

Franchise-verkoston luominen ja laajentaminen terveydenhuoltosektorilla - Case: Puistoklinikka

Organisaatiot ja johtaminen
Maisterin tutkinnon tutkielma
Timo Lukkariniemi
2012

Tekijä Timo Lukkariniemi

Työn nimi Franchise-verkoston luominen ja laajentaminen terveydenhuoltosektorilla – Case: Puistoklinikka

Tutkinto Kauppatieteiden maisteri

Koulutusohjelma Johtaminen

Työn ohjaaja(t) Kari Lilja

Hyväksymisvuosi 2012

Sivumäärä 68

Kieli Suomi

Tiivistelmä

Tutkielman tarkoituksena on tarkastella mahdollisuutta luoda ja laajentaa terveyspalveluverkosto franchising periaatteella. Lähtökohtana tutkielmalle oli yksityisen lääkäriaseman halu laajentaa toimintaansa sekä maantieteellisesti että palvelutarjonnaltaan ilman mittavia pääomainvestointeja vanhoilta osakkailta.

Tutkielman alkuosan muodostaa kirjallisuuskatsaus, jossa tarkastellaan sekä franchising-tutkimusta yleisesti että terveyspalveluiden järjestämisessä. Lisäksi luku käsittelee lääkäreitä johtajina.

Tutkimus suoritettiin sarjana strukturoimattomia haastatteluja terveyspalveluita tuottavien ihmisten parissa. Haastateltaviksi valittiin lääkäreitä, hoitajia ja fysioterapeutteja. Heidän joukossaan oli sekä yrittäjiä että palkansaaajia.

Tutkimuksen pohja muodostui potentiaalisten franchising-ottajien tarpeiden kartoituksesta. Tärkeimmiksi tarpeiksi muodostuivat tukitoiminnot, markkinointi, liiketoimintaosaaminen, rahoitus ja ammatillisen kehittymisen varmistaminen.

Näiden tarpeiden pohjalta luotiin organisointimalli franchising-järjestelmälle, joka pyrkii vastaamaan nimenomaisesti tutkimuksessa esiinnousseisiin tarpeisiin. Erityistä huomiota kiinnitettiin verkoston johtamiseen ja hallintaan.

Tutkimuksen tärkeimmät havainnot liittyvät verkoston johtamiseen ja ennakkoluuloihin, joita haastateltavilla oli sekä ammattijohtajia että lääkärijohtajia kohtaan. Haastattelujen pohjalta oli kuitenkin vedettävissä johtopäätös, että haastateltavien tarpeet olivat selkeästi sen luonteisia, että ammattijohtaja pystyisi suurella todennäköisyydellä vastaamaan paremmin haasteisiin.

Yhteenvedossa ja loppupäätelmissä esitetään tutkimuksen perusteella suositukset, joita voidaan käyttää pohjana varsinaisen verkoston luomisessa.

Avainsanat franchising, terveyspalvelu

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	4
2 FRANCHISING-TOIMINTATAVAN ESITTELY JA SOVELTAMISEN ERITYISPIIRTEET.....	8
2.1 FRANCHISING	8
2.2 FRANCHISING TERVEYSPALVELUISSA	9
2.2.1 Länsimaissa.....	9
2.2.2 Kehitysmaissa.....	10
2.3 SYYT FRANCHISING-TOIMINTAAN	11
2.3.1 Resurssien niukkuus.....	11
2.3.2 Päämies-toimija-teoria.....	12
2.3.3 Riskien hajautus	14
2.4 FRANCHISE-TUOTTEEN KRIITTISET MENESTYSTEKIJÄT	14
2.4.1 Toimiva prototyyppi	15
2.4.2 Riippumattomuus paikallisista oloista	15
2.4.3 Osaava johto.....	16
2.5 FRANCHISE-YRITTÄJIEN VALINTA	16
2.5.1 Kriteerit	16
2.5.2 Työkalut.....	19
2.5.3 Valinnan onnistumisen merkitys	20
2.6 LAADUNVALVONTA FRANCHISE-KETJUSSA	20
2.7 LÄÄKÄRIT JOHTAJINA.....	21
2.7.1 Lääkärit professionsa edustajina.....	21
2.7.2 Johtamiskoulutus.....	23
2.7.3 Odotukset johtotehtävistä.....	25
3 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN.....	28
3.1 LÄÄKÄREIDEN HAASTATELU	30
3.1.1 Profession vaikutus	31
3.1.2 Tiedollinen epätasapaino	32
3.1.3 Kiire.....	34
3.2 PÄATELMÄT	35
4 POTENTIALISTEN FRANCHISE-OTTAJIEN TARPEET.....	37
4.1 TUKITOIMINNOT.....	39
4.2 MARKKINOINTI	41
4.2.1 Brändi.....	41
4.2.2 Internet	42
4.3 LIIKETOIMINTAOSAAMINEN.....	42
4.4 RAHOITUS	43
4.5 AMMATILLINEN KEHITTYMINEN	43
5 ORGANISOINTIMALLI	45
5.1 VERKOSTO	45
5.2 MUODOSTAMINEN.....	47
5.2.1 Maantieteellinen hajautus	48
5.3 HALLINNOINTI	49
5.3.1 Johtaminen	49
5.3.2 Laadunvalvonta	51

5.4 YKSIKÖIDEN KESKINÄINEN VUOROVAIKUTUS	53
6 YHTEENVETO JA PÄÄTELMÄT	55
LÄHDELUETTELO	61
LIITE 1 KESKEISET KÄSITTEET	67
Kuva 1 Potentiaalisten franchise-ottajien tarpeet.....	38
Kuva 2 Franchise-järjestelmä	46

1 Johdanto

Kansanterveydestä huolehtiminen on yksi suurimmista haasteista kaikissa kansakunnissa. Terveystenhoitojärjestelmien toimivuus ja sen parantaminen on ollut jo vuosikymmeniä merkittävä debatin aihe akateemisessa maailmassa, politiikassa ja mediassa. Keskustelulle tuntuu olevan leimallista se, että kaikki haluavat parantaa terveydenhoidon tasoa, mutta halukkaita maksajia ei tahdo löytyä. Erityisesti kunnallisen terveydenhuoltojärjestelmän toimivuutta on kritisoitu mediassa voimakkaasti.

Merkittävä askel potilaiden oikeusturvan ja hyvinvoinnin parantamiseen on ollut maaliskuussa 2005 voimaanastunut hoitotakuujärjestelmä, jonka tarkoituksena on varmistaa potilaiden hoitoon pääsy kohtuullisessa ajassa myös kiireettömissä tapauksissa. Takuujärjestelmän mukaan esimerkiksi terveyskeskukseen on päästävä kolmen päivän kuluessa ja erikoissairaanhoidon puolella vuodessa. Hoitotakuu onkin ollut toimiva ratkaisu jonojen purkamiseen (Pekurinen ym. 2008), vaikka takuujärjestelmän pettämisen seuraukset kunnallisen terveydenhuollon palveluntarjoajille ovatkin erittäin epäselvät (Suviranta 2006).

Hoitotakuu edellyttää, että mikäli kunnallinen terveydenhuolto on kykenemätön tarjoamaan palvelua asukkaalleen, on tälle tarjottava mahdollisuus käyttää toisen kunnan tai yksityisen terveydenhuollon palveluita kunnallisen palvelumaksun hinnalla. Ostopalveluiden käyttö kunnallisessa terveydenhuollossa onkin kasvanut merkittävästi hoitotakuun vuosina samoin kuin yksityisen sektorin rooli palveluiden tuottajana (Pekurinen ym. 2008). Näin ollen hoitotakuu on tarjonnut yksityisille terveyspalveluita tarjoaville yrityksille uuden, merkittävän asiakashankintakanavan.

Tämän tutkielman lähtökohtana yksityisen lääkäriaseman halu kehittää Suomen markkinoille franchising-periaatteella toimiva pienten ja keskisuurten yrittäjävetoisten yksiköiden muodostama verkosto. Yksityisen lääkäriaseman oletuksena on, että tällainen verkosto pystyisi toimimaan merkittävänä alueellisena toimijana omalla toimialallaan ja haastamaan valtakunnalliset ketjut valitsemillaan maantieteellisillä alueillaan. Tutkielman toimeksiantajana ja samalla myös verkoston keskuksena, eli *franchise-antajana*, toimii keskikokoinen yksityinen lääkäriasema, jonka päätoimipaikka sijaitsee Jyväskylässä. Puistoklinikka brändin alla toimii lisäksi tällä hetkellä jo yksi keskusyksikköä pienempi Jämsässä sijaitseva franchise-lääkäriasema. Tämä tutkimus tarkastelee toimintaa ainoastaan yksikeskustaisessa verkostossa Jyväskylän lähialueilla eikä ota kantaa myöhemmin mahdollisesti perustettavaan toiseen keskukseseen, joka voisi myös muodostaa ympärilleen franchise-järjestelmän.

Toimeksiantajayrityksessä franchising on koettu potentiaalisesti toimivaksi yritystoiminnan laajennusmetodiksi erityisesti sen matalan pääomatarpeen vuoksi. Käynnistämällä franchising toiminnan Puistoklinikka Oy pystyisi siis laajentamaan toimintaansa ja saavuttamaan suurtuotannon etuja heikentämättä yrityksen omavaraisuusastetta ja ilman, että nykyiset omistajat joutuisivat sijoittamaan toimintaan enempää henkilökohtaista omaisuutta. Lisäksi yrityksessä uskotaan, että sivuyksiköiden vetäjien sitoutuneisuus yrityksen tavoitteisiin paranisi, mikäli he olisivat sijoittaneet henkilökohtaista omaisuuttaan yksikkönsä toimintaan. Luvussa 2.3 kirjallisuuteen perustuvia näkökantoja siihen, miksi yritykset päätyvät järjestämään toimintansa franchising muotoon.

Yrityksen tavoitteena on siis muodostaa franchise-järjestelmä, johon kuuluu keskusyksikön lisäksi laaja skaala erilaisia terveyspalveluita tuottavia yrittäjävetoisia yksiköitä. Terveyspalvelut rajataan tässä yhteydessä tarkoittamaan nimenomaisesti länsimaiseen terveydenhoitoon liittyviin palveluihin, jotka pyrkivät parantamaan potilaan hyvinvointia. Näillä palveluilla tarkoitetaan muiden muassa erilaisia lääkäri-, fysioterapia- ja kuvantamispalveluita.

Tutkielman tarkoituksena on ensinnäkin pyrkiä selvittämään, *millaisia tarpeita potentiaalisilla franchise-ottajilla on sekä muodostaa näiden tarpeiden pohjalta liiketoimintamalli, joka pystyisi vastaamaan franchise-ottajien vaatimuksiin ja olemaan samanaikaisesti franchise-antajan intressien mukainen.*

Tutkimuksen lähestymistapa on tämä, koska tutkimusta suunniteltaessa yksi lähtökohtaisista työhypoteesista oli, että verkoston eräs kriittisimmistä menestystekijöistä on pätevät ja ammattitaitoiset yrittäjävetoiset yksiköt. Lisäksi oletuksena oli, että franchise-ottajien houkuttelu verkostoon tulee olemaan haastavaa, koska erityisesti lääkärin keskuudessa yksityisyrittäjyys ei ole ollut erityisen suosittu liiketoimintamalli. Näin ollen toimivaksi lähestymistavaksi koettiin franchise-ottajalähtöisyys.

Näiden tarpeiden selvittämiseksi haastateltiin useita terveydenhuoltoalan ammattilaisia monilta erikoistumisaloilta tavoitteena saada heidät kertomaan avoimesti, millaisessa organisaatiossa he mielellään toimisivat ja millaisia odotuksia heillä olisi franchise-antajasta, mikäli he liittyisivät mukaan toimintaan.

Tutkielman pääpainona on nimenomaisesti franchise-järjestelmän luominen, johtaminen ja hallinnointi, joten toiminnan varsinainen substanssi, eli

lääketieteellinen toiminta jää tarkastelun ulkopuolelle. Lisäksi tutkielman tarkastelualueen ulkopuolelle jäävät franchising-toiminnan juridiset edellytykset ja järjestelmän rahoitusratkaisut siltä osin kuin ne eivät kuulu suoranaisesti järjestelmän hallintoihin.

Tutkielman toinen luku keskittyy franchising-toimintaa käsitteleviin kirjallisuuslähteisiin ja viimeaikaiseen tutkimukseen sekä franchising-toimintaan terveyspalveluissa. Lisäksi luvussa esitellään lääkärijohtajiin liittyvää tutkimusta. Tässä luvussa selvitetään muun muassa syitä, miksi yritykset valitsevat franchising-toiminnan laajentumisstrategiakseen. Lisäksi luvussa tarkastellaan esimerkiksi franchising-järjestelmän hallintaa, franchise-ottajien valintaa ja ketjun riskinhallintaa. Kolmannessa luvussa paneudutaan tutkimuksen metodologiaan ja käsitellään lisäksi tiettyjä lääkäreiden haastatteluun liittyviä erityispiirteitä, jotka selvisivät tutkimuksen aikana. Neljännessä luvussa eritellään potentiaalisten franchise-ottajien tarpeita ja viidennessä luvussa esitellään näiden tarpeiden pohjalta muodostettu liiketoimintamalli. Kuudennessa luvussa vedetään yhteen tutkimuksen havainnot sekä esitetään toimintasuosituksia tutkimuksen perusteella.

2 Franchising-toimintatavan esittely ja soveltamisen erityispiirteet

Tämän luvun tarkoituksena on antaa lukijalle yleiskuva sekä franchising-toiminnasta että sitä käsittelevästä viimeaikaisesta tutkimuksesta. Franchising-toimintaa tarkastellaan tässä luvussa soveltuvien osin terveystalvveluita tarjoavien yritysten kautta, vaikka varsinaista tutkimusta terveystalvveluiden franchise-järjestelmistä on hyvin vähän käytännön esimerkkien puuttumisen vuoksi.

Luku alkaa franchising-toiminnan ja -terminologian yleisesittelyllä, minkä jälkeen tutustutaan lyhyesti franchisingin ja sen kaltaisten kaltaisten liiketoimintamallien käyttöön terveystalvvelumarkkinoilla sekä länsimaissa että kolmannen maailman maissa. Tämän jälkeen perehdytään kolmeen erilaiseen teoriaan, jotka pyrkivät selittämään, miksi yritykset näkevät franchisingin toimivana tapana järjestää liiketoimintansa. Seuraavaksi tarkastellaan kriittisiä menestystekijöitä, joita tuote tai palvelu tarvitsee, ollakseen soveltuva franchisingiin. Luvun lopussa tutustutaan franchise-ottajien valintaan ja laadunvalvontaan franchisejärjestelmässä.

2.1 Franchising

Franchising terminä on syntynyt Ranskassa 1790-luvulla ja tarkoittaa "oikeuden myöntämistä". Nykypäivänä franchising tarkoittaa ensisijaisesti laillista sopimusta kahden sopijaosapuolen, franchise-antajan (*franchisor*) ja franchise-ottajan (*franchisee*), välillä. (Inma, 2005). Franchise-antaja, joka on luonut toimivan ja testatun liiketoimintakonseptin, ryhtyy pitkäkestoisiiin sopimussuhteisiin yhden tai useamman toimijan, tyyppillisesti pienyrittäjän kanssa. Pienyrittäjien täytyy puolestaan sitoutua toimimaan ketjun ohjeistusten mukaisesti. (Curran & Stanworth, 1983).

Tyypillisessä franchise-sopimuksessa franchise-antaja tarjoaa yrittäjilleen menestyksekkäiksi todistetut toimintatavat, tukea ja neuvontaa aloittaville yrittäjille ja takaa jatkuvan tuen yrittäjilleen. Vastineeksi näistä palveluista franchise-ottaja maksaa tyypillisesti suhteen alussa ketjulle kertamaksun franchise-oikeudesta. Tämän lisäksi ketju hankkii tuloja perimällä franchise-yrittäjiltään säännöllisiä maksuja, kuten rojalteja liikevaihdosta ja mainosmaksuja. (Fulop & Forward, 1997).

Franchising on siis liiketoimintamahdollisuus, jossa palvelun tai tuotemerkin omistaja myöntää paikalliselle edustajalle yksinoikeudet tuotteen tai palvelun levittämiseksi ja saa vastineeksi maksun tai rojalteja sekä sitoumuksen laatustandardien noudattamisesta (Justis & Judd 1989).

2.2 Franchising terveyspalveluissa

Terveydenhuoltosektorilla franchise-järjestelmä on jostain syystä erittäin harvinainen liiketoimintamuoto. Joitakin franchisingia muistuttavia ratkaisuja on kuitenkin käytetty maailmalla lääkäripalveluiden organisointiin. Seuraavat alaluvut esittelevät lyhyesti näitä toimintoja.

2.2.1 Länsimaissa

Vaikka erilaisten terveyspalveluiden tuottaminen onkin länsimaissa miljardiluokan liiketoimintaa, sitä ei ole juurikaan sovitettu franchising-toiminnaksi. Varsinkin lääkäripalveluiden franchisaaminen on äärimmäisen harvinaista, ellei jopa olematonta. Esimerkiksi World Franchising Internet-sivustolla (www.worldfranchising.com) ei mainita yhtäkään lääkäripalveluita tuottavaa franchising-yksikköä. Lähimpiä esimerkkejä ovat mm. erilaisia luontaistuotteita

myyvät ketjut ja laihdutuspalvelut. Tämän tyyppiset palvelut eivät kuitenkaan sisälly tämän tutkimuksen määritelmään terveyspalveluista.

Myös Ison-Britannian National Health Servicen (NHS) konsultoitujen verkostoa voidaan pitää jonkinlaisena franchisejärjestelmänä, mutta käytännön tasolla se on enemmänkin henkilöstöhallintoa tai sisäistä yrittäjyyttä kuin aitoa franchisingia (Propper 1995). Lisäksi NHS toimii julkisella sektorilla tämän tutkimuksen käsitellessä yksityisen sektorin toimintaa.

Vaikka NHS:n johtamisuudistus onkin ollut suuren akateemisen mielenkiinnon kohde, eivät siihen liittyvien artikkelien havainnot ole juurikaan sovellettavissa franchising-toimintaan terveyspalveluverkostoissa yksityisellä sektorilla. Käytännön esimerkkien puuttumisen takia akateeminen tutkimus franchising-toiminnasta terveydenhuollossa onkin ollut vähäistä.

2.2.2 Kehitysmaissa

Eräissä kehitysmaissa, kuten Nepalissa (Agha et al.2007) ja Myanmarissa (Lönnroth et al. 2007) on kokeiltu franchising-toimintaa lääkäripalveluissa keinona tuottaa minimistandardit täyttävää hoitoa köyhien maaseutualueiden asukkaille. Näissä projekteissa franchise-antajina toimivat yleensä valtiot tai monikansalliset avustusjärjestöt, kuten *World Health Organization (WHO)*, jotka pyrkivät tehostamaan paikallisten lääkäreiden toimintaa. (kts. Agha et al.2007, Lönnroth et al. 2007).

Vaikka kyseiset esimerkkiprojektit ovatkin olleet toiminnallisesti lähempänä perinteistä franchising-toimintaa, niiden lähtöoletukset ovat hyvin erilaiset verrattuna

tämän tutkimuksen tarkastelemaan toimintaan ja siten näistä projekteista tehdyt tutkimukset tarjoavat hyvin vähän valaistusta tämän tutkimuksen problematiikkaan.

2.3 Syyt franchising-toimintaan

Liiketoiminnan järjestämiseen franchising-muotoon on kirjallisuudessa tarjottu kolmea pääasiallista syytä sekä näiden yhdistelmiä:

1. Resurssien niukkuus (*resource scarcity*)
2. Toimijateoria (*agency theory*)
3. Riskien hajautus (*risk spreading*)

Jokainen näistä syistä saattaa siis olla ainut motiivi yritykselle ryhtyä franchise-antajaksi, mutta selitys voi myös koostua useammasta kuin yhdestä yllämainitusta syystä. Vaikka alla mainituissa tutkimuksissa tutkimusaineistot on kerätty muilta toimialoilta, ei ole erityistä syytä olettaa, että tutkimusten tulokset eivät pätsisi myös tarkasteltaessa terveystalvveluja.

2.3.1 Resurssien niukkuus

Niukkojen resurssien selitysmalli kuvaa franchisingin mekanismiksi, jolla franchise-antajat pyrkivät hankkimaan tarvitsemiaan resursseja kiihdyttääkseen kasvuaan ja saavuttaakseen tehokkaan toiminta-asteen ja kasvattaakseen brändinsä tunnettavuutta. Tämän näkemyksen mukaan franchising-järjestelmien luomisen taustalla on siis franchise-antajan omien kriittisten resurssien niukkuus. Näitä kriittisiä resursseja ovat muun muassa pääoma, johtamistaidot ja paikallistuntemus. (Oxenfeld & Kelly 1969, Combs & Ketchen 1999).

Eryityisesti, kun yritykset ovat nuoria ja pieniä, on niiden vaikeaa kerätä pääomaa perinteisiltä rahoitusmarkkinoilta tai liikevoitoistaan (Castrogiovanni et al 2006). Esimerkiksi yhden toimipisteen yritys ei välttämättä pysty kassavirrallaan keräämään riittävästi pääomaa kymmenen uuden toimipisteen perustamiseen, eikä pysty kouluttamaan johtajia näihin toimipisteisiin, vaikka niiden perustaminen olisikin välttämätöntä riittävien skaalaetujen saavuttamiseksi ja tehokkaiden kilpailuetujen löytämiseksi (Combs & Castrogiovanni 1994). Tällaisissa tapauksissa myös yritykset, joiden pitkän tähtäimen suunnitelma on omistaa kaikki toimipisteensä, ja siten saada korkeampia tuottoja saattavat aloittaa toimintansa franchisepohjalta (Brown 1998).

Toisaalta ketjun kasvaessa näiden resurssien tarve vähennee varallisuuden ja osaamisen lisääntyessä, joten myös tarve franchise-ottajien hankkimiseen vähenee ja ketju voi jopa aloittaa franchise-yksiköidensä takaisinoston vahvistaakseen määräysvaltaansa yhtiössä ja lisätäkseen tuottojaan. Lopullisessa vaiheessaan yritys omistaisikin kaikki tai lähes kaikki toimipisteensä itse, franchising-yksiköiden sijaitessa lähinnä tuottamattomilla tai maantieteellisesti kaukaisilla alueilla. (Oxenfield & Kelly 1969, Combs & Castrogiovanni 1994).

2.3.2 Päämies-toimija-teoria

Toimijasuhteita on kaikissa yhteisissä toiminnoissa, joissa yksi osapuoli, päämies (*principal*), luovuttaa valtaansa toiselle osapuolelle, toimijalle (*agent*). Kummallakin osapuolella on suhteessa omat intressinsä, joten päämiehen on käytettävä resurssejaan varmistaakseen, että toimija toimii päämiehen edun mukaisesti. (Eisenhardt 1989). Franchising-suhteissa franchise-antaja toimii päämiehen

asemassa ja jakaa valtaa ja vastuuta toimijoilleen eli franchise-ottajilleen (Castrogiovanni et al. 2006).

Päämiehillä on yleisesti ottaen käytössään kaksi työkalua, joiden tarkoituksena on varmistaa toimijoiden yhteistyöhalukkuus: toimijoiden suora tarkkailu ja kannustinjärjestelmä, joka perustuu saavutetuille tuloksille (Eisenhardt 1989). Franchising-järjestelmät vähentävät kuitenkin huomattavasti päämiesten tarvetta kalliille valvontajärjestelmille, koska franchise-ottajat ovat oikeutettuja liikkeensä tuottamiin voittoihin. (Norton 1988). Franchise-yrittäjät tekevät tyypillisesti merkittäviä investointeja yrityksiinsä ja odotettu kassavirta näistä investoinneista riippuu yrittäjän jatkuvista ponnisteluista (Klein 1995). Näin ollen franchise-yrittäjät on erittäin motivoituneita ja pyrkivät oma-aloitteisesti maksimoimaan toimipisteensä suorituskyvyn ja näin ollen ketjuvalvonnan tarve vähenee (Bradach 1997).

Tästä huolimatta franchise-antajan ja -ottajan edut eivät ole aina yhteneviä. Franchising-yrittäjät saattavat olla halukkaita ali-investoimaan yrityksiinsä, koska he ovat jo sitoneet suuren osan henkilökohtaisesta omaisuudestaan yritykseen. Koko ketjun kannalta tarpeellisia muutoksia vastustetaan siis, koska omaan yritykseen liittyvää epäsystemaattista riskiä ei haluta kasvattaa. (Brickley & Dark 1987). Yksittäisten toimipisteiden omistajat saattavat lisäksi olla haluttomia tekemään investointeja, jotka hyödyttävät myös muita samalla maantieteellisellä alueella toimivia yksiköitä (*spill-over benefits*) (Carney & Gedajlovic 1991).

Samantyyppinen ongelma on havaittu yksiköillä, joiden asiakkaista vain pieni osuus palaa toimipisteeseen uudestaan (kuten pikaruokalot moottoriteiden varsilla ja turistikohteissa). Asiakkaat saapuvat toimipisteeseen ketjun maineen perusteella,

mutta yrittäjän edun mukaista voi olla säästää tuotteiden laadussa ja siten parantaa tuotteidensa voittomarginaalia. Tämän toiminnan seurauksena asiakkaan ketjua kohtaan tuntema luottamus laskee. Tästä johtuvat kustannukset allokoituvat kuitenkin kyseisen yksikön sijasta verkoston muille toimijoille sekä päämiehelle. (Combs & Castrogiovanni 1994).

2.3.3 Riskien hajautus

Kolmas syy franchise-antajaksi ryhtymiseen on halu hajauttaa riskejä useamman tahon kannettavaksi. Tämän näkemyksen mukaan franchising tarjoaa riskejä karttavalle yritykselle keinon siirtää erityisesti riskialttiimpien alueidensa toimipisteiden hallinnoinnin toimijoilleen, kun franchise-antaja pitää riskittömimmät ja parhaiten tuottavat toimipisteet yrityksen omistuksessa. (Combs & Castrogiovanni 1994). Ensisilmäykseltä tämän näkemyksen kannattajat vaikuttavat oletettavan, että franchise-ottajat ovat –antajia vähemmän riskiä karttavia, mikä ei vaikuta kestävältä pohjalta franchise-ketjun rakentamiselle. Kuitenkin franchise-ottajat ovat jo lähtökohtaisesti valinneet riskittömämmän tavan siirtyä yrittäjiksi kuin itsenäisen yrittäjyyden valitsevat henkilöt. Franchise-yritysten epäonnistumisprosentti onkin huomattavasti pienempi, kuin itsenäisten yritysten. Yrittäjä voikin, valitessaan matalan riskin reitin yrittäjyyteen, olla valmis valitsemaan toimipisteelleen korkeampiriskisen sijaintipaikan. (Martin 1988).

2.4 Franchise-tuotteen kriittiset menestystekijät

Tämän osion tarkoituksena on tarkastella, mitkä tekivät ovat kriittisiä tarkasteltaessa yrittäjän mahdollisuuksia laajentaa tuotteen tai palvelun markkinoita

franchisejärjestelmän avulla. Näitä kriittisiä menestystekijöitä ovat ainakin toimiva prototyyppi, riippumattomuus paikallisista oloista ja osaava johto.

2.4.1 Toimiva prototyyppi

Franchise-antajalla tulisi olla vähintään yksi toimiva prototyyppi eli esimerkiksi toimipiste, jotta franchise-järjestelmän luominen lähtisi terveeltä pohjalta. Prototyypin tarkoituksena on toimia sekä liiketoiminnan testausalustana että markkinointiyksikkönä franchise-ottajien hankinnassa.

2.4.2 Riippumattomuus paikallisista oloista

Vaikka franchise-antajaksi ryhtymistä suunnitteleva taho saisikin luotua toimivan ja menestyvän prototyyppiyrityksen, hänen tulisi myös pystyä tarkastelemaan kriittisesti paikallisten olosuhteiden merkitystä yrityksensä menestykseen. Tällaisia paikallisia olosuhteita, jotka eivät ole suoraan monistettavissa muihin toimipisteisiin ovat muiden muassa kilpailutilanne tai yrittäjän tunnettuus paikkakunnalla. Esimerkiksi menestyvä hampurilaisravintola, joka toimii paikkakunnalla, jossa ei ole edustettuna suuria hampurilaisketjuja, ei välttämättä ole tässä tarkoitettu toimiva prototyyppi.

Toisaalta yrittäjä voi myös kriittisen tarkastelun jälkeen todeta, että nämä paikalliset olosuhteet ja niiden tuntemus ovat itse asiassa yrityksen kriittisiä menestystekijöitä ja voivat tarjota esimerkiksi mahdollisuutta ryhtyä franchise-ottajaksi vain henkilöille, joiden paikkakunnalla on samankaltainen kilpailutilanne. Tällöin franchise-järjestelmä on tosin erittäin haavoittuvainen ulkoapäin tuleville uhille, kuten kilpailutilanteen muutoksille.

2.4.3 Osaava johto

Potentiaalisen franchise-antajan on myös pystyttävä tarkastelemaan kriittisesti omia kykyjään johtaa franchisejärjestelmää kokonaisuutena. Yritysverkoston johtaminen poikkeaa huomattavasti yksittäisen yksikön hallinnoinnista ja ulkopuolisen toimitusjohtajan palkkaaminen voikin tulla kysymykseen. Lisäksi laajentunut liiketoiminta saattaa edellyttää johtoryhmän muidenkin jäsenten palkkaamista sekä laajemman liiketoimintaosaamisen hankkimista rekrytointien kautta.

2.5 Franchise-yrittäjien valinta

Vaikka maailmassa on satojatuhansia franchise-yrittäjiä, tiedetään suhteellisen vähän, millä perusteella ketjut valitsevat yrittäjänsä. Yrittäjien valintaa voidaan kuitenkin verrata ainakin tärkeydessään perinteisten yhtiöiden johdon rekrytointiprosesseihin. Tässä alaluvussa esittelen tutkimusta, joka pyrkii valottamaan franchise-yrittäjien valintaperusteita.

Toiminta terveystalvliiketoiminnassa vaikuttaa luonnollisesti myös franchise-ottajien valintakriteereihin. Esimerkiksi lääkärin ammatin harjoittaminen on Suomessa luvanvaraista ja franchise-antajan täytyykin ottaa huomioon myös lain vaatimukset tehdessään valintojaan verkostonsa jäsenistä.

Alan tutkimuksesta nousee esille kaksi merkittävää tutkimusta, Jambulingham & Nevin 1999 ja Clarkin & Swavely 2005, joihin tämä luku pääasiallisesti perustuu.

2.5.1 Kriteerit

Clarkin ja Swavely (2005) löysivät käymällä läpi olemassa olevaa franchising-tutkimusta ja suurten franchising-ketjujen Internet-sivuja neljä tärkeintä

valintaperustetta, joita suuret franchising-ketjut käyttävät valitessaan yrittäjiään. Käytän heidän luomaansa jaottelua pohjana tälle alaluvulle.

- 1) Taloudelliset resurssit
- 2) Kokemus ja johtamistaidot
- 3) Muodollinen koulutus
- 4) Asenne ja persoona.

Monissa franchising-tutkimuksissa (kts. Olm et al. 1988, Jambulingham & Nevin 1999) on todettu, että taloudelliset valmiudet franchise-toimintaan ovat tärkein yksittäinen kriteeri franchise-ottajien valinnassa. Jambulinghamin ja Nevinin mukaan potentiaalisen franchise-ottajan taloudellisten edellytysten selvittämisen pitäisi tapahtua jo ennen ensimmäistä varsinaista tapaamista ehdokkaan kanssa. Tärkein taloudellinen mittari ovat franchise-ottajan henkilökohtainen varallisuus (Olm et al. 1988). Kertynyt varallisuus kertoo kyseisen henkilön säästäväisestä luonteesta ja siitä, että hän on käyttäytynyt menneisyydessään taloudellisesti vastuullisella tavalla. Lisäksi, mikäli suuri osa rahoituksesta tulee yrittäjän henkilökohtaisista säästöistä, tulee yrittäjä taloudellisesti riippuvaiseksi yrityksen menestyksestä ja todennäköisemmin toimii myös vastuullisemmin ja vähemmän opportunistisesti toimissaan (Jambulingham & Nevin 1999). Clarkin ja Swavely (2005) kuitenkin huomauttavat, että potentiaalisen franchise-ottajan taloudelliset resurssit voivat olla osalle franchise-antajista vähemmän tärkeitä. Esimerkiksi franchise-antajat, joiden säännöt kieltävät toimipisteiden passiivisen omistuksen saattavat pitää kandidaatin johtamiskykyä taloudellista tilannetta merkityksellisempänä ja tarjota yrittäjilleen erilaisia rahoitusratkaisuja.

Yrittäjän menestystä edellisissä tehtävissään on pidetty perinteisissä liiketoimintamalleissa toimivana mallina tulevankin menestyksen ennustamiseen. (Clarkin & Swavely 2005). Tutkijoiden keskuudessa ei kuitenkaan vallitse yksimielisyyttä aiemman kokemuksen merkityksestä franchising-toiminnan menestystekijänä. Koska liiketoiminta on usein hyvin säänneltyä ja uusien yrittäjien koulutus kattavaa, ei johtamis- tai alaspesifin kokemuksen merkitystä ole pystytty todistamaan. On myös väitetty, että aikaisempi kokemus saattaa jopa haitata franchising-toiminnan aloittamisessa, koska se saattaa tehdä koulutusjaksosta haastavamman. Uuden franchise-ottajan on ensin poisopittava vanhat tapansa ja käytänteensä ennen kuin hän pystyy sisäistämään uuden organisaation käytänteet. (Jambulingham & Nevin 1999).

Myöskään franchise-ottajien muodollisen koulutuksen ja franchise-yrityksen menestyksen välisestä suhteesta ei ole löydetty konsensusta tiedemaailmassa, vaan argumentteja löytyy kummankin kannan puolesta. On esimerkiksi esitetty, että korkeammin koulutetut ihmiset harkitsevat tarkemmin franchise-toiminnan etuja ja haittoja kuin vähemmän koulutetut henkilöt ja pystyvät siten tekemään päätöksensä franchise-ottajaksi ryhtymiseen perustellummin ja realistisemmin (Jambulingham & Nevin 1999). Toinen koulutuksen puolesta puhuva väite on, että korkeasti koulutettuja ihmisiä on helpompi kouluttaa franchising-toimintaan (Wattel 1968). Toisaalta voidaan kuitenkin myös väittää, että menestyvien franchising-ketjujen koulutukset ovat niin kattavia ja hyvin suunniteltuja, että aiemmalla muodollisella koulutuksella ei ole merkitystä. Tämän puolesta puhuu mm. Batesin (1995) tekemä tutkimus, jonka mukaan franchise-yrittäjillä on keskimäärin muita yrittäjiä matalampi koulutustaso, mutta ne eivät kuitenkaan ole muita yrityksiä epävakaampia.

Terveydenhuoltosektorista puhuttaessa muodollisella koulutuksella tarkoitetaan tässä tapauksessa luonnollisesti esimerkiksi liiketoimintakoulutusta, koska franchise-antajalla ei ole lain vaatimia oikeuksia kouluttaa työntekijöitään esimerkiksi lääkärin ammattiin.

Asenne ja persoona muodostavat Clarkinin ja Swavelyn (2005) listauksen neljännen kriteerin. Erityisesti pienten yritysten toiminta personoituu usein omistajan ympärille ja johtamisprosessi muodostuu henkilökohtaiseksi vuorovaikutukseksi. Näin ollen johtaja-omistajan henkilökohtaiset ominaisuudet vaikuttavat suoraan koko yrityksen toimintaan. (Jennings & Beaver 1997) Toisaalta franchising-yritykset ovat usein vähintäänkin ulkoisilta puitteiltaan erittäin standardoituja, joten asiakkaan näkökulmasta omistajan persoona ei yleensä näyntyä yhtä voimakkaasti kuin perinteisissä pienyrityksissä (Kaufmann & Lafontaine 1997). Franchising-yrittäjien tietynasteista anonymiteetistä huolimatta pitäisi franchise-antajien valintaprosessissaan ottaa Jambulinghamin ja Nevinin mukaan huomioon franchise-ottajan persoona, koska mikäli franchise-ottaja omaa oikean asenteen liiketoimintaan, pystyy franchise-antaja säilyttämään hyvät työsuhteet franchise-ottajaan koko liiketoiminnan elinkaaren ajan.

2.5.2 Työkalut

Franchising-ketjuilla on käytössään laaja valikoima erilaisia työvälineitä, joilla he pyrkivät selvittämään potentiaalisten yrittäjien sopivuutta omaan ketjuunsa. Clarkin ja Swavelyn (2005) listasivat tutkimuksessaan kuusi yleisimmin käytettyä kriteeriä, joita franchise-antajat käyttävät selvittäessään hakijoiden soveltuvuutta franchise-ottajikseen.

- 1) Taloudellinen nettoarvo
- 2) Yleinen liiketaloudellinen kokemus
- 3) Kokemus kyseiseltä toimialalta
- 4) Muodollinen koulutus
- 5) Psykologinen profiili
- 6) Henkilökohtainen haastattelu

2.5.3 Valinnan onnistumisen merkitys

Jambulingham ja Nevin (2005) ovat tutkineet empiirisesti franchise-ottajien valintakriteerien merkitystä franchise-antajan haluaman lopputuloksen saavuttamisessa. Heidän mukaansa on täysin selvää, että oikeat kriteerit franchise-ottajien valinnalle ovat äärimmäisen tärkeät koko ketjun onnistumisen kannalta.

Oikeat franchiseyrittäjävalinnat tulevat erityisesti esille, kun franchising-toimintaa tarkastellaan päämies-toimija -teorian näkökulmasta. Valitsemalla itsenäisiä ja päteviä toimijoita franchisejärjestelmän toimijakulut voivat laskea huomattavasti verrattuna päinvastaiseen tilanteeseen. He havaitsivat erityisen selkeän yhteyden onnistuneen yrittäjävalinnan ja franchise-antajan tyytyväisyyden.

Jambulingham ja Nevin (2005) korostavat erityisesti innovatiivisuuden ja henkilökohtaisen sitoutumisen merkitystä hedelmällisen franchisesuhteen perustana. He myös kehottavat franchise antajiaan tutkimaan parhaiten menestyviään franchise-ottajia ja selvittämään, mitkä valintakriteerit selittäisivät erinomaisen menestyksen.

2.6 Laadunvalvonta franchise-ketjussa

Laadunvalvonta on erittäin olennainen, mutta myös haastava, osa franchise-järjestelmän toimintaa. Koska, järjestelmän osan toimivat saman brändin alla,

vaikuttaa yksiköiden toiminta paitsi niiden omaan, myös kaikkien muiden järjestelmän osien, maineeseen ja toimintaedellytyksiin. Näin ollen yksi franchise-antajan tärkeimmistä tehtävistä on huolehtia, etteivät yksittäiset toimijat pääse tahallisesti tai huolimattomuuttaan vahingoittamaan ketjun brändiä.

Yrittäjävetoiset yksiköt toimivat suhteellisen itsenäisesti franchise-antajan luomien raamien sisällä. Franchise-antajan vastuulle jää sääntöjen luominen ja niiden pitäminen ajan tasalla sekä niiden valvominen. Franchisejärjestelmän laadunvalvonnan voikin jakaa yrittäjävetoisten yksiköiden omavalvontaan tarkoitetun järjestelmän luomiseen ja järjestelmän ja sen yksiköiden kokonaisvaltaiseen valvontaan.

Terveyspalveluliiketoiminnassa laadunvalvonnan merkitys korostuu entisestään, koska virheet voivat pahimmassa tapauksessa maksaa jopa ihmishengen. Lisäksi terveyspalveluiden tuottamiseen liittyy useita eri lakeja, kuten kansanterveyslaki, laki yksityisestä terveydenhuollosta ja potilaslaki, jotka määrittelevät erilaisia minimistandardeja yksityisille terveyspalvelulaitoksille.

2.7 Lääkärit johtajina

Tämän alaluvun tarkoituksena on tarkastella lääkärien johtamiskoulutusta ja heidän erityispiirteitään johtajina. Tutkimukset, joihin tämä alaluku perustuvat ovat toteutettu pääasiassa Ison-Britannian kansallisen terveydenhuoltopalvelun, NHS:n, piirissä.

2.7.1 Lääkärit *professionsa edustajina*

Lääkäreillä on erittäin voimakas ammatillinen identiteetti, joka tarkoittaa samaistumista ammattikuntansa arvoihin ja normeihini. Tämä ilmenee lukuisilla

muillakin professioaloilla, joilla identiteetti muodostuu erityiselle ja eksklusiiviselle osaamiselle, jota ei ole kenelläkään profession ulkopuolisella. (Bamber & Iver 2002)

Professiot ovat ammattikuntia, joiden harjoittamiseen vaaditaan erityistä asiantuntemusta ja ammatinharjoittaminen on hyvin usein luvanvaraista toimintaa. Tämä tekee professioista suljettuja yhteisöjä, joihin ei pääse sisälle kuka tahansa. Yhteisiä piirteitä professioille ovat vaativa koulutus, yleensä yliopistotasoinen, tietyt koulutuksen jälkeiset valintakriteerit ja oman ammattikunnan sisäisen tiedon suojeleminen. Tyypillisinä professioammattikuntia pidetään esimerkiksi asianajajia, lääkäreitä ja KHT-tilintarkastajia.

Professioiden edustajilla on myös usein havaittavissa tiettyä ”ylemmyyden tuntua” ja uskoa oman ammattikuntansa erityisen merkittävään yhteiskunnalliseen asemaan. He myös kokevat olevansa korvaamattomia osia yhteiskuntaa, eli kukaan profession ulkopuolisella henkilöllä ei ole osaamista ja ammattitaitoa heidän työtehtäviensä hoitamiseen. (Currie & Brown 2003).

Tätä asemaa myös pyritään usein korostamaan monin eri keinoin, joista yksi tärkeimmistä on tietynlaisen epävarmuuden tunteen luominen profession ulkopuolisille henkilöille. Tähän pyritään muun muassa pitämällä ammattikunnan sisäiset käytänteet sisäisinä ja siten epäselvinä suurelle yleisölle. Ulkopuolisten täytyy yksinkertaisesti luottaa heidän ammattitaitoonsa, koska heillä ei ole asiantuntemusta arvioida profession edustajan toimien validiutta. (Bamber & Iver 2002)

Tähän liittyy myös ammattikielen eli jargonin käyttö. Vaikka jargonilla on luonnollisesti tärkeä merkitys myös terminologian selventäjänä ja käsitteiden yksiselittäjäjänä, on se myös merkittävä keino profession rajojen luojana ja

ulkopuolisten eristäjänä. Lääkärit ovat erinomainen esimerkki ammattikunnasta, jolla on erittäin erikoistunut jargon. Sen tulkitsemiseen ei ulkopuolisella ole mahdollisuuksia. (Castro et al. 2007). Olen myös henkilökohtaisesti havainnut viettäessäni suuremman joukon lääkärikunnan edustajia kanssa aikaa, että he käyttävät jargoniaan myös vapaa-ajalla ja lääketieteeseen liittymättömissäkin keskusteluissa, mikä tekee myös heidän jokapäiväisen keskustelun seuraamisen haastavaksi ulkopuolisille ja eristää ulkopuoliset kuulijat keskustelusta.

Lääkäreiden toimintaedellytykset johtajina ovat olleet laajan debatin kohteena sekä akateemisessa maailmassa että poliittisessa keskustelussa. Erityisen laajaa keskustelu on ollut Isossa-Britanniassa, jossa kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän (*National Health Service, NHS*) erittäin laajamittaiset johtamisuudistukset ovat kiihdyttäneet keskustelua. (kts. esim. Davies 2006, Walker & Morgan 1996, Forbes ym. 2004).

2.7.2 Johtamiskoulutus

Radikaalin uudistuksensa vuoksi NHS:n johtamisjärjestelmiä seurataan hyvin tarkasti ja ne ovatkin herättäneet kiivasta keskustelua julkisuudessa. Lääkäreiden lisääntyneen vallan myötä on yhä tärkeämpää, että kliiniset johtajat koulutetaan perusteellisesti tehtäviinsä. Isossa-Britanniassa ei terveydenhuollon johtajille ole asetettu minkäänlaisia yleisiä ja lakisääteisiä minimipätevyys vaatimuksia, vaan periaatteessa kenet tahansa voidaan palkata näihin tehtäviin, kunhan hakija vain pystyy vakuuttamaan haastatteluraadin pätevydestään. (Davies 2006). Lääkärijohtajien tapauksessa tämä tarkoittaa, että kliininen toimilupa tarjoaa pätevyden myös kaikkiin johtotehtäviin. Kun samanaikaisesti lääkärin tehtäviin

vaaditaan laaja ja tarkoin määritelty koulutus, on ymmärrettävää, että ylimääräistä johtamiskoulutusta pidetään lähinnä ajan haaskauksena. (Allen 1995).

Lääkäreiden peruskoulutuksesta johtamiskoulutuksen osuus on käytännössä olematon. Tämä johtuu pääasiassa kliinisten erikoisalojen vaatimasta pitkästä koulutuksesta. Eräitä johtamisen elementtejä, kuten viestintää, itsetuntemusta ja tiimityötä, kuuluu kuitenkin jossain määrin lääkärin peruskoulutukseen, mutta ne on sisällytetty muihin oppiaineisiin. Kuitenkin juuri nämä yleistaidot ovat lääkäreiden suurimpia puutteita johtamistyössä. Tästä voidaankin päätellä, että näiden taitojen opettaminen integroituna muihin aineisiin ei anna tuleville lääkäreille riittäviä valmiuksia selviytyä esimiestehtävistä. (Clark & Armit 2008). Johtamiskoulutuksen vähäisyys on voimakkaassa ristiriidassa NHS:n tavoitteiden kanssa. Johtamisuudistuksen tavoitteeksi asetettiin nimenomaisesti lääkäreiden vaikutusvallan lisääminen sairaaloiden johdossa. (Walker & Morgan 1996).

Toisaalta toinen merkittävä haaste vaikuttaisi olevan lääkäreiden itsensä vakuuttaminen johtamistaitojen opiskelun tarpeellisuudesta ja tämä vaatii suurta muutosta kliinikoiden asenteessa johtoa kohtaan (McHugh ym. 2007). Toisaalta vaikka varsinainen lääkäreille suunnattu johtamiskoulutus onkin vähäistä, jotkut ovat urakehitystään edistääkseen vapaaehtoisesti hankkineet koulutusta esimerkiksi MBA –ohjelmista (Forbes ym. 2004). MBA –koulutuksen hankkineiden lääkäreiden vähäinen määrä liittyy varmasti myös osittain koulutuksen erittäin korkeaan hintaan.

NHS on viime vuosikymmeninä pyrkinyt kehittämään omaa johtamiskoulutusta lääkäreille (Davies 2006). Koulutukset ovat kuitenkin parhaimmillaankin olleet

vajavaisia kursseja, joita on järjestetty epäsäännöllisesti tilapäiseen tarpeeseen eivätkä ne ole kuuluneet mihinkään määriteltyyn ennalta määriteltyyn koulutusruntoon. Koulutusten hajanaisen luonteen vuoksi ne eivät anna nykyisille ja tuleville konsultoiville lääkäreille riittävästi eväitä osallistumaan tehokkaasti modernin NHS:n johtamiseen esimerkiksi kliinisenä johtajana. (Clark & Armit 2008). NHS:n ylimmän johdon olisikin selvitettävä syyt, miksi nykyinen koulutusjärjestelmä ei täytä tavoitteitaan ja korjattava havaitut puutteet pystyäkseen saavuttamaan johtamisuudistukselle asetetut tavoitteet.

Vähäisen johtamiskoulutuksen lisäksi aloittavien kliinisten johtajien tehtävien hoitamista haittaa sairaaloiden johdon antaman ohjeistuksen puute. Lääkäreiden perehdytys kliinisen johtajan tehtäviin on lähes olematon. Useissa tapauksissa kliinisen johtajan tehtävästä ei ole laadittu edes toimenkuvaa ja vaikka toimenkuva olisi laadittu, se harvoin vastasi tehtävän todellista sisältöä (Buchanan ym. 1997). Osasyynä kunnollisten työkuvausten puutteeseen on ollut liian tiukka aikataulu. Kliinisten johtajien virat luotiin liian kovalla kiireellä, eikä sairaaloiden johdolla ollut aikaa miettiä, miten uudistuksesta saataisiin maksimaalinen hyöty. Työnkuvaukset olivatkin usein koontejia tavallisista henkilöstöjohtajien työnkuvauksista sisältäen mm. tiimien johtamista ja tehokkuuden tarkkailua. (Fitzgerald 1994).

2.7.3 Odotukset johtotehtävistä

Monilla aloilla eteneminen uralla tarkoittaa siirtymistä organisaatiohierarkiassa kerroksittain ylöspäin ja näin ollen johtamistehtävät kuuluvat luonnollisena osana henkilön urakiertoon. Yhtä luonnollista on, että työntekijällä on suora esimies, joka ohjaa työntekijän toimintaa. Kliinikoiden toimenkuva on kuitenkin perinteisesti ollut

hyvin erilainen: lääkärin tehtävänä on hoitaa potilaita sitä mukaan kun he saapuvat klinikalle, ilman varsinaista johtamista ylhäältä päin. (Forbes ym. 2004). Näin ollen johtajat ovat lääkäreille etäisiä hahmoja, joilla ei ole vaikutusta varsinaisiin terveydenhoidollisiin asioihin.

Ideaalitilanteessa klinikot ja johtajat ymmärtäisivät toistensa toimintamallit ja näkisivät toisensa tasavertaisina kumppaneina sairaalan palvelujen kehittämisessä ja tuottamisessa (Corbridge 1995). Koska lääkärit ja sairaaloiden johto eivät kuitenkaan, ole säännöllisessä kontaktissa keskenään, ei lääkäreille muodostu selvää kuvaa johtajien työtehtävistä (Llewellyn 2001). Kuilua lääkäreiden ja johtajien välillä on myös lisännyt hyvin erilaiset näkemykset ja perspektiivit sairaaloiden toimintaan, mikä on tehnyt harmonisen suhteen saavuttamisen hyvin vaikeaksi (Dopson 1994).

Lääkäreiden mielipiteitä värittikin yleisesti ajatus, että johtajat ovat yleensä epäpäteviä, ja johtaminen on vain maalaisjärkeä vaativaa toimintaa ja on helposti opittavissa. Kliinikoiden työ on puolestaan akateemista ponnistelua ja lääketieteelliset saavutukset, kuten tutkimus ja julkaisut, ovat lääkäreiden keskuudessa korkeasti arvostettuja (Ferlie ym. 1996). Tätä taustaa vasten on helppo ymmärtää, miksi hallinnolliset tehtävät eivät kiinnosta suurta osaa lääkäreistä.

Lääkäreiden ja sairaaloiden johdon välistä kuilua lisäävät myös heidän erilaiset ajatusmallit ja ajattelun aikajänteet. Ylimmän johdon ajattelu on usein suuripiirteisempää ja laaja-alaisempaa, koska he ovat vastuussa koko organisaation toiminnot. Johto joutuu myös suunnittelemaan strategioita pitkällä aikajänteellä. Lääkäreiden pääasiallinen tehtävä on puolestaan potilaiden hoito, jossa vaaditaan huomattavasti rajatumpaa, mutta myös yksityiskohtaisempaa ajattelua. Myös

ajattelun aikajänne on lyhyempi kuin johdolla, koska lääkärit keskittyvät pääsääntöisesti jokaiseen potilaaseensa yksilöinä. Näiden erojen takia lääkäreiden ja johdon on usein vaikeaa ymmärtää toistensa ongelmia. (Dopson 1994).

3 Tutkimuksen suorittaminen

Tämän tutkielman empiirinen osuus toteutettiin sarjalla haastatteluja terveydenhuoltoalan ammattilaisten parissa. Haastateltavat valittiin siten, että he edustaisivat mahdollisimman kattavasti terveyspalveluiden skaalaa. Haastateltavien joukossa oli fysioterapeutteja, hoitajia ja lääkäreitä useilta eri erikoistumisalueilta. Haastateltavien valinnassa pyrittiin ottamaan huomioon myös henkilöiden ikä- ja sukupuolijakauma ja urakehityksen vaihe. Haastateltavien joukossa oli henkilöitä sekä toimeksiantajayrityksestä että sen ulkopuolelta. Lisäksi sekä yksityinen että julkinen terveydenhoitosektori olivat edustettuna. Kaikki haastateltavat toimivat Keski-Suomen alueella. Haastateltavia käsitellään tässä tutkimuksessa anonyymeina heidän yksityisyytensä suojaamiseksi.

Haastattelut toteutettiin strukturoimattomina keskusteluina, jotka nauhoitettiin ja myöhemmin litteroitiin. Tavoitteena oli johdatella haastateltavia mahdollisimman vähän, jotta he pystyisivät keskittymään asioihin, jotka he kokivat olennaisiksi kokonaisuuden kannalta. Lisäksi päätökseen toteuttaa haastattelut strukturoimattomina vaikutti tiedollinen epätasapaino, jota käsitellään tarkemmin alaluvussa 3.1.2, haastattelijan ja haastateltavien välillä.

Haastatteluiden pääpaino oli haastateltavien käsityksissä yrittäjyydestä ja sen haasteista. Lisäksi haastateltavilta kyseltiin keinoista, joilla toimiva franchising-järjestelmä voisi vastata näihin haasteisiin. Haastateltavat vastasivat useissa tapauksissa kysymyksiin pääasiassa mielikuviansa ja olettamustensa pohjalta, koska heille ei ollut kertynyt varsinaista yrittäjyyskokemusta.

Vaikka haastattelussa onkin ollut mukana henkilöitä sekä toimeksiantajayrityksen sisältä että ulkopuolelta, he ovat vastanneet kysymyksiin ensisijaisesti omana itsenään ja ammattikuntansa edustajina. Näin ollen vastausten analysoinnissa haastateltavia ei ole eroteltu heidän nykyisen työpaikkansa perusteella.

Lääkärit kuuluvat omaan mielenkiintoiseen professionsa, johonka sisälle pääseminen on ulkopuoliselle vaikeaa tai jopa mahdotonta. Heillä on oma kielensä ja omat käytänteensä, joiden ymmärtäminen on haasteellista maallikoille. Lisäksi lääkäreille, kuten muidenkin professioiden edustajille on tyypillistä pyrkiä suojelemaan ammattitaitonsa eksklusiivisuutta pitämällä ammattiin liittyvät kriittiset käytänteet yhteisönsä sisäisenä tietona (Bamber & Iver 2002).

Lääkärit kontrolloivat lähes kokonaan Suomen terveydenhuollon toteuttavaa porrasta ja siksi he muodostavat kiinnostavan ryhmän monien tutkimusten kohteeksi. Vaikka terveydenhuollon sektorilla toimii useita eri ammattiryhmiä, on sektorin strateginen päätöksenteko ja päivittäisjohtaminen hyvin suurelta osin lääkäreiden käsissä. (Llewellyn 2001). Tämä siitäkin huolimatta, että lääkäreillä harvoin on koulutusta tai ammattitaitoa tämän kaltaisten päätösten tekemiseen (Davies 2006). Johtotehtävistä ei kuitenkaan useinkaan haluta luopua, vaikka lääkäri itsekin tunnistaisi osaamattomuutensa tällä sektorilla tai johtotehtävät eivät edes tuntuisi kyseisen henkilön mielestä mielekkäiltä. Syitä tähän on lukuisia, kuten pelko omasta kliinisestä autonomiasta ja yksikön tulevaisuudesta ulkopuolisessa johdossa. (Buchannan et al. 1997)

Olisikin erittäin tärkeää pystyä tutkimaan lääkäreiden näkemyksiä johtamisesta, johtajuudesta ja terveydenhuollon tulevaisuuden skenaarioista, jotta poliittisten

päätösten tekijät pystyisivät ottamaan paremmin huomioon näiden etulinjan toimijoiden todelliset toiminnan motiivit, koska he eivät ole niistä välttämättä itsekkään tietoisia. Parempi ymmärrys lääkäreiden maailmasta voisi helpottaa sekä poliitikkojen että lääkäreiden itsensä työtä terveydenhuoltojärjestelmien parantamisessa.

Tässä tutkimuksessa lääkäreiden haastatteluvastausten merkitys korostui, koska he nykyisellään ovat pääsääntöisesti päättävässä asemassa lääkäriasemilla ja sairaaloissa, kun taas esimerkiksi hoitajien päätösvalta yrityksen asioihin oli pääsääntöisesti hyvin rajallinen ja keskittyi lähinnä oman työnsä suoritustapoihin.

Tässä alaluvussa pyrin identifioimaan erityispiirteitä ja haasteita, joihin olen törmännyt työskennellessäni lääkäreiden keskuudessa ja yrittäessäni selvittää heidän aivoituksiaan. Lisäksi kerron keinoista ja ratkaisuista, joita itse käytin kohdatessani näitä haasteita.

3.1 Lääkäreiden haastattelu

Tutkimuksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että haastattelututkimusta suunniteltaessa otetaan huomioon haastateltavan ryhmän erityispiirteet. Tällöin kysymykset ja haastattelun rakenne voidaan muovata tilanteeseen sopivaksi. Myös haastattelutilanteessa ja erityisesti sitä tulkittaessa on otettava huomioon haastateltava ja hänen lähtökohtansa, jotta tutkimuksen tekijä pystyisi tulkitsemaan haastateltavien vastauksia oikeassa viitekehyksessä.

Tehdessäni tutkielmaan liittyviä haastatteluja tehtäessä oli havaitsin kolme erityistä seikkaa, joiden voidaan olettaa vaikuttaneen haastateltavien vastauksiin:

1. Profession vaikutus
2. Tiedollinen epätasapaino
3. Kiire

Esitän seuraavissa arvioita, miten edellä mainitut seikat vaikuttivat haastattelujen tuloksiin ja niiden validiteettiin.

3.1.1 Profession vaikutus

Lääkäreitä haastateltaessa on otettava huomioon luvussa 2.X.X mainitut professioammattikuntiin liittyvät seikat ja ymmärrettävä, miten ne vaikuttavat haastateltavan kommentteihin ja mielipiteisiin. Näiden seikkojen huomioiminen jo haastattelujen valmisteluvaiheessa auttaa minimoimaan profession vaikutusta haastattelun kulkuun. Profession vaikutusten ymmärtäminen antaa uusia näkökulmia analyysin tekemiseen haastattelujen jälkeen.

Tehdessäni haastatteluja ja verratessani tuloksiani muiden ammattikuntien (esim. fysioterapeutit) edustajien tuloksiin havaitsin seuraavanlaisia seikkoja:

Lääkärit käyttäjät jargonia myös puhuessaan ammattikunnan ulkopuoliselle haastattelijalle (kts. Castro et al. 2007). Monet haastateltavat sortuivat jargoninsa käyttöön haastattelutilanteissa, vaikka minä haastattelijana en ollut lääkäri ja siten mahdollisuuteni ymmärtää heidän sanomaansa oli suhteellisen rajallinen. Tämä on sinänsä havaintona melko epämielenkiintoinen, koska kysymys saattaa olla myös vain kyseisten henkilöiden yleisestä tavasta puhua. Mielenkiintoista tässä kuitenkin olikin se, että havaitsin jargonin ja myös erilaisten eufemismien määrän lisääntyvän erityisesti, kun keskustelu kääntyi heidän kannaltaan negatiivissävytteisempiin aiheisiin, kuten esimerkiksi lääkärikunnan ammattitaidon rajoittuneisuuteen tai

terveydenhuoltojärjestelmän toimimattomuuteen. Lisäksi haastateltavat pyrkivät vaihtamaan puheenaihetta suhteellisen nopeasti muihin aiheisiin.

Positiiviset asiat puolestaan selitettiin perusteellisesti siten, että haastattelija varmasti ymmärsi ne. Mikäli ammattitermejä käytettiin, ne myös selitettiin yleensä oma-aloitteisesti haastattelijalle. Kyse ei ollut myöskään yksittäisestä haastateltavasta tai hänen asenteestaan, vaan kaikissa lääkärihaastateltavissa oli havaittavissa näitä piirteitä. Toki yksilöiden välillä oli eroja siinä, miten voimakkaasti tämä ilmiö esiintyi.

Tämä ilmiö saattaa myös liittyä lääkäreiden taipumukseen käyttää jargonia ja kiertoilmauksia kertoessaan potilaille huonoja uutisia. Tämän tarkoituksena on omalla tavallaan pehmentää uutista ja vähentää sen järkyttävyyttä. (Castro et al. 2007)

Tietyissä haastatteluissa oli myös huomattavissa rivien välistä, että kauppatieteitä ja varsinkin johtamista pidettiin melko heppoisina tieteinä verrattuna lääketieteeseen. Luonnollisestikaan tätä ei sanottu, mutta eräiden henkilöiden asenteesta oli havaittavissa tämän suuntaista ajattelua. Ferlie ja Pettigrew (1996) ovat havainneet myös samansuuntaista asenteellisuutta tutkiessaan lääkärien suhtautumista ammattijohtajiin.

3.1.2 Tiedollinen epätasapaino

Kun haastatellaan lääkäreitä, tai minkä tahansa muun profession edustajia, heidän omasta osaamisalueesta, on heillä mitä todennäköisimmin huomattavasti paremmat tiedot aihepiiristä kuin haastattelijalla. Haastattelijan pitää mielestäni pystyä ottamaan tämä huomioon erilaisin toimenpitein.

Luonnollisesti haastattelijan pitää olla edes jossain määrin perehtynyt aihepiiriin, josta hän tekee tutkimusta, mutta ei ole välttämättä realistista odottaa, että haastattelijalla pystyy järkevissä ajassa omaksumaan vastaavan tietomäärän aihepiiristä kuin vuosia opiskellut ja työskennellyt lääkäri. Toisaalta tämä ei myöskään ole tarpeen, koska haastattelijan tehtävään on hankkia tietoa haastateltavalta.

Haastattelijan onkin pystyttävä lähinnä arvioimaan onko hänellä edes asiantuntemusta kysyä oikeita kysymyksiä. Oikeiden kysymysten kysyminen onkin mielestäni ehkä tärkein yksittäinen tekijä haastattelun onnistumisessa.

Haastattelun rakennetta ja strukturoinnin astetta mietittäessä onkin otettava huomioon haastattelijan oma kyky muotoilla ja kysyä oikeat ja olennaiset kysymykset. Mikäli haastattelijalla on alan asiantuntija, joka etsii vastausta hyvin spesifiin kysymykseen, hän voi muotoilla hyvinkin tarkan kysymysvalikoiman, joka ei jätä varaa yleisluotoiseen keskusteluun. Tällaisen lähestymistavan etuna on haastattelujen selkeys ja tulosten helppo vertailtavuus. Toisaalta kuitenkin haastateltavalla saattaa olla tutkimuksen kannalta olennaista tietoa, joka ei tule haastattelutilanteessa ilmi, jos kysymykset ovat liian yksityiskohtaisesti strukturoituja.

Kysymällä avoimempia kysymyksiä, haastattelijalla voi seurata, mistä aiheista haastateltava haluaa puhua ja päätellä siitä, mitä asioita haastateltava pitää tärkeänä. Strukturoimattomat haastattelut saattavat myös johdattaa keskustellun urille, joita haastattelijalla ei osannut ennakoita ja siten paljastaa ilmiöistä uusia puolia. Tällainen toimintatapa auttaa erityisesti tilanteissa, jossa haastateltavalla on huomattavasti haastattelijaa laajempi tuntemus kyseisestä aihepiiristä.

Tiedollisen epätasapainon haasteeseen pyrin vastaamaan pitämällä haastattelut mahdollisimman strukturoimattomina ja aloittamalla haastattelut hyvinkin yleisluontoisilla kysymyksillä. Kiinnostuksen kohteena oli siis erityisesti, minkälaista tarinaa suhteestaan yrittäjyyteen haastateltavat lähtevät kertomaan, kun he saavat vapaat kädet. Tarpeen vaatiessa esitettiin luonnollisesti tarkentavia kysymyksiä tai ohjattiin keskustelua oikeille urille. Toisaalta tiedollista epätasapainoa vähensi se, että tutkimus liittyy osittain lääkäreiden asenteisiin ja käsityksiin yrittäjyydestä, mitä ei varsinaisesti voida pitää heidän erityisosaamisensa piiriin kuuluvana.

3.1.3 Kiire

Havaitsin, että niinkin yksinkertainen asia, kuin kiire vaikuttaa haastattelujen tuloksiin. Mikäli haastateltavat olivat liian kiireisiä haastatteluhetkellä, vastausten taso laski huomattavasti. Haastateltavat pyrkivät vain vastaamaan esitettyyn suoraan kysymykseen, mutta oma-aloitteinen pohdinta jäi hyvin vajavaiseksi. Näin ollen kiireessä tehtyjen haastattelujen tulokset jäivätkin muita suppeammiksi.

Vaikka tämä pätee varmasti minkä tahansa ammattikunnan edustajiin, havaitsin lääkäreiden kiireellisyydessä tietyn ominaispiirteen. Jostain ihmeellisestä syystä varsinkin lääkäreiden aikataulut laaditaan liian kireiksi ja potilasajat ovat kroonisesti myöhässä. Ongelma kertaantuu päivän edetessä jokaisen potilaan myötä ja tilanne on pahimmillaan iltapäivisin.

Olin varannut lääkäreiltä tunnin ajan heidän kalenteristaan johonkin kohtaa päivää, riippuen heidän aikatauluistaan. Havaitsin kuitenkin, että varsinkin iltapäivisin eräät lääkärit yrittivät tarkoituksellisesti kiristää haastattelun tahtia ja lopettaa haastattelun mahdollisimman lyhyeen, jotta he saisivat aikatauluun kiinni ja pääsisivät siten

aikaisemmin kotiin. Havaitinkin, että sain selkeästi parempia tuloksia haastatteluista, jotka pidin aamuisin ennen, kuin aikataulut ehtivät pettämään.

3.2 Päätelmät

Lääkärit ovat haasteellinen ammattiryhmä haastattelututkimuksen kohteeksi useistakin syistä. Arvioidessani haastattelujen sisältöä ja toteutusta tunnistin kolme pääasiallista seikkaa, jotka ainakin tulee ottaa huomioon tutkimusta suunnitellessa: profession vaikutuksen, tiedollisen epätasapainon ja kiireen. Tutkijan on pystyttävä ottamaan nämä seikat huomioon tehdessään tutkimustaan, jotta hän pystyisi analysoimaan haastattelujensa tuloksia pätevästi.

Toisaalta moniin näihin haasteisiin pystytään vastaamaan rakentamalla avoin ilmapiiri, jossa haastateltava voi luottaa haastattelijaan ja jossa molemmat kokevat tilanteen aidosti hyödylliseksi ja kehittäväksi. Luonnollisesti tämä on huomattavasti helpommin sanottu kuin tehty. Uskon kuitenkin, että haastattelijan avoimuus on ensiarvoisen tärkeää rakentavan ilmapiirin luomisessa. Mikäli haastateltava tietää tutkimuksen tavoitteet ja käyttötarkoitukset on hän uskoakseni huomattavasti todennäköisemmin valmis jakamaan tietojaan haastattelijalle. Tästä huolimatta monet olivat huolissaan haastattelujen käyttötarkoituksista ja halusivat esimerkiksi moneen kertaan varmistaa vastaustensa anonyymiuden.

Vaikka tässä luvussa onkin keskitytty lähinnä haasteisiin ja se on kirjoitettu suhteellisen negatiiviseen sävyyn, oli haastattelukierros kokonaisuutena positiivinen ja antoisa kokemus ja valtaosa haastateltavista oli avoimia ja pyrkivät aidosti edistämään tutkimuksen tekoa.

Koska franchise-järjestelmän luomisen ehdoton edellytys on se, että pystyy houkuttelemaan franchise-ottajia verkostonsa piiriin, keskittyy neljäs luku potentiaalisten franchise-ottajien tarpeiden määrittelyyn ja analysointiin. Tämän jälkeen viidennessä luvussa esitellään malli, jonka tarkoituksena on samanaikaisesti kyetä vastaamaan franchise-ottajien tarpeisiin, jotta he voivat tarjota asiakkailleen laadukasta ja kokonaisvaltaista palvelua.

4 Potentiaalisten franchise-ottajien tarpeet

Pystyäkseen houkuttelemaan franchise-ottajia verkostoonsa, franchise-antajan on kyettävä tunnistamaan yrittäjäksi ryhtyvien tarpeet ja myös vastaamaan heidän tarpeisiinsa. Koska franchise-järjestelmään liittymisestä peritään maksua ja lisäksi franchise-antaja on tyypillisesti oikeutettu osuuteen verkostonsa jäsenten liikevaihdosta, potentiaalisten franchise-ottajien on koettava, että he saavat verkostosta vastinetta rahoilleen. Heidän on siksi oletettava, että franchising-toiminnan tuottama lisä heidän liikevoittoonsa on suurempi kuin verkoston kulut. Tämä on erityisen tärkeää, koska tyypillisissä franchising-verkostoissa maksut on nimenomaisesti sidottuna yksiköiden liikevaihtoon eikä heidän tuottamaan voittoon. Tämän luvun tarkoituksena on pyrkiä tunnistamaan potentiaalisten franchise-ottajien tarpeita perustuen kesällä 2009 tehtyihin haastatteluihin.

Osa tarpeista on itse asiassa itsestään selviä ja myös haastattelututkimuksen tulokset tukivat alustavia tutkimushypoteeseja. Tietyt teemat, kuten synergiaetujen etsiminen erilaisten tukitoimintojen yhdistämisestä ja keskittämisestä tuli ilmi jokaisessa haastattelussa. Toisaalta esimerkiksi franchise-antajan roolista yrittäjälähtöisten yksiköiden taloudellisena tukijana oli erilaisia mielipiteitä.

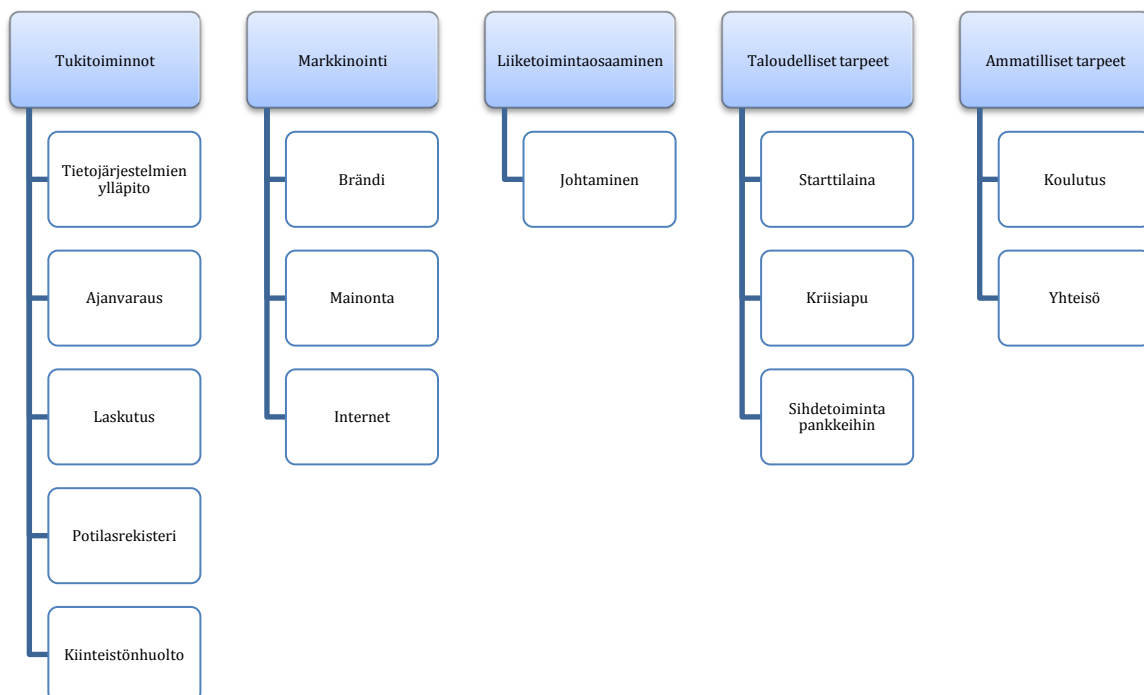
Erittäin haastavaa oli saada mielipiteitä mahdollisista ammatillisista haasteista, joita lääkärit voisivat kokea yksityisyrittäjänä, ja miten franchise-antaja voisi toimia parantaakseen heidän tilannettaan.

Kokonaisuutena voisi todeta, että haastatteluissa esille tulleet haasteet ja huolenaiheet ovat pääasiassa tyypillisiä henkilöille, jotka pohtivat yksityisyrittäjiksi

ryhtymistä. Ne liittyvät pääasiassa yrittäjien ensisijaisen osaamisalueen ulkopuolelle, kuten hallintoon ja markkinointiin, joten hyvin toimiva franchise-järjestelmä olisi omiaan vastaamaan suurimpaan osaan niistä.

Haastatteluissa esiin tulleet mahdolliset tarpeet voidaan tyypitellä viiteen eri ryhmään:

- Tukitoiminnot
- Markkinointi
- Liiketoimintaosaaminen
- Taloudelliset tarpeet
- Ammatilliset tarpeet



Kuva 1 Potentiaalisten franchise-ottajien tarpeet

Seuraavissa alaluvuissa käydään yksityiskohtaisemmin läpi eri tarvekategorioiden sisältöjä ja haastatteluissa ilmenneitä perusteluja.

4.1 Tukitoiminnot

Terveyspalveluiden tuottajat joutuvat, erityisesti toimiessaan yrittäjinä, varsinaisen työnsä ohella huolehtimaan lukuisten tukitoimintojen hoitamisesta joko itse tai ostotyönä. Haastateltavat kokivatkin, että yksityisyrittäjänä toimiessa työpäivästä kuluu liian suuri osuus toisarvoisten ja tuottamattomien tehtävien hoitamiseen. Esimerkiksi lääkärit saavat palkkaa vain, kun he hoitavat potilaitaan, eivät kun he esimerkiksi hoitavat ajanvarausjärjestelmäänsä.

Pienessä toimipisteessä ei kuitenkaan välttämättä ole kannattavaa palkata henkilökuntaa hoitamaan rutiinitöitä, koska tehtäviä ei ole riittävästi täyspäiväisen henkilön palkkaamiseen. Osa-aikaisen henkilökunnan palkkaaminen koettiin myös ongelmalliseksi, koska tällöin apua ei olisi välttämättä saatavissa tarvittaessa. Tämä problematiikka voikin olla merkittävä syy pienten lääkäriyritysten vähäiseen määrään Suomessa.

Haastattelujen perusteella pienilläkin lääkäriasemilla on useita erilaisia tukitoimintoja, joiden koordinoinnilla franchise-järjestelmän kautta voitaisiin saavuttaa merkittäviä kustannussäästöjä. Osa haastateltavista jopa piti tukitoimintojen yhdistämisestä saatavia synergiaetuja franchisejärjestelmän tärkeimpänä etuna. Yleisimmät haastatteluissa esiinnousseet tukitoiminnot ovat:

- Tietojärjestelmien ylläpito
- Ajanvaraus
- Laskutus
- Potilasrekisteri
- Siivous

Terveyspalveluiden tuottamiseen liittyy kiinteästi tarve käsitellä suurta määrää tietoa. Potilaisiin saattaa liittyä valtava määrä tietoa, kuten sairaskertomuksia, röntgen-kuvia ja lausuntoja, joiden tuntemus voi olla kriittisessä roolissa diagnoosin tekovaiheessa. Nykyisellään potilasrekisterit ovat kuitenkin hajallaan useissa eri yksiköissä, jotka ovat hoitaneet potilasta vuosien varrella.

Toimiva ja hyvin hoidettu tietojärjestelmä koettiin mahdolliseksi ratkaisuksi moniin yksityisyrittämiseen liittyviin haasteisiin. Ajanvarauksen, potilasrekisterin ja laskutuksen kokoaminen yhdeksi potilashallintajärjestelmäksi vähentää huomattavasti toimintojen vaativaa manuaalista työtä.

Monimutkaiset järjestelmät koettiin kuitenkin usein kalliiksi ja erityistä ammattitaitoa vaativiksi ja siten itsenäiseksi ongelmalähteeksi. Myös erilaisten markkinoilla olevien järjestelmien vertaileminen ja kilpailuttaminen koettiin liian aikaa vieväksi ja erityistä tietotaitoa vaativaksi projektiksi, että totutuissa menetelmissä pysyttelemistä pidettiin pienempänä pahana. Tämän takia olisi mielestäni luontevaa koota kaikkien yksiköiden tietojen hallinta yhdeksi kokonaisuudeksi, ja siten jakaa sekä järjestelmän hankinta- että käyttökustannukset kaikkien käyttäjien kesken.

Lisäksi osa haastateltavista uskoi, että franchise-ketju pystyisi suurempana toimijana neuvottelemaan ja solmimaan edullisempia sopimuksia esimerkiksi siivous- ja huoltoyhtiöiden kanssa. Vaikka tämän kaltaiset yksityiskohdat saattavatkin vaikuttaa triviaaleilta, haastateltavat uskoivat, että niillä saatetaan saavuttaa koko järjestelmän mittakaavassa merkittäviä säästöjä.

4.2 Markkinointi

Edellytyksenä kannattavalle liiketoiminnalle on terveyspalveluyrityksissä riittävä ja erityisesti tasainen asiakasvirta. Toiminnan luonteen vuoksi asiakkaita on kohdeltava yksilöinä ja hoidettava yksilöllisesti, joten lääkärit pystyvät pääsääntöisesti ottamaan vain yhden potilaan kerrallaan. Näin ollen asiakaskäyntimäärät eivät tietyllä aikavälillä voi joutaa merkittävästi ylöspäin, joten esimerkiksi flunssakauden kysyntäpiikki ei välttämättä näy vastaavassa määrin asiakaskäyntien määrän kasvuna.

Asiakasvirran hankinnan kannalta onnistunut markkinointi on ensiarvoisen tärkeää pienelle yritykselle. Markkinointi on kuitenkin kallista ja haastattelujen perusteella vastaajat kokivat haastavaksi arvioida, miten markkinointiin käytettävät panostukset tulisi kohdentaa ja toisaalta miten markkinoinnin vaikutusta pystyttäisiin konkreettisesti mittaamaan.

Yksityisille terveyspalveluita tarjoaville yrityksille vakuutusyhtiöiden heille ohjaamat potilaat ovat merkittävä asiakasvirran lähde. Haastateltavat kokivat kuitenkin yhteistyösopimusten solmimisen vakuutusyhtiöiden ja pienten lääkäripalveluyksiköiden välillä erittäin haastavaksi, koska valitessaan yhteistyökumppaneitaan vakuutusyhtiöt preferoivat suurempia ja vakiintuneempia toimijoita. Syynä tähän on muun muassa suurten yritysten tarjoama laajempi palveluportfolio.

4.2.1 Brändi

Suomen yksityisillä terveyspalvelumarkkinoilla on useita voimakkaita brändejä, kuten Mehiläinen, Suomen Terveystalo ja Diacor. Yksittäisten toimijoiden onkin haastavaa ensinnäkin näyttäytyä uskottavina palveluntarjoajina suurten toimijoiden rinnalla ja

toisekseen erottua edukseen pienten toimijoiden suuresta massasta. Haastatteluissa merkittävimmäksi erottautumiskeinoksi nousi tarve pyrkiä luomaan tunnistettava brändi.

Brändin luominen ja hallinta ovat kuitenkin erittäin haastavaa pienelle toimijalle. Tunnistettavuuden luomiseksi brändin pitää olla riittävän usein kuluttajien nähtävillä ja heidän täytyy kyetä esimerkiksi assosioimaan tuotemerkki oikeaan palveluun.

4.2.2 Internet

Internetiä pidettiin haastateltavien keskuudessa yleisesti yhtenä tärkeimmistä markkinointikanavista. Haastateltavat kuitenkin myönsivät, että heidän asiantuntemuksensa ja aikansa ei riitä varmistamaan, että yritys pystyy saavuttamaan maksimaalisen hyödyn erilaisista Internetin näkyvyysratkaisuista. Internet-markkinointi vaatii myös näennäisestä helppoudestaan huolimatta merkittävää ammattitaitoa ja yksittäiset toimijat kokivat, että heillä ei ole varaa palkata alansa huippuammattilaisia suunnittelemaan sivustojaan, vaan he ovat joutuneet tyytymään halvempiin palveluihin, joitten toiminnallisuus ja toimivuus ovat olleet kyseenalaisia.

4.3 Liiketoimintaosaaminen

Tutkimusta tehtäessä selvisi, että haastateltavien tietämys yritystoiminnasta oli usein vajavaista. He, jotka olivat joutuneet perehtymään asiaan tarkemmin esimerkiksi perustaessaan omaa yritystään, kokivat liiketoiminnan lainalaisuuksien opiskelun työlääksi. Lisäksi tiedon luotettavuuden varmentaminen koettiin haastavaksi. Myös huijausten uhriksi joutumista pidettiin todellisena uhkana, kun toimitaan oman erikoisosaamisalueen ulkopuolella.

“Ehdottomasti siinä on haastetta, koska täs lääkärin hommassa me ollaan tämmöisiä helkkarin tiukkapipoja ja meillä on aika lailla rajoittunut tietämys esim. yhtiöistä ylipäätänsä. Tää on ollu mun mielestäni hyvä oppi, mä oon oppinu paljon osakeyhtiöstä. Siinä on tiettyjä haasteita kun sitä rupeet toteuttaan tällasta asiaa, ni huomaa et sun pitää itse ottaa niistä kaikista selvää. Sä oot niinku tavallaan omillaan ja jos sä luotat siihen että sä otat jonkun ulkopuoliseen, niin siinä sua helposti vedätetään, kun et tunne asioita. Jos sä haluat oikeesti tietää, haluat olla ajan tasalla, joudut aika paljon lukemaan ja perehtymään ja siinä on aika paljon haastetta. ”

4.4 Rahoitus

Haastateltavien suhtautumisessa franchise-järjestelmän rooliin yrittäjävetoisten yksiköiden rahoittajana ei ollut havaittavissa selkeää linjaa. Potentiaaliset taloudellisen avustamisen muodot voidaan jakaa kolmeen osaan:

Koettiin, että esimerkiksi järjestelmän sisäiset lainajärjestelyt aloittelevien yrittäjien avustamiseksi voisivat auttaa houkuttelemaan yrittäjiä verkostoon. Sisäiset lainajärjestelyt mahdollistaisivat myös vanhoille osakkaille pääomatulojen hankkimisen.

4.5 Ammatillinen kehittyminen

Eräät yrittäjinä toimivat haastatellut lääkärit mainitsivat, että yksityisyrittäjänä lääkärin on haastavampaa pitää itsensä ajan tasalla lääketieteen viimeisimmistä kehitysaskeleista, kun heidän kollegoidensa, jotka toimivat sairaaloissa. Tämä johtuu yksinkertaisesti vähentyneestä kontaktista muihin lääketieteen harjoittajiin.

Haastatteluissa ilmenikin, että yrittäjät toivoivat franchise-antajan pystyvän fasilitoimaan heille mahdollisuuksia kehittää ammattitaitoaan.

”On tärkeää, et sulla on mahdollisuus myös pysyä ajan tasalla eli, että sulla on mahdollisuus kouluttautua. Se ei tarkoita sitä, et on koko ajan koulussa vaan sitä, että jollain tavalla sulla on mahdollisuus saada informaatiota, miten ala kehittyy ja onko siitä hyötyä meille. Olettaen et sulla ois kontaktit, nykyään aika paljon netin kautta keskusteluja myös lääketieteellisellä puolella, missä sä voit mennä nettipalaveriin ja kuulla sieltä nyt mikä on uutta. Ei se siis tarkoita, et sun pitäis lähteä jonnekin reissuun tai mennä kauas. Mut silloin sul on niinku semmonen tunne ainakin, että tän systeemin sisällä niinku pääyksikkö antaa sulle mahdollisuuden saada sitä uutta tietoa.”

Esimerkiksi Internet tarjoaa lähes rajattomat mahdollisuudet tiedonhankintaan, mikäli verkoston jäsenille vain taataan pääsy tietopankkeihin ja nettiyhteisöihin.

5 Organisointimalli

Tämän alaluvun tarkoituksena on esitellä tutkimuksen tuloksena luotu organisointimalli franchisejärjestelmälle. Mallin perustavana ajatuksena on ollut luoda pienten ja keskisuurten toimijoiden muodostama verkosto, joka pystyy tarjoamaan laajan kirjon laadukkaita terveyspalveluja sekä yksityisille että yhteisöasiakkaille. Lähtökohtina mallin luomiselle ovat olleet potentiaalisten franchise-ottajien tarpeet, joita on pyritty selvittämään haastattelemalla terveydenhuoltoalan ammattilaisia.

Mallin on tarkoitus olla selvitys mahdollisesta tulevaisuudentilasta eikä niinkään ehdoton kannanotto siitä, miten asiat tulisi järjestää. Tarkasteltaessa kriittisesti seuraavaksi esiteltävää organisointimallia tulee ottaa huomioon, että se perustuu osittain hypoteettisiin näkemyksiin, joita on esittänyt rajallinen otanta haastateltavia. Näin ollen malli ei todennäköisesti pysty vastaamaan kaikkiin reaali maailmassa esiintyviin haasteisiin.

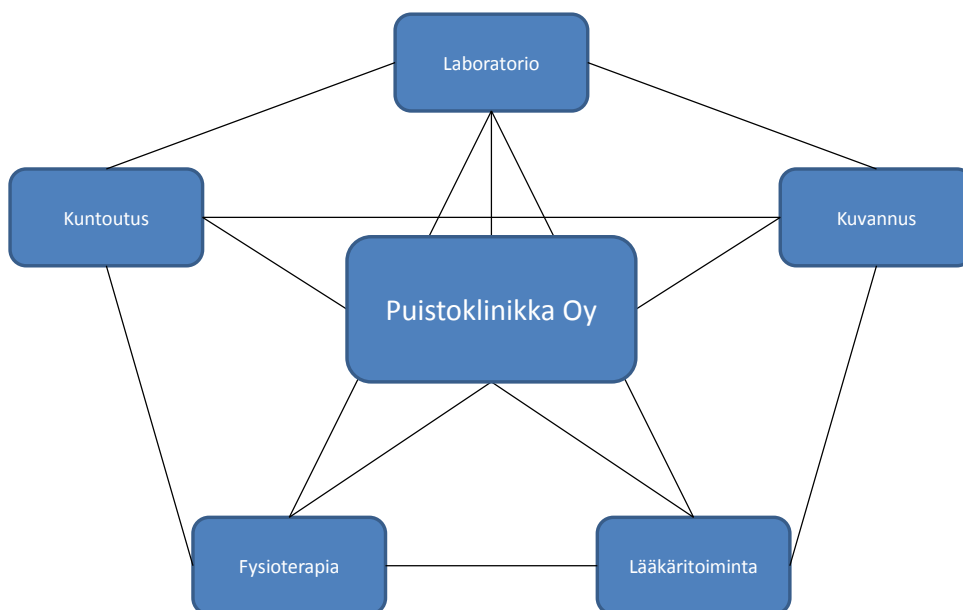
5.1 Verkosto

Tutkimuksen tavoitteena on ollut luoda franchise-järjestelmä, jossa pienet yrittäjävetoiset yksiköt pystyisivät yhteistyössä muodostamaan kattavan terveyspalveluverkoston. Verkoston tehtävänä olisi pystyä huolehtimaan asiakkaidensa hyvinvoinnista kokonaisvaltaisesti ja laadukkaasti potilaan kokohoitokaaren ajan aina diagnosoinnista kuntoutukseen.

Verkosto toimii franchising-periaatteella, eli yrittäjävetoiset yksiköt maksavat verkostoon liittymisestä ja lisäksi franchise-antaja on oikeutettu ennalta määriteltyyn osuuteen franchise-ottajien liikevaihdosta. Kysymys ei kuitenkaan ole aivan

perinteisestä franchisingistä, koska yrittäjävetoisista yksiköistä ei pyritäkään muodostaa identtisiä vaan niiden on tarkoitus keskittyä omaan erikoisosaamisalueeseensa ja siten täydentää osaltaan verkoston palveluportfoliota.

Verkoston keskustan, eli franchise-antajan, funktio on kaksijakoinen. Toisaalta se on lääkärikeskus ja toimii siinä roolissaan samoin kuin franchise-ottajan asemassa toimiva lääkäriasema. Keskuksen toinen, kokonaisuuden kannalta tärkeämpi, tehtävä on kuitenkin toimia fasilitaattorina koko franchise-järjestelmälle ja huolehtia kokonaisuuden toimivuudesta.



Kuva 2 Franchise-järjestelmä

5.2 Muodostaminen

Verkoston luominen on luonnollisesti kriittinen vaihe franchise-järjestelmän muodostamisessa. Franchise-ottajien valinta määrittelee verkoston palveluportfolion laajuuden ja sen maantieteellisen jakauman. Näin ollen franchise-ottajien valintaan on kiinnitettävä erityistä huomiota.

E erityisen haastavana haastateltavat pitivät lääkäreiden saamista verkostoon mukaan, koska Suomessa on ollut perinteisempää toimia yksityisen puolen lääkärinä yksityispraktiikan sijasta joko toiminimellä lääkärikeskuksissa tai työntekijänä yksityisissä sairaaloissa.

”Mä uskosin, että fysioterapiapaikkoja on helpompi saada, liittyyin tämmöiseen toimintaan, varsinkin, et siitä on niin ku niit on enemmän olemas. Mä näkisin sen paljon helpompana toteuttaa ku sitten nää lääkäriputiikit.”

Verkoston luomisen ensimmäinen vaihe voisikin olla fysioterapia- ja kuntoutusverkoston luominen Keski-Suomen alueelle. Tällöin Jyväskylässä esimerkiksi leikkaushoidossa olleet potilaan voisivat käydä kuntoutuksessa omalla kotipaikkakunnallaan, mikä oletettavasti parantaisi huomattavasti asiakastytyväisyyttä.

Laajentunut verkosto toisi myös Puistoklinikalle tunnettavuutta, mikä toimisi markkinointikeinona niin asiakkaiden kuin potentiaalisten franchise-ottajien suuntaan.

Vaikka franchise-järjestelmä ei voi toimia ilman yrittäjävetoisia yksiköitä, täytyy franchise-antajan pystyä seulomaan potentiaalisten franchise-ottajien joukosta ne, jotka pystyvät aidosti vahvistamaan verkostoa kokonaisuutena. Luvussa 2.x.x on

käsitelty tarkemmin franchise-ottajien valintaan liittyviä näkökulmia ja työkaluja aiemman tutkimuksen valossa.

5.2.1 Maantieteellinen hajautus

Verkoston keskusyksikkönä toimii Jyväskylässä sijaitseva Puistoklinikka Oy. Verkoston maantieteelliseen hajauttamiseen Jyväskylän ulkopuolelle on kaksi syytä: 1) yrittäjävetoisten yksiköiden elinvoimaisuuden varmistaminen ja 2) asiakaspalvelun parantaminen.

Yrittäjävetoisten yksiköiden menestymismahdollisuuksien parantamiseksi franchise-antajan on pyrittävä varmistamaan heille riittävä asiakaspohja. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että yrittäjävetoisten yksiköiden määrä tietyllä alueella pitää olla suhteessa alueen potentiaalisten asiakkaiden määrään. Optimitapauksessa yksiköt toimisivat täydellä kapasiteetillaan ja silti kaikkia halukkaita pystyttäisiin palvelemaan viivytyksettä. (Kalnins 2004). Käytännön tasolla tämä vaatii franchise-antajalta perehtymistä alueiden kilpailutilanteisiin ja demografioihin. Vaikka franchise-antajan lyhytaikaisen edun mukaista voisikin olla kerätä mm. liittymismaksut kaikilta halukkailta franchise-ottajilta (Kalnins 2004), ei tämä todennäköisesti olisi pitkällä tähtäimellä toimiva strategia, koska se voisi aiheuttaa huomattavia imago tappioita sekä asiakkaiden että franchise-ottajien silmissä.

Verkoston maantieteellinen hajautus myös mahdollistaa asiakkaiden hoitamisen lähellä heidän kotejaan ja toimii siten markkinointikeinona kuluttajien suuntaan. Esimerkkitapauksessa asiakas voisi käydä yleislääkärin vastaanotolla kotikunnassaan, saada leikkaushoitoa Jyväskylässä ja palata taas kuntoutustaan varten kotiinsa. Tällöin asiakas joutuisi matkustamaan huomattavasti vähemmän, kuin mikäli

palvelutarjonta olisi järjestetty keskitetyllä ratkaisulla ja asiakas kokee toiminnan todennäköisesti tehokkaampana. Tämä voi myös olla merkittävä markkinointikeino erityisesti Jyväskylän ympärykuntien asukkaille.

5.3 Hallinnointi

Franchise-antajan tehtävänä on huolehtia siitä, että verkosto toimii odotetulla tavalla ja että sen jäsenillä on mahdollisuudet menestyä.

Keskuksen on myös kyettävä koordinoimaan potilaan hoitoa kokonaisuutena, kun hän liikkuu verkoston osasta toiseen.

”Siitä vois olla hyötyä että pystytään vielä tehostamaan sitä [prosessia], koska meillä on tässä varmaan pyrkimyskin se, että potilasta ei vain leikata meillä, vaan on joku, joka tutkii ensin, joka leikkaa ja joka sitten kuntouttaa. Se potilas on pitkä ketju ja se pitää saada toimimaan niin hyvin, ettei meidän tarvi arvailla kuka tän nyt sitten hoitaa”

5.3.1 Johtaminen

Lääkärikeskusten ja sairaaloiden johtamisratkaisut ovat olleet jo pitkään kiivaan keskustelun kohteena. Esimerkiksi Suomen Lääkärilehti uutisoi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin johtamisuudistuksesta otsikolla: *”Lääkärit syrjäytetään päätöksenteosta HUS:ssa.”* Yleisesti ottaen varsinkin mediassa käytyä keskustelua voi luonnehtia hyvin arvolatautuneeksi ja objektiiviset faktat ovat ajoittain jääneet sivurooliin.

Periaatteessa mahdolliset johtamisratkaisut voidaan jakaa kolmeen päätyyppiin: täyspäiväiseen lääkärijohtajaan, lääkärintyön ohella toimivaan lääkärijohtajaan ja

profession ulkopuoliseen ammattijohtajaan. Haastateltavien suhtautuminen verkoston johtamiseen ja johtajavalintoihin oli odotetusti kaksijakoinen: osan mielestä ainoastaan lääkäreillä voi olla osaamista kyseisen kaltaisiin tehtäviin, kun taas toisten mielestä profession ulkopuolinen ammattijohtaja olisi välttämätön edellytys verkoston menestykselle. Tämä oli myös kysymys, joka herätti osassa haastateltavia tunteita ja he olivat valmiita ilmaisemaan mielipiteen kärkevästikin:

”Ei kenestäkään lääkäristä ei oo johtajaksi!”

”En mä näe, että siitä olisi hyötyä, että siinä olisi sellainen ammattijohtaja, keskusjohtaja. Mä en tiedä, mikä se etu siinä olis.”

Alaluvussa 2.7. on käsitelty laajemmin lääkärijohtajuutta akateemisesta näkökulmasta, joten tässä vaiheessa keskitytään nimenomaisesti siihen, miten johtajavalinnat voisivat vastata neljännessä luvussa esiteltyihin potentiaalisten franchise-ottajien tarpeisiin. On kuitenkin syytä huomata, että tässä luvussa johtamisella tarkoitetaan nimenomaisesti liiketoiminnan johtamista eikä varsinaiseen lääketieteelliseen toimintaan vaikuttamisesta.

Luvussa 4 käsiteltiin potentiaalisten franchise-ottajien tarpeita. Vaikka tarve ulkopuoliseen johtajaan ei tullut eksplisiittisesti esille kuin yhdessä haastattelussa, perusteita löytyy kuitenkin sille, että ammattitaitoinen johtaja on edellytys monien muiden tarpeiden täyttämiseksi. Lääketieteen harjoittajille johtaminen voidaan lukea tukitoiminnoksi aivan samoin kuin esimerkiksi IT-tuki.

5.3.2 Laadunvalvonta

Laadunvalvonta on erittäin tärkeää franchising-toiminnassa, koska kaikki yksiköt toimivat saman brändin alla ja näin ollen yksittäisen yksikön toiminta voi pilata pahimmassa tapauksessa koko franchise-järjestelmän maineen. Tämän merkitys korostuu toimittaessa rajatulla alueella, kuten tässä tapauksessa Jyväskylän lähiseuduilla. Uutiset leviävät alueellisesti nopeasti ja yrityksellä ei ole varaa menettää mainettaan edes tilapäisesti pääasiallisella markkina-alueellaan. Haastateltavat korostivatkin verkostoon mukaan otettavien yrittäjien maineen merkitystä koko verkostolle. Näin ollen franchise-ottajien huolellisen valinnan voisi todeta olevan järjestelmän laadunvalvonnan ensimmäinen vaihe.

”No on se fysioterapia- tai lääkäripuoli, niin kun tää Keski-Suomen alue on kuitenkin sen verran pieni, niin täällä kaikki tietää, kenellä on minkäkinlainen maine. Ei me voida tähän esimerkiksi Xxxx Xxxxx ottaa millään sen takia, koska hänellä on joka puolella sellainen puoskarin maine.”

Laadunvalvonnan lähtökohtana on luonnollisesti yrittäjävetoisten yksiköiden suorittama omavalvonta, joten laadunvalvonnan ensimmäinen ja mahdollisesti jopa tärkein vaihe on franchising-ottajien valinta. Yrittäjien on sitouduttava harjoittamaan toimintaansa vallitsevan lainsäädännön ja franchise-järjestelmän standardien mukaisesti. Omavalvonnan tärkeys korostuu toimittaessa lääkäreiden kanssa, koska he ovat usein erittäin tarkkoja lääketieteellisestä autonomiastaan (Mahmood 2001), eivätkä todennäköisesti suhtaudu positiivisesti ulkopuoliseen valvontaan.

”En usko että tämmönen ammatinharjoittajana tai yksityisyrittäjänä toimiva lääkäri suostuis kuitenkaan ottamaan ihan siihen varsinaiseen toimintaansa

substanssiin liittyvää ohjausta ja semmosta nyt ei tietenkään voi muu kuin lääkäritaustainen johtaja antaa.”

Franchise-järjestelmän on kuitenkin kyettävä varaamaan itselleen mahdollisuus myös puuttua verkostoon kuuluvien lääkäreiden toiminnan substanssiin, mikäli olosuhteet niin vaativat. Mikäli franchise-järjestelmän johdossa on ei-lääketieteellinen ammattijohtaja, hän ei kuitenkaan ole oikea henkilö puuttumaan franchise-ottajien kliniseen toimintaan.

Tätä varten franchise-antajan on luotava lääketieteellinen johto, jolla on tarvittava asiantuntemus ja auktoriteetti kommentoida annettavan hoidon lääketieteellistä tasoa. Yrittäjävetoisten yksiköiden silmissä lääketieteellisen johtoryhmän uskottavuutta voisi parantaa se, että ryhmässä olisi sekä franchise-antajan että ottajien edustajia.

”Tällä brandilla täytyy olla tällöinen laatu järjestelmä jossa selkeästi todetaan se menettely jolla nämä satelliitit pysyvät ajan tasalla tai sanotaan että siellä koulutustaso pysyy riittävänä tai ylipäänsä sen rekrytoitavan henkilön lähtökoulutustaso on riittävä tai ammatillinen osaaminen on riittävä. Ja seki on kuitenkin tällöinen seurannan varassa oleva asia. Sitä kontrolloidaan ja katotaan että tällöiset sovitut laadun ylläpitämiseksi ajateltu standardit, vaikkapa joku täydennyskoulutuksen määrä ja laatu, ne toteutuu.”

5.4 Yksiköiden keskinäinen vuorovaikutus

Mallin toimivuuden kannalta keskeisin yksittäinen elementti on verkoston osien vuorovaikutussuhteiden toimivuus. Hyvillä vuorovaikutussuhteilla pyritään varmistamaan sekä potilaan saaman hoidon laadun maksimoiminen että luomaan toimintaedellytyksiä verkoston jäsenille. Tämän lisäksi franchise-ottajat toimivat markkinointikanavina toisilleen.

Toimivassa yhteistyöjärjestelmässä verkoston toimijat pystyvät tehokkaasti hyödyntämään toistensa asiantuntemusta potilaiden hoidossa, ilman, että potilasta täytyisi tarpeettomasti pakottaa kiertämään useilla eri lääkärin vastaanotoilla, vaan konsultaatio voisi tapahtua esimerkiksi yhteisten tietojärjestelmien kautta. Esimerkin omaisesti röntgenlääkärin ei tarvitse nähdä potilasta fyysisesti pystyäkseen tulkitsemaan hänestä otettua röntgenkuvaa.

”Sit se ei vaadi niinkään fyysistä läsnäoloa näiltä muitten alojen asiantuntijoilta, kunhan vaan tiedot siirtyy tehokkaasti.”

Laaja erilaisten palveluiden verkosto mahdollistaa kokonaisvaltaisen huolehtimisen asiakkaan hyvinvoinnista yhden yksittäisen brändin alla. Tämä ei olisi mahdollista, mikäli yrittäjävetoiset yksiköt toimisivat puhtaasti yksityisyrittäjinä.

Tavoitteena on, että verkosto itsessään toimii osiensa merkittävimpana markkinointikanavana. Tämä tarkoittaa sitä, että verkoston osat syöttävät asiakkaita toisilleen potilaiden tarpeiden mukaisesti. Käytännössä tämä voisi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että potilas, joka saapuu polvikivun takia lääkärikeskukseen, ohjataan ensin verkoston magneettikuvausyksikköön ja hoidon jälkeen kuntoutukseen verkostoon kuuluvalle fysioterapeutille potilaan omaan kotikaupunkiin.

Tällöin potilaan koko hoitokaaren aikaiset tulot jäisivät verkoston sisään ja verkoston useammat eri osat pystyisivät kasvattamaan kassavirtaansa.

6 Yhteenveto ja päätelmät

Tämän luvun tarkoituksena on nostaa esille tutkimuksen tärkeimpiä havaintoja sekä tulkita niitä. Lopuksi teen niiden perusteella johtopäätöksiä siitä, mitkä seikat ovat tämän tutkimuksen perusteella tärkeimpiä menestystekijöitä franchise-verkoston luomisessa terveyspalvelualalle. Tarkastelen myös yhteenvedon loppuosassa johtajan ja johtamisen merkitystä verkoston menestymiselle. Yhteenvedon ja päätelmien lähtökohtana ovat tutkimuksessa haastateltujen henkilöiden mielipiteet ja niissä ilmenneet ristiriidat.

Aluksi kerrataan ja kootaan yhteen haastateltavien merkittävimmät odotukset ja huolenaiheet verkostoon liittymisestä. Tämän jälkeen tarkastellaan haastateltujen näkemyksiä perinteisestä tavasta johtaa terveyspalveluyrityksiä eli lääkärijohtoisuudesta ja siihen liittyvisä haasteista. Lopuksi esitetään päätelmät siitä, millainen johtaja ja johtamismalli soveltuisi tutkimuksen kohteena olevan verkoston tarpeisiin.

Tutkimuksen tavoitteena oli haastattelujen avulla selvittää, millaisia odotuksia ja ajatuksia terveydenhoitoalan ammattilaisilla on franchising-toiminnasta ja millä edellytyksillä he kiinnostuisivat liittymään mukaan verkoston toimintaan. Koska ammattitaitoiset ja sitoutuneet yrittäjät ovat ehdoton edellytys menestykselle franchising-verkostolle, erityisesti alalla, joka luonteensa mukaisesti edellyttää toimijoilta itsenäistä päätöksentekoa ja laajaa ammattitaitoa.

Haastatellut kokivat, että merkittävimmät tarpeet, joihin franchise-antajan pitäisi pystyä vastaamaan, liittyivät erilaisiin tukitoimintoihin, kuten kirjanpito, markkinointi

ja ajanvaraustoiminta. Suurimmat huolenaiheet puolestaan liittyivät johtamiseen ja oman hoitotyön autonomian säilymiseen. Monet haastateltavista kokivat nimenomaan oman työn itsenäisyyden ja itsemääräämisoikeuden yhdeksi merkittävimmistä syistä ryhtyä yrittäjäksi.

Eryteisesti haastateltujen lääkäreiden vastauksissa korostui lääkärin oikeus tehdä hoitotyötään oman osaamisensa ja ammatitaitonsa avulla ilman ohjausta ylhäältä päin. Tätä asiaa on käsitelty tarkemmin alaluvussa 2.7.1. Koska potilaiden kunnollinen ja menestykseläs hoito vaatii heidän kohtelemistaan yksilöinä, standardien luominen varsinaiseen hoitotyöhön ei liene mielekäsä etenkään, kun esimerkiksi lainsäädäntö ja Lääkäriliiton eettinen ohjeisto antaa jo nyt selkeät raamit hoitotyön tekemiselle. Standardoinnin tulisikin liittyä erityisesti työn dokumentointiin ja tiedonsiirron varmistamiseen yksiköiden välillä sekä yhtenäisen ilmeen ja palvelukokonaisuuden luomiseen.

Kokonaisuutena haastattelujen tulokset voisi kiteyttää siten, että haastateltavat halusivat toimia verkostossa, joka antaa heille mahdollisimman suuren vapauden keskittyä varsinaiseen työhönsä ilman, että heidän täytyy työnsä ohella hoitaa erilaisia juoksevia ja rutiininomaisia asioita. Haastatellut olivat myös melko yksimielisiä, ja kirjallisuuslähteet tukevat tätä käsitystä, että heidän koulutuksensa ei anna valmiuksia yrittäjyyteen ja siihen liittyviin haasteisiin, kuten markkinointiin ja budjetointiin. Tästä huolimatta erilaiset yrittäjyyskurssit koettiin yleisesti liian aikaa vieviksi ja raskaiksi ratkaisuiksi, joten esimerkiksi edellä mainittujen asioiden hoito on useimmiten varsin amatöörimäisellä tasolla.

Lääkäriprofession ulkopuolisilla haastateltavilla oli hyvin selkeä käsitys lääkäreiden johtamis- ja erityisesti hallinnollisista kyvyistä. Heidän keskuudessaan oli hyvin selkeä toive siitä, että erityisesti organisaation kasvaessa suuremmaksi, johdosta vastaisi henkilö, jonka koulutus ja kokemus soveltuu tehtävään.

Tuki- ja johtamistoimintojen keskittämisestä on löydettävissä useita hyötyjä. Ensinnäkin lääketieteellinen henkilökunta pystyy keskittymään potilaiden hoitotyöhön, eli työhön, joka on paitsi heidän mielenkiintonsa kohde, myös ainut työ, joka tuottaa yritykselle positiivisia kassavirtoja. Toisekseen laajemmassa verkostossa toimiminen mahdollistaa omien alojensa ammattilaisten hankkimisen joko palkkaamalla heidät tai ostamalla heidän palveluitaan ulkopuolelta hoitamaan töitä, joihin varsinaisen henkilökunnan osaaminen tai taidot eivät riitä. Kolmanneksi verkostoituminen mahdollistaa huomattavia kustannussäästöjä verkoston jäsenille, koska esimerkiksi markkinointitoimiston kulut pystytään jakamaan kaikkien hyötyjien kesken.

Toisaalta kulujen jakaminen verkoston sisällä aiheutti myös huolta joissain vastaajissa, koska he pelkäsivät joutuvansa maksumiehiksi toimenpiteissä, joita he eivät koe tarpeellisiksi. Tämän vuoksi franchising-verkoston johdon pitää nauttia verkostonsa jäsenten luottamusta ja jäsenten on kyettävä uskomaan, että johdolla on selkeä näkemys verkoston visiosta ja strategiasta ja heidän toimet vievät kaikkia jäseniä mahdollisimman tehokkaasti kohti näitä päämääriä.

Eryityisesti pienissä yksiköissä toimivien lääkäreiden haastatteluissa tuli ilmi tietynlainen yhteisöllisyyden tarve. Esimerkiksi lääketieteen uusien saavutusten seuraaminen on koettu hankalammaksi pienissä praktiikoissa kuin

sairaalaympäristössä toimiessa, koska keskustelumahdollisuudet kollegoiden kanssa ovat rajatummalla pienemmissä yksiköissä. He toivoivatkin franchising-verkoston mahdollistavan avoimen keskustelufoorumin jäsenilleen. Toinen oman ammattitaidon kehittämiseen liittyvä toive kohdistui erilaisiin jatkokoulutautumismahdollisuuksiin. Haastatellut toivoivat verkoston tuovan heille tilaisuuksia osallistua erilaisiin koulutuksiin, joita järjestetään esimerkiksi sairaaloiden ja lääketeollisuuden yritysten toimesta. Franchising-verkoston pitäisikin toimia aktiivisena välittäjänä koulutusta järjestävien tahojen ja hoitohenkilökuntansa välillä.

Haastatellut pitivät myös merkittävänä hyötynä verkoston jäsenten mahdollisuutta ohjata potilaita toimijalta toiselle niin, että esimerkiksi yksi yksikkö tarjoaa lääkärintalut, toinen kuvantamispalvelut ja kolmas kuntoutuspalvelut. Tällöin yhden potilaan tuottamasta tulovirrasta mahdollisimman suuri osa jää verkoston jäsenille ja kaikki sen jäsenet hyötyvät. Tämä tuo myös merkittäviä hyötyjä potilaalle, koska verkoston jäsenet tuntevat toisensa ja heidän ammattitaitonsa ja näin ollen pystyvät suositteluun varmasti luotettavaa palveluntarjoajaa. Myös saumaton tiedonkulku verkoston sisällä helpottaa potilaan asemaa ja hänen ei tarvitse itse huolehtia siitä, että esimerkiksi kuntoutuksen järjestäjällä on kaikki olennainen tieto potilaan kuntoutuksen kannalta.

Käytännön tasolla kaikki edellä mainitut seikat kiteytyvät verkoston johtamismalliin ja erityisesti sen johtajaan. Lukuisat kirjalliset lähteet osoittavat, että lääkärit suhtautuvat hyvin epäilevästi "ammattijohtajiin", eli johtajiin, joilla ei ole lääketieteellistä koulutusta. Tätä tutkimusta varten tehdyt lääkäreiden haastattelut tukivat vahvasti tätä käsitystä. Haastatellut kokivat, että profession ulkopuolelta

tulevat johtajat eivät pysty käsittämään potilastyön luonnetta ja sitä, että tällä alalla on kysymys muustakin kuin pelkästä liiketoiminnasta ja että kaikkia tuloksia ei pystytä laskemaan euromääräisinä. He uskoivat, että menestyksekkäs johtaminen vaatii henkilökohtaista kokemusta potilaiden kanssa työskentelystä.

Useiden haastateltavien käyttämä termi ”maallikkojohtaja” kertoo melko hyvin heidän asennoitumisestaan professionsa ulkopuolelta tuleviin johtajiin. Käyttämällä tällaista termiä, lääkäri kohottaa itseään joko alitajuisesti tai tarkoituksella itsensä korkeampaan asemaan. Termillä ”maallikko” tarkoitetaan myös yleisesti henkilöä, jolla ei ole muodollista pätevyyttä toimia tehtävässään. (Kielitoimiston sanakirja, 2004).

Tämä on huomattavassa ristiriidassa sen kanssa, että sekä kirjallisuuden että haastattelujen perusteella lääkärit kokevat omien lähtökohtiensa ja valmiuksiensa johtamiseen ja erityisesti hallintoon olevan suhteellisen heikot. Lisäksi mielenkiinto itsensä kehittämiseen näillä alueilla oli pääsääntöisesti melko rajallista ja sitä pidettiin enimmäkseen välttämättömänä pahana.

Lääkäreiden odotukset ja toiveet franchising-verkoston liittyen keskittyivät kuitenkin nimenomaisesti liiketoimintapuolen hallinnointiin ja suunnitteluun sekä kustannussäästöjen hankkimiseen, kun taas potilaiden hoitoon liittyvään ohjaukseen suhtauduttiin hyvin karsaasti. Lienee siis ilmeistä, että liiketoimintaosaamisen hankinta franchising-verkoston on myös lääkäreiden mielestä ensiarvoisen tärkeää, mutta kyseisen asiantuntijan roolista verkostossa oltiin erimielisiä.

Haastateltavat eivät kuitenkaan kyenneet perustelemaan kovinkaan rationaalisesti ja yksilöidysti, mielipiteitään lääkäri- vai ammattijohtaja –ongelmaan ja vastauksissa

korostui erityisesti oman profession ja kliinisen autonomian puolustaminen ja pelko siitä, että profession ulkopuolinen johtaja vie heiltä heidän perinteiset oikeutensa.

Tarkasteltaessa puhtaasti haastateltujen esittämiä odotuksia franchise-verkostolle vaikuttaa ilmeiseltä, että ainut tehokas tapa johtaa verkostoa on johtaa sitä ammattimaisesti liikeyrityksenä. Tällöin vaatimuksena on johtaja, joka on valittu tehtäväänsä ensisijaisesti liiketoimintaosaamisensa perusteella. Tämä ei luonnollisesti sulje pois lääketieteellisesti koulutettuja henkilöitä, mutta lääkärikokemuksen ei tulisi olla edellytys rekrytoitavalle henkilölle.

Lääketieteellisesti kouluttamaton henkilö ei luonnollisestikaan pysty ottamaan kovinkaan laajasti kantaa varsinaiseen hoitotyöhön, joten hänen rinnallaan pitää toimia erillinen lääketieteellinen johtaja, jolla on valta puuttua myös lääkäreiden toimintaan hoitotilanteissa. Lääketieteellinen johtaja toimisi kuitenkin päätoimisesti lääkärinä ja sen takia hänen hallinnolliset velvollisuudet tulisi pitää mahdollisimman pieninä.

Erytyisesti kysyntä ja tarve franchise-verkostolle ovat olemassa pienten yrittäjävetoisten yksiköiden keskuudessa. Merkittävämmäksi haasteeksi muodostuu epäilemättä johtamisjärjestelmän muotoilu sellaiseksi, että se pystyy herättämään luottamusta franchise-ottajien keskuudessa ja olemaan samanaikaisesti tehokas ja tulosta tekevä järjestelmä. Pienessä tai keskisuuressa organisaatiossa tämä henkilöityy usein yhteen henkilöön, eli toimitusjohtajaan. Hänen pitää pystyä osoittamaan tarpeellisuutensa ympäristössä, jossa muut toimijat tulevat olemaan ainakin alkuvaiheessa skeptisiä hänen kompetenssinsa suhteen.

Lähdeluettelo

- Agha,S., Karim A. M., Balal, A. and Sosler, S. 2007: The impact of a reproductive health franchise on client satisfaction in rural Nepal, *Health Policy and Planning*
- Allen, D. 1995. Doctors in management or the revenge of the conquered – The role of management development for doctor, *Journal of Management in Medicine*, 9,4: 44-50
- Bamber, E., Iyer,V. 2002. Big 5 auditors' professional and organizational identification: Consistency or conflict, *Auditing*, 21,2: 21-38
- Bradach, J. 1997: Using Plural Form in the Management of Restaurant Chains, *Administrative Science Quarterly*, vol. 42, no. 2
- Brickley, J. & Dark, F. 1987: The Choice of Organizational Form: Case Franchising, *Journal of Financial Economics* 36
- Brown, W. 1998: Transaction costs, corporate hierarchies, and the theory of franchising, *Journal of Economics Behavior & Organization*, vol. 36
- Buchanan, D., Jordan, S., Preston, D. & Smith, A. 1997. Doctor in the process – The engagement of clinical directors in hospital management, *Journal of Management in Medicine* 11,3: 132-165
- Carney, M. & Gedajlovic, 1991: Vertical Integration in Franchise Systems: Agency Theory and Resource Explanations, *Strategic Management Journal* 12

Castrogiovanni, G., Combs, J. & Justis, R. 2006: Resource Scarcity and Agency Theory Predictions Concerning the Continued Use of Franchising in Multi-outlet Networks, *Journal of Small Business Management*, vol. 44, no. 1

Clark, J. & Armit, K. 2008. Attainment of competency in management and leadership: No longer an optional extra for doctors, *Clinical governance: An international journal*, 13,1: 35-42

Clarkin, J. & Swavely, S. 2006: The Importance of Personal Characteristics in Franchisee Selection, *Journal of Retailing and Consumer Services* 13

Combs, J. & Castrogiovanni, G. 1994: Franchisor Strategy: A Proposed Model and Empirical Test of Franchise Versus Company Ownership, *Journal of Small Business Management*, vol 32, no. 2

Combs, J. & Kitchens, D. 1999: Can Capital Scarcity Help Agency Theory Explain Franchising? Revisiting the Capital Scarcity Hypothesis, *The Academy of Management Journal*, vol. 42, no. 2

Corbridge, C. 1995. Pandora's Box: clinical directorates and the NHS, *Journal of Management in Medicine*, 9,6: 16-20

Curran, J. & Stanworth, J., 1983: Franchising in the Modern Economy-towards a Theoretical Understanding, *International Small Business Journal*, vol. 2 no. 8

Currie, G. & Brown, A. 2003. A narratological approach to understanding processes of organizing in a UK hospital, *Human Relations*, 56,5: 563-586

- Davies, S. 2006. Health services management education: why and what?, *Journal of Health Organization and Management* 20,4: 325-334
- Doolin, B. 2001. Doctors as managers – New public management in a New Zealand hospital, *Public Management Review* 3,2: 231-254
- Dopson, S. 1994. Management: The one disease consultants did not think existed, *Journal of management in Medicine* 8,5: 25-36
- Eisenhardt, K. 1989: Agency Theory: An Assessment and Review, *The academy of management Review*, vol. 14, no. 1
- Fitzsimmons, P. & White, T. 1997. Medicine and management: A conflict facing general practice, *Journal of management in Medicine* 11,3: 124-131
- Forbes, T., Hallier, J., & Kelly, L. 2004. Doctors as Managers: Investors and Reluctants an a Dual Role, *Health Services Management Research* 17: 167-176
- Fulop, C. & Forward, J. 1997: Insights into Franchising: A Review of Empirical Theoretical Perspectives, *Service Industries Journal*, vol. 17
- Honkanen, J.-P. 2008: Lääkärit syrjäytetään päätöksenteosta HUS:ssa, *Suomen Lääkärilehti*,
- Inma, C. 2005: Purposeful Franchising: Re-thinking of the Franchising Rationale, *Singapore Management Review*, vol. 27 no. 1
- Jambulingam, T. & Nevin, J. 1999: Influence of Franchisee Selection Criteria on Outcomes Desired by the Franchisor, *Journal of Business Venturing* 14

- Jennings, P., Beaver, G., 1997. The performance and competitive advantage of small firms: a management perspective. *International Small Business Journal*, vol. 15 no. 2
- Kalnins, A. 2004: An Empirical Analysis of Territorial Encroachment within Franchised and Company-Owned Branded Chains. *Marketing Science*, vol 23 no. 4
- Kaufmann, P.J., Lafontaine, F., 1994. Costs of control: the source of economic rents for McDonald's franchisees. *Journal of Law and Economics XXXVII*, (October)
- Klein, B. 1995: The Economics of Franchise Contracts, *Journal of Corporate Finance 2*
- Kotimaisten kielten tutkimuskeskus 2004: *Kielitoimiston sanakirja*. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 132
- Lafontaine, F., 1992: Agency Theory and Franchising: Some Empirical Results, *RAND Journal of Economic*, vol. 23, no. 2
- Llewellyn, S. 2001. "Two-way Windows": Clinicians as Medical Managers, *Organization Studies 22,4*: 593-623
- Lönroth, K., Aung, T., Maung, W., Kluge, H & Uplekar, M. 2007: Social franchising of TB care through private GPs in Myanmar: an assessment of treatment results, access, equity and financial protection, *Health Policy and Planning*
- Mahmood, K. 2001. Clinical governance and professional re-stratification in general practice, *Journal of Management in medicine*, 15,3: 242-252
- Martin, R. 1988: Franchising and Risk Management, *The American Economic Review*, vol. 78, no. 5

McHugh, M., Johnston, K. & McClelland, D. 2007. HRM and the Management of Clinicians within the NHS, *International Journal of Public Sector management* 20,4: 314-324

Morgan, P. & Ogbonna, E. 2008. Subcultural dynamics in transformation: A multi-perspective study of healthcare professionals, *Human Relations*, 61,1:39-65

Norton, S. 1988: An Empirical Look at Franchising as an Organizational Form, *The Journal of Business*, vol. 61, no. 2

Pekurinen, M. Mikkola, H. & Tuominen U. (toim.) 2008: Hoitotakuun talous - Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toimintaan ja sairausvakuutuskorvauksiin, *Stakesin raportteja 5*

Olm, K.W., Eddy, G.G., and Adaniya, A.R. 1988. Selecting franchisee prospects. *Society of Franchising Proceedings II*.

Oxenfeldt, A. & Kelly, A. 1969: Will Successful Franchise Systems Ultimately Become Wholly Owned Chains, *Journal of Retailing*, vol. 44 no. 4.

Shane, S. 1996: Hybrid Organizational Arrangements and Their Implications for Firm Growth and Survival: A Study of New Franchisors, *The Academy of Management Journal*, vol. 39, no. 1

Suviranta, O. 2006: Hoitotakuu ja viivästys terveystalouden järjestämisessä : yksityisen ja julkisen rajapintoja, *Lakimies 7-8*

Vuorenmaa, S. 2009: Puistoklinikka Oy:n markkinointisuunnitelma

Walker, R. & Morgan, P. 1996. Involving Doctors in Management – A Survey of the management Development Career Needs of Selected Doctors in NHS Wales, *Journal of Management in Medicine* 10,1: 31-52

Wattel, H. 1968–69. Are franchisors realistic and successful in their selection of franchisees?, *Journal of Retailing* 44(4)

West, M., Guthrie, J., Dawson, J., Borril, C., & Carter, M. 2006, *Journal of Organizational Behaviour*, 27:983-1002

Liite 1 Keskeiset käsitteet

Tässä osiossa esittelen tutkimukseni keskeisimmät käsitteet. franchising-käsitteiden ja niiden suomennosten pohjana olen käyttänyt Suomen franchising yhdistys ry:n määritelmiä suositeltavista franchising-termeistä

Franchise. Oikeutta, joka luovutetaan yritykseltä toiselle, kutsutaan termillä franchise. Oikeus luovutetaan ja se määritellään franchisesopimuksessa. Franchising syntyy määritelmällisesti franchisesopimuksen kautta, jossa oikeuden hallinnasta ja käytöstä on sopimussuhteen osapuolten välillä sovittu. Sana franchise viittaa siis oikeuteen, mutta myös sopimukseen sekä itse franchisingjärjestelyyn.

Franchise-antaja (franchisor). Yritystä, joka luovuttaa oikeuden liiketoimintakonseptin hyödyntämiseen toiselle yritykselle, kutsutaan franchise-antajaksi. Määritelmä kiinnittää huomion oikeuden omistamiseen ja hallintaan. Usein franchise-antaja on myös kehittänyt, käynnistänyt ja harjoittanut oikeuden kohteena olevaa liiketoimintaa.

Franchise-ottaja (franchisee). Yritystä, joka vastaanottaa oikeuden, kutsutaan franchise-ottajaksi. Franchise-ottaja on juridisesti ja taloudellisesti franchise-antajasta riippumaton yksikkö. Usein franchise-ottajayrityksen takana on luonnollinen henkilö, yrityksen kasvollinen perustaja ja omistaja-johtaja, franchiseyrittäjä. Hän on useimmiten mukana yrityksensä päivittäisessä toiminnassa ja on lisäksi franchisesopimuksen yrityksensä edustajana allekirjoittanut taho. Vaikka suuri osa franchise-ottajista on pieniä yrityksiä, on hyvä huomata ja tehdä ero franchise-ottajan ja franchiseyrittäjän välille. Franchise-ottaja on pääsääntöisesti aina juridinen

henkilö eli yritys (ei koske toiminimiä) ja voi täten olla jopa suurempi kuin franchise-antaja sekä toimia myös muilla aloilla kuin kyseinen franchiseketju.

Franchisejärjestelmä (franchise system). Franchise-antajan omistamien ja yrittäjävetoisten yksiköiden muodostamaan kokonaisuuteen viitataan termillä franchisejärjestelmä. Franchisejärjestelmän rinnalla käytetään usein arkisempia ilmaisuja ketju (chain) tai verkosto (network). Usein järjestelmä sisältää siis myös franchise-antajan omistamia yksiköitä ja vain harvoin kaikki yksiköt ovat yrittäjävetoisia. Kun osa yksiköistä on franchise-antajan omistamia, viitataan organisaatiorakenteeseen myös termillä kaksois- tai rinnakkaisjakelu (dual/plural distribution). Franchisejärjestelmän rinnalla käytetään usein arkisempia ilmaisuja ketju (chain) tai verkosto (network) tai (yrittäjävetoinen) jakelutie.

Monitoimipaikkayrittäjä (multi-unit franchisee) viittaa puolestaan franchise-ottajaan, joka omistaa ja johtaa nimissään useamman yksikön liiketoimintaa. Tällöin niistä kustakin on sovittu erillisellä sopimuksella.

Yrittäjävetoinen yksikkö (franchised unit). Franchise-ottajan omistamia ja johtamia yksiköitä tai toimipisteitä kutsutaan yrittäjävetoisiksi. Sana yksikkö viittaa yleisimmin liikkeeseen, myymälään tai toimipisteeseen. Huomioitavaa on, että jossain tapauksissa yksikkö voi olla liikkuva tai toimia franchise-ottajan kodista käsin.

Terveyspalvelu. Terveyspalveluilla tarkoitetaan tässä yhteydessä erilaisia länsimaiseen sairaanhoitoon liittyviä palveluita, jotka pyrkivät parantamaan potilaan hyvinvointia. Näiksi palveluiksi luetaan muun muassa erilaiset lääkäri-, fysioterapia-

ja kuvantamispalvelut. Kuvantamispalveluilla puolestaan tarkoitetaan esimerkiksi röntgen-, ultraääni- ja magneettikuvauspalveluita.