

# Työhön kohdistuvat tehokkuuspaineet terveydenhuollon ammattihenkilöiden kokemana

Mervi Vähätalo

*Turun yliopiston kauppakorkeakoulu, Porin yksikkö*



Työsuojelurahasto  
Arbetarskyddsfonden  
The Finnish Work Environment Fund



Turun yliopisto  
University of Turku

Työsuojelurahasto on osallistunut hankkeen rahoittamiseen

## Sisältö

1	JOHDANTO.....	3
2	INSTITUTIONAALISET LOGIIKAT JA TEHOKKUUS TERVEYDENHUOLLOSSA .....	5
	2.1 Institutionaaliset logiikat terveydenhuollossa.....	5
	2.2 Logiikkojen ristiriidat terveydenhuollossa .....	7
	2.3 Tehokkuus ja sen tavoittelu terveydenhuollossa .....	8
	2.4 Tehokkuus asiantuntijatyössä .....	10
3	MENETELMÄT.....	12
4	TULOKSET.....	13
	4.1 Tehokkuuspaineiden asettaminen ja kustannustietoisuus.....	13
	4.2 Toiminnan määrällinen tehokkuus, mittaaminen ja seuranta .....	15
	4.2.1 Määrälliset tehokkuustavoitteet yksilötasolla .....	15
	4.2.2 Määrälliset tehokkuustavoitteet yksikkötasolla .....	16
	4.2.3 Määrällisten tehokkuusindikaattoreiden seuranta .....	19
	4.3 Toiminnan laadullinen tehokkuus, mittaaminen ja seuranta .....	20
	4.3.1 Laadullisen tehokkuuden seuranta .....	20
	4.4 Tehokkuuden mittaamisen problematiikka.....	21
	4.5 Tehokkuuden tavoittelu säästämällä ja sen seuraukset.....	24
	4.5.1 Tehokkuuden tavoittelu hoitohenkilöstöä vähentämällä.....	24
	4.5.2 Tehokkuuden tavoittelu esimiehiä vähentämällä .....	26
	4.5.3 Tehokkuuden tavoittelu toimintaa uudelleen organisoimalla .	27
	4.6 Tehokkuuspaineiden seuraukset .....	29
	4.7 Organisaation arvojen ja tehokkuuden yhteensovittaminen .....	31
5	POHDINTA.....	35
6	LÄHTEET .....	39

# 1 JOHDANTO

Terveydenhuollon viime vuosikymmenten kustannusten nousu on johtanut paineisiin tehostaa toimintaa erityisesti julkisella sektorilla. Julkisen sektorin organisaatiot, sekä yleisesti että terveydenhuollon alueella erityisesti, ovat vastanneet paineisiin ottamalla käyttöön yksityissektorilta omaksuttuja markkinaehtoisia johtamis- ja organisointitapoja. Valitettavasti uusien toimintatapojen omaksuminen ei aina ole ollut menestyksekkästä. (Green, 2012.) Yhtenä syynä epäonnistumisiin voidaan pitää yksityisen ja julkisen sektorin edustamia erilaisia institutionaalisia logiikoita. Julkisen sektorin toimintaperiaatteessa, jota institutionaalinen logiikka osin kuvastaa, keskeistä on ollut länsimaisen hyvinvointivaltion periaate tarjota mahdollisimman paljon hyvää mahdollisimman monelle julkisin varoin. Markkinalogiikkaa soveltavan yksityissektorin toimintaperiaate on puolestaan ollut tuottaa mahdollisimman paljon voittoa osakkeenomistajille. (Bode ym., 2017; Thorton & Ocasio, 2008; Kallio, 2015 ). Näiden logiikkojen lisäksi terveydenhuollossa vallitsee vahvana terveydenhuollon ammattilaisten logiikka, joka kuvaa heidän sisäistä motivaatiotaan hoitaa potilaat parhaalla mahdollisella tavalla (Byrkjeflot & Kragh Jespersen, 2014). Perinteisesti terveydenhuollon ammattilaisten logiikka on ollut lähempänä julkisen sektorin logiikkaa kuin markkinalogiikka. Tästä syystä ristiriitojen riski on suuri, kun markkinalogiikan käytäntöjä sovelletaan julkiselle sektorille (esim. Croft ym., 2015; Noordegraaf & van der Meulen, 2008).

Terveydenhuollon ammattilaisilla on vahva ja varsin itsenäinen asema terveydenhuollon organisaatiossa. Sillä, vastustavatko vai myötäilevätkö he uusia toimintamalleja ja johtamiskäytäntöjä, on suuri merkitys niiden juurruttamisessa. Mikäli ammattilaiset kokevat uusien toimintamallien vaarantavan asiantuntijan asemaansa organisaatiossa, vastustus on varsin todennäköistä (Noordegraaf & van der Meulen, 2008). Tämä vaikuttaa myös niiden toimenpiteiden käyttöönottoon, jolla tehokkuutta terveydenhuollon organisaatioissa on yritetty parantaa. Koska julkisen sektorin resurssien niukkeneminen on tosiasia, tehokkuutta edistävien ratkaisujen ja toimintamallien käyttöönotto on joka tapauksessa välttämätöntä. Organisaatioiden on tarkasteltava toimintaansa kriittisesti kustannustehokkuuden lisäämiseksi ja silti kyettävä säilyttämään legitimitettinsä terveydenhuollon professioiden silmissä.

Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena olivat terveydenhuollon organisaatioihin kohdistuvat tehokkuuspaineet ja henkilöstön kokemukset niistä. Tutkimuksessa ilmiötä tarkastellaan institutionaalisen logiikan avulla. Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella, miten tehokkuuspaineet ilmenevät yksityisen ja julkisen

sektorin organisaatioissa ja miten terveydenhuollon henkilöstö kokee organisaation asettamat tehokkuusodotukset. Tutkimuksen tarkoituksena on analysoida kahden eri institutionaalisen logiikan – markkinoiden tehokkuuslogiikan ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden institutionaalisen logiikan – kohtaamista eri logiikoilla toimivissa terveydenhuollon organisaatioissa terveydenhuollon ammattihenkilön näkökulmasta.

Tässä tutkimuksessa kerättiin laadullinen aineisto haastattelemalla terveydenhuollon ammattihenkilöitä, jotka työskentelevät joko yksityisellä (n=15) tai julkisella sektorilla (n=12). Osa haastateltavista työskenteli molemmilla sektoreilla yhtäaikaaisesti. Haastatteluiden avulla vastaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- Miten tehokkuuspaineet ilmenevät yksityisessä/julkisessa sairaalaorganisaatiossa?
- Miten terveydenhuollon ammattihenkilöt kokevat tehokkuuspaineet?

Tutkimus tuo uutta näkökulmaa institutionaalisen logiikan ymmärtämiseen. Koska tehokkuuden parantaminen on terveydenhuollon organisaatioille yhä tärkeämpää, on tarpeellista tutkia, miten terveydenhuollon ammattihenkilöt kokevat tehokkuuslogiikan organisaation toimintatapana. Tutkimus tuottaa tietoa siitä, miten henkilökunta kokee erilaisten organisaatiossa ilmenevien logiikkojen vaikuttavan työhönsä. Lisäksi saadaan tietoa siitä, millaisia arvoja työntekijät kokevat yksityisen/julkisen sektorin edustavan ja kokevatko he voivansa työskennellä yksityisellä/julkisella sektorilla ammattikuntansa arvojen edellyttämällä tavalla.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös ajankohtaisessa sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenteellisessa uudistuksessa. Vaikka käynnissä olevilla uudistuksilla luodaan tehokkuutta mahdollistavia rakenteita, niiden hyödyntäminen riippuu siitä, miten terveydenhuollon ammattihenkilöt suhtautuvat muutokseen.

## 2 INSTITUTIONAALISET LOGIIKAT JA TEHOKKUUS TERVEYDENHUOLLOSSA

### 2.1 Institutionaaliset logiikat terveydenhuollossa

Institutionaalinen teoria on runsaasti käytetty viitekehys, joka kuvaa mm. organisaatioita ja niiden samankaltaistumista (ks. Greenwood ym., 2008; Thornton & Ocasio, 2008; DiMaggio & Powell, 1983). Institutionaalisen teorian on kuitenkin kritisoitu selittävän puutteellisesti muutosta (Greenwood ym., 2008). Institutionaalinen logiikka sen sijaan pyrkii selittämään, miten samanaikaisesti ja usein keskenään ristiriidassa olevat logiikat johtavat muutoksiin organisaatioissa. (Greenwood ym., 2008). Thornton ja Ocasio (1999) määrittelevät institutionaalisen logiikan seuraavasti: “the socially constructed historical pattern of material practices, assumptions, values, beliefs, and rules by which individuals produce and reproduce their material substance, organize time and space, and produce meaning to their social reality”. Määritelmän mukaan institutionaalinen logiikka siis kuvaa syvään juurtuneita arvoja, uskomuksia, käytäntöjä ja toimintatapoja.

Yhteiskunnassa vallitsee erilaisia institutionaalisia logiikoita, joista tässä tutkimuksessa tarkastellaan hyvinvointivaltion logiikkaa ts. julkisen sektorin logiikkaa, yksityisen sektorin edustamaa markkinalogiikkaa ja professioiden logiikkaa, tässä tapauksessa tarkemmin sanottuna terveydenhuollon ammattilaisten logiikkaa. Kirjallisuudessa kuvataan erilaisiin institutionaalisiin logiikkoihin liittyviä piirteitä (Thornton & Ocasio, 2008; Kallio, 2015; Goodrick & Reay, 2011; Reay & Hinings, 2005)

Julkiset organisaatiot edustavat tyypillisesti ns. hyvinvointivaltion logiikkaa. Tällä tarkoitetaan toimintaperiaatetta, jonka tavoitteena on kansalaisten sosiaalisen tasa-arvon ja hyvinvoinnin edistäminen (Bode ym., 2017). Näin ollen tehokkuus ei perinteisesti ole kuulunut julkisen sektorin toiminnan keskeisimpiin tavoitteisiin. Itseasiassa julkisia organisaatioita onkin syytetty tehottomuudesta (Nolte, 2012; Green, 2012). Tehottomuuden on osaltaan ajateltu johtuvan mm. julkisten organisaatioiden hierarkisesta rakenteesta ja johtajien johtamisosaamisen puutteesta. Julkisissa asiantuntijaorganisaatioissa, erityisesti terveydenhuollossa, johtajat ovatkin tyypillisesti olleet terveydenhuollon ammattilaisia sen sijaan, että olisivat varsinaisen johtamiskoulutuksen saaneita johtamisen ammattilaisia.

Julkinen sektori on jo vuosia kohdannut kasvavia tehokkuuspaineita (Byrkjeflot & Kragh Jespersen, 2014). Terveydenhuollossa paineet toiminnan tehostamiseen

johtuvat kasvavista kuluista, joita aiheuttavat mm. väestön ikääntyminen, lääketieteellisen teknologian kehittämät yhä kalliimmat hoitomuodot ja asiakkaiden hoidolle asettamat kasvavat odotukset (Shortell & Kaluzny, 2006). Koska julkisen sektorin budjetin kasvattaminen ei ole mahdollista, ovat julkiset organisaatiot vastanneet tehostamisvaatimukseen uudelleenorganisoimalla toimintaansa ja pyrkineet siten muuttamaan tehottomia toimintakäytäntöjään (Green, 2012). Tilalle on omaksuttu tyypillisesti toimintamalleja markkinaehtoisesti toimivalta yksityiseltä sektorilta.

Markkinalogiikan, jota yksityinen sektori edustaa, keskeinen toiminta-ajatus on tuottaa mahdollisimmin paljon voittoa osakkeenomistajille. Johtavan markkina-aseman tavoittelu luonnollisesti edellyttää tähän tähtääviä toimenpiteitä (Thorton & Ocasio, 2008.) Yksityisissä organisaatioissa johto on yleensä johtamiskoulutuksen saaneita ammattijohtajia (Thorton & Ocasio, 2008), joiden yhtenä keskeisenä johtamisvälineenä ovat erilaiset suoritusmittauksiin perustuvat kannustinjärjestelmät. Terveystenhoito on kuitenkin varsin säädeltyä ja voiton tavoittelu mihin hintaan hyvänsä ei ole mahdollista. Laadun heikentämistä voiton tavoittelun kustannuksella estämään onkin kehitetty erilaisia laadunvarmistusjärjestelmiä. (Bode ym., 2017).

Yksityisen sektorin markkinalogiikan ja julkisen sektorin hyvinvointilogiikan lisäksi terveydenhuollossa vallitsevana kolmantena logiikkana on profession logiikka eli terveydenhuollon ammattilaisten toimintalogiikka. Terveystenhoollossa erityisesti lääkäreiden, mutta myös muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden professioilla on pitkät perinteet ja vakiintuneet toimintatavat (Byrkjeflot & Kragh Jespersen, 2014). Terveystenhoollon ammattihenkilöiden institutionaalinen logiikka kuvaa heidän sisäistä motivaatiotaan ja omaehtoista velvollisuudentuntoaan hoitaa potilas parhaalla mahdollisella tavalla (Kallio, 2015). Tämän terveydenhuollon ammattihenkilöiden institutionaalisen logiikan keskeisenä kulmakivenä on epäilemättä parhaan mahdollisen näyttöön perustuvan hoidon antaminen potilaalle. Terveystenhoollon ammattilaisten logiikka on perusajatukseltaan varsin samankaltainen julkisen sektorin hyvinvointilogiikan kanssa. Tästä syystä julkisissa organisaatioissa organisaation ja ammattilaisten välisiltä logiikkaristiriidoilta on pääosin vältytty. Terveystenhoollon ammattilaiset ovat voineet toteuttaa ammattikuntansa periaatteita ja hoitaa potilaita pohtimatta liiaksi esimerkiksi hoidon kustannuksia (Bode ym., 2017).

Terveystenhoollon ammattilaisten logiikan taustalla vaikuttavat voimakkaasti ammattijärjestöt, Suomessa esimerkiksi lääkäriliitto. Ammattijärjestöt määrittelevät ammatinharjoittamisen keskeiset edellytykset ja kontrolloivat niitä. Ammattijärjestöt esimerkiksi vastaavat jäsentensä koulutuksen suunnittelusta ja koulutusvaatimuksista. Ne myös määrittelevät ammattien keskeiset eettiset normit ja hyväksytyt toimintatavat. Ammattiin valmistuessaan terveydenhuollon ammattilaiset

ovat sisäistäneet ammattikuntansa keskeiset arvot ja toimintaperiaatteet, joita heidän odotetaan noudattavan (Noordegraaf & van der Mullen, 2008; Noordegraaf, 2007). Ammattijärjestöt vahva asema lisää ammattilaisten valtaa (Freidson, 2001) ja vähentää organisaation mahdollisuutta vaikuttaa ammattilaisten toimintatapoihin. Terveysthuollon henkilöstöllä, erityisesti lääkäreillä, onkin mittava autonomia ja päätöksentekovalta terveydenhuollon organisaatioissa.

## 2.2 Logiikkojen ristiriidat terveydenhuollossa

Yllä kuvattujen logiikkojen ominaispiirteiden perusteella on ymmärrettävää, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintalogiikan ja yksityisen sektorin markkinalogiikan yhteensovittaminen on haastavaa. On helppo ymmärtää, että ristiriitoja syntyy kun markkinalogiikkaa tarjotaan toimintamalliksi terveydenhuollon ammattilaisille ja heidän odotetaan hyödyntävän markkinaehtoisia toimintamalleja kuten suoritusmittausta, kilpailuttamista, laatuindikaattoreita, hinnoittelua jne. (Noordegraaf, 2007). Markkinaorientaation korostaminen ja asiakkaiden vaatimusten kasvu vähentää terveydenhuollon ammattilaisten valtaa ja mahdollisuutta toimia oman ammattikuntansa arvojen pohjalta (Noordegraaf, 2007).

Markkinaehtoisten toimintamallien käyttö ei ole saanutkaan terveydenhuollon asiantuntijoiden varauksetonta hyväksyntää. Vaikka terveydenhuollon perinteikkäät professiot, kuten lääkäri- ja hoitajakunta, eivät periaatteellisesti vastustakaan tehokasta resurssien käyttöä (Kallio, 2015), ovat managerialistiset toimintatavat joutuneet törmäyskurssille terveydenhuollon professioiden arvojen kanssa. Siinä missä terveydenhuollon professioiden arvot ovat tyypillisesti olleet linjassa julkisen sektorin edustamien länsimaisen hyvinvointivaltion arvojen kanssa, on markkinatalouden toimintatavat koettu vieraiksi.

Kirjallisuudessa kuvataan joitain esimerkkejä siitä, miten keskenään erilaiset logiikat voivat esiintyä samanaikaisesti samassa organisaatiossa (McPherson & Sauder, 2002; Reay & Hinnings, 2009), joskin enimmäkseen kuvataan logiikkojen välisiä ristiriitoja (esim. Noordegraaf & van der Meulen, 2008; Besharov & Smith, 2014), kilpailua (esim. Reay & Hinnings, 2009; Olakivi & Niska, 2016; Townley, 2002; Bode ym., 2017) ja organisaatioiden logiikan muutosta (esim. Noordegraaf, 2007; Greenwood ym., 2002; Goodrick & Reay, 2011) logiikkojen pyrkiessä valta-asemaan organisaatiossa.

Useissa tutkimuksissa kuvataan ristiriitoja terveydenhuollon henkilöstön ja organisaation välillä, kun käyttöön on otettu uusia managerialistisia toimintamalleja (e.g. Green, 2012; Noordegraaf & van der Meulen, 2008; Besharov & Smith, 2014). Ennen kaikkea kirjallisuutta löytyy ristiriidoista, joita terveydenhuollon ammattilaiset kokevat siirtyessään esimiestehtäviin organisaatiossa. (Olakivi & Niska, 2016; Burgess ym., 2015; Croft ym., 2015; Byrkjeflot & Kragh Jespersen,

2014). Ristiriitoja aiheutuu erityisesti ammattietiikan ja organisaation arvojen välillä. Johtotehtäviin siirtyneet ammattilaiset eivät tiedä, kumpia arvoja noudattaisivat (Croft ym. 2015; Bode ym., 2017). Esimerkiksi tehokkuusvaatimusten voidaan kokea uhkaavan hoidon laatua.

Orvik ja kumppanit (2015) raportoivat havainneensa aikaisemmassa tutkimuksessaan hoitotyön johtajien stressaantuneen tasapainotellessaan laatu- ja tehokkuusvaatimusten välillä. Ylimmän johdon asettamat tehokkuustavoitteet olivat ristiriidassa hoitotyön lähijohdon ammatillisten arvojen kanssa. Ristiriidat aiheuttivat lähijohtajissa voimattomuutta, ärtymystä ja riittämättömyyden tunnetta. Terveystuon asiantuntijoiden siirtyessä johtotehtäviin heidän ammatilliset arvonsa voivat olla ristiriidassa organisaation arvojen kanssa (Dellve & Wikström, 2009)

Tehokkuuspaineiden käsittelyyn on tunnistettu kolme strategiaa: laatu-tietoisuus, tehokkuuteen sopeutuminen ja näiden yhdistelmä (Orvik ym., 2015). Laatu-tietoiset asiantuntijat näkivät itsensä ennen kaikkea profession edustajina. He kokivat budjettirajoitteet ahdistavina eivätkä kokeneet saavansa tukea omilta esimiehiltään. Heitä ahdisti toimia ”riittävän hyvä”-periaatteella. Riskinä oli uupuminen ja työhyvinvoinnin heikentyminen.

Tehokkuuteen sopeutujat eivät kokeneet ristiriitaa tehokkuuden ja laadun välillä. Välillä he sanoivat ymmärtävänsä tehokkuusvaatimuksia, välillä taas korostivat laadun näkökulmaa. Laadun ja tehokkuuden yhdistävät asiantuntijat tiedostivat ristiriidat ja kokivat edustavansa kahta hyvin erilaista arvoa, laatua ja tehokkuutta. Ristiriitojen myöntäminen helpotti niistä aiheutuvaa jännitystä. (Orvik ym. 2015.)

### **2.3 Tehokkuus ja sen tavoittelu terveydenhuollossa**

Vaikka tehokkuutta ja siihen liittyviä käsitteitä on määritelty kirjallisuudessa (esim. Shortell & Kalyzny, 2006), Vakkuri (2009) toteaa Paras mahdollinen julkishallinto –kirjassaan tehokkuuden ja sen lähikäsitteiden, kuten tuloksellisuuden, taloudellisuuden, vaikuttavuuden ja tuottavuuden käsitteiden, käytön olevan jokseenkin sekavaa ja epä johdonmukaista. Saman on todennut Hussey ja kumppanit kirjallisuuskatsauksessaan (Hussey ym., 2009). Julkisessa keskustelussa, esim. mediassa, tehokkuutta ja sen lähikäsitteitä käytetään varsin vapaasti. Kallio (2015) toteaa, että tämä ns. tehokkuuspuhe on monelta osin enemmänkin mielikuviin liittyvää tehokkuutta kuin eksaktia tehokkuutta. Tehokkuuspaineiksi Kallio (2015) määrittelee julkisorganisaatioiden kohtaaman paineen muuttaa tai kehittää toimintaansa ja toteaa siihen liittyvän runsaasti tehokkuuspuhetta ja tehokkuusajattelua, joiden määrittely asiantuntijaorganisaation tapauksessa on hyvin haastavaa.



Julkisessa terveydenhuollossa tehokkuus saa ristiriitaisen vastaanoton. Toisaalta verovarojen käytön legitimointi edellyttää kustannusten hillitsemistä, toisaalta kansalaiset odottavat saavansa parasta mahdollista lääketieteellistä hoitoa. Julkisella sektorilla kustannusten hillintään on jo vuosia käytetty managerialistisia toimintatapoja, joista on otettu mallina markkinatalouden puolelta. Keinot, joilla tehokkuutta on tavoiteltu sekä yksityisellä että julkisella sektorilla eivät aina ole onnistuneet. Kaplan ja Haas (2014) raportoivat viisi yleistä virheellistä toimenpiteitä, joilla terveydenhuollon organisaatiot yrittävät saada aikaan säästöjä. Valitettavasti nämä säästötoimenpiteet pikemminkin lisäävät hoidon kustannuksia ja joissain tapauksissa myös alentavat hoidon laatua. Henkilöstölle leikkausten seuraukset eivät yleensä tule yllätyksenä, vaan asiakasrajapinnassa työskentelevät tunnistavat nopeasti muutosten seuraukset. Oman alansa asiantuntija osaavat kertoa muutosten vaikutuksista myös etukäteen. Valitettavan harvoin heitä kuitenkaan kuullaan etukäteen – tai edes jälkikäteen. Seuraavassa kuvataan Kaplanin ja Haasin (2014) mainitsemia tyypillisiä tapoja tavoitella säästöjä terveydenhuollossa.

Henkilöstömenot ovat terveydenhuollon suurin menoerä. Leikkauksia voidaan hakea jäädyttämällä palkkoja ja olemalla rekrytoimatta uutta henkilöstöä. Radikaalimpia säästöjä saadaan irtisanomisilla. Lyhyellä aikavälillä tarkasteltuna voisi näyttää siltä, että leikkaamalla henkilöstökuluja saadaan selviä säästöjä. Kun henkilöstöleikkaukset vielä kohdistuvat tukihenkilöstöön, voi hallinto uskotella itselleen, että potilaan hoitoon ei tehdä muutoksia. Näin päädytään tilanteeseen, jossa hoitajat tekevät siistijän työt oman työnsä ohessa ja lääkärit käyttävät suuren osan työajastaan sihteerin tehtäviin. (Kaplan & Haas, 2014.) Tätä voidaan perustella jopa hoidon jatkuvuudella ja tiedonkulun paranemisella, kun lääkäri hoitaa kaikki potilaaseen liittyvät paperityöt itse. Toisaalta voidaan pohtia olisi lääkärin ja hoitajan työaika paremmassa käytössä hoitotyössä ja saataisiinko tällöin esim. poliklinikoiden potilasmääriä kasvatettua. Tukipalvelutehtävien siirtäminen hoitajille ja lääkäreille saattaa viivästyttää hoitopääsyä, heikentää hoidon laatua kiireen vuoksi ja turhauttaa ja uuvuttaa henkilökuntaa (Kaplan & Haas, 2014).

Tiloihin ja laitteisiin liittyvät investoinnit muodostavat huomattavasti pienemmän osan terveydenhuollon kustannuksista kuin henkilöstömenot. Silti tilojen ja laitteiden optimoinnilla voidaan parantaa toiminnan tuottavuutta. Kaplan ja Haas (2014) tuovat esille esimerkin leikkaussalitoiminnasta, jossa samalla kirurgilla voi olla käytössään yksi tai kaksi salia. Jos käytössä on yksi sali, potilas leikataan ja hoidetaan loppuun. Lopuksi sali siivotaan ennen kuin seuraavan leikkauksen valmistelu voi alkaa. Jos käytössä on kaksi leikkaussalia, voidaan toinen siivota ja valmistella sillä aikaa kun toisessa salissa leikataan. Tällöin kirurgi, jonka työaika on arvokkainta, voi siirtyä seuraavaan saliin suoritettuaan edellisen toimenpiteen loppuun omalta osaltaan. Toisena esimerkkinä voidaan pitää sairaaloiden hankintoja. Hankintalain mukaan kaikki tuotteet on kilpailutettava. Tyypillistä on, että tuotteiden edustajat antavat tuotteitaan koekäyttöön testattavaksi osana hankintaa.

Testauksista ja siitä kerätystä palautteesta huolimatta kiusauksena voi olla määrittellä halvin tarjous voittajaksi. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että kun heikkolaatuinen tuote ei käytännössä toimi toivotulla tavalla, sitä kuluu enemmän. Heikkolaatuiset tuotteet voivat aiheuttaa myös riskejä potilasturvallisuudelle ja vähintään turhauttavat henkilökuntaa, joka ”taistelee” huonojen välineiden kanssa.

Yleiseksi ”säästövirheeksi” Kaplan ja Haas (2014) mainitsevat myös potilasmäärien maksimoinnin. Potilaita halutaan hoitaa mahdollisimman paljon mahdollisimman lyhyessä ajassa. Esimerkiksi lääkäreiden vastaanottoaika per potilas voidaan lyhentää ja odottaa, että toiminta tehostuu, kun lääkäri ottaa päivän aikana vastaan 15 potilaan sijasta 25 potilasta. Potilasmäärien kasvattaminen ei kuitenkaan valitettavasti kerro mitään toiminnan vaikuttavuudesta. Riskinä jopa on, että toiminnan vaikuttavuus heikentyy. Joissain, erityisesti vaativissa potilasryhmissä, pidentämällä vastaanottoaika voidaan saada jopa parempia tuloksia aikaan, kun lääkäri tai hoitajalla on aikaa perehtyä potilaan tilanteeseen perusteellisesti.

Toimintojen standardointi ja parhaiden käytäntöjen vakiinnuttaminen on ollut hidasta terveydenhuollossa (Kaplan & Haas, 2014). Jossain määrin sitä on perusteltu potilaiden tarpeiden heterogeenisuudella ja toiminnan projektimaisella luonteella (Vähätalo & Kallio 2015). Yksityisellä sektorilla on ajateltu olevan paremmat edellytykset standardointiin homogeenisemmän potilasaineensa ansiosta. Toisaalta erityisesti julkisessa organisaatiossa lääkärikunnalle on haluttu antaa vapaat kädet tehdä työtä parhaaksi katsomallaan tavalla ja ajateltu lääketieteessä hyväksytyjen toimintatapojen ohjaavan toimintaa riittävästi. Toiminnan standardoinnin on kuitenkin todettu tehostavan toimintaa myös terveydenhuollossa (Bask, Vähätalo & Panula, 2016; Kaplan & Haas, 2014). Olennaista onkin pohtia, mitkä toiminnat ovat standardoitavissa ja miten asiakaskohtainen palvelun räätälöinti tehdään (ks. Bohmer, 2005).

## **2.4 Tehokkuus asiantuntijatyössä**

Työn tuottavuuden kehittämisen aloitti Taylor jo 1800-luvun lopulla ja viime vuosikymmenellä manuaalisen työn tuottavuutta kasvatettiin merkittävästi analysoimalla työtä ja uudelleen organisoimalla sitä (Drucker, 1999). Viime vuosikymmenen lopulla alettiin kiinnittää huomiota myös asiantuntijatyön tuottavuuteen. Vaikka tutkimus on ollut kasvavaa, asiantuntijatyön tuottavuuden parantaminen ei ole suuressa mittakaavassa vielä käynnistynyt. Drucker (1999) muun muassa on esittänyt alla kuvattavia suosituksia asiantuntijatyön tuottavuuden parantamiselle.

Asiantuntijatyön tuottavuuden arvioinnissa olennaista on lopputuloksen laatu. Asiantuntijatyön tuottavuuden arvioinnissa ei ole mielekasta tarkastella määrää, esim. vastaanotolla käyneiden tai leikattujen potilaiden määrää. Olennaista on arvioida työn vaikuttavuutta eli käytännössä potilaalle syntyneitä terveyshyötyjä.

Toisaalta, kuten tiedetään, juuri vaikuttavuuden määrittely ja mittaaminen onkin haasteellista terveydenhuollossa (Porter, 2010; Kämäräinen ym., 2016). Osin tästä syystä myös terveydenhuollon asiantuntijatyön arvioinnissa on päädytty tarkastelemaan määrää vaikuttavuuden sijaan.

Jotta asiantuntijatyön tuottavuutta voidaan parantaa, olennaista on tehtävän selkeä määrittely (Drucker, 1999). Olennaista on, että asiantuntijat itse voivat osallistua tehtävänsä määrittelyyn. Asiantuntijat itse tietävät parhaiten oman asiantuntijuutensa ydinalueet ja osaavat siten määritellä, mitä tehtäviä juuri he osaavat parhaiten hoitaa. Kun tehtävä on määritelty, asiantuntijan pitää voida keskittyä siihen. Liian usein korkeapalkkainen asiantuntija käyttää aikaansa epäolennaisten tukitehtävien hoitamiseen. (Drucker, 1999.)

Asiantuntijoille tulisi antaa mahdollisuus itsenäiseen työn suunnitteluun, mutta toisaalta myös vastuu työn laadusta, siihen käytetystä ajasta ja kustannuksista. (Drucker, 1999.) Asiantuntijoilla on tyypillisesti korkea työmoraali ja vaatimustaso työnsä laadun suhteen. Jos asiantuntijoille annetaan riittävästi tietoa toiminnan kustannuksista, he pystyvät organisoimaan työnsä parhaalla mahdollisella tavalla annettujen resurssien puitteissa.

Asiantuntijat tulee ymmärtää organisaation pääomana eikä kuluna. Asiantuntijatyössä asiantuntijan arvo on hänen tiedoissaan ja taidoissaan, jotka hän itse omistaa. Koska asiantuntija lähtiessään organisaatiosta vie tiedon mennessään on heidän organisaatioon sitouttamiseen kiinnitettävä erityistä huomiota. Asiantuntijoiden sitouttaminen organisaatioon on haasteellista, koska asiantuntijat ovat tyypillisesti enemmän lojaaleja omalle ammattikunnalleen kuin organisaatiolle, jossa työskentelevät. Mikäli asiantuntijat kokevat, että he eivät voi tehdä työtä haluamallaan tavalla, he todennäköisesti vaihtavat työpaikkaa. Ristiriidat asiantuntijan ja organisaation välillä voivatkin johtaa alhaiseen työtyytyväisyyteen ja heikkoon organisaatioon sitoutumiseen (Kippist & Fitzgerald, 2009) samoin kuin heikkoon työn laatuun ja korkeaan työpaikasta lähtemiseen (Scafer ym., 2002). Asiantuntijoista kiinni pitäminen on organisaatioille tulevaisuudessa yhä tärkeämpi kilpailutekijä (Drucker, 1999).

Asiantuntijatyön johtamisessa haasteena onkin mahdollistaa asiantuntijoille itsenäinen työ, jossa he pystyvät toimimaan asiantuntijuuttaan tyydyttävällä tavalla, itsenäisesti, kokevat työnsä tarkoituksenmukaiseksi ja saavat kehittyä siinä. Tämä saattaa olla haasteellista, jos organisaation arvot eivät ole linjassa asiantuntijatyön ja ammattikunnan arvojen kanssa (Drucker, 1999).

### 3 MENETELMÄT

Tutkimusaineisto kerättiin haastattelututkimuksena kahdesta terveydenhuoltoalan organisaatiosta. Tutkimuksessa mukana olleista organisaatioista toinen edusti paikallista julkisen sektorin erikoissairaanhoidon. Toinen organisaatioista edusti valtakunnallista yksityistä toimijaa. Organisaatioista haettiin asianmukaiset tutkimusluvut.

Haastateltavat valikoituvat aikaisemmin tehdyn kvantitatiivisen aineistonkeruun perusteella. Kvantitatiivisen aineistonkeruun yhteydessä tutkittavilla oli mahdollisuus jättää yhteystietonsa mikäli halusivat osallistua myös haastattelututkimukseen. Yhteystietonsa jättäneille lähetettiin sähköpostia, jossa kerrottiin haastattelututkimuksesta ja pyydettiin henkilöitä olemaan yhteydessä tutkijoihin, mikäli olivat edelleen kiinnostuneita haastatteluun osallistumisesta. Niiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa, jotka olivat yhteydessä tutkijoihin, sovittiin haastattelun paikasta ja ajankohdasta. Haastatteluja toteutettiin yhteensä 27 kappaletta. Haastatteluista 12 tehtiin julkisella sektorilla ja 15 yksityisellä. Suurin osa haastatteluista suoritettiin haastateltavan valitsemassa paikassa. Muutamissa tapauksissa haastattelu tehtiin puhelimitse. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Haastattelujen kesto vaihteli ccc min ja uuu min välillä. Haastattelujen keston keskiarvo oli nnn min. Haastatteluista kertyi aineistoa yhteensä mmm min. Julkisen sektorin organisaation haastateltavista 10 oli hoitajia ja 2 lääkäreitä. Yksityisen sektorin organisaation haastateltavista 8 oli hoitajia ja 6 lääkäreitä.

Haastattelut olivat teemahaastatteluja, sisältäen kolme teemaa: organisaation johtaminen, maine ja yksityisellä ja julkisella sektorilla työskentelyn erot. Johtamiseen liittyen haastateltavilta kysyttiin mm. organisaation arvoista, toimintaperiaatteista, toiminnan arvioinnista jne.

Aineisto analysoitiin NVivo –ohjelmalla. Aineisto käytiin läpi ja siltä poimittiin tehokkuuteen ja toimintalogiikoihin liittyviä noodeja. Noodeja ryhmiteltiin ja abstrahoitettiin. Tässä tutkimuksessa aineistoa käsiteltiin pääosin kuvailevin menetelmin.

## 4 TULOKSET

### 4.1 Tehokkuuspaineiden asettaminen ja kustannustietoisuus

Julkisessa organisaatiossa paineita asettivat sekä tulosaluetasoiset esimiehet sekä konsernijohto, tai jokin ylätaho, jota ei osattu nimetä. Tulosalueyllilääkärit, -ylihoitajat ja –johtoryhmät olivat tyypillisesti numeeristen tavoitteiden takana. Se millaisia paineita keskijohtoon kohdistui tulosten asettamisessa ei käynyt tutkimuksesta ilmi. Yksityisellä konsernijohto oli selkeä tulostavoitteiden ja tehokkuuspaineiden asettaja. Esimiehet niin yksityisessä kuin julkisessakaan organisaatiossa eivät juuri profiloituneet paineiden asettajana. Tavoitteista kyllä keskusteltiin esimiesten kanssa mm. kehityskeskusteluissa, mutta he eivät profiloituneet negatiivisesti paineiden asettajana.

*”Mut se, että tänä vuonna sit taas tietysti [läpimenoajat] on laskenu, en tiedä. Mut kyl meidän johtoryhmän tavoitteet on se, että pitää nostaa, pitää laskea, tavote on tämä, näin paljon säästöjä. Meille kaikille kerrotaan koko ajan kuinka paljon pitää saada säästöjä ja kuinka paljon pitäisi sitten, että ollaanko plussalla vai miinuksella, et pitäis enemmän tehdä sitä ja vähemmän tehdä tätä.” (julkinen, sairaanhoitaja)*

Julkisessa organisaatiossa henkilöstön kustannustietoisuus oli varsin heikkoa. Vastaajien mukaan organisaatiossa ei tiedetty mitä mikäkin maksaa.

*”Ei oikeestaan sillai [puhuta rahasta], mutta jossain kohtaa tietysti sit aina. Just et esimerkiks tuol ku meidän osastol kuuluu näitten polikliinisten, tai ne mitkä tulee ei poliklinikal vaa ajanvarauksella sydänfilmiä esimerkiks, ni se on meidän osaston. Ja sit on tarkkaa et se tehdää niin, että siitä tulee myös rahat meille. Ku niitä on tietysti määrällisesti tutkimuksii kaikist eniten, niit sydänfilmei. Et ku mitää muut ei ehditä tekee niin paljoo ku niitä. Mut et ei oikeestaan kauheesti muuten, koska meil on ne tietyt mitä me pystytää tekee.” (julkinen, sairaanhoitaja)*

*”Joskus tuntuu et ei tääl oo niit taloudellisii asioit ylipäänsä, kun ei kerran kukaan osaa mistään mitään sanoo. Et ehkä niitki ois hyvä olla.” (julkinen, sairaanhoitaja)*

*”Aina me tehään tappiota. Ihan sama mitä me tehään niin tappiota me tehdään aina. ... En mä tiiä [mistä se johtuu]. Mun palkka-luokka ei oo semmonen et mun tarttis mieltii sitä et mistä se [tappio] tulee.” (julkinen, sairaanhoitaja)*

*”Sit kysyttiin sitä et ku meil oli tosi isot vaihtelut tossa, vuositulok-sessa et mistä se johtuu. Kukaan ei tiennyt.” (julkinen sairaanhoi-taja)*

Jotta henkilöstöllä olisi mahdollisuus ottaa taloudelliset seikat huomioon päivit-täisessä toiminnassaan, heillä pitäisi olla tiedossa tavaroiden ja välineiden yksik-köhinnat. Yksiköiden tulojen ja menojen muodostumisen tulisi olla tiedossa koko henkilökunnalla, samoin koko organisaation kustannusrakenteen. Yleinen tietoi-suus talouden realiteeteista auttaa henkilöstöä hahmottamaan omaa toimintaansa osana kustannustehokkaasti toimivaa organisaatiota.

Yksityisessä organisaatiossa puolestaan oltiin hyvin kustannustietoisia. Erityi-sesti työterveyshoitajat ja työfysioterapeutit olivat tulosvastuullisia henkilökohtai-sesti ja sen lisäksi hyvin tietoisia toimenpiteidensä hinnoittelusta.

*”Eihän se nyt semmonen oo et veitti kurkulla täällä koko ajan ollaan sen suhteen mut on se sellanen mikä sanelee sitä, meidän arkipäivää ja minkä kautta me aika paljon joudutaan ajattelemaan sitä että las-kutusta tulee riittävästi tai näin, ei sitä voi kieltää.” (yksityinen, työ-fysioterapeutti)*

*”Juu ei, mulle ei aseteta taloudellisii tavoitteita mut multa oletetaan että mä en haaskaa mitään. Mä käytän taloudellisesti kaikkia väli-neitä tavaroita, mitä mä myöskin sillon aikanaan omil työilleni ker-roin et ykskään rätti tänne ei tule mistään, kukaan ei meille maksa tätä vaan me ostetaan tää iha itte et kattokaa mitä te käytätte.” (yk-sityinen, sairaanhoitaja)*

Yksityisasiakkaita vastaanottavat lääkärit puolestaan olivat tietoisia mm. labo-ratorio ja kuvantamispalveluiden hinnoista ja kertoivat joutuvansa pohtimaan mitä tutkimuksia oli tarpeen määrätä erityisesti silloin kun asiakas maksoi tutkimukset itse.

## 4.2 Toiminnan määrällinen tehokkuus, mittaaminen ja seuranta

Toiminnan määrällisellä tehokkuudella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa organisaation ja sen henkilöstön toiminnan eksakteja indikaattoreita. Haastateltavilta tiedusteltiin millä mittareilla heidän toimintaansa arvioidaan. Haastateltavien vastaukset ilmeni mm. seuraavia indikaattoreita:

- (laboratorio) tutkimusten valmistumisnopeutta
- (laboratorion) näytteiden läpimenoaikoja
- laboratorion näytteenottotapahtuman kestoa
- otettujen näytteiden määrää
- asiakkaiden läpimenoaikoja
- ylipaikoilla olevien potilaiden määrää
- tutkimusjaksojen määrää
- kriisijaksojen määrää (psykiatriassa)
- asiakkaiden käyntimääriä
- asiakasmäärä per hoitajan työtunti (laboratoriossa)
- jonotusaikoja (laboratoriossa)
- työaika kellokortilla

Selvää on, että organisaatioissa käytetään runsaasti muitakin mittareita. Haastateltavien ensimmäisenä mieleen tulevat mittarit kuvannevat lähinnä niitä mittareita, jotka ovat eniten esillä henkilöstön arjessa ja eniten vaikuttavat heidän työhönsä.

### 4.2.1 Määrälliset tehokkuustavoitteet yksilötasolla

Henkilökohtaisen tehokkuuden tavoitteiden asetantaa ja mittaamista ilmeni sekä yksityisessä että julkisessa organisaatiossa. Henkilökohtaisia potilastavoitemääriä asetettiin erityisesti hoitajille, joilla oli omaa vastaanotto toimintaa. Tällaisia olivat mm. julkisessa organisaatiossa psykiatriset sairaanhoitajat ja yksityisessä organisaatiossa työterveyshoitajat ja –fysioterapeutit sekä lääkärit. Henkilökohtaiset tavoitteet asetettiin kehityskeskusteluissa. Määrälliset tavoitteet ohjasivat toimintaa jopa niin paljon, että niiden koettiin joskus sivuuttavan toiminnan laadun.

*”Totta kai sitä mitataan, senhän näkee ihan jatkuvasti, koska siis ihan se että, mistä tahansa nää tietokoneohjelmathan, koska, sanotaan nyt ihan vaan siitä että miten potilaat on maksaneet, niin siitä näkee et nehän on per lääkäri. Ja ne nähdään et miten minä olen määrännyt tutkimuksia, miten mä oon määrännyt mitä tahansa, ja miten paljon minä tuotan [xx organisaatiolle], sehän näkyy.” (yksityinen, lääkäri)*

*”Jossain vaiheessa seurasin paljonki mut sitte tässä on iän myötä tullu sellanen armo itteensä kohtaan että ei.. En mä enää seuraa, en aina ihan kuukausitasollakaa. Kehityskeskusteluis ne aina käydään ja tulos- ja tavotekeskusteluis läpitte, että miten on menny. Ei se sel-last oo että jos siel, esimerkiks kun meillä opiskelijoita on niin, silloin opiskelijan ohjaukseen menee väkisin aikaa ja tämmösiin. Kun perusteluita löytyy sille että miks se on esmes tuloksille sillä kuukaudella vähän heikompi nii ei se oo mikään juttu. Ainakaan tällä tasolla, en tiä mitä ne siellä konsernin ylhäällä ajattelee.” (yksityinen, työfysioterapeutti)*

*”no tässä ku pari vuotta sit oli palaveri, esimies vaihtu, johtava ylihoitaja on mejän esimies mikä on enemmän hallinnon kaa, täysin hallintoo niin he asetti mulle ku mul on, käyntejä oli paras vuosi tässä, seittemän vuoden aikana ollu tuhatneljäsataa käyntiä, oli paras käyntimäärä vuodessa. Niin he oli jotenki laskenu et kakstuhattaneljäsataa jokski vuodeks, nii sit mä sanoin et hei haloo että, et mul on kaks kuukaut ku mul on pitkät lomat, mä oon kaks kuukaut jo lomallaki, ja ku lasketaan arkipyhät, ni mä oon kaks kuukaut varmasti pois, et mieltikää nyt et, ei voi olla. Kaks ja puolsataa ihmist melkeen kuussa, miten se niin ko.. ”Ai nii juu”, he oli laskenu jonku, mää tiää minkä kertoimen mukaan, sit se laskettiin tuhanteenkahteensataan, et on mul semmonen tavote.” (julkinen, sairaanhoitaja)*

*”Meillähän on se, et meidän pitää ottaa neljä potilast päivässä ja 800 käyntii. Et siel on tulostavoitteet ihan määritelty ja se on kyl aika kova juttu jos 800 pystyy vuodes ottaa ku on vuosilomat, jos satut tulee sairaaks ja jos on koulutuspäivii tai..” (julkinen, sairaanhoitaja)*

*”Mä tekisin ehkä vähän toisel tavalla jos tulostavote ei ois niin kova. Sitä jää kuitenkin tuijottaa viikottain kuukausittain että pääsee siihen tavoitteeseen ja mieluummin vähä yli.” (yksityinen, työterveyshoitaja)*

#### **4.2.2 Määrälliset tehokkuustavoitteet yksikkötasolla**

Toimintakapasiteetin tavoitteet oli määritelty korkeaksi. Korkea kuormitusaste oli asetettu tavoitteeksi ja sitä seurattiin. Mikäli havaittiin kapasiteetin alikäyttöä, siitä huomautettiin tai tehtiin järjestelyitä, jotta alikapasiteetti saatiin korjattua. Näin toimiessa riskinä on, että henkilöstä väsyä pitkäaikaiseen ylikuormitukseen.



*”... kyllähän ne tuntiraamit on edelleen käytössä meidän kaikissa yksiköissä ... kyllähän siinä kytätään, ja helposti laitetaan yt:t päälle jos näyttää että asiakasmäärät on liian pieniä jollekin.” (yksit sh)*

*”meil on vuosittain on tällöinen budjetti- /taloussuunnitteluneuvottelu ja siinä tavoitteet asetetaan että, nyt kun meil on joka vuosi nousu et sit tietysti meilläkin joskus tulee raja vastaan et nyt on ehkä pari vuotta pysytty näissa samoissa, et on tyydytty siihen et ei voi enää kasvattaa kauheesti. Mut kyl tottakai se tehostamispuhe on aina olemassa sitten tietenkkin.” (julkinen, lääkäri)*

*”sillä tavalla joo mitä mekin vähän protestoidaan et vaikka mennään pitkiä aikoja ylipaikalla et sit jos joskus tulis semmonen hengähdystauko et oliskin vaan viisi potilasta osastolla niin se täytyy se paikka täyttää heti et vajaalla ei saa mennä yhtään et mieluummin yli mut ei vajaalla.” (julkinen, sairaanhoitaja)*

*”Ja, näitten asioitten avaaminen, mä ymmärrän, ekonomin, katsantokannasta sen, kun hän katsoo sitä tilannetta, ja hänen on pakko tuijottaa niitä numeroita. Mutta, heille on mahdotonta avata se mikä on terveydenhuollon puolelle täysin itsestään selvää että, ensinnäkin, että meil on vahvaa tutkimusnäyttöä olemas siitä että, jos osaston, kuormitus on sata prosenttia tai yli sata, niin sen teho laskee aivan huomattavasti, siit ei saada enää ulos, sitä, vastetta mikä pitäis. Ja, osasto toimii tehokkaimmin kun sen käyttöaste on 80 prosenttia. Ja se sama, sääntö pätee täällä meillä.” (yksityinen, lääkäri)*

*”Joo kyllä. No se on lähinnä siinä tosiaan et kyl johto helposti sitten, en mä pidä sitä pahana mut kun tulee niitä raportteja niin sit nähdään et jos on ollu tyhjää aikaa esimerkiks on monen päivän leikkaussaleil lähteny potilas aikasin, et meidän pitäis lopettaa aikasintaa jotta salikapasiteetti olis täydes käytös meidän pitäis vaikka puol tuntii ennen lopettaa ennen ku sali sulkee, niin jos siel näkyy että siel on ollutkin tunti joutokäyntii niin kyl siitä sit heti tulee koska tolleen viikottain sitä raportointia me saadaan tätä, niin kyllä sieltä helposti tulee huomautus että [”]ootteko huomannu että salin..[”]”. (julkinen, lääkäri)*

*”Et mä oon sitä jotenkin itekseni paljon miettiny, että jos täällä esimerkiksi päästäs siihen tavoitteeseen, mikä on annettu, ja se. Meil on*

*semmonen kolmiportainen liikennevalo että jos se liikennevalo näyttäis vihreetä, ni meillä se tietäis joka päivä ylitöitä. Et koska, me hoidetaan se koko labra, kaikki siihen liittyvät työt. Että, sanotaan et ehkä semmonen kolme hoitajaa jos ois, labrassa töissä ja sitte olis sitä populaa, niin sit varmaan se laskukaava alkas mennä kohdalleen.” (yksit lh)*

*”Meil on siis esimerkiksi joku vaikka et tältä vuodelta-, nyt tältä neljännes vuodelta pitäis saada miljoona pois. Ja sit et.. vaikka et yöpyjiä on liikaa, pitäis saada läpimenoaikoja nopeemmaks.” (julkinen, sairaanhoitaja)*

Henkilöstö koki turhauttavaksi sen, että potilaiden kanssa keskusteluun vastaanotolla ei jäänyt riittävästi aikaa. Toisaalta potilaiden välissä ei ollut aikaa etsiä kirjallisuudesta vastauksia monimutkaisiin tapauksiin. Lisää kiirettä aiheutti muiden ammattiryhmien töiden siirtäminen hoitohenkilökunnalle ja lääkäreille.

*”Ja kylhän se sit, siel ajanvarauskalenteris.. Työ on muutakin kuin pelkästensä potilaan vastaanottoo. Et, jos sä hoidat hyvin ni kyl sun täytyy välil vähän lukasta jostaki jotain ja mieltii et mikäs täs oli, kattoo asiakirjoi et onks täs nyt et mites tää tällain ja kattoo niit vähän perusteellisemmin et ei se oo ihan vaan, sokeritehtaal, et mennee syrjään siit sit ain.” (julkinen, sairaanhoitaja)*

*Mitä se on se arki sitten, kun me ollaan iltavuorossa ja yövuorossa ja aamuvuorossa et mitä kaikkee me joudutaan tekemään et koko aika lisääntyy työmäärä meillä et jopa lääkäreitten tehtäviä tulee aina silloin tällöin hoitajille ja ihan valtavasti työmäärät lisääntyy..... a siitä ollaan vähän nuristu että, me hoitajat joudutaan tekeen esimerkiksi laitoshuoltajan töitä et kun meitä on ohjeistettu ihan työsuojeluvaltuutettu ohjeistanu et älkää suostuko tekemään muiden ammattiryhmien töitä niin me ollaan siitä puhuttu vuosikaudet mut sit laitoshuoltajilla on omat mitotuksensa ja niissä ei jousteta niin meidän täytyy sit tehdä, esimerkiksi aamulla keittiöhommot ja iltaisin keittiöhommot. Silloin kun viikonloppusin oltiin töissä niin ei ollu laitoshuoltajia ollenkaan et me hoidettiin kaikki ruoka-asiat ja tiskit ja muut semmoset. Mikä sit, no viikonloppusin se meni mut et kyllä tämmösessä arkikiireessä kun pitää keittiö siivota ja laittaa kaikki kattaa seuraavaksi aamuksi aamupalapöytä ja yököt laittaa leikkeleet ja kaikki semmoset niin kyllä se vie sit sitä, hoitotyöstä sitä aikaa.” Julkinen, sairaanhoitaja)*

*Mutta, mä ymmärrän sitä että se [kaikille sama palkkio] tuli hyvin määräyksenomaisesti (ylempään vaan) että, ”ota tai jätä”. Ja monihan jätti, ja lähti pois. Et tää, tällainen tyyli. Ja he niin kun, pakottaa meitä mukaan siihen et sillä tavalla miten he, pyörittää tätä, ni meidän täytyy lähtee niihin asioihin mukaan. Ja, saman..aikaisesti, supistetaan sun työkaluja kavennetaan sun toimintamahdollisuuksia, yritetään työntää semmosia asioita jotka ei ole lääkärin työtä, ni sitä yritetään työntää lääkärin, tehtäväksi. Ja, must tää on, mun pääsani tää kuvio on hyvin selkeä. Mä ymmärrän sen logiikan. Koska, näin, sitä laskee ekonomi. Se katsoo et missä tuol on tyhjäkäyntiä ja mistä otetaan tyhjät pois ja muu.. Mut nyt palataan siihen aiempaan et, se ei onnistu terveydenhuollossa. Meillä täytyy olla tietyt palvelut koko ajan käytettävissä, et, niis on ihan lakisääteisyyskiäkin olemassa.” (yksityinen, lääkäri)*

Ylisuurten tavoitteiden asettaminen tuntui epäreiluilta. Henkilöstö pohti, kuvitteleeko organisaatio heidän laiskottelevan, jos mitoitus olisi parempi tai tavoitteet realistisemmat.

#### **4.2.3 Määrällisten tehokkuusindikaattoreiden seuranta**

Määrällisiä indikaattoreita seurattiin säännöllisesti. Julkisella tulosta seurasi lähinnä lähijohto, yksityisellä työntekijät itse tai konsernijohto.

*”Ja sitä [valtakunnallista vertailua] on tehty vuosikaudet ja se tuottaa hyvin semmost, viikottain tulee tietoo. Me saadaan tietoo mejän vaihtoajoista, tehokkaast ajankäytöstä, millon viimeinen potilas lähtee salista, millon eka tulee, onks hukka-aikaa. Ja sit tulee tää viikkoraportointi niin me on pärjätty siinä sanotaan kansallisesti verrattuna erittäin hyvin.” (julkinen, lääkäri)*

*”Joo kyllä. No se on lähinnä siinä tosiaan et kyl johto helposti sitten, ... jos siel näkyy että siel on ollutkin tunti joutokäyntii niin kyl siitä sit heti tulee koska tolleen viikottain sitä raportointia me saadaan tätä, niin kyllä sieltä helposti tulee huomautus että ”ootteko huomannu että salin..”. (julkinen, lääkäri)*

Tyypillisesti osastonhoitaja kävi lukuja läpi osastokokouksessa, myös ylihoitajan uskottiin seuraavan. Tosin epäiltiin myös sitä, että tulkitaanko lukuja oikein?

*”Kyl varmasti seurataan esimerkiksi, luulisin et ylihoitaja saa siitä jonkunäköistä raporttia. Et sit verrataan sitä käyntimäärää siihen henkilökuntamäärään, ja sitten, mä en oo ihan varma et ymmärretäänkö siinä se et me ollaan myös viikonloppuisin auki ja silloin kuvataan vaan päivystykset. Eli, miten se sit niinku vaikuttaa se kaks päivää siinä missä voi olla et voi olla 30 kuvausta tai kaks kuvausta, et miten se sit vaikuttaa siihen miten se henkilökunnan määrä täällä lasketaan.” (julkinen, röntgenhoitaja)*

### **4.3 Toiminnan laadullinen tehokkuus, mittaaminen ja seuranta**

Toiminnan laadullisella tehokkuudella tässä tutkimuksessa tarkoitetaan arvionvairaisia indikaattoreita. Keskeisin indikaattori oli asiakastyytyväisyys, mutta julkisessa organisaatiossa kysyttiin kuukausittain myös henkilöstön vireyttä ja jaksamista.

Asiakastyytyväisyyttä mitattiin monipuolisesti niin yksityisessä kuin julkisessä organisaatiossa. Käytössä olivat hymynaamat, tekstiviestipalautteet sekä paperiset asiakaspalautteet. Yksityisessä organisaatiossa käytössä oli myös sähköinen Net Promotor Score (NPS), jossa asiakas arvioi, kuinka todennäköisesti suosittelee palvelua esim. läheisilleen.

*”No tottakai varmasti sitä et päästään aina niihin tavoitteisiin ja tuloksiin mut kylhän meil aika paljon nykyään painotetaan myös asiakkaitten kohtaamist ja sitä hoidon laatuu ja sitä et meil on hyvin päivitetyt tiedot ja osaamiset ja pidetään itemme ajan tasalla. Se on kuitenkin, sille hinnalle mitä meist maksetaan se vastapaino, että me annetaan laadukasta hoitoa ja neuvoa ja opastusta.” (yksityinen, työfysioterapeutti)*

*Ja sitten esimerkiksi [organisaatiossa] on tällä hetkellä tämmönen, lasketaan prosentteina potilaat että oliko tosi hyvää palvelua mitä hän siellä sai, ja sitten lääkäreille lasketaan tämmöstä scorea että, olitteko hyviä lääkäreitä vai ei.” (yksityinen, lääkäri)*

#### **4.3.1 Laadullisen tehokkuuden seuranta**

Palautteiden käsittely vaihteli suuresti. Julkisessa organisaatiossa asiakaspalautteita käsiteltiin vaihtelevasti. Välillä palautteen käsittely tapahtui osastolla, välillä vastaajat eivät tieneet käsiteltiinkö tuloksia ollenkaan. Yksityisessä organisaatiossa ainakin työterveyshoitajat ja lääkärit näkivät itse omat NPS mittarilla kerätyt

asiakaspalautteensa. Jotkut haastateltavista kertoivat, että työntekijöiden asiakaspalautetta seurattiin ja työntekijät saivat esimiehiltään palautetta, jos NPS lukemat laskivat. Monet tosin kokivat, että oli lähinnä työntekijän oma asia, seurasiko palautetta vai ei.

*”Joo meillähän on kaks standardia käytössä niin, nekin myös edellyttää että, mittareitten käyttöön ja vaikuttavuutta seurataan ja kaikkee tällöisiä että, ne on ihan itte ollaan haluttu semmoseen mennä ja, sitä sitten myös tehdään.” (julkinen, apulaisosastonhoitaja)*

*”Ja jos ne ei oo tyytyväisiä niin ei siitä mitään sanktioita tullu mutta sitte oltiin vähän silleen no mikäs nyt on, ”kyllä nyt pitäis vähän paremmin tämä” ja sehän on tietysti niin viikkokohtaista ja saattaa olla semmonen viikko vaan että asiakkaat on semmosia että ihan sama mitä teet niin ne on kiukkusia.” (yksityinen, bioanalyytikko)*

*”mut työvire ja sitten asiakaskokemusten, niitten yhdistäminen sit vielä samaan ja, toki sieltä saa sit jokainen yksikkö itse katsoa et mitenkäs me pärjättiin siinä.” (julkinen, sairaanhoitaja)*

#### 4.4 Tehokkuuden mittaamisen problematiikka

Huonoista mittareista on lähinnä haittaa. Haastateltavien vastauksista kävi ilmi, että huonosti soveltuvat mittarit suututtivat henkilökuntaa, saivat johdon näyttämään epäammattimaiselta.

Mittarit ohjaavat tyypillisesti ihmisiä toimimaan siten, että asetetut tavoitteet saavutetaan. Joskus tämä johtaa myös osa-optimointiin. Suurissa organisaatioissa mittareiden standardointi voi aiheuttaa hankaluuksia. Mittarit saattavat soveltua hyvin yhden yksikön mittaamiseen, mutta huonosti toisen. Sama pätee myös ammattiryhmäkohtaisessa mittaamisessa, joka korostui yksityisessä organisaatiossa. Vastaanotto toimintaa harjoittavan työterveyshoitajan mittarit eivät välttämättä sovellu sairaanhoitajan toiminnan mittaamiseen. Yleisesti muistutettiin, että potilaiden määrän laskeminen ei takaa laatua.

*”mä oon perustellu sillai et mähän voin varata [xxx kaupungin] jäähallin ja vetää, ennen jääkiekko-otteluu laulattaa väellä yhden laulun ja ottaa sielt neljätuhatta kävijää, et sitä mä oon yrittäny selittää pomoilte et ei se välttämät se kävijämäärä ei kerro siit laadusta.” (julkinen, sairaanhoitaja)*

Joskus mittarit eivät soveltuneet kyseisen toiminnan mittaamiseen. Se ei ymmärrettävästi juuri kannusta henkilökuntaa tavoitteiden saavuttamiseen.

*”Kyl mä sillain ammatillisesti, pystyn tätä työtä tekemään laadukkaasti ja sillä lailla mikä mua, itseäni tyydyttää. Mut et kyl se on varmaan tää, organisaation, touhu täällä. Että esimerkiksi jaetaan jotain tähtisuorittaja [naurahtaa] ..-palkintoja. Ja mä tiedän että vaikka mä, teen hirveästi ylitöitä ja teen ja teen ja teen ja teen ni mul ei oo ikinä edes mahdollisuutta sellaista saada, ihan vain jo periaatteessa sen takia et me ei päästä sinne, meidän liikennevalotavoitteen. Niin ei se...” (yksityinen, laboratoriohoitaja)*

*”Meil jossain vaiheessa vähän tuli semmosta et ruvettiin kattomaan niitä laskutusasteita mut kun ei se toimi. Kun ei sitä voi tietää, se voi olla päivä jos lääkärillä ei oo asiakkaita niin ei oo sillä hoitajallakaan asiakkaita mut sen hoitajan täytyy tavallaan kuitenkin olla siellä paikalla mahdollisesti, joskin meillä kyllä sit kun niitä meidän laskutusasteita katottiin kun meil on aika, meillä oli allergia- ja astmapuolen ja sit oli tähystykset ja muut et meil on aika kalleita toimenpiteitä. Sehän siinä vähän oli kun ne rupes laskemaan niitä tuntiraameiks sanotaan et tuli et kuin paljon tunteja saa kellekin teettää niin sehän se ongelma oli kun ne katto sitä laskutusta kahteenkymmeneen minuuttiin. Mut kun meidän suurin osa toimenpiteistä oli semmosia mihin menee tunti tai kaks. Ne katto et meil on liian vähän asiakkaita per tunti kun laskettiin et pitäis olla joku kolme asiakasta per tunti. Eihän meil ollu kun yks asiakas per kaks tuntia et ne ei huomioinu siinä tuntiraamilaskennassa ollenkaan sitä et mitä me tuotetaan, vaan ne kattoo kuin paljon meil on ollu asiakkaita. Mut sit kun jossain vaiheessa ruvettiin kattoon sitä meidän tuottoa niin meidän tuotto oli enemmän kun monien työterveyshoitajien ketkä joutuu tekeen sitä koko ajan, et ne ei oikein kohdannut et ehkä se on myöskin et ei oo välttämättä sitä käytännön näkökulmaa enää siellä ylhäällä siitä et mitä se työ todellisuudessa on. Saadaan hieno idea et näinhän me sitä ruvetaan laskeen.” (yksityinen, sairaanhoitaja)*

Pitää muistaa, että työpaikalla kaikki ei ole mitattavissa

*”Mut sitten on paljon semmosta palokuntatoimintaa joka, on pakko olla pystyssä vaikka, ei tulis yhtään tapahtumaa vuodessa. Joku synnytyssalijuttu niin totta kai me toivotaan ettei tuu yhtään huonoo vastasyntyntä mutta jos niitä tulee niin meillä pitää olla pystyssä se, keskola jossa joku osaa käyttää kaikkia vimpaimia ja, tällain. Ja semmosta on, se on vähän niin kun palokunta et hyvähän se on jos ei tuu yhtään tulipaloo vuodessa. Mut ei se sen palokunnan vika oo et*

*kustannukset per tulipalo on sitten paljon isommat. Tässä on semmosta toimintaa, mutta täs on myös hyvin paljon semmosta mikä olis, ehkä mittaroitavissa ja erotettavissa.” (julkinen, lääkäri)*

*”Siitä [ristiriidasta] on täällä aika paljon puhuttukin mutta kun kaikkea ei voi mitata rahassa ja kaikkea ei voi laskuttaa ja on paljon työtä mistä ei voi laskuttaa ja näin, niin se on et me kuitenkin tehään hoitotyötä vaikka tehdäänkin myös sitä yritysysteistyötä mut paljon hoitotyötä niin hoitotyö ja raha ei, se ei mee ihan käsi kädessä. Ja sit taas on sellasta mikä ei, se ei näy siellä niiden meidän mittareiden kautta se kaikki työ et sitä ei voi silleen realisoida sellasiks palikoiks mitä sitte nähtäis.” (yksityinen, työterveyshoitaja)*

Vastaaja kyseenalaistivat myös joidenkin asiakaspalautteiden validiteetin. Epäiltiin, että asiakkaat eivät arvioineet varsinaisesti hoidon laatua vaan antoivat pisteet jollain muulla perusteella. Toisaalta, jos palautteiden määrät eivät olleet suuret, koettiin, ettei tuloksia voinut yleistää.

*”... ja siinä [NPS mittauksessa] ei oo mitään järkeä siinä systeemissä koska se, ei millään tavalla ota huomioon sitä ammattitaitoa. Et ei se potilas, ei tavallaan pysty arvioimaan sen hoidon validiutta sillä tavalla että antaa prosentit että olipa tosi mahtavaa kun mä just sain sen antibioottikuurin mitä mä halusin, ja sit se lääkäri joka tieteellisesti perusteli niin ei anna sitä niin se saakin huonot pisteet.” (yksityinen, lääkäri)*

*”Ja se ei liity meihin millään tavalla ja se saatetaan sanoa heidän, siinä, sanallisessa palautteessaki. Et [”]lääkärinvastaanotto suju hyvin mutta, ajanvarus sössi täysin[”]. Ja, sit loppujen lopuks me ollaan se, joka kannetaan siitä se, tulos, että meitä sillä mitataan.” (yksityinen, lääkäri)*

*”Mutta sit taas jos mä katon vaikka omaa, mä katoinkin vaikka kahen vuoden ajalt niit pisteitä, hyvät pisteet mutta mä en nii kauheesti laita siihen painoarvoa ku se oli, olisko vaikka 35 vastannu kahen vuoden aikana siitä asiakasmäärästä mitä käy. Nii se et jos se on tavallaan semmonen mitä tuijotetaan nii sit tuijotetaan vähän hassua juttua.” (yksityinen, työterveyshoitaja)*

*”Sitähän lääkärit kritisoi aikanaan hirveesti että monet potilaat antaa huonon arvosanan jos on saanu vaikka parkkisakot tossa. Mutta*

*kyl mä nyt uskosin et suurin osa ihmisist ymmärtää et eihän se siihen liity.” (yksityinen, bioanalyytikko)*

## **4.5 Tehokkuuden tavoittelu säästämällä ja sen seuraukset**

Haastateltavien mukaan keinoja hakea säästöjä oli monenlaisia. Monessa tapauksessa henkilöstö koki keinot turhauttavana. Päätösten tekijät eivät ymmärtäneet, miten muutos vaikutti henkilöstöön tai hoidon laatuun. Henkilöstöllä oli kokemus, että johtajat eivät tunne työtä ja toisaalta ovat valmiita ajamaan henkilöstön uuvuksiin. Henkilöstöstä tuntui siltä, että johtajat olivat hakemassa pikavoittoja.

### **4.5.1 Tehokkuuden tavoittelu hoitohenkilöstöä vähentämällä**

Julkisessa organisaatiossa toimittiin vajaalla henkilöstöllä, kun sijaisia ei saanut ottaa. Toki välillä saatu lisää henkilökuntaa, kun oli esim. osoitettu, että pieni henkilöstömäärä on potilasturvallisuusriski. Silloin harvoin kuin sijaisia sai ottaa, niiden saaminen oli vaikeaa, koska organisaation ulkopuolella ei ollut henkilöitä, joilla olisi ollut kokemusta ko. osastoista. Organisaatiossa oli käytössä varamiesjärjestelmä, mutta se koettiin haasteelliseksi. Haastateltavien mukaan riskinä oli, että varamiehet uupuivat kun olivat aina sijoitettuna osastolla, jossa oli kaikkien kiireisintä. Organisaation johdon ei koettu ymmärtävän henkilöstömitoitukseen liittyviä haasteita.

*”Et vähän toivois jotenkin et ylihoitaja olis, et kun hän on meidän ylin esimies niin hän olis, ymmärrän sen joo et piiri vaatii säästöjä ja, tiettyy toimintatapaa mut sit et pitäs kumminkin vähän meidän puolia ehkä ja vähän miettis tätä kun hän ei oo itse [saman erikoisalan hoitaja] niin hän ei oikein ymmärrä sitä, et jos me sanotaan et on ollu kiire ja mentiin vajaalla taas niin mitä te valitatte siinä, ne on yleisimpiä vastauksia. Et hän vois tulla ihan päiväksi kattoo semmosta kiirepäivää kun mennään siellä pää kolmantena jalkana ja on vajaa miehitys, et mitä se sit on.” (julkinen, kättilö)*

Yksityisessä organisaatiossa henkilömitoitus oli myös minimissä. Myös yksityiseen organisaatioon otettiin sijaisia vain äärimmäisessä tarpeessa, yleensä pyrittiin selviämään omalla henkilökunnalla. Haastateltavat kertoivat myös tilanteista, joissa henkilöstöä oli irtisanottu ja otettu sitten takaisin lyhytaikaisiin sijaisuuksiin. Haastateltavat pitivät tätä moraalisesti kyseenalaisena. Henkilöstön vähentämisen koettiin heikentävän asiakkaille tarjottavan palvelun laatua erityisesti hidastamalla palvelun tai tutkimustulosten saantia.



*“siinä suuri todennäköisyys on että tarvitaan hoitaja joka antaa hoitoja samanaikaisesti kun mun vastaanoton täytyy jatkua, niin silloin yksikössä ei voi olla sellasta tilannetta että on vain yksi hoitaja paikalla, koska sit tarvitaan vielä toinen hoitaja muihin tehtäviin, mutta kuitenkin täällä on sellasia tilanteita että ei ole muuta kuin yks ainut hoitaja paikalla.” (yksityinen, lääkäri)*

*”Ihan käytännön arkiasioiden selvittämisessä, niin ku tää kuvastaa sitä että, meil on erittäin kriisiytynyt työpsykologitilanne ja, työfysioterapeuttitilanne. Eli, tarvittais kaks kolme henkilöä lisää. Ja tää yhtälö on se mitä mä en ymmärrä tällä puolella että, jos palveluille on kysyntää, niin miksi ei oteta tekijöitä. Ja, mä, oon yrittäny, vuoden ajan avata tätä tilannetta, ja käyttäny täysin omaa aikaa siihen, et, tehny heille selvitystä asiasta, ja, sielt tulee tämmöset automaatti..fraasivastaukset että, ”juu olemme tietoisia tilanteesta ja, tosi surullista..” ..ja blaablaa. Jolloin, on menty tietyssä vaiheessa sen pisteen yli et, selvä, mä en ole [xx organisaatio] ja, he hoitaa niin kun hoitaa, ja mä en ala [xx organisaatiota] myöskään enää puolustaa pätkäkään. Emmä ala yritykses selittämään et, ”tosi ikävää et te maksatte palveluista joita te ette saa”, vaan päinvastoin kyl mä oon sanonu et, ”reklamoikaa ihmeessä ja, laittakaa ylemmälle taholle..” ..sitä asiaa ja viestiä. Ja, näitten asioiden avaaminen, mä ymmärrän, ekonomin, katsantokannasta sen, kun hän katsoo sitä tilannetta, ja hänen on pakko tuijottaa niitä numeroita. Me tarvitaan, laboratoripalveluja kuvantamispalveluja toimistopalveluja. Ja, sillä tavalla, se näkyy, että meil tulee semmonen jouheva kulku asioissa. Ja nyt kun näistä on ryhdytty säästämään supistamaan, ni se koneisto on, alkanu salpautumaan, ja sinne tulee, potilaille tulee kaks kolme käyntiä, sen takii et palvelua ei olekaan. Ja samoin itse mä olen joutunu supistamaan toimintoja et, ”selvä, ei laiteta”. ”Ei laiteta työfysioterapeutille.” ”Ei laiteta työpsykologille.” ”Kyl me pärjätään ilmankin.” Mutta se on asiakkailta pois. Potilaita pois. Ja se on niilt yrityksiltä pois, jotka on, tietyillä, kehusanoilla ostettuja palveluja hankkinu. Ja nää on itse asiassa. tää ei oo mitään semmost pikku juttua nyt mistä mä puhun, vaan ihan käytännön esimerkkinä mä voin heittää, ja näitä on lukemattomia että, potilas on saattanu hänel on voinu olla vaikka tenniskyynärpää johon täytyy aloittaa nopeasti oma jumppa, ja, mä olen kuvitellu et koneisto toimii. Kolmen viikon päästä potilas on mun vastaanotolla, mä olen ajatuksissa et mä oon pistämäs häntä jo töihin takasin. Mulle selvi et, hän ei ole*

*vielä edes tavannut työfysioterapeuttia. Hän on vaan ollu, sairaalomaalla, ja tilanne on aivan alkutekijöissä. Tää on ku kunnallista farssia. Ja nyt puhutaan, kalliista palveluista yksityispuolella. Ja miksi? Koska ei ole ollut työfysioterapeutin aikoja.” (yksityinen, lääkäri)*

*”Se varmaan johtuu siitä työtahdistä mitä siellä vaaditaan. Yks itse asiassa joka muutti [xx kaupungista] tänne [yy kaupunkiin] niin se irtisanoutu aika nopeesti just sen vuoksi et se sano että tää työtahdi on ihan mahoton täällä näin, täällä pitäis ottaa asiakkaita koko ajan sisään ja kumminkin pitäis vastata puheluihin, pitäis ehtiä tehdä päivitykset, pitäis ehtiä tehdä näytekuljetusten lähtö pitäis ehtiä tekemään spirometria ja kliiniset fysiologiat ja näin. Ja sitten välillä se tuntu siltä että sitä henkilöstöä ei vaan kerta kaikkiaan ole tarpeeksi. Jolloin se et sun pitää olla koko ajan sumplimassa asioita, niin se väsyttää monet tosi nopeasti. Niin mä luulen että ne menee kokeilemaan sinne kyllä mut sit ne toteaa että ei, olis kiva päästä tekemään rauhassa työtä. Jokasellahan on oikeus siihen että työtä saa tehdä rauhassa.” (yksityinen, bioanalyttikko)*

#### **4.5.2 Tehokkuuden tavoittelu esimiehiä vähentämällä**

Erityisesti yksityinen organisaatio oli läpikäynyt organisaatio muutoksia, jossa lähijohtoa oli supistettu merkittävästi. Vastajaat kokivat, että kyse oli säästöjen tavoittelusta. Heidän mielestään esimiesten vähentämisestä oli kuitenkin haittaa.

*”Puhuttiin ylevästi että halutaan lähentää työntekijöitä johtoon mutta musta tuntu että kävi päinvastoin. Koska nyt meillä on yks esimies joka vastaa suuresta lössistä, sillä ei oikeesti oo henkilökohdasta kontaktia meidän kanssa juurikaan, ja tottakai siinä se labran esimies se justiinsa oli mun mielestä hyvä kun se teki myöskin meidän hommia omilta hommiltaan minkä ehti, sanotaan et se saatto vaikka pari kolme kertaa viikossa tehdä aamuvuoroja tai muuta tällästä, et säily se touch siihen mitä me tehdään minkälaista se meidän työ oikeesti on. Niin sen takia se oli musta hirvittävän hyvä että tällänen oli. Se oli musta harmillista että se piti poistaa.” (yksityinen, bioanalyttikko)*

*”Ei täällä yksiköissä enää ole mitään johtoa. ... Väliportaana johto otettiin pois jotta saadaan kustannukset pois siltä osin.” (yksityinen, lääkäri)*

*”Sittemminhän sitä on myllätty ihan perusteellisesti, sieltähän tämmösiä portaita niin sanotusti hävitettiin jolloin musta tuntu myöskin että jotenkin se semmonen esimieskulttuuri vaihtu ihan täysin, et nyt yhtäkkiä olikin semmonen esimies joka ei välttämättä tuntenukaan niitä alaisiaan hirveen hyvin ja se oli jotenkin, se hallinnoi semmosta paljon isompaa massaa jolloin omista asioista keskusteleminen saatto olla aika paljon vaikeampaa.” (yksityinen, laboratoriohoitaja)*

#### **4.5.3 Tehokkuuden tavoittelu toimintaa uudelleen organisoimalla**

Tehokkuutta tavoiteltiin myös uudelleen organisoimalla toimintaa. Tehtiin yksiköiden yhdistämistä, ympärivuorokautisia yksiköitä muutettiin päiväyksiköiksi. Lisäksi erityisesti yksityisessä organisaatiossa kehiteltiin uudenlaisia palveluita myytäväksi. Yhteistä toiminnan uudelleen organisoinnissa oli, että se oli heikosti suunniteltua ja johdettua. Haastateltavat kokivat, että muutosta ei oltu mietitty loppuun asti ja että heitä ei oltu kuultu muutoksen suunnittelussa. Haastateltaville oli myös epäselvää, miksi muutoksia tehtiin ja saavutettiinko toivotut tavoitteet. Itse asiassa haastateltavat epäilivät, että usein muutoksista oli enemmän haittaa kuin hyötyä.

*”Joo se [yksikön muuttaminen ympärivuorokautisesta yksiköstä päiväyksiköksi] on yks näist asioist mihin mä viittasin tos aikasemmin eli meille sanottiin yt-neuvotteluissa että haetaan säästöjä. Sit ku kysyttiin siellä että no miten ne on laskettu et kuinka paljon siinä säästetään niin kukaan ei tiennyt, kukaan ei ollu laskenu mitään. Et tehdään tämmösiä, päätöksiä, jotka perustellaan meille jollain säästösyillä, mitä kukaan ei pysty avaamaan. Nii se on jotenki tosi outoo. Ja jos silloin oltas vaan rehellisesti sanottu et tää nyt on tällanen keikeilu et näin tehdään sen takia että meilt väheni samalla potilaspaikkoja et katotaan et jos tää toimis näin. Se ois ollu ihan ok. Mut sit ku vedetään joku tämmönen ja sit sitä ei kuitenkaan kukaan oo selvittäny sitä asiaa nii, se ei kuulosta kauheen uskottavalta ja luotettavalta. Eikä sitä oo tänä päivänäkään kukaan selvittäny mulle ainakaan että paljonko tässä nyt sit kolmen vuoden aikana säästettiin vai säästettiinkö lainkaan. Todennäkösesti ei.” (julkinen, sairaanhoitaja)*

Osastojen yhdistämisen mm. koettiin vaarantavan potilasturvallisuutta, kun pitkälle erikoistuneet sairaanhoitajat joutuivat yhtäkkiä hoitamaan itselleen vieraan

erikoisalan potilaita. Yksiköiden muuttamisen ympärivuorokautisesta päiväyksiköksi koettiin heikentävän hoidon jatkuvuutta ja lisäävän kustannuksia kun osa potilaista piti siirtää viikonlopuksi muihin, kaukanakin sijaitseviin yksiköihin.

*”Terveysthuollon, juu on. Meillähän aika pitkällä tuolla konsernissa johtotehtävissä alkaa olla kauppatieteitä ja muuta, et mikä mun mielestä on vähän huono tavallaan kun puhutaan kuitenkin terveydenhuollon yksiköistä että se ei voi olla pelkästään niin sitä rahalähtöistä. Pitäis huomioda se sektori enemmänkin et hyvin huomaa kun tulee taas joku uus kauppatieteilijä tai muu et se on semmonen hyvin bisneslähtöinen ja just se tehostaminen lähtee. Ainakin [xx yksikössä] huomattiin meillä tosi paljon tehostettiin just ja työntekijöitten työvuorolistat et päällekkäisiä ei saa olla ja muuta tämmöstä, niin ei se käytännössä toimi et mekin [xx yksikössä] paljon jouduttiin tekeen sitä et me vaan oltiin sit kun ethän sä jos sä oot lääkärin kaa toimenpiteessä sun työvuoro loppuu kahdelta ja sulla on toimenpide kesken niin et sä voi tiputtaa instrumentteja ja sanoo lääkärille et hei mun työaika pääty, sä voit lopettaa tän sit ihan itte. Sitte kun se on tosi tiukkaan rajattu, niin sit henkilökunta joutuu oikeestaan joutaan siitä enemmänkin. Tavallaan se ei ehkä, ne luvut mitä on mitä halutaan ja mitkä on ne ideaalit niin ne ei käytännössä toteudu et sen takia ehkä just sitä valtaa sinne yksikköön, kun ne ymmärtää sen toimintaympäristön siellä et miten on järkevä tehdä, ehkä semmosia. (yksityinen, sairaanhoitaja)*

Vaikka ketteryys ymmärrettiin yksityisen sektorin vahvuutena verrattuna julkisen sektorin byrokraattisiin organisaatioihin, henkilöstö koki nopealiikkeisyyden myös haittana. Yksiköitä yhdisteltiin ja eroteltiin toisistaan tuon tuostakin. Uuteen organisaatiorakenteeseen ei ehtinyt edes tottua kun sitä jo muutettiin uudestaan. Uusia palveluita suunniteltiin konsernijohdossa, eikä aina muistettu pohtia, millä resursseilla ne toteutetaan käytännössä. Vastaajat kokivat, että henkilöstön määrää, aikaa, tai osaamista ei aina ollut riittävästi uusien palvelujen lanseeraamiseen.

*”Se ehkä meil on, tää on nyt vaan mun käsitys mä en siis tää ei oo mikään tieto mutta tää [xx toimitusjohtaja] on kai aika semmonen nopealiikkeinen tyyppi että keksitään joku hieno uus juttu ja nyt otetaan se käyttöön ja sit kauheella ryminällä pistetään se toimintaan, ja sit ne ei välttämättä ihan aina toimikaan. Sitten on paljon ollu semmosia projekteja et alotetaan, tehään valtava työ esimerkiks yksiköissä et saadaan joku tehtyä sit todetaan eihän se toimikaan ja sit vedetään pois. Ehkä tämmöstä pientä malttia tietty vois olla ja lähtee kokeilemaan, mut mä luulisin et se on kans tämmöstä vähän alun juttua et kai ne siitä sitte.” (yksityinen, sairaanhoitaja)*

*”sekin tässä on että millon minkäkin kokonaisuuden osa, et yhtäkkiä on toimialajohtaja, on se ja se henkilö, ja se voi olla muutaman kuukauden ja sit se vaihtuu ja he kuuluukin yhteen jonkun, et ensin oli, nämä kolme yksikköä kuului yhteen, yhtäkkiä nämä viisi yksikköä kuuluu yhteen, nyt nämä viisi mut ne ei oo ne samat jotka oli viimeksi ja, sit tää vaihtuu et, ikään kuin ei pystytä päättämään semmosta stabiiliutta ei saada myöskään aikaiseksi, ei tarvii stabiili mut ei tarvii olla liian instabiili.” (yksityinen, lääkäri)*

#### 4.6 Tehokkuuspaineiden seuraukset

Tehokkuuspaineet aiheuttivat henkilökunnassa ärtymystä, ahdistusta ja uupumusta. Lisäksi oltiin huolissaan laatuongelmista, joihin tehostamistoimenpiteet johtavat. Henkilöstö jaksaa jonkun aikaa ylläpitää laatua niukoilla resursseilla

*”No, mun mielestä siis me tuotetaan ihan hyvää hoitoa, mut se että miten se näkyy sit henkilökunnan uupumisessa välillä niin sitä ei ehkä mitata sitten, en tiedä näkyykö se missään et miten väsynyttä se henkilökunta on jos täältä on jatkuvasti vähennetty väkeä ja lisätty toimipisteitä.” (julkinen, sairaanhoitaja)*

*”Yhtäkkiä se jotenkin kylmeni se ilmapiiri tosi paljon silloin kun ruvettiin tekeen niitä mylläyksiä ja huomasin sitten että ihmiset oli ahdistuneita siitä että mitenkä tää on lähteny, et yhtäkkiä meiltä työntekijöiltä vaadittiin aina paljon vaan enemmän kuitenkin aika paljon vähemmällä.” (yksityinen, laboratoriohoitaja)*

*”Heidän on pakko tehdä valintoja mutta ei se osoita sitä et he olis ymmärtäny yhtään siitä mitä edellytettäis ja, vois sanoa että päivittäinen pahoinvointi on kohtalaista henkilökunnan keskuudessa ja, myös se tapa jolla asioita hoidetaan niin osoittaa että henkilöstöjohtamisosaamista täällä ei myöskään ole. Et ei osata henkilöstöjohtamista eikä oo substanssiosaamista.” (yksityinen, lääkäri)*

Laatukysymykset huolestuttivat vastaajia. Useat haastateltavat kokivat, että potilaat eivät saa sitä palvelua mitä tarvitsisivat. Potilaat eivät esim. päässeet vastaanotolle niin nopeasti kuin olisi ollut tarvetta, toimenpidettä piti lykätä, kun ei ollut henkilökuntaa tekemään sitä lääkärivastaanoton yhteydessä tai viipyvä laboratoriovastaus aiheutti potilaalle toisen käynnin tai kiire laboratoriossa aiheutti virheitä

diagnostiikassa. Hoitajat kokivat myös, että organisaatiomuutokset vaaransivat potilasturvallisuutta, kun henkilöstö ei pysynyt muuttuvien tehtäviensä tasalla.

*”Kyllähän tietysti jossain määrin ja just niin kun, huomaa, sit taas meidän, nää oman sektorin johtajat ni siinä vaiheessa kun tätä kaikkee yt:tä ja muuta vähennystä, tässä käytiin niin kun siinä ihan selkeästi tuli näkyviin sitä että virheitten määrä esimerkiksi kasvaa ja, ihmiset odotusajat pitenee ja, tämmöstä niin kyl siellä, ihan selkeä tämmönen, tavallaan huolestuminen, ja ymmärrys siihen asiaan, et on, et täytyyhän sen jossain näkyäkin, että joo et ei meillä liikaa täällä oo muutenkaan porukkaa ollu ja, sitte ku siitä vielä viedään niin, kyl se vaan näkyy.” (yksityinen, laboratoriohoitaja)*

*”Täs on jotain hirveen tuttua. Mä en osaa nyt heittää et mikä se on, mutta tää tämmönen laajentuminen kaikki, tää on nähty. Ja, täs tulee sellainen.. yhä enemmän mitä, mikä se kehitys on jo, ja minkälaisena mä näen sen kehityksen, että sillä volyymillä tehdään se tulos, eikä laadulla. Ja mä sitte taas ajattelisin et täs on pakko, pitää laatua pystyssä koska jossain vaiheessa se alkaa kyllä sitten, kostautumaan se asia.” (yksityinen, lääkäri)*

Toisaalta organisaation tehostamispyrkimyksiä myös ymmärrettiin. Henkilöstö mukautui ja tsemppasi päästäkseen tavoitteisiin. Yksiköiden toimintaa pyrittiin tehostamaan sisäisellä kehittämisellä, tekemällä ylitöitä ja jopa tulemalla sairaana töihin.

#### Oman työn hallinta ja kokemus auttoi kestäämään paineita

*”No, laitteet on aika ok, ja sitten mä oon jo niin vanha että, kun mä otan sen potilaan niin mä olen sit siinä hetkessä hänen kanssaan, ja se että miten kauan se sit kestää niin se kestää sen ajan, et ne muut sit joutuu odottamaan. Et mä en rupee siihen että tavallaan liukuhihnaisesti niitä lappais tosta, ku sit siinä tulee se et tulee virheitä tai, ja kyl mun mielestä jokainen potilas vaatii sen oman aikansa, et se on ihan sama sit montako siellä aulassa on istumassa.” (julkinen, röntgenhoitaja)*

#### Myös ymmärretään mittaamista ja säästöpaineita

*”No sanotaan et täs on pakko ollu oppii ajattelemaan sitä taloutta, tottakai moneltaki kantilta mut sanotaan et ehkä tänä päivänä kilpailutilanteetki tekee toisaalta sen, et siin taloudessakin tuolt konsernitaholta joudutaan mieltii aika paljon moninaisemmin sitä et ei*

*vaan aina haeta sitä korkeeta hintaa tai sitä, vaan joudutaan nimenomaan panostamaan johonki muuhun ja siihen mitä meiltä saa sillä rahalla enemmän. Ei mee enää sillä vaan että laitetaan iso hintalappu, sillä ei enää pärjää tänä päivänä.” (yksityinen, työfysioterapeutti)*

*”Osa koki sen käyttäyksenä ja kamalana. Mut kyllähän ihmiset siihen tottu. Ensikshän se oli aivan kamalaa kun työterveyshoitajilta, niille tuli aina raportti että oot nähny näin monta ja rokottanu näin ja näin monta ja, täntyyppistä. Mut osallehan se sopi kauheen hyvin, nehän tykkäs siitä et ne näki että, mitä ne on tehny ja miten ne suhtautuu muihin ja osa aatteli että, nyt minä vain joudun tekemään hädissäni töitä ja.” (julkinen, lääkäri)*

#### **4.7 Organisaation arvojen ja tehokkuuden yhteensovittaminen**

Haastateltavat nimesivät organisaation keskeisiksi arvoiksi potilaan hyvän hoidon, asiakaslähtöisyyden, potilasturvallisuuden ja taloudellisen voiton tavoittelun. Julkisessa organisaatiossa korostui erityisesti asiakas-/potilaslähtöisyys. Yksityisessä organisaatiossa monen vastauksessa raha oli tärkein. Toisaalta yksityisessä organisaatiossa myös asiakastyytyväisyys ja laadukas työ miellettiin tärkeäksi.

*”Mut täl hetkel on se tilanne että eurot johtaa kyllä, et sillä eurokyljellä mennään koko ajan et mitä ne sanoo loppuviival ne tulokset nii se on aivan sama mitä tääl joku lääkäri sanoo tai joku. Et ei, kyl ne on ne eurot eli kyllä ekonomit siellä päättää asiat.” (yksityinen, sairaanhoitaja)*

*”Onhan siellä hienot visiot mut kai se sit on, me ollaan pääomasi-jottajien omistama yritys niin kyl se nyt valitettavasti on se et raha on se mikä ratkasee et eihän niitä kiinnostaa mikään muu ku se et mitä sinne viivan alle jää.” (yksityinen, sairaanhoitaja)*

*”Kyl kai se arvo nyt vaan on sitten tuottaa mahdollisimman laadukasta erikoislääkäripalvelua. En osaa tosiaan muuta vastata.” (yksityinen, lääkäri)*

*”Mä en nää sitä sellasena että se talous ois ainoa että vaan raha puhuu ja yritetään hyötyä jostakin, koska ei se toimi tämmöses maassa.” (yksityinen, lääkäri)*

*”hyvää hoitoa kustannustehokkaasti.” (julkinen, sairaanhoitaja)*

*”Et kyl mua välil häiritsee tää et vaan ne eurot, eurot on niin kauheen tärkeitä ja se raha raha et se raha näkyy täällä kyl nykypäivänä vähän liikaa. Et kaikki mitataan siin rahassa ja mietitään et mitä tällä rahalla sitte tulis takasin sitä rahaa. Kyl se asiakas siel totta kai, sehän se asiakashan se siin sit on joka sen maksaa, ei tääl kukkaan muu mitään maksa ku se asiakas nii pakko sen asiakkaan [nau-raen] siin on mukana kulkee. Mut että kyllä eurot puhuu nykyään niin vahvasti ja se häiritsee mua hiukan tässä, Luojan kiitos ei potilaat nää sitä mitä kaikee [naurahtaa] ne eurot puhuu.” yksityinen, sairaanhoitaja)*

Vastauksista tuli ilmi, että riippumatta siitä, mitkä olivat organisaation viralliset tai koetut arvot, ammattilaisilla oli omat arvonsa. Ammattilaisten henkilökohtaisena arvona oli potilaan hyvä hoito. Ammattilaiset pyrkivät pitämään kiinni enemmän omista ammatillisista tai henkilökohtaisista arvoistaan kuin organisaation arvioista.

*”Jos meiän osastoo aattelee niin me tähdätään koko ajan siihen et, saatas mahdollisimman hyvin hoidettua potilaat. Ja kyl mää haluun usko et se on joka ikisellä osastolla täällä se sama, tahto. Et varmaan sitä kautta se sit se, on se yks tärkeimmistä näist mitä täs nyt arvoja on. Sitä et miten se sit, liittyy sit tähän kokonaisuuteen vai onks se sit vaan näiden yksittäisten osastojen ja yksiköiden, oma tämänönen sisäsyntyinen asia niin sitä mä en osaa sanoa. Et kai sitä nyt xx [oma organisaatio] jotenki sitten tukee ja edistää.” (julkinen, sairaanhoitaja)*

Kaikki vastaajat olivat tietoisia siitä, että organisaation Internet-sivuilla on määritelty organisaation arvot, mutta osa koki niiden olevan ristiriidassa niiden arvojen kanssa, jotka ilmenivät organisaation päivittäisessä johtamisessa.

*”[Tällä yritykselle on tärkeää] asiakastyytyväisyys. Ja sithän mä sanoisin ite raha on tärkeää, se tulee ehkä vielä ennen tota asiakastyytyväisyyttä. Raha ja sit asiakastyytyväisyys” (yksityinen, työterveys-hoitaja)*

*”Onhan se viime kädessä jos nyt ollaan ihan rehellisiä, siis joo ulospäinhän se nyt varmasti on että tuotetaan laadukkaita terveyspalveluita ja näin mutta siis kyllähän se viime kädessä on tottakai se että*



*sitä tulosta tehään ja sen pitää olla voitollista.” (yksityinen, työterveyshoitaja)*

*”totta kai mä uskon et heillä on, toiveena se että.. me tehdään asiakkaita tyydyttävää, terveydenhuoltoa, terveystalveluiden tuottamista, mut yhä edelleen mä, pidän siellä pohjana sen et siel on kuitenkin, niin kun, tämä on vaan väline, ansaintaväline.” (yksityinen, työterveyslääkäri)*

*”Et sen takia niin, jos mun pitäis alkaa, esittelemään esimerkiksi yritykselle, [omaa organisaatiota] tai, mitkä on meidän visiot ja meidän.. miksi niitä nyt sanotaan nää.. arvot [naurahtaa], ja muut ni, emmä osais sanoa. Sithän, mä voisin, fraaseja heitellä mutta.. emmä ois itse niitten takana pätäkäkään että. ... Mä en ole yhtään [oman organisaationi] takana. Et, he ei oo puheidensa takana. (yksityinen, työterveyslääkäri)*

#### Arvoihin liittyvä viesti on ristiriitainen

*”Ei mun mielestä et ehkä just se henkilöstön hyvinvointi nyt kun [xx yksikössä] ne yt:t ja muut niin ehkä ne oli semmosia mitä me nyt aina naureskellaan vähän sitte, että okei onhan se hyvä et me kaikille muille toimitaan ja tuotetaan tämmösiä palveluita mut ei itselle. Esimerkiks mun mielestä se oli hyvä kun meidän työpsykologi me aateltiin et meil oli yks työyhteisön koulutusjuttu ja näitten yt:itten jälkeen et ois kiva jos hän tulis pitäään meille jonkun luennon ja muuta. Meil ei ollu varaa siihen. Sitä samaa luentopakettia myydään kyllä muille firmoille mut meillä ei ollu varaa ottaa häntä, meidän omilla palkkalistoilla olevaa psykologia kun se ois kato pitäny kuitenkin näennäisesti ostaa se palvelu ja muuta.” (yksityinen, sairaanhoitaja)*

*” Nii se raha ja sit se tavallaan se kohtaaminen et, siis okei kyl me mitataan sitä kohtaamista ja sitä tyytyväisyyttä mut ei sil oo niin paljo arvoa kun sillä, sil rahalla on kuitenkin se.. yheksän kymmenestä jos laitetaan ja yks kymmenestä on sitä laatua. Siis mä en väitä et meillä huonoa työtä tehään kylhän me saatas siitä hyvin nopeesti palautetta, mut kuitenkin se että miten se näkyy meille päin nii, kyl se on se ristiriita mikä tavallaan ihmetyttää mua itteäniki et mä täs viel oon tämän ristiriidan kanssa. Mut en haluaisi nähdä itseäni kymmenen vuoden päästä jos meininki on yhtä kovaa kun tällä hetkellä.” (yksityinen, työterveyshoitaja)*

On vaarallista jos organisaatiossa luotetaan siihen, että henkilökunta hoitaa työnsä laadusta tinkimättä kaikissa olosuhteissa

*”Seurataan asiakastyytyväisyyksiä joo ja meillä esimerkiksi [xx yksikössä] on koko ajan ollu asiakastyytyväisyydet ihan huippuluokkaa, et siellähän on se NPS-mittaus käytössä et [xx yksikköhän] saa ihan liki kymppiä koko ajan. Sehän sit olikin vähän se että vielä asiakaille sitä ei näytetä et tavallaan se et on liian motivoitunu henkilökunta siihen että jos ei sulle anneta tavallaan työnantajan puolesta, niin sä vaik sit omasta selkänahastas revittynä teet sen et sillä asiakkaalla on kuitenkin se hyvä asiakaskokemus.” (yksityinen, sairaanhoitaja)*

*”On [talous ja asiakastyytyväisyysodotusten ristiriita], tai silleen että ihmiset kuitenkin vaan just haluaa et kun se ei näy sinne ylös, kun asiakkaat on tosi tyytyväisiä mut kun ihmiset tekee tavallaan kolmea asiakasta yhtä aikaa et saadaan hoidettua kaikki hommat hienosti.” (yksityinen, sairaanhoitaja)*

*”Mutta sit jos on niitä kiireisiä päiviä niin, kylhän sitä sit aattelee et no, nyt on tavoite täynnä mut sit mä oon kuitenkin täällä, puoltoista tuntia vaikka yli, ja sit tietää et sit se heittää kuitenkin sinne laskukaavaan ne mun ylityöt, että ei se niin ku [naurahtaa].. Mut et se on vähän semmonen asia et sitä, mä ainakin ite huomaan, että se täytyy jollain tapaa vain unohtaa. Yrittää, tehdä työnsä ja olla kauheasti stressaamatta että, [”]no vaihtakaa sitte parempaan[”] [naurahtaa], ettei niin ku.. Mut että.. No joo sanotaan et se semmonen.. Kyllä se vähän kyynistää toisaalta että no.. (yksityinen, laboratorioitaja)*

Ristiriitaisena koettiin, jos yhtäältä vaadittiin hoitamaan mahdollisimman paljon potilaita, mutta toimintaan ei annettu riittäviä resursseja.

*”No oikeastaan se [tavoitteiden ja resurssien välinen epäsuhta] häiritsee siinä mielessä et se vaikuttaa mun toimeentuloon, jos mä suljen vastaanoton sen takia ettei oo resursseja, niin eihän kukaan suutu mulle, mutta mulla ei oo toimeentuloa.” (yksityinen, lääkäri)*

## 5 POHDINTA

Terveydenhuollon viime vuosikymmenten kustannusten nousu on johtanut paineisiin tehostaa toimintaa erityisesti julkisella sektorilla. Julkisen sektorin organisaatiot, sekä yleisesti että terveydenhuollon alueella erityisesti, ovat vastanneet paineisiin ottamalla käyttöön yksityissektorilta omaksuttuja markkinaehtoisia johtamis- ja organisointitapoja. Valitettavasti uusien toimintatapojen omaksuminen ei aina ole ollut menestyksekkästä. (Green, 2012.) Ristiriitoja on ilmennyt erityisesti terveydenhuollon ammattilaisten arvojen ja markkinaehtoisten toimintaperiaatteiden välillä.

Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena olivat terveydenhuollon organisaatioihin kohdistuvat tehokkuusvaatimukset ja henkilöstön kokemukset niistä. Tutkimuksessa ilmiötä tarkasteltiin institutionaalisen logiikan avulla. Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella, miten tehokkuuspaineet ilmenevät yksityisen ja julkisen sektorin organisaatioissa ja miten terveydenhuollon henkilöstö kokee organisaation asettamat tehokkuusodotukset. Tutkimuksen tarkoituksena on analysoida kahden eri institutionaalisen logiikan – markkinoiden tehokkuuslogiikan ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden institutionaalisen logiikan – kohtaamista eri logiikoilla toimivissa terveydenhuollon organisaatioissa terveydenhuollon ammattihenkilön näkökulmasta.

Tässä tutkimuksessa tehtyjen haastatteluiden avulla vastattiin seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- Miten tehokkuuspaineet ilmenevät yksityisessä/julkisessa sairaalaorganisaatiossa?
- Miten terveydenhuollon ammattihenkilöt kokevat tehokkuuspaineet?

Tutkimuksessa haastateltavat kuvailivat tehokkuuspaineiden ilmenemistä omassa organisaatiossaan. Toimintaa mitattiin erilaisilla mittareilla ja toiminnalle oli luonnollisesti asetettu erilaisia tavoitteita. Mittarit ja tavoitteet yhdessä aiheuttivat tehokkuuspaineita. Ahdistusta koettiin erityisesti silloin, kun mittarit koettiin epätarkoituksenmukaisiksi ja tavoitteet kohtuuttomiksi.

Vaikka Kaplan ja Haas (1999) eivät suosittele toiminnan maksimointia suoritteita lisäämällä, oli suoritteiden tarkastelu keskeinen osa tutkittavien organisaatioiden määrällisiä indikaattoreita. Haastateltavat kokivat, että määrälliset indikaattorit, kuten potilas tai laboratorionäytemäärät, olivat merkittävässä roolissa toimintaa arvioitaessa. Osa haastateltavista koki asetetut tavoitemäärä kohtuullisina, monet kuitenkin epärealistisina tai stressiä ja paineita aiheuttavina. Tavoitteiden realistisuus on määrällisen mittaamisessa tärkeää. Henkilöstöllä tulee olla kokemus,

että tavoitteet ovat saavutettavissa. Toki tutkittavissa organisaatioissa käytettiin myös laadullisia mittareita kuten potilastyytyväisyyttä. Toiminnan varsinaista vaikuttavuutta, siis esim. potilaan saamaa terveyshyötyä, ei kuitenkaan mitattu. Vaikuttavuuden mittaaminen onkin vaikeaa.

Vaikka terveydenhuollon ammattikunnan ovat perinteisesti arvioineet toimintaansa ammattikunnan sisäistä laadunvalvontaa hyödyntäen, on myös ammattikunnan ulkopuolisesta mittaamisesta tullut jokapäiväistä johtamista terveydenhuollossa. Toimintaa mitataan tyypillisesti sekä määrällisillä että laadullisilla indikaattoreilla. Mittaamisessa olennaista on kaksi asiaa: mittareiden tarkoituksenmukaisuus ja asetettavien tavoitteiden realistisuus. Houkuttelevaa voi olla standardoida mittarit koskemaan kaikkia yksiköitä. Näin ehkä toivotaan saatavan vertailukelpoista tietoa eri yksiköistä. Terveysthuollossa työn luonne eri yksiköissä saattaa kuitenkin olla hyvinkin paljon toisistaan poikkeavaa. Henkilökunnasta voi tuntua yksiköiden työn aliarvioimiselta, jos käytetään mittareita, jotka eivät työn luonteen sovellu. Epätarkoituksenmukaiset mittarit antavat johdosta epäammattimaisen kuvan eivätkä herätä luottamusta johtoa kohtaan. Samoin on tilanne tavoitteiden asettamisen suhteen. Mikäli tavoitteet asetetaan niin korkealle, että niiden saavuttaminen on käytännössä mahdotonta, on vaarana, että henkilöstö turhautuu ja suhtautuu mittaamiseen välinpitämättömästi. Koska mittarit yleensä kuitenkin ohjaavat toimintaa, epätarkoituksenmukaisten mittareiden riskinä on, että toiminnasta tulee epätarkoituksenmukaista niissä yksiköissä, joihin standardoidut mittarit eivät sovellu.

Myös erilaiset säästämis- ja tehostamistoimenpiteet koettiin tehokkuuspaineina. Eniten ärtymystä henkilökunnassa aiheutti toimenpiteiden suunnittelemattomuus ja se, että henkilöstöä ei osallistettu muutosten suunnitteluun. Kirjallisuudessa tunnistettu yleinen virhe on tehostaa toimintaa vähentämällä tukihenkilöstöä (esim. Kaplan & Haas, 2014). Näennäisesti euroja säästyy paperilla. Tosiasiallisesti kannattaa pohtia, onko hoitajan aikaa tarkoituksenmukaista käyttää siistijän tehtäviin ja arvioida realistisesti, mitä hoitotyön tehtäviä hoitaja jättää tekemättä hoitaessaan siistijän tehtäviä. Tässä tutkimuksessa haastateltavat raportoivat tehtävänsiirroista mm. siistijöiltä hoitajille ja sihteereiltä ja hoitajilta lääkäreille. Tämä lisäsi kiireen tuntua ja turhautti henkilöstöä. Tukihenkilöstön vähentämistä perustellaan usein myös jatkuvuudella ja tällä perusteella mm. lääkäreille on siirretty aikaisempaa enemmän kirjaamiseen liittyviä tehtäviä. Myös tässä on tarpeen aidosti arvioida, minkä tehtävien osalta jatkuvuus tosiasiallisesti lisääntyy ja mitkä tehtävät olisi mahdollista ja jopa tarkoituksenmukaisempaa jättää muiden ammattiryhmien hoidettaviksi. Asiantuntija työn tuottavuuden lisäämisessä olennaista on teettää asiantuntijoilla niitä tehtäviä, joissa he ovat eksperttejä (Drucker 1999). Asiantuntijat turhautuvat joutuessaan tekemään tehtäviä, jotka eivät ns. kuulu heidän työnkuvaansa tai haasta heitä kehittymään asiantuntijuudessaan. Turhautuminen väistä-

mättä johtaa heikkoon työtyytyväisyyteen ja alhaiseen organisaatioon sitoutumiseen. Lisäksi on tarkasteltava synnyttävätkö tehtävänsiirrot tosiallisesti säästöjä vai olisiko sittenkin taloudellisempaa keskittää korkeapalkkaiset asiantuntijat tekemään sitä työtä, johon heillä on koulutus. Myöskään säästöjen hakeminen esimiehiä vähentämällä ei välttämättä ole perusteltua. Erityisesti hoitohenkilökunta kokee tärkeäksi, että aidosti tavoitettavissa on henkilö, joka ymmärtää kyseisen erikoisalalan hoitotyötä ja on aidosti kiinnostunut henkilöstön esittämistä hoitotyön haasteista ja kehittämisedotuksista.

Tässä tutkimuksessa mukana olleissa organisaatioissa toimintaa pyrittiin tehostamaan myös uudelleen organisoimalla toimintaa. Näissä tapauksissa haastateltavat peräänkuuluttivat muutosten huolellista suunnittelua ja niistä tiedottamista. Suotavaa olisi ottaa henkilöstö mukaan suunnitteluun ja ainakin kuulla heidän mielipiteitään ennen muutoksen toteuttamista. Myös muutoksen syistä kannattaa olla rehellinen. Jos muutoksella haetaan säästöjä kannattaa esittää sitä koskevat laskelmat. Mikäli laskelmia ei ole, pitää säästöjen syntymistä arvioida avoimesti muutoksen jälkeen. Henkilökunta osaa usein etukäteen arvioida millaisia kerrannaisvaikutuksia muutoksella voi olla ja mitkä kaikki tekijät laskemissa kannattaa huomioida. Asiantuntijat tuntevat työnsä ja osaavat jo ennalta hahmottaa mahdollisia ongelmia, joita muutos aiheuttaa. Muutosta suunniteltaessa on muistettava ennen kaikkea potilasturvallisuus. Potilasturvallisuutta ja hoidon laatua ei voi jättää henkilöstön korkean ammattietiikan varaan vaan muutoksen lyhyen ja pitkän aikavälin vaikutukset hoidon laatuun on arvioitava sekä ennen muutosta että muutoksen toteuttamisen jälkeen.

Aikaisemmassa kirjallisuudessa ristiriitojen on todettu johtavan alhaiseen työtyytyväisyyteen ja heikkoon organisaatioon sitoutumiseen (Kippist & Fitzgerald 2009, 643) samoin kuin heikkoon työn laatuun ja korkeaan työpaikasta lähtemiseen (Scafer ym. 2002). Myös tässä tutkimuksessa todettiin, että organisaation arvot ja toimintatavat eivät aina saaneet terveydenhuollon ammattilaisten varauksentonta hyväksyntää. Henkilöstöä turhautti ennen kaikkea se, jos organisaation ulospäin mainostamat arvot olivat ristiriidassa niiden toimintatapojen kanssa, jotka näyttäytyivät arjessa henkilökunnalle. Mikäli henkilöstö ei voinut seistä organisaation arvojen takana, korostuivat ammattikunnan arvot henkilöstön toimintaa ohjaavana ohjenuorana. Kyynisyyttä oli kuitenkin havaittavissa. Ristiriidat väistämättä johtavat heikkoon organisaatioon sitoutumiseen ja lisäävät henkilöstön organisaatiosta lähtemisen riskiä.

Kustannustietoisuus julkisessa organisaatiossa oli heikkoa. Henkilöstö ei tiennyt toiminnan kustannuksia eikä tuotteiden ja palveluiden hintoja. Yksityisessä organisaatiossa päinvastoin oltiin hyvinkin talouteen liittyvistä kysymyksistä. Kun toimintaa tehostetaan on olennaista olla tietoinen muutosten taloudellisista vaikutuksista. Jos kustannussäästöjä ei pystytä osoittamaan henkilökunnalle, johdon uskottavuus kärsii.

Niukkojen resurssien johdosta toiminnan kustannustehokkuuteen on väistämättä kiinnitettävä huomiota. Tehokas toiminta itsessään ei ole terveydenhuollon ammattilaisten ammattietiikan vastaista (Kallio, 2015). Päinvastoin verovaroidella kustannettavassa julkisessa terveydenhuollossa on kohtuullisen helppo perustella, että toiminnan on oltava kustannustehokasta. Kun tehokkuutta parantavat toimet perustellaan ja henkilöstö osallistetaan niiden suunnitteluun ja toteuttamiseen, niillä on hyvät mahdollisuudet onnistua. Yksityisellä sektorilla tehokkuuden lisäämispyrkimyksiä voi olla haasteellisempaa perustella, jos tavoitteena on tuottaa suurempia voittoja osakkeenomistajille. Yksityisessä terveydenhuollossa on kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, että organisaation ulospäin esittämät arvot eivät ole ristiriidassa organisaation sisällä tehtävien toimenpiteiden kanssa. Epäjohdonmukaisuus asiakkaille ilmoitettavien arvojen ja henkilöstöön kohdistettavien toimenpiteiden välillä heikentää henkilöstön tyytyväisyyttä ja luottamusta organisaatioon ja sen johtoon.

Tutkimus tuo uutta näkökulmaa institutionaalisen logiikan ymmärtämiseen. Koska tehokkuuden parantaminen on terveydenhuollon organisaatioille yhä tärkeämpää, on tarpeellista ymmärtää, miten terveydenhuollon ammattihenkilöt kokevat tehokkuuslogiikan organisaation toimintatapana. Tutkimus tuotti tietoa siitä, miten henkilökunta kokee erilaisten organisaatioissa ilmenevien logiikkojen vaikuttavan työhönsä. Lisäksi saadaan tietoa siitä, millaisia arvoja työntekijät kokevat yksityisen/julkisen sektorin edustavan ja kokevatko he voivansa työskennellä yksityisellä/julkisella sektorilla ammattikuntansa arvojen edellyttämällä tavalla.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös ajankohtaisessa sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenteellisessa uudistuksessa. Vaikka käynnissä olevilla uudistuksilla luodaan tehokkuutta mahdollistavia rakenteita, niiden hyödyntäminen riippuu siitä, miten terveydenhuollon ammattihenkilöt suhtautuvat muutokseen.

## 6 LÄHTEET

- Bask, A., Vähätalo, M. & Panula A. Towards excellent service performance – do the service architecture and its interfaces management matter? 7th International seminar on service architecture and modularity. 17.-18.1 2017, Copenhagen Business School, Denmark
- Besharov, M. L. and Smith, W. K. (2014), “Multiple Institutional Logics in Organizations: Explaining Their Varied Nature and Implications”, *Academy of Management Review*, Vol. 39, No. 3, pp. 364-381.
- Bohmer, R. M. J. (2005). ”Medicine’s service challenge: Blending custom and standard care”, *Health care management review*, 30(4), 322-330.
- Burgess, N., Strauss, K., Currie, G. and Wood, G. (2015), “Organizational ambidexterity and the hybrid milled manager: the case of patient safety in uk hospitals, *Human resource management*, Vol. 54, No. S1, pp. S87-S109.
- Byrkjeflot, H. and Kragh Jespersen, P. (2014), “Three conceptualizations of hybrid management in hospitals”, *International journal of public sector management*, Vol. 27, No. 5, pp. 441-458.
- Bode, I., Lange, J. and Märker, M. (2017), “Caught in organized ambivalence: institutional complexity and its implications in the German hospital sector”, *Public management review*, Vol. 19, No. 4, pp. 501-517.
- Croft C., Currie G., and Lockett A. (2015), “Broken ‘two-way windows’? an exploration of professional hybrids”, *Public administration*, Vol. 93, No. 2 pp. 380-394.
- Dellve, L. and Wikström, E. (2009) “Managing complex workplace stress in health care organizations: Leaders’ perceived legitimacy conflicts”, *Journal of nursing management* Vol 17, pp.931-941.
- DiMaggio, P. J. and Powell, W. (1983), “The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields”, *American Sociological Review*, Vol. 48, No. 2, 147-160.
- Drucker, P. (1999), “Knowledge Worker Productivity: The Biggest Challenge”, *California Management Review*, Vol. 41, No. 2, pp. 79-94.
- Freidson, E. (2001), *Professionalism, the Third Logic: On the Practice of Knowledge*, University of Chicago Press, Chicago.
- Green, L. (2012), “OM –Forum – The vital role of operations analysis on improving healthcare delivery.” *Manufacturing & service operations management*, Vol. 12, No. 4. pp. 488-494.
- Greenwood, R., Suddaby, R. and Hinings C. R. (2002), “Theorizing change: The role of professional associations in the transformation of institutionalized fields”, *Academy of Management Journal*, Vol. 45, No. 1, pp. 58-80.

- Greenwood, R., Oliver, C., Sahlin, K. and Suddaby, R. (2008), *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism*, Sage, London.
- Goodrick, E. and Reay, T. (2011), "Constellations of Institutional Logics: Changes in the Professional Work of Pharmacists", *Work and Occupations*, Vol. 38, No. 3, 372-416.
- Hussey, P.S., de Vries, H., Romley, J., Wang, M.C., Chen, S.S., Shekelle, P. G., McGlynn, E.A.. (2009) "A Systematic review of health care efficiency measures", *Health Service research*, Vol. 44, No. 3 pp.784-805.
- Kallio, T. (2015) *Ammattilaisbyrokratiat tehokkuuden aikakaudella. Tasapainoilua asiantuntijaetoksen ja tehokkuuspaineiden välillä*. Tampereen yliopisto, Tampere. Kallio, T. J. (2015), *Professional Bureaucracies at the Efficiency Era – Balancing Between Professional Ethos and Efficiency Pressures*, *Acta Universitatis Tamperensis* 2029, Tampere University Press, Tampere (English summary)
- Kaplan, R.S. and Haas D.A. (2014) "The missteps that keep us paying too much for treatment", *Harvard Business review*. November, pp. 116-122.
- Kippist, L. and Fitzgerald A. (2009), "Organisational professional conflict and hybrid clinician managers", *Journal of health organization and management*, Vol. 3, No 6, pp. 642-655.
- McPheron M. C. and Sauder M. (2002), "Logics in Action: Managing Institutional Complexity in a Drug Court", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 58, No. 2, pp.165-196.
- Nolte, E., Knai, C., Hofmarcher, M., Conklin, A., Erler, A., Elissen, A., Flamm, M. Fullerton, B. Sönnichsen, A. and Vrijhoef, H.J.M. (2012), "Overcoming fragmentation in health care: chronic care in Austria, Germany and the Netherlands", *Health Economics Policy and Law*, Vol. 7, No. 1, pp. 125-146.
- Noordegraaf, M. (2007), "From "Pure" to "Hybrid" Professionalism. Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains", *Administration & Society*, Vol. 39, No. 6, pp. 761-785.
- Noordegraaf, M. and van der Meulen, M. (2008), "Professional Power Play. Organizing Management in Health Care", *Public Administration*, Vol. 86, No. 4, pp. 1055-1069.
- Olakivi, A. and Niska, M. (2016), "Rethinking managerialism in professional work: from competing logics to overlapping discourses", *Journal of professions and organizations*, 0, pp. 1-16.
- Orvik, A., Vågen S.R., Axelsson, S.B., Axelsson, R. (2015) "Quality, efficiency and integrity value squeezes in management of hospital wards", *Journal of nursing management* Vol 23, pp. 65-74.
- Reay, T. and Hinings C. R. (2005), "The recomposition of an organizational field: Health care in Alberta", *Organization Studies*, Vol. 26, No. 3, pp. 349-382.
- Reay, T. and Hinings, C. R. (2009), "Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics", *Organization Studies*, Vol. 30, No. 6, 629-652.
- Shcafer, W. E., Park, J. L. and Woody, M. L. (2002), "Professionalism, organizational-professional conflict and work outcomes", *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 15, pp 147-168.



- Shortell, S. M. and Kaluzny, A. D. (2006), "Organization theory and health services management", in Shortell, S. M. and Kaluzny, A. D. (Ed.), *Health Care Management: Organization Design and Behavior*, Thompson, Delmar Learning, New York, USA,
- Thornton, P. H. & Ocasio, W. (1999) Institutional Logics and the Historical Contingency of Power in Organizations: Executive Succession in the Higher Education Publishing Industry, 1958–1990. *American Journal of Sociology*, Vol. 105, No. 3, 801–843.
- Thornton, P. H. and Ocasio, W. (2008), "Institutional logics", in Greenwood, R., Oliver, C., Sahlin, K. and Suddaby, R. (Ed.), *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism*, Sage, London, pp. 99-129.
- Townley, B. (2002), "The role of competing rationalities in institutional change", *The Academy of Management Journal*, Vol. 45, No. 1, pp. 163-179.
- Vakkuri, J. (2009) Julkisen sektorin tehokkuus monitulkintaisena ongelmana – käsitteet ja lähestymistavat. Teoksessa: *Paras Mahdollinen julkishallinto? Tehokkuuden monet tulkinnat*, 11–30. Toimittanut: Jarmo Vakkuri. Gaudeamus, Helsinki.
- Vähätalo, M. & Kallio, T. J. 2015. Organizing health services through modularity. *International Journal of Operations and Production Management*. Vol. 35(6), 925-945