

JOHTAMISEN LAATU JA JOHTAMISKÄYTÄNNÖT IKÄÄNTYNEIDEN
PITKÄAIKAISHOIDOSSA

Emilia Nygren
Pro Gradu- tutkielma
Gerontologia ja kansanterveys
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Kevät 2010

TIIVISTELMÄ

Johtamisen laatu ja johtamiskäytännöt ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa.

Emilia Nygren

Gerontologia ja kansanterveys

Jyväskylän yliopisto, liikunta ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos

Kevät 2010, 50 sivua, 1 liite

Vaikka kotona asumista pyritään tukemaan niin kauan kuin mahdollista, osa ikääntyneistä tarvitsee kuitenkin jatkuvaa ympärivuorokautista hoitoa pitkäaikaishoidossa. Pitkäaikaishoidon laatuun ja johtamiseen on kiinnitetty koko ajan enemmän huomiota.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, minkälaista johtaminen on ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Tarkoituksena on kuvata johtamiskäytäntöjä, laadunhallinnan järjestelmiä, johtamisen resursseja ja prosesseja sekä johtamisen laatua. Tutkimuksen ennako-oletuksena on, että johtaminen ja pitkäaikaishoidon laadunhallinnan järjestelmä ovat yhteydessä pitkäaikaishoidon laatuun.

Tutkimuksen viitekehyksenä on käytetty Care Keys- projektin johtamisen laatumatriisia. Tutkimus toteutettiin poikkileikkaustutkimuksena. Aineisto koostui pitkäaikaishoidon johtavassa asemassa olevien esimiesten (n=39) vastaamista kyselylomakkeista. Kuvailevina menetelminä käytettiin prosenttijaukaumia ja taulukoita. Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla, ja tilastollista merkitsevyyttä testattiin χ^2 - testillä.

Enemmistö johtajista työskenteli terveyskeskussairaalassa (43%) sekä vanhainkodeissa (36%). Johtajien ammattiryhmä vaihteli sairaanhoitajasta ja erikoislääkäristä vanhustyön johtajiin. Pitkäaikaishoidon laadunhallinnan järjestelmä oli käytössä 44 % organisaatioita, kun taas laatujohtajien järjestelmää ei ollut ollenkaan tai oli vain osittain 56 % organisaatioita. Niissä organisaatioissa, joissa oli laatujohtajien järjestelmä, johtajat arvioivat henkilöstön määrän huonommaksi kuin johtajat organisaatioissa joissa ei laatujohtajien järjestelmää ollut. Henkilöstön määrä oli selkeästi yhteydessä palveluiden laatuun. Niissä organisaatioissa, joissa henkilöstön määrä oli keskimääräinen tai hyvä, johtajat arvioivat useammin palvelut laadukkaiksi kuin niissä organisaatioissa, joissa henkilöstön määrä oli huono. Enemmistössä (90 %) organisaatioita johtajat arvioivat tarjotun hoidon yksilölliseksi, asiakkaan tarpeita vastaavaksi.

Tämän tutkimuksen perusteella ikääntyneiden pitkäaikaishoidon johtajat arvioivat johtamisen rakenteita, prosesseja ja vaikutuksia kohtalaisen laadukkaiksi. Laadunhallinnan järjestelmällä näyttää olevan yhteyttä hoitoyksikön henkilöstön huomioimiseen ja hoidon tavoitteellisuuteen. Laatujohtajien järjestelmällä ei ollut selvää yhteyttä arvioituun hoidon laatuun. Kokonaisuudessaan pitkäaikaishoidon johtajat arvioivat käytettävissä olevat palveluresurssit huonoiksi tai keskimääräisiksi.

Johtamisen laadusta tarvitaan vielä lisää tutkimustietoa, erityisesti pitkittäistutkimuksena. Pitkäaikaishoidon asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmia olisi myös tärkeä tutkia.

Asiasanat: ikääntyvä, pitkäaikaishoito, johtaminen, hoidon laatu, laadunhallinnan järjestelmä

ABSTRACT

The Quality of Management and the Quality Management Systems in Long-Term Care of the Elderly.

Emilia Nygren
Gerontology and Public Health
University of Jyväskylä, Department of Health Sciences
Spring 2010, 50 pages, 1 appendix

Although living at home is being supported as long as possible, some of the elderly need continuous round-the-clock care in long-term care. There has been a growing interest in the quality of long-term care and management.

The aim of this study was to define the management in long-term care for elderly people. The aim was to describe management standards, quality management systems, resources, processes and the quality of management. The hypothesis was that the management and quality of management systems have influence on the quality of long-term care.

The framework of this study is a quality matrix for management in Care Keys- project. This research was conducted as a cross-sectional study. The data was collected by using questionnaires answered by long-term care managers (n=39). Percentage distributions and tables were used as a descriptive methods. Cross tabulations were used to examine the relations between variables and statistical significance was examined by χ^2 test.

Most of the managers worked in a health centre hospital (43%) and service homes (36%). Managers' occupational group varied from nurses and specialists to managers working with the aged. The management quality system in long-term care was used in 44 % of the organizations. Whereas 56 % of organizations had no or just partially used management quality system. In those organizations which had a quality management system, managers were more likely to estimate the staff ratio to be weaker than managers in organizations where was no quality management system. The staff ratio was clearly connected to the quality of services. Those organizations which had average or good staff ratio, managers estimated the quality of service good more often than managers in those organizations which had a weak staff ratio. Majority (90%) of the organizations considered the care as individual and comparable for clients' needs.

According to this study, long-term care managers estimated the management structures, processes and effects moderate. The quality management system seems to have a connection with how the staff is being paid attention to and how purposeful care is. Quality management system didn't have a clear connection with estimated quality of care. Overall, long-term care managers evaluated the service resources weak or moderate.

More research, especially longitudinal research is needed about quality of management. It would also be important to study viewpoints of clients and staff in long-term care.

Key words: elderly, long-term care, management, quality of care, quality management system

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 IKÄÄNTYNEIDEN PITKÄAIKAISHOIDON JA JOHTAMISEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	3
2.1 PITKÄAIKAISHOITO	3
2.2 PITKÄAIKAISHOIDON LAATU	5
2.3 JOHTAMINEN	7
2.4 JOHTAMISEN LAATU	10
2.5 JOHTAMISEN JA HOIDON LAADUN YHTEYS.....	11
2.6 LAATUJOHTAMINEN JOHTAMISEN POHJANA.....	12
2.7 LAATUJOHTAMINEN JA PITKÄAIKAISHOIDON LAATU TUTKIMUSTEN MUKAAN	16
3 TUTKIMUKSEN VIITEKEHYS	19
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	21
5 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT	22
5.1 TUTKIMUSAINEISTON KUVAUS	22
5.2 AINEISTON TILASTOLLINEN KÄSITTELY	24
6 TULOKSET	26
6.1 PITKÄAIKAISHOIDON JOHTAJIEN TAUSTATIEDOT	26
6.2 JOHTAMISEN LAADUNHALLINNAN JÄRJESTELMÄT	27
6.3 JOHTAMISEN PANOKSET	28
6.4 JOHTAMISEN PROSESSIT JA KÄYTÄNNÖT	30
6.5 JOHTAJUUDEN TULOKSELLISUUDEN ITSEARVIOINTI.....	31
7 POHDINTA	35
7.1 TUTKIMUKSEN PÄÄTULOKSET	35
7.2 TUTKIMUKSEN ARVIOINTI	41
7.3 JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET.....	43
LÄHTEET	45

LIITTEET

LIITE 1. ManDEX- kyselylomake

1 JOHDANTO

Terveydenhuollon alalla on viime vuosina keskusteltu paljon hoidon ja palveluiden laadusta. Palveluita halutaan tuottaa pienemmillä taloudellisilla resursseilla kuitenkin niin, että asiakas saa tarpeidensa mukaista hoitoa ja palvelua. (Satia 1999, Whittaker 1999, Dummer 2007.) Johtamisen merkitys korostuu. Johtamisella voidaan suunnata resursseja sinne, missä niitä tarvitaan, ja vaikuttaa tätä kautta organisaation tarjoamaan hoidon laatuun. Grönroosin ym. (2004) mukaan johtamista voidaan tarkastella kahdella eri tavalla; johtajia toimijoina, tai johtamista organisaation toimintatapana. Tässä työssä johtamista on käsitelty organisaation toimintatapana.

Laadun määritelmä on monimuotoinen. Sitä määrittelevät kulttuuri, aika ja konteksti, jossa sitä käytetään. Ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa on omat ominaispiirteensä, jotka vaikuttavat myös johtamisen ominaisuuksiin ja vaikuttavuuden mittaamiseen. Laadun määrittäminen on kuitenkin haasteellista. Terveydenhuollossa laatu määritellään usein hoidoksi, joka vastaa yksilön tai asiakkaan yksilöllisiä tarpeita. Haasteena on se, miten tarjota juuri oikeaan aikaan ja oikeanlaista hoitoa ja palveluita niitä tarvitsevalle.

Laatuun perustuva johtaminen on kehittynyt teollisuuden alalta ja levinnyt myös terveydenhuoltoon. Puhutaan laatujohtamisesta (total quality management, TQM), joka ottaa huomioon monipuolisesti asiakkaan, henkilökunnan, prosessit ja vaikuttavuuden. Laadunhallinnan ja laatujohtamisen vaikutuksista on poikittaistutkimustietoa, jonka mukaan laatujohtamisella saatetaan saavuttaa positiivisia vaikutuksia pitkäaikaishoidossa (Satia 1999, Whittaker 1999, François ym. 2003). Toisaalta tieto laatujohtamisen vaikutuksista on ristiriitaista (esim. vanRooyen ym. 1999). Lisätutkimuksia aiheesta tarvitaan.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, minkälaista johtaminen on ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Tarkoituksena on kuvata johtamiskäytäntöjä ja johtamisen tuloksellisuutta. Pitkäaikaishoidolla tarkoitetaan tässä työssä vanhainkodissa,

terveyskeskuksen vuodeosastolla tai tehostetussa palveluasumisessa tarjottavaa ympärivuorokautista hoitoa.

2 IKÄÄNTYNEIDEN PITKÄAIKAISHOIDON JA JOHTAMISEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 PITKÄAIKAISHOITO

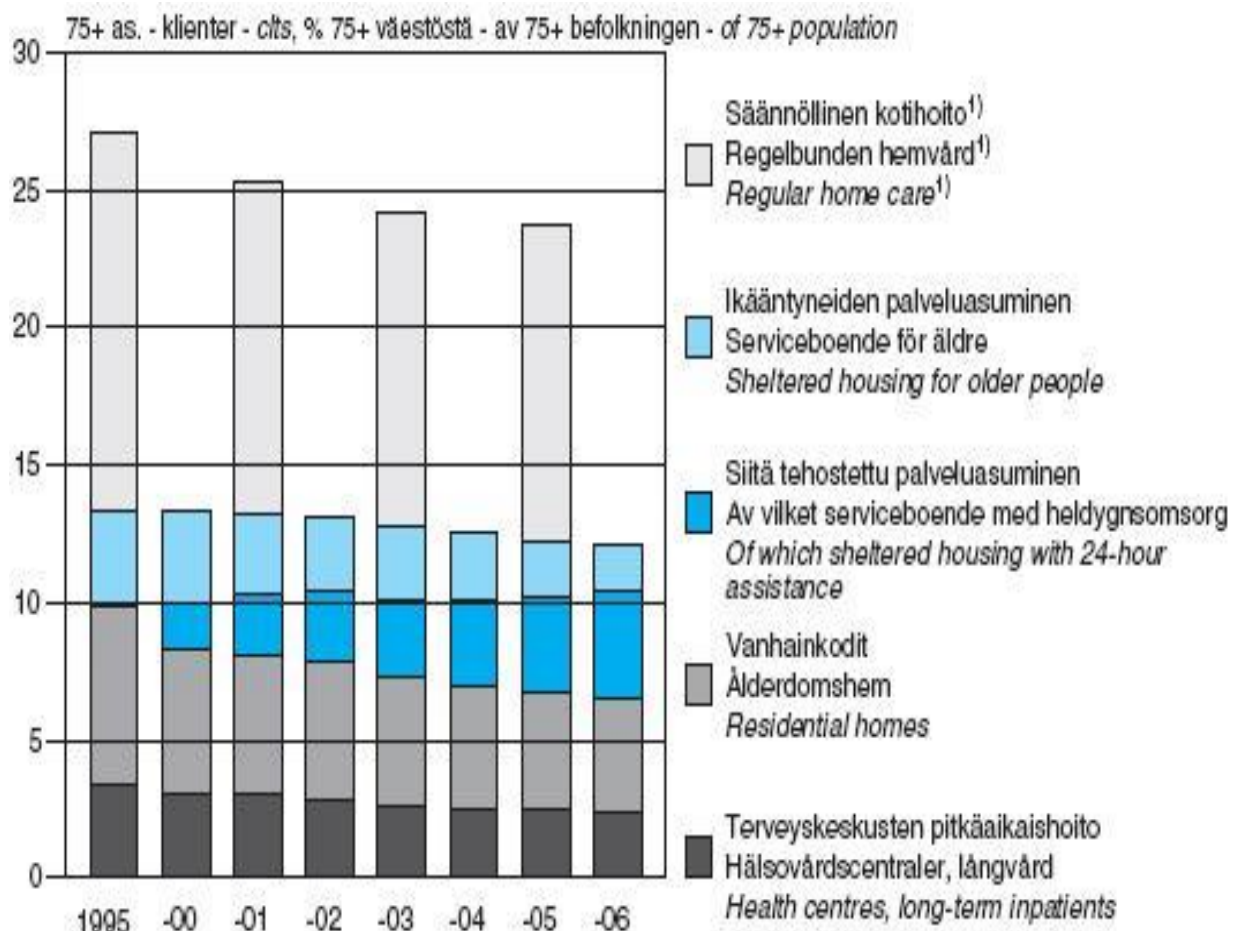
Vanhuspolitiikan lähtökohdat ovat väestön vanhenemisessa. Ikääntyminen lisää palvelujen tarvetta, erityisesti dementoituneiden ja muiden paljon apua tarvitsevien hoitoa. Vanhuspolitiikka perustuu iäkkäiden hyvinvoinnin edistämiseen, itsenäisen selviytymisen tukemiseen ja hyvän hoidon tarjoamiseen. (Narikka 2001, 212.)

Sekä terveys- että sosiaalipalveluiden järjestäminen kuuluvat kuntien velvollisuuksiin. Suomessa ei ole erillistä lainsäädäntöä vanhustenhuollosta ja pitkäaikaishoidosta, vaan pitkäaikaishoito on osa yleistä terveyden- ja sosiaalihuoltojärjestelmää. Kunnat järjestävät pitkäaikaishoidon joko terveyskeskuksen vuodeosastoilla tai vanhainkodeissa. Pitkäaikaishoidolla tarkoitetaan laitoshoidoa tai palveluasumista, joka siis on hoitoa jota järjestetään sairaalassa, hoitolaitoksessa tai vastaavassa organisaatiossa. Sairaanhoidollista hoitoa tarvitsevat pyritään sijoittamaan terveyskeskuksen osastoille, ja ei-sairaanhoidollista hoitoa tarvitsevat vanhainkotiin. (Välimäki ym. 2006.) Laitoshoidon tavoitteena on tukea ikääntyneiden hyvää elämänlaatua, itsemääräämisoikeutta ja itsenäistä suoriutumista toimintakyvystä riippumatta (Kansaneläkelaki 347/1956, STM, asetus 1241/2002). Palveluasuminen määritellään avohoidoksi, joka voi olla esimerkiksi asumispalvelua. Palveluasuminen ei edellytä ympärivuorokautista henkilökuntaa. Kunnan laitoshoidon mitoitus perustuu palvelurakenteen tasapainoisuuteen ja toimivuuteen (Stakes 2001.) Pitkäaikaishoidosta puhutaan silloin, kun hoidon tarpeen arvioidaan kestävän yli kolmen kuukauden ajan (Voutilainen ym. 2002, 115-121).

Vaikka kotona asumista pyritään tukemaan niin kauan kuin mahdollista, osa ikääntyneistä tarvitsee kuitenkin jatkuvaa ympärivuorokautista hoitoa – esimerkiksi palvelutalossa, vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. Huonon toimintakyvyn omaavan vanhuksen oma turvallisuus edellyttää monesti hoitoa laitoksessa tai vanhainkodissa. (Narikka 2001, 212.) Noin puolet kuntien järjestämästä vanhusten

palveluasumisesta on tehostettua ympärivuorokautisen valvonnan sisältävää palveluasumista (Välimäki ym. 2006).

Vuonna 2006 6,5 % yli 75- vuotiaista asui pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa asuvien määrä on jatkuvasti pienentynyt. Vuodesta 1995 alkaen vanhainkodissa ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidossa asuvien määrä on jatkuvasti vähentynyt ja tehostetussa palveluasumisessa asuvien määrä hieman lisääntynyt. (Stakes 2007, kuvio 1.)



Kuvio 1. Ikääntyneiden palvelut 1995-2006 (Stakes 2007)

Ikääntyneiden palvelujen kehittäminen on edistynyt hitaasti 1990-luvulta lähtien. Vastuuta hoidosta ja palveluista on siirretty jatkuvasti enemmän kolmannelle sektorille ja ikääntyneiden omaisille. Julkisten palvelujen supistaminen palvelee valtion taloudellisia intressejä. (Vaarama 2006b.) Pitkäaikaispalvelujen laatu on kustannustehokkuuden tavoittelun ohella noussut keskustelujen aiheeksi, ja erilaisia keinoja hoidon laadun parantamiseen on etsitty.

2.2 PITKÄAIKAISHOIDON LAATU

Kuten monilla muillakin aloilla, myös terveydenhuoltoalalla on resurssien pienenemisen vuoksi jouduttu ajattelemaan kustannuslähtöisesti, ja tehokkuutta painottaen (Satia 1999, Whittaker 1999, Dummer 2007). Laatuun kuitenkin kiinnitetään samaan aikaan paljon huomiota. Terveydenhuollon asiakkaiden tietoisuus ja odotukset ovat lisääntyneet (Telaranta 1999, Kujala 2003), ja verojen maksajat ja hallitukset ovat ympäri Eurooppaa kiinnittäneet lisääntyneessä määrin huomiota palveluiden laatuun. Odotukset hoidon laadun suhteen ovat jatkuvasti lisääntyneet (Satia 1999, Øvretveit 2000). Erityisesti pitkiä odotusaikoja on kritisoitu, ja palveluista maksavat asiakkaat vaativat vastinetta rahoilleen. Median rooli korostuu terveydenhuollon laadussa – erityisesti huonoa palvelua saaneet tai hoitovirheen kohteeksi joutuneet nousevat helposti yli uutiskynnyksen. (Øvretveit 2000.) Myös vastuullisuutta ja avoimuutta on korostettu terveydenhuoltoalalla entistä enemmän (Dummer 2007).

Laatu on moniulotteinen käsite, ja sen määrittelyyn vaikuttaa se konteksti, jossa sitä käytetään (Voutilainen 2008). Laadun määrittelyssä käytetään monesti Donabedianin (1966) määritelmää, jonka mukaan laatu on juuri sitä, mitä kukin sen haluaa olevan. Terveydenhuollossa laatu siis viittaa (esimerkiksi hoidon) toivottuun tulokseen. Kuten Donabediankin ilmaisi, laadun yksiselitteinen määrittelemine on hyvin hankalaa, koska laatu voi merkitä eri asioita eri konteksteissa.

Terveydenhuollon palveluiden ja pitkäaikaishoidon laatua voidaan tarkastella monelta eri tasolta. Asiakkaan tasolta tarkastellessa arvioidaan sitä, miten hyvin asiakkaan tarpeisiin vastataan (Hokkanen ym. 2003, 170, Voutilainen 2008). Jos hoidolle asetetut tavoitteet ovat johtaneet hyvään hoitoon ja asiakkaan tyytyväisyyteen, hoidon laatu on ollut hyvää (Lillrank 1995, Wagner 1999, Higashi ym.2005). Useimmiten laatua tarkastellaankin juuri asiakasnäkökulmasta (Hokkanen ym. 2003, 170).

Organisaationäkökulmasta laatua voidaan arvioida sen perusteella, miten organisaatio täyttää sille asetetut tavoitteet. Tällöin laatu voidaan määritellä kokonaisuudeksi, joka koostuu niistä tavoitteista ja keinoista, joilla organisaatio pyrkii täyttämään sille asetetut vaatimukset eli sopeuttamaan tarjonnan kysyntään. (Idänpää-Heikkilä ym. 2000, Voutilainen 2008.)

Laatua voidaan arvioida myös yhteisön tasolta, jossa arviointikohteena voi olla esimerkiksi maakunnan alueella tarjottavan hoidon laatu. Tällöin arvioidaan yhteisön palveluiden saatavuutta suhteessa tarpeisiin. Yhteiskunnan tasolta arvioidessa laatu voidaan määritellä yleisellä tasolla saavutettuun väestön terveydentilan parantamiseen sekä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen (Lillrank 1995, Wagner 1999, Higashi ym. 2005.) Jotta saadaan mahdollisimman monipuolinen kuva hoidon laadusta, on sitä arvioitava kaikkien näiden tasojen kautta (Voutilainen 2008).

Pitkäaikaishoidossa on omat ominaispiirteensä. Monesti pitkäaikaishoitoa tarjotaan laitoksessa, ja hoitotilanteessa on läsnä yleensä vain asiakas ja hoitaja tai useampi hoitaja. Hoidon laadusta on siis hankalampi varmistua, kuin jos hoito tapahtuisi julkisemmin useamman henkilön läsnä ollessa. Asiakkaat saattavat olla tyytyväisiä hoitoon, joka voisi olla laadultaan vielä parempaa – ja toisaalta taas olla tyytymättömiä tarjottuun palveluun tai hoitoon, joka on laadullisesti hyvää. Kritiikkiä on esitetty siitä, onko asiakkaan arvio hoidon laadusta aina luotettava. (Mara ym. 1999, François ym. 2003.) Toisaalta pitkäaikaishoidon asiakkaille kognitiiviset rajoitteet ovat tyypillisiä, mistä syystä asiakkaan ilmoittama kokemus hoidon laadusta saattaa olla myös hankala tulkita (Laine ym. 2005).

Hyvä hoito johtaa siis mahdollisimman hyvään elämänlaatuun riippumatta ikääntyneen terveydentilasta tai hoitomuodosta. Hyvin heikkokuntoisilla ikääntyneillä hoidon laadun on huomattu olevan yhteydessä selviytymiseen (Higashi ym. 2005), miksi onkin tärkeää kiinnittää huomiota niihin tekijöihin joilla hoitoa ja palveluita organisoidaan. Johtamisen merkitys siis korostuu, kun puhutaan hoidon laadusta. Vaaraman (2002, 11-18) mukaan hoidon laadun merkitys elämänlaatua ylläpitävänä keinona korostuu erityisesti silloin, kun ikääntynyt on hyvin riippuvainen ulkopuolisesta avusta.

2.3 JOHTAMINEN

Johtaminen voidaan määritellä ”*toiminnaksi, jonka avulla ihmisten työpanosta ja fyysisiä voimavaroja pystytään hankkimaan, kohdentamaan ja hyödyntämään tehokkaasti tietyn tavoitteen saavuttamiseksi*” (Seeck 2008, 18). Johtamisella tavoitellaan sitä työorganisaation arkea, jossa erilaiset työntekijät toimivat yhdessä saavuttaakseen yhteiset tavoitteet. Johtamista on jokaisessa organisaatiossa, tosin erilaiset organisaatiot toteuttavat hyvin erilaisia johtamismenetelmiä. Yhden määritelmän mukaisesti organisaatio voidaan nähdä prosessina, jossa neuvotellaan siitä, mikä organisaatio on ja mitä tavoitteita sillä on. Organisaation toiminnassa on yhteiset päämäärät, joihin johtaminen vaikuttaa. (Seeck 2008, 18-19.)

Johtamisteorioita ja -tapoja on monenlaisia, ja tyypillistä on että johtamisessakin nousee aika ajoin esiin tiettyjä oppeja ja johtamismuoteja. Kun johtamismuoti sisäistetään organisaatiokulttuuriin niin, että siitä tulee yleisesti hyväksytty ja hallitseva pitkäksi ajaksi, voidaan jo puhua *johtamisparadigmasta* (järjestelmä, joka koostuu tekniikoista ja ideoista sekä tavoista ratkaista ongelmia). Johtamisparadigmaan sisältyvät käsitykset ongelmien ratkaisutavoista, työntekijävien jaoista, prosessien organisoimisesta ja työntekijöiden valitsemisesta. Johtamisparadigma on siis ideoiden järjestelmä, jolla henkilöstöä johdetaan. (Seeck 2008, 21-26.)

Erilaisia johtamistapoja ja -malleja on useita. Tulosjohtamisen mallissa tärkeänä pidetään toiminnan lopputulosta, eikä niinkään itse prosessia. Tulosjohtamisessa tavoitteilla

ohjataan tulosten tekemistä. (Hokkanen ym. 2003, 161) Johtamisen klassinen malli taas perustuu siihen käsitykseen, että organisaation työntekijät tarvitsevat valvontaa ja käskyjä, jonka vuoksi organisaatiossa on esimiesjärjestelmä. Perinteisen johtamisen mallin mukaan hierarkian alimmilla portailla eli työntekijöillä ei ole tarvetta kyseenalaistaa, vaan ainoastaan toteuttaa johdon määräykset. Työnteko onkin perinteisen johtamisen mallin mukaisesti suuntautunut yksilölliseen työn tekemiseen, ja yksittäisen työntekijän työtehtävä on ollut tarkasti rajattu. (Hölttä ym. 1997, 83.) Muutosjohtaminen liittyy organisaation suuriin muutolinjoihin. Muutosjohtamisessa on olennaista viestintä – ja henkilöstövaikutusten aikaansaaminen uudessa hankkeessa, samalla kun johdetaan operatiivisesti ja taloudellisesti. (Mattila 2007, 27-34.) Laatujohtaminen taas perustuu yhteistyöhön.

Johtamiseen liittyy erilaisia rooleja, joissa johtaja toimii. Hokkanen ym. (2003, 117) jaottelevat johtajan roolit rooleihin, jotka liittyvät ihmissuhteisiin, informaatioon tai päätöksentekoon. Ihmissuhteisiin liittyvät roolit ovat käytännössä työnohjausta: suunnittelua ja yhteydenhoitoa organisaation ulkopuolelle. Informaatioon liittyvät roolit tarkoittavat tiedonvälityksestä huolehtimista sekä organisaation puolesta puhumista. Päätöksenteossa johtaja taas toimii aloitteentekijänä ja kannustajana, sekä jakaa voimavaroja. Organisaation ominaisuudet vaikuttavat rooleihin.

Terveysthuollon johtamiseen sisältyvät toiminnan ja talouden suunnittelu, kuten muillakin aloilla. Terveysthuollon johtajien tehtävänä on vastata siitä, että ne toimenpiteet, jotka takaavat väestön terveyttä ja hyvinvointia, toteutetaan kunnan hyvinvointistrategioissa. Työnkuvaan kuuluvat myös organisaation rakenteen määrittäminen, henkilöstöhallinto, kehittäminen, kouluttaminen ja koordinointi. (Perälä 1997, Grönroos ym. 2004.) Edellä mainittuja toimenpiteitä järjestetään ja kehitetään yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa (Perälä 1997).

Johtaminen ja johtamismenetelmät ovat ominaisuuksiltaan muuttuvia ja niiden tarkoituksena on pitää tarjottu palvelu tai toiminta käynnissä (Lillrank 1995). Johtamisen tulisi olla riittävää ja ammattitaitoista (Stakes 1999). Ammattitaitoinen johtaminen näkyy

toiminnan laatuna (Paasivaara 2007). Johtamisen laatuun onkin kiinnitetty lisääntyvässä määrin huomiota. Laadukas johtaminen on tehokasta resurssien käyttöä niin, että ne vastaavat asiakkaiden tarpeita mahdollisimman hyvin.

Johtamiskulttuuri on muuttunut, ja sosiaali- ja terveysalalla on huomattu lisääntynyt tarve systemaattiseen ongelmien analysointiin ja laadun parantamiseen (Øvretveit 2000). Johtamisen laatu on noussut myös puheenaiheeksi (Telaranta 1999). Erilaisia tapoja kustannusten pienentämiseen on etsitty niin, että palveluiden laatu paranisi ja resursseja pystyttäisiin suuntaamaan oikein. Kaikki keinot eivät ole sopineet terveydenhuoltoalalle, mutta laatujohtamisella ja kiinnittämällä aktiivisesti huomiota laadunhallintaan on saatu rohkaisevia tuloksia. Terveystieteiden kompleksisuus vaatii johtamisen keinoja, jotka toimivat paremmin kuin perinteiset keinot (Øvretveit 2000). Laatujohtaminen (total quality management, TQM) on yksi johtamisen työkalu, joka perustuu jatkuvaan laadun ja laatuolosuhteiden parantamiseen. Laatujohtaminen on yksi keino toteuttaa laadunhallintaa ja näin vastata asiakkaiden ja palvelujen käyttäjien odotuksiin ja tarpeisiin (Whittaker 1999).

Pitkäaikaishoidon johtamisessa johdon tehtäviin kuuluvat asiakaslähtöisen toiminnan kehittäminen (Perälä 1997), arvojen ja tavoitteiden selkiyttäminen, strategioiden ja tavoitteiden luominen ja työntekijöiden kannustaminen sitoutumaan periaatteisiin (Stakes 1999, Grönroos ym. 2004, Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008). Käytännössä johtamistyöhön kuuluu myös henkilöstösuunnittelutehtäviä, henkilöstöhankintaa, henkilöstön kehittämistehtäviä, ohjaamista, viestintätehtäviä sekä palkkahallinnon tehtäviä (Hokkanen ym. 2003, 194-196). Laatujohtamisen ominaispiirteisiin kuuluu se, että jokaista työntekijää kannustetaan tekemään parhaansa laadun lisäämiseksi – jokaisen työntekijän tulisi tuntea työpanoksensa tärkeäksi (Whittaker 1999).

2.4 JOHTAMISEN LAATU

Johtamisen laatu liittyy tehokkaaseen resurssien käyttöön, jotta käytettävissä olevat resurssit kohdennetaan vastaamaan asiakkaiden tarpeita mahdollisimman hyvin. On siis tärkeää, että resurssien käyttöä ja kohdentamista voidaan mitata. Johtamisen laatua voidaan arvioida esimerkiksi arvioimalla koko organisaation prosesseja ja tuloksia. (Vaarama ym. 2006a)

Laadunhallinta sisältää ne keinot, joilla pyritään vaikuttamaan pitkäaikaishoidon laatuun. Laatu ei synny itsestään, vaan se on dynaaminen ja jatkuva prosessi, eikä se säily hengissä ilman jatkuvaa johtamista, huoltamista, kehittämistä ja oppimista. Laadun kehittäminen ja siihen oppiminen edellyttävät aikaa, resursseja ja tavoitteellista johtamista. Johdon merkitystä pidetään ensiarvoisena, koska johdon laatuasenteilla ja toiminnalla on selkeä yhteys organisaation uudistushalukkuuteen. (Lillrank 1990, 87.)

Johtamisen voidaan arvioida olevan hyvää ja laadukasta silloin, kun toiminta ja prosessit ovat laadukkaita. Organisaation työntekijät toimivat hyvässä yhteistyössä niin, että asiakkaat ovat saamaansa palveluun tyytyväisiä. Myös työntekijöiden tyytyväisyys organisaation ilmapiiriin ja tunne oman työn arvostamisesta ovat lopputulosta hyvästä johtamisesta. Se, että organisaatiossa on sovittu työtavoista ja –menetelmistä, kuuluu hyvään ja laadukkaaseen johtamiseen. Työntekijöillä on oltava hallinnassa käytettävät välineet ja työtavat. Vastuun ja tekemisen jakaminen on myös hyvää johtamista. Johtamisen laatua heikentävät erityisesti ongelmat informaation jakamisessa ja tulkinnassa. (Hokkanen ym. 2006.)

Pitkäaikaishoidon johtamisen arviointia voidaan tehdä laatujohtamisen rakenteen mukaisesti seuraavilla osa-alueilla: rakenne, prosessit ja vaikutukset. Rakenteen arviointiin sisältyvät johtamisen, verkostoitumisen ja palvelurakenteen arvioinnit. Prosesseja tarkastelemalla arvioidaan sitä, minkälaista pitkäaikaisyksikön organisaation toiminta kokonaisuudessaan on, ja minkälaisia palautemenetelmiä on käytössä ja miten johtamisen metodit saavuttavat tavoitellun tason. Vaikuttavuutta tarkastellaan esimerkiksi palveluiden kohdentumista ja oikeudenmukaisuutta arvioiden. (Mara ym. 1999, Øvretveit 2001.)

Pitkäaikaisyksikön toimintaa voidaan arvioida myös taloudellisen tilanteen perusteella (Laine ym. 2005), johdon kyvyillä ja sillä, miten integroitunut pitkäaikaishoidon yksikkö on muuhun organisaatioon. Toisaalta toimintaa voidaan arvioida myös asiakkaan näkökulmasta, eli mitata pitkäaikaishoidon asiakkaiden tyytyväisyyttä. Johtamisen arviointia tulisi tehdä monipuolisesti ja muutostoimenpiteisiin ryhtyä vasta, jos monen kyselyn tai mittarin mukaan jollakin alueella on parannettavaa. Asioita tulisi tarkastella monelta kannalta. (Mara ym. 1999.)

Arvioinnin mittareina voidaan käyttää myös valtakunnallisia tilastoja tai suosituksia, esimerkiksi Suomen kuntaliiton (Sosiaali- ja terveysministeriö ym. 2008) tai Stakesin (1999) suosituksia. Erilaiset laatumittarit ja –palkinnot ovat myös yksi tapa arvioida laatujohtamista. Pohjoismaissa näitä ovat esimerkiksi ISO 9000 laadunhallintajärjestelmä ja Euroopan laaturpalkinto EFQM (Perälä 1992, Øvretveit 2001). Näitä mittareita voidaan käyttää laadunhallinnan työkaluina arvioitaessa prosessien ja johtamisen laatua. (Stakes 1999, Øvretveit 2001.)

Koska eri pitkäaikaishoidon yksiköissä tarjotaan eritasoista hoitoa, on yhtenäisten hoidon standardien määrittäminen vaikeaa. Johtamisen ja laatuajattelun vaikutuksien arviointi on usein helpointa aloittaa asiakastyytyväisyyskyselyillä. Nämä kyselyt antavat tietoa johtamisen onnistuneisuudesta, hoidon laadusta ja siitä, millaisia asioita pitkäaikaishoidossa arvostetaan. (Mara ym. 1999.)

2.5 JOHTAMISEN JA HOIDON LAADUN YHTEYS

Pitkäaikaishoidon laatua voi kuvata ketjuna, joka koostuu asiakkaan kokemasta laadusta, ammatillisesta laadusta sekä johtamisen laadusta (Idänpää-Heikkilä ym. 2000, Øvretveit 2001, Voutilainen 2008). Kaikki osa-alueet ovat sidoksissa toisiinsa – johtaminen mahdollistavana tekijänä ja asiakkaan laatu tavoitteena. Johtamisen ja hoidon laadun yhteyttä voi tarkastella esimerkiksi kolmiulotteisen laatumatriisin (Vaarama 2006a)

avulla (taulukko 1). Kolmiulotteisissa laatumatriisissa johtamisen ja hoidon laadun yhteydessä arvioinnin näkökulmia ovat panokset, prosessit sekä vaikutukset.

2.6 LAATUJOHTAMINEN JOHTAMISEN POHJANA

Laatujohtaminen vaikutti ensin lähinnä teollisuusalalla. Laatujohtamisen pioneerina pidetään W. Edward Demingiä. Deming kehitteli työkalun laatujohtamisen avuksi: suunnittele – toteuta – tarkista – toimi. Myöhemmin Joseph Juran lisäsi prosessiin kolme erityiskohtaa: laadun suunnittelu, laatuvalvonta ja laadun parantaminen (Satia 1999).

Laatujohtamiseen kuuluu eri käsitteitä ja ulottuvuuksia, mutta yleisimmin puhutaan kokonaisvaltaisesta *laatujohtamisesta* (total quality management, TQM). Kokonaisvaltainen laatujohtaminen sisältää ne keinot, joita käytetään täyttämään laadun vaatimukset ja arvioidaan tuloksia. Laatujohtamisessa toiminnan laatu on siis merkityksellistä, ja palvelun tai tuotteen lopputulokseen vaikuttavatkin itse prosessit, jonka vuoksi niihin laatujohtamisessa kiinnitetään paljon huomiota (Hokkanen ym. 2003, 168). Laatujohtamista voidaan kuvata koko organisaatiokulttuuriksi ja sitoutumiseksi laadun jatkuvaan parantamiseen. Laatujohtamisella toteutetaan laadunhallintaa. (Perälä 1992, Whittaker 1999, Hokkanen ym. 2006, Grönroos ym. 2004.)

Suomessa laatujohtamisesta tuli 1990-luvulla suosittu johtamismalli. Laatu ja laatujohtaminen eivät ole tähänkään mennessä menettäneet otettaan, koska kiinnostus laatua kohtaan lisääntyy jatkuvasti. (Hokkanen ym. 2006.)

Suomessa myös terveydenhuollon alalla on herätty laatuajatteluun. Terveydenhuoltoalan laatujohtaminen on kuitenkin vielä kehitysvaiheessa (Hirvonen 2005). Stakes julkaisee suosituksensa sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnalle (1999). Suositukset liittyvät esimerkiksi toiminnan johtamiseen, henkilöstön osaamiseen, ja laadun kriteereihin. Yksittäisetkin terveydenhuollon johtajat voivat parantaa laatua, vaikka organisaatiossa ei olisi yhtenäistä suunnitelmaa laatujohtamiseen ja laatuajatteluun

(Satia 1999). Hoidon laatua voi parantaa esimerkiksi kannustamalla työntekijöitä itsearviointiin, osallistumiseen ja laatuajatteluun, muodostamalla pieniä laatutiimejä, ja lisäämällä asiakkaiden osallistumista laadunhallintaan (Satia 1999, Stakes 1999). Nämä keinot kuuluvatkin perinteiseen laadunhallintaan ja laatujohtamiseen. Parhaiten laatujohtamista kuitenkin voi toteuttaa, kun koko organisaatio sitoutuu laatuajatteluun.

Suomessa terveydenhuoltoalalla ei ole kuitenkaan vaatimuksia tai lakeja, jotka velvoittaisivat noudattamaan laadunhallintaa joka sairaalassa (Stakes 1999). Palvelujen perustasoa määrittävät laki potilaan oikeuksista (laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785) ja laki henkilöstön osaamistasosta (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559). Koska kunnilla on vastuu terveydenhuollon järjestämisestä, on kuntien vastuulla myös tarjotun hoidon laatu. Eri kunnissa ja hoitoyksiköissä laadun taso siis saattaa vaihdella suurestikin. Suomessa laadunhallintaa on toteutettu lähinnä laatukoulutuksen ja toimintalinjojen suunnittelun kautta. (Wagner ym. 2006.)

Laadunhallinta on Øvretveitin (2000) mukaan kokonaisvaltainen strategia, jolla asenteet ja koko organisaatio muuttuvat niin, että henkilökunta oppii koko ajan uutta ja osaa käyttää laatutyökaluja parantaakseen asiakkaiden saamaa hoitoa ja hoidonlaatua. Samalla vähennetään kustannuksia. Laatuajattelun ominaispiirteet riippuvat kulttuurista ja ulkoisista tekijöistä. Tavoitteisiin ja menetelmiin vaikuttavat myös eri tekijät eri maissa (Dummer 2007). Laatujohtaminen lähtee johdon ylimmästä päästä ja koskee koko organisaatiota, jolloin sillä saavutetaan paras mahdollinen hyöty (Whittaker 1999).

Laatujohtamiseen kuuluu erityisiä ominaisuuksia ja selkeitä eroja perinteiseen johtamismalliin (kuvio 2). Eroja voidaan nähdä esimerkiksi siinä, miten laatu ja laadunparannus nähdään organisaatiossa ja pitkäaikaishoidon yksikössä. Johtaminen perustuu myös faktoihin, ei johtohenkilön intuitioon. (Satia 1999, Stakes 1999, Whittaker 1999.)

perinteisen johtamisen malli	laatujohtaminen (TQM)
tavoite: yksittäisen yksikön laatu	tavoite: koko organisaation laatu
tulosorientoitunut prosessi	prosessien parantaminen
keskeistä yksilön suoritus	tiimityön merkitys
johto kontrolloii	johto toimii kuin valmennustiimi
intuitiopohjainen johtaminen	johtaminen faktapohjalta
”laatu tuo lisäkustannuksia”	”laatu vähentää kustannuksia”

(Whittaker 1999, Satia 1999.)

Kuvio 2. Laatujohtamisen ominaispiirteet.

Laatujohtamista voidaan siis kuvata laadunhallinnan työkaluksi, joka perustuu seuraaviin osatekijöihin: jatkuva prosessien analysointi ja parantaminen (Grönroos ym. 2004) ja asiakkaiden tarpeiden asettaminen laadun määrittelyn pohjaksi (Grönroos ym. 2004, Satia 1999). Tärkeää on myös monitieteellinen, rationaalinen ja faktoihin perustuva yhteistyön käyttäminen (Whittaker 1999), jossa käytetään prosessin analysointia ja muutosta (Øvretveit 2000).

Koulutuksen merkitys korostuu laatujohtamisessa. Itse johdolla tulee olla hyvä tietopohja ja koulutus laatujohtamisesta ja sen ominaisuuksista (Zeitz 1996, Stakes 1999). Työntekijöitä koulutetaan jatkuvasti ammattitaidon ylläpitämiseksi ja sitä kautta tarjotun hoidon laadun parantamiseksi (Satia 1999, Whittaker 1999). Myös työntekijöiden motivointi on tärkeää (Satia 1999). Laatujohtamiseen kuuluu olennaisena osana

suunnitteluprosessi, jonka kautta määritellään tavoiteltava laadun taso ja vaadittavat prosessit (Dummer 2007).

Laatujohdaminen on siis Grönroosin ym. (2004) mukaan ”*laatutekniikan ja organisaation johtamisen menetelmien yhdistelmä, tapa saada organisaatio tekemään laatua*”. Laatua parantavan johtamisen edellytys on johdon ja esimiehien sitoutuminen laadunhallintaan (Stakes 1999, West 2001). Johtamisen perusta on monipuolinen suunnittelu (Grönroos ym. 2004). Suunnittelun lähtökohtana on strategioiden luominen - tavoitellaanko laadunhallinnalla ja johtamisella koko pitkäaikaishoidon yksikön toiminnan parantamista, vai keskitytäänkö asiakaspalvelun parantamiseen (Dummer 2007, Mara ym. 1999, Stakes 1999). Tavoitteenasettelun on hyvä olla pysyvää (Kujala 2003).

Laadunhallinnan suunnittelu vaatii koko pitkäaikaisyksikön yhteisen näkemyksen siitä, mitä laadulla tarkoitetaan (Mara ym. 1999, Antti-Poika 2002, Vaarama ym. 2008, 129). Erilaiset laatumääritelmät saattavat johtaa konflikteihin ja siihen, että toiminnalla on erilaisia tavoitteita (Dummer 2007). Parhaat tulokset saavutetaan silloin, kun koko työyhteisö sitoutuu laatuajatteluun. Laadun määritelmän on siis oltava kaikille tuttu. Johtaminen tehostuu silloin, kun koko pitkäaikaisyksikkö keskittyy laadun parantamiseen. (Whittaker 1999.)

Laadun määrittelemisessä voidaan käyttää apuna eri standardeja, kriteerejä tai suosituksia (Stakes 1999). Pitkäaikaisyksikössä voidaan myös kerätä työntekijöiden kokemuksia siitä, mitkä toimintatavat ovat parhaat ja tuovat parhaan mahdollisen hoidon laadun, ja käyttää näitä tietoja hyväksi. Omaa toimintaa voi myös verrata toisiin pitkäaikaishoidon yksiköihin, ja sitä kautta määritellä tavoiteltavat laatukriteerit. Laatusuunnittelusta tehdään aina kirjallinen dokumentti. (Whittaker 1999.)

Suunnittelussa on tärkeää kartoittaa käytössä olevat resurssit. Resurssien kartoittamisen kautta selviävät pitkäaikaisyksikön vahvuudet ja heikkoudet. (Whittaker 1999.) Johdon tehtävänä on tarkistaa standardien ja toimintatapojen toimivuus säännöllisesti (Whittaker

1999) ja varmistaa, että pitkäaikaisyksikössä tavoitellaan näitä yhdessä määriteltyjä ja sovittuja tavoitteita (Dummer 2007).

Laadunhallinnan toimintasuunnitelma eli laadunhallinnan järjestelmä voidaan tehdä sen jälkeen, kun on määritelty mitä laadulla pitkäaikaisyksikössä tarkoitetaan (Whittaker 1999). Toimintasuunnitelman tulisi soveltua juuri siihen ympäristöön, jossa sitä tullaan käyttämään. Esimerkiksi yksityisellä ja kunnallisella sektorilla johtamisen ja laadunhallinnan ominaisuudet ovat aivan erilaisia kunnallisen sektorin omatessa kapeammat resurssit. (Satia 1999, Telaaranta 1999.) Toimintasuunnitelmassa tulee tulla ilmi mahdolliset ongelmat, vastuuhenkilöt ja kehitystarpeet. Toimintasuunnitelmaa tulisi arvioida säännöllisesti (Whittaker 1999), ja tuloksia arvioiden mahdollisesti muokata entistä sopivammaksi (Dummer 2007). Työprosessia dokumentoidaan jatkuvasti ja palvelun kustannustehokkuutta ja saumattomuutta kuvataan (Stakes 1999). Saavutetut hyödyt tulisi olla näkyviä, eli siis mitattavia. (Satia 1999.)

2.7 Laatujohtaminen ja pitkäaikaishoidon laatu tutkimusten mukaan

Pitkäaikaishoidon laadusta ja erityisesti johtamisesta on tehty hyvin vähän tutkimuksia. Usein laatua tutkitaan vain kapealta alalta, esimerkiksi ikääntyneiden ravitsemuksesta pitkäaikaishoidossa (Vaarama ym. 2008).

Eri tutkimuksissa on selvitetty laadunhallinnan ja laatujohtamisen vaikuttavuutta. Wagner ym. (2006) selvittivät poikittaistutkimuksella laadunhallinnan toteuttamista sairaaloissa vertailemalla kolmea eri maata keskenään. Laadunhallintaa ja laatuajattelua alettiin toteuttaa Alankomaissa (101 sairaalaa), Unkarissa (116 sairaalaa) ja Suomessa (59 sairaalaa). Vain hyvin pienessä osassa sairaaloita oli jo valmiiksi laadunhallinta toiminnan pohjalla (Alankomaat 4 %, Unkarissa 0 %, Suomessa 3 %). Laadunhallinnan toteutumista arvioitiin kyselylomakkeilla, joihin vastasivat sairaalan johtohenkilöt tai laadunhallinnan vastuuhenkilö. Tutkimuksen tulosten mukaan esimerkiksi Suomessa 85 % johtotason henkilöistä saa koulutusta laadunhallinnasta. Toisaalta taas vain 51 % johtohenkilöistä jakaa laadunhallintaan liittyvää tietoaan henkilöstölle. Tutkimuksen

mukaan Suomessa raportoidaan hyvin vähän laadusta (10 %), kun taas Alankomaissa 97% sairaaloista julkaisee vuosittaisen laaturaportin.

François ym. (2003) selvittivät myös laadunhallinnan toteutumista yhdessä sairaalassa, jonka kuusi osastoa toteuttivat vuoden ajan laadunhallinnan periaatteita. Vuoden päästä tuloksia arvioitiin sekä haastatteluin, että tekemällä laatutarkastuksia. Laadunhallintaa toteutettiin kaikilla osastoilla, ja erityisesti potilaiden hoito-ohjeiden parantaminen tehostui. Henkilökunta arvioi laadunhallinnan prosessit hyödylliseksi sekä osastolle, että omalle työlleen.

Øvretveit (2000) kuvaa laadunhallinnan toteuttamista eräässä hollantilaisessa sairaalassa. Sairaalassa alettiin toteuttaa laadunhallintaa ja laatujohtamista sen seurauksena, että palautteen mukaan asiakaspalvelu oli epäystävällistä, potilaspapereita oli usein hukassa silloin kun niitä tarvittiin, ja kustannuksiin oli myös puuttava. Laadunhallinnan toteuttaminen paransi huomattavasti yhteistyötä sairaalan henkilökunnan välillä, ongelmatekijöiden ymmärtämistä, järjestelmällistä työntekoa asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi, ja johtamisen laadun paranemista.

Pitkäaikaishoidon laatujohtaminen saattaa parantaa toimintaa ja sen tuloksia (Satia 1999, Øvretveit 2000, François ym. 2003). Laatujohtamisen positiivisia vaikutuksia on tutkimusten mukaan paljon. Laatujohtamisen on todettu lisäävän tehokkuuden lisääntymistä toiminnassa ja parantaneen kilpailukykyä. Myös hoidon laadun paranemista ja epätoivottujen tapahtumien vähenemistä on raportoitu. (Øvretveit 2000.)

On huomattu, että niissä paikoissa, joissa johtamistapana on käytetty laatujohtamista, asiakkaat ja potilaat ovat lisänneet hyvien palveluiden vaatimista. Myös hoitomyönteisyys on lisääntynyt sekä organisaation kustannustehokkuus on parantunut (Satia 1999, Stakes 1999). Toiminnasta ja toimintatavoista on tullut pitkäjänteisiä. (Whittaker 1999.)

Laatujohtaminen saattaa onnistua myös yksiköissä ja organisaatioissa, joissa ei ole parhaat mahdolliset resurssit muuttaa toimintaa. (Whittaker 1999.) Laatujohtamista voi soveltaa myös vain osaan toiminnasta, jolloin kasvatetaan motivaatiota ja parannetaan innostusta laatuajattelua kohtaan (Satia 1999). Laadunhallinnan ja laatujohtamisen hyöty saattaa näkyä lyhyessä ajassa parantuneena asiakaspalautteena ja henkilökunnan tyytyväisyytenä. Taloudellista hyötyä nähdään usein vasta pitkän ajan kuluttua. (Stakes 1999.)

Laatujohtamista saattavat vaikeuttaa motivaatiokysymykset. Myös pelot ylimääräisistä kustannuksista saattavat olla este laatujohtamiseen siirtymiseen. Laadun käsite vaihtelee hyvin paljon eri terveydenhuollon yksiköissä, ja käsitteen määrittelemättömyys ei innosta muuttamaan koko johtamiskulttuuria. (Whittaker 1999.) Julkisella sektorilla laatujohtamista saattaa myös hankaloittaa tietty joustamattomuus resursseissa ja henkilöstöhallinnossa. Terveydenhuoltoa kuvaa byrokraattisuus ja hierarkkisuus, jonka vuoksi muutokset tapahtuvat siellä hitaasti. (Telaranta 1999, François ym. 2003.)

Johtamisen muuttuminen strategiseksi laatujohtamiseksi on pitkäaikainen prosessi joka vaatii aikaa, resursseja ja koko työyhteisön panostuksen (Whittaker 1999). Johtamiskulttuurin muuttaminen kohti laatujohtamista saattaa viedä vuosia, jopa vuosikymmeniä (Lillrank 1995), joten pitkäjänteinen sitoutuminen laatujohtamiseen on ensisijaisen tärkeää (Satia 1999). Toisaalta jo lyhyen ajan sisällä laatujohtaminen saattaa johtaa positiivisiin muutoksiin, mutta laatujohtamisen vaikutukset kehittyvät ja näkyvät pääosin hitaasti (Satia 1999, Stakes 1999). Eräiden tutkimusten mukaan laatujohtamisella ei saavuteta suuria muutoksia toiminnassa (VanRooyen ym. 1999).

Laatujohtamisen toteutuminen vaatii siis sopivia, luotettavia resursseja sekä aikaa. Riittämättömät resurssit eivät välttämättä johda toivottuun lopputulokseen, eikä laatujohtamisella saavuteta silloin laadun paranemista pitkäaikaishoidon yksikössä. Laatujohtaminen voidaan perustaa muutamalle peruskysymykselle; miksi näitä palveluja tarjotaan? Minkä tasoista hoitoa haluamme tarjota pitkäaikaisyksikössä? Minkälaiset valmiudet pitkäaikaisyksiköllä on tarjota halutun tasoista hoitoa? Johtamisen tulee siis

perustua siihen, että laatuajatteluun on sitouduttu ja laatu nähdään mahdollisena tavoittaa. (Whittaker 1999, Dummer 2007.)

3 TUTKIMUKSEN VIITEKEHYS

Johtamisen ja hoidon laadun yhteyttä voidaan tarkastella esimerkiksi kolmiulotteisen laatumatriisin (Vaarama 2006a) avulla (taulukko 1). Kolmiulotteisessa laatumatriisissa johtamisen ja hoidon laadun yhteydessä arvioinnin näkökulmia ovat panokset, prosessit sekä vaikutukset. Johtamisen laatumatriisi on toiminut tämän tutkimuksen viitekehyyksenä.

Johtamisen laatumatriisissa panoksiin kuuluvat esimerkiksi johtamisen tavoitteellisuus, resurssit, määritellyt työprosessit, johtamistapa, säännöllinen seuranta ja arviointi, dokumentointi, laillisuus ja yhteistyö. Prosesseina ovat resurssien käyttö ja työn organisointi sekä esimerkiksi konfliktien ratkaisu ja työn kehittäminen. Johtamisen laatumatriisin vaikutuksina ovat oikein kohdennetut ja oikeudenmukaiset palvelut sekä järkevä työnjako. Johtamisen laatumatriisia voidaan käyttää johtamisen laadun arvioinnissa vertaamalla johtamisen ominaisuuksia laatumatriisin esittämiin näkökulmiin.

Taulukko 1. Kolmiulotteinen laatumatriisi (Vaarama 2006a).

Arvioinnin näkökulmat	Panokset (rakenne)	Prosessit	Vaikutukset (tulos)
Asiakkaan laatu (tavoite)	Asiakkaan voimavarat, tarpeet ja odotukset	Neuvotteleva vuoropuhelu ja vuorovaikutus asiakkaan kanssa, osallistaminen, voimaannuttaminen, kohtaaminen, responsiivinen palvelu	Elämään tyytyväisyys, yksinäisyyden lieventyminen, koettu elämänlaatu (fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen, ympäristö)
Ammatillinen laatu (keino edelliseen)	Ammattitaito, laatukriteerit, standardit, välineet, motivaatio	Kattava tarpeen arviointi, laadukkaat palvelu-suunnitelmat, tietoon perustuvat käytännöt, tiimityö, tavoitteellisuus, joustavuus, ystävällisyys, jatkuvuus	Ammatillisten kriteerien täyttyminen, asiakkaan ongelmien ratkaisu tai lieventyminen, asiakaslaatu ja kliiniset tulokset
Johtamisen laatu (edellisen mahdollistaja)	Missio, tavoitteellisuus, resurssit, määritellyt työprosessit, verkottuminen, johtamistapa, säännöllinen seuranta ja arviointi, välineet (tarpeen arviointi, dokumentointi) laillisuus, yhteistyö	Resurssien käyttö ja työn organisointi, tavoitteelliset ja määritellyt toiminta- ja yhteistyöprosessit, arviointi, konfliktien ratkaisu, kehittäminen ja kehittyminen	Vaikuttavat ja oikein kohdentuvat palvelut, oikeudenmukainen jako, järkevä työnjako

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, minkälaista johtaminen on ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Tutkimuksen viitekehyksenä käytetään Care Keys- projektin johtamisen laatumatriisia (taulukko 1, s. 13), jossa tarkastellaan johtamisen panoksia, prosesseja ja vaikutuksia. Johtamisen laatumatriisin pohjalta tutkimuskysymykset käsittelevät johtamisen laatua pitkäaikaishoidossa, resursseja ja prosesseja. Tarkennetut tutkimuskysymykset ovat:

1. Onko organisaatiossa määritelty laadunhallinnan järjestelmä?
2. Ovatko johtaminen ja johtamisen laadunhallinnan järjestelmät yhteydessä arvioituun hoidon laatuun?
3. Minkälaisiksi pitkäaikaishoidon johtajat arvioivat johtamisen resurssit?
4. Minkälaisiksi pitkäaikaishoidon johtajat arvioivat johtamisen prosessit ja käytännöt?
5. Minkälaiseksi pitkäaikaishoidon johtajat arvioivat johtajuuden tuloksellisuuden?

Tutkimuksen ennakko-oletuksena on, että johtaminen ja laadunhallinnan järjestelmä ovat yhteydessä pitkäaikaishoidon laatuun.

5 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

5.1 Tutkimusaineiston kuvaus

Pro gradu- tutkielmani on osa suurempaa tutkimusta (Räsänen, 2009 valmistumassa oleva väitöskirjatutkimus), jossa on mukana pitkäaikaishoidon yksiköitä Keski-Suomesta. Räsänen tutkimuksessa on käytetty viitekehyksenä Care Keys- projektin malleja. Care Keys- projekti on monitieteellinen tutkimus, joka tutki ikääntyneiden hyvinvointia ja elämänlaatua niin ikääntyneen itsensä, kuin ammattityön ja johtamisen näkökulmasta vuosina 2003-2006. (Vaarama ym 2004.)

Räsänen tutkimukseen osallistui 11 Keski-Suomen kuntaa, joissa vuonna 2006 asui yhteensä noin 177 000 asukasta. Maantieteellisesti tutkimusalue ulottui itä-länsisuunnassa läpi koko Keski-Suomen ja kuntien väliset maksimietäisyydet olivat 170 kilometriä. Tutkimuskunnat olivat Jyväskylä, Jyväskylän maalaiskunta, Laukaa, Muurame, Keuruu, Hankasalmi, Korpilahti, Petäjävesi, Uurainen, Toivakka ja Multia. Asukkaiden ikärakenne eri kunnissa vaihteli siten, että Muuramessa 75-vuotiaiden osuus oli tutkimuksen tekohetkellä 4,2 prosenttia ja Multialla 14 prosenttia. Jyväskylän maalaiskunta, Petäjävesi, Toivakka ja Uurainen muodostivat väestöpohjaltaan 44 000 asukkaan Palokan terveydenhuollon kuntayhtymän. Jyväskylän maalaiskunnassa ja Petäjävedellä ei ollut vanhainkotia, vaan hoivahoito oli organisoitu osaksi hoivasairaalan terveydenhuollossa. Laukaan terveyskeskussairaalan pitkäaikaishoito oli siirretty hallinnollisesti hoivaosastoksi vanhainkotoimintaan. Keuruu ja Multia muodostivat oman terveydenhuollon kuntayhtymän, josta tutkimukseen osallistui terveyskeskussairaalan pitkäaikaishoito. Muurame ja Korpilahti toimivat yhdessä terveydenhuollon kuntayhtymänä. Muuramessa ei ollut kunnallista vanhainkotia vaan säätiöpohjaista palveluasumista. (Räsänen 2009.)

Räsänen (2009) tutkimuksen kohteena oli tutkimuskuntien pitkäaikaishoitoyksiköistä (n=50) yhteensä 33 hoitoyksikköä. Kunta valitsi yksiköt, jotka pystyivät osallistumaan tutkimukseen. Tutkimukseen valikoitui näin 33 hoitoyksikköä, joista 14 (42 %) edusti

tehostettua palveluasumista, 9 (27 %) terveyskeskusta ja 10 (30 %) vanhainkoteja. Hoitoyksiköistä 12 % oli yksityisiä palveluja. Hoitoyksiköistä neljä oli erikoistunut dementiahoitoon.

Tutkimukseen osallistuneissa 33 tutkimusyksiköissä oli yhteensä 59 esimiesasemassa olevaa, jotka jakaantuivat hoitomuotojen osalta eri kunnissa hieman eri tavalla. Terveyskeskussairaaloissa esimiehet olivat ylilääkäri, ylihoitaja ja osastonhoitajat. Isoimmista kunnissa heidän yläpuolellaan oli vielä 1–2 ylempään johtoon kuuluvaa henkilöä. Sosiaalipuolella vanhainkodeissa esimiehinä olivat sosiaalijohtaja, vanhustyönjohtaja/vanhainkodin johtaja, lähiesimies ja mahdollisesti tiiminvetäjä. Lisäksi isoimmista kunnissa sosiaalijohtajan ja vanhustyön- tai vanhainkodin johtajan välissä oli 1–2 esimiestä. Kaikki esimiesasemassa olevat otettiin mukaan Räsäsen tutkimukseen. Esimiehistä 41 eli 70 % suostui tutkimukseen.

Johtamisen laatua mitattiin ManDEX- lomakkeella (liite 1). ManDEX- lomake on Care Keys- projektissa kehitetty mittari, jolla voidaan kerätä tietoa johtajien näkemyksistä organisaatiosta, organisaation toiminasta ja näkemyksestä palvelujen laadusta. (Vaarama ym. 2008). Kyselylomakkeessa on yhteensä 70 täytettävää kohtaa. ManDEX-lomakkeella kerättiin organisaation eri tason johtajilta tietoa palveluorganisaatiosta, henkilöstöstä, resursseista, johtamisstrategioista ja johtamisen itsearvioidusta laadusta. Johtajakyselyn kyselylomakkeet lähetettiin kuntien sosiaali- ja terveysjohtajille tai vanhustyönjohtajille, jotka huolehtivat kaavakkeiden edelleen jakamisen omassa organisaatiossaan niin halutessaan. Kysely palautettiin postitse. Kyselyyn vastasi 41 esimiesasemassa toimivaa henkilöä, joista kaksi vastasi vain yksittäisiin kysymyksiin koskien henkilöstön määrää tai organisaation kustannuksia. Näitä tekijöitä ei tässä tutkimuksessa käsitellä, minkä vuoksi nämä kaksi vastausta on jätetty tämän tutkimuksen analyysissä pois aineistosta. Loput 39 vastasivat johtamista koskeviin kysymyksiin, joten he muodostivat tämän tutkimuksen aineiston.

ManDEX- kyselylomake sisältää kysymyksiä taloustiedoista, resursseista ja tuotoksista. Alussa on pyydetty vastaajia kuvailemaan organisaation laadunhallinnan järjestelmää.

Tuloksellisuuden ja laadunhallinnan järjestelmällä tarkoitetaan käytännössä sovellettavaa laatukäsikirjaa tai asiakirjaa, jossa on määritelty organisaation hyvän palvelun tai hoidon perusperiaatteet. Niissä organisaatioissa, joissa oli käytössä osittainen laadunhallinnan järjestelmä, oli jokin muu kirjallinen tai suullinen käytäntö, jolla toimintaa ja sen laatua määriteltiin. Jos laatujärjestelmä oli osittain käytössä, tarkennettiin kysymyksissä vielä onko kyseinen käytäntö virallinen, yhteisesti sovittu tai joidenkin ryhmien sopima. Care Keys- projektissa kehitetyistä uusista mittareista, kuten ManDEXistä, on saatavissa vasta hyvin vähän tietoa.

5.2 Aineiston tilastollinen käsittely

Tulokset esitetään prosenttijakaumina ja taulukoina. Eri muuttujien välisiä yhteyksiä on tarkasteltu ristiintaulukoinnilla. Tilastollisen merkitsevyyden testauksessa on käytetty χ^2 -testiä. Tilastollisen merkitsevyyden rajana oli kaikissa testeissä viisi prosenttia ($p < .05$). Aineisto analysoitiin käyttäen SPSS Statistics 17.0 ohjelmaa.

Muuttujia on luokiteltu uudelleen aineiston tilastollista käsittelyä varten. Tällä on pyritty lisäämään tutkimuksen luotettavuutta ja mahdollisuutta tehdä johtopäätöksiä aineistosta. Pienessä aineistossa on perusteltua yhdistellä luokkia, jotka ovat frekvesseiltään pieniä, jotta jonkinlaisia johtopäätöksiä voisi tehdä. Yhdistettäessä luokkia saattaa informaatio vähentyä, mutta aineiston pienen koon vuoksi näin on kuitenkin tehtävä (Valli 2001). Pienien luokkien määrä joissakin analyyseissa oli silti liian suuri, jonka vuoksi p-arvoa tulee pitää vain suuntaa antavana, vaikka p-arvo olisikin tilastollisesti merkitsevä.

Vastausvaihtoehdot luokiteltiin uudelleen aineiston pienen koon vuoksi. Kysymys organisaation laatujärjestelmän käytössä olemisesta luokiteltiin kahteen luokkaan (1=ei, osittain; 2=kyllä). Vastauksia ”en tiedä” tai ”tietoa ei saatavilla” ei tullut yhtään, joten niiden kohdalla uudelleen luokittelua ei tehty.

Taulukossa 3 kuvataan laadunhallinnan järjestelmän yhteyttä palvelujen periaatteisiin. Johtajat arvioivat palveluiden vastaamista asiakkaiden tarpeita ja elämäntyyliä, hoidolle

asetettua tavoitetta sekä sitä, ovatko palvelut laadukkaita. Vastausvaihtoehtoina oli ei, osittain ja kyllä. Uudelleenluokittelua tehtiin yhdistämällä ei ja osittain-luokat yhdeksi luokaksi.

Taulukossa 4 kuvataan laadunhallinnan järjestelmän yhteyttä organisaatiossa käytettävissä oleviin resursseihin ja panoksiin. Uudelleenluokittelua tehtiin yhdistämällä luokat erittäin huono ja huono yhdeksi luokaksi. Myös vastausvaihtoehdot keskinkertainen, hyvä ja erittäin hyvä yhdistettiin omaksi luokakseen. Henkilöstön pätevyyttä kartoittavassa kohdassa yhdistettiin hyvä ja erittäin hyvä yhdeksi luokaksi. Keskinkertainen ja tietoa ei saatavilla pysyivät omina luokkinaan, kuten myös huono ja erittäin huono.

Taulukossa 7 selvitetään laadunhallinnan järjestelmän yhteyttä yleisarvioon tavoitteiden saavuttamisen suhteen. Uudelleenluokittelua tehtiin yhdistelemällä pieniä luokkia siten, että ei ja en tiedä yhdistettiin omaksi luokakseen.

Summamuuttujien reliabiliteettia arvioitiin Cronbachin alfa-mittarilla, joka mittaa sisäistä johdonmukaisuutta (Valli 2001, 94). Alfa-kertoimen suuruuteen vaikuttaa sekä aineiston jakautuminen että aineiston koko ja muuttujien määrä. Pienemmällä aineistolla alfa-kerroin on pienempi. α -kertoimen rajana pidetään usein 0,60. Tässä työssä johdonmukaisuus oli organisaation panoksia kuvailevissa osioissa kohtalainen ($\alpha=0,476$), prosesseja kuvaavissa hyvä ($\alpha=0,859$) sekä vaikutuksia kuvaavissa kohtalainen ($\alpha=0,551$). Aineiston pienuus vaikutti varmasti myös Cronbachin alfa- arvoihin.

6 TULOKSET

6.1 Pitkäaikaishoidon johtajien taustatiedot

Tutkimukseen osallistuneet organisaatiot koostuivat yleisimmistä ikääntyneiden palveluista vastaavista yksiköistä, joten organisaatioista muodostui monipuolisesti pitkäaikaishoitoa kuvaava joukko. Enemmistö vastaajista työskenteli terveyskeskussairaalassa (43%) sekä vanhainkodeissa (36%). Organisaatioita oli myös hoivaosastoilta (8%) sekä palveluasumisen puolelta (13%).

Kyselylomakkeeseen vastanneiden ammattiryhmä vaihteli sairaanhoitajasta ja erikoislääkäristä vanhustyön johtajiin (taulukko 2). Enemmistö kyselyyn vastanneista oli ammattinimikkeeltään osastonhoitajia (26%), myös johtaja- nimikkeellä työskenteleviä oli määrällisesti paljon (23%). Myös ylihoitajat (10%) ja avo- tai vanhuspalveluohjaajat (15%) olivat yleisiä ammatteja vastanneissa. Vähemmistöä vastanneissa edusti ylilääkärit, henkilöstösihteeri sekä sosiaalijohtaja. Tutkimukseen osallistuneiden ammattiryhmä vaihteli siis paljon.

TAULUKKO 2. Tutkimukseen osallistuneet ammattiryhmittäin.

<i>Ammattiryhmä</i>	<i>Vastaajien määrä</i>	<i>Prosenttiosuus</i>
Ylihoitaja	4	10 %
Johtaja	9	23 %
Ylilääkäri	3	8 %
Ohjaaja (avo/vanhuspalv.)	6	15 %
Vastaava sairaanhoitaja	4	10 %
Osastonhoitaja	10	26 %
Henkilöstösihteeri	1	3 %
Sosiaalijohtaja	2	5 %
Yhteensä	39	100 %

Tutkimukseen osallistuneiden eli kyselylomakkeen täyttäjien koulutustaustaa kysyttiin myös. Koulutustausta oli enemmistöllä sairaanhoitaja tai erikoissairanhoitaja (41%) ja

terveystieteiden maisteri (23%). Sosiaalihoajaajien osuus oli 18 %, lääkäreitä johtajista oli 7 %. Johtamiskoulutuksen omaavia vastanneista oli 5 %, merkonomeja 3%. Koulutustiedot puuttuivat 3 % vastaajista.

6.2 Johtamisen laadunhallinnan järjestelmät

44 % vastasi, että organisaatiossa on käytössä yhteisesti määritetty laadunhallinnan järjestelmä. Kyselylomakkeeseen vastanneista 56 % vastasi, että organisaatiossa ei ole käytössä laadunhallinnan järjestelmää, tai käytössä on osittainen laatujärjestelmä. Ei laatujärjestelmää ja osittainen laatujärjestelmä on yhdistetty luokka, jonka sisällä ei-vastauksia oli 25 % ja osittain vastauksia 31 %.

Suurella osalla organisaatioita (64%) asiakas osallistuu hoidon ja palveluiden suunnitteluun, osittain suunnitteluun osallistui 31 % organisaatioita. Ainoastaan 5 % tutkimukseen osallistuneista organisaatioista oli niin, että asiakas ei ollut mukana hoidon ja palveluiden suunnittelussa.

Tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ei löytynyt palveluiden ominaisuuksien ja sen suhteen, oliko organisaatiossa määritelty laadunhallinnan järjestelmä. (taulukko 3). Kyselylomakkeisiin vastanneista 90% (n=35) vastasi, että palvelut on sovitettu asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin ja elämäntyyliin. Palvelut vastasivat vain osittain ikääntyneen pitkäaikaishoidon asiakkaan tarpeita 10% (n=4) mielestä. Laadunhallinnan järjestelmän yhteys siihen, onko hoidolle asetettu selkeä tavoite, oli tilastollisesti merkitsevä (p=0.035). Palveluiden laadukkuuteen laatujärjestelmällä ei ollut yhteyttä (p=0.543).

TAULUKKO 3. Laadunhallinnan järjestelmän yhteys palvelujen periaatteisiin (χ^2 -testi).

Muuttujat	Organisaation laadunhallinnan järjestelmä						
	ei/osittain		kyllä		Yhteensä		p-arvo
	n	%	n	%	n	%	
Palvelut vastaavat asiakkaiden tarpeisiin ja elämäntyyliin							
ei/osittain	4	18	0	0	4	10	
kyllä	18	82	17	100	35	90	0.089
Palvelusuunnitelmassa asetettu selkeä hoidon tavoite							
ei/osittain	14	64	5	29	19	49	
kyllä	8	36	12	71	20	51	0.035
Palvelut ovat laadukkaita ja niiden antamiseen on varattu aikaa							
ei/osittain	15	68	11	65	26	67	
kyllä	7	32	6	35	13	33	0.543

6.3 Johtamisen panokset

Laadunhallinnan järjestelmän yhteys henkilöstön määrään on tilastollisesti merkittävä ($p=0.026$) (taulukko 4). Organisaatiot joissa oli käytössä laadunhallinnan järjestelmä, arvioivat henkilöstön määrän useammin huonoksi, kuin ne organisaatiot joissa ei ollut laatujärjestelmää tai oli vain osittainen järjestelmä. Tutkimukseen osallistuneet organisaation johtajat arvioivat henkilöstömäärät keskinkertaiseksi, hyväksi tai erittäin hyväksi (67 %) tai huonoksi (33 %).

Henkilöstön arvioitu pätevyys oli enemmistössä organisaatioita hyvä tai erittäin hyvä ($n=22$, 56%) tai keskinkertainen ($n=17$, 44%). Organisaatiot, joissa on käytössä laadunhallinnan järjestelmä ($n=17$, 44%), henkilöstön pätevyys on arvioitu hyväksi tai erittäin hyväksi (59%) tai keskinkertaiseksi (41%). Ne organisaatiot joissa laadunhallinnan järjestelmää ei ollut käytössä tai oli osittain käytössä, arvioivat henkilöstön pätevyyden useammin hyväksi tai erittäin hyväksi (55%). Sillä, oliko organisaatiossa laadunhallinnan järjestelmä, ei ollut merkitsevää yhteyttä henkilöstön

arvioituun pätevyteen ($p=0.524$). Laadunhallinnan järjestelmällä ei myöskään ollut merkitsevää yhteyttä siihen, millaiseksi johtajat arvioivat käytettävissä olevan teknologian ($p=0.114$) tai muut resurssit ($p=0.450$) (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Laadunhallinnan järjestelmän yhteys organisaatiossa käytettävissä oleviin resursseihin ja panoksiin (χ^2 - testi).

Muuttujat	Organisaation laadunhallinnan järjestelmä						p-arvo
	ei/osittain		kyllä		Yhteensä		
	n	%	n	%	n	%	
Henkilöstön määrä (n=39)							
Huono/erittäin huono	4	18	9	53	13	33	0.026
Keskinkertainen/hyvä/erittäin hyvä	18	82	8	47	26	67	
Henkilöstön pätevyys (n=39)							
Huono/erittäin huono	0	0	0	0	0	0	0.789
Keskinkertainen	10	45	7	41	17	44	
Hyvä/erittäin hyvä	12	55	10	59	22	56	
Käytettävissä oleva hoitoteknologia (n=39)							
Huono/erittäin huono	4	18	7	41	11	28	0.114
Keskinkertainen/hyvä/erittäin hyvä	18	82	10	59	28	72	
Muut resurssit (n=28)							
Huono/erittäin huono	6	43	8	57	14	50	0.450
Keskinkertainen/hyvä/erittäin hyvä	8	57	6	43	14	50	

Henkilöstön määrän yhteys arvioituun palveluiden laatuun oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0.022$). Niissä organisaatioissa, joissa henkilöstön määrä oli keskinkertainen tai hyvä, johtajat arvioivat palvelut laadukkaiksi useammin kuin niissä organisaatioissa, joissa henkilöstön määrä oli huono. (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Henkilöstön määrän yhteys palveluiden arvioituun laatuun (χ^2 - testi).

	Henkilöstön määrä					
	erittäin huono/huono		keskinkertainen/hyvä/ erittäin hyvä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%
Palvelut laadukkaita						
Ei/osittain	13	50	13	50	26	100
Kyllä	0	0	13	100	13	100
Yhteensä	13	33	26	67	39	100
						p=0.002

6.4 Johtamisen prosessit ja käytännöt

Organisaation laadunhallinnan järjestelmän ja työntekijöiden kanssa pidettävien virallisten arviointikeskustelujen välillä havaittiin selkeä tilastollinen yhteys ($p=0.003$). Myös henkilöstön tyytyväisyyttä on viimeisen 12 kuukauden aikana tutkittu hieman enemmän niissä organisaatioissa, joissa on laadunhallinnan järjestelmä ($p=0.003$) (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Laadunhallinnan järjestelmän yhteys virallisesti järjestettyihin arviointikeskusteluihin ja tyytyväisyystutkimuksiin (χ^2 - testi).

Muuttujat	Arviointikeskusteluja pidetty työntekijöiden kanssa						p-arvo
	ei		kyllä		yhteensä		
	n	%	n	%	n	%	
Organisaation laadunhallinnan järjestelmä							
Ei /osittain	9	41	13	59	22	100	
Kyllä	0	0	17	100	17	100	0.003
	Henkilöstön tyytyväisyystutkimus tehty 12 kuukauden sisällä						p-arvo
	ei		kyllä		yhteensä		
	n	%	n	%	n	%	
Organisaation laadunhallinnan järjestelmä							
Ei/osittain	9	41	13	59	22	100	
Kyllä	0	0	17	100	17	100	0.003

6.5 Johtajuuden tuloksellisuuden itsearviointi

Johtajuuden tuloksellisuutta arvioitiin seuraavilla osa-alueilla: asiakaskeskeinen toiminta, työprosessit, voimavarat ja tiimien yhteistyö. Enemmistö johtajista piti asiakaskeskeisen toimintojen tavoitteita saavutettuina (63%), 37% taas vastasi, että asiakaskeskeisen toiminnan tavoitteet on saavutettu osittain. Työprosesseja koskevat tavoitteet oli saavutettu osittain 50% organisaatioista ja täysin 50 % organisaatioista. Voimavaroja koskevat tavoitteet saavutti täysin 38% organisaatioista, 57% osittain ja 5% ei ollenkaan. Laadunhallinnan järjestelmällä ei ollut merkitsevää yhteyttä tavoitteiden saavuttamisessa..

Laatujärjestelmällä oli yhteys siihen, saiko asiakas palvelua vaikka ei oikeasti tarvinnut sitä ($p=0.045$). Organisaation laadunhallinnan järjestelmän yhteyttä siihen, saiko asiakas juuri tietyn tarvitsemansa palvelun, ei löytynyt ($p=0.443$). Myöskään sillä, oliko yhteistyö yhteistyökumppanien kanssa tyydyttävää organisaatioissa, ei ollut tilastollista merkitsevää yhteyttä laadunhallinnan järjestelmään ($p=0.123$). Enemmistö vastasi että on osittain totta, ettei ollut mahdollista tuottaa parempaa palvelua joillekin asiakkaille

huonontamatta toisten saamaa palvelua. Tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ei tässäkään tapauksessa ollut laadunhallinnan järjestelmän kanssa ($p=0.396$). (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Laadunhallinnan järjestelmän yhteys yleisarvioon tavoitteiden saavuttamisen suhteen (χ^2 - testi).

Muuttujat	<u>Kaikki asiakkaat, jotka tarvitsivat tiettyä palvelua, saivat sitä</u>								p-arvo
	pitää paikkansa		pitää osittain paikkansa		ei/en tiedä		yhteensä		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Organisaation laadunhallinnan järjestelmä									
Ei /osittain	13	59	7	32	2	9	22	100	
Kyllä	11	65	6	35	0	0	17	100	0.443
Muuttujat	<u>Yksikään asiakas ei saanut palvelua, ellei tarvinnut sitä</u>								p-arvo
	pitää paikkansa		pitää osittain paikkansa		ei/en tiedä		yhteensä		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Organisaation laadunhallinnan järjestelmä									
Ei /osittain	8	36	8	36	6	28	22	100	
Kyllä	6	35	11	65	0	0	17	100	0.045
Muuttujat	<u>Palveluresurssit olivat riittävät</u>								p-arvo
	pitää paikkansa		pitää osittain paikkansa		ei/en tiedä		yhteensä		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Organisaation laadunhallinnan järjestelmä									
Ei /osittain	1	5	15	68	6	27	22	100	
Kyllä	0	0	10	59	7	41	17	100	0.482
Muuttujat	<u>Yhteistyö tiimin sisällä ja yhteistyökumppanien kanssa oli tydyttävää</u>								p-arvo
	pitää paikkansa		pitää osittain paikkansa		ei/en tiedä		yhteensä		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Organisaation laadunhallinnan järjestelmä									
Ei /osittain	13	59	9	41	0	0	22	100	
Kyllä	5	29	11	65	1	6	17	100	0.123
Muuttujat	<u>Parempaa palvelua ei mahdollista tuottaa huonontamatta toisten saamaa palvelua</u>								p-arvo
	pitää paikkansa		pitää osittain paikkansa		ei/en tiedä		yhteensä		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Organisaation laadunhallinnan järjestelmä									
Ei /osittain	2	9	15	68	5	23	22	100	
Kyllä	2	12	8	47	7	41	17	100	0.396

Johtajan koulutuksella on selkeä merkitys johtamisen tuloksellisuuteen ja siihen, saavutettiin työprosessien tavoitteet (0.025) ja osallistui asiakas hoidon suunnitteluun ($p=0.019$). Palveluiden laadukkuuteen johtajan koulutuksella taas ei ollut tilastollista merkitsevää yhteyttä ($p=0.306$) (taulukko 8).

TAULUKKO 8. Esimiehen koulutuksen yhteys johtamisen arvioituun tuloksellisuuteen (χ^2 - testi).

Muuttujat	Johtajan koulutustausta																p-arvo
	ei tietoa		lääkäri		sh		johtamiskoul.		TtM		merkonomi		sos.ohjaaja		Yht.		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Asiakkaan osallist. suunnitteluun																	
Ei	1	50	0	0	0	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	2	100
Osittain	0	0	0	0	7	58	1	8	2	17	0	0	2	17	12	100	
Kyllä	0	0	3	12	9	36	1	4	6	24	1	4	5	20	25	100	
Yht.	1	2	3	8	16	41	2	5	9	23	1	2	7	19	39	100	0.019
Käypähoito suunnittelussa																	
Ei /en tiedä	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	75	4	100	
Osittain	0	0	1	5	10	56	1	5	3	17	0	0	3	17	18	100	
Kyllä	0	0	2	12	6	35	1	6	6	35	1	6	1	6	17	100	
Yht.	1	2	3	8	16	41	2	5	9	24	1	2	7	18	39	100	0.016
Asiakas sai tarvitsemansa palvelun																	
Ei/en tiedä	1	50	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	
Osittain	0	0	0	0	8	62	0	0	2	15	0	0	3	23	13	100	
Kyllä	0	0	3	13	7	29	2	8	7	29	1	4	4	17	24	100	
Yht.	1	3	3	7	16	41	2	5	9	23	1	3	7	18	39	100	0.010
Työprosessien tavoitteiden saavutt.																	
Ei	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Osittain	0	0	1	5	13	68	1	5	2	11	0	0	2	11	19	100	
Kyllä	1	5	2	11	2	11	1	5	7	37	1	5	5	26	19	100	
Yht.	1	3	3	8	15	40	2	5	9	24	1	3	7	18	38	100	0.025
Palvelut laadukkaita																	
Ei	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100	
Osittain	1	4	1	4	13	52	2	8	6	24	0	0	2	8	25	100	
Kyllä	0	0	2	15	3	23	0	0	3	23	1	8	4	31	13	100	
Yht.	1	3	3	7	16	41	2	5	9	23	1	3	7	18	39	100	0.306

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen päätulokset

Johtajien koulutus ja laadunhallinnan järjestelmät

Tutkimukseen osallistuneet organisaatiot edustivat monipuolisesti ikääntyneiden pitkäaikaishoidon yksiköitä. Enemmistö edusti terveyskeskussairaalan pitkäaikaishoitoa sekä vanhainkoteja. Kyselylomakkeen täyttäneistä johtajista muodostui monen ammatin edustajien joukko, koulutuksessa suurin osa oli sairaanhoitajia (30%) ja terveystieteiden maistereita (23%). (taulukko 2.)

Tässä tutkimuksessa käsiteltiin erityisesti sitä, miten laadunhallinnan järjestelmän olemassaolo vaikutti käytännön prosesseihin ja panoksiin. Laadunhallinnan järjestelmän olemassaolo tarkoitti sitä, että laadun käsitteet oli kirjattu laatukäsikirjaan tai muuhun asiakirjaan, jossa määriteltiin hyvän palvelun peruseriaatteet ja tavoitteet. Organisaatioissa oli suhteellisen vähän käytössä virallisia laadunhallinnan järjestelmiä (44%). 56 % organisaatioita oli osittainen laadunhallinnan järjestelmä, tai organisaatioissa ei ollut laatujärjestelmää ollenkaan. Tulos ei ollut yllättävä, koska esimerkiksi Wagner ym. (2006) toteaa tutkimuksessaan, että Suomessa laaturaportointia toteutetaan hyvin vähän ja laatutoiminta keskittyy lähinnä laatuun liittyvään koulutukseen. Virallisen laatujärjestelmän olemassaolo nostaisi laaturaportointiakin, koska laatujärjestelmään kuuluu sen säännöllinen toimivuuden tarkistus ja raportointi (Whittaker 1999).

Hoidon laatua lisää asiakkaan mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun, ja yksilöllisyys onkin hyvin tärkeä tekijä pitkäaikaishoidossa ja sen laatua arvioitaessa (Oleson ym. 1994, Rantz ym. 2002). Tässä tutkimuksessa enemmistössä (90 %) organisaatioita johtajat arvioivat tarjotun hoidon laadun yksilölliseksi, asiakkaan tarpeita vastaavaksi. 64 % organisaatioita asiakas osallistui hoitonsa suunnitteluun, 31 %

organisaatioita asiakkaan osallistuminen suunnitteluprosessiin oli osittaista. Organisaation laadunhallinnan järjestelmällä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä hoidon yksilöllisyyteen, eikä siihen arvioivatko johtajat palvelut laadukkaiksi.

Laadunhallinnalla oli yhteys siihen, oliko palvelusuunnitelmassa asetettu selkeä hoidon tavoite, oli tilastollisesti merkitsevä. Yksi johtamiseen kuuluvista tehtävistä on suunnitella toimintaa ja sen prosesseja. Laatuajatteluun pohjautuvassa johtamisessa toiminnan suunnitteluprosessissa määritellään hoidon laadun taso jota tavoitellaan (Dummer 2007), ja asiakkaiden tarpeet asetetaan määrittelyn pohjaksi eli toiminta on asiakaslähtöistä. (Satia 1999, Grönroos ym. 2004). Yhteys laatujärjestelmän ja tavoitteellisen hoidon välillä on siis ymmärrettävä, ja tutkimuksen tulokset vahvistavat tätä.

Palveluiden laadukkuutta johtajat olivat kuvanneet lähinnä osittain laadukkaiksi. 33 % kuvasi palveluita laadukkaiksi, 67% ei ollenkaan tai vain osittain laadukkaiksi. Tutkimuksen ennako-oletuksena oli, että johtaminen ja laadunhallinnan järjestelmä ovat yhteydessä pitkäaikaishoidon laatuun. Suoraa tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ei kuitenkaan löytynyt, kun laadunhallinnan järjestelmää verrattiin arvioituun hoidon laatuun. Niissä organisaatioissa, joissa oli laatujärjestelmä, johtajat kuvasivat yhtäläillä palveluita laadukkaiksi kuin niissä organisaatioissa joissa oli osittainen tai ei ollenkaan laatujärjestelmää. (taulukko 3.)

Johtamisen panokset

Kolmiulotteisessa laatumatriisissa (Vaarama 2006a) johtamisen panoksiin sisällytetään esimerkiksi johtamisen tavoitteellisuus, resurssit ja työprosessit, johtamistapa, säännöllinen seuranta ja arviointi. Henkilöstö on yksi resurssi työorganisaatiossa. Tässä tutkimuksessa henkilöstön määrää oli kartoitettu.

Tutkimukseen osallistuneet organisaation johtajat arvioivat henkilöstömäärät keskinkertaiseksi tai huonoksi. Tulos tukee sitä, että resursseista on karsittu myös

terveydenhuoltoalalla (Satia 1999, Whittaker 1999, Dummer 2007). Vain 3 % johtajista kuvasi henkilöstömäärän hyväksi. Tuloksista selvisi, että laadunhallinnan järjestelmän yhteys henkilöstön määrään oli tilastollisesti merkitsevä. Niissä organisaatioissa, joissa oli osittainen laatujärjestelmä tai ei laatujärjestelmää ollenkaan, johtajat kuvasivat todennäköisemmin henkilöstön määrän hyväksi. Laatujärjestelmän omaavat organisaatiot olivat kriittisempiä henkilöstön määrän arvioinnissa, ja arvioivat henkilöstömäärän useammin huonoksi. Laatujohtamisessa suunnittelua pidetään ensisijaisen tärkeänä (Whittaker 1999), ja laatusuunnitelma eli organisaation laadunhallinnan järjestelmä sisältää kuvauksen myös organisaation henkilöstön tarpeesta ja määrästä. Koska henkilöstöä pidetään yhtenä osana organisaation resursseja, laadunhallinnan järjestelmän yhteys henkilöstön määrään selittyy vastaasti tällä. (taulukko 4.)

Henkilöstön määrän yhteys palveluiden arvioituun laadukkuuteen oli myös tilastollisesti merkitsevä. Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että henkilöstömäärän ollessa erittäin huono tai huono, kukaan johtajista ei arvioinut palveluita laadukkaiksi. Puolet arvioi palveluiden laadun olevan osittain laadukasta. (taulukko 5.) Tutkimuksissa on todettu, että hoidon laatu voidaan turvata paremmin jos hoitohenkilöstön määrä on hyvä (Bowers ym. 2001, Rantz ym. 2002.) Bowers ym. 2001 esittää tutkimuksessaan, että hoitohenkilöstön määrää lisäämällä lisättäisiin myös pitkäaikaishoidon laatua. Ko. tutkimuksessa tuli ilmi, että hoitohenkilöstön vähyys pitkäaikaishoidon osastolla lisää kiirettä ja alentaa näin hoidon laatua.

Noin puolet johtajista arvioi henkilöstön pätevyyden hyväksi tai erittäin hyväksi (54 %) ja keskinkertaiseksi (44 %). Hieman useammin henkilöstön pätevyyden arvioi hyväksi tai erittäin hyväksi niiden organisaatioiden johtajat, joissa ei ollut laatujärjestelmää tai oli käytössä vain osittainen järjestelmä. Henkilöstön pätevyyteen ei laadunhallinnan järjestelmällä kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.

Resursseja arvioitiin myös käytettävissä olevan hoitoteknologian osalta. Enemmistö organisaatioista, joissa oli laadunhallinnan järjestelmä, arvioi käytettävissä olevan hoitoteknologian huonoksi tai erittäin huonoksi. Niistä organisaatioista joissa ei ollut

laadunhallinnan järjestelmää tai oli osittain, 64 % arvioi käytössä olevan hoitoteknologian keskinkertaiseksi, hyväksi tai erittäin hyväksi. Yhteys käytettävissä olevan hoitoteknologian ja laadunhallinnan järjestelmän välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Laadunhallinnan järjestelmä sisältää kuvauksen tarvittavista resursseista, ja onkin ymmärrettävää että sen valossa resurssien riittävyyttä on helppo mitata. Näin ollen resurssien vähyys saattaa olla selkeämmin nähtävissä, kun laatu järjestelmään on kirjattu optimaalinen resurssien määrä, johon nykytilannetta voi verrata.

Johtamisen prosessit ja käytännöt

Kun organisaatiossa on laadunhallinnan järjestelmä, henkilöstöllä on yhtenäinen linja toiminnasta ja tavoitteista (Whittaker 1999, Dummer 2007). Näin ollen toiminnan suunnitelmallisuus lisääntyy ja on paremmin toteutettavissa. Suunnitelmallisuus, eli käytäntöjä ohjaavat rakenteet ja toimintamallit, oli tulosten mukaan selkeästi yhteydessä mahdollisuuksiin ja edellytyksiin henkilöstön huomioimiselle. Kun organisaatiossa oli käytössä laadunhallinnan järjestelmä, 100% organisaatioista oli järjestänyt arviointikeskusteluja viimeisen 12 kk aikana työntekijöiden kanssa. Niissä organisaatioissa, joissa ei ollut laadunhallinnan järjestelmää tai oli vain osittainen laatu järjestelmä, käytiin vähemmän arviointikeskusteluja.

Suunnitelmallisuus organisaation toiminnassa näkyi myös siinä, kuinka henkilöstön tyytyväisyyttä oli mitattu. Yhteys oli nähtävissä myös organisaation laadunhallinnan järjestelmän ja henkilöstön tyytyväisyystutkimuksien tekemisen kanssa. Niissä organisaatioissa, joissa oli käytössä laadunhallinnan järjestelmä, oli kaikissa järjestetty henkilöstön tyytyväisyystutkimuksia viimeisen 12 kk aikana. Niissä organisaatioissa, joissa laadunhallinnan järjestelmää ei ollut, oli yli puolessa (59%) organisaatioita järjestetty tyytyväisyystutkimuksia ja puolessa ei ollenkaan (41%). (taulukko 6.)

Henkilöstön huomioiminen ja varsinkin arviointikeskustelut ovat hyvä väylä oppimisen ja kehittymisen tukemiseksi. Laatu ja laaduntavoittelu ei jää henkilökunnalle ulkoiseksi asiaksi, kun arviointikeskusteluja käydään työntekijän kanssa. Tänä päivänä korostetaan

asiantuntijuutta ja laatujohtamisessa koko henkilöstön sitoutumista laadun tavoitteluun. Arviointikeskustelujen ja tyytyväisyyskyselyjen käyttö tuo varmasti pitkäaikaishoidon johtajalle ajanmukaista tietoa siitä, minkälaista kehittämistä työ ja työntekijä tarvitsee. Näin vaikutetaan myös hoidon laatuun.

Johtajuuden tuloksellisuuden arviointi

Pitkäaikaishoidon laatua voidaan mitata monelta eri tasolta, ja monipuolinen kuva laadusta saadaan arvioimalla näitä tasoja yhtäaikaan. On arvioitava asiakkaan näkökulmasta tarjottujen palveluiden laatua sekä organisaation kykyä täyttää sille asetetut tavoitteet. (Lillrank 1995, Wagner 1999, Idänpää-Heikkilä ym. 2000, Hokkanen ym. 2003, 170, Higashi ym.2005, Voutilainen 2008.) Johtamisen laatua voidaan taas pitää hyvänä, jos organisaation toiminta ja prosessit ovat laadukkaita. Hyvä johtaminen vaikuttaa myös asiakastyytyväisyyteen ja hoidon laatuun. (Hokkanen ym. 2006.) Laatuajatteluun sitoutuminen saattaa näkyä parantuneena asiakaspalautteena (Stakes 1999).

Tämän tutkimuksen tuloksissa selviää, että asiakaskeskeisen toiminnan tavoitteita piti saavutettuina 63% johtajista. Työprosesseja koskevat tavoitteet oli saavutettu täysin 50 % tapauksia. Laatuajatteluun sitoutuminen saattaa näkyä parantuneena asiakaspalautteena (Stakes 1999). Laatuajatteluun sitoutuminen saattaa näkyä parantuneena asiakaspalautteena (Stakes 1999). Oletko saavutettu paremmin, jos useammassa organisaatiossa olisi ollut käytössä laadunhallinnan järjestelmä?

Asiakas sai tämän tutkimuksen tulosten mukaan yleensä juuri sen palvelun, jota tarvitsi. Enemmistö vastaajista vastasi myös, että yksikään asiakas ei saanut palvelua, ellei tarvinnut sitä. Laadunhallinnan järjestelmällä oli tähän yhteys. Pitkäaikaishoidon palveluita voidaan siis pitää tämän tutkimuksen mukaan kohtalaisen hyvin kohdennettuina. Resurssien kohdentaminen oikein vastaamaan palvelun tarvetta kuvastaa hyvää johtamista (Vaarama ym. 2006b). Tämän perusteella johtamista voidaan kuvata kohtuullisen laadukkaana tämän tutkimuksen mukaan.

Palveluresurssit olivat tämän tutkimuksen mukaan pitkäaikaishoidossa huonot tai keskinkertaiset (taulukko 7). Pitkäaikaishoidossa ja muutenkin terveydenhuollossa joudutaan tulemaan toimeen pienillä resursseilla (Satia 1999, Whittaker 1999, Dummer 2007), ja tämä tulee ilmi myös tämän tutkimuksen tuloksissa. Resurssien vähyyden on helppo ajatella olevan yhteydessä hoidon ja palvelun laatuun, kuten myös henkilöstön vähyyden.

Laatujohtamisessa yhteistyön merkitys on suuri (Whittaker 1999), ja laatuajatteluun sitoutuminen saattaa parantaa yhteistyötä organisaation sisällä (Øvretveit 2000). Tässä tutkimuksessa ei löytynyt selkeää yhteyttä laadunhallinnan järjestelmän ja yhteistyön sujuvuuden välillä. Kuitenkin yhteistyö tiimin sisällä ja yhteistyökumppanien kanssa oli suurimmassa osassa pitkäaikaishoidon yksikköjä tyydyttävää tai osittain tyydyttävää. Yhteistyön merkitys korostaa varmasti työn suunnitelmallisuutta ja rationaalisuutta.

Johtajan koulutuksen merkitys oli tilastollisesti merkitsevää suhteessa eräisiin tekijöihin. Johtajan koulutuksella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys asiakkaan osallistumiseen hoidon suunnitteluun, siihen pohjautuuko palvelusuunnitelman laatiminen käypähoito-ohjeisiin, siihen saiko asiakas juuri sen palvelun jonka tarvitsi, sekä siihen että työprosesseja koskevat tavoitteet saavutettiin. Johtajien koulutus ei ollut yhteydessä siihen, arvioitiinko hoito laadukkaaksi (taulukko 8).

Johtajan koulutuksen merkitys organisaation toiminnassa ja toiminnan laadussa on mielenkiintoinen. Voidaan ajatella, että mitä vahvempi ammattitaito ja koulutustausta pitkäaikaishoidossa toimivalla johtajalla on, sitä paremmat lähtökohdat on työn ja organisaation toiminnan järjestämiseen ja hallintaan (Zeitz 1996, Stakes 1999). Tätä ajatusta tukee tämän tutkimuksen tulokset. Asiakkaan osallistuminen hoidon suunnitteluun lisää yksilöllisyyttä ja palveluiden laatua, ja lisää mahdollisuutta vastata asiakkaan tarpeisiin (esim. Hokkanen ym. 2003, 170, Voutilainen 2007). Tämän tutkimuksen tuloksissa johtajan koulutuksen ja sillä osallistuiko asiakas hoidon suunnitteluun, oli selkeä tilastollisesti merkitsevä yhteys. Vaikka tämän tutkimuksen tuloksia voidaan pitää lähinnä suuntaa antavina aineiston pienuudesta johtuen, tulokset

vahvistavat sitä ajatusta, että terveydenhuollossa johtajan koulutuksella on paljon merkitystä.

7.2 Tutkimuksen arviointi

Tutkimus on poikkileikkaustutkimus. Tutkimusaineisto koostui useasta erikokoisesta pitkäaikaishoitoa tarjoavasta yksiköstä. Tulosten käsittelyssä ei ole huomioitu organisaation kokoa. Kaikista hoitomuodoista (paitsi yksityiseltä) oli vastaajia, ja vastauksia oli kaiken kokoisista kunnista ja hoitopaikoista, joten otosta voi pitää edustavana. Voidaan pohtia, ovatko pienet ja suuret organisaatiot täysin toisiinsa verrattavissa, ja miten tuloksiin olisi vaikuttanut organisaatioiden käsittely koon mukaan.

Esimiehistä 41 eli 70 % suostui tutkimukseen. Vastausprosenttia voidaan pitää melko hyvänä. Katoa aiheutui siitä, etteivät kolmen pienen kunnan ja kaikkien yksityisten yksikköjen esimiehet palauttaneet lainkaan kyselykaavakkeita. Muistakin kunnista ainakin jonkin yksikön esimiehet eivät vastanneet. Vain yksi sosiaalihoitajista vastasi kyselyyn. Toisaalta johtajista muodostui kuitenkin edustava joukko, koska vastaajia oli monesta erilaisesta ammatista. Yksityisille hoitolaitoksille lähetettiin kyselylomake, mutta he eivät vastanneet. Yksityinen sektori eroaa luultavasti eniten resurssien osalta kunnallisesta, ja olisikin ollut mielenkiintoista nähdä, miten yksityisen sektorin johtajat olisivat arvioineet toimintaansa ja johtamiskäytäntöjään. Kirjallisuudessa on todettu, että johtaminen saattaa olla täysin erilaista kunnallisella ja yksityisellä sektorilla (Satia 1999, Telaranta 1999).

Tutkimuksen kyselylomakkeisiin vastaajat valikoituivat kunnan toimesta. Kunta valitsi yksiköt, jotka osallistuivat tutkimukseen. Voidaan pohtia, tapahtuiko tässä selkeää valikoitumista, joka vaikutti aineiston tuloksiin. Kunta sai jakaa kyselylomakkeet vapaasti organisaatioihin, joiden ajateltiin pystyvän osallistumaan tutkimukseen. On mahdollista, että kunta jakoi kyselylomakkeita enemmän pitkäaikaishoidon yksiköihin joissa resurssit ja esimerkiksi henkilöstötilanne ovat paremmat kuin joissakin toisissa,

ajatuksena että näistä organisaatioista saisi varmemmin vastauksen kuin ehkä toisesta. Kunta myös tuntee pitkäaikaishoidon johdon. Valikoituiko vastaajiksi niitä johtajia, joilla oli hyvät edellytykset vastata kyselyyn? Olisivatko vastaukset olleet erilaisia, jos kyselylomakkeet olisi postitettu suoraan pitkäaikaishoidon organisaatioihin?

Tutkimusaineiston käsittelyssä ja analysoimisessa käytettiin kvantitatiivisen tutkimuksen periaatteita. Aineiston analyysivaiheessa muuttujia jouduttiin uudelleen luokitteluun. Pieniä luokkia oli tästäkin huolimatta analyysivaiheessa, jonka vuoksi p-arvoa voidaan pitää vain suuntaa antavana, vaikka p-arvo olisikin tilastollisesti merkitsevä. Aineiston pienuus rajasi analysointimenetelmiä. Kiiin neliö- testi oli luotettavin analysointimenetelmä näin pienelle aineistolle. Tästä johtuen aineiston reliabiliteettia arvioitaessa tuleekin ottaa huomioon, etteivät tulokset ole yleistettävissä, ainostaan suuntaa antavia. ManDEX- lomakkeen luotettavuutta arvioitiin Cronbachin alfa-kertoimella, johon aineiston koko myös varmasti vaikutti. Alfa- kertoimet olivat kuitenkin pienelle aineistolle kohtalaiset.

ManDEX- kyselylomake on uusi mittari, josta ei ole vielä paljonkaan tietoa. Sisällöllisesti ManDEX- mittari sisältää terveydenhuollon johtamisen tutkimisen kannalta olennaisimmat tekijät ja kysymykset, jotka aihepiireiltään toistuvat myös johtamisen kirjallisuudessa. Kyselylomaketta voitaneen pitää luotettavana tämän perusteella.

Asiakastyytyväisyyskyselyt ovat helpoin tapa mitata laadunhallinnan ja laatujohtamisen vaikuttavuutta pitkäaikaishoidossa. Asiakastyytyväisyyskyselyissä on otettava huomioon ne mahdolliset tekijät, jotka heikentävät luotettavuutta. Pitkäaikaishoidon laatuun saatetaan olla tyytyväisiä hoidon todellisesta laadusta riippumatta, ja toisaalta tyytymättömyyttä saattaa kohdistua laadultaan hyviin palveluihin. Myös ikääntyneiden mahdolliset kognitiiviset toiminnanrajoitteet on otettava huomioon, kun arvioidaan asiakastyytyväisyysmittauksien luotettavuutta. Laadun mittaaminen auttaa resursoimaan palveluja ja suuntaamaan niitä niihin toimintoihin, joissa on laadun kannalta parannettavaa.

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Ikääntyneiden määrä kasvaa jatkuvasti. Vaikka ikääntyneiden palvelurakenteessa on painotettu avohoitoa ja pitkäaikaishoidon käyttäjämäärät ovat laskeneet viime vuosina (Stakes 2001), tulee palveluiden käyttö lisääntymään voimakkaasti tulevan kolmen vuosikymmenen aikana (Parkkinen 2002). Pitkäaikaishoidon laatuun ja suunnitteluun onkin kiinnitetty huomiota jo etukäteen, jotta turvattaisiin kaikille samanarvoiset palvelut (Stakes 2001). Jo nyt pitkäaikaishoidon laatu on nähty yleisenä intressinä, ja eri keinoja laadun parantamiseen on etsitty – samalla kuitenkin kiinnittäen huomiota kustannustehokkuuteen. Laadunhallintaa on toteutettu pitkäaikaishoidossa eri tavoilla, ja laatujohtaminen on noussut yhdeksi keinoksi parantaa pitkäaikaishoidon toimintaa (Whittaker 1999).

Tutkimuksia laatujohtamisen vaikuttavuudesta on todella vähän (esim. Zeitz 1996, Bowers ym. 2001, Øvretveit 2000). Laatujohtamiseen liittyvät tutkimukset ovatkin lähinnä poikittaistutkimuksia ja antavat kuvan vain sen hetkisestä tilanteesta. Tulevaisuudessa tarvitaan lisää tutkimusta sekä pitkäaikaishoidon johtamisesta, hoidon laadusta ja näiden yhteyksistä. Erityisesti pitkäaikaistutkimuksia tarvittaisiin, jotta tutkimustulokset olisivat entistä luotettavampia johtamisen ja pitkäaikaishoidon laadun kehittämisessä ja parantamisessa.

Laadun käsite on monimuotoinen ja sitoutuu kulttuuriin ja kontekstiin jossa sitä käytetään (Oleson ym. 1994). Tällä hetkellä ei ole yhtä selkeää määritelmää siitä, mitä pitkäaikaishoidon tai hoidon ylipäänsä laatu on. Jotta laatua voidaan mitata, tarvitaan selkeä määritelmä laadun käsitteelle. Tämän vuoksi olisi tärkeää määritellä pitkäaikaishoidon laatu entistä paremmin, ja löytää yhtenäinen laatumääritelmä pitkäaikaishoidon käyttöön.

Jatkossa tarvittaisiin enemmän myös mittareita laadun ja johtamisen laadun mittaamiseen pitkäaikaishoidossa. Mittareissa on myös otettava huomioon kulttuuri ja konteksti jossa sitä käytetään, jotta saadut tulokset olisivat luotettavia. Ulkomailta kehitetty mittari ei

välttämättä ole paras mahdollinen mittari Suomen pitkäaikaishoidon laatua mittaamaan, koska pitkäaikaishoito saattaa toimia erilaisilla lähtökohdilla eri kulttuureissa. Validin mittarin kehittäminen auttaisi kehittämään pitkäaikaishoitoa entistä parempaan suuntaan. Väestön ikääntyminen johtaa väistämättä pitkäaikaishoidon palveluiden lisääntyneeseen käyttöön, minkä vuoksi palveluiden oikein kohdentaminen nousee entistä tärkeämmäksi kysymykseksi tulevaisuudessa. Palveluiden kohdentaminen niille henkilöille jotka palveluita juuri tarvitsevat, on ensisijaisen tärkeää. Mittarien kehittämisessä tulisikin ottaa myös huomioon palveluiden oikein kohdentamisen mittaaminen, ja palveluiden kehittäminen tulevaisuudessa sitä kautta.

Tässä tutkimuksessa aineiston pienuus herätti mielenkiinnon tutkia johtamisen tuloksellisuutta isommalla aineistolla. Tässä aineistossa ei oltu huomioitu asiakkaiden tai henkilökunnan näkökulmia. Yhtenä jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista verrata sekä johtajien, henkilökunnan että asiakkaiden mielipidettä pitkäaikaishoidon laadusta. Miten henkilökunta arvioisi johtamisen tuloksellisuutta? Entä miten asiakkaat arvioivat pitkäaikaishoidon laadun? Löytyykö näistä yhteisiä selittäviä tekijöitä, joiden pohjalta johtamista pitkäaikaishoidossa voisi kehittää?

Yksityinen sektori on lähtökohdiltaan erilainen kunnalliseen verrattuna. Tämän tutkimuksen tutkimusjoukon muodosti kunnallisen sektorin johtavat henkilöt, ja jatkossa yksityisen sektorin järjestämää pitkäaikaishoitoa olisi mielenkiintoista verrata kunnalliseen. Minkälaisia eroja johtamisen laadussa ja käytännöissä on näiden eri sektorien välillä? Minkälaista on pitkäaikaishoidon laatu yksityisellä sektorilla?

LÄHTEET

Aaltola J, Valli R. Ikkunoita tutkimusmetodeihin – näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus, Gummerus Kirjapaino Oy, 2001.

Antti-Poika M. Laatujohtaminen työterveyshuollossa. Helsinki: Työterveyslaitos, 2002.

Bowers B.J, Lauring C, Jacobson N. How nurses manage time and work in long-term care. *J Adv Nurs* 2001; 33(4): 484-491.

Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966;44(3), 166–203.

Dummer J. Health care performance and accountability. *Int J Health Care Qual Assur* 2007; 20(1), 34-39.

François P, Peyrin J-C, Touboul M, Labarère J, Reverdy T, Vinck D. Evaluating implementation of quality management systems in a teaching hospital's clinical departments. *International Journal of Quality in Health Care* 2003; 15(1).

Grönroos E, Perälä M-L. Johtamistutkimus terveydenhuollossa – kirjallisuuskatsaus. *Stakes* 22/2004.

Higashi T, Shegelle PG, Adams JL, Kamberg CJ, Roth CP, Solomon DH, Reuben DB, Chiang L, MacLean CH, Chang JT, Young RT, Saliba DM, Wenger NS. Quality of Care Is Associated with Survival in Vulnerable older Patients. *Ann Intern Med*, 2005;143.274-281.

Hirvonen K. Laadun tarkkailusta laatujohtamiseen. Teoreettinen synteesi laatujohtamisen käsitteestä. *Terveyshallinnon ja –talouden laitoksen pro gradu- työ*. Kuopion yliopisto, 2005.

Hokkanen S, Strömberg O. Ihmisten johtaminen. Jyväskylä: Kopijyvä, 2003.

Hokkanen S, Strömberg O. Laatuun johtaminen. Jyväskylä: PainoPorras Oy, 2006.

Hölttä T, Savonen M-L. Muutosvoimana laatujohtaminen. Helsinki: Oy Edita Ab, 1997.

Idänpää-Heikkilä U, Outinen M, Nordblad A, Päivärinta E, Mäkelä M: Laatrुकriteerit. Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. *Stakes Aiheita* 20/2000.

Kansaneläkelaki 347/1956, STM, asetus 1241/2002.

Kujala E. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli: tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveystieteiden keskuksessa. Tampere: Tampere University Press, 2003.

Laine J, Finne-Soveri U, Björkgren M, Linna M, Noro A, Häkkinen U. The association between quality of care and technical efficiency in long-term care. *International Journal for Quality in Health Care* 2005; 17(3): 259-267.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785 / 17.8.1992.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559 / 28.6.1994.

Lillrank P. The transfer of management innovations from Japan. *Organization Studies* 1995; 16(6): 971-989.

Lillrank, P. Laatumaa. Johdatus japanilaiseen talouselämään laatujohtamisen näkökulmasta. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 1990.

Mara C.M, Ziegenfuss J.T, Bentley M.J. Commentary: Methodological issues for quality management in long-term care. *Am J Med Qual* 1999; 14(6): 235-241.

Mattila P. Johdettu muutos – avaimet organisaation hallittuun uudistumiseen. Talentum. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 2007.

Metsämuuronen J. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2005.

Narikka J. Sosiaali- ja terveyspalvelujen lainsäädäntö käytännössä. Pieksämäki: RT-Print Oy. 2001.

Oleson M, Heading C, Shadick K.M, Bistodeau J.A. Quality of life in long-stay institutions in England: nurse and resident perceptions. *J Adv Nurs* 1994; 20: 23-32.

Paasivaara L. Kotihoidon johtaminen. Teoksessa Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. (Toim.) Heinola, R. Stakes. Oppaita 70, 2007; 82-91.

Parkkinen P. Suomen ja muiden unionimaiden väestön ikärakenne vuoteen 2050. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. 2002.

Peltonen T. Laatujohtaminen ja suomalainen liikkeenjohto. Working papers. Helsinki: Helsingin kauppakorkeakoulu, 1992.

Perälä M-L. Hoitotyön suunta: Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Helsinki: Stakes, 1997.

Rantz M, Jensdóttir A.B, Hjaltadóttir I, Gudmundsdóttir H, Gudjónsdóttir J. Sigurveig, Brunton B, Rook M. International field test results of the Observable Indicators of Nursing Home Care Quality instrument. *Int Nurs Rev* 2002; 49: 234-242.

Räsänen R. Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan laatu. Julkaisematon väitöskirjatutkimus. Lapin yliopisto 2010.

Satia J, Dohlie M-B. Achieving total quality management in public health systems. *Journal of Health Management* 1999; 1: 301-322.

Seeck H. Johtamisopit Suomessa – taylorismista innovaatioteorioihin. Tampere: Esa Print Oy, 2008.

Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3. Helsinki 2008.

Stakes, Suomen Kuntaliitto. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 4. Helsinki 2001.

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

Stakes. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2007. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 28.1.2008 [viitattu 30.3.2008].
<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/tilastojulkaisut/vuosikirja.htm#ankkuri4>

Telaranta S. Esimiestyö terveydenhuollossa. Tampere: Tammer-Paino Oy, 1999.

Vaarama M. Tavoitteena vanhan ihmisen hyvä elämänlaatu. Teoksessa: Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, Paasivaara L, Eloniemi-Sulkava U, Finne-Soveri UH. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. STAKES. Oppaita 49. Helsinki: Gummerus Kirjapaino, 2002:11–18.

Vaarama, M. & Hertto, P: Ikääntyneiden palvelujen tehokkuuden ja oikeudenmukaisuuden arviointi. *Gerontologia* 1/2004, 64.

Vaarama, M. Ylönen, L. Espoon kotihoidon johtamisen laatu ja kotihoidon kohdennustehokkuus. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus –projekti, osaraportti III. Espoon kaupunki, Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 5/2006a.

Vaarama M. Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa Kautto M (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Vaajakoski: Gummerus, 2006b.

Vaarama M, Pieper R, Sixsmith A. Care-related quality of life in old age. Care-related quality of life in old age. Concepts, Models and Empirical Findings. New York, USA: Springer, 2008.

Vaarama M. & Pieper R. Managing integrated care for older persons. European Perspectives and Good practices. STAKES & EHMA, 2005.

Valli R. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2001.

VanRooyen MJ, Grabowski JG, Ghidorzi AJ, Dey C, Strange GR. The perceived effectiveness of Total Quality Management as a tool for quality improvement in emergency medicine. *Acad Emerg Med* 1999;6; 811-6.

Voutilainen, P., Backman, K. & Paasivaara, L. Ikäihmisten laitoshoidon tunnusmerkit. Teoksessa *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun.* (Toim). Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, U.H. Stakes. Oppaita 49, 2002: 115–121.

Voutilainen, P. Laadun arviointi. Teoksessa *Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun.* (Toim.) Heinola, R. Stakes. Oppaita 70, 2008: 13-21.

Välimäki K, Saari J, Seppelin M, Granlund T, Kattelus M. Kansallinen raportti sosiaalisen suojelun ja sosiaalisen yhteenkuuluvuuden strategioista. *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä* 53, 2006.

Wagner C, Culácsi L, Takacs E, Outinen M. The Implementation of quality management systems in hospitals: a comparison between three countries. *BMC Health Services Research* 2006; 6:50.

Wagner C: Implementation and effectiveness of quality systems in Dutch health care organizations. Utrecht: Nivel, 1999.

West E. Management matters: the link between hospital organization and quality of patient care. *Quality in Health Care* 2001;10:40-80.

Whittaker M. Towards strategic quality management of health care. *Journal of Health Management* 1999, 1 ; 215-248.

Zeitz G. Employee attitudes toward total quality management in an Epa regional office. *Administration & Society* 1996; 28; 120-143.

Øvretveit, J. Total quality management in European healthcare. *Int J of Health Care Qual Assur* 2000; 13/2: 74-79.

Øvretveit J. Quality evaluation and indicator comparison in health care. *International Journal of Health Planning and Management* 2001; 16: 229-241.

LIITE 4.

CareKeys Laitoshoito ManDEX

Ylemmän johdon kyselylomake**Organisaation perustiedot**Organisaation tunnus: (inst_id)HUOM: Oman organisaatiosi tunnuksen löydät liitteenä olevasta luettelosta

Organisaation nimi: _____

Osasto tai yksikkö: _____**Päivämäärä:** _____**Lomakkeen täyttäjän taustatiedot**

Lomakkeen täyttäjän koulutus?

Lomakkeen täyttäjän asema? (interpo)

Aluksi pyydämme sinua kuvailemaan organisaatiosi laadunhallinnan järjestelmää

Onko organisaatiollanne yhteinen selkeästi määritelty tuloksellisuuden tai laadunhallinnan järjestelmä, jota sovellatte käytännössä? (ex_conc)

Tavallisesti nämä käsitteet on kirjattu laatukäsikirjaan tai asiakirjaan jossa määritellään hyvän palvelun visio tai peruseriaatteet.

- 0 – **Ei**, siirry kysymykseen 2
 1 – **Osittain**, siirry kysymykseen 2
 2 – **Kyllä**, siirry kysymykseen 4
 8 – **En tiedä**, siirry kysymykseen 2
 9 – **Tietoa ei saatavilla**, siirry kysymykseen 2

Onko organisaatiollanne jokin muu kirjallinen tai suullinen (laatu)käytäntö, jolla organisaation toimintaa määritellään?

1 – **Kyllä**, siirry seuraavaan kysymykseen
 2 – **Ei**, Kiitos vastauksistasi, voit keskeyttää lomakkeen täyttämisen tähän. Ole ystävällinen ja postita lomake Stakesiin, myös jo täyttämäsi tiedot ovat meille tärkeitä.

Onko tämä muu käytäntö:

a. Yhteisesti sovittu

- 0 – **Ei**
 1 – **Kyllä**

b. Virallinen

- 0 – **Ei**
 1 – **Kyllä**

c. Joidenkin ryhmien sopima

- 0 – **Ei**
 1 – **Kyllä, minkä ryhmien?**

—

Noudattaako organisaationne laadunhallinta / strategia / käytäntö seuraavia periaatteita?

<p>Palvelut vastaavat asiakkaiden tarpeisiin ja elämäntyyliin? (s_cor)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 – Ei <input type="checkbox"/> 1 – Osittain <input type="checkbox"/> 2 –Kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> 8 – En tiedä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla</p>
<p>Palvelut tukevat asiakkaiden autonomiaa ja itsenäistä selviytymistä. (s_sup)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 – Ei <input type="checkbox"/> 1 – Osittain <input type="checkbox"/> 2 –Kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> 8 – En tiedä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla</p>
<p>Asiakkailla on nimetty vastuuhenkilö, joka vastaa hänen hoidostaan ja palvelustaan? (primar)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 – Ei <input type="checkbox"/> 1 – Osittain <input type="checkbox"/> 2 –Kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> 8 – En tiedä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla</p>
<p>Palvelusuunnitelmassa on asetettu selkeät tavoitteet asiakkaan hoidolle ja palvelulle ja niiden toteutumista arvioidaan säännöllisesti (goal_s)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 – Ei <input type="checkbox"/> 1 – Osittain <input type="checkbox"/> 2 –Kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> 8 – En tiedä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla</p>
<p>Palvelusuunnitelmaa ohjaavat käypähoito standardit koskien profylaktista eli ennalta ehkäisevää hoitoa ja niiden käytännön toteuttamisesta on merkintä palvelusuunnitelmassa? (proph)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 – Ei <input type="checkbox"/> 1 – Osittain <input type="checkbox"/> 2 –Kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> 8 – En tiedä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla</p>
<p>Palvelulle on määritelty aika-ikkuna, jonka puitteissa sen tulee toteutua (esim. tunnin tarkkuudella) (ti_met)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 – Ei <input type="checkbox"/> 1 – Osittain <input type="checkbox"/> 2 –Kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> 8 – En tiedä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla</p>
<p>Palvelut ovat laadukkaita ja niiden antamiseen on varattu riittävästi aikaa. (qual_s)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 – Ei <input type="checkbox"/> 1 – Osittain <input type="checkbox"/> 2 – Kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> 8 – En tiedä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla</p>
<p>Asiakkaiden elin- ja asuinolot arvioidaan ja suoritetaan tarvittavat muutos- ja tukitoimet. (liv_rev)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 – Ei <input type="checkbox"/> 1 – Osittain <input type="checkbox"/> 2 – Kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> 8 – En tiedä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla</p>

<p>Palveluissa hyödynnetään myös organisaation ulkopuolelta saatavia (yhteisöllisiä ja yksityisiä) voimavaroja ja palveluita asiakkaiden sosiaalisen integraation tukemiseksi. (ext_res)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 – Ei <input type="checkbox"/> 1 – Osittain <input type="checkbox"/> 2 –Kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> 8 – En tiedä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla</p>
<p>Asiakas osallistuu hoidon ja palveluiden suunnitteluun ja suunnitelman päivitykseen. (cl_par)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 – Ei <input type="checkbox"/> 1 – Osittain <input type="checkbox"/> 2 – Kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> 8 – En tiedä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla</p>
<p>Aina kun on tarkoituksenmukaista, hoidon suunnittelu ja toteuttaminen tehdään moniammatillisessa tiimissä. (mul_tea)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 – ei <input type="checkbox"/> 1 – Osittain <input type="checkbox"/> 2 –Kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> 8 – En tiedä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla</p>
<p>Aina kun on tarkoituksenmukaista, hoidon suunnitteluun ja palvelun toteuttamiseen osallistuvat myös omaiset ja muut läheiset, jos asiakas näin haluaa. (inf_plan)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 – ei <input type="checkbox"/> 1 – Osittain <input type="checkbox"/> 2 –Kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> 8 – En tiedä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla</p>

Täyttääkö organisaationne laadunhallinta / strategia / käytäntö seuraavat kriteerit?

Se on kirjallisena saatavissa. (handout)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Siihen on kirjattu asiakkaan tietosuojaa koskevat periaatteet. (data_pr)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Siinä määritellään miten valitukset käsitellään. (comp_m)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Siinä määritellään uusien työntekijöiden perehdyttäminen. (new_em)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa

Onko organisaatiossanne käytössä ohjeet seuraavien ongelmien ehkäisemiseksi?

Painehaavojen ehkäisy (pr_pres)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Keuhkokuumeen ehkäisy (pr_pneu)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Kaatumisten ehkäisy (pr_fall)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Kuivumisen ehkäisy (pr_dehy)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Aliravitsemuksen ehkäisy (pr_maln)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Kivun hoito (pr_pain)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Immobilisaatio (liikkumattomuuden ehkäisy)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa

Onko organisaationne laatujohtamisen strategiassa / käytännössä huomioitu yhteistyö seuraavien tahojen kanssa?

Epäviralliset auttajat tai perhe (con_inf)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Laitoshoito/päivähoito/ päiväkeskukset/ lyhytaikainen hoito (con_inst)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Terveyskeskuslääkärit (con_gp)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Terveyskeskussairaala(t) (con_hosa)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa

Erikoissairaala(t) (con_hosb)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Kuntoutuksen yhteistyökumppanit (con_reha)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Muut palvelun tuottajat (con_othe)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Oikeusaputoimisto (edunvalvonta, holhous) (con_cour)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Organisaation rahoittaja (vakuutusyhtiö, omistajaorganisaatio, kunta) (con_fina)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Paikallisyhteisöt ja vapaaehtoisjärjestöt (con_comm)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa

Seuraavaksi pyydämme sinua kuvailemaan organisaatiosi resursseja

Kuinka arvioisit seuraavia resursseja organisaatiossasi?

Henkilöstöresurssit:		
a. Henkilöstön määrä		
<input type="checkbox"/> 1 – Erittäin huono	<input type="checkbox"/> 2 – Huono	<input type="checkbox"/> 3 – Keskinertainen
<input type="checkbox"/> 4 – Hyvä	<input type="checkbox"/> 5 – Erittäin hyvä	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
b. Henkilöstön pätevyys		
<input type="checkbox"/> 1 – Erittäin huono	<input type="checkbox"/> 2 – Huono	<input type="checkbox"/> 3 – Keskinertainen
<input type="checkbox"/> 4 – Hyvä	<input type="checkbox"/> 5 – Erittäin hyvä	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Hoitoteknologia? (mat_res)		
<input type="checkbox"/> 1 – Erittäin huono	<input type="checkbox"/> 2 – Huono	<input type="checkbox"/> 3 – Keskinertainen
<input type="checkbox"/> 4 – Hyvä	<input type="checkbox"/> 5 – Erittäin hyvä	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Kulutustavarat? (mat_res)		
<input type="checkbox"/> 1 – Erittäin huono	<input type="checkbox"/> 2 – Huono	<input type="checkbox"/> 3 – Keskinertainen
<input type="checkbox"/> 4 – Hyvä	<input type="checkbox"/> 5 – Erittäin hyvä	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Muut resurssit, mitkä?		

<input type="checkbox"/> 1 – Erittäin huono	<input type="checkbox"/> 2 – Huono	<input type="checkbox"/> 3 – Keskinertainen
<input type="checkbox"/> 4 – Hyvä	<input type="checkbox"/> 5 – Erittäin hyvä	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla

Seuraavaksi pyydämme sinua kuvailemaan organisaatiosi prosesseja ja käytäntöjä.

Johtamiskäytännöt

Onko organisaatiossanne tapahtunut viimeisen kolmen kuukauden aikana joitakin seuraavista asioista?

Ulkopuolista työnohjausta (ext_cou)
<input type="checkbox"/> 0 – Ei <input type="checkbox"/> 1 – Kyllä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavissa
Tiimikokouksia / laatupiirejä (t_conf)
<input type="checkbox"/> 0 – Ei <input type="checkbox"/> 1 – Kyllä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavissa
Virallisia arviointikeskusteluja työntekijöiden kanssa (aprais)
<input type="checkbox"/> 0 – Ei <input type="checkbox"/> 1 – Kyllä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavissa
Henkilöstön tyytyväisyystutkimus (12 kuukauden sisällä) (surv_sat)
<input type="checkbox"/> 0 – Ei <input type="checkbox"/> 1 – Kyllä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavissa

Miten usein organisaatiossanne / yksikössänne on järjestetty asiakkaiden hoitoon keskittyviä tapausneuvotteluja viimeksi kuluneiden 6 kuukauden aikana? (case_con)

- 1 – Ei koskaan tai erittäin harvoin
- 2 – Harvemmin kuin kerran kuussa
- 3 – 1-2 kertaa kuussa
- 4 – Viikoittain tai useammin
- 9 – Tietoa ei saatavilla

Kuinka usein on johto sovitellut tiimin jäsenten välisiä tai tiimin ja johdon välisiä konflikteja viimeisen 6 kk aikana? (medi_con)

- 1 – Ei koskaan tai erittäin harvoin
- 2 – Harvemmin kuin kerran kuussa
- 3 – 1-2 kertaa kuussa
- 4 – Viikoittain tai useammin
- 9 – Tietoa ei saatavilla

Kuinka usein on organisaationne / yksikön johto järjestänyt tapaamisia, konsultaatiota tai konfliktinratkaisupalavereita omaisten tai muiden läheisten kanssa viimeisen 6 kk aikana? (conf_in)

- 1 – Ei koskaan tai erittäin harvoin
- 2 – Harvemmin kuin kerran kuussa
- 3 – 1-2 kertaa kuussa
- 4 – Viikoittain tai useammin
- 9 – Tietoa ei saatavilla

Lopuksi pyydämme vielä itsearviotasi johtajuuden tuloksellisuudesta

Laadun parantaminen tapahtuu asettamalla pieniä tavoitteita ja saavuttamalla näitä asteittain.

Seuraavia neljää laadun parantamisen osa-alueita pidetään tavallisesti tärkeinä:

Laatukäsitteen selkeytyminen ja asiakasorientaation parantaminen

Menettelytapojen / prosessien ja työn organisoimisen parantaminen

Henkilöstön ammattitaidon, muiden voimavarojen ja teknologioiden kehittäminen

Tiimin sisäisen ja tiimien välisen yhteistyön sekä palvelujen integraation parantaminen.

Onko organisaatiossanne / yksikössänne asetettu ja saavutettu seuraavia tavoitteita?

Jos tavoitetta ei ole asetettu, siirry seuraavaan kysymykseen.

Tavoitteiden asettaminen	Tavoitteiden saavuttaminen
Asiakaskeskeisen toiminnan tavoitteet	
Tavoite on asetettu viimeisen 12 kk aikana (ge_clce)	Tavoite on saavutettu (ga_clce)
<input type="checkbox"/> 0 – Ei, siirry kysymykseen 50	<input type="checkbox"/> 0 – Ei
<input type="checkbox"/> 1 – Kyllä	<input type="checkbox"/> 1 – Osittain
<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla	<input type="checkbox"/> 2 – Kyllä
	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla

Työprosesseja koskevat tavoitteet	
Tavoite on asetettu viimeisen 12 kk aikana (ge_proc) <input type="checkbox"/> 0 – Ei, siirry kysymykseen 52 <input type="checkbox"/> 1 – Kyllä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla	Tavoite on saavutettu (ga_proc) <input type="checkbox"/> 0 – Ei <input type="checkbox"/> 1 – Osittain <input type="checkbox"/> 2 – Kyllä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Voimavaroja ja niiden jakoa koskevat tavoitteet:	
Tavoite on asetettu viimeisen 12 kk aikana (ge_res) <input type="checkbox"/> 0 – Ei, siirry kysymykseen 54 <input type="checkbox"/> 1 – Kyllä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla	Tavoite on saavutettu (ga_res) <input type="checkbox"/> 0 – Ei <input type="checkbox"/> 1 – Osittain <input type="checkbox"/> 2 – Kyllä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Tiimien sisäistä ja ulkoista yhteistyötä koskevat tavoitteet	
Tavoite on asetettu viimeisen 12 kk aikana (ge_coop) <input type="checkbox"/> 0 – Ei, siirry kysymykseen 56 <input type="checkbox"/> 1 – Kyllä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla	Tavoite on saavutettu (ga_coop) <input type="checkbox"/> 0 – Ei <input type="checkbox"/> 1 – Osittain <input type="checkbox"/> 2 – Kyllä <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla

Yhteistyön arviointi: Kuinka hyvin organisaatiosi on onnistunut yhteistyössään seuraavien tahojen kanssa?	
Epäviralliset auttajat tai perhe (cq_inf)	<input type="checkbox"/> 0 – Ei yhteistyötä <input type="checkbox"/> 1 – Huonosti <input type="checkbox"/> 2 – Osittain hyvin <input type="checkbox"/> 3 – Hyvin <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Ikääntyneiden laitoshoido/päivähoito/päivä-keskukset/ lyhytaikainen hoito (cq_inst)	<input type="checkbox"/> 0 – Ei yhteistyötä <input type="checkbox"/> 1 – Huonosti <input type="checkbox"/> 2 – Osittain hyvin <input type="checkbox"/> 3 – Hyvin <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla

Terveyskeskuslääkärit (cq_gp)	<input type="checkbox"/> 0 – Ei yhteistyötä <input type="checkbox"/> 1 – Huonosti <input type="checkbox"/> 2 – Osittain hyvin <input type="checkbox"/> 3 – Hyvin <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Terveyskeskussairaala / t (cq_hosa)	<input type="checkbox"/> 0 – Ei yhteistyötä <input type="checkbox"/> 1 – Huonosti <input type="checkbox"/> 2 – Osittain hyvin <input type="checkbox"/> 3 – Hyvin <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Erikoissairaala / t (cq_hosb)	<input type="checkbox"/> 0 – Ei yhteistyötä <input type="checkbox"/> 1 – Huonosti <input type="checkbox"/> 2 – Osittain hyvin <input type="checkbox"/> 3 – Hyvin <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Kuntoutustahot (cq_reha)	<input type="checkbox"/> 0 – Ei yhteistyötä <input type="checkbox"/> 1 – Huonosti <input type="checkbox"/> 2 – Osittain hyvin <input type="checkbox"/> 3 – Hyvin <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Muut palveluiden tuottajat (cq_serv)	<input type="checkbox"/> 0 – Ei yhteistyötä <input type="checkbox"/> 1 – Huonosti <input type="checkbox"/> 2 – Osittain hyvin <input type="checkbox"/> 3 – Hyvin <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Oikeusaputoimisto (edunvalvonta / holhous) (cq_cour)	<input type="checkbox"/> 0 – Ei yhteistyötä <input type="checkbox"/> 1 – Huonosti <input type="checkbox"/> 2 – Osittain hyvin <input type="checkbox"/> 3 – Hyvin <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla

Palveluiden rahoittajat (cq_fina)	<input type="checkbox"/> 0 – Ei yhteistyötä <input type="checkbox"/> 1 – Huonosti <input type="checkbox"/> 2 – Osittain hyvin <input type="checkbox"/> 3 – Hyvin <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Paikallisyhteisöt ja vapaaehtoisjärjestöt (cq_loca)	<input type="checkbox"/> 0 – Ei yhteistyötä <input type="checkbox"/> 1 – Huonosti <input type="checkbox"/> 2 – Osittain hyvin <input type="checkbox"/> 3 – Hyvin <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla

Yleisarvio tavoitteiden saavuttamisesta (viimeisen vuoden aikana)	
Kaikki asiakkaat, jotka tarvitsivat tiettyä palvelua, saivat sitä. (h_eval)	
<input type="checkbox"/> 1 – Pitää paikkansa	<input type="checkbox"/> 2 – Pitää osittain paikkansa
<input type="checkbox"/> 4 – En tiedä	<input type="checkbox"/> 3 – Ei pidä paikkaansa
	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Yksikään asiakas ei saanut palvelua, ellei tarvinnut sitä (v_eval)	
<input type="checkbox"/> 1 – Pitää paikkansa	<input type="checkbox"/> 2 – Pitää osittain paikkansa
<input type="checkbox"/> 4 – En tiedä	<input type="checkbox"/> 3 – Ei pidä paikkaansa
	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Palveluresurssit olivat riittävät (res_suf)	
<input type="checkbox"/> 1 – Pitää paikkansa	<input type="checkbox"/> 2 – Pitää osittain paikkansa
<input type="checkbox"/> 4 – En tiedä	<input type="checkbox"/> 3 – Ei pidä paikkaansa
	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Yhteistyö tiimin sisällä ja yhteistyökumppanien kanssa oli tyydyttävää (team_sat)	
<input type="checkbox"/> 1 – Pitää paikkansa	<input type="checkbox"/> 2 – Pitää osittain paikkansa
<input type="checkbox"/> 4 – En tiedä	<input type="checkbox"/> 3 – Ei pidä paikkaansa
	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Ei ollut mahdollista tuottaa parempaa palvelua joillekin asiakkaille huonontamatta toisten saamaa palvelua (pareto)	
<input type="checkbox"/> 1 – Pitää paikkansa	<input type="checkbox"/> 2 – Pitää osittain paikkansa
<input type="checkbox"/> 4 – En tiedä	<input type="checkbox"/> 3 – Ei pidä paikkaansa
	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla

Tämän kyselylomakkeen arviointi

Päivämäärä: (dat_surv)

1. Seuraavat kysymykset olivat vaikeita vastata:

2. Seuraavat kysymykset eivät olleet olennaisia:

3. Seuraavat kysymykset olivat erityisen hyviä:

4. Seuraavia kysymyksiä olisi ollut hyvä kysyä:

Muuta huomioitavaa/kommentoitavaa: (remark)

Kiitos yhteistyöstä!