

**Outinen Maarit, Mäki Tiina, Siikander Satu, Liukko Matti**

**LAATU KANNATTA - MIKÄ KANNATTA  
LAATUTYÖTÄ?**

**Selvitys laadunhallinnasta sosiaali- ja terveyden-  
huollossa**

**Aiheita 8/2001**

<b>Tekijät</b> Maarit Outinen, Tiina Mäki, Satu Siikander ja Matti Liukko		<b>Julkaisija</b> Stakes	
		<b>Kustantaja</b> Stakes	
<b>Julkaisun nimi</b> LAATU KANNATTAA – MIKÄ KANNATTAA LAATUTYÖTÄ? Selvitys laadunhallinnasta sosiaali- ja terveydenhuollossa			
<b>Julkaisun sarja ja numero</b> Aiheita-monistesarja 8/2001, Stakes			
<b>Tiivistelmä</b> Uusittu valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnasta julkaistiin huhtikuussa 1999. Siinä pidettiin tärkeänä seurata, miten laadunhallinta palveluja tuottavissa organisaatioissa kehittyi. Tämä selvitys on toteutettu osana suomalais-hollantilaista yhteistyöhanketta, johon osallistuivat Stakes ja Suomen Kuntaliitto sekä hollantilainen perusterveydenhuollon tutkimuslaitos NIVEL. Hankkeen tavoitteena oli sekä kartoittaa Suomen tilanne että tehdä maiden välinen vertailu.  Selvitys tehtiin lomakekyselynä marraskuussa 1999. Vastaukset saatiin yhteensä 815 sosiaali- ja terveystalvija tuottavan organisaation johdolta (terveydenhuollosta 302 ja sosiaalihuollosta 513). Vastausprosentti oli 58 %. Vastausaktiivisuus vaihteli sektoreittain.  Tämä raportti on selvityksen toinen osaraportti. Ensimmäinen osaraportti ilmestyi syksyllä 2000 (Aiheita 16/2000, <a href="http://www.stakes.fi/verkkojulk/soster.pdf">www.stakes.fi/verkkojulk/soster.pdf</a> ). Se sisälsi kokonaistulokset ja antoi yleiskuvan tilanteesta. Tässä toisessa raportissa esitetään sosiaali- ja terveydenhuollon sektorikohtaiset tulokset, johtopäätökset ja niihin perustuvat suositukset.  Järjestelmällisessä laadunhallinnassa ollaan organisaatioissa keskimäärin vasta alkutaipaleella. Sektoreittain vertailtaessa oli suuria eroja. Edelläkävijöitä laadunhallinnassa olivat yliopistosairaalat, yksityiset työterveysasemat ja sairaalat sekä kehitysvamma-, vammais- ja kuntoutuspalveluja tuottavat organisaatiot. Laadunhallinnan eri aihealueilla kehitys on edennyt eri tahtiin. Henkilöstöpolitiikkaan on panostettu, mutta laadunhallinta-asiakirjoja ollaan vasta laatimassa. Laadunhallinnan menetelmien ja tekniikoiden järjestelmällisyyden lisäämisessä on vielä tekemistä, mutta satunnainen kokeileva käyttö on varsin laajaa. Kehittämistarpeita on myös seuranta- ja arviointimittareissa. Laadunhallinta painottuu vielä organisaatioiden sisälle, joten palvelu-/hoitoketjujen yhteisiä laadunhallintakäytäntöjä on luotu vähän. Asiakkaiden tai heitä edustavien järjestöjen osallistuminen laadunhallintaan on erittäin vähäistä. Laatukustannuksia ei vielä tunneta.  Palveluorganisaatioiden johtajien käsityksen mukaan laadunhallinnalla on saavutettu myönteisiä tuloksia, jotka näkyvä vahvimmin asiakaskeksisyyden ja -tyytyväisyyden sekä henkilökunnan tyytyväisyyden lisääntymisenä. Kustannusten väheneminen näyttää tapahtuvan viimeisenä. Ulkoisia arviointeja on tehty jo jonkin verran, mutta kolme neljäsosaa organisaatioista ei vielä tässä kehitysvaiheessa aseta sitä tavoitteekseen. Erilaisten laadunhallinnan mallien ja valmiiden kriteeristöjen käyttö on varsin aktiivista ja monipuolista. Laatukielen käsitteiden ongelmallisuus heijastui joidenkin kysymysten tulkinnessa.  Vertailussa hollantilaisiin organisaatioihin menestytettiin hyvin. Suomalaisilla suosituksilla on päästy lähes yhtä pitkälle kuin hollantilaisella lainsäädäntöohjauksella. Laadunhallintasuositukset tunnetaan hyvin varsinkin julkisella puolella.  Lisätietojä antavat Stakesissa erikoissuunnittelija Maarit Outinen, puhelin (09) 3967 2293 ( <a href="mailto:maarit.outinen@stakes.fi">maarit.outinen@stakes.fi</a> ) ja Suomen Kuntaliitossa hallintoylilääkäri Matti Liukko, puhelin (09) 771 2611 ( <a href="mailto:matti.liukko@kuntaliitto.fi">matti.liukko@kuntaliitto.fi</a> ).			
<b>Avainsanat</b> laatu, laadunhallinta, sosiaali- ja terveydenhuolto, kansainvälinen vertailu			
<b>Muut tiedot (esim. elektroninen julkaisu tai verkkojulkaisun osoite)</b> <a href="http://www.stakes.fi/verkkojulk/soster2.pdf">www.stakes.fi/verkkojulk/soster2.pdf</a>			
<b>ISSN</b> 1236-9845		<b>ISBN</b> 951-33-1106-6	
<b>Kokonaissivumäärä</b> 63 + 22 liitesivua		<b>Kieli</b> suomi	<b>Hinta</b> 110,00 mk (sis. alv)
<b>Jakaja ja myyjä</b> Stakes, PL 220, 00531 Helsinki, puh (09) 3967 2140 tai (09) 3967 2141 tai automaatti (09) 3967 2308, faksi (09) 33967 2450			

## SISÄLLYS

	<b>Lukijalle</b>	7
<b>1</b>	<b>Laadunhallintaselvityksen taustaa</b> <i>Maarit Outinen, Matti Liukko</i>	
	1.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan ohjaus	8
	1.2 Missä mennään laadunhallinnassa?	8
	1.3 Selvityksen tavoitteet Suomessa	8
	1.4 Kyselylomakkeen laadinta ja aineiston hankinta	9
	1.5 Aineiston ja tulosten luotettavuus	9
<b>2</b>	<b>Tuloksia, pohdintaa ja kehittämisehdotuksia</b> <i>Maarit Outinen, Matti Liukko, Tiina Mäki, Satu Siikander</i>	11
	2.1 Tuloksia ja pohdintaa	11
	2.2 Suositukset	17
<b>3</b>	<b>Tulokset sektoreittain</b> <i>Tiina Mäki, Satu Siikander</i>	19
	3.1 Laadunhallinta terveydenhuollon eri sektoreilla	19
	3.2 Laadunhallinta sosiaalihuollon eri sektoreilla	32
<b>4</b>	<b>Onko alueilla eroa laadunhallinnassa?</b> <i>Maarit Outinen, Salla Sainio</i>	44
	4.1 Miksi ja miten alueellinen vertailu tehtiin?	44
	4.2 Mitä alueellinen vertailu kertoi?	44
<b>5</b>	<b>Laadunhallinnan edelläkävijöitä Euroopassa?</b> <i>Maarit Outinen</i>	46
	5.1 Vertailun taustat: laadunhallinta Suomessa ja Hollannissa	46
	5.2 Vertailussa käytetty aineisto	46
	5.3 Vertailun hypoteesit	47
	5.4 Vertailun tulokset	47
	5.5 Mikä vaikuttaa laadunhallinnasta saatuihin myönteisiin vaikutuksiin?	48
	5.6 Vertailun pohdintaa	49
<b>6</b>	<b>Laadunhallinnan kypsyyden suomalaisissa terveydenhuollon organisaatioissa</b> <i>Tiina Mäki</i>	50
	6.1 Kypsyyden arviointimalli ja -mittari	50
	6.2 Tulokset	52
<b>7</b>	<b>Liitetaulukot</b>	
<b>8</b>	<b>Liitteet</b>	
	1 Metodikuvaus	
	2 Kyselylomake	
<b>9</b>	<b>Lähteet</b>	

## LUKIJALLE

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden laadunhallintaa kartoittaneesta, syksyllä 1999 toteutetusta selvityksestä julkaistiin ensimmäinen raportti kesällä 2000<sup>1</sup>. Se antoi tuoreeltaan yleiskuvan tuloksista. Raportti sisälsi ainoastaan kysymyskohtaiset taulukot, joissa näkyivät koko aineiston lisäksi erikseen sosiaali- ja terveydenhuollon vastaukset. Johtopäätökset, pohdinta ja kehitysehdotukset jätettiin tähän toiseen raporttiin. Nopealla julkaisemisella pyrittiin siihen, että kyselyyn vastanneet saivat mahdollisuuden verrata omia tuloksiaan yleiseen tasoon mahdollisimman pian.

Tämä toinen raportti antaa vivahteikkaamman kuvan tilanteesta, sillä tarkastelu on tehty siten, että tuloksia tarkastellaan sekä sosiaali- että terveydenhuollon osalta sektoreittain. Raportissa siirrytään selvityksen taustan lyhyen kuvauksen jälkeen (luku 1) heti tuloksien yhteenvedon ja pohdintaosaan (luku 2). Siinä on johtopäätösten lisäksi esitetty kehittämissuhteita. Pohdinnoille perustan antavat sektorikohtaiset, varsinkin yksityiskohtaiset tulokset on esitetty tämän jälkeen (luku 3). Luvussa 3 on kaksi tuloksia kuvaavaa osaa, erikseen terveydenhuollosta (3.1) ja sosiaalihuollosta (3.2) Niiden rakenne on identtinen ja noudattaa kyselylomakkeen aihealueita. Tärkeimmät taulukot on sijoitettu tekstiin, loput liitetaulukko-osaan. Taulukoita on pyritty tiivistämään luettavuuden lisäämiseksi. Niissä käytetään sektoreista lyhenteitä, jotka on kuvattu kummankin tulososan alussa. Kyselylomakkeella oli joissakin kysymyksissä mahdollisuus valita etenemisen astetta kuvaava vaihtoehto, esimerkiksi 1 = 'ei tehty', 2 = 'valmisteilla', 3 = 'tehty'. Näistä vaihtoehtoista taulukoissa on pääsääntöisesti esitetty vain 'tehty' -tason vastaus ja muiden vaihtoehtojen osuutta on kommentoitu tekstissä.

Luvussa 4 kuvataan alueellista (maantieteellistä) vaihtelua. Luvussa 5 kuvataan tuloksia vertailusta, joka tehtiin samalla mittarilla Suomessa ja Hollannissa. Vertailussa pyrittiin erityisesti selvittämään, miten laadunhallinnan kahden erilaisen ohjaustavan - lainsäädäntöohjaus Hollannissa ja informaatio-ohjaaminen Suomessa - näkyvät organisaatioiden laadunhallinnassa ja näkykö asiakkaiden asemaa tukevan lainsäädännön erilaisuus asiakkaiden/potilaiden osallistumisessa laadunhallintaan. Tuloksia tarkasteltiin myös laadunhallinnan koettujen vaikutusten kannalta ja nämä analyysit antoivat todella mielenkiintoisia tuloksia, joiden pohjalla voidaan tehdä tiettyjä kehittämissuhteita. Luvussa 6 kuvataan mittaria, jolla voidaan arvioida organisaation laadunhallinnan kypsyyttä. Mittari on esitelty lyhyesti ja mukana ovat myös tulokset.

Metodikuvauksesta (selvityksen suunnittelu, käytetyn lomakkeen alkuperä ja soveltaminen, aineiston hankinta) on tehty erillinen liite (liite 1). Myös käytetty kyselylomake on liitteenä (liite 2).

Raporttia luettaessa on muistettava, että tulokset kuvaavat organisaatioiden ylimmän johdon käsityksiä oman organisaationsa laadunhallinnan tilasta.

---

<sup>1</sup> Mäki T, Siikander S, Outinen M, Liukko M. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta syksyllä 1999. Alustavat tulokset kyselytutkimuksesta. Aiheita 16/2000. Stakes 2000. Selvitys on julkaistu myös sähköisessä muodossa: <http://www.stakes.fi/verkkojulk/soster.pdf>

# 1 LAADUNHALLINTASELVITYKSEN TAUSTAA

*Maarit Outinen, Matti Liukko*

## 1.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan ohjaus Suomessa

Suomessa on sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaamisen keinoksi valittu informaatio-ohjaus, 'tiedolla ohjaaminen' (Uusitalo 1999). Tiedolla ohjaamisen keinoja ovat mm. suositukset, kehittämishankkeet ja -projektit, erilaisten materiaalien (kirjojen, menetelmien, työkalujen) tuottaminen ja niiden käytön edistäminen sekä tiedonvälitys.

Toisin kuin monissa muissa maissa ei meillä laadunhallinnan ohjaamista lainsäädännöllä ole katsottu aiheelliseksi. Olemassa olevassa lainsäädännössä ei juurikaan ole laadunhallintaan liittyviä erillismääräyksiä, mutta niistä löytyy laatukriteereitä ja laadutavoitteita (Laadunhallinta .... 1995).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa laatuajattelun ja laadunhallinnan edistämisen keinoksi on valittu ennen kaikkea laadunhallintasuositukset, joissa kuvataan tavoiteltua - minkälaista on hyvä laadunhallinta - ja siihen pääsemisen keinoja. Ensimmäinen suositus julkaistiin vuonna 1995 (Laadunhallinta .... 1995). Tässä oltiin muihin toimialoihin verrattuna edelläkävijöitä, sillä vastaava, koko julkista sektoria koskeva suositus (Julkisten palvelujen laatustrategia 1998) julkaistiin vasta kolme vuotta myöhemmin. Julkisen sektorin linjausta tuettiin vielä valtioneuvoston periaatepäätöksellä (Laadukkaat palvelut ... 1998). Samaan aikaan Suomen Kuntaliitto julkaisi kuntien terveydenhuoltoa koskevan, yksityiskohtaisemman suosituksen (Laadunhallinta .... 1998).

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintasuosituksen uudistamistyö aloitettiin 1998 Sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin ja Suomen Kuntaliiton yhteisenä hankkeena. Uudistamisen aikana kuultiin eri intressiryhmiä ja suositus julkaistiin huhtikuussa 1999 (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta ... 1999). Terveydenhuollon kehittämissuosituksen toimeenpano-ohjelma (Terveydenhuolto 2000-luvulle 1998) ja valtioneuvoston tavoite- ja toimeenpano-ohjelma (TATO 1999) pitävät tärkeänä laadunhallinnan kehittämistä sosiaali- ja terveydenhuollossa.

## 1.2 Missä mennään laadunhallinnassa?

Laadunhallinnan tilasta on 90-luvun jälkipuoliskolla tehty suppeampia kartoituksia tiettyjä sektoreita koskien esimerkiksi erikoissairaanhoidosta (Taipale ja muut 1998), suun terveydenhuollosta (Lehtinen ja muut 1999) ja kuntoutuksesta (Vuorio ja Paatero 1997). Osa selvityksistä on ollut alueellisia (Kontio ja muut 1998, Etelä-Suomen lääninhallitus 1999, Hanni ja muut 2000). Sosiaali- ja terveydenhuollon eri sektoreita laajemmin kattavaa selvitystä ei ole aikaisemmin tehty.

Tällaisen kattavamman selvityksen tekemiseen tarjoutui luonteva mahdollisuus, kun hollantilainen terveydenhuollon tutkimuslaitos Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) pyysi Stakesia ja Suomen Kuntaliittoa yhteiseen laadunhallinnan tilannetta kartoittavaan hankkeeseen. Hankkeessa tehtiin kyselytutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johdolle yhtä aikaa molemmissa maissa lokakuussa 1999. Kertyneestä aineistosta on tähän mennessä tehty kolme eri selvitystä:

- alustava laadunhallinnan tilannearvio suomalaisissa sosiaali- ja terveystaluuksissa tuottavissa organisaatioissa (Mäki ja muut 1999)
- Suomen ja Hollannin välinen vertailu (Sluijs ja muut 2000)
- laadunhallinnan kypsyysmittarin kehittäminen (Mäki 2000).

Selvityksen suunnitteluun ja tekemiseen osallistuivat erikoissuunnittelija, THM Maarit Outinen Stakesin Palvelujen laatu -ryhmästä, hallintoyli lääkäri Matti Liukko Suomen Kuntaliitosta, hallintoylihoitaja, TtL Tiina Mäki ja sosiaalihuollon asiantuntija, yht.kand. Satu Siikander, molemmat Vantaan sosiaali- ja terveysvirastosta.

## 1.3 Selvityksen tavoitteet Suomessa

Tehdyn selvityksen tavoitteena Suomessa oli saada valtakunnallisesti edustava kuva siitä, miten laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottavissa organisaatioissa on kehittynyt, miten erilaisia laadunhallinnan menetelmiä ja työkaluja käytetään ja miten laadunhallinnan järjestelmien rakentamisessa on edistytty. Lisäksi haluttiin selvittää, mitä yhteneväisyyksiä ja eroja laadunhallinnassa oli sosiaali- ja terveydenhuollon ja niiden eri sektoreiden välillä.

Selvityksessä (ks. tarkemmin liite 1) ovat mukana terveydenhuollosta terveyskeskukset, yksityiset lääkäriasemat sekä julkiset ja yksityiset sairaalat. Sosiaalihuollosta mukana ovat julkiset ja yksityiset vanhainkodit ja palvelutalot, kuntoutus-, vammais- ja kehitysvammahuollon laitokset, päihdehuollon organisaatiot sekä kuntien sosiaalitoimistot. Yhteishanke Nivelin kanssa vaikutti sektoreiden valintaan siten, että sosiaalihuollon sektoreista jätettiin ulkopuolelle esimerkiksi lasten päiväkodit ja lastensuojelulaitokset sekä terveydenhuollosta mm.

fysikaaliset hoitolaitokset ja hammaslääkäriasemat. Sektoriotokset ovat kokonaisotoksia, mutta rajattiin siten, että terveydenhuollossa yksityisten palvelun tuottajien henkilöstömäärä on vähintään 20 ja sosiaalihuollossa vähintään 10. Sosiaalitoimistoissa ovat mukana yli 25 000 asukkaan kaupungit. Kokonaisotoksilla pyrittiin myös maantieteellisesti kattavaan aineistoon.

#### **1.4 Kyselylomakkeen laadinta ja aineiston hankinta**

Kyselylomakkeen laadinta ja aineiston hankinta on kuvattu yksityiskohtaisemmin liitteessä 1. Suomessa selvitykseen käytetty kyselylomake (liite 2) pohjautuu Nivelin tutkijoiden tekemiin lomakkeisiin (Wagner ja muut 1999), joka käännettiin suomeksi ja sovellettiin Suomen oloihin sopivaksi. Lomakkeen alkuun liitettiin vastaajien tueksi sivun mittainen käsitelmääritys. Lisäksi kysymysten yhteyteen liitettiin selventäviä määrittelyjä.

Kyselylomakkeessa on kysymyksiä seuraavilta arviointialueilta:

- laatupolitiikka ja -strategia
- henkilöstö(johtaminen ja -politiikka)
- menettely- ja toimintaohjeet
- laadunhallinnan menetelmät ja työkalut
- yhteistyö ja palveluketjut
- potilaiden/asiakkaiden osallistuminen
- laadunhallinnan myönteiset ja kielteiset vaikutukset
- laatukustannukset
- organisaation kulttuuri ja rakenne sekä
- tulevaisuus (sisältää myös taustatekijöihin liittyviä kysymyksiä).

Kysymyksiä eri arviointialueilta on yhteensä 33 ja lisäksi 5 taustatietokysymystä. Kyselylomake ei ole sidottu mihinkään tiettyyn laadunhallinnan malliin tai kriteeristöön ja sillä saa tietoa organisaatioiden laadunhallinnan yksityiskohtista. Se sopii myös erilaisiin organisaatioihin, koska monet kysymykset koskevat yleisesti sovellettavia hyvän toiminnan johtamisen mekanismeja.

Selvityksen aineisto kerättiin postikyselyllä marras-joulukuussa 1999. Kuhunkin organisaatioon lähetettiin vain yksi kyselylomake, joka oli osoitettu organisaation johtajalle. Johtajilla ajateltiin olevan yleiskuva koko organisaation laadunhallinnan tilanteesta. Selvityksen tulokset kuvastavatkin johdon käsityksiä.

Kyselylomakkeen palautti määräaikaan mennessä 815 organisaatiota. Kyselylomakkeet lähetettiin Niveliin, missä tiedot tallennettiin helmi-maaliskuussa 2000. Tiedot toimitettiin Suomeen atk-tallenteina.

Koko aineiston vastausprosentti on 58 %. Sektorikohtaista vaihtelua oli melko paljon. Esimerkiksi kehitysvammahuollon keskuslaitoksista vastasi 95 %, mutta julkisista vanhusten asumispalveluyksiköistä vain 29 %. Yksityiskohtaiset luvut löytyvät terveydenhuollon osalta luvun 3.1 alussa taulukosta 1 ja sosiaalihuollon osalta luvun 3.2 alussa taulukosta 13.

#### **1.5 Aineiston ja tulosten luotettavuus**

Kyselylomakkeiden palautusprosentti (58 %) kokonaisuudessaan oli survey-tyyppiselle tutkimukselle hyvä ja riittävä niille johtopäätöksille, joita tässä raportissa esitetään. Pienimmät prosentit oli julkisissa palvelukeskuksissa, kehitysvammaisten asumispalveluissa, yksityisillä lääkäriasemilla ja yksityisissä sairaaloissa sekä A-klinikoissa. Toisaalta joillakin sektoreilla palautui lomakkeista yli 80 %, esimerkiksi keskuslaitoksista, sairaskodeista, työterveysasemilta, yliopisto- ja keskussairaaloista sekä aluesairaaloista.

Vastaukset heijastavat ylimmän johdon käsityksiä, koska jokaiseen organisaatioon lähetettiin vain yksi lomake. Tulos olisi saattanut olla erilainen, jos kysymykset olisi esitetty henkilökunnalle tai palvelujen käyttäjille. Erikoissairaanhoidon koskeneessa selvityksessä (Taipale ja muut 1998) ylimmän johdon, esimiesten ja työntekijöiden käsitykset poikkesivat toisistaan melko paljon. Sosiaalisesti hyväksyttävä vastaaminen vaikuttaa kyselytutkimusten tuloksiin, joten tuloksista saattaa muodostua todellisuutta kauniimpi kuva.

Vastaajat näyttivät olevan varsin johdonmukaisia vastatessaan kysymyksiin. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, että kun laatuvaastavia oli nimetty joka neljännessä organisaatiossa, heidät mainittiin myös lähes yhtä usein laadunhallinnan 'vetureina' ja ammatillisten menettelyohjeiden laadintaan osallistujina.

Käytettyä mittausvälinettä (kysymyslomake) voi pitää varsin luotettavana. Se on perusteellisesti testattu (Wagner 1999, Wagner ja muut 1999) ja vertailun tekemisessä tämä käsitys vahvistui. Lomake sovellettiin Suomen

oloihin ja mahdolliseen 'laatukielen' erilaiseen taitotasoon varauduttiin lomakkeeseen laaditulla käsitelmäärityllä sekä kysymyskohtaisilla kuvaavilla selityksillä. Tästä huolimatta joihinkin kysymyksiin jäi kuitenkin tulkinnanvaraa.

Aineiston ja tulosten sekä kyselylomakkeen luotettavuutta on laajemmin pohdittu liitteessä 1.

## 2.1 Tuloksia ja pohdintaa

### Yleisvaikutelmia

Laadunhallinnassa ollaan suomalaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa vasta alkutaipaleella. Tämä näkyi käytettäessä kehitettyä kypsyyssmittaria (ks. luku 6; Mäki 2000). Suurin osa terveydenhuollon organisaatioista oli tällä mittarilla arvioiden laadunhallinnassaan laatuun suuntautumisvaiheessa (1-taso). Joka neljäs organisaatio oli edennyt järjestelmällisen laadunhallinnan edellytysten luontivaiheeseen (2-taso). Alle kymmenen prosenttia organisaatioista oli järjestelmällisen laadunhallinnan implementointivaiheessa (3-taso) ja kaksi prosenttia oli ankkuroitunut laadunhallinnan muuhun organisaation toimintaan (4-taso).

*Laadunhallinnan kypsyminen* oli edennyt eri arviointialueilla eri tavoin. Kyselyn tulosten perusteella eniten oli kehittynyt henkilöstöjohtaminen, jossa yli puolet organisaatioista oli vähintään implementointivaiheessa. Seuraavaksi kehittynein oli prosessin ohjauksen arviointialue, jossa melkein joka toinen organisaatio oli vähintään implementointivaiheessa. Muilla arviointialueilla (laadunhallinnan asiakirjojen laatiminen, prosessien parantaminen, asiakkaiden osallistuminen) laadunhallinta oli huomattavasti vähemmän kehittyntä. Kaikkein heikoin arviointialue oli asiakkaiden osallistuminen. Todelliset kehittämishaasteet näyttävät liittyvän toiminnan järjestelmälliseen arviointiin prosessien parantamisen arviointialueella sekä järjestöjen roolin hahmottamiseen asiakkaiden osallistumisen arviointialueella.

Tuloksista heijastuu kuitenkin *myönteinen asenne* laadunhallintaan. Vaikka meillä joissakin asioissa ei ylimmän johdon käsityksen mukaan ole vielä päästy järjestelmällisessä käytössä kovin pitkälle, ovat kokeilijoiden lukumäärät isoja. Hollannin kokemukset viittaavat siihen, että laatuajattelun omaksuminen ja laadunhallinnan kehittyminen organisaatioissa kypsälle tasolle vie useita vuosia, todennäköisesti ainakin kymmenen vuotta. Ylin johto uskoo laadunhallinnan *hyötyyn*, vaikkei esimerkiksi kustannussäästöjä vielä tässä vaiheessa olekaan kovin paljon saatu.

*Henkilökunnan* aktiivinen osallistuminen näkyy esimerkiksi menettely- ja toimintaohjeiden laatimisessa, minkä voi olettaa vaikuttavan siihen, että niillä on tosiasiaa toimintaa ohjaava vaikutus. Työntekijät itse ovat myös usein laadunhallinnan *vetureita* omissa organisaatioissaan. Toisaalta tämä voi kertoa siitä, että organisaatioiden johto ei ole aina oivaltanut, mitä mahdollisuuksia laadunhallinta voisi antaa heidän *johtamistyölleen*. Käytännön kokemukset viittaavat myös siihen, että ellei johto ole sitoutunut, voivat esimerkiksi suunnitellut parantamistoimet jäädä toteuttamatta. Suomalaisia julkishallinnon organisaatioita koskeneessa tutkimuksessa (Wilén 2000) todettiin, että laatutyön edellytykset muodostuvat johdon ja henkilöstön sitoutumisesta, vastuiden selkeydestä, resurssoinnista, koulutuksesta, palkitsemisesta ja valtaistamisesta.

*Sosiaali- ja terveydenhuollon välillä* oli jonkin verran eroja laadunhallinnan kehittyneisyydessä joillakin arviointialueilla. Esimerkiksi tuotekuvauksien ja koko hoitoprosessia koskevien ohjeiden tekeminen sekä hoito- ja palvelusuunnitelmien, kehityskeskustelujen ja henkilökunnan tyytyväisyystutkimusten järjestelmällinen käyttö oli yleisempää sosiaalihuollon organisaatioissa. Terveydenhuollon organisaatioissa vastaavasti yleisemmin olivat käytössä palvelujen käyttäjien tyytyväisyystutkimukset ja valitusten käsittelymenettely. Asiakkaan ohjausta varten laadittavat ohjeet, hoito- ja tutkimuslaitteiden ja -välineiden käyttöohjeet ja tiettyjä asiakasryhmiä koskevat ohjeet olivat myös terveydenhuollossa tavallisempia.

Kokonaisuudessaan ei tullut esiin isoa sosiaali- ja terveydenhuollon välistä eroa. Ehkä 'myytti' terveydenhuollon laadunhallinnan edistyneisyydestä on syntynyt siitä, että se on perinteisesti ollut näkyvämpää ja on totuttu laadunvarmistukseen esimerkiksi kliinisten laboratoriodien pitkien perinteiden kautta. Kenties myös työn erilainen luonne erityisesti akuuttisairaanhoidossa on vaikuttanut asenteisiin ja siihen, että terveydenhuollossa laatuajattelu on ollut helpompi omaksua.

### Sektoreilla edelläkävijöitä ja perässähiittäjiä

Sektoreittain vertailtaessa näkyy isoja eroja. Sekä sosiaali- että terveydenhuollossa oli joitakin *edelläkävijäsektoreita*. Terveydenhuollon organisaatioiden johdon käsityksen perusteella asiat olivat kehittyneet pisimmälle yliopistosairaaloissa, yksityisillä työterveysasemilla ja yksityisissä sairaaloissa. Työterveysasemien osalta merkitystä on voinut olla sillä aktiivisella työllä, jota Työterveyslaitos on pitkään tehnyt. Oletettavasti vaikutusta on ollut myös toimialan vaatimuksilla: palveluja ostavilla organisaatioilla on pitkät perinteet laadunhallinnassa. Terveydenhuollon *perässähiittäjiä* olivat terveyskeskukset ja yksityiset lääkäriasemat, joiden tuloksissa ei ole kovin suurta eroa. Terveyskeskukset ovat viime vuosina toimineet niukoilla resursseilla ja monessa niistä on samaan aikaan ollut käynnissä tietojärjestelmien kehittäminen ja väestövastuuseen



siirtyminen. Perusterveydenhuollon pienissä organisaatioissa myös johtamisen kehittäminen on erilaista kuin isoissa. Tämän selvityksen tulos kuvaakin terveyskeskusten osalta ehkä tervettä kriittisyyttä suhtautumisessa laadunhallinnan menetelmiin, joista monet on kehitetty isoihin organisaatioihin. Kuitenkin pitkälle ehtineillä yliopisto- ja keskussairaaloilla voisi olla paljon annettavaa terveyskeskuksille. Tulevaisuudessa laadunhallinnan kehitystä nopeuttanee myös se, että alueellisia hoitoketjuja kehitetään tällä hetkellä varsin aktiivisesti.

Sosiaalihuollossa edelläkävijöinä nousivat esiin vammais- ja kehitysvammahuollon laitokset sekä kuntoutuslaitokset. Erityisesti kuntoutuslaitoksissa merkitystä saattaa olla koetulla kilpailulla sekä sillä, että merkittävimmät palvelujen ostajat Kela ja Valtiokonttori ovat laatineet omat laatuvaatimuksensa ja kehittäneet tarjouskäytäntöjään laatuvaatimusten suuntaan. Molemmilla on myös ulkoinen auditointimenettely. Vanhustenhuollon yksityisissä organisaatioissa laadunhallintaan on panostettu julkista sektoria enemmän (Vaarama ja muut 1999).

### **Laadunhallintaa ohjaavien dokumenttien laadinnassa parantamisen varaa**

*Laadunhallintaa ohjaavien dokumenttien* laadinnassa ei päästy kovin korkeisiin prosentteihin. Tilanne näyttää paremmalta, jos ottaa huomioon 'valmisteilla' -vaihtoehdon valinneet. Näitä dokumentteja voidaan pitää tärkeinä siksi, että ne ohjaavat - tai sitten ei - organisaatiota tiettyyn suuntaan. Ne myös parantavat organisaation ja sen toiminnan läpinäkyvyyttä ulkopuolisille tahoille. Toisaalta Hollanti-vertailun perusteella (luku 5) näyttäisi siltä, että laadunhallinnan tuloksellisuuden kannalta niillä on vähemmän merkitystä. Tuote- ja palvelukuvauksia tehtiin aktiivisemmin sosiaalihuollon organisaatioissa (34 %) kuin terveydenhuollossa (19 %). Yksikkötason laatusuunnitelmien määrien ero johtunee sosiaalihuollon organisaatioiden pienemmästä koosta. Niitä oli tehty vasta joillekin yksiköille, mutta ei kattavasti. Laatuosuuden sisällyttää toiminta- tai vuosikertomukseensa noin viidennes organisaatioista. Laatuksikirjoja valmistellaan paljon varsinkin terveydenhuollossa, mutta valmiita laatuksikirjoja on vasta noin joka kymmenennellä. Selvästi poikkeavia edelläkävijöitä tässä olivat kuntoutuslaitokset (57 %) sekä yliopisto- ja keskussairaalat sekä vammaishuollon laitokset (neljännes).

*Menettely- ja toimintaohjeita* organisaatioilla oli paljon, mutta yhdenmukainen laadintatapa oli harvinaisempi. Laadunhallinta oli lisännyt ohjeiden määrää, mutta myös niiden toimivuuden arviointia. Menettely- ja toimintaohjeisiin panostaminen oli kaikkein tärkein painopiste organisaatioiden vuotta 2000 koskeissa suunnitelmissa. Tämä on sitä välttämätöntä pohjatyötä laadun arvioinnille ja kehittämiseksi, joka kuitenkin on koettu laadunhallinnassa vaikeaksi asiaksi ("mapit pölyttymässä hyllyssä", "turhaa byrokratiaa"). Suomessa neljännes organisaatioista koki laadunhallinnan lisänneen työmäärää, kun taas vastaava luku Hollannissa oli 43 %. Tämä selittyy oletettavasti juuri dokumentoinnin korostumisella. Meillä onkin tulevaisuudessa tärkeää harkita tarkkaan, mitä dokumentoidaan tai mitä on järkevää dokumentoida, niin että dokumentoinnista saadaan paras mahdollinen hyöty ilman siihen liittyviä haittoja. Dokumentointia ja ohjeistamista tulisi kehittää prosessien arvioinnin kautta: ohjeistusta tarvitaan silloin, kun prosessi ei suju halutulla tavalla. Henkilökunnan ammattitaitoon sisältyviä asioita voitaneen edistää paremmin koulutuksella. Organisaatiot ja myös niiden eri yksiköt vaativat toiminnan luonteesta johtuen erilaista tarkkuutta toimintaohjeissa (esim. laboratoriot). Organisaatioiden tulisikin löytää oman toiminnan kannalta keskeiset kohdat ja sellaiset asiat, jotka pitää tehdä yhdenmukaisella tavalla ja laatia kirjallisia ohjeita vain niistä.

Menettely- ja toimintaohjeita laati henkilökunta 91 %:ssa organisaatioita, esimiehet 79 % , johto 54 % ja laatuvaastava 20 %. Näyttäisi siltä, että laadunhallinnassa pitkälle ehtineissä yliopistosairaaloissa ylimmän johdon osuus laadinnassa on merkittävämpi (75 %) kuin muissa. Laatuvaastavat osallistuvat toimintaohjeiden laadintaan omaa osuuttaan vähemmän keskussairaaloissa (43 %, nimitetty 71 %), aluesairaaloissa (50 % vs. 71 %) ja yksityissairaaloissa (27 % vs. 45 %). Työntekijöiden ja esimiesten runsas osallistuminen saattaa ennustaa sitä, että laadituilla ohjeilla on todellista vaikutusta palvelujen ja toiminnan laatuun.

Keskeinen väline oman työn dokumentoinnin ja analysoinnin kannalta ovat *prosessikuvaukset*. Prosessikuvauksia koskevia kysymyksiä oli vain yksi: onko laadittu kuvauksia ydinprosesseista ja tukiprosesseista. Asiasta saatiin melko vivahteeton kuva: ydin-/pääprosesseista on kuvauksia laatinut 43 %, tukipalveluprosesseista 23 %. Vastaaajilta pyydettiin esimerkkejä kuvauksista, mutta ei arviota esimerkiksi siitä, kuinka kattavasti kuvaamista on tehty. Myöskään parhaillaan laadinnassa olevien kuvauksien määrää ei kysytty.

### **Laadunhallinnan resurssointi**

*Laatuprojekteille* on organisaatioissa varattu aikaa, mutta ei kuitenkaan vapautettu henkilökuntaa määräaikaaisesti toimimaan projekteissa. Toinen silmään pistävä asia on se, että sellaisia laatuprojekteja, joilla on kirjallinen suunnitelma ja johdon hyväksyntä, on vähän. Systemaattisuuden puute heijastuu siihenkin, ettei laatuprojektien kustannuksia riittävästi tiedetä eikä niiden kustannuksista ja hyödyistä keskustella. Laatuprojektityöskentelyä saatetaan tehdä omalla ajalla, koska henkilökunta kokee sen tiukassakin resurssitilanteessa mielekkääksi ja

motivoivaksi. Voidaan kuitenkin kysyä, palvelevatko laatuprojektit tällaisenaan koko organisaation tavoitteita ja saavutetaanko niillä merkittäviä tuloksia, jos ne eivät ole suunnitelmallisia.

Noin puolet sekä sosiaali- että terveydenhuollon organisaatioista raportoi varaavansa aikaa oman toiminnan arviointiin sekä oman ammattiryhmän sisällä että moniammatillisissa työryhmissä. Arviointi ei kuitenkaan useimmiten ole kovinkaan järjestelmällistä: menetelmänä niin omassa ammattiryhmässä tapahtuvaa kuin moniammatillistakin arviointia käyttää joka kymmenes organisaatio. Aktiivisempaa käyttöä on erityisesti päihdehuollon laitoksissa (omassa ammattiryhmässä 23%, moniammatillisessa ryhmässä 31 %), kuntoutuslaitoksissa (21 %, 50 %) ja keskussairaaloissa (21 %, 14 %). Järjestelmällistä moniammatillista arviointia tehdään myös aluesairaaloissa (20 %), yksityissairaaloissa (20 %) ja vammaishuollon laitoksissa (25 %).

*Laatuvastaavia oli nimetty ja laatu(johto)ryhmiä* asetettu noin kolmanneksessa organisaatioista. Milloin laatuvastaavia oli nimetty, heidän roolinsa näkyi johdonmukaisesti myös kysymyksissä, joissa laatuvastaavat olivat yhtenä tekijänä (esimerkiksi toimintaohjeiden laatijoina).

### **Henkilöstöpolitiikkaan satsataan ja se kannattaa**

Tuleeko laatuolitiikka sanoista teoksi - ohjaako se esimerkiksi henkilöstöpolitiikkaa? Verrataanpa lukuja kirjallisen laatuolitiikan laatimisesta ja sen vaikutuksista henkilöstöpolitiikkaan kahden terveydenhuollon esimerkin avulla. Ammattitaidon kehittäminen perustuu laatuolitiikkaan vain noin puolessa laatuolitiikan laatineesta organisaatiosta. Ainoan poikkeuksen muodostaa yksityissairaalat. Lähes päinvastainen tilanne on sen suhteen, kertooko johto henkilökunnalle, mitä heiltä laatuolitiikan perusteella odotetaan: johto kertoo, vaikkei laatuolitiikkaa olisikaan tehty. Tässä poikkeuksena ovat yliopistosairaalat, joilla kaikilla on laatuolitiikkaa, mutta vain 75 % johtajista informoi henkilökuntaa sen sisällöstä. Sosiaalihuollon organisaatioissa tilanne on lähes samanlainen. Syynä saattaa olla toisaalta se, etteivät kirjallisetkaan laatuolitiikat ole vielä kehittyneet sellaisiksi, että niillä olisi käytäntöä ohjaavaa merkitystä. Toisaalta laatuolitiikka selvästi on olemassa, mutta sitä ei ehkä ole kirjattu.

Suomen ja Hollannin tulosten vertailussa Suomi pärjasi paremmin henkilöstöpolitiikkaa koskevalla arviointialueella. Myös tähän liittyviä menetelmiä - kehityskeskusteluja, henkilöstön tyytyväisyystutkimuksia - käytetään meillä enemmän. Henkilöstöön panostamista kannattaa jatkaa, koska vertailun mukaan sillä on vaikutusta laadunhallinnan koettuun tuloksellisuuteen.

### **Lisää järjestelmällisyyttä laadunhallinnan menetelmien käyttöön**

Erilaisia laadun arvioinnin ja parantamisen menetelmiä käytetään monipuolisesti, mutta käytön järjestelmällisyydessä ollaan vielä toivomisen varaa. Pisimmällä tässä suhteessa ollaan kehityskeskustelujen käymisessä, hoito- ja palvelusuunnitelmien käyttämisessä sekä palvelun käyttäjien ja henkilöstön tyytyväisyystutkimuksissa. Vertailussa tehdyt analyysit osoittivat juuri systemaattisen käytön vaikuttavan laadunhallinnan myönteisiin tuloksiin. Laadunhallinnan etenemistä organisaatiossa näyttää auttavan se, että käytetään laadun arvioinnin menetelmiä kuten palvelujen käyttäjien tyytyväisyystutkimuksia, palvelutarveselvityksiä ja sisäisiä arviointeja (auditointeja). Systemaattisesti sisäisiä auditointeja käytetään toistaiseksi melko vähän. Niihin kannattaa panostaa, koska ne myös luovat edellytyksiä ulkoisille arvioinnille. Vähäinen järjestelmällisyys sellaisissa menetelmissä kuin vertailukehittäminen (Benchmarking) ja tasapainotettu mittaristo on ymmärrettävää niiden uutuuden takia.

### **Seuranta- ja arviointimittareissa ilmeisiä kehittämistarpeita**

Mihin tietoon ja millaisiin mittareihin organisaatioiden johtajat perustavat toiminnan ohjaamisen ja laatuolitiikan suuntaamisen? Tämän selvityksen perusteella oman laatuolitiikan arviointi perustuu erityisesti palvelujen käyttäjien ja työntekijöiden tyytyväisyystutkimuksiin sekä jatkuvaan asiakaspalautteeseen. Asiakaspalautteen tärkeä asema saattaa selittää sitä, että laadunhallinnan myönteiset vaikutukset näkyvät ensimmäisinä juuri asiakkaiden ja henkilöstön tyytyväisyyden lisääntymisenä. Vaihtoehtona ollut 'jatkuva asiakaspalautte' on kaikkein perinteisin tieto. Sen käytön ongelmana saattaa olla kuitenkin systemaattisuuden ja kattavuuden puute ja varsinkin palautteen puutteellinen dokumentointi. Kun tosiasioita ei kerry riittävän monipuolisesti ja monelta asiakkaalta, voi yksittäisen asiakkaan voimakkaasti esittämä - ehkä vielä tehostettuna aktiivisella paikallisissa tiedotusvälineissä esiintymisellä - palaute korostua liikaa.

Varsinaisina seuranta- ja arviointimittareina käytettiin yleisimmin aika perinteisiä mittareita: taloudellisia tunnuslukuja, henkilökunnan sairauspoissaolo- ja vaihtuvuustietoja, asiakkaiden valituksia sekä jono- ja odotusaikatietoja. Hoidon/palvelun tuloksia ja vaikutuksia koskevia mittareita oli vain kolmanneksessa organisaatioista ja hoidon terveysvaikutusten mittareita vielä vähemmän (22 %). Tietoja virheistä ja

komplikaatioista käytti neljännes vastaajista. Näiden mittareiden kehittämisen tulisikin olla yksi tärkeimpiä lähivuosien panostusalueita. Vaikka asiakaslähtöisyyden lisääminen ja toimintaprosessien dokumentointi, analysointi ja kehittäminen on tärkeää, sosiaali- ja terveydenhuollon tulokset ovat kuitenkin laadun lopullinen mittari. Mikä voisi tukea tätä kehitystä? Yksi mahdollisuus on se, että kun tätä - vaikeaa - mittaamista kehitetään, kertyvät kokemukset ja esimerkit saadaan laajasti yhteiseen käyttöön. Esimerkiksi terveydenhuollossa yliopisto- ja aluesairaalat sekä yksityiset sairaalat olivat muihin verrattuna melko ylivoimaisia tässä suhteessa ja ne voisivat omaksua tiennäyttäjän ja tukijan roolin vaikkapa terveyskeskuksien suhteen. Toinen tärkeä tuki voisi tulla valtakunnallisista hankkeista, joissa pyritään löytämään käyttökelpoisia laatuindikaattoreita. Olemassa olevia (tilasto- ja rekisteri)tietojakin tulisi tarkastella, vaikkakin laatu-tietoa niissä on yleensä vähän. Tehohoidossa, sydänkirurgiasta ja tekonivelleikkauksista tällaisia indikaattoritietoa on jonkin verran.

### **Laadunhallinta painottuu vielä organisaatioiden sisälle**

Yhteiset laadunhallinnan käytännöt ulkoisten yhteistyökumppaneiden ja palveluihin/hoitoihin osallistuvien muiden palveluyksiköiden kanssa ovat vasta kehityksessä. Niitä oli vastaajista vain reilulla kolmanneksella, useimmin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Tavallisimpia olivat yhteiset toimintaohjeet hoitovastuun siirtymisestä ja asiakkaan/potilaan ohjauksesta. Vähiten yhteisiä menettelyjä oli lääkäriasemilla ja yksityisillä sairaaloilla. Yhteisten käytäntöjen vähyyden taustalla saattaa olla se, että yhtenäisiä hoitosuosituksia ja niille perustuvia alueellisia hoitoketjuja on systemaattisesti kehitetty vasta 90-luvun puolivälin jälkeen. Laadunhallinta painottuu siis vielä selvästi organisaatioiden sisälle ja siellähän se onkin ensiksi opittava. Seuraavassa kehitysvaiheessa nousevat enemmän esiin alueellisiin ja paikallisiin hoitoketjuihin liittyvät laadunhallinnan käytännöt.

### **Asiakkaiden osallistuminen laadunhallintaan vähäistä**

Tärkeänä laadunhallinnan kehittämiskohteena pidetään asiakkaiden tai heitä edustavien järjestöjen osallistumista. Tässä selvityksessä osallistumisen tapoina nimettiin osallistuminen laatu-kriteerien laadintaan, menettely- ja toimintaohjeiden laadintaan, laatu-tavoitteiden saavuttamisen arviointiin, laaturyhmien toimintaan tai laatu-projekteihin. Osallistuminen on keskimäärin varsin vähäistä: asiakkaat ovat mukana 5 - 14 % :ssa organisaatioista, järjestöt 1 - 7 %:ssa. Sektoreittain oli melko suuria eroja. Kyse onkin ehkä luonnollisesta kehitysvaiheesta, jossa tällä hetkellä laatu-työn painopiste on vielä omien käytäntöjen kehittämisessä ja asiakkaat tulevat mukaan vasta myöhemmin. Sosiaalihuollossa ollaan asiakkaiden osallistumisessa terveydenhuolto-pitemmällä.

Hollannin aikaisempien tutkimusten mukaan tämä osa-alue kehittyy viimeisenä, vasta kun laadunhallinnan järjestelmät ovat kypsässä vaiheessa. Toisaalta voi kysyä, oliko koko kysymys väärin asetettu ja puuttuiko vastausvaihtoehtoista jokin osallistumisen tapa. Suomen ja Hollannin vertailussa - Hollannissa lakisääteiset - asiakasraadit tai -neuvostot osoittautuivat 'keinoksi', jonka kautta vaikuttaminen kanavoituu tehokkaasti. Siellä on myös muissa tutkimuksissa (Wagner 1999) saatu näyttöä siitä, että hyvin toimivat asiakasraadit saattavat vaikuttaa jopa hoidon tuloksiin. Suomessa käytetyssä kyselylomakkeessa tätä asiakasraati-vaihtoehtoa ei ollut, koska sen arveltiin olevan toistaiseksi niin vähän käytetty.

Asiakkaiden roolin voisikin vielä toistaiseksi määritellä 'kyselylomakkeeseen vastaajaksi'. Positiivista on, että tyytyväisyystutkimuksia ja tarvekartoituksia käytetään aktiivisesti ja tuloksia hyödynnetään arvioinnissa. Potilaiden tekemiä valituksia käytetään arviointimittareina varsinkin terveydenhuollossa, todennäköisesti potilasasiamiestoiminnan ansiosta. Käyttö on kuitenkin paljon vähäisempää kuin tyytyväisyystutkimusten käyttö. Vaikuttaneeko tähän viime mainituista saatava yleensä positiivinen palaute? Valitusten hyödyntämiseen tulisi kuitenkin panostaa, koska ne antavat arvokasta tietoa virheistä.

### **Aktiivinen tiedon antaminen parantaisi asiakkaiden osallistumisen edellytyksiä**

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan oikeudellisen aseman kannalta on oleellisen tärkeää, miten hän saa tietoa itsemääräämisoikeudesta, muistutusten ja valitusten tekemisestä, oikeudesta tarkastaa itseään koskevat tiedot sekä kirjallisesta suostumuksesta itseään koskevien tietojen antamiseen organisaatiosta toiseen. Nämä asiat sisältyvät lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista, lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä henkilörekisterilakiin. Kaksi kolmasosaa kyselyyn vastanneista johtajista raportoi, ettei heidän organisaatiossaan järjestelmällisesti informoida asiakasta näistä oikeuksista. Lainsäädäntö edellyttää informointia potilaan pyytäessä, mutta voi kysyä, eikö suurempi aktiivisuus olisi todellisen laadun mittari? Toisaalta on muistettava, että kyseessä on johdon käsitys - ehkä tilanteesta syntyisi toisenlainen kuva, jos kysymys olisi tehty henkilökunnalle tai potilaille?

## Johdon kokemat laadunhallinnan myönteiset ja kielteiset vaikutukset

Laadunhallinnan myönteisiin vaikutuksiin liittyi tässä selvityksessä vahvoja odotuksia, mutta myös jo toteutuneita vaikutuksia. Lähes yhdeksän johtajaa kymmenestä joko odottaa tai arvioi omassa organisaatiossa jo toteutuneen myönteisiä vaikutuksia niin että mm. asiakkaiden ja henkilökunnan tyytyväisyys on lisääntynyt, prosessit ja hoidon tulokset parantuneet. Tuottavuuden paranemiseen samoin kuin kustannusten vähenemiseen omassa organisaatiossa tai muualla suhtaudutaan epäilevämmiin: vajaa kolmannes vastaajista ei odota niiden muuttuvan laadunhallinnan tuloksena.

Ensimmäisenä vaikutukset ovat näkyneet asiakaskeskeisyydessä ja asiakkaiden tyytyväisyydessä (yli kolmannes vastaajista) sekä henkilöstön sitoutumisessa ja tyytyväisyydessä (noin neljännes). Organisaation parempaa profiloitumista, ulkoisien osapuolien tyytyväisyyden lisääntymistä, palveluprosessin paranemista ja hoidon tulosten paranemista raportoi noin viidesosa vastaajista. Kustannusten vähenemistä raportoi kuitenkin vain 13 % vastaajista. Myönteiset vaikutukset näyttävät riippuvan tehdyn laatutyön määrästä, sillä pitkälle edenneet sektorit - terveydenhuollossa yliopisto- ja keskussairaalat, yksityiset sairaalat ja työterveysasemat, sosiaalihuollossa kehitysvammais-, vammaishuollon ja kuntoutuslaitokset - raportoivat niitä muita enemmän. Pessimisti tietenkin kysyy, kuinka todellista vaikutus on: onko syynä odotuksiin muodikkaus, usko ratkaisuun tällä menetelmällä? Vastaväitteenä voi todeta, että juuri tyytyväisyydestä organisaatioissa oli eniten näyttöä, koska mittauksia tehtiin järjestelmällisesti yli puolessa organisaatioissa.

Työmäärän lisääntymistä kysyttiin yhtenä kielteisistä vaikutuksista ja sitä raportoitiin noin kolmanneksessa organisaatioista. Työmäärän lisääntyminen erityisesti laadunhallinnan kehittämisen alkuvaiheessa on toisaalta itsestään selvää eikä sitä ehkä pitäisikään kokea kielteiseksi. Joustamattomuutta, kustannusten nousua tai henkilökunnan motivaation/tyytyväisyyden vähentymistä ei juuri oltu koettu. Hollannissa kielteisiä vaikutuksia oli enemmän ja tuloksellisuuteen vaikuttivat jotkin olosuhdetekijät (korkea poissaolomäärä, liian korkeaksi koettu työkuormitus), joilla ei meillä ollut niin suurta vaikutusta<sup>2</sup>.

Laadunhallinta vaikutti toiminta- ja menettelyohjeiden määrää lisäävästi, mutta toisaalta turhia ohjeita oli poistettu, epävirallisia virallistettu, niitä valvottiin paremmin ja sekä niiden noudattamista että toimivuutta arvioidaan entistä enemmän. Näitä muutoksia voi pitää varsin myönteisinä.

Laadunhallinnan vaikutukset koettiin Suomessa kautta linjan paljon myönteisemmin kuin Hollannissa (ks. tarkemmin luku 5).

## Laatukustannuksia ei vielä tunneta

Laatukustannusten tuntemista koskevista kysymyksistä ei ennalta uskottu saatavan kovin hyviä tuloksia. Arviointialue otettiin mukaan kyselylomakkeelle, koska haluttiin nostaa tämä tärkeä asia esille. Tulokset olivat odotusten mukaiset. Vain niukka kolmannes vastaajista tuntee laatukustannuksensa. Hoidon haitat ja virheet aiheuttavat kuitenkin huomattavia kustannuksia sekä organisaatioille että potilaille. Laatuprojektien kohdalla tilanne on valoisampi, sillä yli puolessa organisaatioista keskustellaan niiden kustannuksista ja arvioidaan kustannukset ja hyödyt. Saadun tuloksen tekee vielä ymmärrettävämmäksi se, että yli puolessa organisaatioissa ei ole kustannuslaskentajärjestelmää. Viitteitä on siitä, että laatutyön edistyessä tämäkin puoli kehittyy. Vaikka taloudellisia tunnuslukuja käyttää 70 %, laatukustannuksia kuvaavia lukuja niihin ei ilmeisesti samassa suhteessa sisälly. Myös johdon tietojärjestelmissä on kehittämisen varaa, sillä niitä hyödyntää järjestelmällisesti joka kymmenes organisaatio. Niitä ei-järjestelmällisesti käytäviä on kuitenkin enemmän (30 %).

## Ulkoisen arvioinnin tavat ja käytetyt kriteeristöt sekä mallit

Ulkoinen arviointi on laadunhallinnan vaativin vaihe. Se toteutetaan useimmin vasta sitten, kun laatutyössä on päästy vähän pitemmälle. Silloin se on usein myös kannustava tavoite. Tässä vaiheessa lähes 70 % vastaajista ei kuitenkaan vielä ole edes asettanut sitä tavoitteekseen. Myöskin vuoden 2000 kehittämisalueissa se jäi viimeiseksi (vain 12 %).

Organisaatioiden välisiä arviointeja on toteuttanut 16 prosenttia ja suunnittelee 22 prosenttia organisaatioista. Terveydenhuollossa niitä tehtiin keskimääräistä enemmän aluesairaaloissa (43 %) ja yksityisissä sairaaloissa (38 %). Samantapaiset luvut liittyvät ostajan tai rahoittajan organisoimaan arviointikäyntiin. Selviä poikkeuksia olivat kuntoutuslaitokset (81 %) ja yksityiset vanhainkodit (38 %). Ulkopuolisen konsultin tekemiä arviointeja

---

<sup>2</sup> Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden rakenne ja kulttuuri näyttivät meillä olevan varsin homogeenisia. Lähes kaikki organisaatiot sijoittuivat annettujen väittämien keskivälin paikkeille, ääripäihin vain muutama. Näitä rakennetta ja kulttuuria käsitteleviä kysymyksiä ei tästä johtuen ole raportoitu luvun 3 tulososissa.

oli tehty muita sektoreita enemmän yliopistosairaaloissa ja yksityissairaaloissa, riippumattoman elimen toteuttamia arviointia yliopisto- ja aluesairaaloissa. Näissä kyse lienee pääosin laboratorioiden akkreditointiin liittyvistä arvioinneista. Sosiaalihuollossa kuntoutuslaitokset olivat tehneet niitä muita sektoreita useammin (39 %).

Valmiiden laadunhallinnan mallien ja kriteeristöjen käyttö on monipuolista. Useimmin oli käytetty ITE-menetelmää (Holma 1997), joka on tarkoitettu työyksiköiden itsearviointiin. Sen vahvuuksiin kuuluu myös erittäin edullinen hinta ja muutenkin matala käyttöönottokynnys. Se on tehty erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköiden käyttöön ja laatutyön jatkaminen kohti vaativampia kriteeristöjä käy helposti. Suomen Laaturpalkinnon kriteeristöä ja sen tilalle tulevaa Euroopan laaturpalkintokriteeristöä käyttää yhteenlaskettuna kolmannes vastaajista. Saman verran käyttäjiä on ISO 9000-standardistolla. Muiden mallien käyttö jää kymmenen prosentin paikkeille.

Luotettavia johtopäätöksiä jo saatujen laaturpalkintustusten määrästä ei aineiston perusteella voi tehdä. Vastaajista nimittäin 2 prosenttia ilmoitti jo saaneensa Suomen Laaturpalkinnon - tosiasiaa sellaista ei ole saanut yksikään sosiaali- tai terveydenhuollon organisaatio. Vastaajat saattoivat tarkoittaa tällä esimerkiksi jonkun sairaanhoitopiirin omaa laaturpalkintoa. Tätä ei voi kuitenkaan päätellä vastauksista.

### **Laatukielen käsitteet ongelmallisia**

Saatujen laaturpalkintustusten määrää koskevassa kysymyksessä tuli kenties selvemmin esiin se, ettei laatukieltä vielä kaikkialla tunneta ja käytetyillä käsitteillä saattaa olla monenlaisia tulkintoja. Esimerkiksi kysymyksiin, jotka koskivat jatkuvan asiakaspalautteen hyödyntämistä, oman toiminnan arviointia omassa ammattiryhmässä ja moniammatillisessa ryhmässä on voitu vastata myönteisesti, vaikkei niitä varten ole ollut käytössä vakiintunutta, määrämuotoista menetelmää tai menettelytapaa. Kyselylomakkeella ei ollut avointa kysymystä, jossa vastaajia olisi pyydetty yksilöimään, minkälaista menettelyä on käytetty.

Käsitteen 'laatu' korostunut käyttäminen ja sen liittäminen monenlaisten asioiden etuliitteeksi voi johtaa siihen, että se koetaan 'erilliseksi' asiaksi suhteessa johtamis- ja toimintajärjestelmiin ja toiminnan kehittämiseen. Perusolemukseltaan esimerkiksi 'laatujohtaminen' on hyvää johtamista ja laadunhallinnan järjestelmä hyvä toimintajärjestelmä: sellainen, jonka avulla saavutetaan halutut tulokset. Kieliongelmiä saattaa aiheuttaa myös se, että laadunhallinnan menetelmät ja tekniikat on kehitetty avoimella sektorilla. Osa niistä soveltuu terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimintoihin hyvin, mutta joidenkin kohdalla soveltuvuutta on syytä tarkkaan miettiä. Menetelmähän eivät ole itsetarkoitusta, vaan tärkeää on se, mitä niillä saadaan aikaan.

Selkeyttä ailahtelevaan laatukieleen voitaisiin saada pitäytymällä kansainvälisissä käsitteissä. Tämän suuntaiseen kehitykseen sosiaali- ja terveydenhuollossa pyrittiin jo ensimmäisessä laadunhallintasuosituksessa, johon laadittiin laatusanasto, joka perustui kansainväliseen sanastoon ISO 8402 (Laadunhallinta ... 1995). Suomen Kuntaliitto linjasi samoja periaatteita terveydenhuollon laatusuosituksessaan vuonna 1998 (Laadunhallinta ... 1998) ja julkisten palvelujen laatustrategiahankkeessa 1999. Vuonna 1999 Suomen Kuntaliitto, Stakes ja Sosiaali- ja terveysministeriö suosittelivat, että sosiaali- ja terveydenhuollossakin käytetään samaa laatukieltä kuin muilla toimialoilla (Sosiaali- ja terveydenhuollon ... 1999). Tätä suositusta voisi tarkentaa siten, että keskustelussa käytetään uudistuvan standardin ISO 9000(2000) sanastoa ja määritellään keskeiset käsitteet seuraavasti:

- *laadunhallinta*: organisaation koordinoitua johtamis- ja ohjaustoiminnot laatuun liittyvissä asioissa (laatuun liittyvien asioiden johtaminen ja ohjaaminen sisältää tavallisesti laaturpalkintokäytännön, laaturpalkintotavoitteiden, laadun suunnittelun, laadunohjauksen, laadunvarmistuksen ja laadun parantaminen; laatujohtaminen (TQM) on yksi laadunhallinnan muoto, joka perustuu organisaation kaikkien jäsenten osaamiseen:)

- *laadunhallintajärjestelmä*: järjestelmä, jonka avulla luodaan laaturpalkintokäytäntö ja laaturpalkintotavoitteet ja jota käytetään laaturpalkintotavoitteiden saavuttamiseksi (ISO 9000 (2000))

Tätä selvitystä valmisteltaessa tuli esiin myös käsitteiden kansainvälisen käytön pulmat. Hollannissa on vakiintunut käyttöön sana 'laatujohtaminen' (kwaliteitsysteem), meillä puhutaan laadunhallinnasta ja laadunhallinnan järjestelmästä. Tarkemmin keskusteltaessa käsitteiden sisältö osoittautui samanlaisiksi ja näin kahden maan välinen vertailu osoittautui mahdolliseksi. Vertailuja tekevien tutkijoiden olisikin aina selvitettävä, mitä eri maissa käsitteillä ymmärretään. Tärkeää olisikin myös eurooppalaisella tasolla kirkastaa kielenkäyttöä. Esimerkiksi Euroopan Unionin sairaaloiden järjestö HOPE ehdottaa raportissaan (HOPE 2000), että jäsenvaltioiden kesken selkeytettäisiin tietyt laatuun liittyvät peruskäsitteet ja periaatteet.

## Laadunhallintasuositusten tunnettuus

Erilaiset laadunhallintasuositukset tunnetaan varsin hyvin. Julkisten palvelujen laatustrategia tunnetaan terveydenhuollossa sosiaalihuoltoa paremmin. Huhtikuussa 1999 eli vain puoli vuotta ennen kyselyn ajankohtaa julkaistun uusimman sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen laadunhallintasuosituksen (Sosiaali- ja terveydenhuollon .... 1999) tunki 48 % vastanneista ja sitä oli ehtinyt jo hyödyntääkin oman organisaation laatutyössä 16 prosenttia. Muita sektoreita korkeammat hyödyntämisluvut saatiin yliopisto- ja keskussairaaloista (75 %, 57 %). Suomen Kuntaliiton kuntien terveydenhuollon laadunhallintasuosituksen (Laadunhallinta ... 1998) tunki 53 % ja sitä oli hyödyntänyt 10 % terveydenhuollon organisaatioista. Molemmat tunnettiin paremmin julkisessa kuin yksityisessä terveydenhuollossa.

Onko annetuilla laadunhallintasuosituksilla ohjaavaa vaikutusta? Edellisessä kappaleessa olevat korkeat hyödyntämisluvut tukevat tätä oletusta. Samansuuntaisia johtopäätöksiä voidaan tehdä tuloksista, jotka saatiin organisaatioiden vuoden 2000 laatutyön painotuksia koskeneeseen kysymykseen. Tärkeimpinä laadunhallinnan kehittämisalueina mainittiin juuri niitä asioita, jotka sisältyvät suosituksiin: menettely- ja toimintaohjeiden kehittäminen 64 % (dokumentointi), mittariston/mittausjärjestelmän kehittäminen 43 %, laatuprojektit 43 %, mielipidekartoitukset 42 %, sisäiset auditoinnit 41 % sekä prosessien hallinnan kehittäminen 39 %.

Myös Hollannin ja Suomen vertailu osoitti, että meillä on 'suosituslinjalla' päästy lähes yhtä hyvään tilanteeseen kuin Hollannissa lainsäädännöllä (kun vielä ottaa huomioon, että lain henkeä on siellä toteutettu jo vuodesta 1991, kun taas meillä ensimmäinen suositus valmistui vasta 1995). Meillä laadunhallinta näyttäisi myös olevan koherentimpaa: laadunhallinnan eri näkökulmat otetaan tasapainoisemmin huomioon, kun voidaan itse miettiä, mikä omassa organisaatiossa on tärkeää eikä tarvitse panostaa lakisääteisten velvollisuuksien täyttämiseen.

Selvityksen perusteella voinee tehdä sen johtopäätöksen, että meillä voidaan jatkaa entisellä informaatio-ohjauksen linjalla. Tärkeää on jatkossakin tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollossa käyttökelpoisia menetelmiä/metelmäsovelluksia, tuottaa riittävästi tasokasta tukimateriaalia ja huolehtia kokemusten ja kertyneen tiedon välittymisestä kaikkien käyttöön.

## 2.2 Suositukset

*Asiakkaan osallistumista tulisi aktiivisesti kehittää.* Asiakastyytyväisyysmittausten lisäksi valitusten käsittelyä olisi kehitettävä. Hollannissa saadut myönteiset kokemukset asiakasraadeista ja -neuvostoista kannustavat harkitsemaan niiden käyttöä Suomessakin.

*Osaamista tulisi yhä enemmän välittää sektorilta toiselle ja kehittää laadunhallintaa yhdessä.* Erityisesti erikoissairaanhoidon organisaatioiden tulisi panostaa terveyskeskusten laadunhallinnan tukemiseen (esim. erilaiset yhteiset laaturyhmät, kehittämisprojektit, kouluttaminen).

*Laadunhallinnan järjestelmiä dokumentoidessa tulee olla kriittinen.* Kannattaa dokumentoida sellaiset menettelyt ja toimintatavat, jotka ovat laadun ja laadunhallinnan kannalta keskeisiä. Kriittiset kohdat löytyvät usein prosessien arvioinnin tuloksena.

*Organisaatioiden johdon tulisi kiinnittää huomiota laatu politiikan hyödyntämiseen esimerkiksi tavoitteiden asettamisessa, henkilöstöjohtamisessa (esim. koulutusta suunniteltaessa) ja toiminnan arvioinnissa.* Tärkeitä kehittämisalueita ovat myöskin laatukustannusten seurantajärjestelmät ja riskienhallintamenettelyt.

*Laadunhallinnan menetelmien ja työkalujen käytössä tulisi kiinnittää huomiota järjestelmällisyyteen.* Tämä varmistaa sen, että opitaan kunnolla ne, joita käytetään. Myönteisimpiä vaikutuksia näyttää olevan asiakas- ja työntekijätyytyväisyyden mittaamisella, kehityskeskusteluilla, tarveanalyseilla sekä sisäisillä auditoinneilla.

*Menetelmien ja toiminnan kehittäminen vaatii jo alkuvaiheessa arviointitoimintaa.* Mittareihin ja muuhun arviointitietoon tulee panostaa lähivuosina. Kehitellyt välineet tulisi jakaa muidenkin käyttöön, ettei kaikkien tarvitse tehdä samaa uudestaan. Riskienhallinnan kehittäminen edellyttää virhe- ja komplikaatiomittausten käyttöä. Sisäiset ja ulkoiset arvoinnit tulisi käynnistää ja kehittää niitä.

*Laadunhallinnan kehittämisessä kannattaa alussa keskittyä oman organisaation laadunhallintaan.* Eri organisaatioiden välistä yhteistyötä ja työnjakoa tulee kuitenkin kehittää niin, että potilaan/asiakkaan hoito sujuu hyvin siirryttäessä organisaatiosta toiseen (esimerkiksi alueellisissa tai paikallisissa hoito- ja palveluketjuissa).

*Keskeisiä käsitteitä* (laadunhallinta, laatujohtaminen) käytettäessä noudatetaan ISO 9000:2000 mukaisia määrittelyjä. Käsitteiden selkeyttämiseen tulisi panostaa myös kansainvälisessä yhteistyössä.

*Valtakunnallisessa laadunhallinnan ohjauksessa* ei ole syytä palata takaisin lainsäädäntö-ohjaukseen. Informaatio-ohjauksen keinoja tulisi kehittää edelleen.

### 3 TULOKSET SEKTOREITTAIN

#### 3.1 LAADUNHALLINTA TERVEYDENHUOLLON ERI SEKTOREILLA

Tiina Mäki

Tässä luvussa kuvataan yksityiskohtaisesti terveydenhuollon laadunhallintaa koskevat tulokset sektoreittain. Sekä tekstin joukossa oleviin että liitetaulukko-osassa oleviin taulukoihin viitataan aina tekstikappaleiden lopussa. Taulukosta 2 alkaen sektoreista käytetään taulukoissa nimilyhenteitä, jotka näkyvät taulukossa 1 omana sarakkeenaan.

Laadunhallintakyselyyn vastasi yli puolet terveydenhuollon organisaatioista. Sektorikohtaiset luvut on taulukossa 1. Kyselyyn vastasi tavallisesti ylin johto (66 %). Vastaajista 16 prosenttia oli laatuvaastavia. Joka viides vastaaja oli valinnut vastausvaihtoehdon ”joku muu”. Tämän vastausvaihtoehdon valinneista suurin osa oli ylilääkäreitä, ylihoitajia tai vastaavia.

Taulukko 1. Terveystenhuollon laadunhallintaselvityksen sektorit ja alasektorit

Sektori	Lyhenne	Postitetut N	Palautuneet N	Palautuneet %
Kunnalliset terveyskeskukset	TK	270	169	63
Yksityiset lääkäri- ja työterveysasemat				
-lääkäriasemat	LÄÄ	140	62	44
-työterveysasemat	TTH	17	14	82
Yliopistolliset sairaalat	YO	5	4	80
Keskussairaalat	KS	16	14	87
Aluesairaalat	AS	21	17	81
Erikoislääkärijohtoiset terveyskeskus-sairaalat	ELS	17	11	65
Yksityiset sairaalat	YKS	24	11	46
Yhteensä		510	302	59

#### 3.1.1 Laatupolitiikka ja strategia

Laatupolitiikkaa ja –strategiaa koskevalla arviointialueella vastaajilta kysyttiin laadunhallintaan liittyvien asiakirjojen laatimisesta, laadunhallinnan tukemiseksi tehdyistä erityisjärjestelyistä sekä laadunhallinnan vetureista organisaatioissa.

#### Laadunhallintaan liittyvät asiakirjat

Vastaajia pyydettiin arvioimaan, oliko heidän organisaatioissaan *valmisteilla tai tehty* tietyt laadunhallintaan liittyvät asiakirjat. Laadunhallinta-asiakirjoja olivat kirjallinen visio, palvelukuvaukset, laatupolitiikka, laadunhallintasuunnitelmat, toimintakertomukseen sisältyvä laatuosuuus ja laatukäsikirja. (taulukko 2; 'tehty' -vaihtoehdon valinnot). Melkein puolet organisaatioista oli laatinut kirjallisen vision ja joka kolmas kirjallisen laatupolitiikan. Edellä mainitut olivat yleisempiä sairaaloissa ja työterveysasemilla kuin terveyskeskuksissa ja lääkäriasemilla. Tuote-/palvelukuvaukset oli tehty joka viidennessä organisaatioissa. Tuotekuvauksia oli tehty erityisesti yliopistosairaloissa ja yksityisissä sairaaloissa. Koko organisaation laadunhallintasuunnitelman oli tehnyt noin joka kymmenes organisaatio ja sen laatiminen oli yleisempää sairaaloissa kuin terveyskeskuksissa. Yksikötason laadunhallintasuunnitelmia oli tehty joillekin osastoille joka kolmannessa organisaatioissa ja niiden tekeminen oli yleisempää sairaaloissa kuin muissa organisaatioissa. Yksikötason suunnitelma oli tehty kaikkiin yksiköihin vain joissakin organisaatioissa. Toimintakertomukseen sisältyvä laatuosuuus oli tehty noin joka viidennessä organisaatioissa ja sen tekeminen oli yleisintä yliopistosairaloissa ja aluesairaloissa. Laatukäsikirja oli tehty vain joissakin organisaatioissa, yleisintä sen laatiminen oli yliopistosairaloissa ja keskussairaloissa. (taulukko 2).



Taulukko 2. Laadunhallintaan liittyvien asiakirjojen tekeminen terveydenhuollossa

Laadunhallinta-asiakirjat	TK %	LÄÄ %	TTH %	YO %	KS %	AS %	ELS %	YKS %	Yht. %	N
Kirjallinen visio	37	40	57	100	57	50	73	100	45	298
Tuote-/palvelukuvaukset	11	27	46	100	8	19	18	55	19	295
Kirjallinen laatupolitiikka	20	33	50	100	50	65	55	40	31	299
Koko organisaation yhteinen laadunhallintasuunnitelma	6	15	14	75	21	18	30	36	12	298
Yksikötason laadunhallintasuunnitelmat joillakin osastoilla/ yksiköillä/ klinikoilla	31	28	17	100	71	53	36	56	35	279
Yksikötason laadunhallintasuunnitelmat kaikilla osastoilla/ yksiköillä/ klinikoilla	2	4	8	25	-	8	-	10	4	252
Toiminta- tai vuosikertomukseen sisältyvä laatu-osuus	20	7	21	75	21	41	9	-	18	293
Laatukäsikirja	6	10	7	25	23	6	9	-	8	296

### Erityisjärjestelyt laadunhallinnan tukemiseksi

Suurimmassa osassa organisaatioita oli tehty erityisjärjestelyjä laadunhallinnan tukemiseksi. Vähiten erityisjärjestelyjä oli tehty lääkäriasemilla ja terveyskeskuksissa. Tavallisin erityisjärjestely oli laatujohtoryhmä tai laaturyhmä. Muita yleisempiä erityisjärjestelyjä olivat myös laatuvaastavat ja konsultit. (liitetaulukko 1).

### Laadunhallinnan veturit<sup>3</sup>

Melkein kaikissa organisaatioissa oli laadunhallinnan vetureita. Yleisimmät laadunhallinnan veturit olivat ylin johto, esimiehet ja työntekijät. Laatujohtoryhmä ja laatuvaastava olivat yleisempiä sairaaloissa ja työterveysasemilla kuin terveyskeskuksissa ja lääkäriasemilla. (liitetaulukko 1).

### 3.1.2 Henkilöstö

*Henkilöstö -arviointialueella vastaajilta kysyttiin, miten laatupolitiikka ohjaa henkilöstöpolitiikkaa henkilöstön kannuksessa, valinnassa ja johtamisessa. Lisäksi selvitettiin, onko organisaatioissa varattu aikaa erilaisille kehittämistyön vaihtoehdoille.*

### Laatupolitiikan vaikutus henkilöstöpolitiikkaan

#### Henkilöstön kannustus

Suurin osa organisaatioista kannusti henkilökuntaa ammatilliseen kehittämiseen ja antoi henkilökunnan osallistua laatuprojekteihin työaikana. Joka neljäs organisaatio antoi työntekijöilleen järjestelmällistä palautetta laadunhallinnasta. Henkilökunnan vapauttaminen määräaikaisesti laatuprojekteihin oli harvinaista. Yleisintä se oli yliopistosairaloissa. (taulukko 3).

#### Henkilöstön valinta ja koulutus

Suurin osa organisaatioista koulutti henkilökuntaa ja esimiehiä ammattitaidon kehittämiseksi. Lähes joka toinen organisaatio piti tärkeänä uuden henkilöstön valintaperusteena positiivista asennetta laadunhallintaan ja tämä valintaperuste oli keskimääräistä yleisempää yksityisissä sairaaloissa. Joka viidennessä organisaatioissa johtajat arvioivat ammattitaidon kehittämisen perustuvan laatupolitiikassa määriteltyihin tavoitteisiin ja henkilöstön koulutustarpeiden määrittelyn toiminnan tuloksellisuuden arviointiin. Yhtä yleistä oli uuden henkilökunnan kouluttaminen laadunhallintaan. Laatupolitiikkaperusteinen koulutus oli yleisintä yliopistosairaloissa sekä yksityisissä sairaaloissa ja tuloksellisuusperusteinen koulutusarviointi lääkäri- ja työterveysasemilla. Uuden henkilökunnan koulutus oli yleisintä työterveysasemilla ja yliopistosairaloissa. (taulukko 3).

<sup>3</sup> Veturit-käsitettä ei määritelty kyselylomakkeessa. Kuvainnollisella käsitteellä tarkoitettiin laadunhallintaa käynnistäviä ja ylläpitäviä henkilöitä.



### 3.1.3 Menettely- ja toimintaohjeet

*Menettely- ja toimintaohjeet –arviointialueella vastaajilta kysyttiin minkälaisia kirjallisia menettely-, toiminta- tai työohjeita organisaatiossa on käytössä. Lisäksi selvitettiin, oliko organisaatiossa yhdenmukainen menettely- ja toimintaohjeiden laadintatapa ja ketkä osallistuvat ammatillisten menettely- ja toimintaohjeiden laadintaan. Vastaajilta kysyttiin myös, oliko heidän organisaatiossa on laadittu hoito- tai palveluprosessikuvauksia.*

#### Menettely- ja toimintaohjeiden laatiminen

Suurin osa organisaatioista oli laatinut kirjallisia toimintaohjeita joitakin tiettyjä ammatillisia työtehtäviä tai toimenpiteitä, hoito- ja tutkimuslaitteiden ja -välineiden käyttöä sekä asiakkaan ohjausta ja neuvontaa varten. Omaisten ohjausta ja neuvontaa varten oli laadittu ohjeita joka toisessa organisaatiossa. Yksityisissä organisaatioissa ja erikoislääkärijohtoisissa terveyskeskussairaaloissa omaisten kirjallinen ohjaus oli harvinaisempaa kuin terveydenhuollossa keskimäärin. Hoito-/palveluprosessin laadun kannalta tärkeitä kohtia varten oli laadittu ohjeita joka kolmannessa organisaatiossa ja ne olivat yleisimpiä yliopistosairaaloissa ja työterveysasemilla. Tiettyjä asiakasryhmiä varten laaditut ohjeet olivat yleisiä suurimmassa osassa organisaatioita, mutta keskimääräistä harvinaisempia yksityisellä sektorilla. Joka kolmas organisaatio oli laatinut ohjeita asiakkaan/potilaan hoitoprosessille hoitoon ottamisesta hoidon päättämiseen. Koko hoitoprosessia koskevia ohjeita oli tehty erityisesti sairaaloissa. Melkein joka toisessa organisaatiossa oli tehty ohjeita yhteistyöstä muiden palveluntuottajien kanssa esim. hoitovastuun siirtyessä, mutta yksityisellä sektorilla ne olivat keskimääräistä harvinaisempia. Yliopistosairaalat ja keskussairaalat olivat muita ryhmiä useammin tehneet ohjeita yhteistyöstä muiden palveluntuottajien kanssa.

Taulukko 4. Menettely- ja toimintaohjeiden laatiminen

Ohjeet ja niiden laatijat	TK %	LÄÄ %	TTH %	YO %	KS %	AS %	ELS %	YKS %	Yht. %
<i>Käytössä olevat kirjalliset menettely-, toiminta- tai työohjeet</i>									N=295
Joitakin tiettyjä ammatillisia työtehtäviä tai toimenpiteitä varten	79	85	93	75	86	71	73	91	81
Asiakkaan/potilaan ohjausta ja neuvontaa varten	81	82	79	100	100	94	82	82	83
Omaisten ohjausta ja neuvontaa varten	55	18	-	100	86	65	36	45	46
Hoito-/tutkimuslaitteiden ja -välineiden käyttöä varten	65	82	79	100	86	82	73	73	72
Hoito-/palveluprosessin laadun kannalta tärkeitä kohtia varten	29	33	64	100	50	41	36	45	35
Tiettyjä asiakasryhmiä (tai diagnooseja) varten	78	45	36	100	93	94	91	64	71
Asiakkaan/potilaan hoito- tai palveluprosessille hoitoon ottamisesta hoidon päättämiseen	27	12	21	75	79	41	45	55	29
Yhteistyöstä muiden palvelun tuottajien kanssa esimerkiksi hoitovastuun siirtyessä	50	15	14	75	79	59	55	36	43
Jotain muuta varten	4	3	14	-	14	-	9	9	5
<i>Yhdenmukainen menettely- ja toiminta-ohjeiden laadintatapa</i>									N=290
Ei ole tai ei tarvita	74	66	42	50	69	59	55	36	68
Laadintapäivä	23	31	50	50	31	41	36	55	29
Laatija	25	25	50	50	31	35	27	36	28
Hyväksyjä	11	10	17	50	15	18	18	0	12
Käyttäjä	10	8	8	25	15	18	0	18	11
Tarkistusajankohta	13	8	17	25	15	18	27	9	13

## Ohjeiden laadintatapa ja laatijat

Yhdenmukaisesta menettely- ja toimintaohjeiden laadintatavasta oli sopinut alle puolet organisaatioista. Harvinaisinta yhdenmukaisesta laadintatavasta sopiminen oli terveyskeskuksissa. Yhdenmukainen menettelytapa koski yleisimmin ohjeen laadintapäivää ja laatijaa. (taulukko 4). Suurimmassa osassa organisaatioita henkilökunta, esimiehet ja johto osallistuivat menettelyohjeiden laadintaan. Laativastaavat osallistuivat ohjeiden laadintaan joka viidennessä organisaatiossa, yliopisto- ja aluesairaaloissa muita useammin. (liitetaulukko 3).

## Prosessikuvaukset

Vain reilu puolet organisaatioista oli tehnyt prosessikuvauksia. Vähäisintä prosessien kuvaaminen oli lääkäriasemilla ja terveyskeskuksissa. Prosesseja kuvanneista suurin osa oli kuvannut ydin- tai pääprosesseja. Ydin-/pääprosessikuvauksia oli tehty jokaisessa yliopistosairaalassa ja yksityisessä sairaalassa. (liitetaulukko 4).

### 3.1.4 Laadunhallinnan menetelmät ja työkalut

*Laadunhallinnan menetelmät ja työkalut -arviointialueella vastaajilta kysyttiin, mitä toiminnan ja johtamisen kehittämisen menetelmiä ja työkaluja heidän organisaatiossaan on käytössä. Jos organisaatiolla oli menetelmä tai työkalu käytössä, vastaajan tuli arvioida käytetäänkö sitä järjestelmällisesti. Vastaajalta kysyttiin laatuprojektien lukumäärää organisaatiossa vuonna 1999. Mukaan otettiin vain ne projektit, joilla oli projektisuunnitelma ja johdon hyväksyntä. Lisäksi kysyttiin, mitä tietoja johto käytti laatu- ja johtopolitiikan arvioimisessa ja suuntaamisessa ja käytetäänkö organisaatiossa laadun seuranta- ja arviointimittareita.*

### Laadunhallinnan menetelmät ja työkalut

Joka toisessa organisaatiossa käytettiin oman työn arviointia ja moniammatillista arviointia toiminnan ohjauksessa vielä satunnaisesti. Hoito-/palvelusuunnitelmia käytettiin järjestelmällisesti joka kolmannessa organisaatiossa ja palvelujen tuotteistamista joka viidennessä organisaatiossa. Yleisintä hoitosuunnitelmien ja tuotteistamisen järjestelmällinen käyttö oli yksityisissä sairaaloissa ja yliopistosairaaloissa. Kehityskeskustelut olivat järjestelmällisesti käytössä suurimmassa osassa työterveysasemia ja yksityisiä sairaaloita. Koko terveydenhuollossa kehityskeskusteluja käytettiin vajaan puolella organisaatioita järjestelmällisesti. (taulukko 5).

Laatujärjestelmän sisäistä arviointia käytettiin epäjärjestelmällisesti joka neljännessä organisaatiossa, mutta joka toisessa yksityisessä sairaalassa sitä käytettiin järjestelmällisesti. Laitosten välinen arviointi oli järjestelmällistä vain joissakin organisaatioissa. Tavallisinta se oli yliopistosairaaloissa ja yksityisissä sairaaloissa. Johdon tietojärjestelmät olivat käytössä joka kymmenennessä organisaatiossa järjestelmällisesti, yleisimmin yliopisto- ja keskussairaaloissa. (taulukko 5).

Palvelujen käyttäjien tyytyväisyystutkimuksia käytettiin järjestelmällisesti vajaan puolella organisaatioita. Suurimmassa osassa työterveysasemia ja sairaaloita, lukuun ottamatta terveyskeskussairaaloita, tyytyväisyystutkimuksia käytettiin järjestelmällisesti. Hoitoon lähettäjien tai muiden hoito- ja palveluketjussa toimivien tyytyväisyystutkimuksia tekivät järjestelmällisesti vain jotkut organisaatiot. Eniten niitä käyttivät työterveysasemat, yliopistosairaalat ja yksityiset sairaalat. Henkilökunnan tyytyväisyystutkimuksia tehtiin järjestelmällisesti joka neljännessä organisaatiossa. Eniten niitä tehtiin järjestelmällisesti työterveysasemilla, yliopistosairaaloissa ja yksityisissä sairaaloissa. (taulukko 5).

Potentiaalisten palvelujen käyttäjien palveluntarveselvityksiä ja hoitoon lähettäjien tai muiden hoito- ja palveluketjussa toimivien odotuksia koskevia selvityksiä tehtiin järjestelmällisesti joissakin organisaatioissa. Yleisintä kummankin menetelmän käyttö oli yksityisissä sairaaloissa, joista joka neljäs käytti niitä järjestelmällisesti. Valitusten käsittelymenettely oli käytössä järjestelmällisesti joka neljännessä organisaatiossa ja se oli keskimääräistä harvinaisempaa terveyskeskuksissa ja yleisintä yksityisissä sairaaloissa. (taulukko 5).

Tasapainotetun mittariston/strategian käyttö oli erittäin harvinaista, vain kaksi prosenttia organisaatioista käytti sitä järjestelmällisesti ja joka kymmenes satunnaisesti. Yleisintä sen käyttö oli yliopistosairaaloissa. Vertailukehittäminen oli järjestelmällisesti käytössä joka kymmenennessä organisaatiossa. Se oli keskimääräistä yleisempää erikoislääkärijohtoisissa terveyskeskussairaaloissa sekä lääkäri- ja työterveysasemilla. (taulukko 5).

## Laatuprojektien määrä

Organisaatioilta kysyttiin niiden sellaisten laatuprojektien määrää, joilla oli projektisuunnitelma ja johdon hyväksyntä. Melkein joka toisessa organisaatiossa ei ollut yhtään laatuprojektia, joka olisi täyttänyt kyseiset ehdot. Projekteja oli tavallisimmin ollut vuoden aikana vain yksi.

Taulukko 5. Laadunhallinnan eri menetelmien järjestelmällinen käyttäminen

Laadunhallinnan menetelmät	TK %	LÄÄ %	TTH %	YO %	KS %	AS %	ELS %	YS %	Yht. %	N
Oman työn arviointi ammattiryhmien sisällä	8	5	-	-	21	7	-	10	7	283
Moniammatillinen arviointi	6	7	14	-	14	20	-	20	8	293
Hoito-/palvelusuunnitelmien käyttö	38	7	14	50	15	38	27	55	30	290
Palvelujen tuotteistaminen	15	19	21	50	14	31	10	55	19	298
Kehityskeskustelut	37	33	71	50	36	59	55	73	41	293
Laatujärjestelmän sisäinen arviointi (sisäinen auditointi)	3	8	14	25	7	12	-	55	8	293
Laitosten välinen arviointi/vierailukäynnit	3	5	7	25	7	-	10	27	5	293
Johdon tietojärjestelmät	10	7	7	50	29	18	18	18	12	293
Palvelun käyttäjien tyytyväisyystutkimukset	36	33	64	75	64	71	45	82	42	297
Hoitoon lähettäjien tai muiden hoito- ja palveluketjussa toimivien tyytyväisyystutkimukset	5	7	21	25	-	12	10	40	8	281
Henkilökunnan tyytyväisyystutkimukset	24	27	43	50	21	35	27	64	28	294
Potentiaalisten käyttäjien palvelutarveselvitykset	6	2	7	-	21	-	-	27	6	294
Hoitoon lähettäjätoimien tai muiden palveluketjussa toimivien odotuksia koskevat selvitykset	3	3	23	25	8	-	9	27	5	291
Valitusten käsittelymenettely	17	32	43	50	57	29	36	64	27	296
Tasapainotetun mittariston käyttö	1	2	-	25	-	-	-	9	2	290
Vertailukehittäminen	9	20	21	-	14	6	30	9	12	295

## Laatupolitiikan arvioimisessa ja suuntaamisessa käytetyt tiedot

Laatupolitiikan arvioimisessa ja suuntaamisessa johto käytti apuna palvelujen käyttäjien ja työntekijöiden tyytyväisyystutkimuksia suurimmassa osassa organisaatioita. Asiakkaiden ja henkilökunnan lähtöhaastatteluja käytti noin joka viides organisaatio. Asiakkaiden lähtöhaastattelut olivat tavallisimpia erikoislääkärihoitoisissa terveyskeskussairaaloissa ja yksityisissä sairaaloissa. Henkilökunnan lähtöhaastattelut olivat yleisimpiä keskussairaaloissa. Jatkuvaa asiakaspalautetta käytti yli puolet organisaatioista. Yleisintä se oli yksityisissä sairaaloissa ja työterveysasemilla. Palveluketjujen sisäisten asiakkaiden mielipiteitä selvitti joka kolmas organisaatio. Sisäisten asiakkaiden mielipiteistä olivat muita enemmän kiinnostuneita yliopistosairaalat. Tilaajien ja rahoittajien mielipiteistä olivat kiinnostuneimpia yliopistosairaalat, työterveysasemat ja yksityiset sairaalat. Sisäisten arviointien tuloksia käytti joka viides organisaatio laatupolitiikkansa arvioinnissa. Keskimääräistä yleisempää se oli yliopisto- ja keskussairaaloissa sekä yksityisissä sairaaloissa. Edellä mainituissa organisaatioissa oli yleistä myös ulkoisten arviointien tulosten hyödyntäminen. (liitetaulukko 5).

## Laadun seuranta- ja arviointimittarit

Melkein kaikki organisaatiot käyttivät laadun seuranta- ja arviointimittareita. Eri sektoreiden välillä oli kuitenkin eroja. Joka viides terveyskeskus ja lääkäriasema ei käyttänyt niitä ollenkaan. Mittareita käyttäneistä suurin osa oli käyttänyt taloudellisia tunnuslukuja, jono- ja odotusajatietoja, asiakkaiden tekemiä valituksia koskevia tietoja sekä työntekijöiden sairauspoissaolo- ja vaihtuvuustietoja. Hoidon/palvelun tuloksia ja vaikutuksia koskevia tietoja käytettiin joka neljännessä organisaatiossa, yleisimmin yliopisto- ja aluesairaaloissa. Tietoja virheistä ja komplikaatioista sanoi käyttävänsä runsas kolmannes organisaatioista. Tavallisinta se oli yliopistosairaaloissa, aluesairaaloissa ja keskussairaaloissa. Hoidon terveysvaikutusten mittareita käytti vajaa viidennes organisaatioista. Yleisintä se oli yliopistosairaaloissa ja yksityisissä sairaaloissa. (liitetaulukko 6).

### 3.1.5 Yhteistyö ja palveluketjut

*Yhteistyö ja palveluketjut -arviointialueella vastaajilta kysyttiin, oliko heidän organisaatiollaan yhteisiä laadunhallinnan käytäntöjä ulkoisten yhteistyökumppaneiden tai hoito-/palveluketjuihin osallistuvien muiden palveluyksiköiden kanssa. Tämän lisäksi mahdolliset yhteiset käytännöt pyrittiin määrittelemään.*

Joka neljännellä yhteisiä käytäntöjä luoneista organisaatioista oli yhteisiä toimintaohjeita hoitovastuun siirtymisestä, joka viidennellä oli selkeästi määritelty vastuunjako ja vajaalla viidenneksellä oli yhteinen käytäntö asiakkaan ohjauksessa. Aluesairaaloilla ja keskussairaaloilla oli yhteisiä käytäntöjä muita ryhmiä useammin. (liitetaulukko 7).

### 3.1.6 Potilaat/asiakkaat

*Potilas/asiakas -arviointialueella selvitettiin asiakkaiden ja järjestöjen osallistumista laadunhallintaan. Vastaajilta kysyttiin asiakkaiden ja järjestöjen osallistumista laatukriteerien laatimiseen, menettely- ja toimintaohjeiden laadintaan, organisaation laatutavoitteiden saavuttamisen arviointiin, laatutyöryhmien työskentelyyn ja laatuprojekteihin. Lisäksi selvitettiin, annetaanko organisaatioissa asiakkaille järjestelmällisesti tietoa heidän oikeuksistaan.*

#### Asiakkaiden ja järjestöjen osallistuminen laadunhallintaan

Suurimmassa osassa organisaatioita asiakkaat ja/tai heidän järjestönsä eivät osallistuneet organisaation laadunhallintaan. Eniten asiakkaat osallistuivat laatutavoitteiden saavuttamisen arviointiin. Eri terveydenhuollon organisaatiotyypin välillä oli suuria eroja osallistumismuodoissa. Yliopistosairaaloissa asiakkaat eivät osallistuneet ollenkaan laadunhallintaan, mutta heitä edustavat järjestöt osallistuivat laatukriteerien ja ohjeiden laatimiseen sekä laatutyöryhmiin ja projekteihin. Erikoislääkärijohtoisissa terveyskeskussairaaloissa järjestöt eivät osallistuneet laadunhallintaan. Joka viidennessä yksityisessä sairaalassa ja keskussairaalassa asiakkaat osallistuivat laatukriteerien laadintaan. Joka viidennellä työterveysasemalla ja joka kolmannessa erikoislääkärijohtoisessa terveyskeskussairaalassa asiakkaat osallistuivat menettely- ja toimintaohjeiden laadintaan ja joka kolmannessa yliopistosairaalassa järjestöt osallistuivat ohjeiden laadintaan. Joka viidennessä erikoislääkärijohtoisessa terveyskeskussairaalassa asiakkaat osallistuivat laatuprojekteihin. (taulukko 6).

Taulukko 6. Asiakkaiden ja järjestöjen osallistuminen laadunhallintaan (A = asiakas, J = järjestö)

Asiakkaiden ja järjestöjen osallistuminen	TK %		LÄÄ %		TTH %		YO %		KS %		AS %		ELS %		YKS %		Yhteensä %		N
	A	J	A	J	A	J	A	J	A	J	A	J	A	J	A	J	A	J	
Laatukriteerien laatimiseen	2	1	5	2	-	8	-	33	18	-	6	6	11	-	22	-	4	2	272
Menettely- ja toimintaohjeiden laadintaan	3	5	9	-	23	-	-	33	8	17	-	6	33	-	10	10	6	4	270
Laatutavoitteiden saavuttamisen arviointiin	9	3	15	2	21	7	-	-	25	8	13	13	11	-	30	10	13	4	267
(Laatu)työryhmien työskentelyyn	5	2	8	2	15	-	-	67	18	-	-	-	11	-	-	-	7	2	260
Laatuprojekteihin	4	1	6	2	8	-	-	75	17	8	6	19	22	-	-	-	6	3	260
Johonkin muuhun	11	-	-	4	11	-	-	100	-	100	-	-	-	-	-	-	8	4	139

## Asiakkaiden tiedonsaanti

Yli puolet organisaatioista ei antanut järjestelmällisesti tietoa asiakkaille heidän oikeuksistaan. Vähäisimpiä tiedon antajia olivat terveyskeskukset ja lääkäriasemat. Organisaatioista kolmannes kertoi kirjallisesta suostumuksesta tietojen antamiseen ja joka viides muistutusten ja valitusten tekemisestä. Itsemääräämisoikeudesta ja oikeudesta tarkastaa itseä koskevat tiedot antoi tietoja melkein joka viides organisaatio. Parhaiten tietoja kaikilta osa-alueilta antoivat yliopistosairaalat, yksityiset sairaalat ja aluesairaalat. (taulukko 7).

Taulukko 7. Tietojen antaminen asiakkaille

Asiakkaille järjestelmällisesti annettava tieto	TK %	LÄÄ %	TTH %	YO %	KS %	AS %	ELS %	YKS %	Yht. % N=297
Ei anneta järjestelmällisesti kirjallista informaatiota	73	69	57	25	43	29	50	20	65
Tietoa itsemääräämisoikeudesta	11	16	14	75	36	35	30	50	18
Tietoa muistutusten ja valitusten tekemisestä	13	18	7	75	50	41	20	70	20
Tietoa oikeudesta tarkastaa itseään koskevat tiedot	9	15	14	75	50	41	20	60	17
Tietoa kirjallisesta suostumuksesta tietojen antamiseen	22	29	21	75	57	59	50	80	31
Tietoa jostakin muusta	4	0	14	0	7	0	0	10	3

### 3.1.7 Myönteiset ja kielteiset vaikutukset

*Arviointialueella 'myönteiset ja kielteiset vaikutukset' vastaajia pyydettiin arvioimaan järjestelmällisen laadunhallinnan aikaansaamia myönteisiä vaikutuksia asiakkaille/potilaille, henkilökunnalle, organisaatiolle, hoidolle/palvelulle ja kannattavuudelle. Vastaajalta pyydettiin arvioita, odottivatko he näitä vaikutuksia, olivatko he saaneet niitä vai eivätkö he odottaneet saavansa myönteisiä vaikutuksia. Lisäksi vastaajia pyydettiin arvioimaan, oliko menettely- ja toimintaohjeiden määrä ja luonne muuttunut laadunhallinnan vaikutuksesta ja oliko laadunhallinnalla ollut kielteisiä vaikutuksia.*

### Asiakas- ja henkilökuntavaikutukset

Joka kolmannessa organisaatiossa asiakassuuntautuneisuus ja asiakkaiden tyytyväisyys oli lisääntynyt. Asiakassuuntautuneisuus ja asiakastyytyväisyys oli lisääntynyt eniten aluesairaaloissa, yksityisissä sairaaloissa ja yliopistosairaaloissa. Henkilökunnan tyytyväisyys oli lisääntynyt joka viidennessä organisaatiossa ja henkilökunnan sitoutuminen ja joustavuus joka neljännessä. Sekä tyytyväisyys, sitoutuminen että joustavuus oli lisääntynyt erityisesti työterveysasemilla, yliopistosairaaloissa yksityisissä sairaaloissa. (taulukko 8).

### Organisaatiovaikutukset

Organisaation hallittavuus ja johdettavuus sekä ulkoisten osapuolien tyytyväisyys oli parantunut vajaassa viidenneksessä organisaatioita. Myönteisiä vaikutuksia oli eniten yliopistosairaaloissa ja yksityisissä sairaaloissa. Organisaation parempaa profiloitumista oli tapahtunut runsaassa kymmenneksessä organisaatioita. (taulukko 8).

### Vaikutukset palveluun ja kannattavuuteen

Palveluprosessin laatu oli parantunut joka neljännessä organisaatiossa. Tavallisinta se oli yliopistosairaaloissa, yksityisissä sairaaloissa ja työterveysasemilla. Hoidon tulokset ja organisaation tuottavuus olivat parantuneet joka viidennessä organisaatiossa. Tuottavuus oli parantunut erityisesti yliopistosairaaloissa ja työterveysasemilla. Kustannukset olivat vähentyneet omassa organisaatiossa ja jossain muualla kuin omassa organisaatiossa joka kymmenneksessä organisaatiossa. Keskimääräistä yleisempää se oli yliopistosairaaloissa ja yksityisissä sairaaloissa. (taulukko 8).

Taulukko 8. Laadunhallinnan myönteiset vaikutukset

<i>Laadunhallinnalla saavutetut myönteiset vaikutukset</i>	<i>TK %</i>	<i>LÄÄ %</i>	<i>TTH %</i>	<i>YO %</i>	<i>KS %</i>	<i>AS %</i>	<i>ELS %</i>	<i>YKS %</i>	<i>Yht. %</i>	<i>N</i>
Asiakassuuntautuneisuus on lisääntynyt	21	24	54	100	64	71	20	70	31	274
Asiakkaiden tyytyväisyys on lisääntynyt	22	26	54	75	43	59	30	55	30	279
Henkilökunnan tyytyväisyys on lisääntynyt	14	22	46	50	29	29	40	40	22	281
Henkilökunnan sitoutuminen ja joustavuus on lisääntynyt	22	25	38	50	14	41	30	55	26	282
Organisaation hallittavuus ja johdettavuus on lisääntynyt	12	14	15	50	29	29	20	45	17	279
Organisaatio on profiloitunut paremmin	8	18	8	50	21	35	20	27	14	273
Ulkoisten osapuolien tyytyväisyys on lisääntynyt	9	17	25	75	21	41	11	50	17	265
Palveluprosessin laatu on parantunut	18	21	54	75	21	47	30	64	25	279
Hoidon tulokset ovat parantuneet	12	18	23	50	14	29	30	36	17	279
Organisaation tuottavuus on parantunut	13	16	46	75	8	24	20	18	17	274
Kustannukset ovat vähentyneet omassa organisaatiossa	10	7	23	50	21	12	-	30	12	273
Kustannukset ovat vähentyneet muualla kuin omassa organisaatiossa	7	4	23	50	21	6	-	33	9	266

### Vaikutukset ohjeisiin

Suurimmassa osassa organisaatioita laadunhallinta oli vaikuttanut jollain tavalla menettelyohjeisiin. Vähiten muutoksia oli tapahtunut lääkäriasemilla ja terveyskeskuksissa. Ohjeita oli tullut lisää suurimpaan osaan organisaatioita, eniten julkisiin sairaaloihin ja työterveysasemille. Turhia menettelyohjeita oli poistettu joka kolmannessa organisaatiossa. Menettelyohjeiden poistaminen oli keskimääräistä yleisempää suurimmassa osassa yksityisiä sairaaloita sekä joka toisessa yliopistosairaalassa ja keskussairaalassa. Menettelyohjeita valvottiin aikaisempaa paremmin joka kolmannessa organisaatiossa. Menettelyohjeiden valvontaa oli parannettu erityisesti yliopistosairaaloissa ja aluesairaaloissa. Ohjeita oli virallistettu runsaassa kolmanneksessa organisaatioita. Yleisintä se oli yksityisissä sairaaloissa, aluesairaaloissa ja työterveysasemilla. Menettelyohjeiden noudattamista seurattiin paremmin joka kolmannessa organisaatiossa. Keskimääräistä yleisempää se oli yliopistosairaaloissa ja aluesairaaloissa. Menettely- ja toimintaohjeiden toimivuutta arvioitiin paremmin vajaassa puolessa organisaatioita. Yleisintä se oli aluesairaaloissa (taulukko 9).

Taulukko 9. Laadunhallinnan vaikutukset menettelyohjeisiin

<i>Laadunhallinnan vaikutukset menettelyohjeisiin</i>	<i>TK %</i>	<i>LÄÄ %</i>	<i>TTH %</i>	<i>YO %</i>	<i>KS %</i>	<i>AS %</i>	<i>ELS %</i>	<i>YS %</i>	<i>Yht. % N=266</i>
Ei muutosta	26	36	8	0	15	6	0	0	23
Menettely- ja toimintaohjeita on tullut lisää	52	50	92	100	77	71	89	50	58
Turhia menettely- ja toimintaohjeita on poistettu	24	32	31	50	54	35	44	70	31
Menettely- ja toimintaohjeita valvotaan paremmin	25	32	54	100	54	71	22	50	34
Epävirallisia, kirjoittamattomia menettely- ja toimintaohjeita on virallistettu	28	41	62	50	54	65	44	60	38
Menettely- ja toimintaohjeiden noudattamista seurataan paremmin	28	23	46	75	54	53	11	40	31
Menettely- ja toimintaohjeiden toimivuutta arvioidaan paremmin	38	34	54	0	54	71	44	40	41



## Kielteiset vaikutukset

Laadunhallinta ei ollut aiheuttanut kielteisiä vaikutuksia joka toisessa organisaatiossa. Runsaassa kolmanneksessa organisaatioita laadunhallinta oli lisännyt työmäärää. Työmäärä oli lisääntynyt erityisesti työterveysasemilla sekä yliopisto- ja keskussairaaloissa. Yksityisellä sektorilla laadunhallinta oli lisäksi lisännyt joissakin organisaatioissa kustannuksia. (taulukko 10).

Taulukko 10. Laadunhallinnan kielteiset vaikutukset

Laadunhallinnan kielteiset vaikutukset	TK %	LÄÄ %	TTH %	YO %	KS %	AS %	ELS %	YKS %	Yht. % N=254
Ei kielteisiä vaikutuksia	61	56	25	50	46	44	56	55	56
Kustannukset ovat nousseet	2	13	17	0	0	0	0	9	5
Toimintaan on tullut joustamattomuutta	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Työmäärä on lisääntynyt	34	39	50	50	46	38	33	36	37
Henkilökunnan motivaatio/tyytyväisyys vähentynyt	4	4	8	0	8	6	11	0	5
Jotakin muuta	4	7	33	0	15	19	11	9	8

### 3.1.8 Laatukustannukset

*Laatukustannusten arviointialueella vastaajilta kysyttiin heidän organisaationsa laatukustannusten hallintaa. Kysymysten tavoitteena oli selvittää, keskustellaanko organisaatiossa laatuprojektien kustannuksista, arvioidaanko laatuprojektien kustannuksia ja hyötyjä sekä tunnetaanko niitä kustannuksia, jotka liittyvät huonon laadun ennaltaehkäisemiseen, arviointeihin ja huonon laadun korjaamiseen. Lisäksi selvitettiin, oliko kustannuksien ja hyötyjen laskemista varten kustannuslaskentajärjestelmä.*

Laatukustannusten tuntemisesta antaa kuvan taulukko 11, johon on yhdistetty 'ei tunneta' -vastausten osuudet laatukustannuksia koskeneiden viiden kysymyksen vastauksista. Yksilöidymmän kuvan saa liitetäulukosta 8.

Taulukko 11. Laatukustannuksia seuraamattomat organisaatiot

Laatukustannukset	TK	LÄÄ	TTH	YO	KS	AS	ELS	YKS	Yht. %	N
Laatuprojektien kustannuksista ei keskustella	35	45	43	0	14	18	10	9	33	287
Laatuprojektien kustannuksia ja hyötyjä ei arvioida	34	37	14	0	21	12	30	9	30	283
Huonon laadun ennalta ehkäisemisen kustannuksia ei tunneta	65	51	50	0	38	41	67	36	57	288
Arviointeihin liittyviä kustannuksia ei tunneta	65	67	57	25	31	35	50	36	59	287
Huonon laadun korjaamisesta aiheutuvia kustannuksia ei tunneta	67	54	43	25	23	47	64	27	58	290

Joka kolmannessa organisaatiossa ei oltu keskusteltu laatuprojektien kustannuksista. Harvinaisinta kustannuksista keskustelu oli terveyskeskuksissa sekä lääkäri- ja työterveysasemilla. Suurimmassa osassa organisaatioita laatuprojektien kustannuksista oli keskusteltu organisaation sisällä ja yleisintä se oli sairaaloissa. Rahoittajien, tilaajien tai ostajien kanssa keskusteltiin projektien kustannuksista harvemmin. Yliopistosairaaloissa se oli kuitenkin yleistä. (taulukko 11, liitetäulukko 8).

Laatuprojektien kustannuksien ja hyötyjen arviointi oli yleistä. Harvinaisinta niiden arviointi oli terveyskeskuksissa, lääkäriasemilla ja erikoislääkärijohtoisissa terveyskeskussairaaloissa ja yleisintä yliopistosairaaloissa, yksityisissä sairaaloissa sekä aluesairaaloissa. (taulukko 11, liitetaulukko 8).

Huonon laadun ennalta ehkäisemisen kustannuksia ei tuntenut yli puolet organisaatioista. Harvinaisinta niiden tunteminen oli terveyskeskuksissa ja erikoislääkärijohtoisissa terveyskeskussairaaloissa. Parhaiten huonon laadun ennalta ehkäisemisen eri kustannuslajeja tunsivat yliopistosairaalat, keskussairaalat ja yksityiset sairaalat. Ennalta ehkäisyn kustannuslajeista parhaiten tunnettiin laitteiden ja välineiden määräaikaishuoltojen ja laadunhallintakoulutuksen kustannukset. (taulukko 11, liitetaulukko 8).

Laadun arvioinneista ja huonon laadun korjaamisesta aiheutuvia kustannuksia ei tuntenut yli puolet organisaatioista. Harvinaisinta arviointikustannusten tunteminen oli terveyskeskuksissa ja yksityisillä lääkäriasemilla ja yleisintä yliopisto- ja keskussairaaloissa. Parhaiten tunnettiin mielipidekartoitusten/tyytyväisyystutkimuksien kustannukset. (taulukko 11, liitetaulukko 8).

Huonon laadun korjaamisesta aiheutuvien kustannusten tunteminen oli harvinaisinta terveyskeskuksissa ja erikoislääkärijohtoisissa terveyskeskussairaaloissa. Parhaiten kustannukset tunnettiin keskussairaaloissa ja yksityisissä sairaaloissa. Korjauskustannuksista tunnetuimpia olivat potilasvahinkojen kustannukset. (taulukko 11, liitetaulukko 8).

Yli puolella organisaatioista ei ollut laadunhallintaan liittyvää kustannuslaskentajärjestelmää. Kustannuslaskentajärjestelmä oli yleisimmin käytössä yliopistosairaaloissa, aluesairaaloissa ja keskussairaaloissa, harvinaisinta se oli terveyskeskuksissa ja lääkäriasemilla. (liitetaulukko 9).

### 3.1.9 Tulevaisuus

*Tulevaisuus -arviointialueella vastaajilta kysyttiin organisaation ulkoisista arvioinneista, työskentelystä jonkin laatutunnustuksen tai sertifikaatin saamiseksi, tärkeimmistä kehittämisalueista vuonna 2000, laadunhallinnan kehittämisessä käytettävistä malleista sekä laadunhallintasuositusten tuntemista ja hyödyntämistä. Tässä osiossa kysyttiin myös taustatietoina lomakkeen täyttäjää, organisaation kokoa, sairaanhoitopiiriä ja organisaation toiminnan rahoitusta.*

Ulkoista arviointia ja laatutunnustusta koskeviin kysymyksiin jätti vajaa kolmannes organisaatioista vastaamatta. Vastaamatta jättäneistä suurin osa oli terveyskeskuksia ja lääkäriasemia, joista joka toinen jätti vastaamatta näihin kysymyksiin. Suurin osa organisaatioista ei tavoitellut ulkoista arviointia eikä laatutunnustusta tai sertifikaattia.

#### Ulkoinen arviointi

Suurimmassa osassa organisaatioita ulkoinen arviointi ei ollut tavoitteena. Yleisin käytetty ulkoinen arviointitapa oli konsultin tekemä arviointi. Ulkopuolista konsulttia oli käytetty yleisimmin aluesairaaloissa ja yksityisissä sairaaloissa. Organisaatioiden välisen arvioinnin avulla oli arvioitu joka viides organisaatio. Aluesairaaloista keskimäärin joka toinen oli arvioitu jollakin tai useammalla näistä neljästä menetelmästä. Ulkoinen arviointi oli keskimääräistä yleisempää myös yksityisissä sairaaloissa. (liitetaulukko 10).

#### Laatutunnustus tai sertifikaatti

Laatutunnustusta koskevaan kysymykseen tuli useita vastauksia, joita ei voitu pitää luotettavina. Virheitä oli tapahtunut joko aineiston tallentamisen yhteydessä tai vastaaja ei ollut tuntenut malleja tai oli vastannut huolimattomasti. Tästä johtuen vastauksissa oli mm. useampia ISO 9000 -sertifikaatin tai Suomen laatupalkinnon saaneita terveydenhuollon organisaatioita kuin tiedetään todellisuudessa olevan. (liitetaulukko 11.)

Suurimmassa osassa organisaatioita ei työskennelty minkään laatutunnustuksen tai sertifikaatin saamiseksi. Laatupalkinnon saamiseksi työskenneltiin suurimmassa osassa yliopistosairaaloita ja yli puolessa erikoislääkärijohtoisista terveyskeskussairaaloista, mutta ei yhdessäkään yksityisessä sairaalassa. Yksityisistä sairaaloista vajaa puolet työskenteli ISO 9000 -sertifikaatin saamiseksi. Efektia-Terveystutkimuksen laaduntunnustuksen saamiseksi työskenteli joka neljäs keskussairaala ja sen ilmoitti jo saaneensa yksityisistä sairaaloista vajaa puolet. Laboratorion akkreditointitodistuksen oli saanut joka viides yksityinen lääkäriasema ja kaikki yliopistosairaalat. Patologian laatutunnustuksen saamiseksi työskenneltiin joka toisessa keskussairaalassa, ja sen oli jo saanut jokainen yliopistosairaala. (liitetaulukko 11)

## Laadunhallinnan kehittämisen mallit

Yleisimmin käytetyt laadunhallinnan kehittämisen mallit olivat laboratorion akkreditointi, ISO 9000 -standardit, Suomen laatupalkinto ja ITE-menetelmä. Suomen laatupalkinnon käyttö oli yleisempää julkisen sektorin sairaaloissa kuin muissa organisaatioissa. ISO 9000 -standardeja käyttivät eniten työterveysasemat ja Efektia-Terveystutkimuksen mallia keskussairaalat. ITE -menetelmää käyttivät eniten alue- ja keskussairaalat sekä terveyskeskukset. (taulukko 12).

Taulukko 12. Käytetyt laadunhallinnan mallit

Käytetyt mallit tai kriteerit	TK %	LÄÄ %	TTH %	YO %	KS %	AS %	ELS %	YKS %	Yht. % N=184
Suomen laatupalkinto	24	25	40	50	50	53	71	0	31
Euroopan laatupalkinto	3	0	0	50	7	6	0	0	4
ISO 9000 -standardit	26	36	80	50	36	53	0	40	34
Palvelujärjestelmän laadunkehittämishjelma ja auditointi	16	8	0	0	21	18	14	20	14
ITE-menetelmä työyksikön itsearviointiin ja laadunhallintaan	36	25	10	0	43	59	14	10	32
PIENET-laaturjärjestelmän malli	8	14	0	0	7	6	0	0	8
Laboratorion akkreditointi	40	31	40	75	64	53	43	40	42
Patologian laatuennus	2	11	0	50	57	18	0	20	11
Joku muu	20	17	20	0	14	0	14	20	16

## Laadunhallinnan kehittämisaalueet vuonna 2000

Organisaatioiden tavallisimpia kehittämisaalueita vuonna 2000 olivat laadunhallintakoulutus, menettely- ja toimintaohjeiden kehittäminen ja laatuprojektit. (liitetaulukko 12).

## Laadunhallintasuositukset

Yli puolet organisaatioista tunsi *Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa* -suosituksen ja sitä oli hyödyntänyt joka neljäs. Eniten suositusta olivat hyödyntäneet yliopistosairaalat, aluesairaalat ja keskussairaalat. *Julkisten palvelujen laatustrategian* tunsi vajaa puolet organisaatioista ja joka kymmenes oli hyödyntänyt strategiaa. Strategiaa olivat hyödyntäneet eniten yliopistosairaalat ja aluesairaalat. *Laadunhallinta kuntien hankkimissa ja ylläpitämässä terveyspalveluissa* -suositus oli tuttu joka toiselle organisaatioille ja joka kymmenes oli hyödyntänyt suositusta. Eniten suositusta hyödyntäneitä oli yliopistosairaloissa, aluesairaloissa ja keskussairaloissa. *Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle* -suosituksen tunsi joka toinen organisaatio ja joka viides oli hyödyntänyt suositusta. Suositusta hyödyntäneitä oli erityisesti yliopistosairaloissa, keskussairaloissa ja aluesairaloissa. (taulukko 13).

Koko tulevaisuus-aihealueen tulosten perusteella näyttää siltä, että organisaatiot eivät tavoittele laadunhallintansa ulkoista arviointia ja laatuennustusta tai sertifiointia laadunhallinnan tässä kehitysvaiheessa. Kaikissa organisaatiotyypeissä käytettiin useita laadunhallinnan malleja. Täten näyttää siltä, että organisaatiot eivät sitoudu vain yhteen malliin, vaan kokeilevat useita, mahdollisesti toisiaan täydentäviä malleja. Laadunhallintasuositukset tunnetaan melko hyvin, mutta niiden hyödyntäminen ei ole ollut vielä kovin yleistä.

Taulukko 13. Laadunhallintasuositusten tunnettuus ja hyödyntäminen (T = tuntee, H = hyödyntänyt)

Laadunhallintasuositus	TK %		LÄÄ %		TTH %		YO %		KS %		AS %		ELS %		YKS %		Yht. %		N
	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	
Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa <sup>4</sup>	66	20	48	22	64	29	25	75	43	50	35	65	64	27	50	30	58	26	291
Julkisten palvelujen laatustrategia <sup>5</sup>	52	12	14	2	25	8	67	33	75	17	42	42	73	18	43	-	44	11	254
Laadunhallinta kuntien hankkimissa ja ylläpitämissä terveyspalveluissa <sup>6</sup>	66	9	16	2	25	8	33	67	69	23	55	27	73	18	44	-	53	10	260
Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle <sup>7</sup>	63	19	33	16	50	14	25	75	43	57	53	47	64	18	44	22	54	22	285

<sup>4</sup> Stakes 1995

<sup>5</sup> Valtiovarainministeriö ja Suomen Kuntaliitto 1998

<sup>6</sup> Suomen Kuntaliitto 1998

<sup>7</sup> STM, Stakes ja Suomen Kuntaliitto 1999

### 3.2

## LAADUNHALLINTA SOSIAALIHUOLLON ERI SEKTOREILLA

Satu Siikander

Tässä luvussa kuvataan yksityiskohtaisesti sosiaalihuollon laadunhallintaa koskevat tulokset sektoreittain. Sekä tekstin joukossa oleviin että liitetaulukko-osassa oleviin taulukoihin viitataan tekstikappaleiden lopussa. Taulukosta 15 alkaen sektoreista käytetään taulukoissa nimilyhenteitä, jotka näkyvät taulukossa 14 omana sarakkeenaan. Sosiaalihuollon organisaatioista vastasi kyselyyn 57 prosenttia. Eniten vastauksia tuli sosiaalitoimistoista ja kuntoutuslaitoksista, mutta myös muissa vastausmäärä oli hyvä. Sektorikohtaiset luvut ovat taulukossa 14. Tavallisin vastaaja oli ylin johto. Laatuvaastaava täytti lomakkeen vain joka kymmenennessä organisaatiossa ja joku muu 40 prosentissa organisaatioista.

Taulukko 14. Sosiaalihuollon laadunhallintaselvityksen sektorit ja alasektorit

Sektori	Lyhenne	Postitetut N	Palautuneet N	Palautuneet %
Kehitysvammaisten palvelut -asumispalveluyksiköt -keskuslaitokset	KEH	37	25	68
Vammaisten palvelut -vammaisten asumispalveluyksiköt -sotainvalidien sairaskodit	VAM	52	34	65
Kuntoutuslaitokset	KUN	33	23	70
Julkiset vanhusten palvelut -vanhainkodit -palvelukeskukset	JVA	494	264	53
Yksityiset vanhusten palvelut -vanhainkodit -palvelukeskukset	YVA	144	85	59
A-klinikat	AKL	67	34	50
Päihdehuollon laitokset	PÄI	22	12	55
Sosiaalitoimistot	SOS	35	25	71
Yhteensä		884	502	57

#### 3.2.1 Laatu politiikka ja strategia

Laatupolitiikkaa ja –strategiaa koskevalla arviointialueella vastaajilta kysyttiin laadunhallintaan liittyvien asiakirjojen laatimisesta, laadunhallinnan tukemiseksi tehdyistä erityisjärjestelyistä sekä laadunhallinnan vetureista organisaatiossa.

#### Laadunhallintaan liittyvät asiakirjat

Lähes puolet sosiaalihuollon organisaatioista oli laatinut kirjallisen vision, mutta kirjallinen laatupolitiikka oli laadittuna vain noin joka viidennellä. Eniten kirjallisia visioita oli tehty kuntoutuslaitoksissa, kehitysvammaisten ja vammaisten palveluissa sekä sosiaalitoimistoissa, joilla myös muita useammin oli kirjallinen laatupolitiikka. Tuote- ja palvelukuvauksia oli laadittu keskimäärin joka kolmannessa organisaatiossa. Koko organisaation yhteisiä laadunhallintasuunnitelmia oli tehty harvemmin kuin yksikkötason suunnitelmia. Kuntoutuslaitoksissa oli laadittu useimmin sekä koko organisaation että yksikkötason laadunhallintasuunnitelmia. Toiminta- tai vuosikertomukseen sisältyvä laatuosuus oli noin joka viidennessä organisaatiossa, samoin laatu käsikirja oli laadittu lähes yhtä monessa. Myös laatu käsikirjan osalta organisaatiot poikkesivat selvästi toisistaan. Eniten niitä oli tehty kuntoutuslaitoksissa, vammaisten ja kehitysvammaisten palveluissa. Kaiken kaikkiaan tässä osiossa sektorien välinen vaihtelu oli suuri. Kuntoutuslaitokset olivat selvästi muita enemmän laatineet systemaattisesti laadunhallintaa ohjaavia dokumentteja. Myös vammaisten ja kehitysvammaisten palveluissa oltiin muita sektoreita edellä. Julkiset vanhainkodit olivat tehneet asiakirjoja yksityisiä vähemmän. (taulukko 15).

Taulukko 15. Laadun hallintaan liittyvien asiakirjojen tekeminen sosiaalihuollossa

Laadunhallinta-asiakirjat	KEH %	VAM %	KUN %	JVA %	YVA %	AKL %	PÄI %	SOS %	Yht. %	N
Kirjallinen visio	73	67	87	36	42	41	62	75	46	495
Tuote-/palvelukuvaukset	46	47	87	22	42	26	72	33	34	494
Kirjallinen laatu politiikka	40	47	83	14	19	18	15	25	22	495
Koko organisaation yhteinen laadunhallinta-suunnitelma	13	39	57	8	11	13	17	18	14	481
Yksikötason laadunhallintasuunnitelmat joillakin osastoilla/ tulosyksiköillä/klinikoilla	59	43	56	12	16	7	42	54	22	432
Yksikötason laadunhallintasuunnitelmat kaikilla osastoilla/ tulosyksiköillä/ klinikoilla	16	23	37	2	7	7	18	5	8	416
Toiminta- tai vuosikertomukseen sisältyvä laatu-osuus	48	26	30	21	23	6	8	22	22	489
Laatukäsikirja	4	24	57	5	13	6	8	13	11	479

### Erityisjärjestelyt laadunhallinnan tukemiseksi

Erityisjärjestelyjä laadunhallinnan tukemiseksi oli tehnyt kaksi kolmasosaa organisaatioista. Vähiten erityisjärjestelyjä oli tehty julkisissa vanhustenpalveluissa ja päihdehuollon laitospalveluissa. Erillinen määräraha oli käytössä alle viidenneksessä organisaatioista. Kuntoutuslaitoksista yli puolessa ja kehitysvammaisista hieman alle puolella oli erillinen määräraha. Laatujohtoryhmän tai laaturyhmän osalta sektorit poikkesivat selvästi toisistaan. Kehitysvammaisista, vammaisten palveluista ja kuntoutuslaitoksista yli kahdella kolmasosalla oli laatujohtoryhmä tai laaturyhmä, muilla huomattavasti harvemmin. Laatuvaastavan nimittäminen oli yleisintä kuntoutuslaitoksissa ja vammaisten palveluissa. Ulkopuolista konsulttia käytti runsas viidennes organisaatioista, yleisimmin kuntoutuslaitokset, kehitysvammaisten palvelut ja sosiaalitoimistot. (liitetaulukko 13).

### Laadunhallinnan veturit<sup>8</sup>

Laadunhallinnan vetureita olivat yleisimmin esimiehet, työntekijät itse, ylin johto ja laaturyhmä. Useimmissa organisaatioissa vetureiksi oli nimetty useita eri toimijoita. Ulkopuolinen konsultti oli harvinainen ja laatuvaastava oli veturina vain noin joka viidennessä organisaatioissa. Laatuvaastava oli kuitenkin yhtenä vetureista lähes kaikissa kuntoutuslaitoksissa ja yli puolessa vammaisten palveluista. (liitetaulukko 13).

### 3.2.2 Henkilöstö

*Henkilöstö -arviointialueella vastaajilta kysyttiin, miten laatu politiikka ohjaa henkilöstöpolitiikkaa henkilöstön kannustuksessa, valinnassa ja johtamisessa. Lisäksi selvitettiin, onko organisaatioissa varattu aikaa erilaisille kehittämistyön vaihtoehdoille.*

### Laatupolitiikan vaikutus henkilöstöpolitiikkaan

#### Henkilöstön kannustus

Lähes kaikissa organisaatioissa kannustettiin henkilökuntaa ammatilliseen koulutukseen ja erittäin yleistä oli myös osallistuminen laatu projekteihin työaikana. Henkilökunnan vapauttaminen määräajaisesti laatu projekteihin oli kuitenkin keskimäärin harvinaista. Poikkeuksena olivat kuntoutuslaitokset, joista lähes puolessa näin oli tehty. Myös joka viidennessä vammaisten palveluorganisaatioissa oli vapautettu henkilökuntaa projekteihin. Henkilökunnan järjestelmällisesti saama palaute laadunhallinnan tuloksista vaihteli huomattavasti ja yleisintä se oli kuntoutuslaitoksissa ja vammaisten palveluissa. (taulukko 16).

#### Henkilöstön valinta ja koulutus

<sup>8</sup> Veturit-käsitettä ei määritelty kyselylomakkeessa. Kuvainnollisella käsitteellä tarkoitettiin laadunhallintaa käynnistäviä ja ylläpitäviä henkilöitä.

Yli puolet organisaatioista koulutti esimiehiä ja johtajia ammattitaidon kehittämiseksi. Yleisintä esimiesten kouluttaminen oli kehitysvammaisten palveluissa (96 %), vähäisintä päihdehuollon laitostuntoutuksessa (31 %). Ammattitaidon kehittäminen perustui laatupolitiikassa määriteltyihin tavoitteisiin joka viidennessä organisaatioissa. Uusi henkilökunta sai koulutusta laadunhallintaan noin joka viidennessä organisaatioissa. Eniten koulutettiin kuntoutuslaitoksissa ja kehitysvammaisten palveluissa. Sosiaalitoimistoista alle kymmenesosa antoi henkilökunnalle laadunhallintakoulutusta. (taulukko 16)

#### *Henkilöstön johtaminen*

Yli puolessa organisaatioista johto kertoi henkilökunnalle, mitä heiltä odotetaan organisaation laatupolitiikan perusteella. Noin joka kolmannessa organisaatioissa johto arvioi, toimiiko henkilökunta organisaation laatupolitiikan mukaisesti. Johto valvoi järjestelmällisesti osastojen/työyksiköiden laadunhallintasuunnitelmien toteutumista noin joka viidennessä organisaatioissa. Muita sektoreita edellä olivat kehitysvammaisten palvelut ja kuntoutuslaitokset, joista yli puolessa johto arvioi järjestelmällisesti laadunhallinnan suunnitelmien toteutumista. Sosiaalitoimistoissa sekä arviointi että valvonta toteutuivat keskimääräistä harvemmin. (taulukko 16).

#### **Ajan varaaminen kehittämistyölle**

Organisaatiot olivat tavallisimmin varanneet aikaa henkilökunnan ammatilliseen jatko- ja täydennyskoulutukseen (81 %) sekä menettely- ja toimintaohjeiden tai hoitosuosituksen laatimiseen (58 %). Myös oman työn arviointiin omassa ammattiryhmässä varasi aikaa yli puolet organisaatioista. Laatuprojekteihin ja laatuaiheisiin sekä laadunhallinnan menetelmä- ja tekniikkakoulutukseen osallistuminen toteutui vain joka kolmannessa organisaatioissa. Työyksikön toiminnan arviointiin moniammatillisissa työryhmissä oli varannut aikaa yli puolet organisaatioista. Vähiten aikaa kehittämistyön eri osa-alueille oli varattu julkisissa vanhusten palveluissa. Päihdehuollon kuntoutuslaitoksissa oli laadunhallinnan menetelmä- ja tekniikkakoulutukseen sekä laatuprojekteihin ja laatuaiheisiin varattu aikaa erittäin harvoin. (liitetaulukko 14).

*Taulukko 16. Laatupolitiikan vaikutus henkilökunnan kannustukseen, valintaan, koulutukseen ja johtamiseen*

<i>Laatupolitiikan vaikutus henkilöstöpolitiikkaan</i>	<i>KEH %</i>	<i>VAM %</i>	<i>KUN %</i>	<i>JVA %</i>	<i>YVA %</i>	<i>AKL %</i>	<i>PÄI %</i>	<i>SOS %</i>	<i>Yhteensä % N=497</i>
Henkilökuntaa kannustetaan ammatilliseen kehittämiseen	100	94	91	91	95	100	100	83	93
Henkilökunta voi osallistua laatu- projekteihin työaikana	92	76	96	52	65	62	69	92	63
Henkilökunta saa järjestelmällisesti palautetta laadunhallinnan tuloksista	46	62	83	16	29	32	31	21	28
Henkilökunnasta yksi tai useampi on vapautettuna laatuprojektiin määrä- aikaisesti	12	24	43	1	3	6	0	4	6
Positiivinen asenne laadunhallintaan on tärkeä uuden henkilökunnan valintaperuste	54	35	48	42	62	38	31	50	45
Esimiehiä/johtajia koulutetaan ammattitaidon kehittämiseksi	96	76	78	56	71	62	31	79	64
Henkilökuntaa koulutetaan ammatti- taidon kehittämiseksi	100	97	100	84	88	94	100	83	88
Ammattitaidon kehittäminen perustuu laatupolitiikassa määriteltyihin tavoitteisiin	31	53	35	12	26	21	8	4	20
Uusi henkilökunta saa koulutusta laadun hallintaan	42	35	57	11	19	21	15	8	18
Henkilöstön koulutustarpeiden määrittelemisen perustuu toiminnan tuloksellisuuden arviointiin	46	29	43	22	24	15	23	33	25
Johto kertoo henkilökunnalle, mitä heiltä odotetaan organisaation laatu- politiikan perusteella	81	79	70	48	60	41	38	46	54
Johto arvioi, toimiiko henkilökunta organisaation laatupolitiikan mu- kaisesti	62	44	57	28	36	24	46	17	33
Johto valvoo järjestelmällisesti osas- tojen/työyksiköiden laadunhallinta- suunnitelmien toteutumista	54	32	65	13	20	29	15	8	21
Ei mitään edellä mainituista	0	0	0	3	3	0	0	4	2

### 3.2.3 Menettely- ja toimintaohjeet

*Menettely- ja toimintaohjeet –arviointialueella vastaajilta kysyttiin minkälaisia kirjallisia menettely-, toiminta- tai työohjeita organisaatiossa on käytössä. Lisäksi selvitettiin, oliko organisaatiossa yhdenmukainen menettely- ja toimintaohjeiden laadintatapa ja ketkä osallistuvat ammatillisten menettely- ja toimintaohjeiden laadintaan. Vastaajilta kysyttiin myös, oliko heidän organisaatiossaan laadittu hoito- tai palveluprosessikuvauksia.*

#### Menettely- ja toimintaohjeiden laatiminen

Suurin osa organisaatioista oli laatinut kirjallisia toimintaohjeita joitakin tiettyjä ammatillisia työtehtäviä varten. Yleisintä se oli sosiaalitoimistoissa. Asiakkaan/potilaan ohjausta varten ohjeita oli laatinut yli puolet organisaatioista. Selvästi yleisintä se oli päihdehuollon kuntoutuslaitoksissa. Myös ohjeet omaisten ohjauksesta ja neuvonnasta, hoito- ja tutkimusvälineiden käytöstä, hoitoon ottamisesta ja yhteistyöstä hoitovastuun siirtyessä olivat lähes yhtä yleisiä. Kuntoutuslaitoksissa oli muita sektoreita selvästi enemmän ohjeita hoitoprosessin laadun kannalta kriittisiä kohtia varten samoin kuin koko hoitoprosessille hoitoon ottamisesta hoidon päättämiseen. (taulukko 17)

#### Ohjeiden laadintatapa ja laatijat

Yhdenmukainen menettely- ja toimintaohjeiden laatimistapa oli vain joka kolmannessa organisaatiossa. Yleisintä se oli kuntoutuslaitoksissa ja kehitysvammaisten palveluissa, joissa kaksi kolmasosaa merkitsi ohjeeseen laadintapäivän ja laatijan. (taulukko 17). Ohjeiden laadintaan osallistuivat yleisimmin esimiehet ja henkilökunta. Laativastaava osallistui laadintaan suurimmassa osassa kuntoutuslaitoksista ja seuraavaksi eniten vammaispalveluissa. (liitetaulukko 15).

Taulukko 17. Menettely- ja toimintaohjeiden laatiminen

Ohjeet ja niiden laatijat	KEH %	VAM %	KUN %	JVA %	YVA %	AKL %	PÄI %	SOS %	Yht. %	N
<i>Käytössä olevat kirjalliset menettely-, toiminta- tai työohjeet</i>										480
Joitakin tiettyjä ammatillisia työtehtäviä tai toimenpiteitä varten	73	79	78	77	77	76	69	83	77	
Asiakkaan/potilaan ohjausta ja neuvontaa varten	81	56	83	54	57	45	100	75	59	
Omaisten ohjausta ja neuvontaa varten	42	38	26	47	42	30	15	54	42	
Hoito-/tutkimuslaitteiden ja -välineiden käyttöä varten	50	47	83	54	50	21	31	13	49	
Hoito-/palveluprosessin laadun kannalta tärkeitä kohtia varten	58	74	96	26	37	33	31	38	38	
Tiettyjä asiakasryhmiä (tai diagnooseja) varten	58	50	57	29	21	48	38	38	34	
Asiakkaan/potilaan hoito- tai palveluprosessille hoitoon ottamisesta hoidon päättämiseen	50	53	87	34	38	42	46	42	41	
Yhteistyöstä muiden palvelun tuottajien kanssa esimerkiksi hoitovastuun siirtyessä	38	29	48	50	35	27	46	42	43	
Jotain muuta varten	4	3	4	6	11	9	15	8	7	
<i>Yhdenmukainen menettely- ja toimintaohjeiden laadintatapa</i>										477
Ei ole tai ei tarvita	36	61	27	77	58	85	62	70	68	
Laadintapäivä	60	26	68	18	35	15	15	26	26	
Laatija	64	19	64	15	27	9	15	26	22	
Hyväksyjä	40	16	55	5	14	3	15	26	13	
Käyttäjä	44	16	45	7	18	6	38	13	14	
Tarkistusajankohta	32	13	36	9	17	6	23	13	14	



## Prosessikuvaukset

Prosessikuvauksia ydin-/pääprosesseista oli laadittu vajaassa puolessa organisaatioista, tukipalveluprosesseista vain joka viidennessä. Vähiten ydinprosessikuvauksia oli laadittu julkisissa vanhusten palveluissa ja päihdehuollon laitostuntoutuksessa, eniten kuntoutuslaitoksissa (91 %) ja sosiaalitoimistoissa (77 %) sekä kehitysvammaisten palveluissa (76 %). Kuntoutuslaitoksista myös tukipalveluprosesseja oli kuvannut 70 %. (liitetaulukko 16).

### 3.2.4 Laadunhallinnan menetelmät ja työkalut

*Laadunhallinnan menetelmät ja työkalut -arviointialueella vastaajilta kysyttiin, mitä toiminnan ja johtamisen kehittämisen menetelmiä ja työkaluja heidän organisaatioissaan on käytössä. Jos organisaatiolla oli menetelmä tai työkalu käytössä, vastaajan tuli arvioida käytetäänkö sitä järjestelmällisesti. Vastaajalta kysyttiin laatuprojektien lukumäärää organisaatioissa vuonna 1999. Mukaan otettiin vain ne projektit, joilla oli projektisuunnitelma ja johdon hyväksyntä. Lisäksi kysyttiin, mitä tietoja johto käytti laatupolitiikan arvioimisessa ja suuntaamisessa ja käytetäänkö organisaatioissa laadun seuranta- ja arviointimittareita.*

### Laadunhallinnan menetelmät ja työkalut

Laadunhallinnan menetelmien järjestelmällisessä käytössä oli sektorien välillä suuria eroja. Hoito- ja palvelusuunnitelmia sekä kehityskeskusteluja käytti järjestelmällisesti yli puolet organisaatioista ja palvelun käyttäjien tyytyväisyystutkimuksia sekä henkilökunnan tyytyväisyystutkimuksia reilu kolmannes. Valitusten käsittelymenettely toteutui järjestelmällisesti joka viidennessä organisaatioissa, tuotteistaminen ja moniammatillinen arviointi melkein yhtä monessa. Laatujärjestelmän sisäistä arviointia toteutti ja palvelun käyttäjien palvelutarveselvityksiä teki joka kymmenes. Yhtä harvoin oli käytössä johdon tietojärjestelmä ja hoitoon lähettäjien tyytyväisyystutkimukset. Kaikkein harvimmin tehtiin järjestelmällisesti hoitoon lähettäjien odotuksia koskevia selvityksiä, laitosten välisiä vierailukäyntejä, vertailukehittämistä ja käytettiin tasapainotettua mittaristoa. (taulukko 18).

Kuntoutuslaitokset erottuvat menetelmien käytön järjestelmällisyydessä lähes kautta linjan muista sektoreista. Yksityisissä vanhusten palveluissa järjestelmällinen käyttö oli julkisia tavallisempaa. Palvelunkäyttäjien tyytyväisyystutkimukset olivat käytössä järjestelmällisesti noin joka kolmannessa organisaatioissa. Eniten niitä käytettiin kuntoutuslaitoksissa ja vammaisten palveluissa, vähiten julkisissa vanhusten palveluissa ja kehitysvammalaitoksissa. Hoitoon lähettäjien tai muiden hoito- ja palveluketjussa toimivien tyytyväisyystutkimuksia käytti järjestelmällisesti noin joka kymmenes organisaatio. Henkilökunnan tyytyväisyystutkimuksia käytettiin eniten kuntoutuslaitoksissa ja sosiaalitoimistoissa. Potentiaalisten käyttäjien palvelutarveselvityksiä teki järjestelmällisesti joka kymmenes organisaatio. Hoitoon lähettäjätahojen tai muiden palveluketjussa toimivien odotuksia koskevia selvityksiä käytti järjestelmällisesti alle kymmenen prosenttia organisaatioista. Valitusten käsittelymenettely oli harvinaisinta julkisissa vanhusten palveluissa. (taulukko 18). Menetelmien satunnainen, todennäköisesti kokeiluluonteinen käyttö oli paljon runsaampaa. Käyttö vaihteli 25 - 45 % välillä samassa suhteessa kuin järjestelmällinen käyttö. Näitä lukuja ei ole esitetty taulukossa.

### Laatuprojektien määrä

Organisaatioilta kysyttiin sellaisten laatuprojektien lukumäärää, joilla on projektisuunnitelma ja johdon hyväksyminen. Yli puolella organisaatioista ei ollut yhtään näitä kriteerejä täyttävää projektia. Harvinaisimpia projektit olivat päihdehuollon avo- ja laitospalveluissa sekä julkisissa vanhusten palveluissa.

### Laatupolitiikan arvioimisessa ja suuntaamisessa käytetyt tiedot

Palvelun käyttäjien ja työntekijöiden tyytyväisyystutkimukset sekä jatkuva asiakaspalaute olivat yleisimpiä johdon laatupolitiikan arvioinnissa käyttämistä tiedoista kaikilla tutkituilla sektoreilla. Jatkuvaa asiakaspalautetta käytettiin kaikissa kuntoutuslaitoksissa ja päihdehuollon laitoksissa. Asiakkaiden ja potilaiden lähtöhaastatteluja käytettiin useimmin vammaisten palveluissa ja päihdehuollon laitoksissa. Palvelun käyttäjien tyytyväisyystutkimuksia sen sijaan käytettiin eniten sosiaalitoimistoissa. Sisäisten arviointien tuloksia käytettiin kuntoutuslaitoksissa laajalti, lähes 80 prosentissa, kun muilla sektoreilla niiden käyttö jäi selvästi alle puoleen. Kaikilla tutkituilla sektoreilla vähiten, vain joka viidennessä organisaatioissa, käytettiin ulkoisten arviointien tuloksia. (liitetaulukko 17).

Taulukko 18. Laadunhallinnan eri menetelmien järjestelmällinen käyttäminen

Laadunhallinnan menetelmät	KEH %	VAM %	KUN %	JVA %	YVA %	AKL %	PÄI %	SOS %	Yht. %	N
Oman työn arviointi ammattiryhmien sisällä	17	13	21	5	13	10	23	5	9	458
Moniammatillinen arviointi	23	25	50	9	10	16	31	5	14	467
Hoito-/palvelusuunnitelmien käyttö	85	64	67	47	60	32	77	61	54	494
Palvelujen tuotteistaminen	38	21	62	7	24	6	31	13	16	470
Kehityskeskustelut	77	59	74	45	64	55	54	67	54	493
Laatujärjestelmän sisäinen arviointi (sisäinen auditointi)	8	21	59	3	11	16	17	4	10	471
Laitosten välinen arviointi/vierailukäynnit	8	19	14	3	3	3	8	.	5	477
Johdon tietojärjestelmät	19	21	41	5	4	3	8	17	9	481
Palvelun käyttäjien tyytyväisyystutkimukset	19	68	96	18	41	26	46	42	32	493
Hoitoon lähettäjien tai muiden hoito- ja palveluketjussa toimivien tyytyväisyystutkimukset	13	20	19	5	11	8	23	5	9	446
Henkilökunnan tyytyväisyystutkimukset	46	47	61	29	40	42	38	50	37	493
Potentiaalisten käyttäjien palvelutarveselvitykset	19	9	14	11	12	.	8	4	10	483
Hoitoon lähettäjätahojen tai muiden palveluketjussa toimivien odotuksia koskevat selvitykset	19	6	19	3	10	7	15	9	7	476
Valitusten käsittelymenettely	27	34	73	11	26	23	23	26	20	483
Tasapainotetun mittariston käyttö	.	.	14	3	.	.	.	.	2	474
Vertailukehittäminen	12	6	27	6	4	.	8	35	8	481

### Laadun seuranta- ja arviointimittarit

Mitään laadun seuranta- ja arviointimittareita ei käyttänyt ollenkaan vajaa kolmannes organisaatioista. Kaikki sosiaalitoimistot ja lähes kaikki kuntoutuslaitokset ja kehitysvammaisten palvelut käyttivät taloudellisia tunnuslukuja, muistakin sektoreista noin kaksi kolmannesta. Tietoja hoidon / palvelujen tuloksista ja vaikutuksista käytettiin eniten kuntoutuslaitoksissa (91 %) ja vähiten julkisissa vanhusten palveluissa ja sosiaalitoimistoissa. Jono- ja odotusaikatiedot olivat yleisiä ainoastaan sosiaalitoimistoissa. Työntekijöiden sairauspoissaolo- ja vaihtuvuustietoja käytti noin puolet organisaatioista. Tietoja virheistä ja komplikaatioista käytti puolet kehitysvammaisten palveluista, muut huomattavasti harvemmin. Asiakkaiden tekemiä valituksia seurattiin ja mitattiin aktiivisimmin kuntoutuslaitoksissa sekä vammais- ja kehitysvammaispalveluissa. (liitetaulukko 18).

### 3.2.5 Yhteistyö ja palveluketjut

*Yhteistyö ja palveluketjut -arviointialueella vastaajilta kysyttiin, oliko heidän organisaatiollaan yhteisiä laadunhallinnan käytäntöjä ulkoisten yhteistyökumppaneiden tai hoito-/palveluketjuihin osallistuvien muiden palveluyksiköiden kanssa. Tämän lisäksi mahdolliset yhteiset käytännöt pyydettiin määrittelemään.*

Yhteisiä laadunhallinnan käytäntöjä yhteistyökumppanien tai hoito-/palveluketjuihin osallistuvien muiden organisaatioiden kanssa oli kehitetty vähän. Selvästi yli kahdella kolmasosalla ei ollut yhteisiä laadunhallinnan käytäntöjä. Tavallisimpia olivat yhteiset toimintaohjeet hoitovastuun siirtymisestä, yhteinen kirjaamiskäytäntö ja asiakkaan/potilaan ohjaamistapa, jotka mainitsi lähes viidesosa vastaajista. Yleisimpiä yhteiset käytännöt olivat kuntoutuslaitoksissa, erityisesti yhteinen laadun arviointitapa ja yhteinen kirjaamiskäytäntö. (liitetaulukko 19).

### 3.2.6 Potilaat/asiakkaat

*Potilas/asiakas -arviointialueella selvitettiin asiakkaiden ja järjestöjen osallistumista laadunhallintaan. Vastaajilta kysyttiin asiakkaiden ja järjestöjen osallistumista laatukriteerien laatimiseen, menettely- ja toimintaohjeiden laadintaan, organisaation laatutavoitteiden saavuttamisen arviointiin, laatu työryhmien työskentelyyn ja laatu projekteihin. Lisäksi selvitettiin, annetaanko organisaatioissa asiakkaille järjestelmällisesti tietoa heidän oikeuksistaan.*

#### Asiakkaiden ja järjestöjen osallistuminen laadunhallintaan

Asiakkaiden ja järjestöjen osallistuminen organisaation laadunhallintaan oli sosiaalihuollossa tavallisempaa kuin terveydenhuollossa. Järjestöt osallistuivat eniten laatutavoitteiden saavuttamisen arviointiin, laatukriteerien laatimiseen ja menettely- ja toimintaohjeiden laatimiseen. Tavallisinta osallistuminen oli kuntoutuslaitoksissa ja kehitysvammaisten palveluissa. Myös asiakkaat osallistuivat useimmin laatutavoitteiden saavuttamisen arviointiin, vammaishuollon laitoksista joka toisessa. Menettelyohjeiden laadintaan osallistuminen oli tavallisinta päihdehuollon laitoksissa. Vähäisintä sekä asiakkaiden että järjestöjen osallistuminen kaiken kaikkiaan oli julkisissa vanhusten palveluissa. Vaihtoehdon 'johonkin muuhun osallistuminen' valinneiden osuudet kehitysvamma- ja vammaishuollon laitoksissa ja sosiaalitoimistoissa ovat melko suuria. Siihen liittyneeseen avoimeen kysymykseen vastasi kuitenkin vain muutama. Kehitysvammahuollossa mainittiin esimerkkeinä osallistuminen toimintasuunnitelman laatimiseen, asiakkaiden edustus hallituksessa, yhteistyökeskustelut, tiedotukseen osallistuminen ja palvelusuunnitelman arviointi. (taulukko 19).

Taulukko 19. Asiakkaiden ja järjestöjen osallistuminen laadunhallintaan (A = asiakas, J = järjestö)

Asiakkaiden ja järjestöjen osallistuminen	KEH %		VAM %		KUN %		JVA %		YVA %		AKL %		PÄI %		SOS %		Yht. %		N
	A	J	A	J	A	J	A	J	A	J	A	J	A	J	A	J	A	J	
Laatukriteerien laatimiseen	18	35	25	17	5	26	3	1	8	5	4	4	20	10	5	5	6	6	402
Menettely- ja toimintaohjeiden laadintaan	17	28	27	15	6	28	9	2	12	3	15	4	42	17	5	19	12	7	398
Laatutavoitteiden saavuttamisen arviointiin	28	39	50	21	18	36	10	3	18	8	11	7	11	22	20	10	16	9	405
(Laatu)työryhmien työskentelyyn	14	14	26	9	11	.	4	3	9	4	8	.	27	9	10	.	4	1	381
Laatu projekteihin	38	19	22	13	6	13	4	2	7	2	4	.	.	13	15	5	8	4	367
Johonkin muuhun	38	25	29	29	.	.	4	7	17	.	.	11	.	.	.	25	8	8	186

#### Asiakkaiden tiedonsaanti

Yli puolet organisaatioista ei antanut järjestelmällisesti kirjallista informaatiota asiakkaille heidän oikeuksistaan. Vähiten tietoa annettiin julkisissa vanhusten palveluissa (77 % ei anna), mutta myös yksityisissä vanhusten palveluissa, kehitysvammaisten palveluissa ja A-klinikoissa on noin puolet sellaisia, joissa tietoa oikeuksista ei anneta järjestelmällisesti. Useimmin tietoa annettiin kirjallisesta suostuksesta tietojen antamiseen. Muistutusten ja valitusten tekemisestä tiedotettiin useimmin sosiaalitoimistoissa. Kuntoutuslaitokset ja päihdehuollon kuntoutuslaitokset erottautuivat muista sektoreista lähes kaiken tiedonannon suhteen. Kuntoutuslaitokset antoivat muita useammin asiakkaille tietoa oikeudesta tarkastaa itseään koskevat tiedot. (taulukko 20).

Taulukko 20. Tietojen antaminen asiakkaille sosiaalihuollossa

Asiakkaalle järjestelmällisesti annettava kirjallinen tieto	KEH %	VAM %	KUN %	JVA %	YVA %	AKL %	PÄI %	SOS %	Yht. % N=495
Ei anneta järjestelmällisesti kirjallista informaatiota	50	41	22	77	55	50	23	25	61
Tietoa itsemääräämisoikeudesta	31	38	35	12	20	26	38	21	19
Tietoa muistutusten ja valitusten tekemisestä	23	26	52	10	14	29	15	71	19
Tietoa oikeudesta tarkastaa itseään koskevat tiedot	15	24	57	6	13	21	46	17	14
Tietoa kirjallisesta suostumuksesta tietojen antamiseen	35	44	70	11	24	41	62	38	24
Tietoa jostakin muusta	8	6	0	3	16	12	8	8	7

### 3.2.7 Myönteiset ja kielteiset vaikutukset

*Arviointialueella 'laadunhallinnan myönteiset ja kielteiset vaikutukset' vastaajia pyydettiin arvioimaan asiakkaille/potilaille, henkilökunnalle, organisaatiolle, hoidolle/palvelulle ja kannattavuudelle järjestelmällisen laadunhallinnan aikaansaamia myönteisiä vaikutuksia. Vastaajalta pyydettiin arvioita, odottivatko he näitä vaikutuksia, olivatko he saaneet niitä vai eivätkö he odottaneet saavansa myönteisiä vaikutuksia. Lisäksi vastaajia pyydettiin arvioimaan, oliko menettely- ja toimintaohjeiden määrä ja luonne muuttunut laadunhallinnan vaikutuksesta ja oliko laadunhallinnalla ollut kielteisiä vaikutuksia.*

Tässä kappaleessa kuvataan laadunhallinnan koettuja vaikutuksia. Myönteisiä vaikutuksia oli sosiaalihuollon organisaatioissa saatu jonkin verran, mutta niihin kohdistui myös paljon odotuksia. Noin 60 - 70 prosenttia organisaatioista odotti myönteisiä vaikutuksia ja vain 10 prosenttia ei usko niitä laadunhallinnalla saatavan. Kustannusten vähenemisen suhteen oltiin pessimistisempiä: viidesosa vastaajista sanoi, ettei edes odota kustannusten vähenevän. Odotuksia kuvaavat luvut eivät näy tekstissä eikä taulukossa, vaan niissä on ainoastaan myönteisiä vaikutuksia raportoineiden osuudet.

#### Asiakas- ja henkilökuntavaikutukset

Asiakassuuntautuneisuus ja asiakkaiden tyytyväisyys oli lisääntynyt kolmasosassa organisaatioita. Asiakastyytyväisyys oli lisääntynyt eniten kuntoutuslaitoksissa ja asiakassuuntautuneisuus kehitysvammaisten palveluissa. Sekä henkilökunnan tyytyväisyys että sitoutuminen ja joustavuus olivat lisääntyneet joka kolmannessa organisaatiossa. Useimmin näin oli tapahtunut kehitysvammaisten palveluissa, mutta lähes yhtä usein päihdehuollon laitoksissa, kuntoutuslaitoksissa ja yksityisissä vanhusten palveluissa. Niissä organisaatioissa, joissa laadunhallintaa on kehitetty monilla eri osa-alueilla, myös asiakas- ja henkilökuntatyytyväisyys on noussut muita enemmän. (taulukko 21)

#### Organisaatiovaikutukset

Noin joka viidennen organisaation hallittavuus ja johdettavuus oli lisääntynyt. Yhtä usein koettiin organisaation profiloituneen paremmin. Parhaiten organisaation hallittavuuden ja johdettavuuden lisääntyminen näkyi kuntoutuslaitoksissa ja organisaation parempi profiloituminen kehitysvammaisten palveluissa. Ulkoisten osapuolien tyytyväisyys oli lisääntynyt joka viidennessä organisaatiossa, useimmin kuntoutuslaitoksissa. (taulukko 21).

#### Vaikutukset palveluun ja kannattavuuteen

Palveluprosessin laatu oli parantunut vajaassa kolmanneksessa organisaatioista. Yleisintä se oli kuntoutuslaitoksissa. Hoidon tulokset olivat parantuneet joka viidennessä organisaatiossa. Organisaation tuottavuuden paranemista raportoitiin harvemmin, alle viidesosassa organisaatioista. Kustannukset olivat vähentyneet omassa organisaatiossa tai muualla kuin omassa organisaatiossa hieman yli kymmenessä prosentissa organisaatiosta. Oman organisaation kustannukset vähenivät useimmin kuntoutuslaitoksissa, kustannukset muualla taas kehitysvammaisten palveluissa. (taulukko 21).

Taulukko 21. Laadunhallinnan myönteiset vaikutukset

Laadunhallinnalla saavutetut myönteiset vaikutukset	KEH %	VAM %	KUN %	JVA %	YVA %	AKL %	PÄI %	SOS %	Yht. %	N
Asiakassuuntatuneisuus on lisääntynyt	58	54	55	24	43	23	31	36	34	411
Asiakkaiden tyytyväisyys on lisääntynyt	42	48	73	27	46	32	38	32	36	442
Henkilökunnan tyytyväisyys on lisääntynyt	42	24	36	25	36	26	38	23	29	441
Henkilökunnan sitoutuminen ja joustavuus on lisääntynyt	50	26	57	22	38	37	38	32	31	441
Organisaation hallittavuus ja johdettavuus on lisääntynyt	27	28	52	15	27	20	31	18	22	438
Organisaatio on profiloitunut paremmin	42	39	27	17	19	32	23	25	23	423
Ulkoisten osapuolien tyytyväisyys lisääntynyt	32	40	62	13	27	17	42	10	22	402
Palveluprosessin laatu on parantunut	38	35	74	19	29	20	23	18	26	443
Hoidon tulokset ovat parantuneet	27	25	36	17	24	16	8	9	19	428
Organisaation tuottavuus on parantunut	23	16	32	13	21	20	15	5	17	426
Kustannukset ovat vähentyneet omassa organisaatiossa	20	7	27	12	14	13	8	14	13	417
Kustannukset ovat vähentyneet muualla kuin omassa organisaatiossa	29	4	10	11	14	16	-	19	13	397

### Vaikutukset ohjeisiin

Menettely- ja toimintaohjeet olivat lisääntyneet lähes puolessa organisaatioista, eniten kuntoutuslaitoksissa, joissa myös useimmin oli poistettu turhia menettelyohjeita. Ohjeita valvottiin paremmin noin joka neljännessä organisaatiossa ja hieman enemmän oli niitä, joissa epävirallisia, kirjoittamattomia menettely- ja toimintaohjeita oli virallistettu. Menettely- ja toimintaohjeiden noudattamista seurattiin paremmin kolmasosassa organisaatioita ja niiden toimivuutta arvioitiin lähes puolessa organisaatioista. Ohjeiden toimivuuden parempi arvioiminen oli lisääntynyt eniten kuntoutuslaitoksissa, vammaisten ja kehitysvammaisten palveluissa. Menettely - ja toimintaohjeiden noudattamista seurattiin entistä paremmin kuntoutuslaitoksissa ja kehitysvammaisten palveluissa, mutta siinä ero muihin organisaatioihin oli vähäinen. (liitetaulukko 20).

### Kielteiset vaikutukset

Yli puolessa organisaatioista ei oltu koettu mitään kielteisiä vaikutuksia laadunhallinnasta. Kustannusten nousu oli vähäistä, eniten ne olivat nousseet kuntoutuslaitoksissa ja vammaisten palveluissa. Työmäärä oli lisääntynyt joka kolmannessa organisaatiossa. Työmäärä oli lisääntynyt huomattavassa osassa kuntoutuslaitoksia (83 %) ja keskimääräistä enemmän myös kehitysvammaisissa palveluissa, vammaisissa palveluissa ja sosiaalitoimistoissa. Henkilökunnan motivaation/ tyytyväisyyden vähentymistä oli tapahtunut erittäin vähän eikä toiminnan joustamattomuuden koettu lisääntyneen. (taulukko 22).

Taulukko 22. Laadunhallinnan kielteiset vaikutukset

Laadunhallinnan kielteiset vaikutukset	KEH %	VAM %	KUN %	JVA %	YVA %	AKL %	PÄI %	SOS %	Yht. %	N= 382
Ei kielteisiä vaikutuksia	54	53	17	74	71	59	73	55	65	
Kustannukset ovat nousseet	4	26	26	2	7	4	18	0	7	
Toimintaan on tullut joustamattomuutta	4	0	9	2	1	0	0	0	2	
Työmäärä on lisääntynyt	46	47	83	18	23	37	9	41	30	
Henkilökunnan motivaatio/tyytyväisyys vähentynyt	0	3	4	1	0	0	0	0	1	
Jotakin muuta	8	0	9	8	9	7	0	5	7	

### 3.2.8 Laatukustannukset

*Laatukustannukset -arviointialueella vastaajilta kysyttiin heidän organisaationsa laatukustannusten hallintaa. Kysymysten tavoitteena oli selvittää, keskustellaanko organisaatiossa laatuprojektien kustannuksista, arvioidaanko laatuprojektien kustannuksia ja hyötyjä sekä tunnetaanko niitä kustannuksia, jotka liittyvät huonon laadun ennaltaehkäisemiseen, arviointeihin ja huonon laadun korjaamiseen. Lisäksi selvitettiin, oliko kustannuksien ja hyötyjen laskemista varten kustannuslaskentajärjestelmä.*

Laatukustannuksien tuntemista sosiaalihuollon organisaatioissa antaa hyvän kuvan taulukko 23, johon on koottu 'ei tunneta' -vastausten osuudet laatukustannuksia koskeneiden viiden kysymyksen vastauksista. Yksilöidymmän kuvan saa seuraavasta tekstistä ja liitetäulukosta 21.

*Taulukko 23. Laatukustannuksia seuraamattomat organisaatiot*

<i>Laatukustannuksia seuraamattomat</i>	<i>KEH %</i>	<i>VAM %</i>	<i>KUN %</i>	<i>JVA %</i>	<i>YVA %</i>	<i>AKL %</i>	<i>PÄI %</i>	<i>SOS %</i>	<i>Yht. %</i>	<i>N</i>
Laatuprojektien kustannuksista ei keskustella	19	9	13	47	36	66	69	9	39	462
Laatuprojektien kustannuksia ja hyötyjä ei arvioida	15	16	4	45	35	48	46	13	36	451
Huonon laadun ennalta ehkäisemisen kustannuksia ei tunneta	44	41	26	69	52	71	75	74	61	463
Arviointeihin liittyviä kustannuksia ei tunneta	40	56	35	71	68	84	67	63	66	468
Huonon laadun korjaamisesta aiheutuvia kustannuksia ei tunneta	50	69	41	63	51	61	67	79	60	472

Laatuprojektien kustannuksista keskusteltiin yli puolessa organisaatioista, mutta rahoittajien, tilaajien tai ostajien kanssa ei edes joka viidennessä organisaatioissa. Jälkimmäinen vaihtoehto tosin koskee vain muille palveluja myyviä organisaatioita. Vammaisten palveluissa oli eniten niitä organisaatioita, joissa keskusteltiin laatuprojektien kustannuksista. Tavallisinta ulkopuolisten kanssa keskustelu oli kuntoutuslaitoksissa. Laatuprojektien kustannuksia ja hyötyjä arvioitiin myös yli puolessa kaikista organisaatioista. Yksinomaan vain kustannusten tai hyötyjen arvioiminen oli erittäin harvinaista. (liitetäulukko 21).

Huonon laadun ennaltaehkäisemisen kustannuksista parhaiten tunnettiin laadunhallintakoulutuksen kustannukset, jotka tunnettiin joka kolmannessa organisaatioissa. Yleisintä se oli kuntoutuslaitoksissa sekä kehitysvammaisten ja vammaisten palveluissa. Menettely- ja toimintaohjeiden laatimis- ja käyttöönotto-kustannuksia, laatuprojektien kustannuksia, laatumittareiden kehittämiskustannuksia, ammattiryhmien sisäisen ja osaston sisäisen arvioinnin sekä laitteiden ja välineiden määräaikaishuoltojen kustannuksia tunnettiin suhteellisen vähän. Keskimääräistä yleisempää laatuprojektien käynnistämiskustannusten ja laitteiden määräaikaishuoltojen kustannusten tunteminen oli kuntoutuslaitoksissa. (liitetäulukko 21).

Arviointeihin liittyviä kustannuksia tunnettiin keskimäärin vähän. Parhaiten eli joka neljännessä organisaatioissa tunnettiin mielipidekartoitusten/tyytyväisyystutkimuksien kustannukset. Tietojen keruusta seuranta varten aiheutuvat kustannukset ja sisäisten arviointien/auditointien sekä laitosten välisten arviointikäyntivierailujen kustannukset tunnettiin hieman useammassa kuin joka kymmenennessä organisaatioissa. Harvimmin tunnettiin vahinkojen/komplikaatioiden kirjaamiskustannukset, kuluttaja-/potilasjärjestöjen tekemän ulkoisen arvioinnin ja laatu-tunnustukseen liittyvän ulkoisen arvioinnin kustannukset. Keskimääräistä yleisempää kaikkien arviointikustannusten tunteminen oli kuntoutuslaitoksissa ja lähes jokaisella osa-alueella kehitysvammaisten palveluissa. (liitetäulukko 21).

Huonon laadun korjaamisesta aiheutuvista kustannuksista tunnettiin parhaiten eli joka kolmannessa organisaatioissa päällekkäisen/turhan työn kustannukset. Materiaalihukkakustannukset tunnettiin joka viidennessä organisaatioissa. Valitusten käsittelykustannukset, potilasvahinkojen kustannukset, virheiden korjaamiskustannukset, hoitoajan tai hoidon keston pitenemisen kustannukset ja asiakkaiden/lähettäjätahojen menettämisen kustannukset tunnettiin hieman useammassa kuin joka kymmenennessä organisaatioissa. (liitetäulukko 21).

Kustannuslaskentajärjestelmää ei ollut keskimäärin yli puolella organisaatioista. Kuntoutuslaitoksista kuitenkin kustannuslaskentajärjestelmä oli 70 %:lla. Harvimminkin eli joka kolmannella sellainen oli käytössä päihdehuollon laitostuntoutuksessa. (liitetaulukko 22).

### 3.2.9 Tulevaisuus

*Tulevaisuus -arviointialueella vastaajilta kysyttiin organisaation ulkoisista arvioinneista, työskentelystä jonkin laatutunnustuksen tai sertifiointin saamiseksi, tärkeimmistä kehittämisalueista vuonna 2000, laadunhallinnan kehittämisessä käytettävistä malleista sekä laadunhallintasuositusten tuntemista ja hyödyntämistä. Tässä osiossa kysyttiin myös taustatietoina lomakkeen täyttäjää, organisaation kokoa, sairaanhoitopiiriä ja organisaation toiminnan rahoitusta.*

#### Ulkoisen arviointi

Ulkoisen arvioinnin jollakin tavalla oli asettanut tavoitteekseen alle puolet organisaatioista. Eri vaihtoehdoista oli yleisimmin toteutunut ostajan tai rahoittajan organisoima vierailukäynti ja ulkopuolisen konsultin tekemä arviointi. Suuri osa kuntoutuslaitoksista oli arvioitu ostajan tai rahoittajan toimesta. Organisaatioiden välistä arviointia oli käyttänyt hieman yli joka kymmenes. Yleisintä se oli sosiaalitoimistoissa, joista yli puolet oli osallistunut tällaiseen arviointiin. Riippumattoman elimen toimesta arviointi oli tehty joka kymmenennessä organisaatioissa. (liitetaulukko 23).

#### Laatutunnustus tai sertifiointi

Kuten terveydenhuoltoa koskevassa osassa todettiin, laatutunnustusta koskevaan kysymykseen tuli useita vastauksia, joita ei voitu pitää luotettavina. Patologian laatutunnusta ei käsitellä tässä vastausten epäluotettavuuden vuoksi ja myös koska voidaan olettaa, että sillä ei ole merkitystä sosiaalihuollon organisaatioissa. Laatutunnustuksen tavoittelu oli harvinaista kaikilla sosiaalihuollon sektoreilla. Yleisimmin sellaista tavoiteltiin kuntoutuslaitoksissa, joista puolet tavoitteli Suomen laatupalkintoa ja yli puolet ISO 9000-sertifiointia. Vammaisten palveluissa oli myös hieman alle puolella tavoitteena Suomen laatupalkinto ja joka kolmannessa ISO 9000- sertifiointi. Efektia-Terveystutkimuksen laaduntunnustuksen ja laboratorion akkreditointitodistuksen tavoittelu oli erittäin harvinaista. (liitetaulukko 24).

#### Laadunhallinnan kehittämisen mallit

Yleisin käytetty laadunhallinnan kehittämisen malli sosiaalihuollossa oli selvästi työyksikön itsearviointiin tarkoitettu ITE -menetelmä, jota käytti vajaa puolet organisaatioista. Noin joka viides käytti ISO 9000-standardia ja lähes yhtä moni Suomen laatupalkintoa. Myös PIENET -laatujohtamismallia (Holma ja muut 1997) käytti vajaa viidennes. (taulukko 24).

Kehittämismalleista ISO 9000- standardit olivat yleisimmin käytössä kuntoutuslaitoksissa ja Suomen laatupalkinto sosiaalitoimistoissa. Sosiaalitoimistoissa laadunhallinnan mallien käyttö oli selvästi yleisempää kuin muissa sosiaalihuollon organisaatioissa. Sosiaalitoimistoissa käytettiin laatupalkintomallin lisäksi alun perin terveydenhuoltoon kehitetty Efektia-Terveystutkimuksen palvelujärjestelmän kehittämisohjelmaa ja auditointimallia useammassa kuin joka kolmannessa sosiaalitoimistossa. Vammaisten palvelut, julkiset ja yksityiset vanhustenpalvelut käyttivät eniten ITE -menetelmää ja päihdehuollon laitostuntoutus käytti eniten PIENET -mallia. Jotakin muuta kuin mainittuja malleja käytti yli puolet kehitysvammaisten palveluista ja lähes puolet A-klinikoista ja päihdehuollon laitostuntoutukselta. Avoimista vastauksista ei selvinnyt, mitä nämä muut mallit tai kriteeristöt olivat. (taulukko 24).

Taulukko 24. Käytetyt laadunhallinnan mallit

Käytetyt mallit tai kriteerit	KEH %	VAM %	KUN %	JVA %	YVA %	AKL %	PÄI %	SOS %	Yht. % N=226
Suomen lautupalkinto	12	31	39	15	16	20	20	50	22
Euroopan lautupalkinto	0	0	4	0	3	7	0	21	3
ISO 9000 -standardit	29	21	61	13	35	7	0	21	23
Palvelujärjestelmän laadunkehittämis- ohjelma ja auditointi	24	10	13	9	3	0	0	36	11
ITE-menetelmä työyksikön itsearviointiin ja laadunhallintaan	24	55	35	47	46	27	0	29	41
PIENET-laaturjärjestelmän malli	18	17	4	14	24	13	40	21	16
Laboratorion akkreditointi	12	0	4	2	0	0	0	21	4
Patologian laatuvarustus	0	0	0	0	0	0	0	7	0
Joku muu	59	24	4	30	24	40	40	21	28

### Laadunhallinnan kehittämisaalueet vuonna 2000

Organisaatioiden tavallisimpia kehittämisaalueita vuonna 2000 olivat menettely- ja toimintaohjeiden kehittäminen, sisäiset arvioinnit, mielipidekartoitukset ja mittariston tai mittausjärjestelmän kehittäminen. Useimmin nämä olivat painopistealueina kuntoutuslaitoksissa ja vammaisten palveluissa. Sosiaalitoimistoissa ja kehitysvammaisten palveluissa yleisin painopistealue oli prosessien hallinnan kehittäminen ja joka toisessa sosiaalitoimistossa myös laadunhallintakoulutus. A-klinikoilla painotettiin useimmin alueellista yhteistyötä ja päihdehuollon laitoskuntoutuksessa mielipidekartoituksia. (liitetaulukko 25).

### Laadunhallintasuositukset

Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa -suosituksen vuodelta 1995 tunti yli puolet organisaatioista ja sitä oli hyödyntänyt joka viides organisaatio. Sosiaalitoimistoista sitä oli hyödyntänyt noin puolet ja kehitysvammaisten ja vammaisten palveluista joka kolmas. Muilla hyödyntäminen oli vähäisempää. Seuraavaksi tunnetuin oli *Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle*, joka ilmestyi huhtikuussa 1999. Sitä oli toistaiseksi ehditty hyödyntää kaikissa organisaatioissa suhteellisen vähän. *Julkisten palvelujen laatu-strategian* ja *Laadunhallinta kuntien hankkimissa ja ylläpitämissä terveyspalveluissa* -suosituksen tunti joka neljäs organisaatio. Viimemainittua oli sosiaalihuollossa hyödynnetty melko vähän. Kuntoutuslaitoksissa - jotka nousivat keskimääräistä korkeammalle useilla laadunhallinnan arviointialueilla - laadunhallintasuositukset tunnettiin melko yleisesti, mutta niitä oli hyödynnetty erittäin vähän. (taulukko 25)

Taulukko 25. Laadunhallintasuositusten tunnettuus ja hyödyntäminen (T = tuntee, H = hyödyntänyt)

Laadunhallintasuositus	KEH %		VAM %		KUN %		JVA %		YVA %		KL %		PÄI %		SOS %		Yht. %		N
	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H			
Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa <sup>9</sup>	54	31	58	33	70	26	51	15	60	20	56	9	54	15	48	48	54	20	471
Julkisten palvelujen laatu-strategia <sup>10</sup>	56	12	41	18	47	-	23	7	28	9	7	4	18	-	55	27	28	9	409
Laadunhallinta kuntien hankkimissa ja ylläpitämissä terveyspalveluissa <sup>11</sup>	36	-	18	9	40	-	23	4	16	13	14	3	18	-	50	17	24	6	394
Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle <sup>12</sup>	54	13	38	21	55	-	42	9	44	15	38	6	33	8	65	30	44	11	447

<sup>9</sup> Stakes 1995

<sup>10</sup> Valtiovarainministeriö ja Suomen Kuntaliitto 1998

<sup>11</sup> Suomen Kuntaliitto 1998

<sup>12</sup> STM, Stakes ja Suomen Kuntaliitto 1999



**4.1 Miksi ja miten alueellinen vertailu tehtiin?**

Kehittykö laadunhallinta tasaisesti eri puolilla Suomea vai löytyykö maantieteellisiä alueita, jotka ovat edelläkävijöitä? Aikaisemmissa selvityksissä on tehty alueellista vertailua Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 2000-hankkeessa pohjoisien sairaanhoitopiirien välillä (Hanni ja muut 2000). Siinä näytti vaihtelua olevan nimenomaan jonkin tietyn alueen kuntien välillä, ei niinkään alueiden välillä. Suomi-Hollanti -vertailussa (luku 5; jossa oli mukana vain osa sektoreista) alueellista vaihtelua oli Suomessa varsin vähän.

Tämän aineiston maantieteellisen tarkastelun teki mahdolliseksi se, että vastaajia oli pyydetty kirjaamaan tieto siitä, minkä sairaanhoitopiirin alueella organisaatio sijaitsee. Sairaanhoitopiirin käyttäminen aluejakona antaa monipuolisemman kuvan erilaisuudesta kuin läänijako, koska nykyiset viisi läänin alueita ovat niin laajoja. Tärkeää on huomata, että sairaanhoitopiiri on tässä vain maantieteellinen alue, joten tuloksia ei pidä lukea sairaanhoitopiirin (erikoissairaanhoidon) laatutyön arviointina.

Tässä kuvatussa vertailussa käytetty aineisto sisältää kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon eri sektoreilla mukana olevat organisaatiot. Jokaiselta maantieteelliseltä alueelta on mukana vähintään 15 organisaatiota. Ahvenanmaa jätettiin tarkastelun ulkopuolelle pienen vastaajamäärän takia. Kyselyn aikana oli voimassa vielä vanha sairaanhoitopiirijako, jossa omina piireinä olivat HYKS, Helsinki ja Uusimaa. Ne on tässä tarkastelussa yhdistetty yhdeksi alueeksi (Uusimaa).

Tarkastelun pohjaksi valittiin kyselylomakkeen kaikilta aihealueilta (lukuun ottamatta organisaatiokulttuuria käsittelevää aluetta) 2-6 osakysymystä (yhteensä 43). Valinnassa kiinnitettiin huomio siihen, että kysymykset olisivat mahdollisimman yksiselitteisiä sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Eri aihealueilta mukaan otetut kysymykset on merkitty liitteenä 2 olevaan kyselylomakkeeseen tähdellä.

Jokaisessa osakysymyksessä saatiin kuusi parhaiten menestynyttä maantieteellistä aluetta siten, että tarkastelua varten rakennettuun matriisiin merkittiin piste niille maantieteellisille alueille, jotka sijoituivat osakysymyksessä 6 parhaan joukkoon. Tämän jälkeen pisteet laskettiin yhteen sekä aihealueittain että kokonaispisteinä. Vertailussa käytettiin sekä aihealuekohtaisia että kokonaispistemääriä. Tuloksia tarkastellaan tässä lähinnä kokonaispisteistyksen pohjalta.

**4.2 Mitä alueellinen vertailu kertoi?**

Kyselylomakkeen eri aihealueilta kertyneitä pisteitä tarkasteltaessa näkyi melko suurta pistemäärien vaihtelua. Kaksi parasta maantieteellistä aluetta olivat kautta linjan hyvin tasaisia sijoittuen kärkitiloille. Seuraaville sijoille sijoittujat sen sijaan vaihtelivat ja mukana on myös sellaisia maantieteellisiä alueita, jotka sijoittuvat kärkeen vain kerran tai kaksi.

Kokonaispisteistyksessä eri alueiden väliset erot olivat tällä tarkastelutavalla olivat aika suuret. Joukosta erottui kaksi selvästi muita enemmän sijoja kerännyttä aluetta, Itä-Savo ja Helsinki-Uusimaa. Seuraavan, varsin ison keskiryhmän muodosti 11 aluetta ja 'hännänhuipun' 6 aluetta. Kärkialueet ja niiden keräämien yhteispisteiden määrä:

Itä-Savo	31
Helsinki-Uusimaa	30
Kanta-Häme	22
Etelä-Karjala	19
Kainuu	17
Kymenlaakso	16
Varsinais-Suomi	16

Erittäin lähelle tätä seitsemän kärkeä sijoittuivat Etelä-Pohjanmaa (15 pistettä) sekä Pohjois-Karjala ja Satakunta (molemmat 14 pistettä). Kokonaispisteissä kärkeen sijoittuneet alueet sijaitsevat pääosin eteläisessä ja keskisessä Suomessa, pohjoisista alueista vain Kainuu sijoittui kärkijoukkoon.

Kaksi eniten pisteitä saanutta aluetta ovat keskenään hyvin erilaisia. Uudenmaan tulosta saattaa selittää se, että alueella paljon (isoja) sairaaloita, jotka muutenkin sektorivertailussa olivat vahvoja (ks. 3.1). Myös yksityisiä palveluntuottajia on paljon. Ne joutuvat kilpailemaan keskenään ja niitä on myös esimerkiksi vanhustenhuollon alueella kilpailutettu keskenään lisääntyvässä määrin.

Tuloksia tällä tavalla tarkasteltaessa on otettava huomioon, että eri maantieteellisillä alueilla oli isoja eroja sektorikohtaisissa vastausprosentteissa. Luvussa 3 tehdyssä sektorivertailussahan löytyi toisaalta selviä edelläkävijäsektoreita. Toisaalta joillakin alueilla - esimerkiksi pohjoisessa - saattaa olla yliedustettuna terveyskeskukset ja vanhustenhuollon laitokset, jotka eivät keskimäärin ole yltäneet laadunhallinnassa yhtä pitkälle. Myös laatukäsitteiden käytön ongelmallisuuden takia (ks. luku 2) tämän vertailun tuloksiin pitää suhtautua melko varauksellisesti.

Sellainen johtopäätös voitaneen tehdä, että 'pienempikin' alue voi olla laadunhallinnassa hyvin menestyvä. Alueella kenties tehdään monipuolisesti erilaisia asioita. Merkitystä voi olla sairaanhoitopiirin antamalla esimerkillä tai lääninhallituksen järjestämällä koulutuksella, mutta myös vertaiseseimerkeillä.

## 5.1 Vertailun taustat: laadunhallinta Suomessa ja Hollannissa

Hollannin terveystieteiden ministeriö on 90-luvulla tilannut useita selvityksiä terveydenhuollon tutkimuslaitokselta Niveliltä (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) siitä, miten laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa kehittyy (selvityksistä Sluijs ja muut 1995 on suomennettu). Näiden selvitysten tarkoituksena on ollut saada kuva hollantilaisen laatulainsäädännön ja asiakas/potilaslainsäädännön vaikutuksista. Tuloksia on hyödynnetty kansallisissa, vuonna 1990 laadittua laatustrategiaa arvioivissa kokouksissa, viimeksi toukokuussa 2000. Tässä esiteltävä vertailu perustuu edellä mainittua arviointikokousta varten tilattuun selvitykseen. Se toteutettiin syksyllä 1999, jolloin tehtiin vastaava selvitys myös Suomessa.

Motiivi vertailuille heräsi selvityksen tekijöiden aikaisemmista yhteyksistä. Molemmat osapuolet pitivät toisiaan maina, joissa laadunhallinnassa oltiin edetty pitkälle. Molempia kiinnosti myös erilaisen laadunhallinnan ohjausjärjestelmän vaikutukset: saadaanko lainsäädännöllä enemmän aikaa kuin suosituksilla vai onko tilanne päinvastainen? Taustalla oli myös halu kokeilla Hollannissa kehitettyä arviointimenetelmää (kyselylomaketta) maidenväliseen vertailuun. Jos työkalu osoittautuisi käyttökelpoiseksi, vertailu voitaisiin tulevaisuudessa laajentaa useamman maan väliseksi.

Kansainvälisiä vertailuja tehtäessä on arvioitava vertailtavien maiden olosuhteiden yhtäläisyyksiä ja eroja. Suomi ja Hollanti voidaan molemmat lukea hyvinvointivaltioiksi, joissa on varsin kattava ja kehittynyt sosiaaliturvajärjestelmä. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon osuus bruttokansantuotteesta, odotettavissa oleva elinikä ja palvelujen saavutettavuus ovat samalla tasolla. Palvelujärjestelmät ovat monilta osiltaan järjestetty samalla tavalla. Suurin ero on perusterveydenhuollossa - suomalaista terveyskeskusjärjestelmää ei Hollannissa ole. Eroa on myös ohjausmekanismeissa. Meillä sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen järjestämistä vastuu on kunnilla, Hollannissa keskushallinto-ohjattua. Parhaillaan siellä käydään vilkasta keskustelua alueellistamisesta.

Sama keskushallintopainotteisuus näkyy laadunhallinnassa (Quality of Care 2000). Suomessa luotetaan tiedolla ohjaamiseen, Hollannissa on päädytty lainsäädäntöohjaukseen. Hollannissa päätettiin konsensuskokouksessa vuonna 1990 laadunhallinnan linjoista ja sovittiin useista eri 'laatulaeista'. Laki organisaatioiden laadunhallinnasta tuli voimaan 1996 ja ammatinharjoittamista koskeva lainsäädäntö harmonisoitiin sen kanssa vuonna 1993 (siirtymäaika vuoteen 1998). Asiakkaiden ja potilaiden asemaa koskevia lakeja on laadittu potilaan asemasta ja oikeuksista (sisältö vastaa suomalaista lakia; 1995), osallistumisoikeudesta (asukas-/potilasneuvostojen perustaminen; vuonna 1996) ja valituksenteko-oikeudesta (määrämuotoinen valitusten käsittelymenettely palveluja tuottavissa organisaatioissa; vuonna 1995). Lainsäädäntöpohjaisuudesta johtuen ministeriö tukee laadunhallinnan ja asiakkaiden/potilaiden osallistumismahdollisuuksien kehittämishankkeita vuosittain kymmenillä miljoonilla markoilla.

Vertailun tekemiseen osallistuivat Suomesta Maarit Outinen Stakesista ja Matti Liukko Suomen Kuntaliitosta. Nivelistä olivat mukana tutkijat Emmy Sluijs ja Cordula Wagner, jotka ovat tehneet myös kaikki aikaisemmat hollantilaiset laadunhallintakyselyt. Yhteistyöhön saatiin tukea Suomen Akatemialta ja hollantilaiselta Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek NWO:lta.

## 5.2 Vertailussa käytetty aineisto

Alunperin tavoitteena oli vertailla molempien maiden koko aineistoja keskenään. Tarkemmassa analyysissä keväällä 2000 osoittautui kuitenkin, että jotkin sektorit (esimerkiksi perusterveydenhuolto) poikkeavat järjestämistavaltaan Hollannissa ja Suomessa niin paljon, että ne jätettiin pois vertailusta. Lopulta vertailuun otettiin mukaan sekä yksityiset että julkiset sairaalat, vammais- ja kehitysvammahuollon organisaatiot, kuntoutuslaitokset sekä vanhainkodit ja palvelukeskukset. Tällä tavalla myös maakohtaiset aineistot ovat melko samankokoisia. Mukana aineistossa on yhteensä 1 172 organisaatiota (taulukko 26). Vastausprosentti on 64 %.

Taulukko 26. Vertailuaineiston koko ja vastausprosentit (suluissa)

	<i>Suomi</i>	<i>Hollanti</i>	<i>Yhteensä</i>
Sairaalat	59 (71)	101 (68)	160 (69)
Vammais- ja kehitysvammahuolto, kuntoutus	358 (56)	182 (69)	746 (62)
Vanhustenhuolto	358 (56)	671 (68)	746 (62)
Yhteensä	501 (59)	671 (68)	1172 (64)

### 5.3 Vertailun hypoteesit

Vertailun oletuksiksi valittiin

- laadunhallinnassa ollaan pitemmällä Hollannissa, jossa lainsäädäntö velvoittaa verrattuna Suomen tiedolla ohjaamislinjaan perustuviin suosituksiin
- asiakkaat ja heidän järjestönsä osallistuvat Hollannissa aktiivisemmin laadunhallintaan, koska velvoittavaa lainsäädäntöä on enemmän kuin Suomessa
- alueellisia eroja laadunhallinnan edistymisessä on enemmän Suomessa johtuen kuntiin delegoidusta päätöksenteosta verrattuna Hollannin tiukkaan keskushallinto-ohjaukseen.

Näitä hypoteesejä koskevien analyysien aikana tehdyt mielenkiintoiset havainnot johtivat jatkoanalyysiin siitä, mitkä laadunhallinnan käytännöt organisaatioiden johtajien mielestä vaikuttavat eniten laadunhallinnan koettuihin vaikutuksiin.

Vertailussa käytettiin kyselylomakkeen niitä arviointialueita, jotka liittyvät laadunhallinnan menettelyihin (ks. erittely edempänä), asiakkaan osallistumiseen, koettuihin myönteisiin ja kielteisiin vaikutuksiin ja organisaatioiden tunnuspiirteisiin. Osakysymyksiksi otettiin vain samanlaisina molemmissa maissa lomakkeella olleet osakysymykset.

Laadunhallinnan menettelyihin sisältyvät (sulkeissa oleva kysymyksen numero viittaa kyselylomakkeessa käytettyyn numerointiin):

- laatupolitiikka ja -strategia (asiakirjat) (kysymys B1, 6 osakysymystä)
- henkilöstö (johtaminen ja -politiikka) (kysymys M1, 11 osakysymystä)
- menettely- ja toimintaohjeet (kysymys P1, 7 osakysymystä)
- laadunhallinnan menetelmät ja työkalut (kysymys D1, 14 osakysymystä, vastausvaihtoehto 'käytetään järjestelmällisesti') (yhteensä 38)

Asiakkaiden tai heidän järjestönsä osallistumista vertailtiin kysymyksen C1 kaikkien viiden osakysymyksen avulla. Myönteisiä vaikutuksia vertailtiin kysymyksen E1 12 osakysymyksen avulla käyttäen vaihtoehtoa 'saatu' ja kielteisiä vaikutuksia kysymyksen E3 viiden osakysymyksen avulla.

Organisaatioiden tunnuspiirteistä valittiin laadunhallinnan vaikutuksia selittäviksi muuttujiksi kysymyksestä U1 vaihtoehdot 'hajautettu päätöksenteko', 'henkilöstön joustava suhtautuminen uudistuksiin' ja kysymyksestä U2 väittämät 'meillä on liian paljon poissaoloja' ja 'meillä on liian paljon töitä'. Lisäksi käytettiin organisaation työntekijämääriä (kysymys T7).

Alueellisen vaihtelun vertailemiseksi käytettiin Suomessa sairaanhoitopiirijakoa ja Hollannissa postikoodia. Kun mukaan otettiin alueet, joilta oli mukana yli 15 organisaatiota, vertailuun tuli mukaan Suomesta 16 ja Hollannista 19 aluetta.

### 5.4 Vertailun tulokset

Keskimäärin hollantilaisessa organisaatiossa on käytössä vertailussa käytetyistä laadunhallinnan menettelyistä (yhteensä 38) 15.8 ja suomalaisissa 13.3. Ero ei ollut kovin suuri, mutta tulosten perusteella oletusta lainsäädännön stimuloivasta vaikutuksesta ei silti voida hylätä. Mielenkiintoista kuitenkin on se, mitkä asiat painottuvat. Hollannissa paino on laatupolitiikkaa ja -strategiaa koskevien asiakirjojen sekä menettely- ja toimintaohjeiden laadinnassa, Suomessa taas korostuu enemmän henkilöstöhallinto ja -johtaminen.

*Laatupolitiikkaa ja -strategiaa koskevat asiakirjat* on laadittu merkittävästi useammin Hollannissa kuin Suomessa. Lakisääteisyydellä (pakollisuudella) selittyy esimerkiksi se, että toimintakertomuksen laatuosuuden tekee hollantilaisista organisaatioista suurin osa (83 %), mutta Suomessa vain 24 %.

*Henkilöstöhallinnossa ja -johtamisessa* on pieniä eroja maiden välillä. Seitsemästä tilastollisesti merkittävästä erosta 3 on Hollannin hyväksi, 4 meidän. Suomessa erityisesti kannustetaan henkilökuntaa ammattitaidon lisäämiseen, valitaan uudet työntekijät positiivisen laadunhallinta-asenteen perusteella ja sekä uusi että vanha henkilökunta saa koulutusta laadunhallintaan.

*Menettely- ja toimintaohjeita* on Hollannissa tehty merkittävästi enemmän. Vain ohjeita asiakkaan/potilaan ohjausta ja neuvontaa varten on meillä enemmän.

*Laadunhallinnan menetelmien ja työkalujen käyttöä* koskevat tulokset perustuvat järjestelmällisyyttä kuvaaviin osuuksiin. Yleisesti ottaen molemmissa maissa ollaan vielä järjestelmällisyydessä 'lapsenkengissä' eikä maiden

välillä eroa ole paljonkaan. Meillä käytetään enemmän henkilökunnan tyytyväisyystutkimuksia, Hollannissa taas valitusten käsittelymenettelyä (lainsäädäntö).

*Asiakkaiden/potilaiden osallistumisessa* laadunhallintaan on maiden välillä huomattava ero. Hollannissa esimerkiksi joka toisessa organisaatioissa asiakkaat tai heidän järjestönsä osallistuvat laadukriteerien laadintaan ja lähes yhtä usein (44 %) laadunhallintatavoitteiden saavuttamisen arviointiin. Nämä luvut ymmärtää paremmin, kun tietää osallistujan olevan useimmin asiakas/potilasneuvosto. Ne ovat lakisääteisiä ja sellaisen oli tutkimusajankohtana perustanut 77 % organisaatioista.

*Alueellista vaihtelua* laadunhallinnassa ei ollut oletuksen mukaisesti Suomessa juurikaan sen enempää. Suomessa alueellinen sijainti selitti noin 5 % vaihtelusta. Kun testauksessa poistettiin maiden väliset ominaispiirteet, ei tilastollisesti merkittävää vaihtelua ollut enää ollenkaan.

*Myönteisiä vaikutuksia* laadunhallinnasta suomalaisten organisaatioiden johtajat raportoivat merkittävästi enemmän kuin hollantilaiset kollegansa. Ainoa poikkeus oli hoito- ja palveluprosessien paranemisessa, jota molemmissa maissa raportoitiin yhtä paljon (26 % hollantilaisista, 29 % suomalaisista vastaajista). Eniten olivat lisääntyneet asiakaskeisyys (Suomessa 38 %, Hollannissa 25 %) ja asiakkaiden tyytyväisyys (vastaavasti 38 % ja 18 %). Kustannusten vähenemistä raportoitiin vähiten molemmissa maissa, mutta kuitenkin enemmän meillä (omassa organisaatiossa 14 % ja 6 %, muualla 13 % ja 3 %).

*Kielteisiä vaikutuksia* laadunhallinnasta raportoitiin merkittävästi harvempi organisaatio Suomessa kuin Hollannissa. Työmäärä on laadunhallinnan seurauksena lisääntynyt 43 %:ssa hollantilaisista organisaatioista ja vain neljäsosassa suomalaisista. Tähän saattaa vaikuttaa menettely- ja toimintaohjeiden lisääntyminen hollantilaisissa organisaatioissa (74 %:ssa verrattuna meidän 37 %:iin). Laadunhallinta oli lisännyt kustannuksia 28 %:ssa hollantilaisista organisaatioista, meillä vain 5 prosentissa.

## 5.5 Mikä vaikuttaa laadunhallinnasta saatuihin myönteisiin vaikutuksiin?

Hollannille on siis tyypillistä lainsäädäntöön pohjautuva dokumentoinnin (laatuasiakirjojen, menettely- ja toimintaohjeiden) painottaminen, asiakkaiden runsaampi osallistuminen sekä vähemmät myönteiset vaikutukset Suomeen verrattuna. Suomessa on ominaista jonkin verran pienempi aktiivisuus mitattuna käytössä olevien menettelyjen lukumääränä ja henkilöstöhallinnon ja -johtamisen painottaminen sekä se, että myönteisiä vaikutuksia raportoidaan merkittävästi enemmän ja kielteisiä vähemmän kuin Hollannissa.

Tämän takia vertailussa haluttiin tarkastella, mitkä tekijät ovat voimakkaimmin yhteydessä laadunhallinnan koettuihin vaikutuksiin. Analyysissä käytettiin monimuuttujamenetelmiä, joita ei tässä kuvata tarkemmin. Tarkempi kuvaus löytyy vertailua koskevasta tieteellisestä artikkelista (Sluijs ja muut 2000). Muodostetut summamuuttujat olivat laadunhallintaa ohjaavat asiakirjat, henkilöstöhallinto ja -johtaminen, menettely- ja toimintaohjeet, järjestelmällisesti käytetyt laadunhallinnan menetelmät ja työkalut, asiakkaiden osallistuminen ja myönteiset vaikutukset. Kaikki analyysin tuloksena olevat korrelaatiot ovat merkittäviä tasolla  $p < .01$

Suomessa riippuvuus on voimakkaampaa kuin Hollannissa. Tästä voidaan päätellä, että suomalaisissa organisaatioissa laadunhallintamenettelyjen välillä on enemmän koherenssia eli esimerkiksi laatupolitiikka- ja strategia-asiakirjoihin panostaminen merkitsee myös panostamista kolmeen muuhun alueeseen. Laadunhallinnan menetelmien ja työkalujen järjestelmällisellä käytöllä on molemmissa maissa voimakkain vaikutus myönteisiin tuloksiin.

Jatkoanalyysien perusteella pyrittiin selvittämään, mitä em. summamuuttujat vaikuttavat myönteisiin tuloksiin. Riippuvana muuttujana analyysissä oli myönteisten vaikutusten summa. Riippumattomista muuttujista tärkeimmät olivat edellä mainitut summamuuttujat. Lisäksi analyysiin lisättiin seuraavat tekijät, joilla saattaa olla myönteistä tai kielteistä vaikutusta asiaan:

- organisaation ominaispiirteistä: organisaation koko ja koettu edelläkäviisyys - perässähiittäjyys
- organisaation kulttuurin piirteistä: työntekijöiden joustava tai joustamaton suhtautuminen uudistuksiin, keskitetty - hajautettu päätöksenteko
- tilannetekijät: liian paljon töitä, liian pitkät jonot ja liian paljon täyttämättömiä vakansseja, korkea poissaolomäärä, organisaatiomuutoksen jalkitilan aiheuttama kuormitus.

Analyysin tulokset osoittavat, että Hollannissa 28 % vaihtelusta selittyy 6 tekijästä: laadunhallinnan menetelmien ja työkalujen järjestelmällinen käyttö, henkilöstöhallinto ja -johtaminen, liian suuri työmäärä, hajautettu päätöksenteko, henkilökunnan joustava suhtautuminen uudistuksiin ja liian suuret poissaolomäärät. Suomessa liian suurella työmäärällä tai liian suurilla poissaolomäärillä ei ole vaikutusta laadunhallinnan tuloksellisuuteen. Meillä 39 % vaihtelusta selittyi viidestä tekijästä: laadunhallinnan menetelmien ja työkalujen järjestelmällinen käyttö, laatupolitiikka- ja -strategia-asiakirjat, henkilökunnan joustava suhtautuminen uudistuksiin,

henkilöstöhallinto ja -johtaminen sekä asiakkaiden osallistuminen. Viimeksi mainittu oli erityisen yllättävää, koska meillä asiakkaiden osallistuminen oli merkittävästi vähäisempää.

Yksittäisten laadunhallinnan menetelmien ja työkalujen (11 erilaista kysymyksestä D1) vaikutusta tuloksellisuuteen analysoitiin vielä erikseen. Tulokset osoittavat, että molemmissa maissa myönteisiin tuloksiin vaikuttivat eniten 1) palvelun käyttäjien tyytyväisyystutkimukset, 2) potentiaalisten asiakkaiden palvelutarveselvitykset ja 3) laatujärjestelmän sisäiset arvioinnit (auditoinnit). Ne selittävät 12 % vaikutuksista Hollannissa ja 21 % vaikutuksista Suomessa.

## 5.6 Vertailun pohdintaa

Vertailun tulokset vahvistivat oletuksen, että lainsäädännöllä saadaan aikaan enemmän aktiivisuutta. Maiden välinen ero ei kuitenkaan ole kovin suuri ja se vaihteli erilaisissa asioissa. Osa eroista saattaa selittyä laadunhallinnan kehittymiskaaren pituudella. Hollannissa koko maata koskevia laadunhallintalinjauksia on tehty yhdessä viranomaisten, palvelun tuottajien, hoitovakuutusyhtiöiden ja palveluja käyttävien asiakkaiden järjestöjen kanssa jo aivan 1990-luvun alustaa alkaen. Meillä yhteiset linjaukset ovat syntyneet vasta viitisen vuotta myöhemmin. Vertailu osoittaa, että oletettavasti 'suosituslinja' on tuottanut lähes saman tuloksen ja lisäksi mahdollistanut innovatiivisuuden: meillä käytetään sellaisia laadunhallinnan menettelyjä, jotka on koettu hyödyllisiksi.

Eniten vaikutusta myönteisiin tuloksiin oli molemmissa maissa laadunhallinnan menetelmien ja työkalujen järjestelmällisellä käytöllä. Tämä vastaa yleisiä laatuideoita. Tuloksia syntyy järjestelmällisellä ja jatkuvalla parantamisella, joka perustuu tosiasiatietoihin. Miksi Suomessa saatiin laadunhallinnalla merkittävästi enemmän myönteisiä vaikutuksia? Yksi selitys voi olla panostamisessa henkilöstöön ja se, ettei meillä henkilöstöpula ja siitä johtuvat pitkät jonot ja työmäärän lisääntyminen vielä vaikuta niin voimakkaasti kuin Hollannissa. Toinen myönteisempien vaikutusten aikaansaajana voi Suomessa olla laadunhallinnan eri osa-alueiden välinen koherenssi eli panostaminen tasapainoisesti laadunhallinnan kaikkiin tärkeisiin osa-alueisiin.

Kolmas selitys vaikutusten eroille on spekulatiivisempi. Hollannissa on viime vuosina panostettu huomattavasti laatupolitiikka- ja strategia-asiakirjojen sekä menettely- ja toimintaohjeiden laadintaan, mikä on saattanut lisätä byrokraattisuutta ja lisännyt työmäärää siellä. Saattaa olla, että tämä 'kirjaus- ja dokumentointivaihe' on yksi välttämättömistä vaiheista kohti järjestelmällistä ja kattavaa laadunhallintaa. Meillä ei ehkä ole vielä päästy siihen vaiheeseen. Suunta näyttää tosin olevan sama, sillä suomalaisten organisaatioiden vuoden 2000 painoalueita kysyttäessä useimmin mainittiin juuri menetelmä- ja toimintaohjeiden laadinta (64 % organisaatioista). Haittavaikutuksia voidaan ehkä välttää, kun ollaan siitä tietoisia. Varoituksen sana dokumentoinnin ja ohjeistuksen suhteen on siis paikallaan: ei pidä dokumentoida kuin tärkeät asiat!

Yllättävä havainto liittyy asiakkaan asemaa parantavan lainsäädännön kehittämisen ja laadunhallinnan myönteisten vaikutusten suhteeseen. Vaikka Hollannissa on panostettu asiakkaan aseman ja osallistumismahdollisuuksien vahvistamiseen monella tavalla, maiden välisessä vertailussa laadunhallinnan myönteinen vaikutus asiakaskeskeisyyteen ja asiakkaiden tyytyväisyyden lisääntymiseen oli Suomessa merkittävästi yleisempää. Jääkö lain vaikutus siihen, että menettelyt luodaan kun on pakko, mutta niiden tuottamia hyötyjä ei silti synny? Tulosten perusteella voidaan olettaa, että henkilöstöön panostaminen ja henkilöstön asenne vaikuttavat potilaan saaman hoidon laatuun, samoin kuin järjestelmällisesti käytetyt palvelujen käyttäjien tyytyväisyystutkimukset ja tarvekartoitukset.

Tehty vertailu osoitti myös sen, että laadunhallinnan tilannetta kahdessa maassa voidaan vertailla samalla mittarilla ja löytää yhtäläisyyksiä ja eroja. Tämä on kiinnostanut monia muita maita, jotka ovat suunnittelemassa omia tilannearvioitaan. EU-rahoitusta onkin haettu jatkoprojektille, jossa nyt käytettyä kyselylomaketta kehitettäisiin edelleen ja sillä verrattaisiin 10 eurooppalaista maata keskenään. Jatkoprojektin yhteydessä on tärkeää pohtia käsitteiden erilaisia tulkintoja eri maissa ja pyrkiä yhteisiin eurooppalaisiin käsitelmärittelyihin.

## 6 LAADUNHALLINNAN KYPSYYS SUOMALAISISSA TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOISSA

*Tiina Mäki*

### 6.1 Kypsyiden arviointimalli ja -mittari

Hollantilaisessa perusterveydenhuollon tutkimuslaitoksessa Nivelissä toteutettiin vuonna 1995 järjestyksessä toinen laaja laadunhallintakysely sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Kyselylomakkeen pohjalta Wagner (1999) kehitti väitöskirjassaan organisaatioiden laadunhallinnan kypsyyttä arvioivan mallin. Hänen tarkoituksenaan oli luoda sosiaali- ja terveydenhuoltoon soveltuva arviointiväline, jota voisi käyttää sekä organisaation itsearviointiin että kyselytutkimuksen aineiston analyysissä. Kypsyysmallia kehitettiin Hollannissa edelleen vuoden 1999 kyselyn tulosten analyysiin yhteydessä. Analysoin Suomen terveydenhuollon laadunhallintaa koskevassa tutkimuksessani suomalaista aineistoa kypsyysmittarilla, jonka olin kehittänyt Wagnerin ensimmäisen kypsyysmallin pohjalta. Kypsyysmallin kehittäminen on kuvattu tarkemmin lisensiaatintutkimuksessani (ks. Mäki 2000). Tutkimuksen aineisto oli saatu valtakunnallisesta laadunhallintaselvityksestä.

Hollantilaisen kypsyysmittarin pohjana on Euroopan laatupalkintomalli, josta on edelleen kehitetty mallin arviointialueet laadunhallinta-asiakirjat, henkilöstöjohtaminen, prosessien ohjaus toiminta- ja menettelyohjein sekä prosessien parantaminen. Näiden lisäksi mukana on sosiaali- ja terveydenhuollossa tärkeä arviointialue asiakkaan/potilaan osallistuminen.

Taulukossa 27 esitetään kehittämäni kypsyysmallin arviointialueet ja eri kypsyystasojen kriteerit. Siirryttäessä kypsyystasolta toiselle organisaation ei tarvitse olla täyttänyt kaikkia aikaisempien tasojen kriteereitä (ks. tarkemmin Mäki 2000). Kypsyysmittarissa on 5 kypsyystasoa: kehittämätön (0-taso), laatuun suuntautuminen (1-taso), laadunhallinnan (järjestelmän)<sup>13</sup> edellytysten luonti (2-taso), laadunhallinnan (järjestelmän) implementointi (3-taso) ja laadunhallinnan (järjestelmä) ankkuroitu toimintaan (4-taso). Alkuperäisessä hollantilaisessa mallissa oli 4 tasoa. Lisäsin malliin 0-tason, koska suomalaisessa aineistossa oli paljon kehittämättömiä organisaatioita. Muokkasin myös tasoilta toiselle siirtymisen kriteereitä. Kypsyystasot kuvaavat myös laadunhallinnan kehittymisen vaiheita. Laadunhallinnan (järjestelmän) kypsyyttä voidaan mittarin avulla tarkastella kahdella tavalla:

- missä kypsyysvaiheessa organisaatio on eri arviointialueilla?
- missä kypsyysvaiheessa organisaatio kokonaisuutena on (kokonaiskypsyys)

Minkälaiset organisaatiot sijoittuvat eri tasoille? Seuraavassa lyhyt kuvaus.

- Kokonaiskypsyydeltään kehittämätön organisaatio sijoittuu 0-tasolle. Tällöin organisaatio ei ole saavuttanut 1-tason kriteereitä riittävän monella arviointialueella saadakseen arviointialueiden keskiarvoksi vähintään 0,5 (ks. Mäki 2000)
- Laatuun suuntautumisvaiheessa (1-taso) organisaatiossa ei ole järjestelmällistä laadunhallintaa eikä laadun parantamista. Jotkut ammattiryhmät saattavat arvioida toimintaansa oman ammattiryhmän sisällä ja valvoa tiettyjen toiminta- tai menettelyohjeiden noudattamista. Tässä vaiheessa pääasiassa eri ammattiryhmät vastaavat laadunhallinnasta.
- Valmistautumis- eli järjestelmällisen laadunhallinnan edellytysten luontivaiheessa (2-taso) organisaatiot luovat järjestelmälliselle laadunhallinnalle ja parantamistoiminnalle välttämättömät olosuhteet. Tämä tapahtuu esimerkiksi kehittämällä koulutusta, asettamalla laatuvaatimuksia, luomalla laatu politiikka ja selvittämällä laadunhallinnan soveltuvuutta organisaatioon.
- Laadunhallinnan implementaatiovaiheessa (3-taso) organisaatiot käynnistävät erilaisia laatu projekteja ja kokeiluja etsiessään itselleen sopivia laadunhallinnan käytäntöjä.
- Järjestelmällisen laadunhallinnan ankkurointivaiheessa (4-taso) laadun parantaminen ei ole enää kokeellista toimintaa, vaan se on liitetty osaksi päivittäistä työtä.

Kokonaiskypsyys saadaan arvioitua laskemalla eri arviointialueiden keskiarvo. Se kuitenkin 'peittää' kypsyiden vaihtelut eri arviointialueiden välillä. Laadunhallinnan eri arviointialueilla kypsyminen tapahtuu kuitenkin eri nopeudella. Organisaatio voi olla jollakin arviointialueella pitkällekin kehittynyt, mutta jollakin toisella arviointialueella vasta alkuvaiheessa. Siksi on tärkeää tarkastella kokonaiskypsyiden lisäksi myös laadunhallinnan eri arviointialueiden kypsyyttä.

---

<sup>13</sup> Ilmausta 'laadunhallinnan (järjestelmä)' käytetään tässä tekstissä, koska Hollannissa on vakiintunut käsitteen 'laatu järjestelmä' käyttö samassa merkityksessä kuin meillä laadunhallinta

Taulukko 27. Laadunhallinnan (järjestelmän) kehitysvaiheet arviointialueen ja arviointialueen kypsyyden indikaattorit tässä tutkimuksessa (Mäki 2000)

Kypsyys/Kehitysvaihe		Toiminnan arviointialueet ja niiden kypsyyttä kuvaavat indikaattorit			
	Laadunhallinta-asiakirjat	Henkilöstöjohtaminen	Standardit ja toimintaohjeisiin perustuva prosessin ohjaus	Prosessien parantaminen	Asiakkaiden osallistuminen
0: Kehitysvaihe	-	-	-	-	-
<b>1: Laadun suunnattuminen</b>	Kirjallinen visio Tuote-/palvelukuvaukset Tuoteistaminen	Ammatilliseen kehittämiseen kannustaminen	Kirjallisia menettely-, toiminta- tai työohjeita -joitakin tiettyä ammatillisia työtehtäviä tai toimenpiteitä varten	Oman työn arviointi ammatiryhmien sisällä Hoitosuunnitelmat	Asiakas ja/tai järjestö osallistuvat laadunhallinnan saavuttamisen arviointiin
<b>2: Laadunhallintaan valmistautuminen/edellytysten luominen laadunhallinnalle</b>	Kirjallinen laatujohtaminen Koko organisaation laadunhallintasuunnitelma	Esimiehiä/ohjajia koulutetaan ammatitaidon kehittämiseksi Henkilökuntaa koulutetaan ammatitaidon kehittämiseksi Henkilökunta voi osallistua laatuprojekteihin työaikana Johto kertoo henkilökunnalle, mitä heiltä odotetaan organisaation laatujohtamisen perusteella	-asiakkaan neuvontaa ja ohjausta varten -tiettyä asiakasryhmiä (tai diagnoosijaa) varten -hoito- ja tutkimuslaitteiden ja välineiden käyttöä varten	Valtusten käsittelymenettely Kehityskeskustelut	Asiakas ja/tai järjestö osallistuvat menettely- ja toimintaohjeiden laadintaan
<b>3: Laadunhallinnan implementointi</b>	Jollakin osastoilla/tulosyksiköillä/ klinikoilla laadunhallintasuunnitelmat Kaikilla osastoilla/tulosyksiköillä/ klinikoilla laadunhallintasuunnitelmat	Johto arvioi, toimiko henkilökunta organisaation laatujohtamisen mukaisesti Johto valvoo järjestelmällisesti osastojen/työyksiköiden laadunhallintasuunnitelmien toteutumista Positiivinen asenne laadunhallintaan on tärkeä uuden henkilökunnan valintaperuste	-hoito- /palveluprosessin laadun kannalta tärkeitä kohtia varten -yhenteisesti muiden palvelujen tuottajien kanssa esimerkiksi hoito- vastuun siirtyessä	Työtyytyväisyystutkimukset: Palvelun käyttäjien työtyytyväisyystutkimukset Hoitoon lähettäjien tai muiden hoito- ja palvelukeijussa toimivien työntekijöiden työtyytyväisyystutkimukset Henkilökunnan työtyytyväisyystutkimukset Selvitykset: Potentiaalisten käyttäjien palveluntarveselvitykset Hoitoon lähettäjien tai muiden palvelukeijussa toimivien odotuksia koskevat selvitykset	Asiakas ja/tai järjestö osallistuvat laatujohtamiseen
<b>4: Laadunhallinta onkkuroitu toimintaan</b>	Toiminta- tai vuosikertomukseen sisältyvä laatuosuus Laatuasiantuntija	Henkilökunta saa järjestelmällisesti palautetta laadunhallinnan tuloksista Ammattitaidon kehittäminen perustuu laatujohtamiseen Uusi henkilökunta saa koulutusta laadunhallintaan	-asiakkaan/potilaan hoito- tai palveluprosessille hoitoon ottamisesta hoidon päättämiseen	Johdon tietojärjestelmät Sisäinen auditointi Laitosten välinen arviointi / vierailukäynnit	Asiakas ja/tai järjestö osallistuvat laatujohtamiseen - laatujohtamisen työskentelyyn - laatujohtamiseen



## 6.2 Tulokset

Kypsyysmallitarkastelun aineistona olivat ne 257 terveydenhuollon organisaatiota, jotka täyttivät mallin ehdot eli olivat vastanneet jokaiseen kypsyysmalliin kuuluneeseen kysymykseen. Sosiaalihuollon organisaatioista ei vastaavaa analyysiä tehty.

Suurin osa organisaatioista oli kypsyysmittarilla arvioiden laadunhallinnassaan laatuun suuntautumisvaiheessa (1-taso). Joka neljäs organisaatio oli edennyt järjestelmällisen laadunhallinnan edellytysten luontivaiheeseen (2-taso). Alle kymmenen prosenttia organisaatioista oli järjestelmällisen laadunhallinnan implementointivaiheessa ja kaksi prosenttia oli ankkuroitunut laadunhallinnan muuhun organisaation toimintaan (taulukko 28).

Taulukko 28. Laadunhallinnan (järjestelmän) kokonaiskypsyys (Mäki 2000)

Laadunhallinnan kokonaiskypsyys	TK		LÄÄ		TTH		YO		KS		AS		ELS		YKS		Koko terveydenhuolto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kehittymätön	10	7	4	8	-	-	-	-	1	8	2	14	-	-	-	-	17	7
Laatuun suuntautuminen	94	65	34	65	10	71	-	-	6	50	4	29	6	67	2	20	156	61
Laadunhallinnan edellytysten luominen	29	20	11	21	3	21	2	100	4	33	5	36	3	33	6	60	63	25
Laadunhallinnan implementointi	11	8	2	4	1	7	-	-	1	8	2	14	-	-	2	20	19	7
Laadunhallinta ankkuroitu toimintaan	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	1	7	-	-	-	-	2	1
Yhteensä	144	100	52	100	14	100	2	100	12	100	14	100	9	100	10	100	257	100

Hollannissa tehtyjen terveydenhuollon laadunhallintatutkimusten perusteella oli oletettavaa, että laadunhallinnan kypsyminen etenee eri arviointialueilla eri tavoin. Samansuuntaisia tuloksia saatiin myös tässä tutkimuksessa. Organisaatioiden laadunhallinta oli kehittynyt pisimmälle henkilöstöjohtamisessa, jossa yli puolet organisaatioista oli vähintään implementointivaiheessa (3-taso; taulukko 29). Tällä arviointialueella vahvimaksi osoittautui henkilöstön kouluttaminen. Laatupolitiikan ja henkilöstöjohtamisen yhteydet eivät olleet vielä kovin kehittyneitä.

Taulukko 29. Laadunhallinnan (järjestelmän) kypsyystasot eri arviointialueilla (Mäki 2000)

Arviointialueen kypsyystaso	Kypsyysmallin arviointialue				
	Laadunhallinta-asiakirjat	Henkilöstöjohtaminen	Prosessien ohjaus	Prosessien parantaminen	Asiakkaiden osallistuminen
Kehittymätön	47	9	19	69	82
Laatuun suuntautuminen	26	3	2	9	12
Laadunhallinnan edellytysten luominen	14	33	37	3	3
Laadunhallinnan implementointi	5	39	22	16	2
Laadunhallinta ankkuroitu toimintaan	8	16	19	2	1
Yhteensä %	100	100	100	100	100

Seuraavaksi kehittynein oli prosessin ohjauksen arviointialue, jossa melkein joka toinen organisaatio oli vähintään implementointivaiheessa. Prosessien ohjauksen alueella oli laadittu erityisesti organisaation sisäisiä menettely- ja toimintaohjeita. Palveluketjua koskevat ohjeet olivat vielä melko kehittymättömiä. Muilla arviointialueilla laadunhallinta oli huomattavasti vähemmän kehittyneitä. Kaikkein heikoin arviointialue oli asiakkaiden osallistuminen. Todelliset kehittämishaasteet näyttävät liittyvän toiminnan järjestelmälliseen arviointiin prosessien parantamisen arviointialueella sekä järjestöjen roolin hahmottamiseen asiakkaiden osallistumisen arviointialueella.

Laadunhallinnaltaan kypsät organisaatiot olivat kehittäneet laadunhallintaansa monipuolisesti ja ne olivat kaikilla arviointialueilla kehittyneempiä. Mitä kypsemmästä organisaatiosta on kyse, sitä useammin laadunhallintaan osallistuvat sekä johto että työntekijät. Organisaation rakenteella tai koolla ei näytä olevan selkeää yhteyttä. Koetulla kilpailulla ei näyttänyt olevan vaikutusta muuhun kuin järjestelmälliseen asiakasvalitusten hyödyntämiseen, jossa kehittyneemmät organisaatiot olivat pitemmällä.

Laadunhallinnan eri arviointialueiden kypsyyssaste vaihteli samansuuntaisesti kokonaiskypsyydeltään erilaisissa organisaatioissa. Tulosten perusteella näyttää siltä, että terveydenhuollon organisaatioissa järjestelmällinen laadunhallinta oli vielä vuonna 1999 melko alkuvaiheessaan. Suomessa ollaan tällä hetkellä saavuttamassa sitä tasoa, jolla hollantilaisissa organisaatioissa oltiin vuonna 1995 (Wagner 1999). Kun siellä vuonna 1990 sovittiin tulevan laatulainsäädännön sisällöstä, oletettiin, että kypsälle tasolle päästäisiin viidessä vuodessa. Kehitys on osoittautunut paljon odotettua hitaammaksi ja tällä hetkellä sen arvioidaan kestävän yli 10 vuotta.

*Liitetaulukko 1. Laadunhallinnan tukemiseksi tehdyt erityisjärjestelyt ja laadunhallinnan veturit terveydenhuollossa*

<i>Laadunhallinnan erityisjärjestelyt ja veturit terveydenhuollossa</i>	<i>TK %</i>	<i>LÄÄ %</i>	<i>TTH %</i>	<i>YO %</i>	<i>KS %</i>	<i>AS %</i>	<i>ELS %</i>	<i>YKS %</i>	<i>Yht. %</i>	<i>N</i>
<i>Erityisjärjestelyt</i>										296
Ei ole tehty tai ei sovellu	31	37	21	0	7	0	20	0	27	
Erillinen määräraha	15	10	21	75	57	47	30	18	20	
Laatujohtoryhmä tai laaturyhmä	31	35	50	100	79	82	60	55	41	
Laatuvastaava	20	37	50	50	79	76	50	55	33	
Ulkopuolinen konsultti tai -toimisto	22	27	64	75	71	41	50	55	31	
Muita järjestelyjä	30	8	7	75	21	18	0	9	22	
<i>Veturit</i>										301
Ei kukaan erityisesti	11	8	7	0	0	0	18	9	9	
Laatujohtoryhmä tai laaturyhmä	22	24	57	100	71	82	45	55	33	
Laatuvastaava	19	29	43	75	71	71	36	45	30	
Ulkopuolinen konsultti tai -toimisto	4	8	21	25	7	0	9	0	6	
Työntekijät itse	33	55	36	25	36	41	36	64	39	
Veturina ylin johto (esim. johtoryhmä)	54	50	64	100	57	71	55	73	56	
Veturina esimiehet/osastopäälliköt	49	34	21	50	57	59	36	36	45	
Veturina jotkut muut	8	3	0	25	7	12	27	0	7	

*Liitetaulukko 2. Ajan varaaminen kehittämistyölle terveydenhuollossa*

<i>Kehittämistyön alueet, joille varattu aikaa</i>	<i>TK %</i>	<i>LÄÄ %</i>	<i>TTH %</i>	<i>YO %</i>	<i>KS %</i>	<i>AS %</i>	<i>ELS %</i>	<i>YKS %</i>	<i>Yht. %</i> <i>N=295</i>
Ammatilliseen jatko- ja täydennyskoulutukseen	90	77	93	100	86	88	90	91	87
Laadunhallinnan menetelmä- ja tekniikka-koulutukseen	39	31	50	75	71	82	80	36	44
Työyksikön toiminnan arviointiin moniammatillisissa työryhmissä	50	33	57	50	71	65	50	64	49
Laatuprojekteihin ja laatutiimeihin	44	33	64	100	86	88	90	45	49
Oman työn arviointiin omassa ammattiryhmässä	51	36	36	25	57	47	50	73	47
Menettely- ja toimintaohjeiden tai hoitosuositusten laatimiseen	63	51	64	75	93	65	70	73	63

*Liitetaulukko 3. Ammatillisten menettelyohjeiden laadintaan osallistuneet tahot terveydenhuollossa*

<i>Ammatillisten menettelyohjeiden laadintaan osallistujat</i>	<i>TK %</i>	<i>LÄÄ %</i>	<i>TTH %</i>	<i>YO %</i>	<i>KS %</i>	<i>AS %</i>	<i>ELS %</i>	<i>YKS %</i>	<i>Yht. % N=265</i>
Laatuvastaava	10	33	43	75	43	50	20	27	22
Johto	63	60	86	100	57	50	50	45	62
Esimiehet	88	58	71	75	100	88	90	91	82
Henkilökunta	89	87	100	100	100	88	90	82	89
Joku muu	5	4	14	0	14	13	10	0	6

*Liitetaulukko 4. Prosessikuvauksien laatiminen terveydenhuollossa*

<i>Prosessikuvaukset</i>	<i>TK %</i>	<i>LÄÄ %</i>	<i>TTH %</i>	<i>YO %</i>	<i>KS %</i>	<i>AS %</i>	<i>ELS %</i>	<i>YKS %</i>	<i>Yht. % N=265</i>
Ei ole tai ei tarvita	50	58	21	0	21	13	36	0	44
Ydin-/pääprosesseista	37	33	71	100	64	81	64	91	46
Tukipalveluprosesseista	18	27	43	75	50	25	27	45	25
Jostain muusta	9	2	0	25	21	6	0	18	8

*Liitetaulukko 5. Johdon käyttämät tiedot laatupolitiikan arvioinnissa ja suuntaamisessa terveydenhuollossa*

<i>Johdon käyttämät tiedot laatupolitiikan arvioimisessa ja suuntaamisessa</i>	<i>TK %</i>	<i>LÄÄ %</i>	<i>TTH %</i>	<i>YO %</i>	<i>KS %</i>	<i>AS %</i>	<i>ELS %</i>	<i>YKS %</i>	<i>Yht. % N= 261</i>
Palvelun käyttäjien tyytyväisyystutkimukset	90	78	83	100	100	94	100	100	89
Työntekijöiden tyytyväisyystutkimukset	62	68	67	100	93	81	60	90	68
Asiakkaiden/potilaiden lähtöhaastattelut	18	10	8	33	36	44	70	40	22
Henkilökunnan lähtöhaastattelut	16	14	17	33	43	6	10	30	17
Jatkuva asiakaspalaute	54	62	92	33	50	50	50	80	57
Palveluketjujen sisäisten asiakkaiden mielipiteet	25	34	50	100	57	44	40	40	33
Palvelun tilaajien/rahoittajien/maksajien mielipiteet	33	40	67	100	57	63	40	80	42
Sisäisten arviointien tulokset	15	24	25	67	43	31	20	50	22
Ulkoisten arviointien tuloksia	12	12	17	67	43	25	30	40	17
Muut tiedot	4	8	8	0	21	0	0	0	5

*Liitetaulukko 6. Laadun seuranta- ja arviointimittareiden käyttö terveydenhuollossa*

<i>Käytetyt laadun seuranta- ja arviointimittarit</i>	<i>TK %</i>	<i>LÄÄ %</i>	<i>TTH %</i>	<i>YO %</i>	<i>KS %</i>	<i>AS %</i>	<i>ELS %</i>	<i>YKS %</i>	<i>Yht. % N=300</i>
Ei käytetä mittareita	18	19	7	0	0	0	0	0	14
Taloudelliset tunnusluvut	80	68	86	100	100	94	100	100	81
Tiedot hoidon/palvelun tuloksista ja vaikutuksista	26	23	29	50	21	41	18	30	26
Jono- ja odotusaikatiedot	67	40	43	100	100	100	91	70	65
Työntekijöiden sairauspoissaolo- ja vaihtuvuustiedot	63	42	43	100	100	88	91	60	62
Asiakkaiden/potilaiden tekemät valitukset	56	68	79	100	100	88	64	70	65
Tiedot virheistä tai komplikaatioista	27	37	36	100	86	94	36	50	38
Hoidon terveysvaikutuksien mittarit	14	13	36	75	21	18	9	40	17

*Liitetaulukko 7. Palveluketjuihin liittyvät yhteiset laadunhallinnan käytännöt terveydenhuollossa*

<i>Yhteistyökumppaneiden/ palveluketjujen yhteiset käytännöt</i>	<i>TK %</i>	<i>LÄÄ %</i>	<i>TTH %</i>	<i>YO %</i>	<i>KS %</i>	<i>AS %</i>	<i>ELS %</i>	<i>YKS %</i>	<i>Yht. % N=294</i>
Ei ole yhteisiä laadunhallinnan käytäntöjä	57	82	57	50	36	31	50	64	60
Yhteinen laadun arviointitapa	9	5	14	0	14	0	10	0	7
Yhteinen kirjallinen visio	6	3	7	0	21	6	0	0	6
Yhteisiä toimintaohjeita hoitovastuun siirtymisestä	34	5	14	50	43	63	30	0	28
Selkeästi määritelty vastuunjako	21	5	7	25	36	63	40	18	20
Yhteinen kirjaamiskäytäntö	7	7	29	25	29	19	10	0	10
Keskustelut tuloksista	10	7	14	50	29	25	10	18	12
Asiakkaan/potilaan ohjaus	16	10	14	50	43	25	20	27	18
Yhteinen valitusten kirjaamistapa	3	7	14	25	29	19	0	9	7
Yhteinen toiminta- tai vuosikertomuksen laatuosuus	9	3	14	0	0	19	0	0	7
Yhteinen jokin muu käytäntö	3	2	14	0	14	0	10	9	4

Liitetaulukko 8. Laatukustannusten tunteminen terveydenhuollossa

Laatukustannukset	TK %	LÄÄ %	TTH %	YO %	KS %	AS %	ELS %	YKS %	Yht. %	N
<i>Laatuprojektien kustannuksista keskustellaan</i> - organisaation sisällä - rahoittajien, tilaajien tai ostajien kanssa	61 19	55 5	57 7	100 50	79 29	82 29	80 20	91 0	64 16	287
<i>Laatuprojekteista arvioidaan</i> - vain kustannukset - sekä kustannukset että hyödyt - vain hyödyt	6 56 4	0 56 7	7 71 7	0 100 0	7 71 0	0 82 0	10 50 0	0 91 0	4 61 4	283
<i>Tunnetaan huonon laadun ennalta ehkäisemisen kustannukset</i> - laadunhallintakoulutuksesta - menettelyohjeiden laatimisesta ja käyttöön- otosta - laatuprojektien käynnistämisestä ja toteut- tamisesta - laatumittareiden tai -indikaattorien kehit- tämisestä - ammattiryhmien sisäisestä arvioinneista - laitteiden ja välineiden määräaikaishuol- loista	23 13 18 13 11 26	31 20 16 7 11 38	50 29 29 36 14 43	100 50 75 50 25 100	62 38 38 38 23 54	53 12 18 12 12 47	22 11 22 11 0 22	36 27 36 27 18 55	31 17 21 15 12 34	288
<i>Tunnetaan arviointeihin liittyvät kustannukset</i> - tietojen keruusta seurantaan varten - vahinkojen/komplikaatioiden kirjaamisesta - sisäisistä arvioinneista - mielipidekartoituksista/tyytyväisyystutki- muksista - laitosten välisistä arviointikäyntien- vierailuista - asiakasjärjestöjen tekemästä ulkoisesta arvioinnista - laatu-tunnustukseen liittyvästä ulkoisesta arvioinnista	16 9 7 31 10 3 13	15 15 12 30 5 2 10	29 21 21 43 14 0 7	25 50 75 75 25 0 75	38 38 38 69 38 8 38	24 18 12 65 29 6 29	30 20 0 50 20 0 20	36 27 27 45 9 0 36	19 15 12 37 12 2 16	287
<i>Tunnetaan huonon laadun korjaamisesta aiheutuvat kustannukset</i> - valitusten käsittelystä - potilasvahingoista - virheiden korjaamisesta - materiaalihukat - päällekkäisestä/turhasta työstä - hoitoajan tai hoidon keston pitenemisestä - asiakkaiden/lähettiläjätohojen menettämisestä	19 22 10 15 19 20 3	21 28 20 25 31 11 28	36 21 21 29 36 7 21	25 75 0 0 25 50 0	46 77 31 23 31 46 8	29 47 18 41 29 41 24	27 27 18 18 36 27 18	36 45 18 27 18 36 27	23 29 14 20 24 21 12	290

Liitetaulukko 9. Kustannuslaskentajärjestelmän sisältö terveydenhuollossa

Kustannuslaskentajärjestelmä	TK %	LÄÄ %	TTH %	YO %	KS %	AS %	ELS %	KS %	Yht. % N=291
Ei ole kustannuslaskentajärjestelmää	63	67	50	25	29	24	64	45	58
Lasketaan kustannukset/palvelu	30	28	29	75	43	35	18	36	31
Lasketaan kustannukset/tuote	23	19	21	75	64	65	36	55	29
Lasketaan koko palveluprosessin kustannukset asiakasryhmittäin	7	10	14	75	29	24	9	9	11
Lasketaan palveluprosessiin sisältyvien tehtävien kustannukset	6	7	21	50	7	35	9	27	10

Liitetaulukko 10. Laadunhallinnan ulkoiset arviointitavat terveydenhuollossa (T = tavoitteena, A = on jo arvioitu)

Ulkoinen arviointitapa	TK		LÄÄ		TTH		YO		KS		AS		ELS		YKS		Yht. %		N
	T	A	T	A	T	A	T	A	T	A	T	A	T	A	T	A	T	A	
Organisaatioiden välinen arviointi	26	14	12	14	25	25	-	-	40	30	29	43	13	25	13	38	22	18	238
Ostajan tai rahoittajan organisoima vierailukäynti	12	11	6	16	10	10	-	-	13	-	-	50	-	-	11	44	10	15	219
Ulkopuolisen konsultin arviointi	14	25	12	14	36	18	-	50	18	27	15	62	14	29	11	44	15	26	242
Riippumattoman elimen arviointi	17	13	20	11	11	22	33	67	-	33	25	50	-	17	22	22	17	16	226

Liitetaulukko 11. Laatutunnustuksen tavoittelu terveydenhuollossa (T = tavoitteena, S = saatu jo)

Laatutunnustus tai sertifikaatti	TK		LÄÄ		TTH		YO		KS		AS		ELS		YKS		Yht. %		N
	T	S	T	S	T	S	T	S	T	S	T	S	T	S	T	S	T	S	
Suomen laatupalkinto	11	2	10	4	20	-	67	33	30	-	15	-	56	-	-	-	14	2	243
ISO 9000-sertifikaatti	7	3	11	4	25	8	33	33	22	11	8	-	-	-	43	-	11	4	237
Efektia-Terveystutkimuksen laaduntunnustus	6	2	2	9	-	-	-	100	25	-	15	-	20	-	-	40	7	4	236
Laboratorion akkreditointidistisus	12	10	10	21	18	9	-	100	77	15	40	13	50	-	43	14	18	14	249
Patologian laatutunnus	1	2	-	9	-	-	-	100	58	25	-	23	-	-	-	17	4	8	227

Liitetaulukko 12. Laadunhallinnan painopistealueet terveydenhuollossa vuonna 2000

Laadunhallinnan painopistealueet vuonna 2000	TK	LÄÄ	TTH	YO	KS	AS	ELS	YKS	Yht. % N=289
Laadunhallintakoulutus	46	34	43	50	57	71	70	27	46
Menettely- tai toimintaohjeiden kehittäminen	61	84	71	50	79	59	60	55	67
Laatuprojektit/kehittämisprojektit	43	43	71	75	71	88	60	55	50
Prosessien hallinnan kehittäminen	37	36	50	75	57	53	50	45	40
Mielipidekartoitukset	38	57	29	25	43	35	20	55	41
Sisäiset arvioinnit	24	45	50	25	29	47	20	27	31
Ulkoisen arviointi/sertifointi	6	7	21	50	14	24	10	27	10
Sisäinen hoidon/palvelun koordinointi	33	29	21	25	14	12	20	18	28
Ulkoisen hoidon/palvelun koordinointi/sopiminen palveluketjussa toimivien kanssa	29	10	0	50	57	41	50	9	26
Alueellinen yhteistyö	50	24	7	75	79	47	50	18	43
Mittariston/mittausjärjestelmän kehittäminen	43	40	43	100	57	53	40	55	45
Jokin muu	6	2	0	0	7	6	10	9	5

Liitetaulukko 13. Laadunhallinnan tukemiseksi tehdyt erityisjärjestelyt ja laadunhallinnan veturit sosiaalihuollossa

Laadunhallinnan erityisjärjestelyt ja veturit	KEH %	VAM %	KUN %	JVA %	YVA %	AKL %	PÄI %	SOS %	Yht. %	N
<i>Erityisjärjestelyt</i>										498
Ei ole tehty tai ei sovellu	8	9	0	48	29	39	46	21	36	
Erillinen määräraha	42	24	57	7	28	6	0	8	16	
Laatujohdoryhmä tai laaturyhmä	69	62	70	16	33	24	8	29	28	
Laatuvastaava	35	62	91	8	22	9	31	25	21	
Ulkopuolinen konsultti tai -toimisto	50	41	74	12	22	18	15	46	23	
Muita järjestelyjä	31	9	13	28	34	33	8	29	27	
<i>Veturit</i>										499
Ei kukaan erityisesti	0	6	0	18	11	15	8	17	14	
Laatujohdoryhmä tai laaturyhmä	58	56	70	12	31	18	8	25	24	
Laatuvastaava	27	56	91	9	18	9	15	17	19	
Ulkopuolinen konsultti tai -toimisto	8	6	17	4	6	6	8	8	6	
Työntekijät itse	54	24	52	51	41	62	46	29	47	
Veturina ylin johto (esim. johtoryhmä)	58	56	65	24	43	47	62	58	37	
Veturina esimiehet/osastopäälliköt	77	56	61	55	53	50	15	58	55	
Veturina jotkut muut	15	6	0	4	13	6	15	13	7	

Liitetaulukko 14. Ajan varaaminen kehittämistyölle sosiaalihuollossa

Kehittämistyön alueet, joille varattu aikaa	KEH %	VAM %	KUN %	JVA %	YVA %	AKL %	PÄI %	SOS %	Yht. % N=482
Ammatilliseen jatko- ja täydennyskoulutukseen	92	76	91	79	75	88	92	100	81
Laadunhallinnan menetelmä- ja tekniikkakoulutukseen	56	44	52	21	38	32	8	54	31
Työyksikön toiminnan arviointiin moniammatillisissa työryhmissä	76	68	78	54	42	74	85	67	58
Laatuprojekteihin ja laatutiimeihin	76	59	61	21	42	24	8	63	34
Oman työn arviointiin omassa ammattiryhmässä	72	44	57	50	52	71	77	63	54
Menettely- ja toimintaohjeiden tai hoitosuosituksen laatimiseen	72	56	87	50	58	74	69	75	58



*Liitetaulukko 15. Ammatillisten menettelyohjeiden laadintaan osallistuneet tahot sosiaalihuollossa*

<i>Ammatillisten menettelyohjeiden laadintaan osallistujat</i>	<i>KEH %</i>	<i>VAM %</i>	<i>KUN %</i>	<i>JVA %</i>	<i>YVA %</i>	<i>AKL %</i>	<i>PÄI %</i>	<i>SOS %</i>	<i>Yht. % N=482</i>
Laatuvastaava	22	42	87	9	22	10	8	0	25
Johto	70	61	57	38	60	53	77	60	59
Esimiehet	91	81	78	80	71	63	46	100	79
Henkilökunta	91	90	96	93	88	90	100	95	93
Joku muu	4	0	9	5	6	7	31	10	9

*Liitetaulukko 16. Prosessikuvauksien laatiminen sosiaalihuollossa*

<i>Prosessikuvaukset</i>	<i>KEH %</i>	<i>VAM %</i>	<i>KUN %</i>	<i>JVA %</i>	<i>YVA %</i>	<i>AKL %</i>	<i>PÄI %</i>	<i>OS %</i>	<i>Yht. % N=483</i>
Ei ole tai ei tarvita	18	20	4	69	52	42	62	17	52
Ydin-/pääprosesseista	77	76	91	26	42	52	31	70	42
Tukipalveluprosesseista	55	48	70	14	18	12	8	35	22
Jostain muusta	13	13	9	4	4	3	8	9	5

*Liitetaulukko 17. Johdon käyttämät tiedot laatupolitiikan arvioinnissa ja suuntaamisessa sosiaalihuollossa*

<i>Johdon käyttämät tiedot laatupolitiikan arvioinnissa ja suuntaamisessa</i>	<i>KEH %</i>	<i>VAM %</i>	<i>KUN %</i>	<i>JVA %</i>	<i>YVA %</i>	<i>AKL %</i>	<i>PÄI %</i>	<i>SOS %</i>	<i>Yht. % N= 434</i>
Palvelun käyttäjien tyytyväisyystutkimukset	62	82	74	56	81	62	62	91	66
Työntekijöiden tyytyväisyystutkimukset	69	74	91	63	72	52	54	86	68
Asiakkaiden/potilaiden lähtöhaastattelut	38	76	61	21	27	41	77	14	32
Henkilökunnan lähtöhaastattelut	23	21	13	25	25	31	23	41	25
Jatkuva asiakaspalaute	54	82	100	59	75	59	100	41	66
Palveluketjujen sisäisten asiakkaiden mielipiteet	38	38	52	36	30	52	46	36	37
Palvelun tilaajien/rahoittajien/maksajien mielipiteet	88	62	83	29	63	72	77	27	49
Sisäisten arviointien tulokset	42	41	78	21	19	41	31	23	28
Ulkoisten arviointien tulokset	35	21	57	15	16	17	15	23	20
Muut tiedot	4	12	4	8	8	7	8	9	8

Liitetaulukko 18. Laadun seuranta- ja arviointimittareiden käyttö sosiaalipalveluissa

Käytetyt laadun seuranta- ja arviointimittarit	KEH %	VAM %	KUN %	JVA %	YVA %	AKL %	PÄI %	SOS %	Yht. % N= 493
Ei käytetä mittareita	8	15	0	33	35	18	31	0	27
Taloudelliset tunnusluvut	81	59	96	61	53	73	46	100	65
Tiedot hoidon/palvelun tuloksista ja vaikutuksista	54	53	91	24	34	52	46	25	35
Jono- ja odotusaikatiedot	19	59	48	22	9	27	8	88	27
Työntekijöiden sairauspoissaolo- ja vaihtuvuustiedot	81	56	61	46	53	55	8	88	52
Asiakkaiden/potilaiden tekemät valitukset	73	71	87	26	41	45	23	58	40
Tiedot virheistä tai komplikaatioista	50	32	39	11	14	24	15	21	18
Hoidon terveystulosten mittarit	38	56	74	15	26	33	15	25	25

Liitetaulukko 19. Palveluketjuihin liittyvät yhteiset laadunhallinnan käytännöt sosiaalihuollossa

Yhteistyökumppaneiden/ palveluketjujen yhteiset käytännöt	KEH %	VAM %	KUN %	JVA %	YVA %	AKL %	PÄI %	SOS %	Yht. % N=491
Ei ole yhteisiä laadunhallinnan käytäntöjä	65	71	32	73	69	62	77	63	69
Yhteinen laadun arviointitapa	12	6	55	3	8	3	0	13	7
Yhteinen kirjallinen visio	15	9	27	4	5	6	0	13	7
Yhteisiä toimintaohjeita hoitovastuun siirtymisestä	27	12	27	17	7	32	15	21	17
Selkeästi määritelty vastuunjako	15	12	27	12	5	24	0	13	12
Yhteinen kirjaamiskäytäntö	12	9	41	15	13	9	0	4	14
Keskustelut tuloksista	35	15	32	13	21	24	0	21	17
Asiakkaan/potilaan ohjaus	27	12	23	15	15	29	15	21	17
Yhteinen valitusten kirjaamistapa	0	0	32	2	5	0	0	4	4
Yhteinen toiminta- tai vuosikertomuksen laatuosuus	4	6	9	7	7	0	0	4	6
Yhteinen jokin muu käytäntö	0	6	5	2	7	3	0	4	3

Liitetaulukko 20. Laadunhallinnan vaikutukset menettelyohjeisiin sosiaalihuollossa

Laadunhallinnan vaikutukset menettelyohjeisiin	KEH %	VAM %	KUN %	JVA %	YVA %	AKL %	PÄI %	SOS %	Yht. % N=386
Ei muutosta	15	9	0	33	24	30	33	35	26
Menettely- ja toimintaohjeita tullut lisää	46	71	82	33	46	30	33	35	42
Turhia menettely- ja toimintaohjeita on poistettu	38	29	55	32	32	33	25	35	34
Menettely- ja toimintaohjeita valvotaan paremmin	35	38	45	19	41	19	25	22	27
Epävirallisia, kirjoittamattomia menettely- ja toimintaohjeita on virallistettu	27	50	73	32	41	26	17	17	35
Menettely- ja toimintaohjeiden noudattamista seurataan paremmin	50	32	55	23	42	33	25	30	32
Menettely- ja toimintaohjeiden toimivuutta arvioidaan paremmin	62	65	77	36	48	48	50	39	46

Liitetaulukko 21. Laatukustannusten tunteminen sosiaalihuollossa

Laatukustannukset	KEH %	VAM %	KUN %	JVA %	YVA %	AKL %	PÄI %	SOS %	Yht. %	N
<i>Laatuprojektien kustannuksista keskustellaan</i>										462
- organisaation sisällä	77	88	74	49	55	34	23	87	56	
- rahoittajien, tilaajien tai ostajien kanssa	31	24	35	12	27	7	15	13	18	
<i>Laatuprojekteista arvioidaan</i>										451
- vain kustannukset	0	0	4	6	1	0	0	0	4	
- sekä kustannukset että hyödyt	77	78	78	40	59	38	46	74	52	
- vain hyödyt	8	3	4	6	6	10	8	13	6	
<i>Tunnetaan huonon laadun ennalta ehkäisemisen kustannukset</i>										463
- laadunhallintakoulutuksesta	52	56	57	21	42	13	17	26	30	
- menettelyohjeiden laatimisesta ja käyttöönotosta	24	25	26	10	20	3	8	9	14	
- laatuprojektien käynnistämisestä ja toteuttamisesta	20	25	57	13	27	10	8	4	18	
- laatumittareiden tai -indikaattorien kehittämistä	28	13	26	7	20	13	17	13	13	
- ammattiryhmien sisäisistä arvioineista	20	22	26	10	15	16	8	13	14	
- laitteiden ja välineiden määrääkäs- huolloista	32	34	61	15	30	19	8	9	22	
<i>Tunnetaan arviointeihin liittyvät kustannukset</i>										468
- tietojen keruusta seuranta varten	28	16	39	13	14	6	17	17	15	
- vahinkojen/komplikaatioiden kirjaamisesta	8	6	17	6	14	0	0	4	8	
- sisäisistä arvioinneista	20	16	52	8	14	16	25	13	13	
- mielipidekartoituksista/ tyytyväisyys- tutkimuksista	32	25	43	21	26	13	25	33	24	
- laitosten välisistä arviointikäyntivierai- luista	12	28	30	14	17	6	25	8	16	
- asiakasjärjestöjen tekemistä ulkoisista arvioinneista	4	3	13	0	7	3	8	0	3	
- laatu- ja asiakasjärjestöjen tekemistä ulkoisista arvioinneista	20	22	39	3	5	0	0	0	7	
<i>Tunnetaan huonon laadun korjaamisesta aiheutuvat kustannukset</i>										462
- valitusten käsittelystä	27	6	32	8	13	6	8	13	11	
- potilasvahingoista	27	13	41	12	12	3	8	17	14	
- virheiden korjaamisesta	19	16	27	10	26	16	17	4	15	
- materiaalihukasta	23	16	18	21	30	10	0	4	20	
- päällekkäisestä/turhasta työstä	38	28	36	29	39	32	25	17	31	
- hoitoajan tai hoidon keston pitenemisestä	15	13	14	21	14	32	8	17	19	
- asiakkaiden/lähetettävien menettämisestä	35	19	27	5	18	13	25	0	12	

Liitetaulukko 22. Kustannuslaskentajärjestelmän sisältö sosiaalipalveluissa

Kustannuslaskentajärjestelmä	KEH %	VAM %	KUN %	JVA %	YVA %	AKL %	PÄI %	SOS %	Yht. %	N=470
Ei ole kustannuslaskentajärjestelmää	35	58	30	58	54	58	77	46	54	
Lasketaan kustannukset/palvelu	58	30	48	28	29	35	23	50	32	
Lasketaan kustannukset/tuote	31	24	30	17	21	26	8	46	21	
Lasketaan koko palveluprosessin kustan- nukset asiakasryhmittäin	31	15	35	19	28	16	23	8	21	
Lasketaan palveluprosessiin sisältyvien tehtävien kustannukset	12	15	39	11	30	13	8	4	16	

Liitetaulukko 23. Laadunhallinnan ulkoiset arviointitavat sosiaalihuollossa (T = arviointi tavoitteena, A = on jo arvioitu)

Ulkoinen arviointitapa	KEH %		VAM %		KUN %		JVA %		YVA %		AKL %		PÄI %		SOS %		Yht. %		N
	T	A	T	A	T	A	T	A	T	A	T	A	T	A	T	A	T	A	
Organisaatioiden välinen arviointi	19	6	36	24	31	19	20	13	25	14	21	11	9	18	15	54	22	15	384
Ostajan tai rahoittajan organisoima vierailukäynti	28	33	32	36	14	81	12	16	19	38	24	24	27	27	9	18	16	26	379
Ulkopuolisen konsultin arviointi	24	19	14	18	35	24	9	27	14	21	.	14	25	.	30	4	13	24	390
Riippumattoman elimen arviointi	13	7	32	9	28	39	5	9	9	8	9	14	.	9	15	23	10	11	326

Liitetaulukko 24. Laatutunnustuksen tavoittelu sosiaalihuollossa (T = tavoitteena, S = on jo saatu)

Laatutunnus tai sertifiikaatti	KEH %		VAM %		KUN %		JVA %		YVA %		AKL %		PÄI %		SOS %		YHT %		N
	T	S	T	S	T	S	T	S	T	S	T	S	T	S	T	S	T	S	
Suomen laatupalkinto	6	-	44	-	50	-	4	2	10	3	-	7	-	8	10	-	9	2	410
ISO 9000-sertifiikaatti	20	-	33	5	61	17	3	1	9	3	-	7	-	8	5	5	9	3	409
Efektia-Terveystutkimuksen laadun-tunnustus	15	-	5	16	25	8	-	1	1	3	-	7	-	8	5	-	2	3	392
Laboratorion akkreditointidistus	11	-	-	6	-	11	0	1	-	3	-	7	-	8	15	5	2	3	384

Liitetaulukko 25. Laadunhallinnan painopistealueet vuonna 2000

Laadunhallinnan painopistealueet vuonna 2000	KEH %	VAM %	KUN %	JVA %	YVA %	AKL %	PÄI %	SOS %	Yht. %
Laadunhallintakoulutus	31	32	26	39	49	36	8	50	39
Menettely- tai toimintaohjeiden kehittäminen	54	71	70	62	63	58	46	50	61
Laatuprojektit/kehittämisprojektit	58	41	39	36	49	21	38	46	39
Prosessien hallinnan kehittäminen	65	56	74	27	33	36	46	67	38
Mielipidekartoitukset	27	44	30	42	51	27	62	38	42
Sisäiset arvioinnit	46	68	78	43	43	67	46	33	48
Ulkoinen arviointi/sertifiointi	19	18	26	10	7	18	38	4	13
Sisäinen hoidon/palvelun koordinointi	46	38	35	29	34	64	54	21	34
Ulkoinen hoidon/palvelun koordinointi/sopiminen palveluketjussa toimivien kanssa	23	15	4	21	17	45	31	33	22
Alueellinen yhteistyö	35	41	13	36	34	70	46	33	37
Mittariston/mittausjärjestelmän kehittäminen	31	53	74	39	34	33	46	67	41
Jokin muu	4	3	4	3	4	3	8	8	3

## 8 LIITTEET

### Liite 1 METODIKUVAUS

#### Kyselylomakkeen kehittäminen

Suomessa selvitykseen käytetty kyselylomake (liite 2) pohjautuu Nivelin tutkijoiden tekemiin lomakkeisiin (Wagner 1999, Wagner ja muut 1999), joka käännettiin suomeksi ja sovellettiin Suomen oloihin sopivaksi. Lomakkeen käänsi Stakesissa Maarit Outinen. Kysymysten muotoilussa kiinnitettiin vertailun takia erityistä huomiota siihen, että sisältö ymmärretään samalla tavalla molemmissa maissa. Tiivistä yhteistyötä tehtiin hollantilaisten tutkijoiden kanssa ja käännöstyössä hyödynnettiin myös useita suomalaisia laatuasiantuntijoita. Lomakkeen alkuun liitettiin vastaajien tueksi sivun mittainen käsitelmääritys. Lisäksi kysymysten yhteyteen liitettiin selventäviä määrittelyjä.

Käännöstyön yhteydessä lomake muokattiin suomalaisiin oloihin soveltuvaksi poistamalla sellaiset kysymykset, jotka eivät sopineet suomalaiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Lisäksi lomaketta täydennettiin joissakin kysymyksissä omilla vastausvaihtoehdoilla ja lisäkysymyksillä (esimerkiksi kysymys laadunhallintasuositusten tunnettuudesta ja käytöstä). Kysymysten numerointi ei ole juokseva juuri tästä muokkauksesta johtuen. Suomalaisien lomakkeiden kansisivulla samoin kuin saatekirjeessä käytettiin sektorittaista nimeämistapaa (esimerkiksi 'Kyselylomake sairaaloille'; 'Arvoisa kuntoutuslaitoksen johtaja').

#### Aineiston hankinta

Osoitetietojen hankkimisesta ja lomakkeiden postittamisesta huolehti Stakes. Terveydenhuollon organisaatioiden osoitteista kunnallisten terveyskeskusten ja yliopistosairaaloiden sekä keskus- ja aluesairaaloiden osoitteet saatiin Stakesin sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikkarekisteristä. Koska osa aluesairaaloista on poistanut nimestään aluesairaala-tunnisteen, aluesairaalat varmistettiin lisäksi hoitoilmoitusrekisteristä. Erikoislääkärijohtojen terveyskeskussairaaloiden osoitteet saatiin Suomen Kuntaliitosta. Yksityiset lääkäri- ja työterveysasemat saatiin Stakesin yksityiset palvelun tuottajat -tilastoista ja yksityiset sairaalat Stakesin toimipaikkarekisteristä. Yksityiset lääkäriasemat ja työterveysasemat sekä yksityiset sairaalat poimittiin siten, että mukaan otettiin yksiköt, joissa oli vähintään 20 työntekijää. Tiedot saatiin yksiköiden toimintakertomusten henkilökuntalomakkeilta. Julkisen sektorin yksiköiden oletettiin täyttävän kokoehdon ja ne otettiin kaikki mukaan.

Kehitysvamma- ja vammaishuollon palveluja tuottavien asumispalveluyksiköiden ja keskuslaitosten osoitteet hankittiin Stakesin toimipaikkarekisteristä, kuntoutuslaitosten osoitteet Kelalta ja sotainvalidien sairaskotien osoitteet Valtiokonttorista. Julkisten ja yksityisten vanhainkotien ja palvelukeskusten osoitteet saatiin Suomen Kuntaliiton osoiterekisteristä. Näiden organisaatioiden henkilökuntamääriä koskevia tietoja ei ollut saatavilla, joten niiden osalta saatekirjeeseen laitettiin maininta siitä, että vastauksia toivottiin yli 10 henkeä työllistäviltä organisaatioilta. Päihdehuollon palveluja tuottavista organisaatioista osoitteet saatiin A-klinikoiden osalta A-klinikkasäätiön kotisivuilta ja laitospalvelujen tuottajista Stakesin rekisteristä. Sosiaalitoimistojen valintaperusteena ollut kuntakoko selvitettiin Kunnalliskalenterista.

Selvityksen aineisto kerättiin postikyselyllä syksyllä 1999. Lomake postitettiin marraskuussa ja muistutukset joulukuun alussa ja puolivälissä. Kuhunkin organisaatioon lähetettiin vain yksi kyselylomake, joka oli osoitettu niiden johdolle. Heillä ajateltiin olevan yleiskuva koko organisaation laadunhallinnan tilanteesta. Selvityksen tulokset kuvastavatkin johdon käsityksiä.

Kyselylomakkeen palautti tammikuun loppuun määräaikaan mennessä 815 organisaatiota. Kyselylomakkeet lähetettiin Nivelisiin, missä tiedot tallennettiin helmi-maaliskuussa 2000. Tiedot toimitettiin Suomeen atk-tallenteina.

Koko aineiston vastausprosentti on 59 %. Sektorikohtaista vaihtelua oli melko paljon. Esimerkiksi kehitysvammahuollon keskuslaitoksista vastasi 95 %, mutta julkisista vanhusten asumispalveluyksiköistä vain 29 %. Yksityiskohtaiset luvut löytyvät terveydenhuollon osalta luvun 3.1 alusta taulukosta 1 ja sosiaalihuollon osalta luvun 3.2 alusta taulukosta 13. Vastaajina oli useimmin ylin johto (terveydenhuollossa 66 %, sosiaalihuollossa 50 %), joku muu (kuitenkin esimiesasemassa toimiva) (18 %, 40 %) tai laatuvaastava (16 %, 10 %).

#### Aineiston ja tulosten luotettavuus

Vastaukset heijastavat ylimmän johdon käsityksiä. Olisivatko tulokset ehkä olleet erilaisia, jos vastaajina olisivat olleet työntekijät tai asiakkaat? Vastuseroista eri hierarkiatasoilla on saatu näyttöä mm. erikoissairaanhoidon

laadunhallintakartoituksesta (Taipale ja muut 1998), jossa ylimmällä johdolla, klinikka- ja osastotason esimiehillä ja työntekijöillä oli selvästi toisistaan poikkeavat käsitykset esimerkiksi siitä, onko sairaalassa laadittu laatupolitiikka tai määritelty selkeät laatutavoitteet tai mitkä ovat laadunkehitystyön ongelmia. Lisäksi on aina muistettava, että sosiaalisesti hyväksyttäväksi katsottu vastaaminen on mahdollista.

Kyselylomakkeiden palautusprosentti (58 %) kokonaisuudessaan oli survey-tyyppiselle tutkimukselle hyvä. Pienimmät prosentit oli julkisissa palvelukeskuksissa (29 %), kehitysvammaisten asumispalveluissa (39 %), yksityisillä lääkäriasemilla (44 %) ja yksityisissä sairaaloissa sekä A-klinikoissa (46 %). Toisaalta joillakin sektoreilla palautui lomakkeista yli 80 %, esimerkiksi keskuslaitoksista, sairaskodeista, työterveysasemilta, yliopisto- ja keskussairaaloista sekä aluesairaaloista. Näitä koskevat tulokset ovat luotettavia.

Lomaketta ei tiukan aikataulun vuoksi ehditty kääntää ruotsiksi. Se kuitenkin lähetettiin myös Ahvenanmaalle, josta vastauksia saatiin erittäin vähän. Suomen ruotsinkielisten vanhustenhuollon organisaatioiden poisjääminen tästä syystä voi näkyä vastausprosentteissa eikä niiden laadunhallintatilanteesta voida tehdä johtopäätöksiä.

Mistä matalat palautusprosentit johtuivat? Tutkijoiden saamista puhelinsoihtoista voi päätellä, että vastaamatta jättivät usein sellaiset pienet yksiköt, joiden laadunhallintatyö oli vasta alkamassa. Vastaavanlainen käyttäytyminen näkyi myös Hollannin tutkimuksessa, jossa tehtiin puhelimitse non-response -analyysi. Siellä pääteltiin, että vastaajiksi saattoi valikoitua jossain määrin laatutyössään pidemmälle ehtineitä organisaatioita. Yksityissektorilla voi olla jossain määrin kyse asenteistakin: vastausintoa vähentää, kun viranomaisiksi koetut tahot kysyvät. Tulokset voivat siis olla hieman todellisuutta kauniimpia.

Joidenkin sektorien - esimerkiksi kehitysvammaisten ja vammaisten palvelut, kuntoutuslaitokset ja päihdehuollon laitokset - vastaajien melko pienistä kokonaismääristä johtuen yhden vastauksen vaikutus prosenttilukuina esitettäviin tuloksiin on suuri. Tämä pitää ottaa huomioon johtopäätöksiä tehtäessä.

Vastaajat näyttivät olevan varsin johdonmukaisia vastatessaan kysymyksiin. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, että laatuvaastavien nimeäminen tai laatupolitiikan laatiminen näkyvät samassa suhteessa muissakin kysymyksissä.

Käytettyä mittausvälinettä (kysymyslomake) voi pitää varsin luotettavana. Se on perusteellisesti testattu (Wagner 1999, Wagner ja muut 1999) ja vertailun tekemisessä tämä käsitys vahvistui. Suomen oloihin soveltamisessa oli mukana useita asiantuntijoita, millä varmistettiin ymmärrettävyys täällä. Pois jätettiin sellaiset menettelyt, joita ei meillä tunneta tai käytetä. Mukana on myös 'suomalaisia' osakysymyksiä, jotta kuva muodostuisi mahdollisimman täydelliseksi. 'Laatukielen' tuntemuksen eli laatukäsitteiden mahdollisesti vastaajasta toiseen vaihtelevan käyttötavan vaikutusta pyrittiin vähentämään lomakkeeseen sisältyvällä käsitelmäärityksillä sekä kysymyskohtaisilla kuvaavilla selityksillä.

Joissakin kysymyksissä on saattanut jäädä kuitenkin tulkinnanvaraa. Esimerkiksi minkälaista käytäntöä vastaajat ovat tarkoittaneet hoito- ja palvelusuunnitelmien käytöstä laadunhallinnassa? Entä millainen tosiasiallinen menettely on kyseessä, kun sanotaan käytetyn arviointia moniammatillisissa ryhmissä tai omassa ammattiryhmässä tai miten systemaattisesti hankitaan (ja dokumentoidaanko ollenkaan?) jatkuvaa asiakaspalautetta. Kustannuslaskentajärjestelmiä koskevaan kysymykseen on voitu vastata kielteisesti, jos on ajateltu 'laatukustannuslaskentajärjestelmää'. Kaikkein epävarmimmat tulokset saatiin kysymyksestä, joka koski hankittuja laaduntunnustuksia ja sertifikaatteja. Vastausten mukaan 2 % sekä sosiaali- että terveydenhuollon organisaatioista on saanut Suomen Laatupalkinnon. Tosiasiassa kuitenkin tähän mennessä vasta yksi hammaslääkäriasema on yltänyt kilpailussa kunniamainintaan asti.



Helsinki 5.11.1999

## ARVOISA SAIRAALAN JOHTAJA

### Tutkimus laadunhallinnan etenemisestä Suomessa

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta on Suomessa kehittynyt nopeasti viime vuosina. Tämä on näkynyt tehdyissä selvityksissä, jotka ovat koskeneet esimerkiksi erikoissairaanhoidon, suun terveydenhuoltoa ja joidenkin läänien alueilla toimivia pal-velujen tuottajia. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevissa suosituksissa<sup>14</sup> pidetään tärkeänä laadunhallinnan kehityksen seuraamista.

Hollannissa toimiva perusterveydenhuollon tutkimuslaitos NIVEL (Netherlands Insti-tute of Primary Health Care) pyysi Stakesia ja Suomen Kuntaliittoa osallistumaan Hollannin terveysministeriön tilaamaan kyselytutkimukseen. Osallistuminen tähän tutkimukseen tarjoaa erinomaisen tilaisuuden kartoittaa laadunhallinnan etenemistä sosiaali- ja terveystaluuja tuottavissa organisaatioissa ja mahdollistaa lisäksi ver-tailun Suomen ja Hollannin välillä. Erityisen kiinnostavaa on vertailla, onko meillä laa-dunhallinnassa päästy suositusten avulla samoihin tuloksiin kuin Hollannissa lainsää-dännöllisin keinoin.

### Tutkimuksen tavoitteet, aineisto ja raportointi

Suomessa tutkimuksen tavoitteena on saada valtakunnallisesti edustava kuva siitä, miten laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa on kehittynyt, miten erilaisia laa-dunhallinnan (johtamisen ja toiminnan suunnittelun) menetelmiä ja työkaluja käyte-tään ja miten laadunhallinnan järjestelmien rakentamisessa on edistytty. Lisäksi halutaan selvittää, mitä yhteneväisyyksiä ja eroja laadunhallinnassa on sosiaali- ja terveydenhuollon seuraavien sektoreiden välillä: terveyskeskukset, lääkäriasemat ja työterveysyksiköt, sairaalat, vanhainkodit, palvelutalot, kuntoutus-, vammais- ja kehi-tyvammahuollon laitokset, päihdehuollon organisaatiot ja kuntien sosiaalityö. Otos on yhteensä 1 500 palvelujen tuottajaa.

Tutkimus tehdään yhtä aikaa molemmissa maissa kyselylomakkeella, jonka ovat laa-tineet NIVELin tutkijat. Suomalainen versio on muokattu meidän oloihimme soveltu-vaksi: osa kysymyksistä on jätetty pois, osaa täydennetty omilla vaihtoehtoilla ja lisätty omia kysymyksiä. Tästä johtuen kysymysten numerointi ei ole juokseva.

Lomakkeen aihealueet on valittu soveltaen Euroopan laatupalkinnon aihealueita. Ne ovat laatupolitiikka ja -strategia, henkilöstöjohtaminen ja -politiikka, toiminta- ja me-nettelyohjeet, laadunhallinnan (johtamisen ja toiminnan kehittämisen) menetelmät ja työkalut sekä asiakkaiden osallistuminen. Muita aiheita ovat yhteistyö ja palveluket-jut, laadunhallinnan myönteiset ja kielteiset vaikutukset, laadukustannukset sekä

<sup>14</sup> Laadunhallinta sosiaali - ja terveydenhuollossa (Stakes 1995), Laadunhallinta kuntien ylläpitämässä ja hankkimissa terveystaluuissa (Suomen Kuntaliitto 1998), Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle (STM, Stakes, Suomen Kuntaliitto 1999)

organisaation kulttuuri ja rakenne sekä tulevaisuudennäkymät.

### **Tuloksia syyskuussa**

Kyselyyn vastanneille organisaatioille tiedotetaan tuloksista syyskuussa 2000, jolloin myös peruseraportti ilmestyy. Se tulee olemaan tulostettavissa Stakesin kotisivulta ([www.stakes.fi](http://www.stakes.fi)) tai tilattavissa Stakesista.

### **Kyselylomake sairaaloille (tähän aina ko. sektorin nimi)**

Tarkoitus on, että lomakkeen täyttää sairaalan (tähän aina ko. sektorin nimi) johdon edustaja.

Kyselylomakkeeseen vastaamiseen menee aikaa noin tunti. Vaivannäkö kannattaa, sillä lomakkeen huolellisesti täyttämällä teette samalla arvion itsellenne organisat-ionne laadunhallinnan tämänhetkisestä tilanteesta. Vastauksesta kannattaa ottaa kopio, jota voitte verrata syyskuussa julkaistavan raportin tietoihin. Lomakkeen kysymykset ovat pääosin strukturoituja, mikä helpottaa vastaamista. Lähes kaikissa kysymyksissä voi valita useampia vaihtoehtoja. Vastaamisen helpottamiseksi useimmin toistuvat käsitteet on määriteltä lomakkeen alussa ja kuvailevia määrittelyjä on liitetty myös kysymysten yhteyteen.

Lomakkeen etusivulla olevan koodiston avulla pystymme tulosten käsittelyn yhteydessä tunnistamaan, mihin sektoriin ja ryhmään lomake kuuluu. Laituskoodin avulla voimme tarvittaessa lähettää uuden kyselylomakkeen. Tämä koodi jää vain tutkijan tietoon eikä sitä käytetä tulosten analysoinnissa.

**Toivomme vastaustanne viimeistään 19.11.1999 mennessä.** Lomakkeen voi palauttaa mukana olevassa vastauskuoressa.

### **Haluatko osallistua palkintojen arvontaan?**

Arvomme vastaajien kesken kolme (3) palkintoa. Voittajat voivat toivomuksensa mukaan joko valita Stakesin julkaisuja 500 mk edestä tai marraskuussa valmistuvan 'Laatupelin' (arvo 500 mk). Mikäli haluat osallistua arvontaan, palauta oheinen yh-teystietoliуска kyselylomakkeen mukana Stakesiin.

Lisätietoja tutkimuksesta antavat erikoissuunnittelija Maarit Outinen Stakesin Palvelut ja laatu -yksiköstä, puhelin (09) 3967 2293 tai (0400) 834 987 sekä hallintoylilääkäri Matti Liukko Suomen Kuntaliitosta, puhelin (09) 771 2611 tai (050) 663 94.

### **Kiitos vaivannäöstänne!**

Maarit Outinen  
erikoissuunnittelija  
Stakes

Matti Liukko  
hallintoylilääkäri  
Suomen Kuntaliitto





**STAKES**  
SOSIAALI- JA TERVEYSALAN  
TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISKESKUS



SUOMEN KUNTALIITTO  
FINLANDS KOMMUNFÖRBUND



---

## LAADUNHALLINTA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOISSA

---

### KYSELYLOMAKE SAIRAALOILLE

#### Sisältö

Laatupolitiikka ja -strategia  
Henkilöstö  
Menettely- ja toimintaohjeet  
Laadunhallinnan menetelmät ja työkalut  
Yhteistyö ja palveluketjut  
Asiakkaat ja potilaat  
Myönteiset ja kielteiset vaikutukset  
Laatukustannukset  
Organisaation kulttuuri ja rakenne  
Tulevaisuus

**Huom! \* -merkittyjä osakysymyksiä käytettiin alueellisessa vertailussa (ks. luku 4).**

## KYSELYLOMAKKEESSA KÄYTETTYJÄ TERMEJÄ

Kyselylomakkeella on kysymysten yhteydessä pyritty lyhyesti kuvaamaan tai määrittelemään, mitä tietyillä termeillä tarkoitetaan. Tähän on erikseen koottu joukko toistuvasti esiintyviä keskeisiä termejä (peruskäsitteitä), jotka ovat tarvinneet laajemman määritelmän sekä täydennetty niitä eri sektoreilla käytetyillä vaihto-ehdoilla.

### **laadunhallinta**

on toiminnan johtamista, suunnittelua, arviointia ja parantamista laatutavoitteiden saavuttamiseksi (STM, Stakes ja Suomen Kuntaliitto 1999); yleisen johtamistoimen osa-alue, joka määrittää laatupolitiikan ja -tavoitteet sekä laatuun liittyvät vastuut ja toteuttaa ne laadunhallinnan, laadunohjauksen, laadunvarmistuksen ja laadun parantamisen avulla (SFS-EN ISO 8402).

### **laadunhallintasuunnitelma**

sisältää laatupolitiikkaan perustuvat käytännön keinot ja toimet; laadunhallintasuunnitelma perustuu laadunhallintaan (toimintasarja, jossa asetetaan laatutavoitteet ja laatuvaatimukset sekä laatuohjelmien eri osien soveltamista koskevat tavoitteet; SFS-EN ISO 8402); kutsutaan myös toiminta- tai johtamissuunnitelmaksi, laadun parantamiseksi, laadunparannus-ohjelmaksi, toimintastrategiaksi tai laatuohjelmaksi (esimerkiksi kysymyksessä B1)

### **laatukriteeri**

on laadun määrittämisen perusteeksi valittu ominaisuus (esimerkiksi jonotusajan pituus tai asiakastiedotteen antaminen); **laatuvaatimus** on laatukriteerille asetettu ehto, pienin tai suurin sallittu arvo tai sallittu vaihteluväli; jonotusajan pituuden laatuvaatimus voi olla esimerkiksi jonotusajan pituus enintään kolme päivää, tiedotteen antaminen kaikille eli 100 % (Sosiaali- ja terveydenhuollon laatusanasto, Stakes 1995) (kysymyksessä C1)

### **menettely- ja toimintaohje**

tietyt menettely- tai toimintatavan (=määritellyn toiminnon suoritusohje) kuvaava kirjallinen ohje (SFS-EN ISO 8402); myös työohje, hoitosuositus, hoito-ohjelma, suositeltu tai sovittu käytäntö (esimerkiksi kysymyksissä P1, P3, P4, E2)

### **laatukäsikirja**

sisältää laadunhallintaan liittyvät menettely-, toiminta- ja työtapoja koskevat ohjeet (tai viittaukset niihin) sekä henkilöt, jotka ovat vastuussa toimintaohjeiden ylläpidosta; laajemmin: laatu-käsikirja on laatuohjelmien (toimintaohjelmien, johtamisjärjestelmien) kuvaus, josta ilmenevät laadunhallintaan tarvittavat organisaatorakenteet (vastuut, valtuudet ja keskinäiset suhteet, joiden mukaisesti organisaatio toimii), menettelyt, prosessit ja resurssit (kysymyksessä B1) (mukaan SFS-EN ISO 8402)

### **palvelu-/hoitoketju**

on eri organisaatioiden yhteistoiminnan kautta syntyvä asiakkaan/potilaan palvelukokonaisuus, joka muodostuu samaan ongelmaan, vaivaan tai sairauteen liittyvistä palveluista; koostuu jokaisessa palveluketjuun osallistuvassa organisaatiossa useista peräkkäisistä tai rinnakkaisista palvelu-/työprosesseista (esimerkiksi kysymyksissä S5, S6) (Kupiainen O. Missä mennään - hoitokäytäntöjen kehittäminen terveydenhuollon toimintayksiköissä syksyllä 1996, STM:n monisteita 1997:17)

## LAATUPOLITIikka JA -STRATEGIA

### B1. Onko organisaatiossanne laadittu seuraavat asiakirjat?

(rastittakaa sopiva vaihtoehto: 1 = ei ole tehty tai ei tarvita, 2 = valmisteilla, 3 = tehty)

	1	2	3
<b>Kirjallinen visio</b> organisaation toiminta-ajatukseen perustuva tulevaisuudenkuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tuote-/palvelukuvaukset</b> yksityiskohtaiset kuvaukset eri asiakasryhmille annettavista palveluista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>*Kirjallinen laatupolitiikka</b> kuvaus laatuun liittyvistä tavoitteista ja keinoista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>*Koko organisaation yhteinen laadunhallintasuunnitelma</b> laatupolitiikkaan perustuvat käytännön keinot ja toimet (ks. määritelmät)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Yksikötason laadunhallintasuunnitelmat</b>			
- joillakin osastoilla/tulosityksiköillä/klinikoilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kaikilla osastoilla/tulosityksiköillä/klinikoilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Toiminta- tai vuosikertomukseen sisältyvä laatuosuus</b> kuvaus laadunhallintatyöstä ja sen tuloksista, "laatu vuosikertomus, -tilinpäätös"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Laatukäsikirja</b> laatukäsikirja sisältää laadunhallintaan liittyvät toimintaohjeet (tai viittaukset niihin) sekä henkilöt, jotka ovat vastuussa toimintaohjeiden ylläpidosta (ks. määritelmät)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### B2. Onko organisaatiossanne tehty laadunhallinnan tukemiseksi joitakin erityisjärjestelyjä?

(rastittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto)

- ei ole tehty tai ei sovellu
- laadunhallinnalle on erillinen määräraha (esim. laatuprojekteille, -koulutukselle, -mittareille)
- \*  perustettu laatujohtoryhmä tai laaturyhmä
- \*  nimetty tai palkattu laatu vastaava (laatupäällikkö, laatukoordinaattori tms.)
- käytetty ulkopuolista konsulttia tai -toimistoa
- jotain muuta, mitä:.....

### B3. Ketkä organisaatiossanne ovat laadunhallinnan 'vitureita'?

(rastittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto)

- ei kukaan erityisesti
- laatujohtoryhmä tai laaturyhmä
- laatu vastaava (laatupäällikkö, laatukoordinaattori tms.)
- ulkopuolinen konsultti tai -toimisto
- työntekijät itse
- ylin johto (esim. johtoryhmä)
- esimiehet/osastopäälliköt
- jotkut muut, ketkä:.....

## HENKILÖSTÖ

### M1. Miten laatu politiikka ohjaa henkilöstöpolitiikkaa (henkilöstön kannuksessa, valinnassa ja johtamisessa)?

*Henkilöstön kannustus* (rastittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto)

- henkilökuntaa kannustetaan ammatilliseen kehittämiseen
- \* henkilökunta voi osallistua laatu projekteihin työaikana
- henkilökunta saa järjestelmällisesti palautetta laadunhallinnan tuloksista
- henkilökunnasta yksi tai useampi on vapautettuna laatu projektiin määräaikaista

*Henkilöstön valinta ja koulutus* (rastittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto)

- positiivinen asenne laadunhallintaan on tärkeä uuden henkilökunnan valintaperuste
- esimiehiä/johtajia koulutetaan ammattitaidon kehittämiseksi
- henkilökuntaa koulutetaan ammattitaidon kehittämiseksi
- \* ammattitaidon kehittäminen perustuu laatu politiikassa määriteltyihin tavoitteisiin
- \* uusi henkilökunta saa koulutusta laadunhallintaan
- henkilöstön koulutustarpeiden määrittelemisen perustuu toiminnan tuloksellisuuden arviointiin

*Henkilöstön johtaminen* (rastittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto)

- johto kertoo henkilökunnalle, mitä heiltä odotetaan organisaation laatu politiikan perusteella
- johto arvioi, toimiiko henkilökunta organisaation laatu politiikan mukaisesti
- \* johto valvoo järjestelmällisesti osastojen/työyksiköiden laadunhallintasuunnitelmien toteutumista (ns. johdon katselmus)
- ei mitään edellämainituista vaihtoehdoista; miksi ei:

.....

### M2. Onko henkilökunnalle varattu aikaa yhdelle tai useammalle seuraavista kehittämistyön vaihtoehdoista? (rastittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto)

*Aikaa on varattu:*

- ammatilliseen jatko- ja täydennyskoulutukseen
- \* laadunhallinnan menetelmä- ja tekniikkakoulutukseen
- työyksikön toiminnan arviointiin moniammatillisissa työryhmissä
- laatu projekteihin ja laatu tiimeihin
- oman työn arviointiin omassa ammattiryhmässä
- \* menettely- ja toimintaohjeiden tai hoitosuosituksen laatimiseen
- johonkin muuhun, mihin:.....
- ei tarvita

## MENETTELY- JA TOIMINTAOHJEET

**P1. Minkälaisia kirjallisia menettely-, toiminta- tai työohjeita organisaatiossanne on käytössä?**  
(ks. määritelmät); (rastittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto)

*Kirjallisia menettely-, toiminta- tai työohjeita on laadittu:*

- joitakin tiettyjä ammatillisia työtehtäviä tai toimenpiteitä varten
- asiakkaan/potilaan ohjausta ja neuvontaa varten
- omaisten ohjausta ja neuvontaa varten
- hoito- ja tutkimuslaitteiden ja -välineiden käyttöä varten
- hoito-/palveluprosessin laadun kannalta tärkeitä kohtia varten
- tiettyjä asiakasryhmiä (tai diagnooseja) varten
- asiakkaan/potilaan hoito- tai palveluprosessille hoitoon ottamisesta hoidon päättämiseen
- yhteistyöstä muiden palvelun tuottajien kanssa esimerkiksi hoitovastuun siirtyessä
- jotain muuta varten, nimittäin: .....

**P3. Onko organisaatiossanne yhdenmukainen menettely- ja toimintaohjeiden laadintatapa?**

- \* ei ole tai ei tarvita
- kyllä, jokaisessa menettely- ja toimintaohjeessa mainitaan (rastittakaa vain soveltuvat vaihtoehdot):
  - menettely- ja toimintaohjeen laadintapäivä
  - menettely- ja toimintaohjeen laatija
  - menettely- ja toimintaohjeen hyväksyjä
  - menettely- ja toimintaohjeen käyttäjä
  - menettely- ja toimintaohjeen tarkistusajankohta

**P4. Ketkä osallistuvat ammatillisten menettely- ja toimintaohjeiden laadintaan?**  
(rastittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto)

- laativastaava (laatupäällikkö, laatukoordinaattori tms.)
- johto
- esimiehet
- henkilökunta
- joku muu, kuka: .....

**P6. Onko organisaatiossanne laadittu hoito- tai palveluprosessikuvauksia?**

- ei ole tai ei tarvita
- kyllä, prosessikuvauksia on laadittu (rastittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto):
  - \* ydin-/pääprosesseista (varsinaisista hoito- ja palveluprosesseista)
  - tukipalveluprosesseista
  - jostain muusta, mistä: .....

## LAADUNHALLINNAN MENETELMÄT JA TYÖKALUT

### D1. Käytetäänkö organisaatiossanne seuraavia toiminnan tai johtamisen kehittämisen menetelmiä

**ja työkaluja?** (rastittakaa sopiva vaihtoehto: 1 = ei käytetä, tai ei sovellu meidän sektorillemme, 2 = käytetään, mutta ei

vielä järjestelmällisesti eli tuloksia ei riittävästi hyödynnetä toiminnan ohjauksessa, 3 = käytetään järjestelmällisesti eli tuloksia

hyödynnetään järjestelmällisesti toiminnan ohjauksessa)

	1	2	3
<b>Oman työn arviointi ammattiryhmien sisällä</b> samaa ammattiin kuuluvat arvioivat ja parantavat ryhmänä työtään käyttäen arviointiperusteena ennalta asetettuja kriteereitä (sisältää myös laadunparantamistiimit, laatupiirit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Moniammatillinen arviointi</b> eri ammattiryhmät arvioivat ja parantavat yhdessä (moniammatillisesti) työtään käyttäen arviointiperusteena ennalta asetettuja kriteereitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>*Hoito-/palvelusuunnitelmien käyttö</b> yksilölliset hoito- ja palvelusuunnitelmat tehdään ja niitä arvioidaan määräajoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Palvelujen tuotteistaminen</b> palvelujen tuotteistaminen on palvelujen sisällön, tarkoituksen, kustannusten ja laatuvaatimusten tarkempaa määrittelyä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>*Kehityskeskustelut</b> henkilökunnan kanssa käydään määräajoin kehitys-, esimies-alais - tai urakeskusteluja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>*Laatujärjestelmän sisäinen arviointi (sisäinen auditointi)</b> määräajoin arvioidaan, toimivatko laatujärjestelmän kaikki osat halutulla tavalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Laitosten välinen arviointi/vierailukäynnit</b> menetelmä, jossa saman alan organisaatiot/työyksiköt arvioivat toistensa organisaatiota ennalta sovittujen kriteerien mukaan ja tekevät parannusehdotuksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Johdon tietojärjestelmät</b> johdon tietojärjestelmä tuottaa määräaikaista katsauksia annetusta hoidosta ja sen lopputuloksista; näiden tietojen perusteella arvioidaan (laatu)politiikkaa ja muutetaan sitä tarvittaessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>*Palvelun käyttäjien tyytyväisyystutkimukset</b> käyttäjää pyydetään määräajoin arvioimaan saamaansa palvelua/hoidoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hoitoon lähettäjien tai muiden hoito- ja palveluketjussa toimivien tyytyväisyystutkimukset</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>*Henkilökunnan tyytyväisyystutkimukset</b> työntekijöiltä kysytään määräajoin, ovatko he tyytyväisiä työhönsä, työmääräänsä, työolosuhteisiinsa jne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Potentiaalisten käyttäjien palvelutarveselvitykset</b> organisaatio selvittää tutkimuksen avulla hoidon/palvelun tai (uusien) tuotteiden tarpeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hoitoon lähettäjätahojen tai muiden palveluketjussa toimivien odotuksia koskevat selvitykset</b> organisaatio selvittää tutkimuksen avulla lähettäjätahojen (tai muiden osapuolien) odotuksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>*Valitusten käsittelymenettely</b> valituksia ja valitusten järjestelmällistä käsittelyä arvioidaan määräajoin ja sen perusteella tehdään parannuksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tasapainotetun mittariston käyttö</b> tasapainotettu mittaristo (tasapainoinen onnistuminen, Balanced Scorecard, BSC) on organisaation strategisen päätöksenteon kehittämisen väline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vertailukehittäminen (Benchmarking)</b> organisaatio vertaa toimintaansa muihin tunnetusti hyviin organisaatioihin kehittääkseen toimintaansa; myös vertailuseuranta (Sote-Vertti, Labquality tms.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D2. Kuinka monta laatuprojektia organisaatiossanne on ollut vuoden 1999 aikana? Tässä tarkoitetaan vain projekteja, joilla on kirjallinen projektisuunnitelma ja johdon hyväksyntä.**

- ei yhtään
- ..... (laatuprojektien lukumäärä)

**D4. Mitä tietoja johto käyttää laatupolitiikan arvioimiseen ja suuntaamiseen?**

(rastittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto)

- palvelun käyttäjien tyytyväisyystutkimuksia
- työntekijöiden tyytyväisyystutkimuksia
- asiakkaiden/potilaiden lähtöhaastatteluja
- henkilökunnan lähtöhaastatteluja
- jatkuvaa asiakaspalautetta
- palveluketjujen sisäisten asiakkaiden mielipiteitä
- palvelun tilaajien/rahoittajien/maksajien mielipiteitä
- sisäisten arviointien (auditointien) tuloksia
- ulkoisten arviointien tuloksia
- joitakin muuta tietoja, mitä: .....

**D5. Käytetäänkö organisaatiossanne laadun seuranta- ja arviointimittareita?**

- ei käytetä
- kyllä, seuranta- ja arviointimittareina käytetään (rastittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto):
  - taloudellisia tunnuslukuja
  - \* tietoja hoidon/palvelun tuloksista ja vaikutuksista
  - jono- ja odotusaikatietoja
  - työntekijöiden sairauspoissaolo- ja vaihtuvuustietoja
  - asiakkaiden/potilaiden tekemiä valituksia
  - \* tietoja virheistä tai komplikaatioista
  - hoidon terveysvaikutuksien mittareita (esim. koettu elämänlaatu, toimintakyky)
  - jotain muuta, mitä: .....

## YHTEISTYÖ JA PALVELUKETJUT

**S5. Onko organisaatiollanne yhteisiä laadunhallinnan käytäntöjä ulkoisten yhteistyökumppaneitten tai palveluihin/palveluketjuihin (ks. määritelmät) osallistuvien muiden palveluyksiköiden kanssa?**

- \* ei ole yhteistyökumppaneiden/palveluketjujen yhteisiä laadunhallinnan käytäntöjä tai ei sovellu  
 on seuraavia yhteistyökumppaneiden/palveluketjujen yhteisiä laadunhallinnan käytäntöjä  
 (rastittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto):
- laadun arviointitapa
  - kirjallinen visio
  - toimintaohjeita asiakkaan/potilaan hoitovastuun siirtymisestä
  - selkeästi määritelty vastuunjako
  - kirjaamiskäytäntö
  - keskustelut tuloksista
  - asiakkaan/potilaan ohjaus
  - valitusten kirjaamistapa
  - toiminta- tai vuosikertomuksen laatuosuus
  - jokin muu käytäntö, mikä: .....

**S6. Jos vastasitte myöntävästi edelliseen kysymykseen, luetelkaa millä palveluketjuilla/ palveluilla tai minkä yhteistyökumppanin kanssa on yhteisiä laadunhallinnan käytäntöjä?**

yhteisiä laadunhallinnan käytäntöjä on:

1. .... 4. ....  
 2. .... 5. ....  
 3. .... 6. ....

## POTILAAT / ASIAKKAAT

**C1. Osallistuvatko asiakkaat/potilaat ja/tai heidän järjestönsä organisaationne laadunhallintaan?**

(rastittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto: 1 = eivät osallistu tai ei sovellu, 2 = asiakkaat/potilaat osallistuvat, 3 = järjestöt osallistuvat)

<i>Asiakkaat/potilaat ja/tai heidän järjestönsä osallistuvat:</i>	1	2	3
laatukriteerien laatimiseen (ks. määritelmät)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
menettely- ja toimintaohjeiden laadintaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
organisaation laatutavoitteiden saavuttamisen arviointiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(laatu)työryhmien työskentelyyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
laatuprojekteihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
johonkin muuhun, mihin: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C2. Annettaanko organisaatiossanne järjestelmällisesti uusille asiakkaille/potilaille kirjallista informaatiota asiakkaiden/potilaiden oikeuksista? Jos annetaan, mitä tietoa?**

- ei anneta järjestelmällisesti kirjallista informaatiota asiakkaille/potilaille  
 kyllä, asiakkaille/potilaille annetaan järjestelmällisesti tietoa (rastittakaa soveltuvat vaihtoehdot):
- \* asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeudesta
  - \* muistutusten ja valitusten tekemisestä
  - \* oikeudesta tarkastaa itseään koskevat tiedot
  - \* kirjallisesta suostumuksesta tietojen antamiseen
  - jostakin muusta, mistä: .....



## MYÖNTEISET JA KIELTEISET VAIKUTUKSET

### E1. Mitä myönteisiä vaikutuksia odotatte saavanne (tai olette jo saaneet) järjestelmälli-

**sellä laadunhallinnalla?** (rastiittakaa soveltuva vaihtoehto: 1 = emme odota, 2 = odotamme saavamme, 3 = olemme jo saaneet)

<i>Asiakkaat/potilaat</i>	1	2	3
asiakassuuntautuneisuus lisääntyy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*asiakkaiden/potilaiden tyytyväisyys lisääntyy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Henkilökunta</i>	1	2	3
henkilökunnan tyytyväisyys lisääntyy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*henkilökunnan sitoutuminen ja joustavuus lisääntyy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Organisaatio</i>	1	2	3
organisaation hallittavuus ja johdettavuus lisääntyy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
organisaatio profiloituu paremmin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ulkoisten osapuolien (lähettäjätahojen, rahoittajien, asiakas-/potilasjärjestöjen jne) tyytyväisyys lisääntyy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hoidon/palvelun laatu</i>	1	2	3
*palveluprosessin laatu paranee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*hoidon tulokset (outcome) paranevat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kannattavuus</i>	1	2	3
organisaation tuottavuus paranee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*kustannukset vähenevät/syntyy kustannussäästöjä pitkällä aikavälillä <b>omassa organisaatiossa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kustannukset vähenevät/syntyy kustannussäästöjä pitkällä aikavälillä, <b>muualla kuin omassa organisaatiossa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jotakin muita vaikutuksia, mitä: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### E2. Onko menettely- ja toimintaohjeiden määrä ja luonne organisaatiossanne muuttunut laadunhallinnan vaikutuksesta? (rastiittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto)

- ei muutosta
- \* menettely- ja toimintaohjeita on tullut lisää
- turhia menettely- ja toimintaohjeita on poistettu
- menettely- ja toimintaohjeita valvotaan paremmin
- epävirallisia, kirjoittamattomia menettely- ja toimintaohjeita on virallistettu
- menettely- ja toimintaohjeiden noudattamista seurataan paremmin
- \* menettely- ja toimintaohjeiden toimivuutta arvioidaan paremmin

### E3. Onko laadunhallinnalla ollut kielteisiä vaikutuksia organisaatiossanne? (rastiittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto)

- ei kielteisiä vaikutuksia
- kustannukset ovat nousseet
- toimintaan on tullut joustamattomuutta
- työmäärä on lisääntynyt
- henkilökunnan motivaatio/tyytyväisyys vähentynyt
- jotakin muuta, mitä: .....

## LAATUKUSTANNUKSET

### K1. Keskustellaanko laatuprojektien kustannuksista organisaation sisällä ja/tai ulkopuolisten tahojen kanssa? (rastittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto):

- ei keskustella tai ei sovellu meille
- \* kyllä, keskustellaan organisaation sisällä
- kyllä, keskustellaan rahoittajien, tilaajien tai ostajien kanssa

### K2. Arvioidaanko organisaatiossanne laatuprojektien kustannuksia ja hyötyjä?

(rastittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto):

- ei arvioida tai ei sovellu meille
- kyllä, mutta vain kustannukset
- \* kyllä, sekä kustannukset että hyödyt
- kyllä, mutta vain hyödyt
- jotain muuta, mitä:.....

### K3. Tunnetaanko organisaatiossanne huonon laadun ennaltaehkäisemiseen liittyvien kustannusten suuruus?

- ei tunneta
- tunnetaan seuraavat kustannukset (rastittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto):
- (työntekijöiden ja johdon) koulutus laadunhallintaan
  - menettely- ja toimintaohjeiden laatiminen ja käyttöönotto
  - laatuprojektien käynnistäminen ja toteuttaminen
  - laatumittareiden tai -indikaattorien kehittäminen
  - ammattiryhmien sisäinen/osastoilla tapahtuva arviointi
  - laitteiden ja välineiden määräaikaishuollot
  - joku muu, mikä: .....

### K4. Tunnetaanko organisaatiossanne arviointeihin liittyvien kustannusten suuruus?

- ei tunneta
- tunnetaan seuraavat kustannukset (rastittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto):
- tietojen keruu seurantaan varten (esim. mittarit, indikaattorit)
  - vahinkojen/komplikaatioiden kirjaaminen
  - sisäiset arvioinnit/auditoinnit
  - mielipidekartoitukset/tyytyväisyystutkimukset
  - laitosten väliset arviointikäynnit/vierailut
  - kuluttaja-/potilasjärjestöjen tekemä ulkoinen arviointi
  - sertifiointiin, akkreditointiin tai muuhun laatutunnustukseen liittyvä ulkoinen arviointi
  - joku muu, mikä (esimerkiksi ostajan/rahoittajan arviointikäynnit):
- .....
- .....

**K5. Tunnettaanko organisaatiossanne huonon laadun korjaamiseen liittyvien kustannusten suuruus?**

- ei tunneta
- tunnetaan seuraavat kustannukset (rastiittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto):
- valitusten käsittely
  - potilasvahingot
  - virheiden korjaaminen
  - materiaalihukka
  - päällekkäinen/turha työ
  - hoitoajan tai hoidon keston piteneminen
  - asiakkaiden/läheittäjätohojen menettäminen
  - joku muu, mikä: .....

**K6. Laadunhallinnan kustannusten ja hyötyjen laskemista varten tarvitaan yksityiskohtaisia kustannuslaskentatietoja. Onko organisaatiossanne tällainen kustannuslaskentajärjestelmä?**

- \* ei
- kyllä, organisaatiossamme lasketaan (rastiittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto):
- kustannukset / palvelu
  - kustannukset / tuote
  - koko hoito-/palveluprosessin kustannukset asiakas-/potilasryhmittäin
  - hoito-/palveluprosessiin sisältyvien työkokonaisuuksien/tehtävien kustannukset

**ORGANISAATION KULTTUURI JA RAKENNE**

**U1. Miten kuvailisitte organisaationne rakennetta ja kulttuuria?**

(rastiittakaa jokaisen vaihtoehdon kohdalta janalta soveltuva väli):

organisaatorakenne on	<i>moniportainen</i>	----- ----- ----- ----- -----	<i>matala</i>
päätöksenteko on	<i>keskitetty</i>	----- ----- ----- ----- -----	<i>hajautettu</i>
menettely- ja toimintaohjeita on	<i>paljon</i>	----- ----- ----- ----- -----	<i>vähän</i>
suhtautuminen uudistuksiin on	<i>joustamatonta</i>	----- ----- ----- ----- -----	<i>joustavaa</i>
keskinäinen kommunikaatio on	<i>muodollista</i>	----- ----- ----- ----- -----	<i>epämuodollista</i>
työntekijät ovat	<i>sitoutumattomia</i>	----- ----- ----- ----- -----	<i>sitoutuneita</i>
organisaatiomme on laadunhallinnassa	<i>edelläkävijä</i>	----- ----- ----- ----- -----	<i>perässähiittäjä</i>

**U3. Missä määrin seuraavat väitteet pitävät paikkansa organisaatiossanne?**

(rastittakaa jokaisen vaihtoehdon kohdalta janalta soveltuva väli):

	<i>täysin samaa mieltä</i>						<i>täysin eri mieltä</i>
Hoitoon/palveluun on meillä liian pitkät jonot		-----		-----		-----	
Meillä on liian paljon töitä		-----		-----		-----	
Organisaatiossamme on liian paljon täyttämättömiä vakansseja		-----		-----		-----	
Organisaatiomuutos tai sen jälkivaihe kuormittaa meitä liikaa		-----		-----		-----	
Organisaatiollamme on liian paljon kilpailijoita		-----		-----		-----	
Meillä on liian paljon sairauspoissaoloja		-----		-----		-----	

**TULEVAISUUS****T1. Onko organisaatiossanne tehty tai suunnitteilla ulkoinen arviointi?** (rastittakaa soveltuva

vaihtoehto:

1= organisaatio on jo arvioitu, 2= organisaation tavoitteena on ensimmäinen tai uudelleen arviointi, 3 = ei ole tavoitteena)

	1	2	3
*organisaatioiden välisen arvioinnin avulla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*ostajan tai rahoittajan organisoiman vierailukäynnin avulla (esim. Kela, Valtiokonttori, kunta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ulkopuolisen konsultin toimesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*riippumattoman elimen arvioijien (esim. sertifiointiyritys, Laatukeskus) toimesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jollakin muulla tavoin, miten: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**T2. Työskennelläänkö organisaatiossanne jonkin laatu- tai sertifiointitunnustuksen tai sertifiointin saamiseksi****vai onko teillä jo sellainen?** (rastittakaa soveltuva vaihtoehto: 1 = ei työskennellä, 2 = työskennellään, 3 = olemme jo saaneet)

	1	2	3
Suomen laatupalkinto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ISO 9000-sertifikaatti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efektia-Terveystutkimuksen laaduntunnustus (King's Fund)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratorion akkreditointitodistus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologian laatu- tai sertifiointitodistus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
joku muu, mikä: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**T3. Mitkä ovat tärkeimmät laadunhallinnan kehittämisaalueenne vuonna 2000?**

(rastittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto):

- laadunhallintakoulutus
- menettely- tai toimintaohjeiden kehittäminen
- laatu- tai sertifiointiprojektit/kehittämiprojektit
- prosessien hallinnan kehittäminen
- mielipidekartoitukset
- sisäiset arvioinnit (auditoinnit)
- ulkoinen arviointi/sertifiointi
- sisäinen hoidon/palvelun koordinaatio
- ulkoinen hoidon/palvelun koordinaatio/sopiminen palveluketjussa toimivien kanssa
- alueellinen yhteistyö
- mittariston/mittausjärjestelmän kehittäminen
- joku muu, mikä: .....

**T5. Mitä malleja tai kriteeristöjä organisaatiossanne käytetään laadunhallinnan kehittämisessä?**

(rastittakaa tarvittaessa useampikin vaihtoehto):

- \* Suomen laatupalkinto  
 Euroopan laatupalkinto  
 \* ISO 9000-standardit  
 \* Palvelujärjestelmän laadunkehittämisohjelma ja auditointi (Efektia-Terveystutkimus)  
 \* ITE - menetelmä työyksikön itsearviointiin ja laadunhallintaan (Suomen Kuntaliitto)  
 \* PIENET -laatu järjestelmän malli (Stakes ja Suomen Kuntaliitto)  
 Laboratorion akkreditointi  
 Patologian laatutunnus  
 joku muu, mikä: .....

**T7. Montako työntekijää on organisaatiossanne (siinä organisaatiossa/laitoksessa, jonka edustajana vastasitte)?**

Organisaatiossamme on ..... työntekijää

**T9. Kertoisitteko, kuka täytti tämän lomakkeen?**

- ylin johto  
 laatu vastaava (laatupäällikkö, laatukoordinaattori tms)  
 joku muu, jonka tehtävä organisaatiossa on: .....

**T10. Minkä sairaanhoitopiirin alueella organisaationne sijaitsee?**

Sairaanhoitopiiri: .....

**T13. Onko organisaationne omistaja julkinen (valtio, kunta tms.) vai yksityinen?**

- julkinen  
 yksityinen

**T14. Toiminnan rahoitus: mihin rahoitukseenne pääosin perustuu? (rastittakaa vain yksi vaihtoehto):**

- verorahoitukseen  
 julkiseen sairausvakuutukseen (Kela)  
 yksityiseen sairausvakuutukseen (esim. liikenne- ja tapaturmavakuutusyhtiöt)  
 suoraan asiakasrahoitukseen

**T15. Miten hyvin organisaatiossanne tunnetaan seuraavat laadunhallintasuositukset?**

(rastittakaa soveltuva vaihtoehto: 1 = emme tunne, 2 = tunnemme, 3 = olemme hyödyntäneet)

- |  | 1                        | 2                        | 3                        |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa<br>(Stakes 1995)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Julkisten palvelujen laatu strategia<br>(Valtiovarainministeriö ja Suomen Kuntaliitto 1998)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Laadunhallinta kuntien hankkimissa ja ylläpitämissä<br>terveyspalveluissa (Suomen Kuntaliitto 1998)    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle<br>(STM, Stakes ja Suomen Kuntaliitto 1999) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Sydämellinen kiitos kyselylomakkeen täyttämisestä!  
 Lomakkeen voitte palauttaa oheisessa vastauskuoressa.**

Stakes

Suomen Kuntaliitto

Nivel

---

Helsinki 11/1999

## ARVOISA TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATION JOHTAJA

### Muistitthän palauttaa kyselylomakkeen?

Organisaationne on mukana kansainvälisessä kyselytutkimuksessa 'Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa', jonka Suomessa toteuttavat Stakes ja Suomen Kuntaliitto. Tutkimuksen tavoitteena on saada käsitys siitä, missä vaiheessa laadunhallinta on sosiaali- ja terveydenhuollon eri sektoreilla. Yksittäisten organisaatioiden tilannetta ei tarkastella. Vaikka organisaationne laatutyö olisi vasta alkuvaiheessa, vastauksenne on sektoriarvioinnin takia tärkeä.

Olette saaneet postitse kyselylomakkeen viikolla 45. Mikäli vastauksenne on jo lähtenyt, kiitämme lämpimästi saamastamme vastauksesta. Muussa tapauksessa toivomme teidän palauttavan lomakkeenne täytettynä mahdollisimman pian. Lähetämme tarvittaessa mielellämme Teille uuden lomakkeen. Voitte ottaa yhteyden

- erikoissuunnittelija Maarit Outiseen, puhelin (09) 3967 2293 tai (0400) 834 987, faksi (09) 3967 2227, maarit.outinen@stakes.fi
- sihteeri Aila Teinilään, puhelin (09) 3967 2294 tai (0400) 834 987, faksi (09) 3967 2227, aila.teinila@stakes.fi

### Kiitos vaivannäöstänne!

(Allekirjoitukset)

Maarit Outinen  
erikoissuunnittelija

Matti Liukko  
hallintoylilääkäri

---

Helsinki 15.12.1999

### **ARVOISA TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATION JOHTAJA**

Organisaationne on mukana kansainvälisessä kyselytutkimuksessa 'Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa', jonka Suomessa toteuttavat Stakes ja Suomen Kuntaliitto. Lyhyt kuvaus tutkimuksesta on tämän sivun kääntöpuolella. Tavoitteena on saada kuva siitä, missä eri sektoreilla mennään ja päätellä sen perusteella esimerkiksi millaisilla tukitoimilla laadunhallintaa voitaisiin edistää lähivuosina. Tästä johtuen tutkimuksessa ei arvioida millään tavalla yksittäisten organisaatioiden tilannetta, vaan aineisto käsitellään sektoreittain. Lomakkeen etusivulla olevan koodiston avulla pystymme tietojen tallennuksessa ja tulosten analysoinnissa tunnistamaan, mihin sektoriin ja ryhmään lomake kuuluu. Tämä koodi jää vain tutkijan tietoon. Laitoskoodia olemme käyttäneet myös näiden kirjeiden kohdistamisessa sellaisille organisaatioille, joilta emme ole vielä saaneet vastausta. Tämän kirjeen saavat myös ne organisaatiot, jotka ovat jo vastanneet, mutta poistaneet lomakkeessa olevan koodin ennen sen palauttamista.

Olette saaneet postitse kyselylomakkeen viikolla 45 ja "muistutuksen" viikoilla 48-49. Olemme sen jälkeen jo postittaneet uusia lomakkeita niitä pyytäneille. Teidän vastaustanne emme ole kuitenkaan vielä saaneet ja siksi lähetämme teille uuden lomakkeen. Mikäli vastauksenne on jo lähtenyt, kiitämme lämpimästi saamastamme vastauksesta.

**Olemme pidentäneet vastausaikaa saadaksemme mahdollisimman kattavan otoksen.** Vastaamisohjeet ovat tämän sivun kääntöpuolella. **Toivomme Teidän palauttavan lomakkeenne täytettynä 7.1.2000 mennessä oheisessa vastaus-kuoressa.**

Lisätietoja tutkimuksesta antavat erikoissuunnittelija Maarit Outinen Stakesin Palvelut ja laatu -yksiköstä, puhelin (09) 3967 2293 tai (0400) 834 987 sekä hallintoylilääkäri Matti Liukko Suomen Kuntaliitosta, puhelin (09) 771 2611 tai (050) 663 94.

### **Kiitos vaivannäöstänne!**

Maarit Outinen  
erikoissuunnittelija  
Stakes

Matti Liukko  
hallintoylilääkäri  
Suomen Kuntaliitto

## Ohjeita kyselylomakkeen täyttämiseen

Tarkoitus on, että lomakkeen täyttää johdon edustaja.

Kyselylomakkeeseen vastaamiseen menee aikaa noin tunti. Vaivannäkö kannattaa, sillä huolellisesti täyttämällä teette samalla arvion itsellenne organisaationne laadunhallinnan tämän-hetkisestä tilanteesta. Vastauksesta kannattaa ottaa kopio, jota voitte verrata syyskuussa jul-kaistavan raportin tietoihin. Lomakkeen kysymykset ovat pääosin strukturoituja, mikä helpottaa vastaamista. Lähes kaikissa kysymyksissä voi valita useampia vaihtoehtoja.

### Tietoja tutkimuksesta laadunhallinnan etenemisestä Suomessa

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta on Suomessa kehittynyt nopeasti viime vuosina. Tämä on näkynyt tehdyissä selvityksissä, jotka ovat koskeneet esimerkiksi erikoissairaanhoidon, suun terveydenhuollon ja joidenkin läänien alueilla toimivia palvelujen tuottajia. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevista suosituksista pidetään tärkeänä laadunhallinnan kehityksen seuraamista.

Hollannissa toimiva perusterveydenhuollon tutkimuslaitos NIVEL (Netherlands Institute of Primary Health Care) pyysi Stakesia ja Suomen Kuntaliittoa osallistumaan Hollannin terveystieteiden tutkimukseen. Osallistuminen tähän tutkimukseen tarjoaa erinomaisen tilaisuuden kartoittaa laadunhallinnan etenemistä sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavissa organisaatioissa ja mahdollistaa lisäksi vertailun Suomen ja Hollannin välillä. Erityisen kiinnostavaa on vertailla, onko meillä laadunhallinnassa päästy suositusten avulla samoihin tuloksiin kuin Hollannissa lainsäädännöllisin keinoin.

### Tutkimuksen tavoitteet, aineisto ja raportointi

Suomessa tutkimuksen tavoitteena on saada valtakunnallisesti edustava kuva siitä, miten laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa on kehittynyt, miten erilaisia laadunhallinnan menetelmiä ja työkaluja käytetään ja miten laadunhallinnan järjestelmien rakentamisessa on edistytty. Lisäksi halutaan selvittää, mitä yhteneväisyyksiä ja eroja laadunhallinnassa on sosiaali- ja terveydenhuollon seuraavien sektoreiden välillä: terveyskeskukset ja lääkäriasemat, sairaalat, vanhainkodit, palvelutalot, kuntoutus- ja kehitysvammahuollon laitokset, päihdehuollon organisaatiot ja kuntien sosiaalityö. Otos on yhteensä 1 500 palvelujen tuottajaa.

Tutkimus tehdään yhtä aikaa molemmissa maissa kyselylomakkeella, jonka ovat laatineet NIVELin tutkijat. Suomalainen versio on muokattu meidän oloihimme soveltuvaksi: osa kysymyksistä on jätetty pois, osaa täydennetty omilla vaihtoehdoilla ja lisätty omia kysymyksiä. Tästä johtuen kysymysten numerointi ei ole juokseva.

Lomakkeen aihealueet on valittu soveltaen Euroopan laatupalkinnon aihealueita. Ne ovat laadunhallinta ja -strategia, henkilöstöjohtaminen ja -politiikka, toiminta- ja menettelyohjeet, yhteistyö ja palveluketjut, laadunhallinnan menetelmät ja työkalut sekä asiakkaiden osallistuminen. Muita aiheita ovat laadunhallinnan myönteiset ja kielteiset vaikutukset, laadunhallinnan onnistumiset sekä organisaation kulttuuri ja rakenne sekä tulevaisuudennäkymät.

### Tuloksia syyskuussa

Kyselyyn vastanneille organisaatioille tiedotetaan tuloksista syyskuussa 2000, jolloin myös peruserä raportti ilmestyy. Se tulee olemaan tulostettavissa Stakesin kotisivulta ([www.stakes.fi](http://www.stakes.fi)) tai tilattavissa Stakesista.



Etelä-Suomen lääninhallitus. Selvitys terveydenhuollon laadunhallinnasta 1999. Kanta-Häme ja Päijät-Häme. 1999.

*Hanni R, Tervo A, Pajunpää H.* Terveydenhuolto 2000-luvulle. Laadunhallinta Pohjois-Suomen terveydenhuollossa vuonna 1999. Oulun lääninhallituksen julkaisuja 2000: 57. Oulun lääninhallitus, Oulu 2000.

*Holma T.* ITE-menetelmä työyksikön itsearviointiin ja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen Kuntaliitto, Helsinki 1997.

*Holma T, Outinen M, Haverinen R.* PIENET - kohti laatujärjestelmää. Sosiaali- ja terveydenhuollon pienten työyksiköiden ja yksin toimivien ammattihenkilöiden laadunhallinnan keinot. Suomen Kuntaliitto, Stakes, Helsinki 1997.

HOPE. Standing Committee of the Hospitals of the E.U: The Quality of Health Care / Hospital Activities. The report by the Working Party on Quality Care in Hospitals of the Sub-committee on Co-ordination. HOPE, September 2000.

Julkisten palvelujen laatustrategia. Julkisten palvelujen laatustrategia -projekti. Suomen Kuntaliitto, Valtiovarainministeriö. Helsinki 1998.

*Kontio P, Salo S, Vara S, Aaltonen E.:* Laatu-päätös. Tulokset Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisesta laadunhallinnasta. Itä-Suomen lääninhallitus, Sosiaali- ja terveysosasto, Joensuun palveluyksikkö. Joensuu 1998.

Laadukkaat palvelut, hyvä hallinto ja vastuullinen kansalaisyhteiskunta. Hallintopolitiikan suuntaviivat. Valtioneuvoston periaatepäätös. Helsinki 1998.

Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. Stakes 1995.

Laadunhallinta kuntien ylläpitämissä ja hankkimissa terveystalouksissa. Suomen Kuntaliitto, Helsinki 1998.

*Mäki T.* Laadunhallintainnovaation diffuusio Suomen terveydenhuollossa. Lisensiaatintutkimus. Kuopion yliopisto, terveyshallinnon ja -talouden laitos. Kuopio 2000.

Quality of Care 2000. Esite osoitteessa: <http://www.minvws.nl/international/folders and factsheets>

*Sluijs E, Bakker D de, Dronkers J.* Kokemuksia laatujärjestelmien rakentamisesta Hollannin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1995:2. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1995.

*Sluijs E M, Outinen M, Wagner C, Liukko M, Bakker D H de.* The impact of legislative versus non-legislative quality policy in health care: a comparison between two countries. Hyväksytty helmikuussa 2000 julkaistavaksi Health Policy -lehteen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Suomen Kuntaliitto. Gummerus Kirjapaino, Jyväskylä 1999.

*Taipale E, Outinen M, Mäkelä M.* Missä mennään erikoissairaanhoidon laadunhallinnassa 1997? Aiheita 16/1998. Stakes, Helsinki 1998.

TATO. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1999:16. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1999.

Terveydenhuolto 2000-luvulle. Terveydenhuollon kehittämisprojektin toimeenpano. Oppaita 1998:5. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1998.

*Uusitalo H, Parpo A, Hakkarainen A (toim.).* Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Raportteja 250. Stakes, Helsinki 2000.

*Vaarama M, Kainulainen S, Perälä M-L, Sinervo T.* Vanhusten laitoshoidon tila. Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu. Aiheita 46/1999. Stakes, Helsinki 1999.

*Wagner C.* Implementation and effectiveness of quality systems in Dutch health care institutions. Thesis Vrije Universiteit Amsterdam. Nivel, Utrecht 1999.

*Wagner C, Bakker D de, Groenewegen P.* A Measuring instrument for evaluation of quality systems. International Journal for Quality in Health Care 1999; Volume 11, Number 2 pp. 119-130

*Wilén T.* Laatutyön ohjaus ja eteneminen julkisen sektorin organisaatioissa. Esimerkkinä Kansalliseen palvelu- ja laatuhankeeseen 2000-2001 osallistuvat organisaatiot. Pro gradu-tutkielma. Hallintotiede. Syksy 2000. Lapin yliopisto.

*Vuorio, A., Paatero, H.:* Katsaus kuntoutuksen laadunhallintaan. Monisteita-sarja, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1997.