua lääkärin ja potilaan yhteisymmärrykseen. Silmätautien poliklinikalla sihteeri vastaanottaa ja kirjaa lähetteen potilastietojärjestelmään. Lähetteen perusteella poliklinikkalääkäri arvioi potilaan hoidon tarpeen tapauskohtaisesti. Potilaan toimenpiteeseen pääsyn ajankohta määräytyy muun muassa lääketieteellisen terveysongelman ja siitä aiheutuvan toiminnallisen haitan mukaan. Arvion perusteella lääkäri tekee määräyksen ja kirjaa lähetteen kiireellisyyden.

Lääkärin määräyksen jälkeen lähete siirretään silmätautien osastolle ja lähete asetetaan leikkausjonoon. Kaihileikkauksen tavoiteaika perustuu määräyksen tekvän lääkärin arvion kiireellisyydestä. Kaihileikkauksessa noudatetaan terveydenhuoltolaissa säädettäviä hoitoon pääsyn (hoitotakuu) määräaikoja. Erikoissairaanhoidon osalta potilaan hoito on aloitettava viimeistään kuudessa kuukaudessa hoidon tarpeen toteutumisesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021a) Leikkausjonoon asettamisen jälkeen potilas saa lääkärin määräyksen mukaisesti kutsun esitutkimukseen joko silmätautien osastolle tai puhelinhaastatteluun, missä selvitetään potilaan leikkauskuntoisuus. Jos lähete edellyttää potilaan tapaamista tai silmän tarkastamista, lääkäri määrää yleensä potilaan esitutkimukseen silmätautien osastolle. Jos lähete on selkeä, eikä siinä ole havaittavissa mitään poikkeavaa, esitutkimus suoritetaan hoitajan haastatteluna puhelimitse. Puhelinhaastattelu kuitenkin edellyttää, että potilaalle suoritetaan varsinainen fyysinen tutkimus leikkauspäivänä.

Esitutkimuksen perusteella potilaalle annetaan myönteinen tai kielteinen leikkauspäätös. Käytännössä määräyksen tekvä lääkäri antaa alustavan leikkauspäätöksen, joka vahvistetaan esitutkimuksessa, jos esitutkimuksessa ei ilmene estettä leikkaukselle. Kielteinen leikkauspäätös voi johtua esimerkiksi potilaan leikkauksesta kieltäytymisestä tai potilaan terveydentilasta, joiden seurauksena potilas poistetaan leikkausjonosta. Myönteisen leikkauspäätöksen saanut potilas leikataan päiväkirurgisesti paikallispuudutuksessa tai vaihtoehtoisesti yleisanestesiassa (nukutuksessa). Valtaosa kaihileikkauksista pysty-



tään toteuttamaan päiväkirurgisesti paikallispuudutuksessa ja kaihileikkaus toteutetaan nukuksessa yleensä vain pelkopotilaille tai potilaille, joilla on esimerkiksi vaikeuksia pysyä paikallaan tai korkeampi leikkauskomplikaation riski. Toimenpiteen luonteesta riippuen potilas saa joko päiväkirurgisen leikkauksen tai siirtyy yleisanestesian leikkaukseen.

Myönteisen leikkauksen jälkeen kaihipotilaan hoitoprosessi jakautuu päiväkirurgisen potilaan ja nukutuspotilaan hoitoprosesseihin, joista ensimmäistä tarkastellaan seuraavaksi. Päiväkirurgiseen, paikallispuudutuksessa suoritettavaan leikkaukseen siirtyvä potilas operoidaan silmätautien yksikön leikkaussalissa (M2-sali). Jos leikkaus on sujunut suunnitellusti, potilas palaa silmätautien osastolle, jossa hän saa kotihoito-ohjeet ennen kotiutumistaan. Potilas kotiutuu hetimiten, sillä maltillinen esilääkitys ei aseta juurikaan rajoitteita kotiutumiselle. Toisaalta on kuitenkin mahdollista, ettei leikkaus toteudu hoitoprosessissa suunnitellusti. Esimerkiksi kaihileikkauksessa saattaa tulla komplikaatio, mikä edellyttää uutta, vaativampaa leikkaustoimienpidettä nukuksessa tai yliopistollisessa sairaalassa. Kaihileikkaus voidaan joutua myös perumaan tai keskeyttämään lääketieteellisestä syystä tai potilaasta johtuen. Leikkauksen peruuntuessa tai keskeytyessä potilas poistetaan leikkauksen jonoa ja hänelle annetaan uusi leikkauksen aika. Uusi leikkauksen jono on kuitenkin riippuvainen leikkauksen estävästä ongelmasta.

Yleisanestesiassa suoritettavaan leikkaukseen siirtyvä potilas saa puolestaan leikkauksen ajan nukutusesitutkimukseen, jonka perusteella potilas saa leikkauksen. Jonottaessa nukuksessa suoritettavassa leikkauksessa on tyypillistä, että potilaat joutuvat odottamaan pidempään kuin paikallispuudutuksessa leikattava potilas. Leikkauksen päivänä potilas ilmoittautuu ohjeiden mukaisesti joko silmätautien yksikköön (SILPO), keskusleikkaussalin valmisteluyksikköön (Leiko) tai neurologian osastolle (NEUO). Leikkaus suoritetaan keskusleikkausyksikössä (K-sali) ilmoittautumispaikasta riippumatta ja silmätautien yksiköstä leikkaukseen osallistuvat lääkäri ja instrumenttihoitaja. Edellä esitetyt toimintayksiköt (Leiko, NEUO ja K-sali) toimivat silmätautien yksikön toimintaa tukevin resursseina, sillä silmätautien yksikössä ei ole vastaavia resursseja saatavilla. Leikkauksen jälkeen potilas siirretään neurologian osastolle odottamaan anestesia- ja lääketieteellisen lupaa kotiutumiselle. Potilas kotiutetaan neurologian osastolta yleensä samana iltana, mutta tarvittaessa, esimerkiksi haasteellisen leikkauksen ja todennäköisen komplikaation riskin vuoksi, potilaan tulee yöpyä osastolla. Seuraavana päivänä, ennen kotiutumistaan tarkkailtavan potilaan tulee käydä silmätautien poliklinikalla kontrollissa, josta potilaalle voidaan antaa kotiutumislupa.

Kaihipotilaan hoitoprosessi päättyy kaihileikkauksen jälkihoitoon ja silmälasiovitukseen molempien potilastyypin kohdalla. Kaihileikkauksen jälkitarkastuksia ei pääsääntöisesti tehdä silmätautien yksikössä, vaan potilas ohjeistetaan jälkitarkastukseen yksityiselle silmälääkärille. Jälkitarkastus sovitaan tavanomaisesti yksityisen silmälääkärin tekemän silmälasiovituksen yhteyteen, sillä se yksinkertaistaa hoitoprosessia potilaan näkökulmasta. Kuitenkin tahtoessaan potilas voi tulla jälkitarkastukseen silmätautien poliklinikalle, mutta silmälasiovitus on edelleen tehtävä erikseen yksityisten silmälääkärien toimesta. Jälkitarkastuksen yhteydessä tarkastetaan potilaan leikkaamattoman silmän tilanne, jos toinen potilaan silmistä on vielä leikkaamatta, ja tarvittaessa leikkaamattomasta silmästä tehdään uusi lähete.

Edellä esitettävästä kohdeorganisaation kaihileikkauspotilaan hoitoprosessista on saatavilla prosessikuvaus liitteessä B. Kaihileikkauspotilaan hoitoprosessikuvaus on kohdeorganisaation laatima.

## 4. TULOKSET

### 4.1 Toiminnanohjaus silmätautien yksikössä

#### 4.1.1 Toiminnanohjaus ja sen tehtävät

Ensimmäisenä haastattelurungon osa-alueista haastateltavia pyydettiin pohtimaan, mitä toiminnanohjauksella tarkoitetaan terveydenhuollossa sekä mitä ovat toiminnanohjauksen tehtävät. Kysymyksen avulla pyrittiin kartoittamaan toiminnanohjauksen tunnistettavuutta ja ymmärrettävyyttä terveydenhuollon toimintaympäristössä. Kysymysten esittäminen aiheutti valtaosassa haastateltavia epäröintiä, sillä käsite ei ollut tuttu tai haastateltavat eivät olleet ajatelleet toimintaa tästä näkökulmasta. Haastatteluiden perusteella havaittiin, ettei itse termi ”toiminnanohjaus” ollut laajalti käytössä. Vain harva haastateltavista tunnisti toiminnanohjauksen linkittyvän rooliinsa hoitoprosessissa, mistä johtuen vastaukset teeman ympärillä olivat yleisesti epävarmoja.

Tästä huolimatta haastatteluista pystyttiin tunnistamaan kaksi selkeää toiminnanohjauksen näkökulmaa: toiminnanohjaus laajemman kokonaisuuden ohjaamisena ja toiminnanohjaus hoitoprosessin sisäisen toiminnan ohjaamisena. Näkökulmista jälkimmäinen korosti toiminnanohjausta erityisesti palveluiden toimittamisen ohjaamisena, jossa potilas ja yksikön henkilöstö ovat keskiössä. Haastateltavien keskuudesta oli havaittavissa, että termin ”toiminta” ymmärrys heijastelee haastateltavan roolia kaihipotilaan hoitoprosessissa. Käsitteet toiminnanohjauksesta pohjautuivatkin vahvasti haastateltavan toimenkuvaan kohdeorganisaatiossa, vaikka kaikkia käsityksiä yhdisti näkemys tavoitteellisesta toiminnasta, jonka avulla pyritään tiettyyn tavoitteeseen tai päämäärään.

*” – – toiminnanohjaus ei ole pelkästään ’toimintaa toimintana’, vaan siihen sisältyy myös henkilöstö, talous ja resurssit. Kaikkien näiden ohjaus liittyy toiminnanohjaamiseen.” H3*

Haastatteluiden perusteella ei voida kuitenkaan selkeästi rakentaa yksiselitteistä käsitystä toiminnanohjauksesta, sillä haastateltavat sekä ymmärsivät käsitteen eri tavoin että tarkastelivat sitä useasta eri näkökulmasta. Haastateltavat tarkastelivat toiminnanohjausta muun muassa prosessi-, potilas-, tietojärjestelmä- ja resurssinäkökulmasta, sekä suppeammin että laajemmin. Eräs haastateltava tarkasteli toiminnanohjausta kattavasti resurssien, henkilöstön, talouden ja sisäisen toiminnan ohjauksena. Toisaalta haastatel-

tavat kuvasivat toiminnanohjauksen antavan toiminnalle ja prosesseille rakenteen, joiden mukaan luodaan toimintamallit, miten työtä tehdään ja miten potilaat saadaan hoidettua.

*”Toiminnanohjauksella tarkoitetaan sitä, miten toimintaa saadaan hoidettua mahdollisimman hyvin, kuitenkin kustannustehokkaasti, ja miten palvelut olisivat kaikkien saatavilla.” H5*

Haastatteluista olikin mahdollista tunnistaa elementtejä prosessien hallinnasta ja ohjauksesta, toiminnan suunnittelusta sekä resurssien ja potilaiden ohjauksesta. Esimerkiksi potilasnäkökulmassa korostuivat potilaan informointi ja ohjaaminen hoitoprosessissa sekä potilastietoihin perustuva hoitotoiminta ja päätöksenteko. Prosessinäkökulmassa korostui puolestaan hoitoprosessin ja siihen liittyvän toiminnan konkreettinen ohjaaminen, erityisesti päivittäisen hoitotoiminnan näkökulmasta.

*” – toiminnanohjauksen tehtävä on luoda ne toimintamallit, miten työtä tehdään ja miten potilaat saadaan hoidettua.” H6*

Tarkastelua pyrittiin täydentämään kartoittamalla toiminnanohjauksen tehtäviä, mutta kysymyksen seurauksena haastateltavat tarkastelivat enemmän toiminnanohjauksen tarkoitusta kuin konkreettisia tehtäviä. Tästä huolimatta toiminnanohjauksen tehtäviä pystyttiin tunnistamaan abstraktimmalla tasolla mukaillen edellä esitettäviä tarkastelunäkökulmia. Haastatteluiden perusteella tunnistetut toiminnanohjauksen tehtävät voidaan jakaa karkeasti seuraavien näkökulmien mukaisesti:

- **Palvelunäkökulma:** toiminnanohjauksen tehtävänä on palvelun tuottamisen, laadun ja tasapuolisuuden takaaminen.
- **Resurssinäkökulma:** toiminnanohjauksen tehtävänä on resurssien järkevä ja tarkoituksenmukainen käyttö.
- **Prosessinäkökulma:** toiminnanohjauksen tehtävänä on hoitoprosessin sujuvuuden edistäminen ja toimintamallien luominen.
- **Potilasnäkökulma:** toiminnanohjauksen tehtävänä on potilaan osallistaminen ja sitouttaminen.

Valtaosa haastateltavista tarkasteli pääasiallisesti toiminnanohjausta ja sen tehtäviä prosessinäkökulmasta, ja vain harva haastateltava laajensi tarkasteluaan prosessinäkökulmasta. Vain yksi haastateltavista sisällytti selkeästi toiminnanohjauksen tehtäviksi toiminnan arvioinnin ja arviointiin perustuvan toiminnan ohjaamisen.

### 4.1.2 Toiminnanohjaukseen osallistuminen

Haastateltavia pyydettiin tarkastelemaan, ketkä osallistuvat terveydenhuollon toiminnanohjaukseen ja miten vastuu jakautuu toimijoiden kesken. Esitettävien kysymysten avulla pyrittiin tarkastelemaan sitä, miten toiminnanohjauksen koetaan vaikuttavan toimintaympäristön toimijoihin. Vaikka ymmärrys toiminnanohjauksesta ja sen tehtävistä oli monitahoista, haastatteluiden perusteella tunnistetut toiminnanohjaukseen osallistuvat toimijat voidaan jakaa kolmeen tasoon seuraavasti:

- Terveydenhuollon järjestelmätaso: toiminnanohjaukseen osallistuvat sosiaali- ja terveysministeriö, kunnat, sairaanhoitopiiri johtotaso, sairaalan johto- ja suoritustaso sekä potilas.
- Sairaalan organisaatiotaso: toiminnanohjaukseen osallistuvat sairaalan johto- ja suoritustaso.
- Silmätautien yksikötaso: toiminnanohjaukseen osallistuvat silmätautien yksikön hoitoprosessiin osallistuva henkilöstö.

Laajimmillaan toiminnanohjaukseen miellettiin osallistuvaksi toimintaympäristön sekä ulkoisia että sisäisiä toimijoita, aina sosiaali- ja terveysministeriöstä kohdeorganisaatioon ja potilaaseen asti. Sairaalan organisaatiotasolla toiminnanohjaukseen tunnistettiin puolestaan osallistuvan sairaalan sisäisiä, eritasoisia toimijoita mukaan lukien silmätautien yksikön henkilöstö. Organisaatiotasolla toiminnanohjaukseen osallistuvat henkilöt jakautuivat selkeästi johto- ja suoritustasolle, vaikka haastateltavat toivat esille, ettei organisaation johtotaso ole varsinaisesti mukana suorittavassa toiminnassa, vaan vaikuttavat toiminnanohjaukseen strategian ja visioiden kautta.

*”Jos sen [toiminnanohjauksen] ymmärtää laajemmin, koko henkilöstö osallistuu siihen johtotaso myöten. Tukipalvelut osallistuvat myös. Johdosta tulevat strategiat ja visiot, henkilöstöä ja potilasta osallistetaan.” H1*

Valtaosassa haastatteluista toiminnanohjaukseen miellettiin osallistuvan silmätautien yksikön koko henkilöstö tai osa henkilöstöstä, eri hoitoprosessin vaiheissa. Lisäksi hoitoprosessiin osallistuvien toimijoiden havaittiin myös vaikuttavan omalla toiminnallaan toiminnanohjaukseen. Haastatteluissa, joissa toiminnanohjaus ymmärrettiin vahvasti hoitoprosessin ja siihen liittyvän toiminnan ohjaamisena, toiminnanohjaukseen osallistuvat toimijat rajoittuivat olennaisesti suoritustason henkilöstöön.

Haastateltavat kokivat toiminnanohjauksen vaikuttavan eri tavoin haastateltavan toimenkuvasta sekä organisaatiotasosta riippuen, mikä jakoi olennaisesti haastattelujoukkoa.

Haastatteluiden perusteella toiminnanohjaukseen osallistutaan eri tavoin erityisesti organisaation johto- ja suoritustasolla. Toisaalta haastateltavat kokivat toiminnanohjauksen olevan olennainen osa päivittäistä työtä, sillä toiminnanohjauksen tunnistettiin vaikuttavan toiminnan suunnittelun, seurannan ja ylläpitämisen kautta. Esimerkiksi silmätautien yksikön johtoryhmän tunnistettiin toteuttavan toiminnan suunnittelua ja seuranta sekä toiminnan muutostarpeiden arviointia raportoinnin pohjalta. Toisaalta haastateltavat kokivat toiminnanohjauksen vaikuttavan vain välillisesti henkilöstön toimintaan silmätautien yksikössä. Toiminnanohjaus ilmenee haastatteluiden perusteella organisaation suoritustasolle henkilöstön ohjaamisena ja sitoutumisena kohdeorganisaation sekä silmätautien yksikön sovittuihin toimintamalleihin. Osa haastateltavista koki pystyvänsä vaikuttamaan toimintaan ja kehittämään sitä silmätautien yksikössä osana toiminnanohjausta. Suoritustasolla haastateltavat kokivatkin olevansa enemmän ohjauksen kohteena, kuitenkin pystyen vaikuttamaan tai ohjaamaan toimintaansa.

Vastuu toiminnanohjauksesta silmätautien yksikössä käsitettiin jakautuvan organisaation sisäisten toimijoiden kesken, missä ylilääkärin ja osastonhoitajan tehtävät ovat olennaiset muiden organisaation ylätasojen tehtävien ohella. Valtaosa haastateltavista kuitenkin mielsi toiminnanohjauksen olevan lähes yksinomaan silmätautien yksikön vastuulla, missä vastuu on keskitetty ylilääkärille ja osastonhoitajalle. Eräs haastateltavista totesi merkittävimmän vastuun olevan matalalla hierarkiassa, sillä vastuu toiminnan ohjaamisesta tavoitteiden saavuttamiseksi on silmätautien yksiköllä.

*”Vastuu toiminnan ohjauksesta on suoritustasolla – suoritustaso vastaa toiminnan pelittämisestä tai siitä, jos toiminta ei pelitä.” H2*

Haastattelujoukon ymmärrys vastuualueiden selkeydestä oli yksimielinen; silmätautien yksikössä vastuun jakautuminen ja vastuualueet ovat selkeät. Erityisesti vastuualueet todettiin haastateltavien toimesta varsin selkeiksi, vaikka näin ei välttämättä terveydenhuollon organisaatiossa olekaan.

## **4.2 Arviointi kaihipotilaan hoitoprosessissa**

### **4.2.1 Hoitoprosessin tavoitteet**

Tarkastelemalla kaihipotilaan hoitoprosessin tavoitteita pyrittiin selvittämään, mitkä ovat hoitoprosessin keskeisimmät tavoitteet sekä millainen ymmärrys hoitoprosessin eri sidosryhmillä on tavoitteista. Haastateltavien tunnistamat hoitoprosessin tavoitteet olivat toisiaan vastaavia, eikä haastatteluista noussut esille juurikaan toisistaan eriäviä näkemyksiä. Haastatteluiden perusteella tunnistetut hoitoprosessin tavoitteet ovatkin esitetty taulukossa 3.

Taulukko 3. *Kaihipotilaan hoitoprosessin tavoitteet*

<i>Tavoite</i>	<i>Maininnat</i>
Hoitoprosessin sujuvuus	7
Laadukas potilashoito (potilasturvallisuus, ei komplikaatioita, tyydyttävä hoitotulos)	6
Hoitotakuun toteutuminen	5
Potilastyytyväisyys	5
Hoidon oikea-aikaisuus	3
Potilaan näkökyvyn palauttaminen	3
Hoitoprosessin taloudellisuus	2
Hoitoprosessin tehokkuus	2

Pääasiallisesti haastatteluista tunnistetut tavoitteet kohdistuivat kaihipotilaan hoitoprosessin sujuvuuteen, potilastyytyväisyyteen ja potilashoidon laatuun sekä hoitoon pääsyn (hoitotakuun) määräajan toteutumiseen, kun taas haastatteluista ei juurikaan tunnistettu hoitoprosessin tehokkuutta tai taloudellisuutta tarkastelevia tavoitteita. Edellä esitettävät tavoitteet painottuvatkin tarkastelemaan hoitoprosessia potilas-, laatu-, aika- ja virtaus-tavoitteiden lähtökohdista. Haastatteluissa esille tuodut hoitoprosessin tavoitteet olivat kuitenkin todella karkeita, ylätason tavoitteita, eikä konkreettisia tavoitteita esitetty haastatteluissa.

Haastatteluiden avulla pystyttiin havaitsemaan, että hoitoprosessille tavoitteita asettavat sekä ulkoiset että sisäiset toimijat. Lisäksi tavoitteiden asetannassa tunnistettiin selkeä, kerrostunut rakenne yksittäisten toimijoiden välillä; valtiovalta asettaa lakisääteiset, kansalliset tavoitteet kaihipotilaan hoitoprosessille, kun taas silmätautien yksikkö asettaa sisäisiä tavoitteita kansallisten tavoitteiden puitteissa. Haastateltavat tunnistivat selkeästi lakisääteisten velvollisuuksien säätelevän keskeisesti toimintaa, minkä seurauksena osa tavoitteista on lakiperustaisia ja kansallisesti säädelyjä. Esimerkkinä kansallisesta, lakisääteisestä tavoitteesta haastateltavat toivat usein esille hoitoon pääsyn (hoitotakuun), jonka toteutumista vaativat sekä valtiovalta että sairaalanjohto. Myös kunnan tunnistettiin asettavan toiminnalle tietynlaisia tavoitteita, vaikka kukaan haastateltavista ei esittänyt-kään konkreettista esimerkkiä näistä tavoitteista.

Sisäisiksi tavoitteita asettaviksi toimijoiksi valtaosa haastateltavista tunnisti sekä sairaalanjohton että silmätautien yksikön johtoryhmän, joiden tavoitteet hoitoprosessille mu-kailevat kohdeorganisaation tavoitteita, arvoja ja periaatteita sekä silmätautien yksikön

sisäisiä tavoitteita. Lisäksi haastateltavat kommunikoivat selkeästi vastuun hoitoprosessin tavoitteiden asettamisesta olevan sairaalanjohdolla sekä yksikön johtoryhmällä.

*”Silmätautien yksikössä kuitenkin annetaan itsellemme tavoitteet. Yksikössä asetetaan tavoite leikkausmääristä ja arvioidaan kilpailukykyinen budjetti.” H2*

Edellä esitettävien toimijoiden ohella eräät haastateltavat tunnistivat myös yksittäisiä tavoitteita asettavia toimijoita. Esimerkiksi osa haastateltavista kertoi asettavansa hoitoprosessille henkilökohtaisia tavoitteita, jotka kohdistuvat enemmän yksilön oman toiminnan toteuttamiseen. Myös kaihipotilas nostettiin esille yksittäisenä tavoitteita asettavana toimijana, vaikka vain yksi haastateltavista korosti potilaan keskeistä roolia hoitoprosessin tavoitteiden asetannassa.

Tarkasteltaessa eri sidosryhmien ymmärrystä edellä tunnistetuista hoitoprosessin tavoitteista haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että ymmärrys tavoitteista voi olla ristiriitaista. Esimerkiksi toimijoiden motiivien havaittiin vaikuttavan ymmärrykseen tavoitteista, sillä sairaalanjohto, silmätautien yksikön henkilöstö ja potilas tarkastelevat toimintaa eri perspektiiveistä. Haastateltavat kokivatkin, että sidosryhmien ymmärrys toiminnasta ja toimintaan vaikuttavista tekijöistä on puutteellista organisaation ulkopuolella, mikä edelleen heikentää ymmärrystä hoitoprosessin tavoitteista ja niiden realistisuudesta.

*”Organisaation ulkopuolella tavoitteita ei ymmärretä, koska he eivät ole alan ammattilaisia ja he eivät voi edes tietää, mitä kaikkea yksi hoitoprosessi sisältää ja mitkä siihen vaikuttavat.” H8*

Silmätautien yksikössä hoitoprosessiin kohdistuvat tavoitteet ymmärretään haastateltavien mukaan selkeästi ja yhteneväisesti. Yksikön sisäinen ymmärrys hoitotoiminnan tavoitteista käsiteltiinkin oletusarvoisesti yhtenäiseksi, jopa itsestäänselvyudeksi. Esimerkiksi ymmärrys kansallisten hoitosuosituksen (Käypä hoito -suositus) ja hoitoon pääsyn (hoitotakuu) mukaisista tavoitteista koettiin yhtenäiseksi silmätautien yksikössä.

*”Käypä hoito -suositusten mukaiset tavoitteet ovat ymmärrettäviä ja niistä ollaan samaa mieltä. Ymmärrys kansanterveydellisistä tavoitteista on yhtäläistä.” H1*

Hoitotoiminnan tavoitteiden yksimielisyydestä poiketen laajempi, organisaation sisäinen ymmärrys hoitoprosessin kustannus- ja tehokkuustavoitteista osoittautui vaihtelevaksi. Useassa haastattelussa tuotiin voimakkaasti esille, ettei suoritustasolle asetetut tavoitteet ole välttämättä realistisia tai toteutettavissa tämänhetkisessä hoitotoiminnassa. Yksi haastateltavista havaitsikin tavoitteiden ymmärtämisen ja tavoitteiden hyväksymisen olevan kaksi eri asiaa, eikä tavoitteiden ymmärtäminen automaattisesti tarkoita niiden hyväksymistä. Haasteltavien keskuudessa heräsi myös pohdintaa siitä, onko henkilöstön



tarpeellista ymmärtää syvällisemmin esimerkiksi toiminnan taloudellisia tavoitteita tai niihin vaikuttavia tekijöitä vai riittääkö, että sairaalanjohto ymmärtää ne syvällisemmin. Vastaavaa, rajaavaa pohdintaa heräsi myös tarkasteltaessa hoitoprosessin mittariston sisältöä ja sen käyttötarkoitusta.

#### 4.2.2 Tavoitteiden toteutuminen ja arviointi

Hoitoprosessin tavoitteiden tarkastelemisen ohessa haastateltavia pyydettiin arvioimaan edellä esitettävien tavoitteiden toteutumista kaihipotilaan hoitoprosessissa ja siihen liittyvässä toiminnassa. Vertailtaessa tämänhetkistä hoitoprosessia sen tavoitteisiin haastateltavien välillä oli vahva konsensus siitä, että hoitoprosessi vastaa sen tavoitteita kohtalaisesti. Haastatteluista muodostuu kuitenkin kokonaiskuva siitä, että silmätautien yksikössä tähdätään ennen kaikkea hoitoprosessin tavoitteiden toteutumiseen, vaikka toiminnan linjaamisen tavoitteita vastaavaksi ei oletettu olevan yksinkertaista.

*”Koen, että tällä henkilömäärällä ja näillä tiloilla pystymme vastaamaan ihan kohtalaisen hyvin tavoitteisiin.” H6*

Haastateltavat pystyivät tunnistamaan joitakin kehityskohteita kohtalaisesti tavoitteitaan vastaavasta hoitoprosessista. Esimerkiksi palvelun oikea-aikaisuus, palvelun saatavuus sekä palvelu- ja asiakaskokemukset tunnistettiin selkeinä kehittämiskohteina verrattaessa hoitoprosessia sen tavoitteisiin. Lisäksi haastatteluista voitiin havaita, että haastateltavien tekemään arvioon tavoitteiden toteutumisesta vaikutti olennaisesti se, mitä tavoitteita vasten hoitoprosessia verrattiin. Esimerkiksi eräs haastateltava toi esille, että verrattaessa hoitoprosessia pelkästään hoitotakuun toteutumiseen hoitoprosessi vaikuttaa suoriutuvan tavoitellusti. Kun tarkastelua laajennetaan myös silmätautien yksikössä suunniteltuihin leikkaustavoitteisiin, havaitaan, ettei hoitoprosessi suoriudukaan välttämättä enää tavoitellusti.

Pohdittaessa vastuuta hoitoprosessin tavoitteiden saavuttamisesta haastateltavat kokivat, että jokaisella hoitoprosessin toimijalla on roolinsa mukainen vastuu pyrittäessä tavoitteiden mukaiseen tulokseen. Haastatteluissa nostettiin esille myös potilaan vastuu hoitoprosessin tavoitteiden saavuttamisesta, sillä osallistuessaan hoitoprosessiin potilas voi toiminnallaan joko edistää tai pahimmassa tapauksessa heikentää tavoitteiden toteutumista. Kenenkään yksittäisen henkilön ei kuitenkaan koettu olevan vastuussa tavoitteiden saavuttamisesta, vaan vastuu tavoitteista jakautuu aina sairaanhoitopiiriin johtosolta potilastasolle asti.

*”Tavoitteiden saavuttamisesta tietysti kukaan yksittäinen ihminen ei voi olla vastuussa tällaisessa organisaatiossa.” H2*

Vastuu tavoitteiden saavuttamisesta on haastatteluiden perusteella kerrostunut eri organisaatiotasolle. Vastuun koetaan jakautuneen silmätautien yksikkötasolle, vastuu- ja toimialueetasolle sekä sairaanhoitopiiriin johtotasolle siten, että vastuu hoitotoimintaan liittyvistä tavoitteista on pääasiallisesti silmätautien yksiköllä ja vastuu hoitotoiminnan lakisääteisistä asioista on pitkälti vastuualueella ja edelleen toimialueella sekä sairaanhoitopiirillä. Silmätautien yksikössä vastuu tavoitteiden saavuttamisesta kohdistettiin osastonhoitajalle, ylilääkärille ja jonohoitajalle, missä tavoitteeseen pyrkiminen edellyttää toiminnan tavoitteenmukaista toteutumista ja aktiivista reagoitua muutostarpeisiin. Haastateltavat kuitenkin osoittivat vastuun olevan viimekädessä ylemmillä organisaatiotasolla ja sairaanhoitopiiriin johtotasolla.

### 4.2.3 Hoitoprosessin kehittäminen

Kaihipotilaan hoitoprosessin kehittämistoimintaa pyrittiin kartoittamaan kysymällä haastateltavilta, miten toiminnan kehittäminen ilmenee silmätautien yksikössä ja kannustetaanko henkilöstöä toiminnan kehittämiseen. Haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että kaihipotilaan hoitoprosessista ja siihen liittyvästä toiminnasta pyritään tunnistamaan aktiivisesti kehityskohteita. Lisäksi hoitoprosessin kehittäminen käsitettiin jatkuvana toimintana, joka tarkastelee hoitoprosessia sekä sen prosessivaiheita kriittisesti ja jossa tarkastelu suoritetaan muun hoitotyön ohessa. Kehittämistoiminnan aktiivisuutta vahvistaa haastateltavien kokemus siitä, että toimintatapoja ja rajoittavia prosessivaiheita pyritään kehittämään jatkuvasti. Esimerkiksi potilaiden puhelinhaastattelut sitouttavat olennaisesti henkilöstöresurssia ja rajoittavat merkittävästi hoitoprosessin läpimenoa, minkä seurauksen puhelinhaastatteluiden kehittäminen on parhaillaan yksikössä työn alla. Mahdollisimman selkeät toimintatavat ja ylimääräisen, turhan työn eliminointi tunnistettiin olennaiseksi osaksi kehittämistoimintaa.

*”Kaihielikkäuspotilaan hoitoprosessi nimenomaan on sellainen, jota on aktiivisesti kehitetty ja joka on jatkuvasti kehityksen alla. Silmätautien yksikön erittäin tärkeä kehityskohde.” H2*

Haastatteluiden perusteella kehitystoiminta osoittautui olevan pääsääntöisesti silmätautien yksikön sisäistä, erikoisosaamiseen perustuvaa toimintaa. Haastateltavien mukaan silmätautien yksikkö osallistuu kokonaisvaltaisesti kehitystoimintaan, ja kehitystoiminnan koetaan tapahtuvan aina suoritustasolta asti. Lisäksi kehitystoiminnan keskiössä tunnistettiin olevan avoin ja myönteinen keskusteluilmapiiri, sillä saatavan palautteen ja kehitysehdotusten ymmärrettiin muodostavan kehittämisen perustan. Haastateltavat korostivatkin avointa ja henkilöstölähtöistä kehittämistoimintaa, jossa koko henkilöstö osallis-

tuu kehittämiseen. Eräs haastateltava kuitenkin painottaa yksilön asennoitumisen ja suhtautumisen keskeistä merkitystä kehitystoiminnassa, erityisesti kehitystoiminnan edistämässä.

Vaikka kaihipotilaan hoitoprosessin havaittiin olevan keskeinen kehityskohde silmätautien yksikössä, haastatteluista pystyttiin tunnistamaan kehittämistoimintaan liittyviä rajoitteita. Esimerkiksi haastatteluista kävi ilmi, ettei kehittämissyhteistyö toisten yksiköiden kanssa ole välttämättä hedelmällistä, sillä yksiköiden toimintatavat tai -mallit eivät ole suoraan sovellettavissa silmätautien erikoisalasta johtuen. Haastatteluissa ei kuitenkaan tuotu yksiselitteisesti esille, hyödynnetäänkö kehitystoiminnassa laajempaa kohdeorganisaation sisäistä yhteistyötä. Toisaalta haastateltavat havaitsivat myös silmätautien yksikön sisäisen kehitystoiminnan rajoittuneisuuden. Esimerkiksi yksikön tilaresurssien ei enää koettu olevan järkevästi kehitettävissä, sillä olemassa oleviin tiloihin ei voida vaihtaa määräänsä enempää. Toisaalta sisäistä kehitystoimintaa tunnistettiin rajoittavan resurssien ensisijainen allokoiminen hoitotoimintaan.

*”Silmätautien yksiköstä löytyy potentiaalia, mutta kehittäminen vaatii oman aikansa. Koska koko resurssivoimavara on vahvasti tuotannossa, toiminnan ja toimintatapojen muuttaminen on haasteellisempaa.” H3*

Resurssien rajallisuudesta johtuen silmätautien yksikössä kehitystoimintaa on pyritty jalkauttamaan osaksi jokapäiväistä toimintaa. Haastateltavien mukaan yksikössä viedään eteenpäin ajatusta siitä, että jokapäiväisen toiminnan ohessa sekä tarkasteltaisiin toimintaa kriittisesti että tunnistettaisiin siitä kehityskohteita. Eräs haastateltava kuitenkin uskoi toimintamallin soveltuvan ainoastaan käytännön toiminnan pienemmissä kokonaisuuksissa, sillä laajempi kehittämistoiminta edellyttää resurssien irrottamismahdollisuutta hoitotoiminnasta tai ulkopuolisen asiantuntijan hyödyntämismahdollisuutta.

Haastatteluiden perusteella toiminnan kehittämiseen kannustetaan aktiivisesti silmätautien yksikössä, mutta myös laajemmin koko organisaatiossa. Haastateltavat tunnistivatkin kehitystoiminnan saavan sekä sisäistä että ulkoista kannustusta. Näkemys kehitystoimintaan kannustamisesta oli valtaosin myönteinen, vaikka eräs haastateltavista nosti esille, ettei koko henkilöstö koe ilmapiiriä kannustavaksi. Ilmapiirin tulkittiin olevan varautunutta kehitysehdotusten suhteen ja kehitysehdotusten käsittelemisen olevan riittämättömää kannustuksesta huolimatta. Lisäksi toinen haastateltava kyseenalaisti termiä ”kannustaminen”, sillä kehittäminen saatetaan ymmärtää toiminnan itseisarvona, minkä seurauksena jatkuva tarve kehittämiselle näyttäytyy pakonomaisena – kehittämisenä vain kehittämisen takia. Myös toimintaympäristössä tapahtuvien muutosten uskottiin aiheut-

tavan mitä todennäköisimmin hoitoprosessin ja -toiminnan kehityspaineita. Osa haastateltavista käsittikin hoitoprosessin kehitystoiminnan olevan vallitsevan kysynnän sanelema pakko, sillä palvelun kysynnän ja tarjonnan tasapaino ja sen ylläpitäminen niin nykyhetkessä kuin tulevaisuudessa edellyttävät kehitystoimenpiteitä erityisesti palvelutuotannon osalta.

## **4.3 Mittaaminen kaihipotilaan hoitoprosessissa**

### **4.3.1 Hoitoprosessissa mitattavat ilmiöt ja mittarit**

Haastateltavilta kysyttiin kaihipotilaan hoitoprosessissa mitattavista ilmiöistä sekä niiden mittaamiseen käytettävistä mittareista. Erittelemällä mitattavat ilmiöt ja mittarit toisistaan pyrittiin tarkastelemaan, mitkä ovat hoitoprosessin kiinnostuksen kohteita ja mitkä kertovat kiinnostuksen kohteen tilasta. Hoitoprosesseissa mitattavat ilmiöt painottuivat tarkastelemaan operatiivista hoitotoimintaa sekä toiminnalle asetettujen tavoitteiden saavuttamista. Lisäksi ilmiöissä huomioitiin palvelutoiminnalle olennainen asiakastyytyväisyys. Asiakastyytyväisyydellä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sekä potilastyytyväisyyttä että asiakastyytyväisyyttä. Haastatteluiden perusteella tunnistetut mitattavat ilmiöt ja niiden mittaamisessa käytettävät mittarit ovat esitetty taulukossa 4. Mittarit jakoutuivat tasaisesti tulkinnanvaraisuutta sisältäviin subjektiivisiin ja faktoihin perustuviin objektiivisiin mittareihin, mikä on myös esitetty taulukossa 4. Tässä tutkimuksessa mittarilla tarkoitettiin yleisesti tunnuslukua tai informaationkeruinstrumenttia.

Taulukko 4. *Hoitoprosessissa mitattavat ilmiöt, mittarit ja mittarityypit*

<i>Mitattava ilmiö</i>	<i>Mittari</i>	<i>Mittarityyppi</i>
Asiakastyytyväisyys	QPro-järjestelmän potilaspalaute	Subjektiivinen
	Sähköinen kyselylomake	Subjektiivinen
	HappyOrNot-asiakaspalaute	Subjektiivinen
Henkilöstön osaaminen ja sen kehittäminen (oppiminen)	Laitepassit	Objektiivinen
	Lääkehoitoluvat	Objektiivinen
	Kehityskeskustelut	Subjektiivinen
	Kouluttautumisen seuranta	Objektiivinen
Henkilöstön työhyvinvointi	Työtyytyväisyyskysely	Subjektiivinen
	Työvireyskysely	Subjektiivinen
Hoitoon pääsy (hoitotakuu)	Lähetteen käsittelyajat	Objektiivinen
	Jonotusaika	Objektiivinen
	Jonoseuranta	Objektiivinen
Laatu	Hoitovirhemäärät	Objektiivinen
	HaiPro-järjestelmän palaute	Subjektiivinen
	Leikkausten peruuntumismäärät	Objektiivinen
	Leikkauksen peruuntumisen syy	Subjektiivinen
	Leikkausten keskeytysmäärät	Objektiivinen
	Leikkausten keskeytyksen syy	Subjektiivinen
	Komplikaatiomäärät	Objektiivinen
	Komplikaatiotyyppi	Subjektiivinen
Taloudellisuus	Budjetti	Objektiivinen
Tehokkuus	Saliaika	Objektiivinen
	Leikkausmäärät	Objektiivinen
	Potilasmäärät	Objektiivinen

Hoitoprosessissa käytettävien mittareiden tunnistettiin mittaavan yksiselitteisesti tarkasteltavia ilmiöitä. Esimerkiksi eri aikamittarit, kuten hoitotakuu tai saliaika, kuvaavat yksiselitteisesti aikaa. Toisaalta haastateltavat epäilivät yksiselitteisyyden saattavan vaikuttaa mitattavan ilmiön tilaan, jopa vääristäen todellisuutta. Koska mitattavat ilmiöt ovat harvoin yksiselitteisiä, mittareista saatavaa informaatiota yhdistelemällä voidaan saada kattavaa tietoa mitattavasta ilmiöstä. Esimerkiksi hoitoprosessin tuottavuuteen mainittiin vaikuttavan useat eri tekijät, kuten leikkaavien erikoislääkärien määrä ja leikkausnopeus.

*”Jos tietää mitä kaikkea voidaan mitata ja miten mittaustietoa voidaan yhdistellä, silloin toiminta huomioidaan kattavasti.” H1*

Valtaosa haastateltavista koki hoitoprosessissa käytettävien mittareiden tarkastelevan hoitoprosessin kannalta oleellisia asioita. Mittareiden olennaisuutta tukee se, että hoitoprosessin mittarit ovat pääasiallisesti suunniteltu silmätautien yksikössä. Haastatteluissa korostettiin toiminnan seurannan olevan yksikön kiinnostukseen perustuvaa, ja hoitoprosessista seurattavat ilmiöt sekä ilmiöille sopivat mittarit on päätetty yksikössä.

*”Mittarit ovat luotu itse. Myös seurattavat asiat ovat päätetty yksikössä. Seuranta on omalähtöistä, ei ole ulkopuolisia määräyksiä. – – Budjetti on varmaan ainoa pakosta seurattava asia.” H2*

Haastatteluiden perusteella yksikkökeskeisen, oma-aloitteisen mittaamisen keskeisiksi haasteiksi tunnistettiin mittaamisen systemaattisuuden ja yhteisten käytäntöjen puute. Haastatteluista ei myöskään käy ilmi, vastaavatko käytössä olevat mittarit kansallisesti käytettäviä mittareita tai kuinka mittarit ovat vertailtavissa kansallisesti.

Käsiteltäessä hoitoprosessin mittaamista haastatteluissa tuotiin useasti esille Exreport-järjestelmä, joka toimii johdon raportointityökaluna. Exreport-järjestelmä kattaa haastatteluissa esille tulleet mitattavat ilmiöt, kuitenkin sisältäen kattavammin toiminnan taloudellisen näkökulman. Exreport-järjestelmässä seurataan yleisesti toimintaa, taloutta, henkilöstöresursseja ja laatua selkeiden mittareiden avulla.

### **4.3.2 Mittareiden näkökulmat**

Hoitoprosessissa käytettävien mittareiden ohella on olennaista tarkastella mittareita kokonaisuutena ja mittareissa huomioitavia näkökulmia. Haastateltavien näkemys siitä, miten olemassa oleva mittaristo huomioi eri toiminnan näkökulmat, oli merkittävästi jakautunut. Haastateltavista vähemmistö koki mittaamisen huomioivan kokonaisvaltaisesti toiminnan eri näkökulmat. Haastatteluiden perusteella mittariston tunnistettiin kuitenkin kattavan ainakin seuraavat toiminnan näkökulmat: asiakas-, henkilöstö-, taloudellisuus- ja tuottavuusnäkökulma. Esimerkiksi henkilöstönäkökulma sisältää muun muassa työtyytyväisyyden, henkilöstön osaamisen kartoittamisen sekä kouluttautumisen seurannan.

E erityisesti suorittavaa tasoa edustavat haastateltavat kokivat, ettei mittaaminen huomioi toiminnan eri osa-alueita niin kokonaisvaltaisesti kuin olisi mahdollista. Mittaamisen mainittiin olevan suppeaa ja painottuvan sisäisen toiminnan tarkastelemiseen. Lisäksi haastatteluissa mittaamisen mainittiin keskittyvän ainoastaan yksittäisiin hoitoprosessin osa-alueisiin, mikä tukee oletusta mittaamisen suppeudesta. Esimerkiksi haastateltavat kokivat mittaamisessa keskittyvän aivan liikaa hoitotakuuseen, vaikka hoitotakuuta tarkasteleva mittari ei todellisuudessa palvele parhaalla mahdollisella tavalla tarkoitustaan tai toimi yksittäisen potilaan edun kannalta.

*”Keskitytään liikaa hoitotakuuseen. Mittaaminen ei huomioi ollenkaan sitä, että on todella paljon potilaita, jotka tarvitsisivat leikkausta paljon nopeammin.” H4*

Kaikki haastateltavat kokivat yksimielisesti asiakasnäkökulman tämänhetkisen mittaamisen suppeaksi, vaikka toiminnassa vaikuttaa vahva palveluluonne. Säännöllisistä asiakastytyväisyyskyselyistä huolimatta haastateltavat totesivat, että toimintaa voitaisiin tarkastella laajemmin ja systemaattisemmin asiakasnäkökulmasta.

*”Asiakasnäkökulmaa ei varsinaisesti mitata. Ei aktiivisesti. – – Potilaspalautetta saadaan aika paljon, mutta sitä ei mitata tai pyydetä systemaattisesti.” H6*

Olemassa olevat mittarit eivät tarkastele potilaiden hoitoisuutta, mikä haastatteluiden perusteella vaikuttaa olennaisesti toimintaan ja sen suunniteltuun toteutumiseen. Hoitoisuudella tarkoitetaan potilaan tarvitseman hoidon määrästä sekä vaativuudesta tehtävää arviota henkilöstön mitoittamiseksi sekä hoitotyön kustannusten ja laadun arvioimiseksi (THL 2021). Lisäksi ainoastaan yksi haastateltava otti tarkasteltavakseen hoidon oikea-aikaisuuden sekä vaikuttavuuden mittaamisen näkökulmasta. Haastateltava tunnistikin, ettei hoidon oikea-aikaisuuden mittaamiseksi ole käytössä mittaria, eikä olemassa olevat mittarit tarkastele toimintaa hoitoprosessia laajempaan kokonaisuutena. Toisaalta kummankaan edellä mainitun ilmiön mittaamisen ei oletettu olevan yksinkertaista, etenkin hoidon vaikuttavuuden, jonka avulla pyritään tarkastelemaan palvelun tuotosten hyötyä suhteessa tavoitteisiin ja tarpeisiin.

*”— — jonossa voi olla kaihipotilaita, jotka pärjäävät kotona ja näkevät tarpeeksi hyvin. Ne potilaat, jotka eivät pärjää kotona huonontuneen näkökyvyn takia voivat joutua laitoshoidon ainakin hetkellisesti.” H4*

Laadun mittaaminen todettiin myös puutteelliseksi, vaikka se ei ole ainoastaan silmätautien yksikön ongelma. Laadun mittaamisen ja arvioinnin haasteiden tunnistettiin kosketavan myös laajemmin hoitotoimintaa, aina kansallisella tasolla asti. Silmätautien yksikössä laadun mittaamisen heikkous konkretisoituu esimerkiksi puutteellisena tietona hoitoprosessin lopputuloksesta. Koska kaihileikkauksen jälkitarkastus suoritetaan tavallisesti yksityisen silmälääkärin toimesta, ei silmätautien yksikön ole mahdollista saada tarkkaa tietoa lopputuloksesta.

*”Laadun mittaaminen on aika puutteellista, enemmän vain ”mututuntumaa” laadun osalta.” H4*

Haastatteluissa todettiin, että tavoitteellinen laadun mittaaminen edellyttää vertailtavia, kansallisia laatumittareita. Tämänhetkiset laatumittarit ovat yksikkökohtaisia, ei-standardoituja mittareita, eivätkä ne palvele laajempaa kansallista vertailtavuutta. Haastatte-

luissa kuitenkin mainittiin, että kansalliset laatumittarit ovat suunnitteilla. Eräs haastateltavista uskoikin, että kansalliset, standardoidut laatumittarit ovat merkittävä kysymys tulevaisuutta ajatellen, sillä se mahdollistaisi eri yksiköiden vertailemisen.

Haastateltavat vertailivat satunnaisesti julkista terveydenhuoltoa ja yksityistä terveydenhuoltoa, erityisesti mittaamisen näkökulmasta. Vertailemalla julkista ja yksityistä sektoria voi saada helposti käsityksen, ettei julkisen ja yksityisen terveydenhuollon mittaaminen ole verrattavissa toisiinsa. Kuitenkin osa haastateltavista pystyi tunnistamaan yksityisen terveydenhuollon toiminnan mittaamisen olevan sovellettavissa julkisen terveydenhuollon toimintaan, kuitenkin tietyn kriteerein. Toiminnan vertailtavuutta rajoittaviksi tekijöiksi tunnistettiin muun muassa yksityisen sektorin toiminnan tavoite, yksityinen rahoitus sekä julkista sektoria velvoittava hoitotakuu, opetustoiminta ja korkean hoitoisuusasteen potilaat.

### 4.3.3 Mittausinformaation käyttö

Mittausinformaatiota hyödynnetään haastatteluiden perusteella osana silmätautien yksikön toimintaa sekä kaihipotilaan hoitoprosessia, mikä voidaan jakaa karkeasti seuraaviin osa-alueisiin: toiminnan suunnittelu ja ennakointi, toiminnan seuranta sekä toiminnan kehittäminen ja oppiminen. Haastateltavat tunnistivat osa-alueiden olevan toisiaan tukevia. Mittausinformaatiota hyödynnetään haastateltavien mukaan hoitajien, lääkäreiden ja johtoryhmän palaverissa; palaverissa raportit käydään läpi ja niistä keskustellaan. Haastatteluissa ei kuitenkaan avattu tarkemmin, mitä mittareita raportit sisältävät tai eroaako raporttien tietosisältö henkilöstön ja johtoryhmän välillä. Kuten voi olettaa, ymmärrys mittausinformaation käyttökohteista oli kattavampaa haastateltavilla, jotka vastasivat yhdestä tai useammasta edellä mainituista osa-alueista tai joilla oli pääsyoikeus Exreport-järjestelmään. Koska kaikilla ei ole pääsyoikeutta Exreport-järjestelmään, mittausinformaation saatavuus on rajoittunutta, mikä oletettavasti heikentää myös ymmärrystä informaation käyttökohteita.

*”Exreport-järjestelmään ei ole kaikilla pääsyoikeutta, jolloin on tärkeää, että niistä puhuttaisiin säännöllisesti henkilöstölle.” H1*

Mittareista saatavan informaation perusteella toteutetaan lähinnä toiminnan suunnittelua ja ennakointia, mikä voi olla suppeampaa tai kattavampaa. Esimerkiksi hoitoprosessissa leikkausmäärät ovat yksi keskeisimmistä toiminnan suunnittelua ohjaavista tekijöistä. Haastatteluiden perusteella havaittiin, että toiminnan suunnittelua ja ennakointia tukevaa mittausinformaatiota käytetään viikko-, kuukausi- ja vuositasolla.



*”Viikkopalaverissa käydään raportit läpi ja keskustellaan niistä. Johtoryhmässä keskustellaan enemmän siitä, jos ei olla päästy tavoitteisiin: mitä tehdään ja mitkä ovat tehtävät muutokset.” H2*

Myös seuranta on olennainen osa toiminnan suunnittelua, erityisesti vertailtaessa suunniteltua ja toteutunutta toimintaa. Silmätautien yksikössä toiminnan seuranta on pääosin manuaalista, taulukko-ohjelmapohjaista raportointia, jossa haastatteluiden perusteella keskeiseksi työkaluksi osoittautui yksikön osastonhoitajan laatima seurantaraportti (tilasto). Mittausinformaation käyttökohteiksi tunnistettiin toiminnan tulosten raportointi. Lisäksi seurannan tunnistettiin tukevan toiminnan vertailemista asetettuihin vuositavoitteisiin, ja täten tarve korjaaville toimenpiteille on helppo tunnistaa. Kaihipotilaan hoitoprosessissa painotetaan hoitoon pääsyn (hoitotakuun) ja leikkausmäärien seuranta.

*”Osastonhoitajan tekemät tilastot tietysti sanelevat, tuleeko leikkaustahtia kiristää vai voidaanko pitää sama leikkaustahti. Vuositavoitteiden takia on hyödyllistä tietää, missä kohtaa menemme.” H6*

Mittaamisesta saatavan informaation tunnistettiin haastatteluiden perusteella ohjaavan myös toiminnan kehitystarvetta, missä kehitystoiminnan ymmärrettiin perustuvan kuitenkin oppimiseen. Esimerkiksi eräs haastateltava kertoi, että leikkausten peruuntumisten osalta yksikössä on pohdittu, mikä on peruutuksien juurisyy ja miten toimintaa pystyttäisiin kehittämään tästä näkökulmasta. Myös olennaiseksi osaksi kehitystoimintaa koettiin HaiPro- ja QPro-järjestelmistä saatavat raporttien läpikäynti. HaiPro on kohdeorganisaatiossa käytössä oleva potilas-/asiakasturvallisuutta ja työturvallisuutta vaarantavien tapahtumien kirjaamiseen käytettävä raportointityökalu, ja QPro on puolestaan potilas-/asiakaspalautejärjestelmä. HaiPro- ja QPro-järjestelmistä saatavien raporttien avulla voidaan haastateltavien mukaan tunnistaa selkeitä epäkohtia, joita pyritään huomioimaan kehitystoiminnassa. Esimerkiksi potilasturvallisuutta pyritään parantamaan eliminoimalla systemaattisia virheitä hoitoprosessista HaiPro-raporttien avulla.

*”Henkilöstön kanssa käydään HaiPro- ja QPro-raportteja läpi: mitä on tapahtunut, mikä tähän on johtanut ja mitä tästä opitaan?” H2*

Vaikka mittaamisen on tunnistettu olevan erinomainen väline sekä henkilöstön ohjaamiseen että henkilöstön motivointiin, haastatteluissa ei tuotu selkeästi esille mittaamisen ja siitä saatavan informaation hyödyntämistä tästä näkökulmasta. Haastatteluiden perusteella mittaaminen ja mittausinformaation käyttö saattoikin tietyssä tapauksissa näyttäytyä henkilöstön näkökulmasta negatiivissävytteisesti. Esimerkiksi ymmärrys työtyytyväi-

syys- ja työvirekyselyiden hyödyllisyydestä oli ristiriitaista. Työtyytyväisyys- ja työviremitaukset ovat säännöllisiä, mutta saatujen mittaustulosten hyödyntäminen ei välity henkilöstölle, ainakaan konkreettisina toimenpiteinä.

#### 4.3.4 Mittaamiseen suhtautuminen

Haastatteluiden perusteella mittaaminen osoittautui olevan osa silmätautien yksikön toimintaa ja päätöksentekoa, mikä myös tukee oletusta mittaamisen kommunikoinnin tärkeydestä. Mittaamisesta ja mittaustuloksista kommunikoidaan silmätautien yksikössä sekä vastuu- ja toimialuetasoilla, kuitenkin painottuen yksikön sisäiseen vuorovaikutukseen. Haastateltavien mukaan yksikön sisäinen mittaustulosten läpikäynti on keskusteluvaa ja henkilöstölle on luotu mahdollisuus tutustua toiminnan tuloksiin kuukausittaisen raporttien kautta. Haastateltavat myös korostivat normaalitilanteessa mittaustulosten läpikäynnin olevan vuorovaikutteista, kun taas vallitsevissa poikkeusolosuhteissa vastuu tulosten läpikäynnistä on yksinomaan yksilön vastuulla.

*”Henkilökunta tietää hyvin, miksi mitataan. Myös henkilökunta saa kuukausiraportin, joka normaalitilanteessa käydään ja keskustellaan yhdessä läpi.” H2*

Yleisesti henkilöstön oletettiin tietävän, miksi mitataan. Haastateltavien käsitys kuitenkin siitä, miten mittareiden sisältö (mitä ja miten mitataan) ja käyttötarkoitus (miksi mitataan) on onnistuttu kommunikoidaan, oli haastattelujoukkoa olennaisesti jakava tekijä. Haastatteluista oli mahdollista tunnistaa kaksi ääripäätä: kommunikoinnissa on onnistuttu ja siinä hyväksytään, etteivät kaikki välttämättä ymmärrä, sekä kommunikoinnissa on ollut haasteita ja sitä pyritään kehittämään siten, että kaikki ymmärtäisivät. Moni haastateltava tarkasteli asiaa kuitenkin realistisesti; aina on yksilöitä, jotka eivät tiedä tai eivät ole kiinnostuneita siitä, miksi mitataan. Yksi haastateltava luonnehtikin edellä esitettyä ikuisuusongelmaksi. Toisaalta haastatteluissa nousi myös pohdintaa siitä, tarvitseeko koko henkilöstön välttämättä tietää tarkkaan mittariston sisältöä ja sen käyttötarkoitusta.

Osa haastateltavista tunnisti mittaamisen kommunikoinnin haasteelliseksi ja tarpeen sen kehittämiseksi. Esimerkiksi mittaamisen käyttötarkoituksen ei koeta avautuvan aina suoritusasteella asti, eikä ymmärrys mittaamisen avulla saavutettavista hyödyistä välttämättä koeta eri organisaatiotasoilla, mikä heikentää mittaamisen läpinäkyvyyttä. Haastatteluiden perusteella oli mahdollista tunnistaa, että mittaaminen ymmärretään todennäköisesti paremmin, jos toiminnan tavoite ja sen mittari linkittyivät selkeästi toisiinsa tai mittaamisella on konkreettisia vaikutuksia. Esimerkiksi haittailmoitukset koetaan selkeiksi, sillä

vaaratilanteisiin pystytään puuttumaan vain, jos niistä ollaan tietoisia. Työvireys- tai työtyytyväisyyskyselyt puolestaan koetaan turhana, sillä niistä ei seuraa konkreettisia toimenpiteitä tai tuloksia.

*”Mittausinformaation käyttökohteet ovat epäselviä organisaation alatasoilla. Osa mittareista koetaan vain mittaamisen mittaamiseksi, eivätkä organisaation suoritustaso ymmärrä, miksi niitä mitataan.” H8*

Haastatteluiden perusteella henkilöstön tulkittiin olevan sitoutunutta mittaamiseen ja kiinnostuneita toiminnan tuloksista. Valtaosa kuvailikin henkilöstön suhtautumista mittaamiseen myönteisesti käyttäen termejä ”positiivinen”, ”kiinnostunut” ja ”neutraali”. Henkilöstön myönteistä suhtautumista mittaamiseen vahvistaa se, että mittaaminen koetaan keinoon konkretisoida toimintaa ja sen tuloksia. Haastateltavat uskoivat henkilöstön työpäivän konkretisoitumisen myös motivoivan työhön.

*”Se tehty työ, jota on painettu urakalla, pystytään osoittamaan ja näyttämään mittaamisen avulla. Toisin sanoen, mittaaminen konkretisoi tehdyn työn.” H3*

Henkilöstön suhtautuminen mittaamiseen ei ole kuitenkaan itsestäänselvyys. Haastatteluissa pystyttiin tunnistamaan, etteivät hoitotoiminta ja mittaustoiminta kulje automaattisesti käsikkäin. Esimerkiksi mittaaminen ei välttämättä näy suorittavalle tasolle yhtä vahvasti päivittäisenä toimintana kuin hoitotoiminta tai ymmärrys mittaamisesta voi olla vähäistä. Haastatteluissa myös tunnistettiin, että mittaamiseen suhtaudutaan todennäköisesti positiivisemmin, jos ymmärretään, miksi mitataan ja miten mittareista saatavaa informaatiota käytetään.

Haastatteluiden perusteella johdon suhtautuminen mittaamiseen oletettiin myönteiseksi, mutta kuitenkin ehdottomaksi, toiminnan mittaamista edellyttäväksi. Valtaosalle haastateltavista olikin tullut vahva mielikuva siitä, että johto edellyttää kokonaisvaltaista toiminnan mittaamista. Lisäksi johdon oletettiin pitävän mittaamista tärkeänä, koska mittaamisen avulla saadaan tietoa toiminnasta ja sitä voidaan käyttää osana johtamista sekä toiminnan kehittämistä. Kaksi haastateltavaa tunnistikin mittaamisen olevan olennaisen osa johtamista jokaisella organisaatiotasolla sekä vahvistavan asioiden esitettävyyttä ja perusteltavuutta.

*”Oletan, että mittaaminen on jokapäiväistä arkea ja sen mukaan toimintaa johdetaan. – – mitataan sekä tiedetään, mitä mitataan ja mitä sen perusteella tehdään.” H3*

Kaikki haastateltavat kokivat, että mittaamisella on johdon sekä henkilöstön tuki takanaan. Mittaaminen tunnistettiin haastatteluissa olennaisena osana tavoitteellisen toiminnan pyörittämistä, mitä vahvistaa silmätautien yksikön kiinnostuneisuus mittaamiseen ja

edelleen toiminnan kehittämiseen. Eräs haastateltavista totesikin, että ymmärrys mittamisesta ja mittareiden käytöstä osana johtamista on laajentunut organisaation ylätasoilta alaspäin viime vuosina.

## 4.4 Tuotannonohjaus kaihipotilaan hoitoprosessissa

### 4.4.1 Hoitoprosessin resurssit

Haastateltavia pyydettiin tarkastelemaan kaihipotilaan hoitoprosessin olemassa olevien resursseja sekä niiden kriittisyyttä. Kiinnittämällä huomioita resurssien kriittisyyteen pyrittiin tunnistamaan hoitoprosessiin vaikuttavat, oleellimmat resurssit. Haastateltavien tunnistamat resurssit olivat toisiaan vastaavia, eikä haastatteluista noussut esille juuri-kaan toisistaan eriäviä näkemyksiä. Haastatteluiden perusteella tunnistetut resurssit ja niiden kriittisyys ovat esitetty taulukossa 5. Resurssi merkittiin kriittiseksi, jos tämä mainittiin haastatteluaineistossa ainakin kerran.

Taulukko 5. *Hoitoprosessin resurssit ja niiden kriittisyys*

<i>Resurssi</i>	<i>Maininnat</i>	<i>Resurssin kriittisyys</i>
Henkilöstö (lääkärit, hoitajat ja sihteerit)	8	Kriittinen
Fyysiset tilat	7	Kriittinen
Välineistö ja laitteet	5	Kriittinen
Materiaalit (mm. linssit ja lääkkeet)	3	Kriittinen
Potilas	3	
Raha	2	
Henkilöstön osaaminen	1	Kriittinen
Informaatio ja tieto	1	Kriittinen
Yksityinen silmälääkäri	1	Kriittinen

Haastatteluissa painottui yleisesti henkilöstöresurssien tarkasteleminen, mikä on oletettavaa henkilöstövaltaisen toimialan resursseja kartoittaessa. Henkilöstön (lääkärit, hoitajat ja sihteerit) lisäksi hoitoprosessin kannalta keskeisiksi resursseiksi tunnistettiin fyysiset tilat sekä välineistöt ja laitteet. Hoitoprosessin keskeisistä resursseista henkilöstö ja fyysiset tilat koettiin myös kriittisimmiksi hoitoprosessin toteutumisen kannalta. Osassa haastatteluista resurssien kriittisyyttä tarkasteltiin kuitenkin laajemmasta näkökulmasta, minkä seurauksena kriittiseksi koettiin kaikki ne välittömät resurssit, jotka voivat mahdollisesti estää kaihileikkauksen.

Hoitoprosessin resursseiksi ei juurikaan tunnistettu silmätautien yksikön ulkopuolisia, taloudellisia tai aineettomia resursseja. Esimerkiksi taloudellisten resurssien tarkasteleminen oli heikkoa ja rajoittui pääsääntöisesti vain haastateltavien keskuuteen, jotka kertoivat roolinsa sisältävän toiminnan taloudellista tarkastelua. Taloudellisena resurssina rahaa ei myöskään tunnistettu kriittisenä resurssina hoitoprosessin toteutumisen kannalta, vaikka sen tunnistettiin rajoittavan toimintaa olennaisesti.

*”Jos rahahana aukeaisi täysillä, tilanne varmasti muuttuisi eri lailla. Olisi varaa palkata lääkäreitä enemmän ja tilat pystyttäisiin saamaan toimivimmiksi. Raha on rajoite aina.” H2*

Hoitoprosessin keskeisimmistä sidosryhmistä resursseiksi tunnistettiin heikosti yksityinen silmälääkäri ja potilas. Vain yksi haastateltava mielsi yksityisen silmälääkärin hoitoprosessin resurssina, vaikka haastateltavan mukaan yksityisellä silmälääkärillä on olennainen rooli julkisen terveydenhuollon kaihipotilaan hoitoprosessin alku- ja loppupäässä. Lisäksi haastateltava havaitsi, että yksityisen silmälääkärin osallistuminen hoitoprosessiin mahdollistaa silmätautien yksikön resurssien vapauttamisen muuhun toimintaan.

*”Kaihipotilaan hoitoprosessi toimii merkittävästi ajatuksella, että yksityinen silmälääkäri on osa prosessia. Resurssit eivät riittäisi muuten mihinkään.” H4*

Myöskään potilasta tai potilaan tarjoamia resursseja ei mielletty yhtä vahvasti hoitoprosessin resursseina, toisin kuin kirjallisuuskatsaus antoi olettaa. Haastateltavat tunnistivat potilaan osallistuvan hoitoprosessiin enemmän toiminnan kohteena kuin tuotantoresursseina. Rahan ohella potilas oli toinen resursseista, jota ei tunnistettu kriittiseksi hoitoprosessin kannalta.

#### **4.4.2 Resurssirajoitteet ja rajoittavat prosessivaiheet**

Resurssitarkastelua täydennettiin kartoittamalla hoitoprosessin resursseihin liittyviä rajoitteita sekä hoitoprosessia rajoittavia prosessivaiheita. Kaikki haastateltavat korostivat henkilöstön saatavuuden ja henkilöstön määrän olevan merkittävimpiä resurssirajoitteita hoitoprosessissa. Henkilöstön saatavuuden osalta haastatteluissa tuotiin esille erikoislääkäreiden todella heikko saatavuus, myös erikoistuneiden hoitajien saatavuus koettiin heikoksi osassa haastatteluista. Henkilöstön määrän osalta valtaosassa haastatteluista ilmeni, että määrä on vähäinen suhteessa tämänhetkiseen, kasvujohteiseen toimintavoelyymiin.

*”Hoitajaresurssi saadaan juuri ja juuri riittämään, mutta leikkaavista lääkäreistä on huutava pula, jotta leikkauksia saataisiin tehtyä niin paljon kuin pitäisi.” H6*

Eräs haastateltavista tarkasteli kuitenkin henkilöstön määrää suhteessa toimintaan kriittisesti, hallitsevasta konsensuksesta poiketen. Haastateltava korosti erityisesti sitä, ettei hoitoprosessiin liittyvien rajoitteiden juurisyy ole välttämättä henkilöstöresurssien puute, vaikka se saattaa vaikuttaa siltä. Ajatuksen tunnistettiin perustuvan havaintoon siitä, että kestävä ratkaisun saavuttamien edellyttää myös toiminnan sekä toimintatapojen kehittämistä.

Silmätaudit ovat yksi erikoissairaanhoidon erikoisaloista, mikä asettaa tiettyjä vaatimuksia henkilöstön osaamiselle. Esimerkiksi henkilöstöltä vaadittavan erikoisosaamisen havaittiin hankaloittavan henkilöstöresurssien hankintaa ja kasvattavan tarvetta henkilöstön perehdyttämiselle. Haastatteluissa silmätautien yksikköä luonnehdittiinkin osaamiskeskukseksi, jossa erikoisosaaminen on keskittynyt yksikön sisälle, sillä vaadittavaa erikoisosaamista on vaikeaa saada yksikön ulkopuolelta. Poissaolojen, tilapäisten resursivajeiden ja muiden vastaavien tunnistettiin aiheuttavan haasteita toiminnassa.

Henkilöstöresursseihin kohdistuvien rajoitteiden ohessa haastateltavat tunnistivat merkittäväksi rajoitteeksi silmätautien yksikön tilat. Haastateltavat kokivat tilojen olevan vanhanaikaiset, ahtaat ja epäfunktionaaliset suhteessa tähänhetkiseen toimintavolyymiin. Vaikutusmahdollisuudet fyysisiin rajoitteisiin ymmärrettiin kuitenkin rajallisiksi, ellei jopa olemattomiksi. Muita haastatteluiden perusteella tunnistettuja, resursseihin kohdistuvia rajoitteita on esitetty taulukossa 6. Resurssirajoitteet mukailevat aikaisemmin tunnistettuja resursseja, jotka on esitetty taulukossa 5. Hoitoprosessin yksityinen silmälääkäri oli ainoa aikaisemmin tunnistettu resurssi, johon ei liittynyt rajoitteita. Myös varsinaisia taloudellisia rajoitteita mainittiin vain kolmessa haastattelussa, vaikka taloudellisten rajoitteiden välillinen vaikutus toisiin resurssirajoitteisiin on todennettavissa.

Taulukko 6. *Hoitoprosessin resurssirajoitteet*

<i>Resurssi</i>	<i>Resurssirajoitteet</i>
Fyysiset tilat	Olemassa olevien tilojen soveltumattomuus
Henkilöstö (lääkärit, hoitajat ja sihteerit)	Henkilöstön saatavuus, erityisesti erikoislääkärit Henkilöstön määrä Rajoittunut varahenkilöstön käyttö
Henkilöstön osaaminen	Erikoissairaanhoidossa vaadittava osaaminen Lääkäreiden eroavat leikkausnopeudet
Informaatio ja tieto	Kirjaamiskäytäntöjen yhteneväisyys
Materiaalit (mm. linssit ja lääkkeet)	Materiaalien saatavuus
Potilas	Potilaan hoitoisuus
Raha	Rahoituksen riittävyys
Välineistö ja laitteet	Laitehuollon saatavuus

Resurssirajoitteiden lisäksi hoitoprosessista pystyttiin havaitsemaan rajoittavia prosessivaiheita. Rajoittavien prosessivaiheiden havaittiin myös heijastelevan tiettyjä edellä esitettäviä resurssirajoitteita. Haastatteluihin perustuen rajoittavat prosessivaiheet voidaan jakaa karkeasti seuraaviin prosessivaiheisiin: lähetteen käsittely, potilaan ensikontaktointi sekä leikkaustoiminta.

Lähetteen käsittelyn tunnistettiin olevan ensimmäinen hoitoprosessia rajoittava prosessivaihe. Lähetteen käsittely osoittautui haastatteluiden perusteella pullonkaulaksi, sillä merkittävästä lähetemäärästä huolimatta allokoitavat henkilöstöresurssit ovat vähäisiä, minkä seurauksena sekä lähetejono että lähetteen käsittelyajat pitenevät. Henkilöstöresurssien puutteellisuuden tunnistettiin aiheuttavan myös toisen pullonkaulan hoitoprosessissa. Seuraava hoitoprosessia rajoittava prosessivaihe on potilaan ensikontaktointi, jolla viitataan sekä potilaan esitutkimukseen että potilaan puhelinhaastatteluun. Esimerkiksi haastateltavat totesivat, että potilaiden puhelinhaastatteluita tehdään lisätöinä, jotta potilaita olisi aina valmiina leikkaukseen ja suunnitellut leikkausmäärät saavutettaisiin. Haastatteluiden perusteella sekä potilaan esitutkimus että potilaan puhelinhaastattelu osoittautuvatkin merkittävimmiksi pullonkauloiksi, mitä tukee erään haastateltavan havainto siitä, että hoitoprosessin kehittämisestä huolimatta rajoittava prosessivaihe konkretisoituu aina leikkaustoimintaa edeltävässä toiminnassa.

*”Näyttäisi siltä, että pullonkaula on aina potilaan jonkinlaisessa ensikontaktissa, jotta valmisteltuja potilaita olisi aina takuuvarmasti leikkaussaliin. Henkilöstöä ei riitä valmistelevaan toimintaan ja leikkaustoimintaan, mikä aiheuttaa pullonkaulan valmistelevaan toimintaan.” H6*

Leikkaustoiminta tunnistettiin viimeiseksi hoitoprosessia rajoittavaksi prosessivaiheeksi. Haastatteluiden avulla kaihileikkauksen pullonkauloiksi tunnistettiin kaihileikkauksen peruuntuminen tai keskeytyminen, kaihileikkaus keskusleikkausyksikössä sekä opetustoiminta. Esimerkiksi yksi haastateltava kertoi, että kaihipotilaan leikkaaminen keskusleikkausyksikössä (K-sali) voi pahimmillaan siirtää leikkausajankohtaa kuukausilla, sillä keskusleikkausyksikköä käyttävät myös muut kohdeorganisaation yksiköt ja silmätautien yksikölle allokoitussa saliajassa priorisoidaan vakavimmat tapaukset. Lisäksi kohdeorganisaatio toimii opetussairaalan, jolloin leikkaustoimenpiteessä on mukana lääketieteen ja/tai hoitoalan opiskelijoita, minkä koettiin pidentävät leikkaustoimenpiteen kestoa ja vaikuttavan hoitoprosessin läpimenoa rajoittavasti.

#### **4.4.3 Resurssienhallinta**

Hoitoprosessin resurssienhallinnan tarkasteleminen aloitettiin arvioimalla palvelunäkökulmasta kaihileikkauksen kysynnän ja tarjonnan suhdetta, missä koko kaihipotilaan hoitoprosessi käsitettiin julkisena terveystalona. Kuten hoitoprosessin toimintaympäristö antoi olettaa, haastateltavat kuvailivat palvelun kysynnän olevan lähes tasapainossa tai suurempaan kuin sen tarjonta, joista jälkimmäinen osoittautui enemmän puoletuksi.

*”Itseasiassa sanoisin, että kysyntä ja tarjonta ovat tasapainossa. Pystytään leikkaamaan vuodessa lähes niin paljon kuin lähetteitä tulee.” H4*

*”Kysyntä on suurempaa kuin tarjonta, ainakin julkisella puolella.” H1*

Haastateltavat vertasivat tyypillisimmin kysynnän ja tarjonnan suhdetta kiireettömään hoitoon pääsyn (hoitotakuun) enimmäismääräaikaan, erityisesti sen toteutumiseen. Hoitoon pääsyn odotusaikojen uskottiinkin korreloivan kysynnän kanssa; jos kaihileikkaukseen pääsy ei toteudu määräajassa, kysyntää on enemmän kuin palvelua pystytään tarjoamaan. Tämänhetkisessä tilanteessa potilaat kuitenkin pääsevät kaihileikkaukseen hoitotakuun puitteissa. Hoitotakuun toteutumista ei tästä huolimatta pidetty itsestäänselvyytenä, sillä potilaat voivat joutua jonottamaan aina muutamasta kuukaudesta kuuteen kuukauteen asti. Haastatteluiden perusteella tunnistettiin, että potilaiden odotusajat vaihtelevat merkittävästi hoitotakuun puitteissa, mutta hoitotakuun ylittyminen on myös mahdollista.



*”Kysyntää on varmasti enemmän kuin tarjontaa. Tämä on ilman muuta selvä asia. Jos hoitotakuussa ei aina pysytäkään, kysyntää on enemmän kuin pystymme tarjoamaan.” H2*

Julkisten terveystalouksien kysynnässä on keskeistä ymmärtää, ettei kysyntää rajoiteta keinoin, jotka olisivat verrattavissa yksityisen sektorin tavara- tai palvelutoiminnan tavantasaisten keinoihin. Haastateltavat kokivat kaihileikkauksen saatavuuden rajoittamisen epärealistisena, sillä julkisessa terveydenhuollossa potilaan pääsyä hoitoon ei juurikaan rajoiteta, vaan potilaan on täytettävä kansalliset kaihileikkauksen kriteerit (Käypä hoito -kriteerit) ja hoitotoimenpide on arvioitava potilaalle hyödylliseksi terveydenhuollon ammattilaisen toimesta. Jos terveydenhuollon ammattilainen ei koe hoitoa hyödylliseksi, potilaan kanssa keskustellaan vaihtoehtoisista ratkaisuista. Hoidon saatavuuden rajoittamattomuutta painotettiinkin useassa haastattelussa, kuten julkisille, yleishyödyllisille palveluille on tyypillistä.

*”Hoitoon pääsystä käytetään kansallisia Käypä hoito -kriteereitä. Julkiselle puolelle kaihileikkaukseen pääsee vain Käypä hoito -kriteerien täytyessä, muissa tapauksissa on hakeuduttava yksityiselle puolelle.” H8*

Kaihileikkauksen kysynnän ja tarjonnan kuvaamisella pyrittiin alustamaan tarkastelua silmätautien yksikön kapasiteetinhallinnasta sekä kapasiteetinhallinnan keinoista. Kapasiteetinhallinnan tarkastelemiseksi haastateltavia pyydettiin pohtimaan hoitoprosessin resursseja suhteessa palvelun kysyntään ja sitä, miten hoitoprosessin resurssien riittävyys varmistetaan. Haastatteluiden perusteella pystyttiin tunnistamaan, etteivät kaihipotilaiden hoitoprosessiin allokoituneet resurssit vastaa vaadittavaa toiminnan tasoa. Lisäksi haastateltavat havaitsivat vähäisten resurssien allokoimisen edellyttävän kompromissien tekemistä, sillä resurssien allokointi toisaalle aiheuttaa resurssivajeen toisaalla. Esimerkiksi silmätautien yksikön osastotoiminnan tehostamisen tunnistettiin edellyttävän poliklinikkatoiminnan henkilöstöresurssien allokointia osastotoimintaan ja poliklinikkatoiminnan pyörittämistä vajaamiehityksellä. Resurssien riittävyyden varmistaminen ymmärrettiinkin moniulotteisena kokonaisuutena, johon pyritään etsimään ratkaisua. Kokonaisuuden moniulotteisuudesta johtuen haastateltavat eivät nähneet ratkaisua yksinkertaisena tai helposti toteutettavissa olevana, eivätkä haastateltavat näin ollen osanneet kertoa potentiaalista, toiminnan rajoitteita huomioivaa ratkaisua. Valtaosa haastateltavista osoittikin vastuun resurssien riittävyyden varmistamisesta yksinomaan silmätautien yksikön lähijohdolle sekä sairaanhoitopiirin johtotasolle, eikä vaikutusmahdollisuuksia koettu olevan suoritustasolla asti.

*”Se [resurssien riittävyys] on yksi iso, haastava osa-alue, jonka eteen tehdään töitä lähes päivittäin.” H3*

Vaikka resurssien riittävyyden takaaminen on edelleen ajankohtainen haaste, silmätautien yksikön toiminnassa on käyttöön otettu ratkaisuja hoitoprosessin resurssien riittävyyden ja tarvittavan toiminta-asteen turvaamiseksi. Jotta hoitoprosessin resurssit olisivat riittävät nykyhetkessä ja tulevaisuudessa, haastatteluista on tunnistettavissa sekä strategisen tason että operatiivisen tason ratkaisuita kapasiteetin hallitsemiseksi. Strategisen tason ratkaisut pyrkivät edistämään toiminnan henkilöstöresursointia viestinnän ja tiedottamisen, kouluttamisen sekä rekrytoinnin avulla, missä taustalla vaikuttaa vahva visio kohdeorganisaation brändin rakentamisesta ja houkuttelevuuden parantamisesta. Operatiivisen tason ratkaisut keskittyvät puolestaan yksikön sisäisen toiminnan kehittämiseen, missä resurssien riittävyys pyritään varmistamaan konkreettisten ratkaisuiden kautta. Ymmärrys käytettävistä ratkaisuista oli kattavaa haastateltavien keskuudessa, sillä jokainen haastateltava mainitsi vähintään yhden seuraavaksi esitettävistä keinoista. Haastatteluissa tuotiin esille seuraavat, konkreettiset keinot kapasiteetin hallitsemiseksi: henkilöstöresurssien sisäinen allokointi, varsinaisen työvuoron jälkeen tehtävät lisätyöt, kaihileikkauksen tekeminen yksi silmä kerrallaan sekä palveluiden ostaminen yksityiseltä sektorilta. Henkilöstöresursseja tunnistettiin allokoitavan yksikön sisäisesti, missä resurssien riittävyys pyritään turvaamaan kriittisessä toiminnassa. Kaihipotilaan hoitoprosessin näkökulmasta henkilöstöresursseja allokoidaan pääsääntöisesti silmätautien poliklinikkatoiminnasta osastotoimintaan ja osastotoiminnassa henkilöstökapasiteettia jaetaan tarkemmin eri silmäsairauksien sekä hoitotoimenpiteiden välille.

*”Kaihileikkauspotilaan hoitoprosessi pyritään turvaamaan siirtämällä henkilöresursseja silmätautien yksikön sisäisesti, pois poliklinikkatoiminnasta.” H2*

Kapasiteetin kohdentaminen eri silmäsairauksien välillä ei ole kuitenkaan ongelmantonta, mikä nousee kritiikin kohteeksi eräässä haastattelussa. Haastateltava korostaa kaihipotilaan hoitoprosessin ulkopuolella olevan todellisuudessa monia muita hoitoprosesseja, joiden edellyttämä resurssitarve on merkittävämpi, sillä kaihi ei ole sokeuttava tai näkövamma aiheuttava silmäsairaus, kuten osa silmätautien yksikössä hoidettavista silmäsairauksista.

*”Kaihileikkausprosessi vie resursseja, koska toiminnassa joudutaan keskittymään niin paljon kaihileikkauksen hoitotakuussa pysymiseen. Tämä vie huomion silmäsairauksista, jotka ovat sokeuttavia.” H4*

Kaihileikkausten ostaminen silmätautien yksikön ulkopuolelta, yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajalta tunnistettiin kapasiteetin hallinnan keinoksi. Kaihileikkauksista osa

pystytäänkin tarvittaessa hankkimaan yksityiseltä sektorilta, mutta haastateltavat kokivat palveluiden hankinnan yksityisiltä palveluntuottajalta olevan ainoastaan hätäratkaisu tilanteissa, joissa kiireetöntä hoitoa ei pystytä tarjoamaan potilaalle hoitotakuun puitteissa. Suhtautuminen palveluiden hankintaan yksityiseltä sektorilta olikin haastattelujoukkoa olennaisesti yhdistävä tekijä, sillä haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että julkinen terveydenhuolto tulisi tuottaa julkisten palveluntuottajien toimesta, eikä yksityisten palveluntuottajien. Lisäksi useassa haastattelussa todettiin, ettei terveydenhuollossa ole vielä olemassa sellaista yhteistyötä, jossa julkinen sektori tekisi yhteistyötä yksityisen sektorin kanssa.

*”Viime syksynä yksityiseltä puolelta ostettiin X kaihileikkausta, koska tilanne oli vaan todella huono. Ulkopuolelta ostaminen ei ole kuitenkaan tarkoitus jatkossa, vaan yritetään hoitaa julkisen puolen kaihileikkaukset julkisessa terveydenhuollossa.” H2*

Välittömät kaihipotilaan hoitoprosessiin liittyvät kapasiteetin hallinnan keinot ovat lisätyöt ja kaihileikkauksen tekeminen yksi silmä kerrallaan. Lisätöinä toteutettavat kaihileikkaukset, potilaiden esitutkimukset ja potilaiden puhelinhaastattelut käsitettiin haastatteluiden perusteella enemmän tai vähemmän väliaikaisena ratkaisuna. Osa haastateltavista toi esille lisätöiden olevan kestävämpi ratkaisu, sillä lisätyöt ovat lisärahoitteista toimintaa, eikä toimintaa voida perustaa pysyvästi lisärahoituksen varaan. Vaikka haastateltavien havainto tukee ymmärrystä ratkaisun väliaikaisuudesta, valmisteleavan toiminnan kerrottiin perustuvan tällä hetkellä kuitenkin pitkälti lisätöiden varaan.

*”Lisätöiden avulla yritetään paikata jonon tilapäistä pitenemistä. Käytännössä lisätyöt ovat kuitenkin olleet käytössä koko ajan jo pitkään.” H4*

Haastateltavien mukaan resurssivajeesta johtuen kaihipotilailta leikataan pääasiallisesti vain yksi silmä kerrallaan myös tapauksissa, joissa molemmat silmät oletettavasti tarvitsevat leikkausta. Haastatteluiden perusteella tämänhetkisen ratkaisun ei koettu kuitenkaan olevan optimaalinen, sillä haastateltavat tunsivat ratkaisun vaikuttavan negatiivisesti palvelun tuottamiseen sekä taloudellisesta näkökulmasta että potilasnäkökulmasta. Ratkaisun vaikutuksista huolimatta haastateltavat kokivat ratkaisun olevan välttämätön toiminnan sekä resurssien riittävyyden kannalta. Lisäksi ratkaisun havaittiin kuormittavan hoitoprosessin alkupäätä, sillä kaihipotilaan silmien eriaikainen leikkaaminen edellyttää lähetettä molemmista silmistä, jotta todistetaan kansallisten kaihileikkaukskriteerien täyttyminen. Haastatteluista ei kuitenkaan käynyt ilmi, onko edellä esitettävä toimintatapa vain väliaikainen ratkaisu tai miten merkittävästi kaihipotilaan molempien silmien samanaikainen leikkaaminen vaikuttaisi hoitoprosessiin.

*”Jos tilanne olisi hyvä, molemmat silmät tietysti leikattaisiin kriteerien täytyessä samalla kertaa. Molempien silmien samanaikainen leikkaaminen on kaikin puolin – taloudellisesta ja potilaan näkökulmasta – järkevää, mutta näillä resursseilla siihen ei valitettavasti pystytä.” H2*

Kapasiteettitarkastelun yhteydessä haastateltavilta kysyttiin tarkentavasti, millaiseksi he kokevat resurssien kuormituksen. Valtaosa haastateltavista ei kokenut resurssien kuormitusastetta optimaaliseksi, erityisesti organisaation suorittavan tason kokemus kuormituksen suuruudesta oli yhtenäinen. Haastatteluista ilmenikin, että resurssien kuormitus on kasvanut kasvujohteisen toimintavolyymin myötä ja henkilöstöresursseja pikemminkin joustatetaan vain ylöspäin, mitä todentaa olennaisesti esille tuotu silmätautien yksikön henkilöstöresurssien puute.

*”Resurssien kuormitus on kasvanut, toimintatahti on kiristynyt. Potilasmäärät ovat kasvaneet.” H8*

#### **4.4.4 Henkilöstön ohjaus ja motivointi**

Silmätautien yksikön henkilöstö on tärkeässä roolissa hoitoprosessissa sekä hoitotoiminnan että palvelutoiminnan näkökulmasta, mikä voidaan todeta myös haastatteluiden perusteella. Henkilöstön ohjausta tarkasteltiin haastatteluissa pääasiallisesti operatiivisena toimintana, työvuorosuunnitteluna sekä hoitotoiminnan ja -toimintatapojen ohjaamisena. Eräs haastateltavista kuvaili henkilöstön ohjaamisen jakautuneen perinteisesti siten, että lääkärit vastaavat lääkäreiden ohjaamisesta ja hoitajat vastaavat puolestaan hoitajien ohjaamisesta. Vaikka vastuu ohjauksesta vaikuttaa olevan jakautunut, ohjaamista tunnistettiin tapahtuvan myös yli ammattirajojen. Nimellinen vastuu henkilöstöstä ja sen ohjaamisesta osoitettiin haastateltavien toimesta kuitenkin osastonhoitajalle ja ylilääkärille, jotka yhdessä muun johtoryhmän kanssa ovat vastuussa silmätautien yksikön toiminnan ohjaamisesta.

*”Säännölliset suunnittelu- ja viikkopalaverit, joissa käydään läpi, mitkä ovat tavoitteet ja miten on suoriuduttu. Tämä on merkittävä osa päivittäistä työntekijöiden ohjausta.” H3*

Haastatteluiden perusteella henkilöstön operatiivinen, päivittäinen ohjaaminen perustuu työvuorosuunnitteluun, missä keskeisenä ohjausvälineenä on työvuorotaulukko. Haastateltavien mukaan perustyötä ohjataan työvuorotaulukon avulla, jossa henkilöstölle ilmoitetaan työaika ja sijoituspaikka silmätautien yksikössä. Työvuorotaulukon ohessa ohjaamista toteutetaan tussi- ja magneettitaulujen avulla, jotka henkilökunta on veloitettu

tarkastamaan heti työvuoron alussa. Esimerkiksi sijoituspaikkatiedot ja tarvittavat muutokset sijoituspaikoissa viestitään henkilöstölle tussi- ja magneettiäulujen avulla heti aamusta.

Hoitotoiminnan ja -toimintatapojen ohjaamisessa lähtökohdaksi tunnistettiin näyttöön perustuva toiminta, jossa käytetään suositeltavia, vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä. Haastateltavat mainitsivatkin, että hoitotyötä ohjataan käytännön toiminnan kautta, missä käytetään näyttöön perustuvia suosituksia, kuten Käypä hoito -suosituksia. Lisäksi silmätautien yksikössä henkilöstön ohjaamiskeinoksi tunnistettiin henkilöstön kouluttautumismahdollisuudet, erityisesti silmätauteihin suuntautunut kouluttautuminen ja muu oleellinen kouluttautuminen, kuten työturvallisuus, potilasturvallisuus ja tietoturva. Vain muutamassa haastattelussa henkilöstön tiedottaminen, informointi ja ohjeistaminen eri viestintäkanavien kautta tunnistettiin henkilöstön ohjaamisen keinona hoitotoiminnassa.

Tarkasteltaessa henkilöstön ohjaamista haastatteluissa nousi jatkuvasti esille henkilöstön itseohjautuvuus, vaikka haastateltavien kokonaisvaltainen näkemys silmätautien yksikön tai sen henkilöstön itseohjautuvuudesta ei ollut kuitenkaan yhtenäinen. Osa haastateltavista koki silmätautien yksikön ja sen henkilöstön olevan enimmäkseen itseohjautuvaa, vaikka henkilöstön itseohjautuvuuden ei todettu olevan paras mahdollinen. Puolestaan osa haastateltavista koki päivittäisen ohjaamisen olevan puutteellista, mikä velvoittaa yksilöä ottamaan vastuuta toimintansa ohjaamisesta. Haastatteluiden perusteella henkilöstön itseohjautuvuus osoittautuikin ristiriitaiseksi, sillä toisaalta henkilöstö ymmärretään itseohjautuvaksi, mutta toisaalta ohjaamisen uskotaan olevan turhan paljon yksilön vastuulla.

*”Tylsä sanoa, mutta päivittäisen työn ohjaaminen on puutteellista. Päivittäinen ja viikoittainen ohjaaminen on liian paljon itse työntekijän vastuulla.” H6*

Haastateltavat eivät juurikaan tuoneet esille pehmeitä ohjauskeinoja tai vaihtoehtoisesti he eivät tunnistanee niiden olevan osa henkilöstön ohjaamista. Esimerkiksi ainoastaan yksi haastateltava mainitsi motivoinnin selkeästi käytettävänä ohjauskeinona, vaikka motivointi on tunnistetusti keskeinen osa henkilöstön ohjaamista. Palveluhenkilöstön motivoinnin tärkeydestä johtuen haastateltavilta kysyttiinkin tarkentavasti, mitä ovat motivoinnin keinot ja miten motivoinnin tärkeys ymmärretään. Motivointi sekä motivaation ylläpitäminen ymmärrettiin silmätautien yksikön sisäiseksi toiminnaksi, missä vastuu on vahvasti yksikön vetäjien harteilla. Haastatteluiden perusteella motivoinnin keinoiksi tunnistettiin muun muassa tehtäväkohtaiset lisät, ei-rahallinen palkitseminen, työhyvinvointia

ja -kykyä tukevat keinot, palautteen antaminen, mahdollisuus vaikuttaa omaan työnkuvaan ja sen kehittämiseen, kehityskeskustelut sekä itsenäinen motivointi. Pääasiallisesti haastateltavien mielipiteet motivoinnista ja sen toteutumisesta olivat ehdottomia, jopa negatiivissävytteisiä. Haastateltavat kokivat käytössä olevat motivointikeinot heikoiksi, eivätkä täten olleet tyytyväisiä motivointiin.

*”En osaa sanoa yhtään esimerkkiä, miten henkilöstöä oikeasti motivoitaisiin. Sen takia varmaankin tyytymättömyyttä ja uupumusta on havaittavissa.” H6*

Valtaosa haastateltavista nosti esille taloudellisen motiivoinnin, mikä vahvistaa sen olennaisuutta motiivoinnin keinona. Taloudellisen motiivoinnin toteuttamista ei kuitenkaan tunnustettu yksiselitteiseksi. Haastateltavat korostivat pääasiallisesti taloudellisen palkitsemisen mitättömyyttä tai palkitsemisjärjestelmien puuttumista. Haastattelujoukkoa jakoi kuitenkin näkemys siitä, käytetäänkö toiminnassa taloudellisia motivointikeinoja. Esimerkiksi osa haastateltavista ymmärtää taloudellisen palkitsemisen bonus- tai palkkiotyypisenä etuna, kun taas osa haastateltavista ymmärtää lisätöiden ja niistä saatavan lisäpalkkion olevan taloudellista palkitsemista.

Keskusteltaessa motiivoinnista ja sen keinoista oli mahdollista havaita, ettei motiivoinnin tarvitse aina olla taloudellinen palkkio tai konkreettinen asia, vaan motivointia voi toteuttaa myös pienien asioiden avulla. Esimerkiksi yli puolet haastateltavista kommunikoi selkeästi henkilöstön osallistaminen mahdollistamalla omaan työnkuvaan vaikuttamiseen ja oman työn kehittämisen olevan motivoivaa. Lisäksi esimiehen ja kollegan tai kollegoiden välinen palautteen antaminen sekä sen saaminen tunnustettiin motivoivaksi, mutta myös yksikön yhteishenkeä kohottavaksi. Eräs haastateltava kuvailikin silmätautien yksikön sisäistä ilmapiiriä jo itsessään olevan motivoivana käyttäen termejä ”välitön”, ”ei-hierarkkinen” ja ”potilaan etua tavoitteleva”. Ennen kaikkea haastateltavat alleviivasivat potilailta saatavan palautteen ja tyytyväisen potilaan merkitystä, mikä osaltaan kantaa henkilöstön sisäistä motivaatiota. Henkilöstön sisäisen motivaation tunnustettiin olevan yksilön motivaation olennainen lähde.

*”Yritän itse päästä kehittämään omaa työtäni, minkä koen motivoivana. Aikaisemmin tätä on ollut kuitenkin liian vähän. Omaan työnkuvaan vaikuttamista on pyritty ottamaan enemmän mukaan.” H4*

Ymmärrys motiivoinnin tärkeydestä jakautui haastateltavien kesken selkeästi kolmeen eri näkökulmaan: motiivoinnin tärkeys on tunnustettu, motiivoinnin tärkeyttä ei ole tunnustettu ja suhtautuminen motivointiin on muuttumassa. Kun verrataan kokemusta motiivoinnin toteutumisesta ymmärrykseen motiivoinnin tärkeydestä, haastatteluissa on havaittavissa

ristiriitaisuutta, sillä tyytymättömyydestä poiketen enemmistö haastateltavista uskoi motivoinnin tärkeyden olevan tunnistettu. Toisaalta kahdessa haastattelussa esitettiin näkemys siitä, että motivoinnin tärkeyden tunnistaminen on murrosvaiheessa siitä huolimatta, että asioiden tunnistaminen ja niihin vaikuttaminen voi olla suurissa organisaatioissa haasteellista. Murroksessa olennaiseksi tekijäksi tunnistettiin johtotason muuttunut ymmärrys sekä motivoinnin tärkeydestä että motivointikeinojen kehitystarpeesta. Havaittavasta positiivisesta kehityssuunnasta huolimatta osa haastateltavista uskoi vahvasti, ettei motivoinnin tärkeyttä ole tunnistettu organisaatiossa tai motivoinnin toteuttamisessa organisaatiossa on edelleen merkittäviä puutteita motivoinnin tärkeyden tunnistamisesta huolimatta.

*”Sairaalanjohto tai lähijohto ei hahmota sitä, miten tärkeää on pitää olemassa oleva henkilöstö tyytyväisenä ja miten se tehdään.” H6*

## 5. TULOSTEN TARKASTELU

### 5.1 Palvelutuotannon tavoitteet ja arviointi

Palvelutuotannon tavoitteita, ymmärrystä asetetuista tavoitteista ja tavoitteiden toteutumisen arviointia pyrittiin tarkastelemaan eri toimijoiden näkökulmista, mikä vastaa tämän tutkimuksen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen (TK1). Tutkimusaineistossa esille nousseet kaihipotilaan hoitoprosessin tavoitteet olivat yhtenäisiä, mikä vahvistaa haastateltavien havaintoa siitä, että ymmärrys hoitotoiminnan tavoitteista on oletusarvoisesti yhtenäistä silmätautien yksikössä. Tutkimusaineistosta tunnistetut tavoitteet kohdistuvatkin pääasiallisesti hoitoprosessin sujuvuuteen, potilastyytyväisyyteen, potilashoidon laatuun ja hoitoon pääsyn (hoitotakuun) määräajan toteutumiseen. Hoitoprosessin taloudellisuuteen tai tehokkuuteen kohdistuvia tavoitteita tunnistettiin heikosti, mikä osoittaa, ettei toimintaa tarkasteltaessa huomiota kiinnitetä sen taloudellisuuteen tai tehokkuuteen. Tämä havainto tukee Langabeerin ja Heltonin (2020) tulkintaa siitä, että terveydenhuollon toimintaympäristölle on tyypillistä, ettei toimintaa tarkastella tehokkuuden tai kustannusten näkökulmasta.

Tutkimusaineistossa esiintyneet tavoitteet olivat abstrakteja, eikä konkreettisia kvantitatiivisia tai kvalitatiivisia tavoitteita tunnistettu. Johnstonin ja Clarkin (2008, s. 369) mukaan palvelutuotannon kehittämistä edistävät kuitenkin selkeästi määritellyt, kvantitatiiviset tavoitteet; miten tavoite tukee toimintaa, miten tavoite on konkretisoitavissa ja miten tavoitetta mitataan. Kuten kirjallisuuskatsauksessa todettiin, mittarit toimivat johtamisen välineinä (Lönnqvist et al. 2010, s. 14), mikä edellyttää mittareiden selkeää linkittymistä organisaation strategiaan tavoitteisiin (Kujala et al. 2005). Tämän perusteella taulukossa 7 on tarkasteltuna, miten tunnistetut hoitoprosessin tavoitteet ja mittarit linkittyvät toisiinsa tutkimusaineistoon pohjalta.



Taulukko 7. *Hoitoprosessin tavoitteisiin kohdistuvat mittariluokat*

<i>Tavoitteet</i>	<i>Asiakastyytyväisyysmittarit</i>	<i>Henkilöstön osaamisen ja kehittämisen mittarit</i>	<i>Henkilöstön työhyvinvointimittarit</i>	<i>Hoitoon pääsyn (hoitotakuu) mittarit</i>	<i>Laatumittarit</i>	<i>Taloudellisuusmittarit</i>	<i>Tehokkuusmittarit</i>
Hoitoprosessin sujuvuus	x	x			x		x
Laadukas potilashoito	x	x			x		
Hoitotakuun toteutuminen				x			
Potilastyytyväisyys	x						
Hoidon oikea-aikaisuus				x			
Potilaan näkökyvyn palauttaminen	x						
Hoitoprosessin taloudellisuus						x	
Hoitoprosessin tehokkuus							x

Kuten taulukosta 7 voidaan havaita, tutkimusaineistosta tunnistetut mittariluokat ovat linkitettävissä tavoitteisiin ja tavoitteeseen kohdistuu ainakin yksi mittariluokka. Mittareiden voidaankin todeta tukevan tavoitteiden seurantaan joko suoraan tai välillisesti, mikä vahvistaa haastateltavien välillä vallitsevaa konsensusta siitä, että toiminnassa pyritään sille asetettuihin tavoitteisiin. Toisaalta tutkimusaineistosta oli havaittavissa, että arvioinnissa painottuu haastateltavien subjektiivinen näkemys hoitoprosessista ja se, mitä tavoitteita vasten hoitoprosessia verrattiin. Tämän perusteella muodostui kokonaiskuva, että hoitoprosessi vastaa sen tavoitteita vain kohtalaisesti, eikä toiminnan linjaaminen tavoitteiden mukaan ole yksinkertaista.

Hoitoprosessien tavoitteiden asettamista ja vastuuta niiden saavuttamisesta tarkasteltiin eri sidosryhmien näkökulmasta, minkä perusteella tutkimusaineistoista oli havaittavissa selkeä, hierarkkinen rakenne ulkoisten ja sisäisten toimijoiden välillä. Hierarkkisen rakenteen tunnistettiin vaikuttavan myös laajemmin terveydenhuollon toimintaympäristön ohjaamisessa. Hoitoprosessille tavoitteita asettavatkin sekä ulkoiset toimijat että sisäiset toimijat, mutta vastuu tavoitteiden saavuttamisesta keskittyi sisäisten toimijoiden keskuuteen, eri organisaatiotasolle. Tutkimusaineistosta keskeisiksi organisaation sisäisiksi toimijoiksi tunnistettiin sairaalanjohto ja silmätautien yksikön johtoryhmä, jotka ovat vastuussa sekä sisäisten tavoitteiden asettamisesta että niiden saavuttamisesta. Vaikka vastuu tavoitteiden asettamisesta osoitettiin yksittäisille toimijoille, vastuu niiden saavut-

tamisesta koettiin kuitenkin olevan yhteinen. Toisin sanoen jokaisella toimijalla tunnistettiin olevan roolinsa ja vastuunsa tavoitteen mukaiseen tulokseen pyrittäessä. Myös asiakkaan tunnistettiin asettavan hoitoprosessille yksittäisiä tavoitteita. Kuten kirjallisuuskatsauksessa esitettiin, asiakas asettaa palveluprosessille odotuksia ja vaikuttaa näiden toteutumiseen toiminnallaan (mm. Sampson & Froehle 2006; Johnston & Clark 2008, ss. 5–1).

Tutkimusaineiston pohjalta voidaan kuitenkin todeta, että eri toimijoiden ymmärrys kaihipotilaan hoitoprosessin tavoitteista on ristiriitaista, sillä tavoitteisiin havaittiin vaikuttavan toimintaa tarkastelevan toimijan motiivi. Kuten kirjallisuuskatsauksessa esitettiin, tasapainottelemisen useiden ei sidosryhmien intressien välillä johtaa tavoitteiden epäselvyyteen ja moninaisuuteen, mikä on tyypillistä julkiselle palvelutuotannolle (Radnor & Noke 2013; Virtanen & Stenvall 2019). Ristiriitaisuus ymmärryksessä kulminoituikin sisäisten ja ulkoisten toimijoiden väliseen vertailuun ja toteutumukseen siitä, ettei ulkoisilla toimijoilla ole tarvittavaa substanssiosaamista tai kokemusta käytännön hoitotoiminnasta. Tutkimusaineistosta nousi voimakkaasti esille organisaatioin ulkoisten toimijoiden puutteellinen käsitys silmätautien yksikön toiminnasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä, mikä osaltaan heikentää ymmärrystä myös hoitoprosessin tavoitteista ja niiden realistisuudesta. Havainnot tukevatkin Parvisen et al. (2005, ss. 238–240) näkemystä toimijoiden välillä vallitsevasta tiedon epäsymmetriasta.

Kirjallisuuskatsauksessa palvelutuotannon ohjaamisen ja arvioimisen ohella kriittiseksi toiminnaksi tunnistettiin sen kehittäminen (Roth & Menor 2003), mitä tutkimusaineistosta tehdyt havainnot myös tukevat. Haastateltavat tunnistivatkin kaihipotilaan hoitoprosessin kehittämisen olevan aktiivista; kehityskohteita pyritään tunnistamaan muun hoitotoiminnan ohessa ja kehitystoimintaan kannustetaan yksikkötasolla, mutta myös laajemmin organisaatiotasolla. Käytännössä kehittämistoiminnan tunnistettiin kohdistuvan hoitoprosessin toimintatapoihin sekä rajoittaviin prosessivaiheisiin. Toimintaympäristössä tapahtuvien muutosten tunnistettiin aiheuttavan paineita hoitoprosessin kehittämiseksi, jotta palveluiden tuottavuus pystytään varmistamaan myös tulevaisuudessa kysynnän kasvaessa.

Tutkimusaineistoon perustuen kaihipotilaan hoitoprosessi on yksi silmätautien yksikön keskeisimmistä hoitoprosesseista, jota myös kehitetään jatkuvasti. Kehittämistoiminta osoittautuu kuitenkin olevan vain silmätautien yksikön sisäistä, erikoisosaamiseen pohjautuvaa toimintaa, joka osallistaa sekä johto- että suoritustasoa. Haastateltavat painottivatkin sisäisen kehittämistoiminnan rajallisuutta, sillä palvelutuotantoon sitoutetut henkilöstöresurssit eivät ei ole allokoitavissa kehittämistoimintaan. Tämä tukee myös havaintoa sisäisen kehittämistoiminnan soveltuvuudesta ainoastaan käytännön pienempiin

kokonaisuuksiin, sillä laajempi kehittämistoiminta edellyttäisi resurssien irrottamismahdollisuutta hoitotoiminnasta.

## 5.2 Palvelutuotannon mittaaminen

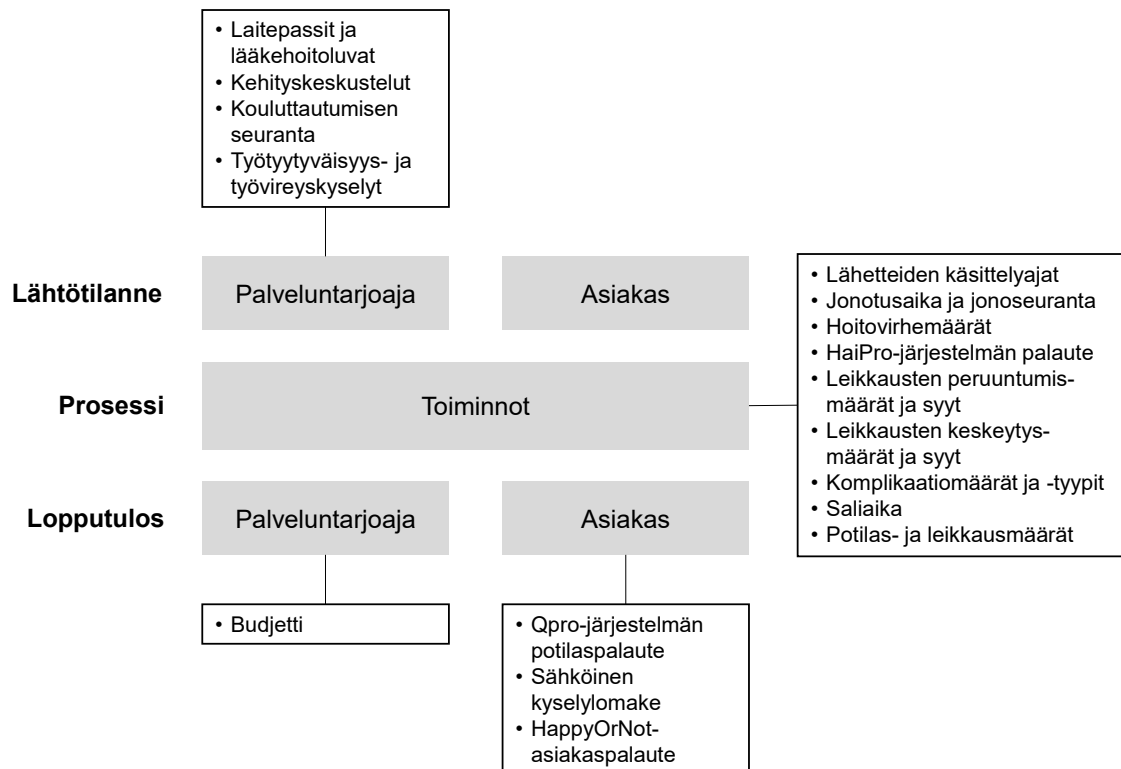
Palvelutuotannon mittaamista pyrittiin tarkastelemaan mitattavien ilmiöiden ja mittareiden sekä mittaamisen käyttötarkoituksen osalta, mikä vastaa tämän tutkimuksen toiseen tutkimuskysymykseen (TK2). Tutkimusaineistoa koostettaessa kaihipotilaan hoitoprosessissa mitattavia ilmiöitä ja mittareita pyrittiin tarkastelemaan erikseen, jotta mittarin taustalla oleva kiinnostuksen kohde pystyttäisiin tunnistamaan. Mitattavan ilmiön ja mittarin erottaminen toisistaan osoittautui kuitenkin haastavaksi, sillä valtaosa haastateltavista pystyi tunnistamaan ainoastaan yksittäisiä tunnuslukuja tai informaationkeräysinstrumentteja, ei varsinaisia mitattavia ilmiöitä. Lisäksi käsiteltävät mittarit eivät rajoitu ainoastaan hoitoprosessiin, vaan huomioivat myös siihen liittyvää yksikön toimintaa laajemmin.

Kaihipotilaan hoitoprosessissa käytettävät mittarit ovat kehitetty silmätautien yksikössä, mikä vahvistaa haastateltavien havaintoa siitä, että mittarit tarkastelevat toiminnan kannalta olennaisia asioita. Käytettävien mittareiden tarkoituksenmukaisuutta vahvistaa yksikön sisäinen mittareiden suunnittelu- ja kehitystoiminta, mikä noudattaa pääasiallisesti ”bottom-up” -tyyppistä toimintamallia. Tämä tukee myös havaintoa, että terveydenhuollon organisaation päämäärään perustuva mittaristo tulee rakentaa organisaatiossa, päätöntekijöiden toimesta. Usein mittariston kehitysprosessi sekä parantaa näkemystä taustalla olevasta kokonaisuudesta että lisää ymmärrystä johtamisen kannalta keskeisistä asioista ja niiden välisistä riippuvuussuhteista. (Kujala et al. 2005) Mittareiden toimintalähtöisen kehittämisen koettiin palvelevan yksikköä parhaalla mahdollisella tavalla, sillä mittareiden todettiin tarjoavan toiminnassa vaadittavaa informaatiota ja kerättävän mittausinformaation olevan hyödynnettävissä käyttötarkoitustaan vastaavalla tavalla. Silmätautien yksikkökohtaisesti kehitetyt, standardisoimattomat mittarit aiheuttavat kuitenkin kansallisesti haasteita mittaustulosten vertailtavuudessa ja mittauskäytäntöjen yhtenäistämässä, mikä pystyttiin havaitsemaan myös tutkimusaineiston perusteella.

Kaihipotilaan hoitoprosessin ja siihen liittyvän toiminnan mittaaminen painottui tarkastelemaan operatiivista toimintaa, missä käytettävät mittarit jakautuivat mittarityyppien välillä tasaisesti sekä subjektiivisiin että objektiivisiin mittareihin. Hoitoprosessista ja siihen liittyvästä toiminnasta tunnistetut mittarit on esitetty tarkemmin kuvassa 6. Kuten kuvasta 6 on havaittavissa, mittaaminen painottuu sisäisten toimintojen tarkasteluun. Sisäisten näkökohtien ollessa vallitsevia palvelutoiminnassa prioriteeteiksi nousevatkin tyypillisesti tuottavuus ja kustannustietoisuus laadullisten seuraamusten jäädessä huomioimatta

(Grönroos 2015), mikä tukee havaintoa mittaamisen suppeudesta. Haastateltavat tunnistivatkin mittareiden tarkasteltavan mitattavia ilmiöitä yksiselitteisesti, vaikka mitattavat ilmiöt ovat harvoin yksiselitteisiä käytännössä. Lisäksi palvelutuotannon lopputuloksen heikko mittaaminen osoittaa mittaamisessa olevan vielä kehitettävää. Langabeer ja Helton (2020) toteavat, että palvelutoiminnan tuotosten mittaamisen olevan tärkeää, jotta puutteet tavoitellun toiminnan ja toteutuneet toiminnan välillä pystytään ymmärtämään.

**Kuva 6.** Hoitoprosessin mittarit yhdistettynä palvelutuotannon elementteihin



Laajemmin tutkimusaineistosta tunnistettujen mittareiden voidaan todeta tarkastelevan toimintaa seuraavista näkökulmista: asiakasnäkökulma, henkilöstönäkökulma, taloudellinen näkökulma ja tuottavuusnäkökulma. Tutkimusaineiston mukaiset näkökulmat tukevatkin Langabeerin ja Heltonin (2020) näkemystä suorituskyky mittareiden kokonaisvaltaisuudesta, jonka mukaan mittaamisen tulee huomioida toiminta-, taloudellisuus- sekä asiakasnäkökulmat. Verrattaessa tunnistettuja näkökulmia Kujala et al. (2005) tutkimukseen, jossa tasapainotettua mittaristoa sovelletaan sepelvaltimotautipotilaan hoitoprosessiin, voidaan havaita, etteivät mittarit huomioi toimintaa yhtä kokonaisvaltaisesti. Sepelvaltimotautipotilaan hoitoprosessin tasapainotettu mittaristo sisälsikin seuraavat näkökulmat: taloudellinen näkökulma, potilas- ja asiakasnäkökulma, prosessinäkökulma, henkilöstönäkökulma ja alkuperäisestä mittaristosta poikkeavan lääketieteellisen hoidon näkökulman. (Kujala et al. 2005)

Mitattavana ilmiönä asiakastyytyväisyys nousi eniten esille tutkimusaineistosta, mikä on olennaista palvelutoiminnan näkökulmasta. Tämä tukee kirjallisuuskatsauksen mukaista havaintoa palveluiden asiakaskeskeisyydestä (mm. Vargo & Lusch 2004a; Lönnqvist et al. 2010, s. 38) ja siitä, että sekä palveluntarjoajan että asiakkaan näkökulma on otettava huomioon toimintaa arvioitaessa (Lönnqvist et al. 2010, s. 19). Asiakastyytyväisyyden mittaamisesta huolimatta asiakasnäkökulman huomioiminen ei ole kattavaa, mikä voidaan havaita myös kuvasta 6. Asiakasnäkökulmaan liitettävät mittarit tarkastelevat ainoastaan asiakkaalta saatavaa palautetta, eivätkä asiakasta palvelutuotannon mukaisena tuotantoresurssina. Lönnqvist et al. (2010, s. 22) esittävät palvelutuotannon asiakasnäkökulmaa lähestyttäväksi muun muassa seuraavien kysymysten avulla: Mitä panoksia palvelu edellyttää asiakkaalta? Millaisia tuotokset ovat asiakkaan näkökulmasta? Millaisia vaikutuksia palvelulla on? (Lönnqvist et al. 2010, s. 22) Myös Roth ja Menor (2003) korostavat, että asiakkaan kokemaa palvelun arvoa on tärkeää pystyä arvioimaan, jotta palvelutuotantoa on mahdollista kehittää. Toisaalta tämä herättää olennaisen kysymyksen siitä, voiko terveydenhuollon palvelutoiminta olla täysin asiakaslähtöistä palvelua, etenkin julkisen sektorin tuottamat terveyspalvelut. Kuten kirjallisuuskatsauksessa korostettiin, terveydenhuolto on luonteeltaan standardoitua asiantuntijapalvelua, missä toimintaa ohjataan pääasiallisesti asiantuntijalähtöisesti, ei asiakaslähtöisesti (Lillrank et al. 2004, ss. 24–27).

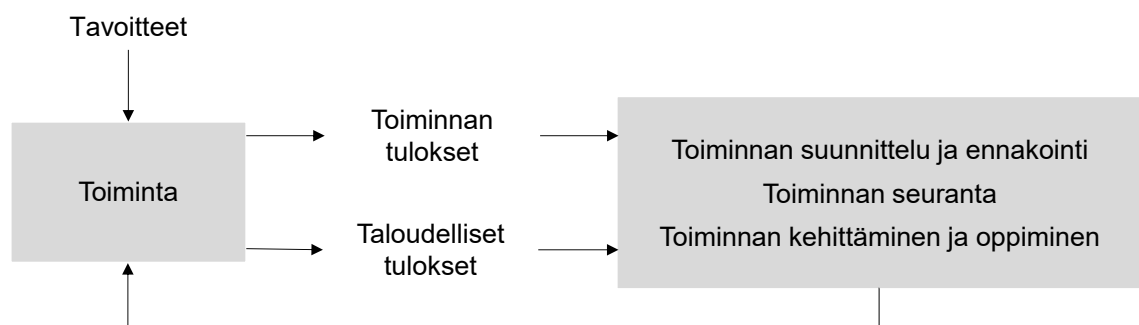
Kuten aikaisempien havaintojen perusteella voidaan todeta, mittaamien ei huomioi toiminnan eri näkökulmia niin kokonaisvaltaisesti kuin olisi mahdollista. Lisäksi haastateltavat toivat esille voimakkaasti sen, että toiminnan tarkasteleminen on painottunut hoitotakuun ja toiminnan tuottavuusmittareiden ympärille. Tarkasteltaessa kaihipotilaan hoitoprosessia mittaamisen näkökulmasta tutkimusaineistosta voidaan nostaa kaksi selkeää puutetta: hoidon oikea-aikaisuutta tai potilaiden hoitoisuutta ei mitata ja laadun mittaaminen ei ole standardoitua.

Tutkimusaineistosta havaittiin, etteivät käytössä olevat mittarit tarkastele potilaiden hoitoisuutta, minkä tunnistettiin vaikuttavan olennaisesti toimintaan ja sen suunniteltuun toteutumiseen. Kämäräinen et al. (2016) toteavatkin, että yksi tyypillisimmistä ongelmista yksikkötason tuottavuusmittareissa on se, etteivät mittarit sopeudu vaihtelevaan potilaskantaan, minkä seurauksena haastavat potilaat johtavat tuottavuuden laskuun. Verrattaessa tuottavuutta ainoastaan tuotosten määrään johtaa se todennäköisesti tuotosten laadun ja vaikuttavuuden heikkenemiseen. (Kämäräinen et al. 2016) Myöskään hoidon oikea-aikaisuuden mittaamiseksi ei ole käytössä mittaria, jota voitaisiin hyödyntää muun

muassa arvioidessa tuotosten vaikuttavuutta, eli hyötyä suhteessa tavoitteisiin ja tarpeisiin. Tutkimusaineistossa edellä esitettävien ilmiöiden mittaamisen ei oletettukaan olevan yksinkertaista.

Tutkimusaineiston avulla pystyttiin tunnistamaan, että laadun mittaaminen koetaan puutteelliseksi kaihipotilaan hoitoprosessissa. Ongelmat eivät kuitenkaan rajaudu ainoastaan silmätautien yksikön toimintaan, vaan laadun mittaaminen koettiin haasteelliseksi myös laajemmin terveydenhuollossa, aina kansallisella tasolla asti. Palvelutoiminnassa laatumittareiden olemassaolo on olennaista, jottei asiakasnäkökulma jää huomioimatta tai tuottavuuden kasvu laske laatua (Kämäräinen et al. 2016). Vaikka tutkimusaineistosta pystyttiin tunnistamaan hoitoprosessia tarkastelevia laatumittareita, käytettävät mittarit eivät tarkastelleet itse hoitoprosessin tuotoksen laatua. Silmätautien yksikössä ei ole siis saatavissa tarkkaa tietoa tuotoksesta asiakkaan näkökulmasta tai sen laadusta, mikä on merkittävää vahvan palveluluonteen mukaisessa toiminnassa. Laadun tarkasteleminen tunnistettiin merkittäväksi kysymykseksi tulevaisuudessa, etenkin standardoitujen, kansallisten laatumittareiden näkökulmasta, jotka edistäisivät yksiköiden välisen toiminnan vertailemista. Kuten Langabeer ja Helton (2020) toteavat, terveydenhuollon organisaatioiden vertaaminen ei ole tavanomaista, vaikka toiminnan vertaileminen tiettyjen kriteerien mukaisesti auttaa varmistamaan tehokkaat prosessit ja tunnistamaan kehitystoimenpiteitä edellyttävät kohteet myös terveydenhuollon kontekstissa.

Mittaamisella voidaan todeta olevan sekä sairaalan johdon että silmätautien yksikön henkilöstön tuki takanaan, mitä vahvistaa mittareiden käyttö osana päätöksentekoa ja käyttöä tukevan ajattelutavan vakiintuminen organisaatiossa. Vaikka mittareiden käyttövaihe ei ole itsestään selvä asia (Lönnqvist et al. 2010, s. 123; Jääskeläinen et al. 2013, s. 61), mittareita hyödynnetään osana kaihipotilaan hoitoprosessin ohjaamista. Kaihipotilaan hoitoprosessin mukaista mittareiden käyttöä ja mittaamisen ohjausvaikutusta on havainnollistettu kuvassa 7.



**Kuva 7.** Mittareiden käyttö osana kaihipotilaan hoitoprosessin mukaista toimintaa

Kuten kirjallisuuskatsauksessa todettiin, mittaamisen perustarkoitus on tuottaa informaatiota tarkasteltavasta ilmiöstä ja näin ollen toimia kommunikoinnin sekä ohjauksen välineenä. Operatiivisessa toiminnassa mittaamisen avulla keskitytäänkin tarkastelemaan, saavutetaanko asetetut tavoitteet ja ovatko korjaavat toimenpiteet tarpeen. (Lönqvist et al. 2010, s. 124) Tutkimusaineiston perusteella mittausinformaation käyttökohteiksi oli tunnistettavissa 1) toiminnan suunnittelu ja ennakointi, 2) toiminnan seuranta sekä 3) toiminnan kehittäminen ja oppiminen, mikä vastaa edellä esitettävää operatiivisen tason mittaamista. Tämän lisäksi haastateltavat tunnistivat esitettävien käyttökohteiden liittyvän keskeisesti toiminnanohjaamiseen terveydenhuollon kontekstissa. Operatiivisen toiminnan keskeisiksi seurantatyökaluiksi osoittautuivat puolestaan johdon raportointijärjestelmä ja taulukko-ohjelmapohjainen seurantaraportti, joiden kautta mittausinformaatiota kommunikoidaan sekä silmätautien yksikössä että vastuu- ja toimialuetasoilla.

Tutkimusaineistoon perustuen ymmärrys palvelutuotannon mittaamisesta ja mittausinformaation käyttökohteista oli kattavampaa haastateltavilla, jotka hyödyntävät mittausinformaatiota osana operatiivista toimintaa tai joille on annettu pääsyoikeus johdon raportointijärjestelmään. Ymmärrys palvelutuotannon mittaamisesta on vahvasti sidoksissa haastateltavan rooliin osana kaihipotilaan hoitoprosessia. Tämän seurauksena mittaamisen käyttötarkoitus tai mittareiden sisältö ei välttämättä välity aina suoritustasolle asti, eikä ymmärrys mittaamisen kautta saavutettavista hyödyistä näin ollen kohtaa eri organisaatiotasolla. Havainto on merkittävästi ristiriidassa kirjallisuuskatsauksessa esitettyjen näkemysten kanssa, joiden mukaan mittaamisen tulisi parhaimmillaan ohjata ja kannustaa henkilöstöä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi (Heineke 1995; Lönqvist et al. 2010, s. 14). Toisaalta havainnon voidaan todeta tukevan haastateltavien keskuudessa esiintynyttä pohdintaa siitä, ettei koko henkilöstön ole välttämätöntä tietää tarkasti mittaamisen käyttötarkoitusta tai käytettäviä mittareita.

### **5.3 Palvelutuotannon ohjaaminen**

Palvelutuotannon operatiivista ohjaamista pyrittiin tarkastelemaan resurssien ja niihin liittyvien rajoitteiden sekä henkilöstöresurssien ohjaamisen osalta, mikä vastaa tämän tutkimuksen kolmanteen tutkimuskysymykseen (TK3). Koska palvelun kysyntä muodostaa perustan resurssien- ja kapasiteetinhallinnalle terveydenhuollon kontekstissa (Johnston 2005; Langabeer & Helton 2020), resurssitarkastelua täydennettiin arvioimalla kysynnän ja tarjonnan suhdetta, missä koko kaihipotilaan hoitoprosessi käsitettiin julkisena terveyspalveluna. Kuten terveydenhuollon toimintaympäristössä voidaan olettaa, palvelun kysynnän kuvailtiin olevan lähes tasapainossa tai suurempaa kuin tarjonta. Lisäksi tutkimusaineiston perusteella havaittiin, että tekijöiden suhdetta verrataan pääasiallisesti

vain hoitoon pääsyn (hoitotakuun) toteutumiseen, jolloin kysynnällä tarkoitetaan hoitoon hakeutuneita henkilöitä. Tämä tarkoittaisi käytännössä sitä, että kysyntää on enemmän kuin tarjontaa, jos hoitotakuu ei toteudu. Haastateltavien näkemykset kysynnästä noudattavat kirjallisuuskatsauksen havaintoa siitä, että terveyspalvelut ovat julkishyödyke, jolloin palvelun kulutusmahdollisuutta ei voida juurikaan rajoittaa, etenkin markkinaehtoisin keinoin (Lillrank et al. 2004, ss. 24–27; Johnston & Clark 2008, s. 21; McLaughlin & Olson 2017, s. 323). Myös palveluiden perusominaisuuksien (IHIP-ominaisuudet) voidaan todeta haittaavan kysynnän ja tarjonnan tasapainottamista tehden siitä yhden perustavanlaatuisen ongelman palvelutoiminnassa. Tutkimusaineiston perusteella terveydenhuollon toiminnanohjauksen yhdeksi keskeisimmistä tehtävistä tunnistettiin terveyspalveluiden tuottamisen takaaminen.

Tutkimusaineistoon perustuen kaihipotilaan hoitoprosessista tunnistettiin terveydenhuololle tavanomaisia pääoma- ja henkilöresursseja, jotka vastaavat myös Langabeerin ja Heltonin (2020) käsitystä terveydenhuollon prosessien syötteistä. Kaihipotilaan hoitoprosessin keskeisiksi resursseiksi tunnistettiin yksikön henkilöstö (lääkärit, hoitajat ja sihteerit), fyysiset tilat sekä välineet ja laitteet. Kuten palvelutoiminnalle on oletettavaa, resurssienhallinnan tarkastelu keskittyi pääasiallisesti henkilöstöresursseihin. Tämä johtuu siitä, että henkilöstöresurssien panosarvo toiminnassa on merkittävä (Parvinen et al. 2005, ss. 59–60). Tässä tutkimuksessa pääomaresursseja ei tarkasteltukaan yhtä tarkasti, eivätkä ne myöskään nousseet haastatteluissa erityisesti esille. Henkilöstöresurssien tunnistaminen rajoittui kuitenkin silmätautien yksikön sisälle, minkä seurauksena vain yksi haastateltavista tunnistoi yksityisen silmälääkärin olevan keskeinen, kaihipotilaan hoitoprosessiin osallistuva resurssi. Tämä osoittaa sen, ettei kaihipotilaan hoitoprosessiin liittyvää toiminnan kokonaisuutta hahmoteta sen todellisessa laajuudessa, etenkin julkisen ja yksityisen sektorin välisenä yhteistyönä.

Tutkimustulosten perusteella oli mahdollista havaita, etteivät raha tai potilas osoittautuneet hoitoprosessin kannalta kriittisiksi resursseiksi. Asiakasta tai asiakkaan potentiaalia tuotantoresurssina ei myöskään tunnistettu, vaikka asiakas kuitenkin tunnistettiin palvelutoiminnan kohteeksi ja laajemmin toiminnanohjauksen tehtäväksi tunnistettiin potilaan osallistaminen ja sitouttaminen. Palvelutuotannolle luonteenomainen piirre on asiakkaan osallistuminen ja omien panosten tuominen osaksi prosessia (Lönqvist et al. 2010, s. 20), mitä edellä esitettävä havainto ei tue. Myös Sampson & Froehle (2006) korostavat asiakkaan osallistumista palvelutuotantoon määrittelemällä palveluprosessin tuotantoprosessiksi, johon asiakas tuo mukanaan omia panoksiaan. Tutkimusaineistossa asiakkaan fyysinen läsnäolo tunnistettiin välttämättömäksi palveluprosessin kannalta, mutta asiakkaan palvelutilanteeseen tuomia panoksia ei tunnistettu.



Tutkimusaineistossa silmätautien yksikköä kuvailtiin osaamiskeskukseksi, jossa silmätautien erikoisosaaminen on keskittynyt yksikön sisälle, sillä organisaatiossa ei ole saatavilla vaadittavaa erikoisosaamista yksikön ulkopuolella. Tätä havaintoa mukailien henkilöstöresurssien määrä ja saatavuus nousivatkin tutkimusaineiston perusteella keskeisimmiksi resursseihin kohdistuviksi rajoitteiksi. Haastatteluiden mukaan erikoistuneiden henkilöstöresurssien saatavuus on heikkoa, erityisesti lääkäreiden osalta, eikä silmätautien yksikössä ole riittävästi henkilöstöresursseja vastaamaan tämänhetkistä, kasvujoh-teista toimintavolyymia. Merkittävä havainto tutkimusaineistosta oli se, että puutteita suorituskyvyssä perusteltiin ainoastaan henkilöstöresursseihin liittyvien rajoitteiden kautta. Tutkimusaineistosta ei ollut juurikaan havaittavissa silmätautien yksikön toimintaan tai toimintatapoihin kohdistuvaa kriittistä tarkastelua. Myös Hans et al. (2012, s. 318) havaitsivat tutkimuksessaan, että kapasiteetin kasvattamista pidetään ensisijaisena ratkaisuna terveydenhuollon jatkuviin ongelmiin suorituskyvyn suhteen.

Resurssirajoitteiden lisäksi haastatteluiden pohjalta pystyttiin tunnistamaan hoitoprosessia rajoittavia prosessivaiheita, jotka ovat merkitty kaihipotilaan prosessikuvaukseen kuvassa 8. Esitettävä prosessialue on rajaus laajemmasta prosessikuvauksesta (liite B). Tutkimusaineiston perusteella hoitoprosessissa käytettävissä olevien resurssien ei koettu vastaavan vaadittavaa toiminnan tasoa, minkä seurauksena resursseja allokoidaan prosessin sisäisesti valmistelevalta toiminnasta kriittiseen leikkaustoimintaan. Rajoittavien prosessivaiheiden tunnistettiin sijoittuvan pääasiallisesti hoitoprosessin alkuvaiheeseen, ja tutkimusaineistosta potilaan esitutkimus sekä hoitajahaastattelut korostuivat rajoittavina prosessivaiheina. Tutkimusaineiston perusteella ei kuitenkaan pystytä arvioimaan, johtuvatko ongelmat resurssivajeesta vai kapasiteettivuodosta. Myöskään resurssirajoitteita tai niiden vaikutuksia ei ole mahdollista kohdistaa tiettyihin prosessivaiheisiin.



kaihileikkauksen tekeminen yksi silmä kerrallaan -ratkaisu koettiin välttämättömänä resurssien riittävyyden kannalta, vaikka sen tiedostettiin kuormittavan hoitoprosessin alkupäätä ja vaikuttavan negatiivisesti palvelun tuottamiseen taloudellisesta näkökulmasta sekä potilasnäkökulmasta.

Kuten kirjallisuuskatsauksessa todettiin, julkisen terveydenhuollon organisaatioiden johtamisessa korostuu suhteellisen itsenäisesti toimivien asiantuntijoiden johtaminen (Parvinen et al. 2005, ss. 53, 57–58), minkä perusteella tässä tutkimuksessa ohjaamista oli luontevaa tarkastella henkilöresurssien näkökulmasta. Tutkimusaineistossa henkilöstöresurssien ohjaamista tarkasteltiin pääasiallisesti operatiivisena toimintana, josta nimellinen vastuu osoitettiin osastonhoitajalle ja ylilääkärille, jotka yhdessä muun johtoryhmän kanssa ovat vastuussa myös laajemmin yksikön toiminnan ohjaamisesta. Henkilöstön operatiivinen ohjaaminen perustuu pitkälti työvuorosunnitteluun, kun taas hoitotoiminnan ja -toimintatapojen ohjaamisessa lähtökohtana on näyttöön perustuva toiminta. Havainto on linjassa Hans et al. (2012, s. 311) näkemyksen kanssa terveydenhuollon operatiivisesta ohjaamisesta. Tutkimusaineistossa ei kuitenkaan tunnistettu mittaamista henkilöstön ohjaamisen tai motivoinnin välineenä, kuten kirjallisuuskatsauksen perusteella oli oletettavissa (mm. Heineke 1995; Lönnqvist et al. 2010, s. 14; Jääskeläinen et al. 2013, s. 11).

Henkilöstöresurssien ohjaamista tarkasteltaessa tutkimusaineistosta nousi esille toistuvasti termi ”itseohjautuvuus”, joka osoittautuikin haastettujoukon konsensusta merkittävästi jakavaksi tekijäksi. Toisaalta silmätautien yksikön ja sen henkilöstön vahva itseohjautuvuus käsitettiin luonteenomaisena ja toisaalta sen käsitettiin olevan seurausta päivittäisen toiminnan puutteellisesta ohjaamisesta. Tämä havainto tukee osittain kuitenkin Grönroosin (2015) näkemystä siitä, että palvelutoiminnan johtamisen tulee keskittyä prosessien johtamiseen, mikä edellyttää päätöksentekovallan hajauttamista lähelle organisaation ja asiakkaan rajapintaa. Henkilöstön itsenäinen päätöksenteko puolestaan heijastaa prosessin omistajuutta, minkä on tunnistettu edistävän henkilöstön motivaatiota sekä kykyä itsenäiseen toimintaan. (Grönroos 2015)

Vaikka motivointi on tunnistettu tärkeänä henkilöstöresurssien ohjauskeinona (Johnston & Clark 2010, s. 243; Grönroos 2015), tutkimusaineistossa tätä ei tuotu selkeästi esille haastateltavien toimesta. Havaintoa selittää todennäköisesti se, että ymmärrys motivoinnin tärkeydestä on jakautunut kolmeen näkökulmaan: motivoinnin tärkeys on tunnistettu, motivoinnin tärkeyttä ei ole tunnistettu ja suhtautuminen motivointiin on muuttumassa. Tutkimusaineiston perusteella motivoinnin keinoiksi tunnistettiin muun muassa tehtäväkohtaiset lisät, palautteen antaminen, mahdollisuus vaikuttaa omaan työnkuvaan ja sen kehittämiseen, kehityskeskustelut ja asiakkailta saatava palaute. Henkilöstön kuitenkin

uskottiin olevan tyytymättömiä motivointiin ja olemassa oleviin motivointikeinoihin, erityisesti taloudellisen palkitsemisen puuttuminen koettiin ongelmallisena, vaikka oletuksista ristiriitaisesti enemmistö koki motivoinnin tärkeyden olevan tunnistettu. Tutkimusaineistosta oli keskeistä havaita, että mahdollisuutta vaikuttaa ja kehittää omaa työnkuvaa pidettiin erittäin motivoivana henkilöstön keskuudessa. Lisäksi palautteen antaminen ja sen saaminen tunnistettiin motivoivana, mutta myös yhteishenkeä kohottavana. Palveluiden ja palvelutuotannon luonteen perusten johtamisen painopisteen on oltava henkilöstön rohkaisemisessa sekä tukemisessa (Grönroos 2015), mikä konkretisoi tutkimusaineistossa esille tullutta johtoasemassa olevien henkilöiden vastuuta motivoinnin toteutumisesta.

## 6. JOHTOPÄÄTÖKSET

### 6.1 Tulosten yhteenveto

Tässä diplomityössä tarkasteltiin julkisen terveydenhuollon kohdeorganisaation kaihipotilaan hoitoprosessia operatiivisen palvelutoiminnan ohjaamisen lähtökohdista, missä tarkastelua kohdennettiin etenkin palvelutuotannon arviointiin, mittaamiseen sekä ohjaamiseen. Tavoitteena oli ymmärtää tarkasteltavan hoitoprosessin nykytilaa sekä kartoittaa hoitoprosessin palvelutoiminnan mukaisia tuotannon- ja toiminnanohjauksen elementtejä. Palvelutoiminnan ohjauksen ilmentymistä julkisessa terveydenhuollossa tarkasteltiin tarkemmin seuraavien tutkimuskysymysten avulla:

1. Mitkä ovat palvelutuotannon tavoitteet ja miten sitä arvioidaan kaihipotilaan hoitoprosessissa?
2. Miten palvelutuotantoa mitataan kaihipotilaan hoitoprosessissa?
3. Miten palvelutuotantoa ohjataan kaihipotilaan hoitoprosessissa?

Tarkasteltaessa yleisesti terveydenhuollon palvelutoiminnan ohjausta haastateltavat toivat esille kaksi näkökulmaa toiminnanohjaukseen: toiminnanohjaus laajemman kokonaisuuden ohjaamisena sekä toiminnanohjaus hoitoprosessin sisäisen toiminnan ohjaamisena. Toiminnanohjauksen tunnistettiin vaikuttavan aina terveydenhuollon järjestelmätasolta silmätautien yksikkötasolle asti muodostaen hierarkkisen rakenteen, jonka eri tasoilla toiminnanohjausta lähestytään eri tavoin. Kuitenkin tämän tutkimuksen kannalta palvelutoiminnan ohjauksen ilmentymistä keskityttiin tarkastelemaan operatiivisella tasolla, tutkimuskysymysten mukaisesti.

Palvelutuotannon tavoitteisiin perehdyttäessä ilmeni, etteivät hoitoprosessin taloudellisuuden tai tehokkuuteen kohdistuvat tavoitteet osoittautuneet merkittäviksi, minkä todettiin kirjallisuudessa olevan tavanomaista terveydenhuollon toimintaympäristössä. Sen sijaan palvelutuotannosta tunnistetut kaihipotilaan hoitoprosessin tavoitteet kohdistuvat hoitoprosessin sujuvuuteen, potilastyytyväisyyteen, potilashoidon laatuun ja hoitoon pääsyn (hoitotakuun) toteutumiseen. Valtaosa tutkimusaineistosta tunnistetuista tavoitteista oli abstrakteja, kuten hoitoprosessin sujuvuus ja laadukas potilashoito, joiden konkretisoiminen, kommunikoiminen sekä arvioiminen saattaa aiheuttaa haasteita kohdeorganisaatiossa.

Tavoitteiden asetannassa tunnistettiin vallitsevan hierarkkinen rakenne, joka muodostuu organisaation ulkoisista sekä sisäisistä toimijoista ja jossa tavoitteet tarkentuvat siirryttä-

essä kohti alempia tasoja. Ulkoisten ja sisäisten toimijoiden ymmärrys tavoitteista ja niiden realistisuudesta koettiin kuitenkin toisistaan eroaviksi, minkä nähtiin johtuvan ulkoisten toimijoiden puutteellisesta ymmärryksestä silmätautien yksikön toiminnasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Organisaation sisäinen ymmärrys tavoitteista koettiin puolestaan yhtenäiseksi, vaikka käsitys tavoitteiden toteutumisesta osoittautui vaihtelevaksi. Tähän vaikutti olennaisesti se, mitä tavoitteita vasten hoitoprosessia arviointiin. Tutkimusaineiston perusteella palvelutuotannon arviointia suoritetaan hoitoprosessin tavoitteita vasten, jossa hyödynnetään mittaamista. Mittaamisesta saatavan informaation ohella arvioinnissa havaittiin korostuvan myös haastateltavien subjektiivinen näkemys.

Palvelutuotannon mittaamisen tunnistettiin keskittyvän tarkastelemaan palvelutoimintaa seuraavista näkökulmista: asiakasnäkökulma, henkilöstönäkökulma, taloudellinen näkökulma ja tuottavuusnäkökulma. Mittareiden koettiin keskittyvän toiminnan kannalta olennaisiin asioihin, vaikka mittaamista ei koettu kuitenkaan niin kattavaksi kuin mahdollista. Operatiivisen toiminnan mittaaminen osoittautuikin korostavan palveluntarjoajan sisäisten toimintojen näkökulmaa. Sisäisen näkökulman korostuessa mittaamisen asiakasnäkökulman havaittiin jäävän suppeaksi, eikä mittaamisessa kiinnitetty riittävästi huomiota palvelutuotannon laatuun tai lopputuotokseen, mikä tukee kirjallisuuden mukaisia tulkin-toja. Tämä osoittaaakin mittaamisessa olevan vielä kehitettävää palvelutoiminnan lähtökohdista.

Mittareita tunnistettiin käytettävän osana palvelutuotannon ohjaamista. Operatiivisen toiminnan mittaaminen osoittautui kirjallisuuden perusteella keskittyttävän tarkastelemaan sitä, saavutetaanko asetetut tavoitteet ja ovatko korjaavat toimenpiteet tarpeen. Tätä tukeekin tutkimusaineistosta tunnistetut mittausinformaation käyttökohteet, joita ovat toiminnan suunnittelu ja ennakointi, toiminnan seuranta sekä toiminnan kehittäminen ja oppiminen. Käytettävät mittarit osoittautuivat pääasiallisesti silmätautien yksikössä kehitetyiksi, jotta mittareista saatava informaatio vastaisi toiminnan tietotarpeita. Toisaalta yksikkökohtaisten, standardisoimattomien mittareiden tunnistettiin aiheuttavan myös haasteita mittaustulosten vertailtavuudessa ja mittauskäytäntöjen yhtenäistämässä laajemmin kansallisessa terveydenhuollossa.

Sekä kirjallisuudessa että silmätautien yksikössä palvelutuotannon operatiivisen ohjaamisen painopiste on selkeästi henkilöstöressurssien ohjaamisessa, sillä henkilöstöressurssien painoarvo on palvelutoiminnassa merkittävä. Henkilöstöressurssien ohjaamisen tunnistettiin perustuvan lähinnä työvuorosuunnitteluun, kun taas hoitotoiminnan ja -toimintatapojen ohjaamisessa lähtökohdaksi tunnistettiin näyttöön perustuva toiminta. Huomionarvoinen havainto oli kuitenkin tehtävissä yksikön ja sen henkilöstön itseohjautuvuu-

desta, sillä toisaalta itseohjautuvuus koettiin luonteenomaisena piirteenä yksikölle ja toisaalta sen käsitettiin olevan seurausta puutteellisesta ohjaamisesta. Kirjallisuuskatsauksesta poiketen motivointia ei tunnistettu selkeänä ohjauskeinona. Tätä todennäköisesti selittää se, että yksikön henkilöstön uskottiin olevan tyytymättömiä motivoinnin toteutumiseen sekä olemassa oleviin motivointikeinoihin.

Merkittävimiksi resursseihin kohdistuviksi rajoitteiksi nousivat henkilöstöresurssien vähäinen määrä sekä heikko saatavuus. Myös merkittävimpien prosessirajoitteiden tunnistettiin johtuvan henkilöstöresurssien määrästä ja henkilöstöresurssien sisäisestä allokoinnista hoitoprosessin kriittiseen toimintaan, minkä seurauksen rajoitteet sijoittuvat pääasiallisesti hoitoprosessin alkuvaiheen valmistelevaan toimintaan. Silmätautien yksikön toiminnan tai kaihipotilaan hoitoprosessin kriittisen tarkastelun sijaan henkilöstöresurssien lisääminen rajoittaviin prosessivaiheisiin esittäytyi haastatteluiden perusteella ainoana ratkaisuna. Tämä tukee selkeästi myös kirjallisuudesta esille nousutta havaintoa siitä, että resurssien lisääminen koetaan usein ensisijaiseksi ratkaisuksi suorituskykyongelmiin.

Palvelutuotannon ohjaamisen tarkastelemisessa oli huomionarvoista myös se, ettei asiakasta tai asiakkaan potentiaalia tuotantoresurssina tunnistettu. Asiakas tunnistettiin pääasiallisesti vain toiminnan kohteeksi, vaikka haastateltavat esittivät erääksi toiminnanohjauksen tehtäväksi potilaan osallistamisen ja sitouttamisen. Myös kirjallisuuskatsauksen perusteella palvelutuotannolle on luonteenomaista asiakkaan osallistuminen sekä omien panosten tuominen osaksi palveluprosessia. Lisäksi hoitoprosessista tunnistettavat henkilöstöresurssit rajoittuivat kohdeorganisaation sisälle. Edellä esitettävät havainnot osoittavatkin, ettei kaihipotilaan hoitoprosessiin liittyvää toiminnan ja toimijoiden kokonaisuutta hahmoteta sen todellisessa laajuudessa, etenkin julkisen ja yksityisen sektorin välisenä yhteistyönä.

Kokonaisuudessaan kaihipotilaan hoitoprosessista oli tunnistettavissa palvelutoiminnan mukaisia tuotannon- ja toiminnanohjauksen elementtejä, vaikka myös merkittäviä puutteita oli tunnistettavissa, erityisesti palvelutuotannon asiakasnäkökulmasta. Tutkimusaineisto vahvistaa vaikutelmaa siitä, ettei palvelutoiminnan ohjaus ole vakiintunut julkisen terveydenhuollon operatiivisen tasolla. Pääasiallisesti toiminnanohjauksen tarkoitus käsitettiin, mutta tarkemmin toiminnanohjauksesta tai sen tehtävistä ei ollut mahdollista rakentaa yksimielistä käsitystä julkisen terveydenhuollon kontekstissa. Kaihipotilaan hoitoprosessin voidaan kuitenkin todeta mukailevan kirjallisuuskatsauksen mukaisia kuvauksia terveydenhuollon palvelutoiminnan ohjaamisesta.

## 6.2 Tavoitteiden saavuttaminen ja rajoitteet

Tämän työn tavoitteeksi muodostui tarkasteltavan kaihipotilaan hoitoprosessin nykytilan ymmärtäminen ja hoitoprosessin palvelutoiminnan mukaisten tuotannon- ja toiminnanohjauksellisten elementtien kartoittaminen. Kokonaisuudessaan tutkimuksen voidaan todeta onnistuneen, sillä haastatteluiden avulla kerätyn tutkimusaineiston ja siitä analysoidujen tulosten avulla tapauksen mukaista palvelutoimintaa pystyttiin tarkastelemaan laaja-alaisesti, mikä mahdollisti myös tutkimuskysymyksiin vastaamisen. Täten voidaan myös todeta, että tutkimukselle asetetut tavoitteet kyettiin saavuttamaan.

Tavoitteiden saavuttamiseksi työssä toteutettiin kirjallisuuskatsaus, jonka avulla pyrittiin parantamaan ymmärrystä tutkimuskontekstista ja kartoittamaan tutkimusta tukevaa teoriapohjaa. Kirjallisuuskatsausta vasten peilattiin varsinaisia tutkimustuloksia, jotka perustuivat haastattelemalla kerättyihin näkemyksiin palvelutoiminnan toteutumisesta julkisen terveydenhuollon kontekstissa. Tutkimuksessa tarkasteltavana tapauksena oli kohdeorganisaation kaihipotilaan hoitoprosessi, jonka avulla pystyttiin kasvattamaan ymmärrystä siitä, mitkä ovat palvelutuotannon tavoitteet ja miten palvelutuotantoa arvioidaan, miten palvelutuotantoa mitataan ja miten henkilöstöresursseja ohjataan palvelutuotannossa.

Tähän työhön liittyy myös tiettyjä rajoitteita, jotka on otettava huomioon tuloksia tarkasteltaessa. Tutkimus toteutettiin tapaustutkimuksena yksittäisen kohdeorganisaation hoitoprosessista, mikä vaikuttaa heikentävästi tulosten yleistettävyyteen sellaisenaan eri konteksteihin. Aineistossa rajoitteita aiheuttavat puolestaan suhteellisen pieni otos, jossa edustettuna oli kohdeorganisaation sisäinen näkökulma, mikä voi aiheuttaa vääristymiä tutkimusaineistoon. Haastatteluotokseen pyrittiin kuitenkin sisällyttämään monipuolisesti kohdeorganisaatiosta eri taustaisia henkilöitä, eri organisaatiotasoilta. Myös suhteellisen pieni ja rajoittunut haastatteluotos vaikuttaa tulosten yleistettävyyteen. Laajemman kokonaiskuvan saavuttaminen tutkimusaiheesta edellyttäisikin lisää jatkotutkimusta kattavammalla ja heterogeenisemmällä otoksella.

Tutkimuksessa suoritettavat puolistrukturoidut haastattelut asettavat rajoitteita erityisesti tulosten luotettavuudelle, yleistettävyydelle ja pätevyydelle (Sauders et al. 2016, ss. 396–397). Puolistrukturoitujen haastatteluiden etenemisjärjestys sekä tarkentavat kysymykset vaihtelivat haastateltavakohtaisesti, mikä saattaa heikentää tutkimuksen toistettavuutta. Lisäksi tutkimuksen aikana havaittiin, ettei yksi yleinen haastattelurunko toiminut odotetusti sekä organisaation suoritustasolle että johtotasolle. Käsitteet ja kysymykset saatettiinkin ymmärtää eri tavoin, mikä kasvattaa riskiä haastateltavan tai haastattelija tekemästä väärästä tulkinnasta. Lisäksi haastateltavalla voi ilmetä haastattelutilanteessa



ennakkoasenteita, jotka voivat johtaa tahattomaan tai tahalliseen vääristymään haastattelijan vastauksessa. Myös tutkimuksen tekijän ennakkoasenteet voivat vaikuttaa kysymysten asetteluun tai vastausten tulkintaan ja näin ollen pyrkimykseen objektiivisuudesta. Tutkimusaineistoa analysoitaessa jouduttiin tulkitsemaan satunnaisesti vastauksia, sillä tutkimus toteutettiin siten, ettei tutkimuksen tekijä ollut osa kohdeorganisaatiota tai eikä hänellä ollut mahdollisuutta havainnoida operatiivista toimintaa. Toisaalta tämän voidaan kuitenkin havaita vaikuttaneen myönteisesti tutkimuksen tekijän objektiivisyyteen.

Tutkimuksen luotettavuutta olisi voinut kasvattaa triangulaation avulla, missä hyödynnettään useiden eri menetelmien, aineistojen tai teorioiden yhdistämistä. Tyypillisesti tapaustutkimus toteutetaan monimenetelmä tutkimuksena, vaikka tapaustutkimus on mahdollista toteuttaa myös hyödyntäen yksittäistä tutkimusmenetelmää (Saunders et al. 2016, ss. 185–186). Tutkimuksessa käytettävänä tutkimusaineistona perustuikin pääasiassa kerättyyn haastatteluaineistoon, jonka tukena hyödynnettiin tarvittaessa kohdeorganisaatiosta saatua kaihipotilaan hoitoprosessikuvausta. Kuitenkin interpretivismi tieteenfilosofisena näkökulmana korostaa todellisuuden subjektiivisuutta ja kompleksisuutta, jolloin triangulaatio toisi arvoa lisäämällä tutkimukseen syvyyttä, laajuutta sekä monipuolisuutta (Saunders et al. 2016, s. 207).

Laaditun haastattelurungon avulla pyrittiin myös huomioimaan asiat laaja-alaisesti, mikä herätti useita eri näkemyksiä haastateltavien keskuudessa. Kerätyn tutkimusaineiston monipuolisuudesta laajuudesta johtuen osa tutkimusaineistosta tehdyistä havainnoista on jätetty tämän työn ulkopuolelle. Nämä eivät olleet kuitenkaan merkittäviä tutkimuksen kannalta.

### **6.3 Tutkimuksen tieteellinen merkitys ja jatkotutkimustarpeet**

Tämän tutkimuksen tieteellinen merkitys perustuu empiiristen tutkimustulosten mukaisiin havaintoihin operatiivisen palvelutoiminnan mukaisista tuotannon- ja toiminnanohjauksen elementeistä julkisen terveydenhuollon kontekstissa. Tutkimus tarjoaakin näkökulman siihen, miten julkisen terveydenhuollon palvelutuotantoa arvioidaan, mitataan ja ohjataan. Toisaalta tutkimus mahdollistaa myös operatiivisen palvelutoiminnan ohjauksen kehityskohteiden tunnistamisen julkisessa terveydenhuollossa. Tutkimus toteutettiin kuitenkin tapaustutkimuksena, joten voidaan todeta, että tutkimustulokset ovat yleistettävissä ainoastaan rajallisesti.

Kirjallisuudessa on tunnistettu, että terveydenhuollon toiminnanohjaus ja sen empiirinen tutkimus ovat kasvattaneet nopeasti suosiotaan (Jha et al. 2016; Diwas et al. 2020). Esimerkiksi Jha et al. (2016) havaitsivat tutkimuksessaan terveydenhuollon toiminnanohjauksen julkaisuiden keskittyvän tarkastelemaan muun muassa palvelun laatua, palvelutoiminnan strategia elementtejä sekä palveluiden suorituskykyä. Toisaalta aikaisempaan kirjallisuuteen pohjautuen Victorino et al. (2018) tunnistivat tutkimuksessaan potentiaalisiksi palvelutoiminnan tutkimusaiheiksi muun muassa palvelutoiminnan suorituskyvyn arvioinnin ja mittaamisen, roolien ja vastuiden hallinnan palvelutoiminnassa sekä asiakkaiden ja työntekijöiden käyttäytymisen palvelutoiminnassa. Tämä tutkimus täydentääkin aikaisempaa terveydenhuollon palvelutoiminnan tutkimuskenttää tarjoamalla käytännönläheisen, konkreettisen näkemyksen siitä, miten julkisen terveydenhuollon operatiivisen palvelutoiminnan arvioiminen, mittaaminen sekä ohjaaminen ilmenevät kohdeorganisaatioissa: muun muassa millaisia tavoitteita hoitoprosessille on asetettu, mitä ilmiöitä hoitoprosessista mitataan ja miten mittareita käytetään osana toimintaa sekä miten henkilöstöresursseja ohjataan hoitoprosessissa.

Yleisesti voidaan todeta, että julkisen terveydenhuollon palvelutoiminnan ohjaus on edelleen jatkotutkimusta edellyttävä kokonaisuus. Tämä tutkimus ja sen löydökset tarjoavatkin mahdollisuuden jatkaa aiheiden tutkimusta. Tutkimusaiheiden laajuudesta johtuen tutkimus toteutettiin karkealla tasolla, joten jatkotutkimuksen olisi syytä syventyä tiettyyn palvelutoiminnan ohjauksen osakokonaisuuteen julkisen terveydenhuollon kontekstissa. Jatkotutkimukseen tulisi myös sisällyttää sekä palvelutoiminnan strateginen että taktinen taso, sillä tässä tutkimuksessa palvelutoiminnan ohjausta tarkasteltiin pääasiallisesti toiminnan operatiivisella tasolla.

Tutkimuksen rajauksista johtuen tarkasteltavia aiheita tulisi tutkia myös muissa terveydenhuollon organisaatioissa, sekä yksityisellä että julkisella sektorilla. Palvelutoiminnan operatiivista ohjaamista olisikin syytä tutkia jatkossa myös toisten silmätautien yksiköiden osalta, jotta esitettyjen tutkimustulosten luotettavuutta voitaisiin arvioida laajemmin terveydenhuollon toimintaympäristössä. Laajennettaessa tutkimusta voidaan löytää yhtäläisyyksiä tai eroavaisuuksia operatiivisessa toiminnanohjauksessa. Myös tutkimuksen maantieteellinen laajentaminen voi johtaa uusiin, merkittäviin havaintoihin.

Haastattelut osoittivat, että asiakas mielletään olevan terveydenhuollon toiminnan keskiössä. Tutkimustuloksista asiakaslähtöisyys ei kuitenkaan nouse selkeästi esille muuta kuin kohdeorganisaation keskeisenä, tavoitteisiin heijastuvana arvona. Löydöksen perusteella julkista terveydenhuollon palvelutoimintaa olisikin tarpeen tutkia jatkossa asiakkaan näkökulmasta: miten palvelutuotannossa asiakas voitaisiin ottaa aidosti palvelutoiminnan keskiöön.

Jatkotutkimuksen kannalta on olennaista, että aiheiden tutkimus pysyy mukana terveydenhuollon toimintaympäristön muutoksessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus tulee vaikuttamaan tulevaisuudessa laajemmin kansalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöön sekä sosiaali- ja terveystalouden tuottamiseen. Uudistus tarjoaa erinomaisen mahdollisuuden tarkastella terveydenhuollon toimintaa merkittävässä muutoksessa: miten kansallinen terveydenhuollon palvelutuotanto tulee muuttumaan ja miten tämä vaikuttaa toimintaan aina operatiivisella tasolla asti.

# LÄHTEET

- APICS. (2013). APICS Dictionary (14th ed.). The Association for Operations Management.
- Bertrand, W. & de Vries, G. (2005). Lessons to be learned from operations management. *Health Operations Management: Patient Flow Logistics in Health Care*. pp. 15–38.
- Bryson, J. R., Sundbo, J., Fuglsang, L. & Daniels, P. (2020). *Service Management: Theory and Practice*. Cham: Springer International Publishing AG. 294 p.
- Chase, R. (1978). Where does the customer fit in a service operation? *Harvard Business Review*. Vol. 56(6), pp. 137–142.
- Diwas S., K. C., Scholtes, S. & Terwiesch, C. (2020). Empirical research in healthcare operations: Past research, present understanding, and future opportunities. *Manufacturing and Service Operations Management*. Vol. 22(1), pp. 73–83.
- Ekroos, V. (2004). *Terveystenhoollon palvelutuotanto: yksityisesti vai julkisesti*. Helsinki: Talentum. 244 s.
- Freeman, M., Savva, N. & Scholtes, S. (2020). Economies of Scale and Scope in Hospitals: An Empirical Study of Volume Spillovers. *Management Science*. Vol. 67(2), pp. 673–697.
- Grönroos, C. (2015). *Palvelujen johtaminen ja markkinointi (5. painos.)*. Helsinki: Alma Talent.
- Grönroos, C. & Ojasalo, K. (2004). Service productivity: Towards a conceptualization of the transformation of inputs into economic results in services. *Journal of Business Research*. Vol. 57(4), pp. 414–423.
- Hans, E., van Houdenhoven, M. & Hulshof, P. (2012). A Framework for Healthcare Planning and Control. *Handbook of Healthcare System Scheduling*. pp. 303–320.
- Heineke, J. (1995). Strategic operations management decisions and professional performance in U.S. HMOs. *Journal of Operations Management*. Vol. 13(1995), pp. 255–272.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2008). *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus. 213 s.
- Häikiö, L. & Niemenmaa, V. (2007). *Valinnan paikat. Tapaustutkimuksen taito*. Helsinki: Gaudeamus. ss. 41–56.
- Jha, R., Sahay, B. & Charan, P. (2016). Healthcare operations management: a structured literature review. *Decision (Calcutta)*. Vol. 43(3), pp. 259–279.
- Johnston, R. (2005). Service operations management: return to roots. *International Journal of Operations & Production Management*. Vol. 25(12), pp. 1278–1297.

- Johnston, R. & Clark, G. (2008). *Service operations management: improving service delivery* (3rd ed.). Harlow, England: FT Prentice Hall. 533 p.
- Jääskeläinen, A., Laihonen, H., Lönnqvist, A., Pekkola, S., Sillanpää, V. & Ukko, J. (2013). Arvoa palvelutuotannon mittareista. Tampereen teknillinen yliopisto, Mittaritiimi-tutkimusryhmä. 67 s.
- Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1996). *The balanced scorecard: Translating strategy into action*. Cambridge, MA: Harvard Business School Publishing.
- Kujala, J., Kouri, J. & Turanlahti, M. (2005). Sepelvaltimotautipotilaan hoitoprosessin tasapainotettu mittaristo. *Suomen lääkärilehti*. Vol. 60(49), ss. 5147–5151.
- Kämäräinen, V. J., Peltokorpi, A., Torkki, P. & Tallbacka, K. (2016). Measuring healthcare productivity – from unit to system level. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 29(3), pp. 288–299.
- Laine, M., Bamberg, J. & Jokinen, P. (2007). *Tapaustutkimuksen käytäntö ja teoria. Tapaustutkimuksen taito*. Helsinki: Gaudeamus. ss. 9–38.
- Langabeer, J. R. & Helton, J. (2020). *Health Care Operations Management: A Systems Perspective*. 3rd edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. 306 p.
- Lillrank, P., Groop, P.J. & Malmström, T.J. (2010). Demand and supply-based operating modes – a framework for analyzing healthcare service production. *Milbank Quarterly*. Vol. 88(4), pp. 595–615.
- Lillrank, P., Kujala, J. & Parvinen P. (2004). *Keskeneräinen potilas: terveydenhuollon tuotannonohjaus*. Helsinki: Talentum. 250 s.
- Lovelock, C. (1983). Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights. *Journal of Marketing*. Vol. 47(3), pp. 9–20.
- Lovelock, C. (1984). Strategies for Managing Demand in Capacity-Constrained Service Organisations. *The Service Industries Journal*. Vol. 4(3), pp. 12–30.
- Lönnqvist, A., Jääskeläinen, A., Kujansivu, P., Käpylä, J., Laihonen, H., Sillanpää, V. & Vuolle, M. (2010). *Palvelutuotannon mittaaminen johtamisen välineenä*. Helsinki: Tietosanoma. 232 s.
- Martinsuo, M., Mäkinen, S., Suomala, P. & Lyly-Yrjänäinen, J. (2016). *Teollisuustalous kehittyvässä liiketoiminnassa*. 1. painos. Helsinki: Edita. 399 s.
- McLaughlin, D. & Olson, J. R. (2017). *Healthcare operations management*. 3rd edition. Health Administration Press. 457 p.
- Nie, W. & Kellogg, D. (1999). How Professors of Operations Management View Service Operations. *Production and Operations Management*. Vol. 8(3), pp. 339–355.
- Parvinen, P., Lillrank, P. & Ilvonen, K. (2005). *Johtaminen terveydenhuollossa. Käytännöt, vastuut, valvonta*. Tampere: Talentum Media Oy. 269 s.
- Peltokorpi, A. (2010). *Improving efficiency in surgical services: A production planning and control approach*. Doctoral Dissertation. Helsinki University of Technology. Espoo. 146 p. Saatavissa (viitattu 10.9.2021): <http://lib.tkk.fi/Diss/2010/isbn9789526032160/>.

- Puusa, A. & Juuti, P. (2020). Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus.
- Radnor, Z. J. & Noke, H. (2013). Conceptualising and contextualising public sector operations management. *Production Planning & Control*. Vol. 24(10-11), pp. 867–876.
- Roth, A. (1993). World class health care. *Quality Management in Health*. Vol. 1 (3), pp. 1–9.
- Roth, A. & Menor, L. (2003). Insights into Service Operations Management: A Research Agenda. *Production And Operations Management*. Vol. 12(2), pp. 145–164.
- Sampson, S. E. & Froehle, C.M. (2006). Foundations and Implications of a Proposed Unified Services Theory. *Production and Operations Management*. Vol. 15(2), pp. 329–343.
- Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2016). *Research methods for business students (7th ed.)*. Harlow, England: Pearson. 741 p.
- Silvestro, R., Fitzgerald, L., Johnston, R. & Voss, C. (1992). Towards a Classification of Service Processes. *International Journal of Service Industry Management*. Vol. 3(3), pp. 62–75.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2021a). Hoitoon pääsy (hoitotakuu). Saatavissa (viitattu 10.10.2021): <https://stm.fi/hoitotakuu>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2021b). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut. Saatavissa (viitattu 3.5.2021): <https://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2021c). Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinta ja tiedolla johtaminen. Saatavissa (viitattu 10.10.2021): <https://stm.fi/sotetiedonhallinta>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2021d). Terveyspalvelut. Saatavissa (viitattu 3.5.2021): <https://stm.fi/terveyspalvelut>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2013). *Terveydenhuolto Suomessa*. Saatavissa (viitattu 3.5.2021): <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3389-7>
- THL. (2020). *Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2018: Terveydenhuollon menot jatkoivat kasvuaan*. Saatavissa (viitattu 3.5.2021): <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020062345337>
- THL. (2021) *Terveydenhuollon tiedonhallinnan sanasto*. Saatavissa (viitattu 11.10.2021): <https://sotesanastot.thl.fi/termed-publish-server/vocabularies>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi. 204 s.
- Tuulaniemi, J. (2011). *Palvelumuotoilu*. Helsinki: Talentum. 303 s.
- Vargo, S. L. & Lusch, R.F. (2004a). Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing*. Vol. 68(1), pp. 1–17.
- Vargo, S. L. & Lusch, R.F. (2004b). The Four Service Marketing Myths: Remnants of a Goods-Based, Manufacturing Model. *Journal of Service Research*. Vol. 6(4), pp. 324–335.

Vargo, S., Maglio, P. & Akaka, M. (2008). On value and value co-creation: A service systems and service logic perspective. *European Management Journal*. Vol. 26(3), pp. 145–152.

Victorino, L., Field, J. M., Buell, R. W., Dixon, M. J., Meyer Goldstein, S., Menor, L. J., Pullman, M. E., Roth, A. V., Secchi, E. & Zhang, J. J. (2018). Service operations: what have we learned? *Journal of Service Management*. Vol. 29(1), pp. 39–54.

Virtanen, P. (2018). Ovatko julkiset palvelut palvelua? Sitra. Puheenvuoro 20.03.2018. Saatavissa (viitattu 12.2.2022): <https://www.sitra.fi/blogit/ovatko-julkiset-palvelut-palvelua/>

Virtanen, P. & Stenvall, J. (2019). *Julkinen johtaminen. 2., uudistettu laitos*. Helsinki: Tietosanoma.

Vissers, J. & Beech, R. (2005). Introduction. *Health Operations Management: Patient Flow Logistics in Health Care*. pp. 1-11.

Vissers, J., Bertrand, J. & de Vries, G. (2001). A framework for production control in health care organizations. *Production Planning & Control*. Vol. 12(6), pp. 591–604.

Yin, R. (2014). *Case study research: design and methods*. 5th edition. Los Angeles: SAGE. 282 p.

Zeithaml, V., Bitner, M. & Gremler, D. (2018). *Services marketing: integrating customer focus across the firm* (7th ed.). New York: McGraw-Hill/Irwin. 544 p.

# LIITE A: HAASTATTELURUNKO

## Taustatiedot

1. Kertoisitko lyhyesti itsestäsi, taustastasi ja roolistasi organisaatiossa?
2. Mikä on roolisi kaihileikkauspotilaan hoitoprosessissa?

## Palvelutoiminnan ohjaus yleisesti

3. Mitä toiminnanohjauksella mielestäsi tarkoitetaan terveydenhuollossa?
  - a. Mitä ovat mielestäsi toiminnanohjauksen tehtävät?
4. Miten toiminnanohjaus vaikuttaa roolissasi?
5. Ketkä henkilöt osallistuvat toiminnanohjaukseen?
  - a. Miten vastuu toiminnanohjauksesta on jakautunut henkilöiden kesken?
  - b. Koetko, että eri henkilöiden vastualueet ovat selkeät?

## Palvelutuotannon mittaaminen

6. Mitä asioita kaihileikkauspotilaan hoitoprosessissa mitataan?
7. Millaisia mittareita kyseisten asioiden mittaamiseksi käytetään?
  - a. Koetko, että mittarit tarkastelevat oleellisia asioita?
8. Millä tavoin mittareista saatavaa informaatiota hyödynnetään?
9. Miten mittauksen käyttötarkoitus (miksi mitataan) ja mittariston sisältö (mitä ja miten mitataan) on onnistuttu kommunikoidaan organisaatiossa?
  - a. Miten kuvailisit henkilöstön suhtautumista mittaamiseen?
  - b. Miten kuvailisit johdon suhtautumista mittaamiseen?
10. Huomioiko mittaaminen kokonaisvaltaisesti toiminnan eri näkökulmat?
  - a. Jos ei, mitkä näkökulmat jäävät huomioimatta?
11. Onko mittaamisessa havaittavissa puutteita? Millaisia?

## Palvelutuotannon ohjaus

12. Mitkä ovat kaihileikkauspotilaan hoitoprosessin resurssit?
  - a. Mitkä näistä resursseista ovat kriittisiä?
  - b. Mitkä ovat resursseihin liittyviä rajoitteita?
13. Onko hoitoprosessissa tunnistettavissa toimintaa rajoittavia prosessivaiheita (pullonkauloja)?
  - a. Miten tunnistettujen pullonkaulojen kanssa toimitaan?
14. Miten kuvailisit kaihileikkauksen (palvelun) kysynnän ja tarjonnan suhdetta?
15. Millä tavoin varmistetaan, että hoitoprosessin resurssit riittävät vastaamaan palvelun kysyntää?
  - a. Koetko, että resurssien kuormitusaste on optimaalinen?
16. Miten työntekijöitä ohjataan?
17. Millä tavoin työntekijöitä pyritään motivoimaan?
  - a. Koetko, että motivoinnin tärkeys on tunnistettu organisaatiossa?

## Palvelutuotannon arviointi

18. Mitkä ovat kaihileikkauspotilaan hoitoprosessiin liittyvän toiminnan tavoitteet?
  - a. Ketkä asettavat tavoitteet (ulkoiset ja sisäiset)?
  - b. Millaiseksi koet eri toimijoiden ymmärryksen tavoitteista?
  - c. Koetko, että edellä tunnistetut mittarit linkittyvät tiiviisti tavoitteisiin?
19. Miten hyvin koet nykyisen toiminnan vastaavan sen tavoitteita?
  - a. Ketkä ovat vastuussa tavoitteiden saavuttamisesta?
20. Pyritäänkö hoitoprosessista ja siihen liittyvästä toiminnasta tunnistamaan aktiivisesti kehityskohteita?
  - d. Koetko, että hoitoprosessin ja siihen liittyvän toiminnan kehittämiseen kannustetaan?

## Lopetus ja palaute

21. Kommentoitavaa haastattelun aiheisiin liittyen. Vapaa sana.
22. Palautetta kysymyksistä.



# LIITE B: KAIHILEIKKAUSPOTILAAN HOITOPROSESSI

