



**Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön  
laadunhallinnan nykytilan arviointi**

Anne Komulainen

2015



# Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön laadunhallinnan nykytilan arviointi

Master of Quality Pro -koulutusohjelma 2014-2015  
Aalto University Professional Development

YTHS

Anne Komulainen  
29.3.2015

## Tiivistelmä

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) laadunhallinta pohjautuu Eurooppalaiseen laatu-palkintokriteeristömalliin (EFQM). Laatu-käsikirja on ollut käytössä vuodesta 2000 alkaen ja tulos-kortti noin 10 vuoden ajan. Säätiön laatu-periaatteita ovat yhteiskunnallinen vastuu, asiakas-suuntautuneisuus, tuloshakuisuus ja vaikuttavuus, prosessien johtaminen, henkilöstön kehittä-minen, jatkuva oppiminen ja parantaminen sekä innovatiivisuus. YTHS:n laadunhallintaa on kehitetty vuosien mittaan laajentamalla käytössä olevien laadunhallinnan menetelmien ja työkalujen valikoimaa organisaatiossa ilmenneiden uusien tarpeiden mukaisesti. Organisaation laadunhallintaa ja kehitysvaiheita tai niiden kypsyyttä ei ole lähes kolmikymmenvuotisen historian aikana koskaan kokonaisuutena arvioitu.

Tämä YTHS:n laadunhallinnan nykytilan arviointi toteutettiin osana säätiön laadunhallinnan koordinaattorin kehitysprojektia Master of Quality Pro 2014–2015 -koulutusohjelmassa Aalto yliopistossa. Projektityön tavoitteena oli kuvata johtamisen ja laadunhallinnan menetelmät ja välineet, selvittää laadunhallinnan nykytila, sen vahvuudet ja kehittämiskohteet, arvioida kehitys-vaiheet ja niiden kypsyyt sekä pohtia YTHS:n laadunhallinnan kehittämisen suuntaa ja käytettäviä työkaluja tulevaisuudessa. Laadunhallinnan nykytilan ja kehitysvaiheiden arvioinnissa käytettiin Wagnerin mallista modifioitua organisaatioiden laadunhallinnan arviointimallia, jota on käytetty suomalaisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden itsearviointiin. Mallia varten kehitet-tyä laajaa kysymyssarjaa muokattiin YTHS:n toimintaympäristöön sopivaksi. Kysely lähetettiin säätiön johtoryhmän jäsenille ja asiantuntijoille, terveystalveluyskiköiden johtajille sekä osalle yksiköiden esimiehiä, yhteensä 55 henkilölle. Esimiesotos suhteutettiin muiden vastaajaryhmien kokoon sekä toimintasektoreihin. Vastauksia saatiin 30 vastausprosentin ollessa 54,5 %. Vastaa-jista 40 % edusti esimiehiä, 36,7 % säätiön johtoryhmän jäseniä ja asiantuntijoita sekä 23,3 % terveystalveluyskiköiden johtajia.

Kyselyn tulosten pohjalta voidaan todeta, että YTHS:n laadunhallinta muodostaa melko hyvin koko organisaation kattavan kokonaisuuden. Vuosien laatutyö näkyy erityisesti vahvoina rakenteina ja säätiötasoisina laadunhallinnan asiakirjoina. Keskitetyt laadunhallinnan toimijat ja verkostorakenne ovat kyenneet turvaamaan yhteisten ohjeistusten perillemenon ja laatu-koulutuksen yksiköiden laatutyöstä vastaaville henkilöille. Laatu-periaatteet ovat myös selkeä osa YTHS:n henkilöstöpolitiikkaa. Käytössä olevat johtamisen ja laadunhallinnan välineet näyttivät kyselyn mukaan olevan laajalti käytössä ja kohtuullisen tärkeinä pidettyjä. Niistä ei voi kyselyn perusteella nostaa mitään yksittäistä menetelmää tai välinettä ylitse muiden, vaan eri organisaation tehtävissä ja tasoilla tarvitaan erilaisia menetelmiä ja työkaluja.

YTHS:n laadunhallinnan kehitysvaiheiden ja niiden kypsyyden arvioinnissa nousi esiin kolme kehittämiskohdetta, joissa kaikissa tiedetään olevan suuri potentiaali toiminnan kehittämistä ajatellen: palvelujen tuotteistus, toiminnan ohjausta tukeva raportointi sekä asiakkaiden osallis-tuminen. Säätiön laadunhallinnan vahvuudet ovat vahvat rakenteet ja toimijat eri organisaatio-tasoilla, monipuoliset ja toimivat johtamisen ja laadunhallinnan menetelmät ja välineet, säätiötasoiset laadunhallinnan asiakirjat sekä sitoutunut henkilöstö.

## Sisältö

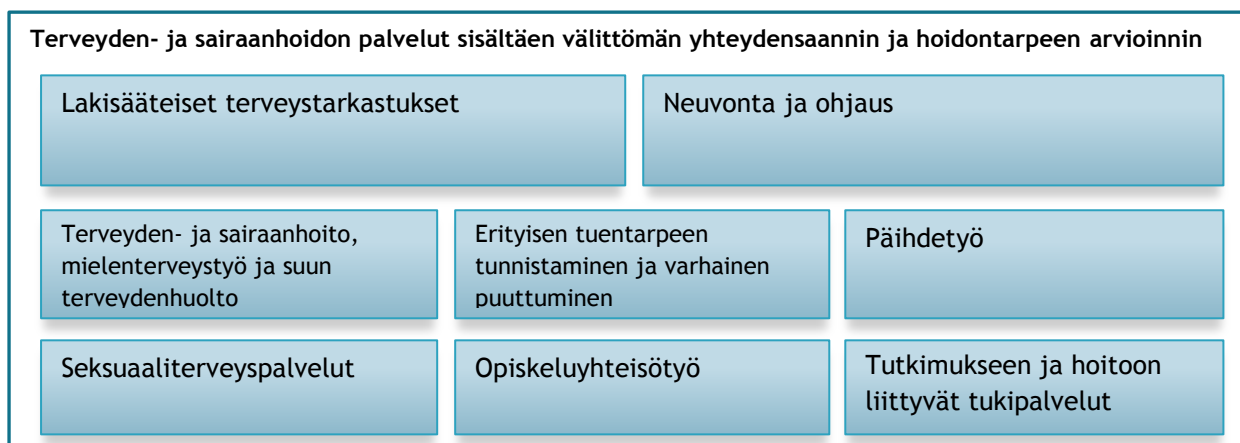
1. YTHS opiskeluterveydenhuollon palvelujen tuottajana
2. Kehitysprojektin tausta
  - 2.1. Sisäiset ja toimintaympäristön muutokset
  - 2.2. Laadunhallinta YTHS:ssä
  - 2.3. Kehitysprojektin tavoitteet, ongelma ja rajaukset
3. Keskeiset johtamisen ja laadunhallinnan menetelmät ja välineet
  - 3.1. Taustarakenteet
  - 3.2. Toiminnan ohjauksen ydin
    - 3.2.1. Johtaminen
    - 3.2.2. Prosessit
    - 3.2.3. Toiminnan tulokset
4. Laadunhallinnan nykytilan kartoitus
  - 4.1. Kysely johdolle ja esimiehille
    - 4.1.1. Kyselyn ja vastaajien esittely
    - 4.1.2. Laatupolitiikkaa ja strategiaa koskevat kysymykset
    - 4.1.3. Henkilöstöä koskevat kysymykset
    - 4.1.4. Toimintaohjeita ja menettelytapoja koskevat kysymykset
    - 4.1.5. Asiakkaita ja potilaita koskeva kysymys
    - 4.1.6. Organisaatiokulttuuria koskeva kysymys
  - 4.2. Laadunhallinnan kehitysvaiheiden ja niiden kypsyyden arviointi
5. Pohdinta ja johtopäätökset
6. Lähteet
  - Lähdeluettelo
  - Muut lähteet
7. Liitteet, kuvat ja taulukot

## 1. YTHS opiskeluterveydenhuollon palvelujen tuottajana

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) on yksityinen voittoa tuottamaton valtakunnallinen terveydenhuollon organisaatio, joka järjestää opiskeluterveydenhuollon palvelut noin 130 000 korkeakouluopiskelijalle. Suomen Ylioppilaskuntien liitto perusti YTHS:n vuonna 1954 ja toiminnan alkuvuosista lähtien palvelut ovat kattaneet ennalta ehkäisevän terveydenhuollon, terveydenhoitaja- ja lääkärivastaanotot, hammashoidon sekä mielenterveyspalvelut. YTHS:ssä työskentelee tällä hetkellä noin 600 työntekijää, joista suurin osa on terveydenhuollon ammattihenkilöitä. YTHS:n yksiköitä on 13 paikkakunnalla ja niiden koko vaihtelee parinkymmenen työntekijän yksiköstä 200 työntekijän yksikköön.

Terveydenhuoltolain 30.12.2010/1326 17 §:ssä määritellään opiskeluterveydenhuollon järjestämisvelvoite kunnille, mutta korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto voidaan järjestää myös muulla Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) hyväksymällä tavalla (1). Näin ollen YTHS voi järjestää opiskeluterveydenhuollon palvelut niiden kuntien puolesta, jotka tekevät sopimuksen palveluiden järjestämisestä YTHS:n kanssa.

Opiskeluterveydenhuollon palveluiden sisältö määritellään terveydenhuoltolaissa. Pääpiirteisään palvelut pitävät sisällään opintoympäristön terveydellisten olojen tarkastamisen, opiskelijoiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen, terveyden- ja sairaanhoitopalveluiden sekä opiskelijan erityisen tuen tarpeen tunnistamisen. YTHS tarjoaa opiskeluterveydenhuollon palvelut kokonaisuutena hyödyntäen moniammatillista yhteistyötä ja sähköisiä palveluita. (Kuva 1.)



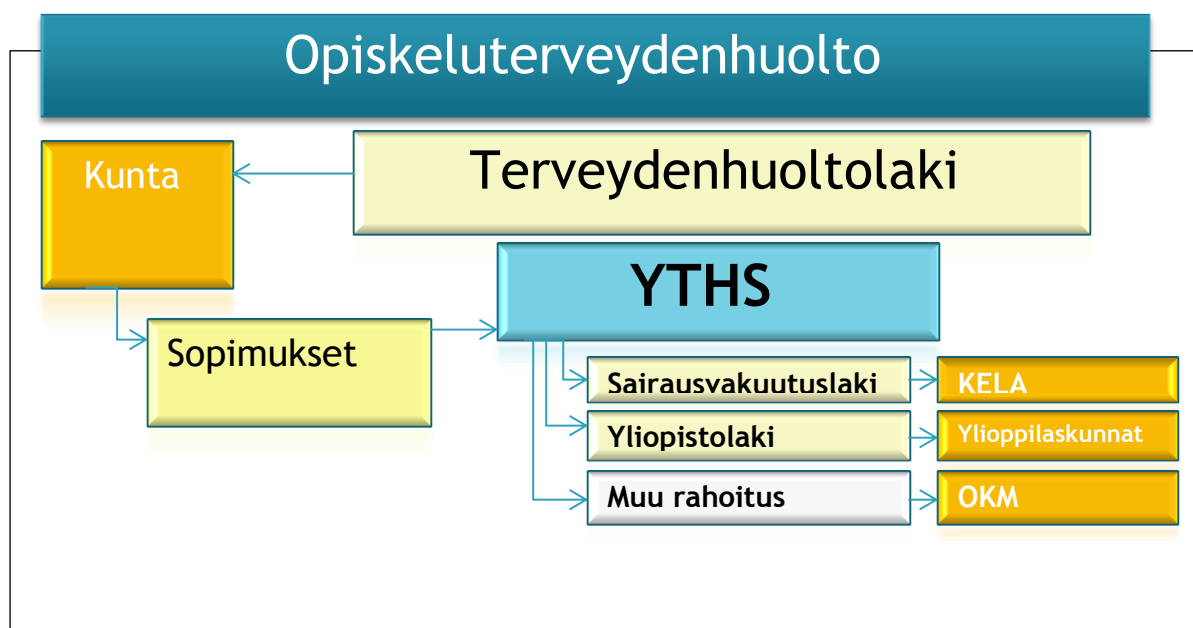
Kuva 1. YTHS:n opiskeluterveydenhuollon lakisääteiset palvelut (tarkempi kuva liitteissä)

YTHS:n toiminnan rahoitus on koostunut monikanavaisesta rahoituksesta siten, että suurin rahoittaja on Kansaneläkelaitos (Kela) noin 60 %:n rahoitusosuudella. Kunnat rahoittavat toimintaa noin 12 %:lla ja opiskelijat noin 18 %:lla. Opetus- ja kulttuuriministeriö on lisäksi rahoittanut YTHS:n toimipisteiden vuokrat erityisellä vuokra-avustuksella. Vuoden 2015 alusta alkaen tätä vuokra-avustusta pienennettiin puoleen ja jatko vuodelle 2016 on vielä avoinna. Eri rahoittajien rahoitusosuuksia säädellään keskinäisillä riippuvuussuhteilla, jolloin muutos yhden

rahoittajan osuudessa vaikuttaa välittömästi muiden osuuksiin. Opiskelijamäärä on keskeinen rahoituksen suuruuteen vaikuttava elementti.

YTHS:n toimintaedellytyksiin keskeisesti vaikuttavia lakeja terveydenhuoltolain lisäksi ovat sairausvakuutuslaki ja yliopistolaki (2,3). Yliopistolain mukaan yliopistojen perustutkinto-opiskelijoiden on kuuluttava ylioppilaskuntaan, jolla on oikeus periä maksuja tehtäviensä hoitamiseksi. Kaikki ylioppilaskuntaan kuuluvat opiskelijat osallistuvat maksamallaan terveydenhoitomaksulla YTHS:n rahoitukseen ja saavat tätä kautta oikeuden YTHS:n opiskeluterveydenhuollon palvelujen käyttöön.

Sairausvakuutuslaki puolestaan määrittelee opiskeluterveydenhuollon palvelujen korvattavuuden. Korvattavaa terveydenhuoltoa ovat opiskelijoiden terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy sekä hoidon kannalta tarpeellinen toiminta, yleis- ja erikoislääkäritasoiset avosairaanhoidon palvelut, mielenterveystyö sekä hammaslääkärin suorittaman järjestelmällisen hammashuollon periaatteita noudattava suun terveydenhuolto lukuun ottamatta oikomishoitoa sekä proteettisen ja hammasteknisten toimenpiteiden kustannuksia. Sairausvakuutuslakiin on kirjattu mahdollisuus korvata opiskeluterveydenhuoltopalveluja YTHS:lle. (Kuva 2.)



Kuva 2. YTHS:n opiskeluterveydenhuollon mahdollistava lainsäädäntö ja rahoittajat (tarkempi kuva liitteissä)

## 2. Kehitysprojektin tausta

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle on viime vuodet etsitty vaihtoehtoisia toteuttamistapoja. Pitkään valmisteltu sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos (sote-uudistus) ei päässyt etenemään hallituskaudella 2011–2015 ratkaisuun saakka. Kesken jääneen uudistuksen päämääränä oli väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Sen keskeisiä tavoitteita olivat 1) turvata yhdenvertaiset, asiakaslähtöiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut koko maassa, 2) vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluita sekä 3) toteuttaa kustannustehokas ja vaikuttava palvelurakenne. Palvelujen järjestäminen ja tuottaminen piti erottaa toisistaan siten, että palveluita olisi jatkossa järjestetty nykyistä harvemmillä sote-alueilla. Kunnat olisivat tuottaneet palvelut joko itse tai hankkineet ne ostopalveluina (4,5).

Toteutustavan ohella merkittävä vaikutus sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuteen on lisäksi valittavalla rahoitusmallilla. Sen tavoitteista keskeisin keskusteluissa mukana ollut on monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen (4).

### 2.1. Sisäiset ja toimintaympäristön muutokset

Tulevalla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämistratkaisulla on merkittävä rooli YTHS:n tulevaisuuden kannalta. YTHS:n tulee kyetä vastaamaan sote-uudistuksen haasteisiin ja osoittaa kykynsä laadukkaisiin, kustannuksiltaan kilpailukykyisiin ja tehokkaisiin opiskelu-terveydenhuollon palveluihin. Tämä kyvykkyys tulee voida osoittaa yleisesti hyväksyttävillä mittareilla ja läpinäkyvällä kustannuslaskennalla. YTHS:n yksi vahvuus on ollut toimiminen lähellä opiskelijaa kuitenkin hyödyntäen valtakunnallisia asiantuntijapalveluita ja kehittämistä. Keskitetyllä ohjauksella on pyritty saamaan palveluvalikko yhdenmukaiseksi ja opiskelijan hoitoon pääsy tasapuoliseksi paikkakunnasta riippumatta. Tässä on viime vuosina edistytty isoin harppauksin.

YTHS:ssä on tapahtunut runsaasti johtajavaihdoksia muutaman viime vuoden aikana. Lähes puolet terveyspalveluyksiköiden johtajista on vaihtunut lähinnä eläköitymisten seurauksena, mutta myös keskushallinnossa on ollut vaihtuvuutta. Viimeisin johtajavaihdos ajoittui lokakuuhun 2014, jolloin säätiö sai uuden toimitusjohtajan. Terveyspalveluista vastaavan johtajan tehtäviä on hoitanut viisi eri henkilöä kolmen vuoden aikana ja myös kehittämispäällikkö on siirtynyt toisiin tehtäviin.

Lisäksi YTHS on tällä hetkellä keskellä historiansa suurinta kehittämisprojektia, kun säätiön käyttämä potilastietojärjestelmä vaihtuu kesäkuussa 2015. Takana on mittava ja raskas kilpailuttamis- ja neuvottelujakso, mutta määrittelytyö uuden kumppanin kanssa on käynnistynyt kuitenkin hyvin ja työ etenee suunnitelmien mukaisesti. Potilastietojärjestelmävaihdosta tarvitaan lainsäädännöllisten muutosten toteuttamiseen, mutta sillä on myös toiminnan-

ohjauksellisia tavoitteita. Lisäksi uuden järjestelmän avulla toiminnan kehittäminen esimerkiksi sähköisten palveluiden suuntaan on huomattavasti helpompaa kuin vanhalla järjestelmällä.

## 2.2. Laadunhallinta YTHS:ssä

YTHS:ssä on tehty suunnitelmallista laatutyötä parinkymmenen vuoden ajan. Ensimmäinen säätiön laatupolitiikka kirjattiin vuonna 1998. Laatujärjestelmän pohjaksi valittiin aikanaan Eurooppalainen laatupalkintokriteeristömalli (EFQM), jota on käytetty laatujärjestelmän rakentamisessa soveltuvin osin (6). Laatukäsikirja on ollut käytössä vuodesta 2000 alkaen ja tulokortti noin 10 vuoden ajan. YTHS:n suurin rahoittaja Kela on kannustanut laatujärjestelmän rakentamiseen edellyttämällä mm. tulokorttia toiminnan itsearvioinnin tekemisessä.

YTHS:n laatuperiaatteiksi on laatukäsikirjaan kirjattu 1) yhteiskunnallinen vastuu, 2) asiakas- suuntautuneisuus, 3) tuloshakuisuus ja vaikuttavuus, 4) prosessien johtaminen, 5) henkilöstön kehittäminen sekä 6) jatkuva oppiminen ja parantaminen sekä innovatiivisuus. (7)

Vuonna 2009 vastuu laadunhallinnasta keskitettiin yli 10-henkiseltä laadun ohjausryhmältä säätiön johtoryhmälle ja paikallisen toiminnan osalta terveystaluyksiköiden johtajille. Laatupäällikön tilalle nimettiin laadunhallinnan koordinaattori. Työrukkaseksi perustettiin nelihenkinen laatutyöryhmä, jossa on edustus eri toimintasektoreilta. Valtakunnallisena laadun- edistäjänä toimii laatuverkosto, jossa on mukana jokaisen terveystaluyksikön laatuvaastaava sekä paikallinen että säätiön keskitetty johto asiantuntijoinen. Laatuverkosto on perinteisesti kokoontunut kaksi kertaa vuodessa koulutuspäivään, jossa on käsitelty laadunhallinnan aiheita vaihtelevasti ja työskennelty ryhmissä eri laatutyökaluja hyödyntäen mm. kuvattu prosesseja, etsitty hukkatointoja ja pohdittu hyvän ja huonon palvelun ilmentymiä.

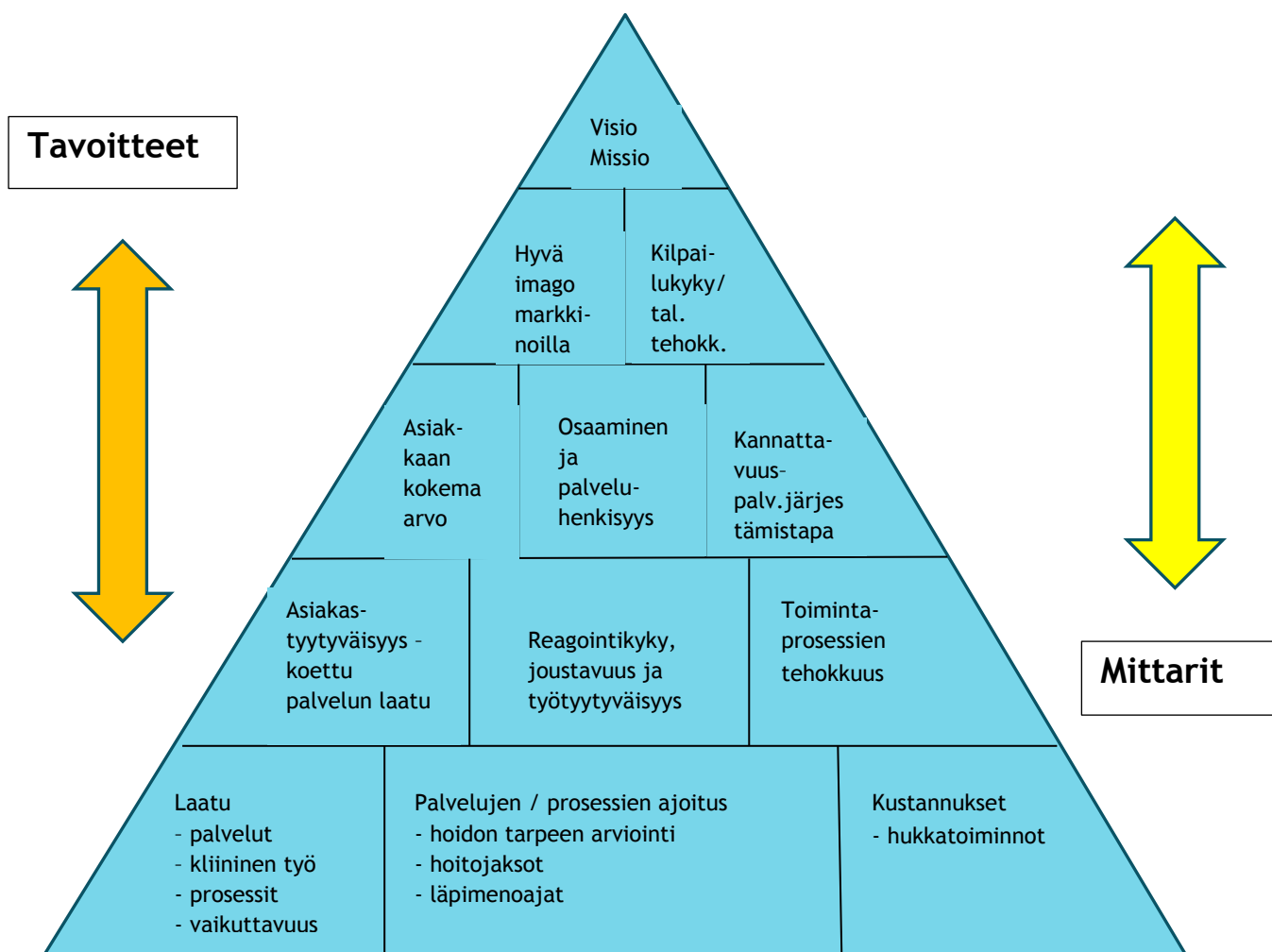
Laadunhallinta on integroitu säätiön johdon ja paikallisten yksiköiden johdon väliseen tulos- ja tavoitesopimukseen. Säätiön strategia painopistealueineen ja tavoitteineen avataan tulos- ja tavoitesopimustyökirjassa käytännön tasolle. Myös tulokortti ja EFQM-itsearviointi ovat osa sopimusta. Yksiköt kirjaavat toimintasuunnitelmansa työkirjaan hyödyntäen säätiötasoisia tavoitteita ja arviointikriteerejä. Vuosittain yksiköt arvioivat toimintaansa valituilla mittareilla, tulokortin arviointikriteereillä sekä sovitulla EFQM-itsearviointikohteilla. Tulokorttitavoitteet voivat olla joko yhteisiä tai kohdennettuja. EFQM-itsearviointikohteet valitaan säätiötasoisesti vuosittain siten, että ne tukevat strategisia tavoitteita. Näiden lisäksi arvioidaan prosesseja toimintasektoreittain. EFQM-itsearviointi on pyritty integroimaan toiminnan vuosisuunniteluun. Laatukäsi-kirjassa on kuvattu johtamisen ja toiminnan periaatteet, ydin- ja tukiprosessit sekä muut laadun-hallinnan keskeiset dokumentit. Se on tärkeä perehdyttämisen työkalu. YTHS:n hallitus hyväksyy laatukäsikirjan kerran toimikautensa aikana.

Vuonna 2012 alkaneen strategiakauden palvelutoiminnan arviointia lähdettiin tarkastelemaan YTHS:n tarpeisiin modifioidun suorituskyky pyramidin avulla. (Kuva 3.) Suorituskyky pyramidi on tavoitejohtamisen periaatteille kehitetty toiminnan ohjauksen suorituskykymittaristo. Pyramidi-



mallia (Performance Pyramid System, PPS) on kehittänyt CJ. Mc Nair (1990)(8). Hänen tavoitteenaan oli yhdistää organisaation strategiaan asiakaslähtöisyys. Mallia kehittivät edelleen Lynch & Cross (1991)(9). Pyramidin neljä hierarkiatasoa rakennettiin siten, että ylempänä oleva taso saavutettiin sitä alemman tason tavoitteiden avulla. Esimerkiksi käytännön toiminnan tason tavoitteet (laatu, toimintakyky, läpimenoaika ja hukka) saavuttamalla voitiin varmistaa ydinprosessien tavoitteiden saavuttaminen. Tavoitteita vyörytettiin pyramidissa ylhäältä alaspäin ja mittaamista alhaalta (käytännön tekemisen tasolta) ylöspäin. Mallissa oli otettu huomioon sisäinen ja ulkoinen tehokkuus sekä taloudelliset ja ei-taloudelliset tekijät. (8,9)

Hannus (1993) kehitti suorituskyky pyramidimallia lisäämällä siihen yhden hierarkiatason. Hän sai ydinprosessitasolle lisää tekijöitä tekemällä tasosta kaksitasoisen. Prosessien suorituskykyjen lisäksi malliin saatiin näin lisättyä palvelutoiminnan kriittiset menestystekijät. (10)



Kuva 3. YTHS:n palvelutoiminnan arviointi, modifioitu Hannus 1993, Lynch&Cross 1992 (tarkempi kuva liitteissä)

### 2.3. Kehitysprojektin tavoitteet, ongelma ja rajaukset

Projektityössä kuvattiin YTHS:n laadunhallinnan käytössä olevat työkalut, resurssit ja toimintatavat. Sen avulla nostettiin esille laadunhallinnan vahvuudet ja kehittämiskohteet. Tarkoitus oli myös lisätä ymmärrystä YTHS:n laadunhallinnan nykyisestä kehitysvaiheesta. Projektityön tärkein tavoite oli saada säätiön johdolle eväitä YTHS:n laadunhallinnan kehittämiseksi ajanmukaiseksi ja tarkoituksenmukaiseksi myös tulevaan toimintaympäristöön.

Kehitysprojektissa koottiin YTHS:n johtamisen ja laadunhallinnan rakenteet ja työkalut tarkastelun ja arvioinnin kohteeksi. Työstettiin kyselylomake, jolla pyydettiin säätiön laajan johtoryhmän (säätiön johtoryhmä ja sen asiantuntijat sekä terveystalveluuyksiköiden johtajat) ja eri toiminta-sektoreiden esimiesten arvioita laadunhallinnan nykytilasta ja kypsyydestä.

Projektityön onnistumista on mahdollista arvioida laadunhallinnan nykytila-arvion esiin nostamalla kehittämiskohteilla ja niiden parantamisedotuksilla. Johdon ja esimiesten arviolla laadunhallinnan kypsyyssasteesta haluttiin lisäksi saada nykyistä paremmat lähtökohdat tehdä tarvittavat kehittämistoimet. Onnistuneen projektityön seurauksena YTHS:lle olisi mahdollista valita nykyisiin tarpeisiin nähden oikeanlaiset laatutyökalut ja johdon yhtenäinen näkemys laadunhallinnan kehittämisestä. Onnistumisen mittareita voisivat myös olla laadunhallinnan arvioinnin ja johtopäätösten käsittely johtoryhmässä ja niiden kirjaaminen vuoden 2015 toimintakertomukseen.

Taulukko 1. Kehitysprojektin tavoitteet

1.	<b>Kuvataan johtamisen ja laadunhallinnan menetelmät ja välineet</b>
2.	<b>Selvitetään laadunhallinnan nykytila, sen vahvuudet ja kehittämiskohteet</b>
3.	<b>Arvioidaan laadunhallinnan kehitysvaiheet ja niiden kypsyyt</b>
4.	<b>Pohditaan laadunhallinnan kehittämisen ja laatutyökalujen suuntaa tulevaisuudessa</b>

YTHS:n laadunhallinta on ollut kautta vuosien kylläkin suunnitelmallista, mutta melko lyhytjänteistä. Laadunhallintaa on johdettu ja suunniteltu kukin oman työnsä ohella. Laatujärjestelmän kehittäminen on paljolti ollut riippuvaista johdon henkilökohtaisesta kiinnostuksesta ja laadunhallinnan osaamisesta. Laadunhallinnan nykytilan tarkastelun tärkeyttä puolsivat monet seikat kuten se, että toimintaympäristö oli voimakkaasti muuttumassa, laadunhallinnan tiettyjä työkaluja (laatukäsikirja, itsearviointi, tuloskortti) edellyttänyt rahoittaja ei ollut enää mukana säätiön hallitustyössä ja myös se, että säätiön johto oli uudistunut.

EFQM-itsearviointia tehtiin yksiköissä vuosittain, mutta arviointien tulosten hyödyntäminen oli jäänyt lähinnä säätiötasoisten kehittämiskohteiden parantamiseen. Joitakin hyviä ideoita arvioinneista oli saatu strategiatyöhön ja kehittämishankkeisiin. Yksiköiden toimintaa koskevien kehittämisideoiden systemaattinen hyödyntäminen oli jäänyt yksiköiden oman aktiivisuuden varaan ja jäänyt osin vähäisemmäksi. Kehittämisideoiden hyödyntämistä vaikeutti omalta osaltaan johdon poikkeuksellisen suuri vaihtuvuus viime vuosina. Sijaistukset ja rekrytoinnit olivat vieneet energiaa kehittämistyöltä ja monia kehittämiskelpoisia ideoita ei päästy hyödyntämään.

YTHS:n laadunhallinnan työkaluja kuten laatukäsikirjaa, EFQM-itsearviointia ja tulokorttia kehitettiin ja otettiin käyttöön osin rahoittajien edellyttäminä velvoitteina. Vuosien mittaan oli tullut uusia tarpeita ja keinovalikoimaa laajennettiin. Suuria muutoksia olivat tasapainotetun mittariston pohjalta suunnitellun strategiakartan, tulos- ja tavoitesopimustyökirjan sekä strategisten riskien arvioinnin käyttöönotot. Nelisivuista tulokorttia tiivistettiin useista kymmenistä mittareista yhdelle sivulle mahtuvaksi 15 mittarin mittaristikoksi. Laatukäsikirjaa muokattiin helpommin päivitettäväksi ja täydennettiin laadunhallinta- ja potilasturvallisuus-suunnitelmilla sekä omavalvonta-suunnitelmalla. Toimintaprosessien arviointiin oli paneuduttu osin syvällisestikin itsearviointien ja sisäisten auditointien avulla.

Toimintaympäristön ja YTHS:n sisäisten muutosten vuoksi oli tarpeellista arvioida YTHS:n laadunhallinnan nykytila, sen vahvuudet ja heikkoudet sekä käytössä olevien laatutyökalujen ja laadunhallinnan rakenteiden toimivuus. Niiden kokonaisarvion pohjalta haluttiin YTHS:ssä lähteä pohtimaan, mihin suuntaan laadunhallintaa olisi hyvä kehittää. Keskeiset kysymykset projektityölle olivat: millaisista laadunhallinnan työkaluista olisi tässä tilanteessa ja ajassa paras hyöty YTHS:n toiminnan kehittämisessä ja minkälaisena välineenä laadunhallinta tulevaisuudessa nähtäisiin YTHS:n palvelustrategiassa?

Kehitysprojektissa tehty laadunhallinnan kehitysvaiheiden ja niiden kypsyiden arviointi rajattiin keskeisimpiin laadunhallinnan arviointialueisiin ja kypsyttä arvioiviin indikaattoreihin. Tutkimustarkoituksiin tarkoitetut kysymyspatteristot olivat liian laajoja YTHS:n arvioinnin tarpeisiin, joten niitä hyödynnettiin soveltuvin osin.

Nykytila-arviointiin oli tarvetta ottaa mukaan sekä puhtaasti laadunhallinnan työkaluina pidettävät että siihen läheisesti liittyvät johtamisen työkalut, sillä niiden erottaminen toisistaan olisi ollut vaikeaa. YTHS:n nykytilan kartoitukseen liittyvä kysely lähetettiin säätiötason keskitetylle johdolle ja asiantuntijoille sekä paikallistason johtajille ja sektoriesimiehille, sillä he kaikki osallistuvat omalla panoksellaan laadunhallinnan toteutukseen. Heille laadunhallinnan ja johtamisen työkalut ovat tärkeitä arjessa ja sen vuoksi niiden tulisi olla hyödyllisiksi koettuja ja riittävän vaivattomia käyttää. Esimiesten suuren määrän vuoksi kyselyyn poimittiin satunnaisotannalla riittävä määrä esimiehiä niin, että kaikki yksiköt ja toimintasektorit olivat tasapuolisesti edustettuina.

### 3. Keskeiset johtamisen ja laadunhallinnan menetelmät ja välineet

Kehitysprojektin ensimmäisen vaiheen tavoitteena oli koostaa YTHS:n johtamisen ja laadunhallinnan menetelmät ja välineet yhteen. (Kuva 4.) Koosteen lähtökohtana oli saada käsitys johtamisen ja laadunhallinnan viitekehyksistä, niiden keskinäisistä suhteista sekä helpottaa nykytilan arviointikohteiden valintaa. Keskustelut johtamisen ja laadunhallinnan viitekehyksistä ja niiden välisistä suhteista olivat mielenkiintoisia ja toivat aiheen asian ytimeen. Miten kukin mielsi johtamisen ja laadunhallinnan suhteen omista tehtävistään ja näkökulmistaan katsoen? Johtamisen ja laadunhallinnan menetelmät ja välineet löysivät kuitenkin paikkansa hyvinkin vaivattomasti. Keskusteluja käytiin toimitusjohtajan, johtoryhmän jäsenten ja laatutyöryhmän kesken.



Kuva 4. YTHS:n keskeiset johtamisen ja laadunhallinnan menetelmät ja välineet (tarkempi kuva liitteissä).

### 3.1. Taustarakenteet

YTHS:n laadunhallinnan perustana ovat jo 2000-luvun vaihteesta alkaen olleet laatukäsikirja ja EFQM-kriteeristön mukainen toiminnan itsearviointi. Ne toimivat edelleenkin vankkoina viitekehyksinä toiminnan ohjeistuksessa ja itsearviointimallissa.

Laatukäsikirja on laadunhallinnan keskeinen dokumentti. Siihen on integroitu niin lakisääteiset toimintaohjeistukset kuten laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden sekä omavalvonnan suunnitelmat kuin YTHS:n omat toimintakäytännöt ja -ohjeistukset liittyen esim. potilasprosesseihin, laitteiden käyttöön ja jätehuollon käytäntöihin. Laatukäsikirjaa on muokattu vuosien saatossa helpommin käytettäväksi ja päivitettäväksi. Vuoden 2015 aikana tulossa oleva intranetin uudistus mahdollistaa laatukäsikirjan muokkaamisen edelleen nykyaikaisempaa suuntaan – laatukäsikirjasta hakumuotoisemmaksi käytäntö- ja ohjekokoelmaksi.

YTHS on käyttänyt itsearviointia vuosittaisessa yksiköiden toiminnan arvioinnissa pitkään. Itsearviointin kehittämisaalueet on valittu kullekin vuodelle EFQM-arviointikohteista. Viime vuosina mukaan on otettu myös säätiön johdon arviointia samoista arviointikohteista. Erittäin hedelmällistä keskustelua on saatu tällä tavalla aikaan mm. sidosryhmäyhteistyön kehittämisestä. Ojala (2007) toteaa, että organisaation itsearviointin vaikuttavuus perustuu itsearviointin käyttämiseen sekä tulosityksikön sisäisenä että johdon strategisen tason itsearviointina osana tulosjohtamista (11).

Laamanen (1997) toteaa, että keskeistä organisaation itsearviointissa ovat organisaatiossa vallitsevien vahvuuksien ja parantamisaalueiden kartoittaminen ja analysointi sekä suunnitelmallisuuteen perustuva parantamisprojektien valinta, niiden toteuttaminen ja toteuttamisen seuranta. Organisaation itsearviointissa voidaan käyttää laatupalkintomalleja oman toiminnan ja tulosten arvioinnin apuna laaja-alaisuuden ja erinomaisuuden saavuttamiseksi. Parhaimmillaan organisaation itsearviointi tukee organisaation kokonaistoimintaa. (12)

Suomen Kuntaliiton ja Valtiovarainministeriön julkaisussa (2001) itsearviointi määritellään organisaation sisällä tehtävänä oman toiminnan arviointina. Edelleen todetaan, että organisaation itsearviointin on tuettava kokonaisuutta siten, että se on liitettävä osaksi tulosityksikön koko toiminnan johtamista, suunnittelua ja toteuttamista. (13)

EFQM-itsearviointikriteeristöä on käytetty viitekehyksenä YTHS:n toiminnan vuosittaisessa itsearviointissa. Arviointikohteiden valinta ja arviointialueiden käsittelytapa ja -foorumi ovat muuttuneet vuosien saatossa. Aiemmin yksiköiden tekemiä arviointeja käytiin läpi suurissa monenkymmenen hengen esimiestilaisuuksissa. Arviointiin käytettiin koko päivä, sillä arviointialueita oli lukuisia ja yksiköitä kymmenen. Nykyisin arvioinnit tehdään laajassa johtoryhmässä ja arviointialueita on vuotta kohti kaksi tai korkeintaan kolme. Viime vuosina arviointien käsittelytapaa on pyritty muuttamaan aika ajoin, jotta voitaisiin välttää puuduttava sulkeistunnelma. Arviointien yhteiseen läpikäyntiin käytetään nykyisin 1,5-2 tuntia vuosittain. Keskeiset säätiötasoiset kehittämiskohteet poimitaan talteen hyödynnettäväksi strategiatyössä

ja/tai toimintasuunnitelmissa. Itsearvioinneissa esiin nousseita parantamiskohteita on lisäksi työstetty yhdessä eteenpäin laatuverkoston kehittämispäivissä.

Tasapainotetun tulosmittariston (Balanced Score Card, BSC) (14) mukainen strategiakartta päätettiin ottaa YTHS:ssä käyttöön vuoden 2008 johtoryhmän strategiaseminaarissa. Seuraavan vuoden strategiset painopistealueet valittiin sen pohjalta näkökulmina asiakas, toiminta, henkilöstö ja talous/rahoitus. Samassa yhteydessä otettiin käyttöön myös toiminnan suunnittelu ja arviointi samaisista neljästä näkökulmasta. Strategian käsittely BSC:n pohjalta on selkiyttänyt strategisia tavoitteita ja tuonut ne entistä paremmin käytännön tasolle.

### 3.2. Toiminnan ohjauksen ydin

YTHS:n keskeisistä johtamisen ja laadunhallinnan menetelmistä ja välineistä iso ja käytännön työssä näkyvin osa kohdistuu toiminnan suunnittelu-, arviointi- ja tulosohtaukseen. Valtakunnallisen organisaation ongelma on saada hyvin erikokoiset ja erilaisissa ympäristöissä toimivat yksiköt toimimaan yhteisen strategian ja yhteisten tavoitteiden mukaisesti.

Toiminnan suunnitteluohjauksen on oltava riittävän sitovaa estämättä kuitenkaan järkeviä paikallisia toimintatapoja. Osin voidaan hyödyntää keskitettyjä toimintoja, jolloin hyötyjä saadaan kaikille yksiköille ja niiden asiakkaille. Valtakunnallisesti yhtenäisin periaattein toteutetulla arviointiohtauksella voidaan saavuttaa useita etuja: saadaan yhden projektin aikana juurrutettua yhtenäiset käytännöt kaikkiin yksiköihin, parannetaan prosessin laatua kerralla selvästi, yhtenäistetään resurssien käyttöä ja lisätään oman työn arvostusta osana kokonaisuutta. Keskeinen tulosohtauksen kohde on palautteen keruu ja hyödyntäminen. Tavoitteena on pitää palautetta yhä useammin henkilöstöä motivoivana tekijänä toiminnan kehittämiskohteiden esiin nostamisen rinnalla.

#### 3.2.1. Johtaminen

YTHS:n toiminnan ohjauksen keskeinen elementti on johtaminen. Toiminnan suunnittelun pohjana käytetään strategiakartan painopistealueita, jotka säätöön johtoryhmän valmistelemina käsitellään myös hallituksessa. Keskeiset strategiset painotukset on kuvattu muutamalla lauseella strategia-karttaan. Eri toimintasektoreiden johtajat avaavat omien vastualueidensa painotuksia käytännön toiminnan tasolle siten, että yksiköt pystyvät niiden pohjalta tekemään omat toimintasuunnitelmansa.

Tuloskortin yleisillä ja kohdennetuilla tavoitteilla pyritään saavuttamaan strategisesti tärkeinä pidetyt tavoitteet. Yksi esimerkki tällaisesta tuloskortin yleisestä strategisesti tärkeästä tavoitteesta oli sähköisen terveystarkastuksen vastausprosentin nostaminen kaikissa yksiköissä yhtä korkealle vuonna 2014. Vastausprosentille määriteltiin yhteinen 60 %:n tavoite. Etukäteen tavoitteen saavuttaminen tuntui joidenkin yksiköiden kohdalla jopa mahdottomalta, mutta niin

vain kävi, että tavoite saavutettiin kaikissa yksiköissä. Kaiken kaikkiaan tyydyttävien tuloskorttimittareiden valitseminen ja niiden saaminen ulos automaattisesti raportointijärjestelmästä on osoittautunut haastavaksi tehtäväksi.

Riskienhallintatyökalun käyttöä johtamisen apuna on kokeiltu YTHS:ssä muutaman vuoden ajan. Se on melko raskas väline ainakin ensimmäistä kertaa tehtäessä, mutta kertaalleen kunnolla tehtynä se antaa hyvän pohjan seuraaville kierroksille. Riskikartta nostaa keskusteluun niin strategisia, taloudellisia, operatiivisia kuin vahinkoriskitekijöitäkin. Etenkin yhdistettynä strategisten painotusten ja toiminnan suunnittelun kanssa riskienhallintatyökalu antaa oman lisäarvonsa, kunhan käyttösykli harkitaan tarkkaan toimintaympäristössä tapahtuvien muutosten mukaan.

Keskitetysti toteutetut laadunhallinta-, potilasturvallisuus- ja omavalvontasuunnitelmat toimivat myös toiminnan suunnitteluohjauksen välineinä. Valtakunnalliset ohjeet ja toimintakäytännöt yhtenäistävät johtamiskäytäntöjä yksiköissä. Ennen kaikkea potilasturvallisuuden ohjeistukset ja seurantamenetelmät ovat yhdenmukaiset kaikissa yksiköissä ja kaikille potilaille. Vaaratapah- tumien käsittelyprosessi on yhteneväinen kaikissa yksiköissä. Potilashoidon laadun sisältö on määritelty laadunhallintasuunnitelmassa koskemaan niin palvelun, kliinisen työn ja prosessien laatua kuin myös hoidon vaikuttavuutta. On tärkeää johtamisen näkökulmasta, että kaikissa yksiköissä tulkitaan potilashoidon laatua samalla tavalla. YTHS:n omavalvonnan yhteiset periaatteet on määritelty omavalvontasuunnitelmassa. Se on hyvin kattava johtamisen väline pitäen sisällään ohjeet ja käytännöt esimerkiksi henkilöstöstä, osaamisen varmistamisesta, perehdyttämisestä, toiminnasta ja sen riskien tunnistamisesta, toimitiloista, laitteista ja tarvikkeista, potilasasiakirjamerkinnoista, hygieniakäytännöistä, lääkehoidosta, tietoturvasta ja -suojusta, potilasasiamiestoiminnasta, potilaan osallistumisesta ja asiakaspalautteiden käsittelystä.

### 3.2.2. Prosessit

Prosessien hallinta on erittäin merkityksellinen toiminnan ohjauksen kohde valtakunnalliselle terveydenhuollon palveluorganisaatiolle. Sillä voidaan ohjata toiminnan suunnittelua valittujen strategisten painopisteiden ja tavoitteiden suuntaan ja resurssien yhdenmukaiseen käyttöön kuin myös palveluprosessien tasalaatuisuuteen ja tätä kautta asiakkaiden tasavertaiseen kohteluun palvelujen saatavuudessa ja palveluvalikon laajuudessa.

Keskeisin prosessien hallinnassa käytetty väline on säätiön ja terveystaluyksiköiden välinen tulos- ja tavoitesopimus, joka allekirjoitetaan tulos- ja tavoiteneuvotteluiden päätteeksi kaikkien yksiköiden kanssa. Siinä yksiköt sitoutuvat tiettyihin toiminnallisiin tavoitteisiin ja taloudellisiin raameihin säätiön niille myöntämän rahoituksen puitteissa. Sopimusdokumenttia on työstetty vuosien saatossa työkirjamuotoon, jota yksiköt voivat käyttää vuoden mittaan sekä suunnittelun että arvioinnin työkaluna.

Strategiset tavoitteet kuvataan käytännön toimintana kunkin strategisen painopisteen kohdalla ja käytettävät arviointitavat/mittarit esitellään tavoitteen rinnalla. Vuosiraportointia voidaan täydentää pitkin vuotta sitä mukaa kun toimintasuunnitelma etenee. Toiminnan itsearviointin dokumentointi sekä EFQM:n arviointikohteista että prosesseista tehdään samaan sopimustyökirjaan. Prosessien itsearviointia ja sisäisiä auditointeja toteutetaan toimintasuunnitelmassa esitetyn mukaisesti. Vuonna 2015 toteutetaan kaikille toimintasektoreille yhteisesti potilasasiakirjamerkintöjen itsearviointi ja sisäinen auditointi. Tulokorttiraportointi tehdään kolmen vuosittain.

Toiminnan ohjauksen kannalta keskeisiä ovat lisäksi henkilöstöhallinnon prosessit. Niistä osaamisen varmistaminen esimerkiksi osaamiskartoitusten, kehityskeskustelujen ja niihin kiinteästi liittyvien henkilökohtaisten koulutussuunnitelmien avulla ovat tärkeimpiä. Valtakunnallisena organisaationa toimiminen siten, että asiakas voi käyttää ristiin palveluita tarpeittensa mukaan, korostaa resurssijaon merkitystä. Tulos- ja tavoitesopimuksen resurssilaskelma on yksiköiden näkökulmasta kriittisimpiä kohtia toiminnan organisoinnin kannalta. Sopimusdokumentin resurssitaulukkoon kootaan niin oman henkilöstön määrä ammattiryhmittäin kuin ostopalveluihin käytettävissä oleva määräraha sekä vertailutiedot YTHS:n keskiarvoon. YTHS:n talouden näkökulmasta suurimmat ohjausvaikutukset kohdistuvat juuri resursointiin.

Prosessien hallinnassa käytetyillä vertaisarvioinnin elementeillä on vaikutuksensa siihen, miten YTHS nähdään muiden toimijoiden silmin, joten niiden merkitys toiminnan ohjauksessa on myös imagon kannalta merkittävä. Muiden terveydenhuollon organisaatioiden tavoin YTHS:n on järjestettävä ulkoinen riippumaton auditointi kuvantamistoiminnastaan sekä tietoturvasta. Näiden lisäksi YTHS on mukana muissakin valtakunnallisissa vertaisarvioinneissa kuten virallisessa Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) hoitotakuuraportoinnissa sekä vapaaehtoisessa suun terveydenhuollon Suhat-verkostohankkeessa(15), jossa suun terveydenhuollon toimintatietoja vertaillaan laajan indikaattoripankin mittareilla muiden julkisen sektorin toimijoiden tietoihin.

### 3.2.3. Toiminnan tulokset

Perinteiset tulosohjauksen välineet vuosiraportti ja tilinpäätös ovat myös YTHS:n keskeisiä toiminnan ohjauksen työkaluja. Niiden käsittelyyn ja hyväksymiseen osallistuvat säätiön hallitus ja valtuuskunta. Saadut ohjeistukset ja kommentit käsitellään tarkasti ja pyritään ottamaan huomioon seuraavan vuoden suunnittelussa ja raportoinnissa. Vuosiraportointi käsittelee toiminnan tulosten numeerisen ja sanallisen kuvauksen yhdistettynä talouden tunnuslukuihin.

Toiminnasta saatavan palautteen keräämisen kohteita ja muotoja on monipuolistettu ja nykyaikaistettu parin viimeisen vuoden aikana. Aiemmin opiskelijoilta kerättiin jatkuvaa palautetta www-sivujen asiakaspalautelomakkeella. Sen rinnalle ideoitiin palautelaitteet toimipisteisiin, joilla opiskelijat voivat antaa palautetta välittömästi palvelujen käytön jälkeen. Välittömästi annettu palaute mullisti palautteen määrän ja laadun. Toimipisteiden palautelaitteiden palaute



tuottaa niin suuret määrät positiivista palautetta, että sitä on vaikea kuvitella kerätessä jatkuvaa palautetta palautelomakkeella. Tällöin valtaosa palautteesta on negatiivista ja palautemäärä on kovin vaatimaton. Palautelaitteista saadut palautteet ovat helposti muokattavissa työpaikkakokouksissa käsiteltävään muotoon. Positiivisen palautteen säännöllinen käsittely työpaikoilla on toiminut kannusteena henkilöstölle. Palveluja käyttäneiltä saatujen palautteiden lisäksi YTHS:ssä kysytään palautetta kaikilta hoitoon oikeutetuilta kerran kolmessa vuodessa. Tämän asiakastytyväisyyskyselyn avulla saadaan kommentteja palveluvalikoimasta ja/tai kehittämisehdotuksia myös YTHS:n palveluja käyttämättömiltä opiskelijoilta. YTHS on menossa mukaan THL:n ylläpitämään palveluvaakavertailuun, jossa julkisen sektorin toimijoiden saama palvelupalautte näkyy yhden kanavan kautta kaikille. Kaikki toimijat käyttävät samaa palautelomaketta, joten annetut palautteet ovat vertailukelpoisia keskenään. YTHS kerää myös keskeisimmät tulokset asiakaspalautteista palvelumittareiksi, joita on kätevä esittää mm. sidosryhmätapaamisissa.

Henkilöstön työhyvinvoinnin seurannassa käytetään Vakuutusyhtiö Tapiolan henkilöstökyselyä, jonka avulla tuloksia voidaan verrata melko laajaan muiden organisaatioiden vastauskirjoon. Tulosten pohjalta tehdään henkilöstöhallinnon tulosohjausta tarpeen mukaan. Mielenkiintoisen lisän tulosohjauksen välineisiin on tuonut sidosryhmäbarometrin käyttö. Se antaa hyvän näkökulman tehtäessä esimerkiksi strategisia linjauksia pitemmälle aikajaksolle, mutta ei ole YTHS:n kaltaisten organisaatioiden kyseessä ollen vuosittain käytettävien instrumenttien joukossa jo senkin puolesta, että sidosryhmien edustajista monet ovat hyvin kiireisiä eikä heiltä ole mahdollista saada kovin tarkkaa palautetta kovin usein.

#### 4. Laadunhallinnan nykytilan kartoitus

YTHS:n laadunhallintaa on rakennettu vuosien kuluessa vähitellen muokaten vanhaa ja lisäten uusia menetelmiä ja välineitä. Tänä päivänä YTHS:n laadunhallinta kattaa jo melko hyvin toiminnan eri osa-alueet ja siihen osallistuu iso joukko johtajia, esimiehiä ja työntekijöitä osana päivittäistä työtään. EFQM-itsearviointilla päästään vuosittain tarkastelemaan terveyspalveluyksiköiden näkemyksiä johdon strategiaan linjauksiin.

Ojalan (2007) mukaan olennaista on, että organisaation itsearviointi kytketään käytännön tasolla toiminnan ja resurssien suunnitteluun ja seurantaan. Hänen mukaansa organisaation itsearviointi tuottaa tulosityksikön kokonaisuuden kannalta parasta tulosta vasta silloin, kun itsearviointi tehdään organisaation eri tasoilla ja se päättyy johdon tekemään itsearviointiin. (11)

YTHS:n laadunhallintaa ei ole koskaan aiemmin arvioitu kokonaisuutena. Aika on juuri nyt hyvä laadunhallinnan arvioinnille, kun muutenkin toimintaa joudutaan tarkastelemaan uusin silmin sosiaali- ja terveydenhuollon rakenne- ja rahoitusuudistusten myllerryksessä.

Organisaatioiden laadunhallinnan arviointiin on kehitetty malleja, joista Wagnerin (16) mallia on modifioitu myös suomalaiseen terveydenhuoltoon (17). Modifioitu malli on tarkoitettu sosiaali-

ja terveydenhuollon organisaatioiden itsearviointiin sekä laadunhallinnan tilannetta kartoittaviin survey-tutkimuksiin (18). Alkuperäinen tutkimustarkoitukseen suunniteltu kysymyssarja on hyvin laaja. Wagnerin organisaatioiden laadunhallinnan kypsyyttä arvioivan mallin arviointialueita ovat laadunhallinta-asiakirjat, henkilöstöjohtaminen, prosessien ohjaus toiminta- ja menettelyohjein, prosessien parantaminen sekä asiakkaan osallistuminen (17, 18). YTHS:n laadunhallinnan nykytilan arvioinnissa käytetään kyseistä terveydenhuoltoon modifioitua mallia soveltuvin osin.

#### 4.1. Laadunhallinnan vahvuuksia ja kehittämiskohteita selvittävä kysely

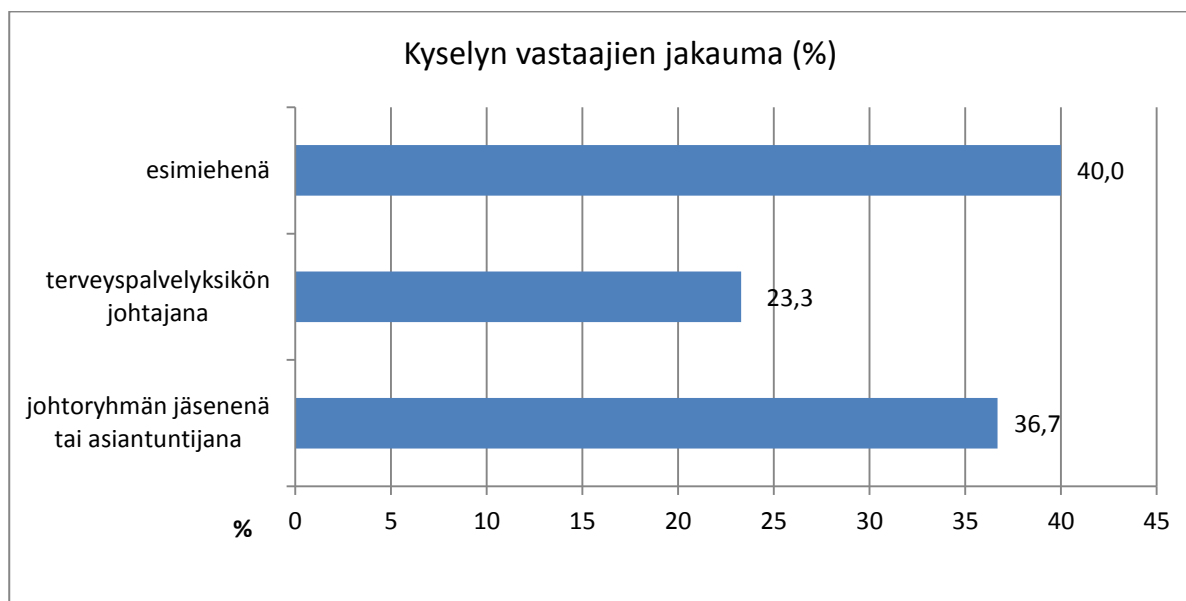
##### 4.1.1. Kyselyn ja vastaajien esittely

YTHS:n laadunhallinnan nykytilan arvioinnissa käytetyn kyselyn arviointialueita olivat laatu-  
politiikka ja strategia, henkilöstö, toimintaohjeet ja menettelytavat, asiakkaat ja potilaat sekä organisaatiokulttuuri. (Liite 1.) Arviointialueisiin sisällytettiin keskeisimmät Wagnerin mallissa käytetyt arviointikohdat ja kysymykset. Kysymysten terminologiaa muokattiin vastaamaan YTHS:ssä käytettyjä ilmaisuja. Kyselyssä pyydettiin yksityiskohtaisimpia arvioita YTHS:n nykyisistä johtamisen ja laadun-hallinnan menetelmistä ja välineistä, jotka oli koottu yhteen kehitysprojektin alkuvaiheessa. Kyselylomakkeen työstämiseen osallistuivat laatutyöryhmän jäsenet sekä toimitusjohtaja.

Arviointi toteutettiin tekemällä Webropol-kysely säätiön johtoryhmän jäsenille ja asiantuntijoille (yhteensä yhdeksän henkilöä), terveystalveluyskiköiden johtajille (yhteensä yhdeksän henkilöä) sekä eri toimintasektoreiden esimiehille (yhteensä 37 henkilöä). Esimiesten suuren määrän vuoksi kyselyyn poimittiin riittävä määrä esimiehiä siten, että kaikki yksiköt ja toimintasektorit olivat tasapuolisesti edustettuina. Vastaajien taustatietoja kartoitettiin kysymällä toimiiko johtoryhmän jäsenenä tai asiantuntijana / terveystalveluyskikön johtajana / esimiehenä sekä kuinka kauan oli työskennellyt nykyisissä tehtävissä vaihtoehtojen ollessa alle viisi vuotta, 5-10 vuotta tai yli 10 vuotta. Kysely lähetettiin saatekirjeen kera helmikuun toisella viikolla. (Liite 2.) Kyselystä muistutettiin kerran sähköpostiviestillä.

Kysely lähti yhteensä 55 henkilölle, joilta 30:ltä saatiin vastaus vastausprosentin ollessa 54,5 %. Vastaajista 40 % edusti esimiehiä ja 36,7 % säätiön johtoryhmän jäseniä ja asiantuntijoita. Terveystalveluyskiköiden johtajat muodostivat pienimmän vastaajaryhmän (23,3 %). (Kuva 5.)

Kaikkien ryhmien vastaajista eniten oli alle viisi vuotta nykytehtävissään työskennelleitä. Säätiön johtoryhmän jäsenien ja asiantuntijoiden ryhmästä vastauksia tuli yhtä paljon myös 5-10 vuotta nykytehtävissä työskennelleiltä. Terveystalveluyskiköiden johtajista ja esimiehistä seuraavaksi eniten vastaajia oli yli kymmenen vuotta nykyisissä tehtävissä työskennelleitä.



Kuva 5. Kyselyn vastaajien jakauma

#### 4.1.2. Laatu- ja strategiatieteitä koskevat kysymykset

##### *Kysymys 1. YTHS:n laadunhallinnan asiakirjojen tuntemus*

Kysymyksellä haluttiin selvittää, miten tuttuja käytössä olevat laadunhallinnan asiakirjat olivat ja miten tarpeellisia niitä pidettiin. Vastaajat tunsivat varsin hyvin laadunhallinnan asiakirjat. Niiden todettiin olevan käytössä ja tarpeellisia (132 mainintaa). Yksittäisiä (yhteensä kolme) ”En ole tutustunut” -mainintoja tuli kohtiin Palvelukuvaukset ja YTHS:n laadunhallintasuunnitelma sekä ”Olen tutustunut, mutta pidän tarpeellisena” – mainintoja yhteensä viisi kappaletta kohtiin YTHS:n laadunhallintasuunnitelma, toimintakertomuksen laatuosuus ja laatuasiakirja. Kaikkiin näihin kohtiin tuli selvästi enemmän (yhteensä 27) ”Pitäisin tärkeänä ottaa käyttöön” -mainintoja. Lähes kaikki ”Olen tutustunut, mutta pidän tarpeellisena” -maininnat tulivat esimiehiltä, jotka olivat työskennelleet tehtävissään yli 10 vuotta.

##### *Kysymys 2. Tärkeimpinä pidetyt laadunhallinnan tukemisen kohteet*

Haluttiin selvittää neljä tärkeintä laadunhallinnan tukemisen kohdetta tärkeysjärjestyksessä. Vastaajien mielestä kolme tärkeintä kohdetta olivat laatutyöryhmän toiminnan ylläpitäminen, nimetty laadunhallinnan koordinaattori ja terveyspalveluyksiköiden työntekijöiden koulutus ja tuki. Seuraavaksi tärkeimpinä kohteina pidettiin terveyspalveluyksiköiden johtajien koulutusta ja tukea sekä yksiköiden laatuosaavien ylläpitämistä. Yksittäisistä kohteista tärkeimpänä tuen kohteena pidettiin nimettyä laadunhallinnan koordinaattoria. Laatutyöryhmän toiminnan ylläpitäminen sai yksittäisistä tuen kohteista toiseksi eniten mainintoja vastaajilta. Eri vastaaja-

ryhmien välillä oli hyvin pieniä eroja valinnoissa. Poikkeuksena se, että terveyspalveluyksiköiden työntekijöiden koulutuksen ja tuen valitsi tärkeimpien joukkoon useampi esimies sekä johtoryhmän jäsen ja asiantuntija kuin terveyspalveluyksikönjohtaja. (Taulukko 2.)

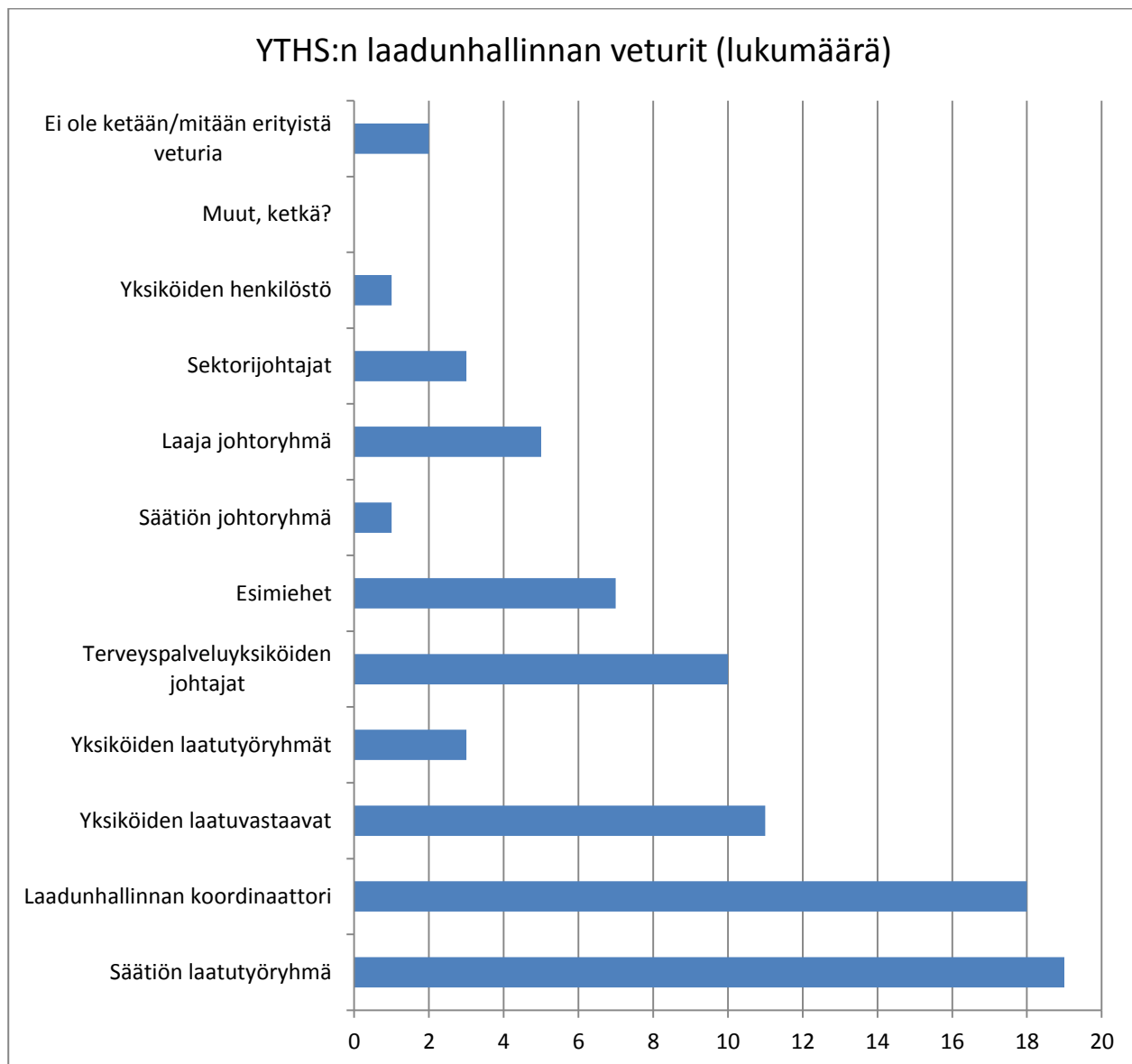
Taulukko 2. Laadunhallinnan tukemisen kohteiden tärkeysjärjestys

	1	2	3	4	Yhteensä	Keskiarvo
Laadunhallinnan erityinen määräraha koulutuspäiviä ja/tai laatuprojekteja varten	1	1	3	5	10	3,2
Laatutyöryhmän toiminnan ylläpitäminen	7	3	5	4	19	2,32
Nimetty laadunhallinnan koordinaattori	11	4	4	0	19	1,63
Terveyspalveluyksiköiden johtajien koulutus ja tuki	2	5	4	4	15	2,67
Terveyspalveluyksiköiden laatuvaastavien ylläpitäminen	0	6	5	3	14	2,79
Terveyspalveluyksiköiden työntekijöiden koulutus ja tuki	4	4	3	7	18	2,72
Laatuverkoston ylläpitäminen	2	4	3	2	11	2,45
Käyttää ulkopuolista konsulttia	1	0	0	1	2	2,6
Muuta, mitä?	0	1	0	0	1	2
Yhteensä	28	28	27	26	109	2,48

### *Kysymys 3. Laadunhallinnan veturit*

Pyydettiin valitsemaan vaihtoehtoista tai mainitsemaan vapaasti laadunhallinnan vetureina pitämiään henkilöitä tai työryhmiä. Haluttiin selvittää, miten laajalle YTHS:n laadunhallinta on levittäytynyt organisaatiossa. Laadunhallinnan vetureina pidettiin säätiön laatutyöryhmää (19 mainintaa) ja laadunhallinnan koordinaattoria (18 mainintaa) sekä yksiköiden laatuvaastavia (11 mainintaa) ja terveyspalveluyksiköiden johtajia (10 mainintaa). Laadunhallinnan koordinaattori sai eniten laadunhallinnan veturin mainintoja johtoryhmän jäseniltä ja asiantuntijoilta. Säätiön laatutyöryhmä taas sai eniten mainintoja esimiehiltä. Esimiehet antoivat myös enemmän kuin muut ryhmät mainintoja yksiköiden laatuvaastaville ja terveyspalveluyksiköiden johtajille.

Vaikkakin YTHS:ssä on selvästi havaittavissa muutama keskeinen laadunhallinnan toimijataho, on laadunhallinta kuitenkin levittäytynyt monen työntekijäryhmän vetämäksi toiminnaksi. Se kertoo siitä, että laatutyö on osa arkityötä.



Kuva 6. YTHS:n laadunhallinnan veturit

#### 4.1.3. Henkilöstöä koskevat kysymykset

##### *Kysymys 1. Laatuperiaatteiden näkyminen henkilöstöpolitiikassa.*

Pyydettiin valitsemaan YTHS:ää kuvaavat vaihtoehdot tai vastaamaan vapaasti. Haluttiin selvittää, löytyikö yhtymäkohtia laadunhallinnan ja henkilöstöpolitiikan keskeisten osa-alueiden väliltä. Vastaajien enemmistön mielestä (21 mainintaa) laatuperiaatteet näkyvät henkilöstöpolitiikassa siinä, että terveyspalveluyksiköissä on laatutyöhön nimettyjä henkilöitä. Kaikissa vastaajaryhmissä tämä oli useimmin mainittu asia. Seuraavaksi eniten vastaajat mainitsivat laatuperiaatteiden näkyvän henkilöstöpolitiikassa henkilöstön kannustamisessa ammatilliseen kehittämiseen (18 mainintaa) ja henkilöstön osallistumisessa laadun kehittämiseen työaikana (17 mainintaa). Myös kannustaminen virhetilanteista oppimiseen (11 mainintaa) ja henkilöstön saama järjestelmällinen palaute laadunhallinnan tuloksista (9 mainintaa) mainittiin vastaajaryhmästä riippumatta laatuperiaatteina, jotka näkyvät henkilöstöpolitiikassa. Vapaissa vastauksissa mainittiin vielä systemaattinen laatutyöskentely ITE-arvioinnin avulla, joka on yksi laatuperiaatteiden ilmentymä henkilöstöpolitiikassa.

Laatuperiaatteet ovat vahvasti integroituneita YTHS:n henkilöstöpolitiikkaan. Kaikkien vastaajaryhmien näkemykset olivat hyvin yhteneviä.

##### *Kysymys 2. Henkilöstön mahdollisuudet käyttää aikaa kehittämistyöhön*

Pyydettiin valitsemaan kehittämiskohteet, joihin työaikaa oli käytettävissä. Sai käyttää joko valmiita vaihtoehtoja tai mainita itse valitsemiaan kehittämiskohteita. Selvä enemmistö vastaajista (23 mainintaa) ilmoitti, että työaikaa oli käytettävissä ammatilliseen jatko- ja täydennyskoulutukseen. Tämä oli kaikissa vastaajaryhmissä eniten mainittu kohde. Työajan käyttö yksikön toiminnan arviointiin moniammatillisissa ryhmissä (14 mainintaa) ja toimintakäytäntöihin perehtymiseen (13 mainintaa) olivat seuraavaksi suosituimmat kohteet. Työajan käyttö laatutyöryhmätyöhön (11 mainintaa), laadunhallinnan koulutukseen (10 mainintaa) ja oman työn arviointiin (8 mainintaa) mainittiin seuraavina.

Esimiehet ja terveyspalveluyksiköiden johtajat nostivat esille työajan käytön yksikön toiminnan arviointiin moniammatillisissa ryhmissä. Terveyspalveluyksiköiden johtajat sekä johtoryhmän jäsenet ja asiantuntijat antoivat toimintakäytäntöihin perehtymiselle enemmän mainintoja kuin esimiehet. Tämän lisäksi johtoryhmän jäsenet ja asiantuntijat korostivat työajankäyttöä laatutyöryhmätyöhön ja laatukoulutukseen.

#### 4.1.4. Toimintaohjeita ja menettelytapoja koskevat kysymykset

##### *Kysymys 1. Käytössä olevat kirjalliset ohjeet*

Haluttiin selvittää, kuinka tuttuja erilaiset olemassa olevat työ- ja /tai toimintaohjeet olivat. Parhaiten tunnistettuja kirjallisia ohjeita olivat potilasohjeet. Ne saivat 28 mainintaa. Seuraavaksi eniten mainintoja saivat hoito- ja tutkimuslaitteiden käyttöohjeet ja yhtenäiset hoitokäytännöt hoito/palveluprosesseja varten (26 mainintaa kumpikin) sekä työohjeet tiettyjä ammatillisia työtehtäviä tai toimenpiteitä varten ja toimintaohjeet tiettyjä asiakas/diagnoosiryhmiä varten (24 mainintaa kumpikin). Virhetilanteiden ja laatupoikkeamien ilmoittamis- ja käsittelyohjeet saivat 19 mainintaa ja yhteistyöohjeet toimimiseen muiden palvelutuottajien kanssa esimerkiksi hoitovastuun siirtyessä 10 mainintaa. Esimiesten vastaajaryhmässä oli havaittavissa puutteita virhetilanteiden ja laatupoikkeamien ilmoittamis- ja käsittelyohjeiden tuntemuksessa erityisesti yli 10 vuotta esimiehenä työskennelleillä ja joillakin alle viisi vuotta esimiestehtäviä hoitaneilla. Vapaissa vastauksissa mainittiin vielä lisää tiedossa olevia ohjeita. Mainintoja oli esimerkiksi tietoturva-, tietosuojaa-, taloushallinto-, henkilöstöhallinto- ja työsuojeluohjeista sekä ekoasioista.

Kaiken kaikkiaan toimintaohjeet ja menettelytavat olivat hyvin johdon ja esimiesten tiedossa. On syytä kuitenkin kerrata virhetilanteiden ja laatupoikkeamien ilmoittamis- ja käsittelyohjeet esimiesten kanssa, sillä he ovat keskeisessä roolissa henkilöstön suuntaan näiden asioiden havaitsemisessa ja ilmoittamisessa.

##### *Kysymys 2. Käytössä olevat johtamisen ja laadunhallinnan menetelmät ja työkalut*

Kutakin käytössä olevaa menetelmää ja työkalua pyydettiin arvioimaan kymmenportaisella asteikolla, jossa 10 kuvasi erittäin tärkeää menetelmää tai työkalua, jonka vastaaja haluaisi myös jatkossa säilyttää ja nolla kuvasi itselleen merkityksetöntä menetelmää tai työkalua, jonka voisi vaihtaa tai korvata muulla. Kaikki käytössä olevat menetelmät ja työkalut haluttiin arvioida erikseen, jotta voitaisiin päästä tekemään päätelmiä tärkeinä pidetyistä ja vähemmän tärkeinä pidetyistä menetelmistä ja työkaluista ja onko eri välineillä ja työkaluilla erilainen merkitys eri vastaajaryhmille. Tulokset on kuvattu taulukossa 3.

Eniten mainintoja annettiin arvosanoille 8-10 yhteensä 409 mainintaa kaikista 533 maininnasta, mikä on 76,7 %:ia maininnoista. Arvosanoille 9-10 annettiin 300 mainintaa eli 56,3 % kaikista maininnoista. Kaikkein tärkeimpänä yksittäisenä johtamisen ja laadunhallinnan menetelmänä ja työkaluna, jotka haluttiin säilyttää, pidettiin lakisääteisiä potilasturvallisuus/laadunhallinta/omavalvontasuunnitelmia. Ne saivat eniten 10-arvosanan mainintoja (16 mainintaa). Seuraavaksi eniten niitä saivat kehityskeskustelut (14 mainintaa) ja tietoturvan ulkoinen auditointi (12 mainintaa). Säätiön johtoryhmän jäsenet ja asiantuntijat pitivät tärkeimpänä kehityskeskusteluja. He antoivat niille eniten 10-mainintoja (kahdeksan mainintaa). Seuraavaksi eniten heiltä saivat 10-mainintoja lakisääteiset potilasturvallisuus/laadunhallinta/omavalvontasuunnitelmat (viisi mainintaa).

Eniten kouluarvosanalla kiitettäviä (9-10) mainintoja saivat edelleen säätiö- ja yksikötasoiset toimintasuunnitelmat (22 mainintaa) ja lakisääteiset potilasturvallisuus/laadunhallinta/omavalvontasuunnitelmat (21 mainintaa) sekä kehityskeskustelut (20 mainintaa), strategiset painopistealueet avattuna käytännön tasolle tulos- ja tavoitesopimustyökirjassa ja vuosiraportti/tilinpäätös (kumpikin 19 mainintaa). Esimiehet antoivat suurimman määrän kiitettäviä mainintoja henkilöstökyselylle (9 mainintaa), terveyspalveluyksiköiden johtajat lakisääteisille potilasturvallisuus/laadunhallinta/omavalvontasuunnitelmille (7 mainintaa) ja säätiön johtoryhmän jäsenet ja asiantuntijat kehityskeskusteluille ja vuosiraportille/tilinpäätökselle (kummallekin 10 mainintaa).

Toimintasuunnitelmat (säätiö- ja yksikötasoiset) ja lakisääteiset potilasturvallisuus/laadunhallinta/omavalvontasuunnitelmat saivat eniten 8-10 arvosanan mainintoja (25 mainintaa kumpikin). Seuraavaksi eniten niitä saivat kehityskeskustelut, asiakastyytyväisyyskysely joka 3. vuosi ja henkilöstökysely (kukin 24 mainintaa). Näiden jälkeen eniten mainintoja saivat strategisten painopistealueiden avaaminen käytännön tasolle tulos- ja tavoitesopimustyökirjassa, vuosiraportti/tilinpäätös sekä THL:n palveluvaakaan osallistuminen (kukin 22 mainintaa). Säätiön johtoryhmän jäsenet ja asiantuntijat antoivat muita ryhmiä enemmän mainintoja vuosiraportille/tilinpäätökselle, kun taas esimiesten maininnoissa korostuivat henkilöstökysely ja jatkuva asiakaspalaute.

Arvosanoille 0-4 annettiin yhteensä vain 25 mainintaa, mikä tarkoittaa 4,7 %:ia kaikista maininnoista. Suurin osa näistä maininnoista tuli yli 10 vuotta tehtävissään toimineilta esimiehiltä. Keskivälin arvosanoille 5-7 annettiin 99 mainintaa, mikä on 18,6 %:ia kaikista maininnoista. Johtamisen ja laadunhallinnan käytössä oleville menetelmille ja työkaluille annetut maininnat painottuivat hyvin selkeästi välille 8-10. Tämä näkyi kaikissa vastaajaryhmissä eikä näyttänyt riippuvan omasta johtamis- tai esimiestyön kestosta YTHS:ssä.

Täysin oman työn kannalta merkityksetön -mainintoja (arvosana nolla) tuli seitsemän kappaletta, mikä tarkoittaa 1,3 %:ia kaikista maininnoista. Nollamainintoja annettiin lakisääteisille potilasturvallisuus/laadunhallinta/omavalvontasuunnitelmille, toiminnan itsearvioinnille, kuvantamisen ja laboratoriotoinnin auditoinnille, tietoturvan ulkoiselle auditoinnille, jatkuvalla asiakaspalautteella ja asiakastyytyväisyyskyselylle. Kaikki maininnat olivat yksittäisiä, mutta suurimman osan niistä antoivat johtoryhmän jäsenet ja asiantuntijat. Siinä ryhmässä työskentelee eniten terveydenhuollon ulkopuolisia asiantuntijoita, joiden työhön terveydenhuollon lainsäädännöllä tai substanssitoiminnan kehittämällä ei ole suoranaista vaikutusta.



Taulukko 3. YTHS:n johtamisen ja laadunhallinnan menetelmien ja työkalujen tärkeys

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	yhteensä	keskiarvo
Toimintasuunnitelmat (säätö- ja yksikkötasoiset)	0	0	0	0	0	2	0	0	3	13	9	27	8,93
Säätöön riskien hallinta (strategiset/taloudelliset/operatiiviset/vahinkoriskitekijät)	0	0	0	0	0	4	2	2	6	7	6	27	8,04
Lakisääteiset potilasturvallisuus-, laadunhallinta- ja omavalvontasuunnitelmat	1	0	0	0	0	0	1	0	4	5	16	27	9
Tuloskortti	0	0	1	2	0	4	3	5	2	5	5	27	7,11
Strategisten painopistealueiden avaaminen käytännön tasolle tulos- ja tavoitesopimustyökirjassa	0	0	0	0	0	0	1	3	3	10	9	26	8,88
Toiminnan itsearviointi (vuosittaiset EFQM-arviointikohteet)	1	0	0	1	0	3	2	2	7	9	2	27	7,44
Prosessien arvioinnit (erikseen sovittavat itsearviointit ja/tai sisäiset auditoinnit, APR:n käyttö jne.)	0	0	0	2	0	1	2	2	6	10	4	26	7,95
Osaamiskartoitukset	0	0	0	0	0	1	2	4	8	4	7	26	8,27
Kehityskeskustelut	0	0	1	0	1	0	0	1	4	6	14	27	8,85
Henkilökohtaiset kehittämis/koulutus suunnitelmat	0	0	0	1	0	1	1	3	3	8	10	27	8,56
Kuvantamisen ja laboratorio-toiminnan auditoinnit	1	0	0	0	1	4	0	3	2	5	10	26	7,92
Tietoturvan ulkoinen auditointi	1	0	0	0	1	2	1	2	3	4	12	26	8,23
Vertaisarviointit esim. THL:n hoitotakuutietojen vertailu	0	0	0	1	1	1	0	2	12	5	5	27	8,04
Vuosiraportti/tilinpäätös	0	0	0	0	0	0	1	2	4	11	8	26	8,88
Jatkuva asiakaspalaute (yksiköiden jalkalaitteet)	2	1	1	1	0	0	1	3	3	8	7	27	7,37
Asiakastyytyväisyyskysely joka 3. vuosi (myös palveluja käyttämättömille)	1	0	0	0	0	1	0	2	7	10	7	28	8,39
THL:n palveluvaakaan osallistuminen (vertailu julkisen sektorin toimijoihin)	0	0	0	0	0	1	1	3	11	9	2	27	8,19
Palvelumittarit (YTHS:n omat mittarit asiakaspalautteen pohjalta)	0	1	0	0	0	2	0	1	5	14	2	25	8,16
Henkilöstökysely	0	0	0	0	0	1	0	2	7	7	10	27	8,81
Sidosryhmäbarometri (tarpeen mukaan, tehty viimeksi 2013)	0	0	1	0	0	6	1	4	10	4	1	27	7,11
<b>Yhteensä</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>34</b>	<b>19</b>	<b>46</b>	<b>109</b>	<b>154</b>	<b>146</b>	<b>533</b>	<b>8,21</b>

#### 4.1.5. Asiakkaita ja potilaita koskeva kysymys

##### *Kysymys. Asiakkaiden / potilaiden osallistuminen laadunhallintaan*

Perinteisesti sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa heikoimmin toteutuvaa laadunhallinnan osa-aluetta haluttiin selvittää valmiilla vaihtoehdoilla sekä vapaasti mainittavilla esimerkeillä. Selvästi eniten mainintoja (22 mainintaa) annettiin vaihtoehdolle, jonka mukaan asiakkailta/ potilailta kysytään kehittämideoita ja ne otetaan huomioon kehittämistyössä. Kaikissa vastaaja-ryhmissä tämä vaihtoehto sai selvästi eniten mainintoja. Toiseksi eniten mainintoja annettiin vaihtoehdolle, jonka mukaan asiakkaat osallistuvat toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen. Tämänkään vaihtoehdon kohdalla ei ollut eroa vastaajaryhmissä. Yksittäisiä mainintoja saatiin lisäksi vaihtoehdoille: asiakkaat/potilaat ovat mukana toimintaohjeiden laadinnassa ja asiakkaat/potilaat osallistuvat laatuprojekteihin. Muina esimerkkeinä mainittiin vapaassa sanassa erilaisten asiakaspalautekanavien hyödyntäminen ja johtokuntatyöskentely.

#### 4.1.6. Organisaatiokulttuuria koskeva kysymys

##### *Kysymys. YTHS:n organisaatiokulttuurin kuvaus*

Laadunhallintaan läheisesti liittyviä organisaatiokulttuurin ilmentymiä pyydettiin arvioimaan neliportaisella asteikolla, jossa toisessa päässä oltiin täysin eri mieltä (arvolla yksi) ja toisessa täysin samaa mieltä (arvolla neljä). Organisaatorakennetta pidettiin selvästi moniportaisena ja päätöksentekoa hajautettuna. Työ- ja toimintaohjeiden määrästä mielipiteet hieman jakaantuivat, mutta enemmistö vastaajista kallistui kuitenkin sille kannalle, ettei niitä ole vielä liikaa. Joustamattomassa suhtautumisessa uudistuksiin maininnat jakaantuivat lähes tasan kuitenkin niin, että hieman enemmän tuli mainintoja, jotka olivat jokseenkin tai täysin eri mieltä. Esimiesten ja säätiön johtoryhmän jäsenten ja asiantuntijoiden maininnat tukivat tätä näkemystä selvemmin kuin terveystalveluyskoiden johtajien näkemykset. He olivat jokseenkin samaa mieltä niukasti yleisemmin kuin jokseenkin tai täysin eri mieltä.

Keskinäistä kommunikointia pidettiin epämuodollisena, mutta terveystalveluyskoiden johtajien ryhmästä tuli muita ryhmiä enemmän ”jokseenkin eri mieltä” olevia mainintoja. Organisaatiokulttuuria kartoittavista kysymyksistä saatiin eniten jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä olevia mainintoja (yhteensä 22 mainintaa) sitoutuneesta henkilöstöstä. Säätiötason laadunhallintaa ei pidetty liikaa työllistävänä, mutta terveystalveluyskoiden johtajien ryhmästä saatiin muihin ryhmiin verrattuna enemmän ”jokseenkin samaa mieltä” olevia mainintoja. YTHS:n laadunhallintaa pidettiin järjestelmällisenä, joskin esimiesten ryhmässä annettiin hieman muita enemmän myös ”jokseenkin eri mieltä” olevia mainintoja. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. YTHS:n organisaatiokulttuuri

	1	2	3	4
Organisaatorakenne on moniportainen	0	3	8	11
Päätöksenteko on hajautettu	0	3	12	7
Työ- ja toimintaohjeita on liian paljon	3	11	7	2
Suhtautuminen uudistuksiin on joustamatonta	5	8	9	3
Keskinäinen kommunikointi on epämuodollista	0	6	9	7
Henkilöstö on sitoutunut	0	5	10	12
Säätiötason laadunhallinta työllistää liikaa	4	14	7	0
Organisaation laadunhallinta on järjestelmällistä	0	9	13	5
Yhteensä	12	59	75	47

#### 4.2. Laadunhallinnan kehitysvaiheiden ja niiden kypsyyden arviointi

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuoltoon modifioidun laadunhallinnan kypsyyssmallin mukaiset kehitysvaiheet kypsyytstasoiheen on kuvattu taulukossa 7.

Taulukko 7. Laadunhallinnan kypsyyssmallin eri kehitysvaiheet

Kypsyys / Kehitysvaihe
<b>0: Kehittymätön</b>
<b>1: Laatuun suuntautunut</b>
<b>2: Laadunhallintaan valmistautuminen / edellytysten luominen laadunhallinnalle</b>
<b>3: Laadunhallinnan implementointi</b>
<b>4: Laadunhallinta ankkuroitu toimintaan</b>

Kypsyytstasoltaan kehittymättömässä organisaatiossa ei ole laadunhallintaa eikä laadun parantamista. Laatuun suuntautumisvaiheessa ei ole järjestelmällistä laadunhallintaa eikä laadun parantamista. Eri ammattiryhmät pääasiassa vastaavat laadunhallinnasta. Järjestelmällisen laadunhallinnan edellytysten luontivaiheessa organisaatiot luovat järjestelmälliselle laadun-

hallinnalle ja parantamistoiminnalle välttämättömät olosuhteet. Tämä tapahtuu esimerkiksi kehittämällä koulutusta, asettamalla laatuvaatimuksia, luomalla lautupolitiikka ja selvittämällä laadunhallinnan soveltuvuutta organisaatioon. Laadunhallinnan implementaatiovaiheessa organisaatiot käynnistävät laatuprojekteja ja kokeiluja etsiessään itselleen sopivia laadunhallinnan käytäntöjä. Järjestelmällisen laadunhallinnan ankkurointivaiheessa laadun parantaminen ei ole enää kokeellista toimintaa, vaan se liittyy osaksi päivittäistä työtä (17).

Prosessien kypsyiden arviointiin on olemassa lukuisia erilaisia malleja, joista paljon käytettyjä ovat esimerkiksi CMMI (Capability Maturity Model Integration) (19) ja Boutrosin & Purdien Process Maturity Levels (20). CMMI on prosessien parantamisohjelma, joka on kehitetty Carnegie Mellon yliopistossa. Siinä prosessien kypsyysasteiden erityispiirteet on määritelty siten, että ensimmäisellä kypsyystasolla prosessit toimivat ennustamattomasti, ovat huonosti kontrolloituja ja reaktiivisia. Toisen kypsyystason prosesseja on muokattu tiettyihin projekteihin sopiviksi ja ne ovat vielä useimmiten reaktiivisia. Kolmannen kypsyystason prosessit ovat organisaation erityispiirteisiin sovellettuja ja proaktiivisia. Neljännellä tasolla prosesseja jo mitataan ja kontrolloidaan. Viidennellä tasolla prosessien parantaminen on keskeistä toimintaa.

Boutrosin ja Purdien mallissa prosessien kypsyystasot on määritelty siten, että ensimmäisellä tasolla ei ole organisoituja prosesseja lainkaan. Toisella tasolla on jo joitakin organisoituja prosesseja ja kolmannella tasolla suurin osa prosesseista on organisoituja. Neljännellä kypsyystasolla prosessit ovat organisoituja ja myös johdettuja. Viidennellä tasolla niitä myös parannetaan jatkuvasti. Heidän mukaansa avaimet prosessien kypsyteen ovat 1) organisaation horisontaalinen kehittäminen, 2) organisaation horisontaalinen johtaminen sekä 3) organisaation horisontaalinen parantaminen (19,20).

Kehitysprojektissa tehty laadunhallinnan kehitysvaiheiden ja niiden kypsyiden arviointi rajattiin keskeisimpiin laadunhallinnan arviointialueisiin ja kypsyyttä arvioiviin indikaattoreihin. YTHS:n laadunhallinnan nykytilaa kartoittava kysely antoi riittävästi tietoa laadunhallinnan kehitysvaiheiden ja niiden kypsyystasojen arviointia varten. YTHS:n laadunhallinnan kypsyiden/kehitysvaiheiden arviointialueita ovat laadunhallinta-asiakirjat, henkilöstöjohtaminen, standardeihin ja toimintaohjeisiin perustuva prosessien ohjaus, prosessien parantaminen ja asiakkaiden osallistuminen.

YTHS:n laadunhallinnan kypsyysarviointi arviointialueittain:

#### Laadunhallinta-asiakirjat

YTHS:n laadunhallinta on laadunhallinta-asiakirjojen suhteen jokseenkin hyvin jo ankkuroitu toimintaan, mutta tuotteistuksen ja tarkempien tuotekuvausten puuttuminen ovat vielä puutteita. Korkeaa kehitysvaihetta voidaan perustella sillä, että käytössä ovat kirjallinen visio ja palvelu-kuvaukset, lautupolitiikka laatuperiaatteiden muodossa ja koko organisaation kattava laadunhallintasuunnitelma. Lisäksi YTHS:n toiminta- ja vuosikertomukseen sisältyy laatuosuus ja käytössä on laatukäsikirja.

### Henkilöstöjohtaminen

Myös henkilöstöjohtamisessa laadunhallinta on melko hyvin ankkuroitu toimintaan. Puutteita ovat laatuperiaatteisiin perustuvien odotusten esille tuomisessa henkilöstöjohtamisessa ja ammatti-taidon kehittämisessä. Yksikkökohtaisten laadunhallintasuunnitelmien toteutumisen valvontaa ei ole systemaattisesti toteutettu eikä laadunhallinnan osaamista erityisesti korosteta rekrytoinnissa. Vahvuuksia ovat puolestaan ammatilliseen kehittämiseen kannustaminen, henkilöstön sekä esimiesten ja johdon kouluttaminen ammattitaidon kehittämiseksi sekä henkilökunnan mahdollisuus käyttää työaika laadunhallintaan. Kyselyn pohjalta voidaan myös todeta, että henkilöstö saa järjestelmällisesti palautetta laadunhallinnan tuloksista. Hyvää on myös se, että uutta henkilöstöä koulutetaan laadunhallintaan. Ainakin kyselyn pohjalta on havaittavissa alle viisi vuotta tehtävissään toimineiden esimiesten perehtyneen hyvin organisaation laadunhallintaan.

### Standardeihin ja toimintaohjeisiin perustuva prosessien ohjaus

Toimintaohjeisiin perustuvassa prosessien ohjauksessa laadunhallinta on ankkuroitu hyvin toimintaan. Kaikille kypsyysmallin kehitysvaiheille on kirjalliset työ- tai toimintaohjeet laadittuna mallin edellyttämällä tavalla. Toimintaohjeita on tiettyjä ammatillisia työtehtäviä tai toimenpiteitä ja asiakkaan neuvontaa ja ohjausta varten, kuten myös tiettyjä asiakasryhmiä tai diagnooseja varten sekä hoito- ja tutkimuslaitteiden ja -välineiden käyttöä varten. Lisäksi on toimintaohjeita hoito-prosessin laadun kannalta tärkeitä kohtia varten sekä ohjeet yhteistyöstä muiden palvelutuottajien kanssa hoitovastuun siirtyessä tuottajalta toiselle. Toimintaohjeet löytyvät myös koko palveluprosessille hoitoon ottamisesta sen päättämiseen. Haasteena on enemmän sovittujen käytäntöjen ja ohjeiden noudattaminen, ei niinkään niiden puute.

### Prosessien parantaminen

Prosessien parantamisessa YTHS:n laadunhallinta on osin implementointivaiheessa ja osin se on jo melko hyvin ankkuroitu toimintaan. Parantamista tarvitaan vielä muiden kuin omaan palveluketjuun kuuluvien odotusten ja tyytyväisyyden selvittämisessä sekä eri palvelutuottajien tuotosten arvioinnissa. Myös raportoinnissa on kehittämistarpeita, jotta toiminnan ohjausta päästään hyödyntämään johtamisessa ja esimiestyössä. Hoitosuunnitelmia osin vielä puuttuu ja niiden hyödyntämisessä on parannettavaa. Uusi kesällä 2015 käyttöönotettava potilastietojärjestelmä helpottaa näitä ongelmakohtia.

Kypsyysastetta parantavia asioita ovat henkilöstön mahdollisuudet käyttää työaika kehittämistyöhön. Kyselyn mukaan tämä näkyy erityisesti työajan käyttönä yksikön toiminnan arviointiin moniammatillisissa ryhmissä ja myös oman työn arvioinnissa. Valitusten tekoon ja käsittelyyn on sovittu yhtenäiset käytännöt, jotka on dokumentoitu. Asiakkaiden/potilaiden informointia on parannettu verkkosivujen Hoidon laatu ja turvallisuus -sivustolla. Kehityskeskustelut toteutuvat pääsääntöisesti kaikissa yksiköissä, mutta käytännöissä on vielä puutteita. Asiakas-, henkilöstö- ja sidosryhmäkyselyitä on toteutettu, myös potentiaalisilta palvelukäyttäjiltä on kysytty palveluista

ja niiden käyttämättömyyden syistä. Koko tietyn toiminnallisuuden kattavia sisäisiä auditointeja on jo tehty ja niitä on tekeillä myös kuluvalle vuodelle.

### Asiakkaiden osallistuminen

Laadunhallinnan kypsyysarvion tekeminen asiakkaiden osallistumisesta on haastavaa, koska tältä arviointialueelta YTHS:n laadunhallinnasta löytyvät lähes kaikki taulukossa 7 mainitut kehitysvaiheet. Hyvää on se, että asiakkaat/potilaat osallistuvat laatutavoitteiden saavuttamisen arviointiin antamalla palautetta mm. hoitoon pääsystä, hoidon vaikutuksista ja kohtelusta. Myös rahoittajatahot osallistuvat välillisesti laatutavoitteiden toteutumisen arviointiin säätiön valtuuskunnassa, hallituksessa ja/tai terveystalouksien johtokunnissa. Käytännön tasolla asiakkaista/potilaita ei ole juurikaan hyödynnetty menettely- ja toimintaohjeiden eikä laatu-kriteerien laadinnassa. Toisaalta asiakkaat/potilaat osallistuvat jonkin verran laatuprojekteihin esim. yhteistyöryhmissä ja erillisissä kehittämishankkeissa. Kyselyn tulosten pohjalta voidaan todeta, että kaikki vastaajaryhmät tunnistivat asiakkaiden/potilaiden osallistumisen laadunhallintaan heiltä saatujen kehittämissideoiden kautta. Huomattavasti harvemmin mainittiin asiakkaiden osallistuminen toiminnan suunnitteluun, kehittämiseen tai toimintaohjeiden laatimiseen. Joku esimerkki saatiin asiakkaiden/potilaiden osallistumisesta laatuprojekteihin. Asiakkaiden osallistuminen on kaikkein hajanaisin ja kehittymättömin arviointialue YTHS:n laadunhallinnassa. Siitä löytyy muihin arviointialueisiin verrattuna eniten epätasaista kehitystä ja parantamisen varaa.

## **5. Pohdinta ja johtopäätökset**

YTHS:n laadunhallinta muodostaa melko hyvin koko organisaation kattavan kokonaisuuden. Vuosien laatutyö näkyy erityisesti vahvoina rakenteina ja säätiötasoisina laadunhallinnan asiakirjoina. Uusia laadunhallinnan menetelmiä ja työkaluja on otettu käyttöön matkan varrella. Viimeisimpiä käyttöönotettuja laajempia työkaluja ovat lakisääteiset potilasturvallisuus-, laadunhallinta- ja omavalvontasuunnitelmat, joita niin johto kuin esimiehetkin pitivät kyselyn mukaan erittäin tärkeinä työkaluina. Edellinen suurempi kokonaisuus uusia laadunhallinnan työkaluja liittyi säätiön strategiaan ja sen käytännön tasolle viemiseen. Strategiakartan käyttöönotto vuonna 2009 toi strategiset painopistealueet kootusti esille, mutta sen jälkeen työstetty tulos- ja tavoitesopimustyökirja varsinaisesti avasi strategian käytännön tasolle. Sitä pidettiin tärkeänä johtamisen ja laadunhallinnan työkaluna kyselyssä eikä se saanut vastaajilta lainkaan mainintoja merkityksettömien työkalujen puolelle. Edelleen kyselyn vastaukset tukevat vahvasti laatutyöryhmytyötä ja nimettyä laadunhallinnan koordinaattoria. Viimeksi mainittua pidettiin tärkeimpänä yksittäisenä tuen kohteena.

Vahvat laadunhallinnan rakenteet ovat ymmärrettäviä ja tärkeitä valtakunnalliselle organisaatiolle, kun on kyettävä viemään samoja periaatteita ja käytäntöjä hyvinkin erikokoisiin ja erilaisiin yksiköihin. Keskitetyt laadunhallinnan toimijat ja verkostorakenne ovat kyenneet turvaamaan yhteisten ohjeistusten perillemenon ja laatuopetuksen yksiköiden laatutyöstä vastaaville

henkilöille. Heikkoutena mallissa on se, että varsinainen laadunhallinta työpaikoilla voidaan helposti kokea vain laatuvaastavien työksi. Laatuverkostoon kuuluville henkilöille jää melko suuri vastuu levittää uusia asioita omaan yksikköön ja edistää toiminnan kehittämistä. Onnistuminen on aika paljon laatuvaastavien varassa yksiköissä. Yksikin laatutyöstä erityisen innostunut työntekijä voi saada paljon aikaan, mutta toisaalta liika ehdottomuus voi koitua myös ongelmalliseksi. Kyselyssä nousi esille yhtenä tärkeänä laadunhallinnan tukemisen kohteena terveyspalveluyksiköiden työntekijöiden koulutus ja tuki. Tämä asia nostettiin korkeammalle tarveasteikossa kuin yksiköiden laatuvaastavien tukeminen tai terveyspalveluyksiköiden johtajien koulutus ja tuki. Tätä havaintoa selittää varmasti osaltaan se, että terveyspalveluyksiköiden johtajat ovat viime vuosina olleet vahvasti mukana laatuverkostossa ja -koulutuksessa.

Laatuverkoston ylläpitäminen sai kyselyssä lähes yhtä paljon mainintoja kuin laadunhallinnan erillinen määräraha koulutuspäiviä ja/tai laatuprojekteja varten, mutta ne kumpikaan eivät sijoittuneet tärkeimpinä pidettyjen laadunhallinnan tukemisen kohteiksi. Voisi ajatella, että osin laatuverkostoon suunnatusta koulutuksesta ja tuesta voisi suunnata jatkossa terveyspalveluyksiköiden henkilöstölle ja heidän esimiehilleen. Yksiköiden laatuvaastavia pidettiin merkittävinä laadunhallinnan vetureina ja heidän työnsä tukeminen tällä tavalla voisi auttaa toimintakäytäntöjen muutosta ja laadunhallintaa. Henkilöstö saisi lisää vaikutusmahdollisuuksia oman työnsä kehittämiseen ja enemmän suoraa palautetta kehittämistyön tuloksista. Terveyspalveluyksiköiden johtajat ja säätiön johtoryhmän jäsenet ja asiantuntijat olisivat mukana säätiön laadun kehittämisessä laajan johtoryhmän ja esimerkiksi kerran vuodessa kokoontuvan laatuverkoston kautta.

Vaikka vahvat laadunhallinnan rakenteet voivat luoda mielikuvaa käytännön toiminnan tasolta melko irrallisesta laadunhallinnasta, kysely osoittaa, että YTHS:ssä laadunhallinnan vetureina pidetään hyvin monia eri toimijoita ja työryhmiä. Tämä osoittaa, että laatutyön tekeminen on vuosien saatossa levittäytynyt laajalle organisaatioon ja sen eri tasoille. Laatutyötä ei pidetä enää harvojen henkilöiden työnä, vaan osana yhä useamman työntekijän arkea. Laatujärjestelmän omaksuminen organisaation jokapäiväiseksi toiminnaksi tarkoittaa koko organisaation laajuisen muutosprosessin läpikäymistä, mikä ei tapahdu hetkessä suuressa organisaatiossa (21).

Laatuperiaatteet ovat myös selkeä osa YTHS:n henkilöstöpolitiikkaa. On nimetty laadunhallinnasta vastaavia henkilöitä joka yksikköön, laatutyöhön ja toiminnan kehittämiseen voidaan käyttää työaika sekä henkilöstöä kannustetaan ammatilliseen kehittämiseen jne., mutta enemmän ehkä jatkossa voitaisiin pohtia, miten yksiköissä seurataan ja arvioidaan kehittämistyön tuloksia. Kehittämistulokset saataisiin näkyvämmäksi dokumentoimalla entistä paremmin, mitä aiotaan tehdä ja mitä saatiin aikaan. Tulos- ja tavoitesopimustyökirjassa on oma kohtansa toiminnan arvioinnille, mutta sen hyödyntäminen on vielä alkuvaiheessa. Siihen liitetyt yksikkökohtaiset parantamissuunnitelmat ja niiden toteutukset voisivat tuoda konkreettisesti näkyville tehdyn työn ja sen tulokset. Kuluvana keväänä yksiköille on lähetetty parantamissuunnitelmien tekoa varten helppokäyttöinen lomake, johon voi kirjata

parantamissuunnitelman, aikataulun, vastuuhenkilöt sekä toteutuksen ja havaitut tulokset. Aika näyttää, tuleeko siitä toimiva työkalu.

YTHS:ssä tarvitaan valtakunnallisena organisaationa yhtenäisiä toimintakäytäntöjä ja ohjeistuksia, jotta opiskelijoille ympäri Suomen voidaan turvata tasavertaiset palvelut. Kyselyn vastaajat kykenivät mainitsemaan laajalti erilaisia tuntemiaan toimintaohjeita. Kuitenkaan ohjeistusta ei pidetty liian raskaana, vaan uusille ohjeille jäi vielä kyselyn mukaan tilaa. Kysely toi esille yhden vastaajaryhmän, jolle virhetilanteiden ja laatupoikkeamien ilmoittamis- ja käsittelyohjeet olivat jääneet vieraiksi. Kauimmin esimiestyötä tehneiden esimiesten (sekä yli 10 vuotta ja 5-10 vuotta esimiestyötä tehneet) kohdalla oli selviä puutteita tässä asiassa.

Hyvätkään ohjeet ja käytännöt eivät itsessään takaa palveluiden yhtenäisyyttä, vaan tarvitaan vahvaa tahtotilaa niiden noudattamiseksi. On myös otettava käyttöön keinoja, joilla yhtenäisten käytäntöjen ja ohjeiden toteutumista voidaan seurata. Toiminto/prosessikohtaisten itsearviointien käytöllä saadaan henkilöstöä aktivoitua ohjeiden ja käytäntöjen noudattamiseen. Mikäli arviointiin yhdistetään kehittämiskohteiden esiin nostaminen, saadaan henkilöstö useimmiten itse korjaamaan havaitut puutteet. Itsearviointien vaikutusta voidaan tehostaa sopimalla sisäisen auditoinnin tekemisestä jonkin ajan kuluttua itsearvioinnista. YTHS:n suunterveys on toteuttanut tällä menetelmällä kahden hoitokäyntejä tukevan prosessin toimivuuden ja ohjeistuksen arvioinnin kaikissa yksiköissä. Välinehuoltotoiminnan ja hammasröntgentoiminnan laadunvarmistukset onnistuivat erittäin hyvin käyttämällä itsearvioinnin ja sisäisen auditoinnin yhdistelmää. Itsearviointeja toteutetaan jatkossa edelleen yksiköiden tarpeen mukaan vuosittain tai harvemmin.

YTHS:ssä käytössä olevat johtamisen ja laadunhallinnan menetelmät ja välineet näyttivät kyselyn mukaan olevan laajalti käytössä ja kohtuullisen tärkeinä pidettyjä. Laadunhallinnan kypsyysasteen arvioinnin avulla saimme näkyväksi jo tehdyn työn: mitä oli tehty hyvin sekä missä oli puutteita. Organisaation johdon ja esimiesten laadunhallinnan näkemykset antoivat hyvän käsityksen siitä, miten toimivaksi nykyinen toimintamalli, rakenteet ja työkalut koettiin. Oman työn kannalta merkityksettöminä työkaluina pidettiin joitakin terveydenhuollon lakisääteisiä ohjeistuksia tai arviointeja, tietoturvan ulkoista auditointia, asiakaspalautetta ja toiminnan itsearviointia, mutta kaikki kyseiset maininnat olivat yksittäisiä ja liittyivät todennäköisesti vastaajan tehtäväkuvaan. Toisaalta monet näistä mainituista olivat myös tärkeimpiä yksittäisiä työkaluja kuten lakisääteiset potilasturvallisuus-, laadunhallinta- ja omavalvontasuunnitelmat sekä tietoturvan ulkoinen auditointi. Toiseksi eniten mainintoja tärkeimpänä työkaluna saivat kehityskeskustelut. Koska merkityksettömiä ja vähemmän merkityksellisiä työkaluja oli kyselyn mukaan hyvin vähän, alle 5 % kaikista maininnoista, mitään yksittäistä menetelmää tai työkalua olisi vaikea lähteä kokonaan poistamaan.

Kehitysprojektin tavoitteissa esitettyyn kysymykseen, mistä menetelmistä tai työkaluista olisi paras hyöty YTHS:lle, kysely antaa vastaukseksi sen, että eri organisaation tehtävissä ja tasoilla tarvitaan erilaisia menetelmiä ja työkaluja. Johdolle on erityisen tärkeää täyttää lakisääteiset velvoitteet, dokumentoida toimintasuunnitelmat hyvin ja arvioida tehtyä työtä vuosiraportilla/



tilinpäätöksellä. Esimiesten työssä korostuvat erityisesti asiakastyytyväisyys- ja henkilöstökyselyt sekä vertailtavuus muihin toimijoihin. Kaikki vastaajaryhmät pitivät edellä mainittuja asioita tärkeinä, mutta pieniä vivahde-eroja vastauksista oli luettavissa.

Toiminnan itsearviointi jollakin tunnetulla arviointimenetelmällä antaa organisaation arvioinnille uskottavuutta muiden toimijoiden silmissä. YTHS:n käyttämä EFQM-itsearviointikriteeristö on laajalti tunnettu ja käytetty kriteeristö, joka soveltuu myös terveydenhuolto-organisaation itsearviointiin. Oma mielipiteeni on, ettei kriteeristön vaihtaminen toisi mitään erityistä lisäarvoa YTHS:lle. Tärkeintä on kuitenkin, että käytössä on jokin yleisesti hyväksytty arviointimalli, jota sovelletaan omiin tarpeisiin. EFQM-itsearviointien tulosten hyödyntämisessä on vielä parannettavaa. Vaikkakin niistä on saatu säätiötason kehittämiskohteita eteenpäin viedyiksi, yksikkötasolla vain joitakin kehittämiskohteita on lähdetty parantamaan oma-aloitteisesti. Tähän tarkoitukseen sopii hyvin myös aiemmin mainittu kehittämiskohteiden parantamis- ja toteuttamissuunnitelma-lomake. Jatkossa voimme paremmin hyödyntää sitä myös EFQM-arviointien kehittämiskohteisiin. Tuloksia voidaan raportoida ja hyviä käytäntöjä jakaa laatuverkoston tapaamisissa.

YTHS:n laadunhallinnan kehitysvaiheiden ja niiden kypsyyden arvioinnissa nousi esiin kolme kehittämiskohdetta, joissa kaikissa tiedetään olevan suuri potentiaali toiminnan kehittämistä ajatellen. Ensimmäinen kehittämiskohde tuli esille laadunhallinnan arviointialueelta laadunhallinta-asiakirjat. YTHS:ssä ei ole tehty palvelujen tuotteistusta, vaikka sillä on kustannuskehitykseen ja kilpailukykyyn iso potentiaalinen vaikutus. Tähän on mitä ilmeisimmin ollut syynä rahoituksen vakaus ja perustuminen opiskelijamäärään. Lähitulevaisuuden tulossa olevat muutokset sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä ja rahoituksessa puoltavat voimakkaasti tuotteistuksen aloittamista. Toinen kehittämiskohde liittyy arviointialueeseen prosessien parantaminen. Raportoinnin puutteita parantamalla päästään hyödyntämään palveluprosessien tarkempaa toiminnan ohjausta. Tähän on tulossa parannusta uuden potilastietojärjestelmän myötä. Siinä on kiinnitetty erityistä huomiota toiminnan ohjaukseen. Kolmas kehittämiskohde liittyy arviointialueeseen asiakkaiden osallistuminen. Se liittyy myös projektityön tavoitteissa esitettyyn toiseen kysymykseen: Minkälaisena välineenä laadunhallinta nähdään YTHS:n palvelustrategiassa tulevaisuudessa? YTHS:llä on ehkä eniten siinä laadunhallinnan kehittämispotentiaalia käyttämättä. Asiakkaiden rooli on nähty tähän asti melko passiivisena ”Vastaa, kun kysytään” -tyyppisenä osallistumisena eikä asiakaskuntamme aktiivisuutta ja näkemystä ole osattu ottaa käyttöön toiminnan kehittämisessä ja/tai suunnittelussa. Nykypäivänä on yhä tärkeämmäksi tulossa suuntaus, myös terveydenhuollossa, jossa palvelut kohdennetaan eri kohderyhmille ja kohderyhmien edustajat ovat mukana palvelujen suunnittelussa.

Kun peilaa laadunhallinnan kypsyydsarvion tulosta YTHS:n laatuperiaatteisiin, huomaa, että osin ne ovat hyvin toteutuneet ja osin vielä puutteellisesti. YTHS on keskittynyt melko pitkälle omaan toimintaan. Jonkin verran on jo seurattu muiden terveydenhuollon toimijoiden tuloksia ja verrattu omaa toimintaa niihin. Yhteisten indikaattoreiden puute vaikeuttaa vertailua. Hyvänä esimerkkinä toimijoiden vertailusta ja yhteisten indikaattorien käytöstä voidaan mainita THL:n

ylläpitämä Suhat-hanke, joka on suun terveydenhuollon verkosto. Siinä vertaillaan julkisen sektorin toimijoita ja YTHS:ää kattavan indikaattoripankin indikaattoreilla niin kustannusten ja toimenpiteiden vaativuuden kuin työnjaonkin suhteen. Verkosto kattaa jo yli kolmen miljoonan väestöpohjan. Prosessien kehittämisessä on tehty paljon hyvää työtä YTHS:ssä ja jatkuvan parantamisen periaate on toimintatapana arjen työssä mukana.

YTHS:n laadunhallinnan nykytilan arvioinnissa organisaatiokulttuuria koskeva arviointialue nosti esiin erittäin tärkeän vahvuusalueen YTHS:n laadunhallinnassa ja organisaatiossa. Eniten mainintoja sai läpi vastaajaryhmien sitoutunut henkilöstö. Se on keskeinen tekijä toiminnan kehittämisessä ja laadunhallinnassa - sille on myös hyvä rakentaa tulevaa. Jatkossa on syytä kiinnittää huomiota henkilöstön sitoutumisen ylläpitämiseen. Siinä auttavat selkeät toimintaohjeet, hyvä johtaminen ja esimiestyö sekä yhdessä tekeminen. Kuvassa 7. esitellään lyhyesti YTHS:n laadunhallinnan nykytilan vahvuudet ja kehittämiskohteet.



Kuva 7. YTHS:n laadunhallinnan nykytilan vahvuudet ja kehittämiskohteet

## 5. Lähteet

### Lähdeluettelo

1. Terveysturvallisuuslaki 30.12.2010/1326, 17§. Finlex
2. Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224, 13. luku 11–14 § ja 18. luku 8§. Finlex
3. Yliopistolaki 24.7.2009/558, 5. luku 46§. Finlex
4. HE sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislainsäädännön 4.12.2014
5. Erhola, M., Varrama, M., Pekurinen, M., Jonsson, P., Junnila, M., Hämäläinen, P., Nykänen, E. & Linnosmaa, J. 2014. THL:n raportti 14/2014
6. EFQM (European Foundation for Quality Management Excellence Model) 2010. Espoo: Laatu keskus.
7. YTHS:n laatukäsikirja 17.3.2014
8. Mc Nair, C.J., Lynch, R. & Cross, K. 1990. Do Financial and Nonfinancial Performance Measures Have to Agree? Management account, November 1990.
9. Lynch, R. & Cross, K. 1991. Measure up: Yardsticks for Continuous Improvement. Blackwell Business, 1991.
10. Hannus, J. 1993. Prosessijohtaminen – ydinprosessien uudistaminen ja yrityksen suorituskyky Jyväskylä Gummerus.
11. Ojala, J. 2007. Toiminnan laadun parantaminen organisaation itsearviointilla Tuotantotalouden väitöskirja. Lappeenranta teknillisen yliopiston tuotantotalouden osasto
12. Laamanen, K. 1997. Kohti huippusuorituksia. Organisaation itsearviointi. 2. painos. Helsinki. Suomen Laatu yhdistyksen Koulutus Oy
13. Suomen Kuntaliitto & Valtiovarainministeriö 2001. Euroopan laatu palkintomalli julkisella sektorilla. Näkökohtia itsearviointiin ja mallin käyttöön toiminnan kehittämisessä
14. Holma, T., Outinen, M., Idänpään-Heikkinen, U. & Sainio, S. 2001. Kirkasta ja uudista laadunhallintaa – kehitä laatutalo. Helsinki: Hakapaino Oy s. 29-30.
15. Varsio, S., Nordblad, A., Linna, M., Arpalahti, I., Strömmer, P., Karhunen, T. & Huhtala, S. 2008. Suhat-hankkeen menestystarina. Strateginen johtaminen ja benchmarking-kehittäminen 2002–2005. Helsinki: Valopaino Oy
16. Wagner, C., De Bakker, D. & Groeneweger, P. 1999. A Measuring Instrument for Evaluation of Quality Systems. International Society for Quality in Health Care 199; Vol. 11, No. 2: pp.119-130.
17. Mäki, T. 2000. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden laadunhallinnan kypsyyden arviointimalli ja -mittari
18. Outinen, M., Mäki, T., Siikander, S. & Liukko, M. 2001. Laatu kannattaa – mikä kannattaa laatutyötä? Selvitys laadunhallinnasta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Aiheita 8/2001. Stakes. Helsinki 2001

19. CMMI (Capability Maturity Model Integration). [www.cmmiinstitute.com](http://www.cmmiinstitute.com). Process Maturity Profile. CMMI for Development SCAMPI class A Appraisal Results. Software Engineering Institute. Retrieved 16 February 2011
20. Boutros, T. & Purdie, T. 2013. The Process Improvement Handbook: A Blueprint for Managing Change and Increasing Organizational Performance. McGraw-Hill Professional Publishing
21. Komulainen, A. 2005. Vantaan suun terveydenhuollon laatukäsikirjan laadintaprosessi, terveydenhuollon erikoishammaslääkärikoulutukseen liittyvä työ. Suuterveystieteen julkaisuja Helsingin yliopiston hammaslääketieteen laitos, 2005 s. 26

### **Muut lähteet**

- Bergman, B. & Klefsjö, B. 2010. Quality from Customer Needs to Customer Satisfaction. The Authors and Studentlitteratur, 2010
- Koivuniemi, K., Holmberg-Marttila, D., Hirso, P., Mattelmäki, U. 2014. Terveydenhuollon kompassi. Kustannus Oy Duodecim, 2014
- Modig, N. & Åhlström, P. 2013. Tätä on lean. Rheologica Publishing, 2013

## **6. Liitteet, kuvat ja taulukot**

### **Liitteet**

- Liite 1. Laadunhallinnan nykytilan arviointi johdolle ja esimiehille -kyselylomake
- Liite 2. Laadunhallintakyselyn saatekirje

### **Kuvat**

- Kuva 1. YTHS:n opiskeluterveydenhuollon lakisääteiset palvelut
- Kuva 2. YTHS:n opiskeluterveydenhuollon mahdollistava lainsäädäntö ja rahoittajat
- Kuva 3. YTHS:n palvelutoiminnan arviointi, modifioitu Hannus 1993, Lynch & Cross 1991
- Kuva 4. YTHS:n keskeiset johtamisen ja laadunhallinnan menetelmät ja välineet
- Kuva 5. Kyselyn vastaajien jakauma
- Kuva 6. YTHS:n laadunhallinnan veturit
- Kuva 7. YTHS:n laadunhallinnan vahvuudet ja kehittämiskohteet

### **Taulukot**

- Taulukko 1. Kehitysprojektin tavoitteet
- Taulukko 2. Laadunhallinnan tukemisen kohteiden tärkeysjärjestys
- Taulukko 3. YTHS:n johtamisen ja laadunhallinnan menetelmien ja työkalujen tärkeys
- Taulukko 4. YTHS:n organisaatiokulttuuri
- Taulukko 5. Laadunhallinnan kypsyyden eri kehitysvaiheet

## Kyselylomake

Laadunhallinnan nykytilan arviointi -kysely johdolle ja esimiehille 20.10.2015

Toimin johtoryhmän jäsenenä tai asiantuntijana/terveyspalveluyksikön johtajana/esimiehenä

Olen työskennellyt nykyisissä tehtävissäni alle 5v/5-10 v/yli 10 v

### 1. Laatu politiikka ja -strategia

- 1.1. Tunnetko seuraavat YTHS:n laadunhallinnan asiakirjat?** valitse sopiva vaihtoehto:  
0=en ole tutustunut, 1=olen tutustunut, mutten pidä tarpeellisena, 2=on käytössä ja pidän tarpeellisena, 3=pitäisin tärkeänä ottaa käyttöön

YTHS:n visio

Palvelukuvaukset (ydin- ja tukiprosessit)

YTHS:n laatu periaatteet

YTHS:n laadunhallintasuunnitelma

Toimintakertomuksen laatuosuus

Laatukäsikirja

- 1.2. Miten mielestäsi laadunhallintaa pitäisi tukea YTHS:ssä?** valitse neljä tärkeintä kohdetta ja laita ne tärkeysjärjestykseen, tärkein =1, seuraavaksi tärkein =2 jne.

Laadunhallinnalle erityinen määräraha koulutuspäiviä ja/tai laatu projekteja varten

Laatutyöryhmän toiminnan ylläpitäminen

Nimetty laadunhallinnan koordinaattori

Terveyspalveluyksiköiden johtajien koulutus ja tuki

Terveyspalveluyksiköiden laatu vastaavien ylläpitäminen

Terveyspalveluyksiköiden työntekijöiden koulutus ja tuki

Laatu verkoston ylläpitäminen

Käyttää ulkopuolista konsulttia

Muuta, mitä? .....

- 1.3. Ketkä/mitkä ovat YTHS:n laadunhallinnan "vetureita" tällä hetkellä?** Valitse yksi tai useampi vaihtoehto.

Säätiön laatutyöryhmä

Laadunhallinnan koordinaattori

Yksiköiden laatu vastaavat

Yksiköiden laatutyöryhmät  
 Terveyspalveluyksikön johtajat  
 Esimiehet  
 Säätiön johtoryhmä  
 Laaja johtoryhmä  
 Sektorijohtajat  
 Yksiköiden henkilöstö  
 Muut, ketkä?

## 2. Henkilöstö

### 2.1. Miten laatuperiaatteet näkyvät henkilöstöpolitiikassa? valitse YTHS:ää kuvaavat väittämät

Henkilöstöä kannustetaan ammatilliseen kehittämiseen.  
 Henkilöstö voi osallistua laadun kehittämiseen työaikana.  
 Henkilöstö saa järjestelmällisesti palautetta laadunhallinnan tuloksista.  
 Terveyspalveluyksiköissä on laatutyöhön nimettyjä henkilöitä.  
 Henkilöstöä kannustetaan virhetilanteista oppimiseen.  
 Muuten, miten? .....

### 2.2. Onko henkilöstölle varattu aikaa yhdelle tai useammalle seuraavista kehittämistyön vaihtoehtoista? valitse YTHS:ää kuvaavat väittämät

Aikaa on varattu  
 ammatilliseen jatko- ja täydennyskoulutukseen  
 laadunhallinnan koulutukseen  
 yksikön toiminnan arviointiin moniammatillisissa ryhmissä  
 laatutyöryhmätyöhön  
 oman työn arviointiin  
 toimintakäytäntöihin perehtymiseen  
 muuhun kehittämiseen, mihin? .....

## 3. Toimintaohjeet ja menettelytavat

### Henkilöstön työ/toimintaohjeet

#### 3.1. Minkälaisia kirjallisia työ- ja/tai toimintaohjeita tiedät olevan käytössä?

Työohjeita tiettyjä ammatillisia työtehtäviä tai toimenpiteitä varten  
 Potilasohjeita

Hoito- ja tutkimuslaitteiden käyttöohjeita

Yhtenäisiä hoitokäytäntöjä hoito/palveluprosesseja varten

Toimintaohjeita tiettyjä asiakas/diagnoosiryhmiä varten

Yhteistyöohjeita muiden palvelutuottajien kanssa esimerkiksi hoitovastuun siirtyessä

Virhetilanteiden ja laatupoikkeamien ilmoittamis- ja käsittelyohjeet

Muita ohjeita, mitä?

## Johtamisen ja laadunhallinnan menetelmät ja työkalut

**3.2. Kuinka tärkeinä oman työsi kannalta pidät seuraavia käytössä olevia johtamisen ja laadunhallinnan menetelmiä ja työkaluja myös jatkossa?** Arvioi kutakin kohtaa asteikolla 0-10, jossa 10 kuvaa erittäin tärkeää menetelmä tai työkalua, jonka haluaisit säilyttää ja nolla kuvaa merkityksetöntä eli sen menetelmän tai työkalun voisi vaihtaa tai korvata muulla.

Toimintasuunnitelmat (säätö- ja yksikkötasoiset)

Säätöön riskienhallinta (strategiset/taloudelliset/operatiiviset/vahinkoriskitekijät)

Lakisääteiset potilasturvallisuus-, laadunhallinta- ja omavalvontasuunnitelmat

Tuloskortti

Strategisten painopistealueiden avaaminen käytännön tasolle tulos- ja tavoitesopimustyökirjassa

Toiminnan itsearviointi (vuosittaiset EFQM-arviointikohteet)

Prosessien arvioinnit (erikseen sovittavat itsearviointit ja/tai sisäiset auditoinnit, APR:n käyttö jne.)

Osaamiskartoitukset

Kehityskeskustelut

Henkilökohtaiset kehittämis/koulutussuunnitelmat

Kuvantamisen ja laboratoriotoinnin auditoinnit

Tietoturvan ulkoinen auditointi

Vertaisarviointit esim. THL:n hoitotakuutietojen vertailu

Vuosiraportti/tilinpäätös

Jatkuva asiakaspalaute (yksiköiden jalkalaitteet)

Asiakastyytyväisyyskysely joka 3. vuosi (myös palveluja käyttämättömille)

THL:n palveluvaakaan osallistuminen (vertailu julkisen sektorin toimijoihin)

Palvelumittarit (YTHS:n omat mittarit asiakaspalautteen pohjalta)

Henkilöstökysely

Sidosryhmäbarometri (tarpeen mukaan, tehty viimeksi 2013)

#### 4. Asiakkaat/potilaat

**Osallistuvatko asiakkaat/potilaat laadunhallintaan?** valitse yksi tai useampi vaihtoehto

Asiakkaat/potilaat ovat mukana toimintaohjeiden laadinnassa

Asiakkaat/potilaat osallistuvat laatuprojekteihin

Asiakkailta/potilailta kysytään kehittämissideoita ja ne otetaan huomioon kehittämistyössä

Asiakkaat osallistuvat toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen.

Jotain muuta, mitä?

**5. Organisaatiokulttuuri** kuvaile YTHS:n organisaatiota valitsemalla sitä parhaiten kuvaileva arvo: arvo 1= olen täysin eri mieltä ja 4=olen täysin samaa mieltä

Organisaatorakenne on moniportainen

Päätöksenteko on hajautettu

Työ- ja toimintaohjeita on liian paljon

Suhtautuminen uudistuksiin on joustamatonta

Keskinäinen kommunikointi on epämuodollista

Henkilöstö on sitoutunutta

Säätiötason laadunhallinta työllistää liikaa

Organisaation laadunhallinta on järjestelmällistä



**Laadunhallinnan nykytilan arviointi -kysely johtajille ja esimiehille 2015**

Saate:

Hyvä YTHS:n johtaja, asiantuntija ja esimies!

Olemme monenlaisten terveydenhuollon muutosten keskellä Suomessa. Tulevista rakenteellisista ratkaisuista riippumatta laadunhallinta säilyy terveydenhuollon organisaatiolle tärkeänä asiana. YTHS:ssä on tehty säännöllistä laatutyötä parinkymmenen vuoden ajan, mutta sitä ei ole aiemmin arvioitu kokonaisuutena. Tämän kyselyn avulla pääsemme arvioimaan laadunhallintamme kypsyttä ja saamme kehittämisajatuksia tuleville vuosille. Kysely on lähetetty säätiön johtoryhmän jäsenille ja asiantuntijoille, terveyspalveluyksiköiden johtajille sekä osalle esimiehiä siten, että kaikki yksiköt ja sektorit ovat edustettuina.

Teen arvioinnin YTHS:n laadunhallinnan nykytilasta osana Master of Quality –koulutustani Aalto yliopistossa. Kysymykset pohjautuvat sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille kehitettyyn laadunhallinnan kypsyyden arviointimalliin, mutta niitä on muokattu YTHS:lle soveltuviksi. Kyselyn täyttäminen vie aikaasi noin 10 minuuttia. Lähetäthän vastauksesi helmikuun aikana. Kiitän jo etukäteen vaivannäöstäsi!

Keväisin terveisin

Anne Komulainen

Laadunhallinnan koordinaattori

