

Riikka Kankaanpää

# **ERIKOISSAIRAANHOIDON LAADUNHALLINTAJÄRJESTELMÄT SUOMESSA**

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Pro gradu -tutkielma  
Joulukuu 2019

# TIIVISTELMÄ

Riikka Kankaanpää: Erikoissairaanhoidon laadunhallintajärjestelmät Suomessa  
Pro gradu -tutkielma, 55 sivua  
Tampereen yliopisto  
Terveystieteet, Kansanterveystiede  
Ohjaaja: FT, yliopistonlehtori, dosentti Anne Konu  
Joulukuu 2019

---

Tämän pro gradu-tutkielman tarkoituksena on tarkastella miten Suomen sairaanhoitopiirit kuvaavat erikoissairaanhoidon laadunhallintaa, sekä tutkia onko erikoissairaanhoidon toimijoiden laadunhallinnassa yhtäläisyyksiä Common Assessment Framework-mallin (CAF) osa-alueisiin. CAF-malli on valittu teoreettiseksi viitekehikseksi tähän pro gradu tutkielmaan, sillä useat julkisen sektorin toimijat kuten Suomen valtiovarainministeriö, Kuntaliitto sekä Terveysten ja hyvinvoinnin laitos ovat kehittäneet ja edistäneet mallin käyttöä Suomessa.

Tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa laadunhallintaan liittyvistä ominaisuuksista ja elementeistä Suomen erikoissairaanhoidossa. Tutkimusmenetelminä käytettiin laadullista aineistolähtöistä sisällönanalyysiä sekä teorialähtöistä sisällönanalyysiä. Tutkimusaineisto kerättiin sähköisenä kyselynä e-lomakkeen avulla keväällä 2019. Sähköinen kysely lähetettiin kahdellekymmenelle Suomen sairaanhoitopiirille. Sähköisessä kyselyssä oli kuusi avointa kysymystä sekä yksi monivalintakysymys. Kyselyn lopussa vastaajalla oli mahdollisuus jättää liitetiedostona aineistoa tutkijalle. Tutkimusaineisto koostuu sairaanhoitopiirien vastauksista sähköiseen kyselyyn. Vastausprosentti sähköiseen kyselyyn oli 55. Sairaanhoitopiirien laadunhallintaan liittyvää verkkomateriaalia käytettiin myös aineistona analyysin viimeisessä vaiheessa.

Kahdeksan toimijaa yhdestätoista kertoi organisaatiollaan olevan käytössä laadunhallintajärjestelmä. Lähes kaikki toimijat nimesivät johtamisen osa-alueeksi, jota laadunhallintajärjestelmä ohjaa huomioimaan ja kehittämään organisaatiossa. Yksittäisinä osa-alueina esiin nousivat myös voimavarat, prosessien hallinta, arviointi, kehittäminen, vaikuttavuus, asiakastyytyväisyys, arvot, organisaation tavoitteet, resurssien käyttö, kompetenssi, työhyvinvointi, turvallisuusprosessit sekä tuottavuus, henkilöstö ja potilasturvallisuus. Laadunhallintajärjestelmien nähtiin parantavan laatua yli puolessa vastauksista. Toimijat kokivat muun muassa resurssien puutteen, jatkuvat muutokset, avainhenkilöiden sitoutumattomuuden sekä vertailukelpoisten mittareiden puutteet haasteeksi suhteessa laadunhallintaan.

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin jälkeen aineistoa tarkasteltiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä CAF-mallin avulla. Aineiston perusteella erikoissairaanhoidon toimijat pääsääntöisesti huomioivat tuloskeskeisyyden, asiakas- ja kansalaislähtöisyyden, johtajuuden ja johdonmukaisuuden, tosiasioihin perustuvan prosessijohtamisen, henkilöstön kehittämisen ja osallistamisen sekä jatkuvan oppimisen, uudistumisen, tavoitteiden saavuttamisen ja kehittymisen elementit. Kumppanuuksien kehittämisen sekä yhteiskuntavastuun ulottuvuudet näyttäytyivät vastauksissa vähäisinä, joten sairaanhoitopiirien verkkomateriaalia tarkasteltiin suhteessa näihin kahteen osa-alueeseen.

Suomen erikoissairaanhoidossa yleisimmät käytössä olevat laadunhallintajärjestelmät ovat ISO 9001-standardit ja SHQS-laatuohjelma. Tulosten perustella laadunhallinnan merkittävimpiä osa-alueita olivat johtaminen, voimavarat, prosessien hallinta, kehittäminen sekä esimiesten ja henkilöstön sitoutuminen ja resurssien turvaaminen. Sitoutumattomuus, jatkuvat muutokset sekä resurssien ja vertailukelpoisten mittareiden puute nähtiin haasteina laadunhallinnalle. Suomen sairaanhoitopiirit huomioivat Common Assessment Framework-mallin näkökulmasta etenkin johtajuuden, asiakaslähtöisyyden ja kehittämisen osa-alueet toiminnassaan. Avointen vastausten tulosten perusteella kumppanuuksien kehittämisen ja vaikutukset yhteiskuntaan osa-alueet näyttäytyivät heikoiten organisaatioiden toiminnassa, mutta sairaanhoitopiirien laadunhallintaan liittyvää verkkomateriaalia tarkasteltaessa ainakin puolet toimijoista huomioi molemmat osa-alueet toiminnassaan. Tulevaisuudessa terveydenhuollon laadunhallinnassa tulisi kiinnittää huomiota enemmän eri toimijoiden väliseen yhteistyöhön ja yhteiskunnalliseen vastuuseen, muutosjohtamiseen, resurssien turvaamiseen sekä vertailukelpoisten mittareiden kehittämiseen.

Avainsanat: laatu, erikoissairaanhoito, laadunhallinta, Common Assessment Framework

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

# ABSTRACT

Riikka Kankaanpää: Specialized care's quality management systems in Finland  
Master's thesis, 55 pages  
University of Tampere  
Health sciences, Public Health  
Supervisor: PhD, University lecturer, Docent Anne Konu  
December 2019

---

The purpose of this Master's thesis is to explore how Finnish hospital districts describe the quality management of specialized care, and to examine whether there are similarities between the quality management of specialized care and the Common Assessment Framework (CAF). The CAF model has been chosen as the theoretical framework for this Master's thesis, as several public sector actors such as the Finland Ministry of Finance, the Association of Finnish Local and Regional Authorities and Finnish institute for health and welfare have promoted the use of the CAF model in Finland.

The aim of this study is to increase awareness of the features and elements related to the quality management in specialized care in Finland. The research methods used in this study were qualitative data- and theory-based content analysis. The research data was collected using an e-survey questionnaire. The questionnaire was sent to twenty different hospital districts in Finland during the spring of 2019. The questionnaire included six open-ended questions and one multiple-choice question. The respondents also had the opportunity to submit additional material as an attachment file to the questionnaire. The research data consists of the responses of the hospital districts responses. The response rate was 55%. In the final stage of the analysis online material related to the quality management of the hospital districts was also used as research material.

Eight out of eleven reported that their organization has a quality management system in place. Almost all respondents identifies leadership as an area of which quality management system guides to take into account and improve with in the organization. Areas that stood out individually from the responses included resources, process management, evaluation, development, effectiveness, customer satisfaction, values, organizational goals, resource utilization, competence, occupational well-being, safety processes, and productivity, staffing, and patient safety. Quality management systems were considered to be improving quality in more than half of the responses. Ongoing changes and the lack of resources, commitment from key personnel and comparable metrics were perceived as challenges in term of quality management.

After the data-based content analysis, the data was reviewed using theory-based content analysis based on the CAF model. The analysis show that the hospital districts mainly pay attention to elements of result-orientation, customer and citizen-oriented approach, leadership and coherence, evidence-based process management, staff development and engagement, and continuous learning, renewal, achievement and development. The dimensions of partnership development and corporate social responsibility appeared to be limited in the responses, so the online material of the hospital districts was examined in relation to these two areas.

The most common quality management systems used in Finland's hospital districts are the ISO 9001-standards and the SHQS-quality program. The most significant areas of quality management were leadership, assets, process management, development, commitment of managers and staff as well as ensuring the adequaise of resources. Ongoing changes, commitment from personnel, lack of resources and comparable quality indicators were seen as challenges to quality management. From the Common Assessment Framework's perspective, the hospital districts took into account, in particularly the areas of leadership, customer orientation and development. Based on the answers to the open-ended questions the development of partnerships and corporate social responsibility appeared to be the weakest aspects of operation in the organizations, but when reviewing the hospital districts online material for quality management at least half of the hospital districts did take into account both aspects as part of their operation. In the future health care organizations should pay more attention to cooperation, social responsibility, securing their resources, change management and the development of the comparable quality indicators.

Keywords: quality, specialized care, quality management, Common Assessment Framework

The originality of this publication has been verified by Turnitin OriginalityCheck program

# Sisällysluettelo

1 JOHDANTO .....	1
2 TUTKIMUKSEN TAUSTA .....	4
2.1 Terveydenhuollon laatu.....	4
2.2 Sosiaali- ja terveydenhuolto Suomessa.....	6
2.3 Laadunhallintajärjestelmät .....	8
2.3.1 EFQM Excellence (EFQM) .....	12
2.3.2 ISO-9001 .....	13
2.3.3 Social and Health Quality Service (SHQS) .....	14
2.3.4 Common Assessment Framework (CAF) .....	15
3 TUTKIMUKSIA LAADUNHALLINNASTA.....	17
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA MENETELMÄT .....	23
4.1 Tutkimuskysymykset .....	23
4.2 Tutkimuksen teoreettinen viitekehys .....	23
4.3 Tutkimusaineisto.....	24
4.4 Tutkimusmenetelmät.....	24
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	26
5.1 Tutkimuksen eteneminen .....	26
5.2 Aineiston analysointi.....	26
6 TULOKSET .....	28
6.1 Organisaatioiden laadunhallinta.....	28
6.2 Organisaatioiden laadunhallinta suhteessa CAF-malliin .....	35
6.3 Täydentävä analyysi suhteessa kumppanuuksien kehittämiseen ja yhteiskuntavastuuseen .....	37
7 POHDINTA .....	40
7.1 Tutkimustulosten tarkastelua .....	40
7.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	44
7.3 Johtopäätökset.....	46
LIITTEET .....	54

## 1 JOHDANTO

Terveydenhuollon laadun, vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden mittaamiseen on kiinnitetty viimeisten vuosien aikana yhä enemmän huomiota. Edellä mainittujen tekijöiden arviointiin on pyritty kehittämään erilaisia mittareita, jotka kykenisivät mittamaan terveyspalveluista seuraavaa terveyshyötyä sekä terveyspalveluiden laatua. Erilaisten hoitomuotojen vaikuttavuutta voidaan mitata kliinisillä ja biokemiallisilla tutkimuksilla, mutta ne eivät ota huomioon kaikkia terveydenhuollon laatuun liittyviä tekijöitä. Terveydenhuollon laadun mittaaminen on haastavaa, sillä siihen vaikuttavat useat eri tekijät, kuten hoidon sujuvuus, potilasturvallisuus, oikea-aikaisuus, terveydenalan ammattilaisten osaaminen, terveysorganisaation johtaminen, hoidon vaikuttavuus sekä potilastyytyväisyys.

OECD eli Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö ohjaa katsauksessaan ”Caring for Quality in Health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality” jäsenmaittensa hallituksia vastaamaan terveydenhuoltojärjestelmien haasteisiin taloudellisesti kestäväällä tavalla, mikä kannustaisi terveydenhuoltojärjestelmiä avoimeen toimintaan paremman laadun ja hoitotuloksien saamiseksi (OECD 2017). Myös Maailman terveysjärjestön (WHO), OECD:n ja Maailman pankin (The World Bank) yhdessä tuottaman raportin mukaan valtioiden hallitusten tulisi luoda oma kansallinen laatupolitiikka sekä laatustrategia, jotka varmistaisivat turvallisen ja korkealaatuisen terveydenhuollon. (Kieny ym. 2018.)

OECD:n mukaan laadunhallintaa ja laadunhallinnan kehittämistä edistävät vahvat, koordinoitut ja kattavat perusterveydenhuollon palvelut, jotka vastaavat monisairaiden hoidon tarpeeseen. Terveydenhuoltojärjestelmien tulisi edistää toimintansa laatua asettamalla potilas hoidon keskiöön sekä lisäämällä organisaation läpinäkyvyyttä ja vastuullisuutta julkaisemalla kerättyä laatu-tietoa ja potilaskokemuksia hoidosta. (OECD 2017.) Terveydenhuollon organisaatioilla tulisi olla myös ajankohtaiset tiedot ja taidot mitata ja raportoida laatua. Tarvittaessa terveydenhuollon organisaatioille tulisi antaa rahoitusta laadunhallinnan tutkimiseen. (Kieny ym. 2018.)

Juha Sipilän hallituksen (2015-2019) sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteena oli siirtää Suomen sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen kunnilta maakunnille sekä mahdollistaa vapaus valita yksityisen ja julkisen palveluntuottajan väliltä. Maakunnat olisivat siis vastanneet muun muassa terveydenhuollon, suun terveydenhuollon, sairaalapalveluiden, mielenterveys- ja päihdepalveluiden, neuvolatoiminnan, lastensuojelun, vammaispalvelujen, vanhusten asumispalveluiden, kotihoidon ja kuntoutuksen järjestämisestä. Julkiset ja yksityiset palveluntuottajat olisivat tuottaneet edellä mainitut palvelut.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus sai vahvasti lisää julkista arvostelua, kun tammikuussa 2019 sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontavirasto Valviran ylläpitämä hoivakodin toiminnan, sillä lukuisista aluehallintoviraston tarkastuskäynneistä huolimatta palveluntuottaja ei ollut kyennyt ratkaisemaan hoivakodin ongelmia (Luukka 2019). Myöhemmin niin julkisista kuin yksityisenkin sektorin hoivakodeista nousi esiin useita epäilyjä laiminlyönneistä ympäri Suomea kevään 2019 aikana. (Roslund & Mäntymaa 2019.) Erikoissairaanhoidon haasteisiin liittyvää uutisointia on esiintynyt mediassa myös viimeisen vuoden aikana enemmän (Seppänen 2018; Salmi 2018; Valtanen 2019), ja etenkin syksyllä 2019 pääkaupunkiseudun uuden lastensairaalan haasteet nousivat otsikoihin (Knus-Galán, Pehkonen & Takala 2019).

Juha Sipilän hallituksen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus ei saavuttanut päämääräänsä siihen liittyvien perustuslaillisten ristiriitojen takia, ja sen valmistelu lopetettiin maaliskuussa 2019. Siitä huolimatta ministeriö asetti huhtikuussa 2019 työryhmän pohtimaan vanhuspalveluiden uudistamista alkukevään mediakohun ajamana. Ministeriön työryhmä pohtii muun muassa hoitajamitoitusta, henkilöstöön liittyviä kokonaisuuksia, lakiin kirjattavia hoitosuosituksia, laadun varmentamista, valvontaa sekä palvelutarpeen arviointia. (Martikainen 2019.)

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on välttämätön reformi, sillä väestön ikääntyessä ja eläköityessä verotulot laskevat työikäisten väestön vähentyessä, sosiaali- ja terveyspalveluiden tarve kasvaa ja palveluiden kustannukset lisääntyvät. Lisäksi alueelliset erot sekä kustannuksia ja hoitajajoukkoa kasvattavat toimintamallit Suomen sosiaali- ja terveyspalveluissa edistävät väestön terveyden eriarvoisuuden kasvua. (Alueuudistus 2018.) Terveystalouksjärjestelmien uudistusten tulisi pohjautua vahvasti laatuun, ja niiden toiminnan tulisi pohjautua näyttöön perustuvaan tietoon, josta organisaation toiminnan kehittyminen on nähtävissä. Terveystalouksen organisaatioilla tulisi olla kyky vertailla omaa toimintaansa samankaltaisiin järjestelmiin toiminnan ja laadun parantamiseksi. (Kieny ym. 2018.)

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteena on vähentää terveyden eriarvoisuutta sekä mahdollistaa parempi hoidon saatavuus. Sosiaali- ja terveyspalveluiden toteutus, saatavuus, käyttäjien yhdenvertaisuus sekä laatu on varmistettava riippumatta siitä tuottaako sosiaali- ja terveyspalvelut julkinen, yksityinen vai kolmannen sektorin palveluntuottaja. Niin palveluiden järjestäjien, tuottajien ja valvonta-organisaatioiden tulee toteuttaa potilasturvallisuuden, palveluiden toteutumisen sekä laadun seuranta, ja suunnitella mahdolliset korjaavat toimenpiteet. Edellä mainitut tehtävät edellyttävät sellaisia tiedonkeruumenetelmiä, jotka kertovat luotettavasti terveysorganisaatioiden toiminnasta ja kehityksestä.

Suomen sosiaali- ja terveysministeriö asetti European Observatory on Health Systems and Policies-organisaatiolle tehtäväksi perustaa kansainvälinen asiantuntijapaneeli, joka ottaisi kantaa tulevaan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistukseen. Asiantuntijapaneeli oli sitä mieltä, että uudistuksen onnistumisen merkittävimmät edellytykset liittyvät hallintomekanismien kehittämiseen, järjestelmän luottamuksen ylläpitämiseen sekä luotettavan ja läpinäkyvän tiedon ja aineiston keräämiseen koskien sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden laatua ja suoriutumista. Johdonmukaiset ja yhteistyöllä toimivat tietojärjestelmät, jotka varmistavat hyvät tulokset hallinto- ja organisaatiotasolla sekä kliinisellä ja potilastasolla, ovat välttämättömät uudistuksen onnistumisen kannalta. (Couffinhal ym. 2016, 75.)

Mediaa, yhteiskunnallista keskustelua ja tieteellisiä julkaisuja seurattaessa puhutaan jatkuvasti sosiaali- ja terveyspalveluiden laadusta, laadunhallinnasta ja laadun varmistamisesta. Mutta mitä on laatu? Onko terveydenhuollolla olemassa olevia toimivia, valtakunnallisia laatumittareita? Onko Suomessa käytössä terveydenhuollon laatua mittaavia järjestelmiä ja käytetäänkö niitä palveluiden kehittämiseen?

Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena on tarkastella erikoissairaanhoidon laadunhallinnan järjestelmiä Suomen sairaanhoitopiireissä kvalitatiivisin menetelmin. Aineiston keruu on toteutettu sähköisellä e-lomakkeella, ja aineistona on käytetty tämän lisäksi sairaanhoitopiirien laadunhallintaa käsittelevää verkkomateriaalia. Tutkielma luovutetaan Suomen valtiovarainministeriölle sekä valtion kehittämiskeskus HAUS Oy:lle.

## 2 TUTKIMUKSEN TAUSTA

### 2.1 Terveydenhuollon laatu

Käsitteen "laatu" alkuperä juontaa kreikkalaiseen sanaan "kalos", joka viittaa hyvään, sopivaan, suotuisaan ja kauniiseen sekä latinankieliseen termiin "qualitatem" joka tarkoittaa ominaisuutta. Laadun käsitteellä voi olla useita eri määritelmiä riippuen toimialasta. (Del Castillo & Sardib 2012, 14.) Laatu on jonkin palvelun, tuotteen, prosessin tai organisaation kyky saavuttaa sille asetetut odotukset ja tarpeet. Laatua kuvastavat myös palvelua tarvitsevien ihmisten ammattitaitoinen kohtaaminen lakien, asetusten ja määräysten mukaisesti unohtamatta kustannustehokkuutta (Idanpää-Heikkilä, Outinen, Nordblad & Päivärinta 2000, 11; Kuntaliitto 2011). Toimiva johtaminen ja sitoutunut henkilöstö, joka osaa toimia moniammatillisesti useiden eri toimijoiden välillä edistää laadukkaan toiminnan toteutumista organisaatiossa (Kuntaliitto 2011).

Terveydenhuollon laadukasta toimintaa on haastavaa määritellä yksiselitteisesti.

Valtiovarainministeriön julkaisemassa Peruspalvelujen tila -raportissa (2018) todetaan, että mahdollisesta valinnanvapaudesta seuraava sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden vertailu on haaste, sillä olemassa olevaa laatutietoa on hyvin niukasti tarjolla, niin sosiaali- kuin terveydenhuollossakin. Laadukkaan hoidon ominaisuuksia ovat turvallisuus, vaikuttavuus ja potilaskeskeisyys (Insitute of Medicine 2001; OECD 2017) sekä hoidon oikea-aikaisuus, tehokkuus ja tasa-arvo (Institute of Medicine 2001).

Itse laadukkaan hoidon ominaisuuksien määrittelyssä nähdään myös haasteita. Esimerkiksi Suomen terveydenhuollon tutkimuksissa ”vaikuttavuus” käsitettä käytetään melko vapaasti, eikä käsitteen määrittelyä tai siihen liittyviä mittausmenetelmiä useinkaan avata artikkeleissa asiaankuuluvasti. Konu, Rissanen, Ihantola ja Sund (2009) suosittelevatkin, että tutkimuksen tekijät määrittelisivät mitä vaikuttavuus tutkimuksessa merkitsee, ja mieluiten käyttäisivät vertaisarvioituja ja geneerisiä elämänlaatua mittaavia mittareita aina kun se on tutkimusasetelman myötä mahdollista. Sainio, Korhn, Nurmela, Peltola, Järvelin, Kehusmaa & Hammas (2018) määrittelevät vaikuttavuuslaadun terveyshyödyksi, joka seuraa saadusta palvelusta.

Potilasturvallisuuden näkökulmasta organisaation tulee huomioida organisaation turvallisuuskulttuuri, johtaminen, lainsäädäntö ja vastuu, henkilökunnan perehdyttäminen, tilojen, työvälineiden ja lääkkeiden asianmukainen käyttö (Sainio ym. 2018). Terveydenhuollossa laatua kuvaavina tekijöinä käytetään usein hoitovirheitä, potilasvahinkoja, infektioita ja komplikaatioita. Sosiaalihuollossa laatu pyritään varmentamaan palveluntuottajien omavalvontasuunnitelmilla, joka



arvioi mahdollisia riskejä organisaatiossa. Perusterveydenhuollossa käytettäviä laatumittareita on vähän. Perusterveydenhuollon toimintaa tarkastellaan usein käyntimäärien ja hoitoon hakeutumisen syyn näkökulmasta, mikä ei kuitenkaan kuvaa toiminnan laatua merkityksellisellä tavalla.

Erikoissairaanhoidossa laatua tarkastellaan vaikuttavuuden ja tiettyjen potilasryhmien, esimerkiksi sepelvaltimotautia sairastavien, näkökulmasta. (Sainio ym. 2018.)

Viime vuosina potilastyytyväisyyteen on kiinnitetty huomiota terveydenhuollon laatua mitattaessa (Sack, ym. 2011; Roine 2016), ja terveydenhuollon toimijat ovat ymmärtäneet rekisteritietojen sekä kliinisiä muutoksia mittaavan tiedon lisäksi potilaslähtöisten mittareiden merkityksen terveydenhuollossa (Roine 2016). Lääketieteen kehittyessä ja kuoleman mahdollisuuden siirtyessä tulevaisuuteen on luonnollista kiinnittää huomiota potilaan elämänlaatuun ja hyvinvointiin (Roine 2016). Wong ym. (2013) mukaan potilaiden arvio terveystalvasta on yksi parhaista hoidon laatua mittaavista menetelmistä, jonka avulla terveystalvasta laatua voidaan kehittää ja parantaa.

Potilastyytyväisyyden näkökulmasta hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidoilla sekä käytöksellä on merkittävä rooli asiakaskokemuksen synnyssä; potilaat kokevat merkityksellisenä hoitohenkilökunnan halun paneutua potilaan asioihin sekä mahdollisuuden kysymysten esittämiseen (Wong ym. 2012; Wong ym. 2013). Terveydenalan ammattilaisten tulisi hoidon aikana huomioida potilaiden toiveet ja pyrkiä toimimaan niiden mukaisesti, mikäli tämä on mahdollista (Bruus, Varik, Aro, Kalam-Salam & Routasalo 2011), varmistaa sujuva tiedonsaanti sekä vahvistaa potilaiden kokemusta hoitoon osallistumisessa (Wong ym. 2013).

Potilaiden arvio erinomaisesta hoidon laadusta on yhteydessä sukupuoleen, ikään, koulutukseen (Ahmed, Shehadeh & Collins 2013; Kvist, Mäntynen, Miettinen & Vehviläinen Julkunen 2015; Milutinovic, Simin, Brkic & Brkic 2012; Tervo-Heikkinen, Kvist, Partanen, Vehviläinen-Julkunen & Aalto 2008) sekä sairaalaan tulotapaan (Kvist ym. 2015). Milutinovic ym. (2012) tutkimuksessa iäkkäät potilaat sekä miehet olivat tyytyväisimpiä hoitoonsa, kun taas Ahmed ym. (2013) tutkimuksessa naiset, nuoret ja matalammin koulutetut olivat tyytyväisimpiä hoitoonsa. Aalto, Sainio, Sinervo & Vehko (2016) tutkimuksen mukaan pitkäaikaissairaiden potilaiden kokemus lääkärin vastaanottoajan riittävydestä ja hoidon laadusta olivat kielteisempiä hoitosuunnitelman puuttuessa. Mäntynen, Vehviläinen-Julkunen, Miettinen ja Kvistin (2015) tutkimuksessa Suomen erikoissairaanhoidossa potilaiden kokemus hyvästä hoidon laadusta on yhteydessä hoitohenkilökunnan ammattitaitoon ja motivaatioon.

Ramachandran ja Cramin (2005, 227) mukaan terveydenhuoltoalalla on yhä suurempi tarve saada käyttöönsä asiakaslähtöisempi ja tehokkaampi laadunhallintajärjestelmä, sillä terveydenhuollon

markkinat kasvavat, ja kustannukset ja hoitovirheistä johtuvat kuolemat ovat lisääntyneet. Ramachandran ja Cramin (2005, 227) mukaan terveydenhuollon organisaatiot tulisi määrittellä tuottajiksi ja potilaat asiakkaiksi. Heidän mukaansa terveydenhuollon korkea laatu on saavutettavissa, mikäli potilaaseen suhtaudutaan kuin asiakkaaseen, ja terveydenhuollon organisaatiot käsitetään palveluntuottajina, joiden laadun standardit tyydyttävät potilaan tarpeet. Terveydenhuollon laatustandardeja luodessa on välttämätöntä huomioida organisaatioiden kilpailukykyyn liittyvät vaatimukset sekä nousevat kustannukset. (Ramachandran & Cram 2005, 227.)

OECD:n eli Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön mukaan laadukkaan hoidon tuottaminen on olennainen ominaisuus terveydenhuollon järjestelmälle, joka tavoittelee kestävästä kehitystä ja korkeaa suorituskykyä. Tulevaisuudessa yhä useamman valtion terveydenhuolto tulee kohtaamaan merkittäviä haasteita. Hoidon tarpeet ja hoitoprosessit monimutkaistuvat, kroonisten sairauksien lisääntyessä vaatimukset terveydenhuoltoon kasvatavat ja taloudelliset haasteet lisääntyvät kustannustehokkuuden merkityksen korostuessa, sillä näihin haasteisiin tulisi vastata tekemällä vähemmällä resursseilla enemmän. Terveydenhuollon laadun varmistaminen, seuranta sekä kehittyminen ovat tällä hetkellä suurimpia huolenaiheita kaikissa OECD maiden terveydenhuoltojärjestelmissä. (OECD 2017.)

Francoisin, Peyrinin, Toubolin, Labaréren, Reverdyn ja Vinckin (2003, 47) mukaan laadun seurantaan ja arviointiin terveydenhuollossa ei suhtauduta enää ristiriitaisesti, mutta laadunhallinnan toteuttaminen sairaaloissa etenee hitaasti. Terveydenhuoltojärjestelmien suorituskyvyn arviointi on edelleen puutteellista; tutkimustietoa terveydenhuollon saavutuksista ja suorituksista tarvitaan vielä enemmän (OECD 2017).

## 2.2 Sosiaali- ja terveydenhuolto Suomessa

Terveyden universaali kattavuus (Universal health coverage, UHC) eli terveydenhuollon palveluiden varmistaminen globaalisti jokaiselle hoitoa tarvitsevalle taloudellisesta tilanteesta riippumatta, on tavoite, josta on tullut globaali sekä kansallinen terveyden prioriteetti. Tavoitteen saavuttaminen nähdään edistävän terveyttä sekä terveyden tasa-arvoista jakaantumista kaikissa väestöryhmissä maailmassa. Global Burden of Disease – tutkijaverkosto perehtyi 188 maan terveydenhuoltoalan rahoitusjärjestelmiin, jotta ymmärrys nykyisistä rahoitusjärjestelmistä kehittyisi ja tulevaisuuden suuntaukset voisivat kehittyä UHC:tä kohden. (Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network 2018.)

Global Burden of Disease – tutkijaverkoston tutkimuksen mukaan Suomessa

terveydenhuoltokustannus henkeä kohden on noin 3300 dollaria, ja se turvaa 462 000 ihmisen hengen, kun taas Islannissa edellä mainitut luvut ovat 3500 dollaria ja 28 000 henkeä, Sveitsissä 5700 dollaria ja 700 000 henkeä ja markkinavetoisessa Yhdysvalloissa 8700 dollaria ja 23 242 000 henkeä. (Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network 2018) Suomessa terveydenhuolto siis maksaa vähemmän verrattuna muihin maihin, mutta on tehokkuudeltaan edellä mainittuja maita parempi. Toukokuussa 2018 julkaistun tutkimuksen mukaan Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on maailman paras yhdessä kuuden muun maan kanssa (Islanti, Norja, Alankomaat, Luxemburg ja Australia) suhteessa hoidon tuloksiin (GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators 2018).

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavat lait, valtionosuusjärjestelmä, valvonta sekä vuorovaikutusohjaus valtion ja kuntien välillä. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö ohjaa, valmistelee ja kehittää sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyviä lakeja ja toimintamalleja sekä vastaa tutkimus- ja kehittämistoiminnasta. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2013.) Laatu ja potilasturvallisuus huomioidaan Suomen terveydenhuoltolain 8 momentissa seuraavanlaisesti; ”Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa.”

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavat kansainvälisestä näkökulmasta katsottuna hyvinkin pienet toimijat, kunnat. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajina puolestaan voivat toimia niin julkiset, yksityiset kuin kolmannen sektorin organisaatiot. Kunnat voivat tuottaa palvelunsa itse, muodostaa kuntayhtymiä palveluiden tuottamiseksi tai ne voivat ostaa palvelut muilta julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin toimijoilta. Palvelut rahoitetaan kunnallisveroilla sekä valtionosuuksilla. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2013.)

Suomen perustuslain mukaan jokaiselle on turvattava sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Kuntien järjestämissä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa voi olla eroavaisuuksia, sillä kunnilla on oikeus päättää lainsäädäntö huomioon ottaen, miten palvelut järjestetään. Kuntien muodostamia sairaanhoitopiirejä on Suomessa 21. Sairaanhoitopiirit järjestävät, kehittävät ja suunnittelevat erikoissairaanhoitoa alueillaan niin, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito täydentävät toisiaan. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2013.) Suomessa on 311 kuntaa ja 19 maakuntaa (Kuntaliitto 2019).

Sosiaali- ja terveydenalan organisaatioita ohjataan laadunhallintaan useiden eri lakien ja asetusten avulla. Terveydenhuoltolaki takaa hoidon laadun ja potilasturvallisuuden. Osa Suomen erikoissairaanhoidon palveluista järjestetään erityisvastuualueittain, ja näihin viiteen erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien kuntayhtymät sopivat hoidon toiminnasta, menetelmistä, resursseista ja työnjaosta erikoissairaanhoidon laadun, potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden ja tehokkuuden varmistamiseksi (Terveydenhuoltolaki 2010/13276). Laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990) säätelee yksityisten terveyspalveluiden järjestämisestä, toimintaedellytyksistä, luvista, tehtävistä ja valvonnasta.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) ohjaa organisaatioita huomioimaan potilaan itsemääräämisoikeuden sekä oikeuden hyvään, oikea-aikaiseen hoitoon. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) 19§:ssa todetaan, että ”Iäkkäälle henkilölle tarjottavien sosiaali- ja terveyspalvelujen on oltava laadukkaita ja niiden on turvattava hänelle hyvä hoito ja huolenpito”. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavassa suunnitelmassa (341/2011) tulee muun muassa huomioida toiminnan vastuuhenkilöt ja toimijat, menettelytavat, jotka huomioivat potilasturvallisuuden, henkilöstön hyvinvoinnin ja koulutuksen sekä laadunhallinnan varmentamisen, laadunhallinnan asiakirjat ja haitta- ja vaaratapahtumien raportoimisen ja niistä seuraavien korjaavien toimenpiteiden varmentamisen.

### 2.3 Laadunhallintajärjestelmät

Terveydenhuollon laadulla tarkoitetaan optimaalista hoitoa potilaan yksilölliseen tilanteeseen nähden mahdollisimman asianmukaisessa ympäristössä asianmukaiselta palveluntarjoajalta (Ross 2014, 9). ”Laadun” ja ”laatujohtamisen” käsitteistä tuli nopeasti suosittu ja tavoiteltava toimintamalli 1990-luvun Suomessa, ja se yhdistettiin lähes kaikkiin julkisen sektorin toimintoihin toimialasta riippumatta, myös sosiaali- ja terveydenhuollon alaan vuoden 1995 laadunhallinnan suosituksella alan organisaatioille (Yliaska 2014, 432). Laadunvarmistuksella (quality assurance) keskitytään varmistamaan tuotteeseen, eli terveydenhuollon palveluun, kohdistuvien odotusten ja säännösten toteutuminen tunnistamalla mahdolliset ongelmat, kehittämällä niihin ratkaisuja ja seuraamalla ratkaisujen tuloksia. Laadunvalvontaa (quality control) käytetään käsitteenä usein vuorottelevasti laadunvarmistuksen kanssa; lähtökohtaisesti laadunvalvonta tarkkailee laadun tasoa

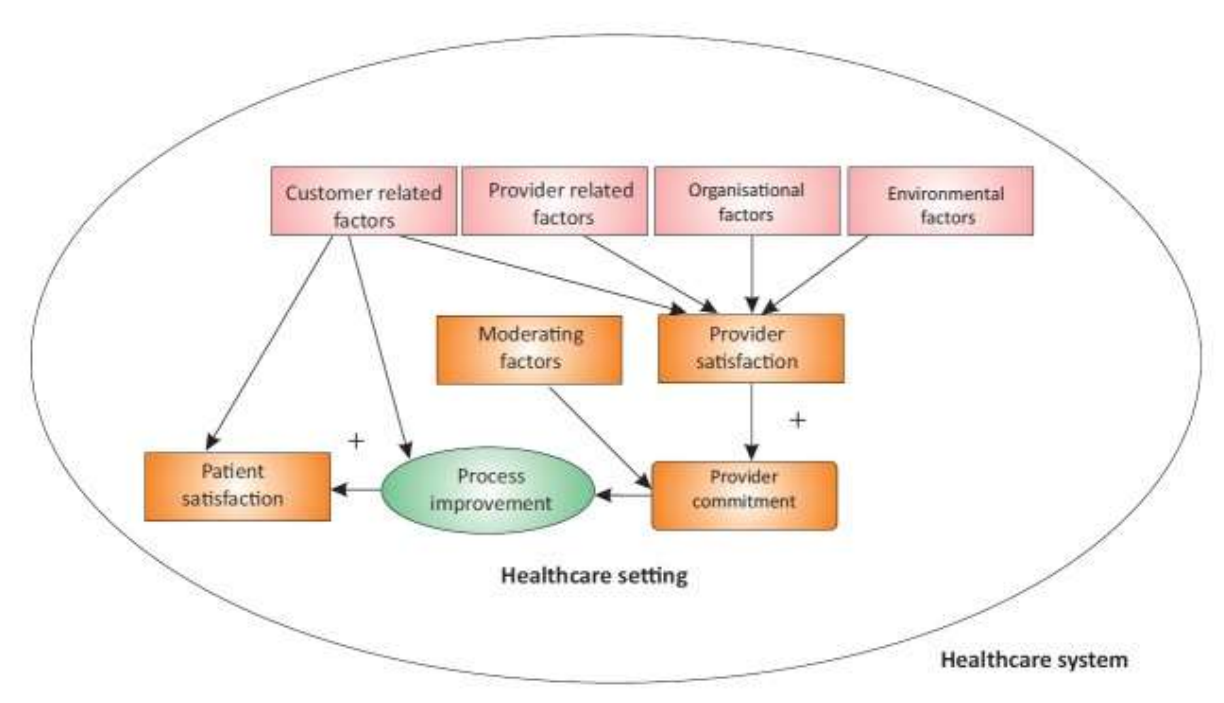
varmistamalla tavoitteiden tai kriteerien täyttymisen mahdollisen tarkastuksen yhteydessä. Mikäli ongelmia havaitaan, ne korjataan. (Dlugacz 2017, 16.)

Laadun parantamisella (quality improvement) tavoitellaan suoritusten kehittämistä arvioimalla senhetkisiä olosuhteita ja kehittämällä strategioita, jotka vaikuttavat prosesseihin. Tavoitteena on toimia ennaltaehkäisevästi. Laadunhallinta (quality management) on puolestaan organisaatiotasoinen filosofia, joka valvoo toimintoja jotka varmistavat prosessien, päätösten ja käytäntöjen erinomaisuuden. Laadunhallinnan tavoitteena on ehkäistä virheitä tietoon perustuvalla päätöksenteolla sekä suoritusten kehittämisellä. Laadunhallinta on riippuvainen laatusuunnittelusta, laadunvalvonnasta, laadunvarmistuksesta ja laadun parantamisesta, jotta organisaatio voi saavuttaa yhdenmukaiset laatustandardit toiminnallaan. (Dlugacz 2017, 16.)

Organisaatio määritellään usein ”yksilöiden rakentamaksi sosiaalisiksi rakenteiksi, joka tukee yhteisen tavoitteen saavuttamista”. Organisaation tulee määritellä tavoitteensa, saada valitsemansa ja kouluttamansa henkilöstö työskentelemään yhteisen tavoitteen eteen, hankkia tarvittavat resurssit toimintoihinsa sekä verkostoitua muiden sidosryhmien kanssa. (Scott & Davis 2015, 12.)

Mosadeghrad (2014) on tarkastellut terveydenalan organisaatioiden laatuun liittyviä tekijöitä iranilaisesta kontekstista haastatteleamalla yli 200 terveydenalan ammattilaista ja esimiestä, poliittista päättäjä ja palvelujen maksajaa ("payer").

Mosadeghrad (2014) mukaan terveysterveysorganisaatioiden laatu syntyy potilaan ja terveydenalan ammattilaisen vuorovaikutuksesta yhteistyökykyisessä ympäristössä. Terveydenalan ammattilaisen ja potilaan persoonallisuuden piirteet sekä tekijät, jotka liittyvät terveydenalan organisaatioon, terveydenhuoltoon sekä laajempiin yhteiskunnallisiin osa-alueisiin vaikuttavat terveydenhuollon laatuun (Kuvio 1). Laatua voidaan kehittää edistämällä visionääristä johtamista, suunnitelmallisuutta, koulutusta, harjoittelua sekä resurssien, työntekijöiden ja prosessien tehokasta hallinnointia ja sidosryhmien välistä yhteistyötä. (Mosadeghrad 2014.)



Kuvio 1. Ehdotus tekijöistä, jotka vaikuttavat terveydenhuoltopalveluiden laatuun  
(A proposed model of factors affecting the quality of healthcare services. Mosadeghrad 2014)

Terveydenhuollon organisaatioiden odotetaan tuottavan riittävä määrä laadukasta hoitoa. Sen lisäksi yhteiskunta vaatii terveydenhuollolta avoimuutta, tehokasta julkista rahoitusta sekä vastuullisuutta. Terveydenhuollon laadun vähyys ei useinkaan johdu tahdon, taitojen tai hyvän tarkoituksen puutteesta vaan prosessien monimutkaisuudesta. Van Den Heuvelin ja kumppaneiden mukaan (2005) tästä syystä jokaisella sairaalaorganisaatiolla tulisi olla laadunhallintaa sekä sen toteuttamista ohjaava järjestelmä, joka painottaa prosessinohjausta sekä prosessien parantamista. (Van Den Heuvel ym. 2005, 361-362.) Laatu järjestelmän luodessa järjestelmällisiä prosesseja palvelut ja toiminta parantuvat ja tehostuvat (Siloaho, Naukkarinen & Penttinen 2003, 4835).

Terveydenhuollon laadunhallintajärjestelmä sisältää kaikki ne toiminnot, jotka suojelevat, ylläpitävät ja edistävät laadukasta hoitoa ja palveluita; välineistön, potilasturvallisuuden, laadun ja turvallisuuden standardit sekä kustannustehokkuuden. Laadunhallintaa tulee toteuttaa terveydenhuollossa sen kustannuksia vähentävän vaikutuksen vuoksi sekä potilasturvallisuuden, potilastyytyväisyyden ja hyötyjen kasvattamiseksi. Laadun standardien tulee olla laajat ja moniulottiset alan monimuotoisuuden vuoksi. (Ramachandran & Cram 2005, 223-224.)

Akkreditoinnista eli pätevyden osoittamisesta on säädetty Euroopan unionissa lailla. Suomessa akkreditointielimenä toimii FINAS-akkreditointipalvelu. Mikäli toimija hakee akkreditointia eli

toimintansa pätevyyden osoittamista, akkreditointia haetaan FINAS-toimielimeltä, joka arvioi standardiensa mukaisesti toiminnan pätevyyttä. Suomessa toimii muutamia palveluntuottajia, jotka myöntävät laatusertifikaatteja sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Toisin kuin akkreditointia, sertifiointia voi harjoittaa vapaasti, sillä se ei ole luvanvaraista tai säädeltyä toimintaa. (FINAS 2016.) Yksi tällaisista palveluntuottajista Suomessa on Labquality Oy (labquality.fi) joka voi myöntää sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille Suomessa ISO 9001-laatusertifikaatin tai Social and Health Quality Servicen eli SHQS-laatusertifikaatin näiden laatu järjestelmien kriteerien täytyessä.

Euroopan kansallisia akkreditointi-organisaatioita on tutkittu vuonna 2010 tehdyssä tutkimuksessa; 18 aktiivisessa kansallisessa akkreditointi-organisaatiossa vanhimmat organisaatiot olivat riippumattomia, ammattilaisten johtamia ja taloudellisesti itsenäisiä toimijoita. Vanhimmat organisaatiot näyttivät vähäistä kasvua mahdollisilla markkinoilla, kun taas uusilla organisaatioilla näytti olevan laaja, eri sidosryhmistä koostuva hallinto, tuki valtiolta sekä jatkuva kasvun mahdollisuus oikeudellisten tai taloudellisten kannustinten kautta kattaen koko terveydenhuoltojärjestelmän. (Shaq, Kutryba, Braithwaite, Bedlicki & Warunek 2010.)

Mattilan ja Aaltosen (2015) mukaan Suomi on jäljessä laadun mittaamisessa ja raportoimisessa verrattuna muihin maihin. Heidän mukaansa syitä on useita, kuten tietosuojan ja lainsäädännöllisiin kokonaisuuksiin liittyvät rajoitteet. Terveysorganisaatiot ovat saattaneet itse kerätä toiminnastaan laatatietoa, ja nykyään moni organisaatio ostaa erillisen laaturekisteriohjelman mittaamaan omaa toimintaansa. (Mattila & Aaltonen 2015.) Mattila ja Aaltonen (2015) ehdottavatkin, että eri toimijat sopisivat työnjaosta suhteessa laadun kuvaamiseen, mittaamiseen sekä tiedon läpinäkyvyyteen, jotta kaikki tähän asti toteutettu työ ja kerätty informaatio ei olisi tehty turhaan.

Yleisimmät terveydenhuollon laadunhallintajärjestelmät perustuvat Euroopan laukupalkintomalliin (EFQM-malli) sekä ISO-9001 laadunhallintajärjestelmän standardeihin. Edellä mainittujen laadunhallintajärjestelmien lisäksi Suomen terveydenhuollossa on käytössä myös Social and Health Quality Service eli SHQS-malli. (Tuomi 2010, 71.)

Vuonna 2004 julkaistussa raportissa on kartoitettu laadunhallintajärjestelmien käyttöä Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Yli 62 prosenttia vastanneista terveydenhuollon organisaatioista ilmoitti, että organisaatiossa on käytössä jokin seuraavista laadunhallintajärjestelmistä: Euroopan laukupalkintomalli (EFQM), ISO 9000-standardit, Sosiaali- ja terveystalvelujen laatuohjelma (SHQS) tai CAF-laatu järjestelmä. (Outinen, Räikkönen, Holma &

Voipio-Pulkki, 2007, 73.) Common Assessment Framework eli CAF-malli on kehitetty julkisten organisaatioiden laadun arvioinnin ja kehittämisen työkaluksi (CAF 2013, 9). Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitos nimeää yleisimmiksi terveydenhuollon laadunhallintajärjestelmiksi Euroopan laatupalkintomallin (EFQM), ISO 9000-standardit, CAF-mallin (CAF) sekä Sosiaali- ja terveydenhuollon laatuohjelman (SHQS) (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019a).

### 2.3.1 EFQM Excellence (EFQM)

EFQM Excellence -mallin luonut European Foundation for Quality Management -järjestö on voittoa tavoittelematon organisaatio, joka on kehittänyt ja ylläpitänyt EFQM-mallia jo kahdenkymmenen vuoden ajan. Mallia kehitettäessä sen tunnuspiirteiksi on otettu vaikutteita eurooppalaisista arvoista, muun muassa Euroopan ihmisoikeussopimuksesta, Euroopan sosiaalisesta peruskirjasta sekä YK:n Global Compact -aloitteesta, jotta mallia käyttävien organisaatioiden toiminta pohjautuisi kestäväälle, yhteiskunnallisesti merkittäväälle toiminnalle. (EFQM 2013.) Suomessa EFQM Excellence- mallia kutsutaan myös Euroopan laatupalkintomalliksi, sillä järjestö palkitsee vuosittain erilaisia organisaatioita laatupalkinnolla. Suomessa Laatukeskus (Laatukeskus 2018) toimii EFQM-järjestön virallisena yhteistyökumppanina, ja se voi myöntää suomalaisille organisaatioille laatupalkinnon asianmukaisten kriteerien täytyessä.

EFQM -mallin avulla organisaatio tarkastelee ja arvioi toimintansa vahvuuksia ja heikkouksia, tehtäviään ja tavoitteitaan sekä luo yhtenäisen toimintakulttuurin, jossa viestintä, yhteiset ajatukset ja kehittämistarpeet sekä vuorovaikutus organisaation sisäisten ja ulkoisten toimijoiden kanssa onnistuu optimaalisimmalla tavalla (EFQM 2013; EFQM 2019). Viitekehys ohjaa esimiehiä näkemään syy-seuraussuhteita suhteessa työskentelyyn ja tavoitteiden saavuttamiseen. Malli koostuu kolmesta osasta: erinomaisuuden tunnuspiirteistä, arviointialueista sekä RADAR-logiikasta. (EFQM 2013.)

Erinomaisuuden tunnuspiirteiksi on nimetty seuraavat ominaisuudet: huipputulosten tekeminen huomioon ottamalla kaikki sidosryhmät lyhyellä ja pitkällä aikavälillä, lisäarvon tuottaminen asiakkaille, kestäväen tulevaisuuden luominen, organisaation kyvykkyyden kehittäminen, luovuuden ja innovoinnin hyödyntäminen, visionäärinen, innostava ja vastuullinen johtaminen, ketteryys johtamisessa sekä osaava henkilöstö menestyksen tekijänä. Edellä mainittujen tunnuspiirteiden tarkoituksena on ohjata organisaatiota kestävään ja vastuulliseen menestykseen. (EFQM 2013.)



EFQM-mallin yhdeksässä arviointialueessa, josta muodostuu johtamisen viitekehys, arvioidaan organisaation toimintaa, tehtäviä ja niiden toimivuutta sekä organisaation tuloksia suhteessa toimintaan. Viidessä arviointialueessa tarkastellaan yksinomaan organisaation toimintaa; johtajuutta, henkilöstöä, strategiaa, kumppanuutta ja resursseja sekä prosesseja, tuotteita ja palveluita. Tämän jälkeen tarkastellaan neljää arviointialuetta; henkilöstötuloksia, asiakastuloksia, yhteiskuntatuloksia ja toiminnan tuloksia. (EFQM 2013.)

RADAR-logiikka (Results, Approaches, Deploy and Assess and Refine- logiikka) mahdollistaa pätevän, järjestelmällisen arvion organisaation erinomaisuuden tunnuspiirteistä. RADAR-logiikan avulla organisaation tulee asettaa tulostavoitteet toiminnalleen, jonka jälkeen kehittää ja toteuttaa toimintamallejaan käytännössä. Tämän jälkeen toimintamalleja voidaan arvioida ja parantaa, jotta asetetut tavoitteet saavutetaan. Arvioinnissa voidaan käyttää hyödyksi RADAR-taulukkoa, jossa toiminnan ja tulosten näyttöä arvioidaan. Jokaiselle arviointialueelle on oma painokertoimensa pisteiden laskemiseksi. (EFQM 2013.)

Uusin EFQM-malli on julkaistu syksyllä 2019. Uudessa versiossa EFQM-malli muun muassa ohjaa organisaatiota määrittelemään strategiansa kestäväällä tavalla, tehostaa johtajuutta, tukee muutostilanteissa, kehittää organisaation kulttuuria sekä lisää organisaation käytännön muutosten sujuvuutta ja valmiutta reagoida uusiin haasteisiin ja tulevaisuuden muutoksiin (EFQM 2019).

### 2.3.2 ISO-9001

Vuonna 1946 perustettu kansainvälinen International Organization for Standardization eli ISO-järjestö on julkaissut yli 22 000 kansainvälistä standardia, joiden tarkoituksena on varmistaa tuotteiden, palveluiden ja järjestelmien laatu, turvallisuus ja tehokkuus. Nämä standardit kattavat lähes kaikki toimialat teknologiasta turvallisuuteen, maatalouteen ja terveydenhuoltoon. ISO-järjestö suorittaa toimintaansa teknisten komiteoiden kautta, joista kukin vastaa omasta toimialueestaan. (ISO 2019a.)

Vuonna 1987 ISO-järjestö julkaisi ISO-9000 standardisarjan, joka päivittyy ainakin viiden vuoden välein ajantasaisuuden varmistamiseksi. ISO 9000-standardit perustuvat kahdeksaan laadunhallinnan periaatteeseen: asiakaslähtöisyyteen, johtamiseen, ihmisten osallistamiseen, prosessilähtöisyyteen, järjestelmälähtöiseen johtamiseen, jatkuvaan parantamiseen, faktapohjaiseen päätöksentekoon sekä molempia osapuolia hyödyttävään toimijuussuhteeseen. (Del Castilloa &

Sardib 2012, 14; Ramachandran & Cram 2005, 219.) ISO 9000-standardien merkittävin innovaatio oli "Processes" käsitteen sisällyttäminen laatujohtamiseen. Tässä viitekehyksessä käsite viittaa toisiinsa yhdistyviin resursseihin ja toimintoihin, jotka muuntuvat panoksista tuotoksiksi. (Del Castillo & Sardib 2012, 14.)

Hoidon laatu sairaaloissa merkitsee palveluiden tarjoamisen varmistamista parhaalla mahdollisella tavalla, niin hoidon tuottajan kuin vastaanottajan näkökulmasta (Del Castillo & Sardib 2012, 14). Tarve standardoida ja selittää tietoa terveydenhuollon laadun mittaamisesta sai aikaan ISO 9001-standardien luomisen, jonka tavoitteena on koordinoita kansainvälisiä laadun standardeja terveydenhuollossa (Del Castillo & Sardib 2012, 14; ISO 2019a.) ISO 9001 laadunhallinnan standardeja käytetään yli miljoonassa organisaatiossa yli 170 maassa (ISO 2019b). International Organization for Standardization on nimennyt seitsemän laadunhallinnan periaatetta, jotka on sisällytetty ISO 9001-standardeihin. Ne ovat asiakaskeskeisyys, johtajuus, ihmisten sitoutuminen, prosessilähtöisyys, kehittäminen, näyttöön perustuva päätöksenteko sekä suhteiden hallinta. (ISO 2019b; ISO 2019c.) ISO 9001:2015 asettaa kriteeristön laadunhallinnan järjestelmälle, ja se on ainoa standardi ISO 9000-sarjassa, joka voidaan sertifioida. Sitä voidaan käyttää missä tahansa organisaatiossa, pienessä tai suuressa, toimialasta riippumatta. (ISO 2019c.)

### 2.3.3 Social and Health Quality Service (SHQS)

Social and Health Quality Servicen eli SHQS-laatuohjelma on kehitetty The International Society for Quality in Health Care organisaation arviointikriteeristön pohjalta. SHQS-laatuohjelma on alkuaan kehitetty sairaaloiden laadunhallintaa varten, mutta Suomessa ohjelmaa on kehitetty arvioimaan niin sosiaali- kuin terveydenhuollon palveluiden laatua. Se pohjautuu englantilaiseen King's Fund Instituten menetelmään. (Rousu & Holma 2004, 24.) Labqualitylla (2018) on Suomessa yksinoikeus arviointikriteeristön käytölle, jonka se myy laatusertifikaattia tavoittelevalle organisaatiolle.

Labqualityn kotisivujen mukaan ”SHQS-laatuohjelma koostuu arviointikriteeristöstä, joka on kehitetty vastaamaan suomalaisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden laadun arviointitarvetta. Siinä on huomioitu sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä, valtakunnallisia suosituksia ja hyviä hoitokäytäntöjä.” SHQS-laatuohjelma on käytössä Suomessa jo yli sadalla niin pienellä kuin suurellakin julkisella ja yksityisellä sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköllä. (Labquality 2018.) Arvioitava organisaatio tarkastelee aluksi sisäisesti omaa toimintaansa

itsearvioinnilla. Itsearvioinnin jälkeen organisaatio ottaa käyttöön kehittämisohjelmasta saadut kriteerit, jotka ohjaavat laatutavoitteiden saavuttamiseen. (Rousu & Holma 2004, 25.)

Arviointikriteeristöissä tarkastellaan organisaation johtamista, potilasturvallisuutta ja palvelujen organisointia, sekä ohjeistetaan, miten edellä mainittuja toimintoja voidaan arvioida ja kehittää (Labquality 2018).

Organisaation rakenteellisia ominaisuuksia arvioidaan ja tarkastellaan voivatko ne tuottaa laadukasta toimintaa. Kehittämisohjelman lopuksi ulkopuolinen, riippumaton auditoija arvioi organisaation toiminnot haastatteleamalla työntekijöitä ja arvioimalla organisaation toimintaa. Kirjallisessa arviointipalautteessa käsitellään organisaation vahvuuksia ja kehittämiskohteita; mikäli organisaatio suorittaa auditoinnin loppuun asti sekä täyttää laatutavoitteet, se voi saada laaduntunnustusneuvostolta sertifikaatin laatutyöstään. (Rousu & Holma 2004, 25.)

#### 2.3.4 Common Assessment Framework (CAF)

Common Assessment Framework eli CAF-malli, suomennettuna Yhteinen arviointimalli, on kehitetty julkisten organisaatioiden laadun arvioinnin ja kehittämisen työkaluksi (CAF 2013, 9). Common Assessment Framework malli on saanut alkunsa 1990-luvun lopulla Euroopan maiden tarpeesta saada Euroopan unionin jäsenmaille yhteinen hallinnon kehittämisen työkalu julkisten palveluiden uudistamiseen ja kehittämiseen. Niin perustettiin The European Public Administration Network (EUPAN) -verkoston alaisuudessa toimiva IPSG – The Innovative Public Services Group, joka kehitti vuonna 2000 CAF-mallin ensimmäisen version. CAF-mallia on päivitetty säännöllisesti, edellisen kerran vuonna 2013. (Parhiala, Krohn & Punkari 2015, 10.)

Vuonna 2010 CAF-mallin käyttäjäorganisaatioita oli Euroopassa yli 2000, Suomessa vuonna 2011 käyttäjäorganisaatioita oli 92. Suomen valtiovarainministeriö ja Kuntaliitto on edistänyt kansallisella tasolla laatuysteistyötä- ja verkostoitumista järjestämällä erilaisia tapahtumia ja koulutuksia. CAF-mallin kehittäminen olikin vuoteen 2015 valtiovarainministeriön tehtävänä, jonka jälkeen tehtävä siirtyi Valtiokonttoriin ja tämän jälkeen loppuvuodesta 2018 valtion kehittämiskeskus HAUS Oy:lle. (Parhiala, Krohn & Punkari 2015, 10.) Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) aloitti loppuvuodesta 2014 CAF-malliin perustuvan pilottihankkeen nimeltä CAFPE, jonka tarkoituksena oli muun muassa kerätä tietoa CAF-mallin toimivuudesta perusterveydenhuollon organisaatioissa (Parhiala, Krohn & Punkari 2015, 27).

CAF-malli on saanut vaikutteita Euroopan laatupalkintomallista (EFQM-malli), ja sen ovat kehittäneet Euroopan unionin jäsenmaiden hallintoministerien verkosto edistääkseen informaation siirtymistä sekä julkisten palveluiden kehittämistä ja hallinnollista yhteistyötä. CAF-malli on kehitetty lähtökohtaisesti julkisille organisaatioille ja sen tavoitteena on kannustaa organisaatiota etenkin oman toiminnan itsearviointiin, heikkouksien huomiointiin, vahvuuksien kehittämiseen, laadunhallintamenetelmien yhdistämiseen ja organisaatioiden väliseen vertailuun. CAF-mallissa on yhdeksän osa-aluetta, jota organisaatio arvioi; arviointia varten on myös kehitetty pisteytystaulukko. (CAF 2013, 9.)

Laadunarviointimallina CAF pohjautuu erinomaisen suorituskyvyn tunnusmerkkeihin, jotka ovat: tulokeskeisyys, asiakas- ja kansalaislähtöisyys, johtajuus ja johdonmukaisuus, tosiasioihin perustuva prosessijohtaminen, henkilöstön kehittäminen ja osallistaminen, jatkuva oppiminen, uudistuminen ja kehittyminen, verkostoitumisen kehittäminen ja yhteiskuntavastuu. Ensimmäisten viiden osa-alueen arvioinnissa organisaatio tarkastelee toimintaansa, asiakkaiden tarpeita, omia tavoitteitaan, toimintaprosessejaan ja henkilöstönsä toimintaa toimintatapa-arvioinnin pisteytystaulukon avulla.

Kolmessa viimeisessä osa-alueessa organisaatio arvioi tuloksiaan, kehitystään, yhteistyökumppanuuksien kehitystä sekä yhteiskuntavastuutaan tulosarviointialueiden pisteytystaulukolla. Viimeisessä vaiheessa organisaatio tarkastelee, onko se saavuttanut asettamansa ulkoiset ja sisäiset tavoitteet. Mikäli organisaatio vielä hakee ulkopuolisen toimijan arvioimaan toimintamallinsa ja täyttää kriteeristön, organisaation on mahdollista hakea CAF:n laatusertifikaattia kahdeksi vuodeksi (CAF 2013, 11.) Suomessa CAF-mallin erityisosaajana toimii Laatu keskus Excellence Finland (Laatu keskus 2018), mutta vain valtionyhtiö HAUS kehittämiskeskus Oy voi myöntää CAF-kokonaisuuden tunnustuksen (HAUS kehittämiskeskus Oy 2019).

### 3 TUTKIMUKSIA LAADUNHALLINNASTA

Laadunhallintajärjestelmistä tehtyjä tutkimuksia on tehty etenkin EFQM-mallista sekä ISO-9001 laadunhallinnan standardeista. Tutkimukset ovat nähtävillä taulukossa 1. EFQM-mallin vaikutuksia laadunhallintaan on tarkasteltu muun muassa Espanjassa (Sanchez ym. 2006; Matthies-Baraibar ym. 2014; Vallejo ym. 2007) ja Englannissa (Castka, Sharp & Bamber 2003; Jackson 2000; Leighn, Douglasin, Leen & Douglasin 2005; Naylor 1991). Edellä mainituissa tutkimuksissa EFQM-mallin nähtiin lisäävän potilastyytyväisyyttä, lyhentävän potilasjonoja, kehittävän prosesseja, tukevan hallinnollista järjestelmää sekä vaikuttavan myönteisesti henkilöstön toimintaan.

EFQM-mallin käyttöönottoa on myös kritisoitu, sillä sen nähdään olevan yleisemmin käytössä yksityisellä sektorilla kuin julkisella sektorilla tai paikallishallinnon käytössä. Etenkin paikallishallintojen työntekijät kokevat vuosien varrella omaan työhönsä liittyvät, vaihtuvien hallintojen tai esimiesten käynnistämät uudet aloitukset ja ehdotukset kuormittavina. Haasteena on miten EFQM-malli vakuuttaisi työntekijät siitä, että mallilla on myönteistä vaikutusta organisaation toimintaan. Ilman työntekijöiden sitoutumista laatutyöskentelyyn mallin käyttöönotto ei onnistu. (Georgé C. Cooper & Douglas 2003.)

ISO 9001-standardien vaikutuksia laadunhallintaan on tutkittu useiden eri maiden sairaaloissa, ja sen koettiin lisäävän potilastyytyväisyyttä, hoitotyön laatua, prosessien sujuvuutta, potilasturvallisuutta ja kustannustehokkuutta (Beholz & Konertz 2005; Levett 2005; Siloaho ym. 2003; Rodriguez-Cerrillo, Fernandez-Diaz, Inurrieta-Romero & Poza-Montoro 2012; Van Den Heuvel, Koning, Bogers, Berg & Van Dijen 2005, 368; Vitner, Nadir, Feldman & Yurman 2011).

Suurin osa Common Assessment Framework-mallista julkaistuista tutkimuksista keskitytään lähinnä tutkimaan kontekstia, jossa mallia pilotoidaan tai keskusteluun todennäköisistä CAF-mallin käyttöönotosta seuraavista skenaarioista (Gilligan & Manby 2008). Esimerkiksi White, Hall ja Peckover (2009) tutkimuksessa arvioinnin sijaan CAF-mallin vaikutuksia havainnollistetaan ja kuvaillaan ammatillisesta näkökulmasta lasten hyvinvointipalveluissa. CAF-mallilla nähdään olevan huomattavaa potentiaalia muovautua hyödylliseksi työkaluksi lastenpalveluita tuottavien organisaatioiden kehittymiselle etenkin siksi, että sen avulla voidaan sisällyttää tulosten mittaamiseen myös laadulliset lähestymistavat. Mallilla kuitenkin nähdään olevan myös heikkouksia; kvantitatiivisen tulosten sekä ammatinharjoittajien ja lasten näkökulman puuttuminen. (Yarlday 2014.)

Taulukko 1. Tutkimuksia EFQM-, ISO 9001- sekä CAF-malleista

Artikkeli	Tutkimuksen tarkoitus	Keskeisimmät tulokset
<b>EFQM-malli</b>		
Castka P., Sharp J.M. & Bamber C.J. 2003. Assessing teamwork development of organisational performance. <i>Measuring Business Excellence</i> 7 (4), 29–36.	Tutkimuksessa havainnointiin TEaM-mallia, joka pohjautuu EFQM-malliin, arvioimalla tiimityöskentelyn vaikutuksia organisaation suorituskykyyn Englannissa.	Mallin todetaan olevan merkityksellinen itsearvioinnin ja vertailuanalyysin työkalu; se rohkaisee tiimejä avoimuuteen, tiedon jakamiseen, organisaation tavoitteiden ymmärtämiseen vähentäen muutosvastarintaa ohjaamalla tiimiä oppimiseen ja myönteiseen käytökseen.
Georgé, C. Cooper, F. & Douglas, A. 2003. Impelemtning the EFQM excellence model in a local authority. <i>Managerial Auditing Journal</i> 18 (2), 122-127.	Tutkimuksessa arvioitiin EFQM-mallin käytön haasteita.	EFQM-malli arvioitiin olevan käytössä enemmän yksityisellä kuin julkisella sektorilla, ja työntekijöiden sitouttaminen mallin käyttöön nähtiin haasteena.
Jackson, S. 2000. Achieving clinical governance in women’s services through the use of the EFQM Excellence model. <i>International Journal of Health Care Quality Assurance</i> 13 (4), 182–190.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella EFQM-mallia kliinisen hallintojärjestelmän tukena Englannissa.	EFQM-malli tuki kliinistä hallintojärjestelmää optimaalisella tavalla.
Leigh, J. A., Douglas C. H., Lee, K. & Douglas, M. R. (2005) A case study of a preceptorship programme in an acute NHS Trust – using the European Foundation for Quality Management tool to support clinical practice development. <i>Journal of Nursing Management</i> 13, 508–518.	Tutkimuksessa arvioitiin vastavalmistuneiden sairaanhoitajien perehdytysohjelmaa EFQM-mallin avulla.	EFQM-mallin käyttö sai aikaan tiedon lisääntymistä esimiesten ja yksiköiden välillä, rekrytointi oli kasvanut, vastavalmistuneiden hoitajien vaihtuvuus vähentynyt ja henkilöstön itseluottamus kasvanut.
Matthies-Baraibar, C., Arcelay-Salazar, A., Cantero-González, D., Colina-Alonso, A., García-Urbaneja, M., González-Llinares, R.M., Letona-Aranburu, J., Martínez-Carazo, C., Mateos-del Pino, M., Nuño-Solinís, R. Corresponding author: Olaetxea-Urizar, E., Antonio de la Rica-Giménez, J., Rodríguez-González, M.A. & Dabouza-Acebal, S. 2014. Is organizational progress in the EFQM model related to employee satisfaction? <i>BMC Health Service Research</i> . 14, 468.	Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida EFQM-mallin vaikutusta terveydenhuollon työntekijöiden tyytyväisyyteen Espanjassa.	EFQM-mallin käyttöönotto oli yhteydessä työntekijöiden tyytyväisyyteen työhönsä niillä osa-alueilla, joihin työntekijät itse voivat vaikuttaa.

Naylor, G. 1999. Using the business excellence model to develop a strategy for health care. <i>International Journal of Health Care Quality Assurance</i> 12 (2), 37–45.	Tutkimuksessa tarkasteltiin englantilaisten sairaaloiden suorituskykyä EFQM-mallin käsitteellisen viitekehyksen avulla.	EFQM-mallin avulla sairaaloista löydettiin useita kehityskohteita.
Sanchez, E., Letona, J., Gonzalez, R., Garcia, M., Darpon, J. & Garay, J.I. 2006. A descriptive study of the implementation of the EFQM excellence model and underlying tools in the Basque Health Service. <i>Int J Qual Health Care</i> 18(1), 58–65.	Tutkimuksessa havainnointiin EFQM-laadunhallintamallin vaikutuksia sairaaloiden, perusterveydenhuollon ja päivystyksen sekä mielenterveyspalveluiden yksiköissä Espanjassa.	EFQM-malli edisti laatua tarkasteltavissa yksiköissä sen käyttöönoton myötä; potilastytyväisyys kasvoi, potilasjonot lyhentyivät, laadunhallinnan tavoitteet saavutettiin, resursseja kohdennettiin koulutukseen sekä laatujärjestelmään.
Vallejo, P., Ruiz-Sancho, A., Dominguez, M., Ayuso, M.J., Mendez, L., Romo, J., Ontoria, L., Rodriguez, P., Serifá, C. & Arango, C. 2007. Improving quality at the hospital psychiatric ward level through the use of the EFQM model. <i>International Journal of Quality in Health Care</i> 19(2), 74–9.	Tutkimuksessa tarkasteltiin EFQM-mallin käyttöönottoa ja sen vaikutuksia laadunhallintaan psykiatrisen sairaalan osastolla Espanjassa.	EFQM-malli koettiin toimivaksi sairaalaympäristössä, henkilön viestinnässä ja osallistumisessa tapahtui myönteinen muutos ja potilaiden hoitajaksojen keskimääräinen pituus ja toistuvat sairaalajakso vähenevät.
<b>ISO 9001-standardit</b>		
Beholz, S. & Konertz, W. 2005. Improvement in cost-effectiveness and customer satisfaction by a quality management system according to EN ISO 9001:2000. <i>Interactive Cardio Vascular and Thoracic Surgery</i> 4(6), 569–73.	Tutkimuksessa arvioitiin ISO 9001-standardin vaikutuksia saksalaisessa sairaalassa sydänkirurgisilla osastoilla.	ISO 9001-standardi näytti hillitsevän kustannuksia ja lisäävän potilastytyväisyyttä hoidon laatua heikentämättä.
Levett, J.M. 2005. Implementing an ISO 9001 Wuality Management System in a Multispecialty Clinic. <i>Physician Executive</i> 31, 6.	Tutkimuksessa tarkasteltiin kuten neurologiaan, yleiseen kirurgiaan, ortopedian ja sydän- ja verisuonisairauksien kirurgiaan erikoistunutta klinikkaa Yhdysvalloissa, joka otti käyttöönsä ISO 9001-laadunhallintastandardit.	Prosessilähtöinen lähestymistapa koettiin merkittäväksi hyödyksi, sillä se paransi hoitoprosessien arviointia ja kehitystä. Kustannussäästöjä syntyi muun muassa sopimusmaksujen ja työntekijämaksujen osa-alueilla.
Rodriguez-Cerrillo, M., Fernandez-Diaz, E., Inurrieta-Romero, A. & Poza-Montoro, A. 2012. Implementation of a quality management system according to 9001 standard in a hospital in the home unit: changes and achievements. <i>International</i>	Tutkimuksessa seurattiin ISO 9001 laatustandardien käyttöön ottoa, toimintaa ja näistä seuraavia tuloksia suhteessa muun muassa keskimääräiseen hoitoaikaan,	Potilastytyväisyys sekä hoitotyön laatu parani

Jouranal of Health Care Quality Assurance 25(6), 498–508.	potilastyytyväisyyteen, haittatapahtumiin, toistuviin hoitajaksoihin, valituksiin, laitevikoihin ja kiireellisiin konsultaatioihin Madridilaisessa sairaalassa.	
Siloaho, M., Naukkarinen, A. & Penttinen, J. 2003. Kokemuksia ISO 9002 -laatujärjestelmästä Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuosina 1997–2001. Suomenlääkärilehti 58, 4835-4839.	Tutkimuksessa tarkasteltiin ISO 9002-standardin laatujärjestelmän vaikutuksia Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Myöhemmin sairaala otti käyttöön ISO 9001:2000-standardin.	ISO 9002-standardi paransi tuottavuutta sekä hoidon ohjeistuksia ja kehitti seurannan, lääkintälaitteiden huollon ja kalibroinnin parantumista. Myöhemmin käyttöön otettu ISO 9001:2000-standardi koettiin terveydenhuoltoon sopivammaksi verrattuna aiempaan standardiin, sillä sen keskiössä on sairaalahoidon toiminnan kehittäminen.
Van Den Heuvel, J., Koning, L., Bogers, A., Berg, M. & Van Dijen, M. 2005. An ISO 9001 quality management system in a hospital Bureaucracy or just benefits? International Journal of Health Care Quality Assurance 18(5), 361-369.	Tutkimuksessa tarkasteltiin ISO 9001-standardin käyttöön ottoa Alankomaissa sijaitsevassa Punaisen Ristin sairaalassa.	ISO 9001 käyttöönotto uudisti hoitoprosesseja, paransi sairaalan toimintoja ja hoidon laatua, kehitti dokumentointijärjestelmää sekä sai aikaan myönteisiä vaikutuksia potilasturvallisuudessa.
Vitner, G., Nadir, E., Feldman, M. & Yurman, S. 2011. ISO 9001 in a neonatal intensive care unit (NICU). International Journal of Health Care Quality Assurance 24(8), 644–53.	Tutkimuksessa arvioitiin ISO 9001-standardien vaikutusta Israelissa vastasyntyneiden teho-osastolla.	Hoitoprosessit ja tyytyväisyys hoitoon näyttivät parantuvan laatustandardien myötä.
<b>CAF-malli</b>		
Yardley, E. 2014. The Value of Audit Tools in Children’s Services: Reflections upon a Common Assessment Framework Audit. British Journal of Social Work 44, 937–954.	Artikkelissa tarkastellaan CAF-mallin hyötyjä ja haasteita lastenpalveluissa Englannissa.	CAF-mallilla nähdään olevan huomattavaa potentiaalia muovautua hyödylliseksi työkaluksi lastenpalveluita tuottavien organisaatioiden kehittymiselle etenkin siksi, että sen avulla voisi sisällyttää tulosten mittaamiseen myös laadulliset lähestymistavat. Mallilla kuitenkin nähdään olevan myös heikkouksia; kvantitatiivisen tulosten puuttuminen sekä ammatinharjoittajien ja lasten näkökulman puuttuminen.



Vuonna 2004 julkaistussa raportin mukaan Suomen sosiaali- ja terveydenalan organisaatioilla ISO 9000-standardien käyttö terveydenhuollon organisaatioissa oli yleisempää yksityisillä kuin julkisilla toimijoilla, noin 33 prosentilla vastaajista. Euroopan laatupalkintomalli (EFQM) oli käytössä myös niin sairaanhoitopiireillä kuin yksityisillä sairaaloillakin, 17 prosentilla vastaajista. Sosiaali- ja terveystalouden laatuohjelma SHQS sekä CAF-laatuohjelmien käyttö oli vähäistä kaikilla terveydenhuollon toimijoilla; SHQS-järjestelmää käytti 9 prosenttia kun taas CAF-mallia 3 prosenttia vastaajista. (Outinen, Räikkönen, Holma & Voipio-Pulkki, 2007, 27.)

OECD:n raportin (2017) mukaan etenkin vastuullisuus sekä kannustimet nähdään terveydenhuollon laatua edistävinä tekijöinä. Joitakin terveydenhuoltoa mittaavia laatuindikaattoreita on kehitetty Euroopan tasolla; esimerkiksi terveydenhuollon koulutuksien yhtenäistämistä tai lääkkeisiin liittyviä rajoituksia. Muut elementit ovat kuitenkin jääneet huomiotta, kuten laatu terveydenhuollon organisaatioissa, kliinisissä prosesseissa sekä hoidon koordinoinnissa. Muutama maa on näyttänyt konkreettista edistymistä suhteessa laadunhallintaan, kuten Tanska, Saksa ja Englanti. (Legido-Quigley ym. 2008.)

OECD:n raportissa on tarkasteltu eri maiden terveydenhuoltojärjestelmiä ja niiden laatua. Raportin mukaan perusterveydenhuollon tulisi kerätä enemmän ennaltaehkäisyyn, vanhushuoltoon, kroonisiin sairauksiin, ikääntyneiden hoitoon ja mielenterveyspalveluihin liittyvää laatu- ja tulodataa, kuten Englannissa, Portugalissa, Israelissa ja Tanskassa on toimittu. (OECD 2017, 64.) Suorituksesta seuraava palaute ja tiukka avoin vertailu ovat myös toimintoja, joilla voidaan vaihtaa kokemuksia ja oppia parantamaan toimintaa. Israelissa, Koreassa ja Ruotsissa on tarkasteltu miten julkinen raportointi yhdistettynä ei-taloudellisiin kannustimiin edistivät laatua. Taloudellisten kannustimien käyttö (maksu yhteydessä hoidon laatuun tai tuloksiin) on nähty tehokkaana keinona tarkasteltaessa kroonisia sairauksia Australiassa ja Englannissa, sairaalahoidon laatua Koreassa sekä mielenterveyttä ja pitkäaikaishoitoa Ruotsissa. (OECD 2017, 64.)

Tanskan Kansallisessa Indikaattori projektissa (The National Indicator Project) mitataan sairaalahoidon laatua potilailta kuuden eri diagnoosin kautta; keuhkosityöpä, skitsofrenia, sydämen vajaatoiminta, lonkkamurtuma, aivohalvaus sekä akuutti leikkausruoansulatuskanavan verenvuodosta johtuen (Legido-Quigley ym. 2008). Sairausten vakavuus, hoito ja lopputulos selvitetään sairaskertomuksista. Saksassa perustettiin vuonna 2001 kansallinen vertailuanalyysijärjestelmä, johon sisältyy yli 30 diagnoosia ja toimenpidettä. Tiedot kattavat noin 20 prosenttia maan hoidetuista tapauksista ja ne julkaistaan vuosittain. Englannissa yleislääkäreitä arvioidaan hoidon laadun ja tulosten perusteella; arviota tehdään etenkin kliinisestä, organisatorisesta ja potilaslähtöisestä näkökulmasta. (Legido-Quigley ym. 2008.)

Näitä laatuindikaattorijärjestelmiä on kritisoitu niiden keskittymisestä ns. "helppojen" kohteiden mittaamiseen tärkeiden tekijöiden unohtuessa. Vaarana on myös tulosten manipuloiminen. Koko Euroopan laajuista lainsäädäntöä yhtenäisestä ja ainoasta hoidon laadusta tuskin on lähitulevaisuudessa saatavilla, sillä Euroopan Unioni on sidoksissa niin moniin hallituksiin, sidosryhmiin ja erilaisiin terveydenhuoltojärjestelmiin. Terveyspalveluja koskeva direktiivi voisi kuitenkin olla mahdollinen, jolloin yksityiskohdat jäisivät maakohtaisesti hallitusten vastuulle. (Legido-Quigley ym. 2008.) Kansallisten terveysstrategioiden suunnittelemiseksi ja terveydenhuollon uudistusten luomiseksi tarvitaan yhteisiä tekoja, jotta terveydenhuollon arviointia ja tuloksia voidaan vertailla kansainvälisellä tasolla (OECD 2017).

## 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA MENETELMÄT

### 4.1 Tutkimuskysymykset

Pro gradu -tutkielman tarkoituksena on tarkastella, minkälaisia laadunhallintajärjestelmiä Suomen erikoissairaanhoidossa on käytössä, miten erikoissairaanhoidon toimijat kuvailevat laadunhallintaansa ja onko laadunhallinnassa yhtäläisyyksiä Common Assessment Framework-mallin osa-alueisiin, jota valtionyhtiö HAUS kehittämiskeskus Oy edistää Suomessa (HAUS kehittämiskeskus Oy 2019).

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaisia erikoissairaanhoidon laadunhallintajärjestelmiä Suomessa on käytössä?
2. Miten erikoissairaanhoidon toimijat kuvailevat laadunhallintaansa?
3. Onko erikoissairaanhoidon laadunhallinnassa yhtäläisyyksiä suhteessa Common Assessment Framework-malliin?

Tutkielman tavoitteena on lisätä tietoa ja ymmärrystä Suomen erikoissairaanhoidon laadunhallinnasta.

### 4.2 Tutkimuksen teoreettinen viitekehys

Common Assessment Framework-malli on valittu teoreettiseksi viitekehyykseksi tähän pro gradu tutkielmaan, sillä useat julkisen sektorin toimijat kuten Suomen valtiovarainministeriö, Kuntaliitto sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ovat kehittäneet ja edistäneet mallin käyttöä Suomessa (Parhiala, Krohn & Punkari 2015, 27). Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella onko Suomen erikoissairaanhoidon laadunhallinnassa samoja elementtejä kuin CAF-mallissa.

### 4.3 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineisto kerättiin sähköisenä kyselynä e-lomakkeen avulla. Sähköinen kysely lähetettiin Suomen sairaanhoitopiirien laaturapääliköille lukuun ottamatta Ahvenanmaan sairaanhoitopiiriä. Mikäli sairaanhoitopiirissä ei ollut laaturapäälikköä, kysely lähetettiin kehityspäälikölle. Sähköinen kysely toteutettiin suomen kielellä. Saatekirje (liite 1) edeltää kyselylomaketta (liite 2), jossa on kuusi avointa kysymystä sekä yksi monivalintakysymys. Sähköiseen kyselyyn vastasi yksitoista sairaanhoitopiiriä kahdestakymmenestä. Kyselyn lopussa vastaajalla oli mahdollisuus jättää liitetiedostona aineistoa tutkijalle. Yksi vastaajista jätti liitetiedoston kyselyn päätteeksi tutkimuskäyttöön. Tutkittavien sairaanhoitopiirien laadunhallintaan liittyvää verkkomateriaalia käytettiin myös tutkimusaineistona teorialähtöistä sisällönanalyysiä tehdessä.

Tutkimusaineisto koostuu siis sairaanhoitopiirien vastauksista sähköiseen kyselyyn, sekä sairaanhoitopiirien laadunhallintaan liittyvästä verkkomateriaalista.

### 4.4 Tutkimusmenetelmät

Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä sekä sen laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysjä voidaan tehdä monin eri tavoin, mutta alkuasetelma tutkijalle on usein hyvin samankaltainen; tutkijan tulee tehdä vahva päätös siitä, mikä aineistossa kiinnostaa, rajata kiinnostuksen kohde tarkasti, luokitella, teemoitella tai tyypitellä valitut kohdat, ja kirjoittaa yhteenveto aineistosta nousseista havainnoistaan (Tuomi & Sarajärvi 2018, 104; Eskola & Suoranta 1998).

Aineistolähtöisessä analyysissä aineistosta itsestään nousee teorettinen kokonaisuus, joka vastaa asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja tutkimuksen tarkoitukseen. Analyysi ja teoria ovat siis aineistolähtöisiä. Sisällönanalyysi on laadullisessa tutkimuksessa yksi perusmenetelmistä, jota voi käyttää hyvin erilaistenkin aineistojen analyysissä. Sisällönanalyysissä pyritään luomaan tutkittavasta kohteesta kokonaisvaltainen ja kattava kuvaus. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 108-119.)

Tässä pro gradu tutkielmassa tutkimusmenetelminä käytetään aineistolähtöistä sekä teorialähtöistä sisällönanalyysiä. Tutkielman tavoitteena on analysoida kerättyä aineistoa ja luoda ymmärrettävä, informatiivinen, selkeä ja kokonaisvaltainen kuvaus siitä, millaisia ominaisuuksia Suomen erikoissairanhoidon laadunhallinta sisältää. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä kerätty aineisto

käydään huolellisesti läpi, jonka jälkeen aineistosta etsitään ne ilmaukset, jotka liittyvät tutkimuskysymykseen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122; Eskola & Suoranta 1998). Ilmaukset kerätään aineistosta, ne ryhmitellään omiin alaluokkiinsa, jonka jälkeen alaluokista yhdistetään yläluokkia, ja viimeiseksi yläluokista muodostetaan pääluokat (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122).

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin jälkeen avointen vastausten tuloksia verrataan Common Assessment Framework-mallin osa-alueisiin, ja tarkastellaan millaisia yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia laadunhallinnalla on suhteessa CAF-malliin. Avointen vastausten tuloksia tarkastellaan siis teorialähtöisellä sisällönanalyysillä CAF-mallin osa-alueiden kautta. Niitä osa-alueita, jotka eivät nouse teorialähtöisessä sisällönanalyysissä esille, tarkastellaan suhteessa sairaanhoitopiirien laadunhallintaan liittyvään verkkomateriaaliin.

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 5.1 Tutkimuksen eteneminen

Tutkimusaineisto kerättiin toukokuussa 2019 sähköisenä kyselynä e-lomakkeen avulla. Saatekirje sekä e-lomakkeen sähköinen linkki lähetettiin sähköpostitse kahdellekymmenelle sairaanhoitopiirien laatuvaikuttajille. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa, jonka jälkeen yhteyshenkilöille lähetettiin muistutusviesti kyselystä, ja annettiin vielä kaksi viikkoa aikaa vastata kyselyyn.

Sähköinen kysely sulkeutui 3.6.2019. Vastausprosentti oli 55. Tutkimuksen edetessä ja sähköisen kyselyn avoimia vastauksia tarkasteltaessa heräsi ajatus siitä, löytyisikö sairaanhoitopiirien verkkosivustoilta mainintoja niistä osa-alueista, joista ei löydy tietoa saaduissa vastauksissa suhteessa CAF-malliin. Avointen vastausten aineisto koostui viidestä sivusta, ja se analysoitiin ensimmäisenä. Sairaanhoitopiirien laadunhallintaan liittyvä verkkomateriaali koostui noin 200 sivusta.

Aluksi avoimet vastaukset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Analyysiä toteuttaessa havaittiin, että liitetiedoston jättäneen toimijan vastaukset olivat tutkimuskysymysten näkökulmasta samankaltaisia kuin mitä liitetiedosto sisälsi, joten tiedostoa ei otettu mukaan analyysiin. Tämän jälkeen avoimia vastauksia tarkasteltiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä suhteessa CAF-malliin. Kahdesta CAF-mallin osa-alueesta ei löytynyt tietoa aineiston tuloksissa, joten näiden kahden osa-alueen olemassaoloa lähdettiin tarkastelemaan suhteessa sairaanhoitopiirien laadunhallintaan liittyvään verkkomateriaaliin.

### 5.2 Aineiston analysointi

Aineiston analysointi toteutettiin kolmessa eri vaiheessa. Ensimmäiseksi analysoitiin sähköisen kyselyn avoimet vastaukset. Vastaukset luettiin huolellisesti läpi, jonka jälkeen aineistoista löydettyt ilmaukset, jotka vastasivat ensimmäiseen ja toiseen tutkimuskysymykseen, pelkistettiin yksinkertaisiksi ilmauksiksi. Pelkistysten eli redusoinnin jälkeen tiivistetyt ilmaukset klusteroitiin, eli ryhmiteltiin mikäli samankaltaisia ilmauksia löydettiin aineistosta. Samankaltaiset pelkistykset ryhmiteltiin alaluokkiin, alaluokat nimettiin, jonka jälkeen ne yhdistettiin niihin yläluokkiin, jotka sisällöllisesti sopivat kyseiseen yläluokkaan. Lopuksi yläluokat abstrahoitettiin eli pelkistettiin

pääluokiksi. Pääluokkia muodostui neljä. Esimerkki avointen vastausten analysoinnista voidaan nähdä taulukossa 2.

Taulukko 2. Avointen vastausten analysoinnin prosessia. Esimerkit ”Laatumittarit” ja ”Kriteerit” – yläluokan muodostumisesta.

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
” Laatu näkyy parempana tuottavuutena”	Laatu parantaa tuottavuutta	Tuottavuus laatumittarina	Laatumittarit
” Parantunut laatu sujuvoittaa prosesseja ja arjen tekemistä.”	Laatu parantaa prosesseja ja arjen tekemistä	Prosessit ja käytännön työn sujuvuus laatumittarina	
”..seurantamittarit..”	Seurantamittarit	Seurantamittarit	
”Käytännön tasolla siis voidaan kriteeristöä 'tarkistaa' miten se täyttää kriteeristön esim. osaamisen arviointi, asiakaspalautteiden kerääminen jne.”	Käytännötasolla kriteeristöä voi tarkistaa miten toiminta täyttää kriteerit	Kriteeristö	Kriteerit
” Kaikki laatutapahtumat perustuvat pääosin SHQS - kriteereihin.”	Laatutapahtumat perustuvat SHQS- kriteereihin	Kriteeristö	
” Laatutapahtumien seurauksena kehitetään toimintoja kohti tavoitteita/ kriteerien täyttymistä.”	Laatutapahtumien seurauksena kehitetään toimintoja kriteereitä kohti	Kriteeristö	
”Mutta toiminta on kuitenkin kriteeristön mukaista pääosin.”	Toiminta on laadunhallinta kriteeristön mukaista pääosin	Kriteeristö	

Tutkimuksen toisessa vaiheessa avointen vastausten tuloksia tarkasteltiin CAF-mallin avulla teorialähtöisen sisällönanalyysin menetelmin. Sisällönanalyysissä siis etsittiin teorialähtöisesti CAF-mallin osa-alueita aineistosta. Kaksi osa-aluetta esiintyi riittämättömänä aineistossa, ja näitä kahta osa-aluetta tutkittiin tutkimuksen kolmannessa ja viimeisessä vaiheessa tarkastelemalla tutkittavien sairaanhoitopiirien laadunhallintaan liittyvää verkkomateriaalia näiden kahden osa-alueen näkökulmasta.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Organisaatioiden laadunhallinta

Yhdestätoista toimijasta viidellä oli käytössä Sosiaali- ja terveydenhuollon laatuohjelma (SHQS). Kaksi toimijaa kertoi organisaatiolla olevan käytössä ISO 9001-standardit. Yhdellä toimijoista oli käytössä SHQS-mallin kriteeristöön perustuva laadunhallinnanjärjestelmä, sillä aiemmin käytetyssä SHQS-laatuohjelmassa pidettiin taukoa organisaatiomuutosten takia. Vaikka auditointeja ei oltu toteutettu, SHQS-laatuohjelmaa käytettiin toiminnan kehittämiseen ja tulevaisuudessa laatuohjelman käyttöönotto oli suunnitteilla.

Yksi toimijoista kertoi, että koko konsernin kattavaa laadunhallintajärjestelmää ei ole käytössä, mutta konsernin yhtiöillä oli käytössä ISO 9001 sekä SFS-EN ISO 15189-järjestelmät (akkreditoitu kliininen laboratorio). Sama toimija kertoi sairaala-apteekilla olevan sekä ISO 9001-sertifikaatti sekä lääkelain vaatima laadunhallintajärjestelmä, jota lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea valvoo ja ylläpitää. Vastauksessa tuli myös esiin säteilylain sekä kudoslain edellyttämät laadunhallintajärjestelmien sekä OECI:n (Organisation European Cancer Institute) vaatimusten mukainen laadunhallintajärjestelmän käyttö, mutta näiden laadunhallintajärjestelmien nimiä tai ominaisuuksia ei tarkemmin eritelty.

Kaksi toimijaa ilmoitti, että heillä ei ole laadunhallintajärjestelmää käytössä. Toinen näistä toimijoista kuvaili organisaatiossa olevan nyt käynnissä tutustuminen vaihtoehtoisiin laadunhallintajärjestelmiin, ja tällä välin laadunhallinnansuunnitelma sekä Lean-työkalut kehittävät toimintaa.

Avointen vastausten analyysin tulokseksi syntyi 58 alaluokkaa ja 12 yläluokkaa. Tulokset voidaan nähdä taulukosta 3. Yläluokiksi muodostuivat *laadunhallintajärjestelmät, standardit, laatutoiminta, sisäinen ja ulkoinen arviointi, laadun kehittäminen, laadun ohjaus, laatumittarit, kriteerit, säädökset, laadunhallintaa edistävät tekijät, konkreettiset laatutoiminnot sekä laadunhallinnan haasteet*.



Taulukko 3. Sairaanhoidopiirien laadunhallintaan liittyviä ominaisuuksia ja tekijöitä

Alaluokka	Yläluokka
SHQS- laadunhallinta järjestelmä	Laadunhallintajärjestelmät
ISO 9001-laadunhallinta järjestelmä	
Viranomaisen edellyttämä laadunhallinta järjestelmä	
Ei laadunhallinta järjestelmää	
Sosiaali- ja terveydenhuoltoon soveltuvat standardit	Standardit
Standardit, auditoinnit ja laaduntunnustukset	
Johtaminen, voimavarat, prosessien hallinta kehittäminen	Laatutoiminta
Arvot	
Tavoitteet	
Potilasturvallisuus	
Asiakaslähtöisyys	
Itsearviointit, sisäiset ja ulkoiset auditoinnit	Sisäinen ja ulkoinen arviointi
Itsearviointit	
Johdon katselmus	
Jatkuva laadun parantaminen	Laadun kehittäminen
Kehityskohteet	
Johtamisen ja toiminnan kehittäminen asiakaslähtöiseksi	
Avoimuuden kulttuuri	
Toiminnan ohjaus- ja johtamisjärjestelmä	Laadun ohjaus
Prosessimainen riskiperusteinen toimintamalli	
Näyttöön perustuva toiminnan ohjaus-, arviointi- ja kehittämismenetelmä	
Toiminnan ja dokumentaation ohjaaja	
Ohjaa toimintaa ja tuottaa tietoa	
Turvallisuusprosessit	
Ohjausjärjestelmä	
Asiakaskokemus laatumittarina	Laatumittarit
Prosessit ja käytännön työn sujuvuus laatumittarina	
Tuottavuus	
Vaikuttavuus	
Kilpailukykyinen toiminta	Kriteerit
Kriteeristö	
Lakisääteisyys	Säädökset
Johdon ja henkilöstön sitoutuminen, osallistaminen	Laatua edistävät tekijät
Henkilöstön motivaatio	
Resurssit	
Asiakkaiden informointi	
Yhteisesti sovitut laadunhallinnan linjaukset	
Kompetenssi	
Esimiesten ja henkilöstön koulutus	

Laatukokoukset, kehittämisen periaate	Konkreettiset laatutoiminnot
Laatutyökalut	
Asioiden eteneminen ymmärrettävästi	
Laatujärjestelmän epäselvyys	Laadunhallinnan haasteet
Haastavat olosuhteet	
Epäselvä kokonaisuus	
Laadunhallinta-ajattelun puute	
Sitoutumattomuus	
Resurssien puute	
Motivaation puute	
Muutoshaaste	
Ajankäytön haaste	
Ajankäyttö ja osaamisresurssit haaste	
Kehittämisen haaste	
Muutokset, mittaristojen puute ja viestintä haaste	
Järjestelmän hyödyttömyys	
Järjestelmän hyödyntämättömyys	
Virallisen auditoinnin puute	

*Laadunhallintajärjestelmät* sisältää kuvauksia siitä, minkä nimisiä laadunhallintajärjestelmiä organisaatiolla oli käytössä. SHQS- ja ISO 9001-laadunhallintajärjestelmät olivat ainoat mallit, jotka nimettiin konkreettisesti.

*Standardit* kuvaa sitä, millaisiin organisaatioiden standardeihin laadunhallintajärjestelmät pohjautuivat.

*” SHQS laatuohjelma sisältää ISO 9001 standardin keskeiset vaatimukset, jotka on sovitettu sosiaali- ja terveydenhuollon alalle soveltuviksi ”*

*Laatutoiminta* sisältää ne elementit, jotka laadunhallintajärjestelmä ohjasi organisaatiota huomioimaan. Etenkin johtaminen, voimavarat, prosessien hallinta ja kehittäminen nousivat esiin useassa vastauksessa. Arvot, tavoitteet, potilasturvallisuus ja asiakaslähtöisyys näyttäytyivät myös osassa vastauksia.

*”Johtaminen, voimavarat, arvot, tavoitteet”*

*Sisäinen ja ulkoinen arviointi* tarkoittaa organisaation sisäisiä tai ulkoisia arviointeja ja auditointeja.

*Laadun kehittäminen* kuvaa jatkuvan laadun parantamisen sekä toiminnan kehittämisen ulottuvuuksia. Myös avoimen keskustelukulttuurin nähtiin kehittävän laadunhallintaa.

*”..jatkuva keskustelu organisaatiomme sisällä ja yhteistyökumppaneiden kanssa...”*

*Laadun ohjaus* sisältää kuvauksia siitä, millaisena järjestelmänä organisaatio näki laadunhallintajärjestelmänsä. Järjestelmän nähtiin ohjaavan ja arvioivan toimintaa ja prosesseja.

*”Ohjaa erilaisia valintoja, antaa suuntaa, ryhdittää, luo yhteisen pohjan hahmottaa toimintamme yksittäisestä työntekijästä koko organisaatioon”*

*Laatumittarit* viittaa niihin työkaluihin tai ominaisuuksiin, joilla organisaatio mittasi tai kuvasi toimintansa laatua. Näitä olivat asiakaskokemus, prosessit ja käytännön työn sujuvuus, tuottavuus, vaikuttavuus ja kilpailukykyinen toiminta.

*” Laatu näkyy parempana asiakaskokemuksena”*

*Kriteerit* tarkoittaa niitä arvosteluperusteita, jonka organisaatio tai organisaation käyttämä laadunhallintajärjestelmä oli asettanut toiminnalleen. Kriteerit näyttäytyivät myös enemmän konkreettisina toimintoina arjen työssä verrattuna standardeihin, jotka viittaavat enemmän kansallisiin tai kansainvälisiin organisaatioiden kehittämiin standardeihin.

*” Käytännön tasolla siis voidaan kriteeristöstä 'tarkistaa' miten se täyttää kriteeristön esim. osaamisen arviointi, asiakaspalautteiden kerääminen jne.”*

*Säädökset* puolestaan kuvaa toiminnan lainmukaisuutta ja lakisääteisyttä.

*” Vaatimukset ovat lakisääteisiä, joten ainakin toiminnan lainmukaisuus täytyy”*

*Laadunhallintaa edistäviä tekijöitä* kuvaa laadunhallintaa edistäviä ominaisuuksia; etenkin johdon ja henkilöstön sitouttaminen ja osallistaminen sekä resurssit nousivat merkittäviksi kokonaisuuksiksi. Myös asiakkaiden informointi suhteessa laatukulttuuriin ja laatu tietoon mainittiin laadunhallintaa edistävänä elementtinä.

*” Johdon ja henkilöstön sitoutuminen laatutyöskentelyyn ja organisaation strategian ja laadunhallintasuunnitelman mukaisesti ”*

*Konkreettiset laatutoiminnot* tarkoittaa niitä käytännönläheisiä työkaluja, joilla laatua edistettiin organisaatioissa; näitä olivat muun muassa laatukokoukset, laatutyökalut ja selkeä kommunikointi.

*” Asian vieminen eteenpäin käytännön läheisessä ja ymmärrettävässä muodossa ja kielessä ”*

*Laadunhallintajärjestelmän haasteet* kuvaa niitä tekijöitä, jotka koettiin haastavina suhteessa laadunhallintaan. Yksi merkittävimmistä tekijöistä oli sitoutumattomuus laadunhallintaan.

*” Johdon sitoutuminen ollut heikkoa, mikä on heijastunut yksiköiden esimiehiin ja toimintaan laadunhallinnan edistämiseksi ja tiedostamista ”*

Muutokset johdon henkilöissä, henkilöstössä ja koko organisaatiossa koettiin vaikeuttavan laadunhallintaa. Etenkin jatkuvien muutosten nähtiin vaikuttavan laadunhallintaan kielteisesti.

*” Jatkuvat muutokset ovat kuitenkin jättäneet laatujärjestelmän sinänsä taka-alalle ”*

Avointen kysymysten lisäksi sairaanhoitopiireiltä kysyttiin ohjaako laadunhallintajärjestelmä huomioimaan vuosittain seuraavat osa-alueet organisaatiossa: asiakastyytyväisyyden, henkilöstökyselyt, eettisyyden, kestävän kehityksen, vaikutukset yhteiskuntaan, asiakaslähtöisyyden, työhyvinvoinnin, organisaation tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden sekä henkilöstön osallisuuden, sairauspoissaolot ja vaihtuvuuden (taulukko 4 ja 5). Edellä mainitut ominaisuudet esiintyvät CAF-mallissa. Sairaanhoitopiireistä vain yksi toimija (toimija 2) vastasi myöntävästi laadunhallintajärjestelmän huomioivan vuosittain kaikki seuraavat osa-alueet. Kolme toimijaa (toimijat 1, 3 ja 11) eivät valinneet edellä mainituista osa-alueista yhtäkään kohtaa.

Taulukko 4. CAF-mallista pohjautuvat laadunhallinnasta kertovat tekijät sairaanhoitopiireittäin

Vastaaja	Asiakastyytyväisyyskysely	Henkilöstökysely	Eettisyys	Kestävä kehitys	Vaikutukset yhteiskuntaan	Asiakaslähtöisyys
Toimija 1						
Toimija 2	X	X	X	X	X	X
Toimija 3						
Toimija 4	X					X
Toimija 5	X	X		X		X
Toimija 6	X	X	X			X
Toimija 7	X	X	X			X
Toimija 8	X	X	X			X
Toimija 9	X	X				X
Toimija 10	X	X				X
Toimija 11						

Taulukko 5. CAF-malliin pohjautuvat laadunhallinnasta kertovat tekijät sairaanhoitopiireittäin

Vastaaja	Työhyvinvointi	Henkilöstön osallisuus	Henkilöstön sairauspoissaolot	Henkilöstön vaihtuvuus	Organisaation tuloksellisuus	Organisaation vaikuttavuus
Toimija 1						
Toimija 2	X	X	X	X	X	X
Toimija 3						
Toimija 4		X			X	X
Toimija 5	X	X			X	X
Toimija 6	X	X			X	
Toimija 7	X	X	X	X	X	X
Toimija 8	X		X	X	X	X
Toimija 9		X		X	X	X
Toimija 10	X	X	X	X	X	
Toimija 11						

Kahdeksan toimijan mukaan asiakastyytyväisyyskysely, asiakastyytyväisyys sekä organisaation tuloksellisuus huomioitiin organisaatiossa vuosittain. Henkilöstön tyytyväisyys ja henkilöstön osallisuus huomioitiin seitsemässä organisaatiossa. Kuusi toimijaa ilmoitti huomioivansa työhyvinvoinnin ja organisaation vaikuttavuuden organisaatiossa vuosittain. Vastausten perusteella eettisyys, kestävä kehitys sekä henkilöstön sairauspoissaolot ovat harvinaisempia kokonaisuuksia, mitä organisaatioissa vuosittain tarkastellaan; eettisyyden osa-alueen huomioi neljä toimijaa, kestävä kehityksen kaksi toimijaa ja henkilöstön sairauspoissaolot neljä toimijaa. Henkilöstön vaihtuvuuden huomioi viisi organisaatiota. Vain yksi vastaaja ilmoitti organisaation huomioivan sen vaikutukset yhteiskuntaan (toimija 2).

Avointen vastausten aineistolähtöisessä sisällönanalysissä tarkasteltaessa yläluokkia niiden voidaan ajatella muodostavan pääluokkia, ja pääluokat yhden yleiskäsitteen. Kuvio 2 voidaan nähdä, miten yläluokat muodostivat pääluokat, ja pääluokat yleiskäsitteen *Laadunhallinta*.

*Laadun kehykset* tarkoittaa laadunhallintaan liittyviä suosituksia, arviointiperusteita ja lakisääteisiä velvoitteita. *Laadunhallinnan instrumenteilla* puolestaan tarkoitetaan niitä työkaluja ja toimintoja, jotka ohjaavat, arvioivat ja mittaavat laatua. *Laatuprosessit* ovat niitä toimintoja, jotka vahvistavat laatuprosesseja niin konkreettisilla kuin toimintaa ohjaavilla toiminnoilla henkilöstö ja johto huomioiden. *Laadun parantaminen* kuvaa laadunhallintaan liittyviä haasteita, joita arvioidaan sisäisillä ja ulkoisilla arvioinneilla, joiden avulla pyritään kehittämään laatua.



Kuvio 2. Laadunhallinta sairaanhoitopiirien kuvaamana

## 6.2 Organisaatioiden laadunhallinta suhteessa CAF-malliin

Seuraavaksi avoimen kyselyn vastauksia tarkasteltiin teorialähtöisen sisällönanalyysin avulla CAF-mallin osa-alueiden kautta. Kuten luvussa 2.3.4 on kuvattu, CAF-mallissa on yhdeksän eri erinomaisen suorituskyvyn tunnusmerkkiä; tuloskeskeisyys, asiakas- ja kansalaislähtöisyys, johtajuus ja johdonmukaisuus, tosiasioihin perustuva prosessijohtaminen, henkilöstön kehittäminen ja osallistaminen, verkostoitumisen kehittäminen, yhteiskuntavastuu sekä jatkuva oppiminen, uudistuminen ja kehittyminen. Viimeisessä arvioinnin osa-alueessa organisaatio tarkastelee saavuttamiaan ulkoisia ja sisäisiä tavoitteita tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden sekä tehokkuuden käsitteiden kautta. (CAF 2013, 9.)

Tuloskeskeisyyden elementillä tarkoitetaan CAF-mallissa organisaation tuloksia sekä niiden saavuttamista suhteessa tavoitteisiin. Suoranaista viittausta sanaan ”tulos” ei noussut aineistosta esille, mutta muutama viittaus tavoitteisiin oli nähtävissä;

*”Laatutapahtumien seurauksena kehitetään toimintoja kohti tavoitteita/ kriteerien täyttymistä”*

Asiakas- ja kansalaislähtöisyyden osa-alue, jolla tarkoitetaan asiakkaiden ja kansalaisten tarpeiden täyttöä ja osallistumista organisaation kehitykseen, viitattiin useamman kerran:

*”..ja tehostaa asiakkaan vaatimusten toteuttamista, jolloin asiakastyytyväisyys lisääntyy”*

*”..brändin lunastaminen asiakkaalle..”*

Aineistossa ei kuitenkaan mainittu kertaakaan käsitettä ”kansalainen” tai ”kansalaislähtöisyys”, vaan asiakkaat ja asiakaslähtöisyys.

Johtajuuden ja johdonmukaisuuden osa-alueella tarkoitetaan järjestelmällistä, innovatiivista ja selkeää johtamista. Johtamisen käsite nousi esiin lähes joka vastauksessa avoimessa kyselyssä, mutta johtamisen ominaisuuksia ei oltu eritelty yksityiskohtaisemmin. Johtamisen käsite nousi erityisesti esiin kysyttäessä laadunhallintajärjestelmän huomioivia osa-alueita. Sitä käytettiin myös kuvailtaessa millaisia hyötyjä laadunhallintajärjestelmä tuo organisaatiolle:

*”Se antaa raamit toiminnan kehittämislle ja johtajille tietoa, missä tilanteessa organisaatiossa ollaan”*

Tosiasioihin perustuvalla prosessijohtamisella viitataan faktatiedolla tehtyihin päätöksiin ja prosessien johtamiseen tuloksien saavuttamiseksi. Prosessijohtamisen käsitettä ei esiintynyt aineistossa. Vastauksissa nousi kuitenkin useamman kerran esille prosessihallinta osa-alueena, jonka laadunhallintajärjestelmä huomioi:

*”Prosessimaisen toimintamallin avulla organisaatio voi suunnitella prosessinsa ja niiden vuorovaikutukset”*

Henkilöstön kehittämisen ja osallistamisen osa-alue ohjaa organisaatiota huomioimaan henkilöstön osallisuuden ja osaamisen organisaation hyväksi. Henkilöstö mainittiin useasti kysyttäessä mitkä tekijät vaikuttavat laadunhallintaa edistävästi organisaatiossa, mutta henkilöstön osallisuus ei noussut esiin avoimissa vastauksissa. Kuitenkin seitsemän toimijaa vastasi organisaationsa laadunhallinnan huomioivan henkilöstön osallisuuden vuosittain CAF-malliin pohjautuvassa monivalintakysymyksessä (taulukko 5).

Henkilöstön osaamisen huomiointi näkyi yhden toimijan vastauksessa:

*”..ihmisten osaamisen ja työpanoksen mielekkäämpi ja tuottavampi käyttö..”*

Toisaalta henkilöstö-osaaminen mainittiin myös kysyttäessä laadunhallinnan haasteista;

*“Aika- ja osaamisresurssin riittävyys kehittämistyössä”*

Jatkuvan oppimisen, uudistumisen ja kehittymisen osa-alueella tarkoitetaan organisaation jatkuvaa kehittymisen tilaa. Kehittämisen käsite nousi esiin aineistosta useamman kerran, etenkin kysyttäessä millaisia osa-alueita laadunhallintajärjestelmä ohjaa huomioimaan. Yhdessä vastauksista näkyi myös oppivan organisaation käsite:

*” .. oppivan organisaation status..”*

Yhteiskuntavastuun sekä kumppanuuksien kehittämisen osa-alueet eivät nousseet merkityksellisesti esille avoimissa kysymyksissä. Yhteiskuntavastuun osa-alueella tarkoitetaan organisaation kykyä huomioida taloudelliset, ekologiset ja sosiaaliset ulottuvuudet toiminnassaan. Kumppanuuksien kehittämisen osa-alueella tarkoitetaan sidosryhmien ja yhteistyökumppaneiden suhteiden ylläpitoa ja kehittämistä vastavuoroisesti. Vain yhdessä vastauksessa nousi esiin vuorovaikutus yhteistyökumppaneiden kanssa:



*”..jatkuva keskustelu organisaatiomme sisällä ja yhteistyökumppaneiden kanssa..”*

CAF-mallin viimeisintä osa-aluetta, ulkoisten ja sisäisten tavoitteiden arviointia tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden sekä tehokkuuden käsitteiden kautta ei mainittu avoimen kyselyn vastauksissa, mutta taulukosta 4 voidaan nähdä, että peräti kahdeksan toimijaa vastasi laadunhallintajärjestelmän huomioivan organisaation tuloksellisuuden, ja kuusi toimijaa organisaation vaikuttavuuden.

Seuraavassa luvussa esitetään analyysi puuttuvien elementtien eli yhteiskuntavastuun sekä kumppanuuksien kehittämisen osa-alueiden suhteesta sairaanhoitopiirien laadunhallintaan liittyvään verkkomateriaaliin.

### 6.3 Täydentävä analyysi suhteessa kumppanuuksien kehittämiseen ja yhteiskuntavastuuseen

Kaikkien kahdenkymmenen sairaanhoitopiirin verkkosivustojen aineisto käytiin läpi yhteiskuntavastuun ja kumppanuuksien kehittämisen osa-alueiden näkökulmasta. Seitsemältä sairaanhoitopiiriltä ei löydetty mainintaa yhteiskuntavastuusta tai kumppanuuksien kehittamisestä. Yhdeltä sivustolta löytyi maininta kansalaisvaikuttamisesta, kehittäjäasiakkaista sekä yhteiskehittämisestä, mutta edellä mainittuja tekijöitä ei oltu eritelty tarkemmin. Mainintaa ekologisuudesta tai kestävästä kehityksestä ei edellä mainitulta sivustolta löytynyt. Kahdella sairaanhoitopiirin sivustolla puolestaan oltiin keskitytty yhteistyöryhmien kuvailuun, mutta yhteiskuntavastuuseen liittyviä tekijöitä ei ollut havaittavissa. Kymmenestä muusta verkkosivustosta löytyi mainintoja niin yhteiskuntavastuuseen kuin kumppanuuksien kehittämisenkin osa-alueisiin sopiviksi.

Yhteiskuntavastuun näkökulmasta verkkosivustoilta löytyi etenkin ekologisuuteen, ympäristöön ja kestäväan kehitykseen liittyviä mainintoja. Neljä sairaanhoitopiiriä toi verkkosivustoillaan esille ympäristöohjelmansa. Ympäristöohjelmien kuvailtiin huomioivan muun muassa sairaaloiden energiatehokkuutta, jätteiden käsittelyä sekä hankintojen ja materiaalien tehokasta käyttöä:

*”Ympäristöohjelmassa kuvataan mm. jätteiden käsittely, riskijätteet kuten lääke- ja biologiset jätteet ja jätteiden kierrätys”*

Useammalla sivustolla myös mainittiin henkilöstön koulutus suhteessa ympäristöasioihin:

*”Aktiivinen koulutus ja viestintä lisäävät henkilökunnan tietoutta oman työn ympäristövaikutuksista ja mahdollisuuksista toimia ympäristöystävällisemmin”*

Kolme sairaanhoitopiiriä toi esille yhteiskuntavastuun ulottuvuuden myös muun kuin kestävän kehityksen näkökulmasta:

*”..strategisessa johtamisessa huomioidaan myös ympäröivän yhteiskunnan asettamat ehdot”*

*” Vastuullisuudella tarkoitamme vastuuta sairaanhoitopiirin päätösten ja palvelujen vaikutuksista yhteiskuntaan ja ympäristöön”*

Sivustot toivat esiin sairaanhoitopiirien palveluiden toiminnan vaikutukset väestön terveyteen ja hyvinvointiin:

*”..voimavarat suunnataan ja käytetään niin, että niillä saadaan mahdollisimman paljon terveyttä ja hyvinvointia”*

Yksi näistä edellä mainituista sairaanhoitopiireistä on myös verkkosivustonsa mukaan tehnyt yhteiskuntasitoumuksen vastuullisuudesta, johon kuuluu jatkuva kestävän kehityksen huomiointi. Näitä toimintoja olivat muun muassa optimaalisten ruokamäärien valmistus ja ylitsejääneen ruoan myynti henkilöstölle, paperitulosteiden vähentäminen sähköisten palveluiden avulla, veden säästö sekä työmatkaliikuntaan kannustaminen.

Kumppanuuksien kehittämisen osa-alue näkyi kymmenen sairaanhoitopiirin sivustolla lähinnä kumppanuuksien kuvailulla. Pieni osa sivustoista kuvaili, kuinka jokin tietty työryhmä tai vastualueen johtaja vastaa verkostoitumisesta tai kumppanuuksien kehittämisestä. Lähes jokainen edellä mainittu sivusto mainitsi yhteistyökumppaneikseen perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen sekä muut erikoissairaanhoidon toimijat. Yksi sivusto mainitsi myös potilasjärjestöt, poliisin, sivistystoimen sekä seurakunnan, kun taas eräällä toisella sivustolla mainittiin yhteistyö ammattikorkeakoulujen sekä yksityisten palveluntuottajien kanssa.

Muutama verkkosivusto avasi sidosryhmien kanssa käytävää vuorovaikutusta:

*” Parannamme jatkuvasti toimintaamme virkamiesjohdon ja omistajien asettamilla periaatteilla tyydyttääksemme asiakkaidemme, potilaittemme ja muiden sidosryhmien tarpeet”*

Yksi sairaanhoitopiireistä kertoi verkkosivustollaan tarjoavansa yhteistyökumppaneille tietoa ja taitoja:

*”Tarjoamme esimerkiksi koulutusta, asiantuntemusta ja ohjeistusta terveydenhuollon eri osa-alueista”*

Yksi sairaanhoitopiiri kuvaili sivustollaan osuvasti miten yhteistyökumppanuuden täytyy hyödyttää nimenomaan omaa toimintaa:

*” Yhteistyökumppaneiden valinnassa kiinnitetään huomiota kumppanuudesta saatavaan hyötyyn omalle toiminnalle. Yhteistyössä vältetään sellaisia valintoja, jotka ohjaavat voimavaroja pois omilta strategisilta päätoiminnoilta ”*

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella Suomen erikoissairaanhoidon laadunhallintaa ja laadunhallintajärjestelmiä. Tutkimustulokset pyrkivät vastaamaan siihen, minkälaisia erikoissairaanhoidon laadunhallintajärjestelmiä Suomessa on käytössä, miten organisaatiot kuvaavat laadunhallintaansa ja onko laadunhallinnalla yhtäläisyyksiä Common Assessment Framework-malliin. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus (nykyään Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) raportissa kartoitettiin sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden laadunhallinnan kehitystä vuodesta 1999 vuoteen 2004. Raportin mukaan terveydenhuoltoalan organisaatioista edelläkävijät laadunhallinnassa olivat sairaanhoitopiirit. (Outinen, Räikkönen, Holma & Voipio-Pulkki, 2007) Tämän tutkimuksen avointen vastausten tulosten perusteella noin 82 prosentilla vastanneista erikoissairaanhoidon toimijoista oli käytössä järjestelmä, joka ohjasi organisaation laadunhallintaa.

Tämän tutkimuksen avointen vastausten tuloksissa nimetyt laadunhallintajärjestelmät olivat joko SHQS- tai ISO 9001- järjestelmät. Kaksi toimijaa kertoivat, että heillä ei ole laadunhallintajärjestelmää käytössä. Toinen näistä toimijoista kuitenkin toi esille, että organisaatio oli kartoittamassa uusia mahdollisuuksia suhteessa laadunhallintaan ja sen ajan organisaatio käyttää erilaisia laatutyökaluja laadunhallinnassa. Sama toimija myös kuvasi mitkä tekijät ja keinot edistävät laatua ja mitä haasteita organisaatiolla voi olla suhteessa laadunhallintaan. Toinen edellä mainituista toimijoista ei vastannut muihin sähköisen kyselyn osa-alueisiin. Tämän tutkimuksen perusteella noin puolella koko Suomen sairaanhoitopiireistä on siis käytössä laadunhallintaan liittyviä työkaluja tai laadunhallintajärjestelmiä, joilla laatutoimintaa organisaatioissa edistetään.

Tutkimuksen perusteella erikoissairaanhoidon toimijoiden vastauksista muodostui laadunhallinnan käsite, joka jakaantui kahteentoista yläluokkaan: laadunhallintajärjestelmät, standardit, laatutoiminta, sisäinen ja ulkoinen arviointi, laadun kehittäminen, laadun ohjaus, laatumittarit, kriteerit, säädökset, laadunhallintaa edistävät tekijät, konkreettiset laatutoiminnot sekä laadunhallinnan haasteet. Tästä voidaan päätellä, että laadunhallintaan liittyy useita eri kokonaisuuksia, joilla jokaisella on merkittävä vaikutus organisaation laadunhallintaan; Ramachandran ja Cram (2005) toteavatkin, että terveydenhuollon laadunhallinnan prosessien tulee muun muassa turvata, ylläpitää ja kehittää laadukasta hoitoa potilasturvallisuuden- ja tyytyväisyyden, kustannustehokkuuden ja terveyshyötyjen lisäämiseksi.

Standardit ja säädökset nähtiin kiinteänä osana laadunhallintaa, sillä ne antoivat kehykset laatutoiminnalle ja varmistivat toiminnan lainmukaisuuden. Etenkin potilasturvallisuuden näkökulmasta organisaation tulee huomioida lainsäädäntö ja lainmukaisuus toiminnassaan (Sainio ym. 2018). Johtaminen, voimavarat, prosessien hallinta, kehittäminen, arvot, tavoitteet, potilasturvallisuus sekä asiakaslähtöisyys kuvattiin merkittäviksi osiksi laatutoimintaa; erityisesti johtaminen, voimavarat, prosessit ja kehittäminen nousivat toistuvasti esiin vastauksissa.

Johtaminen nähdäänkin yhtenä merkittävimmistä tekijöistä laadunhallinnassa; johtamisen merkitystä painotetaan niin ISO 9001-, SHQS-, EFQM- ja CAF-malleissa. Etenkin autenttisen johtamisen on nähty saavan henkilöstön sitoutumaan työhönsä paremmin, jolloin hoidon laadun on koettu merkittävästi lisääntyneen (Wong, Laschinger & Cummings 2010). Terveyspalvelujen laadun on nähty kasvavan myös muutosjohtamiseen panostamalla, mikä lisää henkilöstön tyytyväisyyttä ja ammatillista panostusta (Alloubani, Abdelhafiz, Abughalyun, Edris & Almurkhtar 2015). Prosesseja ja toiminnan kehittämistä pidetään merkittävänä tekijänä sairaalaorganisaatioiden laadunhallinnassa, ja prosessinohjaukseen painottuvia laatujärjestelmiä pidetään nimenomaan sairaalaorganisaatioille tarkoituksenmukaisimpina (Van Den Heuvel ym. 2005, 361-362).

Konkreettisia laatutoimintoja kuten laatukokouksia sekä sisäisiä ja ulkoisia auditointeja pidettiin toimivina, sillä ne nostivat esille organisaation kehityskohteet, joiden parantamiseen voitiin keskittyä. Tämän tutkimuksen mukaan noin puolet vastanneista sairaanhoitopiireistä käytti organisaation ulkopuolelta hankittua SHQS-laatuohjelmaa, mikä vahvistaa Mattilan ja Aaltosen (2015) havaintoa terveysorganisaatioiden toiminnasta ostaa ulkopuoliselta toimijalta erillinen laatuohjelma arvioimaan organisaation laatua.

Tämän tutkimuksen mukaan laatua mittaavina tekijöinä pidettiin asiakaskokemusta sekä prosessien sujuvuutta ja tuottavuutta, mutta tarkennuksia laadun mittaamisesta ei näyttäytynyt vastauksissa. Avoimissa vastauksissa nousi esille myös konkreettisesti olemassaolevien vertailukelpoisten laatumittareiden puute, jonka voidaan ajatella kertovan Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon laadutiedon vähyydestä (Sainio ym. 2018) sekä Suomen olevan jäljessä laadun mittaamisessa (Mattila & Aaltonen 2015). Mikäli organisaatiolla oli haasteita laadunhallinnassa, se näkyi lähes jokaisessa avoimessa vastauksessa muun muassa mainintoina resurssien puutteesta ja johdon sitoutumattomuudesta. Tämän tutkimuksen perusteella laadunhallintaa edistävät tekijät sekä haasteet näyttäytyivät selvästi yhdessä; mikäli johto ja henkilöstö sitoutui ja osallistui laadunhallintaan ja resurssit olivat riittävät, laadunhallinnan toteuttaminen ja edistäminen koettiin merkityksellisenä organisaation toiminnassa. Henkilöstön motivaatio ja ammattitaito nähdäänkin laatua edistävinä tekijöinä asiakaskokemuksen näkökulmasta (Mäntynen ym. 2015).

Mosadeghradín (2014) ehdotelma terveysterveysorganisaatioiden laadun kehittymisestä nimenomaan potilaan ja terveydenalan ammattilaisen välisen vuorovaikutuksen seurauksena nähdään merkittävänä tekijänä suhteessa laadunhallintaan, ja tämän tutkimuksen perusteella asiakaslähtöisyyttä pidettiin yhtenä keskeisimpänä tekijänä suhteessa laadunhallintaan. Tarkasteltaessa tämän tutkimuksen avoimia vastauksia sekä sairaanhoitopiirien laadunhallintaan liittyvää verkkomateriaalia esille nousee käsite ”asiakastytyväisyys” monta kertaa.

Kirjallisuuden perusteella potilaiden arviota hoidon laadusta pidetään yhtenä parhaimpana laatua kuvaavana tekijänä (Wong ym. 2013), ja potilastytyväisyyteen vaikuttavat etenkin hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot, käyttäytyminen sekä motivaatio haluun edistää potilaiden terveyttä ja hyvinvointia (Wong ym. 2012; Wong ym. 2013) Asiakastytyväisyyttä pidetään siis hoitoa kuvaavana laatukriteerinä, mutta onko se suuremmassa arvossa kuin esimerkiksi hoidon vaikuttavuus? Mikäli hoito on vaikuttavaa, mutta asiakaskokemus kielteinen, kertooko se huonosta hoidon laadusta? On myös mielenkiintoista huomata, että tämän tutkimuksen perusteella ”asiakaslähtöisyys” käsitettä käytettiin kolme kertaa enemmän kuin ”potilaslähtöisyys” käsitettä. Edellä mainitun ilmiön voidaan nähdä johtuvan yhteiskunnallisesta muutoksesta, jossa potilas nähdään enemmän asiakkaana, jolla on valta tehdä päätöksiä ja valintoja oman hoitonsa suhteen (Kalliomaa-Puha 2015, 133).

Laadukas hoito on määritelty turvalliseksi, vaikuttavaksi, potilaskeskeiseksi, oikea-aikaiseksi, tehokkaaksi ja tasa-arvoiseksi (Institute of Medicine 2001; OECD 2017). Avoimissa vastauksissa nousivat esiin nämä kaikki osa-alueet lukuun ottamatta hoidon oikea-aikaisuutta tai tasa-arvoa, mikä voi johtua siitä, että Suomen terveydenhuoltoon pidetään kansainvälisellä tasolla tasokkaana ja tasa-arvoisena. Global Burden of Disease Health Financing -tutkijaverkoston (2018) julkaisemassa raportissa Suomen terveydenhuolto on parempi sekä maksaa vähemmän verrattuna muihin maihin, ja toisen julkaisun mukaan Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on maailman paras suhteessa hoidon tuloksiin kuuden muun maan kanssa (GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators 2018).

Avointen vastausten tuloksia tarkasteltaessa on mielenkiintoista huomata, että kahdella eri toimijalla oli käytössä sama laadunhallintajärjestelmä (SHQS-malli), mutta vastausten perusteella erilaiset kokemukset suhteessa laadunhallintajärjestelmään. Kysyttäessä ohjaako laadunhallintajärjestelmä arvioimaan asiakastytyväisyyskyselyt, henkilöstökyselyt, eettisyyden, kestävä kehityksen, vaikutukset yhteiskuntaan, asiakaslähtöisyyden, työhyvinvoinnin, henkilöstön osallisuuden, sairauspoissaolot sekä vaihtuvuuden ja organisaation tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden toiminnassaan, toinen näistä toimijoista vastasi laadunhallintajärjestelmän

huomioivan kaikki osa-alueet vuosittain, kun taas toinen ei vastannut yhteenkään osa-alueeseen myöntävästi.

Tämän tutkimuksen avointen vastausten perusteella toimijoilla oli siis hieman ristiriitaisia painotuksia vastauksissaan, vaikka heillä saattoi olla sama laadunhallintajärjestelmä käytössä. On tutkittu, että laadunhallintaan ei terveydenhuollossa suhtauduttaisi enää niin ristiriitaisesti, vaikka sen toteuttaminen eteneekin hitaasti (Francois ym. 2003, 47). Edellä mainitut ristiriidat voivatkin johtua siitä, että toimijoilla on yksilölliset olosuhteet toteuttaessaan laadunhallintaa, esimerkiksi laatukoulutuksien tai resurssoinnin näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa johtohenkilöissä ja organisaatiossa tapahtuvat muutokset koettiin haasteeksi suhteessa laadunhallintaan.

Terveydenhuollon luonteeseen kuuluviin nopeisiin muutoksiin (Campbell 2008), Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen epävarmuuteen ja yhteiskunnasta terveydenhuoltoon kohdistuviin paineisiin tulisi vastata muutosjohtamiseen panostamalla, sillä muutosjohtamisen on tutkittu vaikuttavan myönteisesti terveydenhuollon laatuun henkilöstön näkökulmasta (Alloubani ym. 2015).

Rossin (2014, 9) mukaan terveydenhuollon laadulla tarkoitetaan parhaita yksilöllistä hoitoa potilaan tilanteeseen nähden mahdollisimman asianmukaisessa ympäristössä asianmukaiselta palveluntarjoajalta. Laadunhallinnan käsite on moniulotteinen ja laaja, ja se pitää sisällään hyvin monia eri osa-alueita. Onkin mielenkiintoista pohtia, onko laadunhallinnan osa-alueita liian monta? Nyt ja tulevaisuudessa haasteita suhteessa laadunhallintaan on noussut esiin jo useita; resurssien puute, kestävän kehityksen huomioiminen, hoito- ja palvelutarpeen jatkuva lisääntyminen sekä sosiaali- ja terveydenhuolto henkilöstön työn kuormittavuus, joka on saanut osan työntekijöistä vaihtamaan alaa. Ramachandran ja Cramin (2005, 223-224) mukaan laadun kriteerien tulee olla laajat, sillä terveydenhuoltoala tarvitsee monimuotoisuutensa vuoksi moniulotteiset laatustandardit. Tämä on erinomainen huomio, sillä sosiaali- ja terveydenhuollon kenttä on äärimmäisen dynaaminen kokonaisuus johtuen erilaisista tekijöistä suhteessa potilaisiin, henkilöstöön, terveysterveystoimintoihin sekä ympäröivään yhteiskuntaan.

Tarkasteltaessa avoimia vastauksia suhteessa Common Assessment Framework-malliin voidaan tämän tutkimuksen perusteella todeta, että etenkin asiakaslähtöisyys, johtajuus ja organisaatioiden toiminnan kehittäminen nousivat merkittävinä tekijöinä esille suhteessa laadunhallintaan. Kumppanuuksien kehittämisen ja yhteiskuntavastuun ulottuvuudet eivät olleet nähtävissä avoimissa vastauksissa, mutta sairaanhoitopiirien verkkomateriaalin perusteella noin puolet sivustoista huomioivat sekä yhteistyökumppanit että yhteiskunnallisen vastuun kestävän kehityksen

näkökulmasta. On kuitenkin huomioitava, että kaikki sairaanhoitopiirit eivät välttämättä tuo verkkosivustoillaan esille kaikkea omaan toimintaansa liittyvää informaatiota.

Brandãon, Regon, Duarten ja Nunesin (2013) mukaan sairaaloiden tulisi olla ensimmäisiä yhteiskuntavastuuta edistäviä toimijoita, jotka muovaisivat julkista politiikkaa ja palveluiden käyttäjien kokemuksia niin, että eettiset näkökulmat otetaan huomioon. Terveysorganisaatioiden tulisi sisäistää oma roolinsa globaalisti edistämällä yhteisiä arvoja ja eettisiä periaatteita sairaalahoidossa (Brandão ym. 2013); edellä mainittuihin tekijöihin on kiinnitettävä valtakunnallisesti enemmän huomiota, sillä verkkomateriaalin perusteella vain yksi sairaanhoitopiiri oli sitoutunut yhteiskuntavastuulliseen toimintaan. Etenkin transaktionaalisen johtajuuden katsotaan edistävän lain ja taloudellisuuden näkökulmasta yhteiskuntavastuullisuutta (Tuan 2012). Suomen sairaanhoitopiirien mahdollisia verkostoitumisen haasteita puolestaan voi selittää moni asia; Karamalin, Braultbin, Durmean ja Macqin (2018) mukaan terveysorganisaatioiden välinen yhteistyö on haastavaa, sillä terveydenalan ammattilaiset eivät välttämättä tunne yhteenkuuluvuutta toistensa kesken, ja yrityskulttuurit sekä muodolliset viestintäkanavat ovat erilaisia. Lisäksi maantieteellinen etäisyys ja prosessien monimuotoisuus luovat haasteita yhteistyölle (Karamal ym. 2018).

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella Suomen erikoissairaanhoidon laadunhallinnassa tulisi kiinnittää huomiota henkilöstön sitouttamiseen, resurssien turvaamiseen sekä laatumittareiden kehittämiseen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos onkin perustanut Terveydenhuollon kansalliset laaturekisterit-hankkeen, jossa on seitsemän tautikohtaista rekisteriä, joihin kerätään tietoa sairauksien hoidon vaikuttavuudesta sekä kustannusten vertailusta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b). Hanke tuottaa merkittävää tietoa terveysorganisaatioille hoidon vaikuttavuudesta ja kustannuksista, mikä on merkittävä askel laatutiedon keräämisessä. On kuitenkin huomioitava, että sosiaali- ja terveydenhuollon laatu sisältää useita muitakin eri osa-alueita kuin vain hoidon vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden.

## 7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Suomen Tutkimuseettinen neuvottelukunta ohjaa tutkimuksien hyvää tieteellistä käytäntöä ohjeistuksella, jossa muun muassa merkittäviksi lähtökohdiksi tutkimusta tehdessä mainitaan rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimuksen tuloksia käsitellessä ja arvioidessa. Neuvottelukunta ohjeistaa toteuttamaan tutkimusta eettisesti sekä tieteellisen tutkimuksen kriteerien



mukaisesti. Avoimuuden ja vastuullisuuden tulee näkyä tutkimusta toteuttaessa, ja muiden tutkijoiden töitä käytettäessä viittauksien tulee olla näkyvissä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012)

Tämä pro gradu tutkielma on toteutettu noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä, joten tutkimuksen eettisyys ja tieteellisen tutkimuksen kriteerit täyttyvät. Tutkimus on toteutettu mahdollisimman avoimesti, vastuullisesti ja huolellisesti. Tieteellistä kirjallisuutta haettaessa on pyritty huomioimaan tasavertaisesti eri tietokantojen tietomäärät sekä käytetty samoja käsitteitä tieteellisiä julkaisuja haettaessa. Julkaisujen tekijöihin on viitattu asianmukaisesti tekstissä ja lähdeluettelossa.

Sähköinen kysely lähetettiin henkilöille, jotka ovat osa organisaation laadunhallintaa. Sähköisessä kyselyssä käytettiin käsitteitä, jotka laadunhallintaan perehtyneen henkilön ajateltiin tunnistavan suhteessa organisaation laadunhallintaan. On kuitenkin mahdollista, että tietyt käsitteet eivät kaikille vastaajille näyttäytyneet samalla tavalla, sillä vastaajat ovat voineet kokea käsitteiden merkityksen eri tavoin. Laadunhallintaan liittyviä käsitteitä ei kuitenkaan selitetty yksityiskohtaisesti kyselyssä, jotta kyselyyn vastaaminen olisi mahdollisimman vaivatonta. Vastaajilla oli mahdollisuus kysyä tutkijalta tarkentavia kysymyksiä liittyen kyselylomakkeeseen ja tutkimukseen.

Tutkimukseen osallistuville informoitiin mitä tutkimus koskee ja miten se toteutetaan, sekä korostettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta, tietojen luovuttamisen luottamuksellisuutta ja anonymiteettiä (Tuomi & Sarajärvi 2018). Tutkimukseen ei tarvittu erillistä tutkimuslupaa, sillä tutkittavat toimijat eli sairaanhoitopiirit pysyivät anonymieinä koko tutkimuksen ajan. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista sekä anonymia. Avointen vastausten tai verkkomateriaalin aineistossa ei ole tietoja, joista organisaation voisi identifioida, lukuun ottamatta liitetiedostoa, jonka yksi vastaaja jätti ja se tuhottiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Aineistoa käsiteltiin tutkimuksen aikana tarkasti ja huolellisesti (Kuula 2011), ja se tuhottiin tutkielman valmistuttua.

Tutkimuksen luotettavuus on varmistettu kuvaamalla tutkimusprosessi mahdollisimman läpinäkyvästi ja yksityiskohtaisesti (Guthrie, Yongvanich & Ricceri 2004; Tuomi & Sarajärvi 2018; Eskola & Suoranta 1998). Aineiston analyysi on selitetty tarkasti ja ymmärrettävästi, ja tämän lisäksi analyysistä on tehty kaksi eri taulukkoa kuvaamaan analyysin etenemistä. Tutkimusaineiston ja tutkimustulosten yhteys on nähtävissä tarkan ja yksityiskohtaisen kuvailun ansiosta, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta (Sandelowski 1995).

Tuomi & Sarajärven (2018) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin keinot ovat moninaiset, sillä tieteellisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit ovat saaneet erilaisia tulkintoja suomalaisessa kirjallisuudessa; esimerkiksi tulosten uskottavuutta, siirrettävyyttä, luotettavuutta ja vakiintuneisuutta voidaan pitää luotettavuuden kriteereinä. Vastaajien alkuperäisiä ilmauksia aineistosta on nostettu esille vahvistamaan tuloksia sekä lisäämään luotettavuutta (Guthrie, Yongvanich & Ricceri 2004) ja uskottavuutta, jotta tulkinta ilmauksista olisi mahdollisimman lähellä tutkittavien käsityksiä ilmiöstä. Tulosten siirrettävyys on pyritty varmistamaan tutkimusasetelman ja taustatietojen tarkalla kuvailulla, jotta tutkimusasetelma olisi teoriassa mahdollista siirtää toiseen kontekstiin (Tuomi & Sarajärvi 2018).

Tämän tutkimuksen alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla. Tutkimus tuotti ajantasaista tietoa Suomen erikoissairaanhoidon laadunhallinnasta sekä erikoissairaanhoidon laadunhallinnan ominaisuuksia suhteessa Common Assessment Framework-malliin. Tutkimuksen tekeminen oli perusteltua, sillä Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon laatua on tutkittu vain vähän, ja tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon laatu on yhä keskeisemmässä asemassa niin kansainvälisesti kuin valtakunnallisestikin.

### 7.3 Johtopäätökset

Tämän pro gradu tutkielman tulokset kuvailevat Suomen erikoissairaanhoidon laadunhallintaa sekä erikoissairaanhoidon laadunhallinnan ominaisuuksia suhteessa Common Assessment Framework-malliin. Tutkimuksen yhtenä johtopäätöksenä voidaan esittää, että Suomen erikoissairaanhoidossa yleisimmät käytössä olevat laadunhallintajärjestelmät ovat SHQS-laatuohjelma sekä ISO 9001-standardit. Tutkimuksen tulosten mukaan erikoissairaanhoidon toimijat näkevät laadunhallinnan koostuvan useasta eri osa-alueesta, joista merkittävimpinä nousivat esille johtaminen, voimavarat, prosessien hallinta, kehittäminen sekä esimiesten ja henkilöstön sitouttaminen ja resurssien turvaaminen.

Tämän tutkimuksen mukaan sitoutunut johto ja henkilöstö vaikuttivat laadunhallintaan edistävästi. Sitoutumattomuuden ja resurssien riittämättömyyden koettiin olevan merkittävimpiä haasteita laadunhallinnalle. Jatkuvat muutokset sekä vertailukelpoisten mittareiden puute näyttäytyivät myös haasteina laadunhallinnassa.

Tämän tutkimuksen mukaan Suomen erikoissairaanhoidon toimijat huomioivat Common Assessment Framework-mallin näkökulmasta etenkin johtajuuden, asiakaslähtöisyyden ja kehittämisen osa-alueet toiminnassaan. Avointen vastausten perusteella kumppanuuksien kehittämisen ja vaikutukset yhteiskuntaan osa-alueet näyttäytyivät heikoiten organisaatioiden toiminnassa, mutta sairaanhoitopiirien laadunhallintaan liittyvää verkkomateriaalia tarkasteltaessa ainakin puolet toimijoista huomioi molemmat osa-alueet toiminnassaan.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tulevaisuudessa erikoissairaanhoidon laadunhallinnassa tulisi huomioida yhä enemmän eri toimijoiden välinen yhteistyö sekä yhteiskunnallinen vastuu niin sosiaalisesta, ekologisesta ja taloudellisesta näkökulmasta katsottuna. Erikoissairaanhoidon laadunhallinnan kehittämisessä tulisi huomioida johdon ja henkilöstön sitouttaminen, resurssien turvaaminen, muutosjohtamiseen panostaminen sekä vertailukelpoisten laatumittareiden kehittäminen.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää erikoissairaanhoidon nykytilanteen arvioimisessa ja toiminnan parantamisessa sekä valtakunnallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan kehittämisessä. Jatkotutkimusideana voisi tutkia valtakunnallisesti kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden laadunhallintaan liittyviä ominaisuuksia ja elementtejä, ja tutkia olisiko valtakunnallisesti mahdollista kehittää yhteinen vertailukelpoinen laadunhallintajärjestelmä sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille.

## LÄHTEET

- Aalto, A-M., Sainio, S., Sinervo, T. & Vehko, T. 2016. Potilaiden tyytyväisyys terveysasemien palveluihin. *Lääkärilehti* 71, 2348–2356.
- Ahmed, M., Shehadeh, A. & Collins, M. 2013. Quality of nursing care in community health centers: Clients' satisfaction. *Health Science Journal* 7(2), 229–236.
- Alueuudistus. 2018. Mikä on sote uudistus? Sosiaali- ja terveysministeriön alisivusto. Viitattu 26.11.2018.  
<https://alueuudistus.fi/mika-on-sote-uudistus>
- Beholz, S. & Konertz, W. 2005. Improvement in cost-effectiveness and customer satisfaction by a quality management system according to EN ISO 9001:2000. *Interactive Cardio Vascular and Thoracic Surgery* 4(6), 569–73.
- Brandão, C., Rego, G. Duarte, I. & Nunes, R. 2013. Social Responsibility: A New Paradigm of Hospital Governance? *Health Care Analysis* 21(4), 390-402.
- Bruus, I., Varik, M., Aro, I., Kalam-Salminen, L. & Routasalo, P. 2011. Patient-centeredness in longterm care of older patients – a structured interview. *International Journal of Older People Nursing* 7, 264-271.
- CAF 2013. Yhteinen arviointimalli. The Common Assessment Framework (CAF). Organisaation kehittäminen itsearvioinnin avulla. Valtiovarainministeriö. Viitattu 23.3.2019.  
<https://vm.fi/documents/10623/307561/CAF+2013+%28suomeksi%29.pdf/a986fa41-f952-47ef-9c59-be4b619af8ce/CAF+2013+%28suomeksi%29.pdf>
- Campbell, J. R. 2008. Change Management in Health Care. *The Health Care Manager* 27(1), 23-39.
- Castka P., Sharp J.M. & Bamber C.J. 2003. Assessing teamwork development of organisational performance. *Measuring Business Excellence* 7(4), 29–36.
- Couffinhal, A., Cylus, J., Elovainio, R., Figueras, J., Jeurissen, P., McKee, M., Smith, P., Thomson, S., & Winbla, U. 2016. International expert panel pre-review of health and social care reform in Finland. Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 66, 75.
- Del Castillo, A.S. & Sardib, N. 2012. ISO standards and the quality concept applied to anesthesia services. *Colombian Journal of Anesthesiology* 40(1), 14-16.
- Dlugacz, Y.D. 2017. Introduction to Health Care Quality: Theory, Methods, and Tools. John Wiley & Sons, Incorporated, 16.
- EFQM 2013. EFQM Excellence -malli. EFQM Leading Excellence. Suom. Laatukeskus Excellence Finland.
- EFQM 2019. EFQM-model. Viitattu 8.12.2019.  
<https://www.efqm.org/index.php/efqm-model/>
- FINAS. 2016. Akkreditoinnin ja sertifiointin tavoitteet ja merkittävimmät erot. Finnish Accreditation Service. Viitattu 25.3.2019.  
<https://www.finas.fi/ajankohtaista/artikkelit/Sivut/Akkreditoinnin-ja-sertifiointin-tavoitteet-ja-merkitt%C3%A4vimm%C3%A4t-erot.aspx>

- GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators 2018. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 391, 2236-71.
- Gilligan, P. and Manby, M. 2008, The Common Assessment Framework: does the reality match the rhetoric? *Child & Family Social Work* 13, 177-187.
- Georgé, C. Cooper, F. & Douglas, A. 2003. Implementing the EFQM excellence model in a local authority. *Managerial Auditing Journal* 18(2), 122-127.
- Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network 2018. Trends in future health financing and coverage: future health spending and universal health coverage in 188 countries, 2016–40. *Lancet* 391(10132), 1783-1798.
- HAUS kehittämiskeskus Oy. 2019. CAF ja Laatujohtaminen - CAF-toimintamallin avulla voimme kehittää julkishallinnon organisaatioiden toimintaa erinomaiselle tasolle. Viitattu 22.8.2019. <https://haus.fi/kehittamispalvelut/caf/>
- Idänpään-Heikkilä U., Outinen M., Nordblad A. & Päivärinta E. 2000. Laatuksiteerit: suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Helsinki: Stakes, 11.
- Institute of Medicine. 2001. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, D.C: National Academy Press.
- International Organization for Standardization 2019a. All about us. Viitattu 25.3.2019. <https://www.iso.org/about-us.html>
- International Organization for Standardization 2019b. Quality management. Viitattu 25.3.2019. <https://www.iso.org/iso-9001-quality-management.html>
- International Organization for Standardization 2019c. ISO 9000 family - Quality management. Viitattu 25.3.2019. <https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/archive/pdf/en/pub100080.pdf>
- Jackson, S. 2000. Achieving clinical governance in women's services through the use of the EFQM Excellence model. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 13(4), 182–190.
- Kalliomaa-Puha, L. 2015. Potilaasta aktiiviseksi ja autonomiseksi kuluttajaksi? Teoksessa Niemelä, M., Kokkinen, L., Pulkki, J., Saarinen, A. & Tynkkynen, L-J (toim.). 2015. Terveystenhuollon muutokset - Poliitiikka, järjestelmä ja seuraukset. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Karamal, M., Braultb, I., Van Durmea, T. & Macq, J. 2018. Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: *A systematic review of the qualitative research*. *International Journal of Nursing Studies* 79, 70-83.
- Kieny, M-P., Evans, T.G., Scarpetta, S., Kelley, E.T., Klazinga, N., Forde, I., Veillard, J.H.M., Leatherman, S., Sved, S., Kim, S.M., Nejad, S.B. & Donaldson, L. 2018. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and The World Bank.
- Konu, A., Rissanen, P., Ihantola, M. & Sund, R. 2009. ”Vaikuttavuus” suomalaisissa terveydenhuollon tutkimuksissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti* 46, 285-297.

Kuntaliitto 2011. Koivuranta-Vaara, P (toim.). Terveysthuollon laatuopas. 1.painos. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Viitattu 14.11.2018 .

Kuntaliitto 2019. Kuntanumerot ja kuntapohjaiset aluejaot. Viitattu 3.12.2019.  
<https://www.kuntaliitto.fi/tilastot-ja-julkaisut/kaupunkien-ja-kuntien-lukumaarat-ja-vaestotiedot/kuntanumerot-ja-kuntapohjaiset-aluejaot>

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilyvyys. Tampere: Vastapaino.

Knus-Galán, M., Pehkonen, K. & Takala, H. Yle MOT. 9.9.2019. Vastasyntyneen vauvan kuolema oli vain senteistä kiinni – hoitajat kertovat vakavista puutteista potilas-turvallisuudessa Uudessa lastensairaalassa. Viitattu 18.9.2019.

<https://yle.fi/aihe/artikkeli/2019/09/09/vastasyntyneen-vauvan-kuolema-oli-vain-senteista-kiinni-hoitajat-kertovat>

Kvist, T., Mäntynen, R., Miettinen, K. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Mitä potilaiden arvioinnit hoidon laadusta ja hoitohenkilökunnan arvioinnit työtyytyväisyydestä johtamisesta kertovat erikoissairaanhoidon erinomaisuudesta? *Hoitotiede* 27(1), 18-30.

Laatukeskus. 2018. Laatukeskus Excellence Finland. Arviointi ja auditointi. Viitattu 18.7.2019.  
<https://www.laatukeskus.fi/palvelut/kehita-organisaatiotasi/arviointi-ja-auditointi.html>

Labquality. 2018. SHQS – Tie jatkuvaan parantamiseen. Viitattu 25.3.2019.  
<https://www.labquality.fi/auditointi-ja-sertifiointi/shqs-laatuohjelma-tie-jatkuvaan-parantamiseen/>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 28.12.2012/980. Finlex. Viitattu 31.7.2019.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex. Viitattu 31.7.2019.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki yksityisestä tervetdenhuollosta 9.2.1990/152. Finlex. Viitattu 31.7.2019.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19900152>

Leigh, J. A., Douglas C. H., Lee, K. & Douglas, M. R. 2005. A case study of a preceptorship programme in an acute NHS Trust – using the European Foundation for Quality Management tool to support clinical practice development. *Journal of Nursing Management* 13, 508–518.

Legido-Quigley, H., McKee, M., Walshe, K., Suñol, R., Nolte, E. & Klazinga, N. 2008. How can quality of health care be safeguarded across the European Union? *The BMJ* 336, 920-923.

Levett, J.M. 2005. Implementing an ISO 9001 Wuality Management System in a Multispecialty Clinic. *Physician Executive* 31, 6.

Luukka, T. Helsingin Sanomat 9.2.2019. ”Vanushoidosta syntynyt kohu on erinomainen asia” – Valviran ylijohtaja teki Esperin Caresta päätöksen, joka herätti poliitikot. Poliitiikka.

Viitattu 18.9.2019 .

<https://www.hs.fi/politiikka/art-2000005995268.html>

Martikainen, A. Yle. 10.4.2019. Kohuotsikot vanhusten huonosta hoidosta herättivät päättäjät: vanhuspalveluiden uudistaminen nytkähti nyt eteenpäin.

Viitattu 18.9.2019

<https://yle.fi/uutiset/3-10732822>

- Matthies-Baraibar, C., Arcelay-Salazar, A., Cantero-González, D., Colina-Alonso, A., García-Urbaneja, M., González-Llinares, R.M., Letona-Aranburu, J., Martínez-Carazo, C., Mateos-del Pino, M., Nuño-Solinís, R. Corresponding author: Olaetxea-Urizar, E., Antonio de la Rica-Giménez, J., Rodríguez-González, M.A. & Dabouza-Acebal, S. 2014. Is organizational progress in the EFQM model related to employee satisfaction? *BMC Health Service Research* 14, 468.
- Mattila, K & Aaltonen, J. 2015. Terveysthuollon laatu ja sen julkinen raportointi – koska on Suomen vuoro? *Duodecim* 131, 2315–6.
- Milutinovic, D., Simin, D., Brkic, N. & Brkic, S. 2012. The patient satisfaction with nursing care quality: the psychometric study of the Serbian version of PSNCQ questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26, 598–606.
- Mosadeghrad, A. M. 2014. Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Health Policy Management* 3, 77–89.
- Mäntynen, R., Vehviläinen-Julkunen, K., Miettinen, M., Kvist, T. 2015. Mitä potilaiden arvioinnit hoidon laadusta ja hoitohenkilökunnan arvioinnit työtyytyväisyydestä ja johtamisesta kertovat erikoissairaanhoidon erinomaisuudesta? *Hoitotiede* 27, 18-30.
- Naylor, G. 1999. Using the business excellence model to develop a strategy for health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 12(2), 37–45.
- OECD 2017. Caring for Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality. *OECD Reviews of Health Care Quality*. Paris: OECD Publishing.
- Outinen, M., Räikkönen, O., Holma, T. & Voipio-Pulkki, L-M. 2007. Laadunhallinta sosiaali- ja terveystalvueluorganisaatioissa vuonna 2004 ja vertailu vuoteen 1999. Raportteja 10/2007. Helsinki: Stakes.
- Paljärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito – 15 vuoden seuranta tutkimus. Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies.
- Parhiala, K., Krohn, M. & Punkari, K. 2015 CAF-itsearviointi perusterveydenhuollon kehittämisen tukena. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 26/2015.
- Ramachandran, A. & Cram, N. 2005. Standards and Customer Satisfaction in the Healthcare Industry. *Journal of Clinical Engineering* October/December, 219-228.
- Rodriguez-Cerrillo, M., Fernandez-Diaz, E., Inurrieta-Romero, A. & Poza-Montoro, A. 2012. Implementation of a quality management system according to 9001 standard in a hospital in the home unit: changes and achievements. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 25(6), 498–508.
- Roine, R.P. 2016. Hoidon vaikuttavuuden arviointi 15D-mittarilla. *Duodecim* 132, 1537–42.
- Roslund, R. & Mäntymaa, J. Yle. 6.2.2019. Jopa 15 vanhuksen epäillään kuolleen laiminlyöntien vuoksi – Esperia syyttävä omainen: “Oli pitkään tunne, että jotain vakavaa tapahtuu”. Vanhustenhoito. Viitattu 18.9.2019. <https://yle.fi/uutiset/3-10632660>
- Ross, T. K. 2014. Health Care Quality Management: Tools and Applications. John Wiley & Sons, Incorporated, 9.
- Rousu, S. & Holma, T. 2004. Lastensuojelupalveluiden laadunhallinta. Suomen Kuntaliitto.

- Sack, C., Scherag, A., Lütke, P., Günther, W., Jöckel, K-H & Holtmann, G. 2011. Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey 37 00 patients treated by 73 hospitals. *International Journal of Quality in Health Care* 23(3), 278-283.
- Sainio, S., Korhn, M., Nurmela, A., Peltola, M., Järvelin, J. Kehusmaa, S. & Hammar, T. 2018. Sosiaali- ja terveystalvelujen laatu ja vaikuttavuus. Julkaisussa Perustalvelujen tila-raportti 2018. Valtiovarainministeriön julkaisuja 13/2018.
- Seppänen, A. Lääkärilehti. 19.11.2018. Meilahden hoitajakriisi näkyy myös lääkärien työssä. Viitattu 18.5.2019.  
<https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/meilahden-hoitajakriisi-nakyy-myos-laakarientyossa/>
- Sanchez, E., Letona, J., Gonzalez, R., Garcia, M., Darpon, J. & Garay, J.I. 2006. A descriptive study of the implementation of the EFQM excellence model and underlying tools in the Basque Health Service. *International Journal for Quality in Health Care* 18(1):58–65.
- Salmi, S. Yle. 12.7.2019. Mitta tuli täyteen: poikkeuksellisen moni hoitaja on lähtenyt kävelemään Malmin ja Peijaksen päivystyksistä – luottamusmiehen mukaan kevät oli "katastrofaalinen". Viitattu 18.9.2019  
<https://yle.fi/uutiset/3-10874848>
- Scott, R.W. & Davis, G.F. 2015. Organizations and Organizing. Publisher: Routledge Ltd. 12.
- Shaq. C.D., Kutryba, B., Braithwaite, J., Bedlicki, M. & Warunek, A. 2010. Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009. *International Journal for Quality in Health Care* 22 (5), 341 –350.
- Siloaho, M., Naukkarinen, A. & Penttinen, J. 2003. Kokemuksia ISO 9002 -laatu järjestelmästä Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuosina 1997–2001. *Lääkärilehti* 58, 4835-4839.
- Sosiaali- ja terveystalveluministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011. Finlex. Viitattu 31.7.2019.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>
- Terveydenhuolto Suomessa. 2013. Sosiaali- ja terveystalveluministeriö. Helsinki: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/13276. Finlex. Viitattu 28.5.2019.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019a. Laatu. Päivitetty 13.5.2019. Viitattu 31.7.2019.  
<https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/laatu>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b. Terveydenhuollon kansalliset rekisterit. Päivitetty 23.10.2019. Viitattu 23.11.2019.  
<https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/arviointi-ja-tietoikkuna/terveydenhuollon-kansallisetlaaturekisterit>
- Tervo-Heikkinen, T., Kvist, T., Partanen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. & Aalto, P. 2008. Patient satisfaction as a positive nursing outcome. *Journal of Nursing Care Quality* 23(1), 58-65.
- Tuan, L.T. 2012. Corporate social responsibility, leadership, and brand equity in healthcare service. *Social Responsibility Journal* 8(3), 347-362).
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 18.11.2019



[https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Tuomi, V. 2010. How to Develop Quality Management System in a Hospital. Department of Production, University of Vaasa.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö.

Vallejo, P., Ruiz-Sancho, A., Dominguez, M., Ayuso, M.J., Mendez, L., Romo, J., Ontoria, L., Rodriguez, P., Serriñá, C. & Arango, C. 2007. Improving quality at the hospital psychiatric ward level through the use of the EFQM model. *International Journal of Quality in Health Care* 19(2), 74–9.

Valtanen, M. Helsingin sanomat. 12.7.2019. Yle: Hoitajat vaihtuvat Helsingin päivystyksissä poikkeuksellista vauhtia – Hus kiistää ”katastrofin”. Viitattu 18.9.2019 <https://www.hs.fi/kaupunki/art-2000006172402.html>

Van Den Heuvel, J., Koning, L., Bogers, A., Berg, M. & Van Dijen, M. 2005. An ISO 9001 quality management system in a hospital Bureaucracy or just benefits? *International Journal of Health Care Quality Assurance* 18(5), 2005, 361-369.

Vitner, G., Nadir, E., Feldman, M. & Yurman, S. 2011. ISO 9001 in a neonatal intensive care unit (NICU). *International Journal of Health Care Quality Assurance* 24(8), 644–53.

Yardley, E. 2014. The Value of Audit Tools in Children’s Services: Reflections upon a Common Assessment Framework Audit. *British Journal of Social Work* 44, 937–954.

Yliaska, V. 2014. Tehokkuuden toiveuni – Uuden julkisjohtamisen historia Suomessa 1970-luvulta 1990-luvulle. Helsinki: Into.

White, S., Hall, C. & Peckover, S. 2009. The Descriptive Tyranny of the Common Assessment Framework: Technologies of Categorization and Professional Practice in Child Welfare. *British Journal of Social Work* 39, 1197–1217.

Wong, E-LY., Coulter, A., Cheung, A WL., Yam, C HK., Yeoh, EK. & Griffiths, S. 2012. Patient experiences with public hospital care: first benchmark survey in Honk Kong. *Hong Kong Medical Journal* 18, 371-380.

Wong, E-LY., Coulter, A., Cheung, A WL., Yam, C HK., Yeoh, EK. & Griffiths, S. 2013. Item generation in the development of an inpatient experience questionnaire: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 13(265), 1-13.

## LIITTEET

### Liite 1.

Hyvä sairaanhoitopiirin laatuvaava!

Olen Tampereen yliopiston kansanterveystieteen maisteriopiskelija, ja teen pro gradu tutkielmaa terveydenhuollon laadunhallintajärjestelmistä Suomessa. Tutkielman tavoitteena on kartoittaa minkälaisia laadunhallintajärjestelmiä Suomen terveydenhuollossa on käytössä.

Tämä sähköinen kysely on lähetetty kaikille Suomen sairaanhoitopiireille. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti eikä yksittäisiä toimijoita voi tunnistaa vastaajiksi. Pro gradu tutkielman tunnisteettomat tutkimustulokset luovutetaan sovitusti jatkossa valtiovarainministeriölle ja kehittämiskeskus HAUS Oy:lle.

Pro gradu tutkielma valmistuu syksyllä 2019 ja siihen voi tutustua Tampereen yliopiston avoimesta julkaisuarkistosta (TamPub). Pyydän teitä vastaamaan alla olevaan sähköiseen kyselyyn **31.5.2019** mennessä:

\*\*\*\*\*

Vastauksenne ovat äärimmäisen tärkeitä onnistumisen kannalta!

Kiitos vaivannäöstänne!

Mikäli ette toimi organisaationne laatuvaavana, voisitteko ystävällisesti välittää sähköisen kyselyn oikealle henkilölle.

Mahdollisia lisätietoja voitte tiedustella osoitteesta

\*\*\*\*\*.\*\*\*\*\*@\*\*\*\*.fi tai puhelinnumerosta \*\*\* \*\*\*\*\*.

Ystävällisin terveisin

Riikka Kankaanpää

Kansanterveystieteen maisteriopiskelija

Tampereen Yliopisto

Työn ohjaaja

Dosentti Anne Konu

\*\*\*\*\*@\*\*\*\*.fi

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Terveystieteet, Tampereen yliopisto

## Liite 2.

1. Minkälainen laadunhallintajärjestelmä organisaatiollanne on käytössä?

2. Kuvaile millaisia osa-alueita laadunhallintajärjestelmä ohjaa huomioimaan organisaatiossanne ja miten se vaikuttaa organisaationne toimintaan ja tavoitteisiin?

3. Ohjaako laadunhallintajärjestelmä arvioimaan seuraavanlaisia osa-alueita organisaatiossanne (Valitse mikäli mittaus toteutuu organisaatiossanne vuosittain)

Asiakastyytyväisyyskysely

Henkilöstökysely

Eettisyys

Kestävä kehitys

Vaikutukset yhteiskuntaan

Asiakaslähtöisyys

Työhyvinvointi

Henkilöstön osallisuus

Henkilöstön sairauspoissaolot

Henkilöstön vaihtuvuus

Organisaation tuloksellisuus

Organisaation vaikuttavuus

4. Miten nykyinen laadunhallintajärjestelmä hyödyttää organisaatiotanne käytännön tasolla?

5. Mitkä tekijät tai keinot edistävät laadunhallintaa organisaatiossanne?

6. Minkälaisia haasteita organisaationne kohtaa suhteessa laadunhallintaan?

Mikäli teillä on laadunhallintaa koskevia dokumentteja, joita voitte luovuttaa aineistoksi tutkielmaani, liittäisittekö tiedostot alla olevaan kohtaan.