

KUOPION YLIOPISTON JULKAISUJA E. YHTEISKUNTATIEETEET 109  
KUOPIO UNIVERSITY PUBLICATIONS E. SOCIAL SCIENCES 109

TIINA MÄKI

## LAADUN INFORMAATIO-OHJAUKSEN HAASTEET

Hoitohenkilökunnan ja laatusuosituksen laadulle  
antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus



KUOPION YLIOPISTO  
2004

- Jakelu:** Kuopion yliopiston kirjasto  
PL 1627  
FIN-70211 KUOPIO  
<http://www.uku.fi/vaitokset/2004/>
- Sarjan toimittajat:** Jari Eskola, YTT  
Sosiaalipsykologian ja sosiologian laitos
- Jari Kylmä, FT  
Hoitotieteen laitos
- Veli-Matti Poutanen, YTT  
Sosiaalipolitiikan ja sosiaalitalouden laitos
- Tekijän osoite:** Hagelstamintie 20 D 52  
01520 VANTAA  
Email: [tiina.maki@vantaa.fi](mailto:tiina.maki@vantaa.fi)
- Ohjaaja:** Professori Jari Vuori  
Terveystieteiden ja -talouden laitos  
Kuopion yliopisto
- Esitarkastajat:** Professori Ismo Lumijärvi  
Hallintotieteen laitos  
Tampereen yliopisto
- Dosentti Marja-Leena Perälä  
Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja  
kehittämiskeskus (STAKES)
- Vastaväittäjä:** Professori Paul Lillrank  
Tuotantotalouden osasto  
Teknillinen korkeakoulu  
Espoo

ISBN 951-781-948-X  
ISBN 951-27-0060-3 (PDF)  
ISSN 1235-0494

Kuopion yliopisto  
Kuopio 2004

TIINA MÄKI

## LAADUN INFORMAATIO-OHJAUKSEN HAASTEET

Hoitohenkilökunnan ja laatusuositusten laadulle  
antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus

Väitöskirja

Esitetään Kuopion yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan  
luvalla julkisesti tarkastettavaksi filosofian tohtorin arvoa varten  
Kuopion yliopistossa Snellmanian luentosalissa L22  
perjantaina 28. toukokuuta 2004 klo 12

Terveystieteiden ja -talouden laitos  
Kuopion yliopisto



KUOPION YLIOPISTO  
2004

Mäki, Tiina. The challenges to guide quality through information – conflicts and harmony in nursing personnel's and guidance materials' meaning of quality. Kuopio University Publications E. Social Sciences 109. 2004. 269 p.  
ISBN 951-781-948-X  
ISBN 951-27-0060-3 (PDF)  
ISSN 1235-0494

## **ABSTRACT**

The aim of this study was to determine nursing personnel's perception of quality based on their expressions of it and to compare that to the meaning of quality in guidance material regarding quality management in health care. The main objective was to compare nursing personnel's interpretation with the meaning of quality recommendations.

The empirical data collection method was empathy-based stories and structured questionnaire. Data were collected from three homes for the aged and one hospital during 2001 and 2002, and finally comprised 129 stories and 159 questionnaires. Guidance material comprised selected quality management documents (N=24), which were divided into two groups: specific quality recommendations (N=9) and general quality recommendations (N=15). The study employed qualitative analysis and a phenomenological-hermeneutic approach from five different aspects of quality: 1) customer, 2) planning, 3) production, 4) society and system, and 5) management and work environment.

The study shows that nursing personnel focused on quality in terms of customer and planning. Their perception of quality was closely associated with the well-being of individuals and considered quality from the point of view of an individual customer. The nursing personnel's perception of quality was not in direct conflict with the quality recommendations but the level of consideration and the emphasis differed. The quality recommendations were planning and production oriented.

The results show that quality is a multidimensional and context-based phenomenon. Guidance material of quality should be context-based and pay attention to the level of consideration. Recommendations must also increasingly incorporate value discussions.

Nursing personnel work in multi-professional teams and in different sectors of health care, which necessitates the examination of nurses and physicians quality definitions in different contexts in future.

National Library of Medicine Classification: W 84

Medical Subject Headings: quality of health care; total quality management; information management; practice guidelines; nurses; qualitative research

Mäki, Tiina. Laadun informaatio-ohjauksen haasteet – hoitohenkilökunnan ja laatusuositusten laadulle antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 109. 2004. 269 s.

ISBN 951-781-948-X

ISBN 951-27-0060-3 (PDF)

ISSN 1235-0494

## TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan laatukäsityksiä heidän laadulle antamien merkitysten pohjalta. Näitä käsityksiä verrattiin terveydenhuollon laadunhallintaa koskevan informaatio-ohjauksen sisältämiin merkityksenantoihin. Päätaivoitteena oli selvittää, millainen on hoitotyöntekijöiden merkityksenantojen suhde laatusuositusten merkityksenantoihin.

Empiirinen aineisto kerättiin kolmen vanhainkodin ja yhden terveystieteidenkeskuksen hoitohenkilökunnalta eläytymismenetelmällä ja strukturoidulla lomakekyselyllä. Eläytymismenetelmäaineisto koostui kahdesta, vuosina 2001 ja 2002 kerätystä aineistosta. Kertomuksia oli 129 ja kyselyvastauksia 159 kappaletta. Dokumenttiaineiston muodostivat valitut laadunhallinnan informaatio-ohjaukseen kuuluneet aineistot (N=24), jotka jaettiin kahteen ryhmään: varsinaisiin (N=9) ja yleisiin laatusuosituksiin (N=15). Tutkimuksessa käytettiin fenomenologishermeneuttista tutkimusotetta. Aineiston analysoinnissa laatua tarkasteltiin 1) asiakkaan, 2) suunnittelun, 3) tuotannon, 4) yhteiskunnan ja systeemin sekä 5) johtamisen ja työyhteisön näkökulmasta.

Tutkimuksen tulosten mukaan hoitotyöntekijöiden merkityksenannot kuvastivat asiakas- ja suunnittelukeskeistä laatu näkemystä ja liittyivät selkeästi yksilön hyvään. Hoitotyöntekijöiden laatukäsitykset eivät olleet varsinaisesti ristiriidassa laatusuositusten näkemysten kanssa, mutta ne olivat painopisteiltään ja tarkastelutasoltaan erilaisia. Laatusuositusten laatukäsitys oli suunnittelu- ja tuotantokeskeinen.

Laatu on moniulotteinen ja kontekstisidonnainen ilmiö. Laadun informaatio-ohjauksen onnistumisen varmistamiseksi laatusuositusten laadinnassa tulisi ottaa huomioon konteksti ja tarkastelutaso. Suosituksissa tulisi käydä myös nykyistä enemmän arvokeskustelua. Hoitotyöntekijät työskentelevät moniammatillisissa tiimeissä ja useilla terveydenhuollon sektoreilla. Jatkossa olisi tarpeellista selvittää hoitajien ja lääkäreiden laadulle antamia merkityksiä erilaisissa toimintaympäristöissä.

Yleinen Suomalainen Asiasanasto: laatu; laadunhallinta; laatujohtaminen; suositukset; informaatio; ohjaus; terveydenhuolto; hoitohenkilöstö; fenomenologia; merkitys; eläytymismenetelmä

## ESIPUHE

Valmistuttuani Kuopion yliopistosta keväällä 1988 terveydenhuollon kandidaatiksi jatko-opiskelut eivät edes käyneet mielessäni. Vuosien varrella kiinnostus jatkotutkintoon kuitenkin heräsi, ja tästä syystä kymmenisen vuotta valmistumisestani tapasin graduni ohjaajan, professorin Kuopiosta. Tapaaminen sai jotenkin sisun menemään kaulaan – oli liian kauan perusopinnoista, ja vaikutti siltä, että väittelijän pitäisi olla jotenkin aivan erityisen lahjakas henkilö. Häntä koipien välissä kipitin kotiin ja päätin tyytyä vähempään kuin tohtorinhattuun. Vuodet 1999–2000 ahersin lisenssiaatin tutkinnon parissa päivätyön ohella. Patoutuneet opiskelutarpeet saivat lisää vauhtia ja suoritin myös PD- ja Master of Quality -opinnot. Vuonna 2002 kirjoitauduin Kuopion yliopistoon tavoitteenani tohtorin tutkinto. Päätin, että väitöskirjaan ei tarvita kuin hyvät istumalihakset, sitkeyttä ja ahkeruutta.

Väitöskirjan teon varrella ehdin monta kertaa miettiä, miksi lähdin tähän työn ohella, ilman apurahoja ja muuta tukea. Toisaalta en ole ollut selitysvolvollinen tekemisistäni tämän tutkimuksen osalta kenellekään. Aikataulut ovat olleet oman suunnitteluni tulosta. Ohjaajani Jari Vuori kiristi tahtiani entisestään. Jari varmaan kyllästyi siihen, että lähetin uuden käsikirjoituksen jo ennen kuin hän oli ehtinyt lukea edellisen.

Kevätauringon paistaessa tuntuu uskomattomalta – nytkö tämä on ohi. Avomieheni, ystävät, työkaverit ja sukulaiset kyselevät, mitä aion nyt tehdä, kun vapaa-aikaa alkaa taas olla. Piruuttani en kerro...

Päätä  
mitä haluat tehdä hyvin  
mitä tyydyttävästi  
mitä välttävästi  
mitä et ollenkaan.  
Täydellisyyden tavoittelu  
kaikessa  
ei tuota laatua  
missään.  
(Jussi T. Koski & Tommy Tabermann 2002)

Vantaalla, Kartanonkosken maisemissa 5. huhtikuuta 2004

Tiina Mäki

## SISÄLLYS

<b>1 TUTKIMUKSEN TAUSTAA.....</b>	<b>17</b>
<b>2 TUTKIMUKSEN TEHTÄVÄ, MENETELMÄT JA AINEISTO .....</b>	<b>21</b>
2.1 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	21
2.2 TUTKIMUKSEN METODOLOGINEN TAUSTA .....	25
2.2.1 Laadullinen tutkimus ja fenomenologis-hermeneuttinen tutkimusote.....	25
2.2.2 Tutkimusprosessi fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimuksessa .....	41
2.2.3 Eläytymismenetelmä aineistonkeruumenetelmänä .....	47
2.2.4 Laadullisen tutkimuksen luotettavuus .....	50
2.3 TUTKIMUSAINEISTON VALINTA, KERUU JA ANALYYSI.....	53
2.3.1 Tutkimusaineisto .....	53
2.3.2 Kertomus- ja kyselyaineiston keruun vaiheet.....	59
2.3.3 Aineiston analyysin vaiheet.....	68
<b>3 LAATU JA LAATUJOHTAMINEN: LAADUN MÄÄRITTELY JOHTAMISEN PERUSTANA .....</b>	<b>73</b>
3.1 LAADUN MÄÄRITTELY LAATUNÄKÖKULMIEN JA LAADUN OSATEKIJÖIDEN AVULLA .....	73
3.1.1 Laatu käsitteenä .....	73
3.1.2 Laatonäkökulmat ja niiden kehitys .....	81
3.1.3 Palvelun laadun osatekijät.....	91
3.2 LAATUJOHTAMINEN JA JOHTAMISEN TUEKSI LUODUT KRITERISTÖT.....	97
3.2.1 Laatujohtamisen teoreettinen perusta.....	97
3.2.2 Laatujohtamisen historiaa .....	100
3.2.3 Organisaation toiminnan laatu: laadun johtamisen kriteeristöjä .....	102
3.2.4 Laatujohtamisen käyttöönottoa lisäävät ja heikentävät tekijät julkisissa terveyspalveluissa .....	114
3.2.5 Yhteenvedo laadusta ja laadun johtamisesta terveydenhuollossa.....	118
<b>4 LAADUN ERITYISPIIRTEET JA OHJAUS JULKISESSA TERVEYDEN- HUOLLOSSA .....</b>	<b>121</b>
4.1 LAADUN INFORMAATIO-OHJAUS JULKISESSA TERVEYDENHUOLLOSSA .....	121
4.1.1 Julkisen terveydenhuollon johtamisen erityispiirteet.....	121
4.1.2 Laadunohjauksen muodot Suomen julkisessa terveydenhuollossa .....	127
4.1.3 Laadun informaatio-ohjaus Suomen terveydenhuollossa: keskeiset laatusuosituksset .....	131

4.2 JULKISEN TERVEYDENHUOLLON LAADUN TARKASTELU LAATUNÄKÖKULMIEN AVULLA	136
4.2.1 Asiakaskeskeinen laatu näkemys: yksilön hyvä	136
4.2.2 Suunnittelukeskeinen laatu näkemys: tehdään oikeita asioita	141
4.2.3 Tuotantokeskeinen laatu näkemys: tehdään asiat oikein	148
4.2.4 Yhteiskunta- ja systeemikeskeinen laatu näkemys: yhteinen hyvä	152
4.2.5 Johtamisen ja työyhteisön laatu hyvän palvelun edellytyksenä	155
4.2.6 Yhteenvedo terveydenhuollon laadun näkökulma kohtaisesta tarkastelusta	160
<b>5 MERKITYSVERKOSTOJEN ANALYYSI JA TULKINTA</b>	<b>164</b>
5.1 KERTOMUSAINEISTON ALUSTAVA ANALYYSI	164
5.2 DOKUMENTTIAINEISTON ALUSTAVA ANALYYSI	166
5.3 MERKITYSVERKOSTOJEN ANALYYSI JA TULKINTA LAATUNÄKÖKULMITTAIN	
TARKASTELTUNA	183
5.3.1 Laadun edellytyksiä, esteitä ja kustannuksia	184
5.3.2 Asiakaskeskeiset merkityksenannot: itsemääräämisoikeuden kunnioittamista ja hyvää kohtelua	189
5.3.3 Suunnittelukeskeiset merkityksenannot: yhdenmukaisuuden suunnittelua ja palvelujen räätälöintiä	206
5.3.4 Tuotantokeskeiset merkityksenannot: sovitusti tekemistä ja vaihtelun vähäisyyttä	218
5.3.5 Yhteiskunta- ja systeemikeskeiset merkityksenannot: eri tahojen tarpeiden yhteensovittamista	229
5.3.6 Johtamista ja työyhteisöä koskevat merkityksenannot: oikeudenmukaista johtamista hyvässä työilmapiirissä	236
<b>6 LAADUN MERKITYSVERKOSTOJEN TARKASTELU TUTKIMUSKYSYMYKSITTÄIN</b>	<b>244</b>
6.1 HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN LAADUN MERKITYSVERKOSTO: ASIAKKAAN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUTTA, TOIMINNAN SUUNNITTELUA JA SOVITUSTI TEKEMISTÄ	244
6.2 LAATUSUOSITUSTEN LAADUN MERKITYSVERKOSTO: LAATUJÄRJESTELMISTÄ HOITOSUOSITUKSIIN JA AKTIIVISEEN ASIAKKAASEEN	253
6.3 HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN JA LAATUSUOSITUSTEN MERKITYSVERKOSTOJEN VERTAILU: KONTEKSTI VAIKUTTAA MERKITYKSENANTOIHIN	258
6.4 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	259
<b>7 KESKEISET JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA</b>	<b>264</b>



<b>LÄHTEET</b> .....	<b>271</b>
<b>LIITTEET</b> .....	<b>319</b>
<b>LIITETAULUKOT</b> .....	<b>325</b>

## KUVIOT

Kuvio 1. Tutkimusasetelma ja tutkimusprosessin eteneminen.....	24
Kuvio 2. Esimerkki laadun merkityssuhteista työntekijän mielessä .....	40
Kuvio 3. Tutkimusprosessin kuvaus hermeneuttisena kehänä laadun käsitteellistämisen näkökulmasta .....	43
Kuvio 4. Kyselyyn vastanneiden ammattinimikkeet kahdessa kyselyaineistossa.....	65
Kuvio 5. Tutkimusprosessi aineiston analyysin ja tulkinnan näkökulmasta.....	72
Kuvio 6. Laadunhallinnan käsitejärjestelmä ISO 8402 -standardissa .....	77
Kuvio 7. Hyvän hoidon malli Mustajoen ym. (2001, 81) mukaan.....	96
Kuvio 8. Laadunhallintajärjestelmän malli .....	106
Kuvio 9. Sovellus Lillrankin (1998) laatuluudasta.....	107
Kuvio 10. EFQM -malli .....	109
Kuvio 11. Tasapainoisen onnistumisen viitekehys .....	111
Kuvio 12. Terveysthuollon laadun määrittely eri näkökulmien sisältämien näkemysten avulla.....	163
Kuvio 13. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset laadun tärkeimmästä edellytyksestä.....	186
Kuvio 14. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset tärkeimmästä laadun tekemistä vaikeuttavasta tekijästä .....	188
Kuvio 15. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset asiakkaan odotusten mukaisesta toiminnasta .....	190
Kuvio 16. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset siitä, onko laatu mitä tahansa asiakas ilmaisee sen olevan.....	191
Kuvio 17. Asiakaskeskeisen laadun merkityssuhteet ja -verkostot kertomuksissa ja laatusuosituksissa.....	206
Kuvio 18. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset laadun ja suunnittelun välisestä yhteydestä.....	207
Kuvio 19. Suunnittelukeskeisen laadun merkityssuhteet ja -verkostot kertomuksissa ja laatusuosituksissa .....	217
Kuvio 20. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset virheettömyydestä .....	218
Kuvio 21. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset kerralla oikein tekemisestä .....	219

Kuvio 22. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset sovitusti tekemisestä.....	220
Kuvio 23. Tuotantokeskeisen laadun merkityssuhteet ja -verkot kertomuksissa ja laatusuosituksissa .....	228
Kuvio 24. Systemikeskeisen laadun merkityssuhteet ja -verkot kertomuksissa ja laatusuosituksissa .....	236
Kuvio 25. Johtamiseen ja hyvään työyhteisöön liittyvät merkityssuhteet ja -verkot kertomuksissa ja laatusuosituksissa.....	243
Kuvio 26. Hoitotyöntekijöiden merkityksenannot merkitysverkostona.....	252
Kuvio 27. Laatusuositusten merkityksenannot merkitysverkostona .....	257

## TAULUKOT

Taulukko 1. Tutkimuksen laatusuositusaineisto.....	56
Taulukko 2. Osatutkimukset ja aineistonkeruumenetelmät.....	59
Taulukko 3. Toisen osatutkimuksen eläytymismenetelmä- ja kyselyaineisto.....	65
Taulukko 4. Kehyskertomustyypit ja niihin kirjoitettujen tarinoiden lukumäärät kahdessa eläytymismenetelmäaineistossa.....	67
Taulukko 5. Laatunäkökulmat ja niiden ominaisuudet .....	89
Taulukko 6. Yksityisen sektorin ja julkisen terveydenhuollon tarkastelu laatujohtamisen näkökulmasta .....	124
Taulukko 7. Asiakkaan itsemääräämisoikeus asiakaskeskeisen laadun merkityssuhteina kertomuksissa ja laatusuosituksissa.....	196
Taulukko 8. Asiakkaan hoitoympäristön rakenne asiakaskeskeisen laadun merkityssuhteina kertomuksissa ja laatusuosituksissa.....	198
Taulukko 9. Asiakkaan kohtelu asiakaskeskeisen laadun merkityssuhteina kertomuksissa ..	200
Taulukko 10. Asiakaspalaute asiakaskeskeisen laadun merkityssuhteina kertomuksissa ja laatusuosituksissa.....	202
Taulukko 11. Asiakaskohtaisen suunnittelukeskeisen laadun merkityssuhteet kertomuksissa ja laatusuosituksissa.....	209
Taulukko 12. Työntekijälähtöisen suunnittelukeskeisen laadun merkityssuhteet kertomuksissa ja laatusuosituksissa.....	213
Taulukko 13. Henkilökunnan ammattitaito suunnittelukeskeisen laadun merkityssuhteina kertomuksissa ja laatusuosituksissa.....	216
Taulukko 14. Virheettömyys tuotantokeskeisen laadun merkityssuhteina kertomuksissa ja laatusuosituksissa.....	224
Taulukko 15. Sovitusti tekeminen tuotantokeskeisen laadun merkityssuhteina kertomuksissa ja laatusuosituksissa.....	227
Taulukko 16. Systemikeskeisen laadun merkityssuhteet kertomuksissa ja laatusuosituksissa .....	234
Taulukko 17. Johtamisen laatuun liittyvät merkityssuhteet kertomuksissa ja laatusuosituksissa .....	240
Taulukko 18. Hyvä työilmapiiri työyhteisön laatuun liittyvinä merkityssuhteina kertomuksissa .....	242

## LIITETAULUKOT

Liitetaulukko 1. Ensimmäiseen ja toiseen kyselyyn vastanneiden ammattinimikkeet.....	325
Liitetaulukko 2. Hoitohenkilökunnan käsitykset laadun ja kustannusten välisestä yhteydestä (I kyselyaineisto).....	325
Liitetaulukko 3. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset erinomaisuuden ja laadun välisestä yhteydestä .....	325
Liitetaulukko 4. Hoitohenkilökunnan käsitykset siitä, tunnistaako laadun kun sen näkee (II kyselyaineisto) .....	326
Liitetaulukko 5. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset kolmesta laadun tärkeimmästä edellytyksestä .....	326
Liitetaulukko 6. Vanhainkotien ja terveyskeskussairaalan hoitohenkilökunnan käsitykset kolmesta laadun tärkeimmästä edellytyksestä (II kyselyaineisto) .....	327
Liitetaulukko 7. Johdon ja työntekijöiden käsitykset kolmesta tärkeimmästä laadun edellytyksestä (I kyselyaineisto) .....	327
Liitetaulukko 8. Johdon ja työntekijöiden käsitykset kolmesta tärkeimmästä laadun edellytyksestä (II kyselyaineisto).....	328
Liitetaulukko 9. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset kolmesta tärkeimmästä laadun tekemistä vaikeuttavasta tekijästä.....	328
Liitetaulukko 10. Vanhainkotien ja terveyskeskussairaalan hoitohenkilökunnan käsitykset kolmesta tärkeimmästä laadun tekemistä vaikeuttavasta tekijästä (II kyselyaineisto).....	329
Liitetaulukko 11. Johdon ja työntekijöiden käsitykset kolmesta tärkeimmästä laadun tekemistä vaikeuttavasta tekijästä (I kyselyaineisto).....	329
Liitetaulukko 12. Johdon ja työntekijöiden käsitykset kolmesta tärkeimmästä laadun tekemistä vaikeuttavasta tekijästä (II kyselyaineisto) .....	330
Liitetaulukko 13. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset asiakaskeskeisyydestä .....	330
Liitetaulukko 14. Vanhainkotien ja terveyskeskussairaalan hoitohenkilökunnan käsitykset asiakaskeskeisyydestä (II kyselyaineisto).....	330
Liitetaulukko 15. Johdon ja työntekijöiden käsitykset asiakkaan odotusten täyttämisestä (I kyselyaineisto).....	331
Liitetaulukko 16. Johdon ja työntekijöiden käsitykset asiakkaan odotusten täyttämisestä (II kyselyaineisto).....	331
Liitetaulukko 17. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset suunnittelun ja laadun välisestä yhteydestä .....	331

Liitetaulukko 18. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset tuotantokeskeisen laadun määritelmistä .....	332
Liitetaulukko 19. Vanhainkotien ja terveystieteiden sairaalan hoitohenkilökunnan käsitykset tuotantokeskeisen laadun määritelmistä (II kyselyaineisto) .....	332
Liitetaulukko 20. Johdon ja työntekijöiden käsitykset tuotantokeskeisen laadun määritelmistä (I kyselyaineisto) .....	332
Liitetaulukko 21. Johdon ja työntekijöiden käsitykset tuotantokeskeisen laadun määritelmistä (II kyselyaineisto) .....	333
Liitetaulukko 22. Hoitohenkilökunnan käsitykset systeemikeskeisestä laadusta (I kyselyaineisto) .....	333
Liitetaulukko 23. Hoitohenkilökunnan käsitykset siitä, kuka vastaa laadusta (I kyselyaineisto) .....	333

## 1 Tutkimuksen taustaa

Kansanomaisesti määriteltynä laadun tekeminen on samaa kuin hyvän tekeminen. Mikä sitten on hyvää? Monet käsitykset oikeasta ja väärästä, hyvästä ja pahasta ovat yleismaailmallisia, mutta niiden painotukset ja tulkinnat vaihtelevat kulttuurista toiseen. Yhteistä ja yksilön hyvää koskeva arvokeskustelu on osoitus eettisestä valppaudesta yhteiskunnassa. (ks. esim. ETENE 2001a; 2001b; Häyry 2002; Pietarinen & Poutanen 1998.) Laatu on sosiaalisesti rakentunut, kulttuuriin ja kieleen sidonnainen sekä sopimuksenvarainen käsite (Kekäle & Lehtikoinen 2000).

Viime vuosina tiedotusvälineissä on käyty paljon keskustelua terveydenhuollon palvelujen tilasta ja resursseista suhteessa siihen, mitä pidetään yhteiskunnassa tärkeänä ja tavoiteltavana. Nähtäväksi jää, seuraako keskustelusta vieläkään merkittäviä muutoksia terveydenhuoltoon. Hoitojen kehittymisen, väestön vanhenemisen ja asiakkaiden lisääntyneiden vaatimusten seurauksena syntyneeseen kasvavaan hoidon tarpeeseen on vastattava inhimillisellä ja eettisesti kestäväällä tavalla. Tarvitaan yhteistyötä eri tahojen kesken eettisten näkökohtien, kustannusten hallinnan, vaikuttavuuden ja tehokkuuden tasapainottamiseksi (Raivio 2003).

Yhteiskunnassa vallitsevat arvot ja eettiset käsitykset näkyvät muun muassa lainsäädännössä ja eri ammatinharjoittajaryhmien omalle toiminnalleen asettamissa vaatimuksissa (ks. esim. Sairaanhoidtajaliitto 1996; Suomen Lääkäriliitto 1988a; 1988b; 1996; Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat ry 2000). Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta on määritellyt terveydenhuollon eettisiksi periaatteiksi ihmisarvon kunnioittamisen, itsemääräämisoikeuden, oikeudenmukaisuuden, oikeuden hyvään hoitoon, henkilöstön hyvän ammattitaidon ja työyhteisön hyvinvointia edistävän ilmapiirin sekä yhteistyön ja keskinäisen arvonannon (ETENE 2001b; ks. myös ETENE 2001a; 2002; 2003). Lainsäädännön käsitystä asiakkaan hyvästä kuvastavat esimerkiksi lait potilaan (785/1992) ja sosiaalihuollon asiakkaan (812/2000) asemasta ja oikeuksista.

Laatuun liittyvä myönteinen arvolataus saattaa vaikuttaa siihen, että laatu on inhimillisempi toiminnan kehittämisen periaate kuin esimerkiksi tehokkuus, vaikuttavuus ja tuloksellisuus. Julkista sektoria on 1990-luvulta lähtien määritelty uudelleen yksityisen sektorin sanastojen, merkitysjärjestelmien ja identiteettien avulla (Filander 2000; Jämsén & Pekurinen 2003; Karila 1998). Erilaiset tuottavuus- ja laatujohtamisohjelmat ovat liittyneet säästöjen ja toiminnan tehokkuuden lisäämiseen, ja niillä on pyritty vastaamaan hyvinvointivaltion kriisiin (ks.

Huuskonen, Ijäs & Lehtoranta 1997; VM 1998). Yksityistämisen, palvelujen kilpailuttamisen ja monien muiden toiminnan tehostamiseen ja kustannuksiin liittyvien menetelmien rinnalla on painotettu myös asiakaslähtöisiä toimintatapoja, esimerkiksi palvelusitoumuksia (Ferlie, Ashburner, Fitzgerald & Pettigrew 1997; Haverinen 1999).

Suomessa on tutkittu viime vuosina erilaisten organisaatioiden laadunhallinnan ja laatujohtamisen soveltamiskäytäntöjä. Tutkimustulosten perusteella näyttää siltä, että laatujohtamisen teollisuuslähtöiset mallit on jossain määrin otettu käyttöön julkisissa palveluissa (Mäki, Siikander, Outinen & Liukko 2000; Outinen, Mäki, Siikander & Liukko 2001; VM 2002; Yhteiset palvelut... 1999). Myönteinen asenne kyseisiin malleihin näkyy myös valtakunnallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintaa koskevissa suosituksissa (ks. esim. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta... 1999; Stakes 1996). Yksityiseltä sektorilta julkiseen terveydenhuoltoon kopioidut laatujohtamismallit ovat kuitenkin herättäneet keskustelua. Julkisella sektorilla palveluiden laadun määrittelyyn ja johtamiseen vaikuttavat muutkin arvot kuin markkinakeskeisyys ja yksilön hyvä. Yhteiskunnan yhteistä hyvää määriteltäessä painotetaan tasa-arvoa ja oikeudenmukaisuutta (ks. esim. Lumijärvi & Jylhäsaari 1999). Yksittäisen asiakkaan hyvän rinnalla on siten mietittävä myös kansalaisten yhteistä hyvää, esimerkiksi palvelujen tasapuolista saatavuutta maan eri osissa, ja priorisoitava järjestettäviä palveluja. Laadun määrittely on aina kontekstisidonnaista.

Suomen julkisessa terveydenhuollossa on sekä kansallisten että kansainvälisten selvitysten perusteella tunnustettu olevan ongelmia johtamisen laadussa (ks. esim. STM 1998d; WHO 1991). Syiksi on esitetty muun muassa johtajien ammattitaito- ja yksipuolisuutta sekä puutteita johtamiskoulutuksessa ja johtamistehtävän arvostuksessa. Johtamista on kehitetty 1990-luvulta lähtien kohti aikaisempaa järjestelmällisempiä toimintamalleja valtakunnallisen informaatio-ohjauksen avulla. Laatusuosituksissa on painotettu esimerkiksi prosessien kehittämistä, laatujohtamismallien rakentamista, mittaamista ja arviointia, mutta henkilöstöjohtamiseen liittyvät asiat ovat jääneet taustalle. On väitetty, että länsimaissa laatujohtamisen perinteisestä ideologiasta on otettu käyttöön asioiden johtamiseen keskittyvä ja tuloksia painottava osuus ihmisten johtamiseen liittyvien seikkojen jäädessä vähemmälle huomiolle (Juuti 2001). Laatujohtamisen osittainen soveltaminen antaa laadun edellytyksistä yksipuolisen kuvan eikä välttämättä takaa hyvää lopputulosta.

Yleisten johtamisen laatua koskevien suositusten lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollossa on laadittu sektorikohtaisia suosituksia, esimerkiksi mielenterveystyöhön, vanhustenhuoltoon ja



päihdepalveluihin. Myös nämä suositukset ovat kuvanneet kyseisten sektorien työn haasteita ja kehittämistavoitteita varsin yleisellä tasolla (Ikäihmisten hoitoa ja palveluja... 2001; Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002; STM 2001b). Näiden lisäksi on julkaistu laatusuosituksia tukevia yksityiskohtaisia oppaita (esim. Holma, Outinen, Idänpään-Heikkilä & Sainio 2001; Outinen, Lempinen, Holma & Haverinen 1999; Päivärinta & Haverinen 2002; Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri 2002b). Informaatio-ohjauksesta huolimatta tiedetään, että terveydenhuollossa laatu- ja hoitosuosituksen hyödyntämisessä on parantamisen varaa, ja että organisaatioiden laatu- ja hoitajärjestelmät eivät ole vielä kovin kehittyneitä (Lehtonen 2002; Mäki T. 2000; Mäki ym. 2000; Outinen ym. 2001; Saalasti-Koskinen & Outinen 2003; STM 2002i).

Laatusuositukset sisältävät erilaisia laatu- ja hoitokäsityksiä, vaikka niitä ei esitettäisikään määritelmienä. Laatu- ja hoitokäsitys syntyy merkityksenantojen kautta. Yksilön laadulle antamien merkitysten syntyä ohjaa ymmärtämisyhteys eli horisontti. Ymmärtäminen on aina yhteyksissä ymmärtämisestä. Täten laatu- ja hoitokäsitys heijastaa omaa aikaansa ja tiettyä kontekstia. Laatusuosituksen sisältämät merkityksenannot on tarpeellista saada esille, jotta voidaan arvioida, näkyvätkö niissä julkisen sektorin ja terveydenhuollossa tehtävän työn luonteen ja kulttuurin erityispiirteet. Julkisessa terveydenhuollossa esimerkiksi asiakkaan vaikutusmahdollisuudet, valinta- ja maksuoikeudet ovat erilaiset kuin yksityisessä terveydenhuollossa, ja tällä tulisi olla vaikutusta laatusuosituksen sisältöön. Asiakkaan näkeminen itsenäisesti valintoja tekevänä kuluttajana ei välttämättä sovi tilanteeseen, jossa asiakkaan esittämä tarve ei suoraan ratkaise palvelujen tarjontaa. Asiakkaiden tarpeiden yhteensovittaminen voi aiheuttaa julkisen terveydenhuollon työntekijöille eettistä kuormitusta, koska kaikkien asiakkaiden kysyntään vastaaminen ei ole mahdollista.

Tarkasteltaessa laatu- ja hoitokäsityksiä terveydenhuollon eri toimijoiden näkökulmasta voidaan olettaa, että eri tahojen käsitykset hoidon ja johtamisen laadusta vaihtelevat toimijan taustan mukaisesti ymmärtämisyhteyksien vaikutuksesta. Siten esimerkiksi terveystieteiden johton, työntekijöiden ja asiakkaiden laatu- ja hoitokäsitykset eroavat todennäköisesti toisistaan. Laadun eri osatekijät painottuvat eri tavoin erilaisissa toimintaympäristöissä.

Terveydenhuollon henkilöstön ja asiakkaiden käsityksiä hyvästä ja laadukkaasta hoidosta on kartoitettu useissa tutkimuksissa (esim. Leino-Kilpi, Walta, Helenius, Vuorenheimo & Välimäki 1994; Lumijärvi 1996; Mustajoki, Routasalo, Salanterä & Autio 2001). Tässä tutkimuksessa on tarkoitus selvittää kahdessa hieman erilaisessa toimintaympäristössä, vanhainkodissa

ja terveyskeskussairaalassa, toimivan hoitohenkilökunnan ja valtakunnallisten laatusuositusten organisaation laadulle antamia merkityksiä. Tavoitteena on saada selville sekä potilaan hoitoon ja siihen liittyvään palveluun että toiminnan johtamiseen liittyviä merkityksenantoja. Tutkimuksessa hoitohenkilökuntaan kuuluvat hoitotyöntekijät ja heidän lähiesimiehensä. Empiirisen aineiston keruumenetelmänä käytetään eläytymismenetelmää ja strukturoitua kyselyä. Dokumenttiaineistoon on valittu keskeiset laatusuositukset erillisten kriteerien perusteella. Aineiston sisältämiä merkityksenantoja eli merkityssuhteita selvitetään fenomenologishermeneuttisella tutkimusotteella. Tutkimusotteen taustalla olevan ihmiskäsityksen mukaan ihmistä ei voi tarkastella irrallaan hänen situaatiostaan eli elämäntilanteestaan. Työntekijän situaatio vaikuttaa ymmärtämissuhteiden ja merkityksenantoihin.

Työntekijöiden henkilökohtaiset laatukäsitykset ilmentävät sekä hoitoyhteisössä yleisesti ilmeneviä että työntekijän omasta ainutlaatuisesta situaatiosta syntyviä merkityksenantoja. Yhteisten toimintamallien luominen ja tehtyjen suunnitelmien ja ohjeiden noudattaminen ovat hoitohenkilökunnalle aikaisempien tutkimusten perusteella yleisiä ajattelu- ja toimintatapoja (ks. esim. Kekäle 1998). Tästä huolimatta asiakkaan hoitoon liittyvä, yksilöllisyyttä korostava vuorovaikutus ja inhimillinen työote saattavat olla ristiriidassa yhdenmukaisuuden tavoittelun kanssa. Laatu ei siten ole olemukseltaan yksiselitteinen ja ristiriidaton.

Tätä tutkimusta keskeisesti ohjaava perusoletus on, että nykyisten valtakunnallisten terveydenhuollon laatua koskevien suositusten sisältämät laatukäsitykset saattavat poiketa hoitotyöntekijöiden käsityksistä useastakin syystä. Ensinnäkin hoitotyöntekijöiden merkityksenannot syntyvät rajatussa terveydenhuollon kontekstissa, tässä tutkimuksessa vanhainkodeissa ja terveyskeskussairaalassa. Tietyn toimintaympäristön näkökulmasta tarkasteltuna laadulle annetaan erilaisia merkityksiä kuin jossain toisessa ympäristössä. Myös näiden kahden erilaisen hoito-organisaation työntekijöiden käsitysten välillä on todennäköisesti eroja. Toiseksi suosituksissa laatua tarkastellaan makrotasolta, useiden sektorien näkökulmasta, koska suosituksen kohderyhmä on yleensä laaja. Koska eri tasoilla tapahtuva laadun tarkastelu voi olla merkityksenannoiltaan erilaista horisonttien erojen vuoksi, yleisten laatusuositusten soveltaminen käytäntöön voi olla vaikeaa. Jos laatusuositusten käsitykset poikkeavat selkeästi hoitotyöntekijän omista käsityksistä tai ne eivät sisällä riittävästi ohjaavaa tietoa, työntekijä saattaa torjua kokonaan suositusten hyödyntämisen. Hoitotyöntekijöiden ja laatusuositusten merkityksenannot on syytä selvittää informaatio-ohjauksen onnistumisen varmistamisen yhtenä keinona. Tutkimuksen avulla on tarkoitus lisätä ymmärrystä laadun ilmiöstä. Tutkimuksen tulokset ovat hyödynnettävissä laadun johtamisen ja informaatio-ohjauksen kehittämisessä.

## 2 Tutkimuksen tehtävä, menetelmät ja aineisto

### 2.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisia ovat hoitotyöntekijöiden ja laatusuosituksen laatukäsitykset. Laatukäsityksiä etsitään laadulle annettujen merkitysten pohjalta. Tutkimuksen päätavoitteena on selvittää, millainen on hoitohenkilökunnan laatukäsitysten suhde laatusuosituksen laatukäsityksiin. Näistä tavoitteista päädytään seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. *Millaisia ovat hoitotyöntekijöiden laadulle antamat merkitykset?*
2. *Millaisia ovat laatusuosituksen laadulle antamat merkitykset?*
3. *Millainen on hoitotyöntekijöiden laadulle antamien merkitysten suhde laatusuosituksen laadulle antamiin merkityksiin?*

Näiden tutkimuskysymysten taustalla on työhypoteeseja<sup>1</sup>, jotka perustuvat omaan esiyymmärrykseeni tutkittavasta ilmiöstä. Ensinnäkin hoitotyöntekijöiden merkityksenantoihin saattaa liittyä ristiriitaisuutta, kun niitä tarkastellaan irrallaan niiden kontekstista. Esimerkiksi potilaan hoidossa on osa-alueita, jotka vaativat tarkkaa, virheetöntä, jopa konemaista toimintatapaa. Siitä huolimatta sairaanhoitaja voi toimia toisilla osa-alueilla asiakkaan yksilöllisiä tarpeita kunnioittaen ja tilanteen mukaisesti joustuen. Siten ei voida sanoa, että laatua olisi pelkästään ohjeiden noudattaminen tai asiakkaan odotusten mukainen toiminta. Laadun näkeminen moniulotteisena ilmiönä, johon liittyy useita osa-alueita ja erilaisia laatukäsityksiä, auttaa muodostamaan laadusta näennäisistä ristiriitaisuuksista huolimatta tasapainoisen, harmonisen kokonaiskuvan. Käsitteet harmonia ja ristiriita tämän tutkimuksen nimessä kuvastavat ristiriidan ja harmonian välisen eron tulkinnallisuutta. Mikä on harmoniaa, on tavallaan kuin veteen piirretty viiva. Merkityksenantojen keskinäinen ristiriitaisuus voi olla jossain määrin myös harmonista, eri näkökulmia kuvastavaa. Tällöin laadun merkityssuhteet muodostavat kehittyneen merkityssuhdeverkoston. Tutkimukseni voi paljastaa myös nykyiset kehittymättömät merkityssuhteet, antaa mahdollisuuden väärästä tietoisuudesta vapautumiseen ja auttaa uuden kehittyneemmän laatukäsityksen muodostamisessa.

Toiseksi oletan, että laatusuositukset ovat yhdenmukaisuutta korostavia. Näkemykseni on syntynyt useiden vuosien aikana seurattessani laadun johtamisen informaatio-ohjauksen kehitystä. Teollisuuslähtöisten laatujohtamisen mallien näkyminen informaatio-ohjauksessa on tu-

---

<sup>1</sup> (ks. Suoranta 1995).

kenut tietyyppisten laatukäsitysten painottumista. Toisaalta ohjeiden noudattaminen on aina ollut osa hoitotyötä ja tukenut osaltaan tuotantokeskeistä, yhdenmukaisuutta korostavaa laatukäsitystä. Toisenlaisesta kontekstista, tässä tapauksessa teollisuudesta tulleet toimintatavat ja johtamismallit eivät kuitenkaan kitkattomasti sovellu kaikilta osin julkiseen terveydenhuoltoon.

Kolmanneksi oletan, että vanhainkotien ja sairaalan henkilökunnan laadulle antamien merkityksien välillä on eroja. Terveydenhuollon tehtäväkenttä on laaja, ja esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on todennäköisesti suuria eroja toimintakäytännöissä ja ajattelutavoissa. Lisäksi näiden kahden edellä mainitun sektorin sisällä on erilaisia tehtäväkokonaisuuksia ja toimintaympäristöjä, jotka vaikuttavat laatukäsityksiin. Tämän tutkimuksen aineiston osalta on odotettavissa, että terveyskeskussairaalan henkilökunta painottaa vanhainkotien henkilöstöä enemmän sairaanhoitoon, hoidon jatkuvuuteen ja hoitoketjuihin liittyviä asioita. Vanhainkotien henkilökunnan voidaan olettaa painottavan hoitoympäristön viihtyisyyttä ja muita tekijöitä, jotka liittyvät pitkäaikaiseen tai pysyvään asumiseen laitoksessa.

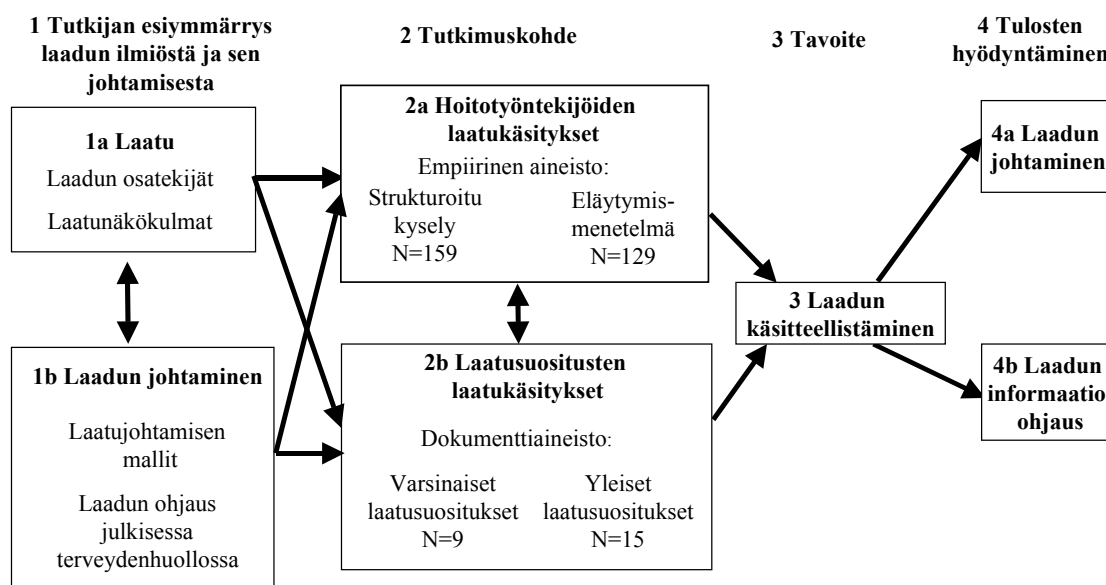
Neljänneksi hoitohenkilökunnan ja laatusuositusten merkityksenannot poikkeavat todennäköisesti jonkin verran toisistaan tarkastelutasojen erojen vuoksi. Hoitotyöntekijät keskittyvät laadun tarkasteluun yksittäisen organisaation ja yksittäisen potilaan hoidon tasolla. Laatusuositukset tarkastelevat laatua todennäköisesti meso- ja makrotasolla painottamalla toiminnan yleisten edellytysten luomista ja yhteisistä toimintatavoista ja periaatteista sopimista. Tarkastelutasojen erot voivat aiheuttaa sen, että laatusuositukset ovat liian yleisellä tasolla, jotta ne voisivat ohjata käytännön toimintaa ja johtamista. Laadun määrittelyllä on yhteys laadun ohjausperiaatteisiin eli siihen, millä perusteella, minkälaisen ja mistä tulevan tiedon varassa voidaan erottaa hyvä huonosta, arvioida laatua ja asettaa laatua koskevia tavoitteita (ks. esim. Lillrank 1998). Yleiset tavoitteet ja kriteerit eivät mahdollista esimerkiksi hyvän palvelun erottamista huonosta.

Tutkimuskysymysten ratkaisuun pyrkiessäni käsittelen ensin laadun käsitteen taustaa ja osatekijöitä teollisuudessa ja palvelutuotannossa, erilaisia laadun näkökulmia sekä laatujohtamista ja laatujohtamisen malleja. Laadun osatekijät ja erilaiset näkökulmat näkyvät laatujohtamismallien sisällössä. Tämän tarkastelun tavoitteena on pyrkiä laadun ilmiön sisällön ja luonteen ymmärtämiseen. Tämän jälkeen tarkastelen laadun ohjausta julkisessa terveydenhuollossa ja sen erityispiirteitä laadun näkökulmien avulla. Vaikka tutkimusaineisto on kerätty vanhainkohteista ja terveyskeskussairaalaista, käsittelen terveydenhuollon laatua hyvin laajasti. En ole ha-

lunnut rajata ja syventää tarkastelua pelkästään vanhusten pitkäaikaishoitoon ja kuntoutukseen. Aineisto on kerätty rajatusta ympäristöstä ilmiön piirteiden rajaamiseksi. Varsinaisena kiinnostukseni kohteena on terveydenhuollon laatu yleisesti.

Teoriaosan tarkastelujen tarkoituksena on antaa käsitys laatua ja laatujohtamista koskevasta esiymmärryksestäni. Fenomenologis-hermeneuttisen tutkimusotteen mukaisesti tutkijan esiymmärrys ei saa ohjata, ainakaan pääsääntöisesti, ilmiön tulkintaa. Oman esiymmärryksen tunteminen on tärkeää, jotta omat ennakkoluulot ja aikaisemmat kokemukset eivät liiaksi ohjaisi aineiston analysointia ja tulkintaa. Täysin omasta esiymmärryksestä irrottautuminen lieinee mahdotonta, koska esiymmärrys on osittain tiedostamaton, ja toisaalta tutkija on aina osa sitä maailmaa, jota hän tutkii.

Esittämäni laatuun ja laatujohtamiseen liittyvät merkityksenannot näkyvät jollain tavalla myös sekä hoitotyöntekijöiden että laatusuosituksen laadulle antamissa merkityksissä, koska merkityksenannot heijastavat jotain yleistä ympäröivästä yhteiskunnasta. Tästä syystä on myös oletettavaa, että hoitotyöntekijöiden ja laatusuosituksen merkityksenannoissa on mahdollisen erillaisuuden sijaan myös samankaltaisuutta. Toimintaympäristön vaikutusta kuvastavat kohtien 1 ja 2 väliset nuolet kuviossa 1. Täten oma esiymmärrykseni johtamistavoista ja laadusta vaikuttaa tulkintoihini, mutta esiymmärrykseni sisältää myös merkityksenantoja, jotka ovat olleet tutkimusajankohtana yleisiä. Kohtien 1 ja 2 alakohtien a ja b välinen keskinäisvaikutus on kuvattu kaksipäisellä nuolella. Tässä tutkimuksessa laadun käsitteellistäminen syvenee hoitotyöntekijöiden ja laatusuosituksen merkityksenantojen tarkastelun ja vertailun avulla. Syntyneyttä uutta tietoa voidaan hyödyntää laadun johtamisessa ja laadun informaatio-ohjauksessa. Tutkimuksen yleisenä tavoitteena on lisätä käsitteellistä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä eli laadusta. Kuviossa 1 kuvataan tämän tutkimuksen tutkimusasetelma.



Kuvio 1. Tutkimusasetelma ja tutkimusprosessin eteneminen

Tiedonantajiksi valitsin vanhainkotien ja terveyskeskussairaalan hoitohenkilökuntaa. Hoitohenkilökuntaan eivät tässä tutkimuksessa kuulu lääkärit, koska hoitohenkilökunnan tehtävät ja työkuulttuuri eroavat lääkäreiden työstä ja työkuulttuurista (ks. esim. Kekäle 1998; Kinnunen 1990). Hoitohenkilökunta tekee hoito-organisaatioissa työtä työvuorokohtaisissa ryhmissä. Lääkärit toimivat perinteisesti itsenäisinä ammattihenkilöinä. Tämä on karkea yleistys näiden ammattiryhmien toiminnasta, mutta erilaisilla työkuulttuureilla on todennäköisesti vaikutusta laadun ilmiölle annettuihin merkityksiin.

Halusin hoitohenkilökunnan taustaorganisaation valinnalla ja tiettyihin ammattiryhmiin keskittymisellä yhdenmukaistaa tutkittavien henkilöiden kokemustaustaa, koska taustalla on vaikutusta laadun ymmärtämisyyhteyteen. Oletin, että taustaorganisaation vaikutus näkyy myös tämän tutkimuksen tuloksissa. Jos aineisto olisi kerätty hyvin erilaisista organisaatioista ja kaikista ammattiryhmistä, laadun ilmiön moninaisuus olisi todennäköisesti näkynyt tutkimustuloksissa. Halusin rajata laadun ilmiön tutkimisen valitulle terveydenhuollon osa-alueelle, koska oletin, että laadun ilmiön tulkinta olisi helpommin hallittavissa rajatuissa työkuulttuureissa. Halusin myös varmistaa merkityssuhteiden kehittyneisyyden työntekijän työpaikan ja eläytymismenetelmään kuuluvan kehyskertomuksen kontekstin samankaltaisuudella sekä henkilöstön työkokemusvaatimuksella. Jos kehyskertomus poikkeaisi merkittävästi työntekijän omasta toimintaympäristöstä, työntekijä ei välttämättä kuvaisi laatua omien kokemustensa ja kontekstinsa näkökulmasta, vaan mahdollisesti perustuen erilaisiin myytteihin ja muiden tahojen luomiin käsityksiin asiasta. Kehittyneet merkityssuhteet syntyvät tiettyyn kontekstiin

omien, pitkäaikaisten kokemusten myötä. Tutkimalla hoitohenkilökunnan laadun ilmiölle antamia merkityksiä tarkoitukseni oli saada selville laadun ilmiön olemus sellaisena, kuin se hoitotyöntekijöille ilmenee. Laadun olemuksen osittainen epämääräisyys ja ristiriitaisuus vaikuttaa mahdollisesti sille annettuihin merkityksiin. Vaikka laatu ei käsitteenä ole yksiselitteinen, pidetään laadun kehittämistä tärkeänä ja osin itsestäänselvyyttenä yleisessä keskustelussa.

Laadun johtaminen on intentionaalista toimintaa. Se heijastaa muun muassa kulttuuria, arvoja ja poliittisia päämääriä. Laadun ilmiön moninaisuutta ei voi pelkistää muutamiksi laatua kuvaaviksi määritelmiksi. Työntekijöiden laadun merkitysverkostoihin vaikuttavat elämäntilanne, kokemukset ja muut yksilölliset tekijät sekä työpaikan yhteisölliset ja muuhun elämänympäristöön liittyvät tekijät. Työntekijöiden laadulle antamien merkitysten tulkinta viittaa tietynlaiseen ihmiskäsitykseen, tutkimusotteeseen ja sen mukaiseen metodiin. Tässä tutkimuksessa ihmisen käsitys itsestään ja muusta todellisuudesta ymmärretään fenomenologis-hermeneuttisen tutkimusotteen mukaisesti merkityssuhteina. Empiirisestä aineistosta löytyvien merkitysten pohjalta ei ole tarkoitus tehdä yleistyksiä samalla tavoin kuin esimerkiksi tilastollisessa tutkimuksessa. Yksittäisen työntekijän antaman merkityksen kautta voidaan kuitenkin ymmärtää laadun ilmiötä tietyssä kontekstissa, ja se voi paljastaa laadun ilmiöstä jotain yleistä.

Tämä tutkimus kuuluu terveyshallintotieteen alueeseen. Laadun ilmiötä tarkastellaan laatujohtamisen, palveluteorioiden ja palvelujärjestelmien ohjauksen sekä etiikan näkökulmasta. Tutkimuksen viitekehys muodostuu kahdesta osasta: tutkimusta ohjaavasta metodologiasta (luku 2), ja siitä mitä tutkija pääpiirteissään tietää ennalta laadun ilmiöstä (luvut 3 ja 4).

## **2.2 Tutkimuksen metodologinen tausta**

### **2.2.1 Laadullinen tutkimus ja fenomenologis-hermeneuttinen tutkimusote**

#### ***Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen taustafilosofiaa***

Käsiteltävää tutkimusta voidaan pitää laadullisena tutkimuksena. Laadullinen tutkimus on käsitteenä eräänlainen sateenvarjo, jonka alle mahtuu hyvin erilaisia laadullisia tutkimuksia ja niihin liittyen erilaisia ja ristiriitaisiakin käsityksiä metodologiasta. Laadullisen tutkimuksen on väitetty tuottavan syvällisempää mutta samalla subjektiivisempaa tietoa ihmisestä kuin määrällisen tutkimuksen. Luonnontieteissä on painotettu objektiivista kuvausta, yleistämistä ja ilmiön hallintaan pyrkimistä, kun taas ihmistieteissä on painotettu subjektiivisuutta ja ai-

nutkertaisuuden korostamista. Määrällinen tutkimus on liitetty kausaaliseen maailmaan ja luontoon, laadullinen tutkimus merkitysten maailmaan ja kulttuuriin.

Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erottelun taustalla olevia perusteluja on kritisoinut muun muassa Töttö (1999; 2000<sup>2</sup>). Varto (1992) ja Alasuutari (1999) painottavat toisenlaista ajattelutapaa ja väittävät, että luonnontieteellisen perinteen tiedekäsitys, tutkimusasetelmat ja päämäärät eivät miltään osin sovi ihmistä kulttuurioliona tutkiviin tieteisiin. Töttö (2000) painottaa, että tutkimuskysymykset ratkaisevat, onko tutkimus laadullista vai määrällistä. Tieteen totuudelliseksi nimittämä kuvaus on vain valintaan perustuva ja siten osittainen ja subjektiivinen. Kuvaaminen on aina ratkaisujen valintaa, ratkaisujen tekemistä sen suhteen, mikä on olennaista ja mikä ei. Näkökulman selvittäminen on välttämätöntä, jotta kuvauksen totuudenmukaisuudesta voidaan keskustella. Siten subjektiivinen kuvaus palvelee objektiivisuuden tavoittelua paremmin kuin näennäisen objektiivinen kuvaus.

Tämän tutkimuksen raportoinnissa on pyritty perustelemaan tutkimukseen liittyvät subjektiiviset näkökulmavalinnat yksityiskohtaisesti, jotta tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida. Kaikki tieto on kuitenkin subjektiivista siinä mielessä, että tutkija päättää oman esiyymmärryksensä varassa tutkimusasetelmastaan.

Varton (1992) esittämä jako täsmällisiin<sup>3</sup> ja ankariin tieteisiin noudattaa laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erottelun taustafilosofiaa. Ankarissa tieteissä ihmistä ei tutkita biologisena ilmiönä. Tutkija ja tutkittava kuuluvat samaan ihmisten maailmaan, ja tässä maailmassa kaikki muodostuu merkityksistä, joita ihmiset ovat antaneet tai antavat tapahtumille ja ilmiöille. (Varto 1992; vrt. Töttö 1999; 2000.) Tutkija ei voi tarkastella ilmiötä täysin objektiivisesti, koska hän on osa sitä maailmaa, jota tutkii. Merkityksenannot vaikuttavat ihmisten käsityksiin asioista ja heidän toimintaansa.

---

<sup>2</sup> Tötön (1999) mukaan luonnontieteiden ja yhteiskuntatieteiden metodologinen dualismi, jonka perustana on jako kahteen maailmaan, kausaaliseen luontoon ja merkityksiä sisältävään kulttuuriin, on epäilyttävä ajatus. Hänen mukaansa ei ole olemassa suoraa yhteyttä tieteenfilosofisen ja metodisen jaon välillä. Siten positivismiin ja kvantitatiivisten menetelmien sekä hermeneutiikan ja kvalitatiivisten menetelmien välinen yhteys ei ole itsestään selvä.

<sup>3</sup> Varton (1992) mukaan luontoa tutkivissa *täsmällisissä* tieteissä pyritään löytämään lainalaisuudet, joiden avulla ehkä pystytään hallitsemaan luonnon ilmiöiden tapahtumista. Luonnon ilmiöt otetaan tutkijasta riippumattomina tutkimuksellisinä yksikköinä, joille voidaan aikaisemman teorian ja tutkimusta varten luodun hypoteesin avulla antaa objektiivinen luonne. Esimerkiksi tilastollinen prosessien ohjaus, yksi laatutekniikoista, viittaa tilastotieteeseen ja vaihtelun tutkimiseen (ks. Kujala 2003). Todennäköisesti osa terveyspalvelujen laadun ominaisuuksista on samalla tavoin luonnonlain piiriin kuuluvia kuin esimerkiksi tietty vaihtelu ihmisten elintoiminnoissa. Palvelun ja hoidon laatua määriteltäessä on luonnon lakeihin perustuvien, ennustettavien tekijöiden lisäksi kyettävä hahmottamaan niitä laatuun liittyviä tekijöitä, jotka ovat ymmärrettävissä vain tietyssä tilanteessa.



Potilaan laadulle antamat merkitykset saattavat erota hoitotyöntekijän käsityksistä, koska kumpikin taho tarkastelee laatua omasta horisontistaan käsin. Merkityksenantoja ei todennäköisesti saada parhaiten esille strukturoidulla kyselyllä, koska silloin tutkittava ilmiö joudutaan kuvaamaan pelkistetysti vastausvaihtoehtoina, jolloin kunkin henkilön yksilöllinen elämysmaailma ei pääse esille. Ankarissa tieteissä pyritään siihen, että tutkimustulokset liittyvät suoraan kokemustodellisuuteen, ja siten tulokset ovat syntyneet ilman idealisaatiota ja rationalisaatiota (Varto 1992). Tässä tutkimuksessa laatua tarkastellaan ankaran tieteen näkökulmasta, jossa merkitykset ovat keskeisiä. Laatukäsitykset syntyvät merkityksenannoista.

Valitulla tutkimusotteella on vaikutusta tutkimuksen metodologiaan<sup>4</sup>. *Tieteenfilosofiassa* on perinteisesti erotettu kaksi osatehtävää: ontologinen ja tieto-opillinen analyysi. (Rauhala 1991.) Tutkimuksessani käytettävässä fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimusperinteessä painottuu ontologinen analyysi ja epistemologinen analyysi on sille alisteinen (ks. Tuomi & Sarajärvi 2002<sup>5</sup>). Tutkiessaan ihmistä tutkijan on selvitettävä, mikä on hänen käsityksensä ihmisestä tutkimuskohteena. *Ontologisen analyysin* avulla selvitetään sitä, minkälainen tutkimuskohde on struktuuriltaan eli perusluonteeltaan (Laine 2001). Ihmisen olemassaoloa koskevan ontologisen analyysin tuloksena syntyy ihmiskäsitys. Sen avulla mahdollistetaan tutkitavan ongelman perusluonnetta vastaavat olettamat ja valitaan asianmukaiset menetelmät niiden koettelemiseksi. (Rauhala 1991.)

*Tieto-opillinen eli epistemologinen analyysi* selvittää itse tutkimusprosessia ja sen tulosta: tiedon mahdollisuuden ehtoja, olettamien vastaavuutta ilmiön perusluonteen kanssa, menetelmien asianmukaisuutta, saavutettavan tiedon oikeellisuutta ja totuutta (Laine 2001). Tieto-opilliset perusteet johtavat pohtimaan, mikä on pätevä ja soveltuva tiedonhankinnan tapa (Anttila 2000).

---

<sup>4</sup> *Laajassa merkityksessä* metodologia käsittelee todellisuutta koskevan tiedon peruslähtökohtaa: tieteellistä perusnäkemystä ja maailmankatsomusta. Todellisuus aukeaa tutkijalle eri tavoin sen mukaan, millä tavoin ja millä välineillä todellisuutta tutkitaan. *Suppean merkityksen* mukaan metodologia on metodiikkaa tai metodien käyttöä, jolla viitataan siihen, miten tutkimuskäytännössä hankitaan uutta tietoa todellisuudesta. Todellisuus on annettu ja ongelmaton, vain menetelmien käyttö ratkaisee tuloksen. (Raunio 1999.) Näillä kahdella erilaisella metodologiakäsityksellä on merkitystä myös silloin, kun tutkija harkitsee useiden metodien käyttöä (ns. menetelmätriangulaatiota) tutkimuksessaan. Suppean metodologiakäsityksen mukaan menetelmätriangulaatio lisää tutkimuksen luotettavuutta, laajan metodologianäkemyksen mukaan tämä ei ole itsestään selvää. (Raunio 1999; Tuomi & Sarajärvi 2002.) Esimerkiksi yhdysvaltalaisen laadullisen tutkimuksen perinteessä korostuvat tutkimukseen liittyvät metodiset ratkaisut suppean metodologiakäsityksen mukaisesti (ks. esim. Denzin & Lincoln 1994; Suoranta 1995). Tässä tutkimuksessa metodologiaa tarkastellaan sen laajassa merkityksessä.

<sup>5</sup> Tuomi ja Sarajärvi (2002) huomauttavat, että tutkimuksen metodologian tyypistäminen kahteen käsitteeseen ja niiden sitoumuksiin (olemisen tapa ja tietämisen mahdollisuus) saattaa antaa filosofisesti liian kapean kuvan metodologiasta (vrt. Raunio 1999). Vaikka ontologia ja epistemologia hyväksyttäisiin metodologian sisällöksi, laadullisen tutkimuksen piirissä ei ole päästy yksimielisyyteen siitä, kumpi näistä on ensisijainen tutkimusta määriteltäessä.

Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunnan laadulle antamien merkitysten selvittämisen pohjana on monopluralistinen ihmiskäsitys. Hoitotyöntekijän tajunnassa laadulle annetaan merkityksiä, joihin vaikuttaa työntekijän situaatio eli elämäntilanne luomalla tietynlaisen ymmärtämisyhteyden eli horisontin (eletyn elämän perspektiivi). Tutkittava ilmiö, laatu, oletetaan kontekstisidonnaiseksi ilmiöksi.

Rauhala (1983; 1991) on esittänyt ihmisen ontologisen perusmuotoisuuden (struktuurin) kolmijakoisena holistisena (monopluralistisena) ihmiskäsityksenä. Rauhalan mukaan ihminen on kokonaisuus mutta ei kuitenkaan tasalaatuinen vaan erillistynyt. Eksistentiaalisen fenomenologian taustalla olevan ihmiskäsityksen mukaan ihminen todellistuu kolmessa olemassaolon perusmuodossa: 1) kehollisuudessa (olemassaolo orgaanisena tapahtumana), 2) tajunnallisuudessa (olemassaolo kokemisen erilaisina laatuina ja asteina) ja 3) situationaalisuudessa (olemassaolo suhteutuneisuutena omaan elämäntilanteeseen). (Rauhala 1983; 1991; ks. myös Popper 1972<sup>6</sup>.) Kaikki olemismuodot ovat yhtä ensisijaisia ja joka hetki läsnä olevia mutta perusluonteisesti erilaisia.

Ensimmäisen olemassaolon perusmuodon mukaisesti olemassaolo nähdään *orgaanisena, kehollisena* tapahtumana. Sillä on seurauksensa kokemustieteellisen, empiirisen tutkimuksen ongelmatyyppiin. Kun elintoiminnot pitävät yllä elämää aineellisuudessa, tässä tapahtumisessa ilmenevä tarkoituksenmukaisuus, suuntautuneisuus ei ole tajunnan mielellisyyden käynnistämää. Ero tajuntaan, joka on merkitysten kokonaisuus, on jyrkkärajainen. (Rauhala 1991.) Ihmistä biologisena ilmiönä käsittelevissä tutkimuksissa orgaaninen olemismuoto on keskeinen. Esimerkiksi ihmisen fysiologiaan liittyvät tutkimukset, muun muassa verenpaineen mittaaminen, liittyvät tähän olemassaolon perusmuotoon. Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena ovat ihmisen tajunnallisuus ja situationaalisuus.

### ***Tajunnallisuus ja merkitykset***

Toinen olemassaolon perusmuoto, *tajunnallisuus* todellistuu, kun mieli eli noema ilmenee jostakin ilmiöstä, kohteesta tai asiasta. Mieli ilmenee tai koetaan aina jossakin tajunnan tilassa eli elämyksessä. Tajunnallisuuden perusrakenne, mielellisyys tarkoittaa sitä, että mielet ilmenevät ja suhteutuvat merkitsevyytensä avulla toisiinsa. Mieli asettuu tajunnassamme suhteeseen

---

<sup>6</sup> Popper (1972) pohti ontologian ongelmaa, jonka muodostavat fyysikaalinen käsin kosketeltava ja aistein havaittava olioitten maailma 1 ja ihmisten sisäisten, mentaalisten tilojen maailma 2 sekä maailma 3, joka luodaan edustamaan ajatuksia ja ideoita. Maailma 3 on ihmismielen luomus, jolla on suhteellisen itsenäinen asema, mutta se ei olisi olemassa ilman maailmoja 1 ja 2. Maailma 1 on luonto, maailma 2 on subjektiivisen tajunnan, ajattelun ja psyyken maailma, ja maailma 3 on kulttuurin maailma. (Niiniluoto 1997, 128; ks. Anttila 2000, 44–45.)

jonkin objektin, asian tai ilmiön kanssa siten, että ymmärrämme tuon objektin kyseisen mielen avulla joksikin. Tällöin syntyy *merkityssuhde* (eli *merkityksenanto*, *merkitys*). (Rauhala 1983; 1991; ks. myös Perttula 1995; Saarinen 2002; Varto 1992.) Laadun ilmiö voi esimerkiksi sairaanhoitajan mielessä tulkkiutua hyvän tekemiseksi ja hänen esimiehensä mielessä virheettömyydeksi. Laadun erilainen tulkkiutuminen voi vaikuttaa moniammatillista yhteistyötä heikentävästi, jos yhteistyökumppanit mieltävät laadun keskenään ristiriitaisella tavalla. Tästä syystä avoin keskustelu laadulle annetuista merkityksistä on keskeistä, jotta työyhteisössä päästäisiin dialogin kautta kohti harmonista laatukäsitystä.

Merkityskäsitettä voidaan jäsentää tarkastelemalla sitä eri tasoilla. Siljander ja Karjalainen (1993; ks. myös Moilanen & Räihä 2001) erottavat yksilölliset ja yhteisölliset sekä tiedostetut ja tiedostamattomat merkityksenannot toisistaan. *Yksilöllisiä tiedostettuja* merkityksenantoja ovat muun muassa toiveet, tavoitteet ja uskomukset. *Yksilöllisiä tiedostamattomia* merkityksiä ovat piilotajunnassa olevat merkitykset. Ne voivat tulla tiedostetuiksi esimerkiksi siten, että tutkimuksen avulla kuvataan ja tulkitaan jotain ilmiötä ja paljastetaan siihen liittyviä merkityssuhteita. *Tiedostettuja yhteisöllisiä* merkityksiä ovat esimerkiksi liikennesäännöt ja muut ideat, jotka rakentavat yhteisiä toimintatapoja. Tiedostettuja yhteisöllisiä merkityksiä saattavat terveydenhuollossa olla esimerkiksi toiminnan suunnittelu ja ohjeiden noudattaminen. Tietoisien yhteisöllisten merkityksenannon takaa voidaan kuitenkin löytää sellaisia *tiedostamattomia yhteisöllisiä* merkityksiä, jotka ovat piilossa yhteisön jäseniltä itseltään. Tällaisia ovat erilaiset rutiinit ja perusmyytit. Arkielämässä toimimme pitkälti rutiinien avulla. Yksilön tiedostamattomat laadulle antamat merkitykset saattavat aiheuttaa laadun kehittämisen vastustamista, jos yksilön piilotajuiset merkitykset sisältävät jotain ristiriitaista yhteisössä esitetyn laatukäsityksen kanssa. Kun merkitys on tiedostamaton, sitä on vaikea tunnistaa ja muuttaa. Avoin keskustelu laadun määrittelyn yhteydessä voi auttaa työntekijöitä tunnistamaan omat tiedostamattomat, vääristyneet laadun merkityssuhteet ja mahdollistaa tarvittaessa niistä vapautumisen.

Voidaan olettaa, että on olemassa kaikille kulttuureille *yhteisiä tiedostettuja universaaleja* merkityksenantoja, esimerkiksi syntymä, kuolema, nälkä. Vaikka eri kulttuureissa näiden välillä on eroja, niissä on kuitenkin todennäköisesti jotain kaikille yhteistä. Myös *universaaleja yhteisöllisiä tiedostamattomia* merkityksenantoja saattaa olla olemassa. (Moilanen & Räihä 2001.) Tässä tutkimuksessa selvitetävät hoitotyöntekijöiden ja laatusuosittelujen merkityksenannot sisältävät todennäköisesti sekä tiedostettuja että tiedostamattomia yksilö- ja yhteisötason merkityksiä.

Merkityssuhteita voidaan tarkastella myös niiden *kehittyneisyyden* näkökulmasta. Merkityssuhteisiin liittyvien ristiriitaisuuksien paljastaminen voi auttaa aikaisempaa kehittyneemmän laatukäsityksen muodostamisessa. Vuori (1995) nimittää ihmisen omaan kokemukseen perustumattomia merkityssuhteita kehittymättömiksi ja kokemukseen perustuvia kehittyneiksi. Kehittynyt merkityssuhde edellyttää siten omakohtaista kokemusta asiasta tai ilmiöstä, jonka ihminen tulkitsee subjektiivisessa maailmankuvassaan ja horisontissaan. Huolimatta omakohtaisesta kokemuksesta merkityssuhde voi jäädä kehittymättömäksi, jos kokemus ilmiöstä on ollut hyvin lyhytaikainen. (Vuori J. 1995.) Esimerkiksi keskusteltaessa laatujärjestelmästä sairaanhoitajan tajunnassa ilmenee mieli, joka on yhteydessä laatujärjestelmään siten, että järjestelmä ymmärretään mielen avulla joksikin riippuen siitä, minkälaisen merkityksen sairaanhoitaja on kyseiselle asialle antanut aikaisemmin. Jos sairaanhoitajalla ei ole horisonttia, jossa laatujärjestelmä todellistuu, eli hän ei tiedä, mitä laatujärjestelmä tarkoittaa, hän luo kysyttäessä mielikuvan siitä. Tämä mielikuva edustaa kehittymätöntä merkitystä henkilön horisontissa. Uusi kokemusaines saa mielensä ja sijoittuu ihmisen maailmankuvaan tajunnassa jo olevan vanhan kokemustaustan tulkitsemana. Täten ihmisten erilaiset kokemukset ja kulttuuriympäristö vaikuttavat siihen, millaisia merkityksiä kehitty uuden kokemuksen myötä. Täten ei voida olettaa, että kaikki reagoisivat uusiin asioihin samalla tavalla. Toisaalta samassa kulttuurissa elävillä on yleensä samantapaisia kokemuksia, ja siten ymmärtämissuhteissa on samankaltaisuutta.

Laatuun liittyy terveydenhuollossa monenlaisia vallitsevia myyttejä, eräänlaisia merkityksenantoja, muun muassa hoitotyön näkeminen kutsumustehtävänä. Bromsin (1985, 232) mukaan myytit ovat ihmisen arvomaailmaan liittyviä käsitteitä jonkin populaarin kuvan muodossa. Fiske (1996, 116) väittää myytin olevan kertomus, jonka avulla kulttuuri selittää tai ymmärtää luonnon tai todellisuuden joitain puolia. Barthesin (1973) mukaan myytti on kulttuurin tapa ajatella, ymmärtää tai käsitteellistää jokin ilmiö. Esimerkiksi myytti sairaanhoitajasta voi sisältää naiseuden, epäitsekään toiminnan, lähimmäisenrakkauden, palveluhalukkuuden ja vaatimattomuuden käsitteet. Tämän myytin perusteella ajatus kriittiseen ajatteluun pyrkivästä, näyttöön perustuvaa hoitotyötä korostavasta ja urasuuntautuneesta hoitajasta voidaan helposti torjua sekä yhteiskunnassa yleisesti että myös työyhteisöissä.

Barthesin (1973) mukaan myytin pääasiallinen toiminta on naturalisoida historia. Myytit ovat historian tietystä vaiheesta hallitsevan aseman saavuttaneen yhteiskuntaluokan tuotetta. Myytit mystifioivat tai pimittävät oman alkuperänsä ja siten poliittisen tai yhteiskunnallisen ulottuvuutensa tehdessään merkityksistä jotain luonnostaan olevaa. Tämä onnistuu hyvin silloin,

kun merkityksen jokin puoli kytkeytyy suoraan luontoon (ks. myös Fiske 1996). Esimerkiksi sairaanhoitajamyytissä sairaanhoitaja on nainen, jolla on luontainen hoivaamisen tarve, ja tästä syystä nainen sopii hyvin hoitotyöhön julkisissa terveystalveissa. Saattaa olla, että yksityisen terveydenhuollon työntekijältä ei odoteta kutsumuksellista otetta työhön, mutta odotetaanko julkisen terveydenhuollon työntekijältä sitä automaattisesti? Jos odotetaan, onko tässä kyse julkisen sektorin myytistä tai julkisen intressin jäänteestä? Hoitotyöntekijöitä koskeva myytti saattaa muuttua, jos muutos sopii kulttuurin tarpeisiin. Myytit ovat siten dynaamisia.

Merkitykset voivat olla sosiaalisesti opittuja myyttejä, jotka välittyvät sukupolvelta toiselle ilman, että niitä kyseenalaistetaan. Mielikuvat ja myytit välittävät itsestään selviä osatouk-sia, joita kansalaiset ja media käyttävät käsityksiään vahvistavina ideologisina aseina. (Vuori J. 1995, 94.) Hoitotyöntekijöiden laadulle antamat merkitykset määrittävät sitä, miten laadun kehittäminen ja sen tavoitteet ymmärretään työntekijöiden keskuudessa. Asiakkaiden ja hoitotyöntekijöiden hoidon laadulle antamat merkitykset voivat sisältää lähimmäisenrakkautta osoittavan empaattisen käytöksen mutta myös virheettömät hoitotoimenpiteet. Hoitohenkilökunnan erehtymättömyyden vaatimus näkyy muun muassa siinä, että asiakkaan omalle kohdalle sattuvaa inhimillistäkin hoitovirhettä on vaikea ottaa vastaan, koska virheen seuraukset voivat olla kohtalokkaita. Kun työntekijät eivät todellisuudessa kuitenkaan ole täysin pyyteet-tömiä ja erehtymättömiä, epätäydellisyyden kokemus voi aiheuttaa paineita työntekijöille myös heidän itsensä asettamien vaatimusten taholta. Jatkuva liian vähäinen työntekijämäärä suhteessa hoitoon liittyvien tehtävien vaativuuteen ja asiakkaiden hoitoisuuteen sekä ammat-tikoulutetun henkilökunnan puute lisäävät hoitovirheiden riskejä (ks. esim. Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber 2002).

Terveydenhuollossa altruismia korostavia myyttejä pidetään yllä tarinoilla, joissa työntekijät toimivat voimiensa ääri rajoilla vaikeissa oloissa. Nämä kestävyystarinat ovat osa kulttuuri-amme, ja niillä on jokin merkitys meidän yhteiskunnassamme. Työntekijät ovat mahdollisesti saaneet arvostusta juuri epäitsekkyyden vuoksi ja lisäksi kokeneet työnsä merkitykselliseksi, koska työssä on ollut mahdollisuus auttaa ihmisiä. Vanhat hoitotyön kulttuuriperinteet saatta-vat omalta osaltaan hidastaa uusien toimintatapojen, esimerkiksi tulosjohtamisen ja näyttöön perustuvan hoidon mallien leviämistä. Näiden mallien taustalla on näkemys siitä, että toiminta tulee osoittaa hyödylliseksi. Hoitotyöntekijät voivat kokea, että hoitoetiikan ja tuloksellisuuden tai tehokkuuden välillä on ristiriitaa (ks. Vuori J. 1995, 256). Tulisikin pohtia, voidaanko lähimmäisenrakkautta painottavan epäitsekään toimintatavan hyödyllisyys osoittaa esimer-kiksi näyttöön perustuvan hoitotyön avulla.

Pohdittaessa merkityksenantojen syntyä on keskeistä tunnistaa fenomenologian isän, Edmund Husserlin (1859–1938) keskeinen käsite, horisontti. Horisontin käsitteellä viitataan koetun maailman historiallisuuteen. Husserlilaisen fenomenologian mukaan ymmärtämisyhteys on mukana kaikissa tajunnan akteissa tulkitsevana ja maailmankuvaan liittävässä rakenteena. Ihminen kykenee ymmärtämään tajunnassaan olevien horisonttien selkeys- ja kehitystasoa vastaavalla tavalla. Horisontit ovat eräänlaisia merkitysten verkostoja. Täten verkosto kuvaa ymmärtämisyhteyksien rakennetta. (Husserl 1995; Perttula 1995.) Husserlin transsendentaalisen fenomenologian mukaisesti tutkimuksen tavoitteena on kuvata asioita ilman tieteen teoreettisia käsitteitä tai kausaalisia selityksiä sekä myös ilman tutkijan arki ajattelun, kulttuurin tai muun opitun mukanaan tuomia ennakkoluuloja eli luonnollista asennetta (Husserl 1995; Perttula 1995; ks. myös Lukkarinen 2001). Husserl ei hyväksynyt tulkintaa, ilmiöt tuli kuvata sellaisena kuin ne ilmenevät (Husserl 1995<sup>7</sup>; ks. myös Herrmann 1998; Rauhala 1991<sup>8</sup>; Saarinen 2002<sup>9</sup>.)

Merkityssuhteet eli merkityksenannot muodostavat verkostoja, joista syntyvät maailmankuvamme ja käsitykset itsestämme. Kokemustausta toimii horisonttina eli ymmärtämisyhteytenä, johon suhteutuen uusi mieli organisoituu merkityssuhteeksi ja tulee osatekijänä mukaan maailmankuvan muodostumiseen. Tajunnallisuudessa tapahtuu jatkuvaa merkityssuhteiden uudelleen jäsentymistä ja unohtamista. (Rauhala 1983; 1991; Varto 1992.) Sairaanhoidajan laadulle antamat merkitykset muuttuvat elämäkokemuksen myötä. Esimerkiksi omat kokemukset potilaana olemisesta jäsentävät työntekijän merkityksenantoja uuteen muotoon. Uusil-

---

<sup>7</sup> Jotta päästäisiin asioihin itseensä, luonnollinen asenne tulee muuttua *transsendentaaliseksi* asenteeksi. Ilmiöstä selvitetään ensin ennako-olettamukset ja sen jälkeen ne sulkeistetaan, jonka myötä tutkija saavuttaa tutkittavan ilmiön noeman eli merkitysrakenteen. *Reduktiossa* yritetään omaksua transsendentaalinen asenne ja poistaa maailma sellaisena kuin se on nähty luonnollisen asenteen avulla. Reduktion avulla pyritään saamaan esille *puhdas yleinen ja objektiivinen* tieto.

<sup>8</sup> Husserlin transsendentaalista fenomenologiaa on väitetty keinotekoiseksi abstraktioksi. Hänen kiinnostuksensa kohdistui universaaliin tajuntaan, yliyksilölliseen, historiattomaan ja siten varman tiedon perustaan. Sen kritiikkinä on esitetty, että on mahdotonta ajatella tajunnan irtautuvan maailmasta, koska tajunta on jo olemassaolossaan sitoutunut maailmaan. Myöhemmin Husserl muutti käsitystään siihen suuntaan, että rikkaan inhimillisen ymmärtämisen ja subjektiivisen maailmankuvan kannalta ymmärtämisyhteyksiä ei pidä poistaa. (Rauhala 1991; Saarinen 2002.)

<sup>9</sup> Saarisen (2002) mukaan Husserlin fenomenologista reduktiota voidaan pitää ensisijaisesti metodologisena apuneuvona, jolla huomio keskitetään analyysin kannalta olennaisimpiin asioihin. Näitä olennaisia asioita ovat tietoisuudessa toimivat merkitysrakenteet, joiden vaikutuksesta ihminen hahmottaa havaitsemansa objektin tietyllä tavalla (havainnon intentionaalinen rakenne). Husserlin mukaan maailma on subjektiivinen ilmiö, joka rakentuu oman mieleemme sisällä. Tietoisuuden peruspiirre on päämäärätietoisuus eli intentionaalisuus. Tietoisuus on aina tietoisuutta jostakin, havainto on aina havainto jostakin, ja muistaminen on aina jonkin muistamista. Tietoisuuden rakenteet ovat merkitysrakenteita, ja merkitykset antavat tietoisuuden tiloille kyvyn viitata johonkin. (Herrmann 1998; Husserl 1995; ks. myös Anttila 2000, 285–286; Varto 1992; 1996.) Perustan intentionaalisuuden käsitteelle loi Husserlin oppi-isä Franz Brentano (1838–1917). Käsitettä kehitti edelleen Husserl. (Lukkarinen 2001; Niiniluoto 1997; Saarinen 2002.)

la merkityksenantojen yhteenliittymillä, niin sanotuilla merkitysverkostoilla on todennäköisesti vaikutusta työntekijän käyttäytymiseen. Täten merkitykset ohjaavat toimintaa.

Tarkasteltaessa merkitysverkostoja voidaan ajatella, että verkostojen eheys, ristiriidattomuus liittyy kehittyneisiin merkityssuhteisiin. Verkoston tulkinnassa on tärkeää huomata merkitysten välisiä ristiriitaisuuksia ja pyrkiä poistamaan niitä tarkemmalla tulkinnalla. Ihmisten käsitykset asioista voivat kuitenkin olla ristiriitaisia eheyteen pyrkimisestä huolimatta, ja siksi ristiriitojen hävittäminen aineistosta ei ole itsestään selvästi tavoiteltava asia. (Moilanen & Rähkä 2001.) Tässä tutkimuksessa on odotettavissa, että laatukäsitysten välillä on ristiriitaisuuksia, koska laadun ilmiö on luonteeltaan ristiriitainen. Tulkinnan avulla pyritään selvittämään ristiriitoihin liittyvät merkityssuhteet, jotta laadun ilmiön ymmärtäminen olisi mahdollista. Täten ristiriitojen tarkastelussa on tärkeää tunnistaa ristiriitaisuudet, jotka liittyvät keskeneräiseen tulkintaan niistä ristiriitaisuuksista, jotka liittyvät tutkittavan ilmiön luonteeseen.

### ***Situationaalisuus ja merkitykset***

Kolmannella ihmisen olemassaolon perusmuodolla, *situationaalisuudella* tarkoitetaan kaikkea sitä, mihin ihmisen kehollisuus ja tajunnallisuus ovat suhteessa. Se reaalinen sisältöaines, josta tajunnan merkityssuhteet organisoituvat, on pääasiassa peräisin situaatiosta. Elämäntilannetta ovat muun muassa kulttuuripiiri, yhteiskunnalliset ja taloudelliset olot, arvot ja normit. Situationaalisuus on ihmisen kietoutuneisuutta näihin elämäntilanteensa rakennetekijöihin. (Perttula 1995; Rauhala 1991.)

Husserlin oppilas Martin Heidegger (1899–1978) kehitti Husserlin puhtaasta fenomenologias-ta *eksistentiaalistisen* fenomenologian (Heidegger 2000; Herrmann 1998; Kupiainen 1994). Heidegger toi fenomenologiaan situationaalisuuden käsitteen. Hänen mukaansa ihminen on aina maailmassa ja suhteessa maailmaan, ja siten ihminen on koko elämänsä osa situaatiotaan.

Heideggerin totuuskäsitys poikkesi Husserlin totuuskäsityksestä. Husserl pyrki tavoittelemaan absoluuttista tietoa kuvaamalla ilmiötä reduktion avulla ilman tulkintaa. Heideggerin fundamentaaliontologisen käsityksen mukaan jo ihmisen olemassaoloon eli eksistenssiin tuleminen sisältää tulkkautumisen. Elämäntilanne on aina ihmisyksilölle ainutkertainen siitä huolimatta, että saman kulttuuripiirin ja yhteiskunnan jäsenillä on elämäntilanteissaan myös yhteisiä rakennetekijöitä. (Rauhala 1991<sup>10</sup>.) Fenomenologinen reduktio ei ole eksistentialismin käsityk-

---

<sup>10</sup> Rauhalan tulkitsema eksistentiaalinen fenomenologia on yhdistelmä Husserlin puhtaasta fenomenologiaa ja Heideggerin eksistenssin filosofiaa (Lukkarinen 2001).

sen mukaisesti mahdollista. Eksistentiaalisessa fenomenologiassa kiinnostuksen kohteena ovat olemukset ja rakenteet, jotka ovat kontekstisidonnaisia. (Purola & Aavarinne 2001.) Pyrkimys kokemuksen yleisen rakenteen tavoittamiseen ei merkitse kuitenkaan kokemusmaailmojen samanlaisuutta, vaan korostetusti tutkijan tietoista päätöstä etsiä perimmältään ainutkertaisten kokemusmaailmojen yhteisiä sisältöjä. (Perttula 1995.) Merkitykset ovat *intersubjektivisia* eli subjekteja yhdistäviä (Tuomi & Sarajärvi 2002; ks. myös Varto 1996).

Ihminen ei voi koskaan muodostaa merkityksiä irrallaan oman kulttuurinsa vaikutuspiiristä. Nuoren, kokemattoman sairaanhoitajan laadulle antamat merkitykset voivat poiketa selvästi 30 vuotta sairaanhoitajana toimineen sairaanhoitajan laatu käsityksistä monestakin syystä. Vanhempi sairaanhoitaja on elänyt erilaisissa yhteiskunnallisissa ja taloudellisissa oloissa. Hänen arvonsa saattavat olla erilaiset lapsuudessa saadun kasvatuksen seurauksena<sup>11</sup>. Lisäksi vanhempi työntekijä voi olla karaistuneempi eli hän on tottunut fyysisesti ja henkisesti raskeampaan työhön kuin nuorempi kollegansa. Nuori sairaanhoitaja voi vähäisemmän elämänkokemuksensa ja erilaisen yhteiskunnallisen tilanteen aikana elämänsä lapsuuden vuoksi kieläytyä uhrautuvasta, lähimmäisenrakkautta korostavasta roolista, joka voi olla tärkeä vanhemmalle sairaanhoitajalle. Nuorempi sukupolvi voi korostaa sairaanhoitajan ammattia urana, jossa on tärkeää tulokseen perustuva palkkaus ja uralla eteneminen hyvän tekemisen rinnalla. Laatu saattaa olla nuoremmille hoitajille yhtä hyvin näyttöön perustuvaa hoitotyötä kuin lähimmäisenrakkautta korostavan hyvän tekemistä. Erilaiset käsitykset laadusta voivat aiheuttaa eri hoitajasukupolvien välille ristiriitoja.

Tässä tutkimuksessa ei selvitetä hoitajasukupolvien välisiä laadun ilmiön käsityseroja. Hoitotyöntekijät on valittu siten, että heidän situaatiossaan olisi mahdollisimman paljon samankaltaisuutta. Lisäksi tutkittavat elävät samassa kulttuurissa kuin tutkimuksen tekijä, joka voi mahdollisesti helpottaa merkitysten löytämistä. Laadun ilmiön monipuolinen tuntemus on tutkijalle hyödyksi, jotta hän kykenee havaitsemaan tutkittavan ilmiön olennaiset piirteet. Ulkopuolinen, joka ei tunne ilmiön olemusta, saattaa päätyä virheellisiin tulkintoihin. Toisaalta ilmiön hyvin tunteva asiantuntija saattaa tukeutua liiaksi omiin ennakko-oletuksiinsa, jotka estävät uusien tai poikkeavien ilmiön piirteiden havaitsemisen. Tästä syystä tutkijan on koko tutkimusprosessin ajan oltava kriittinen omille tulkinnoilleen ja asetettava niitä kyseenalaiseksi. Koska kaikki fenomenologinen tutkimus tapahtuu elämismaailmassa, tutkija on osa sitä merkitysyhteyttä, jota hän tutkii. Hän ei voi päästä ulkopuolelle elämismaailman, joten hänen

---

<sup>11</sup> (ks. esim. Solasaari 2003, 189).



oma tapansa ymmärtää ne kysymykset, joita hän muiden kohdalla tutkii, vaikuttaa ratkaisevalta tavalla koko ajan hänen tutkimukseensa.

Tämän tutkimuksen tieteenfilosofiseen taustaan kuuluvat sekä Husserl että Heidegger. Heideggerilaista eksistenssin filosofiaa kutsutaan myös tulkinnalliseksi ja hermeneuttiseksi fenomenologiaksi. Fenomenologia on korostetusti kiinnostunut yksilöllisistä ja hermeneutiikka sosiaalisista merkityksistä. Vaikka ihmisen tilanteen reaalisisältöihin kuuluu monia yhteisiä asioita, jokaisella ihmisellä on erilainen horisontti. Ihmistä tarkastellaan osittain passiivisena, koska maailma antaa ihmiselle sen tilanteen, missä hänen tulee toimia. Toisaalta ihminen nähdään osittain aktiivisena, koska hän toimii maailmassa tarkoituksellisesti, ja ihmisen katsotaan olevan kuitenkin vapaa tekemään valintoja omassa tilanteessaan. Ihminen on myös vastuussa olemassaolostaan, ja tämä on tärkeä eksistentiaalinen fenomenologia luonnehtiva piirre. (Perttula 1995.)

Merkityssuhde ja merkitys ovat tässä tutkimuksessa merkityksenannon synonyymejä. Merkityksenanto viittaa syntyneeseen merkityssuhteeseen. Esimerkiksi virheettömyys ja suunnitelmallisuus voivat olla laadulle annettuja merkityksiä eli merkityksenantoja, jotka kuvastavat merkityssuhdetta. Laadua ei ole olemassa ilman, että laadulla on suhde johonkin. Merkitysverkostolla tarkoitetaan merkitysten liittymistä toisiinsa. Uudet kokemukset liittyvät vanhaan merkitysverkostoon, joka toimii ymmärtämisyhteytenä. Horisontti eli ymmärtämisyhteys rakentuu tilanteista eli elämäntilanteista. Horisontti on eletyn elämän perspektiivi.

### ***Fenomenologis-hermeneuttinen tutkimusote***

Tässä tutkimuksessa käytettävä fenomenologis-hermeneuttinen<sup>12</sup> tutkimusote on yksi laadullisen tutkimuksen suuntauksista. Fenomenologia korostaa ilmiön kuvausta ja hermeneutiikka ilmiön tulkintaa. Laadullisen tutkimuksen suomenkielisissä metodioppaissa ja tutkimusraporteissa käytetään synonyymeinä termejä laadullinen, kvalitatiivinen, pehmeä, ymmärtävä ja ihmistutkimus. Laadullista tutkimusta on eritelty, luokiteltu tai tyypitelty lukuisin eri tavoin.

---

<sup>12</sup> Hermeneutiikan juuret ovat renessanssissa, protestanttisessa raamattuanalyysissä ja antiikin klassikoiden humanistisessa analyysissä. Hermeneutiikka tulee kreikan kielen verbistä hermeneuin (tulkita) ja sanasta hermeneutike (selitystaito). (Anttila 2000, 25; Nykysuomen sivistyssanakirja 1975, 152; Turtia 2001, 359.) Hermeneutiikka on filosofisena tutkimustraditiona vanhempi kuin moderni fenomenologia. Hermeneutiikka alkoi kehittyä 1800-luvulla ensin Schleiermacherin (1768–1834) ja myöhemmin Diltheyn filosofiassa. (Niiniluoto 1997.) Wilhelm Dilthey (1833–1911) käytti hermeneuttisesta tieteensuuntauksesta nimeä *hermeneutik*. Hänen mukaansa luonnontieteelliseen ajatteluun pohjautuva lähestymistapa ei sovi tutkimuksiin, joissa halutaan tutkia esimerkiksi sosiaalisia tapahtumia, joissa inhimillinen toiminta on yhtenä tekijänä. (Anttila 2000.)

Tuomi ja Sarajärvi (2002) avaavat laadullista tutkimusta filosofian historian kautta. Laadullinen tutkimus on erilaisia tutkimusperinteitä yhdistävä kattokäsite. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan erottaa seitsemän perinnettä<sup>13</sup>: 1) aristoteelinen perinne ja ymmärtävä tutkimus, 2) hermeneuttinen perinne ja ihmistieteellinen tutkimus, 3) fenomenologis<sup>14</sup>-hermeneuttinen perinne ja tulkinnallinen tutkimus, 4) kriittisen teorian perinne ja toimintatutkimus, 5) yhdysvaltalaisen laadullisen tutkimuksen perinne, 6) pehmeät menetelmät sekä 7) postmoderniin tieteseen perustuva tutkimus.

Tätä tutkimusta voidaan tarkastella *tulkinnallisena* tutkimuksena, joka on fenomenologis-hermeneuttiseen perinteeseen sitoutunutta. Tulkinnallisessa tutkimuksessa ihminen on sekä tutkimuksen kohteena että tutkijana. Tutkimuksen perustana olevia filosofisia ongelmia ovat ihmiskäsitys ja tiedonkäsitys, ja tutkimuskohteena ovat elämismaailma ja merkitykset. Merkitykset ovat intersubjektiivisia eli subjekteja yhdistäviä ja niiden lähteenä on yhteisö. Hermeneuttinen ulottuvuus liittyy tulkinnan tarpeeseen. Hermeneuttinen ymmärtäminen tarkoittaa ilmiöiden merkitysten oivaltamista. Ymmärtäminen on aina tulkintaa ja ymmärtämisen pohjana on aiemmin ymmärretty (esiymmärrys ja hermeneuttinen kehä). Tavoitteena on käsitteellistää tutkittava ilmiö ja tehdä siten tunnettu tiedetyksi (tehdä tietoiseksi ja näkyväksi se, minkä tottumus on häivyttänyt huomaamattomaksi). (ks. esim. Tuomi & Sarajärvi 2002; Varto 1992.)

---

<sup>13</sup> *Ymmärtävän tutkimuksen* lähtökohtana on hengentieteiden ja luonnontieteiden erottaminen toisistaan metodologisen ”ymmärtää” ja ”selittää” käsitteiden avulla tehdyn jaon perusteella. Ymmärtävässä tutkimuksessa on keskeistä tietämisen tapa eli ymmärtäminen. Siihen sisältyy intentionaalisuus, jolloin ymmärrämme jonkin tekijän merkityksen. Se vaatii eläytymistä tutkimuskohteen tilanteeseen, jolloin tutkija tulkitsee merkityssuhteita. Ymmärtävän ja *ihmistieteellisen tutkimusperinteen* välinen ero näkyy suhteessa tietämiseen. Ymmärtävän perinteen mukaan tietämisen tapa eli ymmärtäminen korostuu, mutta ihmistieteellisessä tutkimuksessa kiinnostus kohdistuu tietämisen sisältöön eli ihmisen luomaan merkitystodellisuuteen. Ihmistieteellisen tutkimuksen kohteena on mielen konstruoima maailma, joka rakentuu ja välittyy merkityssisältöinä. Kriittisessä perinteessä ja *toimintatutkimuksessa* havaintomaailma on ihmisen oman aktiivisuuden tuote. Tehdessään havaintoja ihminen luokittelee annettua ja rakentaa siitä teoriaa olevan muuttamisen näkökohdasta. Havaintotieto ei ole mahdollinen ilman todellisuuden muuttamiseen suuntautuvaa inressiä – muutos on tiedon ehto. Totuus sidotaan inhimilliseen toimintaan. *Yhdysvaltalainen laadullinen tutkimus* suhtautuu tutkimuksen tekoon väljemmin kuin edeltävät perinteet mutta korostaa metodeja ja metodien kehittelyä. Totuus, todellisuus ja maailmasta saatava tieto on jo määritelty, maailma otetaan annettuna. Metodiset ratkaisut saavat perustelunsa tutkimuskäytännöistä (tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet, käytössä olevat resurssit ja välineet), ja siten metodologisten perustojen tunteminen ei ole välttämätöntä. (ks. esim. Denzin & Lincoln 1994.) *Pehmeässä tutkimuksessa* ei oteta kantaa ontologisiin ja epistemologisiin kysymyksiin. Tutkimusote on joustava: tutkimus voi olla pehmeää teoreettisesti tai empiirisesti. *Postmoderniin tieteseen perustuva tutkimus* kyseenalaistaa kaikki perinteet modernin yhteiskunnan tuotteina. Kaikki tieto on suhteessa kontekstiinsa ja rakenteisiinsa. Ei ole olemassa sellaista objektiivista tietoa, jonka avulla sosiaalista elämää voi ymmärtää. Tutkija voi vapaasti sekoittaa taustaltaan erilaisia tutkimusmetodeja, koska tutkija hylkää tieteenfilosofiset traditiot. (Tuomi & Sarajärvi 2002.)

<sup>14</sup> Fenomenologian ensimmäinen aalto tuli Suomeen 1920-luvulla. Toinen aalto kehittyi edeltäneestä 1940–1960-luvulta lähtien. Tällöin fenomenologiaa kehitti muun muassa Lauri Rauhala. Toinen tunnettu fenomenologian tutkija Suomessa on ollut Juha Varto, joka on kehittänyt 1980-luvun lopulta lähtien omaa näkemystään fenomenologiasta. (Jylhä 1996.)

Laadulle annettuja merkityksiä selvitetään tässä tutkimuksessa fenomenologis-hermeneuttisen tutkimusotteen mukaisesti sekä kuvaamalla että tulkitsemalla laadun ilmiötä. Voidaan myös pohtia, ovatko kuvaus ja tulkinta erotettavissa toisistaan. Husserl pyrki puhtaaseen ilmiön kuvaukseen, mutta tässä tutkimuksessa ajatuksena on, että kuvaukseen sisältyy aina tulkintaa ihmisen situationaalisuuden vuoksi. Toisaalta tutkija saattaa luottaa kritiikittömästi omaan tulkintaansa. Tästä syystä on tärkeää pitää mielessään pyrkimys ilmiön kuvaamiseen sellaisena kuin se ilmenee.

Laatunäkemyksen selvittämisessä tarvitaan tulkitsevaa tutkimusotetta, jotta laadulle annetut merkitykset saadaan esille. Tulkitsevan on hyvä tuntea terveydenhuollon konteksti, jotta hän pystyy tunnistamaan aineistosta merkityksenantoja, joskin samalla on varottava ylitulkintaa. Merkitysten kautta tutkijalla on mahdollisuus saada esille tietyssä kontekstissa toimivien hoitotyöntekijöiden käsitykset laadun ilmiöstä. Hoitotyöntekijöiden omassa työkuultuurissa saattaa olla erilaisia mielikuvia ja myyttejä, jotka ovat ristiriitaisia laatujohtamismallien kanssa. Näiden mallien kyseenalaistamista ei välttämättä uskalleta tehdä esimerkiksi siitä syystä, että kyseenalaistaminen voidaan tulkita perinteisen muutosvastarinnan piiriin kuuluvaksi, ja siksi johto ei suhtaudu siihen vakavasti.

Vaikka tässä tutkimuksessa on keskeistä fenomenologis-hermeneuttinen perinne ja siihen liittyen tulkinnallinen tutkimus, tutkimuksessa on piirteitä myös yhdysvaltalaisen laadullisen tutkimuksen sekä kriittisen teorian perinteestä, ja siten tämä tutkimus on jossain määrin tiedonintressiltään emansipatorinen<sup>15</sup>. Tutkimuksessa pyritään paljastamaan vääristyneitä, kehittymättömiä laadulle annettuja merkityksiä, jotka vaikuttavat syntyviin laatuksiksiin. Tutkimuksessa käytetään menetelmätriangulaatiota<sup>16</sup>, joka on tyypillinen yhdysvaltalaiselle perinteelle, mutta sitä ei yleensä käytetä fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimuksessa. Fundamentalistisesti<sup>17</sup> aineiston keruuseen suhtautuvan ajattelutavan mukaan ontologisen analyysin jälkeen

---

<sup>15</sup> Habermas on esittänyt kolme tiedonintressiä: tekninen, praktinen eli hermeneuttinen ja emansipatorinen. Emansipatorinen intressi toteutuu vallasta vapautumisena. (ks. esim. Tuomi & Sarajärvi 2002, 39.)

<sup>16</sup> Triangulaatiosta erotetaan tavallisimmin neljä päätyyppiä: tutkimusaineistoon, tutkijaan, teoriaan ja metodiin liittyvä triangulaatio. Tutkimusaineistoa voidaan kerätä monelta eri tiedonantajaryhmältä, esimerkiksi hoitohenkilökunnalta, potilailta ja omaisilta. Tutkijana voi toimia useita henkilöitä, jolloin esimerkiksi haastatteluja tekee usea henkilö. Teoreettisessa triangulaatiossa tutkimuksessa otetaan huomioon useita teoreettisia näkökulmia laajentamaan tutkimuksen näkökulmaa. Metodisessa triangulaatiossa käytetään useita metodeja, esimerkiksi kyselyä, haastattelua ja havainnointia. (Denzin 1988; Eskola & Suoranta 2000; Metsämuuronen 2002; Tuomi & Sarajärvi 2002.)

<sup>17</sup> Suorannan (1995) mukaan *metodologisessa eklektismissä* eli valikoivassa suhtautumisessa aineistonkeruutapojen ei katsota kytkeytyvän ihmisen käsittämisen tapoihin. Eklektismi on tyypillistä esimerkiksi yhdysvaltalaisessa laadullisen tutkimuksen perinteessä (ks. esim. Denzin & Lincoln 1994). *Metodologisen fundamentalismin* eli puhdasoppisuuden alkuperä on fenomenologis-hermeneuttisessa filosofiassa, jossa tutkimuksen yhtenä tavoitteena on kuvata ihmisen maailmassa olemisen alkuperäistä kokemistapaa (ks. esim. Laine 2001; Varto 1992).

empiiriset tutkimusmenetelmät on valittava vastaamaan tutkittavan kohteen rakennetta. Jos ihmistä tarkastellaan toimivana subjektina, tästä tulisi seurata sellaisen tutkimusmenetelmän ja -asetelman valinta, jossa tutkimuskohteen annettaisiin toimia subjektina. Tässä näkyy fenomenologis-hermeneuttisen tutkimusperinteen painottaman ontologian ensisijaisuus tietoppiin nähden. Fundamentalistisen ajattelutavan mukaisesti metodologinen triangulaatio ei sovellu fenomenologis-hermeneuttiseen tutkimukseen. (Eskola & Suoranta 2000; Silverman 2000; Suoranta 1995; Tuomi & Sarajärvi 2002.)

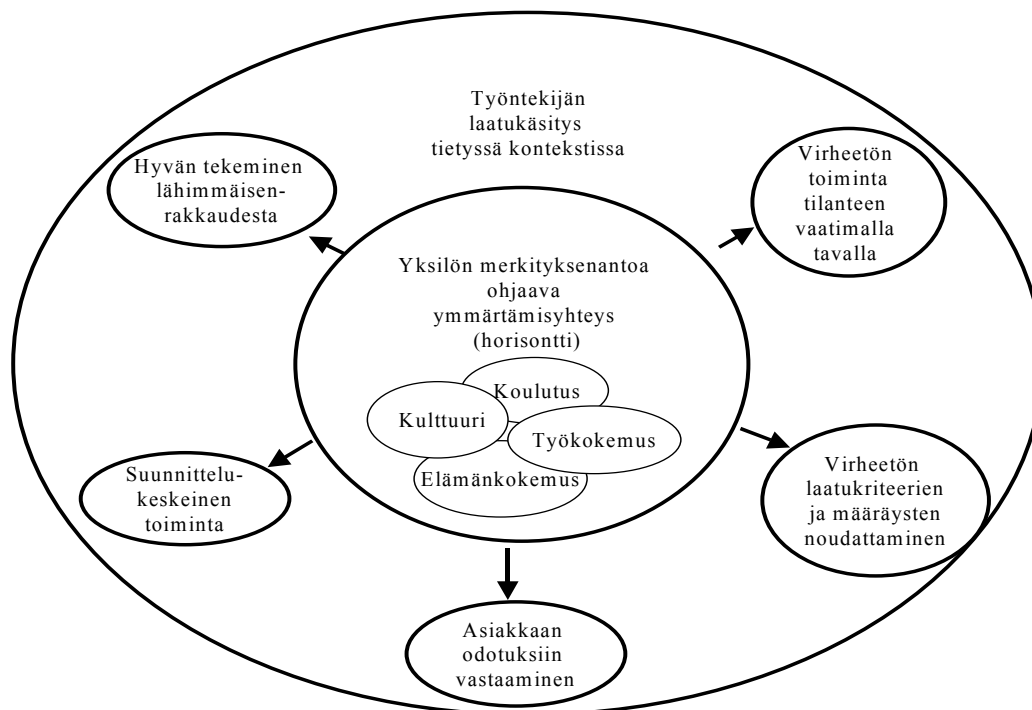
Metodologisen eklektismin mukaisesti määrällisen ja laadullisen tutkimuksen yhdistämisessä ei ole ongelmaa (ks. esim. Denzin 1988). Useita menetelmiä käytettäessä samaa ilmiötä tarkastellaan useasta eri suunnasta. Siten samaa tutkimusta voi tehdä sekä positivistisesti että fenomenologisesti, tiedon laatu vain on erilaista. Tämä näkemys viittaa yhdysvaltalaiseen laadullisen tutkimuksen traditioon, jossa triangulaatio mielletään tuloksien todellisuuteen sitomisen metodiksi. Myös ajatus tutkittavan ilmiön kokonaisuuden hahmottamisesta sopii tähän perinteeseen. Tällöin oletuksena on, että määrällinen ja laadullinen metodi kertovat samasta metodisesti yhteismitallisesta sosiaalisesta todellisuudesta eri asioita, joista syntyy kokonaisuus. (ks. esim. Eskola & Suoranta 2000; Metsämuuronen 2002; Tuomi & Sarajärvi 2002.)

Fenomenologis-hermeneuttisen, fundamentalistisen suhtautumistavan mukaisesti tässä tutkimuksessa strukturoidulla kyselyllä kerätty aineisto ja kertomusaineisto eivät automaattisesti täydennä toisiaan ja kuvaa kokonaisemmin tutkittavaa ilmiötä, koska ne saattavat kertoa eri ilmiöistä. Kirjoittamalla tarinan hoitotyöntekijä paljastaa enemmän merkitysverkostostaan kuin kyselyssä, joka on laadittu jossain määrin tutkijan oman merkitysverkoston perusteella. Toisaalta voidaan olettaa, että vastaajien situaatio ja sen mukainen ymmärtämysyhteys vaikuttavat kyselyn vastausvaihtoehtojen valintaan. Täten ei mielestäni voi sanoa, että kyselyn avulla ei saa tietoa merkityksenannoista.

Ei ole varmaa, että usealla tavalla hankittu tieto lisäisi automaattiseksi tutkimuksen luotettavuutta ja antaisi kokonaisemman kuvan tutkittavasta ilmiöstä. Toisaalta tässä tutkimuksessa juuri saatavan tiedon mahdollinen ristiriitaisuus on kiinnostavaa. Tätä kysymyksen asettelua pohdin luvussa 6.4. Fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimuksessa ei ole täysin poikkeuksellista käyttää menetelmätriangulaatiota, tästä esimerkkinä Suonsivun (2003) ja Rosqvistin (2003) tutkimukset.

Tässä tutkimuksessa hoitotyöntekijät vastatessaan strukturoituun kyselyyn valitsevat tutkijan valitsemista laatumääritelmistä jonkin vaihtoehdon. Valintoihin vaikuttavat vastaajien mielessä laadun ilmiön ja sen kohteen välinen merkityssuhde. Laatu voi tulkkiutua työntekijän mielessä *asiakkaan odotuksiin vastaamiseksi* (yksi vastausvaihtoehdoista), mutta se ei tarkoita sitä, että odotuksiin vastaaminen tarkoittaisi työntekijälle samaa kuin esimerkiksi minulle. Jotkin merkitykset ovat kulttuurissa yleisiä, esimerkiksi ammattitaito saatetaan ymmärtää hoitotyöntekijöiden keskuudessa samalla tavalla. Jotkin merkitykset saattavat olla selkeämmin riippuvaisia työntekijöiden työpaikan kontekstista. Työntekijän tilanteen vaikuttaessa hänen laatuksityksiinsä voidaan esimerkiksi olettaa, että teollisuustyöntekijä antaa virheettömyydelle ja kerralla oikein tekemiselle erilaiset merkitykset ja hoitotyöntekijä saman merkityksen. Merkitysten tulkinta on kuitenkin strukturoidun kyselyn avulla vaikeaa, koska kyselyssä laatuksityksiä käsitellään irrallaan niiden yhteyksistä, jolloin niiden sisältämät merkitykset voivat vääristyä.

Kuviossa 2 kuvataan sitä, miten yksilön merkityksenantoa ohjaava horisontti voi tuottaa erilaisia laadulle annettuja merkityksiä, jotka voivat olla keskenään ristiriitaisia. Hoitotyöntekijät voivat antaa esimerkiksi laadukkaan sairaalan toiminnalle merkityksiä, jotka liittyvät laadun hyvän tekemiseen, virheettömyyteen, asiakaskeskeisyyteen ja suunnitelmallisuuteen. Virheettömyydelle voidaan antaa monenlaisia merkityksiä korostamalla esimerkiksi sellaista virheettömyyttä, jossa noudatetaan kirjaimellisesti jotain yksityiskohtaista ohjetta, ja silloin noudattaminen voi olla tärkeämpää kuin lopputulos. Se voi tarkoittaa myös lopputulosta korostavaa virheettömyyttä, joka edellyttää kykyä kriittisyyteen, joustavuuteen ja tilannearviointiin. Tällöin mekaaninen ohjeiden noudattaminen voi olla virhe. Samalla tavoin hyvän tekeminen voidaan nähdä epäitsekkäänä, uhrautuvana toimintana tai esimerkiksi asioiden hyvin tekemisenä, ohjeiden mukaisesti. Jokaisella työntekijällä on oma laadun merkitysverkosto, joka kuvastaa tajunnan historiallisuutta. Myös laatusuosituksen sisältämät laatuksitykset ovat syntyneet suosituksen laatijoiden ymmärtämysyhteyksissä ja heijastavat siten kirjoittajien laadulle antamia merkityksiä.



Kuvio 2. Esimerkki laadun merkityssuhteista työntekijän mielessä

Tutkiessani hoitohenkilökunnan laatu käsityksiä kunkin työntekijän kirjoitus paljastaa jotain sekä hoitajasta yksilönä että myös jotain yleistä hoitajista kyseisessä ympäristössä ja kulttuurissa. Ymmärtämisyhteyksiä ei voi vakioda, koska jokaisen yksilölliset kokemukset muuttavat merkitysverkostoa ja siten ymmärtämisyhteyttä. Tässä tutkimuksessa eläytymismenetelmällä kerätyt yksittäiset, muista poikkeavat tarinat voivat olla osoitus jostain sellaisesta laadulle annetusta merkityksestä, joka on yleisempikin kuin kertomusten perusteella voisi olettaa. Muista poikkeava kertomus saattaa myös johdattaa tutkijan miettimään uusia yhteyksiä laadun, julkisen terveydenhuollon, hoitotyön ja johtamisen välille.

Merkityksen antaminen tarkoittaa kokemuksen ymmärtämistä. Tällöin ihminen muodostaa kokemuksen perusteella tietynlaisen tulkinnan ilmiöstä. Tämä tulkinta vaikuttaa toimintaamme, ja siten merkityksenanto muuttuu oppimiseksi. Reflektion avulla voimme oikaista uskomuksiimme sisältyviä vääristymiä. Kriittinen reflektio merkitsee niiden ennako-oletusten arvostelua, joille omat uskomuksemme rakentuvat. (Mezirow 1995.) Tutkijana minun on itse tunnistettava omat ennako-oletukseni tutkittavasta ilmiöstä, jotta voisin vapautua niistä jossain määrin. Oma tutkimukseni voi olla tiedonintressiltään vapauttava – vapauttaa meidät terveydenhuollon laadun mahdollisesti vääristyneestä, kapea-alaisesta tulkinnasta, joka voi viitata kehittymättömiin merkityssuhteisiin.

Terveydenhuollon kontekstissa fenomenologista tutkimusotetta on käytetty Suomessa erityisesti hoitotieteellisissä tutkimuksissa, mutta myös hallintotieteissä ja kasvatustieteissä. Näistä esimerkkeinä voidaan mainita Pelttarin (1997) tutkimus sairaanhoitajan työn kvalifikaatiovaatimuksista, Åstedt-Kurjen (1992) tutkimus terveyttä ja perusterveydenhuollon hoitotyötä koskevista kokemuksista, Purolan (2000, ks. myös Purola & Aavarinne 2001) tutkimus aivohalvaukseen selviytymisestä, Lukkarisen (1999) tutkimus sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaadusta ja elämäntilasta sekä Hiidenhovin, Åstedt-Kurjen ja Paunonen-Ilmosen (2001; ks. myös Hiidenhovi 2001) tutkimus potilaiden kokemuksista yliopistollisessa sairaalassa. Hallintotieteiden näkökulmasta fenomenologista tutkimusotetta on käyttänyt muun muassa J. Vuori (1995) tutkimuksessaan julkisen ja yksityisen terveydenhuollon työntekijöiden merkityssuhteista ja Suonsivu (2003) tutkiessaan hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemuksia ja niiden yhteyksiä työyhteisötekijöihin. Kasvatustieteissä esimerkiksi Kolkka (2001) on käyttänyt fenomenologista tutkimusotetta lähihoitajien ammattiin oppimista selvittäneessä tutkimuksessaan.

Laadun ilmiön tutkiminen fenomenologis-hermeneuttisella tutkimusotteella näkyy tämän tutkimuksen kysymyksen asettelussa. Laadun ilmiön kontekstisidonnaisuus ja moni-ilmeisyys tukevat eläytymismenetelmän käyttöä aineiston keruussa.

## **2.2.2 Tutkimusprosessi fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimuksessa**

Fenomenologis-hermeneuttisen tutkimuksen prosessia ja ymmärtämistapaa voidaan kuvata *hermeneuttisella kehällä*. Tutkimuskohteen mielen saavuttamisessa hermeneuttinen kehä tarkoittaa sitä, että ymmärtämisemme on tutkittavan ilmiön hidasta ja jaksottaista irrottamista niistä piirteistä, jotka ovat vain tutkijan omaa esiymmärrystä eivätkä siten liity tutkimuskohteeseen. Tutkija ryhtyy aineiston kanssa vuoropuheluun, jonka tavoitteena on toisen toiseuden ymmärtäminen. Tieto syntyy tässä dialogissa. Jokainen uusi lukutapa vie tutkijaa kohti tutkimuskohteen mieltä ja samalla keri auki tutkijan omaa itseymmärrystä. Omien lähtökohtien ymmärtäminen vapauttaa ainakin osittain niiden orjuudesta. (Laine 2001; Varto 1992; ks. myös Mezirow 1995.)

Tässä tutkimuksessa kertomusaineiston yleinen tulkintakriteeristö (laadun näkökulmat) muotoutui laadun käsitteen analyysin ja laadun johtamisen mallien tarkastelujen jälkeen. Laadun käsitteen eri näkökulmien ja osatekijöiden, laadun johtamismallien ja julkisen terveydenhuollon ohjauskeinojen analysoinnin avulla laadun moni-ilmeisyys selveni minulle itselleni. Tämän

jälkeen tutustuin kertomusaineistoon ja laatusuosituksiin useiden lukukertojen avulla. Tutkimuksen kertomusaineiston ensimmäisen analyysin tein ilman laatonäkökulmia teemoittamalla hoitotyöntekijöiden kertomuksia aineistolähtöisesti (luku 5.1) pyrkimällä sulkeistamaan erilaisten laatuikäsitteiden vaikutuksen teemoitteluuni. Tämän jälkeen kirjoitin luvun 4.2 julkisen terveydenhuollon laadusta eri näkökulmien avulla. Näiden näkökulmien sisältöön vaikuttivat hoitotyöntekijöiden kertomukset ja kyselytutkimuksen tulokset. Lisäsin myöhemmin aineiston näkökulmakohtaiseen tarkasteluun johtamisen ja työyhteisön, koska niiden merkitys laadun tekemisen edellytyksenä oli keskeinen toisen aineiston hoitotyöntekijöiden kertomuksissa. Täten teoria ja empiria kävivät vuoropuhelua keskenään koko aineiston tulkintaprosessin ajan. Teoria auttoi aineiston tulkinnassa mutta ei varsinaisesti ollut tarkkarajainen tulkintakehys. Laadun neljä näkökulmaa sekä johtamisen ja työyhteisön laatu antoivat tulkinnalle kehyksen, jonka avulla tulkintaa pystyi rajaamaan tutkimuskysymysten suuntaan.

Kuviossa 3 kuvaan tämän tutkimuksen hermeneuttista kehää. Aineistoa analysoidessani palaan yhä uudestaan aikaisempaan teoreettiseen laadun käsitteellistämiseen ja aineiston lukemiseen, jotta laadun käsitteellistäminen kehittyisi kohti yhä parempaa ilmiön tulkintaa. Siten nuolet kuvaavat jatkuvaa prosessin etenemistä, vaikka samalla palataan yhä uudelleen aikaisempaan analyysiin ja sen syventämiseen. Laadullinen tutkimus on prosessuaalista, ja sitä voidaan luonnehtia jatkuvaksi päätöksentekotilanteeksi tai ongelmanratkaisusarjaksi. Siinä voidaan nähdä olevan kyse vähitellen tapahtuvasta tutkittavan ilmiön käsitteellistämisestä eikä niinkään teorian testauksesta. Käsitteellistäminen ei ole kuitenkaan välttämättä täysin aineistolähtöistä vaan ennemminkin vuoropuhelua ja vuorovaikutusta teorioiden kanssa. (Kiviniemi 2001.)

Tässä tutkimuksessa laadun ilmiötä käsitteellistetään prosessuaalisesti vähitellen käyden dialogia aineiston ja aikaisempien laatuikäsitteiden kanssa. Aineistosta uskotaan saatavan uusia käsitteellistyksiä ja uutta teoriaa<sup>18</sup> tarkasteltavasta ilmiöstä. Kyse on tutkijan oppimisprosessista, jonka aikana tutkijan tietoisuus tarkasteltavasta ilmiöstä ja sitä ohjailevista tekijöistä kasvaa. Tavoitteena on ilmiötä koskevan käsitteellistämisen kehittyminen (ks. Kiviniemi 2001; Mezirow 1995).

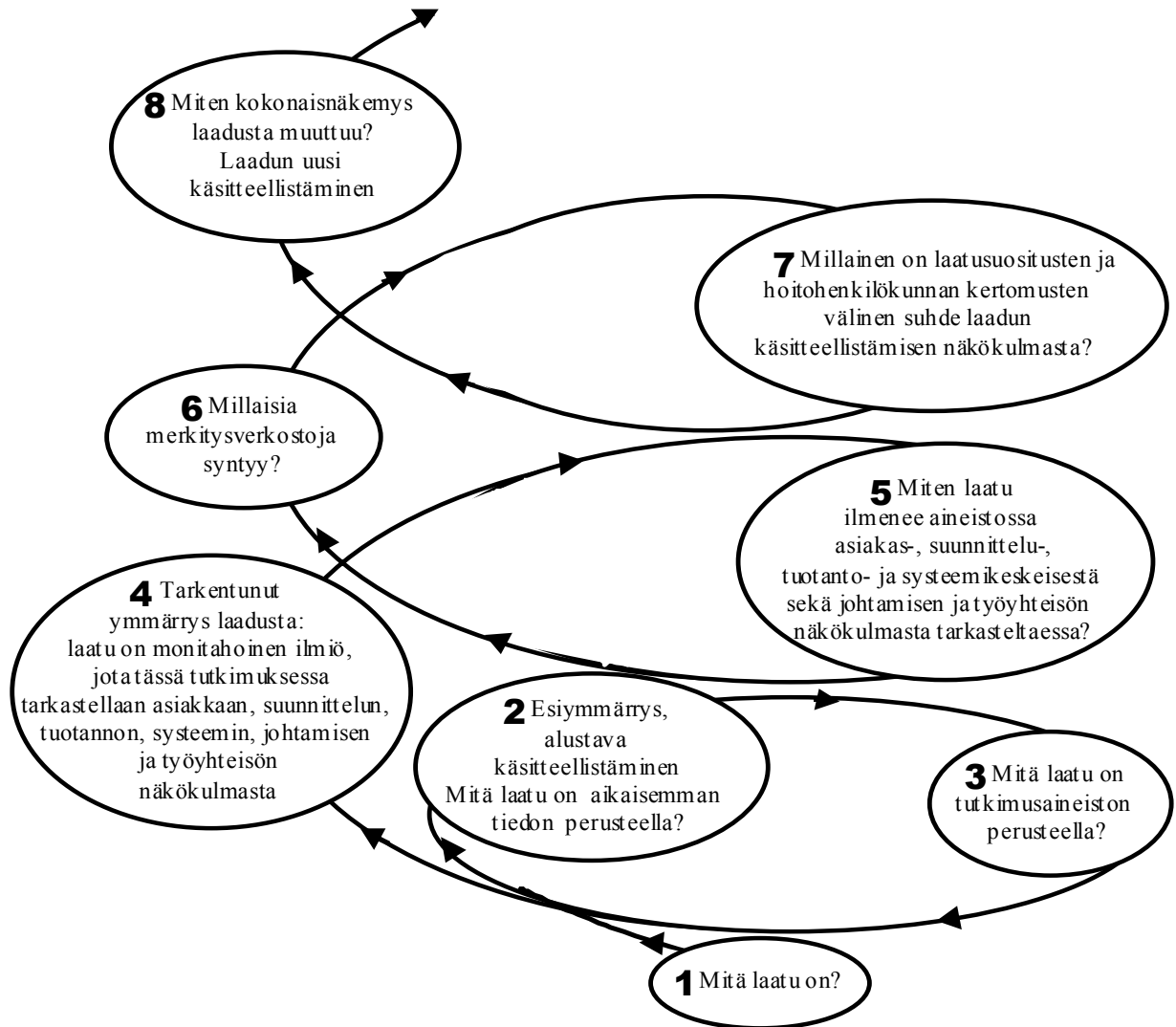
Laineen (2001; ks. myös Varto 1992) mukaan sekä fenomenologisella että hermeneuttisella tutkimuksella on kaksitasoinen rakenne. *Perustaso* tarkoittaa tutkittavan koettua elämää esi-

---

<sup>18</sup> Laadullisessa tutkimuksessa syntyvä teoria voi olla muodoltaan teesi, ohje tai yleinen kuvaus (Varto 1992, 102).



ymmärryksineen. Tutkimus tapahtuu *toisella tasolla*, joka kohdistuu ensimmäiseen tasoon. Tutkija pyrkii refleктоimaan, tematisoimaan ja käsitteellistämään ensimmäisen tason merkityksiä. Tutkimuskohdetta ennakolta selittävien teoreettisten mallien tiedostaminen on laadullisessa tutkimuksessa tärkeää. Yhteisessä perinteessä erilaisille ilmaisuille on annettu tulkintoja, ja siten tutkija ei aloita työtään tyhjästä. Tästä alkaa tie toisen toiseuteen eli toisen omaan, erityislaatuiseseen suhteeseen johonkin asiaan. (Laine 2001.)



Kuvio 3. Tutkimusprosessin kuvaus hermeneuttisena kehänä laadun käsitteellistämisen näkökulmasta (vrt. kuvio 1)

Sulkusen (1998) mukaan laadullisen tutkimuksen analyysissä se, mitä tutkittavat sanovat, on vain harvoin kiinnostavaa. Sanomisista on tehtävä tulkinta, joka tavalla tai toisella kiinnittää puheen pinnan alla oleviin kulttuurisiin jäsenyyksiin. Tulkintaa tulee seurata ymmärtäminen,

jotta käsitys tutkimuskohteesta voi tulla kokonaisuudeksi. Tulkinnassa tulee esille erilaisia osia ja tasoja, jotka eivät itsestään nivoudu yhteen, vaan ne on tarkoituksella yhdistettävä yhdeksi kokonaisuudeksi, joka on lopulta tutkimuskohteesta saatu mieli. Eri tutkijat voivat tematisoida saman tutkimuskohteen eri tavoin ja saada erilaisia tutkimustuloksia, koska asioilla ei ole merkityksiä itsessään (Varto 1992; ks. myös Moilanen & Räihä 2001). Tutkijan lukutapa on kuitenkin hänen omansa siten, että hän pystyy erottamaan tutkimuskohteen ja oman tematisointitapansa toisistaan sekä raportoimaan näiden suhteen. Dialogista toisten tutkijoiden tai muiden keskustelukumppaneiden kanssa on hyötyä, koska keskustelujen avulla voi käydä kriittisesti läpi oman esiymmärryksensä tiedostamista ja arvioida omien tulkintojen pätevyyttä (luotettavuutta). Myös kirjallisuus voi toimia keskustelukumppanina siten, että lukemisen kautta voi saada vaihtoehtoisia tarkastelutapoja, joiden avulla tutkija tunnistaa omia lähtökoh-  
tiaan. (Moilanen & Räihä 2001; ks. myös Varto 1992.)

Tässä tutkimuksessa laatujohtamista ja laadun ohjaamista on ensin ymmärretty aiemman käsitteellistämisen ehdoilla. Tutkijan tulee kuitenkin kyseenalaistaa oma spontaani ymmärrys. Tavoitteeni on tiedonintressiltään myös emansipatorinen. Saattaa olla, että nykyinen tietoisuus laadusta julkisessa terveydenhuollossa ei ole yksiselitteisesti kategorisoitavissa tai että tietoisuus voi olla jopa väärää – esimerkiksi siten, että laatua tarkastellaan kapea-alaisesti pelkäs-  
tään yhdenmukaisuutena.

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysivaiheesta ja *analysointitekniikoista*<sup>19</sup> on esitetty useita näkemyksiä. Käytettäessä tutkimuksessa kirjallisessa muodossa olevaa aineistoa voidaan tekstien tulkintaa pitää sisällön analyysinä. Sisällön analyysiä voidaan tarkastella yksittäisenä metodina tai väljänä teoreettisena kehyksenä. Tuomi ja Sarajärvi (2002, 107–117; ks. myös Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001; vrt. Pietilä 1976<sup>20</sup>) määrittelevät *sisällön erittelyn* dokumenttien analyysiksi, jossa kuvataan *kvantitatiivisesti* esimerkiksi tekstin sisältöä (kvantitatiivinen tekstianalyysi). *Sisällönanalyysillä* Tuomi ja Sarajärvi tarkoittavat dokumenttien sisällön *sanallista* kuvaamista (laadullinen tekstianalyysi).

---

<sup>19</sup> Suoranta ja Eskola (1992) ovat esittäneet kvalitatiivisten aineistojen analyysitapoja ja jakaneet ne perinteisiin analyysitekniikkoihin ja tekstien tutkimiseen teksteinä. Perinteisiä analyysitekniikkoja edustavat kvantifioiminen, teemoittelu, tyypittely ja analyttinen induktio. Tekstien tutkimista teksteinä edustavat kvantitatiiviset ja kvalitatiiviset tekstianalyysit, diskursiiviset analyysitavat ja keskusteluanalyysi.

<sup>20</sup> Pietilä (1976, 4) määrittelee sisällön erittelyn joukoksi menettelytapoja, joita käyttäen dokumenttien sisällöstä voidaan tehdä havaintoja ja kerätä tietoja tieteellisiä pelisääntöjä noudattaen. Dokumenteilla tarkoitetaan niitä inhimillisen toiminnan tuotteita, joita voidaan pitää luonteeltaan esittävinä.

Sisällön analyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analyysin lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita (ks. esim. Polit & Hungler 1995), käsitteitä (Weber 1985), käsitejärjestelmiä tai malleja (Marshall & Rossman 1995). Käsitejärjestelmä, -kartta tai malli voidaan nähdä tutkittavaa ilmiötä kuvailevana kokonaisuutena, jossa esitetään käsitteet, niiden hierarkia ja mahdolliset suhteet toisiinsa (Kygäs & Vanhanen 1999).

Sisällön analyysin tekemiselle ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä. Tässä tutkimuksessa sisällön analyysi tarkoittaa dokumenttiaineiston ja kertomusaineiston sisältöjen laadullista tekstianalyysiä. Tulkinta kohdistuu dokumenttiaineistossa ja kertomusaineistossa ajatukselliseen kokonaisuuteen. Olennaista on, ettei tulkittavan merkityksen ajatuksellisia yhteyksiä katkaista, ilmaisu otetaan aina kokonaisuutena (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1996, 143). Tästä syystä tulososassa esitetyissä kertomusviittauksissa samaan lauseeseen voidaan viitata useamman laadulle annetun merkityksen yhteydessä.

Tähän tutkimukseen valitut laadun näkökulmat rajaavat aineiston tulkintaa ja toimivat eräänlaisena johtolankana. Oman esiyymmärrykseni vaikutus sisältyy aikaisemmin esitettyihin työhypoteeseihin (ks. esim. Robinson 1953; Suoranta 1995<sup>21</sup>) hoitotyöntekijöiden merkityksenantojen ristiriitaisuuksista ja kontekstisidonnaisuudesta, laatusuositusten tuotantokeskeisyydestä ja toimijatasojen laatukäsitysten eroista. Laadunäkökulmien yksityiskohtainen sisältö tulee aineistosta, ja tästä syystä aineiston analyysissä on induktiivisia piirteitä.

Eskola (2001b, 136–140; ks. myös Tuomi & Sarajärvi 2002, 97–100) jakaa laadullisen tutkimuksen analyysin, esimerkiksi laadullisen tekstianalyysin, kolmeen muotoon: 1) teorialähtöiseen, 2) aineistolähtöiseen ja 3) teoriasidonnaiseen analyysiin. *Teorialähtöinen analyysi*<sup>22</sup> on luonnontieteellisen tutkimuksen perinteinen analyysimalli. Se nojaa johonkin tiettyyn teoriaan tai malliin. Analyysin taustalla on useimmiten aikaisemman tiedon testaaminen uudessa kontekstissa. Deduktiivinen päättely on tyypillistä teorialähtöiselle tutkimukselle. (Alasuutari 1999; Anttila 2000.)

---

<sup>21</sup> Laadullisessa tutkimuksessa voidaan Suorannan (1995) mukaan käyttää ns. työhypoteeseja analyttisen induktion mukaisesti siten, että niitä tutkimuksen kuluessa tarvittaessa tarkistetaan ja muokataan.

<sup>22</sup> Deduktiivisessa sisällön analyysissä analyysiä ohjaa tema, käsitekartta, malli tai vastaava. Tämän varassa tehdään analyysirunko, johon sisällöllisesti sopivia asioita etsitään aineistosta. Valittu analyysirunko liittyy tutkimuksen tarkoitukseen. (Kygäs & Vanhanen 1999; ks. myös Dey 1993; Eskola & Suoranta 2000.)

*Aineistolähtöisessä analyysissä* tutkimusaineistosta pyritään konstruoimaan teoria (Glaser & Strauss 1967; Strauss & Corbin 1990). Aikaisemmillä havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla ei pitäisi olla mitään tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa. Tämä analyysitapa on yleinen tulkinnallisessa tutkimuksessa. Tutkimuksessa käytettävä päättely on induktiivista. Induktiivinen päättely lähtee liikkeelle aineistosta, joka käsitteellistetään ja käsitteiden mukaan määritellään ilmiötä koskeva teoria. (Alasuutari 1999; Anttila 2000; Eskola 2001b; Tuomi & Sarajärvi 2002.) Töttö (1999) on kritisoinut aineistolähtöiselle induktivismille ominaista tapaa unohtaa aineiston käsittelyssä aikaisemmat tutkimukset ja teoriat. Lievimillään tämä merkitsee sitä, että teoriat unohdetaan vain hetkeksi ja niihin palataan sen jälkeen, kun aineisto on saanut äänensä kuuluviin. Tällaisen analyysin mielekkyyttä voidaan epäillä, koska tutkijan tulee olla avoin havainnoille ja muulle evidenssille koko tutkimuksen ajan.

Tuomi ja Sarajärvi (2002) erottavat useita aineistolähtöistä eli induktiivista laadullisen tutkimuksen prosessia kuvaavia analyysimalleja<sup>23</sup>. Analyysitapoja ei pidä ymmärtää teknisiksi analyysin toteuttamisen välineiksi vaan orientoitumistavoiksi, joilla tulkintaprosessia systematisoidaan ja ehkäistään tulkinnan mielivaltaisuutta (ks. myös Colaizzi 1978; Giorgi, Knowles & Smith 1975). Useissa fenomenologisella tutkimusotteella tehdyissä hoitotieteellisissä tutkimuksissa on sekä Suomessa että Yhdysvalloissa käytetty aineistolähtöisenä analyysimenetelmänä fenomenologisen psykologian metodeja (ks. esim. Colaizzi 1978; Giorgi ym. 1975), jotka ovat mallintaneet analyysiprosessin vaiheet yksityiskohtaisesti. Esimerkiksi Peltari (1997) sekä Hiidenhovi ym. (2001) ovat käyttäneet tutkimuksissaan aineiston analyysissä Colaizzin metodia ja Lukkarinen (1999) sekä Purola ja Aavarinne (2001) Giorgin metodia. Yksityiskohtaisen analyysimenetelmän käyttö ei kuitenkaan ole itsestään selvyys kaikissa fenomenologista tutkimusotetta soveltavissa tutkimuksissa. Tutkija voi kehittää oman analyysitapansa prosessin kuluessa. Hallintotieteellisissä terveydenhuoltoa koskeneissa tutkimuksissa ei ole ollut yleistä käyttää psykologian analyysimetodeja. Lisäksi yksityiskohtaisten analyysimallien käyttö on perustunut useissa hoitotieteellisissä tutkimuksissa puhtaasti aineistolähtöiseen analyysiin.

---

<sup>23</sup> Tuomi ja Sarajärvi (2002) jakavat analyysimallit kolmeen ryhmään. Näitä ryhmiä ovat 1) yhdysvaltalaiseen perinteeseen viittaavat aineiston analyysin vaiheet: aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi (Kynäs & Vanhanen 1999; Polit & Hungler 1995; ks. esim. Koskinen & Silén-Lipponen 2001); 2) fenomenologishermeneuttiseen perinteeseen viittaavat analyysin vaiheet: aineiston kuvaus, merkityskokonaisuuksien jäsentäminen, kokonaisuuksien esittäminen ja tulkinta, synteesi eli merkityskokonaisuuksien arviointi (ks. esim. Laine 2001); 3) hermeneuttisen tekstintulkinnan perinteeseen viittaavat analyysin vaiheet: valmisteleva, teksti-immanentti ja koordinoiva tulkinta (ks. Siljander 1988).

*Teoriasidonnaisessa analyysissä* on useita teoreettisia kytkentöjä, mutta analyysi ei suoraan nouse teoriasta tai pohjautu teoriaan. Tutkijan ajatteluprosessissa vaihtelevat aineistolähtöisyys ja valmiit mallit. *Abduktiivisessa päättelyssä* tutkijalla on päättelyä varten jokin johtolanka, tietyt tärkeäksi oletetut tai tiedetyt seikat. Analyysissä lähdetään liikkeelle jostakin konkreettisesta pyrkien jäsentämään sitä ensin teoreettisesti erilaisten mallien avulla ja sitten taas palataan konkretiaan. Abduktiivinen päättely viittaa teoriasidonnaiseen analyysiin. (Alasuutari 1999; Anttila 2000.)

Tässä tutkimuksessa ei käytetä fenomenologisen psykologian analyysimetodeja. Tutkimuksen laadullisessa tekstianalyysissä käytetään sekä induktiivista (kertomusaineiston alustava teemoittelu) että abduktiivista päättelyä (kertomus- ja suositusaineiston tarkastelu laatonäkökulmittain), ja siten analyysitilanne on erilainen kuin edellä mainituissa aineistolähtöisissä tutkimuksissa. Ilman yksityiskohtaista ja testattua analyysimetodia tehtävän analyysin voidaan väittää perustuvan osin mielivaltaisuuteen. Tätä väitettä voidaan kritisoida sillä perusteella, että mielivaltaisuutta voi sisältyä yhtä hyvin myös siihen, kun aineisto sovitetaan valitun mallin mukaiseen analyysitapaan. Tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi pyrin kuvaamaan analyysini yksityiskohtaisesti, jotta analyysin laatu olisi arvioitavissa.

### **2.2.3 Eläytymismenetelmä aineistonkeruumenetelmänä**

Eläytymismenetelmällä tarkoitetaan tarinoiden kirjoittamista tietystä kehyskertomuksesta. Kehyskertomuksella tarkoitetaan orientaatiota, jonka antamien mielikuvien mukaan vastaajien tulee kirjoittaa pieni tarina. (Eskola 1998, 10.) Kirjoittajaa voidaan pyytää eläytymään esitettyyn tilanteeseen mielikuvituksensa avulla esimerkiksi viemällä kehyskertomuksessa esitettyä tilannetta eteenpäin tai kertomaan, mitä on tapahtunut ennen kertomuksessa esitettyä tilannetta. Tarinat voivat olla kuvauksia todellisuudesta tai mahdollisia tarinoita siitä, mikä saattaa toteutua ja mitä eri asiat merkitsevät<sup>24</sup>. (Eskola 2001a, 69.)

---

<sup>24</sup> Eskolan (1997) kokemusten mukaan paras tilanne eläytymismenetelmäaineiston keräämiselle on jonkin ryhmän kokoontuminen. Koska tarinan kirjoittaminen vaatii vastaajalta paneutumista, ei ole suotavaa, että samassa yhteydessä kerätään muuta aineistoa. Jos tarinan kirjoittamiseen lisätään kyselylomake, sen tulisi olla lyhyt ja siihen tulisi vastata vasta tarinan kirjoittamisen jälkeen. Kyselylomakkeeseen vastaaminen voi muussa tapauksessa vaikuttaa tarinan sisältöön, koska kysymykset liittyvät todennäköisesti tarinan aihepiiriin (Eskola 1997).

Eläytymismenetelmän käyttäminen aineiston keruussa ei ole ollut kovin yleistä eri tieteenaloilla, mutta sen käyttö on lisääntynyt<sup>25</sup> vähitellen. Eläytymismenetelmäkokeilut käynnistyivät Suomessa vuonna 1982 (Eskola 2001a; ks. myös Eskola 1998; Malkki 1999). Eskola (1998) on tutkinut eläytymismenetelmää sosiaalitutkimuksen tiedonhankintamenetelmänä. Menetelmää on käytetty myös esimerkiksi kasvatustieteissä (Eskola 1998) ja hallintotieteissä (Malkki 1999). Eläytymismenetelmän synnyn taustalla on kritiikki laboratoriokokeita kohtaan. Perinteisissä laboratoriokokeissa koehenkilön luonnollista toimintaa on pyritty rajoittamaan tehokkaasti. Eläytymismenetelmän käytöllä voidaan hakea niitä toimintamekanismeja, joita ihminen arkielämässäänkin käyttää. Ihminen ymmärretään aktiivisena subjektina, jota ei voi eristää laboratorioon. (Eskola 1997; Eskola 1998.)

Eskolan (2001a) mukaan eläytymismenetelmä sopii tutkimukseen, jonka tarkoituksena on esimerkiksi selvittää ihmisten ajattelun logiikkaa jostakin ilmiöstä. Kyseisellä menetelmällä hankittu aineisto antaa täsmällisten vastausten sijasta tutkijalle ennemminkin lisää kysymyksiä ja mahdollisuuksia. Eläytymismenetelmä pakottaa käyttäjänsä aktiiviseen teoreettiseen työhön. Menetelmää onkin yleensä käytetty teorian etsimiseen eikä niinkään teorian testaamiseen (Eskola & Wäljas 1992).

Eläytymismenetelmä sopii hyvin fenomenologis-hermeneuttiseen tutkimusotteeseen. Ihmisiä tutkivissa tieteissä ei ole lupa tehdä mitään sellaista, joka esineellistäisi tai ohentaisi tutkimuskohdetta siten, että tutkimuskohteeseen kuuluva merkitysten kokonaisuus tuhoutuisi. Tutkittaessa laadun ilmiötä eläytymismenetelmällä kirjoittajalle annetaan vapaus tulkita itse laatua. Esimerkiksi haastattelussa haastattelija vaikuttaa haastateltavaan ja voi suunnata vastauksia kohti tutkijan esiyymmärrystä asiasta. (Eskola 1997; Eskola 1998; Eskola & Eskola 1995.) Kertomuksen kirjoittajalla on suurempi vapaus päättää itse kirjoituksen sisällöstä kuin esimerkiksi strukturoituun kysymyslomakkeeseen vastaajalla. Kyselylomakkeen kysymysten sisältämien asteikkojen käytössä rajoitetaan aina ihmisen toimintaa aktiivisena, ajattelevana yksilönä, jolloin ihmiskuva on mekanistinen.

---

<sup>25</sup> Eläytymismenetelmän käytössä voidaan erottaa kaksi päävaihtoehtoa: aktiivinen ja passiivinen menetelmä. Aktiivisessa eläytymismenetelmässä toimitaan roolileikin tapaan. Henkilöille kuvataan jonkin tilanteen perusteet ja roolihahmot, jonka jälkeen henkilöt eläytyvät tilanteeseen ja esittävät tulkintansa roolileikin avulla. Passiivisessa eläytymismenetelmässä eläytyminen tapahtuu kirjoittamalla. Tarinoiden kirjoittaminen ei ole itsetarkeisuus. Jos kirjoittaminen tarinan muodossa tuntuu vaikealta, vastaaja voi käyttää ranskalaisia viivoja. (Eskola 1997.)

Eläytymismenetelmän keskeinen idea on kehyskertomuksen *variointi* eli muuntelu. Variointi jäljittelee koeasetelmaa, jossa yhtä tekijää muuttamalla, muiden pysyessä ennallaan, voidaan katsoa, miten kyseinen varioitu tekijä vaikuttaa vastauksiin eli tarinoihin. Kun yhtä tekijää muutetaan, niin myös muut kehyskertomuksen osat saavat uuden merkityksen, koska tilanteen logiikka muuttuu. Kehyskertomukseen ei kannata sisällyttää hyvin monenlaisia aineksia ja vihjeitä, koska varioitava tekijä voi hukkaa moninaisten vihjeiden keskelle, ja vastaajat kirjoittavatkin tarinansa aivan muista lähtökohdista kuin tutkijan tarkoittamista. (Eskola 1997; Eskola 2001a; ks. myös Aarnos 2001.)

Tässä tutkimuksessa kehyskertomusversiot olivat lyhyitä kuvauksia, joista osa sisälsi laadun määrittelyn. Vihjeiden määrä yritettiin pitää mahdollisimman pienenä. Siltikin kehyskertomuksen sisällön vaikutus tuotti joitakin yllätyksiä, muun muassa sen että kirjoittajien kirjoituksiin vaikutti kehyskertomuksen päähenkilön rooli suhteessa hoito-organisaatioon. Toimija oli joko asiakas tai työntekijä. Tämä osin itsestään selvä asia ei ollut hahmottunut minulle ennen aineiston keruuta.

Kehyskertomusten muunnelmien tuottama tilanteen logiikka alkaa paljastua tietyn aineistomäärän jälkeen (saturaatio), jolloin kulttuuriset jäsennykset tulevat esille. Täten eläytymismenetelmässä ei ole tärkeintä selvittää yksittäisen kirjoittajan ajattelua. Kirjoitettu kertomus viittaa erilaisiin logiikkoihin, sosiaalisiin sääntöihin ja kulttuurisiin rakenteisiin, jotka rakentavat toimintaa ja sen kulkua annetussa tilanteessa. Tarkoituksena on siten paljastaa jotain yhteisesti jaetusta sosiaalisesta todellisuudesta ja tuottaa kulttuuritiedon kasautumia, tilannespesifejä hahmottamisen tapoja (Suoranta 1995).

Eläytymismenetelmällä hankittu aineisto analysoidaan kahteen kertaan. Ensimmäisessä analyysissä aineistoa analysoidaan kuin mitä tahansa laadullista aineistoa. Toisessa analyysissä kohteena ovat kehyskertomuksen variaation tuomat muutokset kertomuksiin. Osa vastauksista saattaa olla stereotyyppisiä, mutta juuri tällaisten käsitysten perusteella ihmiset tekevät valintoja elämässään. Näiden käsitysten pelkistämisessä eläytymismenetelmä on yksi väline. (Eskola 2001a.) Aineiston analyysissä voidaan käyttää esimerkiksi teemoittelua, tyyppittelyä tai diskursiivista lukutapaa (Eskola & Suoranta 1997; ks. myös esim. Eskola & King 1995; Rajala & Eskola 1995). Tässä tutkimuksessa kertomusaineiston analyysi aloitettiin aineiston teemoittelulla. Teemoittelun jälkeen aineiston analyysitapaa tarkennettiin teoriasidonnaiseen suuntaan. Strukturoidun kyselyn sisältämiä laatumääritelmiä voidaan pitää stereotyyppisinä kuvauksina laadusta. Nämä näkemykset saattavat kuitenkin ohjata hoitotyöntekijöiden toimin-

taa. Tästä syystä myös kyselyn tuloksia voidaan tarkastella osana hoitotyöntekijöiden laadulle antamia merkityksiä.

#### 2.2.4 Laadullisen tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen objektiivisuutta voidaan tarkastella totuuskysymyksenä, havaintojen luotettavuutena ja havaintojen puolueettomuutena. Tietoteoreettisessa keskustelussa voidaan erottaa neljä erilaista totuusteoriaa: korrespondenssi-, koherenssi-, pragmaattinen ja konsensusukseen perustuva totuusteoria<sup>26</sup>. Vain korrespondenssiteoriassa luotetaan ehdottoman objektiivisen tiedon olemassaoloon. Tällöin tosi tieto vastaa havaintoja maailmasta. Laadullisessa tutkimuksessa irtisanoudutaan objektiivisen tiedon mahdollisuudesta ja siten totuuden korrespondenssiteoriasta (vrt. Töttö 1999). Toisaalta yhdysvaltalaisessa laadullisen tutkimuksen perinteessä esiintyy näkemys, jonka mukaan laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot ovat vain teknisiä, eivät tietoteoreettisia kysymyksiä (ks. esim. Tuomi & Sarajärvi 2002). Tässä tutkimuksessa ei nähdä mahdollisena saavuttaa objektiivista tietoa. Kaikki saatava tieto on jossain määrin subjektiivista.

Laadullisen tutkimuksen keskeisenä epäluotettavuustekijänä on pidetty subjektiivisuutta. Salnerin (1989) ja Tötön (1999) mukaan sekä subjektiivisuus että objektiivisuus ovat myyttejä ihmistä tutkivien tieteiden näkökulmasta. Tutkijan subjektiviteetti ei koskaan ole täysin poistettavissa. Perimmältään on kyse väitteiden perusteltavuudesta ja totuudenmukaisuudesta. Tarkasteltaessa laadullisen tutkimuksen totuusarvoa kriteeriksi voidaan asettaa tutkimuksen tutkittavan todellisuudesta tuottaman rekonstruktion vastaavuus alkuperäisen todellisuuskonstruktion kanssa. Tutkijan kokemuksen voidaan ajatella vastaavan tutkittavien alkuperäistä kokemusta ainakin jossain määrin. (Lincoln & Cuba 1985; Perttula 1995.) Fenomenologishermeneuttisessa tutkimuksessa luotettavuuden tarkastelun lähtökohtana on tutkittavan ilmiön perusrakenteen ja tutkimusmenetelmän vastaavuus. Valitessaan tutkimusmenetelmää tutkijan on tiedettävä, mitä kukin tutkimusmenetelmä voi tavoittaa. (Perttula 1995.)

---

<sup>26</sup> Korrespondenssiteorian mukaan väite on totta vain, jos se vastaa todellisuutta. Koherenssiteorian mukaan väite on totta, jos se on yhtäpitävä tai johdonmukainen muiden väitteiden kanssa. Pragmaattinen totuusteoria liittyy tiedon käytännöllisiin seurauksiin. Konsensusukseen perustuvassa totuusteoriassa painotetaan sitä, että ihmiset voivat luoda yhteisymmärryksessä totuuden.



Perinteisesti tutkimusten luotettavuutta on käsitelty validiteetin ja reliabiliteetin avulla<sup>27</sup>. Laadullisen tutkimuksen piirissä validiteetin ja reliabiliteetin käsitteitä on kritisoitu, koska ne viittaavat oletukseen yhdestä konkreettisesta todellisuudesta (korrespondenssiteoria), jota tutkimuksessa tavoitellaan. Laadullisen tutkimuksen perinteen mukaisesti ei ole olemassa yhtä sosiaalista todellisuutta vaan sen erilaisia konstruktioita. (Lincoln & Guba 1985.) Laadullisessa tutkimuksessa suositellaan käytettäväksi luotettavuus-käsitettä validiteetin ja reliabiliteetin sijaan. Eskolan ja Suorannan (2000) mukaan laadullisen tutkimuksen uskottavuus liittyy siihen, vastaako tutkijan käsitteellistäminen ja tulkinta tutkittavien käsityksiä. Esimerkiksi oman tutkimukseni uskottavuus liittyy siihen, olenko käsitteellistänyt ja tulkinnut hoitotyöntekijöiden laadulle antamia merkityksiä siten, että ne vastaavat heidän käsityksiään. Tutkittavia voi pyytää myös arvioimaan tulkintojen oikeellisuutta. Toisaalta osa merkityssuhteista on tiedostamattomia, ja siten tutkittavat eivät välttämättä ole tutkijan kanssa samaa mieltä tulkinnoista.

Suorannan (1995) mukaan laadullisen tutkimuksen raportoinnissa on keskeistä ilmaisujen vaakuuttavuus<sup>28</sup>. Tutkimuksen arvioitavuutta voidaan parantaa kuvaamalla analyysin tekemisen pääperiaatteita. Tutkimusprosessin kuluessa syntyneet tulkinnat on kirjoitettava auki ja perusteltava, jotta tulkintojen oikeellisuutta voidaan arvioida.

Tutkimusprosessissa tutkija pyrkii löytämään tutkittavasta ilmiöstä sen olennaisia ulottuvuuksia ja käsitteellisiä jäsennyksiä. Tässä tutkimuksessa laadullisen aineiston empiiriset perustelut rakentuvat hoitotyöntekijöiden ja laatusuosituksen tekstilainauksen systemaattiseen käyttöön. Hoitotyöntekijöiden kertomusvastausten luotettavuutta voi heikentää työntekijän halu miellyttää tutkijaa kirjoittamalla jotain sellaista, jota yleisesti pidetään tavoiteltavana. Lisäksi osa kertomuksen kirjoittajista saattoi olla tottumattomia tämän tyyppiseen kirjoittamiseen.

Alasuutarin (1999; vrt. Varto 1992) mukaan laadullisessa tutkimuksessa voi yleistämiskäsitteen sijaan käyttää suhteuttamista. Tutkijan on osoitettava lukijalle, missä suhteessa hän olettaa tutkimuksensa valottavan muutakin kuin ensisijaisesti analysoimaansa yksittäistä tapausta

---

<sup>27</sup> Validiteetilla tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä sillä on tarkoitus mitata. Laadulle annettujen merkitysten tutkimiseen tarkoitettun tutkimusmenetelmän tulee siten mahdollistaa tutkittavan ilmiön ilmeneminen. Validiteettia voidaan tarkastella monelta eri kannalta (esim. looginen, sisäinen ja ulkoinen validiteetti, sisältö-, käsite- ja ennustevaliditeetti). Reliabiliteetti (riippumattomuus) liittyy tutkimusmenetelmän kykyyn antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliabiliteettiä varten voidaan esimerkiksi verrata eri aikoina tehtyjä mittauksia keskenään. Reliabiliteetti liittyy toistettavuuteen, pysyvyyteen ja tarkkuuteen. (ks. esim. Anttila 2000.)

<sup>28</sup> Wrightin (1945, 29) mukaan jos olet epävarma jonkin väitteen merkityksestä tai käsitteen sisällyksestä, niin tutki, mitä käytännöllisiä seurauksia väitteellä (käsitteellä) on. Seuraukset ratkaisevat väitteen merkityksen. (Suoranta 1995, 7.)

(Moilanen & Rähkä 2001). Laadullisen tutkimuksen yhteydessä voidaan puhua tulosten siirrettävyydestä toiseen kontekstiin tietyn ehdoin, vaikka yleistykset eivät ole mahdollisia sosiaalisen todellisuuden monimuotoisuuden vuoksi (Eskola & Suoranta 2000; Lincoln & Guba 1985). Tutkija voi teoreettisen viitekehänsä avulla osoittaa, mitä yleisimpiä johtopäätöksiä tuloksista voidaan tehdä. Tutkimustuloksia voidaan yleistää koettelemalla tulkintojen toimivuutta muilla elämänalueilla tai viittaamalla tutkimuksen eri vaiheissa muihin tutkimuksiin ja käytettävissä oleviin tilastotietoihin. Kun tutkija nostaa jonkin aineiston kohdan esille pohdittavaksi, on kyseessä jo jonkinlainen yleistys. (Alasuutari 1999.) Laadullisessa tutkimuksessa yleispätevän totuuden sijaan on syytä puhua sellaisista tulkinnoista, jotka ovat jostakin olennaisesta näkökulmasta parhaalla mahdollisella tavalla perusteltuja (Ilmonen 2001). Yleistystä ei siten tehdä varsinaisesta tekstistä vaan tulkinnoista (Moilanen & Rähkä 2001). Jos tutkijan tulkinnat saavat tukea toisista vastaavaa ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista, voidaan puhua tulosten vahvistuvuudesta (Eskola & Suoranta 2000; Moilanen & Rähkä 2001). Esimerkiksi laatuksityksiä on tutkittu sekä terveydenhuollossa että teollisuudessa. Voin verrata oman tutkimukseni tuloksia muilla sektoreilla tehtyihin tuloksiin ja tarkastella, miten työnteekijän toimintaympäristön erilaisuus vaikuttaa laatuksityksiin. Vertailu voi paljastaa jotain yleistä laadun ilmiöstä eri konteksteissa.

Tutkimuksen yleistettävyyteen ja luotettavuuteen liitetään yleensä aineiston koko. Aineiston kokoa voidaan laadullisessa tutkimuksessa tarkastella aineiston saturaation eli kylläntymisen avulla, jolloin aineiston koon kasvaessa aineisto alkaa toistaa itseään (Mäkelä 1998). Tuomen ja Sarajärven (2002) mukaan kylläntymisen käyttäminen aineiston riittävyyden määrittelyssä vaatii yhteyttä tutkimuskysymyksiin – etsiikö tutkija aineistosta samankaltaisuutta ja yhdenmukaisuutta vai erilaisuutta. Jos tutkija on etukäteen päättänyt, että hän etsii aineistosta tiettyjä teemoja, jolle haetaan teksteistä näyttöä, on perusteltua puhua saturaatiosta teemojen tullessa laajasti esille. Erilaisuuden kuvauksessa saturaatiopistettä ei voi etukäteen määritellä. Jos tutkija kertoo tutkimuksen tuloksesta käyttäen esimerkiksi määriä kuvaavia ilmaisuja – useimmat, ei kukaan, eräät – ei tulisi puhua aineiston kylläntymisestä. Voidaan siis olettaa, että aineiston kylläntyessä ei ole tärkeää kuvata, kuinka moni vastaaja on ollut jotakin mieltä. Aineiston kylläntyminen on riittävä perustelu. (Tuomi & Sarajärvi 2002.)

Tarkasteltaessa ihmisen yksilöllisiä kokemuksia eksistentiaalisen fenomenologian mukaisesti saturaatiolla ei ole merkitystä merkityksenantojen tutkimuksen kannalta (Perttula 1995). Tässä tutkimuksessa saturaatiota käytetään aineiston riittävyyden perustelussa. Mielestäni on tärkeää kuvata laadun osatekijöiden yleisyyttä aineistossa myös määriä kuvaavilla ilmauksilla.

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään usein harkinnanvaraista näytettä. Tutkittavaksi valitaan kohde, jonka kautta tarkasteltavana olevaan ilmiöön ajatellaan voitavan mielekkäästi ja syvästi perehtyä. (ks. esim. Kiviniemi 2001.) Tässä tutkimuksessa hoitotyöntekijät valittiin vain tietyltä terveystalvelujen osa-alueelta syvällisen perehtymisen mahdollistamiseksi. Tutkimuksen tavoitteena ei ole pyrkiä määrälliselle tutkimukselle tyypilliseen yleistämiseen. Tavoitteena on löytää tietyistä valituista näkökulmista käsityksiä laadun ilmiöstä. Verrattuna kvantitatiiviseen tutkimukseen, jossa tutkimuskohteille pyritään yleensä antamaan sama painoarvo, laadullisessa tutkimuksessa yksittäisten tapausten vaikutus tutkimuskokonaisuuteen saattaa vaihdella paljonkin (Hakala 2001). Tässä tutkimuksessa yksittäinen poikkeava kertomusvastaus voi ilmentää jotain yleistä itse tutkimuskohteesta.

## **2.3 Tutkimusaineiston valinta, keruu ja analyysi**

### **2.3.1 Tutkimusaineisto**

Tätä tutkimusta varten aineistoa kerättiin eläytymismenetelmällä ja siihen liitetyllä strukturoidulla kyselyllä. Tämän lisäksi aineistoon valittiin laatusuosituksia tiettyjen kriteerien perusteella.

#### ***Laatusuositusaineisto valinta***

Laatusuosituksina, yhtenä informaatio-ohjauksen muotona, voidaan pitää useiden eri tahojen tekemiä laatua koskevia oppaita, periaatepäätöksiä, tavoitteita ja ohjeita. Useat sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat laatusuositukset ovat hyvin yleisiä ohjeita toiminnan kehittämiseksi. Sen vuoksi on varsin ymmärrettävää, että suositusten tunteminen ja hyödyntäminen ei välttämättä ole kovin yleistä (ks. esim. Outinen ym. 2001). Tähän tutkimukseen valitut laatu- ja laadunhallintasuositukset voidaan erottaa toisistaan siten, että laadunhallintasuositukset liittyvät selkeästi laadun johtamiseen ja laatusuositukset käsittelevät laatua valitusta näkökulmasta. Näistä eroista huolimatta jatkossa näistä suosituksista käytetään nimeä laatusuositus. Vaikka informaatio-ohjaukseen voidaan laajasti tarkasteltuna määritellä kuuluvaksi myös normiohjaus, esimerkiksi lait potilaan ja asiakkaan asemasta ja oikeuksista, tässä tutkimuksessa informaatio-ohjauksella tarkoitetaan ei-pakottavaa ohjausta eli tiedolla ohjaamista. Informaatio-ohjausta ja sen erilaisia määrittelytapoja käsitellään tarkemmin luvussa 4.1.2. Tiedolla ja normeilla ohjaamisen vaikutusta laatu järjestelmien kehittyneisyyteen on selvitetty Suomen ja Hollannin terveydenhuollon organisaatioita koskeneessa vertailututkimuksessa (ks. Sluijs, Outinen, Wagner, Liukko & Bakker 2001). Suomessa ei ole lainsäädännöllä veloitettu ter-

veydenhuollon hoito-organisaatioita rakentamaan laatu järjestelmää. Toisaalta potilaan asemaa ja henkilökunnan ammattitaitoa on haluttu varmistaa normiohjauksella.

Tämän tutkimuksen aineistoon valitsin sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat laadunhallintasuositukset, terveydenhuollon laadunhallintasuosituksen, julkisen sektorin laatu strategian julkaisut sekä ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen. Näiden varsinaisten laatusuositusten lisäksi aineistoon kuuluvat niin sanotut yleiset laatusuositukset. Näitä ovat valtakunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelmat (VALSU) aikaväliltä 1987–2002, sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma (TATO) 2000–2003 sekä Terveydenhuolto 2000-luvulle -hankkeen toimeenpano-ohjelma. Ensimmäinen aineistoon kuuluva valtakunnallinen suunnitelma valittiin sillä perusteella, että suosituksessa ensimmäistä kertaa mainittiin käsite ”laadunvarmistus”. Tämä suunnitelma oli laadittu vuosille 1987–1991 (VN 1986). Kaikki tämän jälkeen ilmestyneet suunnitelmat (VALSU) ovat mukana aineistossa. Valtakunnalliset suunnitelmat muuttuivat myöhemmin tavoite- ja toimintaohjelmiksi (TATO), joista ensimmäinen, vuosille 2000–2003 laadittu, on mukana aineistossa.

Edellä mainitut valtakunnalliset suunnitelmat ja toimeenpano-ohjelma sisältävät paljon muutakin kuin laadunhallintaa koskevia ohjeita ja suosituksia. Toisaalta laadun ja laadunhallinnan käsitteiden rajaamisen vaikeus tulee esille myös siinä, että sekä laadunhallinnan ohjauksessa että muussa informaatio-ohjauksessa käsitellään osin samoja asioita. Mielestäni on tärkeää tarkastella näiden yleisten laatusuositusten yhteydessä, mitkä asiat yhdistetään laatuun eli käsitellään suosituksissa laatua koskevien tavoitteiden yhteydessä. Esimerkiksi asiakaslähtöisyyttä voidaan käsitellä laadunhallintasuosituksissa, mutta valtakunnallisissa suunnitelmissa siihen ei viitata laadun yhteydessä. Tällöin voidaan kysyä, mitä se merkitsee laadulle annettujen merkitysten kannalta. Keskeinen kysymys on, muodostuuko laadusta erilainen vai samanlainen kuva yleisissä ja varsinaisissa laatusuosituksissa, ja eroavatko nämä käsitykset hoitotyöntekijöiden käsityksistä.

Tämän tutkimuksen aineistoon kuuluvien laatusuositusten laatijatahoja ovat olleet sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes ja Suomen Kuntaliitto. Suosituksen laatineiden organisaatioiden asiantuntemus on saattanut olla erilainen eri suosituksissa. Informaatio-ohjauksen vaikuttavuuteen voi olla yhteydessä suosituksen esittäjä tahon asema ja rooli yhteiskunnassa. Tässä tapauksessa voidaan olettaa, että esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijalaitoksena toimivan Stakesin esittämien suositusten asema voi olla merkittävämpi kuin Suomen Kuntaliiton suositusten.

Suosituksset sisältävät laatijatahojen laadulle antamia merkityksiä. Tekstien analysoinnin avulla on mahdollista muodostaa kuva suositusten sisältämistä laatukäsityksistä. Suositusten laatukäsitykset ovat kuitenkin kompromisseja useiden tahojen näkemyksistä. Tästä syystä niistä muodostuvat laatukäsitykset ovat mahdollisesti stereotyyppisempiä kuin hoitotyöntekijöiden laatukäsitykset. Suositukset jaetaan analyysiosassa varsinaisiin laatusuosituksiin (kohdat 1–3) ja yleisiin laatusuosituksiin (kohta 4). Suositukset valittiin seuraavilla kriteereillä, joista osa on toisensa poissulkevia:

1) *Suositus kohdistuu terveydenhuollon laadunhallinnan kehittämiseen*

Laadunhallintasuositukseksi määrittely tulee ilmi suosituksen nimestä ja sisällöstä. Näitä suosituksia ovat valtakunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintasuositukset (Sosiaali- ja terveydenhuollon... 1999; Stakes 1996) sekä terveystalviteita koskeva laadunhallintasuositus (Suomen Kuntaliitto 1998d).

2) *Suositus kohdistuu julkisen sektorin laadunhallinnan kehittämiseen*

Koko julkiselle sektorille on laadittu *Julkisten palvelujen laatustrategia* (Suomen Kuntaliitto 1998c), jota voidaan pitää laadunhallintasuosituksena, koska se tarkastelee monipuolisesti laadunhallintaa julkisissa palveluissa. Laatustrategiaan liittyy neljä opasta tietyille laadunhallinnan osa-alueille: henkilöstötilinpäätös, julkisten palvelujen arviointi, laatu-työkalut ja palvelusitoumus (Suomen Kuntaliitto 1998a; 1998b; 1998e; 1998f). Nämä oppaat sisältävät yksityiskohtaisia ohjeita tiettyjen työkalujen käyttöön. Näihin yksityiskohtaisiin kuvauksiin esitetään melko vähän tekstiviittauksia, koska oppaiden keskeinen sisältö on esitetty laatustrategian pääjulkaisussa.

3) *Suositus kohdistuu vanhustenhuollon laadun kehittämiseen*

Analysoitavista laatusuosituksista uusin on *Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus* (2001). Koska empiirinen aineisto on koottu vanhainkodeissa ja terveyskeskussairaalassa toimivilta hoitotyöntekijöiltä, valtakunnallisen vanhustenhuollon laatusuosituksen ottaminen mukaan dokumenttiaineistoon lienee perusteltua.

4) *Suositus kuvaa yleistä terveydenhuollon valtakunnallista informaatio-ohjausta ja laatua sen osana*

Yleinen informaatio-ohjaus sisältää tavoitteita ja periaatteita, jotka kuvastavat tietyssä ajankohtana tärkeiksi koettuja asioita yleisellä tasolla. Terveystalviteita on valtakunnallisesti ohjattu useita vuosia sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelmilla (ks. esim. STM 1994). Nykyinen tavoite- ja toimintaohjelma (ks. esim. STM 1999) jatkaa tätä ohjausperinnettä, tosin tavoitteiltaan hieman erilaisena. Terveystalviteita 2000-luvulle -hankkeen toimeenpano-ohjelma (STM 1998e) sisältää toimenpidesuosituksia, joilla pyritään vastaamaan keskeisiin terveydenhuollon haasteisiin. Ohjelma sisältää laatua koskevia suosituksia. Tämän kehittämishankkeen liittämistä dokumenttiaineistoon perustelen sillä, että hanke käynnisti laajan terveydenhuollon kehittämishankkeen useaksi vuodeksi erilaisine jatko-ohjelmineen.

Tutkimuksen aineiston yksityiskohtaisessa analyysissä luvussa 5.3 käytetään laatusuositusten tekstiviittausten yhteydessä taulukossa 1 esitettäviä suosituslyhenteitä sekä viittauksen sivu-

numeroa. Valtakunnallisten suunnitelmien sivumäärien vaihteluun vaikuttavat muun muassa julkaisun liitteiden ja tilastotietojen määrät.

Taulukko 1. Tutkimuksen laatusuositusaineisto

VARSINAISET LAATUSUOSITUKSET N=9	SIVU- MÄÄRÄ	YLEISET LAATUSUOSITUKSET N=15	SIVU- MÄÄRÄ
Tekstiviittauksessa: <b>Laadunhallinta 1</b> Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuol- lossa. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjes- tämisestä ja sisällöstä. (Stakes 1996)	53	Valsu (sosiaali- ja terveydenhuollon val- takunnallinen suunnitelma)	85
		Tekstiviittauksessa: <b>Valsu 1987–1991</b> (VN 1986)	
Tekstiviittauksessa: <b>Laadunhallinta 2</b> Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallin- ta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. (1999) Sosiaali- ja terveysministeriö, Sta- kes & Suomen Kuntaliitto.	46	Tekstiviittauksessa: <b>Valsu 1988–1992</b> (VN 1987)	71
		Tekstiviittauksessa: <b>Valsu 1989–1993</b> (VN 1988)	60
Tekstiviittauksessa: <b>Terveyspalvelut</b> Laadunhallinta kuntien ylläpitämässä ja hankkimissa terveyspalveluissa (Suomen Kuntaliitto 1998d)	32	Tekstiviittauksessa: <b>Valsu 1990–1994</b> (VN 1989)	37
		Tekstiviittauksessa: <b>Valsu 1991–1995</b> (VN 1990)	20
Tekstiviittauksessa: <b>Laatustrategia 1</b> Julkisten palvelujen laatustrategia (Suo- men Kuntaliitto 1998c)	20	Tekstiviittauksessa: <b>Valsu 1992–1996</b> (VN 1991)	17
		Tekstiviittauksessa: <b>Valsu 1993–1996</b> (VN 1992)	16
Tekstiviittauksessa: <b>Laatustrategia 2</b> Henkilöstötilinpäätös (Suomen Kuntaliitto 1998a)	104	Tekstiviittauksessa: <b>Valsu 1994–1997</b> (VN 1993)	31
		Tekstiviittauksessa: <b>Valsu 1995–1998</b> (STM 1994)	24
Tekstiviittauksessa: <b>Laatustrategia 3</b> Julkisten palvelujen arviointi (Suomen Kuntaliitto 1998b)	29	Tekstiviittauksessa: <b>Valsu 1996–1999</b> (STM 1995)	25
		Tekstiviittauksessa: <b>Valsu 1997–2000</b> (STM 1996a)	35
Tekstiviittauksessa: <b>Laatustrategia 4</b> Laatutyökalut (Suomen Kuntaliitto 1998e)	41	Tekstiviittauksessa: <b>Valsu 1998–2001</b> (STM 1997)	36
		Tekstiviittauksessa: <b>Valsu 1999–2002</b> (STM 1998b)	40
Tekstiviittauksessa: <b>Laatustrategia 5</b> Palvelusitoumus (Suomen Kuntaliitto 1998f)	20	Tekstiviittauksessa: <b>Th 2000</b> Terveyspalvelut 2000-luvulle - hankkeen toimeenpano-ohjelma (STM 1998e)	46
Tekstiviittauksessa: <b>Ikäihmiset</b> Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus (2001). Sosiaali- ja terveys- ministeriö & Suomen Kuntaliitto.	26	Tato (sosiaali- ja terveydenhuollon ta- voite- ja toimintaohjelma) Tekstiviittauksessa: <b>Tato 2000–2003</b> (STM 1999)	55

### *Kertomus- ja kyselyaineisto*

Eläytymismenetelmä- ja dokumenttiaineisto olivat pääaineistoja tässä tutkimuksessa. Kyselyaineiston tarkoituksena oli täydentää kertomusaineistoa, antaa ideoita kertomusaineiston tulkintaan ja samalla lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Strukturoitu kysely sisälsi kysymyksiä ja väittämiä, jotka kuvastivat erilaisia laatukäsityksiä.

Kertomusaineisto kerättiin eläytymismenetelmällä. Tarkoitukseni oli saada esille kirjoittajien laadulle antamia merkityksiä sellaisenaan ilman vaikuttamista niihin esimerkiksi aikaisempien teorioiden pohjalta tai niitä testaten. Alkuperäisenä ajatukseni oli teemahaastattelu, mutta pelkäsin vaikuttavani haastattelutilanteissa liikaa haastateltavien vastauksiin suuntaamalla keskustelua haluamaani suuntaan. Päätin tästä syystä kerätä aineiston eläytymismenetelmällä. Kirjoitustilanteessa en enää voi ohjata vastaajaa, mutta en myöskään voi tarkentaa mahdollisia epäselvyyksiä. Eläytymismenetelmän kehyskertomus suuntasi ja rajasi kuitenkin omalta osaltaan kirjoittajan horisonttia. Lisäksi osassa kehyskertomuksista laadulle annettiin määritelmä, esimerkiksi asiakkaiden odotusten mukainen toiminta, ja siten vastaajia ohjattiin kirjoittamaan tietystä laatu näkökulmasta mutta kuitenkin melko vapaasti. Määritelmää voidaan kuitenkin tulkita monella tavalla, mikä johtuu kunkin kirjoittajan ymmärtämysyhteydestä. Juuri nämä tulkinnat oli tarkoitus saada kertomusvastauksista esille.

Strukturoidun kyselyn tarkoituksena oli antaa ideoita kertomusaineiston analyysiin ja samalla täydentää laadun ilmiöstä saatavaa kokonaiskuvaa. Lomakkeen kysymyksistä kaksi<sup>29</sup> perustui soveltuvin osin Tuomisen ja Lillrankin (2000) tutkimuksessaan käyttämään kyselylomakkeeseen. He selvittivät tutkimuksessaan eri henkilöstöryhmien käsityksiä laadusta ja laatujohtamisesta teollisuudessa, rakentamisessa ja majoituspalveluissa. Kysely sisälsi yleisiä laadun määritelmiä, ja tästä syystä katsoin, että osa kyselyn sisällöstä soveltuu tähän tutkimukseen. Halusin mahdollistaa tämän tutkimuksen tulosten vertailun johonkin toiseen tutkimukseen, ja tästä syystä muutamien samojen kysymysten ja väittämien käyttö tuntui mielekkäältä. Toisaalta merkityssuhteet ovat aina kontekstisidonnaisia, ja siten vertailu muiden tutkimusten tuloksiin on tiettyssä mielessä rajallista.

Kyselyn asenneväittämissä nostettiin esille erilaisia laadun näkökulmia, esimerkiksi virheetömyys ja kerralla oikein tekeminen. Tämän lisäksi vastaajaa pyydettiin asettamaan tärkeysjärjestykseen tiettyjä laatuun liittyviä ilmiöitä sekä laadun edellytysten että esteiden näkökul-

---

<sup>29</sup> Kysymyksiä avulla selvitettiin laadun tekemisen kolme tärkeintä edellytystä sekä kolme tärkeintä laadun tekemistä vaikeuttavaa tekijää.

masta. Vastaajaa pyydettiin kirjoittamaan ensin tarina, jotta väittämät eivät vaikuttaisi työntekijän merkityksenantoihin.

Kertomus- ja kyselyaineisto kerättiin kolmen vanhainkodin ja yhden terveystieteidenkeskussairaalan hoitohenkilökunnalta. Anonymiteetin säilyttämiseksi esittelen hoitotyöntekijöiden taustaorganisaatiot yleisellä tasolla. Korostan anonymiteettiä tässä sen vuoksi, että useissa hoitohenkilökunnan kirjoittamissa kertomuksissa vanhainkotia tai terveystieteidenkeskussairaala kuvattiin yksityiskohtaisesti ja selkeästi kertoen mahdollisesti nykyisestä työpaikasta. Koska kuvaukset ja pohdinnat olivat hyvin henkilökohtaisia, on tärkeää huolehtia työntekijöiden intymiteettisuojusta myös organisaation osalta.

Hoitotyöntekijöiden taustaorganisaatiot ovat toimineet nykymuotoisena useita vuosia, osa vuosikymmeniä. Henkilöstön keski-ikä on yli 40 vuotta. Työkokemuksen varmistamiseksi mukaan otettiin ne työntekijät, jotka olivat joko vakinaisia työntekijöitä tai vähintään kolmen kuukautta sijaisina olleita henkilöitä. Tavoitteenani oli, että työntekijöiden työympäristöt eivät kulttuurisesti poikkeaisi merkittävästi toisistaan, jotta tietyssä kontekstissa toimivien henkilöiden laadulle asettamat merkitykset tulisivat esille ilman, että niitä sekoittaisivat liikaa työympäristön erilaisuudesta johtuvat tekijät. Oletettavaa kuitenkin oli, että kahden erilaisen hoitoorganisaation (sairaala ja vanhainkoti) hoitohenkilökunnan laatuksien välillä on eroja.

Vanhainkodit ovat yleensä osa sosiaalipalvelujen organisaatiota. Tämän tutkimuksen vanhainkodit toimivat osana perusterveydenhuoltoa. Näiden lisäksi kunnan terveystieteidenkeskussairaala otettiin mukaan täydentämään aineistoa sairaanhoidon näkökulmasta. Terveystieteidenkeskussairaalassa on sekä pitkäaikais- että lyhytaikaishoitoon painottuneita osastoja ja päiväsairaala. Lyhytaikaishoidossa olevat asiakkaat ovat pääosin kuntoutuksessa olevia henkilöitä ja vaativat siten toisenlaista hoitoa kuin vanhainkodin asukkaat. Asiakkaiden keski-ikä on kuitenkin myös terveystieteidenkeskussairaalassa korkea. Aineiston keruun ajankohtana terveystieteidenkeskussairaalassa asiakkaista vain noin kymmenen prosenttia oli alle 65-vuotiaita. Yli 85-vuotiaita oli runsas neljännes asiakkaista.

Keskusteltuani sairaalan ylihoitajan, työsuojeluvastuutetun ja yhden vanhainkodin johtajan kanssa työn muutoksista vanhustenhuollossa kävi selvästi ilmi, että työn luonne on muuttunut kyseisissä työpaikoissa viime vuosina. Työ on muuttunut perushoidosta kohti vaativampaa tai ainakin erilaista sairaanhoidollista osaamista vaativaa toimintaa. Sairaalan asiakkaat eivät enää olekaan vuosia hoidossa vaan kuntoutuvat ja siirtyvät muualle. Henkilöstörakenne ja



-määrä eivät vastaa nykyisiä ja tulevia vaatimuksia. Terveyskeskussairaalan muuttuessa ammatillisen osaamisen kannalta yhä vaativammaksi myös vanhainkotien asiakkaat tai asukkaat ovat muuttuneet. Nykyiset asukkaat muistuttavat aikaisempia terveyskeskussairaalan potilaita. Tämä on antanut haasteita myös vanhainkotien henkilöstölle, joka ei ole ollut yhtä koulutettua kuin sairaalan hoitohenkilöstö. Asiakkaiden ja työtehtävien muuttumisella on todennäköisesti vaikutusta työntekijöiden laatukäsityksiin. Taulukossa 2 kuvataan tämän tutkimuksen aineisto ja menetelmät.

Taulukko 2. Osatutkimukset ja aineistonkeruumenetelmät

Osatutkimus ja sen tehtävä	Tutkimuksen kohde	Aineiston keruumenetelmä	Keruuajan-kohta	Analyysi
I Hoitohenkilökunnan laadulle antamat merkitykset	Vanhainkotien johtajat, lähiesimiehet ja hoitotyöntekijöiden edustajat vanhainkodin oman valinnan mukaisesti	Eläytymismenetelmä, kaksi kehyskertomusversiota, koulutustilaisuuden yhteydessä kerätty aineisto	Syksy 2001	Teoriasidonnainen ja aineistolähtöinen sisällön analyysi
		Strukturoitu kysely eläytymismenetelmäaineiston liitteenä	Syksy 2001	Määrällinen ja laadullinen analyysi
II Hoitohenkilökunnan laadulle antamat merkitykset	Vanhainkotien ja terveyskeskussairaalan vakinainen ja vähintään 3 kuukauden sijaisuutta hoitanut hoitohenkilökunta	Eläytymismenetelmä, 10 kehyskertomusversiota, postikysely	Kevät 2002	Teoriasidonnainen ja aineistolähtöinen sisällön analyysi
		Strukturoitu kysely eläytymismenetelmäaineiston liitteenä	Kevät 2002	Määrällinen ja laadullinen analyysi
III Laatusuosituksen laadulle antamat merkitykset	Valtakunnallinen keskeinen laadunhallinnan informaatio-ohjausaineisto	Valintakriteerien mukaisesti	2002	Teoriasidonnainen ja aineistolähtöinen sisällön analyysi

### 2.3.2 Kertomus- ja kyselyaineiston keruun vaiheet

Aineiston keruu ajoittui yhden kunnan vanhainkotien ja terveyskeskussairaalan laatujärjestelmän rakentamisen alkuvaiheen kartoitukseen ja oli osa sitä. Terveyskeskussairaalassa oli kehitetty hoitotyön laatukriteereitä joitakin vuosia aikaisemmin, ja vanhainkodeissa oli ollut erilaisia kehittämisprojekteja. Varsinaisia laatujärjestelmän kehittämisprojekteja näissä organisaatioissa ei kuitenkaan ole ollut ennen tämän tutkimuksen ajankohtaa. Aineiston käyttämiin omassa tutkimuksessani on tulosaluejohtajan lupa.

### ***Ensimmäinen kysely- ja kertomusaineisto***

Ensimmäinen, vain vanhainkoteja koskenut kertomus- ja kyselyaineisto kerättiin koulutustilaisuuden yhteydessä 18.10.2001. Keräämistapaan vaikutti eläytymismenetelmää koskevat suositukset, joiden mukaan aineiston kerääminen kannattaa tehdä tilaisuudessa, jossa ihmisiä on paikalla isona ryhmänä. Tilaisuuteen oli kutsuttu kolmen vanhainkodin johtajat, vastaavat hoitajat ja osastonhoitajat sekä muun hoitohenkilökunnan edustajat, yhteensä noin 10 henkilöä vanhainkotiä kohti. Vanhainkodit valitsivat itse henkilökunnan edustajat tilaisuuteen. Koska tilaisuudessa käsiteltiin laatu järjestelmän rakentamista kohdeorganisaatioihin, mukaan valikoitui kohderyhmästä poikkeuksellisen paljon sairaanhoitajia. Todennäköisesti esimiesten ajatuksena oli, että sairaanhoitajilla on vastuu järjestelmän kehittämisen koordinoinnista yhdessä esimiesten kanssa, ja tästä syystä sairaanhoitajia haluttiin paikalle enemmän kuin mitä henkilöstörakenteen perusteella voisi olettaa. Lääkärit eivät osallistuneet laatu järjestelmän rakentamiseen tässä vaiheessa. Aineisto kerättiin koulutustilaisuuden tauolla, jolloin vastaajille oli varattu aikaa yhteensä 30 minuuttia tarinan kirjoittamiseen ja kyselyyn vastaamiseen.

Lomakkeen etusivu sisälsi kertomustehtävän ja muutaman kysymyksen vastaajan taustasta. Lomakkeen toisena sivuna oli strukturoitu kyselylomake (liite 1). Kerroin tilaisuudessa kertomustehtävän kirjoitusohjeet ennen lomakkeiden jakoa. Tärkeintä oli kirjoittaa tarina ensin ja vastata vasta sen jälkeen kyselyyn. Tällöin kyselyn väittämät ja muut kysymykset eivät vaikuttaisi tarinan kirjoittamiseen. Kirjoitusohje oli pääpiirteissään sama kuin lomakkeessa, mutta vastaajille annettiin mahdollisuus kertomuksen sijaan kirjoittaa laatu käsityksensä luetelona (ns. ranskalaiset viivat). Kertomustehtävästä oli seuraavat kaksi variaatiota:

#### ***KERTOMUSTEHTÄVÄ 01***

*Kuvittele olevasi lähikauppassasi. Vieressäsi kaksi naista keskustelee vanhempiansa hoidosta sinulle tuntemattomassa vanhainkodissa. Toinen naisista toteaa: ”Se on laadultaan niin huono vanhainkoti, että en voisi kuvitellakaan asuvani siellä vanhana!” Käytä mielikuvitustasi ja kirjoita tuosta vanhainkodista pieni kertomus tai kuvaus (Älä pane nimeäsi paperiin, mutta yritä kirjoittaa luettavaa käsialaa. Käytä kertomuksen kirjoittamiseen 15–25 minuuttia. Tässä ei ole oikeita vastauksia! Anna ajatuksesi lentää!).*

#### ***KERTOMUSTEHTÄVÄ 02***

*Kuvittele olevasi lähikauppassasi. Vieressäsi kaksi naista keskustelee vanhempiansa hoidosta sinulle tuntemattomassa vanhainkodissa. Toinen naisista toteaa: ”Se on laadultaan niin hyvä vanhainkoti, että voisin kuvitella asuvani siellä itsekkin vanhana!” Käytä mielikuvitustasi ja kirjoita tuosta vanhainkodista pieni kertomus tai kuvaus (Älä pane nimeäsi paperiin, mutta yritä kirjoittaa luettavaa käsialaa. Käytä kertomuksen kirjoittamiseen 15–25 minuuttia. Tässä ei ole oikeita vastauksia! Anna ajatuksesi lentää!).*

Lomakkeet jaettiin 30 henkilölle, joista viisi ei palauttanut lomaketta. Yksi palautti lomakkeen myöhemmin sisäpostissa. Lomakkeita palautui täytettynä yhteensä 26 kappaletta. Jokainen

vastaaja oli sekä kirjoittanut kertomuksen tai luettelon että vastannut kyselylomakkeeseen. Kumpiakin tarinaversioita palautui yhteensä 13.

Kehyskertomuksen tapahtumapaikkana oli lähikauppa. Yhtä hyvin tapahtumapaikkana olisi voinut olla katu, kirjasto tai muu yleinen, neutraali tila. Kehyskertomuksissa laatua tarkasteltiin enemmän asiakkaan kuin henkilökunnan näkökulmasta, koska tarinassa henkilö kuvaa omia tuntemuksiaan vanhainkodin asiakkaana, ei työntekijänä. Sellainen vanhainkoti, jossa kuvittelee asuvansa vanhana, sisältää todennäköisesti asiakkaan kannalta tärkeitä asioita eikä välttämättä työntekijöiden näkökulmaa. Toisaalta on täysin mahdollista, että vastaaja, joka on hoitoalan työntekijä, kirjoittaa työntekijän näkökulmasta ymmärtämysyhteytensä mukaisesti. Etukäteen tarkoitukseni ei ollut suunnata vastaajaa asiakkaan tai työntekijän rooliin. Kehyskertomuksen tarinan antama mielikuva asiakasnäkökulmasta selvisi itselleni vasta myöhemmin lukiessani kertomusvastauksia.

Kyselyyn vastanneista suurin osa oli ammattinimikkeellä, joka vaatii ammattikorkeakoulu- tai opistotasoisien hoitoalan tutkinnon (liitetaulukko 1). Vastanneiden ammattijakauma poikkesi vanhainkotien todellisesta henkilöstörakenteesta. Kyselyyn vastanneet henkilöt olivat koulutempia kuin vanhainkotien henkilökunta keskimäärin. Suurin osa vastaajista oli vakinaisessa työsuhteessa (81 %), ja siltä osin vastaajien jakauma vastasi vanhainkotien todellista henkilöstötilannetta.

### ***Toinen kysely- ja kertomusaineisto***

Sekä vanhainkoteja että terveyskeskussairaalaan koskenut toinen aineisto kerättiin postitse (liite 2). Lomakkeet lähetettiin sisäpostissa palautuskuorineen esimiehen toimittaman nimilistan mukaisesti suoraan työntekijälle itselleen hänen työpaikalleen 10.1.–11.1.2002. Hoitotyöntekijöiden tuli olla vakinaisessa työsuhteessa tai pitkäaikaisessa sijaisuudessa (vähintään kolme kuukautta). Tavoitteena oli, että henkilölle on muodostunut merkitysverkosto sairaalasta tai vanhainkodista työpaikkana, jotta kirjoittaja kykenee kuvittelemaan hyvän tai huonon vanhainkodin tai terveyskeskussairaalan ominaisuuksia.

Postitetun lomakkeen ensimmäisellä sivulla oli taustatietojen lisäksi kertomustehtävä ja toisesta sivusta alkaen strukturoitu kysely. Kertomustehtävän kirjoitusohjeessa vastaajia pyydettiin kirjoittamaan tarina ennen kyselyosuuteen vastaamista. Vastaamisaikaa annettiin kaksi viikkoa. Kysely lähetettiin myös niille henkilöille, jotka olivat vanhainkotien koulutustilaisuudessa 18.10.2001 ja osallistuivat silloin tutkimukseen. Tämä johtui siitä, että aikaisemmas-

sa kyselyssä ja kertomustehtävässä ei ollut vastaajien tunnistetietoja, joten aikaisemmin vastanneita ei voitu jättää tutkimuksen ulkopuolelle. Kirjoittaessaan tarinaa laadusta vastaajat paljastavat merkityksenantojaan vapaammin kuin kysymyslomakkeen valmiiden vastausvaihtoehtojen valinnassa. Tästä syystä vastaajia ei kummassakaan aineistossa haluttu tunnistaa lomakkeiden perusteella.

Eläytymismenetelmätehtävää ei suositella lähetettäväksi postitse, koska vastaaminen voi jäädä vähäiseksi (ks. esim. Eskola 1997). Tästä huolimatta päädyin toisen aineiston osalta postikyselyyn, koska sekä vanhainkodeissa että sairaalassa hoitohenkilökunta on vuorotyössä, joten koulutustilaisuuksia, joissa henkilökuntaa on laajalti paikalla, on vaikea järjestää. Kertomusvastausten saamiseksi päädyin terveyskeskussairaalan osalta käytäntöön, jonka mukaan työntekijän tuli palauttaa kyselylomake ja kertomustehtävä suljetussa kuoressa omalle esimiehelle (osastonhoitaja). Tarkoituksena oli, että esimies kannustaisi työntekijöitä vastaamaan kyselyyn ja kirjoittamaan tarinan. Kysely kohdistui myös esimiehiin. Vanhainkotien henkilökunnan vastaukset pyydettiin toimittamaan suoraan minulle vastauskuoressa, koska kaikissa vanhainkodeissa ei ollut osastonhoitajia.

Muutin strukturoitua kyselylomaketta ensimmäisen kyselyn jälkeen. Poistin väittämiä, jotka eivät mielestäni olleet sisällöltään onnistuneita. Ensimmäisen kyselyn kustannusten ja laadun yhteyksiin liittyvien väittämien vastauksissa oli paljon vaihtelua, ja tästä syystä vaikutti siltä, että väittämien esittämä käsitys laadusta oli vaikeasti hahmotettavissa tai siihen liittyi ristiriitaisia merkityksiä. Lisäksi kyselyssä oli asiakkaiden tarpeita toisiin asiakkaisiin suhteuttava väittäjä (systemikeskeisen laadun väittäjä) sekä johdon ja työntekijöiden vastuuta laadusta koskevat väittämät. Edellä mainittuja väittämiä en pitänyt tarpeellisina toisessa kyselyssä, koska tulosten perusteella väittämät kuvasivat itsestään selviä asioita. Lisäsin toisen kyselyn lomakkeelle transkendentista laatua koskevan väittämän (laadun tunnistaa, kun sen näkee). Halusin vertailla kyseisen väittämän tuloksia erinomaisuutta koskeneeseen väittämään – erinomaisuudellehan voidaan antaa sama merkitys kuin transkendentiaaliselle laadulle (ks. Garvin 1988; Reeves & Bednar 1994).

Ennen ensimmäisen aineiston keruuta kuvittelin, että vastaajien kertomukset poikkeaisivat toisistaan useilla tavoilla. Aineiston kertomukset olivat kuitenkin hyvin samantyyppisiä yleisiä kuvauksia kehyskertomusversion mukaisesti joko hyvästä tai huonosta vanhainkodista. Lisäksi vastaajista suurin osa ei ollut kirjoittanut tarinaa, jossa olisi ollut selkeää tarinan aloitus ja lopetus eli jonkinlainen juoni. Koska olin tyytymätön ensimmäiseen aineistoon, päätin käyttää

toisessa osatutkimuksessa uusia kehyskertomuksia. Tyypittelin uudet kehyskertomusversiot positiivisiin, neutraaleihin, negatiivisiin ja määritelmällisiin kertomuksiin. Oletin, että myönteiseen (kehyskertomus 2) ja kielteiseen (kehyskertomus 3) terveystieteiden keskeistä aluetta koskeneeseen kehyskertomukseen kirjoitettaisiin luontevasti kehyskertomuksen mukaisesti *hyvän* tai *huonon* organisaation ominaisuuksista kirjoittajan kokemustaustan toimiessa ymmärtämisyhteytenä. Tämän lisäksi tarkoitukseni oli selvittää, antavatko kirjoittajat huonolle laadulle joitakin sellaisia ominaisuuksia, joita ei esiinny myönteisessä muodossa positiivisissa tarinoissa.

Puhuttaessa laadusta kuuluisasta hoitopaikasta tarkoitetaan yleensä hyvää laatua. Halusin kuitenkin selvittää, kirjoittavatko vastaajat hyvästä laadusta myös neutraaleihin kehyskertomuksiin, joissa pyydettiin vastaajaa kirjoittamaan *tuottamiensa palvelujen laadusta kuuluisasta terveystieteiden keskeisestä/vanhainkodista*. Laatu ilman mainintaa ”hyvästä” voisi periaatteessa tarkoittaa sekä hyvää että huonoa hoitopaikkaa. Voidaanhan olettaa, että hoitopaikka voi olla kuuluisa myös huonosta laadusta. Kaksi kehyskertomusversiota (1 ja 10) kuvasi laatua neutraalisti.

Määritelmälliset kehyskertomusversiot poikkesivat muista versioista siinä, että ne sisälsivät laadulle annetun määritelmän, tietyn merkityksen. Päätin siten kehyskertomuksella ohjata vastaajia kirjoittamaan laadusta hieman eri näkökulmista. Kehyskertomus toimii eräänlaisena teemana (vrt. teemahaastattelun teemat), joka kuitenkin on varsin avoin kirjoittajan omille näkemyksille. Esitetyt laatuksit eli määritelmät viittasivat laatuun kahdessa versiossa asiakkaiden odotusten mukaisena toimintana (5 ja 9), yhdessä virheettömyytenä (6), kahdessa asioiden tekemisenä sovitusti (4 ja 8) sekä yhdessä erinomaisuutena (7). Yhdessä kehyskertomuksessa laadulle ei annettu suunnittelu- tai systeemikeskeistä merkitystä. Tästä huolimatta oletin, että suunnittelu tulee kertomuksissa esille, koska sen suuntainen laatuksitys on terveydenhuollossa todennäköisesti yleinen työn asiantuntijaluonteen vuoksi. Yhteiskunta- ja systeemikeskeinen laatu voi painottua enemmän ylimmän johdon ja poliittisten päättäjien kuin henkilökunnan työssä, vaikka siihen liittyvä päätöksenteko on siirretty usein operatiiviselle henkilökunnalle, erityisesti lääkäreille. Koska kehyskertomuksia oli jo varsin suuri määrä, en pitänyt tarpeellisena systeemikeskeistä laatua korostavaa kehyskertomusta. Toisaalta erinomaisuutta koskeva kehyskertomus ei ollut riittävän perusteltu. Määritelmällisiä kehyskertomusversioita oli kolme sekä terveystieteiden keskeistä aluetta (kehyskertomukset 4, 5, ja 6) että vanhainkoteja (kehyskertomukset 7, 8 ja 9) varten.

Ensimmäisen ja toisen osatutkimuksen vastausohjeissa ei kerrottu, pitäisikö vastaajan jatkaa tarinaa eteenpäin vai kirjoittaa siitä, mitä oli tapahtunut ennen kehyskertomuksessa esitettyä tilannetta. Vastaajat kirjoittivat kummassakin aineistossa nykyhetkestä. Toisessa osatutkimuksessa kirjoittajaa pyydettiin kuvittelemaan, että hän itse on töissä kirjoituksen kohteena olevassa työpaikassa, ja siten kehyskertomus ohjasi kirjoittamaan laadusta työntekijän näkökulmasta. Tämä ei ollut tarkoituksellista, kuten ei ensimmäisen aineiston asiakaskeskeisyykseen. Työntekijänäkökulmasta kirjoitetuissa vastauksissa tuli esille työyhteisöön ja johtamiseen liittyviä seikkoja, joita ei esiintynyt juuri ollenkaan ensimmäisen aineiston kertomusvastauksissa.

Vastaamisen helpottamiseksi kuvauskohteeksi valittiin joko vanhainkoti tai terveyskeskussairaala vastaajan taustaorganisaation mukaisesti. Toisessa osatutkimuksessa sairaalaan lähetettiin 28 lomaketta kehyskertomusta kohti, paitsi kehyskertomusversiota 1 lähetettiin 30 kappaletta, koska jako ei mennyt tasan. Vanhainkoteihin lähetettiin 39 lomaketta kehyskertomusversiota kohti. Vaikka kysely oli tarkoitettu vain hoitohenkilökunnalle, kyselyyn vastasi muitakin henkilöitä, muun muassa toimistohenkilökuntaa. Organisaatioista saadut nimiluettelot eivät kaikilta osin sisältäneet henkilöiden ammattia, ja tästä syystä lomakkeet lähetettiin automaattisesti niille henkilöille, joiden nimet esimies oli antanut. Kaikki otettiin kuitenkin aineistoon mukaan, koska heidät oli koettu hoitoyhteisön jäseniksi. Jokaisessa toisen osatutkimuksen kehyskertomuksessa oli sama vastausohje:

*Käytä mielikuvitustasi ja kirjoita tarina tai kuvaus siitä, miten käsitys työpaikastasi on syntynyt. Yritä kirjoittaa luettavaa käsialaa. Käytä kertomuksen kirjoittamiseen noin 20 minuuttia. Rentoudu ja anna ajatuksesi lentää!*

Kyselyyn vastasi alle puolet ja kertomustehtävään kolmannes hoitohenkilökunnasta. Postikysely vähensi vastaushalukkuutta, kuten ennalta oli tiedossa. Voidaan olettaa, että vastanneiden laadulle antamat merkitykset heijastavat kuitenkin jotain yleistä kyseisten organisaatioiden työntekijöiden merkityssuhteista, koska heidän horisonttinsa on jossain määrin samankaltainen heidän situaatioidensa (työympäristön, kulttuurin ja muiden vastaavien tekijöiden) vuoksi. Hoitotyöntekijöiden horisonttien eli ymmärtämisyhteyksien samankaltaisuutta osoitti myös aineiston saturaatio. Tapausten määrän lisääminen ei todennäköisesti olisi tuonut paljoakaan uutta tietoa laadun käsitteestä kyseisessä kontekstissa.

Kertomustehtäviä palautui yhteensä 103 ja täytettyjä kyselylomakkeita yhteensä 133 (taulukko 3). Kyselyyn vastaajat jakautuivat eri ammatteihin epätasaisesti mutta organisaation henkilöstörakenteen mukaisesti (liitetaulukko 1). Suurin osa vastaajista oli perus- tai lähihoitajia ja

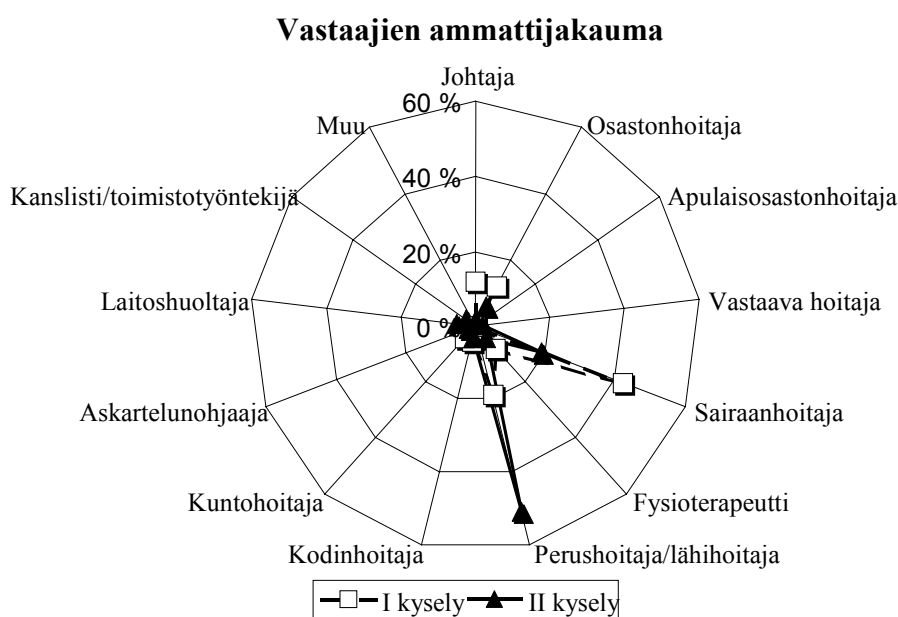
vakinaisia työntekijöitä oli 80 prosenttia vastaajista. Ammattitaitausta oli mukana vastausvaihtoehdoissa lähinnä sen vuoksi, että pystyin arvioimaan, miten hyvin vastaajat edustivat kyseisten työpaikkojen henkilöstörakennetta. Vanhainkotien henkilökunta osallistui tutkimukseen aktiivisemmin kuin terveystieteiden sairaalan henkilökunta.

Taulukko 3. Toisen osatutkimuksen eläytymismenetelmä- ja kyselyaineisto

ORGANISAATIO	POSTITETUT LOMAKKEET JA KERTOMUSTEHTÄVÄT N	KERTOMUSTEHTÄVÄN KIRJOITANEET		KYSELYYN VASTANNEET	
		N	Vastaus %	N	Vastaus %
Vanhainkoti 1	63	24	38	27	43
Vanhainkoti 2	56	18	32	20	36
Vanhainkoti 3	37	12	32	17	46
Terveystieteiden sairaala	170	47	28	66	39
Puuttuva tieto	-	2	-	3	-
Yhteensä	326	103	32	133	41

### Taustatekijöiden tarkastelua aineiston analyysin näkökulmasta

Verrattaessa ensimmäisen ja toisen kyselyn vastaajien ammattijakaumaa voidaan todeta, että toisen kyselyn vastaajien ammattijakauma oli laajempi ja kuvasti paremmin kohdeorganisaatioiden todellista henkilöstöjakaumaa kuin ensimmäinen aineisto (kuvio 4).



Kuvio 4. Kyselyyn vastanneiden ammattinimikkeet kahdessa kyselyaineistossa

*Vanhainkotien ja terveyskeskussairaalan* henkilökunnan laatukäsitykset erosivat kyselyaineistossa ja kertomusaineistossa toisistaan jonkin verran. Tästä syystä toisen kyselyn tulosten tarkastelun yhteydessä vanhainkotien ja sairaalan henkilökunnan vastauksia verrataan sekä keskenään että ensimmäisen vanhainkotikyselyn tuloksiin.

Myös *johdon ja työntekijöiden laatukäsitykset* erosivat kyselyaineistossa jonkin verran toisistaan. Johdon ja muun henkilöstön välisiä eroja vertailtiin kummassakin *kyselyaineistossa* siten, että vastaajat jaettiin kahteen ryhmään, johtoon ja työntekijöihin. Ensimmäisessä aineistossa johtoon kuuluivat vanhainkotien johtajat ja osastonhoitajat. Toisessa aineistossa johtoon kuuluivat vanhainkotien johtajat, vanhainkotien ja sairaalan osastonhoitajat, sairaalan apulaisosastonhoitajat ja vanhainkotien vastaavat hoitajat. Ensimmäisen kyselyn vastaajissa oli kuusi esimiestä ja toisen kyselyn vastaajissa 13. Muut työntekijät ryhmiteltiin analyysissä samaan ryhmään.

Eri ammattiryhmiä (esim. sairaanhoitajat ja osastonhoitajat) ei vertailtu tässä tutkimuksessa järjestelmällisesti keskenään, vaikka aikaisempien kyselytutkimusten perusteella tiedetään, että työtehtävillä on vaikutusta laatukäsityksiin (esim. Tuominen & Lillrank 2000). Ammattiryhmien *kyselyvastausten* välillä oli jonkin verran eroja, mutta ryhmät olivat liian pieniä, jotta olisi ollut mielekästä tarkastella niitä erikseen. Kahden suuren ammattiryhmän, perushoitajien ja sairaanhoitajien, laatukäsityksissä ei kyselyvastausten ristiintaulukoinnin perusteella näyttänyt olevan suuria eroja. Edellä mainituista syistä *työntekijät*-ryhmään kuuluvien vastauksia ei eritellä ryhmän sisällä. Myöskään *kertomuksia* ei tarkastella ammattiryhmittäin, koska yksittäisten työntekijöiden väliset erot olivat suurempia kuin ammattiryhmien väliset erot. Selkeimmät erot löytyivät verrattaessa toimistotyöntekijöiden ja laitoshuoltajien kertomuksia muihin ammattiryhmiin. Avustavan henkilökunnan kontekstissa hoidon yksityiskohdat eivät välttämättä ole yhtä moniulotteisia kuin esimerkiksi sairaanhoitajilla. Tämä ero on luonnollista, koska toimistotyöntekijöillä ja laitoshuoltajilla ei ole samansisältöistä ammatillista taustaa ja ymmärtämisyyhteyttä kuin sairaanhoitajilla ja perushoitajilla. Tarkastellessani esimiesten kertomuksia erillään muiden vastaajien kertomuksista kertomusten sisällössä ei ollut selkeitä eroja suhteessa muiden ammattiryhmien kertomuksiin.

Tulosten tarkastelun yhteydessä kyselyaineistosta käytetään ilmaisuja *ensimmäinen kysely* ja *toinen kysely*. Ensimmäinen kysely tehtiin vain vanhainkotien henkilökunnalle. Toisen kyselyn kohteena olivat vanhainkodit ja terveyskeskussairaala. Taulukossa 4 esitetään kehyskertomusversiot ja niihin kirjoitettujen kertomusvastausten lukumäärät.



Taulukko 4. Kehykertomustyypit ja niihin kirjoitettujen tarinoiden lukumäärät kahdessa eläytymismenetelmäaineistossa

POSITIIVISET KEHYSKERTOMUKSET	NEGATIIVISET KEHYSKERTOMUKSET	NEUTRAALIT KEHYSKERTOMUKSET	MÄÄRITELMÄLLISET KEHYSKERTOMUKSET
<p>KERTOMUSTEHTÄVÄ 02 (N=13) Kuvittele olevasi lähikaupassasi. Vieressäsi kaksi naista keskustele vanhempiansa hoidosta sinulle tuntemattomassa vanhainkodissa. Toinen naisista toteaa: ”Se on laadultaan niin hyvä vanhainkoti, että voisin kuvitella asuvani siellä itsekkin vanhana!”</p> <p>KERTOMUSTEHTÄVÄ 2 (N=9) Kuvittele, että olet töissä terveystieteiden tutkimuskeskuksessa, joka on kuuluisa tuottamiensa palvelujen hyvästä laadusta.</p>	<p>KERTOMUSTEHTÄVÄ 01 (N=13) Kuvittele olevasi lähikaupassasi. Vieressäsi kaksi naista keskustele vanhempiansa hoidosta sinulle tuntemattomassa vanhainkodissa. Toinen naisista toteaa: ”Se on laadultaan niin huono vanhainkoti, että en voisi kuvitella asuvani siellä vanhana!”</p> <p>KERTOMUSTEHTÄVÄ 3 (N=7) Kuvittele, että olet töissä terveystieteiden tutkimuskeskuksessa, joka on kuuluisa tuottamiensa palvelujen huonosta laadusta.</p>	<p>KERTOMUSTEHTÄVÄ 1 (N=3) Kuvittele, että olet töissä terveystieteiden tutkimuskeskuksessa, joka on kuuluisa tuottamiensa palvelujen laadusta.</p> <p>KERTOMUSTEHTÄVÄ 10 (N=15) Kuvittele, että olet töissä vanhainkodissa, joka on kuuluisa tuottamiensa palvelujen laadusta.</p>	<p>KERTOMUSTEHTÄVÄ 4 (N=7) Kuvittele, että olet töissä terveystieteiden tutkimuskeskuksessa, joka on kuuluisa tuottamiensa palvelujen laadusta. Asiat tehdään niin kuin on sovittu.</p> <p>KERTOMUSTEHTÄVÄ 5 (N=14) Kuvittele, että olet töissä terveystieteiden tutkimuskeskuksessa, joka on kuuluisa tuottamiensa palvelujen laadusta. Siellä toimitaan asiakkaan odotusten mukaisesti.</p> <p>KERTOMUSTEHTÄVÄ 6 (N=7) Kuvittele, että olet töissä terveystieteiden tutkimuskeskuksessa, joka on kuuluisa tuottamiensa palvelujen laadusta. Siellä ei tehdä virheitä.</p> <p>KERTOMUSTEHTÄVÄ 7 (N=9) Kuvittele, että olet töissä vanhainkodissa, joka on kuuluisa tuottamiensa palvelujen laadusta. Palvelut ovat erinomaisia.</p> <p>KERTOMUSTEHTÄVÄ 8 (N=17) Kuvittele, että olet töissä vanhainkodissa, joka on kuuluisa tuottamiensa palvelujen laadusta. Asiat tehdään niin kuin on sovittu.</p> <p>KERTOMUSTEHTÄVÄ 9 (N=15) Kuvittele, että olet töissä vanhainkodissa, joka on kuuluisa tuottamiensa palvelujen laadusta. Siellä toimitaan asiakkaan odotusten mukaisesti.</p>

### 2.3.3 Aineiston analyysin vaiheet

Laadullisen aineiston käsittelyyn on olemassa omia tietokoneohjelmia, jotka helpottavat esimerkiksi tiettyjen aineistokohtien löytämistä ja ilmaisujen lukumäärien laskemista. Koska puhtaaksi kirjoitettu kertomusaineisto ei ollut sivumäärällisesti kovin laaja, ja laatusuositusaineisto ei ollut sähköisessä muodossa, en suunnitellut missään vaiheessa käyttäväni laadullisen aineiston käsittelyyn tarkoitettuja tietokoneohjelmia (esim. Atlas). Ohjelma olisi saattanut helpottaa kertomusaineiston analyysiä joiltain osin.

Hoitohenkilökunnan kirjoittamien kertomusten pituudet vaihtelivat yhdestä rivistä 74 riviin, ja keskimääräinen pituus oli 11 riviä puhtaaksi kirjoitettuna kirjasinkoolla 10 ja ykkösrivivälillä. Vaikka kirjoitustilanne oli erilainen kahdessa aineistossa, kertomusten keskimääräisten pituuksien väliset erot eivät olleet suuria. Toisessa aineistossa, jossa kirjoittaja itse päätti kirjoittamisen ajankohdan, oli kuitenkin useampia pitkiä kertomuksia, useita sivuja käsin kirjoitettuna. Aikaisempien tutkimusten mukaan kertomuksen pituus heijastaa sitä, miten vaikeaa kertomuksen kirjoittaminen on ollut. Vaikeisiin kehyskertomuksiin kirjoitetaan lyhyitä vastauksia. (Eskola & Kujanpää 1992.) Tällä perusteella kehyskertomukset eivät olleet erityisen vaikeita, koska vastaajat kirjoittivat yleensä käsin A4-sivun pituisen kertomuksen. Toisaalta todennäköistä on myös se että henkilöt, jotka pitivät kertomustehtävää vaikeana, eivät kirjoittaneet kertomusta.

Ensimmäisessä osatutkimuksessa kerättiin koulutustilaisuuden yhteydessä yhteensä 26 vanhainkoteja kuvaavaa kertomusta. Toisen osatutkimuksen osalta terveyskeskussairaalaa koskevia kertomuksia palautui yhteensä 47 ja vanhainkoteja koskevia yhteensä 56. Vanhainkoteja koskevia kertomuksia oli siten yhteensä 82 ja terveyskeskussairaalaa koskevia yhteensä 47 kappaletta. Numeroin ensimmäisen aineiston palautuneet lomakkeet koodeilla 01–026 tallennusjärjestyksessä ja toisen aineiston lomakkeet (myös pelkkään kyselyyn vastanneiden lomakkeet) koodeilla 1–137<sup>30</sup>. Tulososassa käytetään kertomuslainausten yhteydessä numero-koodeja, joista ensimmäinen luku viittaa kehyskertomusversioon ja toinen kertomusnumeroon. Kirjoitin kaikki kertomukset puhtaaksi koneella, ja lisäsin niihin kertomusversion koodin, juoksevan kertomusnumeron, hoitolaitoksen nimen ja työntekijän ammattinimikkeen.

---

<sup>30</sup> Numeroinnissa oli mukana myös yhtä palvelutaloa koskevat vastaukset, mutta ne eivät olleet mukana tämän tutkimuksen aineistossa.

Tämän tutkimuksen aineiston sisällön analyysissä yhdistellään aineistolähtöisyyttä ja teoriasidonnaisuutta (ks. Eskola 2001b, 136–138; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21–43). Analyysissä on siten teoreettisia kytkentöjä, mutta analyysi ei suoraan nouse teoriasta tai pohjaudu teoriaan, kuten teorialähtöisessä analyysissä. Puhtaasti aineistolähtöisessä, induktiivisessä analyysissä teoria pyritään konstruoimaan aineistosta itsestään. Tässä tutkimuksessa on keskeistä löytää hoitotyöntekijöiden tarinoista ja dokumenttiaineistosta laatua kuvaavia merkityksenantoja ilman aikaisemman teorian analyysiä rajaavaa vaikutusta.

Tein hoitotyöntekijöiden *kertomusvastausten* alustavan analyysin aineistolähtöisesti etsimällä aineistosta teemoja. Koodasin kertomukset työntekijäkohtaisesti ilmenneiden teemojen mukaisesti. Täten sain selville sekä *työntekijäkohtaiset merkityksenannot* että koko aineistosta löytyvät *aineistokohtaiset yleisimmät merkityksenannot*. Luvussa 5.1 kuvaan kyseisen vaiheen tuloksia. Tämän jälkeen aloitin aineiston käsittelyn uudelleen teoriasidonnaisesti käyttäen apuna aikaisemmissa tutkimuksissa käytettyjä laatu näkökulmia. Näitä näkökulmia olivat asiakas-, suunnittelu-, tuotanto- ja systeemikeskeinen laatu näkemys, jotka toimivat eräänlaisina johtoajatuksina. Näihin näkökulmiin sijoitin ilmauksia kirjoittajien laadulle antamien merkitysten mukaisesti. Näkökulmat toimivat siten eräänlaisina teemoina, joiden ympärille ryhmittelin kertomuksissa ilmenneet merkityksenannot.

Tarkastellessani kertomusaineistoa laatu näkökulmittain kävin läpi aineiston kertomus kertomukselta. Esimerkiksi asiakas keskeisyyttä tarkastellessani luin kertomukset läpi yrittäen tunnistaa asiakkaaseen liittyviä ilmauksia. Löydettyäni lauseita, joissa viitattiin asiakkaaseen, ryhmittelin kertomuskohtaiset asiakokonaisuudet taulukkoon erottaen myönteiset ja kielteiset kokonaisuudet eri sarakkeisiin. Tämän jälkeen etsin lauseista asiakas keskeisyyden eri osatekijöitä, joita olivat esimerkiksi asiakkaan osallistuminen hoidon suunnitteluun ja asiakkaan mahdollisuus antaa palautetta. Osatekijöiden tunnistamisen jälkeen ryhmittelin lauseet yhdistävän tekijän mukaisesti taulukkoihin uudelleen. Merkityssuhteen ydinkohdan erotin tekstilainauksissa muusta tekstistä lihavoimilla. Asiakas keskeisen laadun yhteydessä erotin yhdeksi yhdistäväksi tekijäksi itsemääräämisoikeuden, jonka yksi osatekijä oli hoidon suunnitteluun osallistuminen.

LAATU ILMENTYMINEEN	HYVÄN LAADUN MERKITYSSUHTEET KERTOMUKSISSA	HYVÄN LAADUN MERKITYSSUHTEET LAATUSUOSITUKSISSA
<p>Laadun näkökulma: asiakaskeskeisyys Asiakaskeskeisyyteen liittyvä merkityskokonaisuus: itsemääräämisoikeus Itsemääräämisoikeuden osatekijä: hoidon suunnitteluun osallistuminen</p>	<p>Potilaat <b>osallistuvat hoidon suunnitteluun</b>, tavoitteiden asetteluun ja arviointiin ja antavat myös palautetta luontevasti saamastaan hoidosta (6, 69).</p> <p><b>Hoitosuunnitelman</b> laadinnassa ja tarkistuksessa <b>mukana</b> myös potilas (8, 31).</p> <p>Noudatamme <b>hoitosuunnitelmaa</b> joka laaditaan asiakkaan ja omaisten kanssa <b>yhdessä</b> (8, 74).</p> <p>Asukkaalle laaditaan <b>hoitosuunnitelma yhdessä</b> asukkaalla omaisten, omahoitajan ja moniammatillisen tiimin kanssa (9, 56).</p>	<p>Tärkeä laadun kehittämisen tie on mahdollistaa asiakkaiden aito <b>osallistuminen</b> itseään koskeviin valintoihin ja ratkaisuihin. Esimerkkejä näistä tilanteista ovat palvelu- ja hoitopaikan valinta, <b>hoito- ja palvelusuunnitelmien</b> tekeminen ja jatko- hoitopäätösten tekeminen. (Laadunhallinta 1, 11.)</p>

Jatkossa näkökulmien yhteydessä esitettävissä kertomuslainauksissa on kuvattu yksi asiakokonaisuus, esimerkiksi laadun osatekijän kuvaus, joka on voinut olla yksi tai useampi lause. Samassa lauseessa saattaa olla useita merkityksenantoja, joten sama tekstiviittaus voi esiintyä useassa eri yhteydessä. Merkityssuhteita kuvataan sekä taulukoissa että pallokuvioina. Taulukoissa merkityssuhteiden keskeinen sisältö on pyritty kuvaamaan tutkijan kielellä vasemmanpuoleisessa sarakkeessa. Muissa sarakkeissa viittaukset ovat suoria lainauksia kertomuksista ja laatusuosituksista.

Laadun ilmentymämaininnat (vasen sarake) ovat *pelkistyksiä* alkuperäisistä lauseista. Olen kuitenkin pyrkinyt käyttämään sitä ilmaisua, jota kirjoittajat ovat käyttäneet. Tästä syystä ilmaisut voivat olla abstraktiotasoltaan erilaisia. Tähän vaikuttaa merkityksenantojen kehittyneisyys. Mitä kehittyneempiä merkityksenannot ovat, sitä yksityiskohtaisemmin kirjoittaja ilmiötä kuvaa. Jos merkityssuhde on kehittymätön, ilmaus jää hyvin yleiselle tasolle ja viittaa siihen, että työntekijällä ei ole ollut kyseisestä asiasta henkilökohtaista kokemusta.

Erillisten merkityksenantojen, tässä yhteydessä laadun osatekijöiden, yhdistämisessä olen pyrkinyt käyttämään alkuperäisiä ilmaisuja, jotta en vääristäisi merkityksenantoja. Esimerkiksi itsemääräämisoikeus oli asiakaskeskeiseen laadunäkemykseen liittyvä yhdistävä tekijä, joka sisälsi useita osatekijöitä eli merkityksenantoja. Kuitenkin itsemääräämisoikeus-ilmaisua käytettiin myös useissa kertomuksissa. Täten kyseinen laadun osatekijöitä kokoava ilmaisu ei ol-

lut tutkijan keksimä nimitys yhdistävälle tekijälle. Myös yhdistävät ilmaukset ovat tästä syystä abstraktiotasoltaan hyvin erilaisia.

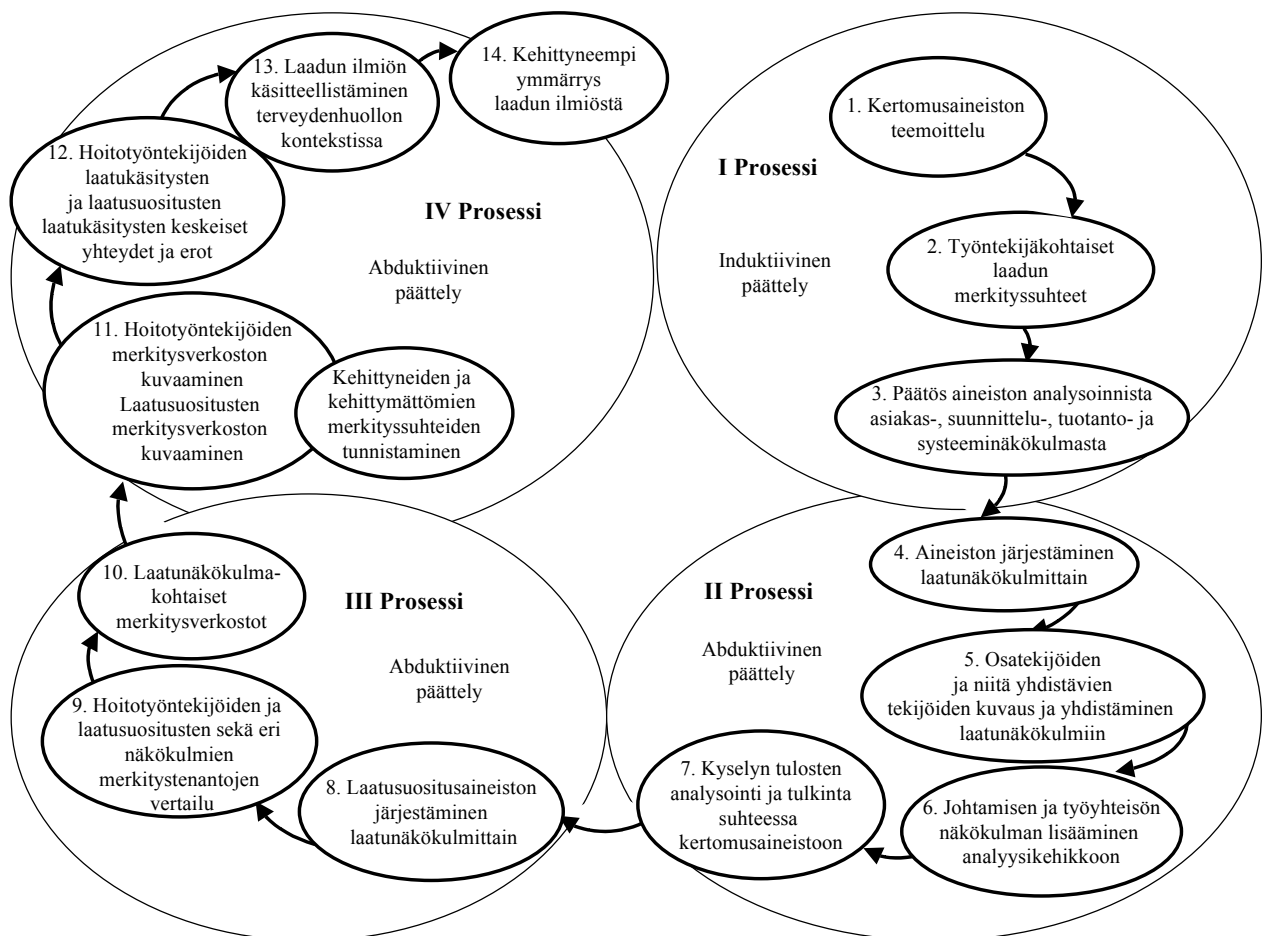
Maininnat on *ryhmitelty* ilmentymän sisällön mukaisesti sopivan laatu näkökulman yhteyteen. Laatu näkökulmat sisältävät useita *osatekijöitä* ja niitä *yhdistäviä tekijöitä*. Esimerkiksi asiakas keskeisyyteen liittyviä yhdistäviä tekijöitä olivat asiakkaan itsemääräämisoikeus, kohtelu, hoitoympäristö ja asiakaspalaute, jotka sisälsivät kukin useita osatekijöitä. Analyysi ei kuitenkaan noudata induktiivisen sisällönanalyysin pelkistäminen-ryhmittely-abstrahointi vaiheita (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999). Yhdistäviä tekijöitä on muodostettu vain, jos niitä on luontevasti syntynyt. Muussa tapauksessa laatu näkökulmaan on liitetty vain osatekijöitä.

Käytyäni kertomusaineiston läpi huomasin, että valitsemani laatu näkökulmat eivät kattaneet kertomusaineiston merkityksenantoja. Kertomuksissa oli kuvauksia organisaation johtamisesta ja johtajan ominaisuuksista sekä työyhteisöön liittyvistä tekijöistä. Tästä syystä päätin lisätä laatu näkökulmiin johtamisen ja työyhteisön laadun. Kävin kertomusaineiston uudelleen läpi, ja tunnistin uuteen näkökulmaan liittyvät osatekijät ja niitä yhdistävät tekijät. *Kyselyvastaukset* analysoin pääasiassa kunkin laatu näkökulman yhteydessä, koska kyselylomakkeessa oli kysymyksiä, jotka olivat selkeästi erotettavissa tiettyihin laatu näkökulmiin kuuluviksi.

Kertomusaineiston laatu näkökulmittaisen analyysin jälkeen luin *laatusuositusaineiston*, ja etsin sieltä samalla tavalla kuin kertomuksista eri laatu näkökulmiin liittyviä ilmauksia. Ryhmitelin myös tämän aineiston näkökulmittain taulukkoihin. Tämän jälkeen etsin lauseista erillisiä osatekijöitä käyttäen johtolankana kertomuksissa esiintyneitä osatekijöitä ja niitä yhdistäviä tekijöitä. Kun olin käynyt sekä kertomukset että laatusuositukset läpi ryhmitellen aineistoa lauseittain tai isompina kokonaisuuksina eri näkökulmiin ja eri näkökulmissa eri osatekijöiden yhteyteen, yhdistin samaan taulukkoon laatu näkökulmittain sekä kertomus- että suositusviitaukset. Tämän jälkeen etsin merkityksenantojen välisiä yhteyksiä ensin näkökulmien sisällä ja sitten eri näkökulmien välillä. Samalla vertailin kertomusten ja laatusuositusten laatu näkökulmille antamia merkityksiä. Tämän jälkeen tiivistin näkökulmittain keskeiset tekijät näkökulmakohtaiseen pallokuvioon, joka toimi samalla kyseisen laatu näkökulman käsitteellistämisen tiivistyneenä ilmauksena. Merkityssuhteiden havainnollistamiseen käytetyissä pallokuvioissa ei ole erikseen kuvattu huonon laadun merkityssuhteita. Kuvioissa ei ole näkyvissä myöskään kyselyn tuloksia, koska kyselyssä merkitykset olivat annettuja. Käsittelen kuitenkin kertomusaineiston yhteydessä myös kyselyn tulokset. Alkuperäisenä tarkoituksena oli tarkastella kyselyaineistoa lähinnä kertomusaineiston analyysin virittäjänä eikä niinkään itsenäisenä

kvantitatiivisena tutkimuksena, joka perustuu erilaiseen käsitykseen tiedon luonteesta. Kyselyn painoarvo oli kuitenkin suurempi tulosten tulkinnassa kuin osasin odottaa. Kyselyn tulosten ja kertomusaineiston analysoinnin välinen vuorovaikutus syvensi kokonaistulkintaa. Laatu- ja näkökulmittaisen tarkastelun jälkeen muodostin erikseen sekä hoitotyöntekijöiden että laatusuositusten sisältämistä merkityksenannoista laadun *kokonaisnäkemystä kuvaavat merkitysverkostot* ja esitin ne pallokuvioina. Lopuksi käsitelin laatusuositusten ja hoitotyöntekijöiden käsitysten yhteyksiä ja eroja.

Tutkimusprosessi on kuvattu analyysin ja tulkinnan näkökulmasta kuviossa 5. Nuolet kuvaavat prosessin etenemissuuntaa. Prosessi voidaan jakaa karkeasti neljään alaprosessiin. Ensimmäisessä vaiheessa tapahtui kertomusaineiston teemoittelu aineistolähtöisesti. Toisessa vaiheessa alkoi kertomus- ja kyselyaineiston analyysi laatu- ja näkökulmien mukaisesti. Kolmannessa vaiheessa analysoin laatusuositusaineiston. Sen jälkeen vertailin laatu- ja näkökulmittain kertomus- ja laatusuositusaineistoja. Neljännessä vaiheessa kuvasin erikseen hoitotyöntekijöiden ja laatusuositusten merkitysverkostot. Erottelun jälkeen etsin näiden verkostojen välisiä yhteyksiä ja eroja. Lopuksi tein johtopäätöksiä laadun ilmiöstä kehittyneemmän laatu- ja näkökulmittaisen muodostamiseksi.



Kuvio 5. Tutkimusprosessi aineiston analyysin ja tulkinnan näkökulmasta

## 3 Laatu ja laatujohtaminen: laadun määrittely johtamisen perustana

### 3.1 Laadun määrittely laatu- ja laatujohtamisen avulla

#### 3.1.1 Laatu käsitteenä

Laatu on sosiaalisesti rakentunut, kulttuuriin ja kieleen sidonnainen ja sopimuksenvarainen käsite<sup>31</sup> (Kekäle & Lehikoinen 2000, 35). Siten jossain toisessa kulttuurissa tai eri aikakautena hyvälle laadulle annetaan erilaisia merkityksiä kuin mitä tällä hetkellä meidän kulttuurissamme. Merkitysten kontekstuaalisuutta kuvastaa Uuden kielioppaan (Itkonen 2000, 219) laadun määritelmä, jonka mukaan laatu on jonkin kulloinkin merkitsevät ominaisuudet. Laatuun liittyy vertailuasetelma, tuotetta tai palvelua verrataan johonkin tasoon, mielikuvaan, tavoitteen tai vastaavaan. Tämän vuoksi laatu on aina suhteellista. Laatua määriteltäessä on mietittävä, mikä on määrittelyn kohde ja päätettävä, millä abstraktio- tai organisaatiotasolla ja kenen näkökulmasta määrittely tehdään (Luoma 2001; Perälä 1998). Turtiaisen (2000) mukaan laatu on semi-teoreettinen ja olemassa vain jonkin toisen yhteyden kautta.

Laatukäsitteessä on usein emotionaalinen lataus, johon liittyy laadun näkeminen hyvä-pahadikotomiana (Perälä 1995). Toisaalta laatuun liittyvä positiivinen arvolutaus ja yleinen hyväksyttävyyden näkyvät laatukäsitteen yleistymisenä useissa yhteyksissä. Laatu on myönteisempi toiminnan kehittämisessä, iskulauseen osana kuin esimerkiksi tuottavuus, ja siten se on käytökelpoinen johtamisen yleiskäsite ja painopiste eri toimintojen yhteistyölle.

Englannin kielessä *laatu* viittaa *hyvään* laatuun, erinomaisuuden asteeseen tai ylivoimaisuuteen. Vastaavat adjektiivit ovat laadukas, korkealaatuinen tai hyvälaatuinen. Puhuttaessa esimerkiksi korkeatasoisesta hoitotyöstä puhutaan myös hyvästä hoitotyöstä. Tällöin *hyvä* vastaa lähinnä adjektiivia *quality* (quality nursing care, hyvä hoitotyö). Suomessa vastaavat adjektiivit ovat laadukas, hyvälaatuinen, korkealaatuinen ja vastakohtana huonolaatuinen. (Pelkonen & Perälä 1992, 61; ks. myös Itkonen 2000, 218.)

---

<sup>31</sup> Käsitteiden määrittelyllä tarkoitetaan niiden aikaisemman käytön analysointia, eri määrittelyjen keskinäisten samankaltaisuuksien ja erojen osoittamista sekä omien määritelmien suhteuttamista näihin (Kakkuri-Knuuttila 1999, 328). Wright (2001, 27–28) kuvaa käsitteanalyysiin liittyviä haasteita seuraavasti: *Käsitteetutkimuksen – ja uskoisin, että yleensäkin filosofisen tutkimuksen – kimmokkeena on hämmennys, jota koemme joidenkin sanojen merkityksen suhteen. Tavallisesti kyseiset sanat ovat tuttuja meille. Tiedämme yleensä ottaen, miten ja milloin niitä tulee käyttää. Joskus kuitenkin olemme pulassa emmekä tiedä, pitäisikö jotain oliota kutsua tällaisella sanalla "x". Emme ole pulassa siksi, että olisimme tietämättömiä, onko kyseisellä oliolla jokin piirre "y", joka olisi peruste kutsua tai olla kutsumatta sitä "x":ksi. Epäroimme, koska emme tiedä, mitkä tämän olion piirteet antavat perusteita kutsua tai olla kutsumatta sitä "x":ksi.*

Suomen kielessä *hyvä laatu* ja *laatu* eivät automaattisesti tarkoita samaa asiaa. Toisaalta Nykysuomen sanakirjan (1973, 8) mukaan laatu varsinkin uudehkojen yhdyssanojen alkuosana ilmaisee usein nimenomaan hyvää laatua. Hyvän käsite viittaa usein samoihin tärkeiksi ja tavoiteltaviksi osoitettuihin asioihin kuin hyvä laatu tai laadukas. Wrightin (2001) käsitteanalyttinen tutkielma hyvän muunnelmista käsittelee sanan *hyvä* käytön moninaisuutta. Wright lähestyy etiikkaa hyvän muunnelmien kautta. Moraalikysymykset koskevat enimmäkseen hyvää, pahaa ja velvollisuutta. Wright erottaa toisistaan 1) instrumentaalisen eli välineellisen, 2) teknisen, 3) utilitaarisen, 4) terveydellisen, 5) hedonisen ja 6) ihmisen hyvän<sup>32</sup>. Wrightin esittämien hyvän muotojen näkökulmasta esimerkiksi *tekninen hyvä* viittaa palvelun laadun yhteydessä tehtyyn jaotteluun tekninen ja toiminnallinen laatu. *Tekninen laatu* (ks. esim. Grönroos 1987) viittaa ammatinharjoittajan ammattitaitoon eli esimerkiksi kirurgin taitoon tehdä leikkauksia ja vastaa siten teknistä hyvää. Täten hyvän ja laadun väliset yhteydet näkyvät myös tässä jaottelussa.

Laadun määritelmät voidaan jakaa *operationaalisiin* ja *teoreettisiin* (käsitteellisiin) (Perälä 1995, 16). Operationaaliset määritelmät ovat yksityiskohtaisia, rajattuja ja konkreettisia. Niitä käytetään todellisen tilanteen ja tavoiteltavan tilanteen *yhdenmukaisuuden* vertaamisessa tietyssä kontekstissa. Tällaisia ovat esimerkiksi erilaiset yksityiskohtaiset laatukriteerit terveydenhuollossa, joiden toteutumisen arviointi juuri konkreettisuuden vuoksi voi olla helppoa. Teoreettiset laadun määritelmät ovat erilaisia tunnistettuja *arvolähtökohtia* kuvaavia, toimintaperiaatteita, toimintapolitiikkaa tai jokin ominaisuus, joka kuvaa esimerkiksi organisaation erinomaisuutta. Tällaisen laadun arviointi on vaikeaa, mutta välttämätöntä esimerkiksi terveydenhuollossa tehtävien priorisointien yhteydessä. Laadun teoreettiseen määrittelyyn liittyvät esimerkiksi julkisessa terveydenhuollossa palvelujen oikeudenmukainen ja tasa-arvoinen saatavuus.

Kunnallinen työmarkkinalaitos (2000; vrt. Hiironniemi 1992) on määritellyt tuloksellisuutta koskevassa suosituksessaan laadun yhdeksi tuloksellisuuden osatekijäksi. Tuloksellisuus on

---

<sup>32</sup> *Välineellinen* eli instrumentaalinen hyvä on ensisijaisesti hyvää jonkun tarkoituksiperän kannalta (keinojen tehokkuus suhteessa päämääriin, esim. hyvä veitsi). Se liittyy pääasiassa työkaluihin ja välineisiin. *Tekninen* hyvä on ensisijaisesti sitä, että on hyvä jossakin (suorituskyvyn paremmuus, esim. hyvä juoksija), ja siten se liittyy kykyyn tai taitoon. Kun jotain kutsutaan hyväksi välineellisessä tai teknisessä mielessä, sanomme usein, että kyseinen asia on hyvä omassa lajissaan. Esimerkiksi hyvä veitsi on hyvä veitsenä ja hyvä lääkäri on hyvä lääkärinä. *Utilitaarinen* hyvä tarkoittaa hyödyllistä ja hyödyllisyyttä. Ilmauksella ”olla hyväksi jollekin” voidaan tässä yhteydessä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että turistin on hyvä osata sen maan kieltä, jossa hän matkustelee. *Terveydellinen* hyvä liittyy terveyteen. Tällöin voidaan terveydellisessä mielessä puhua hyvistä silmistä, hyvistä keuhkoista. *Hedoninen* hyvä käsittää saman alueen kuin arkikielen mielihyvä. *Ihmisen* hyvän synonyyminä voidaan pitää hyvinvointia. (Wright 2001.)



siten eräänlainen kattokäsite, joka koostuu neljästä näkökulmasta: 1) palvelujen (kustannus)vaikuttavuudesta, riittävydestä ja kohdentuvuudesta, 2) palvelujen laadusta ja asiakastyytyväisyydestä, palvelujen saatavuudesta ja palveluyksiköiden keskinäisestä yhteistyöstä, 3) tuottavuudesta, taloudellisuudesta ja palveluprosessin sujuvuudesta sekä 4) henkilöstön aikaansaannoskyvystä (osaaminen, innovatiivisuus, viihtyvyys, työmotivaatio, työkyky). Palvelun laadulla ja asiakastyytyväisyydellä tarkoitetaan suosituksessa välittömien palvelutilanteiden ja asiakkaan kohtaamisen laadukkuutta. Onnistuminen vuorovaikutuksessa ennakoitavien vaikutusten saavuttamista. Hyvä laatu on edellytys vaikuttavuudelle, mutta se ei välttämättä ole taiteen toteutumiseksi. Vaikutusta voidaan arvioida usein vasta palvelutilanteiden jälkeen. Laadun ja vaikuttavuuden erottaminen toisistaan on ollut hallintotieteissä (ks. esim. Lumijärvi 1994c) tyypillistä. Niiden erottelussa on keskeistä aikajänne – laadunarviointi kytkeytyy välittömiin palvelutilanteisiin, mutta vaikuttavuusarvioinnissa on kyse myöhemmin ilmenevien asiointilojen kuvaamisesta. Tässä tutkimuksessa laatu ymmärretään laajempaan käsitteenä kuin pelkästään palvelutilanteisiin liittyvänä ilmiönä.

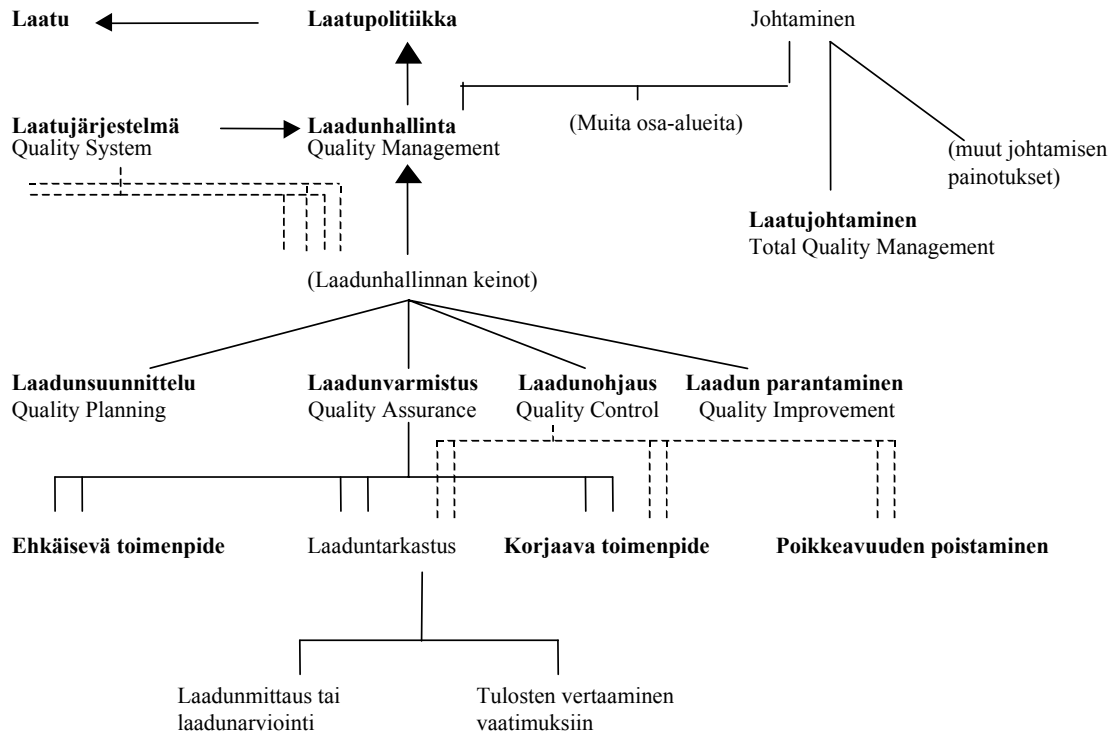
Useissa laatu eri näkökulmista tarkastelleissa tutkimuksissa kontekstina on ollut teollisuusympäristö todennäköisesti siitä syystä, että järjestelmällisen laadun ohjauksen ja laatujohtamisen mallien perusta on teollisuudessa (ks. esim. Garvin 1988; Kekäle 1998; Savolainen 1997). Näitä malleja ja kriteeristöjä, esimerkkeinä Euroopan laatupalkintokriteeristö ja ISO 9000-standardit, on käytetty myös julkisella sektorilla. Kyseiset mallit tuovat esille asioita, joihin tulisi kiinnittää huomiota toimintaa johdettaessa. Koska kyseisiä malleja sovelletaan terveydenhuollossa, ja niitä suositellaan yleisesti julkiselle sektorille, pidän tärkeänä mallien teollisuus- ja yritysälähtöisyyden tunnistamista ja niiden sisältämien laadun osatekijöiden esittelemistä. Osatekijät sisältävät laadulle eri konteksteissa annettuja merkityksiä, jotka voivat olla ristiriidassa keskenään.

Julkisella sektorilla ja erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa on pyritty yhdenmukaistamaan laadunhallintaan liittyvien käsitteiden käyttöä 1990-luvun puolivälistä saakka. Laatuun liittyvien käsitteiden, muun muassa laatuksiteerien, standardien ja laadunhallinnan, merkitykset vaihtelevat toimialojen välillä ja sisällä. Käsitteiden välille on saattanut syntyä tästä syystä sekaannuksia – tästä esimerkkinä hoitotyössä (Pelkonen & Perälä 1992) ja lääketieteessä (Vuori H. 1995) laatuvaatimukselle ja -kriteerille annetut erilaiset merkitykset (ks. myös Idänpään-Heikkilä, Outinen, Nordblad, Päivärinta & Mäkelä 2000, 9; SFS 1995).

Laadun käsitteen määrittelyyn liittyvien sekaannusten välttämiseksi useissa valtakunnallisissa laatusuosituksissa (esim. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta... 1999; Stakes 1995; Stakes 1996; Suomen Kuntaliitto 1998c–d) on painotettu yhteisen sanaston käyttöä. Yhteiseksi sanastoksi on esitetty teollisuuslähtöisen ISO 9000 -sarjan sanastoa ISO 8402 (SFS 1995). Myös *Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot* (1997) -julkaisu noudattaa käsittemäärittelyissään edellä mainittua sanastoa. Teollisuuslähtöisen sanaston käytölle ei kaikissa julkaisuissa esitetä perusteluja. Suomen Kuntaliitto (1998d, 7) esittää terveyspalveluja koskevassa laadunhallintasuosituksessa seuraavan perustelun: *yhtenäiset käsitteet varmistavat yhteisen kielen ja ymmärryksen laadusta organisaatioissa ja organisaatioiden välillä kansallisesti ja kansainvälisesti*. Sanastostandardi on kuitenkin melko vaikeaselkoinen ilman opastusta käytettäväksi, ja on vaikea kuvitella, että sanasto selkeyttäisi merkittävästi laatuun liittyviä käsitteitä terveydenhuollossa. Yhteinen kieli ja ymmärrys voivat syntyä todennäköisemmin samantyyppisessä kontekstissa toimivien organisaatioiden välille laadulle annettujen samankaltaisten merkitysten kautta kuin erilaiseen kontekstiin laaditun sanaston määrätietoisella käyttöönotolla. Käytännön työssä laatuksäsitteet selkeytyvät sanaston sijaan konkreettisten esimerkkien kautta. Näitä konkreettisiä esimerkkejä esitetään esimerkiksi *Laatukriteerit*-julkaisussa (Idänpään-Heikkilä ym. 2000).

Sanastostandardi ISO 8402 (SFS 1995) uudistettiin vuonna 2000 ja sen suomenkielinen versio ISO 9000 (SFS 2001a) ilmestyi vuonna 2001. Tässä yhteydessä käsitellään laatuun liittyviä käsitteitä pääasiassa ISO 8402 -sanaston mukaisesti, koska tutkimuksen aineistoon kuuluvat laatusuositukset on julkaistu ajankohtana, jolloin ISO 8402 -sanasto oli vielä käytössä, ja siihen viitattiin laatusuosituksissa. Kuviossa 6 on esitetty laadunhallinnan käsitejärjestelmä standardin ISO 8402:n (SFS 1995) mukaisesti. Tarkasteltaessa kuviota terveydenhuollon näkökulmasta ilmaisut *korjaava toimenpide* ja *poikkeavuuden poistaminen* sopivat paremmin liukuhihnalla tehtävään teollisuustyöhön kuin hoitotyöhön. Tämä ei tarkoita, ettei kyseisiä ilmaisuja voisi terveydenhuollossakin käyttää, mutta käyttökohteet on mietittävä tarkoin. Esimerkiksi asiakkaalle tapahtuneen hoitovirheen määrittely poikkeavuudeksi ja hoitovirheen vuoksi tehtävien uusien hoitotoimenpiteiden määrittely korjaaviksi toimenpiteiksi ei helposti yhdisty työntekijän mielessä *hyvän tekemiseen*. Täten terveydenhuollon teollisuusmaiset piirteet ainoana laadunhallintaan liitettynä ilmaisuina voivat lisätä kovien mittarien käyttöä laadunarvioinnissa ja vähentää lähimmäisenrakkautta korostavan, hyvän tekemiseen liittyvän työn arvostamista.

ISO 8402 (SFS 1995, 16) -sanasto määrittelee *laadun* tarkoitteen niistä ominaisuuksista muodostuvaksi kokonaisuudeksi, joihin perustuu tarkoitteen kyky täyttää sille asetetut *vaatimukset* ja siihen kohdistuvat *odotukset*. Vaatimusten määrittelijöitä ja odotusten esittäjiä voivat olla useat tahot, esimerkiksi terveydenhuollon ammattihenkilöt, poliitikot ja asiakkaat. Näiden eri ryhmien välillä voi olla intressiristiriitoja, joita joudutaan sovittamaan keskenään. Yksittäisen asiakkaan odotukset voivat poiketa yhteiskunnan palveluille asettamista vaatimuksista.



Kuviossa hierarkkiset suhteet kuvataan vinoviivoin piirrettyinä puudiagrammeina ja koostumussuhteet kampadiagrammeina. Hierarkkinen suhde syntyy, kun yläkäsitteeseen lisätään vähintään yksi käsitepiirre. Alakäsite on siten yläkäsitteen erikoistaus. Kaksoisviiva koostumussuhteessa viittaa tilanteeseen, jossa kokonaisuuteen tarvitaan monta kyseisenlaista osaa. Hierarkia- ja koostumussuhteiden piirrossuunta on joko ylhäältä alaspäin tai vasemmalta oikealle. Funktiosuhteet kuvataan nuolilla. (SFS 1995.)

Kuvio 6. Laadunhallinnan käsitejärjestelmä ISO 8402 -standardissa (SFS 1995, 45)

Organisaation johdon yleinen suhtautumistapa laatuun voidaan ilmaista *laatupolitiikkana* (SFS 1995, 22). Ensimmäisessä sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintasuosituksessa asetettiin tavoitteeksi laatupolitiikan laatiminen vuoden 1996 aikana jokaiseen organisaatioon (Stakes 1996). Tutkimusten mukaan laatupolitiikan laatiminen ja kattavan laatujärjestelmän rakentaminen eivät ole olleet vielä kovin yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Toisaalta kyseisissä organisaatioissa on kehitetty toimintaohjeita ja menettelytapoja, joita voidaan pitää laatujärjestelmän osina. (ks. esim. Mäki ym. 2000; Saalasti-Koskinen & Outi-

nen 2003.) Jos laatujärjestelmälle annetaan merkitys, joka kuvastaa muusta johtamisesta irrallista toimintaa, saattaa koko järjestelmä elää omaa elämäänsä muun johtamisen ulkopuolella.

*Laatujohtaminen* (Total Quality Management) on määritelty laatua keskeisenä pitäväksi johtamistavaksi, joka perustuu organisaation kaikkien jäsenten osallistumiseen ja jonka pitkän tähtäimen tavoitteita ovat asiakastyytyväisyyden tuoma menestys ja organisaation kaikkien jäsenten ja yhteiskunnan hyöty (SFS 1995, 24). Henkilöstön laajaa osallistumista laadun kehittämiseen ovat korostaneet myös useat laatujohtamisen kehittäjät (ks. esim. Deming 2000). Asiakastyytyväisyyden tuoma menestys voidaan tulkita yksityisen sektorin voitontavoitteluun liittyväksi. Julkisissa palveluissa asiakkaiden tyytymättömyys ei yhtä selkeästi vaikuta palveluiden järjestämiseen. Toisaalta yhteiskunnan hyöty viittaa laaja-alaisempaan laadunäkemykseen, ja sillä voidaan nähdä olevan yhteyksiä esimerkiksi kansalaisten oikeudenmukaista kohtelua ja tasa-arvoa painottaviin periaatteisiin. Täten laatujohtaminen antaa laadun ilmiölle ja sen johtamiselle laajemman merkitysisällön kuin pelkän laatujärjestelmän rakentamisen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon informaatio-ohjauksessa on käytetty laatujohtamisen sijaan laadunhallinnan käsitettä (esim. Stakes 1996). *Laadunhallinta* käsitetään yleisen johtamisen osaluokaksi, joka määrittää laatu politiikan ja -tavoitteet sekä laatuun liittyvät vastuut ja toteuttaa ne laadun suunnittelun, laadunohjauksen<sup>33</sup>, laadunvarmistuksen ja laadun parantamisen<sup>34</sup> avulla (SFS 1995, 22). Laadunhallinta (Quality Management, QM) ja laatujohtaminen (Total Quality Management, TQM) erotetaan standardissa ISO 8402 (SFS 1995) toisistaan. Laatujohtamisen käsitettä ei määritellä uudessa laatusanastossa ISO 9000 (SFS 2001a), sen sijaan johtamista pidetään keskeisenä käsitteenä. Tämä saattaa viitata siihen, että laadun johtamista ei haluta tarkastella erillään muusta johtamisesta. Laatujohtamisen ja muun johtamisen välinen ero saattaa tuntua melko keinotekoiselta, koska laatujohtaminen näyttää sisältävän keskeisen johtamisen sisällön (ks. Pollitt & Bouckaert 1995).

*Laatujärjestelmä* (laadunhallintajärjestelmä) määritellään laadunhallinnassa tarvittavien organisaatorakenteiden, menettelyjen, prosessien ja resurssien muodostamaksi kokonaisuudeksi (SFS 1995, 22). Laatujärjestelmän rakentamista pidetään terveydenhuoltoa koskevissa laa-

---

<sup>33</sup> *Laadunohjauksella* tarkoitetaan erilaisia tekniikoita ja toimintoja, joita käytetään laatuvaatimusten täyttämiseksi (SFS 1995, 22).

<sup>34</sup> *Laadun parantaminen* on koko organisaation laajuinen toiminta, jonka tarkoituksena on toimintojen ja prosessien tehostaminen, jotta sekä organisaation oma että sen asiakkaiden niistä saama hyöty lisääntyisi (SFS 1995, 24).

tusuosituksissa tärkeänä (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta... 1999; Stakes 1996), ja siten suositukset korostavat laadun standardointia laatukulttuurin rakentamisen sijaan.

*Laadun suunnittelussa* laaditaan laatuavoitteita ja laatuvaatimuksia sekä laatujärjestelmän eri osien soveltamista koskevien tavoitteita (SFS 1995, 22). Laadun suunnittelua ovat esimerkiksi laatuvaatimusten ja -kriteerien laadinta, jotka osaltaan heijastavat sitä, millaisia merkityksiä tavoitteita asettavat henkilöt antavat laadun ilmiölle. Tavoitteiden asettajien on tunnettava hyvin tavoitteiden kohteena oleva toiminta, jotta asetettavat vaatimukset ja kriteerit ovat riittävän kontekstisidonnaisia. Liian yleisellä tasolla olevat tai itsestään selvät tavoitteet voivat aiheuttaa henkilöstön turhautumista ja vähentää kriteerien toimintaa ohjaavaa vaikutusta.

Terveydenhuollossa on määritelty laadun suunnitteluun kuuluvia laatuvaatimuksia ja kriteereitä useilla tavoilla. Laatusuosituksien mainitsemassa sanastossa ISO 8402 (SFS 1995) *laatuvaatimukset* (Requirements for Quality) on määritelty laadun määrittämisen perusteeksi valituille prosessin, tuotteen tai muiden vastaavien ominaisuuksille määrällisinä tai laadullisina asetetuiksi vaatimuksiksi, joiden perusteella kyseinen tuote tai vastaava on toteutettavissa ja tarkastettavissa. *Laatukriteeri* (Quality Criterion) on määritelty ominaisuudeksi, joka on valittu laadun määrittämisen perusteeksi. Stakesin julkaisussa *Laatukriteerit* (Idänpään-Heikkilä ym. 2000, 9) käytetään ISO 8402 -sanaston mukaisia määritelmiä edellä mainituista käsitteistä (vrt. Scrivens 1995<sup>35</sup>; ks. myös Vuori H. 1995<sup>36</sup>).

Hoitotyössä on käytetty laatuvaatimuksia ja kriteereitä hieman erilaisessa merkityksessä kuin edellä. Laatuvaatimus on vastannut lähinnä ISO 8402 -standardin kriteerin määritelmää ja kriteeri laatuvaatimuksen määritelmää. Suomalainen sairaanhoitajayhteisö määritteli laatuvaatimuksen vuonna 1986 seuraavasti: *hoitotyön laatuvaatimuksella tarkoitetaan ammattihenkilöiden yhteisesti sopimaa ja kirjallisesti ilmaisemaa eettistä, tiedollista ja taidollista tavoite-*

---

<sup>35</sup> Scrivens (1995) esittää kaksi tapaa määritellä standardit. Standardi voidaan määritellä yksityiskohtaisesti ja käyttää sitä sinällään arviointiperusteena. Standardi voidaan myös määritellä yleisluonteisesti, mutta esittää erikseen arviointikriteerit, joiden avulla arvioidaan, toimitaanko standardin mukaisesti.

<sup>36</sup> H. Vuoren (1995, 94–95) mukaan standardi tarkoittaa samaa asiaa kuin laatuvaatimus. Hoidon laadun mittaaminen edellyttää hoidon kriteereiden määrittelyä. Kullakin kriteerillä on arvo (standardi eli laatuvaatimus), joka tulee saavuttaa, jotta laatua voidaan pitää hyvänä. Kriteerit osoittavat asiat, joiden suhteen asetamme tavoitteita, ja standardit eli laatuvaatimukset ilmaisevat, mitä nämä tavoitteet ovat. Kriteeri on siten laadun indikaattori, jolloin laatuvaatimus on toivottu kriteerin toteutumisen aste: 90 % asiakkaista pääsee omalle lääkärille kolmen päivän kuluessa. Vuoren esittämä käsitys laatuvaatimuksista ja kriteereistä vastaa ISO 8402 -standardin mukaista määritelmää. Indikaattorit varmistavat perustan tavoitteiden toteutumisen arvioinnille. Muun muassa vanhustenhuoltoon on kehitetty IKI-indikaattorit, joiden avulla voidaan arvioida ikäihmisten hoitoa ja palveluja (ks. Stakes 2003) tiettyjen tärkeiksi koettujen osatekijöiden avulla.

*tasoa, joka tulisi valitun arviointikohteen osalta saavuttaa (Pelkonen & Perälä 1992, 70).*

Kriteerit määriteltiin laatuvaatimusten *osatekijöiksi*, jotka ovat mitattavia, havaittavia ja jotka heijastavat laatuvaatimuksen tarkoitusta. Kriteerit jaettiin rakenne-, prosessi- ja tulokriteereihin. (ks. Pelkonen & Perälä 1992; Perälä, Eerola, Räikkönen, Koponen & Kerppilä 1995; ks. myös Mäki 1998). Kriteerit ja laatuvaatimukset kuvastavat näkemystä siitä, mitä pidetään tavoiteltavana eli laadulle annettua merkitystä. Kriteerit ovat myös kontekstisidonnaisia – samat kriteerit eivät ole yhtä tärkeitä kaikkien asiakasryhmien kohdalla. Rakenne-prosessi-tulokriteeri -ajattelu<sup>37</sup> perustuu Donabedianin (1981; 1988; 1996) 1960-luvulla terveydenhuollon arviointiin kehittämään jäsenyykseen. Taustalla on ajatus, että rakenteelliset tekijät mahdollistavat hoitoprosessin sujumisen ja prosessin sujuminen on puolestaan edellytys hyvälle tuloksille. Toisaalta palvelutuotannossa asiakkaan oma sitoutuminen on keskeinen tekijä tulosten kannalta. Täten rakenteelliset tekijät eivät välttämättä takaa sujuvaa prosessia.

Laatuvaatimuksen tai kriteerin tasoa määriteltäessä on mietittävä, asetetaanko vaatimus hyväksyttävän, riittävän hyvän vai hyvän laadun tasolle. Liian hyvä voi tulla liian kalliiksi ja nostaa asiakkaiden laatua koskevia odotuksia. Toisaalta riittävän hyvän laadun määrittely voi johtaa siihen, että laatu jää minimitasolle erityisesti niissä palveluissa, joissa kysyntä ei määrää automaattisesti tarjontaa. Kun palvelujen laatu määritellään keskimääräiselle tasolle, saatava huippulaadun tavoittelu puuttuu kokonaan julkisista palveluista.

*Laadunvarmistus* on määritelty niiksi laatujärjestelmän toiminnoiksi, joilla saadaan aikaan riittävä luottamus siihen, että prosessi, toiminto, tuote, organisaatio, järjestelmä, henkilö tai muu vastaava täyttää sille asetetut laatuvaatimukset (SFS 1995, 22). 1980-luvulla valtakunnallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelmissa käytettiin käsitettä *laadunvarmistus*. Tällöin painopisteenä oli yhdenmukainen toiminta ja sen varmistaminen: *kehitetään ja toteutetaan yhdenmukaisia tutkimus- ja hoito-ohjelmia toiminnan laadun varmentamiseksi ja tuloksellisuuden parantamiseksi* (VN 1986, 28). Terveydenhuollossa laadunvarmistus voi tarkoittaa esimerkiksi henkilöstön riittävää koulutusta, hoitosuunnitelman vaatimustenmukaisuuden tarkistamista ennen suunnitelman toteutusta sekä asiakasvalitusten hyödyntämistä toiminnan kehittämisessä. 1990-luvun loppupuolella sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja

---

<sup>37</sup> *Rakenteella* viitataan hoidon tai palvelun toimintaympäristöön. Toimintaympäristöön kuuluvat materiaaliset (esim. laitteet, välineet, raha) ja inhimilliset (esim. henkilöstön määrä ja laatu) voimavarat, organisatorinen rakenne sekä arviointi- ja palautejärjestelmät. *Prosessilla* tarkoitetaan työntekijöiden toimintaa potilaan hoidon tarpeen määrittämiseksi ja toteuttamiseksi sekä potilaan toimintaa hoidon hakemiseksi ja toteuttamiseksi. *Tuloksilla* tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoidon vaikutuksia potilaan terveydentilaan. Terveydentilaan kuuluvat potilaan terveyttä edistävät käyttäytymisen muutokset sekä hoitoon tyytyväisyyden aste. (Donabedian 1981; 1988; 1996; ks. myös Pelkonen & Perälä 1992.)

toimintaohjelmassa käytettiin käsitettä *laadunhallinta* laadun varmistamisen yhteydessä: *kuntien on varmistettava tuottamiensa ja ostamiensa palvelujen laatu ottamalla käyttöön laadunhallinnan menetelmät* (STM 1999, 21).

Laadun ilmiön moninaisuudesta ja kontekstisidonnaisuudesta huolimatta laatukäsitettä käytetään yleisessä kielenkäytössä kuin vakiintunutta termiä. ISO 9000 -sarjan standardien lisäksi johtamiseen liittyviä käsitteitä on määritelty muun muassa Euroopan laatupalkintokriteeristössä (EFQM 1999c). Laatupalkintokriteeristössä ei kuitenkaan ole erillistä laadun määritelmää, mutta julkaisussa on aiheeseen liittyvä sanasto. Kriteeristössä painotettavat tekijät kuvastavat laadukkaalle toiminnalle annettuja merkityksiä. Näistä merkityksenannoista voidaan muodostaa käsitys laadukkaasta organisaatiosta. EFQM-malli tai -kriteeristö on tunnettu ja melko käytetty organisaation toiminnan ja tulosten itsearviointimalli Suomessa, myös julkisella sektorilla. Laatupalkintomallin tunnettuutta ja vaikuttavuutta on tutkittu viime vuosina (ks. Virtanen, Mäkinen & Väänänen 2002a; VM 2001; Yhteiset palvelut... 1999). Mallin käyttö vaatii kykyä soveltaa kriteereitä terveydenhuollon kontekstiin.

Julkiset terveystalvet ovat yhteiskunnan toimia väestön terveyden edistämiseksi. Terveystalveluiden laatu on yhteydessä yhteiskunnan arvoihin. Arvot vaikuttavat siihen, mitä laatua kuvaavia piirteitä pidetään kulloinkin tärkeänä. Tässä tutkimuksessa laadun määrittelyn kohteena on palveluorganisaatio. Tarkasteltaessa laadukasta vanhainkotiä tai terveystalveskussairaalaä laatua on mietittävä useista näkökulmista ja erilaisilta tasoilta.

### 3.1.2 Laadunäkökulmat ja niiden kehitys

Laadun monitahoisen tarkastelun tavoitteena on osoittaa, että yhdestä näkökulmasta tarkasteltuna laadusta ei saa kokonaisvaltaista kuvaa. Näkökulmapohjaisen<sup>38</sup> laadutarkastelun esitti ensimmäisen kerran Garvin (1988), joka tutki laadun ilmiötä teollisuudessa. Hänen mukaansa laatua voidaan tarkastella 1) transkendenttisesta (transcendental), 2) valmistuskeskeisestä, 3) tuoteominaisuuskeskeisestä, 4) käyttäjäkeskeisestä ja 5) arvokeskeisestä näkökulmasta. Näiden näkökulmien lisäksi laatua tarkastellaan tässä yhteydessä kilpailukeskeisestä sekä yhteiskunta- ja systeemikeskeisestä näkökulmasta (ks. esim. Lillrank 1990; 1998). Näkökulmat eivät sulje pois toisiaan, mutta ne painottuvat erilaisissa organisaatioissa ja tilanteissa eri tavoin. Organisaation johdon tulisi tasapainottaa johtamisessa erilaiset laadunäkökulmat ja löytää pa-

---

<sup>38</sup> Näkökulma-ajattelua on käytetty viime vuosina muun muassa strategisessa johtamisessa. Tästä esimerkkinä Balanced Scorecard -malli (ks. Kaplan & Norton 1996; Määttä & Ojala 1999; Olve, Roy & Wetter 1998).

ras mahdollinen yhdistelmä. Organisaatioissa toimivilla eri ammattiryhmillä saattaa olla erilaisia käsityksiä eri näkökulmien tärkeydestä.

*Transkendenttisen* laatu näkökulman mukaan laatu on synnynnäistä, luontaista erinomaisuutta (Garvin 1988; ks. myös Reeves & Bednar 1994; Savolainen 1997). Transkendenttisuudella tarkoitetaan abstraktia erinomaisuutta, joka on absoluuttista ja yleisesti tunnustettua. Sitä ei voi määrittellä, mutta sen tietää, kun sen kokee. Koska transkendentiaalinen laatu ilmenee kokemuksena jälkikäteen, sitä ei voi käyttää laadun johtamiseen ainakaan edeltä käsin. Tämän näkemyksen ongelmana on sen kyvyttömyys ohjata käytännön toimintaa. Savolainen (1997, 31) käyttää tästä näkökulmasta nimitystä *filosofinen laatu*, Reeves ja Bednar (1994) käsitteä *erinomaisuus* (excellence<sup>39</sup>). Terveystieteissä esimerkiksi kutsuun, jota voidaan pitää hyvän hoidon yhtenä edellytyksenä, määrittely voi olla vaikeaa, mutta asiakas saattaa tunnistaa sen työntekijän toiminnasta. Se on kuitenkin asiakkaan henkilökohtainen tuntemus (merkityksenanto) ja voi vaihdella asiakkaasta toiseen.

*Tuotanto- eli valmistuskeskeisen* laatu näkökulman mukaan laatu on vaatimustenmukaisuutta, yhdenmukaisuutta<sup>40</sup>, virheettömyyttä, spesifikaatioiden<sup>41</sup> täyttämistä ja asioiden tekemistä oikein ensimmäisellä kerralla. Tavoitteena on yleensä vaihtelun vähäisyys, koska täydellinen virheettömyys ei ole mahdollista. (Garvin 1988; ks. myös Lillrank 1990; Lillrank 1998; Savolainen 1997.) Laadun mittarina voi toimia esimerkiksi virheellisten tuotteiden lukumäärä. Tavoitearvosta poikkeamista, vaihtelua, aiheuttavat sekä yleiset että erityiset syyt<sup>42</sup>. Kaikissa työprosesseissa on vaihtelua, jonka vähentäminen parantaa laatua. Henkilöstön kehittämisen

<sup>39</sup> Vrt. EFQM-kriteeristön erinomaisuuden määrittelmä (EFQM 1999c).

<sup>40</sup> Tuotantokeskeinen laatu, virheettömyys ja yhdenmukaisuus voivat tarkoittaa samaa asiaa. Näiden välillä voidaan nähdä olevan vivahde-eroja siten, että virheettömyys voi viitata absoluuttiseen tai suhteelliseen tilannekohtaiseen standardiin, mutta yhdenmukaisuus korostaa nimenomaan annetun spesifikaation ja toteuman välistä suhdetta (Lillrank 1998, 29).

<sup>41</sup> Spesifikaatio: asiakirja, jossa esitetään vaatimukset (SFS 2001a, 36).

<sup>42</sup> *Yleiset* syyt ovat prosessien sisäisiä ja aiheuttavat satunnaisvaihtelua. Ne ovat prosessissa olemassa kaiken aikaa ja voivat kukin erikseen aiheuttaa vähäistä vaihtelua, mutta yhdessä niiden vaikutus voi olla merkittävä. Vaihtelu on tietyissä rajoissa ennustettavaa ja vakaata. Jos vaihtelu ei ole hyväksyttävää, on muutettava prosessia. Satunnaisvaihtelu on useimmiten peräisin niistä järjestelmän osista, joihin vain johto voi vaikuttaa. Yleisten syiden ilmeneminen ja niiden käyttäytyminen riippuvat paljon siitä, miten tuotantoprosessi on organisoitu. Tavoitteena on saada koko toimintoketju sellaiseksi, että virheiden todennäköisyys vähenee. Pääosa yleisten syiden aiheuttamista virheistä johtuu huonosti suunnitellusta tuotannosta. Yksittäisen työntekijän ominaisuuksilla on siten vähemmän merkitystä kuin tuotannon suunnittelulla ja johtamisella. *Erityiset* eli ulkoiset syyt aiheuttavat ajoittaista, ennustamatonta, epäsäännöllistä, yllättäen ilmenevää vaihtelua. Ne aiheuttavat vaihtelua yleensä enemmän kuin mikään yksittäinen yleinen syy. Syynä on yleensä tuotantoprosessiin osallistuvan ihmisen tai koneen aiheuttama virhe. Erityiset syyt ovat poistettavissa puuttumatta varsinaiseen työprosessiin ja sen ominaisuuksiin. Niiden poistamisen jälkeen prosessiin jää yleisten syiden aiheuttamaa vaihtelua. (Shewhart 1980.)



perinteisenä menetelmänä esimerkiksi koulutus tähtää suurelta osin erityisten syiden poistamiseen eli yksittäisen työntekijän pätevyyden lisäämiseen. Toiminnan kannalta olisi tärkeämpää keskittyä prosessien ja tiimien toiminnan kehittämiseen ja siten yleisten syiden vähentämiseen. Terveysthuollossa erityisten syiden aiheuttama vaihtelu, esimerkiksi hoitovirheet, voivat asiakkaiden kannalta olla kohtalokkaita, ja tästä syystä niin sanottujen inhimillisten virheiden määrä yritetään pitää mahdollisimman vähäisenä. Hoitoketjuihin liittyvät ongelmat, jotka ovat lähinnä huonon suunnittelun ongelmia, liittyvät usein yleisiin syihin eli sellaisiin tekijöihin, joihin lähinnä johto voi vaikuttaa.

Tuotantokeskeistä laatumääritelmää voidaan pitää absoluuttisena ja yksiulotteisena, koska annettu spesifikaatio, standardi, laatuvaatimus tai muu vastaava määrittelee selkeästi, mikä kelpaa ja mikä ei. Laatuun liitetään siten merkityssuhde, jonka mukaan laatu on yksiselitteisesti määriteltävissä. Laadunhallinnan painopiste on tässä näkemyksessä organisaation sisällä.

Tuotantokeskeisen näkemyksen mukaan laadun parantaminen vähentää kustannuksia<sup>43</sup>, koska se estää virheitä, jotka aiheuttavat korjaamista ja uudelleen tekemistä. Laatumääritelmän heikkous on sen asiantuntijakeskeisyys – laatuun vaikuttaa asiantuntijoiden osaaminen, heidän kehittämiensä standardien oikeellisuus. Jos standardi on virheellinen, sen noudattaminen johtaa huonoon lopputulokseen.

Terveysthuollon asiakkaan etenemistä hoitoprosessissa voidaan kuvata hoitoketjujen ja prosessien avulla, jolloin asiakas on kuin tavara, joka siirtyy liukuhihnalla paikasta toiseen ja johon sovelletaan tarkasti etukäteen määriteltyjä hoitosuosituksia. Vaihtelu pyritään pitämään mahdollisimman vähäisenä, koska asiantuntijat ovat määritelleet parhaan toimintatavan. Liian suuri asiakaskohtainen vaihtelu osoittaa, ettei ohjeita noudateta, ja se voi aiheuttaa ylimääräisiä kustannuksia. Toisaalta käytännössä asiakkaan hoitoa ei voi standardisoida asiakkaiden erilaisuuden vuoksi, ja tästä syystä prosessissa on aina asiakkaasta johtuvaa vaihtelua.

Tuotantokeskeiseen laatuajatteluun on liitetty sekä vaihtelun salliminen tietyissä rajoissa että niin sanottu nollavirhetaso eli virheettömyys<sup>44</sup>. Täydellisen virheettömyyden tavoittelu on tärkeää tilanteissa, joissa poikkeama sovitusta aiheuttaa merkittäviä seuraamuksia. Kerralla oi-

---

<sup>43</sup> Laatukustannukset ovat tuotantokustannusten ja niihin sisältyneiden ylimääräisten kustannusten laaja-alaista tarkastelua. Laatuvirheiden ennaltaehkäisyn kustannukset liittyvät mm. tuotevaatimusten tehottomaan selvittämiseen ja laatuajatteluun rakentamiseen ja ylläpitoon. Laaduntarkastuskustannukset aiheutuvat esim. päällekkäisestä ja epätarkoituksenmukaisesta tarkastamisesta. Laatuvirhekustannukset liittyvät väärintekemiseen, ja ne voidaan jakaa organisaation sisäisiin ja ulkoisiin kustannuksiin. Sisäisiä kustannuksia ovat mm. virheiden korjaus ennen tuotteen toimittamista asiakkaalle, hävikki, liian suuret varastot ja väärät materiaalit. Ulkoisia kustannuksia ovat mm. takuukustannukset ja asiakkaiden palauttamien virheellisten tuotteiden käsittely. (Silén 1998.)

<sup>44</sup> (Crosby 1996).

kein tekemiselle voidaan antaa sama merkitys kuin virheettömyydelle. Tuomisen ja Lillrankin (2000) mukaan virheettömyys ja kerralla oikein tekeminen saattavat kuulostaa samoilta asioilta, mutta niiden välillä on tärkeä ero. Virheettömyys liittyy lopputulokseen eli asiakkaalle toimitetun tuotteen laatuun. Virheettömyys voidaan saada aikaan poistamalla virheettömät tuotteet tai korjaamalla. Kerralla oikein tekeminen viittaa siihen, että tuotantoprosessissa asia tehdään ensimmäisellä kerralla oikein, jolloin ei tarvitse tehdä korjaustoimenpiteitä. Kerralla oikein -periaate edellyttää jatkuvaa itsesääätelyä, toisin sanoen alkuperäisestä suunnitelmasta poiketaan tarvittaessa. Palvelua ei voi samalla tavoin kuin tavaraa tarkistaa ennen toimitusta asiakkaalle, ja tästä syystä virheiden korjaaminen on vaikeaa, jopa mahdotonta. Tässä kontekstissa virheettömyys ja kerralla oikein tekeminen voivat tarkoittaa samaa asiaa. Tämä näkökulma on ehkä yksi vaikeimmista näkökulmista terveydenhuollossa, koska terveyspalveluissa tehdyt virheet saattavat olla yksittäisen asiakkaan elämän kannalta erittäin merkityksellisiä.

*Tuoteominaisuus-* eli *suunnittelukeskeisen* laatu näkökulman mukaan tuotteessa on yleisiä ominaisuuksia<sup>45</sup>, jotka määrittelevät sen laadun (Garvin 1988; Lillrank 1990; 1998). Ominaisuudet voidaan luokitella esimerkiksi seuraaviin ryhmiin: fyysiset ominaisuudet (esim. mekaaniset, biologiset tai sähköiset ominaisuudet), aistein havaittavat ominaisuudet, käyttäytymiseen liittyvät ominaisuudet (esim. kohteliaisuus, rehellisyys), aikaan liittyvät ominaisuudet (esim. täsmällisyys, luotettavuus, saatavuus), ergonomiset ominaisuudet ja toiminnalliset ominaisuudet (esim. lentokoneen maksiminopeus) (SFS 2001a, 30).

Tuoteominaisuuskeskeisen laadun määrittelee tuotesuunnittelija tai muu asiantuntija. Erot laadussa viittaavat eroihin jonkin tuotteen (aines)osan määrässä. Laadultaan hyvä tuote voidaan saavuttaa siten vain korkeammilla kustannuksilla, koska tuotteen korkea laatu viittaa sen ainesosien ja ominaisuuksien määriin. (Garvin 1988; Lillrank 1998; Rope & Pöllänen 1995; Silén 1998.) Vaikka laadun mittaaminen objektiivisesti on tämän näkemyksen mukaan mahdollista, se ei ota huomioon ihmisten näkemys- ja makueroja, ja olettaa siten, että laadun merkityssuhteet ovat samankaltaisia kaikilla ihmisillä tai tietyssä asiakasryhmässä. Tuoteominaisuuskeskeinen ajattelu lähtee siitä, että asiakas ostaa tuotteen, mutta todellisuudessa asiakas ostaa tarpeentyydytyksen, jonka saavuttamista tuote palvelee. Vaihtoehtoisten tar-

---

<sup>45</sup> *Ominaisuus* on tunnusomainen piirre, joka voi olla luontainen tai annettu. *Luontainen* ominaisuus tarkoittaa jossakin olemassa olevaa, erityisesti *pysyvää* ominaisuutta. Laatuominaisuus on tuotteen, prosessin tai järjestelmän luontainen (pysyvä) ominaisuus, joka liittyy *vaatimuksiin*. Laatuun kuvaa se, missä määrin luontaiset ominaisuudet täyttävät vaatimukset. Tuotteelle, prosessille tai järjestelmälle *annettu* ominaisuus (esim. tuotteen hinta, tuotteen omistaja) ei ole tuotteen, prosessin tai järjestelmän *laatuominaisuus*. (SFS 2001a, 30.)

peentyydytyksen keinojen ilmaantuessa asiakas saattaa hylätä korkealaatuisenkin tuotteen. Hyväkin tuote saattaa siten jäädä myymättä, jos sen hyvyys (laadukkuus) liittyy väärään ominaisuuteen. (Lillrank 1990, 43.)

Terveystieteiden suunnittelukeskeinen laatu voi tarkoittaa esimerkiksi hoitosuosituksen sisältöä. Hoitosuosituksen sisältämät tutkimukset ja hoitokäynnit lisäävät kustannuksia tuotteeseen, mutta ne mahdollisesti lisäävät myös laatua, jos osatekijät on perustellusti valittu tuotteeseen. Asiakkaan käsitys siitä, mikä on hyvää laatua voi poiketa asiantuntijan määrittelemästä laadusta, koska asiakas saattaa arvioida eri osatekijöitä kuin asiantuntija. Asiakkaalle saattaa olla esimerkiksi merkityksellisempää hoidon luonnonmukaisuuden korostaminen kuin nykylääketieteen näyttö hoidon vaikuttavuudesta.

*Arvokeskeisen* laatu näkökulman mukaan laatu määritellään kustannus- ja hintakäsittein. Siten laadukas tuote on sellainen, joka on suorituskykyinen tai vaatimustenmukainen hyväksyttävään hintaan tai hyväksyttävien kustannuksien (Garvin 1988; Lillrank 1990; Reeves & Bednar 1994; Rope & Pöllänen 1995; Savolainen 1997). Laadukas tuote tarjoaa parhaan kustannus-hyöty-suhteen. Arvokeskeiseen näkemykseen liittyvät menetelmät ovat arvoanalyysijä, joilla tuotteen eri osien ja työvaiheiden kustannuksia analysoidaan, jotta voidaan määritellä olennaiset yksikköhintaan vaikuttavat tekijät. Laatua on arvioitava tietyn hinta- ja tuotesegmentin sisällä tai pääasiallisen käyttötarkoituksen mukaan. (Lillrank 1990.) Ropen ja Pöllänen (1995) mukaan arvokeskeisen laadun määritelmä korjaa tuotanto- ja suunnittelukeskeisten määritelmien absoluuttisuutta suhteuttamalla laadun hintaa asiakkaiden ostovoimaan. Garvinin (1988, 46) mukaan arvokeskeinen laatu näkemys on tärkeä, mutta sitä on vaikea soveltaa käytännössä, koska se sekoittaa kaksi toisiinsa liittyvää mutta erillistä käsitettä, erinomaisuuden ja arvon. Tuloksena on erinomaisuus, johon on varaa. Siltä puuttuvat hyvin määritellyt rajat, ja se on yleensä hyvin subjektiivinen käsitys (Garvin 1988; vrt. Mäki M. 2000). Terveystieteiden arvokeskeistä laatua voidaan tarkastella hoitopalvelujen priorisoinnin yhteydessä. Verorahat voidaan esimerkiksi kohdistaa vain sellaisiin hoitoihin, jotka ovat vaikuttavia ja kustannuksiltaan kohtuullisia. Erittäin kalliit ja tehokkaat hoidot jäävät palvelujen ulkopuolelle, koska niiden hinta ei ole hyväksyttävissä.

*Kilpailukeskeisen* laatu näkökulman mukaan tuotteen laadun pitää olla tarkalleen yhtä hyvä kuin kilpailijoilla. Tällöin jatkuva kilpailijoiden seuranta ja omien tuotteiden vertailu parhaimpaan tuottajaan on välttämätöntä. Kilpailijoita parempi laatu on tuhlausta (ylilaatua). Asiakas muodostaa käsityksensä tuotteen arvosta vertailemalla tuotetta kilpailijoihin. Laadun

määreeksi tulee vertailun kautta saavutettu suhteellinen arvo. Tätä määritelmää voidaan pitää strategisena laadun määritelmänä. Menetelminä käytetään muun muassa kilpailija-analyysiä ja käänteistä tuotesuunnittelua<sup>46</sup>. Näkökulman heikkoutena on, että se ajaa helposti matkimaan kilpailijoita. (Lillrank 1990, 44.) Lillrank (1998, 28) on kritisoinut sekä arvo- että kilpailija-keskeistä näkökulmaa sen vuoksi, että kyseiset käsitykset sekoittavat laadun, hinnan<sup>47</sup> ja segmentoinnin kilpailutekijöinä.

Terveyskeskuksen tuottamia palveluja voidaan verrata muiden kuntien terveyskeskusten palveluihin ja pyrkiä laadun keskiarvotasoon, mutta ei välttämättä sen yläpuolelle. Vanhainkotiin henkilöstömitoitusta saatetaan pitää samalla mutta ei korkeammalla tasolla kuin naapurikunnissa, koska ylilaatuun ei tarvitse pyrkiä. Kilpailukeskeinen laatu saa tulevaisuudessa mahdollisesti enemmän painoarvoa julkisella sektorilla kuin tällä hetkellä. Palveluja ostettaessa julkisia palveluja verrataan yksityisiin palveluihin.

*Asiakas - eli käyttäjäkeskeisen* laadunäkökulman perustana on ajatus siitä, että ”laatu on katsojan silmässä”<sup>48</sup> (Garvin 1988; Lillrank 1998; Reeves & Bednar 1994; Rope & Pöllänen 1995; Savolainen 1997). Laadun määrittelee asiakas ja tuotteen arvo asiakkaalle muodostuu sen kyvystä tyydyttää asiakkaan tarpeet ja halut<sup>49</sup>. Asiakaskeskeinen laadunäkemys on hyvin subjektiivinen. Jokaisella asiakkaalla on omista kokemuksistaan ja niiden luomasta ymmärtämisyyteydestä johtuen erilaiset käsitykset laadusta. Vaikka monet samassa kulttuurissa elävät asiakkaat pitävät osin samoja asioita tärkeänä, yksilöllisten mieltymysten merkitystä ei pidä vähätellä. Asiakaskeskeisen laadunäkemys perusongelmana on, että se rinnastaa laadun maksimaaliseen tyytyväisyyteen<sup>50</sup>. Vaikka laatu ja tyytyväisyys liittyvät toisiinsa, ne eivät ole

---

<sup>46</sup> Käänteisessä tuotesuunnittelussa kilpailijoiden tuotteet puretaan kappaleiksi ja tutkitaan, ovatko ne omia parempia (Lillrank 1990, 44).

<sup>47</sup> Hintaa on annettu ominaisuus, joka ei voi olla laatuominaisuus (SFS 2001a, 30).

<sup>48</sup> Vrt. Juran (1989) ”Quality is Fitness for Use”.

<sup>49</sup> Tuotteella voi olla käyttö-, näyttö- ja vaihtoarvoa. Käyttöarvo liittyy sekä tuotteen käyttötärpeeseen että hyötyarvoon ja tuotteen suorituskykyyn. Näyttöarvo liittyy näyttötärpeeseen. Vaihtoarvolla tarkoitetaan tuotteeseen sisältyvää arvoa, joka voidaan muuttaa muiksi arvon muodoiksi, esimerkiksi rahaksi. (Lillrank 1990, 45–46.)

<sup>50</sup> Asiakas voi suhteuttaa arviointitilanteessa saamansa palvelun minimitasoon, alan keskimääräiseen tasoon tai parhaaseen mahdolliseen palvelutasoon. Odotuksiin suhteutetut ns. SERVQUAL-mittaukset (ks. Parasuraman, Zeithaml & Berry 1985; 1988) antavat helposti negatiivisen kuvan laadusta, koska odotukset pyrkivät asettumaan korkeammalle tasolle kuin kokemukset. Palvelujen tason noustessa voi myös tyytymättömyys palveluihin kasvaa (palveluparadoksi). Asiakas voi hyväksyä tietyissä rajoissa vaihtelua palvelun laadussa ilman, että se vaikuttaa hänen käyttäytymiseensä ja palveluodotuksiinsa (toleranssivyöhyke). Odotusten ja kokemusten välille saadaan selvempi suhde, jos odotuksia tiedustellaan ennen palvelutilannetta ja kokemuksia palvelutilanteen jälkeen. Odotukset ja palvelukokemukset pyrkivät samankaltaistumaan silloin, kun niitä kysytään samassa yhteydessä. (ks. myös Lumijärvi 1994a; 1994b; 1994c.)

identtisiä. Tuote, joka maksimoi tyytyväisyyden, ei välttämättä ole yleisesti laadukkaita tuote. Esimerkiksi kansanparantajan antama syövän hoitomuoto ei välttämättä ole laadukas lääketieteellisen näytön perusteella arvioituna, mutta asiakas on silti halukas kokeilemaan hoitoa muista syistä.

Asiakastyytyväisyys on mittarina epävarma, koska subjektiivinen tyytyväisyys ei välttämättä ennusta tulevia valintoja. Lisäksi asiakkaat eivät voi haluta sellaista, minkä olemassaolosta he eivät tiedä. Siksi asiakkaiden tarpeiden tarkka selvittäminen ei johda radikaaleihin innovaatioihin. Yksittäisiin asiakkaisiin keskittyminen saattaa johtaa lyhytnäköisiin ja yhteiskunnan kannalta tuhoisiin seurauksiin. Julkisessa terveydenhuollossa yksittäisen asiakkaan tarpeet saattavat olla ristiriidassa yleisen edun kanssa. Resurssit ovat rajalliset ja hoitoja on priorisoida. Toisaalta vaikka resursseja olisi rajattomasti, tehotonta hoitoa ei kannata antaa, koska resurssit voitaisiin käyttää johonkin muuhun kohteeseen tehokkaammin.

*Yhteiskunta- ja systeemikeskeisen* laatu näkökulman mukaan tarkasteltava ilmiö on toimitteen asiakkaassa aikaansaaman tarpeentyydytyksen suhde muiden tahojen muihin tarpeisiin, ja siten systeemilaatu rajoittaa yksittäisen asiakkaan tyytyväisyyden maksimointia. Tähän näkökulmaan liittyy myös ympäristökeskeinen laatu näkemys, jonka mukaan laatu määritellään sen mukaan, mikä on tuotteen kokonaisvaikutus yhteiskuntaan ja luontoon (Lillrank 1990, 47). Ympäristökeskeinen määritelmä on melko absoluuttinen, koska ympäristön laadulle on olemassa standardeja ja mittareita. Lisäksi ympäristökeskeinen näkemys on lähes täysin yrityksen ulkopuolisten tahojen ajama. Tuotteen turvallisuus ja tuotteen aiheuttamat ympäristöhäiriöt liittyvät ympäristökeskeiseen laatuun. Jos yrityksessä ajatellaan vain yrityksen tulosta, saattaa olla että ympäristövaikutukset unohdetaan. Tämä näkemys liittyy myös yrityksen arvoihin. Ympäristökeskeinen laatu voidaan nähdä yhteiskunta- ja systeemikeskeisen laadun yhtenä ilmentymänä. Yhteiskuntakeskeistä laatua voidaan pitää laajempänä käsitteenä kuin ympäristökeskeistä laatua. Yhteiskuntakeskeisen laadun määrittelijöitä ovat muun muassa poliitikot, virkamiehet ja aktiiviset kansalaiset. Laadun määrittelyyn osallistuu joukko toimijoita ja sidosryhmiä, jotka eivät valmista, suunnittele eivätkä välttämättä valitse tai käytä toimitetta (Lillrank 1998).

Systeemikeskeinen laatu lähtee havainnosta, että toimitteilla on vaikutuksia, jotka saattavat ulottua läheisimmän asiakkaan kokemus- ja käsitysmaailmaa kauemmaksi. Systeemikeskeistä laatua voidaan tarkastella yksittäisen organisaation tasolla tai esimerkiksi yhteiskunnan tasolla. Julkisessa terveydenhuollossa yksilön hyvän rinnalla on arvioitava yhteisön hyvää eli oi-

keudenmukaisuuden ja tasa-arvon toteutumisesta palveluissa. Kun jokin uusi hoitomuoto otetaan käyttöön, se vie resursseja muista hoidoista, jos resursseja ei lisätä. Tästä syystä systeemikeskeiseen laatuun liittyy priorisointi.

Jokaisella laatu näkökulmalla on omat vahvuutensa ja heikkoutensa, mutta kullakin näkemyksellä on sijansa sopivissa konteksteissa. Laatu ei siten pidä käsitellä homogeenisena asiana. Garvinin luokittelua ovat käyttäneet joko sellaisenaan tai muokattuna useat tutkijat<sup>51</sup>, esimerkiksi Lillrank (1990; 1998), Reeves ja Bednar (1994), Savolainen (1997) ja Silén (1997; 1998). Laatuajattelun kehittyminen näkyy laatu näkökulmien painottumisena eri aikakausina eri tavoin, ja se osoittaa laadun johtamiselle tietyssä kontekstissa ja tietyssä ajankohtana annettuja erilaisia merkityksiä. Teollistumisen alkuvaiheessa painotettiin tuotantokeskeistä laatu käsitystä. Vähitellen tuotteen suunnittelu ja siihen liittyen erilaiset tuoteominaisuudet korostuivat. Myös asiakkaan mielipidettä pidettiin entistä tärkeämpänä. Näiden käsitysten lisäksi julkisella sektorilla on noussut esille yhteiskuntakeskeinen, oikeudenmukaisuutta ja tasa-arvoa painottava laatu. Yksityisissä yrityksissä on painotettu selkeästi myös ympäristökeskeistä laatu. Jokaiseen laatu näkökulmaan liittyvät omat erityispiirteensä.

Taulukossa 5 kuvataan laadun eri näkökulmia ja niihin liittyviä ominaisuuksia (ks. myös Lillrank 1998; Reeves & Bednar 1994). Jatkossa käsitellään laatu terveydenhuollossa asiakkaan, suunnittelun, tuotannon, yhteiskunnan ja systeemin sekä johtamisen ja työyhteisön näkökulmasta. Arvokeskeinen näkökulma sisältyy sekä asiakas keskeiseen että systeemikeskeiseen näkemykseen. Transkendenttinen laatu käsitelmä jää vähemmälle huomiolle, koska sitä on vaikea arvioida. Kilpailukeskeinen näkökulma on terveys palveluissa vielä melko vähäistä, joten tästä syystä sitä ei tarkastella erikseen. Yhteiskunta- ja systeemikeskeisellä laatu näkökulmalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa pääosin samaa asiaa. Yhteiskuntataso voidaan käsitellä myös ylempiä tarkastelutasoksi kuin systeemitaso. Täten esimerkiksi työntekijä voi tarkastella laatu systeemitasolla siten, että tarkastelussa on oma työyksikkö. Laatusuosituksissa laatu voidaan tarkastella yhteiskunnan tai tietyn palveluntuotantosektorin tasolla.

---

<sup>51</sup> Vrt. Harvey ja Green (1993; ks. myös Kekäle & Lehikoinen 2000) esittävät viisi näkökulmaa korkeakoulutuksen laatuun: poikkeuksellinen, tasainen ja virheetön, tarkoituksenmukainen, tehokkuus tai vastinetta rahalle sekä muutos.

Taulukko 5. Laadunäkökulmat ja niiden ominaisuudet

LAADUN NÄKÖKULMA	LAATU JA ILMIÖ	MITTARI	MENETELMÄ-ESIMERKKEJÄ	VAHVUUDET	HEIKKOUEDET JA HAASTEET
Transkendenttinen eli filosofinen laatu	Laadun tietää, kun sen näkee	Oma kokemus jälkikäteen	Kyselyt Haastattelut	Markkinointi ja henkilöstöresurssihyödyt Merkki korkeista saavutuksista	Antaa vähän tukea toiminnan ohjaukseen. Laadun mittaaminen on vaikeaa. Erinomaisuuden määritelmät voivat muuttua nopeasti. Tarvitaan riittävä määrä asiakkaita, jotka ovat valmiita maksamaan erinomaisuudesta.
Valmistus- eli tuotantokeskeinen laatu	Yhdenmukaisuus Virheettömyys Vaihtelun vähäisyys Suunnitelman (spesifikaation, ohjeiden) ja toteutuksen välinen suhde	Suunnitellun ja toteutuneen ero (lukumäärä, prosentti, läpimenoaika) Virheiden määrä	Tarkastaminen Tilastollinen prosessien ohjaus (SPC)	Vähentää virheitä ja asiakkaan tyytymättömyyttä Laadun parantaminen vähentää kustannuksia, koska se estää virheitä	Suunnitelman laatua pidetään itsestään selvänä, ja siten tavoiteltavista laatuominaisuuksista ei tarvitse keskustella. Asiakkaat eivät tiedä tai välitä sisäisistä spesifikaatioista. Hidastaa organisaation sopeutumista. Spesifikaatiot voivat nopeasti muuttua kelvottomiksi muuttuvilla markkinoilla. Keskittyy sisäisiin asioihin.
Tuoteominaisuus- eli suunnittelukeskeinen laatu	Maksimoitu suorituskyky Toimitteen ydintoiminnon (funktion) suhde rakenteeseen tai toteutustapaan	Ominaisuuskohtaisia (teho, nopeus)	Tuoteteknologia Tuotekehittely	Lisää asiakkaan tyytyväisyyttä Laatu on tarkasti määriteltävissä ja mitattavissa	Olettaa asiakkaan arvostavan toimitteen teknisten ominaisuuksien maksimointia. Asiakkaan todellisia tarpeita ei tiedetä. Koska tuotteen korkea laatu viittaa sen ainesosien määrään, korkea laatu voidaan saavuttaa vain korkeammilla kustannuksilla. Ei ota huomioon ihmisten näkemys- ja makueroja. Olettaa, että kun tuote suunnitellaan hyvin, tuotanto hoitaa kopioinnin virheettömästi.
Kilpailukeskeinen laatu	Laatu yhtä hyvä kuin kilpailijoilla	Vertailun tulos	Kilpailija-analyysi Käänteinen tuotesuunnittelu	Kannustaa vertailukehittämiseen Ei ylilataa	Aiheuttaa kilpailijoiden matkimista. Uusien tuotteiden kehittäminen heikkenee. Pyrkiminen riittävän hyvään voi alentaa yleisesti laadutason.

Taulukko 5. jatkuu...

LAADUN NÄKÖKULMA	LAATU JA ILMIÖ	MITTARI	MENETELMÄ-ESIMERKKEJÄ	VAHVUUDET	HEIKKOUEDET JA HAASTEET
Käyttäjä- eli asiakaskeinen laatu	Mitä tahansa asiakas ilmaisee sen olevan Asiakastyytyväisyys Asiakkaan ilmaiseman tarpeen ja toimitteen aikaansaaman tarpeen tyydytyksen välinen suhde	Asiakastyytyväisyys	Kyselyt Haastattelut Markkinatutkimukset Fokus-ryhmät QFD (asiakaslähäinen tuotesuunnittelu)	Arvioi laatua asiakkaan näkökulmasta Responsiivinen markkinoiden muutoksille	Odotukset ennen palvelun käyttöä vaikuttavat arviointeihin. Asiakaskeisyys saattaa johtaa ylilaatuun eli laatuominaisuuksien ja kustannusten epäsuhtaan. Subjektiiivinen käsitys.
Arvokeskeinen laatu	Paras kustannus-hyötysuhde Paras hinta-laatu -suhde	Asiakastyytyväisyys Analyysin tulos	Arvoanalyysit	Keskittää huomion sekä yritysten sisäiseen tehokkuuteen että ulkoiseen vaikuttavuuteen Ei käsittele laatua absoluuttisena iankaikkisuuskysymyksenä, vaan suhteessa hintaan ja asiakkaiden ostovoimaan	Sekä virheettömyys että funktionaalisuus täytyy puristaa hinnan sallimiin rajoihin. Hinta ei ole toimitteen laatuominaisuus, vaan se on asiakkaan tarveportfolioon kuuluva tekijä. Puuttuu hyvin määritellyt rajat. Sekoittaa laadun, hinnan ja segmentoinnin kilpailutekijöinä. Subjektiiivinen käsitys.
Yhteiskunta- ja systeemikeskeinen laatu	Yhteiskunnallinen sopivuus Kokonaisvaikutus Toimitteen asiakkaassa aikaansaaman tarpeentyydytyksen suhde muiden tahojen muihin tarpeisiin Toimitteen suorien ja epäsuorien vaikutusten välinen suhde	Sidosryhmäsuhdet Palveluiden tasa-arvoinen saataavuus	Systeemanalyysi Ympäristövaikutusanalyysi	Tavoitteena monista osatekijöistä yhteenoptimoitu kokonaisuus eli yhteinen hyvä (oikeudenmukaisuus, tasa-arvo)	Edellyttää arvokeskustelua, priorisointia ja poliittista päätöksentekoa. Rajoittaa yksittäisen asiakkaan tyytyväisyyden maksimointia ja johtaa kompromisseihin. Helposti laadun kaatoluokka. Epämääräinen, monia eri suuntaan vetäviä tekijöitä.
Ympäristökeskeinen laatu	Ekologinen sopivuus Kokonaisvaikutus luontoon Toimitteen suorien ja epäsuorien vaikutusten välinen suhde	Haittataso	Ympäristövaikutusanalyysi	Kehittää yrityksen yhteiskunnallista vastuuta	Saattaa vaikuttaa yrityksen kannattavuuteen.



Terveysthuollossa laatukäsityksiä ja laadun ilmiötä on tutkittu lähinnä hoidon laadun ja hyvän hoidon määrittelyn näkökulmasta (ks. esim. Leino-Kilpi 1990; Leino-Kilpi ym. 1994; Lumijärvi 1996; Mustajoki ym. 2001). Eri tahojen käsityksiä on tutkittu laatuajattelun muokautumisen ja laatuajattelun avulla muun muassa yritystoiminnassa ja ammattikorkeakoulussa. Suomalaisen Työn Liiton tutkimuksessa *Laatukäsitykset suomalaisissa yrityksissä* selvitettiin laatukäsityksiä ja suhtautumista laatuun yrityssektorilla. Kyselytutkimus tehtiin metalli- ja elektroniikka-, tekstiili- ja huonekaluteollisuuden sekä rakennus-, majoitus- ja vapaa-ajanpalvelujen yrityksissä. Vastaajat luokiteltiin johtajiin, toimihenkilöihin ja työntekijöihin. Tulosten mukaan yleisin laatukäsitys oli asiakkaan odotusten mukainen tuote tai toiminta, toiseksi yleisin virheettömyys ja kolmanneksi yleisin kerralla oikein tekeminen. Johtajille ja toimihenkilöille laatu oli ensisijaisesti asiakkaan odotusten mukaista toimintaa, työntekijöille virheettömyys oli keskeisintä. Laatukäsityksissä oli eroja sekä ammattiryhmien että eri toimialojen välillä. Kiire, puutteellinen tiedonkulku ja heikko yhteistyö yksiköiden välillä vaikeuttivat laadun tekemistä yleisesti eri toimialoilla. (Tuominen & Lillrank 2000.)

Ammattikorkeakoulun henkilöstön laatukäsityksiä selvitettiin kyselytutkimuksella, jossa laatu tarkasteltiin asiakas-, tuotanto-, prosessi- ja valmistuskeskeisestä, ympäristö- ja yhteiskuntakeskeisestä, tuote- ja suunnittelukeskeisestä, arvokeskeisestä sekä kilpailukeskeisestä näkökulmasta. Tärkeimmäksi laatutekijäksi muodostui tuotanto-, prosessi- ja valmistuslaatu, johon muut laatuajattelut näyttivät olevan sidoksissa. Laatukäsityksissä oli koulutusaloittaisia eroja. (Mäki M. 2000.)

Edellä mainituissa tutkimuksissa laatukäsityksiin vaikuttivat toimiala sekä vastaajan asema ja tehtävät organisaatiossa. Laadun selkeä määrittely ja kaikkien osallistuminen jollain tavalla laadun määrittelyyn omassa työssään voi edistää laadulle annettujen merkitysten samankaltaistumista organisaation sisällä.

### 3.1.3 Palvelun laadun osatekijät

Laatuajattelun lisäksi laatu voidaan tarkastella yksityiskohtaisemmin erilaisten laadun osatekijöiden avulla. Laadun osatekijät heijastavat laadun kohdetta. Täten voidaan olettaa, että tuotteen ja palvelun laatu eroavat toisistaan. Garvin (1988) on tutkinut laadun osatekijöitä teollisessa tavaratuotannossa ja esittänyt kahdeksan *tuotteen* laadun osatekijää. Tuotteen laadun osatekijöitä ovat 1) suorituskyky, 2) tuotteen lisäominaisuudet, 3) luotettavuus, 4) yhden-

*mukaisuus, 5) kestävyys, 6) palvelukyky, 7) esteettisyys ja 8) havaittu laatu*<sup>52</sup> (Garvin 1988; vrt. Lillrank 1990). Tuotelaadun osatekijöiden painotus vaihtelee tuotteittain ja asiakkaittain. Jollekin asiakkaalle saattaa tuotteen kestävyys olla tärkein laadukkaalle tuotteelle annettu merkitys. Joku toinen saattaa arvostaa tuotteen esteettistä ulkonäköä. Elintason noustessa saattaa myös tuotteen kestävyys menettää merkitystään. Jokainen laadun osatekijä on erillinen, ja siten tuote voi olla korkeatasoinen yhden osatekijän suhteen, vaikka se olisi muiden osatekijöiden suhteen huonotasoinen. Osatekijät ovat kuitenkin monissa tapauksissa keskinäisessä suhteessa. Siten esimerkiksi luotettavuus ja yhdenmukaisuus liittyvät toisiinsa. Osatekijöiden laatutason valinta liittyy organisaation valitsemaan strategiaan ja toimintaympäristöön<sup>53</sup>.

Vaikka edellä mainitut tuotteen laadun osatekijät sopivat pääosin myös palveluihin, tutkijat ovat kehittäneet palvelun laadulle omia osatekijöitä. Palveluilla on ominaispiirteitä, jotka vaikuttavat laadun määrittelyyn ja laadun osatekijöihin. Palvelut ovat aineettomia, erottamattomia ja heterogeenisiä eikä niitä voi varastoida. Palvelujen aineettomuuden vuoksi palveluja ei voi arvioida ennen niiden käyttöä. Erottamattomuus tarkoittaa sitä, että asiakaspalvelussa sekä palvelun käyttäjä että palvelun antaja vaikuttavat palveluun eikä palvelua siten voi pitää irrallaan tilanteesta, jossa se tapahtuu. Tästä syystä asiakkaan ja henkilökunnan välinen vuorovaikutus on tärkeää. Terveystieteiden tutkimuksissa asiakaskontaktin sujuvuudella ja henkilökunnan vuorovaikutustaidoilla on merkitystä hoitoon sitoutumiselle ja asiakkaan omatoimisuudelle. Heterogeenisuus puolestaan monimutkaistaa tehokasta laadun hallintaa, koska palvelua ei voida tuottaa juuri samanlaisena joka kerta. Vaihtelua aiheuttavat sekä asiakas että palvelun tuottaja. (ks. esim. Grönroos 1987; 2001; Wilkinson, Redman, Snape & Marchington 1998.)

---

<sup>52</sup> Tuotteen suorituskyky on se, mitä tuotteella pystyy tekemään ja miten hyvin tuote sopii käyttötarkoitukseensa (Fitness for Use) (Juran 1989). *Suorituskyky* liittyy tuotteen perusominaisuuksiin. Tuotteen suorituskykyä pitää arvioida suhteessa käyttötarkoitukseensa ja omaan ryhmäänsä. Asiakas saattaa osin tietämättömyyttään vertailla tuotteita tai palveluita, jotka eivät kuulu samaan ryhmään, esimerkiksi siten, että hän vertailee yksityisen lääkäriaseman tarjoamia erikoislääkäripalveluja ja kunnallisen terveysaseman yleislääkäripalveluja keskenään, vaikka ne eivät kuulu samaan ryhmään. *Tuotteen lisäominaisuudet* täydentävät tuotteen perusominaisuuksia. Lisämääreet tai piirteet ovat suorituskyvystä riippumattomia lisäetuja ja varusteita. *Luotettavuudella* tarkoitetaan sitä, miten hyvin ja tasaisesti tuotteen suorituskyky toimii. *Yhdenmukaisuus* viittaa annetun spesifikaation ja toteutuman väliseen suhteeseen. *Kestävyys* tarkoittaa tuotteen suorituskyvyn toimimista oletetun tai luvattun ajan niissä olosuhteissa, joihin se on tarkoitettu. *Palvelukyky* tarkoittaa esimerkiksi tuotteen korjattavuutta, asiakaspalveluhenkilökunnan pätevyyttä ja palvelun nopeutta. *Esteettisyys* liittyy pääasiassa tuotteen ulkonäköön. *Havaittu laatu* liittyy tilanteisiin, joissa asiakkaalla ei ole riittävästi tietoa tuotteen ominaisuuksista, ja siksi hänen käsityksensä perustuvat erilaisiin vihjeisiin ja mielikuviin tuotteen laadusta. Näitä vihjeitä voivat olla mainokset ja tuotteen imago.

<sup>53</sup> Garvinin (1988) mukaan tuotteen laadun osatekijät auttavat selittämään laadunäkökulmien välisiä eroja. Tuoteominaisuuskeskeinen laadunäkemys korostaa suorituskykyä, lisäominaisuuksia ja kestävyyttä, asiakaskeskeinen esteettisyyttä ja havaittua laatua ja tuotantokeskeinen yhdenmukaisuutta ja luotettavuutta. Osatekijöiden välillä saattaa olla joissain tilanteissa ristiriitaa. Esimerkiksi asiakkaan havaitsema laatu, asiakkaan kokemus, voi olla ristiriidassa tuotesuunnittelijoiden määrittelemän tuotteen suorituskyvyn kanssa siten, että asiakkaat eivät arvosta tai tunnista tuotteen suorituskykyä samalla tavalla kuin sen suunnittelijat. Systemikeskeisen laadun osatekijät eivät tässä laadun osatekijäluettelossa tulleet selkeästi esille.

Palvelun laadun määrittelyä on pyritty selkeyttämään jakamalla palvelun laatu osiin. Lehtinen (1983) erottaa palvelun laadussa vuorovaikutussuhteen laadun, teknisen laadun ja instituutionaalisen laadun<sup>54</sup>. Normannin (1995) mukaan palvelun laadulla tarkoitetaan tuotteen, prosessin ja tuotantojärjestelmän laatua tai laatua koko organisaation yleisfilosofiana<sup>55</sup>. Grönroosin (1994) mukaan asiakkaan kokemalla palvelun laadulla voidaan katsoa olevan kaksi ulottuvuutta: tekninen ja toiminnallinen. Se mitä asiakkaat saavat vuorovaikutuksessa palvelun tuottajan kanssa, on tärkeää heille ja heidän tekemälleen laadun arvioinnille. Sitä voidaan kutsua palveluntuotantoprosessin tuloksen tekniseksi laaduksi. Asiakkaaseen vaikuttaa myös tapa, jolla prosessin lopputulos (tekninen laatu) hänelle välitetään, eli miten (toiminnallinen laatu) hän saa palvelun. Toiminnallista laatua ei voi arvioida yhtä objektiivisesti kuin teknistä laatua. Koettua laatua eivät määrää ainoastaan laadun tekninen ja toiminnallinen ulottuvuus vaan myös odotetun ja koetun laadun välinen kuilu. (Grönroos 1987; Grönroos 1994.)

Lehtisen (1983), Normannin (1995) ja Grönroosin (1994) mukaan palvelun laatu tarkoittaa asiakkaan odotusten<sup>56</sup> ja kokemusten yhteensopivuutta. Epärealistiset odotukset voivat aiheuttaa sen, että kokonaislaatu on alhainen, vaikka laatu olisikin objektiivisella tavalla mitattuna todettu hyväksi (Grönroos 1994). Esimerkiksi organisaation sertifioitu laatujärjestelmä ja sen mainostaminen voi aiheuttaa yritykselle sekä haittaa että hyötyä. Hyötynä voi olla myönteinen imago, haittana mahdollisesti korkeat odotukset.

Lillrankin (1990, 56) mukaan palvelun laatu jakaantuu palveluprosessiin ja suoraan asiakaspalveluun, jossa palvelun suorittaja kohtaa asiakkaan. Suora asiakaspalvelu tarkoittaa vuorovaikutusta, joka syntyy asiakkaan ja henkilökunnan kohdatessa. Palveluprosessi voi terveyspalveluissa tarkoittaa esimerkiksi asiakkaan hoidon jatkuvuuden sujuvuutta hoitopaikasta toiseen, joka voi liittyä tiedonsiirron sujuvuuteen. Palveluprosessin ja vuorovaikutustilanteen erottamisella on yhteyttä terveydenhuollon arvioinnin kehittäjän, Donabedianin (1988) luokitukseen rakenne-, prosessi- ja tuloskriteereistä. Rakenteelliset tekijät, kuten tilat, välineet, koulutustilaisuudet, henkilökunnan ammattitaito, ovat perusedellytyksiä potilaan hoidolle. Vuorovaikutustilanteessa, asiakkaan ja hoitohenkilökunnan kohdatessa, ammattitaito näkyy myös asiakkaalle. Tuloksena syntyy muutoksia esimerkiksi asiakkaan terveydentilassa, tuloksena voidaan pitää myös asiakkaan tyytyväisyyttä hoitoonsa. Osa laadun osatekijöistä on asi-

---

<sup>54</sup> Instituutionaalilla laadulla Lehtinen tarkoittaa käsitystä, joka asiakkaalla on palvelua antavasta organisaatiosta.

<sup>55</sup> (ks. myös Storbacka & Lehtinen 1999).

<sup>56</sup> Asiakkaan odotuksiin vaikuttavat asiakkaan tarpeet, imago, markkinaviestintä ja suusanallinen viestintä (Grönroos 1994).

akkaalle näkyviä, osa näkymättömiä. Asiakkaan ei tarvitse eikä häntä välttämättä kiinnosta tietää, miten työntekijät sekoittavat lääkkeitä tippapulloihin tai huolehtivat erilaisten laitteiden huoltamisesta. Laitteiden huollossa ja hoidon valmistelutilanteissa tapahtuneet virheet vaikuttavat kuitenkin hoidon lopputulokseen eikä ystävällinen käytös vuorovaikutustilanteessa voi kyseisiä puutteita korvata.

Parasuraman, Zeithaml ja Berry (1985; ks. myös 1988) kehittivät 1980-luvulla palvelun laadun osatekijöitä kuvaavan mallin. Näitä osatekijöitä ovat seuraavat kymmenen tekijää<sup>57</sup>: palvelun luotettavuus, responsiivisuus, henkilökunnan ammattitaito, palvelun saavutettavuus, kohteliaisuus, viestintä, uskottavuus, turvallisuus, asiakastuntemus ja fyysiset tekijät. Jatko-tutkimuksen perusteella Parasuraman ym. (1988; ks. myös Grönroos 1994, 73; Grönroos 2001, 124) yhdistivät laadun osatekijöitä ja esittivät uuden, seuraavat viisi osatekijää sisältävän luokituksen: luotettavuus, responsiivisuus, varmistaminen, empatia ja fyysiset tekijät<sup>58</sup>. Esitettyjen luokitusten yleistä soveltuvuutta julkiselle sektorille on kritisoitu (ks. esim. Black, Briggs & Keogh 2001) siitä syystä, että on mahdotonta saavuttaa kaikkiin olosuhteisiin soveltuva laadun osatekijöiden määrittelyä. Tämä käsitys liittyy siihen, että laatu on ilmiönä kontekstisidonnainen ja tästä syystä määriteltävä uusissa olosuhteissa uudelleen.

Laadun ilmiö tulkkiiutuu erilaiseksi palvelutuotannossa ja teollisuudessa sekä toimialojen sisällä. Laadun ilmiön kontekstisidonnaisuus näkyy terveydenhuollossa esimerkiksi siten, että laadun osatekijöille annettuihin merkityksiin vaikuttaa terveydenhuollon osa-alue. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on eroja laadun osatekijöissä. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa fyysiset tilat saavat asiakkaan kannalta aivan toisenlaisen merkityksen laadun osatekijänä kuin terveysaseman vastaanottokäynnillä. Tutkimusten mukaan iäkkäät asiakkaat ja heidän omaisensa sekä hoitohenkilökunta arvostavat pieniä, kodinomaisia hoitoyksiköitä,

---

<sup>57</sup> *Luotettavuus* tarkoittaa suorituksen johdonmukaisuutta ja luotettavuutta. Palvelu tuotetaan oikein ensimmäisellä kerralla. *Responsiivisuus, reagointialttius* tarkoittaa henkilökunnan halukkuutta tai valmiutta palvella asiakkaita. *Henkilökunnan ammattitaito, pätevyys* tarkoittaa työtehtävissä vaadittavien taitojen ja tietojen hallintaa. *Palvelun saavutettavuus* tarkoittaa palvelun fyysistä lähestyttävyyttä sekä yhteyden saamisen helppoutta ja vaivattomuutta. *Kohteliaisuus* tarkoittaa kohteliasta, toista kunnioittavaa ja huomioon ottavaa käytöstä sekä ystävällisyyttä. *Viestintä, kommunikointi* tarkoittaa asiakkaiden kuuntelua sekä keskustelua asiakkaan kanssa kielellä, jonka asiakas ymmärtää. *Uskottavuus* tarkoittaa luotettavuutta, rehellisyyttä ja asiakkaan etujen ajamista. *Turvallisuus* tarkoittaa riskin, vaaran tai epäilyksen puuttumista. *Asiakastuntemus*, asiakkaan ymmärtäminen ja tunteminen tarkoittaa pyrkimystä ymmärtää asiakkaiden tarpeita. *Fyysiset tekijät*, fyysinen ympäristö tarkoittaa palvelun fyysisiä ominaisuuksia, kuten tiloja ja välineitä, henkilökunnan fyysistä olemusta sekä palvelutiloissa olevia muita asiakkaita. (Parasuraman ym. 1985; ks. myös Grönroos 2001.)

<sup>58</sup> Luotettavuus: kyky tuottaa sovittu palvelu luotettavasti ja täsmällisesti. Responsiivisuus: halukkuus auttaa asiakasta ja antaa palveluja nopeasti. Varmistaminen: henkilökunnan ammattitaito ja kohteliaisuus sekä heidän kykynsä herättää luottamusta. Empatia: asiakkaiden ottaminen huomioon yksilöllisesti, välittäminen. Fyysiset tekijät: fyysiset tilat ja välineet sekä henkilökunnan ulkoinen olemus. (Parasuraman ym. 1988; vrt. Lillrank 1990.)

joissa voi esteettömästi liikkua. Vanhukset pitävät tärkeänä myös yksityisyyttä<sup>59</sup>. Laitosten tilojen monipuolisuus lisää omaisten halukkuutta osallistua läheistensä hoitoon. (Kotilainen 2002; Vaarama, Kainulainen, Perälä & Sinervo 1999; Vaarama, Luomahaara, Peiponen & Voutilainen 2001.) Avohoidossa tilojen merkitys on vähäisempi kuin laitoksissa. Lumijärven (1996; 1997) tutkimuksen mukaan avohoidossa lapsipotilaiden hoitoympäristöön, hoidon fyysisiin edellytyksiin ja oheispalveluihin liittyvät tekijät yhdistettiin harvoin tärkeimpien laatu-tekijöiden joukkoon.

Laadun määrittely tietyssä kontekstissa mahdollistaa yksityiskohtaisten kriteerien asettamisen ja siten konkreettisemmän laadun ilmiön kuvaamisen. Mustajoki ym. (2001, 80) ovat kehittäneet Leino-Kilven ym. (1994<sup>60</sup>) mallin pohjalta vanhainkodin kontekstiin soveltuvan vanhus-ten hyvän hoidon mallin<sup>61</sup>. Mallin kehittelylle olivat pohjana asukkaille, omaisille ja hoito-henkilökunnalle tehdyt teemahaastattelut. Teemoina olivat *hyvän hoidon edellytykset*, *hyvän hoidon tavoitteet*, *hyvän hoitajan ominaisuudet*, *hyvään hoitoon sisältyvät toiminnot*<sup>62</sup>, *hyvä vuorovaikutus* sekä *hyvän hoidon hoitoympäristö*. Haastattelujen perusteella muotoutui hyvän hoidon malli kuviossa 7 esitettyine osatekijöineen.

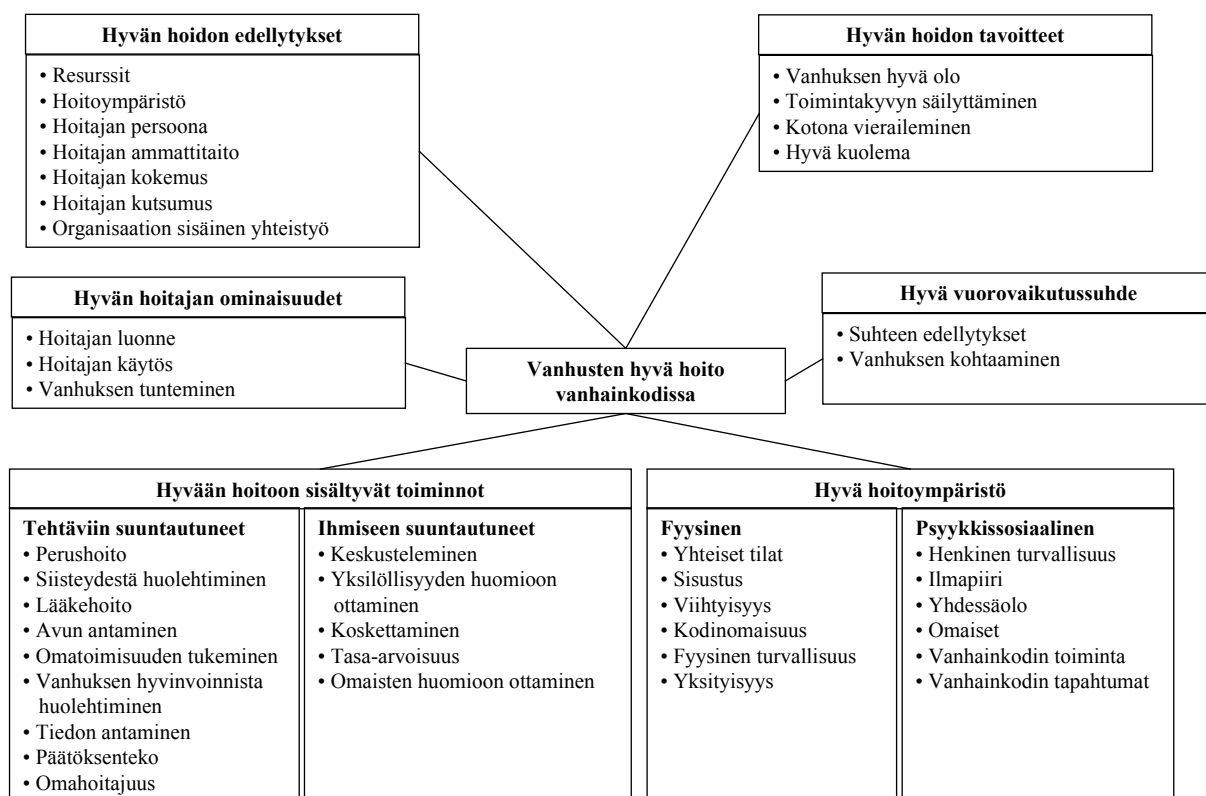
---

<sup>59</sup> Ks. Rosqvist (2003).

<sup>60</sup> Leino-Kilpi ym. (1994) ovat kehittäneet HYVÄ HOITO -mittaria. Hyvä hoito koostuu mittarissa seuraavista sisältöalueista: hoitavan henkilön ominaisuudet, tehtävä- ja ihmiskeskeiset toiminnot, hoidon edellytykset, hoidon ympäristö, hoitoprosessin eteneminen sekä potilaan omat hallintastrategiat.

<sup>61</sup> Hoidon laadun arviointiin on kehitetty useita mittareita, mm. Qualpacs ja Senior Monitor. Qualpacs (Quality Patient Care Scale) on kehitetty Yhdysvalloissa. Kyseisessä hoitotyön laadun arviointimittarissa käytetään havainnointia. Mittari on jaettu kuuteen osa-alueeseen: yksilön psykososiaalinen hoito, ryhmän psykososiaalinen hoito, fyysinen hoito, edellisiin ryhmiin kuulumaton psykososiaalinen ja fyysinen hoito, hoitotyöntekijöiden välinen potilaan hoitoa koskeva kommunikaatio sekä hoitotyöntekijän ammatillisuus. Arvioinnin suorittaa ammattihenkilö. (Perälä 1995.) Senior Monitor on Isossa-Britanniassa kehitetty vanhus-ten hoidon laadun arviointimittari. Mittarin suomenkielisessä versiossa hoitotyötä kuvastavat kriteerit on jaoteltu viiteen pääluokkaan: hoitotyön suunnittelu, potilaan fyysisten tarpeiden tyydytys, potilaan ei-fyysisten tarpeiden tyydytys, potilaan kuntoutumisen tarpeiden tyydytys ja hoitotyön tavoitteiden arviointi. Tietoa kerätään potilasasiakirjoista, potilaalta ja hoitajilta kysymällä sekä havainnoimalla hoitoympäristöä. (Voutilainen & Isola 1998.)

<sup>62</sup> Ks. myös Räisänen (2002).



Kuvio 7. Hyvän hoidon malli Mustajoen ym. (2001, 81) mukaan

Angelopoulou, Kangis ja Babis (1998) selvittivät kyselytutkimuksella yksityisissä ja julkisissa terveystalveissa työskentelevien lääkäreiden ja heidän asiakkaidensa tyytyväisyyttä tiettyihin laadun osatekijöihin. Näitä osatekijöitä olivat muun muassa palvelujen hinta, henkilökunnan vuorovaikutustaidot ja ammattitaito, fyysiset olosuhteet työyksiköissä, ruoan laatu ja hallinnolliset palvelut. Tulosten mukaan yksityisen sektorin asiakkaat maksavat itse enemmän palveluista ja myös vaativat enemmän kuin julkisen sektorin asiakkaat (vrt. Tuorila 2000). Lääkärit käyttivät enemmän aikaa asiakkaiden kanssa keskusteluun yksityisellä kuin julkisella sektorilla. Asiakkaat olivat yksityisellä sektorilla tyytymättömämpiä henkilökunnan vuorovaikutustaitoihin mutta tyytyväisempiä lääkäreiden ammattitaitoon kuin julkisella sektorilla. Asiakkaat olivat julkisella sektorilla tyytyväisempiä kuin lääkärit valittuihin osatekijöihin. Syynä tähän olivat oletettavasti asiakkaiden vähäiset odotukset. Julkisen sektorin asiakkaat painottivat palvelujen lääketieteellistä laatua, ja he jättivät vähemmälle huomiolle niin sanotut hotellipalvelut (ruoka, tilat). (Angelopoulou ym. 1998.) Tyytyvätkö julkisen sektorin asiakkaat vähempään kuin yksityisen sektorin asiakkaat? Tuorilan (2000) tutkimuksen mukaan asiakkaat eivät Suomessa osaa esittää riittävästi vaatimuksia yksityisen terveydenhuollon palveluja käyttäessään. Passiivisen potilaan rooli on iskostunut palvelujen käyttäjiin myös yksityisellä sektorilla.

Laadun ominaispiirteet ovat yhteydessä laadun kontekstiin. Tässä tutkimuksessa aineiston analyysissä ei oteta systemaattisesti tarkasteluun edellä mainittuja palvelun laadun osatekijöitä, vaan painopisteenä ovat laatu näkökulmat ja niille aineistosta muodostuvat sisällöt. Tarkoituksena on tarkastella aineistoa mahdollisimman aineistolähtöisesti ilman yksityiskohtaista aikaisempiin teorioihin ja tutkimuksiin perustuvaa luokitusta, jotta aineistossa olevat merkitykset pääsisivät mahdollisimman alkuperäisessä muodossaan esille.

## **3.2 Laatujohtaminen ja johtamisen tueksi luodut kriteeristöt**

### **3.2.1 Laatujohtamisen teoreettinen perusta**

Lumijärvi ja Jylhäsaari (1999, 35–40; vrt. Juuti 2001) ovat pohtineet laatujohtamisen johtamis- ja organisaatioteoreettisia kytkentöjä. Laatujohtamisella on yhteyksiä esimerkiksi Taylorin (1856–1915) tieteelliseen liikkeenjohtoon ja Fayolin (1841–1925) klassiseen hallintoteoriaan. Osa laatujohtamisen menetelmistä tukee yksityiskohtaista ohjeistamista ja ohjaamista.

Klassinen hallintoteoria on perustaltaan konesuunnittelun teoriaa. Johtaminen on luonteeltaan autoritaarista toimintaa, joka on käskyttävää. Fayolin edustamasta klassisesta hallintoteoriasta on myöhemmin saanut vaikutteita muun muassa tavoitejohtaminen (MBO, Management By Objectives). Klassisen hallintoteorian mukaiseen johtamiseen liittyy ongelmia laatujohtamisen pehmeiden menetelmien ja ihmisten johtamiseen liittyvien osa-alueiden (ks. Kekäle 1998) näkökulmasta. Työntekijöiden osallistuminen päätöksentekoon ja laadun määrittelyyn on keskeistä ihmisten johtamisen kannalta.

Taylorin tieteellinen liikkeenjohto eriytti tuotteen suunnittelun toteutuksesta.

Tälle on esitetty kritiikkinä laatujohtamisen kannalta se, että työntekijällä tulee olla asiantuntemusta työhön liittyvistä asioista, jotta työntekijä pystyy itseohjaukseen, jolloin tuotteen laadun varmistaminen ja tarkastus kuuluvat tuotteen tekijälle itselleen. (Morgan 1997; Salminen 1998.) Laatujohtamisessa näkyy myös ihmissuhdekoulukunnan opeista (esim. Follett 1868–1933) erityisesti ryhmätoiminnan korostamista painottava piirre (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999; ks. myös Kekäle 1998).

Juutin (2001) mukaan laatujohtamismalleista on länsimaissa otettu taylorismiin viittaavat piirteet keskeisiksi. Tarkka ohjeistus tekee organisaatiosta mekanistisen, toimintavarman koneen (Burns & Stalker 1961; Morgan 1997; vrt. Kinnunen & Vuori 1999). Burns ja Stalkerin (1961) tutkimuksen mukaan mekanistinen organisaatio on kyvytön toimimaan muuttuvissa,

innovatiivisuutta vaativissa olosuhteissa. Bertalanffyn (1971) yleisen systeemiteorian mukaan avoin systeemi on jatkuvasti yhteydessä ympäristöönsä ja pyrkii uusintamaan toimintaansa. Järjestelmän rakennetta, perusominaisuuksia ja toimintakykyä muutetaan vaihtelevien ympäristöolojen vaatimalla tavalla.

Laatujohtamisajattelun ideologiaa on pidetty järjestelmäteorian perillisenä, koska se korostaa ympäristöriippuvuutta ja riippuvuussuhteen jatkuvaa muuttumista (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 38; ks. myös Morgan 1997). Lindblom (1959; 1968; ks. myös Simon 1982) toi esille organisaation vähittäisen jatkuvan muutoksen eli inkrementalismiin keinona sopeutua monimutkaisiin ympäristöihin. Tällä vähittäisellä muutoksella voidaan nähdä olevan yhteyttä laadun jatkuvaan parantamiseen.

Hammer ja Champy (1993) näkevät laatujohtamisen ja toimintaprosessien radikaalin uudistamisen kahtena vaihtoehtoisena menetelmänä. Laatujohtaminen korostaa jatkuvaa, pientä parantamista. Liiketoimintaprosessien uudistamisessa (BPR, Business Process Re-engineering) on kyse radikaaleista muutoksista (ks. myös Hannus 1994; Laamanen & Tinnilä 1998). Hammerin ja Champyn näkemyksissä korostuvat myös TQM:n (kokonaisvaltainen laatujohtaminen) ja CQI:n (jatkuva laadun parantaminen) näkeminen toistensa synonyymeinä. Laatujohtamista voidaan kuitenkin pitää laajempänä käsitteenä, ja silloin jatkuva, inkrementalistinen laadun parantaminen on yksi laatujohtamisen osa-alue. Jatkuva laadun parantaminen ja prosessien uudistaminen voidaan nähdä käyttötarkoitukseltaan erilaisina. Tällöin jatkuvaa laadun parantamista tapahtuu koko ajan, mutta organisaation on kehittyäkseen tunnistettava tilanne, jolloin tulee tehdä radikaaleja uudistuksia, innovaatioita. Tämä kuvastaa organisaation sopeutumista ympäristönsä vaatimukseen. Prosessien uudistaminen irrallisena toimintana ilman kytkeä koulutukseen, kokemukseen, organisaation rakenteeseen ja toimintaympäristöön on todennäköisesti tuomittu epäonnistumaan (Åhlberg 1997).

Juutin (2001) mukaan yhdysvaltalaisen laatuajattelun siirtyessä Japaniin se toi sinne uusia ajatuksia, mutta samalla laatujohtaminen rikastui japanilaisen kulttuurin vaikutuksesta. Japanilaisessa työskentelyssä korostuivat yhteisöllisyys, pitkän tähtäyksen päämäärien tavoittelu ja aloitteellinen innovatiivisuus. Länsimaaisessa johtamisessa oli tyypillistä yksilöllisyyden, lyhyen tähtäyksen hyötyjen ja omien tehtävien hoitamisen korostaminen. Laatujohtaminen nousi länsimaissa taloutta painottavan tulosjohtamisen haastajaksi. Kuitenkin Demingin (2000) ja muiden laatuasiantuntijoiden opeista on haluttu nostaa länsimaissa esille tulosjohtamista tukevat piirteet, kuten toiminnan mittaaminen ja yhdenmukaisuus asetettujen tavoitteiden kanssa.



Laatujohtamisen ihmisten johtamista korostavat piirteet ovat jääneet joiltain osin taka-alalle (Juuti 2001).

Kokonaisvaltaisella laatujohtamisella (TQM) ei ole selkeää teoreettista pohjaa. Silénin (1998, 46–47) mukaan laatujohtamisen yhteydet perinteisiin johtamisjärjestelmiin näkyvät muun muassa kurinalaisuudessa, prosessien organisoinnissa ja funktionaalisten insinööritieteellisten työkalujen käytössä. TQM:n keinot ovat siten funktionaalisia. Toisaalta TQM:n filosofia ja yleinen toiminta-ajatus ammentavat sisältönsä tulkitsevan koulukunnan perinteestä. Viitteitä tästä ovat esimerkiksi sosiaalisen todellisuuden korostaminen organisaation toiminnoissa, organisaation käsittäminen ennen kaikkea sisäisen asiakkuuden ketjuksi, kokonaisuusien korostamista pirstaleisuuden ja erikoistumisen sijaan sekä rinnakkaisten sosiaalisten todellisuuskien olemassaolon hyväksyminen. (Silén 1998.)

Silénin (1998) mukaan laatujohtamisen soveltamisen epäonnistuminen johtuu siitä, että soveltajat keskittyvät liiaksi laatujohtamisen keinojen ja työkalujen käytön edistämiseen ymmärtämättä laatujohtamisen sisällöllistä perustaa. Silénin ajattelussa näkyy samanlaista kriittisyyttä kuin Juutilla (2001) laatujohtamisen yhdenmukaisuutta korostavaa osa-aluetta kohtaan. Laatujohtamiseen liittyvien laadulle annettujen merkitysten selvittäminen on tarpeellista, jos laatujohtamista halutaan kehittää edelleen. Laatuun liittyvät ristiriitaisuudet voivat johtua juuri siitä, että laatujohtamista ei ole otettu länsimaissa kokonaisuutena käyttöön. Järjestelmäkeskeytyksen ja tuloksellisuuden painottaminen voi vääristää tai yksipuolistaa laatujohtamisen ilmiötä.

Laadun ilmiön johtamisen tutkiminen on Suomessa liittynyt erityisesti laatujohtamisen käyttöönottoon ja soveltamiseen. Laadun johtamiseen, laatu työkaluihin ja laatu kulttuuriin liittyviä väitöskirjatutkimuksia on tehty pääasiassa taloustieteissä, hallintotieteissä ja teknillisissä tiedeissä. Tämä johtune laatujohtamisen teollisuuslähtöisyydestä. Esimerkkejä edellä mainituista tutkimuksista ovat Ollilan (1995) kvantitatiivinen kyselytutkimus ISO 9000 -standardien vaikutuksesta laadun parantamiseen yrityksissä, Savolaisen (1997) laadullista lähestymistapaa edustava tapaustutkimus laatujohtamisideologian kehittymisestä yrityksissä, Kekälén (1998) konstruktiiivinen tutkimus laatujohtamisen ja laatu kulttuurin välisistä yhteyksistä, Silénin (1995) laatujohtamisen ja laatu kulttuurin yhteyksiä selvittävä fenomenologinen tutkimus sekä Tervosen (2001) laadun kehittämistä suomalaisissa yrityksissä käsittelevä laadullinen tutkimus. Lisensiaatintutkimuksessani (Mäki T. 2000) selvitin laatujohtamisen eri osa-alueiden levinneisyyttä terveydenhuollon organisaatioissa.

### 3.2.2 Laatujohtamisen historiaa

Käsityöläisaikana työntekijä vastasi tuotteidensa tekemisestä ja laadun tarkistamisesta itse ja oli siten laadunohjaaja. Teollistumisen myötä tavaroita tuotettiin aikaisempaa suurempia määriä ja tehokkuuden lisäämiseksi tuotteen tekeminen jaettiin osiin, jolloin työntekijät erikoistuiivat tiettyihin työvaiheisiin. Tämän seurauksena työntekijältä katosi kokonaisnäkemys tuotteesta. Kokonaisuuden laadunohjaus siirtyi työntekijältä työnjohtajan vastuulle. Ensimmäisen maailmansodan jälkeen tuotteiden ja prosessien monimutkaistuessa työnjohtajalla ei ollut enää aikaa tarkastamiseen ja siten tehtaisiin palkattiin päätoimisia tarkastajia, eräänlaisia laatuasiantuntijoita.

Toisen maailmansodan aikana massatuotannon lisääntyessä kaikkia tuotteita ei voitu enää tarkastaa ja siksi siirryttiin otosten tarkastamiseen. Otosten tarkastamisen yhteydessä siirryttiin tilastolliseen prosessin ohjaukseen<sup>63</sup>, johon sekoittui tayloristinen laadun tarkkailu. Tilastollinen laadun valvonta ja tayloristinen laadun tarkkailu pyrkivät lisäämään niin sanottua tieteellisyttä ja toiminnan mitattavuutta organisaatioissa. Tilasto oli tieteellisyyden ja eksaktiuden vertauskuva. (Juuti 2001.) Nykyisten laatujohtamisen mallien juuret ovat tilastollisessa laadunohjauksessa. Shewhartin (1980) kehittämän tilastollisen laadunohjauksen tavoitteena on vähentää vaihtelua ja saada siten aikaan tasainen tuotelaatu. Shewhart kehitti poikkeamia koskevan teorian, jonka mukaan poikkeaman voivat aiheuttaa sekä yleiset että erityiset syyt. (Shewhart 1980; ks. myös Karjalainen 1998; Lecklin 1997.) Laadun johtamisen painopiste oli tuotantokeskeisessä laatu näkemyksessä, yhdenmukaisuudessa.

1950-luvulla laadun johtamisessa siirryttiin kapeasta teollisuusperusteisesta valmistuskeskeisestä, tilastollisen laadunohjauksen näkökulmasta laadunvarmistukseen. Tämä näkemys sisälsi aiempaa laajemman käsityksen johtamisesta, ja sillä oli vaikutusta kokonaisvaltaisemman laadunohjauksen (TQC) kehittämiseen. Tavoitteena oli pyrkiä ennaltaehkäisemään laatuvirheitä ja kustannuksia. (Garvin 1988.) Laatu pyrittiin rakentamaan tuotteeseen paremmalla tuotesuunnittelulla.

Toisen maailmansodan jälkeen japanilaiset halusivat parantaa omien tuotteidensa kilpailukykyä. Amerikkalaiset laatuasiantuntijat Deming, Juran ja Feigenbaum antoivat asiantuntemuksensa japanilaisen teollisuuden käyttöön. Asiantuntijoiden ajatukset levisivät ensin Japanista

---

<sup>63</sup> Yhdysvalloissa 1920-luvulla tehdyssä valtakunnallisen puhelinverkoston standardisoinnissa kehitettiin menetelmä, joka muotoutui vähitellen tilastolliseksi laadunvalvonnaksi (laadunohjaukseksi).

Yhdysvaltoihin ja sieltä myöhemmin Eurooppaan. Edellä mainitut asiantuntijat ovat esittäneet omat laatujohtamisen periaatteensa yleensä kehittämissuunnitelmina.

Deming oli tilastollisen laadun ohjauksen kehittäjän, Shewhartin työn jatkaja. Deming painotti sekä tilastollista prosessin ohjausta että pehmeitä menetelmiä, henkilöstön tukemista ja opastamista sekä tiimityötä. Demingin mukaan prosessiin vaihtelua aiheuttavia tekijöitä ei voida koskaan täysin poistaa. Optimi saavutetaan, kun sisäinen kilpailu on eliminoitu. Yksittäisiä työntekijöitä ei siten pitäisi palkita eikä rangaista, koska suorituskyvyn vaihtelu johtuu pääasiassa järjestelmästä eikä yksittäisen työntekijän suorituskyvyn vaihtelusta. Täten laadun parantaminen saavutetaan muuttamalla prosesseja eikä ihmisiä, ja siten on tärkeää kehittää tiimejä ja yhteistyötä. Traditionaalinen palkitseminen luo Demingin mukaan ilmapiirin, jossa yritetään välttää riskejä rankaisun pelossa, ja tämä aiheuttaa henkilökohtaisten tavoitteiden korostumista yhteistyön, luovuuden ja tiimityön sijaan. (Deming 2000; Lumijärvi & Jylhäsaari 1999.)

Juran oli Demingin ohella merkittävä vaikuttaja Japanin laatuajattelun kehittämisessä. Juranin mukaan laatua on tuotteen tai palvelun soveltuvuus käyttötarkoitukseensa (Fitness for Use). Hänen näkemyksensä laadusta oli asiakaskeskeinen. Hän jakoi laadun johtamisen kolmeen prosessiin: laadun suunnitteluun, laadun ohjaukseen ja laadun parantamiseen. Nämä kolme muodostavat Juranin trilogian. Juranin mukaan laatujohtaminen ei edellytä mitään syvälle ulottuvia muutoksia organisaation johtamisrakenteisiin. (Juran 1989.)

Feigenbaumia pidetään henkilönä, joka loi käsitteen Total Quality Control (TQC), kokonaisvaltainen laadunohjaus. Hänen mukaansa TQC on tehokas järjestelmä, jolla yhdistetään laadun kehittäminen, laadun ylläpito ja laadun parantaminen koskemaan koko organisaatiota. Johdon on otettava laatu mukaan yrityksen strategiseen suunnitteluun. Feigenbaum korosti esimiesten ja asiantuntijoiden aktiivista roolia laatua koskevien tavoitteiden saavuttamiseksi. Hän korosti myös laadun kustannusten ja hyötyjen tarkastelua. (Feigenbaum 1983.) TQC-ideologiasta kehittyi Japanissa Company-Wide Quality Control, CWQC. Ishikawa (1985) korosti työntekijöiden kykyjen täysipainoista hyödyntämistä organisaatiossa. Laatu oli kaikkien asia, ja tässä hänen näkemyksensä poikkesi Feigenbaumin ajattelusta. Työntekijöiden osallis-

tumisen tueksi luotiin laatupiirit<sup>64</sup> ja laatutyökalut. Ishikawa korosti myös asiakasnäkökulmaa. (Ishikawa 1985.)

Crosby määritteli laadun vaatimustenmukaisuudeksi (Conformance to Requirements). Crosbyn mukaan hänen laatukäsityksensä on joissain yhteyksissä esitetty muodossa ”laatu on spesifikaatioiden mukaisuutta” (Conformance to Specifications), mitä hänen käsityksensä laadusta ei ole. Spesifikaatioihin viittaaminen tekee käsityksen laadusta liian kapeaksi ja teollisuuskeskiseksi. Crosby painotti virheiden ennaltaehkäisyä ja laadun mitattavuutta. Tilastollisesti hyväksyttävää laatuvirheiden tasoa ei ole olemassa, vaan tavoitteena on nollavirhetaso (Zero Defects). (Crosby 1996.)

Varsinainen kokonaisvaltainen laatujohtaminen syntyi 1970- ja 1980-luvulla. Se sisälsi aikaisempaa enemmän johtamiseen, strategiseen suunnitteluun ja organisaation kehittämiseen liittyviä asioita. Sisäisten toimintojen rinnalle nousi asiakaskeskeisyys. Laatu piti sisällään myös yrityksen sidosryhmät: toimittajat, yhteistyökumppanit, asiakkaat, omistajat, rahoittajat ja ympäröivän yhteiskunnan. (Lecklin 1997.) Laadunhallinta ja laatujohtaminen levisivät teollisuudesta palvelusektorille ja terveydenhuoltoon 1980- ja 1990-luvulla.

Wilkinsonin ym. (1998) mukaan laatujohtamisessa on muutamia periaatteita, jotka ovat keskeisiä laatuasiantuntijoiden esittämässä näkökannoissa. Näitä ovat asiakaskeskeisyys, prosessisuuntautuneisuus ja jatkuva parantaminen. Periaatteita toteutetaan käytännössä erilaisten parantamismenetelmien ja työkalujen, mittaamisjärjestelmien sekä johtamis- ja organisaatioprosessien avulla. Laatujohtaminen voidaan nähdä eräänlaisena tarjottimena, josta kukin voi nostaa esille haluamansa piirteet ja unohtaa kokonaisuuden (Jylhäsaari & Lumijärvi 1999, 38). Laatujohtamisen erilaisia soveltamistapoja kuvastavat muun muassa laadun johtamiseen liittyvät mallit, kriteeristöt ja standardit.

### **3.2.3 Organisaation toiminnan laatu: laadun johtamisen kriteeristöjä**

#### ***Laatujohtamisen mallien ja kriteeristöjen tausta***

Laadun johtamisen tueksi on laadittu erilaisia kriteeristöjä ja standardeja, joita organisaatiot voivat käyttää toimintajärjestelmänsä kehittämisessä ja arvioinnissa. Laatujohtamisen mallien

---

<sup>64</sup> Laatupiirin perusajatuksena oli, että ryhmä saman työnantajan palveluksessa olevia henkilöitä kokoontuu yhteen tunnistamaan ja analysoimaan työssä todettuja epäkohtia ja miettimään niihin ratkaisuja. Tausta-ajatukset liittyivät osallistuvaan johtamiseen ja motivaatioteoriaan. (ks. esim. Lillrank 1990.)

käyttöönotto on tapahtunut organisaatioissa useilla tavoilla, yleensä kuitenkin vaihteittain. (ks. Dale, Lascelles & Boaden 1994; Mäki T. 2000; Silén 1998; ks. myös Silén 1995; 1997.) Laatutyökalujen, -tekniikoiden ja kriteeristöjen synnyn taustalla on laatujohtamisen ja laatuäkemysten historiallinen kehitys. Laatujohtamisen mallit ovat yleiskäyttöisiä, ja siten ne on tarkoitettu sovellettavaksi organisaation olosuhteisiin. Erilaiset laatujohtamismallit heijastavat erilaisia käsityksiä laadusta ja sen johtamisesta (ks. esim. Kekäle 1998), ja siksi olen halunnut esitellä malleja tässä teoreettisessa viitekehyksessä. Näihin malleihin viitataan sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevissa laatusuosituksissa.

Tässä luvussa esitellään yleisesti muutamia tunnetuimpia yleisiä laatujohtamisen malleja tai kriteeristöjä sekä julkiselle sektorille ja terveydenhuoltoon tehtyjä sovelluksia. Yleisiä malleja ovat ISO 9000 -sarjan standardit ja Euroopan laaturapalkintomalli EFQM. Mallit eivät perustu varsinaisesti tiettyihin tieteellisiin tutkimuksiin vaan erilaisten ryhmien tärkeinä johtamisessa ja organisaation toiminnassa pitämiin asioihin. Näitä ryhmiä ovat esimerkiksi ISO 9000 -sarjan osalta tekniset komiteat. Hyvien käytäntöjen takana voi olla kuitenkin tutkimustuloksia, jotka ovat osaltaan auttaneet tiettyjen tekijöiden valintaa kriteeristöihin.

Erityisesti yritystoiminnassa julkinen tunnustus toiminnan laadusta voi olla keskeinen imagoystä. Laadun tunnustus perustuu aina joihinkin arviointikriteereihin. Näitä tunnustuksia ovat esimerkiksi laaturapalkinnon voittaminen ja laatusertifikaatti. Kriteeristöjen pääasiallinen tarkoitus on kuitenkin auttaa organisaatioita oman toiminnan kehittämässä ja kehittämisen seurannassa. Laatujärjestelmän sertifiointilla on todettu olevan yhteyttä yrityksen asiakastyytyväisyyden myönteiseen kehitykseen (Ollila 1995).

Vuoden 1999 lopulla Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa yleisimpiä koko<sup>65</sup> organisaation laadunhallinnan malleja olivat ISO 9000 -standardit, ITE-menetelmä<sup>66</sup> ja Suomen laaturapalkinto (Mäki ym. 2000). Organisaatiot käyttivät samanaikaisesti useita malleja (Mäki T. 2000; ks. myös Mäki ym. 2000; Outinen ym. 2001; vrt. Saalasti-Koskinen & Outinen 2003).

Erilaiset laatujohtamisen menetelmät vaativat erilaista johtamista. Kekäle (1998) on jakanut laatujohtamisen menetelmät kolmeen luokkaan: *koviin, pehmeisiin ja yhdistyneisiin menetel-*

---

<sup>65</sup> Yleisin laadunhallinnan malli oli laboratorion akkreditointitodistus, mutta se koskettaa vain osaa terveydenhuollon organisaation toiminnasta.

*miin.* Koviin menetelmiin kuuluvat muun muassa ISO 9000 -sarjan standardit ja tilastolliset menetelmät kontrollointitarkoituksessa. Pehmeisiin menetelmiin kuuluvat esimerkiksi avoin johtamistyyli, vastuun delegointi ja henkilöstön autonomian lisääminen, vertailukehittäminen, oppiva organisaatio -ajattelu, tiimityö sekä laatupalkintofilosofia. Yhdistyneisiin menetelmiin kuuluvat muun muassa tilastolliset menetelmät prosessin ohjaustarkoituksessa, seitsemän laatutyökalua<sup>67</sup> ja laatupalkintokriteerit. (Kekäle 1998.)

Kekäleen (1998) mukaan kovat menetelmät vaativat johdon sitoutumista ja ohjausta. Paras laatu saavutetaan tällöin asettamalla suorituskykystandardeja sekä mittaamalla ja kontrolloimalla työtä systemaattisesti. Työntekijöiden kontrollointi antaa kuvan tayloristisesta työnjaosta, jossa vähän koulutettua työvoimaa pidetään kykenemättömänä johtamaan omaa työtään. Yhdistettyjä menetelmiä käytettäessä on tärkeää, että johto osoittaa alkuvaiheessa selvää sitoutumista ja tukea, kunnes tiimit alkavat toimia itsenäisesti, ja sen jälkeen johdon tehtävänä on taata resurssit. Työntekijät ovat itseohjautuvia ja halukkaita kehittämään itseään. Pehmeitä menetelmiä käytettäessä oletetaan, että paras laatu saavutetaan silloin, kun johtamistyyli on avoin, vastuu on delegoitu ja henkilökunnan autonomiaa on lisätty. Laatu on asiakkaan määrittelemää ja tuotteet ovat asiakasspesifisiä, ja siten täsmälliset ohjeet ja standardit eivät ole mahdollisia. Pehmeässä mallissa johdon sitoutuminen näkyy muun muassa visiointina. (Kekäle 1998.)

Koviin menetelmiin kuuluvaa standardointia on kritisoitu, koska kaikki organisaatiossa tapahtuva toiminta ei ole standardoitavissa. Esimerkiksi terveydenhuollossa palveluja räätälöidään asiakaskohtaisesti. Toisaalta standardisoinnissa voidaan kuitenkin nähdä erilaisia asteita. Samassa organisaatiossa johtaja tai esimies voi joutua muuttamaan johtamistyyliään tilanteen ja toiminnan osa-alueiden mukaisesti. Kaikissa organisaatioissa on siten toimintoja tai pienempiä osa-alueita, joiden laadun varmistamiseksi tarvitaan kovia mittareita. Johtamisen luonne ei siten välttämättä liity työntekijöiden ammattitaidon puutteeseen vaan tuotettavien palvelujen luonteeseen.

---

<sup>66</sup> (ks. Holma 2003).

<sup>67</sup> Laadunhallintaan liittyvistä työkaluista puhuttaessa voidaan tarkoittaa hyvin erilaisia apuvälineitä, malleja ja kriteeristöjä. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeneessa tutkimuksessa laadunhallinnan menetelmillä ja -työkaluilla tarkoitettiin mm. oman työn arviointia, moniammatillista arviointia, hoitosuunnitelmia, tuotteistamista, valitusten käsittelymenettelyä, henkilökunnan ja asiakkaiden tyytyväisyystutkimuksia, vertailukehittämistä (benchmarking) sekä tasapainotettua mittaristoa (BSC). Laatutyökalut voidaan karkeasti luokitella seuranta- ja mittausjärjestelmiin (tilastolliset laadun valvontamenetelmät, tuloskortti), kvantitatiivisiin (ns. seitsemän laatutyökalua) ja kvalitatiivisiin (seitsemän johtamistyökalua) työkaluihin, ongelmanratkaisumenetelmiin, organisaatiomenetelmiin (tiimityö, aloitetoiminta), laatujärjestelmiin sekä kokonaisvaltaisiin laadun kehittämismalleihin (laatupalkintokriteerit). (Tuominen & Lillrank 2000, 26; ks. myös Lecklin 1997; Ozeki & Asaka 1996.)

**ISO 9000 -standardit**

ISO 9000 -sarjan standardien avulla voidaan kehittää organisaation laadunhallintaa järjestelmällisemmäksi. Ensimmäiset kansainväliset ISO 9000 -sarjan laadunvarmistusstandardit julkaistiin vuonna 1987, ja niitä on uudistettu vuosina 1994 ja 2000. Sarjan standardit on alun perin kehitetty teollisuustuotantoon. Suomen Kuntaliitto (1994) on laatinut 1990-luvun alkupuolella kuntastandardin, sovelluksen silloin voimassa olleesta ISO 9001 (SFS 1994) laadunvarmistusstandardista.

Valtakunnallisissa sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevissa suosituksissa on viitattu ISO 9000 -sarjan standardeihin, erityisesti käsitteistöjulkaisuun ISO 8402 *Laadunhallinta ja laadunvarmistus, sanasto* (SFS 1995; vrt. uudistettu sanasto SFS 2001a<sup>68</sup>). Sanaston käyttöä on perusteltu sen tunnettuuden ja kansainvälisyyden vuoksi (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta...1999; Stakes 1996; Suomen Kuntaliitto 1998c–d; Suomen Kuntaliitto 1998e).

Laatujärjestelmien sertifiointissa käytetään tiettyjä standardeja (ks. SFS 2001c). Sertifioidun laatujärjestelmän tavoitteena on osoittaa asiakkaille, että organisaatiolla on dokumentoitu laatujärjestelmä, ja että organisaatio toimii sen mukaisesti. Laatujärjestelmän sertifiointi on kolmannen, riippumattoman osapuolen antama kirjallinen vakuutus siitä, että laatujärjestelmä on määriteltyjen vaatimusten mukainen. Arviointitahon on osoitettava pätevyytensä akkreditoitumalla. Esimerkiksi SFS-Sertifiointi<sup>69</sup> Oy on akkreditoitu sertifiointielin<sup>70</sup>.

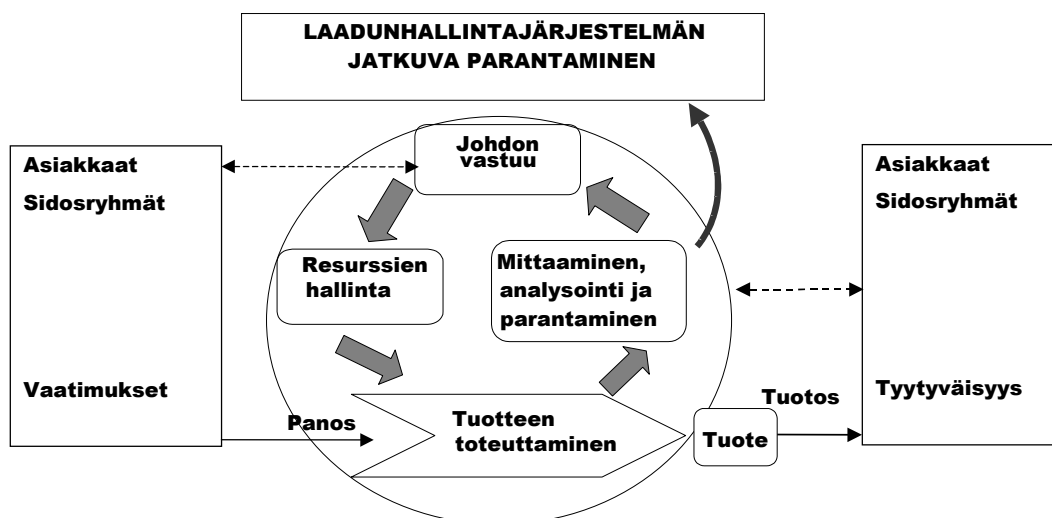
ISO 9000 -sarjan standardien taustalla ovat seuraavat laadunhallinnan periaatteet: 1) asiakas-keskeisyys, 2) johtajuus, 3) henkilöstön osallistuminen, 4) prosessimainen toimintamalli, 5) järjestelmällinen johtamistapa, 6) jatkuva parantaminen, 7) tosiasioihin perustuva päätöksenteko ja 8) molempia osapuolia hyödyttävät suhteet toimituksissa (SFS 2001a, 8). Periaatteet kuvaavat osuvasti laatujohtamisen kokonaisuutta, jossa näkyvät sekä asioiden että ihmisten johtamiseen liittyvät asiat. Kuvio 8 esittää laadunhallintajärjestelmän mallin ja sen keskeiset osa-alueet: johdon vastuu, resurssien hallinta, tuotteen toteuttaminen sekä mittaaminen, analy-

<sup>68</sup> Sarjan muita keskeisesti laadunhallintaan ja laatujohtamiseen liittyviä standardeja ovat ISO 9001 *Laadunhallintajärjestelmät. Vaatimukset* (SFS 2001c), jota käytetään muun muassa organisaation laatujärjestelmän (laadunhallintajärjestelmän) sertifiointissa sekä laaja ohjeisto ISO 9004 *Laadunhallintajärjestelmät. Suuntaviivat suorituskyvyn parantamiselle* (SFS 2001b). Laadunhallinta- ja ympäristöjärjestelmien auditointiohjeet on laadittu erikseen (SFS 2002).

<sup>69</sup> Suomen Standardisointiliitto on standardisoinnin keskusjärjestö Suomessa. Standardeja valmistellaan teknisissä komiteoissa, jotka laativat standardiehdotuksen. (SFS 2003; SFS-Sertifiointi Oy 2003.)

<sup>70</sup> Akkreditointi on pätevyyden toteamista ja se on asetuksella annettu Suomessa Mittatekniikan keskukselle ja FINAS (the Finnish Accreditation Service) on sen harjoittama akkreditointipalvelu (Asetus testaus-, tarkastus-, sertifiointi- ja kalibrointitoimintaa harjoittavien toimielinten pätevyyden toteamisesta 1568/1991; ks. myös Asetus mittatekniikan keskukselta 678/1991; Laki mittatekniikan keskukselta 1149/1990; Mikes 2003).

sointi ja parantaminen. ISO 9001 sisältää vaatimuksia kullekin osa-alueelle. Organisaatio voi käyttää standardistoa apunaan rakentaessaan laatujärjestelmää.



Kuvio 8. Laadunhallintajärjestelmän malli (SFS 2001a, 14; ks. myös SFS 2001b, 10; SFS 2001c, 12)

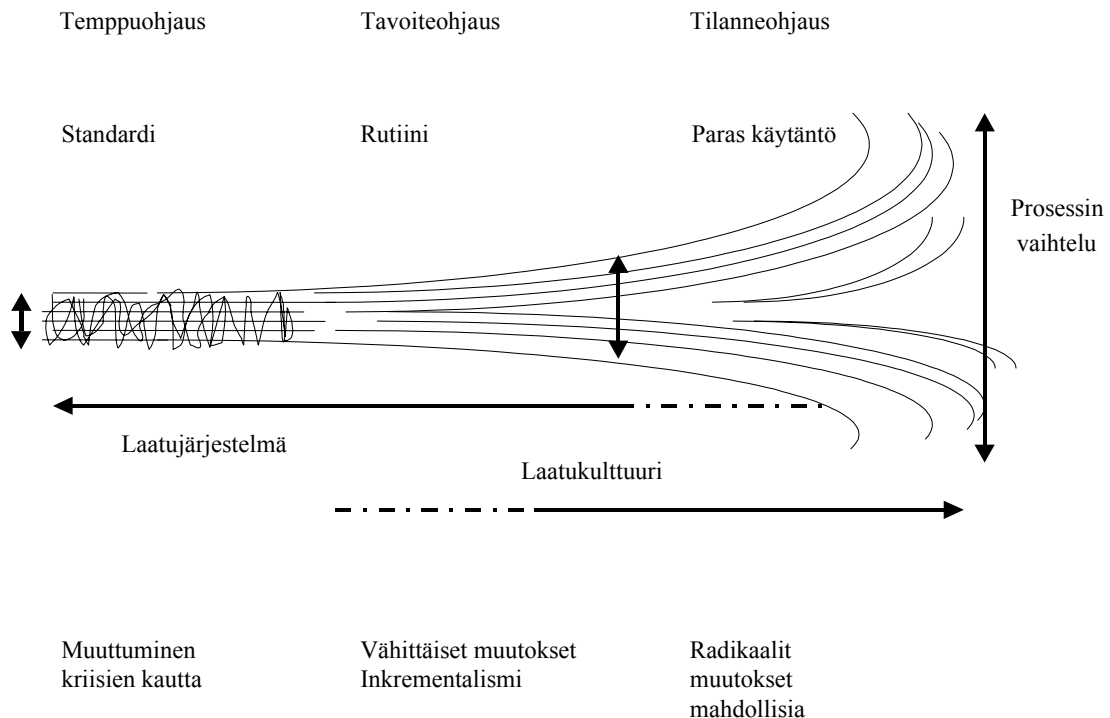
Suomessa on sertifioitu useiden julkisen sektorin organisaatioiden laatujärjestelmiä (SFS-Sertifiointi Oy 2003; ks. myös Rissanen 1999; Toijalan terveystieteiden... 1998). Ulkoinen tunnustus omalle laatujärjestelmälle voi olla myös julkisen sektorin organisaatioille tärkeä asia palveluja kilpailutettaessa ja oman toiminnan olemassaolon oikeutusta arvioitaessa. Vuonna 1999 tehdyn kartoituksen perusteella vain harvat julkisen terveydenhuollon organisaatiot tavoittelevat laatujärjestelmälleen ulkoista tunnustusta, esimerkiksi sertifikaattia tai Suomen laukupalkintoa (Mäki ym. 2000; Outinen ym. 2001). Tämä saattaa johtua siitä, että laatujärjestelmät eivät ole vielä tarpeeksi kehittyneitä tai että järjestelmien rakentaminen koetaan liian raskaaksi (ks. Mäki T. 2000).

Lillrank (1998) kuvaa standardisoinnin ja laatukulttuurin välistä yhteyttä laatuluudan avulla (kuvio 9). Jokaisessa organisaatiossa on toimia, jotka ovat toistuvia, yksiselitteisiä ja standardisoidavissa. Näiden asioiden johtamiseen sopii ISO 9001 -standardin mukainen laadunhallintajärjestelmä. Tämä kuvaa laatuluudan vartta, jossa varvut sidotaan tiukasti kiinni toisiinsa eli sallittu vaihteluväli on kapea. Siirryttäessä varresta kohti luudan hapsottavia haivenia tilanne muuttuu siten, että vaihteluväli kasvaa: asiakas voidaan tehdä tyytyväiseksi usealla tavalla. Näitä tapoja ei voida määrittellä yksityiskohtaisesti, koska niitä on liian paljon. On kuitenkin olemassa toimintoja, joiden laajamittainenkin standardointi on järkevää, koska virhekustan-



nukset ovat suuria. Luudan lakaisevaa päätä kohti siirryttäessä on ryhdyttävä johtamaan laatu-järjestelmän sijasta laatukulttuurilla ja arvoilla.

Laatukulttuuri näkyy työntekijän työssä siten, että päätöksentekotilanteissa, joissa työntekijä ei löydä neuvoa esimerkiksi laatukäsikirjasta, työntekijä osaa tehdä päätöksiä, jotka ovat yleisten laatutavoitteiden mukaisia. Laatuluutua voidaan tarkastella myös organisaation kyvykkyyden kannalta. Joustava organisaatio kykenee muuttamaan toimintaansa ympäristön vaatimien muutosten mukaisesti nopeasti, mutta se vaatii laatukulttuurin vahvuutta. Jäykkä organisaatio muuttuu vain kriiseissä. Toisaalta inkrementalistinen, vähittäisten muutosten malli saattaa olla sopiva terveydenhuollon organisaatioihin, joissa on osia sekä järjestelmiä painottavasta toiminnasta että tilanteen mukaisesta joustavuudesta.



Kuvio 9. Sovellus Lillrankin (1998) laatuluudasta

On oletettavaa, että organisaatio ei ole pelkästään joko laatukulttuurilla toimiva tai laatujärjestelmää noudattava. Terveydenhuollossa on työn luonteen vuoksi paljon erilaisia toimintaohjeita, joiden täsmällistä noudattamista on pidetty tärkeänä hoidon laadun takaamiseksi ja virheiden välttämiseksi. Täten tuotantokeskeinen, yhdenmukaisuutta painottava laatuajattelu on luonteva osa terveyspalveluja. Menettelyohjeita ja siihen liittyvää standardointia ei kaikilta osin pidetä hyvänä asiana, koska vaarana voi olla sellaisten asioiden standardointi, jotka eivät ole käytännössä standardeitavissa tai niiden standardointi ei ole tuotettavan palvelun kannalta

järkevää (ks. esim. Mäntysaari 1998). ISO 9000 -sarjan mukaisten laatujärjestelmien rakentamista on kritisoitu muun muassa siitä syystä, että tarkka ohjeistaminen muistuttaa tayloristista työn osittamista vaiheisiin (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 127). Lisäksi kirjallisten ohjeiden laadinta ja niiden ylläpito lisää työmäärää ainakin järjestelmän rakentamisvaiheessa (ks. esim. Mäki T. 2000).

Dokumentoitu laatujärjestelmä voidaan nähdä laadun minimin kuvauksena, jolloin henkilöstö ei helposti motivoitu yrittämään enempää kuin ohjeet edellyttävät. Tiedetään, että työntekijää motivoi parempiin suorituksiin innostava visio. Jos laatukriteerit kuvaavat laadun minimiä, työ ei ole motivoivaa. Julkisella sektorilla saattaa olla riskinä, että dokumentoitu tavoitetaso on myös se taso, jolle resurssit mitoitetaan. Dokumentoitu laatujärjestelmä voi heikentää organisaation sopeutumista muuttuviin olosuhteisiin, jos toiminnan jatkuvaa parantamista ei ole rakennettu koko toimintajärjestelmän sisään. Avoimuus muuttuvalle toimintaympäristölle on keskeistä. Laatujohtamisjärjestelmä voi pahimmassa tapauksessa olla hyvä esimerkki organisatorisesta konservatismista, jolloin muutokset koetaan uhkana.

### ***EFQM***

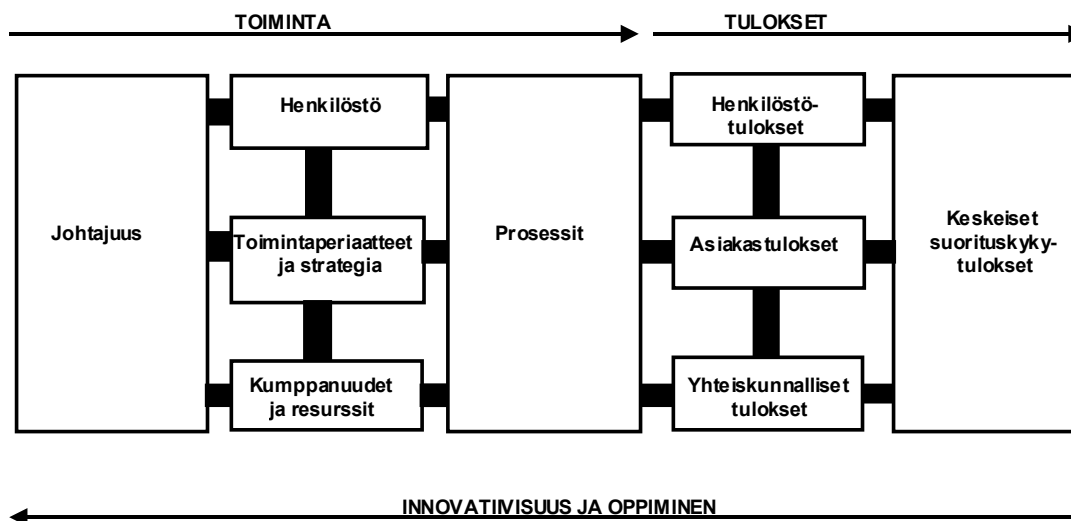
Erilaisilla kansallisilla laatupalkinnoilla on maailmanlaajuisesti pitkä perinne, esimerkiksi Japanissa perustettiin jo vuonna 1951 Deming Prize -laatupalkinto ja Yhdysvalloissa Malcolm Baldrige -palkinto vuonna 1988. Suomen laatupalkinto perustettiin vuonna 1991, ja sen perustana oli Malcolm Baldrige -kriteeristö. Euroopan laatupalkinto (EFQM<sup>71</sup>) perustettiin vuonna 1992. Suomen laatupalkintokilpailussa siirryttiin Euroopan laatupalkintomalliin vuonna 2001 (ks. Laatukeskus 2003). Valtakunnallisissa laatusuosituksissa laatupalkintokriteeristö esitellään laatujärjestelmän itsearviointityökaluna (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 1999, 9; Suomen Kuntaliitto 1998e, 7–9).

Laatupalkintomallit sisältävät merkityksellisiksi koettuja johtamisen osa-alueita. Organisaation itsearviointiin voidaan liittää pisteytys, jonka avulla organisaatio voi seurata kehittymistään. Kriteeristön sisältämien osa-alueiden erilaiset painoarvot kuvastavat laatuun liittyviä merkityksenantoja. Nämä merkityksenannot saattavat olla tiettyihin toimialoihin liittyviä, ja tästä syystä niiden painoarvoa tulisikin miettiä kontekstisidonnaisesti. Laatupalkintokriteereitä käytetään itsearvioinnin lisäksi myös laatupalkintokilpailussa. Kuviossa 10 näkyvät EFQM-

---

<sup>71</sup> Euroopan laatupalkinnosta vastaa *European Foundation for Quality Management* (EFQM). -organisaatio. Arviointikriteeristöä muutettiin ensimmäisen kerran vuoden 1992 jälkeen vuonna 1999. (EFQM 1999a; 1999b; 1999c.)

kriteeristön arviointialueet. Malli jakaantuu yhdeksään<sup>72</sup> arviointialueeseen, joista viisi liittyy organisaation toimintaan ja neljä organisaation tuloksiin. Innovatiivisuus ja oppiminen korostuvat läpi koko kriteeristön<sup>73</sup>. Julkiselle sektorille on oma arviointikriteeristö, mutta arviointialueiden nimissä ja pisteytyksen painoarvoissa sekä arviointikohtien sanamuodoissa ei juuri ilmene eroja liiketoimintakriteeristöön verrattuna. Ainoastaan arviointikohtien selvennyksenä luetelluissa esimerkinomaisissa tarkastelukohdissa on pieniä eroja<sup>74</sup> (joitakin asioita tulkittu julkisen sektorin näkökulmasta). (Laatukeskus 2000.)



Kuvio 10. EFQM -malli (EFQM 1999c)

EFQM-mallissa on kahdeksan keskeistä periaatetta, joihin johdon tulee sitoutua, jotta *erinomaisuuden* saavuttaminen olisi mahdollista. Erinomaisuudella tarkoitetaan organisaation johtamiseen ja tuloksellisuuteen liittyvää ylivertaista käytäntöä, joka perustuu erinomaisuudelle ominaisiin tunnuspiirteisiin, joihin kuuluvat 1) *tuloshakuisuus*, 2) *asiakassuuntautuneisuus*, 3) *johtajuus ja toiminnan päämäärätietoisuus*, 4) *prosesseihin ja tosiasioihin perustuva johtaminen*, 5) *henkilöstön kehittäminen ja osallistuminen*, 6) *jatkuva oppiminen*, 7) *parantaminen ja*

<sup>72</sup> Jokainen yhdeksästä arviointialueesta jakaantuu arviointikohtiin, joita on kahdesta neljään arviointialuetta kohti. Arviointikohdat ovat kysymyksiä, joihin arvioinnin yhteydessä haetaan vastauksia. Arviointikohdissa on lisäksi esitetty esimerkinomaisia tarkastelukohtia, jotka havainnollistavat arviointikohdan sisältöä. (EFQM 1999c.)

<sup>73</sup> Euroopan laatupalkinnon arviointimalli perustuu TUTKA-logiikkaan (Tulokset, Toimintatapa, Käytännön soveltaminen, Arviointi ja parantaminen). TUTKAN taustalla on jatkuvan parantamisen perusmalli, PDCA-ympyrä (Plan-Do-Check-Act). Malli lähtee liikkeelle tuloksista. Tulosten määrittelyn jälkeen suunnitellaan ja kehitetään toimintatavat, joiden avulla tavoitteet voidaan saavuttaa. Toimintatapoja sovelletaan käytäntöön, ja niitä ja niiden soveltamista arvioidaan ja parannetaan. (EFQM 1999c.)

<sup>74</sup> Kriteeristöä ei ole käännetty suomeksi, mutta kriteeristöjen erot on saatavissa Laatukeskuksen internet-sivuilta (Laatukeskus 2000.)

*innovatiivisuus 8) kumppanuuksien kehittäminen ja 9) yhteiskunnallinen vastuu*<sup>75</sup> (EFQM 1999c; vrt. Reeves & Bednar 1994).

Edellä mainitun erinomaisuuden määritelmän mukaisesti laatu on määriteltävissä etukäteen, ja siten myös sen objektiivinen arviointi on mahdollista. Tämä erinomaisuuden määritelmä poikkeaa Reevesin ja Bednarin (1994) määritelmästä, joka on sisällöllisesti lähempänä Garvinin (1988) transkendentiaalisen laadun määritelmää kuin laatupalkintokriteeristön määritelmää. Toisaalta arviointiin liittyy aina subjektiivisuutta silläkin perusteella, että valitut kriteerit, tavoiteltavat hyvän laadun ominaisuudet, ovat valintoja useista vaihtoehdoista. Täten kriteerit heijastavat kullekin ajankohdalle ja kulttuurille tyypillisiä ja tärkeitä pidettyjä asioita. Koska laatupalkintokriteeristöjä käytetään useissa maissa, ne ovat eräänlainen kompromissi organisaation johtamisen laadulle annetuista merkityksistä.

ISO 9000 -standardissa esitetyt laadunhallintaperiaatteet (SFS 2001a, 8) ja erinomaisuudelle ominaiset tunnuspiirteet EFQM -kriteeristöissä (EFQM 1999c, 7) ovat samansuuntaisia. Molemmat lähestymistavat antavat organisaatiolle keinon tunnistaa toimintansa vahvuudet ja heikkoudet ja verrata toimintaa yleisiin malleihin. Lisäksi ne mahdollistavat ulkopuolisen tunnustuksen hankkimisen<sup>76</sup>. Jos organisaation toimintakulttuuri poikkeaa kriteeristön rationaalisen toiminnan olettamuksista, kriteeristön hyödyntäminen voi olla vaikeaa (Silén 1998; ks. myös Kekäle 1998).

Laatujohtamisen malleilla ja kriteereillä sekä näkökulmilla on yhteyksiä strategiseen johtamiseen. Yhteisön strategiaperustan muodostavat organisaation perustehtävän ja tarkoituksen tiivistävä toiminta-ajatus ja haluttua tulevaisuuden kuvaa ilmaiseva visio. Strategiset tavoitteet määritetään sovitusta näkökulmista (vrt. laatu näkökulmat). (Määttä 2000.) Balanced Scorecard (BSC), tasapainotettu mittaristo, on strategisen johtamisen työkalu, joka tarkastelee yrityksen tuloksen mittaamista eri näkökulmista. Kyseisen viitekehyksen kehittivät Kaplan ja Norton (1996) 1990-luvun alkupuolella. Alkuperäinen idea oli laajentaa ja täydentää yrityk-

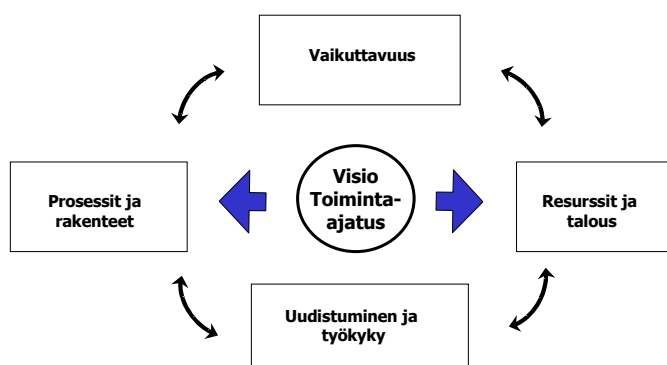
---

<sup>75</sup> *Yhteiskunnallinen vastuu* määritellään seuraavasti: *organisaation ja sen henkilöstön pitkän tähtäimen etua vaalitaan parhaiten omaksumalla eettiset toimintaperiaatteet ja ylittämällä ympäröivän yhteiskunnan asettamat odotukset ja säästösten vaatimukset* (EFQM 1999c, 7). Julkisen sektorin toiminnassa yhteiskunnallisella vastuulla on keskeinen merkitys. Tällä on yhteyttä systeemikeskeiseen laatuun ja siihen liittyen oikeudenmukaisuuteen ja tasa-arvoon. Toisaalta viittaus odotusten ylittämiseen liittyy palveluteoreettiseen ajatteluun, jossa asiakkaan tyytyväisyys saavutetaan ylittämällä odotukset.

<sup>76</sup> ISO 9000:n mukaan näiden mallien välinen ero on niiden soveltamisen laajuudessa. ISO 9000 -sarjan standardit sisältävät laadunhallintajärjestelmiä koskevat vaatimukset sekä opastusta suorituskyvyn parantamiseen. Laadunhallintajärjestelmän arvioinnilla määritetään näiden vaatimusten täyttyminen. Laatupalkintomallit (erinomaisuuden mallit) sisältävät kriteerit, joiden avulla voidaan arvioida organisaation suorituskykyä. Ne soveltuvat kaikille toimintoille ja organisaation kaikille sidosryhmille. (SFS 2001a.)

sen historiaan perustuvaa talouslähtöistä mittaustapaa. BSC syntyi siten vastauksena yrityksen suorituskyvyn yksipuolista mittaamista koskevaan kritiikkiin. Viitekehyksessä on neljä näkökulmaa: talous-, asiakas-, prosessi- sekä oppimisen ja kasvun näkökulma. Mittarit toimivat linkkinä strategian ja operatiivisen tekemisen välillä. Eri näkökulmien välille tulee löytää selkeitä kytkentöjä ja tasapaino. Tavoitteena on tunnistaa strategian sisäiset riippuvuussuhteet. (Kaplan & Norton 1996; Määttä & Ojala 1999; Olve ym. 1998.)

Määttä ja Ojala (1999; ks. myös Määttä 2000) ovat esittäneet julkiselle sektorille tehdyn sovelluksen Kaplanin ja Nortonin (1996) tasapainotetusta strategiasta. Malli sisältää kansalaisen ja poliittisen päättäjän (vaikuttavuus<sup>77</sup>), resurssien hallinnan ja talouden (resurssit ja talous), organisaation suorituskyvyn ja toimivuuden (rakenteet ja prosessit) sekä työyhteisön ja henkilöstön näkökulmat (uudistuminen ja työkyky) (kuvio 11).



Kuvio 11. Tasapainoisen onnistumisen viitekehys (Määttä & Ojala 1999, 53; ks. myös Määttä 2000, 192; vrt. Kaplan & Norton 1996)

Määttä ja Ojala (1999) näkevät laadun johtamisen lähinnä operatiivisen tason asiana. Esimerkiksi laatupalkintokriteerit ovat heidän mukaansa ensisijaisesti operatiivisen suorituskyvyn arviointiväline. Laatupalkintoperusteisen itsearvioinnin tulos kertoo, kuinka suorituskykyinen organisaatio on toteuttamaan sovittua strategiaa tietyssä ajankohtana (poikkileikkaustieto), mutta tulos ei kuitenkaan anna riittävästi tietoa siitä, kuinka hyvin organisaation strategia on toteutunut tai eteneekö organisaatio strategiansa mukaisesti. Strategiaa tarvitaan itsearvioinnin tuloksena syntyneiden kehittämishankkeiden priorisoinnissa. Täten laatupalkintokriteerit eivät ole strategisen johtamisen väline. Tätä näkemystä voidaan kritisoida sillä perusteella, että or-

<sup>77</sup> Vaikuttavuus on julkisen organisaation yhteiskunnalliseen vastuuseen perustuvien tavoitteiden saavuttamisaste. Se kuvastaa organisaation tuloksia tai ulkoisia aikaansaannoksia. Vaikuttavuus voidaan jakaa asiakasvaikutavuuteen ja yhteiskunnalliseen vaikuttavuuteen sen mukaan, miten välittömästi tai välillisesti organisaation yhteiskunnallinen tehtävä kohdistuu kansalaisiin asiakkaina, palvelun käyttäjinä, oikeutensa käyttäjinä tai velvollisuutensa täyttäjinä. (Määttä & Ojala 1999, 59.)

ganisaatio voi käyttää haluamallaan tavalla laatupalkintokriteeristöä johtamisen tukena. Siten esitetty näkemys yksinkertaistaa liiaksi kriteeristön käyttötavan vain tiettyyn tarkoitukseen. Tasapainoisen onnistumisen viitekehys voi varmistaa, että laatujohtamisessa kehittyvät myös henkilöstöön liittyvät mittarit, koska tulokortissa henkilöstö on yksi näkökulmista. Täten tulokortti ei voi olla tasapainossa ilman henkilöstöosuutta.

Laatukeskus selvitti vuonna 1999 Suomen laatupalkinnon<sup>78</sup> tunnettuutta julkissektorilla. Soveltuvin osin julkisen sektorin tuloksia on verrattu vuonna 1998 toteutetun yrityksille suunnatun kyselyn tuloksiin. (ks. Yhteiset palvelut... 1999.) Kokonaistasolla laatupalkinnon tunnettuudessa ei ollut juuri eroja julkisen sektorin ja yritysten välillä. Laatupalkintomallin ja itsearviointin katsottiin tuoneen julkisorganisaatioihin kokonaisvaltaisempaa näkemystä, yhteismittaisuutta ja systemaattisuutta. Keskeisinä puutteina tai esteinä käytännön soveltamiselle pidettiin mittaamiseen liittyviä ongelmia sekä sitä, että mallin soveltaminen on julkiselle sektorille vaikeampaa kuin yksityissektorille. Tämä kuvastaa myös käytettyjen käsitteiden vierautta julkisen sektorin työntekijöille. Euroopan laatupalkintokriteeristö on kuitenkin otettu laajasti käyttöön valtionhallinnossa. Käyttöönottoa on tuettu erilaisilla hankkeilla. (ks. VM 2002<sup>79</sup>.)

Laatupalkintotoiminnan vaikuttavuutta on selvitetty suomalaisissa organisaatioissa vuosina 2001–2002. Tutkimuksen kohteena olivat sekä laatupalkintovoittajat että laatupalkintoa soveltaneet yritykset, julkisen sektorin organisaatiot ja kansalaisjärjestöt. Tutkimus osoitti, että laadun systemaattinen parantaminen edellyttää kokonaisvaltaista lähestymistapaa. Varsinkin johtamisen alueella tehtävillä kehittämistoimilla katsotaan olevan suuri merkitys organisaation menestymisen ja toiminnan tuloksellisuuden kannalta. Kehittämistyöhön liittyvät keskeisimmät ongelmat olivat kiire, liiallisiksi koetut kehittämisspennistukset ja sitoutumisen puute. (Virtanen ym. 2002a; vrt. Tuominen & Lillrank 2000.)

Laatupalkintokriteeristöistä on kehitetty julkisen hallinnon yhteinen arviointimalli CAF (Common Assessment Framework) EU-jäsenvaltioiden julkisen hallinnon avuksi helpottamaan laadunhallintamenetelmien käyttöönottoa. Malli syntyi EU-yhteistyön tuloksena Ison-Britannian, Itävallan, Saksan ja Suomen sekä Portugalin puheenjohtajuuksien tuella. Malli on yksinkertaisempi kuin esimerkiksi EFQM ja siten sitä voidaan käyttää silloin, kun laatupalkintomalli tuntuu kokonaisuutena liian vaativalta. (ks. esim. VM 2003.)

---

<sup>78</sup>EFQM-kriteeristö ei ollut vielä Suomen laatupalkintokilpailun kriteeristönä.

<sup>79</sup>*Kansallisessa palvelu- ja laatuhankeessa 2000–2001* pyrittiin edistämään valtion virastoissa itsearviointia, lisäämään virastojen välistä vertailukehittämistä sekä edistämään palvelusitoumusten laadintaa (VM 2002).

### *Muita laatujohtamisen malleja*

Edellä esitettyjen laatujohtamisen mallien konteksti on pääosin yritysmaailma ja teollisuus. Tästä syystä ne eivät ole terveydenhuoltolähtöisiä, ja niiden soveltaminen julkiseen terveydenhuoltoon vaatii soveltajilta ammattitaitoa. Suomessa on käytössä myös terveydenhuoltoon kehitettyjä malleja. Efektian *Sosiaali- ja terveystalouden laatuohjelma, Social and Health Quality Service (SHQS)* (aikaisemmin King's Fund) pohjautuu kansainväliseen<sup>80</sup> menettelyyn (Health Care Accreditation Programme), joka on alun perin kehitetty terveydenhuoltoon, mutta myöhemmin muokattu muun muassa sosiaalipalveluihin, kuntoutuslaitoksiin ja työterveyshuoltoon (Efektia 2004). Pioneerimaita kriteeristön käytössä ja kehittämisessä ovat olleet Yhdysvallat, Kanada, Australia, Uusi-Seelanti ja Iso-Britannia, josta menetelmä on tuotu Suomeen vuonna 1993<sup>81</sup>. Suomessa käytössä olevan kriteeristön taustalla on englantilaisen King's Fund instituutin *Organizational Audit, Hospital Accreditation Programme* -arviointikriteeristö.

Efektian kriteeristössä on kaikille palvelujärjestelmän yksiköille yhteisiä kriteereitä sekä tietyille yksiköille omia yksityiskohtaisempia ja yksikön toiminnan luonteesta johtuvia kriteereitä. Konkreettisia kriteerejä on todennäköisesti melko helppo ymmärtää ja soveltaa. Tavoitteena on, että kriteeristön käyttöönottoon liittyy palvelujärjestelmän kehittämisohjelma. Organisaatiolla on mahdollisuus myös tietyt kriteerit täyttäessään saada laaduntunnustus määrääjäksi. (Efektia, Terveystutkimus 1999.) Tämän menetelmän avulla saatu ulkoinen laaduntunnustus on ollut Suomen terveydenhuollon organisaatioissa huomattavasti yleisempää kuin jonkin yleisen laatu-kriteeristön, esimerkiksi ISO 9001 -standardin ja EFQM -kriteeristön, avulla<sup>82</sup>.

Edellä kuvattujen laadun johtamisen mallien lisäksi on olemassa lukuisia muita laadun arviointi- ja kehittämistapoja, muun muassa ITE<sup>83</sup>, PIENET<sup>84</sup>, patologian laboratorion akkreditointi ja laadutunnustus<sup>85</sup> sekä työterveyshuollon omat sovellukset (ks. Martimo 1996; 1997; Työterveyslaitos 1997). Osa laatujohtamiseen liitetyistä merkityssuhteista on niiden omaksumista terveydenhuollossa tukevia ja osa sitä estäviä. Palvelujen asiakaslähtöistä räätälöintiä ja am-

<sup>80</sup> *ISQua, International Society of Quality in Health Care* on terveydenhuollon arviointijärjestelmien kansainvälinen yhteistyöfoorum.

<sup>81</sup> (ks. Hermanson 1996; ks. myös Junnila 1997; Junnila, Pekurinen & Idänpään-Heikkilä 1999).

<sup>82</sup> Tiedot laaturpalkintovoittajista, sertifioituista laatujohtajista ja Efektian antamista laadutunnustuksista on saatavissa www-muodossa (ks. Efektia 2004; Laatukeskus 2003, SFS-sertifiointi Oy 2003).

<sup>83</sup> Sairaalaaliitossa laadittiin vuonna 1993 käynnistyneen kehittämistyön tuloksena sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköille itsearviointimenetelmä, josta käytetään nimeä ITE (ITE 1997; Holma 2003).

<sup>84</sup> Suomen Kuntaliitto ja Stakes ovat kehittäneet PIELA-työkalun (myöh. PIENET) pienille työyksiköille ja yksin toimiville ammattihenkilöille laatujohtajien kehittämistyöhön (Holma, Outinen & Haverinen 1997).

<sup>85</sup> Patologian laboratorio voi Suomessa osoittaa pätevyytensä hankkimalla Suomen Lääkäriliiton patologian laadutunnuksen tai akkreditoinnin. (Aho & Kociba 1998.)

mattihenkilöiden itsenäisyyttä korostavat toimintamallit saattavat heikentää laatujohtamisen yhdenmukaisuutta korostavien osa-alueiden soveltamista.

### **3.2.4 Laatujohtamisen käyttöönottoa lisäävät ja heikentävät tekijät julkisissa terveyspalveluissa**

Laatujohtamisen ja laadunhallinnan käyttöönottoon liittyy julkisessa terveydenhuollossa paljon myönteisiä odotuksia. Julkisella sektorilla laatuohjelmien taustalla on ollut pyrkimys toiminnan tehostamiseen (Filander 2000). Laatujohtamisen vaikutuksia yrityksen toiminnan tuloksellisuuteen on selvitetty useissa tutkimuksissa. Tutkimustulosten mukaan laatujohtaminen on lisännyt yritysten kilpailukykyä. (Wilkinson ym. 1998.) Laatujohtamisen käyttöönoton epäkohtina on esitetty muun muassa lisääntyntä muodollisuutta ja paperityötä, prosessien korostumista tulosten sijaan sekä palveluyritysten tarpeiden erityislaadun vähäistä huomiointia. Laatujohtamisen epäonnistumisten syinä on pidetty laatujohtamismallin vain osittaista soveltamista, johdon vähäistä sitoutumista hankkeeseen, laatujohtamisen vaikutusten arvioimisesta liian myönteiseksi, kustannusten aliarvioimista sekä laatuorientoituneen organisaatiokulttuurin saavuttamisen vaikeutta. (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999.) Laatujohtamiseen liitetyt erilaiset merkityksenannot kuvastavat toimintaympäristöjen erilaisuutta. Laatujohtamiselle ei kaikissa ympäristöissä ja eri ammattikuntien taholta anneta samaa merkitystä. Osin kehittämättömät ja ristiriitaiset merkityksenannot voivat estää tai hidastaa laatujohtamisen kokonaisuuden käyttöönottoa.

Yrity maailmasta tulleiden mallien ja oppien soveltaminen on julkisella sektorilla jäänyt usein puolitiehen. Nasholdin (1995) mukaan esimerkiksi julkisen sektorin tulosohtaus osana johtamisen modernisaatiota on Suomessa juuttunut vanhan ja uuden johtamistavan väliin. Vanhaa ohjausta ei ole purettu riittävästi, vaan tulosohtaus on imeytetty byrokraattiseen johtamiskulttuuriin, jossa paperityö ja muodollisuus kukoistavat (Simoila 1999b).

Laadunhallintaa ja laatujohtamista voidaan pitää innovaationa. Innovaatio on idea, käytäntö tai objekti, jota pidetään uutena. Arvioitaessa innovaation mahdollisuuksia edetä eteenpäin organisaatiossa voidaan selvittää innovaation tiettyjä ominaisuuksia: 1) suhteellista hyödyllisyyttä, 2) kilpailukykyä, 3) monimutkaisuutta, 4) kokeiltavuutta ja 5) havainnoitavuutta.

*Suhteellinen hyödyllisyys* viittaa innovaation havaittuun paremmuuteen verrattuna ideaan, jonka se korvaa. Havaittu hyödyllisyys viittaa yksilön kokemukseen innovaation hyödyllisyy-



destä, hyödyllisyyden ei siten tarvitse välttämättä olla objektiivista. (Rogers 1995; ks. Harisalo 1980; 1995; Lumijärvi & Jylhäsaari 1999; Powell 1995<sup>86</sup>.) Mitä kehittyneempi terveydenhuollon organisaation laatujärjestelmä on, sitä tyytyväisempiä asiakkaat ja henkilökunta ovat organisaation toimintaan ja sitä hyödyllisemmäksi laadunhallinta koetaan. Laadunhallinnalla on todettu olevan terveydenhuollon organisaatioissa jonkin verran kustannuksia vähentäviä vaikutuksia. (Casparie, Sluijs, Wagner & Bakker 1997; Shortell, O'Brien, Carman, Foster, Hughes, Boerstler & O'Connor 1995; Wagner 1999; Wagner, Bakker & Groenewegen 1999.)

Laadunhallintaan liitetään myönteisiä odotuksia, jotka koskevat organisaation hallittavuuden paranemista, henkilökunnan sitoutumisen kehittymistä, henkilöstön ja asiakastyytyväisyyden lisääntymistä, tulosten paranemista ja kustannusten vähenemistä (Mäki T. 2000). Koettuun hyödyllisyyteen vaikuttanee myös laatujohtamisen sisällöstä ne osatekijät, jotka liittyvät luontevasti työntekijöiden laadun merkitysverkostoon.

*Kilpailukyky* kuvaa innovaation kykyä olla yhtenevä nykyisten arvojen, aikaisempien kokemusten ja potentiaalisten innovaation omaksujien tarpeiden kanssa. Jos innovaatio poikkeaa nykyisistä arvoista, sen omaksuminen vaatii ensin uuden arvojärjestelmän hyväksymisen.

(Rogers 1995; ks. Harisalo 1980; 1995; Lumijärvi & Jylhäsaari 1999; Powell 1995.)

Innovaation omaksujien tarpeisiin voivat vaikuttaa parhaiten ne henkilöt, jotka ovat taustaltaan mahdollisimman samanlaisia kuin innovaation mahdolliset tulevat omaksijat (Rogers 1995). Täten terveydenhuollossa laadunhallintaa voivat edistää parhaiten saman ammattiryhmän edustajat, esimerkiksi lääkäreille parhaiten laadunhallintaa markkinoivat toiset lääkärit (ks. esim. Andrew, Cibildak, Khera, Porter & Young 1995; Arndt & Bigelow 1995; Lammers, Cretin, Gilman & Calingo 1996). Laadunhallintaan liittyvien erilaisten toimintaohjeiden tärkeys lisää laadunhallinnan kilpailukykyisyyttä terveydenhuollossa, jossa toiminnan ohjeistamista on yleisesti pidetty tärkeänä (ks. esim. Kekäle 1998, 96; Lumijärvi 1996, 35; ks. myös Mäki T. 2000). Toisaalta laatujohtaminen on kehitetty fyysisten tuotteiden tuotannon johtamiseen eli teollisuuteen, ja tämä saattaa heikentää laatujohtamisen leviämistä terveyspalve-

---

<sup>86</sup> Powell (1995) kutsuu innovaatioiden kopioimista vaikeuttavia mekanismeja isolaatiomekanismeiksi. Ensimmäinen mekanismi liittyy aikaan. Innovaatio tarvitsee aikaa ennen kuin resursseista saadaan irti kaikki hyöty. Toinen mekanismi liittyy innovaation tuottaman menestyksen historialliseen ainutkertaisuuteen. Kopioidun innovaation täydellistä hyötyä ei saavuteta välttämättä enää toisissa yhteyksissä. Kolmas mekanismi kuvastaa innovaation liittymistä joihinkin tunnistamattomiin seikkoihin, ja siten imitoitun organisaation onnistuminen ei välttämättä johdukaan innovaatiosta sinänsä, vaan jostakin toisesta täydentävästä tekijästä, johon innovaatio on riippuvuussuhteessa. Neljäs mekanismi on kausaalinen epämääräisyys. Voi olla vaikeaa selvittää, millä mekanismeilla innovaatio saa aikaan menestymisen. Viides mekanismi on sosiaalinen kompleksisuus. Imitoitavan organisaation menestys saattaa aiheutua sosiaalisista ilmiöistä, joita toisen organisaation on vaikea hallita.

luissa. Teollisuudessa on keskeistä pystyä tuottamaan tuote samanlaisena joka kerta.

Palvelutuotannossa palvelu tulee sovittaa yksittäisen asiakkaan tarpeisiin, jotka vaihtelevat asiakaskohtaisesti. Palvelun laadussa korostuu työntekijöiden monipuolinen osaaminen, jotta työntekijät pystyisivät vastaamaan asiakkaiden vaihteleviin tarpeisiin. Vaihtelun käsite saa siten erilaisen muodon palvelutuotannossa. (Morgan & Murgatroyd 1994.) Laadun ilmiön terveydenhuollossa liittyvä ristiriitaisuus, yhdenmukaisuus ja palvelujen räätälöinti, voi heikentää erilaisten johtamismallien soveltamista, jos mallien käyttöönotossa korostetaan vain joitakin osa-alueita.

*Monimutkaisuus* innovaation ominaisuutena liittyy vaikeuteen ymmärtää ja käyttää innovaatiota. Innovaation on oltava ymmärrettävissä ja toimeenpantavissa (Rogers 1995; ks. Harisalo 1980; 1995; Lumijärvi & Jylhäsaari 1999; Powell 1995). Laadunhallintainnovaation teollisuuslähtöisyys ja sen mukainen käsitteistö voi lisätä innovaation monimutkaisuutta ja saattaa siten vaikeuttaa sen omaksumista terveydenhuollossa. Innovaatiot eivät ole automaattisesti siirrettävissä ympäristöstä toiseen. Organisaatioissa saattavat olla erilaiset resurssit, tavoitteet, strategiat, normit, uskomukset, kokemukset ja kulttuurit. Siten samoille käsitteille voidaan antaa erilaisissa konteksteissa erilainen merkitys.

*Kokeiltavuus* kuvaa innovaation rajatun käytön mahdollisuutta. Innovaation kokeilu vähentää epävarmuutta (Rogers 1995; ks. Harisalo 1980; 1995; Lumijärvi & Jylhäsaari 1999; Powell 1995). Laatujohtamista on kehitetty terveydenhuollossa ottamalla käyttöön sen tiettyjä osa-alueita (ks. esim. Mäki T. 2000; Outinen ym. 2001). Ongelmaksi saattaa kuitenkin tulla se, että laadunhallintainnovaation hyötyjen saamisen edellytyksenä on todennäköisesti laatujohtamismallin hyödyntäminen kokonaisuutena, ei osina. Kopioidun innovaation täydellistä hyötyä ei saavuteta välttämättä enää toisissa yhteyksissä ja eri tavoin soveltamalla (Powell 1995).

Tiedetään myös, että kokeilut eivät välttämättä anna lyhyessä ajassa myönteisiä tuloksia. Laatujohtamismallin rakentaminen ja laatujohtamiskulttuurin luominen vie vuosia<sup>87</sup>. Tutkimusten mukaan osallistava, joustava, riskejä ottava organisaatiokulttuuri tukee laadunhallinnan käyttöönottoa

---

<sup>87</sup> Laadunhallinnan ja sen menetelmien juurruttaminen organisaatioon vaatii organisaatioissa muutosta, joka voi olla pientä parantamista tai radikaalia toiminnan muuttamista. Kehittämistyössä voidaan erottaa kertaluonteinen, radikaali kehittämistyö ja jatkuva parantaminen. Jatkuva parantaminen, Kaizen, ”pienien askelten politiikka” on ollut tyypillistä japanilaiselle laadun kehittämiselle. Kaizenissa korostuu oppimisenäkökulma ja koko henkilökunnan osallistuminen kehittämistyöhön. Länsimaiselle kehittämistyölle on ollut tyypillisempää johtajakeskeinen ajattelu ja usko kertaluonteiseen asioiden parantamiseen. Kertaluonteinen kehitys ja jatkuva kehittäminen ovat toisiaan täydentäviä näkökulmia. (Uusi-Rauva 1996.)

(Arndt & Bigelow 1995; Motwani, Sower & Brashier 1996; Penland 1997; Shortell ym. 1995; ks. myös Boerstler, Foster, O'Connor, O'Brien, Shortell, Carman & Hughes 1996).

*Havainnoitavuus* liittyy innovaation tulosten näkyvyyteen. Jos innovaation tulokset eivät ole näkyviä, voi innovaation diffuusio heikentyä. (Rogers 1995; ks. Harisalo 1980; 1995; Lumijärvi & Jylhäsaari 1999; Powell 1995.) Laadunhallintaan on liitetty terveydenhuollossa paljon myönteisiä odotuksia, ja jos laadunhallinnan tuloksia ei kyetä osoittamaan vakuuttavasti, voi kyseisen innovaation käyttöönotto vähentyä (Gustafson & Hundt 1995).

Tutkimusten tulosten perusteella laadunhallinnan ja laatujohtamisen käyttöönottoon vaikuttavat terveydenhuollossa muun muassa johtamistyyli (Penland 1997; Wagner 1999), johdon sitoutuminen (Allen ja Brady 1997; Anderson & Zwelling 1996; Parker, Wubbenhorst, Young, Desai & Charns 1999; Wagner 1999; Weiner, Shortell & Alexander 1997), lääkäreiden osallistuminen (Andrew ym.1995; Arndt & Bigelow 1995; Lammers ym.1996; O'Brien, Shortell, Hughes, Foster, Carman, Boerstler & O'Connor 1995) sekä tiimimäinen työote ja innovatiivisuuden tukeminen (Parker ym.1999). Autoritaarinen johtaminen, johdon heikko sitoutuminen laadunhallintaan ja lääkäreiden osallistumattomuus heikentävät laadunhallinnan leviämistä terveyspalveluissa.

Laadunhallinnan menetelmien ja johtamismallien käyttöönoton levinneisyyttä selvitettiin Suomen terveydenhuollossa vuonna 1999 (Mäki T. 2000). Kyselylomake lähetettiin jokaiseen terveystieteeseen, yliopistolliseen keskussairaalaan, keskussairaalaan, aluesairaalaan ja erikoislääkärijohtoiseen terveystieteeseen sekä vähintään 20 työntekijän yksityiseen sairaalaan ja vähintään 20 työntekijän yksityisille lääkäri- ja työterveysasemille. Kysely lähetettiin yhteensä 510 organisaatioon. Organisaatioiden laatujohtamismalleille muodostettiin viisi kypsyysluokkaa: kehittymättömät, laatuun suuntautuneet, laatujohtamismallille edellytyksiä luovat, laatujohtamismallia implementoivat ja laatujohtamismallin päivittäiseen työhön liittäneet organisaatiot. Laadunhallinta oli edennyt pidemmälle sairaaloissa ja yksityisillä työterveysasemilla kuin terveystieteissä ja yksityisillä lääkäriasemilla. Laadunhallinnan osa-alueista parhaiten olivat kehittyneet henkilöstöjohtaminen ja prosessien ohjaus. Heikoimmin oli kehittynyt asiakkaiden osallistuminen laadunhallintaan. Mitä pidemmälle organisaatio oli edennyt laadunhallinnassaan, sitä monipuolisemmin se seurasi ja arvioi omaa toimintaansa ja sitä enemmän se oli saanut aikaan myönteisiä vaikutuksia laadunhallinnallaan. Laadunhallintaan liittyi paljon myönteisiä odotuksia myös vähemmän kehittyneissä organisaatioissa. Laadunhallinta oli lisännyt joka toisessa organisaatiossa menettelyohjeiden määrää ja runsaassa kolmanneksessa

työmäärää. Laadunhallinnan kehittämisen vaatima ohjeistus ja työmäärän lisääntyminen ennen järjestelmän liittämistä muuhun toimintaan voivat heikentää laadunhallinnan leviämistä. (Mäki T. 2000.)

### **3.2.5 Yhteenveto laadusta ja laadun johtamisesta terveydenhuollossa**

Tarkasteltaessa terveydenhuollon laadun kehitystä viime vuosikymmeninä voidaan todeta, että 1980- ja 1990-luvuilla kehittämisen kohteena olivat eri ammattiryhmien, erityisesti hoitotyöntekijöiden, laatimat laatuvaatimukset ja -kriteerit. Laatu järjestelmien kehittäminen ja laadunhallinta painottuivat 1990-luvun puolivälin jälkeen. Viime vuosina erilaisten laadun indikaattoreiden laadinta moniammatillisesta näkökulmasta on lisääntynyt. Samanaikaisesti on mietitty toiminnan johtamisen ja prosessien hallinnan kehittämistä.

Laadun määrittely on laadun johtamisen perusta. Palveluiden laadun määrittely on erilaista kuin tavaroiden, ja tällä on vaikutusta myös laadun ohjauksen muotoihin. Tarkat tuotekuvaukset eivät välttämättä toimi kaikissa palvelutilanteissa. Lisäksi työntekijöiden omat laatu käsitykset vaikuttavat syntyvään palveluun. Terveydenhuollon toimintaympäristö, henkilöstön koulutus ja erilaiset terveydenhuoltoon liitetyt myytit ja merkitykset vaikuttavat osaltaan laatu käsityksiin ja laatujohtamismallien menestymiseen.

Laadun ilmiön kontekstisidonnaisuus näkyy terveydenhuollon laatu käsityksissä. Terveydenhuollossa näyttää olevan yleistä kaksitahoinen, dualistinen suhtautumistapa laatuun, ja tämä saattaa olla syynä laatuun liittyvään osin näennäiseen ristiriitaisuuteen. Laatuun liitetään toisaalta tuotantokeskeinen, sovittujen toimintatapojen mukainen toiminta hoidon luotettavuuden ja potilasturvallisuuden takaamiseksi ja toisaalta palvelujen räätälöinti asiakaskohtaisesti. Lisäksi asiakkaiden ja henkilökunnan välisellä vuorovaikutuksella on merkitystä tavoitteiden saavuttamisessa. Vuorovaikutuksessa korostuu asiakkaan hoidon yksilöllisyys. Laadun edellytyksenä on henkilökunnan korkea työmoraali, koska palvelun laatua ei voi tarkistaa etukäteen.

Vaikka ohjeiden ja käsikirjojen olemassaoloa ja noudattamista pidetään tärkeänä, huonon laadun vuoksi tehtävät korjaavat toimenpiteet ja selvitykset eivät ole itsestään selviä toimenpiteitä terveydenhuollossa. Huonon laadun selvittely, esimerkiksi asiakasvalitusten kautta, ei ole miellyttävää<sup>88</sup>.

Terveydenhuollon hoitohenkilökunta on tottunut tekemään töitä ryhmässä ja yhteishengellä on ollut merkitystä työssä viihtymiselle. Kun terveydenhuoltoon tuodaan tulosjohtamisajattelua ja kovempia arvoja, voidaan samalla aiheuttaa työntekijöiden välille kilpailutilanne, jota aikaisempi, tasapäistävä toimintatapa ei ole sisältänyt. Kilpailu voi vähentää lojaalisuutta toisia työntekijöitä ja organisaatiota kohtaan. Jos työntekijöiden palkitsemisessa korostuvat yksilösuoritukseen liittyvät tekijät, saattavat ryhmätyöskentely ja moniammatillinen toiminta vähentyä jokaisen työntekijän tuodessa esille omaa suoritustaan. Tällöin myös hoidon ja organisaation toiminnan laatu saattaa heiketä.

Terveydenhuollon laatuun liittyvistä arvovalinnoista käytävä keskustelu on ollut vielä vähäistä. Laadun kehittämisessä on korostettu laatujärjestelmiä laatukulttuurin luomisen sijaan. Terveydenhuollon organisaation laadun kehittämisen kannalta olisi tärkeää keskustella yhteiskunta- ja systeemikeskeisestä laadusta, jonka taso vaikuttaa myös työntekijöiden päivittäiseen työhön asiakkaiden kanssa.

Terveydenhuollossa laadun varmistaminen liittyy sekä hoitoon että johtamiseen liittyvään ammattitaitoon. Hyvä hoito vaatii myös onnistunutta organisointia. Näyttöön perustuvan hoidon korostaminen lisää entisestään ammattilaisten vahvan aseman korostumista terveyspalveluissa. Kuitenkin palveluiden tuottaminen vaatii yhä enemmän kykyä ja halukkuutta työskennellä erilaisten ammattilaisten kanssa moniammatillisissa tiimeissä sekä halukkuutta osallistua hoitoketjujen kehittämiseen. (ks. Kimberly & Minvielle 2003.)

Käytettäessä muille sektoreille suunnattuja laatujohtamisen malleja terveydenhuollossa on tärkeää keskustella mallien sisältämien kriteerien herättämistä merkityksenannoista. Erilaiset tulkinnat uusista käsitteistä voivat aiheuttaa sekaannusta ja voimakkaita tunteita silloin, kun

---

<sup>88</sup> Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden laadunhallintaa selvittäneen tutkimuksen tulosten mukaan palvelujen käyttäjien tyytyväisyystutkimuksien järjestelmällinen käyttö oli yleisempää kuin valitusten järjestelmällinen käsittely. Lisäksi yksityisissä palveluissa valitusten käsittely oli yleisempää kuin julkisen sektorin palveluissa. (Mäki T. 2000.)

työntekijät kokevat, että yksityiselle sektorille asetetut kriteerit eivät toimi julkisissa palveluissa. Ilman avointa keskustelua merkityksenannoista työntekijät saattavat torjua uudet toimintamallit, vaikka ne saattaisivat olla hyviä käytäntöjä, joita tulisi julkisellakin sektorilla ottaa käyttöön. Tässä tutkimuksessa laatua tarkastellaan ilmiönä, jota määriteltäessä on valittava laadun määrittelyn kohde, näkökulma ja tarkastelutaso sekä konteksti.

## 4 Laadun erityispiirteet ja ohjaus julkisessa terveydenhuollossa

### 4.1 Laadun informaatio-ohjaus julkisessa terveydenhuollossa

#### 4.1.1 Julkisen terveydenhuollon johtamisen erityispiirteet

Julkista sektoria on 1990-luvun aikana määritelty uudelleen yksityisen sektorin sanastojen, merkitysjärjestelmien ja identiteettien avulla. Siirtymistä on tapahtunut julkisen sektorin vaikiintuneista arvo- ja normilähtökohdista kohti yksityisen sektorin markkinakeskeistä toimintaa. (Filander 2000; Haverinen 1999; Jämsén & Pekurinen 2003; Karila 1998; ks. myös Niskanen 1997.) Yksityistämistä, erilaisten markkinamekanismien luomista, kuluttajanäkökulmaa, desentralisointia ja tulosjohtamista on pidetty tärkeinä uusina toimintatapoina (Leskinen 2001). Länsimaissa julkisen sektorin hallinnon uudistukset sekä tuottavuus- ja laatuohjelmat liittyvät säästöjen, paremman kustannus-vaikuttavuuden ja toiminnan tehokkuuden lisäämiseen, joilla pyritään vastaamaan hyvinvointivaltion kriisiin<sup>89</sup> (Huuskonen ym. 1997; VM 1998). Suomessa julkisen sektorin hallinnon muutokset ovat näkyneet 1980–1990-luvulla muun muassa hallinnon tasojen vähentämisenä, toiminnan hajauttamisena, kuntien itsehallinnon ja toiminnan markkinasuuntautuneisuuden lisäämisenä, tiedonsiirtoon eri tahojen välillä liittyvien esteiden vähentämisenä sekä asiakas- ja palvelusuuntautuneisuuden painottamisena (Rothwell & Pollitt 1997).

Palvelujen tehokkuutta oletetaan voitavan lisätä palvelujen kilpailuttamisella<sup>90</sup> (ks. esim. KTM 2001; Ollila, Ilva & Koivusalo 2003) ja kehittämällä erilaisia palvelujen tuottamismalleja (Liukko & Luukkonen 2002; VM 1993b). Väestön ikääntyminen, verokilpailun synnyttämät paineet julkiseen talouteen ja asiakkaiden tarpeiden yksilöllistyminen lisäävät julkisten palvelujen tuotannon tehokkuuteen kohdistuvia odotuksia. Kansalaiset odottavat, että verovaroja tuotetut palvelut toimivat tehokkaasti ja taloudellisesti sekä tuottavat laadukkaita palveluja. Rieper ja Mayne (1998; ks. myös Ferlie ym. 1997) näkevät julkishallinnon uudistamiskustelun ja laadun kehittämisen välillä selkeitä yhteyksiä. Julkisten palvelujen laatuun liittyy perinteisten ammatillista osaamista korostavien traditioiden lisäksi kuluttajanäkökulman ko-

<sup>89</sup> Julkisen hallinnon ongelmina on nähty sääntöohjaus, funktionaalinen työnjako, hierarkia, prosessien sisäisen yhteistyön ja strategisen johtamisen puute (Karila 1998).

<sup>90</sup> Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (733/1992) korostetaan kunnan velvollisuutta varmistua siitä, että myös yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankitut palvelut vastaavat sitä tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta. Palvelujen järjestämiseen on tullut uutena muotona tilaaja-tuottaja -malli, jossa omistaja-rahoittaja, palveluiden tilaaja sekä tuottajaorganisaatio erotetaan toisistaan. Tämä mahdollistaa tuottajaorganisaation markkinaohjauksen (ks. VM 1997a). Kilpailuttaminen on keino varmistaa, että palveluiden laatu ja hinta ovat kohdallaan (Hautamäki & Mäkipeska 1994).

rostuminen. Työntekijöiden palvelulähtöistä toimintatapaa ja kuntalaisten osallistumismahdollisuuksia on korostettu aikaisempaa enemmän (ks. esim. Kuntalaki 1995).

Julkisen sektorin johtamiseen on haettu mallia yritysjohtamisesta. On oletettu, että markkinamekanismi ei heikennä palvelutasoa. Tulokulttuurin korostuminen on muuttanut käsitystä ideaalivirkamiehestä. Moderni byrokraatti on innovatiivinen, muutoksiin sopeutuva tuloskeskeinen osaaja, julkinen yrittäjä (Lähdesmäki 2003). Markkinaperusteisuutta on tosin kyseenalaistettukin, koska julkiseen sektoriin kohdistuvia mielikuvia on pidetty vääristyneinä (Leskinen 2001; ks. myös Jämsén & Pekurinen 2003). Yritystoiminnassakin vapaa kilpailu vapaila markkinoilla on enemmän teoreettinen malli kuin toteutunut käytäntö. Järkevä oman edun tavoittelu ja yrityksen edun puolustaminen joutuvat helposti konfliktiin koko ihmisyyhteisön yleisten pelisääntöjen kanssa. (Ollila 2002b.)

Yksityiseltä sektorilta tuodut johtamismallit<sup>91</sup> ja käsitteet on otettu julkisella sektorilla toiminnan tehostamistarkoituksessa käyttöön miettimättä riittävästi niiden soveltuvuutta julkisen sektorin palvelujen ohjaukseen. Julkisella sektorilla asiakas joutuu toimimaan näennäismarkkinoilla. Todellisilla markkinoilla on kilpailutilanne ja kuluttajalla on mahdollisuus valita – olla käyttämättä sellaisen tuottajan palveluja, jonka palvelut eivät kuluttajaa tyydytä. Tällöin myös asiakastyytyväisyyden ja yrityksen menestymisen välinen yhteys on melko selkeä työntekijöille, johdolle ja osakkeenomistajille. Yksityisellä sektorilla mukaudutaan kuluttajien tarpeiden ja vaatimusten mukaisesti nopeastikin erilaisiin tilanteisiin. (Lane 2000; Øvretveit & Aslaksen 1998.)

Koska julkisen sektorin asiakas<sup>92</sup> ei itse maksa suoraan palvelusta tai maksu on murto-osa todellisista kuluista, asiakas ei joudu harkitsemaan nettoarvoa, arvioimaan palvelua suhteessa hintaan. Tällöin ei ole olemassa mitään asiakkaista lähtevää jarrumekanismia, joka säätelisi

---

<sup>91</sup> Rothwellin ja Pollittin (1997; ks. myös Pollitt, Hanney, Packwood, Rothwell & Roberts 1997) selvityksen mukaan Suomen Kuntaliitto painotti 1980- ja 1990-luvuilla ISO 9000 -sarjan standardeja kehittämissuorituksissaan, joissa dokumentointi ja erilaiset toimintaohjeet painottuivat laatujohtamisessa kansalaisten osallistumisen sijaan. Esimerkiksi vuosina 1993–1995 toteutettiin viidessä kunnassa projekti, jossa sovellettiin ISO 9000 -sarjan standardeja kunnallisen palvelutuotannon eri osa-alueille (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 125).

<sup>92</sup> Asiakaskäsitteen käyttöä julkisella sektorilla on kritisoitu muun muassa Lillrank (1998). Hänen mukaansa hyvinvointivaltion palvelujen vastaanottava osapuoli on kansalainen, jolla on poliitikkojen hänelle suomia oikeuksia. Jos asiakas ei huonoa palvelua saatuaan halua enää käyttää julkisia palveluja, palveluntuottaja on todennäköisesti vain tyytyväinen, koska kysyntä vähentää palveluiden tuottamisrajoitteita (Pollitt & Bouckaert 1995; ks. myös Lane 2000; Leskinen 2001). Kun asiakkuutta korostetaan, unohdetaan kansalaisen rooli – kansalaisella on oikeus saada palveluja, vaikka hänellä ei olisi siihen rahaa. Asiakaslähtöisyyden painottaminen tekee kansalaisesta sivullisen. Sivullinen ei voi vaikuttaa, hän voi vain tyytyä siihen, mitä on tarjolla. (ks. esim. Kimberly & Minvielle 2003.)



palveluiden käyttöä. Lisäksi asiakkaan valinnan mahdollisuuksien puuttuminen aiheuttaa sen, että hänen tyytyväisyydellään ei ole suoria seurauksia organisaation saaman rahan määrään. Tästä seuraa se, että julkisten palvelujen tuottajien on hankittava ohjausta varten palautetta ja luotava normeja eri tavoin kuin markkinaohjauksessa. Markkinoilla toimivat tasapainomekanismit on julkisella sektorilla korvattu poliittisilla mekanismeilla. Ohjaussignaali välittyy organisaation sisällä luotujen normien, standardien ja sisäisten asiakkuuksien kautta. Poliittinen mekanismi on kuitenkin markkinamekanismia laajempi ja epätäsmällisempi. (Lillrank 1998; Øvretveit & Aslaksen 1998; ks. myös Pollitt & Bouckaert 1995.)

Øvretveit ja Aslaksen (1998) esittävät julkista terveydenhuoltoa ja liiketoimintaa toisistaan erottavia tekijöitä (taulukko 6; vrt. Salminen 1998, 111; ks. myös Turtiainen 2000; Vuori J. 1995) jakaen ne neljään ryhmään: asiakkaaseen, talouteen, politiikkaan, ammatillisuuteen ja valtasuhteisiin. Kuten edellä todettiin, julkisella sektorilla terveystalvueluita käyttävä asiakas ei maksa suoraan hoidosta tai hänen maksuosuutensa on murto-osa todellisista kuluista. Lisäksi asiakkaat eivät ole yleensä terveydenhuollon ammattilaisia, ja siten heillä ei ole ammatitaitoa arvioida saamansa hoidon professionaalista (lääketieteellistä tai hoitotieteellistä) osuutta. (Øvretveit & Aslaksen 1998.) Yksityisellä sektorilla epäystävällinen käytös voi aiheuttaa sen, että asiakas vaihtaa lääkäriä, koska hänellä itse maksavana asiakkaana on siihen mahdollisuus. Julkisella sektorilla käyttäjäasiakkaan tyytyväisyys saamaansa hoitoon ja palveluun ei välttämättä vaikuta suoraan julkisten palvelujen työntekijöiden työpaikkojen säilymiseen. Toisaalta käyttäjäasiakkaiden jatkuva tyytymättömyys saa usein tiedotusvälineet liikkeelle, ja siten tyytymättömyydellä voi pidemmän ajan kuluessa olla merkitystä myös julkisella sektorilla.

Terveydenhuollon ammattilaiset johtavat laatua omaan ammatilliseen osaamiseensa perustuen. Tällöin pelkkä asemavalta ei riitä, tarvitaan myös terveydenhuollon palvelujen sisällön tuntemusta. (Kimberly & Minvielle 2003.) Laatujohtamisen soveltamisella on siten vaikutusta johdon ja ammattilaisten välisiin suhteisiin. Se toisaalta parantaa ammattilaisten vaikutusvaltaa valtuuttamalla heidät työprosessien uudelleen suunnitteluun ja hajauttamalla päätöksentekoa, mutta toisaalta heikentää ammattilaisten valtaa vaatimalla mittaamista ja toiminnan läpinäkyvyyden ja ohjattavuuden lisäämistä. Laatujohtamisohjelmat ovat usein johtovetoisia, harvoin vetovastuussa on toiminnan sisällön asiantuntija. (Øvretveit & Aslaksen 1998, taulukko 6.)

Taulukko 6. Yksityisen sektorin ja julkisen terveydenhuollon tarkastelu laatujohtamisen näkökulmasta (Øvretveit & Aslaksen 1998, 27; ks. myös Vuori J. 1995, 93)

YKSITYINEN SEKTORI	JULKINEN TERVEYDENHUOLTO
Palveluja käyttävä asiakas on yleensä palvelun ostaja ja maksaja.	Useita asiakkaita, joista suurin osa ei ole ostajia.
Työntekijät tietävät, että asiakkaiden menettäminen tarkoittaa työpaikan menettämistä.	Henkilöstö ei näe suoraan yhteyttä asiakkaiden vähenemisen ja työpaikkojen vähenemisen välillä
Asiakkaiden toivomusten ja tarpeiden tyydyttäminen on etusijalla. Asiakastyytyväisyys on tärkeää.	Potilaan tarpeet ovat tärkeitä. Päämääränä on kärsimyksen vähentäminen.
Asiakas on usein passiivinen palveluiden vastaanottaja.	Potilaan rooli on tärkeää lopputulokselle (yhteistyö).
Palvelu/tuote on usein yksinkertainen. Työntekijät eivät jakaannu erilaisiin ryhmiin.	Palvelu on monimutkainen ja moniammatillinen. Ammatillinen valta ja politiikka – laatu on poliittista.
Panoksen, prosessin ja tuloksen välinen yhteys on tunnettu ja ennustettavissa.	Panoksen, prosessin ja tuloksen välinen yhteys ei aina ole ennustettavissa.
Suorituskyvyn mittarit ovat yksinkertaisia.	Suorituskyky on monimutkainen ja vaikea mitata.
Prosessien parantaminen on suhteellisen yksinkertaista.	Kliinisen prosessin parantaminen on monimutkaista ja vaikeaa.
Eturintamassa olevilla työntekijöillä on vähän päätösvaltaa.	Lääkäreillä on laaja autonomia.
Yrityksissä on yksijohtajajärjestelmä, ammattijohtajat.	Johtamistaito ei ole hyvin kehittynyt. Johtajat edustavat erilaisia ammattiryhmiä.
Johto voi johtaa ilman ylimmän poliittisen johdon sekaantumista siihen ja siksi muutoksia voidaan tehdä nopeasti.	Johtaminen on hyvin politisoitunutta.
Ylhäältä-alas johdetut muutosohjelmat ovat mahdollisia.	Muutos vaatii lääkäreiden ja muiden ammattiryhmien halukkuutta yhteistyöhön.

Julkisessa terveydenhuollossa käytetään ohjausperiaatteena oikeudenmukaisuutta<sup>93</sup> ja tasa-arvoa nettoarvon ja valintojen sijaan (Stakes 1994a). Terveys­huollossa joudutaan pohtimaan yhteiskunnan velvollisuutta tuottaa palveluja kuntalaisille ja palvelujen tuottamisen perusteita. Niin sanottu *yhteinen hyvä* eli oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon toteutuminen ei perustu kaikille yhteiseen hyvään vaan kompromisseihin eri tahojen intressien välillä (ks. Rawls 1980; 1988; 1993; Salminen 2003). Julkisen hallinnon mahdollisuus yksipuoliseen vallankäyttöön edellyttää eettisten vaatimusten täyttämistä. Hallinnolta edellytetään luotettavuutta, puolueettomuutta ja tehokkuutta. (Vainio 2003.)

<sup>93</sup> John Rawls (1988; ks. myös Bridges 1994) etsi poliittisen oikeudenmukaisuuden periaatteilleen universaalia ja objektiivista, ajasta ja paikasta riippumatonta perustelua. Rawls ei johtanut oikeudenmukaisuuden periaatteita määrittelystä hyvän käsitteestä, vaan hän piti oikeuksien ja velvollisuuksien käsitteitä ensisijaisesti moraalisisina termeinä (Kopperi 1996). Hänen oletuksenaan oli, että yksilöt pyrkivät ensisijaisesti edistämään materiaalista hyvinvointiaan ottamatta kuitenkaan kovin suuria riskejä. Rawls ei hyväksy valtion ja toisten yksilöiden puuttumista yksilön itselleen hyväksymiin valintoihin (Pahlman 2003). Hyvinvointiliberalistina Rawls korostaa yksilön itsemääräämistä, vapautta ja koskemattomuutta sekä yleistä oikeudenmukaisuutta.

Yhteiskunnassa systeemikeskeinen laatu näkemys tarkoittaa yksittäisen asiakkaan ja kansalaisen tarpeiden suhteuttamista muiden tarpeisiin. Valintojen apuna käytetään muun muassa tutkittua tietoa eri menetelmien vaikuttavuudesta, jonka perusteella annettavia hoitoja, ainakin osittain, voidaan priorisoida. Valintojen tekemisen taustalla tulee olla myös arvokeskustelu. Yksilön hyvän ja yhteisen hyvän yhteensovittaminen on aina kompromissien tekemistä. Toisaalta vaikka laadun markkinapiirteet eivät voi julkisella sektorilla syrjäyttää kansalaisten yhdenvertaisuuden, oikeudenmukaisuuden sekä tasa-arvon periaatteiden toteutumisen arviointia, ne voivat täydentää niitä (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 235; ks. Morgan & Murgatroyd 1994; Pollitt & Bouckaert 1995).

Hyvinvointiajattelun<sup>94</sup> mukaan oikeudenmukaisuus toteutuu parhaiten hyvinvointivaltiossa. Toisenlaista ajattelutapaa edustavat uusklassisen liberalismiin kannattajat, joiden mukaan kaikki markkinoita rajoittavat tekijät ovat moraalittomia ja vähentävät pitkällä aikavälillä ihmisten hyvinvointia. Yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden luonne on viimeisten vuosikymmenien aikana siirtynyt asteittain tasa-arvoa ja kaikkien yhtäläistä hyvinvointia korostavasta hyvinvointiliberalismista omistusoikeuden pyhyyttä korostavaan liberalismiin. (Gylling 2002.)

Oikeudenmukaisen yhteiskunnan periaatteet nousivat esille Rawlsin (1988) oikeudenmukaisuusteorian myötä. Oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon näkeminen ohjausperiaatteina julkisen sektorin toiminnan ja laadun ohjauksessa liittyy moraalisiin ja etiikkaan. Moraalinen toiminta<sup>95</sup> perustuu yhteisössä vallitseville säännöille. Jokapäiväinen elämän keskustelu säännöistä, vääryyksistä ja velvollisuuksista on *ensimmäisen tason moraalidiskurssia*<sup>96</sup>. Tästä kes-

---

<sup>94</sup> Hyvinvointivaltion keskeiset arvot ovat tasa-arvo, vapaus, demokratia, turvallisuus ja taloudellinen tehokkuus. Kun osa palveluista siirretään yksityisen sektorin hoidettavaksi, siirtyy sinne myös osa hyvinvointivaltioajattelua. (Pahlman 2003.)

<sup>95</sup> *Moraalifilosofia* on perusluonteeltaan teoreettista. Moraalifilosofit ovat pyrkineet perustelemaan teoreettisesti ihmisen käytännöllistä toimintaa, hakemaan teoreettisesti vastauksia kysymyksiin, millaisia ratkaisuja meidän tulisi arkielämässä tehdä, jotta osaisimme elää mahdollisimman hyvin. Erityisesti 1900-luvulla etiikan tutkimuksen teoreettisuus on ilmennyt mielenkiintona etiikan käsitteisiin. Taustalla oli ajatus, että hyvää elämää tai perustavia oikeuksia ja velvollisuuksia koskeviin kysymyksiin ei pystytä vastaamaan, ellei tiedetä, mitä hyvä, oikea ja velvollisuus tarkoittavat. Pyrkimys käsitteiden perusluonteen selvittämiseen ja ymmärtämiseen on keskeistä esimerkiksi fenomenologiassa ja hermeneutiikassa. (Pietarinen & Poutanen 1998.)

<sup>96</sup> Käsitteitä *etiikka* ja *moraali* ei yleisessä keskustelussa välttämättä erotella toisistaan. Moraali tarkoittaa empiiristä ilmiötä, josta voidaan tehdä huomioita ja joka on yhteisöjen ja sen jäsenten toiminnan piirre. Sana *moraali* tulee latinan kielestä: mos, mores = tapa, tavat; moralis = tapoja koskeva. Sana *etiikka* tarkoittaa alkuperältään samaa kuin *moraali*, sillä se tulee kreikan sanasta ethos = tapa, erityisesti hyvä tapa. Tavallisesti sanoja *eettinen* ja *moraalinen* käytetään synonyymeinä, samoin kuin sanoja *etiikka* ja *moraali*. Ne voidaan kuitenkin erottaa seuraavasti: 1) Moraaliin (etiikka) kuuluvat yhteisöjen ja yksilöiden toimintaa ohjaavat säännöt ja käytännöt, jotka voivat olla empiirisen tai filosofisen tutkimuksen kohteena, esim. sairaanhoitajan etiikka (ensimmäisen asteen moraalidiskurssi) 2) Moraalifilosofia (etiikka) on moraalii-ilmioita tutkiva filosofian alue, esimerkkinä analyyttinen etiikka ja normatiivinen etiikka ( toisen tason moraalidiskurssi). (Pietarinen & Poutanen 1998; ks. myös Häyry 2002.)

kustelusta esimerkkinä voidaan mainita viime aikoina käyty keskustelu julkisen terveydenhuollon järjestämisestä ja palvelujen saatavuudesta. Etiikka eli moraalifilosofia muodostaa *toisen tason moraalidiskurssin*, ja etiikan teoreettinen tutkimus tarkoittaa toisen tason moraalidiskurssia. Etiikka tutkii moraalialia: millaisia moraalikäsitteitä ensimmäisen tason moraalidiskurssissa käytetään, mikä niiden käsitteiden merkitys on, onko merkitys sama kaikille osapuolille ja millaisille periaatteille arkielämän moraaliperustuu. (Pietarinen & Poutanen 1998.) Tällä perusteella voidaan ajatella, että laatuksitysten ja informaatio-ohjauksessa käytettävien käsitteiden ja perustelujen tutkimus on etiikan piiriin kuuluvaa tutkimusta. Tähän liittyy myös erilaisten laadulle annettavien merkitysten tulkinta.

Laadun ohjaaminen poliittisena ohjauksena vaatii selkeätä työnjakoa päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden välillä. Möttönen (1997) tutki poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden välistä tehtäväjakoa koskevia tavoitteita ja niiden toteutumista kunnallisessa tulosjohtamisessa. Suositusten, oppaiden, kuntakohtaisten asiakirjojen ja viranhaltijoiden käsitysten perusteella poliittisten päätöksentekijöiden on keskityttävä strategioiden luontiin, linjapäätösten tekemiseen ja tavoitteiden asettamiseen (systemikeskeiseen laatuun). Viranhaltijoiden tehtävänä on operatiivisista asioista vastaaminen, ja viranhaltijoiden valtaa tulee lisätä päätösvaltaa delegoimalla. Poliittisilta päätöksentekijöiltä siirtyvä valta korvataan poliitikoille sillä, että he ryhtyvät tekemään päätöksiä toiminnan tavoitteista. Tutkimuksen tulosten perusteella poliittisilta päätöksentekijöiltä on delegoitu valtaa viranhaltijoille, mutta tämä valta ei ole korvautunut tavoitteiden asettamiseen ja seurantaan liittyvällä päätösvalalla niin kuin tulosjohtamisen tavoitteiden mukaan pitäisi tapahtua. Poliittisten päätöksentekijöiden taipumus tehdä päätöksiä operatiivisista asioista heikentää heidän haluaan sitoutua hyväksytyihin tavoitteisiin. Toisaalta poliitikkojen halukkuus osallistua operatiiviseen päätöksentekoon heikentää viranhaltijoiden valtaa.

Möttösen (1997) mukaan tulosjohtaminen ei sovellu poliittisten päättäjien ja viranhaltijoiden välisen tehtävajaon perustaksi. Tulosjohtamista koskevia tutkimustuloksia voitaneen soveltaa myös laatuun liittyvien ohjausperiaatteiden, oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon, merkitykseen poliitikkojen työssä. Edellä mainittujen periaatteiden noudattaminen edellyttää poliitikoilta strategisia valintoja. Poliittisten päättäjien roolin muuttaminen selkeästi kohti strategisten valintojen tekemistä voi aiheuttaa poliitikoille ongelmia. Poliitikot eivät toimi silloin enää lähellä asiakkaita, vaan suurten linjausten tekijöinä. Myös asiakkaiden oman suoran vaikuttamisen painottuminen (esim. osallisuushankkeet) vähentää poliitikkojen valtaa.

Rieper ja Mayne (1998) tarkastelevat laatua ja laadun arviointia julkisella sektorilla mikro-, meso- ja makrotasolla. *Mikrotasolla* arviointi koskee palvelutapahtumaa ja arviointikriteereitä voivat olla esimerkiksi palvelujen määrä, aikataulussa pysyminen, palvelujen jatkuvuus ja henkilökunnan ystävällisyys. Mikrotason tarkastelu viittaa laadun asiakaskeskeisyyteen ja yksittäisen asiakkaan hyvään. *Mesotasolla* arviointi koskee muun muassa palvelun vaikuttavuutta. Arviointikriteerinä voivat olla tietyille menettelytavalle asetetun tavoitteen toteutuminen ja palvelun käyttäjien tarpeisiin vastaaminen. Tällä tasolla on keskeistä suunnittelukeskeinen laatu ja asiantuntijaosaaminen, terveydenhuollossa esimerkiksi hoitosuositukset, joiden avulla hoidon mahdollisimman hyvä lopputulos pyritään varmistamaan. Hoitosuosituksessa voidaan kuvata myös hoidon prosessuaalisia piirteitä. *Makrotasolla* arviointi koskee oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon saavuttamista sekä julkisia palveluja koskevien päämäärien saavuttamista. Tällöin voidaan arvioida, onko palvelut annettu yleisten sosiaalisten arvojen ja normien mukaisesti, ja onko laajat julkisia palveluja koskevat tavoitteet saavutettu. Makrotaso kuvastaa yhteiskuntakeskeistä laatua ja sen toteutumisen arviointia. Julkisten palvelujen tuottamisen kannalta on keskeistä arvioida toimintaa kustannuslähtöisen ajattelun sijaan toiminnan vaikuttavuuden ja toimintaa ohjaavien periaatteiden näkökulmasta.

Yhteenvedon voidaan todeta, että julkisen terveydenhuollon johtamiseen ja ohjaamiseen vaikuttavat monet tekijät, joita julkisen sektorin uudistamiskeskustelussa ei ole riittävästi otettu huomioon. Suurimmat haasteet liittyvät palveluja käyttävän asiakkaan ja poliitikkojen rooleihin ja näkemyksiin sekä käytettävien resurssien niukkuuteen ja palvelujen priorisointiin. Näiden lisäksi terveydenhuollon eri osa-alueilla on merkittäviä eroja. Tässä yhteydessä terveydenhuollon erityispiirteitä tarkastellaan hyvin yleisellä tasolla. Vaikka tämän tutkimuksen empiirinen aineisto kerättiin vanhainkotien ja terveyskeskussairaalan henkilökunnalta, erityispiirteitä ei tarkastella erityisesti juuri näiden osa-alueiden näkökulmasta.

#### **4.1.2 Laadunohjauksen muodot Suomen julkisessa terveydenhuollossa**

Poliittishallinnollisella ohjauksella tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa poliittisen ja julkisen hallinnon yksiköiden (esim. eduskunta, ministeriöt, kunnanvaltuusto) käyttämiä menettelytapoja, joilla ne pyrkivät vaikuttamaan ohjauksen kohteisiin toivotulla tavalla. Poliittishallinnollisessa järjestelmässä kehitettiin 1970- ja 1980-luvulla uusia ohjausmuotoja lakien ja asetusten lisäksi. (Leskinen 2001.)

Terveydenhuollossa valtakunnalliset suunnitelmat (VALSU) otettiin käyttöön 1970-luvulla. Viisivuotinen valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseksi vahvistettiin vuosittain valtioneuvostossa, ja päätökset koskivat voimavarojen suuntaamista kuntia sitovalla tavalla. Vuoden 1993 valtiosuudistuksen (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta 733/1992) jälkeen rahoitusohjauksen luonne ja merkitys muuttui merkittävästi. Valtakunnallisen suunnitelman sitova ohjaus poistettiin uudistuksen yhteydessä. Valtakunnallinen suunnitelma muutettiin vuoden 2000 alusta valtioneuvoston neuvoteltavaksi hyväksymäksi sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaksi (TATO). (Hansson 2002; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain muuttamisesta 1114/1998.) TATO sisältää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi asetettavat tavoitteet ja niiden saavuttamiseksi tarvittavat toimenpiteet, suositukset ja ohjeet. Ensimmäinen tavoite- ja toimintaohjelma tehtiin vuosille 2000–2003 (STM 1999).

Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta voidaan tarkastella useiden ohjauksen luokittelujen avulla. Leskinen (2001) jakaa poliittishallinnollisen ohjauksen tavoite-, ohjelma-, voimavara-, rakenne-, informaatio- ja normatiiviseen ohjaukseen, Hansson (2002) normi- tai säädösohjaukseen, resurssiohjaukseen ja informaatio-ohjaukseen sekä etu- ja jälkikäteiseen valvontaan. Myös Oulasvirta, Ohtonen ja Stenvall (2002) esittävät kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta koskevassa julkaisussaan useita erilaisia ohjauksen luokittelutapoja. Tässä viitekehyksessä tarkastellaan ohjauksen muotoja Hanssonin esittämän jaon mukaisesti.

*Normi- eli säädösohjaus* tarkoittaa laeissa ja asetuksissa sekä muissa alemmanasteisissa säädöksissä tai määräyksissä säänneltyä ohjausta, joka yleensä velvoittaa toiminnasta vastuussa olevaa organisaatiota tai henkilöä toimimaan tietyllä tavalla (Hansson 2002). Säädösohjaus sisältää perustuslailliset perusoikeudet, tavanomaisen lainsäädännön palveluja sääntelevät puitelait ja subjektiiviset oikeudet<sup>97</sup>. Perusoikeuksiin kuuluu perustuslain mukaan muun muassa yhdenvertaisuus (Perustuslaki 731/1999). Perustuslain perusoikeussäännöksille on ominaista niiden arvostuksenvaraisuus. Arvostuksenvaraisuus liittyy kulttuurinvaraisuuteen ja riippuu

---

<sup>97</sup> Kunta ei voi kieltäytyä subjektiivisten oikeuksien täyttämisestä vetoamalla esimerkiksi huonoon taloustilanteeseen. Toisaalta subjektiiviset perusoikeudet eivät välttämättä tue kunnallista itsehallintoa. Yleisten peruspalvelujen tasosta, laadusta ja määrästä voidaan kunnissa päättää itsenäisesti. (Hautamäki & Mäkipeska 1994; ks. myös Pahlman 2003; Perustuslaki 731/1999.)

siten sosiaalisesta, poliittisesta ja oikeudellisesta kehityksestä. (Pahlman 2003.) Lakien tulkintakäytäntöihin vaikuttavat erilaisille asiakkaan oikeuksille yhteiskunnassa annetut merkitykset. Tarkasteltaessa säädösohjausta laadunhallinnan näkökulmasta voidaan todeta, että säädösohjaus näkyy muun muassa palveluiden järjestämistavoissa, toimintamuodoissa, ammatinharjoittamisessa, henkilöstön kelpoisuudessa, asiakkaan tai potilaan oikeuksissa sekä työ- ja virkaehtosopimusten lainomaisissa, sitovissa määräyksissä.

*Resurssi- eli budjettiohjaus* tapahtuu pääasiassa valtion talousarvion perusteluosan kautta. Budjetin valmistelun yhteydessä käydään tulosneuvottelut valtionhallinnon sisällä. Valtioneuvosto päättää vuosittain valtion talousarvioesityksen antamisen yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroista. Voimavarapäätökseen sisältyvät talousarvioesitykseen liittyvät tavoite- ja toimintaohjelmaa tukevat toimenpiteet. (Hansson 2002; Hautamäki & Mäkipeska 1994.) Valtionosuuslainsäädännön (laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992) mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimii *perusturvalautakunta*, joka valvoo, järjestääkö kunta asukkailleen erityislaeissa tarkoitettuja palveluja siten, että välttämättömät peruspalvelut vastaavat maassa yleisesti hyväksytyä tasoa. Tätä tasoa ei ole määritelty, mutta *yleisesti hyväksytty taso* viittaa palvelujen sellaiseen keskimääräiseen tasoon, jota voidaan pitää oikeudenmukaisena ja tasa-arvoisena. Toisaalta resurssipula voi aiheuttaa sen, että minimitasosta tulee yleisesti hyväksytty taso.

Ohjausmuotoihin kuuluvat myös etukäteis- ja jälkikäteisvalvonta. *Etukäteisvalvontaan* kuuluu lupa- ja ilmoitusmenettely. Luvan myöntämisen ehdoiksi voidaan liittää viranomaisen etukäteen suorittama toimitilojen sekä henkilöstörakenteen ja -määrän tarkastus. Muita vastaavia ovat erilaiset kelpoisuusehdot, joista on säädetty terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevassa lainsäädännössä. *Jälkikäteisvalvonta* toteutuu muun muassa valitusten ja kanteluiden kautta. Sekä normi-, resurssi- että informaatio-ohjaus ja valvonta tarvitsevat tuekseen järjestelmällistä ja kattavaan tietoon perustuvaa seurantaa ja arviointia. (Hansson 2002.) Tietojen keruuta ja seurantaa painotetaan myös valtakunnallisissa laadunhallintasuosituksissa (ks. esim. Stakes 1996).

Tämän tutkimuksen kannalta tärkein ohjausmuoto, *informaatio-ohjaus* antaa päätöksentekijöille ja palvelujen tuottajille tietoa ja välineitä, joiden avulla voidaan kehittää toimintaa (Hansson 2002). Informaatio-ohjaus voidaan nähdä laajasti siten, että kaikki ohjaus sisältää informaatiota. Tällöin esimerkiksi lait, asetukset ja resurssien kohdentuminen antavat tietoa siitä, mitä pidetään tärkeänä. Yleisemmin informaatio-ohjaus käsitetään ohjauksena, joka si-

sältää tietoa, mutta ei ole pakottavaa. Oulasvirran ym. (2002) mukaan informaatio-ohjauksella ei-pakottavana ohjausmuotona on heikko vaikutus organisaatioiden toimintaan. Toisaalta informaatio-ohjaus on helpompi hyväksyä kuin pakottavat toimenpiteet.

Tässä tutkimuksessa informaatio-ohjausta tarkastellaan ei-pakottavana ohjausmuotona. Lain-säädännössä on kuitenkin muun muassa potilaan asemaa ja oikeuksia ja henkilökunnan ammattitaitoa koskevia vaatimuksia. Suomen ja Hollannin terveydenhuollon organisaatioiden laatujärjestelmien vertailua koskeneen tutkimuksen mukaan säädösohjaus ei ole osoittautunut tehokkaammaksi kuin informaatio-ohjaus laadunhallinnan ohjaamisessa (Sluijs ym. 2001). Ohjauksen muuttuminen ainakin joiltain osin enemmän informaatio-ohjaukseksi kuin säädösohjaukseksi on kuitenkin tuottanut yksittäisiä kansallisia ongelmia. Tästä ovat esimerkkinä eduskunnan erikseen osoittamat budjettivarat tiettyihin palvelujärjestelmän ongelmakohtiin. Heiluriliike keskitetyn ohjauksen ja autonomian välillä on tuttua myös muualla, esimerkiksi Ruotsissa (Nylander, Stähle & Nenonen 2003).

Nylanderin ym. (2003) mukaan informaatio-ohjauksen ongelmat liittyvät siihen, että se on ymmärretty paljolti vanhan ajatusmallin, ylhäältä alas -vallankäytön mukaisesti. Informaatio-ohjauksen vaikutus voi kuitenkin syntyä siitä dialogista, jota organisaation eri tasoilla käydään sekä päätöksistä, joita tehdään informaation perusteella. Tieto vaikuttaa täten epäsuorasti. Myös Uusitalon (1999) mukaan informaatio-ohjaus voidaan nähdä kaksisuuntaisena, jolloin se on dialogista ja kommunikatiivista vuorovaikutusta, jossa palvelujen tuottaja- ja kuntatasolla syntyvä tieto välittyy valtakunnalliselle tasolle ja ohjaa sen toimintaa. Valtakunnallisella ja alueellisella tasolla syntyvä tieto välittyy puolestaan paikalliselle tasolle ja palvelujen tuottajille. (Uusitalo 1999.) Siirtyminen suorasta vallankäytöstä epäsuoraan merkitsee sitä, että käytännön valta siirtyy organisaatiossa alaspäin tai paremminkin valta kulkee organisaatiossa sekä ylhäältä alas että alhaalta ylös. Toiminta, päätöksenteko ja ohjaus eri tasoilla perustuvat tutkittuun ja mitattuun tietoon sekä asiantuntijuuteen ja professioihin. (Nylander ym. 2003<sup>98</sup>.)

---

<sup>98</sup> Nylander ym. (2003) mukaan informaatio-ohjaus voidaan jakaa täsmälliseen ja kokemukselliseen tietoon perustuvaan ohjaukseen (ks. Nonaka & Takeuchi 1995). Täsmällistä, strukturoitua tietoa valtiovallan informaatio-ohjauksessa edustavat lait, asetukset sekä valtioneuvoston hallitusohjelmaan perustuva sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma. Piilevään, kokemukselliseen tietoon perustuvat puoluepoliittiseen päätöksentekoon pohjautuvat terveyspalveluiden keskitetyt valtioneuvoston tai eduskunnan ohjauspäätökset, jotka ovat viime aikoina saaneet ilmiänsä erikseen kohdistetuista määrärahoista (esim. kansallinen terveysprojekti). Piilevää tietoa sisältyy myös terveyspalveluihin ja niiden muutoksiin. (Nylander ym. 2003.)



Informaatio-ohjauksen dialogisuuden erottaminen muusta toiminnan ohjaukseen liittyvästä dialogista tuntuu perustelemattomalta. Dialogin onnistumista tarvitaan myös muissa ohjausmuodoissa kuin informaatio-ohjauksessa. Uusien lakien säätäminen ja resurssien jakaminen tulisi perustua yhteiskunnassa käytävään keskusteluun tärkeinä pidetyistä asioista. Terveystenhuollon yleinen ohjausjärjestelmä on ajautunut uskottavuuskriisiin tilanteessa, jossa väestölle annettavia lakisääteisiä palveluja ja tehtäviä on paljon, mutta niiden laatua ja laajuutta ei ole pääosin lainkaan säännelty, ja näihin tehtäviin tarkoitettua valtion rahoitusta on vähennetty valtiontaloudellisista syistä. Juuri tähän ohjausjärjestelmän uskottavuuskriisiin on pyritty vastaamaan tehostamalla informaatio-ohjausta. Kehittämishankkeiden erillinen valtionavustus perustamishankkeiden tilalle lisää informaatio-ohjauksen määrää. Nämä hankkeet eivät kuitenkaan ratkaise perustehtävien ja niihin suunnatun rahoituksen välistä kuilua ja ohjauksen legitimitettiongelmaa (Hansson 2002).

Informaatio-ohjauksen ja siihen liittyvän dialogin onnistumisen arvioinnin edellytyksenä voidaan pitää valtakunnallisia ohjaavia avaintunnisteita (esim. laatuksiteerit) ja niiden rekisteröintiä, raportointia ja analysointia. Kuntien palvelurakenteet, palvelujen kustannukset ja laatu vaihtelevat huomattavasti. Tästä syystä keskustelua on käyty siitä, pitäisikö ohjausotetta vahvistaa määrittelemällä eri palvelumuodoille selkeät valtakunnalliset vähimmäistasot, jolloin säädösohjaus vahvistuisi myös laadun ohjauksessa (Ikonen 2002). Määrittelystä olisi apua myös valvontaviranomaisille, jotka valvovat sekä yksityisiä että julkisia palveluntuottajia. Tällä hetkellä lääninhallitusten yksittäiset ja tapauskohtaiset päätökset muodostuvat koko maata koskeviksi ohjauskäytännöiksi. Tästä voi mahdollisesti seurata se, että laadun merkityksistä tulee liian kontekstisidonnaisia. Vähimmäistasot turvaisivat asiakkaan aseman ja maan eri osien välisen yhdenvertaisuuden.

#### **4.1.3 Laadun informaatio-ohjaus Suomen terveydenhuollossa: keskeiset laatusuosituks**

Julkisten palvelujen strategioita ja laatusuosituksia voidaan pitää omistajan tahdon ilmauksina. Laatusuosituksia liittyvät tiettyyn aikakauteen ja laadunhallinnan kehitykseen. Laatusuositus kuvaa tiettyä rajallista osaa tavoiteltavan laadun ilmiöstä. Suosituksen laadintaprosessin avoimuus ja laaja osallistuminen vaikuttavat todennäköisesti suosituksen hyväksymiseen ja hyödyntämiseen. Laadintaprosessissa käytävän dialogin tulisi sisältää arvokeskustelua, koska lopulta on kuitenkin kyse valinnoista.

*Laadunvarmistuksen* informaatio-ohjaus osana valtakunnallisia sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelmia käynnistyi Suomessa 1980-luvun puolivälissä. Laadunvarmistus on perinteisesti ollut osa terveydenhuollon ammattilaisen työtä, koska vahvat ammatit ovat itse asettaneet omalle toiminnalleen toiminnan laatua koskevia tavoitteita. 1980-luvulla laadunvarmistuksen korostuessa yksityisellä sektorilla osana toiminnan yleistä johtamista näkyi myös julkisessa terveydenhuollossa olevan tarvetta korostaa johtamisessa samantyyppisiä asioita. Tällöin laadun varmistaminen ei ollut enää pelkästään lääkäreiden ja hoitajien asia. (ks. esim. Kimberly & Minvielle 2003.) Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunvarmistusta koskeva tavoite esitettiin ensimmäistä kertaa valtakunnallisessa suunnitelmassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1987–1991 (VN 1986), mutta vasta 1990-luvulla laadunvarmistus ja myöhemmin laadunhallinta näkyivät selkeästi sekä julkisen sektorin palveluiden johtamisen kehittämisessä että potilaan hoidossa. Laatuvaatimusten ja -kriteereiden laatimisen lisäksi johtamisessa korostettiin tuloksellisuutta osana julkisen sektorin johtamiskäytäntöä. Laadunvarmistuksesta siirryttiin kokonaisvaltaisempaan laadun johtamiseen, mikä näkyi laadunhallintakäsitteen yleistymisenä laadunvarmistuksen sijaan.

Vuonna 1992 Sosiaali- ja terveyshallitus<sup>99</sup> asetti perusterveydenhuollon laadunvarmistuksen työryhmän kolmeksi vuodeksi<sup>100</sup>. Työryhmän tavoitteiden toteuttamista varten Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) käynnisti Terveydenhuollon laatuprojektin vuonna 1993<sup>101</sup>. Lisäksi asetettiin terveydenhuollon laatuneuvosto, jonka tehtävänä oli terveydenhuollon laatupolitiikan<sup>102</sup> luominen kahden vuoden kuluessa. (Stakes 1994b.) Stakes perusti myös erikoissairaanhoidon laadun kehittämisen asiantuntijaryhmän toimikaudelle 1994–1996. Työryhmän tavoitteena oli edistää laatuajattelua erikoissairaanhoidossa. (Mikkola & Outinen 1997.) Vuosien 1995–1998 valtakunnallisessa suunnitelmassa sosiaali- ja terveystoiministeriö asetti tavoitteita *palvelujen saatavuuden ja laadun turvaamiseksi*. Samassa suunnitelmassa laadunhallinnan järjestämistä koskevan suosituksen laatiminen annettiin Stakesin tehtäväksi. (STM 1994.)

---

<sup>99</sup> 1.12.1992 alkaen Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes).

<sup>100</sup> Työryhmän tavoitteena oli mm. laatua koskevan terminologian täsmentäminen, terveydenhuollon laadunvarmistusta koskevan kirjallisuuden kokoaminen, perusterveydenhuollon laadunvarmistuksen nykytilan selvittäminen (ks. Voutilainen, Soveri & Sairanen 1994) ja laadunvarmistuksesta kiinnostuneiden kerääminen ns. laatuverkostoon.

<sup>101</sup> Työryhmä esitti vuonna 1995 perusterveydenhuollossa tehtävää laadun kehittämistyötä koskevat suositukset (Stakes 1995).

<sup>102</sup> Stakes asetti 22.3.1993 Terveydenhuollon laatuneuvoston, jonka tehtävänä oli kahden vuoden toimikauden aikana luoda terveydenhuollon laatupolitiikka. Laatupolitiikan tarkoituksena on ohjata palvelujen tuottajia, viranomaisia ja järjestöjä laadun kehittämiseen, asettamaan laatua koskevia strategisia tavoitteita ja edistämään tavoitteiden saavuttamista. Terveydenhuollon laatupolitiikka liittyy muuhun terveystalouteen, esimerkiksi Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelmaan. (Stakes 1994b.)

Ensimmäinen laadunhallintasuositus, *Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa - valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällystä* valmistui vuoden 1995 lopulla (Stakes 1996). Vuonna 1999 julkaistiin uusi laadunhallintasuositus, *Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle* (1999), joka oli aiempaan suositusta konkreettisempi ja laajempi. Myös Suomen Kuntaliitto laati oman suosituksensa, *Laadunhallinta kuntien ylläpitämissä ja hankkimissa terveyspalveluissa* (Suomen Kuntaliitto 1998d). Terveydenhuollon laadunhallintaan liittyviä suosituksia, periaatelinjauksia tai muita vastaavia on esitetty myös kansainvälisellä tasolla, näistä esimerkkeinä WHO:n Euroopan alueen *Terveyttä kaikille vuoteen 2000* -ohjelma (STM 1986) ja Euroopan neuvoston suositus terveydenhuollon laadun parantamisjärjestelmien kehittämisestä ja käyttöönotosta<sup>103</sup> (Council of Europe 1998).

Edellä mainitut suositukset ja kehittämisohjelmat ovat kohdistuneet pääosin sosiaali- ja terveydenhuollon laadun kehittämiseen. 1990-luvulla valtionhallinnossa ja Suomen Kuntaliitossa on tehty koko julkista sektoria koskevia laadunhallintaan liittyviä suosituksia. Näitä ovat muun muassa Suomen Kuntaliiton ja valtiovarainministeriön *Julkisten palvelujen laatustrategia* -projekti osana vuosille 1996–1999 suunnattua *Tuottavuudella tulevaisuuteen* -ohjelmaa (Huuskonen ym. 1997; Suomen Kuntaliitto 1998c; VM 1998), valtioneuvoston periaatepäätös hallintopolitiikan suuntalinjoista *Laadukkaat palvelut, hyvä hallinto ja vastuullinen kansalaisyhteiskunta*<sup>104</sup> (1998a; 1998b) sekä julkisen sektorin laatu-palkintohanke *Yhteiset palvelut – yhteinen hyöty. Laatu-palkinto julkisella sektorilla* (1999). Suositusten ja periaatepäätösten lisäksi julkisella sektorilla on käynnistetty 1990-luvulla useita laajoja laadun kehittämishankkeita<sup>105</sup>.

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut sosiaali- ja terveyspolitiikan lähivuosien linjauksia

---

<sup>103</sup> The Development and Implementation of Quality Improvement Systems (QIS) in Health Care (Council of Europe 1998) -suositus sisälsi yleisiä periaatteita, jotka koskevat mm. parhaiden käytäntöjen tunnistamista, näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä, tieto- ja laatu-järjestelmiä ja eri tahojen vastuita laadun parantamisessa. Euroopan maiden välinen yhteistyö laadunhallinnassa on noussut yhä voimakkaammin esille (ks. esim. Quality in Health Care 1998; The European Way to Excellence 1997). Koko julkista sektoria koskeva, laadunhallinnan kehittämistä tukeva yhteistyö EU-maiden kesken näkyy mm. Euroopan laatu-vision laadinnassa (Towards a European Vision... 2000).

<sup>104</sup> *Laadukkaat palvelut, hyvä hallinto ja vastuullinen kansalaisyhteiskunta* -periaatepäätöksessä painotetaan palvelujen saatavuutta, laatua, asiakaskeskeisyyttä ja valinnanvapautta. (Laadukkaat palvelut... 1998a; 1998b.)

<sup>105</sup> Valtiovarainministeriö asetti syksyllä 1992 *Laatu- ja tuottavuustyön tukihankkeen (LATU)* (VM 1993a). Suomen Kuntaliitto (1994) käynnisti vuonna 1993 *Kunta ja laatu -projektin* (ks. myös Laatu... 1994; Laatuhaaste 1993; ks. myös Laatuajattelu... 1995). Stakes ja Suomen Kuntaliiton tytäryhtiöt Kuntakoulutus Oy ja Efektia Palvelu Oy käynnistivät vuonna 1995 *LATE – laadukas terveyskeskusprojektin* (Laatuveneet... 1996; 1997).

koskevan asiakirjan *Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010*, joka kattaa myös palvelujen laatua koskevat painotukset (STM 2001c). Strategista ohjausta on täydennetty sektorikohtaisilla laatusuosituksilla ja oppailla (ks. esim. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus 2001; Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002; Voutilainen ym. 2002b). Suositukset eivät ole kuntia sitovia normeja, ja siten niitä ei ole tarkoitettu ohjeeksi valvontaviranomaisille.

Viime vuosien merkittävä kehittämishanke terveydenhuollossa on ollut sosiaali- ja terveystalouden ministeriön ja Suomen Kuntaliiton käynnistämä, vuosina 1998–2001 toteutettu, *Terveydenhuollon kehittämisprojekti*<sup>106</sup> (STM 1998e), joka perustui sosiaali- ja terveystalouden ministeriön asiakirjaan *Terveydenhuollon suuntaviivat* (ks. STM 1996b). Projektin tarkoituksena oli kartoittaa kunnallisten terveyspalveluiden toimivuuteen ja terveydenhuollon asiakkaan asemaan liittyvät epäkohdat ja tehdä toimenpide-ehdotukset niiden poistamiseksi (STM 1998e). Selvitysmiesten toimenpide-ehdotukset kirjattiin raportteihin *Asiakkaan asema terveydenhuollossa* (STM 1998a) ja *Terveydenhuollon toimivuus* (STM 1998d). Edellä mainittujen raporttien keskeiset toimenpide-ehdotukset liitettiin kehittämisprojektin toimeenpano-ohjelmaan *Terveydenhuolto 2000-luvulle* (STM 1998e).

Vuonna 2001 kaikille terveyskeskuksille tehtiin kysely, joka koski *Terveydenhuolto 2000-luvulle* -hanketta. Arviointitutkimuksen tulosten perusteella hanketta ja sen valtakunnallisia toimenpidetavoitteita ei tunnettu hyvin: useamman kuin joka toisen terveyskeskuksen henkilöstö tunsu valtakunnalliset tavoitteet melko huonosti. Alueelliset tavoitteet tunnettiin terveyskeskuksissa hieman paremmin. Hankkeen vaikutukset omaan toimintaan arvioitiin vähäisiksi. Terveystalousten toimintaa ja kehittämistyötä vaikeuttivat niukat voimavarat. (STM 2002i; Viisainen, Saalasti-Koskinen, Perälä, Kinnunen, & Teperi 2002.) Noin kahdella kolmasosalla terveyskeskuksista ei ollut laadunhallintajärjestelmää käytössä. Lähes joka toisella terveyskeskuksella sitä ei edes ollut kehitteillä. Valtakunnallisia hoito-suosituksia oli käytössä kahdella kolmasosalla terveyskeskuksista. (Viisainen ym. 2002, 72; ks. myös Saalasti-Koskinen & Outinen 2003.) Julkisen sektorin laatu-järjestelmien kehittymättömyys ja informaatio-ohjauksen sisällön vähäinen tuntemus saattaa johtua siitä, että suositusten sisältö ei vastaa sitä, mitä terveydenhuollon ammattilaiset haluavat. Saattaa olla, että informaatio-ohjauksen painottama toimintajärjestelmien johtamisen kehittäminen vie päätösvaltaa hoidon sisällön ammattilaisilta, ja tästä syystä järjestelmien kehittämistä ei suosita.

---

<sup>106</sup> Vrt. Heikkilä, Kaakinen & Korpelainen (2003): Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti.

Valtioneuvosto asetti syyskuussa 2001 *Kansallisen projektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi* toimikaudelle 15.9.2001–31.3.2002 (STM 2001a). Hankkeen tavoitteena oli tunnistaa ja arvioida terveyspalvelujärjestelmän nykyiset ja sitä uhkaavat ongelmat ja laatia *suunnitelma* ja *toimeenpano-ohjelma* niiden poistamiseksi. Hankkeessa otettiin huomioon muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003 ja Terveydenhuolto 2000-luvulle hankkeen toimeenpano-ohjelman tulokset ja valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Projekti jaettiin viideksi osakokonaisuudeksi:

- 1) *palvelujärjestelmän toiminnallisten ja hallinnollisten rakenteiden uudistaminen sekä tehokkuuden ja tuottavuuden lisääminen*
- 2) *työvoiman tarve ja keskinäinen työnjako, työolosuhteiden kehittäminen ja täydennyskoulutuksen järjestäminen*
- 3) *terveydenhuollon rahoitus, rahoituksen taso ja vakaus, rahoituskanavat ja voimavarojen kohdentaminen, valtionosuusjärjestelmä, kuntalaskutus, asiakasmaksupolitiikka, valtion ohjausjärjestelmän kehittäminen*
- 4) *julkisen terveydenhuollon, yksityisen ja kolmannen sektorin työnjako ja yhteistyö*
- 5) *hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen, hoidon saatavuuden parantaminen ja uusien tutkimus- ja hoitomenetelmien käyttöön oton arviointi. (ks. STM 2002a, 2002b; 2002f; 2002j; 2002k.)*

Projektissa tuotiin esille myös laadun kehittämiseen liittyviä toimenpide-ehdotuksia. Projektissa ei käsitellä terveydenhuollon priorisointia. Tätä perusteltiin sillä, että priorisointia on selvitetty erikseen muun muassa Terveysfoorumi 2000 -seminaarissa. (STM 2002c; STM 2002l.) Valtioneuvosto teki huhtikuussa 2002 periaatepäätöksen kansallisen terveydenhuoltoprojektin esitysten täytäntöönpanosta<sup>107</sup>.

Terveydenhuollon laadun varmistamiseksi on yli 15 vuoden ajan esitetty tavoitteita ja suosituksia. Laadunhallinnan tai laatujohtamisen menetelmien käyttöönottoa on tutkittu Suomessa 1990- ja 2000-luvulla jonkin verran sekä yksittäisten menetelmien että koko toimintajärjestelmän kehittämisen osalta (ks. esim. Mäki ym. 2000; Mäki & Siikander 2002; Outinen ym. 2001). Terveydenhuollon laadun kehittämisen nykytilaa selvitettiin ennen ensimmäistä sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallista laadunhallintasuositusta (Voutilainen ym. 1994; ks. Perälä & Räikkönen 1994). Erikoissairaanhoidon laadunhallintatilanteesta tehtiin selvitys vuonna 1997 (Taipale, Outinen & Mäkelä 1998; ks. myös Mikkola & Outinen 1997) ja suun terveydenhuollon tilanteesta vuonna 1998 (Lehtinen, Nordblad, Rönnberg & Outinen 1999). Lisäksi laadunhallinnan tilannetta on selvitetty alueellisesti, lähinnä läänitasolla (ks. esim.

Hanni, Tervo & Pajunpää 2000; Karjalainen 1999; Kontio, Salo, Vara & Aaltonen 1998). Yksittäisen menetelmän, laaturaportointikriteeristön käyttöä julkisella sektorilla on selvitetty vuonna 1999 (Yhteiset palvelut... 1999).

Vuonna 1999 sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden laadunhallinnan tilannetta selvitettiin johdolle suunnatulla kyselytutkimuksella. Vastaajilta kysyttiin tiettyjen laadunhallintasuositusten tunnettuutta ja hyödyntämistä. Tulosten mukaan laatusuositusten hyödyntäminen oli melko vähäistä. Suositusten todellista merkitystä organisaatioiden laadunhallinnan kehittymiselle ei tiedetä. Suositukset saattavat antaa ideoita ja välineitä organisaation kehittämiseksi, ja siten helpottaa laadunhallinnan leviämistä organisaatioissa. Voidaan olettaa, että laatusuosituksia hyödynnetään alemmilla organisaatiotasoilla vielä johtoakin vähemmän. Kyselyajankohtana tiettyihin asiakasryhmiin suunnattuja (esim. ikääntyvät, mielenterveysasiakkaat, päihdehuollon asiakkaat) laatusuosituksia ei ollut vielä ilmestynyt. Tietyille asiakasryhmille suunnatut suositukset pyrkivät todennäköisesti olemaan käytännönläheisempiä kuin yleiset laadunhallintasuositukset. (Mäki T. 2000; Mäki ym. 2000; Outinen ym. 2001.)

Laadunhallinnan informaatio-ohjauksen rajaaminen joihinkin tiettyihin suosituksiin ja strategioihin ei välttämättä anna täydellistä kuvaa informaatio-ohjauksen laadulle antamista merkityksistä. Toisaalta valtakunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelmat, niin sanotut yleiset laatusuositukset, antavat kuvan palvelujen yleisen kehittämisen painopistealueista viime vuosikymmeninä ja laadunhallinnan kehittymisen ilmenemisestä niiden yhteydessä. Niin sanotut varsinaiset laatusuositukset ja -strategiat antavat tarkemman kuvan tavoiteltavasta laadunhallinnasta. Informaatio-ohjaus on vielä melko kaukana yksittäisestä terveydenhuollon työntekijästä ja työyksiköissä esimiestehtävissä toimivasta. Suunnitelmat ja strategiat ovat luonteeltaan linjauksia, joita yleensä organisaatioissa tekee ylin johto.

## **4.2 Julkisen terveydenhuollon laadun tarkastelu laatu- ja palvelunäkökulmien avulla**

### **4.2.1 Asiakaskeskeinen laatu- ja palvelunäkemys: yksilön hyvä**

Asiakaskeskeisyyttä voidaan tarkastella jatkumona, jonka toisessa ääripäässä on yksittäinen asiakas ja hänen tarpeensa ja odotuksensa. Jatkumon toisessa päässä on yhteiskunnan, kunnan tai jonkin muun systeemin jäsenet, asukkaat, kansalaiset tai muut vastaavat, joiden etu voi olla

---

<sup>107</sup> Sosiaali- ja terveysministeriö asetti johtoryhmän periaatepäätöksen toteuttamista ja seuraamista varten toimikaudelle 18.4.2002–31.12.2005 (STM 2002g) sekä seurantar ryhmän toimikaudelle 1.8.2002–21.12.2007 (STM 2002h).

ristiriidassa yksittäisen asiakkaan kanssa. Äärimmäinen asiakaskeskeisyys näkyy asiakkaan toimiessa markkinoilla itse maksavana ja valitsevana asiakkaana, joka myös pystyy itsenäisesti tekemään valintoja. Tällöin asiakas voi itse määritellä, mikä on hänen mielestään laatua ja mitä hän haluaa. Jos asiakas tarvitsee asiantuntijan apua, hän luopuu itsenäisyydestään ainakin osittain. Tällöin asiantuntijan näkökulmaa painottava suunnittelukeskeinen laatu korostuu. Yhteiskunta- ja systeemikeskeinen laatu näkemys on keskeistä julkisen sektorin terveydenhuollon palveluissa. Tällöin palvelutuotannossa korostuvat oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo, jolloin yksittäisen asiakkaan tarpeiden tyydytys ei välttämättä aina ole kaikkein tärkeintä.

Asiakaskäsitteeseen liittyy näkemys itseohjautuvasta ja aktiivisesta henkilöstä, kun taas potilaskäsitteelle voidaan antaa passiivisuutta korostava merkitys. Yleisesti on pidetty tavoitteena, että asiakkaan ja potilaan rooli muuttuisi julkisella sektorilla kohti kuluttajan roolia. Tämä parantaisi asiakkaan tai potilaan aktiivisuutta, liikkuvuutta, valinnan vapauksia sekä laatu- ja kustannustietoisuutta. Tähän keskusteluun liittyy myös ajatus asiakasvallasta, jossa terveyspalvelujen käyttäjät pyrkivät tietoisesti lisäämään valtaansa henkilöstöön ja organisaatioihin nähden. (ks. esim. Salmela 1997a; 1997b; STM 1998a.)

Asiakaskeskeisyys voi jäädä pelkästään myönteiseksi retoriikaksi – todellinen toimintakulttuuri näkyy esimerkiksi vuorovaikutustilanteissa ja asiakkaan valinnan mahdollisuuksia koskevassa päätöksenteossa. Toisaalta erilaiset suositukset ja terveystieteelliset ohjelmat potilaan ja asiakkaan osallistumisesta päätöksentekoon kuvastavat yksinkertaistettua ja idealisoitua näkemystä todellisuudesta. Potilaan toimiminen aktiivisena ja itsenäisenä asiakkaana vaikeutuu automaattisesti jo siitäkin syystä, että asiakas ei ole välttämättä fyysisesti ja henkisesti sellaisessa tilassa, jotta hän pystyisi toimimaan itsenäisesti.

Kuntalaisten *osallistumisen ja vaikuttamisen* lainsäädännöllinen perusta ilmenee muun muassa perustuslaissa (731/1999), laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), hallintolaissa (434/2003), laissa viranomaisen toiminnan julkisuudesta (612/1999) ja kuntalaissa (365/1995). Yksittäisten

kansalaisten vaikutusmahdollisuuksia on pyritty kehittämään osallisuushankkeen<sup>108</sup> avulla. Terveysthuollossa asiakkaan aktiivinen rooli näkyy asiakkaan osallistumisessa hoitosuunnitelman<sup>109</sup> laadintaan. Palveluntuotantoprosessia ei kuitenkaan tarkastella vielä riittävästi asiakkaan näkökulmasta. Esimerkiksi palvelun tuotantoprosessin eri vaiheille saatetaan laskea hintoja, mutta asiakkaan aika on aina ilmainen, rajaton luonnonvara – asiakkaan jonottamiselle ei lasketa kustannuksia asiakkaan näkökulmasta (Lillrank 2003).

Asiakkaan aktiivinen rooli vaatii työntekijöiltä kykyä tasavertaiseen dialogiin asiakkaiden kanssa (ks. esim. Mönkkönen 2002). Suomen terveydenhuollossa palvelujen käyttäjän ja heitä edustavien erilaisten potilasjärjestöjen osallistuminen palvelujen laadun määrittelyyn ei ole ollut kovin merkittävää (ks. esim. Mäki ym. 2000; Outinen ym. 2001). Toisenlaista toimintatapaa edustaa esimerkiksi Hollanti, jossa asiakkaille ja järjestöille on luotu useita tapoja ja mahdollisuuksia osallistua palvelujen laadun kehittämiseen myös organisaatioiden sisällä (ks. esim. Blaauwbroek 1997).

Terveysthuollon asiakaskeskeiset yhteiset päämäärät voidaan johtaa kansainvälisistä ihmisoikeussopimuksista, potilaslaista sekä ihmisarvon kunnioittamisen, itsemääräämisoikeuden ja autonomian periaatteista. Näitä päämääriä ovat hyvän tekeminen, vahingon välttäminen ja oikeudenmukaisuus. (Pahlman 2003.) Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) keskeisiä oikeuksia ovat potilaan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun, potilaan itsemääräämisoikeus ja tiedonsaantioikeus. Vaikka potilaan tai asiakkaan lakisääteinen asema, esimerkiksi potilaslain ja potilasvahinkolain (585/1986) perusteella, on

---

<sup>108</sup> Osallisuushankkeen tuloksena on syntynyt toimintamalleja, joilla kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia parannetaan. Uusilla toimintatavoilla edistetään kuntien asukkaiden, päättäjien ja viranhaltijoiden välistä vuoropuhelua asuinalueiden suunnittelussa ja palvelujen kehittämisessä. (SM 2000.) Osallisuutta kehitettäessä on mietittävä, missä määrin ollaan kehittämässä käyttäjäasiakkaiden ja missä määrin kansalaisten osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksia. *Palvelujen käyttäjäasiakas* tarkastelee palvelun laatua tavoitteenaan oman asiansa mahdollisimman hyvä hoito. Asiakkaiden kuuleminen ja valinnan mahdollisuuksien lisääminen sekä takuut palvelujen laatutasosta ovat julkisten palvelujen kehittämisen osa-alueita. *Kansalaisen* oletetaan vaikuttavan ja ottavan vastuuta laajempien kokonaisuuksien, niin sanotun yhteisen hyvän kehittämisestä. Osallisuuden kehittäminen voi perustua muun muassa demokratiavajeeseen, kuluttajasuojan parantamiseen ja palvelujen laadun kehittämiseen. (SM 2000, 6–7; vrt. Kujala 2003.)

<sup>109</sup> Hoito- ja palvelusuunnitelma on asiakirja tai asiakirjakokonaisuus, johon kirjataan yhteistyössä asiakkaan kanssa hänen tarvitsemansa palvelut ja hoito sekä tarkistamisen ja arvioinnin ajankohdat (Päivärinta & Haverinen 2002).



Suomessa suhteellisen vahva, potilaan oikeuksien ja potilaiden neuvonnan käytännön toteutuksessa sekä muistutus- ja kantelumahdollisuuksien käytössä ja niistä kertyvän tiedon hyödyntämisessä<sup>110</sup> on puutteita. (ks. Hiidenhovi 2001; Hourula & Laivamaa 1997; Ilveskivi 1998; STM 1998a.) Potilaan oikeuksista huolimatta terveydenhuollon palvelujen käyttäjäasiakkaan valinnan mahdollisuudet ovat vähäiset (ks. esim. Pekurinen, Punkari & Pokka 1997). Asiakkaan valinnan mahdollisuutta voidaan lisätä esimerkiksi palvelusetelin käytöllä. Tällöin kunta antaa palveluita tarvitsevalla palvelusetelin, jolla asiakas voi hakea palvelun valitsemaltaan palveluntuottajalta. Palveluseteli voi olla eräänlainen kunnan maksusitoumus, joka perustuu hoidon tarpeeseen ja on osa hoito- ja palvelusuunnitelmaa (STM 2002d).

Yksittäisen palvelun käyttäjän kohdalla yksi esimerkki asiakaslähtöisyydestä ja siihen liittyen tiedonsaannista on *palvelusitoumusten* käyttäminen, joihin viitataan osallisuushankkeen lisäksi laatusuosituksissa, esimerkiksi Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle (1999) -suosituksessa asiakkaan osallistumista koskevan tavoitteen yhtenä osana ja Julkisten palvelujen laatustrategia -projektissa (Suomen Kuntaliitto 1998c) yhtenä suosituksena.

Palvelusitoumuksen yleisenä ajatuksena on, että asiakas saa tietää jo ennakkoon, millaista palvelua hän voi edellyttää viranomaiselta. Palvelusitoumus ei ole oikeudellisesti sitova. Olakseen uskottava sitoumuksen tulee olla käytännönläheinen ja julkinen. (VM 1997b.) Isossa-Britanniassa on vuodesta 1991 panostettu palvelusitoumuksiin (Citizen's Charter). Keskeinen ajatus on ollut, että kansalaisille annetaan palveluista täydellinen tieto ymmärrettävällä tavalla (SM 2000). Kansallisen tason sitoumukset sisältävät laadun minimitason, jota voidaan paikallisissa sitoumuksissa parantaa. Myös Suomessa on julkisella sektorilla otettu käyttöön palvelusitoumuksia (ks. esim. Haverinen 1997; 1999; Kuuttiniemi & Virtanen 1998; Oulasvirta 1997; VM 1997b). Palvelusitoumuksilla varmistetaan palvelun laatutasoa, ja siten vähennetään vaihtelua palveluprosessissa. Sitoumus sisältää suunnittelun eli määrittelyn siitä, mitä pidetään tärkeänä ja tavoiteltavana. Siten sillä on yhteys laadulle annettuihin merkityksiin. Palvelusitoumus ei kuitenkaan takaa asiakkaan hoidon yksilöllisyyttä.

Palvelusitoumuksella voidaan ohjata asiakkaiden odotuksia palveluista, ja siten vähentää suhteettomista odotuksista johtuvaa tyytymättömyyttä. Øvretveit (1992, 47) korostaa asiakasty-

---

<sup>110</sup> Hourula ja Laivamaa (1997) selvittivät Lapin läänissä vuosina 1994–1996 tehtyjen kanteluiden, muistutusten ja niihin annettujen ratkaisujen sekä muun asiakaspalautteen sisältöä ja vaikutuksia terveydenhuollon palvelujen laadun kehittämiseen. Tulosten perusteella kansalaislähtöistä negatiivista asiakaspalautetta käsitellään liian vähän. Asiakaspalautteen suoranaista yhteyttä organisaatioissa tehtyihin kehittämistoimenpiteisiin ei voitu tutkimuksessa osoittaa.

tymättömyyden välttämisen sijaan asiakastyytyväisyyden lisäämistä ohjaamalla asiakkaiden odotuksia siten, että palvelu täyttää tai ylittää odotukset. Odotusten ohjaaminen liittyy oikean tiedon antamiseen. Oikeaa tietoa voidaan antaa esimerkiksi edellä mainittujen palvelusitoumusten avulla.

Palvelusitoumuksen lisäksi *hoitotakuu* osoittaa vastuuta keskeisten palvelujen toimittamisesta kuntalaisille sekä tiedottamista palvelun saamisen vähimmäisajoista. Hoitotakuu tarkoittaa sitä, että kunta tai kuntayhtymä takaa väestölleen määrättyjen palvelujen saatavuuden kohtuullisen odotusajan sisällä (ks. esim. STM 2003a). Siten se kuvaa vaihtelun vähäisyyden tavoitteleua ja tuotantokeskeistä laatu näkemystä. Tiedon saaminen odotusajasta on myös asiakasläh- töistä toimintaa. Ajatuksena on, että jos takuu aika ylittyy, hoitotakuu raukeaa, ja potilas saa oman kunnan tai kuntayhtymän kustannuksella hakeutua muualle hoitoon. Toisaalta hoitota- kuu kuvastaa ulkoajohtuvaa toimintaa. Asiakas ei voi itse päättää hoitotakuun sisällöstä. (ks. esim. Finnilä 1997; Hakonen 1998.) Hoitotakuussa on kyse myös hoitojen priorisoinnis- ta<sup>111</sup>, sillä hoitotakuu ei välttämättä koske kaikkien sairauksien hoitamista (Turunen & Söder- gård 1997). Hoitoon pääsyä priorisoitaessa luodaan arvojärjestystä eri sairauksien ja alojen välille. Myös hoitotakuuta on kokeiltu Suomessa (Hoitotakuukokeilusta... 1999).

Hoitotakuuseen viitataan myös *Terveydenhuolto 2000-luvulle* -hankkeen toimeenpano- ohjelmassa (STM 1998e, 18) asettamalla hoitoon pääsulle vähimmäisaikoja. Viiveiden, jono- tuksen ja vaikeutuneen hoitoon pääsyn syynä ei läheskään aina ole voimavarojen riittämättö- myys. Hoitoon pääsyä voidaan parantaa soveltamalla prosessien kehittämisessä tuotantotalou- den ja jonoteorian toimintamalleja ja oppeja. (ks. esim. Murray, Bodenheimer, Rittenhouse & Grumbach 2003; STM 2003a.)

Asiakkaan mahdollisuuksiin saada palveluja vaikuttavat asiantuntijan arvioima hoidon tarve ja käytettävissä olevat resurssit. Julkisella sektorilla yksittäisten asiakkaiden tarpeet on suh- teutettava muiden tarpeisiin<sup>112</sup>, ja siten systeemikeskeinen laatu näkemys painottuu hoitoon

<sup>111</sup> Ks. priorisoinnista esim. Kinnunen, Lammintakanen, Ryyänen & Myllykangas (1999); Niemelä, Knuutinen, Hyvärinen, Kainulainen, Myllykangas & Ryyänen (1995); Rintala (1998).

<sup>112</sup> Kokon (1998) mukaan suurella yleisöllä ja tiedotusvälineillä on yleisesti käsitys, että terveydenhuolto toimii "autojen kolarikorjauksen" tapaan. Tällöin terveydenhuolto hoitaa nykyaikaisin menetelmin niitä tarpeita, joita väestölle ilmaantuu ja maksaa korjaamisen kustannukset. Terveysongelmien ja oireiden tutkimus on osoittanut, että terveyspalvelujen tuottajien näkyviin tulee vain osa ihmisillä esiintyvistä ongelmista. Tätä osittaista näky- mättömyyttä kutsutaan "jäävuori-ilmiöksi". Lisäksi lääketieteellisessä tutkimuksessa ja hoidossa (hoitokäytän- nöissä) esiintyy vaikeasti selitettävää vaihtelua.

pääsyssä. Erityisesti terveystalveissa on korostettu ammattihenkilöstön kykyä arvioida palvelun laatua objektiivisesti. Toteutuneen laatutason arvioinnissa arvioijia voivat olla palvelujen käyttäjät, ammattikunta itse tai joku ulkopuolinen taho<sup>113</sup>. Laatu voidaan jakaa osaluokkiin siten, että kutakin piirrettä arvioivat juuri ne, jotka pystyvät arvioimaan kyseistä asiaa parhaiten (Lumijärvi 1994a). Asiakkailta ei yleensä ole riittävästi tietoa, jotta he pystyisivät arvioimaan hoidon teknistä laatua, asiantuntijatyötä. Erilaiset asiakastyytyväisyystutkimukset antavat usein kuvan vain toiminnallisesta laadusta – esimerkiksi siitä, miten asiakasta on kohdeltu. Asiakaslähtöisissä sosiaali- ja terveystalvetutkimuksissa on pääasiassa käytetty palvelu- ja tarveteorioita (Kemppainen 1994). Palveluteoreettisessa lähestymistavassa palvelujen laatu käsitetään asiakkaan odotusten ja kokemusten vastaavuuden asteeksi (Grönroos 1987; ks. myös Kivinen & Hilander-Sihvonen 1997; Kivinen ym. 1998). Tällöin laatuikäilyssä painottuu asiakkaan näkökulma. Terveystalvetuollossa *hoidon* laatua on määritetty sekä asiakkaan ja omaisten että henkilökunnan näkökulmasta (ks. esim. Mustajoki ym. 2001).

#### 4.2.2 Suunnittelukeskeinen laatuikäily: tehdään oikeita asioita

Suunnittelukeskeinen laatuikäily viittaa tuotteeseen ja palveluun, jonka ominaisuudet määrittelevät sen laadun. Laadun suunnittelija on asiantuntija. Palvelun tai hoidon ominaisuuksien lukumäärän tai yhden ominaisuuden määrän lisääminen nostaa kustannuksia.

Tarkasteltaessa vanhainkodin hoitopäivää tuotteena voidaan ajatella, että asiakkaan kanssa keskustelu on yksi tuotteen ominaisuus. Terveystalvetuollossa palveluissa kustannuksia aiheuttavat eniten työntekijöiden palkat. Jos tuotteeseen sisältyvää keskusteluaikaa lisätään, maksaa tuote enemmän, ja täten parempi laatu maksaa aina enemmän kuin huonompi laatu. Myös korkeammin koulutettu henkilöstö maksaa enemmän kuin vähemmän koulutettu, mutta ammattitaitoinen henkilökunta saattaa kuitenkin alentaa kokonaiskustannuksia.

Henkilökunnan koulutus luo edellytyksiä hyvälle hoidolle ja muulle palvelulle. Sairaanhoidajien koulutuksen ja henkilöstömitoituksen vaikutusta hoidon laatuun on tutkittu sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Muurisen (2003) vanhusten laitoshoidon koskeneen tutkimuksen mukaan korkeammin koulutettu hoitohenkilöstö tekee hoitotyötä suunnitelmallisemmin ja saa

---

<sup>113</sup> Sosiaali- ja terveystalvetuollossa palvelujen laatua koskevat tutkimukset ovat lisääntyneet 1980-luvulta lähtien. (esim. Kainulainen & Niemelä 1998; Kivinen & Hilander-Sihvonen 1997; Kivinen, Sinkkonen, Laitinen & Kinnunen 1998; Mäki-Ojala & Poikajärvi 1988; ks. myös Peiponen, Brommels & Kupiainen 1996; Räsänen 1996.)

aikaan parempia tuloksia kuin vähemmän koulutettu henkilöstö. Aikenin ym. (2002; ks. myös Aiken 2001; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, Busse, Clarke, Giovanetti, Hunt, Rafferty & Shamian 2001) tutkimuksessa tarkasteltiin hoitotyön henkilöstön määrän ja koulutuksen sekä potilaiden hoidon tuloksien välisiä yhteyksiä. Tutkimuksen tulosten mukaan sairaanhoitajien määrän ja koulutustason lisääminen vähentää potilaiden kuolleisuutta sekä lisää hoitajien työtyytyväisyyttä. Pienempikin henkilöstömäärä riittää, jos henkilöstö on korkeasti koulutettua.

Ammattihenkilöiltä odotetaan, että he pystyvät suunnittelemaan palvelut asiakkaiden tarpeiden mukaisesti soveltaen erilaisia toimintaohjeita ja hoitosuosituksia. Suunnittelukeskeisen laadun osa-alueita voivat olla tekninen ja toiminnallinen laatu. Tekninen laatu viittaa esimerkiksi näyttöön perustuvaan terveydenhuoltoon, jossa tieteellisen tutkimuksen ja hyvien käytäntöjen avulla pyritään saavuttamaan potilaan tai asiakkaan hoidon mahdollisimman hyvä suorituskyky eli saavuttamaan ne tavoitteet, joiden vuoksi hoitoa annetaan. Hoitamisen rakenteellisilla tekijöillä, kuten hoitoympäristöllä, hoitovälineillä, henkilökunnan koulutuksella ja ammattitaidolla sekä johtamisella, on merkitystä tavoiteltuun lopputulokseen pääsemisessä. Toiminnallinen laatu tukee teknisen laadun vaikuttavuutta. Jos asiakkaan ja ammattihenkilöiden välinen vuorovaikutus ei onnistu, moni lääketieteellinen ja hoitotieteellinen auttamismenetelmä jää ilman toivottua lopputulosta. Asiakas voi vaikuttaa tuotteen suorituskykyyn osallistumalla palvelun suunnitteluun, jolloin asiakkaan näkemykset tulevat paremmin esille, ja yksilöllisen hoidon suunnittelu on mahdollista.

Näyttöön perustuva terveydenhuolto<sup>114</sup> (Evidence-Based Health Care) on parhaan ajantasaisen tiedon tarkkaa arviointia ja punnittua käyttöä yksittäisen potilaan tai väestön hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Menetelmien<sup>115</sup> arviointi luo edellytyksiä näyttöön perustuvalla terveydenhuollolle tuottamalla tietoa menetelmien vaikuttavuudesta, hyödyistä ja haitoista.

---

<sup>114</sup> J. A. Muir Grayn (1998) mukaan 1970-luvun alkupuolella terveydenhuollossa painotettiin tehokkuutta, asioiden tekemistä mahdollisimman edullisesti. Vähitellen asioiden tekeminen paremmin sai aikaisempaa enemmän huomiota. 1980-luvulla korostui tehokkuuden ja parantamisen yhdistyminen, asioiden tekeminen oikein. 1980–1990-luvun vaihteessa painotettiin vaikuttavuutta, oikeiden asioiden tekemistä. 1990-luvun lopulla korostui näiden asioiden yhdistyminen, oikeiden asioiden tekeminen oikein.

<sup>115</sup> Terveydenhuollon menetelmillä tarkoitetaan kaikkia niitä ehkäiseviä, diagnostisia, hoitavia ja kuntouttavia menetelmiä, joita terveydenhuollossa käytetään. Menetelmien arvioinnilla tarkoitetaan kaikkien terveydenhuollon toimintatapojen aiheuttamien lyhyt- ja pitkäaikaisvaikutusten systemaattista ja monitieteistä tutkimusta. (Partanen & Perälä 1997.)

(Partanen & Perälä 1997; Perälä 1999.) Tutkittuun tietoon perustuvat hoitokäytännöt<sup>116</sup> ja palveluketjujen toimivuus<sup>117</sup> vaikuttavat tehokkuuteen ja kustannuksiin ja ovat osa laadunhallintaa. Hoitoa koskevassa päätöksenteossa pyritään ottamaan huomioon tutkimustiedon lisäksi potilaan tilanne ja toivomukset sekä käytännöstä saatu asiantuntemus. Laadun kehittämisen edellytyksenä on tutkiva ja kriittinen asennoituminen työhön. (Perälä 1997.) Toisaalta pelkätään hoidon lääketieteellinen ja hoitotieteellinen näyttö ei riitä, tarvitaan myös toiminnan onnistunutta organisointia (Kimberly & Minvielle 2003).

Näyttöön perustuvaan terveydenhuoltoon liittyy ammatillisuus. Kehittyneen ammatin, profession<sup>118</sup>, ominaisuuksiin kuuluu vastuullisuus jäsentensä tuottamien palvelujen laadusta<sup>119</sup>. Profession on kyettävä ammatilliseen itsesääntelyyn<sup>120</sup>. Ammattien sisäiseen sääntelyyn kuuluvat ammattikuntien eettiset säännöt<sup>121</sup> ja sisäinen valvonta sekä hoitokäytännöistä ja toimintalinjoista sopiminen. Näillä toimilla voidaan ja halutaan vähentää myös ulkoista kontrollia. (Klazinga 1996.) Professionalismiin voi siten liittyä kielteisenä piirteenä pyrkimys asiantuntijamaiseen virheettömyyteen ja kasvojen suojelemiseen (Kinnunen & Vuori 1999). Asiantuntijakeskeisen laadun ominaisuuksiin kuuluu, että ammattilainen itse sanoo, mikä on onnistunut suoritus ja mikä ei. Tiedeperustan luominen ja sen korostaminen ovat ammatin kehityksen kannalta keskeinen asia. (Airaksinen 2002.) Vahvan ammatin tiedeperusteisuuteen liittyvät terveydenhuollossa tieteelliset tutkimukset ja niiden antama näyttö hoitokäytäntöjen vaikuttavuudesta.

---

<sup>116</sup> Duodecimin ja erikoislääkärijärjestöjen Käypä Hoito -hankkeen tavoitteena on laatia valtakunnallisia hoitosuosituksia, joiden avulla voidaan parantaa hoidon laatua ja vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua. Hoitosuosituksia pyritään laatimaan etenkin aiheista, jotka ovat kansanterveydellisesti merkittäviä ja joissa hoitokäytäntöjen vaihtelu on suuri tai tiedon tarve kentällä ilmeinen. Hoitosuosituksissa on keskeistä näytön asteen ilmoittaminen. Kaikki hoitosuositukset käyvät läpi laajan lausuntokierroksen ennen lopullista hyväksymistä. (Duodecim 2003; ks. myös STM 2000, 23.)

<sup>117</sup> *Palveluketjulla* tarkoitetaan asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaa ja organisaatorajat ylittävää palveluprosessien kokonaisuutta, josta väestövastuisella yksiköllä on seurantavastuu. *Hoitoketju* on pelkätään terveydenhuollon palveluja sisältävä palvelukokonaisuus. *Palvelu- ja hoitoketjulla* tarkoitetaan kaikkea toimintaa, palvelua, tutkimuksia, toimenpiteitä, kuntoutusta ja hoivaa, jota potilaan terveysongelma edellyttää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toiminnoissa huolimatta siitä, mikä yksikkö palvelun tuottaa. (STM 1998c.)

<sup>118</sup> (ks. Benner & Tanner 1999; vrt. Peltari 1999).

<sup>119</sup> Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) määrittelee yhdeksi terveydenhuollon ammattihenkilön yleiseksi velvollisuudeksi täydennyskoulutuksen.

<sup>120</sup> Terveydenhuollon ammattien itsesääntelyn juuria löytyy jo 1800-luvun lopulta, jolloin Florence Nightingale kehotti sairaanhoitajia pitämään kirjaa työstään ja tuloksistaan (Vuori H. 1995). Amerikkalainen lääkäri Ernest Codman kehitti oman työnsä lopputuloksen seurantamenetelmän vuonna 1910. Codman kirjasi kaikki hoitotoimenpiteensä ja sen lisäksi potilaan tilan sekä sairaalasta lähtiessä että vuoden kuluttua arvioidakseen oliko hoito ollut vaikuttavaa. (Scrivens 1995, 15.)

<sup>121</sup> Ammatin kollegiaalisuus eli sisäinen elämä sisältää uusien jäsenien hankkimisen, koulutuksen, ammattiin vihkimisen, ammatti-identiteetin luomisen ja työn laadun valvonnan. Heikko ammatti ei kykene valitsemaan kuin satunnaisesti edustajansa. (Airaksinen 2002.)

Klazingan (1996) mukaan hoitosuosituksen<sup>122</sup> laadintaan vaikuttavat lääketieteessä ammatillisuus, vastuullisuus ja johtamisen kehittyminen. Hoitosuosituksen avulla lääketieteen käytännöt tehdään myös ammattiryhmän ulkopuolisille tahoille näkyvämmiksi ja selvemmiksi. Lääketieteellisen hoidon vaikuttavuuteen kohdistuvat epäilykset, medikalisaation sivuvaikutukset, potilaan irrottautuminen passiivisesta roolista sekä kuluttajien odotusten ja lääketieteen mahdollisuuksien väliset jännitykset ovat viime vuosikymmeninä kuitenkin johtaneet tilanteeseen, jossa lääkärin ammatin erityisasemaa ei voida enää pitää itsestään selvänä. (Klazinga 1996; ks. myös Ferlie ym. 1997.) Itsenäisten ammattien asema on vähentänyt johdon vaikutusmahdollisuuksia hoitoprosessin kehittämiseen. Johto voi kuitenkin vaikuttaa hoitoprosessin edellytyksiin. Laatujärjestelmän kehittäminen voi antaa johdolle välineitä toiminnan ohjaukseen korostamalla esimerkiksi toiminnan jatkuvaa kriteereihin perustuvaa arviointia. (Wagner 1999; ks. myös Kimberly & Minvielle 2003.)

Hoitosuosituksen käyttöä on tutkittu kansallisesti ja kansainvälisesti. Elovainio, Sinervo ja Pekkarinen (2001) tutkivat hoitosuosituksen hyödyntämiseen vaikuttavia tekijöitä osana *Laadukas terveyskeskus* -hanketta. Kyselyn tulosten mukaan hoitosuosituksen keskeisiä ongelmia olivat suositusten saatavuus ja käytännöllisyys. Hoitosuosituksiin suhtauduttiin yleisesti terveyskeskuksissa myönteisesti ja suositukset nähtiin hyödyllisinä. Suosituksia käytettiin kuitenkin melko vähän. Hoitosuosituksia koskevat näkemykset vaihtelivat vastaajan ammattiaseman mukaan. Hierarkian yläpäässä hoitosuosituksiin suhtauduttiin myönteisemmin ja niitä käytettiin enemmän kuin alemmilla tasoilla. (Elovainio ym. 2001.) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) tehtiin vuonna 2002 lääkäreille kysely, joka koski Käypä hoito -suositusten (hoitosuosituksen) käyttöä. Vaikka hoitosuosituksien käyttöä arvostettiin, alle puolet vastaajista ilmoitti käyttävänsä hoitosuosituksia säännöllisesti työssään. Useimmissa yksiköissä ei ollut käsitelty hoitosuosituksia klinikan yhteisissä kokouksissa. (Lehtonen 2002.) Grolin ja Grimshawin (2003) mukaan hoitosuosituksen jakaminen ammattilaisille ja niihin liittyvä perinteinen koulutustapa eivät juuri johda muutoksiin toimintakäytännöissä. Sen sijaan esimerkiksi konkreettisten potilastapausten esittely ja pohdinta sekä automaattiset muistutukset esimerkiksi kontrollitutkimusten suorittamiseksi ovat osoittautuneet tehokkaiksi toimintakäytäntöjen muuttajiksi.

Hoitotyöntekijöiden toiminta perustuu valtaosin vielä kokemukseen ja traditioon. Teoreettinen osaaminen ei välttämättä ole työntekijöiden vahvin osa-alue (Paloposki, Eskola, Heikkilä,

---

<sup>122</sup> *Hoitosuositus* on asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatima ja tieteellisesti perusteltu kannanotto tutkimus- ja hoitovaihtoehtojen vaikuttavuuteen (Stakes 1996, 37).

Miettinen, Paavilainen & Tarkka 2003). Verrattaessa hoitotyöntekijöiden ja lääkäreiden ammattiin hakeutumista voidaan todeta, että hoitotyöntekijän persoonalla on perinteisesti ollut suurempi merkitys koulutukseen hakeutumisessa kuin lääkäreillä. Hoitotyöntekijöiden persoonallisuutta on testattu koulutukseen hakeutumisvaiheessa, lääkärikoulutuksen pääsykokeissa on painotettu teoreettista osaamista. Jo opiskeluun hakeutumisvaiheessa on siten korostettu lääkärin ammatin tieteellisyyttä, näyttöön perustumista ja vahvaa asemaa. Hoitotyössä on haettu sopivaa luonnetta, jolla selviää käytännön työssä – teoreettisilla taidoilla on vähäisempi painoarvo.

Hoitotyön menetelmien (mm. yksilövastuinen hoitotyö<sup>123</sup>, palveluohjaus) ja prosessien (hoitotyön prosessi) vaikutuksesta tarvitaan lisää näyttöä (STM 2003b). Perälän (1999, 57) mukaan *hoitotyön menetelmillä* tarkoitetaan menetelmiä, joita hoitotyöntekijät pääasiassa käyttävät ja joiden tarkoituksena on auttaa ihmistä edistämään terveyttään, tulemaan toimeen sairautensa ja sen aiheuttamien rajoitusten kanssa tai auttaa ihmistä kuoleman lähestyessä. Hoidossa korostetaan ihmisen itsemääräämistä, oikeutta saada hoitoaan koskevaa tietoa ja osallistumista päätöksentekoon. *Näyttöön perustuva hoitotyö* voidaan määritellä parhaan ajan tasalla olevan tiedon arvioinniksi ja käytöksi yksittäisen potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä ja hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja itse toiminnan toteutuksessa. Näyttöön perustuvan hoidon näyttö voidaan jakaa kolmeen pääluokkaan: tieteellisesti havaittuun tutkimusnäyttöön, hyväksitty havaittuun toimintanäyttöön sekä kokemukseen perustuvaan näyttöön. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7.)

Hoitotyöntekijät palvelevat jollain erityisellä tavalla hyvän päämäärää (Lindqvist 2002). Hoitotyöhön ja ammatillisuuteen liitetään altruismi<sup>124</sup> eli epäitsekäs toiminta. Työntekijät antavat epäitsekäälle toiminnalle laatuun liittyvän merkityssuhteen. Airaksinen (1993, 126) viittaa altruismin yhteydessä Nicholas Rescheriin (1975), jonka mukaan ihmisessä vaikuttaa luontaisesti yhteistoiminnallinen, hyväntahtoinen ja epäitsekäs tunne, joka mahdollistaa toisen henkilön asemaan asettumisen ja hänen tuntemustensa jakamisen (Airaksinen 1993; ks. myös Kalkas & Sarvimäki 1985, 148–154). Huolenpito eettisenä arvona merkitsee sitä, että moraalisesti hyvänä pidetään ihmisistä välittämistä ja toisista huolehtimista (Parviainen & Sarvimäki

---

<sup>123</sup> Hegyvaryn (1991) mukaan yksilövastuinen hoitotyö on näkemys hoitotyöstä professionaalisenä, potilaskeskeisenä käytäntönä. Sen peruspiirteisiin kuuluvat vastuullisuus, autonomia, koordinointi ja kattavuus. Professionaalinen henkilö on saanut laajan asiantuntijakoulutuksen, ja se pätevoittää hänet palvelemaan asiakastaan ainutlaatuisin, autonomisin palveluin, jotka perustuvat tieteelliseen tutkimukseen ja metodeihin sekä ammattikunnan asettamaan laatutasoon ja etiikkaan. (Hegyvary 1991, 17–19.)

<sup>124</sup> Altruismi tarkoittaa Nykysuomen sanakirjan (1973, 65) mukaan mielentilaa tai tahdonsuuntaa, jolle on ominaista toisten parhaan harrastus, epäitsekkyys, pyyteettömyys, lähimmäisenrakkaus.

1999). Täydellistä uhrautumista kutsumukselle pidetään länsimaisessa kulttuurissamme ihailtavana asiana<sup>125</sup>. Muiden sitoumusten laiminlyönti vaikuttaa ajan mittaan kielteisesti ihmisen kykyyn ja valmiuteen auttaa muita ihmisiä ja näin kutsumuksen liioittelu johtaa kutsumuksen pettämiseen (Häyry & Häyry 2002).

Hoitotyöntekijöiden epäitsekään, lähimmäisenrakkautta osoittavan toiminnan kehittymistä on tutkittu koulutuksen yhteydessä. Paldanius (2002) selvitti tutkimuksessaan lähimmäisenrakkautta ja siihen oppimista hoitoalan opiskelijoiden ja työelämästä erikoistumisopintoihin tulleiden hoitotyöntekijöiden kuvaamana<sup>126</sup>. Koulutukseen tulevilla nuorilla oli idealistista auttamisenhalua, mutta teknispainotteinen opetus tukahdutti sen heti alussa. Opintojen edistyessä auttamisenhalu väheni, mutta nousi sitten taas opintojen edistyessä. Eniten lähimmäisenrakkautta arvostivat täydennyskoulutukseen tulleet hoitajat. Paldaniuksen mukaan eettisillä tekijöillä on hoitotyössä paljon suurempi merkitys kuin alan opetussuunnitelmista voisi päätellä. (Paldanius 2002; Vanas 2002.)

Paldaniuksen (2002) tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia kuin Pihlaisen (2000) sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden arvoja opiskelun alkuvaiheessa, koulutuksen edetessä sekä myöhemmin työelämässä selvittäneen tutkimuksen tulokset. Alkuvaiheessa opiskelijat painottivat ihanteellisia ja epäitsekäitä arvoja. Ihanteellisia arvoja olivat lähimäisyys, auttaminen ja toisesta välittäminen. Työntekijät arvostivat työssään myös ammattitaitoa, yhteistyökykyä ja vastuullisuutta. Hoitajien tärkeinä ominaisuuksina pidettiin rehellisyyttä, avoimuutta, oikeudenmukaisuutta, joustavuutta ja toisten rohkaisemista. Koulutuksen myöhemmässä vaiheessa kyseisten arvojen rinnalle tuli myös velvollisuuksia ja sääntöjä korostava näkemys. Koulutuksen jälkeen työelämässä painoutuivat uudelleen ihanteelliset ja epäitsekäät arvot. Epäitsekäät hoitajat joutuvat kuitenkin toimimaan omien arvojensa mukaisen työn ja työnantajilta tulevien vaatimusten ristipaineessa. (Pihlainen 2000.) Tutkimusten tulokset antavat viitteitä siitä, että terveydenhuoltoalalle hakeudutaan edelleen auttamisenhalusta, mutta koulutuksen aikana työelämän realiteetit ja ammatin vaatima tekninen ammattitaito saavat suuremman merkityksen. Työkokemuksen ja elämäkokemuksen lisääntyessä epäit-

---

<sup>125</sup> Hyvän auttajan mielikuvaan on perinteisesti kuulunut se, että hän tietää, mikä autettavalle on tarpeen ja mikä vahingoksi. Nykyisin kuitenkin paternalismin aika myös auttamistyössä on yhteiskunnan muuttumisen myötä ohi. Auttajan leimautuessa hyväksi hänelle syntyy yleensä myös moralistinen tapa arvioida maailmaa. Asiantuntijuuteen kuuluu tietty puolueettomuus ja emotionaalinen etäisyys. Toisaalta auttaminen ei ole koskaan täysin puolueetonta. (Lindqvist 2002, 145–166.)

<sup>126</sup> Paldanius (2002) löysi tutkimuksessaan lähimmäisenrakkautta painotuksiltaan kolme erilaista hoitajatyyppeä: etiikkasuuntautuneen, ammatilliseen huolenpitoon suuntautuneen sekä työyhteisö- ja yhteiskuntasuuntautuneen hoitajan.



sekkyys saa enemmän tilaa, mutta se vaatii riittäviä henkilöstöresursseja ja toiminnan onnistunutta organisointia.

Terveysthuollon työntekijöiden uupuminen saattaa liittyä edellä mainittuihin ristipaineisiin ja hyvään työmoraliin. Työmoraalia tarvitaan itsenäiseen, mutta samalla kurinalaiseen pyrkimiseen kohti työnantajan tavoitteita eli tulokselliseen toimintaan. (Heiskanen 2002.) Vahvat ammatit pyrkivät kuitenkin itse määrittelemäänsä työsuoritukseen, joka voi olla erilainen kuin työnantajan määrittelemä hyvä työsuoritus. Tietyissä ammateissa asiakkaiden auttaminen on keskeinen työn mielekkyyden lähde, ja auttamismahdollisuuksien väheneminen resurssien niukentuessa voi heikentää työmoraaalia.

Terveysthuoltoalalla työn aiheuttama eettinen kuormitus on viime vuosina lisääntynyt (Virtanen, Vahtera & Kivimäki 2002b; ks. myös Aikapaineet ... 1997). Perinteiset yhteisölliset arvot, kuten lähipiiriin kuuluvien ihmisten hyvinvoinnin edistäminen ja vastuullisuus, on koettu tärkeiksi arvoiksi hoitoalalla. Todellisuudessa käytännön työssä ei aina pystytä erilaisissa kuormitustilanteissa toimimaan arvopäämäärien mukaisesti, ja tämä voi aiheuttaa ristiriitaa ja kyynistymistä (ks. esim. Töyry, Nykänen, Manninen, Räsänen, Kujala & Husman 2002). Länsimaisessa suoritus- ja kilpailuyhteiskunnassa sosiaalisuuden ja empaattisuuden tunne on vähentynyt ja yksilöarvot korostuneet (Jaari 2002). Lindqvistin (2002) mukaan hoidon ydin ei noudata tehokkuuden ja hyödyn vaan välittämisen ja armeliaisuuden logiikkaa. Pyrittäessä asiakkaiden nopeaan ja rutiininomaiseen ymmärtämiseen asiakasta ei kohdata yksilönä.

J. Vuoren (2002a; 2002b; 2003) mukaan työn merkitykselliseksi kokeminen on motivoinut hoitotyöntekijöitä. Suorituspainneissa työskentelevä hoitaja voi esineellistää itsensä koneeksi eikä saa työstään samaa tyydytystä kuin aikaisemmin, koska hän joutuu jatkuvasti toimimaan omien arvojensa vastaisesti. Työn merkitys voi näivettyä suorituksiksi, ja silloin potilaan kuunteleminenkin on tietynlainen tuote ja suoritus. Vaikka suorituksia odotetaan, ei automaattisesti määritellä, miten paljon aikaa voi käyttää potilaan tai asiakkaan kanssa keskusteluun ja muuhun läsnäoloon. Jos hoitaja kuitenkin joutuu työssään jatkuvasti tilanteeseen, jossa hän ei voi mitenkään vastata asiakkaiden odotuksiin läsnäolosta, työ aiheuttaa mahdollisesti turhautumista ja työn merkitykselliseksi kokeminen vähenee. Asiakkaan kanssa käydyt keskustelut ja asiakkaan tukemiseksi annettu aika ovat todennäköisesti myös hoitajalle tärkeitä ja työlle merkitystä antavia. Jos jatkuvat säästötavoitteet korostuvat ja moraaliset periaatteet jäävät taka-alalle, työntekijät voivat hakeutua pois hoitotehtävistä. Työn merkitykselliseksi kokeminen ei julkisella sektorilla liity pelkästään hoitotyöntekijöiden työhön. Morganin ja Murgatroydin

(1994) mukaan myös johtajat saavat sisäistä tyydytystä siitä, että heidän yksikkönsä ovat saavuttaneet tietyt palvelun eettiset päämäärät. Tällä on yhteyttä siihen, että laatu liitetään hyvän tekemiseen (Wright 2001). Hyvän tekeminen voi esimerkiksi johtamisessa liittyä sekä palvelutuotannon tuloksiin (asiakkaiden terveydentilan koheneminen) että henkilöstöön (henkilöstön oikeudenmukainen palkkaus).

Terveydenhuollossa laadun suunnitteluun liittyy keskeisesti eri ammattiryhmien toimiminen erilaisissa työryhmissä ja tiimeissä. Terveydenhuollossa ovat perinteisesti korostuneet yksittäiset ammatit. Tulevaisuuden haasteet vaativat kuitenkin moniammatillisen työotteen osaaamista. Eri ammattiryhmien töiden koordinoitua suunnitellaan hoitoketjujen, toimintaohjeiden ja muiden vastaavien sopimusten luomisen yhteydessä. Erilaiset yhteistyömuodot voivat kehittyä eri ammattiryhmien välille hitaasti, koska esimerkiksi lääkäreiden ja sairaanhoitajien työtavat ovat perinteisesti olleet erilaisia. Sairaanhoitajat tekevät enemmän työtä työryhmissä, lääkärit puolestaan enemmän yksin (ks. esim. Kinnunen 1990; Niskanen 1997, 147).

#### **4.2.3 Tuotantokeskeinen laatu näkemys: tehdään asiat oikein**

Teollisuudessa historiallisesti vanhin näkökulma laatuun on ollut virheettömyys. Virheettömyys ja toistokertojen välisen vaihtelun minimointi muodostui laadunvalvonnan keskeiseksi asiaksi. Palvelutuotannossa virheiden tunnistaminen on hankalampaa kuin teollisuudessa. Palveluprosessissa ”kerralla oikein” eroaa virheettömyydestä<sup>127</sup> siten, että kerralla oikein tekeminen vaatii kykyä sopeuttaa prosessi joustavasti muuttuviin tarpeisiin (Tuominen & Lillrank 2000).

Terveydenhuollon toiminnassa esiintyvä vaihtelu voi tarkoittaa esimerkiksi hoitovirhettä, potilasvahinkoa<sup>128</sup>. Tällöin on toimittu vastoin hyvää tai oikeaa hoitokäytäntöä, joka on määritelty alan oppikirjoissa, hoitosuosituksissa tai muissa vastaavissa lähteissä. Poikkeaminen sovitusta voi johtua osaamattomuudesta tai siitä, että yritettiin toimia oikein, mutta jostain syystä siihen ei pystytty. Hoitovirheenä voidaan myös pitää hoidon viivästymistä potilaasta riippumattomasta syystä, jos siitä aiheutuu potilaalle haittaa, joka olisi voitu välttää. Terveydenhuollossa on paljon toimintaa, jolle ei voi määritellä yksiselitteistä oikeaa käytäntöä. Tällöin

<sup>127</sup> Hoidossa tapahtunut virhe voidaan käsittää monella tavalla. Ollila (2002a, 45) erottaa toisistaan erehdyksen ja virheen. Virhe on institutionalisoitu erehdys, ja se tarkoittaa pelin sääntöjen rikkomista.

<sup>128</sup> Hoitovirheen, lain mukaan *potilasvahingon* sattuessa potilaalla on mahdollisuus mm. hakea korvausta henkilövahinkoon potilasvahinkolain (585/1986) perusteella Potilasvakuutuskeskuksesta. Potilas voi lisäksi saada korvausta henkilö- ja omaisuusvahinkoon vahingonkorvauslain (412/1974) perusteella.

on vaikeaa arvioida, tapahtuiko virhettä tai aiheutuiko hoidosta tarpeetonta haittaa<sup>129</sup>. (Liukko 2001.) Hoitovirheiden tunnistaminen ei ole aina yksinkertaista siitäkään syystä, että potilaista itsestä johtuvat tekijät voivat vaikuttaa hoidon lopputulokseen ja aiheuttaa hoitovasteessa vaihtelua. Koska hoitovirhe sattuu yleensä samanaikaisesti vain yhdelle potilaalle, virheitä tarkastellaan usein vain yksittäisinä erillisinä tapahtumina, ja niihin ei kiinnitetä samanlaista huomiota kuin useita ihmisiä koskettaneisiin virheisiin. Hoitovirheitä myös aliraportoidaan luotettavuus- ja tietosuojasyistä, ja siten hoitovirheet jäävät osin tilastoimatta (Doing What Counts for Patient Safety 2000, 77).

Potilasvahinkojen ja niistä tehtyjen ilmoitusten järjestelmällinen käsittely ja hyödyntäminen eivät ole olleet terveydenhuollossa kovin yleisiä toimintatapoja (Mäki ym. 2000), ja tästä syystä valtakunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2000–2003 (STM 1999) ja Terveydenhuolto 2000-luvulle -hankkeen toimenpideohjelmassa (STM 1998e) esitettiin tavoitteita palautetiedon hyödyntämiselle. Yksityisellä sektorilla palautetiedon hyödyntäminen voi olla koko toiminnan elinehto – tyytymättömät asiakkaat voivat aiheuttaa korvaamatonta haittaa liiketoiminnalle. Tästä syystä yksityisissä terveyspalveluissa asiakaspalautetta hyödynnetään järjestelmällisemmin kuin julkisissa terveyspalveluissa (ks. esim. Mäki 2000; ks. myös Black ym. 2001; Tuorila 2000). Voidaan myös ajatella, että yksityisellä sektorilla laadun merkityksenantoihin liittyy selkeämmin asiakastyytyväisyys kuin julkisella sektorilla.

Kuten aikaisemmin todettiin hoitovirheiden synnyn taustalla voi olla monenlaisia tekijöitä: henkilökunnan ammattitaidottomuutta, väsymistä kuormitustilanteissa ja inhimillisiä erehdyksiä sekä potilaasta johtuvia syitä. Myös lääkkeet, hoitovälineet ja muut vastaavat tekijät voivat aiheuttaa ongelmia, samoin nykylääketieteelle tuntemattomat syyt. Yksittäisten työntekijöiden vastuun ja syyllisyyden korostaminen virhetilanteissa ei kannusta organisaatiotason virheiden etsintään ja poistamiseen (Pylkkänen 2003). Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ylikuormituksen arvellaan olevan syynä noin neljännekseen alalla tapahtuneista tapaturmista (Virtanen ym. 2002b). Clarken, Sloanen ja Aikenin (2002; vrt. Sinervo & Elovainio 1998; Vaarama ym. 1999) tutkimusten mukaan liian vähäinen henkilöstömäärä ja huono työilmapiiri olivat yleisempiä niissä sairaalaorganisaatioissa, joissa tapahtui paljon pistostapaturmia ja lä-

---

<sup>129</sup> Ollessaan tyytymätön saamaansa hoitoon tai kohteluun asiakas/potilas voi tehdä mm. muistutuksen hoitopaikan toiminnasta vastaavalle johtajalle tai kantelun valvontaviranomaiselle (sosiaali- ja terveysministeriö sekä lääninhallitukset) (Potilasvakuutuskeskus 2001).

heltä piti -tilanteita kuin niissä organisaatioissa, joissa oli riittävä mitoitus ja hyvä työilmapiiri.

Palvelussa tapahtuneet virheet näkyvät muun muassa asiakkaiden tyytymättömyytenä ja väärinkäsityksinä. Useimmiten virheettömyyden sijaan joudutaan tyytymään siihen, että inhimilliset tekijät aiheuttavat vaihtelua. Inhimillisiä tekijöitä ovat esimerkiksi tarkkaavaisuuden herpaantuminen ja ihmisten erilaiset merkityksenannot asioille väärinkäsitysten aiheuttajina. Palvelutuotannossa asiakkaan kohtaamisen aikana tapahtuvia virheitä ei voi etukäteen tarkastamalla poistaa. Tästä syystä painopiste on palvelun suunnittelussa. Yleisesti hoitohenkilökunnan työmoraalia pidetään korkeana ja siten voidaan olettaa, että virheitä pyritään kaikin keinoin välttämään. Koska virheitä on pyritty välttämään, virheen sattua siihen pyritään hoitoyhteisössä suhtautumaan ymmärtävästi, koska virheitä voi sattua itsellekin.

Teollisuuden työntekijöiden laatukäsityksiä kartoittaneessa kyselytutkimuksessa todettiin, että työntekijöille virheettömyys oli tärkein laatuominaisuus, seuraavaksi tärkeimpiä olivat asiakkaan odotusten mukainen palvelu tai tuote ja oma ammattitaito (Tuominen & Lillrank 2000). Teollisuuden työntekijän arvostamaa virheettömyyttä on helppo ymmärtää hänen työnsä näkökulmasta. Samasta syystä on helppoa ymmärtää esimerkiksi hoitotoimenpidettä tekevän hoitajan pyrkimystä virheettömyyteen. Vanhainkodissa virheettömyys voi tarkoittaa virheettömyyttä lääkkeiden jaossa. Virheiden merkitys vaihtelee eri näkökulmista ja tilanteista tarkasteltuna. Pienikin virhe leikkaustoimenpiteessä voi olla asiakkaan kannalta kohtalokas, kun taas asiakkaan tönkeä kohtelu hoidon yhteydessä yhtenä työpäivänä ei ole välttämättä kokonaisuuden kannalta ratkaisevaa.

Palvelutuotannossa esiintyy myös suunniteltua vaihtelua, joka johtuu toiminnan mukauttamisesta asiakkaan tarpeisiin. Potilaan hoitotapahtuma on hyvin yksilöllinen, mutta yksittäisten potilaiden hoidon tarkastelu osoittaa kuitenkin tietyn peruskaavan olemassaolon. (ks. esim. Nojonen 1999.) Prosesseja ei pitäisi siten rakentaa erikseen kullekin potilaalle, vaan tarkistaa perusmallin soveltuvuus ja suunnitella erikseen vain yksilölliset poikkeamat. Sovittujen käytäntöjen, esimerkiksi hoitosuosituksen ja toimintaohjeiden, noudattamisessa ja soveltamisessa tulee olla mahdollisuus poiketa sovitusta, jos se on tarpeellista.

Virheettömyyteen ja toiminnan samankaltaistamiseen pyrkiminen voi olla yksilöllisyyden ja erilaisuuden poistamista sekä yhteistoimintaa ja solidaarisuutta samalla tavalla ajattelevien kanssa. Yksilön sitoutuminen yhteisiin arvoihin ja samalla tavoin ajattelemiseen on monissa

käytännön tilanteissa järkevää. Ryhmäajattelu voi kuitenkin estää kriittistä ajattelua hoitoyhteisössä. Hoitoyhteisöissä on usein hierarkkinen rakenne, jossa kriittinen ajattelu ei ole helppoa. Avoin ilmapiiri ja ristiriitojen käsittely luo mahdollisuuksia kriittisen ajattelun kehittymiselle. Sairaanhoidon uranuurtaja, Florence Nightingale (1964) painotti älykästä tottelevaisuutta sairaanhoitajan toiminnassa, jolloin hoitajan pitää pystyä toimimaan tilanteen mukaisesti<sup>130</sup>. Sosiaalistuminen organisaation toimintamalleihin voi kuitenkin tapahtua huomauttamatta. Tottelevainen ja kiltti sairaanhoitaja ei kyseenalaista tai muuta toimintaa, vaan noudattaa ohjeita ja määräyksiä kuuliaisesti perusteita kyselemättä. Stereotyyppinen hoitaja on kutsumuksellinen, tottelevainen, teknisesti taitava ja luotettava. Hoitotyöntekijän sopii osoittaa kriittisyyttä silloin, kun hän arvioi omaa itseään ja toimintaansa suhteessa sääntöihin. Asiantuntemus ei takaa kriittisyyttä, vaan asiantuntemus ja kriittisyys ovat osittain eri asioita. Esimerkiksi näyttöön perustuvaan hoitotyöhön liittyy osittain alan konsensus. (Nurmela 2002.)

Hoitohenkilöstön kriittistä ajattelua voivat heikentää ammatin epäitsenäisyyteen liittyvät myytit, joita vahvistavat ammattikoulutuksessa painotettavat asiat. Räisänen (2002) tutki opistoasteelta ja ammattikorkeakoulusta valmistuvien hoitotyöntekijöiden hoitotyön toimintojen hallintaa sekä opetuksen ja opiskelun painotuksia. Hänen mukaansa opetuksessa painotettiin eniten vastuuta, kokonaisuusien hallintaa ja eettisyyttä reflektiivisyyden, kriittisyyden ja kyseenalaistamisen sekä näyttöön perustuvan toiminnan jäädessä taka-alalle (Räisänen 2002; ks. myös Juvonen 2001; vrt. Paloposki ym. 2003). Myös Sarajärven (2002) tutkimus osoittaa kriittisen ajattelun kehittämisen vähäistä merkitystä ammattikoulutuksessa. Sarajärven mukaan sairaanhoidon opiskelijoiden näkemys hoitotyöstä muuttui koulutuksen edetessä kapealaisemmaksi ja normatiivisemmaksi sekä kohdistui potilaan fyysisiin perustarpeisiin vastaimiseen. Opiskelijoiden kriittisyys ja kyseenalaistaminen väheni ja koulutuksen loppuvaiheessa opiskelijat toimivat pääosin osaston toimintamallien mukaisesti. Voidaan olettaa, että muutos johtuu opiskelijan sosiaalistumisesta työyhteisöönsä. Jos työyhteisössä ei suosita kriittistä ajattelua, opiskelijatkaan eivät sitä opi, vaikka kriittistä ajattelua käsiteltäisiin koulutuksessa.

Terveystieteiden organisaatiokulttuuri tukee tuotantokeskeistä laatu- ja siten yhdenmukaista toimintaa. Kekäle (1998) tutki organisaatiokulttuurin vaikutusta laatujohtamisen

---

<sup>130</sup> ”Kuitenkin kuulemme usein sanottavan, että sairaanhoitajan tarvitsee olla vain altis ja tottelevainen. Tämä määrittely sopisi yhtä hyvin ovenvartijaan. Se soveltuisi hevoseenkin. Se ei kelpaisi poliisille... Mutta älköön vain yksikään nainen luulko, ettei kuuliaisuus lääkäriä kohtaan ole ehdottomasti tarpeen. Asian laita on vain niin, etteivät lääkärit enempää kuin hoitajatkaan pane tarpeeksi suurta painoa älykkääseen tottelemiseen, siihen toisiaan, että totteleminen sinänsä hyödyttää sangen vähän.” (Nightingale 1964, 149.)

juurruttamiseen neljässä organisaatiossa tavoitteenaan löytää organisaatiokulttuuriin sopiva laatujohtamisen lähestymistapa<sup>131</sup>. Tutkimuskohteena oli kaksi teollisuusyritystä, konsulttiyri-  
tys ja hoito-organisaatio. Laadultaan hyvä hoitotyö perustui erilaisiin hoito- ja työohjeisiin se-  
kä käsikirjoihin ja niiden noudattamiseen. Laadun kehittäminen liitettiin tiimityöhön<sup>132</sup> ja työ-  
tapojen sopeuttamiseen asiakkaiden tarpeisiin. Hoito-organisaation vastaajien käsitykset  
muistuttivat tietyiltä osin tutkimuksen kohteena olleen traditionaalisen teollisuusyrityksen  
henkilökunnan käsityksiä. Tutkimus vahvisti käsitystä siitä, että terveydenhuollon organisaat-  
tioissa on vahva ohjeiden noudattamisen, sovitusti tekemisen kulttuuri. (Kekäle 1998.)

#### 4.2.4 Yhteiskunta- ja systeemikeskeinen laatu näkemys: yhteinen hyvä

Yhteiskuntakeskeisessä laatuajattelussa laatua tarkastellaan laajemmin kuin yksittäisen asiak-  
kaan näkökulmasta. Käsitys hyvästä ja tavoiteltavasta vaihtelee kulttuureittain ja ajankohdit-  
tain. Terveystieteissä hyvä ymmärretään usein negaation kautta siten, että hyvää on kär-  
simyksen minimointi. Hyvinvointiyhteiskunta-ajattelun mukaan tavoitteena on löytää oikeu-  
denmukaiset keinot tasata yhteistä hyvää. (Ryynänen & Myllykangas 2000.) Tämä laatu käsi-  
tys korostuu julkisella sektorilla, jossa yksittäisen asiakkaan tarpeet on suhteutettava muiden  
asiakkaiden tarpeisiin. Täten julkisissa terveystieteissä etiikan ja talouden suhde on koros-  
tunut. Talousarvio ja käytettävissä olevat resurssit luovat puitteet, mutta toimintaperiaatteiden  
tulisi nousta etiikasta ja pohdituista arvoista. (Parviainen & Sarvimäki 1999.) Terveystieteissä  
vaikeiden päätösten tekeminen vaatii päättäjiltä ja virkamiehiltä arvo- ja eettistä osaa-  
mista sekä priorisointikykyä (Metsämuuronen 1998).

Grayn (1998) mukaan potilaita koskevien hoitopäätösten tulisi perustua terveydenhuollossa  
arvoihin, resursseihin ja tieteelliseen näyttöön hoitomuotojen vaikuttavuudesta. Käytettävien  
voimavarojen vähetessä hoidolta odotetaan yhä enemmän tieteelliseen näyttöön perustumista,  
vaikka tehottomiin hoitoihin tulisikin suhtautua kriittisesti taloudellisesta tilanteesta riippu-  
matta. Arvokeskustelu antaa tukea myös siihen, mitä kulloinkin pidetään sairauksina, joiden  
hoitamiseen tulee käyttää verovaroja. Arvokeskusteluun liittyy myös päätöksenteon avoimuus  
ja perustelujen selkeys.

---

<sup>131</sup> Ks. myös Silénin (1995) tutkimus kahden yrityksen kulttuurinmuutosprosessista ja TQM-järjestelmän sovel-  
tamisesta.

<sup>132</sup> Ks. myös Niskanen (1997, 147).

Laadunhallinnan kehittämisen perustana ovat olleet sekä professiot ja niiden tuottamat hyvät hoitokäytännöt lääke- ja hoitotieteessä että yksityiseltä sektorilta, lähinnä teollisuudesta<sup>133</sup>, tulleet laatujohtamisen käytännöt kriteeristöineen. Terveystieteiden laatujohtamiseen on varsin vähän liittynyt keskustelua arvoista ja etiikasta sekä julkisen sektorin johtamiseen liittyvistä erityispiirteistä. Arvot heijastavat yhteisön merkityksenantoja. Terveystieteiden organisaation arvona voi olla oikeudenmukaisuus<sup>134</sup>. Se voi olla yksi systeemilaadun kriteeri. Oikeudenmukaisuus voidaan esimerkiksi määritellä siten, että on oikeudenmukaisesti hoitaa niitä sairauksia, joiden hoitoon on olemassa vaikuttava hoitomuoto. Tällöin oikeudenmukaisuus liittyy priorisointiin – priorisoidaan sairauksien hoito niihin sairauksiin, joihin on olemassa vaikuttava hoito.

Terveystieteiden voimavaroja ei tulisi jakaa kaikille kansalaisille tasan yhtä paljon, koska ihmisten tarpeet ja niiden tyydyttämisen edellytykset ovat erilaiset (ks. esim. Stakes 1994a; Tohmo & Pahlman 2003). Yhdenvertaisuuden vuoksi kuntalaisten tulisi kuitenkin saada terveystieteiden perusturvaan kuuluvia palveluja yhtenäisten perusteiden mukaan (STM 2002e). Øvretveitin (1992; ks. myös 1994; 1997; 1998; 2002) mukaan terveystieteen palvelujen laatu on palveluja eniten tarvitsevien ihmisten tarpeiden tyydyttämistä mahdollisimman vähäisin organisaatiolle koituvien kustannuksien. Laadukas terveystieteen palvelujärjestelmä antaa potilaille ja väestölle, mitä he haluavat ja tarvitsevat alhaisimmilla kustannuksilla (Øvretveit 1992). Laatuun on tässä määritelmässä sisällytetty myös palvelujen tuottamisen kustannukset ja tehokkuusperiaate. Näin laajasti määriteltynä laadulla on sama merkitys kuin tuloksellisuudella (Kivinen ym. 1998, 14; ks. myös Salminen 1998, 132–133).

Priorisoinnilla pyritään ensisijaisesti arvioimaan ja tunnistamaan vaikuttavuudeltaan tai kustannusvaikuttavuudeltaan heikkoja menetelmiä, yksiköitä ja toimijoita, löytämään keinoja heikkojen menetelmien parantamiseksi sekä karsimaan vaikuttavuudeltaan tai kustannusvaikuttavuudeltaan heikkoja menetelmiä. Potilaiden hoitojen priorisoinnissa vaikuttaviin hoito-

---

<sup>133</sup> Terveystieteiden ns. teollisen laadunhallinnan voidaan katsoa alkaneen 1950-luvulla. Tosin sairaaloiden standardisointiohjelma käynnistyi Yhdysvalloissa paikallisen kirurgiyhdistyksen toimesta jo vuonna 1917. Kirurgiyhdistys ja lääkäriyhdistys loivat amerikkalaisen sairaaloiden akkreditointijärjestön nimeltä Joint Commission on Accreditation of Hospitals, vuodesta 1988 lähtien the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO). (ks. esim. Vuori H. 1995, 34.)

<sup>134</sup> Oikeudenmukaisuus on normatiivinen, arvosidonnainen ja tasa-arvo positiivinen, kuvaileva ja usein eri ja-kaumien (tilastollisia) ominaisuuksia koskeva käsite. Jos terveys on keskimäärin sama ja samalla tavalla jakautunut eri väestöryhmissä, voidaan sanoa, että terveyden jakautumisessa vallitsee tasa-arvo. Sen sijaan jakaumaa tarkastelemalla ei voida sanoa mitään oikeudenmukaisuuden toteutumisesta, koska tarkastelussa tulee yhdistää käsitykset eri ja-kaumien oikeudenmukaisuudesta. Oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo ovat käsitteellisesti samansisältöisiä vain silloin, kun oikeudenmukaisuus on määritelty tasa-arvokriteerein. (Sintonen, Pekurinen & Linnako 1997, 73.)

hin kansalaiset odottavat, että vaikuttavia hoitoja on myös saatavissa. Priorisoinnilla voidaan tarkoittaa myös strategiatason valintoja, joita ovat esimerkiksi yksityistäminen, maksujen lisääminen, palvelujen kattavuuden supistaminen ja palvelujen saatavuuden heikentäminen. (Pahlman 2003; Ryyänen, Myllykangas, Kinnunen, Isomäki & Takala 1999a; Ryyänen, Myllykangas, Kinnunen & Turunen 1999b; ks. myös. myös Kinnunen ym. 1999; Niemelä ym. 1995; Rintala 1998; Øvretveit 1992.)

Priorisointia voidaan tarkastella etiikan kahden erilaisen suuntauksen avulla. Näitä ovat *velvollisuusetiikka* ja *utilitaristinen etiikka*. Velvollisuusetiikan mukaan ihmisellä on tiettyjä velvollisuuksia, jotka ovat voimassa aina seuraamuksista riippumatta. Tällainen periaate voi esimerkiksi olla potilaan hoitaminen kaikissa oloissa. Terveysthuollon etiikka on suurimmalta osaltaan velvollisuusetiikkaa. Kun velvollisuutta ei pystytä täyttämään esimerkiksi resurssien riittämättömyyden vuoksi, velvollisuusetiikka joutuu ristiriitaan käytännön tilanteen kanssa. Utilitaristinen etiikka korostaa suurimman kokonaisuhyödyn periaatetta. Terveysthuollossa tämä voisi tarkoittaa mahdollisimman monen ihmisen tekemistä mahdollisimman terveeksi. (Ryyänen & Myllykangas 2000.)

Perinteisesti julkisen terveysthuollon toimintakulttuuri rakentuu kantilaiseen velvollisuusetiikkaan nojaavasta arvo- ja tietoperustasta, joka korostaa yksilön hyvää. Nykyisin terveysthuolto ymmärretään yhä selkeämmin osana yhteiskunnallista toimintaa. Yhteiskunnan osin kovatkin arvot alkavat näkyä myös terveysthuollossa ja aiheuttavat ristiriitaa yksilön hyvää ja yhteistä hyvää korostavien arvojen välille. Arvot ohjaavat käsitystä hyvästä hoitamisesta, ja ne ovat yhteydessä myös terveysthuollon kehittämiseen. Perinteisesti hoitotyöntekijöiden päätöksenteko painottuu yksilötason hoitoon yhteisöllisen ja yhteiskunnallisen tason jäädessä vähemmälle huomiolle. Sairaanhoidajien eettiset ohjeet edellyttävät kuitenkin sairaanhoidajilta myös yhteiskunnallista vaikuttamista. (Lammintakanen, Kylmä, Kinnunen, Myllykangas & Ryyänen 2002; ks. myös Ryyänen & Myllykangas 2000.)

Tarkasteltaessa velvollisuusetiikkaa ja utilitaristista etiikkaa priorisoinnin näkökulmasta ei ole yksinkertaista päättää, kumpi etiikka toimii paremmin. Velvollisuusetiikkaa voidaan tulkita ahtaasti siten, että potilaita ei voi asettaa minkäänlaiseen tärkeysjärjestykseen. Utilitaristisen etiikan mukaan yksittäisen asiakkaan kallis hoito ei ole järkevää, jos samat resurssit voidaan käyttää tehokkaammin muiden sairauksien hoitoon. Velvollisuusetiikan noudattamisesta seuraa, että palvelujen kysyntää ei voida hallita mitenkään, ja työntekijät uupuvat työssään kovan paineen alaisena. Utilitaristinen etiikka voi aiheuttaa hoitotyöntekijöille priorisoinnin vuoksi



eettistä kuormitusta, koska asiakkaita halutaan auttaa ja auttaminen lisää työn merkitykselliseksi kokemista<sup>135</sup>.

Näyttöön perustuvalla hoidolle voidaan antaa merkitys, joka viittaa siihen, että näyttö hoidon vaikuttavuudesta on osoitus laadukkaasta hoidosta. Tällöin priorisointi näytön perusteella on yksi hoidon laadun kriteeri. Ryynänen ym. (1999b) esittelevät julkisissa terveystalveissa mahdollisia priorisointikriteereitä laajentaen niitä myös hoidon vaikuttavuuden ulkopuolelle. Näitä kriteereitä ovat hoidon vaikuttavuuden lisäksi sairauden aiheuttama uhka elämälle tai elämän laadulle, potilaan ikä, potilaan syyllisyys omaan sairauteensa, hoitontulojärjestys ja potilaan hyödyllisyys yhteiskunnalle. Koska julkisen sektorin palveluissa on mietittävä yhteistä hyvää ja siten yhteisten rajallisten voimavarojen käyttöä, on tärkeää miettiä, mitkä asiat ovat tärkeitä ja millä perusteella. Yksittäisen asiakkaan kohdalla pelkästään asiakkaan omien tarpeiden näkökulmasta myös tehon hoito voidaan kokea merkitykselliseksi ja osoitukseksi laadukkaasta hoidosta. Yhteiskunta- ja systeemikeskeinen näkökulma painottaa usean asiakkaan näkökulmaa, jolloin joudutaan tekemään priorisointeja ja kompromisseja, koska kaikkien asiakkaiden tarpeita ei voida tyydyttää.

Näyttöön perustuva hoitotyö on vielä aluillaan vertailtaessa sitä näyttöön perustuvaan lääketieteeseen. Siten hoitotyö ei pysty esittämään riittävästi näyttöä hoitotyön menetelmien vaikuttavuudesta. Kun sairauteen ei ole lääketieteellisesti riittävän vaikuttavaa hoitoa ja hoitoa priorisoidaan vaikuttavuuden mukaan, jää potilas helposti yksin sairautensa kanssa. Hoitotyön menetelmin asiakasta kuitenkin pystytään tukemaan tällaisissa tilanteissa. Jos hoitotyön toiminnan vaikuttavuudesta ei ole riittävästi näyttöä, voi esimerkiksi tämäntyyppinen hoitotyö jäädä sivuun jaettaessa resursseja priorisoinnin perusteella.

#### **4.2.5 Johtamisen ja työyhteisön laatu hyvän palvelun edellytyksenä**

Julkisten terveystalvelujen johtamiseen liittyvää problematiikkaa on käsitelty erityisesti laadun johtamisen näkökulmasta yksityiskohtaisesti luvuissa 3.2 ja 4.1. Tässä luvussa tarkastellaan yleisemmällä tasolla ihmisten johtamiseen ja työyhteisöön liittyviä haasteita.

---

<sup>135</sup> Sosiaali- ja terveystalalan työntekijöiden käsityksiä koskeneen tutkimuksen mukaan työntekijät suhtautuivat kriittisesti kunnallispoliittiseen päätöksentekoon ja arvokeskusteluun. Poliittisten päätöksentekijöiden tulisi rajata päätöksensä arvoihin ja painotuksiin liittyviin kysymyksiin ja jättää operatiivisten ongelmien ratkaisut virkamiehille – nyt periaatteiden ja käytännön välinen ristiriita jätetään terveydenhuoltohenkilöstön ratkaistavaksi. Tehdessään virheellisen priorisointipäätöksen yksittäinen terveydenhuollon työntekijä saattaa joutua vastuuseen siitä oikeusistuimen edessä. Terveydenhuoltoon liittyvä priorisointitehtävä ja siitä johtuva eettinen kuormitus ovat viime aikoina kasvaneet. (Wickström, Laine, Pentti, Lindström & Elovainio 2002; vrt. Möttönen 1997.)

Suomen julkisen terveydenhuollon johtamiseen on kohdistettu kritiikkiä sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Terveydenhuollon organisaatiot ovat asiantuntijaorganisaatioita, joille on tyypillistä vähätellä johtamisen merkitystä (Temmes 1992). Johtamista<sup>136</sup> ei nähdä päätyönä ja osin tästäkin syystä johtamiskoulutusta ei painoteta johtajavalinnoissa. 1990-luvun alussa tehdyn terveystieteellisen arvioinnin perusteella Suomen terveyskeskuksia johdettiin tehottomasti (WHO 1991). Johtotehtävissä toimivilla ei ollut valmiuksia tehtävien hoitamiseen, koska johtajiksi päädyttiin osin sattumalta, johtamiskoulutusta ei vaadittu, ja johtajilla oli vähän hallinnon kokemusta. 1990-luvun lopulla Suomessa tehdyn terveydenhuollon toimivuutta koskeeneen arvioinnin selvitysraportissa todetaan, että terveydenhuollon johtajien valintaa ja heidän osaamistaan tulee kehittää (STM 1998d).

Johtajien taustan monipuolistamista on pidetty terveystieteellisissä tärkeänä. Perinteisesti lääkärin esimiehenä on toiminut lääkäri ja hoitohenkilökunnan esimiehenä ylihoitaja. Vaikka hoitotyön johtajilta, ylihoitajilta ja osastonhoitajilta, on perinteisesti vaadittu johtamiskoulutusta, hoitotyön johtamista on kritisoitu siitä syystä, että se toimii usein erillään muusta johtamisesta (Simoila 1999a; 1999b). Kinnusen ja Vuoren (1999) mukaan pitäytyminen yhden profession johtamismalleissa on organisaation kokonaishallinnan kannalta suuri riski tulevaisuudessa<sup>137</sup>. Terveydenhuollon johtajilta tulisi vaatia laaja-alaisempaa kuin yhden ammattiryhmän näkemystä. Myös työntekijöiltä odotetaan entistä enemmän kykyä moniammatilliseen työotteeseen.

Terveydenhuollon toimintaympäristö on jatkuvasti muuttuva. Pysyvässä toimintaympäristössä mekaaninen, liukuhihnamainen johtaminen toimii hyvin. Muuttuvissa olosuhteissa johtamisen organisaatio syntyy siitä, että organisaatio ei voi säilyttää vallitsevaa toimintakäytäntöä, koska se joutuu sopeutumaan jatkuvasti toimintaympäristössä tapahtuviin muutoksiin (Burns & Stalker 1961). Vaikeissa olosuhteissa, niukkenevien resurssien ja rekrytointiongelmien lisääntyessä korostetaan toiminnan tehokkuutta. Tehokasta toimintaa pidetään usein humanismin vastakohtana, vaikka näin ei automaattisesti olekaan. Johtamisen humanistisuus tarkoittaa

---

<sup>136</sup> Arvioitaessa johtamisen laatua johtamista voidaan tarkastella muun muassa johtajan ominaisuuksien, johtamistyylin ja johtamistilanteen kautta (Salminen 1998).

<sup>137</sup> Kinnunen ja Vuori (1999) kuvaavat hoitotyön johtamiseen vaikuttavia kehitystrendejä yhteiskunnassa. Näitä ovat muun muassa potilaan roolin muuttuminen passiivisesta aktiiviseksi asiakkaaksi, toiminnan muuttuminen osastokeskeisyydestä kohti saumattomia palveluketjuja, siirtyminen yksilön erityisosaamisen painottamisesta tiimiosaamiseen, panosorientaatiosta kohti hoidon vaikutusten ja vaikuttavuuden arviointia ja hoivaavien käsien perinnetiedosta tieteelliseen järkeen. Terveydenhuollossa on ollut sallittua ja hyväksyttyä heikko johtamisosaaaminen, työyhteisön jaksamisongelmat ja konfliktit. Tehokkuusvaatimusten lisääntyessä tällaiset ongelmat on ratkaistava ja priorisoinnin tarve tiedostettava. Jämäkkyys on perinteisesti korvattu helposti uusilla johtamis- ja organisaatiomalleilla. Tästä syystä mitkään uudistukset eivät näytä muuttaneen organisaatioiden kulttuuria.

asiakkaiden ja työntekijöiden tarpeiden sovittamista yhteen organisaation toiminta-ajatuksen kanssa. Terveysthuollossa työntekijöillä on motiivi pitää yllä tehokkuutta, koska apua tarvitsevia ihmisiä on aina enemmän kuin mihin resurssit riittävät. Tietojärjestelmien<sup>138</sup> kehittämisen kautta terveydenhuoltoon voidaan luoda uusia toiminnanohjausjärjestelmiä ja rakentaa huippuosaajan, ammattilaisen toimintaa tukevia laadunvarmistusjärjestelmiä (ks. esim. Kinnunen & Vuori 1999).

Terveysthuollon johtamisongelmat kärjistyvät tilanteessa, jossa resurssit ovat riittämättömät ja henkilöstö on kuormittunutta ja uupunutta (Sinervo & Elovainio 2002a; 2002b). Työikäisten terveyteen liittyviin haasteisiin viitataan myös *Terveys 2015* -kansanterveysohjelmassa (STM 2001d), jossa kiinnitetään huomiota suomalaisten poikkeuksellisen suureen ennen aikaiselle eläkkeelle siirtymiseen. Tähän liittyvät työssä uupuminen, mielenterveysongelmat sekä ikääntyvän työvoiman alhainen koulutustaso. Tutkimusten mukaan työn henkinen rasittavuus on sosiaali- ja terveystalalla lisääntynyt (Virtanen ym. 2002b).

Työympäristöjä, työelämän sosiaalisia suhteita ja työn psykofyysisiä vaatimuksia tulisi kehittää terveyttä edistäviksi. Aikenin (2002) tutkimuksen mukaan sairaalassa toimivien sairaanhoitajien työtyytyväisyyteen vaikuttivat johdon tuki hoitotyölle, sairaanhoitajien oman urakehityksen tukeminen ja riittävä henkilöstömäärä. Lisäksi näillä tekijöillä oli yhteyttä potilaskuolleisuuteen, komplikaatioiden määrään, alhaisempiin kustannuksiin ja vähäisempään henkilöstön sairastavuuteen. Työnantajan epärealistiset odotukset aiheuttavat työuupumusta, vaikuttavat työilmapiiriin ja lisäävät tyytymättömyyttä työhön. (Aiken ym. 2001; ks. myös Suonsivu 2003.)

Työelämän laatukriteerien mukaan työtyytyväisyyttä ja tuottavuutta lisäävät tekijät, jotka liittyvät fyysiseen työympäristöön, palkkaus- ja palkitsemisjärjestelmiin, henkilöstön oikeuksiin ja velvollisuuksiin, työn sisällöllisiin ominaisuuksiin ja sosiaalisiin suhteisiin (Kivimäki, Länssalmi, Kerko, Kalliomäki-Levanto & Lindström 1998; ks. myös Kivimäki, Vahtera, Elovainio & Virtanen 2002a; 2002b; Vahtera, Kivimäki, Ala-Mursula & Pentti 2002). Virka- ja työehtosopimuksissa on myös terveydenhuollossa painotettu aikaisempaa enemmän työn vaativuuden ja palkan välistä yhteyttä. Palkkauksen kannustavia elementtejä on lisätty, muun muassa henkilökohtaiset lisät ja tulospalkkiot on otettu käyttöön. (ks. Kunnallinen työmarkkinalaitos 2003.) Mitä kovempaa ponnistelua työ edellyttää, sitä suurempaa palkkiota työnteki-

---

<sup>138</sup> Ks. esimerkkinä tästä Makropilotti (Nissilä 2002).

jät odottavat. Kova ponnistelu yhdistyneenä vähäiseen työn palkitsevuuteen lisää sairastumistodennäköisyyttä. (Kivimäki ym. 2002b.)

Laatujohtamisen perinteeseen liittyvät työntekijöiden välinen yhteistyö työtulosten parantamiseksi sekä ryhmien palkitseminen yksittäisten henkilöiden tulospalkkioiden sijaan (Deming 2000). Tulostavoitteiden saavuttamista tukeva palkkausjärjestelmä edellyttää selkeitä mittareita. Tulosten mitattavuuden korostaminen viittaa siihen, että ei-mitattavissa olevat tulokset eivät ole laadukkaita. Toisaalta mittaamisvaikeuksien korostaminen voi olla osoitus myös muutoksen vastustamisesta.

Markkinaohjautuvuuteen liittyvät piirteet, kuten tulostulomittarit, voivat vähentää hoitoyhteisöjen inhimillisyyttä. Markkinaohjautuvuus voi johtaa julkisessa terveydenhuollossa oman edun tavoitteluun. Terveydenhuollon organisaatioissa arvostetaan yhteishenkeä ja siedetään vaikeita olosuhteita, muun muassa hankalia potilaita, byrokratiaa, käskykulttuuria. Avoimia konflikteja pyritään välttämään. Tulostulomittarit eivät ymmärrä luovia taukoja, asiakkaan halua keskustella henkilökunnan kanssa ja henkilökunnan keskinäistä, toisia tukevaa vuorovaikutusta. (Niskanen 1997.)

Työntekijöiden halu tehdä työssään laatua syntyy asiakastyytyväisyydestä, organisaation menestymisestä sekä esimiehen ja työtovereiden kannustuksesta. Johdon ja esimiesten järjestelmällinen ja avoin viestintä työyhteisön tapahtumista lisää luottamusta ja pitää yllä hyvää työilmapiiriä sekä kertoo henkilöstön arvostuksesta. (Tuominen & Lillrank 2000.) Työviihtyvyyttä voidaan lisätä tavoitteellisella ja kannustavalla johtamisella, työn organisoinnilla henkilöstöä motivoivaksi sekä turvallisella ilmapiirillä (Vaarama ym. 2001; ks. myös Juuti 1989). Keskustelevalle ilmapiirille mahdollistaa yksimielisyyden työn tavoitteista ja hyväksytyistä toimintatavoista sekä tukee uusien työtapojen käyttöönottoa ja niiden arviointia<sup>139</sup> (Sinervo & Elovainio 2002a; 2002b). Edellä mainituilla tekijöillä on vaikutusta henkilöstön sairauspoissaoloihin, työssä viihtymiseen, työntekijöiden vaihtuvuuteen ja työhön sitoutumiseen (Vaarama ym. 2001).

Hyvään, laadukkaaseen työyhteisöön ja johtamiseen liitetään useissa tutkimuksissa *oikeudenmukaisuus*. Vaikutusmahdollisuudet työhön lisäävät oikeudenmukaisuuden kokemusta ja vä-

---

<sup>139</sup> West (1990) erottaa seuraavat neljä tekijää, joilla on merkitystä työpaikan sosiaalisten suhteiden, ryhmän tuottavuuden, innovatiivisuuden ja tyytyväisyyden kannalta: visio, turvallinen ilmapiiri osallistua, tehtäväsuuntautuneisuus ja innovatiivisuuden tukeminen (Kivimäki ym. 1998; ks. myös Andersson & West 1998).

hentävät stressiä. Työntekijät käyttävät työpaikan sosiaalisten suhteiden laatua merkkinä oikeudenmukaisesta kohtelusta, mikä puolestaan vaikuttaa työntekijöiden kokemaan stressiin. (Elovainio ym. 2001.) Sosiaali- ja terveystieteiden työntekijöille tehdyn kyselytutkimuksen tulosten mukaan johtamiseen tyytyväiset työntekijät pitivät lähes poikkeuksetta päätöksentekoa oikeudenmukaisena. Oikeudenmukaiseksi koetun johtamisen on havaittu voivan lisätä työntekijöiden sitoutumista työpaikkaan, parantavan yhteistoiminnan edellytyksiä sekä vähentävän ristiriitoja eri henkilöstöryhmien välillä. Oikeudenmukainen kohtelu kertoo työntekijälle hänen asemastaan ja arvostuksestaan ryhmässä. (Kivimäki ym. 2002a; Sinervo & Elovainio 2002a.) Oikeudenmukaisessa organisaatiossa työntekijällä on mahdollisuuksia vaikuttaa työhönsä ja siten ehkäistä ennalta stressiä ja vähentää työn kuormittavuutta<sup>140 141</sup>.

Valtakunnallisen vanhustenhuollon laitoshoidon koskeneen selvityksen mukaan henkilöstö oli erityisesti julkisissa laitoksissa erittäin kuormittunutta. Laitoshoidossa esiintyi hoidotta jättämistä, kuten märissä vaipoissa pitämistä ja avunpyyntöihin vastaamattomuutta. Työn organisoinnilla ja johtamisella voidaan parantaa hoidon laatua, mutta organisointi ei auta, jos henkilöstöä on vähän ja asiakkaat ovat huonokuntoisia. Vanhustenhuollon huono mitoitus uuvuttaa ja osaltaan vahvistaa käsitystä vanhusten hoidon alhaisesta arvostuksesta. (Vaarama ym. 2001; ks. myös Wickström ym. 2002.) Ikääntyneiden asiakkaiden osallistuminen hoidon suunnitteluun ja muuhun toimintaan edellyttää hoitohenkilökunnan kiireetöntä läsnäoloa ja riittävää tiedonsaantia (Voutilainen, Backman & Paasivaara 2002a).

Nuikan (2002) sairaanhoitajien kuormittuneisuutta hoitotilanteissa selvittäneen tutkimuksen mukaan kuormittumiseen liittyi usein kiire. Suonsivun (2003) tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijöiden masennukseen liittyivät työelämän hallitsemattomat ja osin perustelemattomat muutokset, perustyöstä etäännyntynyt johtaminen ja työkultuuriset tekijät. Leimallista työkul-

---

<sup>140</sup> Lääkärien työolot ja kuormittuneisuus -tutkimuksen tulosten mukaan lääkäreiden työuupumukseen liittyivät mm. riittämättömäksi koetut työvalmiudet, pelko valituksen, kanteen tai syytteen kohteeksi joutumisesta, huonot vaikutusmahdollisuudet omaan työhön ja liian vähäiset konsultaatiomahdollisuudet. Noin kaksi kolmasosaa kyselyyn vastanneista nuorista mieslääkäreistä oli kyynistyneitä. Kyynisyyttä kuvattiin työtä kohtaan tunnetun kiinnostuksen ja innostuksen vähentymisenä, uskon menetyksenä työn merkityksellisyyteen ja hyötyyn sekä kylmäksi muuttunutta suhtautumista työn kohteena oleviin ihmisiin. (Töyry ym. 2002.)

<sup>141</sup> Karasekin (Karasek & Theorell 1990) mukaan muuttamalla työn asettamia vaatimuksia tai mahdollisuuksia vaikuttaa työhön voidaan vähentää työn kuormittavuutta ja parantaa työntekijöiden suorituksia. Aktiivisessa työssä työntekijöille on asetettu korkeita vaatimuksia ja heillä on mahdollisuus vaikuttaa työhönsä. Passiivisessa työssä työntekijöille ei aseteta vaatimuksia eikä heillä ole mahdollisuuksia vaikuttaa työhönsä. Paljon kuormittavassa työssä työntekijöille asetetaan korkeita vaatimuksia, mutta heillä ei ole vaikutusmahdollisuuksia. Vähän kuormittavassa työssä työntekijöille asetetaan vain vähäisiä vaatimuksia eikä heillä ole runsaasti vaikutusmahdollisuuksia. Henkinen kuormitus lisääntyy työn asettamien vaatimusten lisääntyessä ja vaikutusmahdollisuuksien vähetessä. Suoritukset paranevat, kun tilanteen asettamat vaatimukset ovat oikeassa suhteessa vaikutusmahdollisuuksiin. (Aikapaineet ... 1997.)

tuureille oli ”mikään ei riitä” työntekoa kuvaavana ilmentymänä. Toisaalta kiireellä voidaan peittää monia asioita, muun muassa haluttomuutta muuttaa toimintatapoja.

Ihmissuhdetyössä olennainen piirre on, että siinä edellytetään reaktiivisuutta työn kohteen tarpeisiin, ja siten työn tekemisessä ei voi pitäytyä tiukasti ennakkosuunnitelmissa. Sairaaloissa lääketieteen ja uusien hoitomenetelmien kehittyminen on muuttanut potilasainesta. Työn muuttuessa tarvitaan uutta osaamista, joka lisää myös kiirettä. Henkilökunnan puute välittyy työntekijöiden työhön esimerkiksi työnjaollisten ongelmien kautta: töitä on vaikea delegoida, ne kasautuvat ja sama työntekijä joutuu jakautumaan hyvin moniin eri tehtäviin. (Järnefelt 2002; Järnefelt & Lehto 2002.)

Poliittisten päättäjien haluttomuus ja kyvyttömyys tehdä priorisointipäätöksiä aiheuttaa työntekijätasolla kuormitusta. Ammattihenkilöille asetetaan korkeita vaatimuksia, mutta heillä ei ole riittävästi mahdollisuuksia vaikuttaa työtilanteisiin, esimerkiksi työmääriin. Heidän on passiivisesti sopeuduttava jatkuvasti vaihtuviin ja mahdollisesti ristiriitaisiin vaatimuksiin poliittisten päättäjien antamien resurssien mukaisesti. Kun priorisointia ei tehdä ja resurssit ovat rajalliset, oletetaan että vähäisilläkin resursseilla tehdään samat työt kuin ennen tai että työntekijät pakotetaan tekemään jonkinlaista priorisointia. Henkilöstöllä on näennäisiä vaikutusmahdollisuuksia päivittäisessä työssä tehtävän välttämättömän priorisoinnin vuoksi, mutta heillä ei ole todellisia vaikutusmahdollisuuksia poliittisen priorisoinnin käynnistämiseen muuten kuin yhteiskunnallisen osallistumisen kautta.

#### **4.2.6 Yhteenveto terveydenhuollon laadun näkökulmakohtaisesta tarkastelusta**

Terveydenhuollossa edellä kuvatut laatu näkökulmat – asiakas-, suunnittelu-, tuotanto- ja systeemikeskeinen – ovat kukin omalla tavallaan tärkeitä hoito-organisaatioissa tuotettavien palveluiden kannalta. Laatuun vaikuttavat näkökulmissa esitettyjen tekijöiden lisäksi hoito-organisaation johtaminen ja työyhteisö. Laatu näkökulmien ja niiden sisältämien laatu käsitusten välillä on useita yhteyksiä. Yhteydet ovat sekä ristiriitoja aiheuttavia että toisiaan tukevia. Ristiriitoja syntyy esimerkiksi siitä, että eri näkökulmat asettavat toisilleen rajoituksia. Systemikeskeinen laatu näkemys asettaa rajoituksia asiakas keskeiselle laatu näkemykselle. Toisaalta suunnittelukeskeinen laatu luo edellytyksiä tuotantokeskeisen laadun toteutumiseksi. Eri näkökulmat painottuvat eri tavoin eri tilanteissa ja korostavat siten laadun kontekstisidonnaisuutta.

*Asiakaskeskeinen laatu* korostaa yksilön hyvää. Yksilön hyvän määrittelyyn osallistuvat asiakas ja asiantuntijat. Tarkasteltaessa hoidon laatua yksittäisen asiakkaan tasolta, mikrota- tasolta, tavoitteena voidaan pitää tyytyväistä asiakasta. Yksittäisen asiakkaan tarpeiden tyydyttämisessä joudutaan kuitenkin ottamaan huomioon muiden asiakkaiden tarpeet, ja siten asiakaskeskeisyydelle asettaa rajat sekä systeemi- että suunnittelukeskeinen laatu. Systeemi- keskeisyyteen liittyvät tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus, suunnittelukeskeiseen näyttöön pe- rustuva hoito. Julkisen terveydenhuollon voimavaroja pyritään yhä enemmän suuntaamaan vaikuttaviin hoitoihin. Asiakkaan asiantuntemus terveystalvelujen teknisestä, ammatillisesta sisällöstä on yleensä vähäinen. Tästä syystä asiakas ei välttämättä tiedä, mikä olisi kulloinkin paras vaihtoehto hänen tarpeisiinsa. Edellä mainittu pätee myös muihin asiantuntijapalvelui- hin, myös yksityisellä sektorilla. Julkisella sektorilla asiakas ei voi toimia samalla tavoin kuin markkinoilla toimiva maksava ja valitseva asiakas. Hän joutuu alistumaan poliitikkojen ja asi- antuntijoiden määrittelemiin rajoihin palvelujen tarjonnassa ja valinnassa. Itse maksavalle asi- akkaalle rajat asettavat omat taloudelliset resurssit, mutta julkisella sektorilla rajat asettavat käytettävissä olevat verovarot ja hoitojen osoitettu vaikuttavuus. Yksityisellä sektorilla asia- kas voi ostaa niin sanottuja tarpeettomiakin hoitoja.

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista korostetaan hyvän hoidon lisäksi hyvää kohtelua, tie- donsaantioikeutta ja itsemääräämisoikeutta. Näitä voidaan pitää toiminnalliseen laatuun kuu- luvina, ja niitä asiakas pystyy itse arvioimaan. Itsemääräämisoikeus liittyy asiakkaan mahdol- lisuuteen osallistua hoitonsa suunnitteluun ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Asiakkaan valinnan mahdollisuudet voivat liittyä hoidon lisäksi myös hoitopaikkaan.

*Suunnittelukeskeinen laatu* korostaa palvelun suorituskykyä keskeisenä tuoteomina- suutena. Hoitopalvelussa on keskeistä kyky lieventää oireita, parantaa sairaus, kuntouttaa tai auttaa asiakasta sopeutumaan tilanteeseen. Näyttöön perustuva hoito pyrkii osaltaan siihen, että käytetään sellaisia hoitomuotoja, jotka on osoitettu vaikuttaviksi.

Suunnittelukeskeinen laatu painottaa asiantuntijan näkökulmaa, koska asiantuntijalla on tietoa, jonka perusteella hoitoa suunnitellaan. Hoidon suunnittelulla on yhteyksiä myös asiakaskeskeiseen laatuun siten, että hoidon onnistumisen kannalta on keskeistä, että asiakas sitoutuu omaan hoitoonsa. Tällöin asiakkaalle tulee antaa riittävästi tietoa sairauden hoitami- seksi, ja hänellä tulee olla mahdollisuus osallistua omaan hoitoon myös siitä syystä, että asi- akkaan yksilölliset tarpeet tulee otettua huomioon hoitosuunnitelmassa. Täten asiakaskeskei- nen ja suunnittelukeskeinen laatu nivoutuvat kiinteästi toisiinsa ja ovat toisistaan riippuvaisia.

Pelkästään asiakaskeskeinen hoidon tarkastelu ei johda välttämättä parhaaseen lopputulokseen, jos se perustuu pelkästään asiakkaan mielipiteiden perusteella toimimiseen.

*Tuotantokeskeinen laatu näkemys* korostaa suunnitelmien virheetöntä toteuttamista, aiotun toiminnan ja lopputuloksen välistä suhdetta. Terveystieteiden osalla on osa-alueita, joissa ohjeiden, suunnitelmien ja laatu kriteerien täsmällinen noudattaminen on potilasturvallisuuden kannalta ja muistakin syistä keskeistä. Sovitut hyvän hoidon käytännöt on tarkoitettu noudatettavaksi, mutta toisaalta erilaisissa ohjeissa ei pystytä aukottomasti ottamaan huomioon yksittäisen potilaan tilanteesta johtuvia seikkoja. Ammattihenkilön tulisi pystyä toimimaan joustavasti tilanteen vaatimalla tavalla. Asiantuntijalta odotetaan myös kykyä kriittiseen ajatteluun sovitut käytännöt noudatettaessa. Kaikissa tilanteissa ei ole välttämättä järkevää noudattaa ohjeita sellaisenaan.

*Yhteiskunta- ja systeemikeskeinen laatu näkemys* korostaa kokonaisuuden tarkastelua. Yksittäisen asiakkaan tarpeet on suhteutettava muiden asiakkaiden tarpeisiin, ja siten on kyse yhteisestä hyvästä yksilön hyvän sijaan tai rinnalla. Täten terveydenhuollon palveluja on tarkasteltava kokonaisuutena, jossa osat vaikuttavat toisiinsa. Kun tarkastellaan yksittäisen sairauden hoitoa makrotasolla, joudutaan miettimään, onko meillä resursseja hoitaa kyseistä sairautta, jos hoito tulee kalliiksi ja se ei paranna, mutta lievittää oireita. Tällöin joudutaan priorisoimaan palveluja. Priorisointi ei sinällään liity resurssien rajallisuuteen, koska mitään ei vaikuttavaa ei kannattaisi yhteiskunnan varoilla tehdä. Toisaalta käytännössä vasta niukkojen resurssien tilanteissa mietitään tarkemmin, miten on järkevää toimia.

Mikrotasolla systeemikeskeisyys näkyy esimerkiksi sairaalassa sairaanhoitajan toiminnassa hänen jakaessaan työaikaansa asiakkaiden kesken. Yksittäinen vaativa asiakas vie aikaa muilta asiakkailta. Tavoitteena on kuitenkin jonkinlainen tasapaino siten, että potilaiden kesken aika jakautuisi oikeudenmukaisesti. Tällöin kaikki eivät saa yhtä paljon huomiota, jos siihen ei ole tarvetta. Aika on rajallista ja sitä joudutaan priorisoimaan asiakkaiden välillä. Systeemikeskeinen laatu näkyy makrotasolla terveydenhuollossa muun muassa keskusteluna palvelujen saatavuudesta. Keskeisinä arvoina palvelujen järjestämisessä pidetään oikeudenmukaisuutta ja tasa-arvoa. Palvelujen tarjontaan ei saisi vaikuttaa asiakkaan asuinkunta, vaan palvelujen saatavuus tulisi olla keskimäärin samanlaista maan eri osissa.

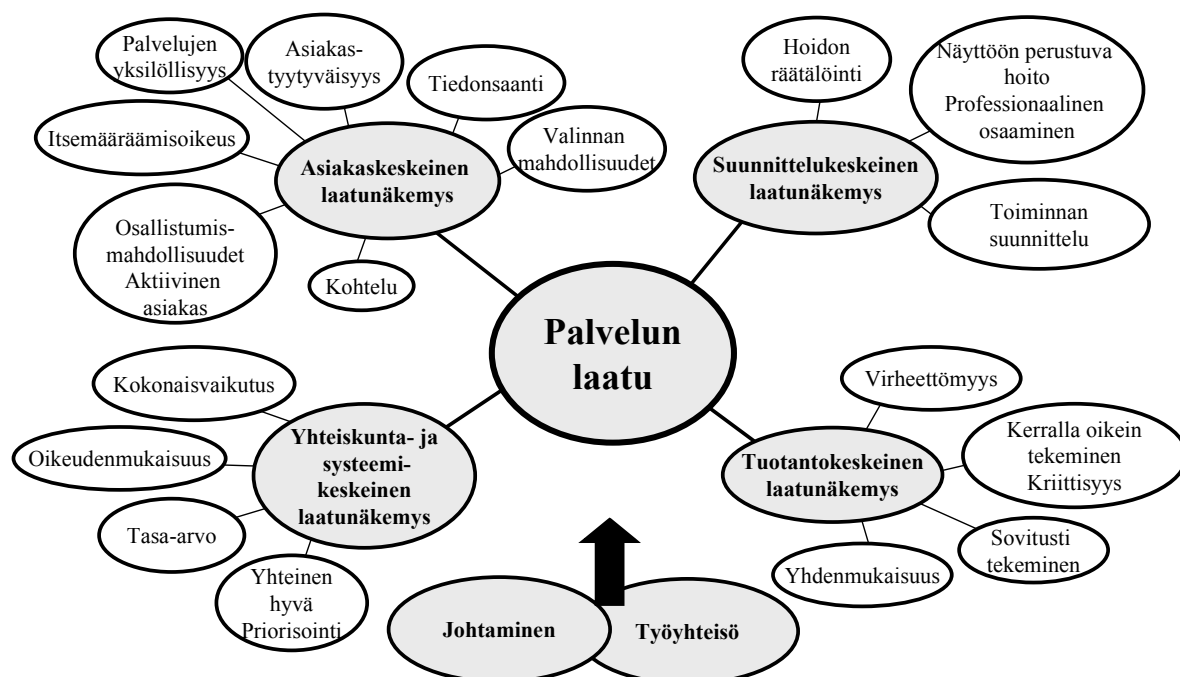
Tutkimuksen tulosten esittelyn yhteydessä systeemikeskeinen ja yhteiskuntakeskeinen laatu näkemys tarkoittavat samaa asiaa. Useimmissa yhteyksissä käytetään ilmaisua systeemikes-



keinen laatu sen lyhyden vuoksi. Yhteiskuntakeskeinen laatu saattaa kuitenkin ilmaisuna viitata selkeämmin yhteiseen hyvään kuin systeemikeskeinen laatu.

Hyvä laatu edellyttää terveydenhuollossa potilaan osallistumista, asiantuntijoiden yhdessä asiakkaan kanssa tekemää hoidon suunnittelua, suunnitelmien joustavaa noudattamista sekä oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon periaatteiden kunnioittamista resurssien jakamisessa. Näiden lisäksi hyvä hoito ja laadukas organisaatio edellyttävät toimivaa *työyhteisöä* ja osaavaa *johtamista*. Liian vähäinen henkilöstömäärä, työn epätasainen jakautuminen ja työntekijöiden epäoikeudenmukainen kohtelu heijastuvat potilaan hoitoon. Hoitoyhteisössä laatua tehdään yhdessä, ja siten jokaisen työntekijän panos on merkityksellinen kokonaisuuden kannalta. Jos työyhteisössä on ongelmia, sillä saattaa olla vaikutusta esimerkiksi tiedonkulkuun työntekijöiden välillä, työnjakoon, tuen saamiseen ongelmatilanteissa ja ristiriitojen käsittelyyn.

Kuviossa 12 kuvataan laatu näkökulmiin esiyymmärryksen perusteella liittyviä merkityksenantoja. Useat merkityksenannot liittyvät suoraan teollisuuslähtöisiin laatu käsitteisiin (esim. virheettömyys, yhdenmukaisuus). Toisaalta merkityksenannoissa näkyy myös kontekstisidonnaisuus eli tässä yhteydessä terveydenhuollon näkökulma (esim. itsemääräämisoikeus, tiedonsaanti). Kuviossa ei esitetä eri laatu näkökulmien välisiä yhteyksiä. Työyhteisö ja johtaminen luovat edellytyksiä palvelun laadulle. Tästä syystä ne ovat erillään näkökulmista ja niiden yhteys laatu näkökulmiin on kuvattu nuolella.



Kuvio 12. Terveydenhuollon laadun määrittely eri näkökulmien sisältämien näkemysten avulla

## 5 Merkitysverkostojen analyysi ja tulkinta

### 5.1 Kertomusaineiston alustava analyysi

Sekä ensimmäisen että toisen osatutkimuksen hoitotyöntekijöiden kertomukset olivat keskenään hyvin samankaltaisia ja osoittivat mielestäni sen, että hoitotyöntekijöillä on yhteinen ymmärrys siitä, mikä on laatua. Luettuani molemmat aineistot peräkkäin aineistojen saturaatio vaikutti selvältä. Hoitotyöntekijöiden kertomukset olivat yleisiä kuvauksia siitä, mitä on hyvä tai huono laatu tietyssä kontekstissa. Useamman lukukerran jälkeen kahden kertomusaineiston välillä oli kuitenkin nähtävissä eroja. Toisessa aineistossa työntekijät käsittelivät laatua myös työyhteisön ja johtamisen näkökulmasta.

Laatujohtamiseen liittyvien käsitteiden, esimerkiksi laadunhallinnan, laatujärjestelmän tai prosessien kuvaamisen käyttö oli vastaajille yleensä vierasta. Laadukkaan hoitopaikan kuvauksissa laatua kuvattiin myös negaation kautta eli kerrottiin, mikä ei ole hyvää laatua: *asiallinen, tasapuolinen, -vertainen johto, ei ylhäältä johdettu*. Vastaavasti huonon laadun kuvauksissa esitettiin, mitä ei pystytä tekemään ja mikä samalla onnistuessaan olisi hyvän laadun kuvaus: *ei ehdi pysähtymään jokaisen potilaan luo pitkäksi aikaa*.

Kehyskertomuksen variointi vaikutti joiltain osin kertomusten sisältöön. Ensinnäkin kirjoittamista ohjaavan kehyskertomusversion myönteisyydellä (laadultaan hyvä hoitopaikka) ja kielteisyydellä (laadultaan huono hoitopaikka) oli luonnollisesti vaikutusta kertomuksen sisältöön. Toiseksi kehyskertomuksessa mainitulla laitostyypillä (terveyskeskussairaala tai vanhainkoti) oli vaikutusta kertomuksissa laadulle annettuihin merkityksiin. Tämä saattoi johtua vastaajan taustaorganisaatiosta eikä niinkään kehyskertomuksesta. Todennäköisesti vastaajan elämisaailma vaikuttaa myös tilanteissa, joissa sairaalassa työskentelevä hoitotyöntekijä kirjoittaa tarinan vanhainkodista. Tässä tutkimuksessa sellaista vaihtoehtoa ei ollut, vaan kirjoittajien tausta ja kehyskertomuksen toimintaympäristö oli samankaltaistettu. Neutraaleihin kehyskertomusversioihin kirjoitettiin samantyyppisiä kertomuksia kuin positiivisiin kehyskertomusversioihin, ja siten vaikutti siltä, että kirjoittajat eivät antaneet hyvälle laadulle eri merkitystä kuin laadulle. Tämä kuvastanee varsin yleistä laatu käsitteen käyttötapaa.

Aloitin kertomusaineiston teemoittelun aineistolähtöisesti etsimättä minkään teoreettisen viitekehityksen avulla aineistosta ennakolta valittuja teemoja. Käsittelin kahta eri ajankohtana kerättyä eläytymismenetelmäaineistoa yhtenä kokonaisuutena. Aineisto sisälsi yhteensä 129 kertomusta. Useiden lukukertojen jälkeen tunnistin aineistosta erillisiä teemoja yli 100 kappa-

letta. Uudelleen lukemisen jälkeen teemoja jäi 94. Tämän jälkeen liitin jokaiseen kertomukseen kyseistä kertomusta kuvaavien teemojen koodit tarinan ensimmäiselle riville seuraavalla tavalla:

ILM TERV RIKÄ TIKU YHT PESÄ AV ARVI TUK PTY TT JYL KERU A ISI

*Työyhteisöön tullessaan, vieraampikin aistii sieltä huokuvan luontevan lämpimyyden mm. siitä, että häntä tervehditään kohteliaasti ja huomioidaan olisikohan tulijalla mahdollisesti jotain kysyttävää. Yleisimmin sanoen henkilökunnan vuorovaikutustaidot: hyväksyvä, turvallinen ilmapiiri, avoimuus ristiriitojen käsittelyssä. Tiedonkulku tehokasta ja sujuvaa joka suuntaan. Työyhteisössä tulee olla selkeät yhteiset päämäärät. Arvojen ohjaamat ”pelisäännöt”, joista ylintä johtoa myöten säännöllisin väliajoin ja tarpeen vaatiessa useamminkin keskusteltaisiin yhdessä, pienempimuotoisiakaan keskusteluja unohtamatta. Työyhteisö, jossa kokee tulevansa hyväksytyksi, saavansa arvostusta ja kunnioitusta ihmisenä ja työntekijänä, auttaa jaksamaan paremmin. Kannustava ja rakentava palaute kuuluvat myös hyvän työpaikan ominaisuuksiin. Työkalut kunnossa, tärkein työkalu itsekukin. Asiallinen, tasapuolinen, -vertainen johto, ei ”ylhäältä” johdettu... Asiallinen työympäristö. (1, 92.)*

Teemat kuvasivat työntekijöiden kertomusten sisältämiä laadun merkityssuhteita. Teemojen koodit olivat pääosin lyhenteitä teemasta, mutta yhdistelyjen jälkeen osa koodeista ei enää viittanut teeman sisältöön. Teemoittelun jälkeen sijoitin kertomukset numeroittain taulukkoon, jossa teemat olivat riveillä ja sarakkeissa kehyskertomusversiot. Tavoitteenani oli löytää yleisimmät teemat ja niiden yhteys kehyskertomuksiin. Koska teemoja oli liikaa kokonaisuuden hallitsemiseksi, yhdistelin selkeästi sisällöltään toisiinsa liittyviä teemoja, ja tämä vaihe vähensi teemat 37:ään (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999). Teemojen lisäksi tyypittelin kertomukset omakohtaisiin, passiivisiin esitettyihin ja tarinamaisiin kuvauksiin sekä luotelmiin. Koodien suuri määrä vaikeutti koodaamista ja lisäsi virhemahdollisuuksia. Kokonaisuuden hahmottamiseksi ryhmittelin teemat vielä isompiin kokonaisuuksiin, joita olivat 1) henkilöstö, 2) johtaminen, 3) työyhteisö, 4) hoitoprosessi<sup>142</sup>, 5) asiakaskeksisyys, 6) laitoksen tilat, 7) hoidon tulokset<sup>143</sup> ja 8) syyt nykyiselle laadun tasolle<sup>144</sup>.

Yleisimmin esiintyneitä teemoja olivat asiakkaiden itsemääräämisoikeuteen ja valinnan mahdollisuuksiin sekä kohteluun liittyvät asiat (asiakaskeksisyys), henkilökunnan määrä ja ammattitaito (henkilöstö), kiire ja ajankäyttö (hoitoprosessi), työyhteisön ilmapiiriin, ristiriitojen käsittelyyn ja työkavereiden kohteluun liittyvät asiat (työyhteisö) sekä laitoksen tilat. Teemoittelussa tuli esille samankaltaisia asioita kuin aikaisemmin hyvää hoitoa käsitelleissä tutkimuksissa (ks. esim. Leino-Kilpi ym. 1994; Mustajoki ym. 2001).

<sup>142</sup> Hoitoprosessiin liittyviä asioita olivat mm. yksilövastuinen hoitotyö, moniammatillinen työ, hoitoon pääsy, hoidon jatkuvuus, hoitoon käytettävissä oleva aika, kuntoutus ja hoito kokonaisuutena.

<sup>143</sup> Hoidon tulokset viittaavat tässä yhteydessä asiakkaiden ja omaisten sekä henkilökunnan tyytyväisyyteen (ks. Donabedian 1981; 1988).

<sup>144</sup> Syynä hoidon tasoon tai sen puutteeseen tai väärinkäsityksiin hoidon tasosta esitettiin omaisesta, johdosta, toiminnan organisoinnista, henkilöstöstä ja potilaasta johtuvia seikkoja.

Aineiston alustavassa analyysissä pyrin käsittelemään aineistoa induktiivisesti. Taustalla oli kuitenkin koko ajan oma esiymmärrykseni laadun ilmiöstä. Päätin tästä syystä selkeästi valita asiakas-, suunnittelu-, tuotanto- ja systeemikeskeiset laatu näkökulmat väljiksi teoreettisiksi viitekehyksiksi, jotka auttaisivat monipuolisessa aineiston tarkastelussa ilman, että kyse olisi kuitenkaan tietyn mallin tai teorian testaamisesta (ks. abduktiivinen päättely). Myöhemmin lisäsin viitekehysten näkökulmatarkasteluun johtamisen ja työyhteisön.

## 5.2 Dokumenttiaineiston alustava analyysi

Luvussa 2.3.1 kuvattiin dokumenttiaineiston valintakriteerit ja esiteltiin valitut suositusjulkaisut. Valittuja suosituksia olivat *varsinaiset laatusuositukset* (N=9) ja *yleiset laatusuositukset* (N=15). Yleisten ja varsinaisten laatusuositusten sisältöjen analyysit poikkeavat toisistaan siten, että varsinaisista suosituksista analysoidaan yksityiskohtaisesti koko suositus, mutta yleisistä suosituksista analysoidaan pääasiassa laatua koskevia erillisiä tavoitteita. Varsinaisissa laatusuosituksissa on esitettyjen suositusten lisäksi suosituksia perustelevia ja niitä yksityiskohtaisemmin kuvailevia lukuja. Myös nämä kuvaukset on otettu analyysin kohteeksi.

Yleiset laatusuositukset sisältävät paljon muutakin kuin laatuun liittyviksi määriteltyjä asioita, esimerkiksi määrärahojen käyttöön kuuluvia seikkoja. Yleisten suositusten analysoinnissa laadulle annettuja merkityksiä etsitään niistä suosituksen osista, joissa laatu on erillisenä asiaina esimerkiksi omassa luvussa tai omana tavoitteena. Yleisten suositusten asiakaskeskeisyyttä koskevia mainintoja käsitellään kuitenkin asiakaskeskeisen näkökulman yhteydessä, vaikka niitä ei olisikaan käsitelty laatuun liittyvien toimenpide-ehdotusten yhteydessä. Tämä johtuu siitä, että haluan kuvata yleisten suositusten asiakkaaseen liittyviä merkityssuhteita ja tarkastella, eroavatko ne hoitotyöntekijöiden käsityksistä tältä osin. Sama käsittelytapa koskee myös työyhteisöä ja johtamista.

### *Varsinaiset laatusuositukset*

Ensimmäisen valtakunnallisen laadunhallintasuosituksen, *Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa – Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä* (Stakes 1996), taustalla oli sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen suunnitelma vuosille 1995–1998 (STM 1994), jossa suosituksen laadinta annettiin Stakesin tehtäväksi. Suosituksen valmisteluun osallistui asiakas-, potilas- ja ammattijärjestöjä, palvelun tuottajia ja rahoittajia sekä viranomaisia. Sen tavoitteeksi esitettiin eri tahojen innostaminen laadun kehittämiseen, asiakasnäkökulman korostaminen, esimerkkien antaminen laa-

dunhallinnan menetelmistä sekä laatukäsitteiden selkeyttäminen. Suositus on tarkoitettu julkisille ja yksityisille palvelun tuottajille, työntekijöille ja johtajille, asiakkaille ja heidän omaisilleen, alan järjestöille, muille sosiaali- ja terveyspalvelujen kehitykseen vaikuttaville kansalaisille sekä poliittisille päätöksentekijöille.

Laadunhallintasuosituksen taustalla oli kolme periaatetta: *laadunhallinta on osa jokapäiväistä työtä, asiakaslähtöisyyden tulee olla laadunhallinnan painopiste ja sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta toteutetaan tiedolla ohjaamisella*. Laadunhallintaa ei haluttu suosituksessa eriyttää vain tietyille henkilöille eikä projektiluonteiseksi toiminnaksi vaan osaksi kaikkien työntekijöiden työtä. Asiakasta pidetään laadun asiantuntijana, jonka osallistuminen arviointiin on tärkeää. Täten asiakkaan rooli muistuttaa tältä osin markkinoilla toimivaa asiakasta. Käytännössä asiakkaan mielipide ei voi kuitenkaan olla ainoa terveydenhuollon laadun kriteeri, koska asiakkaan asiantuntemus ei riitä hoidon teknisen laadun arviointiin. Lisäksi terveydenhuollossa on asiakkaita, joita hoidetaan vastoin heidän tahtoaan. Suosituksessa mainitaan myös eri tahojen asettamien vaatimusten mahdolliset ristiriitaisuudet. Ristiriitaisuudet kuvastavat laatuun liittyvien merkityksenantojen kontekstia.

Informaatio-ohjaus esitetään suosituksessa laadunhallinnan valittuna ohjausmuotona. Se voidaan tulkita siten, että laadun johtamisen osa-alueita, esimerkiksi laatujärjestelmän rakentamista, ei säännellä säädösohjauksella vaan tiedolla, esimerkiksi erilaisilla suosituksilla ja oppailla. Tiedolla ohjaaminen tarkoittaa suosituksessa myös tietojen keräämistä tavoitteiden toteutumisesta arvioinnin pohjaksi (tuloksellisuuden arviointi). Lisäksi tiedolla ohjaaminen liittyy henkilökunnan ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen koulutuksen avulla.

Suosituksessa laadunhallintaan liitetään laatujärjestelmän rakentaminen, joka tukee yhdenmukaisuutta korostavaa ja sen avulla laatua varmistavaa näkemystä eikä niinkään laatukulttuurin rakentamista. Samansuuntaista ajattelua kuvaavat esitetyt laadunhallinnan valtakunnallisen tason keinot, joita ovat muun muassa sitova ohjaus, vertailumittarit ja minimitalvoitteiden asettaminen. Suosituksessa on yksi aikaansidottu tavoite sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille: laatupolitiikan laatiminen vuoden 1996 aikana.

Laadunhallinnan keinot jätetään suosituksessa työyhteisöjen päätettäväksi, ja siten suosituksessa ei sitouduta tiettyyn laatujohtamisen malliin. Toisaalta suosituksella on sanaston kautta yhteyttä ISO 9000 -standardistoon. Suosituksen liitteenä on sosiaali- ja terveydenhuollon laatusanasto, jonka tavoitteena on selkiyttää laatukäsitteitä. Sanastossa on määritelty 22 käsitettä,

esimerkiksi laatu, laatuksiteeri, laatuvaatimus, laatujärjestelmä, hoitosuositus ja hoito-ohjelma. Suurin osa käsitteistä on määritelty ISO 8402 -standardin suuntaisesti. Laadun määritelmää on laajennettu sanastostandardin määritelmästä useiden näkökulmien suuntaan, ja nämä näkökulmat esitetään määritelmässä seuraavasti: *Laatu on hyödykkeen ominaisuuksista muodostuva kokonaisuus, johon perustuu hyödykkeen kyky täyttää siihen kohdistuvat odotukset. Hyödykkeisiin kohdistuvat odotukset vaihtelevat sen mukaan, kenen näkökulmasta hyödykettä tarkkaillaan. Sosiaali- ja terveydenhuollossa laatua voidaan katsoa asiakkaan, palvelujen tuottajan tai organisaation ulkopuolisen arvioitsijan, esimerkiksi viranomaisen, näkökulmasta. (Stakes 1996, 33.)* Laadun tarkastelua useasta näkökulmasta voidaan tulkita siten, että eri näkökulmien käsitykset tulee sovittaa yhteen, ja siksi tällä näkemyksellä on yhteyttä systeemikeskeiseen laatu näkemykseen. Julkaisussa esitetään seuraavat viisi suositusta:

*Asiakassuuntautuneisuus on tulevaisuutta*

- *Asiakas on saamansa palvelun tuloksellisuuden ja laadun asiantuntija.*
- *Laadunhallinta edellyttää asiakasanalyysiä ja sen hyödyntämistä.*
- *Laadunhallinta edellyttää aina toimivaa asiakaspalautejärjestelmää.*
- *Asiakkaan tulee voida vaikuttaa siihen, millaista tietoa kerätään.*

*Yhdessä hyvään laatuun*

- *Laatu on jokaisen asia.*
- *Palvelujen tuottajat ovat päivastuussa laadusta.*
- *Laatuyksikössä aito vaikuttaminen on mahdollista.*
- *Alueelliset palveluketjut toimiviksi.*
- *Laatu syntyy hyvin järjestetystä organisaatiosta ja työprosesseista.*

*Laatutyö liikkeelle työyhteisössä*

- *Kukin organisaatio valitsee laadunhallinnan menetelmät omista lähtökohdistaan.*
- *Laatutyössä voidaan lähteä ongelmista, prosesseista tai keskittyä koko organisaatioon.*

*Tiedolla parempaan laatuun*

- *Laadunhallinta edellyttää kaikilla tasoilla toiminnan seuranta ja arviointia.*
- *Laadun kehittäminen edellyttää aina mittaamista.*
- *Laadunhallinta kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon perus-, jatko- ja täydennyskoulutukseen.*

*Laadunhallinnan monet keinot*

- *Tavoitteena on laatu järjestelmän rakentaminen jokaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioon.*
- *Jokainen palvelun tuottaja laatii kirjallisen laatu politiikan vuoden 1996 aikana.*

Suosituksessa tulevat esille asiakas-, suunnittelu-, tuotanto- ja systeemikeskeinen laatu näkemys sekä johtamiseen ja työyhteisöön liittyviä seikkoja. Systeemikeskeinen laatu saa näistä näkökulmista vähiten painoarvoa. Suosituksen sisällössä ei selkeästi tullut esille julkisiin palveluihin liittyviä erityispiirteitä. Tosin suosituksen kohderyhmänäkään ei ollut pelkästään julkisen sektorin palvelut. Suunnittelukeskeinen terveydenhuollon asiantuntijatyö ei painotu selkeästi, esimerkiksi näyttöön perustuvista palveluista ei mainita mitään, vaikka tiedolla ohjaamisesta on mainintoja. Tämä saattaa liittyä myös suosituksen julkaisun ajankohtaan, jolloin hoitosuositukset eivät olleet yhtä paljon esillä kuin tällä hetkellä.

Ensimmäinen laadunhallintasuositus oli vuonna 1999 sosiaali- ja terveydenhuollon johtajille suunnatun valtakunnallisen kyselyn tulosten mukaan tunnetuin ja eniten hyödynnetty valituis-

ta laatusuosituksista<sup>145</sup>. Laatusuositukset puuttui tuolloin vielä suurimmasta osasta organisaatioita. (ks. Mäki ym. 2000; ks. myös Outinen ym. 2001.)

Toinen valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintasuositus, *Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle* (1999), julkaistiin julkisten palvelujen laadun kehittämistä<sup>146</sup> koskeneen valtioneuvoston kannanoton sekä julkisten palvelujen laatustrategian (Suomen Kuntaliitto 1998c) ja Suomen Kuntaliiton terveydenhuollon laadunhallintaa koskeneen suosituksen jälkeen (Suomen Kuntaliitto 1998d). Suosituksen tarkoituksena on edistää asiakaslähtöistä toimintaa ja laadunhallinnan käynnistymistä ja kehittymistä kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon alueilla, kuvata hyvän palvelutoiminnan tukemista ja täsmentää edellistä suositusta sekä kannustaa toimimaan yhdessä hyväksytyjen laadunhallinnan päämäärien ja periaatteiden mukaisesti.

Suosituksen kohderyhmänä ovat sekä yksityiset että julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Palvelun tuottajien lisäksi suosituksen hyödyntäjinä mainitaan asiakas- ja ammattijärjestöt, laadunhallinnan koulutuksesta vastaavat tahot sekä laadunhallinnan tutkijat. Suosituksessa viitataan myöhemmin julkaistaviin tukimateriaaleihin ja informaatioon seuraavista osaluista: laatuksien käyttö sosiaali- ja terveydenhuollossa, laadunhallinnan menetelmät ja lähestymistavat sekä laadunhallinnan kehitys muissa Euroopan maissa. Suosituksen toteutumisen seuranta tapahtuu olemassa olevia tietovarantoja hyödyntäen sekä tarvittaessa erilaisin selvityksin ja tutkimuksin. Lisäksi mainitaan, että valtioneuvoston periaatepäätöksen ja julkisten palvelujen laatustrategian seurantaan asetettujen ryhmien työn edistymistä seurataan aktiivisesti. Laadunhallintasuosituksessa on seuraavat kahdeksan suositusta<sup>147</sup>:

*Asiakas osallistumaan laadunhallintaan*

- *Kuntalaisille, kansalaisryhmille, asiakkaille, potilaille ja omaisille luodaan mahdollisuuksia osallistua aktiivisesti palvelujen laadun arviointiin eri tasoilla ja vaikuttaa päättäjiin tarpeellisten muutosten aikaansaamiseksi.*
- *Palvelujen tuottajat luovat toimintajärjestelmiinsä osallistavia rakenteita ja väyliä, joilla asiakkaat voivat tuottaa kehittämis ehdotuksia.*
- *Potilaille ja asiakkaille luodaan mahdollisuuksia tuoda esille (päättäjiille, tuottajille ja henkilökunnalle) asiakkaiden tarpeita ja heidän kohtaamiaan ongelmia.*
- *Jokainen organisaatio kehittää toimivan, tuottajalle itselleen ja asiakkaalle palautetta antavan asiakaspalauttejärjestelmän, joka huomioi käyttäjien erityispiirteet.*

<sup>145</sup> Valtakunnallisessa kyselyssä selvitettiin seuraavien suositusten tuntemista ja hyödyntämistä: Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa (Stakes 1996), Laadunhallinta kuntien hankkimissa ja ylläpitämissä terveystalouksissa (Suomen Kuntaliitto 1998d), Julkisten palvelujen laatustrategia (Suomen Kuntaliitto 1998c) sekä Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle (1999).

<sup>146</sup> Laadukkaat palvelut, hyvä hallinto ja vastuullinen kansalaisyhteiskunta (1998a, 1998b).

<sup>147</sup> Suosituksessa on kolme liitettä: valtioneuvoston periaatepäätös hallintopolitiikan suuntalinjoista, julkisten palvelujen laatustrategian suositukset sekä eurooppalaiset laatustrategiat.

- *Otetaan käyttöön palvelujen tuottajan ja kuntalaisen/palvelujen käyttäjän välistä avoimuutta ja vuoropuhelua edistäviä palvelusitoumuksia.*

#### *Johto laatua luotsaamaan*

- *Palveluja tuottavissa organisaatioissa on oltava riittävä, ammattitaitoinen johto.*
- *Poliittinen ja toimiva johto sekä esimiehet sitoutuvat laatuajatteluun ja laadunhallintaan ja toimivat esimerkkinä omassa organisaatiossaan.*
- *Hyvä johtaminen perustuu tosiasiatietoon.*
- *Johto koulutuu laatuun tukeviin johtamismenetelmiin.*
- *Johto luo edellytykset laadunhallinnalle turvaamalla täydennyskoulutuksen ja laadunhallintaan tarvittavan ajan.*
- *Ostopalvelusopimuksia kehitetään laatuvaatimuksiksi sisällyttämällä niihin laatuvaatimuksia ja laadunhallintamenettelyjä koskevia vaatimuksia; niiden käyttöä sopimusmenettelyissä kehittävät yhdessä palvelujen tuottajat ja rahoittajat.*

#### *Henkilöstöstä hyvän laadun edellytys*

- *Palvelujen tuottajat huolehtivat siitä, että organisaatiossa on osaava ja riittävä henkilökunta.*
- *Henkilökunta voi osallistua ammattitaitoa ylläpitävään ja laadunhallintatietoja lisäävään täydennyskoulutukseen.*
- *Laadunhallinnan perustietojen ja -taitojen antaminen kuuluu ammatilliseen peruskoulutukseen ja niitä täydennetään tarvittaessa jatko- ja täydennyskoulutuksella.*
- *Palvelun tuottajat ottavat käyttöön henkilöstötilinpäätöksen.*
- *Henkilökunta arvioi laadunhallinnan tuloksia ja vaikutuksia ja välittää tietoa kokemuksista muillekin erilaisissa verkostoissa.*
- *Siirrytään kansainvälisen laatusanaston käyttöön (ISO 8402).*

#### *Laatutyö perustuu prosessien hallintaan*

- *Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden prosessien hallintaa on kehitettävä.*
- *Palvelujen tuottajat kuvaavat ja dokumentoivat työprosessinsa, palvelulinjansa ja palveluketjunsä yhdessä asiakkaiden kanssa.*
- *Palvelujen tuottajat arvioivat ja mittaavat työprosesseja, niiden kustannustehokkuutta ja saumattomuutta.*
- *Tuottajat hankkivat tietoa näyttöön perustuvista toiminta- ja hoitosuosituksista ja luovat menettelyt, joilla ne siirretään toimintatavoiksi ja arviointiperusteeksi.*
- *Palvelu-, hoito- ja kuntoutussuunnitelmia hyödynnetään arvioitaessa prosessien laatua.*
- *Palvelujen tuottajat kiinnittävät huomiota sisäisten asiakassuhteiden laadun kehittämiseen ja palautejärjestelmiin palvelulinjojen laadun varmistamiseksi.*

#### *Tiedolla yhä parempaan laatuun*

- *Kaikki palvelujen tuottajat keräävät systemaattisesti omaa toimintaansa kuvaavaa tietoa ja hyödyntävät sitä toiminnan laadun arvioinnissa ja parantamisessa.*
- *Paikallisesti, alueellisesti ja valtakunnallisesti kerätään ja tuotetaan tietoa arvioinnin, johtopäätösten ja kehittämispäätösten tueksi ja sitä välitetään aktiivisesti kaikkien osapuolien käyttöön.*
- *Kehitetään vertailukelpoisia laatuindikaattoreita ja -mittareita sekä paikalliseen, alueelliseen että valtakunnalliseen käyttöön.*
- *Edistetään menetelmien arviointitutkimusta tutkimuslaitoksissa ja yliopistoissa sekä arviointitiedon käyttämistä palvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa.*
- *Laadunhallinnan menetelmien tutkiminen sisällytetään tutkimusohjelmiin ja tutkimuksessa panostetaan laadunhallinnan vaikuttavuuden arviointiin.*

#### *Laatutyö järjestelmälliseksi*

- *Jokainen sosiaali- ja terveydenhuollossa toimiva organisaatio kuvaa oman toimintajärjestelmänsä.*
- *Omaan laatuvaatimukseen kirjataan, miten organisaatio lisää laadunhallinnan suunnitelmällisyyttä ja järjestelmällisyyttä.*
- *Erityinen huomio kiinnitetään laatuvaatimukseen perustuvien, mitattavissa olevalla tavalla määriteltävien laatuvaatimusten asettamiseen.*
- *Laatuvaatimusten määrittämistä ja -sovelluksia kehitetään aktiivisesti kansainvälisiin kriteeristöihin perustuen ja pitäen mielessä niiden kehittyminen.*
- *Laatuvaatimusten kehittämiseen liitetään itsearviointi käyttäen valmiita tai kehittäen uusia itsearviointimalleja.*
- *Kaikki sertifiikatit ja tunnustukset myöntävät elimet akkreditoituvat eli hankkivat itselleen pätevyystodistuksen FINASilta (Mittateknikan keskukselta).*
- *Akkreditointi-termiä käytetään kuvaamaan pätevyyden toteutusta ja sertifiointi-termiä kuvaamaan vaatimusten mukaisuuden varmistamista.*

#### *Tukea yksityiskohtaisista toimintasuosituksista ja laatuvaatimuksista*

- *Toimintasuositusten, hyvien toimintakäytäntöjen ja laatuvaatimusten laadintatyöhön osallistuu monia näkökulmia ja monipuolista asiantuntemusta edustavia toimijoita.*



- *Laatukriteerien laadinta käynnistetään vuonna 1999 useilla aloilla, esimerkiksi vanhusten palveluissa ja äitiyshuollossa.*

*Laadunhallintaa myös ehkäisevään toimintaan*

- *Kunnat laativat hyvinvointipoliittisen ohjelman, joka konkretisoi kuntastrategiassa määritellyjä kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämistavoitteita.*
- *Palveluja tuottavat organisaatiot sisällyttävät laatujärjestelmiinsä menettelyt, joilla arvioidaan asiakkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevien tavoitteiden ja laatukriteerien toteutumista ja tarvittaessa parannetaan niitä.*
- *Paikallisilta, alueellisilta ja valtakunnallisilta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjelmilta ja hankkeilta edellytetään laatukriteerien määrittelyä ja hyvin suunniteltua arviointiohjelmaa jo ennen rahoituspäätöksen tekemistä.*

Suosituksessa ei esitetä laadun määritelmää. Laadun määrittelyn sijaan suosituksessa esitetään, että sosiaali- ja terveydenhuollossa siirryttäisiin käyttämään kansainvälistä laatusanastoa (ISO 8402). Laatujärjestelmään liitetään laadun minimitason määrittely. Se voi johtaa siihen, että niukkojen resurssien tilanteessa vähimmäisvaatimuksista tulee myös enimmäisvaatimuksia: *hyvälle laatujärjestelmälle on ominaista, että prosessit on dokumentoitu ja on määritelty vähimmäisvaatimukset asiakkaiden tarpeiden tyydyttämisen kannalta (Sosiaali- ja terveydenhuollon... 1999, 29).* Vähimmäisvaatimusten esittäminen voidaan tulkita viittaavan myös systeemi- ja arvokeskeiseen laatuun – esitetään se taso, johon on varaa.

Myös tässä suosituksessa korostetaan asiakkaan roolia vaikuttajana ja palvelujen arvioijana. Asiakkaalle tulee antaa tietoa palveluista esimerkiksi palvelusitoumusten avulla ja siten lisätä toiminnan avoimuutta. Avoimuus vähentää myös asiantuntijakeskeisyyteen liittyvää asiakasta passivoivaa toimintaa. Suosituksessa kiinnitetään aikaisempaa suositusta selvemmin huomiota johtamiseen, ja johdon sitoutumista laadun kehittämiseen pidetään tärkeänä: *johdon vastuulla on luoda innostava, yhteistyöhön perustuva ja tavoitteellinen ilmapiiri, joka mahdollistaa henkilökunnan hyvän suoriutumisen (Sosiaali- ja terveydenhuollon...1999, 15),* mutta hyvää työyhteisöä ja ihmisten johtamista koskevaa erillistä suositusta ei kuitenkaan esitetä. Henkilöstöä pidetään laadun edellytyksenä, ja henkilöstön osaaminen ja hyvinvointi sekä työilmapiiri ovat siitä syystä tärkeitä: *Henkilöstön hyvinvointi on entistä keskeisempää, kun talous on kireällä. Hyvän laadun edellytyksiin kuuluu henkilöstön tyytyväisyys, terveys ja hyvinvointi sekä turvallinen ja oppimista tukeva työympäristö. Niitä tulisi arvioida keräämällä henkilöstöltä palautetta ja kartoittamalla työilmapiiriä. (Sosiaali- ja terveydenhuollon...1999, 18.)* Viittauksessa esitetty yhteys talouden ja henkilöstön hyvinvoinnin välillä viittaa merkityksenantoon, jonka mukaan niukkojen resurssien aikana henkilöstöön kohdistuu enemmän paineita. Toisaalta se voi viitata merkityksenantoon, jonka mukaan kyseisessä tilanteessa henkilöstön hyvinvointi jää helposti sivuun palveluiden tuottamisen korostuessa.

Yhteisten pelisääntöjen luominen ja toiminnan muuttaminen perustuvat suosituksessa prosessien kuvaamiseen ja kehittämiseen. Laadun varmistamiseen liitetään yksityiskohtaiset toimitusosuudet ja laatuksiteerit, laatuksjärjestelmä, prosessien hallinta ja arviointi. Laadun ja etiikan välinen yhteys näkyy suosituksessa viittauksena ammattijärjestöjen laatimisiin ohjeistoihin: *ammattijärjestöjen eettiset ohjeistot ja laadunhallintalinjaukset tukevat henkilöstöä päivittäisissä ratkaisuisissa (Sosiaali- ja terveydenhuollon... 1999, 19).*

Suosituksessa tulevat esille keskeiset laadun näkökulmat, asiakas-, suunnittelu-, tuotanto- ja systeemi sekä johdon ja työyhteisön laatu. Näistä vähiten huomiota kohdistuu systeemikeskeiseen laatuun. Eniten kaikista näkökulmista painotetaan tuotantokeskeistä laatua – on tärkeää luoda sovitut toimintamallit ja noudattaa niitä. Sovittujen toimintatapojen laadinta liittyy myös suunnittelukeskeiseen laatuun. Tämä näkyi aikaisempaa suositusta selkeämmin näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisenä. Kokonaisuutena suosituksessa kuvataan laadunhallintaan liittyviä asioita yksityiskohtaisemmin kuin ensimmäisessä laadunhallintasuosituksessa. Suosituksen sisältö sopii kaikkiin julkisiin palveluihin, mutta suositus ei ole selkeästi sosiaali- eikä terveyspalvelulähtöinen.

*Laadunhallinta kuntien ylläpitämissä ja hankkimissa terveyspalveluissa* -suositus (Suomen Kuntaliitto 1998d) on tehty Suomen Kuntaliiton julkisten palvelujen laatuksstrategiaprojektissa sovitujen periaatteiden käyttöönottamiseksi. Projektissa on ollut mukana kuntien ja valtionhallinnon edustajia ja eri alojen asiantuntijoita. Julkaisu sisältää seuraavat suositukset:

1. *Kunnallisissa terveyspalveluissa sovelletaan kansainvälistä laadunhallinnan ja laadunvarmistuksen sanastoja (ISO 8402).*
2. *Kunnallisten terveyspalvelujen laatu perustuu asiakkaan (potilaan) tarpeisiin.*
3. *Kunnat ja kuntien yhteistyöelimet määrittelevät yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon julkisten ja yksityisten palvelutuottajien kanssa alueelliseen terveyden ja hyvinvoinnin strategiaan perustuvan hoito-ohjelman.*
4. *Kunnallisten terveyspalvelujen laadun kehittäminen perustuu prosessien kuvaamiseen sekä niiden tuloksen ja toteutuvuuden arviointiin.*
5. *Kunnallisen terveydenhuollon keskeisimmät prosessit ovat potilaan tutkimus, hoito ja kuntoutus sekä ennaltaehkäisevä toiminta ja terveyden edistäminen.*
6. *Prosessien kehittäminen perustuu systemaattiseen ja jatkuvaan (tuloksellisuuden ja tehokkuuden) arviointiin.*
7. *Prosessien laadunhallinnan ja kehittämisen lähtökohta on vaihtelun tunnistaminen.*
8. *Kunnallisen terveydenhuollon organisaatioiden laadunhallinnassa ja johtamisessa sovelletaan ISO 9000 -standardeja ja laatukspalkintokriteerejä.*
9. *Toiminnan kehittämiseen käytetään systemaattisia laadun kehittämisen menetelmiä.*
10. *Kunnallisen terveydenhuollon akkreditointielin on Mittatekniikan keskus, jonka akkreditointipalvelusta käytetään nimeä FINAS.*
11. *Sertifiointielinten tulee olla akkreditoituja.*
12. *Kunnallisten terveyspalvelujen hankintaan tai sopimusmenettelyihin liittyvien tunnustusten ja sertifikaattien tulee perustua Mittatekniikan keskuksen arvioimiin sekä kuntien ja valtionhallinnon yhteistyöelimen hyväksymiin menettelyihin.*

13. *Kunnat kehittävät ja määrittävät kunnallisten terveyspalvelujen laatutason kriteerejä ja niiden toteutuvuuden arviointimenettelyjä paikallisen tarpeen mukaan.*
14. *Valtakunnallisia kunnallisten terveyspalvelujen laatutason kriteerejä ja niiden toteutuvuuden arviointimenettelyjä kehitetään asiantuntijoiden, valtionhallinnon ja kuntien yhteistyössä.*

Laadunhallintaan liittyvä käsitteistö vaikuttaa sekä kahden aikaisemman laadunhallintasuosituksen että käsiteltävän suosituksen perusteella selkeyttämistä vaativalta seikalta. Suosituksen ensimmäisessä alasuosituksessa esitetään ISO 8402 -sanaston käyttöä. Julkaisussa esitetään joitakin keskeisiä käsitteitä, muun muassa ISO 8402 -standardin mukainen laadun määritelmä. Julkaisun suosituksista merkittävä osa käsittelee prosessien hallintaa ja ulkoisia laadunvarmistusmenettelyjä. Suositus korostaa järjestelmäkeskeisyyttä ja vaihtelun vähäisyyttä prosessien hallinnan kautta.

Terveydenhuollon asiantuntijakeskeisyys ja osin teollisuusmainen toiminta tulee suosituksessa hyvin esille. Siinä painottuvat organisaation sisäinen kehittäminen ja ulkoinen asiantuntija-arviointi. Palveluja käyttävän asiakkaan rooli jää marginaaliseksi. Tämä suositus on kohdistettu julkisen sektorin ylläpitämiin ja hankkimiin palveluihin, ja sillä saattaa olla vaikutusta asiakkaan roolin vähäisyyteen. Toiseksi terveyspalveluissa korostuu yleensä asiantuntijan rooli, ja siitä syystä palvelujen käyttäjän asema jää vähäiseksi. Suosituksesta puuttuvat kokonaan henkilöstöjohtamisen ja työyhteisön näkökulma. Systeemikeskeistä laatua käsitellään asiakkaan määrittelyn yhteydessä viittaamalla eri tahojen näkemyksiin. Kokonaisuutena suositus on sekoitus asiantuntijan osaamista korostavaa suunnittelukeskeistä laatua ja sovittujen käytäntöjen yksityiskohtaista noudattamista korostavaa tuotantokeskeistä laatua. Suosituksessa erotetaan toisistaan vaihtuvasisältöinen ja standardiprosessi. Nämä liittyvät asiakaskohtaiseen palvelujen räätälöintiin sekä tilanteisiin, joissa on noudatettava ohjeita sovitusti – tämä dualismi kuvastaa hyvin terveydenhuollon toimintaa.

*Julkisten palvelujen laatustrategian* (Suomen Kuntaliitto 1998c) valmisteluun osallistui joukko valtion, kuntien, elinkeinoelämän, tiedeyhteisöjen sekä ammatti- ja kansalaisjärjestöjen edustajia. Suosituksen kohderyhmä jää hieman epäselväksi. Julkaisun alkuteksteissä esitetään, että julkisten palvelujen laatustrategia sisältää suosituksia ja periaatelinjauksia, joita toteuttamalla julkinen sektori voi taata kansalaisille ja elinkeinoelämälle näiden tarvitsemia palveluja tehokkaasti ja asiakaskeskeisesti. Laatustrategia sisältää seuraavat 12 suositusta:

1. *Asiakaslähtöisyys on julkisten palvelujen laatutyön perusta. Palvelujen kehittämisessä korostetaan asiakkaan mahdollisuutta valita tarvitsemansa palveluntuottaja. Julkisten palvelujen tuottajien tulee lisätä asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia ja osallistumista palvelujen suunnitteluun ja kehittämiseen. Vaihtoehtojen tarjonta suhteutetaan käytettävissä oleviin voimavaroihin. Julkisten palvelujen laatutyö ei luo uutta keskitettyä normijärjestelmää.*
2. *Selkeä käsitys asiakkaista on palvelun kehittämisen keskeisin edellytys ja lähtökohta. Julkisten palvelujen tuottajien tulee määritellä ulkoiset ja sisäiset asiakkaansa sekä heidän palvelutarpeensa ja kehittää palveluprosessejaan tästä lähtökohdasta.*
3. *Palveluprosessien tulee olla asiakkaille näkyviä, ja niitä tulee arvioida ja kehittää jatkuvasti. Asiakkaiden on voitava osallistua ja vaikuttaa palvelujen kehittämiseen. Asiakkailta tulee aina olla mahdollisuus esittää palautteensa saamastaan palvelusta.*
4. *Henkilöstö tekee laadun. Henkilöstön ammattitaidon ja osaamisen sekä työkyvyn jatkuva kehittäminen on keskeinen osa laatutyötä. Työympäristö ja henkilöstön hyvinvointi sekä toimitilat ja tekninen laitteisto ovat tärkeitä laatutekijöitä. Laadun kehittämistyön tukena suositellaan henkilöstötilinpäätöksen käyttöä.*
5. *Julkisten palvelujen poliittisten päätöksentekijöiden ja palveluyksiköiden johdon ja henkilöstön on sitouduttava palvelujen laadun, tuottavuuden ja saatavuuden jatkuvaan parantamiseen.*
6. *Ostopalveluina hankittaville julkisille palveluille kohdistetaan samanlaiset laatuvaatimukset kuin julkisten organisaatioiden tuottamille vastaaville palveluille.*
7. *Eri toimialojen, hallintokuntien ja palveluntuottajien tulisi määritellä oman toimialansa palvelun laatuvoitteet, joissa otetaan huomioon kunkin toimialan julkisen palvelun erityispiirteet ja asiakkaiden tarpeet.*
8. *Julkisissa palveluissa suositellaan palvelusitoumusten käyttöä. Niihin kuuluvat asiakaspalautteet, oikaisu ja mahdollinen korvausmenettely luvatussa palvelusta. Palvelusitoumusten lisäksi laadunhallinnan työkaluiksi suositellaan laatupalkintokriteerejä sekä soveltuvin osin myös kansainvälisiä standardeja ja niihin perustuvia sovelluksia. Laatupalkintokriteereihin perustuva itsearviointi on keskeinen toiminnan kehittämisen väline.*
9. *Julkisten palvelujen arviointi on tärkeä osa palvelujen laadun kehittämistä. Se täydentää valvontaa ja tarkastusta, ja sen avulla voidaan saada tietoa palvelujen merkityksestä poliittisen päätöksenteon tueksi.*
10. *Arviointia koskevaa ammattitaitoa tulee vahvistaa julkisissa palveluissa. Arviointi tulisi mieltää sekä etukäteis- ja jälkikäteisarvioinniksi että toiminnan aikana tapahtuvaksi arvioinniksi. Arviointia koskevien menetelmien tuntemuksen lisääminen on lähitulevaisuuden haaste julkisissa palveluissa. Julkisten palveluiden arvioinnissa tulee käyttää ammattitaitoisia asiantuntijoita.*
11. *Laatukäsitteiden käytössä suositellaan sovellettavaksi standardien mukaista laadunhallinnan ja -varmistuksen sanastoa (ISO 8402). Ulkoiseen laadunvarmistukseen suositellaan käytettäväksi ensisijaisesti akkreditoitujen sertifiointielinten palveluja.*
12. *Julkisia palveluja koskevan arviointitoiminnan ja laatutyön tehostamiseksi ja koordinoimiseksi perustetaan määräaikainen julkisten palvelujen yhteistyö- ja seurantar ryhmä. Yhteistyön keskeinen lähtökohta on julkisten palvelujen laadun kehittäminen käytettävissä olevien voimavarojen mukaisesti. Yhteistyö- ja seurantar ryhmän tehtävänä on seurata ja edistää julkisten palvelujen laatustrategian ehdotusten ja suositusten toteutumista. Menestyksellinen julkisten palvelujen laadun kehittämis- ja arviointityö perustuu yhteistyöhön ja sitoutumiseen julkisten palvelujen eri osapuolten välillä.*

Suosituksessa ei korosteta laatujärjestelmän rakentamista samalla tavoin kuin laadunhallintasuosituksissa. Sen sijaan suosituksessa painotetaan, kuten aikaisemmissakin suosituksissa, kansainvälisen ISO 8402 -sanaston käyttöönottoa. Lisäksi korostetaan eri tahojen toisistaan eroavia näkemyksiä: *Laatua voidaan ymmärtää ja määritellä monin tavoin. Yleisesti laadulla tarkoitetaan tuotteen tai palvelun kaikkia niitä piirteitä ja ominaisuuksia, joilla tuote tai palvelu täyttää asetetut tai oletettavat tarpeet. Julkisten palvelujen laatua ja laadun käsitettä voidaan tarkastella kolmella tasolla, jotka liittyvät kiinteästi toisiinsa. (Suomen Kuntaliitto 1998c, 5.)* Viittauksessa esitetyt kolme tasoa ovat työyhteisön laatu (sisäinen laatu), organisaatiosta ulospäin suuntautuva laatu (yhteistyö tuottajan ja kuluttajan, kysynnän ja tarjonnan välillä) sekä yhteiskunnan ja kansalaisen välisen suhteen laatu. Suosituksessa näkyy henkilöstön ammattitaidon merkitys laadun tekemisessä, mutta johdon merkitys jää vähemmälle huon-

miolle. Kontekstin huomiointi näkyy suosituksen seitsemännessä osatavoitteessa, jossa korostetaan julkisen sektorin erityispiirteitä.

Asiakaskeskeisyys näkyy suosituksessa usealla tavalla, esimerkiksi viittauksina asiakkaan mahdollisuuksiin valita tarvitsemansa palveluntuottaja, asiakkaan mahdollisuutena esittää palautetta palveluista ja palvelusitoumuksina. Laadun markkinapiirteet asiakkaan valintaoikeuksineen suhteutetaan käytettävissä oleviin voimavaroihin, ja siten suosituksella on yhteyttä arvo- ja systeemikeskeiseen laatuäkemykseen.

Julkisten palvelujen laatustrategiaan on liitetty erillisjulkaisuinä yksityiskohtaisemmat ohjekirjaset *henkilöstötilinpäätös, julkisten palvelujen arviointi, laatutyökalut ja palvelusitoumus*. Näissä julkaisuissa kuvataan kyseisen laadunhallinnan menetelmän käyttöä, mutta menetelmälle ei aseteta erillisiä suosituksia. Erillisjulkaisuja koskevat suositukset esitetään julkisten palvelujen laatustrategian pääjulkaisussa. Tarkasteltaessa näitä julkaisuja yhtenä kokonaisuutena voidaan todeta, että asiakas-, suunnittelu-, tuotanto- ja systeemikeskeinen laatu sekä jossain määrin ihmisten johtaminen ja työyhteisö näkyvät näissä julkaisuissa. Suosituksen sisältöalue on kaikkein laajin verrattaessa sitä muihin varsinaisiin laatusuosituksiin.

*Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus* (2001) asetettiin tavoitteeksi valtioneuvoston vuosia 2000–2003 koskevassa tavoite- ja toimintaohjelmassa (STM 1999) sekä sosiaali- ja terveysministeriön vuoteen 2010 ulottuvassa strategiassa (STM 2001c). Suosituksen ovat laatineet sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto yhteistyössä. Suosituksen perustyö tehtiin Stakesissa yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön, Suomen Kuntaliiton, alan järjestöjen, tiedeyhteisöjen ja ikäihmisten edustajien kanssa. Julkaisun alkusivuilla mainitaan, että suositus koskee kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, vaikka suositus painottuu erityisesti iäkkäiden kotihoitoon, palveluasumiseen ja laitoshoitoon. Joitakin suosituksen osa-alueita on tarkoitus jatkossa syventää ja käynnistää siihen liittyviä valtakunnallisia kehittämishankkeita.

Suositus on tarkoitettu kuntien päättäjille ja johdolle, tarkastuslautakunnille ja kuntalaisille. Suosituksen tarkoituksena on auttaa tarkastuslautakuntia arvioimaan kunnan toimien asianmukaisuutta, tavoitteiden toteutumista ja budjettivarojen käyttöä. Kuntalaisille suosituksen tarkoituksena on antaa suuntaviivat, joiden perusteella he voivat arvioida oman kuntansa palvelutasoa ja toimintatapoja sekä tehdä kehittämissuhteita. Myös tässä suosituksessa asia-

kasta tarkastellaan aktiivisena toimijana, joka varsinkin iäkkään kuntalaisen osalta on haastava tavoite. Julkaisun tavoitteet kohdistuvat selkeästi kuntien toimintaan.

Suosituksessa on viisi osa-aluetta: vanhuspoliittinen strategia, palvelurakenteen kehittämisohjelma, johtaminen, tavoitteiden seuranta ja arviointi sekä tiedottaminen kuntalaisille:

*Vanhuspoliittisen strategian avulla koko kunta ikääntyneiden asialla*

- *Jokaisessa kunnassa tulee olla ajantasainen vanhuspoliittinen strategia, joka turvaa ikääntyneiden sosiaaliset oikeudet ja jonka kunnan poliittinen johto on virallisesti vahvistanut. Strategiaan tulee sisältyä palvelurakenteen kehittämisohjelma.*
- *Vanhuspoliittisessa strategiassa määritellään tavoitteet iäkkäiden kuntalaisten terveyden, hyvinvoinnin ja itsenäisen suoriutumisen edistämisessä sekä eri hallintokuntien ja sidosryhmien vastuut näiden toteuttamisessa.*
- *Vanhuspoliittisen strategian ja kehittämisohjelman laadintavastuu ja vahvistaminen kuuluvat kunnan poliittiselle johdolle. Valmistelutyö ja täytäntöönpano kuuluvat viranhaltijajohdolle.*

*Palvelurakenteen kehittämisohjelmalla hyvään palveluun*

- *Palvelurakenteen kehittämisohjelmassa asetetaan mitattavissa olevat tavoitteet ikääntyneiden kuntalaisten palvelutasolle ja palvelutoiminnan voimavaroille sekä määritellään toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi.*
- *Palvelurakenteelle asetetaan kunnan olosuhteiden pohjalta iäkkäiden tarpeisiin perustuvat määrälliset ja toiminnalliset tavoitteet.*
- *Määrällisten ja laadullisten tavoitteiden toteuttamiseen osoitetaan riittävät voimavarat.*

*Johtaminen*

- *Organisaatioissa ja työyksiköissä tulisi olla riittävä, ammattitaitoinen johto.*
- *Työyksiköiden tulee kehittää johtamistaan, toimintatapojaan ja henkilöstönsä osaamista pitkäjänteisesti.*
- *Osaamisen kehittämisessä painotetaan sisältöjä, jotka vastaavat sekä asiakas- ja potilasryhmien hoitotarpeisiin että työmenetelmien kehittämistarpeisiin.*
- *Kehittämisessä on suositeltavaa yhdistellä yksittäisten työntekijöiden koulutusta, koko työyhteisön yhteistä koulutusta ja muuta kehittämistoimintaa.*
- *Johdon on turvattava henkilöstön työssä jaksaminen ja työyhteisön toimivuus.*

*Tavoitteiden seuranta ja arviointi*

- *Asetettujen tavoitteiden toteutumista seurataan ja arvioidaan järjestelmällisesti.*
- *Tätä varten käyttöön otetaan mitattavat laatuindikaattorit.*
- *Johto vastaa tavoitteiden toteuttamisesta, seurannasta ja arvioinnista.*
- *Seurantatiedot julkaistaan vuosittain paikallisena palvelukatsauksena.*

*Tiedottaminen kuntalaisille*

- *Kuntalaisille annetaan vuosittain tiedote siitä*
  - *millaisen palvelutason kunta tarjoaa iäkkäille asukkaalleen*
  - *milloin ikääntynyt tai omainen on oikeutettu palveluun*
  - *mitkä ovat asiakasmaksut*
  - *miten kunta on saavuttanut tavoitteensa*
  - *perustelu mahdolliselle tavoitteista poikkeamiselle.*

Suosituksessa korostetaan strategisia linjauksia enemmän kuin muissa laatusuosituksissa.

Voidaan olettaa, että lähtökohtana ovat strategiset valinnat siitä, kenelle ja miten palveluja annetaan. Täten ajattelutapa vastaa Øvretveitin (1992) käsitystä johdon ja poliitikkojen roolista strategisten valintojen tekijänä ennen palvelujen tuottamista. Lisäksi tilivelvollisuus kuntalaisille tulee tässä muita suosituksia selkeämmin esille. Eettiset valinnat ja näyttöön perustuva hoito liitetään suosituksessa saumattomasti yhteen: *Hyvä strategia perustuu julkiseen arvo keskusteluun kunnassa... Palvelu on eettistä ja asiakaslähtöistä, noudattaa näyttöön ja käy-*

vän hoidon suosituksiin perustuvia hoitokäytäntöjä sekä toimii saumattomasti yhteistyössä eri palveluntuottajien ja omaisten ja läheisten kanssa (Ikäihmisten... 2001, 11–12). Suosituksessa viitataan myös henkilöstön jaksamiseen sekä johtamiseen laadun edellytyksinä: *osallistavalla ja kannustavalla johtamisella, työn tarkoituksenmukaisella organisoinnilla sekä turvallisella ilmapiirillä voidaan lisätä henkilöstön jaksamista ja työviihtyvyyttä* (Ikäihmisten... 2001, 17).

Suosituksessa näkyvät asiakas-, suunnittelu-, tuotanto- ja systeemikeskeinen laatukäsitys sekä johtaminen ja työyhteisö. Suosituksen laajin osuus on palvelurakenteen kehittämisohjelmaa koskevat suositukset, jotka jakaantuvat kolmen tason tavoitteisiin. Suosituksessa ei esitetä laadun määritelmää. Suosituksen toteutumisen valtakunnallisesta seurannasta ei ole mainintaa. Suositus kuvastaa iäkkäiden kuntalaisten arvostuksen kehittämistarvetta.

### ***Yleiset laatusuositukset***

*Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (VALSU)* sekä nykyinen *sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma (TATO)* sisältävät laadunhallintaan ja laadunvarmistukseen liittyviä tavoitteita ja suosituksia. Osassa edellä mainituista julkaisuista laatu on erillisenä osa-alueenaan ja osassa tiettyjen painopistealueiden sisällä. Suositusten pääkohteena ovat kunnalliset palvelut. Suositukset on tarkoitettu todennäköisesti johdolle ja poliitikoille, vaikka kohderyhmää ei selkeästi mainita suosituksissa.

Valtakunnallisessa suunnitelmassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosille 1987–1991 esitetään ensimmäistä kertaa laadunvarmistusta koskeva tavoite kansanterveys-työn yleisten tavoitteiden erillisessä alaluvussa *Toiminnan tehokkuus ja laatu*. Kyseisessä luvussa esitetään neljä osatavoitetta: *1) johtamista, työjohtoa ja työnohjausta kehitetään ja työajan käyttöä tehostetaan, 2) henkilökunnan toimipaikka- ja täydennyskoulutusta tehostetaan, 3) terveyskeskuksen tehtävien hoitamiseen ja seurantaan kohdistuvaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa lisätään toiminnan laadun varmentamiseksi ja tuloksellisuuden parantamiseksi ja 4) palveluja järjestetään siten, että kunnan asukkaat voivat käyttää mahdollisuuksien mukaan äidinkieltään terveyskeskuksessa asioidessaan.* (VN 1986, 20.) Sairaanhoidolaitoksille esitetään yleisten tavoitteiden yhteydessä yksi laatua koskeva tavoite: *kehitetään ja toteutetaan yhdenmukaisia tutkimus- ja hoito-ohjelmia toiminnan laadun varmentamiseksi ja tuloksellisuuden parantamiseksi* (VN 1986, 28). Laatuun liitetään laadun varmistaminen, tuloksellisuus ja yhdenmukaisuus, jotka viittaavat osin tuotantokeskeiseen laatuajatteluun. Laadun varmistamisessa laatutavoitteita verrataan tuloksiin. Laatutavoitteiden asettamisessa tarvitaan ammattitaitoa, ja se viittaa suunnittelukeskeiseen laatukäsitykseen. Laatua koskevien tavoit-

teiden yhteydessä ei käsitellä asiakas- eikä systeemikeskeistä laatuäkemystä eikä myöskään työyhteisöön ja ihmisten johtamiseen liittyviä asioita. Johtamista tarkastellaan lähinnä asioiden johtamisen näkökulmasta. Suosituksen muissa osissa mainitaan asiakkaan osallistuminen hoidon suunnitteluun sekä perustelumuistiossa hoidon jatkuvuus, ihmisläheisyys ja asiakkaan osallistuminen.

Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1988–1992 sisältää kansanterveystyölle seuraavan laatua koskevan tavoitteen: *toiminnan tehokkuutta ja laatua pyritään edistämään kehittämällä johtamista ja työnohjausta, parantamalla henkilökunnan valmiuksia ja lisäämällä tutkimustoimintaa (VN 1987, 19)*. Sairaanhoidolaitoksille esitetään yhdenmukaisuutta ja suunnittelua korostava tavoite: *kehitetään ja toteutetaan yhdenmukaisia tutkimus- ja hoito-ohjelmia toiminnan laadun varmentamiseksi ja tuloksellisuuden parantamiseksi (VN 1987, 27)*. Hoidon inhimillisyyttä, hoidon jatkuvuutta ja asiakkaan osallistumista korostetaan suunnitelman muissa osissa. Samansuuntaisia tavoitteita esitetään myös vuosien 1989–1993 valtakunnallisessa suunnitelmassa. Kansanterveystyön ja sairaanhoidolaitosten tavoitteista yksi tavoite liittyy laatuun ja tuloksellisuuteen: *toiminnan laadun varmentamista kehitetään ja parannetaan tuloksellisuutta (VN 1988, 10 & 12)*. Täten laadun ohjauksessa painopiste on suunnittelu- ja tuotantokeskeisessä laadussa.

Vuosien 1990–1994 valtakunnallisessa suunnitelmassa asetetaan sairaanhoidolaitoksille yksi yleinen tavoite, joka koskettaa laadunvarmistusta: *laadunvarmennusta sekä toimintojen ja teknologian arviointia kehitetään (VN 1989, 10)*. Lisäksi asiakkaaseen liittyviä asioita korostetaan suosituksen muissa osissa kuten aikaisemmissakin suunnitelmissa. Vuosien 1991–1995 valtakunnallisessa suunnitelmassa laatu esitetään kansanterveystyötä koskevissa yleisissä tavoitteissa yhden tavoitteen osa-alueena: *toiminnan sisällön jatkuvan arvioinnin avulla varmistetaan palvelujen laatu (VN 1990, 5)*. Sairaanhoidolaitosten kehittämiseksi esitetään seuraava tavoite: *laadunvarmennusta sekä toimintojen ja teknologian arviointia kehitetään (VN 1990, 6)*. Asiakaslähtöisyyttä ja johtamista koskevia tavoitteita käsitellään muissa yhteyksissä. Vuosien 1992–1996 valtakunnallisen suunnitelman yhteisissä yleisissä tavoitteissa esitetään laadunvarmennusta koskeva tavoite: *sosiaali- ja terveyspalvelujen laadunvarmennusta sekä toimintojen ja teknologian arviointia kehitetään (VN 1991, 1)*. Kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon yleisissä tavoitteissa yksi tavoite sisältää myös laatuun liittyvän osan: *toiminnan sisällön jatkuvan arvioinnin avulla varmistetaan palvelujen laatu ja taloudellisuus (VN 1991, 5)*. Näissä suosituksissa painottuvat edelleen suunnittelu- ja tuotantokeskeinen laatu. Toiminnan arviointi suhteessa tavoitteisiin on keskeistä. Laadunhallinnan menetelmistä painottuvat



lähinnä kovat menetelmät, ja henkilöstöön liittyvät pehmeät menetelmät jäävät vähemmälle huomiolle laadun käsittelyn yhteydessä.

Vuosien 1993–1996 valtakunnallisessa suunnitelmassa ei ole laatua koskevia erillisiä tavoitteita (VN 1992). Henkilöstöön liittyviä tavoitteita käsitellään suosituksen muissa osissa, ja tällöin painotetaan henkilöstön työjärjestelyjen joustavuutta. Myöskään valtakunnallisessa suunnitelmassa vuosille 1994–1997 laadulle ei aseteta omaa tavoitetta, mutta laatuun viitataan muutamissa luvuissa: *Kunnallisilla luottamushenkilöillä ja muilla päättäjillä on sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivan henkilöstön lisäksi vastuu siitä, että palvelujen taso ja laatu vastaavat kunnan asukkaiden tarpeita (VN 1993, 3). Hoitokäytäntöjä olisi tutkittava ja tarvittaessa muutettava. Asiaan vaikuttavia tekijöitä ovat kustannustekijöiden lisäksi myös hoidon laatu- ja ihmisarvonäkökohdat. (VN 1993, 11.)*

Kolmessa seuraavassa valtakunnallisessa suunnitelmassa korostetaan *laatua ja palvelujen saatavuutta*<sup>148</sup>. Saatavuutta ei selkeästi nähdä yhtenä laadun osatekijänä, vaan saatavuus erotetaan laadusta. Valtakunnallisessa suunnitelmassa vuosille 1995–1998 yksi tavoitteista ja yksi erillinen luku käsittelevät palvelujen laadun ja saatavuuden turvaamista: *Sosiaali- ja terveyspalvelujen tasa-arvoinen ja monipuolinen saatavuus turvataan maan kaikissa osissa. Samalla kun huolehditaan sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudesta, varmistutaan palvelujen laadusta ja jonotusaikojen kohtuudesta. (STM 1994, 11–12.)* Palvelujen saatavuudelle asetetaan aikarajoja. Laatua koskeva tavoite viittaa asiakas-, suunnittelu-, tuotanto- sekä systeemikeskeiseen laatuun. Asiakasta, henkilöstöä ja resurssien yhteensovittamista koskevia tavoitteita käsitellään suosituksen muissa osissa.

Myös suunnitelmassa vuosille 1996–1999 on laatua käsittelevä luku: *palvelujen saatavuuden ja laadun turvaaminen*. Luvussa käsitellään palvelujen tasa-arvoista ja monipuolista saatavuutta maan kaikissa osissa ja laadunvarmistamista toisiinsa liittyvinä asioina. Myös tässä suunnitelmassa palvelujen saatavuudelle asetetaan aikarajoja. Lisäksi suosituksen muissa osissa mainitaan myös asiakkaiden valinnan vapaus. (STM 1995, 9–10.) Vuosien 1997–2000 valtakunnallisessa suunnitelmassa ei esitetä laadun kehittämiseksi erillisiä tavoitteita. Laatuun viitataan kuitenkin useissa yhteyksissä: *Sosiaali- ja terveyspalvelujen määrä ja laatu vaihtelevat suuresti alueittain ja organisaatioittain. Palvelutarpeiden ja kustannusten erot selittävät*

---

<sup>148</sup> (ks. säädösesitykset palvelujen saatavuudesta, STM 2003a)

vain osan tästä vaihtelusta. *Vaihtelujen takaa löytyy yli- ja alihoitoa sekä epätarkoituksenmukaisia hoitokäytäntöjä... Hyvä hoitokäytäntö tarkoittaa sitä, että tehdään oikeita asioita, hyvä laatu puolestaan, että asiat tehdään hyvin.* (STM 1996a, 13.) Suosituksessa hyvälle laadulle annetaan merkitys, joka viittaa suunnittelu-, tuotanto- ja systeemikeskeiseen laatuun. Systemikeskeisyys näkyy palveluiden tasa-arvoisen saatavuuden tavoittelussa. Se voi olla ristiriidassa hyvän hoitokäytännön kanssa, koska hyvät hoitokäytännöt eivät tarkoita sitä, että kaikkia sairauksia hoidetaan yhtä aktiivisesti – tarvitaan näyttöä hoidon vaikuttavuudesta. Suosituksen muissa osissa painotetaan henkilöstöresurssien riittävyyttä henkilöstön jaksamisen edellytyksenä, hoidon jatkuvuutta, toiminnan joustavuutta ja kuntalaisten yhdenvertaista asemaa.

Vuosille 1998–2001 asetetut tavoitteet eivät sisällä erillisiä laatua koskevia tavoitteita, mutta suosituksessa mainitaan, että *asiakkailta on oikeus hyvään ja laadukkaaseen palveluun* (STM 1997, 6). Muissa suosituksen osissa mainitaan asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden mukaisesti räätälöivät palvelut, henkilöstön osaaminen ja jaksaminen sekä hyvä työyhteisö. Vuosien 1999–2002 suunnitelmassa laatu näkyy omana tavoitealueenaan vanhustenhuollossa: *kohotetaan palvelujen ja hoidon laatua*. Kyseisessä kohdassa viitataan ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen, hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan, omahoitajajärjestelmään ja hyvän hoidon kriteeristöjen sekä laadun mittaamista koskevien mallien kehittämiseen. (STM 1998b, 10.) Laadulle annetaan siten suunnittelu- ja tuotantokeskeisiä merkityksiä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ensimmäisessä *tavoite- ja toimintaohjelmassa (TATO) 2000–2003* esitetään laadulle oma tavoite: *laadunhallinta ja oman toiminnan arviointi tutuiksi*. Kyseisen tavoitteen yhteydessä viitataan laadunhallinnan menetelmien käyttöönottoon, julkaisuun laadunhallintasuositukseen ja laatustrategiaan, kohderyhmille laadittaviin laatusuosituksiin sekä hoitosuosituksiin. Tavoitetta tukevia toimenpidesuosituksia esitetään neljä kappaletta. Ensimmäinen suositus liittyy laatusuosituksiin, toinen hoitosuosituksiin, kolmas varhaiskasvatuksen laadunhallintaan ja neljäs tuloksellisuuden arviointiin. (STM 1999, 21–22.) Siten laatua koskevat merkityksenannot viittaavat suunnittelu- ja tuotantokeskeiseen laatuunäkemykseen. Suosituksen muissa osissa käsitellään muun muassa palvelujen saatavuutta, kuntalaisten osallistumista, henkilöstön hyvinvointia, riittävyyttä ja osaamista sekä riittävää rahoitusta.

*Terveydenhuolto 2000-luvulle* -hankkeen toimeenpano-ohjelmassa on seitsemän keskeistä osa-aluetta: terveydenhuollon eettinen arviointi ja ohjaus, potilaan aseman vahvistaminen, terveyden edistäminen, palvelurakenteen korjaaminen ja avohoidon vahvistaminen, terveys-

palvelujen laadun ja vaikuttavuuden parantaminen, ammatillisen osaamisen kehittäminen terveydenhuollossa sekä terveyspalvelujen rahoituksen turvaaminen ja kustannusten hallinta (STM 1998e). Kullekin osa-alueelle esitetään useita toimenpiteitä. Laatuä käsiteltiin *terveyspalvelujen laatua ja vaikuttavuutta* käsittelevässä erillisessä luvussa. Osa-alueella esitettiin seuraavat toimenpide-ehdotukset:

- *Kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä otetaan käyttöön terveyspalveluiden laadunhallintajärjestelmä.*
- *Kehitetään ostopalveluina hankittavien terveyspalveluiden laatukriteeristö.*
- *Laaditaan valtakunnalliset hoitosuositukseset.*
- *Laaditaan valtakunnallisiin hoitosuosituksiin perustuvat alueelliset hoito-ohjelmat ja kehitetään niiden pohjalta tutkittuun tietoon perustuvia hoitokäytäntöjä.*

Laatu liitetään tässä suosituksessa suunnittelu- ja tuotantokeskeiseen laatuä näkemykseen. Laadun määrittely hoito-ohjelmien, laatukriteerien ja hoitosuositusten avulla edellyttää terveydenhuoltolähtöistä suunnittelukeskeistä laatuä ajattelua, jolloin laadun suunnittelulla pyritään varmistamaan laatu. Laatuun ja vaikuttavuuteen ei liitetä asiakas- eikä systeemikeskeisyyttä osoittavia merkityksiä. Myöskään johtamiseen ja työyhteisöön liittyviä asioita ei käsitelty laatuä koskevien tavoitteiden yhteydessä.

Myös hankkeen julkaisun muissa osissa käsitellään laatuun liittyviä asioita. *Terveydenhuollon eettinen arviointi ja ohjaus* sisältävät maininnat valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan perustamisesta ja perusturvalautakunnan tehtävien selkeyttämisestä<sup>149</sup>. *Potilaan aseman vahvistamisen* osa-alueen toimenpide-ehdotukset liittyvät potilasasiamiestoiminnan kehittämiseen ja asiakkaiden valitusten järjestelmällisempään hyödyntämiseen. *Ammattiliseen osaamiseen* liittyvät toimenpiteet ottavat huomioon ikääntyvien työntekijöiden jaksamisen ja työkyvyn tukemisen sekä henkilöstön täydennyskoulutus<sup>150</sup>- ja johtajien johtamiskoulutustarpeet. Työn kuormittavuuden lisääntymisen syinä esitetään henkilöstön vähentämistä lamavuosina sekä työmäärän ja tehokkuusvaatimusten<sup>151</sup> lisääntymistä. Jaksamisen tukemiseksi esitetään täydennyskoulutusta, työkiertoa ja vuorotteluvapaata. Lisäksi viitataan terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain määräyksiin työnantajan velvollisuudesta luoda edellytykset henkilöstön työkyvyn ja ammattitaidon ylläpitämiselle ja edistämiseksi. Myös johtamista käsitellään suosituksen muissa osioissa: *Terveydenhuollon johtamiskäytännöt ovat*

<sup>149</sup> Valtioneuvosto asettaa neljäksi vuodeksi kerrallaan sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimivan valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan, jonka tehtävänä on käsitellä terveydenhuoltoon ja potilaan asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä periaatteelliselta kannalta ja antaa niistä suosituksia. Neuvottelukunnan kokoonpanosta ja tehtävistä säädetään tarkemmin asetuksella.

<sup>150</sup> ks. Valtakunnallinen terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus (STM 2004).

<sup>151</sup> Työn tiivistymisestä (samalla työajalla tehdään enemmän töitä) on esitetty myös tutkimustuloksia (ks. esim. Järnefelt 2002; Järnefelt & Lehto 2002).

*avainasemassa toiminnan tehokkuutta ja työelämän laatua parannettaessa sekä henkilöstön jaksamista tuettaessa... Johtamiskulttuuria on kehitettävä henkilöstön osallistumista ja innovaatioita kannustavaksi sekä ristiriitoja käsitteleväksi. Kun työntekijät osallistuvat toiminnan ja työtapojen kehittämiseen, työmotivaatio ja valmiudet paranevat sekä yhteistyö ja toiminnan tehokkuus lisääntyvät. Tällöin työn vaatavuutta ei koeta rasituksena, vaan se kohentaa työntekijöiden ammattitaitoa ja työtapoja. (STM 1998e, 31.)* Lisäksi *Palvelurakenteen korjaamisen ja avohoidon vahvistamisen* osa-alueella on laatuun liittyviä toimenpide-ehdotuksia. Näitä ovat muun muassa palvelujen saatavuuteen, hoidon jatkuvuuteen, hoitoketjujen toimivuuteen ja tiedonkulkuun liittyvät toimenpide-ehdotukset.

### ***Yhteenveto laatusuosituksen analysoinnista***

Terveydenhuollon laadun informaatio-ohjausta koskeva dokumenttiaineisto jakaantui tässä tutkimuksessa selkeästi kahteen osaan: yleisiin ja varsinaisiin laatusuosituksiin. Näiden kahden ryhmän laatuksityksissä on nähtävissä eroja. Erojen tarkastelussa on otettava huomioon suositusten erilainen konteksti. Varsinaiset laatusuositukset tarkastelevat terveydenhuollon kehittämistoimintaa laadun näkökulmasta, yleiset suositukset käsittelevät laatua yhtenä osana toiminnalle asetettavia tavoitteita.

Varsinaiset laatusuositukset tarkastelevat laatua pääosin useasta näkökulmasta. Asiakasta pidetään aktiivisena toimijana, joka osallistuu laadun määrittelyyn, palvelun suunnitteluun sekä antaa palautetta. Asiakasta ei siis tarkastella potilaana, jonka aktiivisuus on sairauden vuoksi alentunut. Asiakas tarkastelee asioita myös laajemmasta kuin yksittäisen asiakkaan näkökulmasta eli hän pyrkii huolehtimaan yhteisestä hyvästä osallistumalla palveluiden kehittämiseen. Asiantuntijat suunnittelevat laatua perustuen näyttöön ja yhteisesti sovittuihin hoito-ohjelmiin. Palvelutuotannossa pyritään noudattamaan sovittuja käytäntöjä. Toiminnan arviointi, johtamisen kehittäminen, työntekijöiden ammattitaito ja hyvä työyhteisö kuuluvat laadun tekemisen edellytyksiin.

Edellä mainitut asiat painottuvat hieman eri tavoin eri suosituksissa. Pelkästään sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat varsinaiset laatusuositukset painottavat vähemmän tehokkuutta ja taloutta kuin julkisten palvelujen laatustrategian julkaisut (ks. myös Haverinen 2003). Keskimäärin vähemmälle huomiolle suosituksissa jäävät ihmisten johtamiseen ja työyhteisöön sekä systeemikeskeiseen laatu näkemykseen liittyvät seikat. Laaja kohderyhmä poliittisista päättäjistä yksittäisiin työntekijöihin ja asiakkaisiin on tyypillinen varsinaisille laatusuosituksille.

Kohderyhmän laajuus tekee suosituksesta hyvin yleisellä tasolla olevan kuvauksen tärkeinä pidetyistä asioista.

Yleisissä laatusuosituksissa laatua käsiteltiin vaihtelevasti ja osin sattumanvaraisesti erilaisissa yhteyksissä. Täten samaa asiaa käsiteltiin jossakin suosituksessa laatuun liittyvänä asiana ja jossakin toisessa suosituksessa muussa yhteydessä. Täten näyttää siltä, että yleisissä suosituksissa ei edes pyritty selkeästi määrittelemään, mitkä asiat kuuluvat laadun kehittämiseen ja mitkä eivät. Yleisissä laatusuosituksissa korostettiin suunnittelu- ja tuotantokeskeistä laatuajattelua. Tiettyyn ajanjaksoon liittyvät haasteet näkyivät myös laatua koskevissa tavoitteissa. Tarkastelujakson alkuvaiheessa laatuun liitettiin lähinnä laadun varmistaminen ja tuloksellisuus. Myöhemmin korostuivat palvelujen saatavuus sekä hoito- ja laatusuositukset ja laatujärjestelmät.

Jossain määrin on ristiriitaista, että terveydenhuoltoa halutaan kehittää yhä enemmän näyttöön perustuvaksi potilaiden hoidon osalta, mutta ei laadun johtamisen osalta – ainakin, jos asiaa arvioidaan laatusuositusten perusteella. Informaatio-ohjauksen voisi olettaa sisältävän näyttöä suositeltavien toimintatapojen vaikuttavuudesta. Ohjauksen sisältöä ei kuitenkaan perustella viittaamalla tieteelliseen näyttöön tai parhaisiin käytäntöihin. Näyttöön perustuvien perustelujen puuttuminen saattaa vähentää koulutetun henkilöstön sitoutumista suosituksiin. Toisaalta suosituksilla voidaan perustella esimerkiksi kunnallispoliitikoille toiminnan kehittämistä suositusten viitoittamaan suuntaan. Tällöin esimerkiksi valtionhallinnon edustajien esittämät suositukset toimivat auktoriteettina, johon kunnallispoliitikkojen oletetaan luottavan.

### **5.3 Merkitysverkostojen analyysi ja tulkinta laatu- näkökulmittain tarkas- teltuna**

Aineiston yksityiskohtainen analyysi ja tulkinta esitellään viiden laatu-  
näkökulman avulla. Näitä yleisellä tasolla olevia näkökulmia ovat asiakas, suunnittelu, tuotanto, yhteiskunta ja  
systeemi sekä johtaminen ja työyhteisö. Jokainen näkökulma käsitellään omassa alaluvussaan.  
Myös pääosa kyselyaineistosta käsitellään näkökulmien yhteydessä.

### 5.3.1 Laadun edellytyksiä, esteitä ja kustannuksia

Osa kyselylomakkeen kysymyksistä ei liittynyt selkeästi johonkin tiettyyn laatu- tai näkökulmaan. Näitä lomakkeen osa-alueita olivat laatu ja kustannukset, laatu ja erinomaisuus sekä laadun edellytykset ja esteet. Näiden kysymysten tulokset käsitellään ennen näkökulmatarkastelua.

#### *Laatu ja kustannukset*

Ensimmäisessä kyselyssä halusin selvittää vastaajien käsityksiä laadun ja kustannusten välisestä yhteydestä. Toisessa kyselyssä kyseisiä väittämiä ei esitetty, koska ensimmäisen kyselyn perusteella näytti siltä, että vastaajien käsitysten välillä oli suuria eroja. Laadun ja kustannusten suhteelle annettiin todennäköisesti hyvin erilaisia merkityksiä, joita ei pelkän kyselyn perusteella saatu selville. Kertomuksissa laadun ja kustannusten välistä yhteyttä käsiteltiin lähinnä siten, että viitattiin ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan määrän riittämättömyyteen. Koska ammattikoulutettu henkilöstö maksaa enemmän kuin kouluttamaton, voidaan olettaa, että laatu maksaa.

Vastaajille esitettiin kolme laadun ja kustannusten välistä yhteyttä kuvaavaa väittämää: *hyvä laatu alentaa kustannuksia, laadun kehittäminen on kallista ja hyvä laatu maksaa* (liitetäulukko 2). Voidaan olettaa, että laadun kehittäminen vaatii lisäresursseja, mutta kehitystyön tulokset tuottavat mahdollisesti säästöjä. Yli puolet vastaajista ei pitänyt *laadun kehittämistä* kalliina. Toisaalta joka toinen vastaaja oli sitä mieltä, että *hyvä laatu maksaa*. Lisäksi joka toinen vastaaja piti *laatua kustannuksia alentavana*. Tarkasteltaessa laatua palvelun ominaisuuksien, esimerkiksi asiakkaan hoitoympäristön, työntekijöiden ammattitaidon ja kiireettömyyden avulla voidaan olettaa, että hyvä laatu maksaa. Ammattitaitoinen työntekijä on kalliimpi kuin kouluttamaton, vähemmän koulutettu tai kokemattomampi työntekijä. Kokemattomalle työntekijälle maksetaan yleensä vähemmän palkkaa kuin kokeneelle. Toisaalta kokematon työntekijä tekee todennäköisesti helpommin virheitä ja saattaa siten virheiden korjaamisen ja uudelleen tekemisen kautta tulla kalliimmaksi kuin kokenut työntekijä.

Laadun näkeminen kustannuksia alentavana viittaa tuotantokeskeiseen ajatteluun, jossa huonon laatuun liittyvät päällekkäinen ja huonosti tehty työ sekä virheet, jolloin työ joudutaan mahdollisesti tekemään uudestaan sen sijaan, että kaikki olisi tehty vaatimusten mukaisesti ensimmäisellä kerralla. Laadun kehittäminen vaatii yleensä resursseja, koska jollakin henkilöllä pitää olla aikaa kehittää prosesseja, toimintaohjeita ja muuttaa toimintaa. Laadun kehittämiseen liittyvä positiivinen arvolataus – laadun kehittäminen ei maksa – kuvastaa mahdolli-

sesti henkilöstön myönteistä suhtautumista toiminnan parantamiseen. Laadun ja kustannusten välisen suhteen vaikeutta kuvastaa myös se, että vastaajat eivät juuri käyttäneet vastausvaihtojen ääripäitä eli vaihtoehtoja ”täysin samaa mieltä” tai ”täysin eri mieltä”.

### ***Laatu ja erinomaisuus***

Kummankin osatutkimuksen kyselyosuudessa vastaajille esitettiin väittämä *laatu tarkoittaa erinomaisia tuotteita/palveluja*. Suurin osa vastaajista piti laatua erinomaisuutena (liitetaulukko 3). Vastausten perusteella ei voi kuitenkaan päätellä, millaisen merkityksen vastaajat antoivat erinomaisuudelle. Tarkasteltaessa erinomaisuutta EFQM-kriteeristön mukaisesti *erinomaisuus* liittyy moniulotteiseen johtamiskäsitykseen, jota voi mitata useiden osa-alueiden avulla. Jos erinomaisuutta pidetään Reevesin ja Bednarin (1994) mukaisesti erinomaisena laaduna, *jonka tietää, kun sen kokee*, laadulle ei ole selkeitä mittareita (ks. transkendentiaalinen laatu, Garvin 1988).

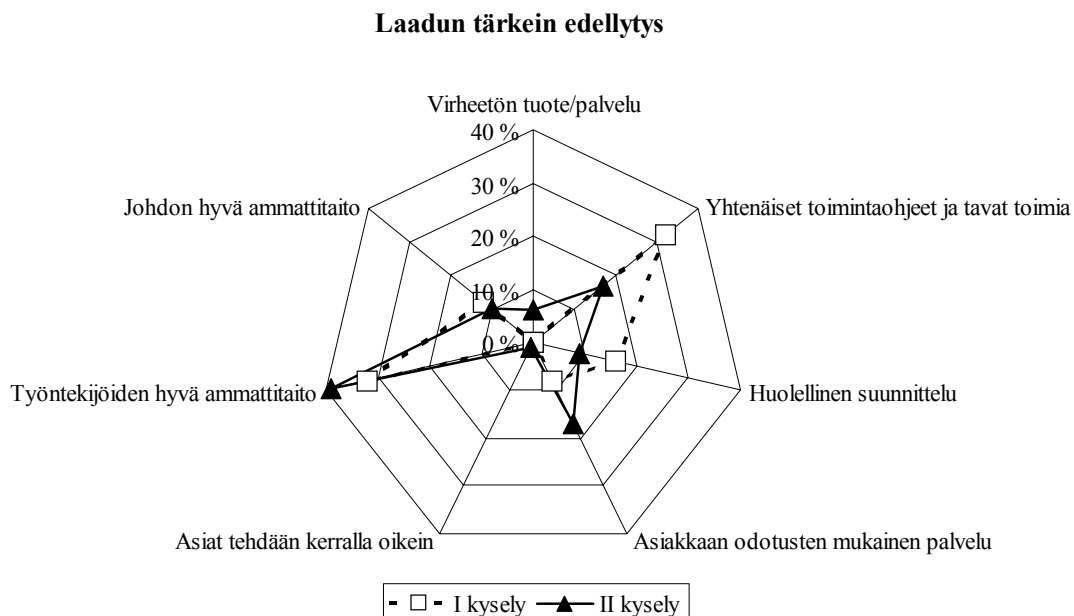
Toisessa kyselyssä vastaajille esitettiin väittämä *laadun tunnistaa, kun sen näkee*. Suurin osa vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa (liitetaulukko 4). Todennäköisesti väittämän kanssa samaa mieltä olleet vastaajat tarkastelivat laatua transkendentiaalisesta näkökulmasta (ks. Garvin 1988), jonka mukainen laatu käsitys vastaa Reevesin ja Bednarin (1994) erinomaisuuden määritelmää. Tällöin laadun pystyy tunnistamaan, vaikka sitä ei pystyisi sanallisesti etukäteen määrittelemään.

### ***Laadun edellytykset ja esteet***

Kyselyssä hoitotyöntekijöille esitettiin seitsemän *laadun edellytykseksi* nimettyä seikkaa, joista vastaajan tuli valita kolme tärkeintä ja asettaa ne tärkeysjärjestykseen. Vaihtoehdot sisälsivät asiakas-, suunnittelu- ja tuotantokeskeiseen laatuun liittyviä näkemyksiä. Yleisimpiä laadun edellytyksiä olivat *työntekijöiden hyvä ammattitaito* sekä *yhtenäiset toimintaohjeet ja tavat toimia* (liitetaulukko 5). Terveystuon palveluissa ammattitaito yhdistetään työntekijän kykyyn suunnitella palvelu asiakkaan tarpeiden mukaisesti soveltamalla tarvittaessa hoito-ohjeita joustavasti. Lisäksi terveydenhuollossa on toimintaohjeita, joiden täsmällinen noudattaminen on osoitus ammattitaidosta. Siten laadulle annettiin näiden kyselyvastausten perusteella suunnittelu- ja tuotantokeskeinen merkitys.

Ensimmäisen kyselyn aineistossa *yhtenäiset toimintaohjeet ja tavat toimia* olivat yleisemmin kuin toisessa aineistossa laadun tekemisen *tärkein* edellytys (kuvio 13). Toisessa kyselyssä

*asiakkaan odotusten mukainen toiminta* valittiin kolmen tärkeimmän laadun edellytyksen joukkoon yleisemmin kuin ensimmäisessä aineistossa.



Kuvio 13. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset laadun *tärkeimmistä* edellytyksestä

Toisen aineiston vanhainkotien hoitohenkilökunta piti asiakkaan odotusten mukaista palvelua hieman sairaalan henkilökuntaa useammin laadun tärkeimpiin edellytyksiin kuuluvana (liitetaulukko 6). Toisaalta toisen aineiston sairaalan henkilökunta määritteli asiakkaan odotusten mukaisen toiminnan useammin laadun edellytyksiin kuuluvaksi kuin ensimmäisen aineiston vastaajat (liitetaulukot 5–6). Tähän saattoi vaikuttaa toisen aineiston vastaajien ensimmäistä aineistoa laajempi ammattijakauma.

Kummankin kyselyaineiston tarkastelu osoitti, että *johdon* ja *työntekijöiden* laatukäsitykset erosivat joiltakin osin toisistaan (liitetaulukot 7–8). Kummassakin aineistossa johto asetti useammin kuin työntekijät johdon hyvän ammattitaidon kolmen tärkeimmän laadun edellytyksen joukkoon. Sekä johto että työntekijät pitivät työntekijöiden ammattitaitoa keskeisenä laadun edellytyksenä. Työntekijät tarkastelevat laatua mahdollisesti oman työnsä näkökulmasta, ja heille työn laatu on ensisijaisesti heidän omasta ammattitaidostaan kiinni, johdon vaikutus on lähinnä välillistä. Johto tarkastelee laatua laajemmasta näkökulmasta ja näkee siksi selkeäm-



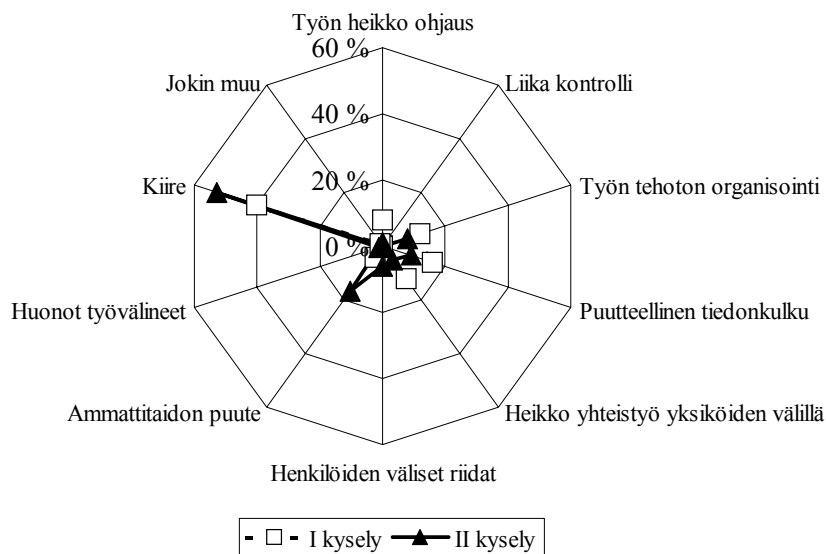
min kummankin tahon merkityksen laadulle. Vastaukset viittaavat terveydenhuollolle tyypillisiin asiantuntijuutta ja ammattitaitoa painottaviin merkityksenantoihin.

Hoitotyöntekijät eivät pitäneet *virheettömyyttä* ja *asioiden kerralla oikein tekemistä* tärkeimpinä laadun edellytyksinä (vrt. Tuominen & Lillrank 2000). Teollisuudessa tuote voidaan korjata tai poistaa ennen toimitusta asiakkaalle – palvelutuotannossa virheettömyyden tavoittelu vaatii, että asiat onnistuvat ensimmäisellä kerralla ja sen edellytyksenä on muun muassa henkilökunnan ammattitaito. Työntekijöiden on huomattava jo palveluprosessin aikana mahdolliset poikkeamat suunnitellusta ja kyettävä muuttamaan toimintaa tilanteen mukaan. Ihminen ei kuitenkaan toimi kuin kone, ja inhimillisten erehdysten mahdollisuus heikentää virheettömyyden todennäköisyyttä. Lisäksi palvelutuotannossa asiakkaan vaikutus lopputulokseen on merkittävä. Jos asiakas ei sitoudu hoitoonsa, työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet lopputulokseen ovat rajalliset.

Kyselyssä vastaajille esitettiin 9 *laatua vaikeuttavaa tekijää*, joista vastaajien tuli valita kolme tärkeintä ja asettaa ne tärkeysjärjestykseen. Ensimmäisessä kyselyssä oli lisäksi vaihtoehto ”jokin muu”. Toisessa kyselyssä vastaajien mielipiteet tärkeimmistä tekijöistä jakaantuivat usean vaihtoehdon kesken, ensimmäisessä kyselyssä kolmesta tärkeimmästä vaikeudesta oli tiini yksimielisempiä. Kolmen tärkeimmän joukkoon valittiin yleisimmin *kiire*, *puutteellinen tiedonkulku* sekä *työn tehoton organisointi* (liitetaulukko 9). Laadun tekemistä vaikeuttavat tekijät ovat samansuuntaisia monenlaisissa työympäristöissä. Esimerkiksi teollisuudessa, rakentamisessa ja majoituspalveluissa laadun tekemistä vaikeuttavat eniten puutteellinen tiedonkulku, kiire ja puutteellinen yhteistyö yksiköiden välillä (Tuominen & Lillrank 2000). Laatua vaikeuttavia tekijöitä eivät yleensä olleet työn liika kontrolli eivätkä huonot työvälineet. Työn liika kontrolli viittaa autoritaariseen johtamiseen. Tulosten perusteella näyttää siltä, että hoitotyöntekijät eivät koe keskeisenä johtamisen ongelmana käskytykskulttuuria.

*Ammattitaidon puute* sai erilaisen painoarvon eri osatutkimuksissa. Ensimmäisessä kyselyssä ammattitaidon puute ei ollut kolmen tärkeimmän laatua vaikeuttavan tekijän joukossa, mutta toisessa kyselyssä se oli kiireen lisäksi yksi tärkeimmistä laadun tekemistä vaikeuttavista tekijöistä sekä sairaalassa että vanhainkodeissa (liitetaulukot 9–10). Ammattitaidon puutteen merkitystä korosti erityisesti johto (kuvio 14, liitetaulukko 12).

### Tärkein laadun tekemistä vaikeuttava tekijä



Kuvio 14. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset *tärkeimmistä* laadun tekemistä vaikeuttavasta tekijästä

Kummassakin kyselyssä työntekijät pitivät *kiirettä* johtoa useammin tärkeimpänä laadun tekemistä vaikeuttavana tekijänä. Tämä näkyi erityisen selkeästi toisessa kyselyaineistossa (liitetaulukko 12). Kiire voi estää ammattitaidon laaja-alaisen käyttämisen ja kapeuttaa siten ammatillista toimintaa vain kaikkein välttämättömimpään. Työntekijän työssä henkilöstövajaus, työtovereiden kokemattomuus tai muu ammattitaidottomuus tuntuvat heti päivittäisissä työtehtävissä. Johto saa siihen tuntumaa todennäköisesti vain välillisesti, ja ehkä tästä syystä johto ei näe kiirettä niin tärkeänä laadun heikentävänä tekijänä kuin työntekijät. *Heikko yhteistyö yksiköiden välillä* oli ensimmäisen aineiston johdon mielestä yksi keskeinen laadun tekemistä vaikeuttava tekijä. (Liitetaulukot 11–12.)

*Työn tehoton organisointi* oli johdolle toisessa osatutkimuksessa useammin kuin työntekijöille tärkein laadun vaikeuttava tekijä. Työn organisoinnin voisi olettaa kuuluvan lähinnä johdolle, johon siis tässä tutkimuksessa kuuluivat myös lähiesimiehet. Johto tarkastelee toimintaa johtamisen näkökulmasta ja tästä syystä se, mikä näkyy työntekijälle työssä kiireenä, saattaa johdon tasolla näyttää pääasiassa työn tehottomalta organisoinnilta. Täten kukin taho tarkastelee asiaa lähinnä oman horisonttinsa, kokemustautansa kautta ja muodostaa siinä kontekstissa

laadun ja tiettyjen laadun tekemistä vaikeuttavien osatekijöiden välille merkityssuhteen. Työn tehottoman organisoinnin taustalla saattaa olla priorisoinnin puute.

Tarkasteltaessa laadun edellytysten ja esteiden välisiä eroja 1) kahden aineiston, 2) vanhainkotien ja terveystieteiden sekä 3) johdon ja työntekijöiden välillä monet pienet erot saattavat olla sinänsä merkityksettömiä ja osin ristiriitaisiakin. Aineiston koon vuoksi tulos antaa vain suuntaa tiettyihin tulkintoihin. Toiminnan konteksti ja vastaajan asema organisaatiossa vaikuttavat laadun ymmärtämisyyhteyteen. Keskeisintä on nähdäkseni se, mitä tekijöitä juuri kukaan vastaajista ei pidä laadun tärkeimpinä edellytyksinä tai esteinä. Laadun tärkeimpänä edellytyksenä ei ole virheetön tuote tai palvelu eikä asioiden kerralla oikein tekeminen. Laadun tekemistä ei juuri heikennä työn liiallinen kontrolli, huonot työvälineet, työn heikko ohjaus eivätkä henkilöiden väliset riidat. Virheettömyys ja kerralla oikein tekeminen ovat tulkittavissa vastaajien mielessä samaksi asiaksi, ja tätä tukee tuotantokeskeisen laadun yhteydessä myöhemmin käsiteltävät kyselyn tulokset.

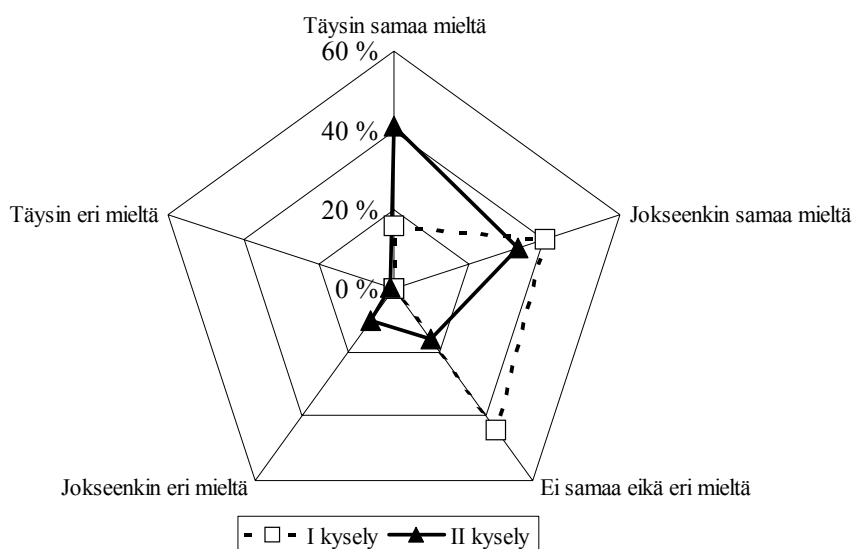
### **5.3.2 Asiakaskeskeiset merkityksenannot: itsemääräämisoikeuden kunnioittamista ja hyvää kohtelua**

Asiakaskeskeisyys on palvelutoiminnan tarkastelua asiakkaan näkökulmasta. Se edellyttää terveydenhuollossa muun muassa asiakkaan osallistumista palvelun suunnitteluun, päätöksentekoon, palvelun toteuttamiseen ja arviointiin. Terveystieteiden asiakaskeskeinen toimintatapa on tärkeää myös asiakkaan hoitoon sitoutumisen kannalta.

#### ***Kyselyn merkityksenannot***

Tämän tutkimuksen kyselyosuudessa yksittäisen asiakkaan näkökulmaan viitattiin kahdessa laatuun koskevassa väittämässä sekä laadun tärkeimpien edellytysten yhtenä vaihtoehtona. Väittämiä olivat *laatu on mitä tahansa asiakas ilmaisee sen olevan* ja *laatu on asiakkaiden odotusten täyttämistä*. Nämä merkitykset viittaavat palveluteoreettiseen ja markkinalähtöiseen asiakasajatteluun (ks. esim. Grönroos 2001), jolloin yksittäisen asiakkaan tyytyväisyys on keskeistä ja tavoiteltavaa. Asiakkailta on kuitenkin hyvin erilaisia käsityksiä laadusta, ja siksi asiakaskeskeinen laatu on aina subjektiivista. Ensimmäisen kyselyn vastaajista joka toinen ja toisen kyselyn vastaajista suurin osa oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että laatu on asiakkaiden odotusten täyttämistä (kuviot 15; liitetaulukko 13).

### Laatu on asiakkaiden odotusten täyttämistä



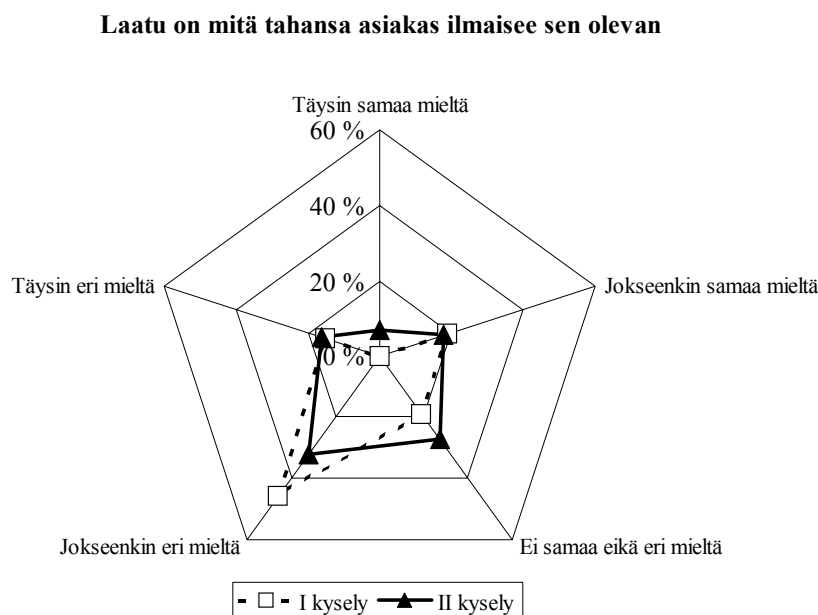
Kuvio 15. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset asiakkaan odotusten mukaisesta toiminnasta

Toisessa kyselyaineistossa *asiakkaan odotusten mukainen palvelu* oli kolmen tärkeimmän laadun edellytyksen joukossa useammin kuin ensimmäisessä aineistossa (liitetaulukko 5). Tarkasteltaessa asiakaskeskeisyyttä kahden väittämän avulla vanhainkotien edustajat olivat toisessa kyselyssä asiakaskeskeisempiä kuin saman aineiston terveyskeskussairaalan edustajat (liitetaulukko 14). Lisäksi toisen aineiston sairaalan edustajat ajattelivat laadusta asiakaskeskeisemmin kuin ensimmäisen aineiston vanhainkotien edustajat, mikä viittaa toisen aineiston vastaajien asiakaskeskeisempään näkemykseen organisaatiotyypistä (sairaala, vanhainkoti) riippumatta. Yhtenä syynä tähän saattoi olla toisen kyselyn vastaajien ammattijakauman erilaisuus verrattuna ensimmäiseen kyselyyn. Ensimmäisen kyselyn vastaajista joka neljäs ja toisen kyselyn vastaajista joka kymmenes oli esimies. Toisessa kyselyssä oli myös monipuolisempi ammattijakauma (liitetaulukko 1). Sekä ensimmäisessä että toisessa kyselyssä työntekijät pitivät laaduna asiakkaiden odotusten mukaista toimintaa useammin kuin esimiehet (liitetaulukot 15–16).

Toisen aineiston vanhainkotien ja terveyskeskussairaalan väliset erot osoittivat, että vanhainkodeissa työ voi olla asiakaslähtoisempää joiltain osin kuin asiantuntijaosaamista mahdollisesti enemmän painottavassa terveyskeskussairaalassa. Lisäksi työtehtävillä (johtaja tai työntekijä) näytti olevan jonkin verran vaikutusta laadulle annettuihin merkityksiin, ja tulos oli si-

ten samansuuntainen kuin aikaisemmissa tutkimuksissa (Kekäle 1998; Tuominen & Lillrank 2000).

Väittämän *laatu on mitä tahansa asiakas ilmaisee sen olevan* kanssa täysin tai jokseenkin eri mieltä oli yli puolet ensimmäisen kyselyn vastaajista ja noin puolet toisen kyselyn vastaajista (kuvio 16; liitetaulukot 13–14). Vastaajat eivät näyttäneet antavan kahdelle asiakaskeskeisyyttä kuvaavalle väittämälle samaa merkitystä.



Kuvio 16. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset siitä, onko laatu mitä tahansa asiakas ilmaisee sen olevan

Hoitohenkilökunnan vastausten perusteella asiakas ei ole ainoa laadun määrittelijä. Markkina-  
lähtöinen asiakasajattelu ei siten ole keskeinen laatukäsitys hoitotyöntekijöiden keskuudessa.  
Tämä näkemys sopii hyvin julkiseen terveydenhuoltoon, jossa yksittäinen asiakas ei ole ainoa  
päätöksentekijä, ja toisaalta myös terveydenhuollon asiantuntijaosaamista painottavaan työ-  
kentelytapaan. Asiantuntija määrittelee hoidon teknisen laadun ja asiakkaan osuus laadun  
määrittelyssä rajoittuu pääasiassa toiminnalliseen laatuun.

### ***Hoitotyöntekijöiden kertomusten ja laatusuosituksen merkityksenannot***

Kehyskertomuksissa asiakaskeskeisyys oli kuvattu asiakkaan odotusten mukaisena toiminta-  
na. Kehyskertomusversioissa 5 ja 9 laadukkaasti sairaalan ja vanhainkodin ominaisuuksiin

kuului, että siellä toimitaan asiakkaan odotusten mukaisesti. Sairaalaa koskeneeseen kehyskertomusversioon 5 kirjoitti 14 työntekijää ja vanhainkotiä koskeneeseen versioon 9 yhteensä 15 työntekijää. Kehyskertomusversiossa esitetty laadun määritelmä, *asiakkaan odotusten mukainen toiminta*, antoi kirjoittajalle valmiin käsityksen laadusta. Toisaalta edellä mainittuihin asiakaskeskeisiin kehyskertomusversioihin ei kirjoitettu selkeästi muita kehyskertomusversioita enemmän asiakaskeskeisyydestä. Vaikka asiakaskeskeisyys ei ollut laadun tekemisen tärkein edellytys kyselyaineiston perusteella, asiakaskeskeisyyttä ilmentäviä merkityksenantoja sisältyi jokaiseen kehyskertomusversioon kirjoitetuissa kertomuksissa.

Potilaasta on julkisessa keskustelussa tullut yhä enemmän asiakas, joka päättää itse ja jolla on mahdollisuus valita. Asiakkaan ja työntekijän välinen vuorovaikutus on hoitosuhteessa keskeinen tekijä, koska palvelun tuottamisessa sekä asiakas että työntekijä vaikuttavat syntyvän palvelun laatuun. Tähän viitattiin myös yhdessä laatusuosituksessa: *asiakaslähtöisesti toimitaessa asiakkaan ja ammattilaisen välille syntyy aitoa, tasa-arvoista, kahdensuuntaista vaikuttamista ja vuoropuhelua (Laadunhallinta 2, 11)*. Dialoginen vuorovaikutussuhde asettaa asiakkaan ja työntekijän samalle tasolle (Mönkkönen 2002).

Tasa-arvoinen suhtautuminen asiakkaisiin viittaa asiakkaan aseman passiivisuudesta luopumiseen. Kertomusvastauksissa asiakkaiden vaatimusten lisääntymistä pidettiin yhtenä syynä asiakkaiden tai omaisten mahdolliseen tyytymättömyyteen: *tosin nykyajan vanhukset osaavat vaatia toisin kuin 30 v. sitten, tai sitten ainakin heidän keski-ikäiset lapsensa (mm. kylpyä, suihkutusta päivittäin ja päivittäin kuntoutusta, vaikka olisi pitkäaikaisuodepotilas) (3, 124)*. Asiakkaiden vaatimusten on yleisesti oletettu nousevan koulutustason noustessa: asiakas osaa kysyä, ottaa selvää asioista ja vaatia. Myös laatusuosituksissa viitattiin asiakkaiden vaatimusten ja tarpeiden muuttumiseen: *asiakkaiden odotukset ja vaatimukset palvelujen laadulle ovat lisääntyneet, samoin heidän rohkeutensa antaa palautetta palveluista on kasvanut (Laadunhallinta 2, 13)*. Toisaalta asiakkaiden koulutustaso saattaa vaikuttaa siten, että se tekee asiakkaiden vaatimuksista ja odotuksista realistisempia. Asiakkaiden odotuksiin voidaan myös vaikuttaa antamalla tietoa siitä, mitä palveluja ja hoitomuotoja kunta järjestää (ks. Øvretveit 1992). Hoitomuotojen kehittyessä asiakkaiden odotukset seuraavat tieteen kehitystä, ja odotusten mukainen toiminta vaikeutuu rajallisten resurssien vuoksi.

Vertailtaessa hoitotyöntekijöiden kertomusten ja laatusuositusten käsityksiä näytti siltä, että kertomuksissa asiakaskeskeisyys liittyi palveluja käyttävään asiakkaaseen ja hänen omaisiinsa, laatusuosituksissa asiakas nähtiin laajemmin myös potentiaalisena palvelujen käyttäjänä ja

aktiivisena vaikuttajana. Tämä kuvastaa myös kertomusten kontekstisidonnaisuutta ja tarkastelutasoa. Suosituksissa asiakkaan tarpeiden tyydyttämistä tarkasteltiin enemmän meso- ja makrotasolla, kertomuksissa mikrotasolla (ks. Rieper & Mayne 1998). *Terveydenhuollossa asiakkuus on moniulotteinen. Keskeisin asiakas on potilas, mutta asiakas on myös kunta. Muita asiakkaita ovat esimerkiksi perhe ja vakuutusyhtiö. (Terveyspalvelut, 8.)*

Hoitotyöntekijöiden kertomuksissa asiakaskeskeisyyteen liittyvät merkityksenannot voitiin ryhmitellä neljään kokonaisuuteen: **1) asiakkaan itsemääräämisoikeuteen, 2) kohteluun, 3) asiakaspalautteeseen ja 4) hoitoympäristön rakenteeseen.** Näitä osatekijöitä on pidetty aikaisempienkin tutkimusten mukaan tärkeinä ja tavoiteltavina asioina (ks. esim. Mustajoki ym. 2001). Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) korostaa edellä mainittuja seikkoja. Täten osatekijät kuvastavat yhteiskunnassa tärkeinä pidettyjä arvoja.

Tarkasteltaessa asiakkaan valinnan mahdollisuuksia ja päätösvaltaa voidaan todeta, että asiakkaiden **itsemääräämisoikeuden** keskeisenä edellytyksenä oli asiakkaiden ja omaisten *tiedonsaanti*. Jos asiakas ei saa riittävästi tietoa päätöksentekonsa tueksi, ei voida puhua todellisesta itsemääräämisoikeudesta. Kertomuksissa tiedonsaanti liitettiin hoitoprosessin osaksi. Tiedonsaanti ei siten liity pelkästään johonkin yksittäiseen päätöksentekotilanteeseen vaan koko hoitoprosessiin. *Omaisista kuunnellaan ja annetaan tietoa. Potilaan tilan muutoksista soitetaan omaisille. (5, 120.)*

Asiakkaan tai omaisten tiedonsaanti liitettiin kertomuksissa yksittäisen asiakkaan hoitoon liittyviin asioihin. Laatusuosituksissa tiedonsaanti liitettiin yleisemmin kansalaisten oikeuksiin saada tietoa palveluista, jotta asiakas voisi toimia ja vaikuttaa aktiivisesti asioihinsa. Tiedonsaanti vaikuttaa asiakkaiden mahdollisuuksiin arvioida palveluja. Täten tiedonsaanti liittyi suosituksissa muihinkin kuin vain palvelujen käyttötilanteisiin. *Asiakkaat odottavat avoimuutta ja oikeaa tietoa julkisista palveluista, omista oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan sekä menettelytavoista mahdollisten virheiden ja ongelmien sattuessa (Laatustrategia 1, 5).*

Palvelusitoumukset olivat laatusuositusten mukaan yksi keskeinen tapa antaa tietoa asiakkaille. Palvelusitoumus viittaa asiakaskeskeisen tiedonsaannin lisäksi myös suunnittelu- ja tuotantokeskeiseen laatuäkemykseen, koska palvelusitoumus kuvaa tavoiteltavan laadun tason ja pyrkimyksen sen virheettömään saavuttamiseen. Täten palvelusitoumus ei tuo esille palveluiden räätälöintiä asiakkaiden tarpeista lähtien vaan sovittujen vaatimusten tarkkaa noudattamista. Sitoumus sopinee niihin palvelun laadun osatekijöihin, jotka ovat melko helposti

määriteltävissä, kuten hoitoon pääsy ja odotusajat. *Palvelusitoumuksella annetaan palvelun laadusta selkeä lupaus, joka voi koskea palvelun saamiseen kuluvaan aikaan, palvelun ominaisuuksia ja asiakaspalvelua. Näin palvelun tarvitsija tietää, mitä ja minkälaista palvelua hän voi tuottajalta odottaa ja edellyttää. (Laadunhallinta 2, 13–14.)* Varsinaisista laatusuosituksista erityisesti ikäihmisten hoitoa koskevassa suosituksessa korostettiin kuntalaisten tiedon- saantia palvelujen laatutasosta. Tiedottamisen taustalla vaikutti olevan ajatus aktiivisesta kansalaisesta, joka seuraa tavoitteiden toteutumista ja reagoi puutteisiin.

*Hoidon suunnitteluun osallistuminen* yhdessä omaisten kanssa antaa asiakkaalle mahdollisuuden tuoda esille omia yksilöllisiä tarpeitaan ja siten osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Hoitosuunnitelmat liittyvät sekä suunnittelu- että asiakaskeskeiseen laatuun. Vaikka hoitotyöntekijöiden kertomuksissa asiakkaan itsemääräämisoikeus oli keskeinen laadulle annettu merkitys, asiakkaan valintaoikeudet olivat kuitenkin rajalliset. Hoidon suunnittelu erotettiin selkeästi asiakkaan muusta osallistumisesta ja valintojen tekemisestä. Voidaan olettaa, että hoitoa koskevat päätökset tekee ammattihenkilö kuultuaan asiakasta. Toisaalta hoidoksi voidaan tulkita myös asiakkaan *virkestäytymiseen* liittyvät palvelut, jolloin asiakas päättää siinä yhteydessä käyttämistään palveluista varsin itsenäisesti.

Itsemääräämisoikeutta voidaan pitää kokoavana, yhdistävänä käsitteenä monille asiakkaan oikeuksiin liittyville seikoille. Hoitotyöntekijät antoivat vanhainkodeissa asiakkaan itsemääräämisoikeudelle laajemman merkityssisällön kuin terveystieteissä sairaalassa. Vanhainkodissa asiakas sai päättää muun muassa huoneensa sisustuksesta ja nukkumaanmenoajoista sekä osallistumisestaan harrastuksiin, erilaisiin virkestäytymistuokioihin ja hoitosuunnitelman laadintaan. Terveystieteissä sairaalassa asiakkaan itsemääräämisoikeus näkyi kertomuksissa suppeampana, lähinnä osallistumisena hoidon suunnitteluun. Vanhainkodeissa tehtävän työn luonne korostaa tilojen kodinomaisuutta. Asiakas voi vaikuttaa *hoitoympäristöönsä* laajemmin kuin sairaalassa – ainakin ihanteellisimmissa kuvitelmissa. Todellisuudessa vanhainkodeissa saattaa olla liian vähän tilaa ja mahdollisuuksia asiakkaiden omiin kalusteisiin. Myös asiakkaiden huonokuntoisuus asettaa todennäköisesti rajoituksia. Hyvän vanhainkodin kuvauksen sisältämä kodinomaisuuden painottaminen voi viitata myös työntekijöiden haluun muuttaa asiakkaat parempikuntoisemmiksi kuin he ovat tällä hetkellä.

Terveystieteissä sairaalassa asiakkaat ovat joko väliaikaisesti esimerkiksi kuntoutumassa tai paljon hoitoa ja hoivaa tarvitsevana pitkäaikaispotilaina, joilla ei ole välttämättä hetkellisesti tai pysyvästi kykyä laajaan itsemääräämiseen. Lisäksi terveystieteissä sairaalan hoitoympäristöä



ei suunnitella automaattisesti saman asiakkaan pitkäaikaiseen oleskeluun. Täten laadun ja itsemääräämisoikeuden välinen merkityssuhde on selkeästi kontekstisidonnainen – itsemääräämisoikeus vaihtelee hoitopaikan perusluonteen mukaisesti sisällöltään ja hoitohenkilökunnan sille antamalta painoarvoltaan. Voidaan ajatella, että hoitopaikassa työkalttuuri vaikuttaa tavoiteltaviin laatuominaisuuksiin, ja siten esimerkiksi terveyskeskussairaalassa hyväkuntoinen potilas saattaa joutua tyytymään vähäisempään itsemääräämisoikeuteen kuin huonokuntoisempi asukas vanhainkodissa.

Laatusuosituksissa asiakkaan itsemääräämisoikeutta tarkasteltiin abstraktimmalla tasolla kuin kertomuksissa. Suosituksissa korostettiin asiakkaan osallistumista, valintaoikeuksia ja tiedon- saantia. Valinnat koskevat esimerkiksi hoitopaikan valintaa. Täten niissä korostuu kuluttajanäkökulma – asiakas päättää ja valitsee ja tarvitsee tästä syystä tietoa. Hoitotyöntekijöiden kertomuksissa asiakas on selkeästi avun tarvitsija, joka ei ole täysin riippumaton toimija. Hoitotyöntekijät tarkastelevat suhdetta asiakkaaseen hoitamisen kautta eikä niinkään yleisenä palvelutehtävänä, jossa asiantuntijuus ei korostu samalla tavoin. Taulukossa 7 kuvataan laadun ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden merkityssuhteita kertomuksissa ja suosituksissa.

Taulukko 7. Asiakkaan itsemääräämisoikeus asiakaskeskeisen laadun merkityssuhteina kertomuksissa ja laatusuosituksissa\*)

LAATU ILMENTYMIINEN	HYVÄN LAADUN MERKITYSSUHTEET KERTOMUKSISSA	HYVÄN LAADUN MERKITYSSUHTEET LAATUSUOSITUKSISSA
<b>Asiakaskeskeisyys</b> <b>Itsemääräämisoikeus</b> Tietojen saaminen päätöksenteon pohjaksi	Osastollani potilaat saavat hoitoa, huolenpitoa, kuntoutusta sekä riittävästi selkokielistä <b>tietoa</b> , niin paljon kun tarvitsevat ilman kiireen tuntua (6, 69).	Palvelusitoumuksella annetaan palvelun laadusta selkeä <b>lupaus</b> , joka voi koskea palvelun saamiseen kuuluvaa aikaa, palvelun ominaisuuksia ja asiakaspalvelua. Näin palvelun tarvitsija <b>tietää</b> , mitä ja minkälaista palvelua hän voi tuottajalta <b>odottaa ja edellyttää</b> . (Laadunhallinta 2, 13–14.)
Hoidon suunnitteluun osallistuminen	Paras mainos palvelujen laadusta on tyytyväinen ja hyvin kuntoutunut ja virkistynyt potilas. Hän on ollut <b>mukana oman hoitosuunnitelmansa laatimisessa</b> . (4, 76.)	Tärkeä laadun kehittämisen tie on mahdollistaa asiakkaiden aito <b>osallistuminen</b> itseään koskeviin valintoihin ja ratkaisuihin. Esimerkkejä näistä tilanteista ovat palvelu- ja hoitopaikan valinta, <b>hoito- ja palvelusuunnitelmien tekeminen</b> ja jatkohoitopäätösten tekeminen. (Laadunhallinta 1, 11.)
Virkistäytymiseen liittyvät valinnat	Vanhuksen mielipiteet ja toiveet huomioidaan, hän voi mennä askartelemaan ja <b>osallistua</b> jumppaan <b>jos haluaa</b> . (02, 06.)	Kansalaiset vaativat yksilöllisiä tarpeitaan yhä paremmin vastaavia julkisia palveluja. <b>Itsemääräämisoikeuden</b> lisääntyminen merkitsee asiakkaiden oikeutta ja mahdollisuutta valintoihin ja heidän <b>kuluttajansuojansa</b> turvaamista. (Laatustrategia 1, 5.)
Hoitoympäristöön liittyvät valinnat	Kyseisessä vanhainkodissa on jokaisella vanhuksella <b>oma huone, saa ottaa omia tavaroita</b> ja huonekaluja mukaansa entisestä kodista. Huoneen oven <b>voi lukita</b> , jos haluaa olla omassa rauhassa. (02, 06.)	Järjestettäessä asiakkaille sopivia palveluja kiinnitetään huomiota myös asiakkaiden <b>valinnanvapauden</b> lisäämiseen (Tato 2000–2003, 20).  Palvelujen eettisenä lähtökohtana on ikäihmisten arvostaminen ja <b>itsemääräämisoikeuden</b> kunnioittaminen sekä heidän yksilöllisiin tarpeisiinsa vastaaminen (Ikäihmiset 15).

\*) Merkityssuhteen ydinkohta lihavoitu.

Hoitotyöntekijät liittivät kertomuksissaan hoitolaitoksen laatuun hoitoympäristöön liittyviä merkityksiä. Merkityksenannot viittasivat sekä *tilojen asianmukaisuuteen* että *yksityisyyteen* ja *yksilöllisyyteen*. Asiakkaan oikeutta omaan huoneeseen ja omien tavaroiden mukanaoloa pidettiin tärkeänä erityisesti vanhainkodeissa. Oma huone mahdollistaa yksityisyyden ja vähentää muista asiakkaista mahdollisesti aiheutuvia häiritsevyyksiä. Tilojen yksityisyys ja yksilöllisyys liittyivät kertomuksissa asiakkaan itsemääräämisoikeuteen ja palvelujen räätälöintiin asiakaslähtöisesti. Tilojen asianmukaisuuteen liittyivät monipuoliset yleiset tilat, rauhallisuus, kodinomaisuus sekä hoitopaikan sijainti ja kulkuyhteydet. Näillä oli yhteyttä toiminnan yleiseen asiakaslähtöisyyteen.

Asiakastilat ja niiden viihtyisyys liittyvät erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen toiminnan luonteeseen. Tilojen merkitys ei välttämättä ole asiakkaan kannalta yhtä olennaista

verotoimistossa, kirjastossa tai muissa julkisen sektorin palveluissa, joissa asiakkaan ei tarvitse oleskella pitkiä aikoja. Tilojen merkitys on keskeistä esimerkiksi pitkäaikaisessa laitoshoidossa, jossa laitos korvaa asiakkaan kodin (Vaarama ym. 1999; Vaarama ym. 2001; ks. myös Rosqvist 2003). Asiakkaan hoitoympäristön yksityisyyttä rajoittavat muiden asiakkaiden lisäksi asiakkaan omat voimavarat, koska vanhukset ovat huonokuntoisia ja tarvitsevat paljon apua perustarpeidensa tyydyttämisessä. Yksityisyyden merkitystä korostettiin myös laadultaan huonon hoitolaitoksen kuvauksissa, joissa hoitoympäristöön liittyviä merkityksenantoja olivat häiritsevät toiset asiakkaat, useamman hengen huoneet sekä huonot yleiset tilat. Huonot tilat olivat ahtaita, likaisia ja huonojen yhteyksien päässä. *Ankea ympäristö, vanha ym... ei viihtyisyyttä, monen hengen huoneet. Virtsa haisee, paljon huutelevia asukkaita, levoton! (01, 014.)*

Taulukossa 8 kuvataan asiakkaan hoitoympäristön laatuun liittyviä merkityssuhteita hoitotyöntekijöiden kertomuksissa ja yhdessä laatusuosituksessa. Hoitoympäristöä ei käsitelty yleisissä laatusuosituksissa laatua koskevien tavoitteiden yhteydessä, mutta ikäihmisten hoitoa koskeva varsinainen laatusuositus käsittelee luontevasti hoitoympäristöä kontekstinsa mukaisesti. Taulukossa **hoitoympäristön rakennetta** käsitellään *tilojen asianmukaisuuden* ja *yksityisyyden kannalta*.

Taulukko 8. Asiakkaan hoitoympäristön rakenne asiakaskeskeisen laadun merkityssuhteina kertomuksissa ja laatusuosituksissa\*)

LAATU ILMENTYMINEEN	HYVÄN LAADUN MER- KITYSSUHTEET KER- TOMUKSISSA	HUONON LAADUN MERKITYSSUHTEET KERTOMUKSISSA	HYVÄN LAADUN MER- KITYSSUHTEET LAA- TUSUOSITUKSISSA
<p><b>Asiakaskeskeisyys</b></p> <p><b>Hoitoympäristön rakenne</b></p> <p>Yksityisyys</p> <p>Tilojen asianmu- kaisuus</p>	<p>Jokaisella asukkaalla <b>oma huone</b>, parvekkeet <b>maantasossa</b> (ei hissejä, ei portaita, ei kynnyksiä). Viidellä asukkaalla yhteinen <b>oleskelutila</b>, jossa ruokaillaan ja katsellaan TV:tä. Talossa oma saunaosasto uima-altaineen (terapia-allas). Viidestä asukkaasta huolehtii omahoitaja. <b>Palveluina</b> kampaamo, jalkojenhoitaja, hieroja, kirjasto. (02, 012.)</p> <p><b>Rauhallisella paikalla</b>, luonnon keskellä pari vuotta sitten valmistunut talo, jossa 10 asuinhuonetta, sauna ja iso päiväsaali/olohuone. <b>Päiväsalissa</b> ruokaillaan, vietetään yhteisiä toimintatuokioita, katsellaan tv:tä tai ollaan vaan. Jokaisella asukkaalla on <b>oma huone</b>, joka on mahdollista kalustaa omilla tuntuilla ja rakkailla kalusteilla. Huoneissa on wc ja suihku. (7, 59.)</p>	<p>Tilat ovat <b>ahtaat</b>, huone, jossa asukas viettää loppuelämänsä, valitsemiensa rakkaiden tavaroiden keskellä, on pimeä ja tapetit, lattiat ja katto tummat ja vanhat (01, 01).</p> <p>Vanhainkoti on varmaankin melko <b>huonokuntoinen</b>. Asiakkaat asuvat <b>useamman hengen huoneissa</b> ja yhteiset <b>tilat ovat riittämättömät</b>. Kalustus on kulunutta. Kodinomaisuuteen ei kiinnitetä huomiota. (01, 04.)</p> <p>Vanhainkoti sijaitsee <b>kaukana</b> muista palveluista ja asuinalueesta - syrjäisellä seudulla. Julkisella kulkuvälineellä sinne pääsee kerran päivässä, jos niinkään usein. Kun vanhainkotiin astuu sisään, huomaa heti sen olevan remontin tarpeessa: <b>tilat eivät ole tarkoituksenmukaiset</b> eivätkä valoisat ja vähän joka nurkka repsottaa. Omaishajukin tulee jo ovella vastaan. (01, 017.)</p>	<p><b>Hyvä ympäristö</b> ylläpitää ja edistää fyysistä, sosiaalista ja psyykkistä toimintakykyä (Ikäihmiset 18).</p> <p>Arvioinnin avulla tarpeet asetetaan tärkeysjärjestykseen ja näin voidaan luoda kunnan <b>hoitoympäristöjen parantamisohjelma</b>, jota toteutetaan tavoitteiden mukaisesti (Ikäihmiset 18).</p>

\*) Merkityssuhteen ydinkohta lihavoitu.

Asiakkaan **kohteluun** liittyvä merkityskokonaisuus sisälsi merkityksenantoja, jotka kuvastivat asiakkaan *arvostamista, ystävällisyyttä* sekä asiakkaan *kuuntelua* ja hänen kanssaan *keskustelua*. Markkinakeskeisessä asiakasajattelussa asiakassuhteet pyritään säilyttämään ja kysyntä pitämään vakaana tai lisääntyvänä, ja siksi asiakkaiden hyvä kohtelu on tärkeää (ks. esim. Grönroos 1994; 2001). Julkisessa terveydenhuollossa asiakkaiden pitäminen jatkossakin kyseisen hoitopaikan asiakkaina ei ole organisaatiolle tärkeää toiminnan kannattavuussyistä. Työpaineissa henkilöstö voi kokea, että kysynnän väheneminen on jopa toivottavaa (ks. Morgan & Murgatroyd 1994), koska kysynnälle ei muilla tavoin aseteta riittävästi rajoja. Toisaalta asiakkaiden hyvä kohtelu ja asiakkaan auttaminen liittyvät hoitotyössä työn merkitykselliseksi kokemiseen. Ihmisten auttamisen kautta työ on antoisaa ja se koetaan merkitykselliseksi (Ki-

vimäki ym. 1998; ks. myös Vuori 2002a; 2002b; 2003). Kun hoitotyöntekijä pitää omaa työtään tärkeänä, hän myös nauttii työstään ja kohtelee asiakkaita hyvin.

Laatusuosituksissa ei juuri ollut asiakkaiden kunnioittamiseen, arvostamiseen ja yleisesti kohteluun liittyviä mainintoja. Asiakkaiden kohteluun liittyvät asiat yhdistetään mahdollisesti yksittäiseen asiakassuhteeseen liittyvään vuorovaikutukseen, ja tästä syystä niitä ei korosteta suosituksissa. Ikäihmisten hoitoa koskeva laatusuositus poikkesi muista suosituksista siten, että siinä näkyi vanhusasiakkaiden arvostamisen tärkeys. Se on myös osoitus suosituksen kontekstisidonnaisuudesta. *Palvelujen eettisenä lähtökohtana on ikäihmisten arvostaminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä heidän yksilöllisiin tarpeisiinsa vastaaminen (Ikäihmiset, 15)*. Tarve painottaa arvostamista juuri ikäihmisiä koskevassa suosituksessa voi viitata vanhusten vähäiseen arvostamiseen yhteiskunnassa. Vanhusten alhainen arvostus voi olla osoitus yhteiskunnan arvojen kovenemisestä – vain tuottava ihminen voi olla arvokas (vrt. priorisointikriteerit). Vanhustenhuollon alhainen arvostus näkyy muun muassa vanhustenhuollon liian vähäisessä henkilöstömäärässä (Vaarama ym. 2001). Tästä seuraa se, että työntekijät myös itse kokevat, että vanhustenhuollon työntekijöitä ei arvosteta (Wickström ym. 2002). Tähän viittaavat myös kertomuksissa olleet maininnat sekä asiakkaiden että työntekijöiden arvostamisen tärkeydestä. Jos työtä ei arvosteta, sen mielekkyys katoaa, ja työ alkaa muuttua yhä uuvuttavammaksi.

Asiakkaan huono kohtelu ja välinpitämättömyys olivat niitä laadun osatekijöitä, joista kirjoitettiin huonon laadun kuvauksissa muita asioita enemmän. Välinpitämättömyyttä ilmensivät ihmisarvoa loukkaavat tekijät, kuten piittaamattomuus asiakkaan toiveista ja perustarpeiden tyydyttämättä jättäminen. Kertomusten mukaan asiakkaat saattavat kärsiä esimerkiksi janosta ja nälästä tai he joutuivat sietämään märkiä vaippoja pitkiä aikoja tai heidät tainnutettiin lääkkeillä hiljaisiksi (ks. myös Vaarama ym. 1999). Piittaamattomuus asiakkaiden toiveista näkyi kertomuksissa muun muassa siinä, että asiakkailta ei kysytty mielipidettä vaan toimittiin hoitohenkilökunnan aikataulujen ja tarpeiden mukaan. Täten kohtelu ja itsemääräämisoikeus liittyivät selkeästi toisiinsa. *Varmaankin vaipat jäävät vaihtamatta tai niiden käytössä on kiintiö. Tämä tuntuu kovasti puhuttavan. Lääkkeiden käyttö on runsasta, vanhukset tainnutetaan tyytyväisiksi. Ruoka on riittämätöntä. (01, 04.)*

Koska laatusuosituksissa kohteluun liittyvät merkityksenannot olivat vähäisiä, taulukossa 9 ei ole viittauksia laatusuosituksiin.

Taulukko 9. Asiakkaan kohtelu asiakaskeskeisen laadun merkityssuhteina kertomuksissa\*)

LAATU ILMENTYMINEEN	HYVÄN LAADUN MERKITYSSUHTEET KERTOMUKSISSA	HUONON LAADUN MERKITYSSUHTEET KERTOMUKSISSA
<p><b>Asiakaskeskeisyys</b></p> <p><b>Kohtelu</b> Ystävällinen käytös Arvostamisen osoittaminen Kuuntelu Keskustelu</p> <p><b>Huono kohtelu</b> Välinpitämättömyys Epäystävällisyys</p>	<p>Astuessani vanhainkotiin saan aina <b>ystävällisen</b> hyvää päivää toivotuksen oli sitten vastassa johtaja, hoitaja, laitoshuoltaja tai talonmies (02, 03).</p> <p>Potilaisiin suhtaudutaan <b>kunnioittavasti, arvostavasti</b> ja lämpimästi, kaiken tekemisen lähtökohtana on potilaslähtöisyys. Se ei tarkoita, että ”sokeasti” palvelullaan, vaan ammattitaitoisesti ja ammatillisesti. (2, 82.)</p> <p>Omaiset saavat vieraila aina silloin, kun he haluavat. Varsinaisia vierailu-aikoja ei ole. Omaiset voivat osallistua vanhuksen hoitoon omien toiveiden ja voimavarojen mukaan. Henkilökunnalla on aina <b>aikaa irrottautua</b> työstä ja <b>keskustella</b> omaisten kanssa, jos tähän on tarvetta. (9, 88.)</p> <p><b>Ystävällisyys</b> on tärkeää. Asiakkaiden tarpeista huolehditaan ja heillä ja omaisilla on oikeus kertoa puutteista ja kaikesta hyvästä. (5, 10.)</p> <p>Asiakasta myös <b>kuunnellaan</b>, eikä vain hoideta tiettyä asiaa (5, 102).</p>	<p>Vanhusten kanssa <b>ei seurustella</b>. Omaisiin suhtaudutaan <b>töykeästi</b>, koetaan haittana ei voimavarana. (01, 04.)</p> <p>Henkilökunta <b>ei kuuntele</b> vanhusta eikä omaisia. <b>Ylimielinen, väheksyvä tai loukkaava suhtautuminen</b>. (01, 021.)</p> <p>Tyypillistä on potilaitten <b>huono kohtelu</b>. Ollaan <b>töykeitä</b> ja kovakouraisia potilaita kohtaan. <b>Huolimattomuus ja välinpitämättömyys</b> vallitsee potilaan asioiden hoidossa. Henkilökunta ei välitä eteenpäin potilaan asioita. Omaisten läsnäollessa kohdellaan potilaita huonosti, mm. puhutellaan epäkohteli-aasti. Tällöin huhut leviävät omaisten välityksellä ympäriinsä talon ulkopuolelle. Tästä seuraa mm. se, etteivät ihmiset haluaisi tulla kyseiseen sairaalaan hoitoon, vaan toivovat pääsevänsä muualle. (3, 104.)</p>

\*) Merkityssuhteen ydinkohta lihavoitu.

Laadukkaan hoidon ja hoivan tavoittelua voivat heikentää hoitohenkilökunnan näkökulmasta myös asiakkaista itsestään ja heidän omaisistaan johtuvat tekijät. Tämä kuvastaa palvelutuotantoon liittyviä ongelmia – asiakas ja omainen vaikuttavat omalla toiminnallaan hoidon lopputulokseen. Omaiset eivät välttämättä saa tietoa riittävästi läheisensä sairauden luonteesta tai eivät ota tietoa vastaan ja siten omalla toiminnallaan vaikeuttavat hoidon sujumista. *Omaiset voivat myös valittamalla hoidosta purkaa siten omia pahanolontunteitaan ja tämä taas lisää henkilökunnan huonoa oloa... Kaikki eivät ole empaattisia, kuuntelevia, tarkkoja huomioita tekeviä potilaan tilasta ja voinnista, kirjaamisessa on voinut olla puutteita eikä ole ehditty tai välitetty tehdä kunnan hoitosuunnitelmia.* (3, 105.) Toisaalta hoitotyöntekijöiltä odotetaan korkeampaa vaikeiden vuorovaikutustilanteiden sietokykyä kuin esimerkiksi asiakkailta tai heidän omaisiltaan. Täten erilaisiin vuorovaikutustilanteisiin liittyviä ongelmia voidaan tarkastella myös työntekijöiden ammattitaidon kautta, jolloin vaikeiden tilanteiden hallitsemista voidaan kehittää (ks. esim. Kuikka 2002).

Asiakkaan itsemääräämisoikeuden, kohtelun ja hoitoympäristön lisäksi kertomusvastauksissa asiakkaan näkökulmaa ilmensi *asiakaspalautteen hankinta ja sen hyödyntäminen* (taulukko 10). Asiakaslähtöinen toiminta tarkoittaa joustavuutta ja asiakkaan tarpeisiin mukautumista muuttamalla aikaisempia toimintatapoja asiakaspalautteen perusteella. Palautteiden toimintaa muuttava vaikutus on osoitus responsiivisuudesta. Asiakaspalautteen hankinta liitettiin kertomuksissa palveluiden kehittämiseen, ja siten sillä oli yhteyttä palautteen vaikuttavuuden tavoitteluun. *Olemme muuttaneet työaikoja potilaidemme mielipiteiden mukaan. Toiset haluvat nukkua myöhempään kuin toiset, samoin valvoa myöhempään, syödä eri aikaan. Heille on jääkaappi, johon voimme laittaa ruokaa ja he syövät silloin, kun heille maistuu. Omaiset voivat tuoda mieliruokia... Eli työhön voimme tulla porrastetusti - toteutamme ”liikkuvaa työaikaa”. Meillähän on jo nyt ”avain”, jolla merkkäämme ja pääsemme sisään ja ulos. Työaika on siis kiinni potilaiden toiveista, ei niinkään hoitajien. (2, 101.)*

Hoitovirheiden avointa käsittelyä ei liitetty kertomuksissa selkeästi laatuun liittyviin merkityksenantoihin. Toisaalta avoimuuden korostaminen työyhteisön toimintaa kuvattaessa voi viitata myös avoimuuteen virheiden käsittelyssä. Asiakkaan epäillessä hoitovirhettä voidaan virhe-epäilyä pitää asiakaspalautteena. Hoitovirheiden käsittelyssä on tärkeää, että yksittäistä työntekijää ei automaattisesti syyllistetä, vaan etsitään mahdollisia puutteita toiminnan organisoinnista. Aikaisempien tutkimusten mukaan asiakaspalautteen kerääminen on yleistä terveydenhuollossa, mutta järjestelmällinen hoitovirheiden käsittely on harvinaisempaa (ks. esim. Hourula & Laivamaa 1997; Mäki ym. 2000). Kummassakaan kyselyaineistossa virheetömyyttä ei pidetty tärkeimpiin laadun edellytyksiin kuuluvana (liitetaulukko 5).

Yleisissä laatusuosituksissa korostettiin kielteisen palautteen (esim. kantelut, muistutukset, potilasvahinkoilmoitukset) hyödyntämistä toiminnan kehittämisessä sekä tiedonsaantia palautteenantotavoista. Suosituksissa painopiste oli siten palautejärjestelmien toimivuudessa. *Kunnat parantavat potilaiden muistutuksista, kanteluista ja potilasvahinkoratkaisuista kertyvän tiedon hyödyntämistä toiminnan kehittämisessä (Tato 2000–2003, 20)*. Varsinaisissa laatusuosituksissa toiminnan arviointiin liitettiin merkityksenantoja, jotka viittasivat asiakkaan tekemän arvioinnin rajallisuuteen. *Asiakastyytyväisyys (toiminnallinen laatu) on vain osa terveydenhuollon asiakkaan tarpeita. Potilas odottaa saavansa kliinisesti korkeatasoista ja terveydentilaa edistävää hoitoa (tekninen laatu), vaikkei osakaan eritellä hoidon kliinisiä laatuominaisuuksia. (Terveyspalvelut, 8.) Asiakaspalautte on tarpeen suhteuttaa toiminnasta muulla tavoin saatavaan tietoon (Laadunhallinta 1, 13).*

Asiakas ei voi arvioida täysin luotettavasti koko palvelua, vaan asiakas arvioi lähinnä toiminnallista laatua. Tämä on perinteisin tapa ajatella terveydenhuollon laadun arviointia. Asiakas halutaan pitää erillään asiantuntijatyön arvioinnista. Ikäihmisten hoitoa koskevassa suosituksessa esitetään asiakaspalautteen tulosten julkistamista, ja siten asiakkaiden tekemä arviointi asetetaan vapaasti nähtäväksi. Taulukossa 10 esitellään asiakaspalautteeseen liitetyt merkityssuhteet kertomuksissa ja laatusuosituksissa.

Taulukko 10. Asiakaspalaute asiakaskeskeisen laadun merkityssuhteina kertomuksissa ja laatusuosituksissa\*)

LAATU ILMENTYMIIN	HYVÄN LAADUN MERKITYSSUHTEET KERTOMUKSISSA	HYVÄN LAADUN MERKITYSSUHTEET LAATUSUOSITUKSISSA
<b>Asiakaskeskeisyys</b> <b>Asiakaspalaute</b> Asiakaspalautteen hankinta  Asiakaspalautteen vaikuttavuus	Heidän <b>kokemuksiaan</b> hoidosta <b>mitataan säännöllisesti</b> haastatteluin. Samoin mitataan säännöllisesti omaisten kokemuksia vanhusten hoidosta. Palautetta otetaan vastaan myös koko ajan. Toimintaa <b>kehitetään palautteen mukaan</b> . (8, 27.)  Olemme <b>muuttaneet</b> työaikoja potilaidemme <b>mielipiteiden mukaan</b> (2, 101).  Toimintaa <b>kehitetään palautteen mukaan</b> . Henkilökunnan kokemuksia /jaksamista seurataan tietysti myös säännöllisesti. Tuloksia käydään yhdessä läpi henkilökunnan kanssa; toimintaa kehitetään. (8, 27.)	Asiakkaiden on voitava osallistua ja <b>vaikuttaa palvelujen kehittämiseen</b> . Asiakkaalla tulee aina olla mahdollisuus esittää <b>palautteensa</b> saamastaan palvelusta... Julkisissa palveluissa suositellaan palvelusitoumusten käyttöä. Niihin kuuluvat <b>asiakaspalaute, oikaisu ja mahdollinen korvausmenettely</b> luvatussa palvelusta. (Laatustrategia 1, 14–15.)  Terveystieteiden toimintayksiköiden laatujärjestelmissä on tehostettava <b>asiakaspalautteen</b> systemaattista keräämistä. Potilaiden muistutuksista, kanteluista ja potilasvahinkoratkaisuista kertyvää <b>tietoa on hyödynnettävä</b> omaa ja alueellista toimintaa kehitettäessä. (Th 2000, 13.)  Potilasasiainjärjestelmää kehitetään ja <b>asiakaspalautetta seurataan</b> ja arvioidaan järjestelmällisesti toimintayksiköissä ja kunnissa... Kunnissa lisätään palvelusitoumuskäytäntöjä. Toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa otetaan huomioon kuntalaisilta saatava <b>palautte palvelujen kehittämistarpeesta</b> . (Tato 2000–2003, 20.)

\*) Merkityssuhteen ydinkohta lihavoitu.

Laatusuosituksissa asiakaskeskeisyys sisälsi merkityksenantoja, jotka kuvastivat asiakkaan osallistumista, asiakkaan tekemää arviointia ja palautetta sekä hoitotilojen asianmukaisuutta. Yleisissä laatusuosituksissa näitä asioita ei kuitenkaan käsitelty laatua koskevien tavoitteiden yhteydessä vaan muissa suosituksien osissa ja niissäkin niukasti. *Hoidon inhimillisyyttä korostetaan ja kiinnitetään erityistä huomiota hoitotyön kehittämiseen sekä omaisten ja muiden potilaalle läheisten henkilöiden mahdollisuuksiin osallistua potilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen (Valsu 1988–1992, 27; ks. myös Valsu 1987–1991, 28)*. Myöskään varsinaisissa laatusuosituksissa asiakkaan itsemääräämisoikeus ja kohtelu eivät olleet keskeisimpiä laadun



ilmentymiä. Asiakkaan roolia käsiteltiin suosituksissa yleisemmällä tasolla ja yleisempänä palveluihin vaikuttamisena ja arviointiin osallistumisena kuin kertomuksissa.

Yleisissä laatusuosituksissa on 1990-luvun puolivälin jälkeen korostettu *palvelujen saatavuutta*. Saatavuutta voidaan pitää yhtenä palvelun laadun osatekijänä. Palvelujen saatavuutta voidaan tarkastella yksittäisen asiakkaan näkökulmasta ja toisaalta yhteiskunnan tasolla palvelujen yleisenä saatavuutena. Yleinen palvelujen saatavuus liittyy ihmisten väliseen tas-arvoon (vrt. systeemikeskeinen laatu). Palvelujen saatavuus voidaan liittää myös responsiivisuuteen, reagointialttiuteen, joka liittyy myös hyvään kohteluun. Reagointialttiutta voivat olla asiakaskohtaisesti räätälöivät palvelut, joiden suunnitteluun osallistuessaan asiakas vaikuttaa hoitonsa yksilöllisyyteen.

Terveyspalveluiden saatavuudessa on todettu olevan eroja maan eri osa-alueiden välillä, ja jonot ovat joillakin alueilla ja sairausryhmissä vakava ongelma. Yleisissä laatusuosituksissa palvelujen saatavuudelle esitetyt aikarajat viittaavat laadun suunnitteluun ja yhdenmukaisuutta korostavaan laatuikäytökseen. Oletetaan, että on olemassa jokin yleinen palveluiden saatavuuden taso, jota tavoitellaan. Toisaalta asiakkaiden tarpeet ovat vaihtelevia, ja asiakas saattaa haluta ajan lääkärille vasta kuukauden kuluttua eikä kolmen päivän päästä. Asetetusta aikarajasta tulee helposti keskimääräinen taso. Vähimmäisjonotusaikojen määrittely on kuitenkin osoitus asiakaskeskeisyydestä siinä mielessä, että asiakas saa etukäteen tietoa siitä, millaisista odotusajoista on kyse. Tällöin asiakkaalla on paremmat lähtökohdat osallistua hoitonsa aikataulujen suunnitteluun. *Palveluiden saatavuuden ja laadun turvaaminen: Sosiaali- ja terveyspalvelujen tasa-arvoinen ja monipuolinen saatavuus turvataan maan kaikissa osissa. Samalla kun huolehditaan sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudesta, varmistetaan palvelujen laadusta ja jonotusaikojen kohtuullisuudesta. Kunnallisessa perusterveydenhuollossa tavoitteena on, että asukas pääsisi lääkärin tutkimuksiin ja hoidon arviointiin kolmen arkipäivän kuluessa. Kiireellinen hoito tulee järjestää välittömästi paikassa, jossa on riittävä päivystysvalmius. Erikois- ja erityistason sairaanhoidon järjestämisessä tavoitteena on, että kunnan asukas pääsisi tutkimuksiin ja hoidon tarpeen arviointiin 1–2 viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. (Valsu 1995–1998, 11; ks. myös Valsu 1996–1999, 9.)*

Palveluiden saatavuuden määrittely edellyttää valintojen tekemistä, koska saatavuus täytyy määrittellä jollain tavalla. Aikarajojen lisäksi valintoihin liittyy palvelujen räätälöinnin rajat – standardoitujen yleisten palvelujen ja asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden mukaisten palvelujen saatavuuden määrittely: *Palvelukulttuurimme on yhä rakentunut pitkälti standardoituun, yleisiä palveluita tarjoavaan toimintatapaan. Asiakkaiden tilanteet ovat kuitenkin yksilöllisiä ja*

*ainutkertaisia. Palvelujen järjestämiseen asiakkaan tarpeiden, odotusten ja toiveiden lähtökohdista on entistä enemmän kiinnitettävä huomiota. (Valsu 1998–2001, 7.)* Standardoitu palvelu takaa tietyn samanlaisen palvelun kaikille, mutta siihen voidaan lisätä yksilöllisiä elementtejä. Terveysthuollon laadun dualismi näkyy monessa yhteydessä. Kahden erilaisen tilanteen tunnistaminen vaatii ammattitaitoa ja toisaalta myös poliittista päätöksentekoa. Vaikka yksittäisen asiakkaan kohdalla olisikin asiakkaan näkökulmasta tarpeellista räätälöidä kaikki palvelut asiakaskohtaisesti, se ei kuitenkaan aina ole taloudellisesti järkevää eikä automaattisesti vaikuttavampaa kuin standardoitu palvelu.

Hoitotyöntekijät eivät käsitelleet kertomuksissaan palvelujen saatavuutta samassa mielessä kuin laatusuosituksissa. Voidaan tosin ajatella, että palvelujen saatavuuteen liittyy asiakkaan kohdalla esimerkiksi se, miten nopeasti hänen avunpyyntönsä sairaalan vuodeosastolla vastataan verrattuna toisiin asiakkaisiin. Yksittäisen asiakkaan näkökulman ja yhteisen hyvän näkökulman välistä mahdollista ristiriitaa käsiteltiin vain muutamissa kertomuksissa. Hoitotyöntekijöille ei ole mahdollisesti muodostunut kehittyntä merkityssuhdetta yksilön ja yhteisön hyvän väliseen ristiriitaan tai että sitä ei jostain syystä haluta käsitellä vaikeiden päätösten vuoksi. ...*vanhainkodissa oleilee joukko vanhuksia, joille jokaiselle pitää löytyä aikaa ja päivittäiset rutiinit on hoidettava (02, 08).*

### ***Yhteenveto asiakaskeskeisestä laadusta***

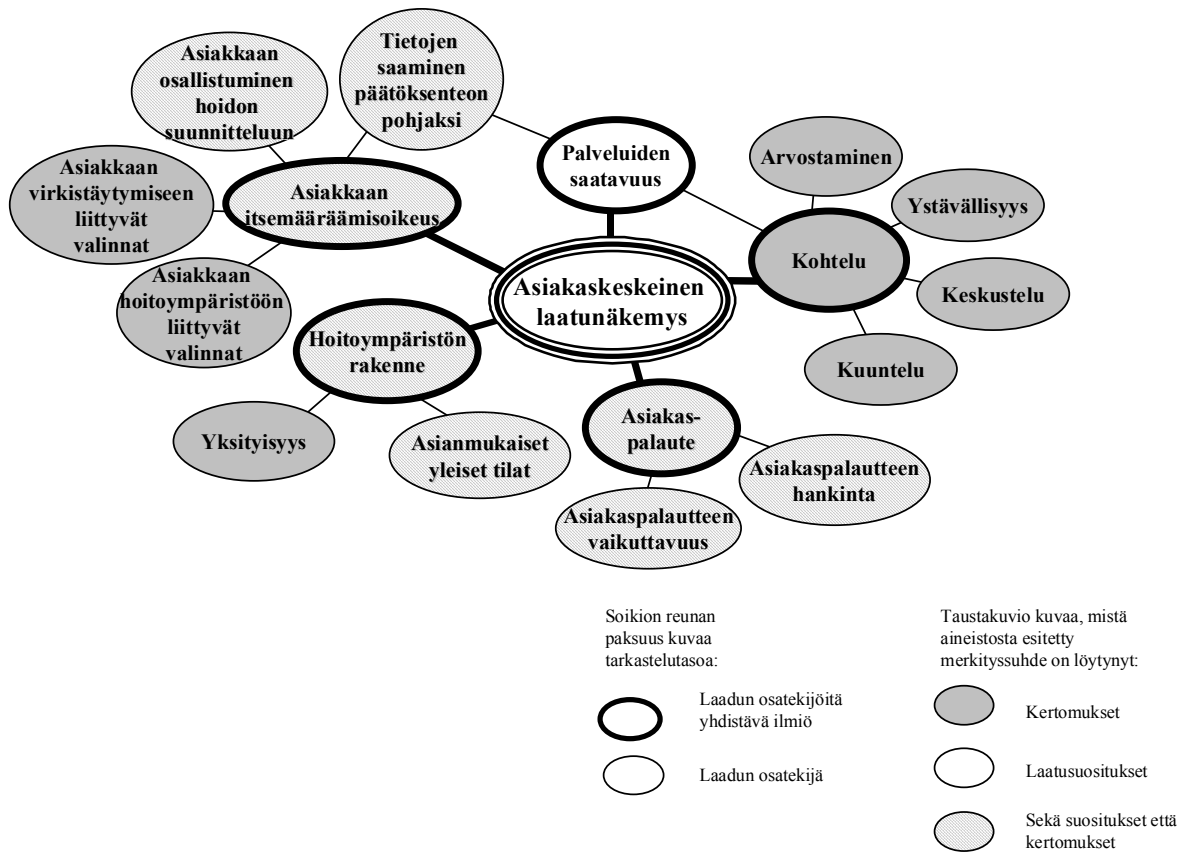
Tämä tutkimuksen teoriaosan lopussa, luvussa 4.2.6, esitin kuviona esiyymmärryksen perusteella muodostamani käsityksen laadun osatekijöistä asiakkaan, suunnittelun, tuotannon ja systeemin näkökulmista. Esiymmärryksen mukaan itsemääräämisoikeus, osallistumismahdollisuudet, valinnan mahdollisuudet, tiedonsaanti, palvelujen yksilöllisyys, kohtelu ja asiakas-tyytyväisyys olivat erillisiä osa-alueita asiakaslähtöisessä tarkastelussa. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella itsemääräämisoikeuden osatekijöitä ovat asiakkaan tiedonsaanti sekä osallistumis- ja valinnan mahdollisuudet. Kohtelu ja asiakaspalaute sekä hoitoympäristön rakenne ovat erillisiä kokonaisuuksia, joilla on kuitenkin yhteyttä itsemääräämisoikeuteen. Aineiston analysointi paljasti esiymmärrystäni yksityiskohtaisemmat merkityksenannot ja osoitti asiakaskohtaisen näkökulman yhteyksiä muihin laadunäkökulmiin. Laadunäkökulmien väliset yhteydet kuvataan luvuissa 6.1 ja 6.2 laatusuositusten ja hoitohenkilökunnan käsitysten osalta erikseen, koska yhteydet ovat erilaisia. Kertomusaineiston alustavassa analyysissä (luku 5.1), jossa analyysiä tehtiin kertomuskohtaisen teemoittelun avulla, asiakaskeskeisyyteen liittyvät tekijät tulivat esille erillisinä teemoina.

Tarkasteltaessa asiakasnäkökulmasta hoitotyöntekijöiden kertomuksia ilmeni selkeästi, että hoitotyöntekijöillä liittyi kehittyneitä ja tiedostettuja merkityssuhteita itsemääräämisoikeuden ja kohtelun osa-alueisiin. Itsemääräämisoikeudessa korostui erityisesti asiakkaan osallistuminen hoidon suunnitteluun. Kokonaisuutena asiakaskeskeinen laatu näkemys sisälsi paljon kehittyneitä merkityksenantoja. Perustelen tätä sillä, että tähän näkemykseen sisältyi kaikkein vähiten ristiriitaisuuksia. Laadun ilmiöön sinällään sisältyvät ristiriitaisuudet oli perusteltu, tästä esimerkkinä muiden asiakkaiden tarpeiden huomioon ottaminen hoidon suunnittelussa, joka liittyy systemikeskeiseen laatu näkemykseen, mutta on myös osa tätä näkemystä.

Laatusuosituksissa itsemääräämisoikeutta painotettiin selkeämmin asiakkaan valintaoikeuksien näkökulmasta. Lisäksi asiakas oli aktiivinen toimija, ei avuntarvitsija. Täten laatusuosituksen asiakas muistuttaa markkinoilla toimivaa itsenäistä asiakasta, joka maksaa itse palveluista. Tällöin palveluntuottajan ei tarvitse arvioida asiakkaan tarpeita suhteessa muiden asiakkaiden tarpeisiin, ja silloin asiakassuhteen perustana voi olla puhtaasti liiketoiminta. Laatusuosituksen asiakasta ei juurikaan tarkastella apua tarvitsevana potilaana.

Suosituksissa ei esiintynyt asiakkaan kohteluun liittyviä merkityksenantoja. Tämä saattaa kuvastaa laatusuosituksien sisältämien merkityksenantojen kontekstia – ilmiötä ei juurikaan tarkastella yksittäisen asiakkaan tasolta. Yleisissä laatusuosituksissa asiakkaaseen liittyviä merkityksenantoja ei esitetty laatua koskevien tavoitteiden yhteydessä.

Kuviossa 17 kuvataan laadun ja asiakaskeskeisyyden merkityssuhteita ja niihin liittyviä merkitysverkostoja kertomuksissa ja laatusuosituksissa. Asiakaskeskeisyyteen liittyy viisi kokonaisuutta: asiakkaan itsemäärääminen, hoitoympäristön rakenne, asiakkaan kohtelu, asiakaspalaute sekä palvelujen saatavuus.



Kuvio 17. Asiakaskeskeisen laadun merkityssuhteet ja -verkostot kertomuksissa ja laatusuosituksissa

### 5.3.3 Suunnittelukeskeiset merkityksenannot: yhdenmukaisuuden suunnittelua ja palvelujen räätälöintiä

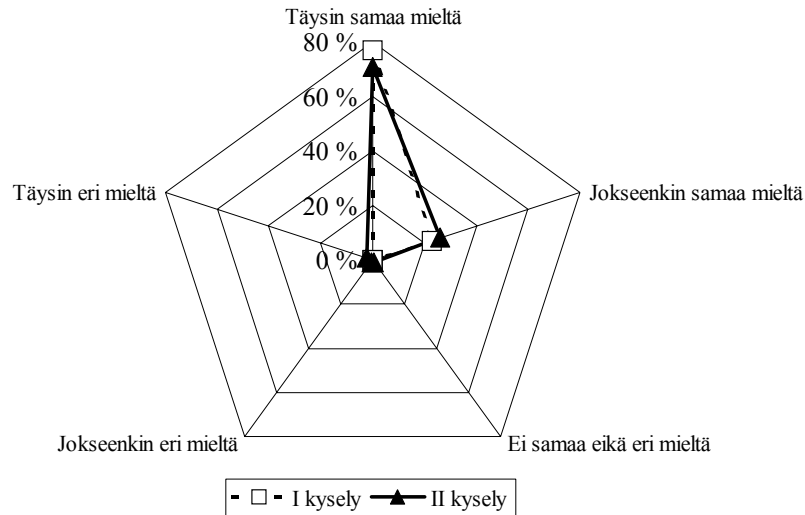
Suunnittelu-, tuoteominaisuus- ja tuotekeskeinen laatu tarkoittavat laatu näkökulma-ajattelussa samaa asiaa. Laatu määräytyy tuotteen tai palvelun ominaisuuksien perusteella, ja laadun määrittelyssä keskeisenä toimijana on asiantuntija. Terveyspalveluissa osa suunnittelukeskeisyydestä liittyy yhdenmukaisuuden tavoitteluun ja osa asiakaskohtaiseen palvelujen räätälöintiin tai muuhun tilanteen mukaiseen toiminnan suunnitteluun.

#### *Kyselyn merkityksenannot*

Kyselyssä hoitohenkilökunnalle esitettiin väittämä, jonka mukaan *laadukas palvelu on hyvin suunniteltu*. Vastajat olivat kummassakin kyselyssä täysin tai jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa asiasta (kuvio 18; liitetaulukko 17). Terveystieteiden tutkimuksessa hoitosuunnitelma on keskeinen osa toimintaa ja yksi laadunhallinnan menetelmistä (Outinen ym. 2001). Hoitotyön-

tekijät pitivät suunnittelua sekä yhtenäisiä toimintaohjeita ja tapoja toimia keskeisinä laadun edellytyksinä (liitetaulukko 5).

#### Laadukas palvelu on hyvin suunniteltu



Kuvio 18. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset laadun ja suunnittelun välisestä yhteydestä

#### *Hoitotyöntekijöiden kertomusten ja laatusuosituksen merkityksenannot*

Yhdessäkään sellaisessa kehyskertomusversiossa, jossa esitettiin laatua määrittävä ilmaisu, ei viitattu suunnittelukeskeiseen laatuun. Tämä johtui siitä, että oletin suunnittelun olevan niin keskeinen osa terveydenhuollossa tehtävää työtä, että se tulee kertomuksissa näkyviin automaattisesti. Analyysissä suunnittelukeskeisyys jaetaan asiakaskohtaiseen ja työntekijäkeskeiseen suunnitteluun.

Terveydenhuollossa *asiakaskohtainen* suunnitelmallisuus poikkeaa teollisuuden tuoteominaisuuskeskeisestä suunnitelmallisuudesta. Teollisuudessa asiakkaan rooli ei ole yleensä samalla tavalla aktiivinen tuotteen tuotantoprosessin suunnittelussa ja toteutuksessa kuin se on palvelutuotannossa. Palveluiden luonteeseen kuuluu, että asiakkaan toiminnalla on vaikutusta palvelun lopputuloksen laadulle (ks. esim. Grönroos 2001). Tämä näkyy terveydenhuollossa hoitosuunnitelmien toteutumisessa ja hoidon vaikuttavuudessa. Jos asiakas ei sitoudu hoitoon, hoidon tulokset heikkenevät.

Hoitotyöntekijöiden kertomuksissa *suunnittelukeskeiseen asiakaskohtaiseen* merkityskokonaisuuteen liittyviä merkityksiä olivat **1) asiakkaan hoidon suunnittelu yhteistyössä asiakkaiden ja omaisten kanssa hoidon räätälöimiseksi** sekä **2) hoidon jatkuvuuden turvaaminen**. Asiakaskohtaiseen suunnitteluun liitettiin hoidon jatkuvuuden ilmentymänä *omahoitajamalli ja moniammatillinen työote: asukkaalle laaditaan hoitosuunnitelma yhdessä asukkaan omaisten, omahoitajan ja moniammatillisen tiimin kanssa (9, 56)*. Laadukasta palvelua tehdään yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa. Hoitotyöntekijöille tyypillinen ryhmätyö tukee laatujohtamisessa keskeistä yhteistoiminnallisuutta. Omahoitajamalli ja moniammatillisuus voidaan liittää myös työntekijälähtöiseen toimintaan ja siinä yhteydessä työnjaon suunnitteluun.

Hoidon jatkuvuudella voidaan tarkoittaa muun muassa *hoidon jatkuvuutta* työvuorosta toiseen *samassa hoitopaikassa* tai hoidon jatkuvuutta eri *hoitopaikkojen välillä (hoitoketjut)*. Hoidon jatkuvuuteen liittyy tiedon siirtäminen. Hoitotyöntekijöiden kertomuksissa asiakaskohtaista suunnittelua tarkasteltiin yksittäisen asiakkaan hoidon jatkuvuuden turvaamisen näkökulmasta. Kun hoidon jatkuvuus on suunniteltu hoitosuunnitelman laadinnan yhteydessä, voidaan varmistaa myös hoidon yksilöllisyys: *olemme suunnitelleet hyvin toimivan hoito- ja palvelusuunnitelman joka ohjaa työtämme ja takaa hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden (8, 41)*. Hoidon jatkuvuuteen ja hoitoketjuihin liittyvät merkitykset olivat yleisempiä terveyskeskussairaalan henkilökunnan kuin vanhainkotien henkilökunnan keskuudessa, mikä kuvastaa laadun ilmiön kontekstisidonnaisuutta.

Laatusuosituksissa laadun liittyminen sujuviin prosesseihin, yhteistyöhön ja työnjakoon näkyi hoito- ja palveluketjuja tukevassa ajattelussa. Hoidon jatkuvuutta tarkasteltiin pääasiassa hoitoketjujen näkökulmasta. Potilaan hoito tapahtuu tällöin useissa hoitopaikoissa, ja se vaatii eri tahojen rooleista ja tehtävistä sopimista, jotta hoito on sujuvaa ja jatkuu ilman keskeytyksiä. Suosituksissa jatkuvuutta tarkasteltiin pääasiassa yksittäisen asiakkaan sijaan yleisemmällä tasolla ja lähinnä työntekijän näkökulmasta. Toisaalta yksittäisen asiakkaan hoidon jatkuvuus on aina hoitoketjuajattelun perustana. Taulukossa 11 kuvataan laadun asiakaskohtaiseen suunnitteluun liittyviä merkityksenantoja kertomuksissa ja laatusuosituksissa.

Taulukko 11. Asiakaskohtaisen suunnittelukeskeisen laadun merkityssuhteet kertomuksissa ja laatusuosituksissa\*)

LAATU ILMENTYMINEEN	HYVÄN LAADUN MERKITYSSUHTEET KERTOMUKSISSA	HYVÄN LAADUN MERKITYSSUHTEET LAATUSUOSITUKSISSA
<p><b>Suunnittelukeskeisyys</b>  <b>Asiakasnäkökulma</b>  <b>Asiakaskohtainen suunnittelu</b></p> <p>Hoitosuunnitelmien laadinta yhteistyössä asiakkaiden ja omaisten kanssa, hoidon räätälöinti</p> <p>Hoidon jatkuvuuden turvaaminen</p>	<p><b>Asiakkaiden ja asiakkaiden omaisten kanssa</b> löytyy aikaa keskusteluihin ja tätä kautta voidaan tehdä suunnitelmalliset <b>hoitotyön suunnitelmat</b>. Hoitotyötä ohjaa yleensäkin suunnitelmallisuus ja sen toteuttamiseen on resurssit. (02, 08.)</p> <p>Tulotilanteessa järjestetään hoitokokous, johon <b>otetaan mukaan uusi asukas</b>, lähiomaiset, solunhoitaja ja omahoitaja sekä sairaanhoitaja sekä tarvittaessa muita, kerrotaan talontavoista ja kuunnellaan asukkaan ja omaisten toiveita, näiden ja diagnoosien ja hoitotarpeiden/tai ongelmien pohjalta suunnitellaan <b>hoitosuunnitelma</b>. Huom. Hoitosuunnitelmien jatkuva ajantasalla pitäminen. (10, 34.)</p> <p><b>Jatkohoidon turvaamiseksi</b> pidetään kiinteää yhteyttä omaisiin ja kotihoitoon. Ennen kuin potilas kotiutuu varmistetaan myös, että kaikki tarvittavat tuet on haettu ja huolehditaan tarvittavista lääkärintodistuksista (turvapuhelin, omaishoidontuki, hoitotuki, kuljetuspalvelu jne.). (2, 100.)</p> <p><b>Hoitoketjut</b> on sovittu ja niiden pohjalta potilaiden hoito ja kuntoutus toimii korkeatasoisesti (4, 9).</p>	<p>Tärkeä laadun kehittämisen tie on mahdollistaa asiakkaiden <b>aito osallistuminen</b> itseään koskeviin valintoihin ja ratkaisuihin. Esimerkkejä näistä tilanteista ovat palvelu- ja hoitopaikan valinta, <b>hoito- ja palvelusuunnitelmien tekeminen</b> ja <b>jatkohoitopäätösten</b> tekeminen. (Laadunhallinta 1, 11.)</p> <p>Parannetaan <b>hoitoketjun</b> toimivuutta sekä sen <b>saumakohtiin</b>, kotiuttamiseen ja kuntoutukseen liittyviä käytäntöjä (Th 2000, 25).</p>

\*) Merkityssuhteen ydinkohta lihavoitu.

**Työntekijäkeskeiseen** suunnitelmallisuuteen liitettiin kertomuksissa ja suosituksissa merkityskokonaisuuksia, jotka viittasivat **1) yhdenmukaisuuden suunnitteluun, 2) työnjaosta sopimiseen** ja **3) työntekijöiden ammattitaitoon**.

Hoitotyöntekijät käsittelivät kertomuksissaan **työnjakoa** pääasiassa organisaation *sisäisenä* asiana viittaamalla esimerkiksi työvuorosuunnitteluun: *hyvin suunnitellut vuorot, joissa silloin tällöin toiveeni on otettu huomioon, ovat etukäteen hyvissä ajoin tiedossa* (4, 66). Työnjaon suunnitteluun liittyi työyhteisön sisällä myös edellä mainitut *moniammatillinen työote* ja *omahoitajamalli*, joilla on yhteyttä asiakaskohtaiseen hoidon räätälöintiin ja hoidon jatkuvuuteen. Organisaatioiden välistä työnjakoa käsiteltiin kertomuksissa hoitoketjujen yhteydessä, joihin liittyi edellä mainittu hoidon jatkuvuus. Laatusuosituksissa organisaation sisäiseen työnjakoon ja siihen liittyen moniammatillisuuteen ja omahoitajamalliin liittyvät merkityssuhteet eivät tulleet selkeästi esille.

**Yhdenmukaisuuden** suunnitteluun liittyviä merkityksenantoja käsiteltiin laatusuosituksissa yksityiskohtaisemmin kuin kertomuksissa. Erityisesti yleisissä suosituksissa yhdenmukaisuuden suunnittelu näkyi näyttöön perustuvien hoitosuositusten, hoito-ohjelmien ja laatukriteereiden laadinnan korostamisena. Hoitotyöntekijöiden kertomusten laadun merkitysverkostoon ei liittynyt käsitettä hoitosuositus. Toisaalta erilaiset toimintaohjeet ovat usein osia hoitosuosituksista, ja siten niillä on yhteyttä näyttöön perustuvaan toimintaan. Hoitotyöntekijöille on tärkeää toimintaohjeiden laadinta ja ohjeista tiedottaminen (ks. myös Kekäle 1998). Yhdenmukaiset hoito-ohjelmat varmentavat laatua, koska niiden taustalla on tutkittua tietoa. Ohjelmien noudattaminen parantaa hoidon vaikuttavuutta. Tiedonkulkuun liittyvät ongelmat heikentävät toiminnan yhdenmukaisuuden saavuttamista. Yhdenmukaisuuden ja vaihtelun vähäisyyden tavoittelu liittyvät myös toiminnan ennustettavuuteen ja siten toiminnan hallintaan ja johtamiseen. Kun tehdään sovitusti, voidaan odottaa tietynlaisia tuloksia ja vaikutuksia.

Laatusuosituksissa hoitoon liittyvä vaihtelu voi olla osin tavoiteltavaa ja suunniteltua: *Potilaan hoidossa on osia, joiden sisältöä ei voida määrittellä tarkasti. Potilaan ja hoitavan henkilön välinen vuorovaikutussuhde on esimerkki vaihtuvasisältöisestä prosessista, jonka laadun varmistaminen edellyttää erilaista lähestymistapaa. Hoitosuhteen sisältöön voidaan vaikuttaa esimerkiksi määrittämällä hoitavan henkilön pätevyys, jolla varmistetaan halutut vuorovaikutustaidot. (Terveyspalvelut 17.)* Toisaalta niukkojen resurssien tilanteessa saatetaan standardisoida niitäkin asioita, joita tulisi tarkastella asiakaskohtaisesti.

Laatusuosituksissa yhdenmukaisuuden suunnitteluun on liitetty *palvelusitoumukset*, joita on painotettu esimerkkinä asiakaslähtöisestä toimintatavasta. Niitä voidaan pitää osoituksena julkisen sektorin asiakkaiden aikaisempaa kuluttajalähtöisemmästä kohtelusta. Palvelusitoumukset liittyvät sekä suunnittelu, tuotanto- että asiakaskeskeiseen laatuun. Palvelusitoumus on suunnitellun ja sovitun laadun kuvaus. Asiakas voi osallistua palvelusitoumuksen suunnitteluun välillisesti antamalla palautetta toiminnasta. *Kunnissa lisätään palvelusitoumuskäytäntöjä. Toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa otetaan huomioon kuntalaisilta saatava palaute palvelujen kehittämistarpeesta. (Tato 2000–2003, 20.)* Samalla kun palvelusitoumus kertoo asiakkaalle, mitä hän voi palvelulta odottaa, sitoumus kertoo, mitä ammattilaiset ja asiakkaat pitävät laatuina, ja mihin on varaa. Palvelusitoumuksen yhdenmukaisuutta korostava osuus näkyy siinä, että sitoumuksessa on määritelty standardipalvelu.

Laatusuosituksissa yhdenmukaisuuden tavoitteluun liittyviä merkityksenantoja sisältyi hoitosuositusten ja palvelusitoumusten lisäksi laadun käsitteen määrittelyyn. Yhteinen laatukäsit-



teistö on nähty ratkaisuksi laadun ilmiön selvittämiseen ja johtamiseen. Laatusuosituksissa ei yleensä esitetty laadun määritelmää vaan viitattiin teollisuuslähtöiseen laatusanastoon. Standardin käyttöä perusteltiin sillä, että yhteinen kieli helpottaa yhteistyötä muiden alojen kanssa: *laatukeskustelun käyminen eri ammattiryhmien välillä ja muiden alojen edustajien kanssa helpottuu, kun laatusanastona siirrytään käyttämään kansainvälistä laatusanastoa (ISO 8402) (Laadunhallinta 2, 19)*. Pelkkä yhteinen sanasto ei kuitenkaan riitä yhdenmukaistamaan laadulle annettuja merkityksiä, koska merkitykset ovat kontekstisidonnaisia ja riippuvaisia tarkastelutasosta. Laadun arviointi ei ole mahdollista ilman selkeitä arviointikriteereitä.

Hoitotyöntekijöiden kertomuksissa laadun ilmiötä ei liitetty laatujohtamisessa ja laadunhallinnassa esitettyihin käsitteisiin. *Laatujärjestelmistä*, laadunvarmistamisesta ja laadunhallinnasta sekä laatuvaatimuksista kirjoittaminen käyttämällä kyseisiä käsitteitä oli kertomuksissa harvinaista. Vain muutamissa kertomuksissa mainittiin erikseen laatujärjestelmä. Vaikka kertomuksissa ei suoraan kirjoitettu laadun johtamisesta viittaamalla laatujärjestelmiin, voidaan ajatella, että kertomuksissa operationaalistettiin monilla tavoin kyseisiä käsitteitä viittaamalla erilaisiin sovittuihin toimintatapoihin. Täten laatusuosituksissa käytettävät käsitteet ovat abstraktiotasoltaan erilaisia kuin hoitotyöntekijöiden ilmaisut. Eri tarkastelutasoilla käytettävät erilaiset käsitteet voivat aiheuttaa ristiriitaisuutta laadun ilmiön tulkinnassa.

Jos hoitotyöntekijällä ei ole riittävästi tietoa laatujärjestelmästä, hänen käsityksensä siitä saattaa perustua muista ympäristöistä, esimerkiksi teollisuuslaitoksista, saatuihin käsityksiin. Tällöin kirjoittajalle muodostuu kontekstinsa kautta kehittymätön merkityssuhde laatujärjestelmään. Järjestelmäkeskeiseen ajatteluun suhtauduttiin yhdessä kertomuksessa kielteisesti antamalla sille konemaisuutta ja tarkkuutta korostavia merkityksiä: *Kaikki sujuisi konemaisen tarkasti ja strukturoidusti. Voitaisiin kehittää Oikea Laatujärjestelmä, mitata hoidon laatua puhtaasti kvantitatiivisesti ja luoda palkitsemisjärjestelmä, joka tukisi parhaita ja pyyteettömmimmän työssään ponnistelevia hoitajia...* (6, 81.) Kyseinen viittaus voidaan tulkita siten, että uusi asia (laatujärjestelmä) koetaan uhkaksi omalle toiminnalle. Vaikka järjestelmästä voisi olla hyötyäkin tietyillä osa-alueilla, sitä vastustetaan, koska asiaan on liitetty kielteisiä merkityksenantoja.

Laatusuosituksissa laatujärjestelmän rakentaminen on yksi keskeisistä laadun suunnitelmallisuuden liittyvistä ilmauksista. Laatujärjestelmälle on annettu merkityksiä, jotka viittaavat siihen, että järjestelmä takaa vähimmäislaadun eli riittävän laadun. *Hyvälle laatujärjestelmälle on ominaista, että prosessit on dokumentoitu ja on määritelty vähimmäisvaatimukset asiak-*

*kaiden tarpeiden tyydyttämisen kannalta (Laadunhallinta 2, 29)*. Suositusten perusteella tavoitteena on pyrkiä keskimääräiseen laatuun eli siihen, millaisia vastaavat palvelut yleensä ovat. Kunnat voivat vertailla keskenään toistensa palveluja ja pitää huolta siitä, että ylilaatua ei tarjota, koska se maksaa. Tämä käsitys laadusta lähenee kilpailukeskeistä laatuäkemystä, jossa laatu on yhtä hyvä kuin kilpailijoilla, mutta ei välttämättä parempi (Lillrank 1990). Vähimmäistason kuvaava laatujärjestelmä ei välttämättä kannusta parempiin suorituksiin.

Taulukossa 12 kuvataan keskeiset laadulle kertomuksissa ja laatusuosituksissa annetut merkitykset työntekijälähtöisen suunnittelun näkökulmasta.

Taulukko 12. Työntekijälähtöisen suunnittelukeskeisen laadun merkityssuhteet kertomuksissa ja laatusuosituksissa\*)

LAATU ILMENTYMIINEN	HYVÄN LAADUN MERKITYSSUHTEET KERTOMUKSISSA	HYVÄN LAADUN MERKITYSSUHTEET LAATUSUOSITUKSISSA
<p><b>Suunnittelukeskeisyys</b> <b>Työntekijänäkökulma</b></p> <p><b>Työnjaosta sopiminen</b> Hoitoketjuista ja hoito-ohjelmista sopiminen eri organisaatioiden kesken Työnjaosta sopiminen työyhteisön sisällä Moniammatillinen työote ja omahoitajamalli</p> <p><b>Yhdenmukaisuuden suunnittelu</b> Hoitosuosituksen laadinta Laatukriteerien laadinta Toimintaohjeiden laadinta Laatujärjestelmän rakentaminen Palvelusitoumusten laadinta</p>	<p>On <b>ennalta sovittu</b> hoitajien kesken <b>kuka hoitaa</b> perushoittoon liittyvät asiat ja kuka keskittyy olemaan vanhusten kanssa (02, 019).</p> <p>Kolmivuorotyö on rankkaa, mutta <b>työvuorojen suunnitteluun</b> voi kyllä vaikuttaa. Sama periaate kaikille (5, 97).</p> <p><b>Moniammatillinen yhteistyö</b> on toimivaa ja potilaiden ääni sekä omaisten tulee hyvin kuuluviin hoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa (4, 9).</p> <p>Aamuraportilla <b>suunnitellamme työt ja sovimme kuka vastaa</b> kokonaisvaltaisesti määräytyistä vanhuksista (8, 14).</p> <p>Meillä on hyvät <b>toimintaohjekansiot</b> kaikilta osa-alueilta, paloturvallisuudesta hoitotoimenpiteisiin (8, 41).</p> <p>Sairaalassa on käytössä <b>laadunvarmistusjärjestelmä</b>. Hoitoketjut on sovittu ja niiden pohjalta potilaiden hoito ja kuntoutus toimii korkeatasoisesti. (4, 9.)</p> <p>Olemme <b>laatujärjestelmäsämme</b> erityisesti kiinnittäneet huomiota hoidon yksilölliseen suunnitteluun ja toteutukseen sekä palautejärjestelmän kehittämiseen (10, 111).</p> <p><b>Hoitoketjut</b> on sovittu ja niiden pohjalta potilaiden hoito ja kuntoutus toimii korkeatasoisesti (4, 9).</p>	<p>Prosessien kuvaus ja kehittäminen omassa työympäristössä mahdollistaa <b>yhteisten pelisääntöjen</b> luomisen ja niiden kautta toiminnan muuttamisen... <b>Palvelulinjojen ja palveluketjujen</b> sisällöstä, ammatillista perustaa suuntaavat ja ohjaavat <b>hyvät toimintakäytännöt, toiminta- ja hoitosuositukset sekä alueelliset hoito-ohjelmat</b>. (Laadunhallinta 2, 22–23.)</p> <p>Yhteiset, tasavertaiset ja sopimuksiin perustuvat <b>laatukriteerit</b> viranomaisen omana tuotantona tuotetuille palveluille ja ulkopuolelta hankittaville palveluille takaavat hyvän lopputuloksen ja palvelun laadun jatkuvan seurannan ja arvioinnin. (Laatustrategia 1, 11 &amp; 14.)</p> <p><b>Valtakunnalliset hoitosuositukset</b> kattavat keskeiset terveysongelmat vuoteen 2004 mennessä (Tato 2000–2003, 22).</p> <p>Sairaanhoitolaitokset: Kehitetään ja toteutetaan yhdenmukaisia <b>tutkimus- ja hoito-ohjelmia</b> toiminnan laadun varmentamiseksi ja tuloksellisuuden parantamiseksi (Valsu 1987–1991, 28; Valsu 1988–1992, 27).</p> <p><b>Palvelusitoumuksella</b> annetaan palvelun laadusta selkeä lupaus, joka voi koskea palvelun saamiseen kuluvaan aikaan, palvelun ominaisuuksia ja asiakaspalvelua (Laadunhallinta 2, 13–14).</p> <p>Kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä otetaan käyttöön terveyspalveluiden <b>laadunhallintajärjestelmä</b> (Th 2000, 30).</p> <p>Arvioinnin ja kehittämisen pohjaksi <b>oma toimintajärjestelmä</b> on dokumentoitava eli kuvattava, mitä se sisältää ja miten se toimii (Laadunhallinta 2, 29).</p>

\*) Merkityssuhteen ydinkohta lihavoitu.

Työntekijäkeskeiseen suunnitteluun liittyi yhdenmukaisuutta ja työnjakoa koskevien merkityskokonaisuuksien lisäksi työntekijöiden **ammattitaito**. Kyselyn tulosten perusteella hoitohenkilökunta piti tärkeimpinä laadun edellytyksinä työntekijöiden ammattitaitoa sekä yhtenä-

siä toimintaohjeita ja tapoja toimia (liitetaulukko 5). Hoitotyöntekijöiden kertomuksissa ammattitaitoon liitettiin *koulutus ja ammattitaidon ylläpitäminen sekä henkilöstön pysyvyys: henkilökunta on ammattitaitoista – he osaavat havaita vanhusten hyvinvoinnin kannalta olennaiset seikat (esim. jonkin sairauden kehittyminen) ja ryhtyä tarvittaviin toimenpiteisiin (02, 018)*. Asiantuntijaorganisaatiossa laadukkaiden palvelujen edellytys on henkilökunnan ammattitaito. Pelkkä ohjeiden ja suositusten tarkka noudattaminen ei riitä – tarvitaan kykyä toimia tilanteen mukaisesti.

Hoitotyöntekijöiden kertomuksissa huonoon työntekijäkeskeiseen suunnitteluun liittyviä merkityksiä olivat resurssien riittämättömyys, henkilöstön ammattitaidon puute ja sen seurauksen pätevän henkilökunnan uupuminen, kiire ja henkilökunnan väliset ristiriidat (taulukko 13). Kyselyssä keskeisiä laadun tekemistä vaikeuttavia tekijöitä olivat muun muassa kiire, ammattitaidon puute ja työn tehoton organisointi. Kyselyn tulokset ja kertomusten sisältämät huonon laadun kuvaukset olivat samansuuntaisia. Huono laatu syntyy kierteestä, joka alkaa esimerkiksi henkilökuntapulasta, joka aiheuttaa hoidon toimintaedellytysten heikkenemistä. Asiakkaiden huonokuntoisuus vaikuttaa henkilökuntamäärän riittävyyteen (ks. Vaarama ym. 1999). Hoitotyöntekijöiden mukaan henkilökuntavajausta paikataan ammattitaidottomalla sijaishenkilökunnalla, jolloin vakinaisen ja pätevän henkilökunnan kuormitus ja kiire lisääntyvät (ks. myös Järnefelt 2002; Nuikka 2002): *kouluttamattomien sijaisten käyttäminen näkyy hoidon laadussa ja vastuun jakautumisessa (7, 25)*. Väsymisen seurauksena henkilökunta voi käyttäytyä välinpitämättömästi ja kyynisesti (Töyry ym. 2002). Ammattitaidoton henkilökunta puolestaan väsy omasta epävarmuudestaan, ja työolosuhteet muuttuvat samanaikaisesti yhä vaativammiksi (ks. Nuikka 2002). Kiire voi aiheuttaa myös helposti henkilökunnan välisiä ristiriitoja: *henkilökunta saattaa olla kouluttamatonta, väsynyttä tai työyhteisössä on keskinäisiä ongelmia, joka heijastuu hoidon laatuun (01, 05)*. Kiireellä voidaan myös selitellä haluttomuutta kehittää omaa toimintaa.

Hoitotyöntekijän ammattitaitoon liittyviin ominaisuuksiin on perinteisesti liitetty epätietoisuus. Yksikään kirjoittaja ei maininnut kirjoituksessaan käsitettä kutsumus, vaikka siihen viitattavia ilmauksia esitettiin, muun muassa korkea työmoraali, altruismi ja empatia. Yleensä lähimmäisenrakkauden korostuminen viittaa asiakaskeskeiseen laatuakemykseen, jolloin virheettömyyttä ja tarkkuutta voidaan pitää mekanistisena käsityksenä toiminnasta. Hoitotyöntekijät antoivat laadulle myös merkityksiä, jotka liittyivät täydellisyyteen viittaamalla tilanteisiin, joissa hoitajat vastaavat asiakkaiden kaikkiin tarpeisiin: *apua vanhus saa aina heti*

*kun kelloa soittaa eikä hoitajat ole koskaan vihaisia (02, 06).* Tätä käsitystä voidaan pitää epärealistisena, eräänlaisena altruismia korostavana myyttinä, joka helposti aiheuttaa riittämättömyyden tunteen. Täydellisyyteen pyrkiminen voi myös olla osoitus siitä, että muunlaisia tavoitteita ei ole esimerkiksi johdon taholta esitetty. Jos toiminnan tavoitteet ovat hyvin yleisellä tasolla, ne eivät anna tukea päivittäiseen työhön, ja silloin ne helposti voidaan korvata ylevillä periaatteilla. Yleiset periaatteet aiheuttavat sen, että laatua ei voi arvioida objektiivisesti, koska selkeitä mittareita ei ole. Laadun määrittelyyn liittyvät aina erilaiset arvostukset, ja siksi niiden tekeminen näkyväksi arviointia varten olisi tärkeää.

Hoitotyöntekijöiden ammattitaitoon liittyvät merkityksenannot eivät olleet laatusuosituksissa yhtä yleisiä kuin hoitotyöntekijöiden keskuudessa. Yleisissä laatusuosituksissa työntekijöiden ammattitaitoa ei käsitelty laatua koskevien tavoitteiden yhteydessä. Taulukossa 13 kuvataan ammattitaitoon liittyviä merkityssuhteita kertomuksissa ja laatusuosituksissa.

Taulukko 13. Henkilökunnan ammattitaito suunnittelukeskeisen laadun merkityssuhteina kertomuksissa ja laatusuosituksissa\*)

LAATU ILMENTYMIIN	HYVÄN LAADUN MERKITYSSUHTEET KERTOMUKSISSA	HUONON LAADUN MER- KITYSSUHTEET KERTOMUKSISSA	HYVÄN LAADUN MERKI- TYSSUHTEET LAATUSUOSITUKSISSA
<p><b>Suunnittelukeskeisyys</b> <b>Työntekijänäkö- kulma</b> <b>Työntekijöiden ammattitaito</b></p> <p>Ammattikoulu- tettu henkilöstö</p> <p>Pysyvä henki- löstö</p> <p>Ammattitaidon ylläpitäminen</p>	<p>Työntekijät ovat palvelualltiita, joustavia ja <b>ammattitaitoisia</b> ja heillä on alansa viimeisintä tietoa sekä ihmisläheiset vuorovaikutustaidot, mutta samalla myös napakat, sillä vanhainkodissa oleilee joukko vanhuksia, joilleleka jokaiselle pitää löytä aikkaa ja päivittäiset rutiinit on hoidettava (02, 08).</p> <p>On <b>osaava ja koulutettu</b> hoitohenkilökunta, joka tulee toimeen keskenään (5, 102).</p> <p><b>Koulutuksella</b> ja ammatillisella koulutuksella <b>lisätään</b> hoitajien ammattitaitoa (7, 25).</p>	<p>Henkilökunta saattaa olla <b>kouluttamatonta</b>, väsynyttä tai työyhteisössä on keskinäisiä ongelmia, joka heijastuu hoidon laatuun (01, 05).</p> <p>Myös meillä täällä on <b>kouluttamatonta henkilökuntaa ja vastavalmistuneita</b>, joten he eivät hoksaa aina kaikkea. Tulee virheitä lääkkeissä ja mm. erikoisruokavalioissa. Decubituksia syntyy ja haavojen hoito on retuperällä. (3, 124.)</p> <p>Myös se <b>vakituinen henkilökunta väsy</b> koska täytyy kantaa vastuu <b>sijaisenkintyöstä</b> (9, 118).</p>	<p>Ammattitaitoa lisäävän ja ylläpitävän <b>täydennyskoulutuksen</b> tulisi perustua toiminnan, tiimien ja prosessien kehittämistarpeiden arviointiin. Ammatillisen osaamisen vaatimukset muuttuvat nopeasti uusien työmuotojen kehittyessä. (Laadunhallinta 2, 18.)</p> <p>Työyksikössä tulisi olla koko henkilöstöä koskeva lyhyen ja pitkän aikavälin <b>koulutus-suunnitelma, ja työkykyä ylläpitävä toimintaohjelma</b> (Ikäihmiset 18–19).</p> <p>Suositus 4: Henkilöstö tekee laadun. <b>Henkilöstön ammattitaidon ja osaamisen sekä työkyvyn jatkuva kehittäminen</b> on keskeinen osa laatu-työtä. (Laatustrategia 1, 14.)</p> <p>Hyvin toimivat ja laadukkaat vanhusten palvelut edellyttävät <b>ammattitaitoista ja pysyvää</b> henkilöstöä, jota on riittävästi työn vaativuuteen nähden. (Valsu 1999–2002, 10.)</p>

\*) Merkityssuhteen ydinkohta lihavoitu.

### ***Yhteenveto suunnittelukeskeisestä laadusta***

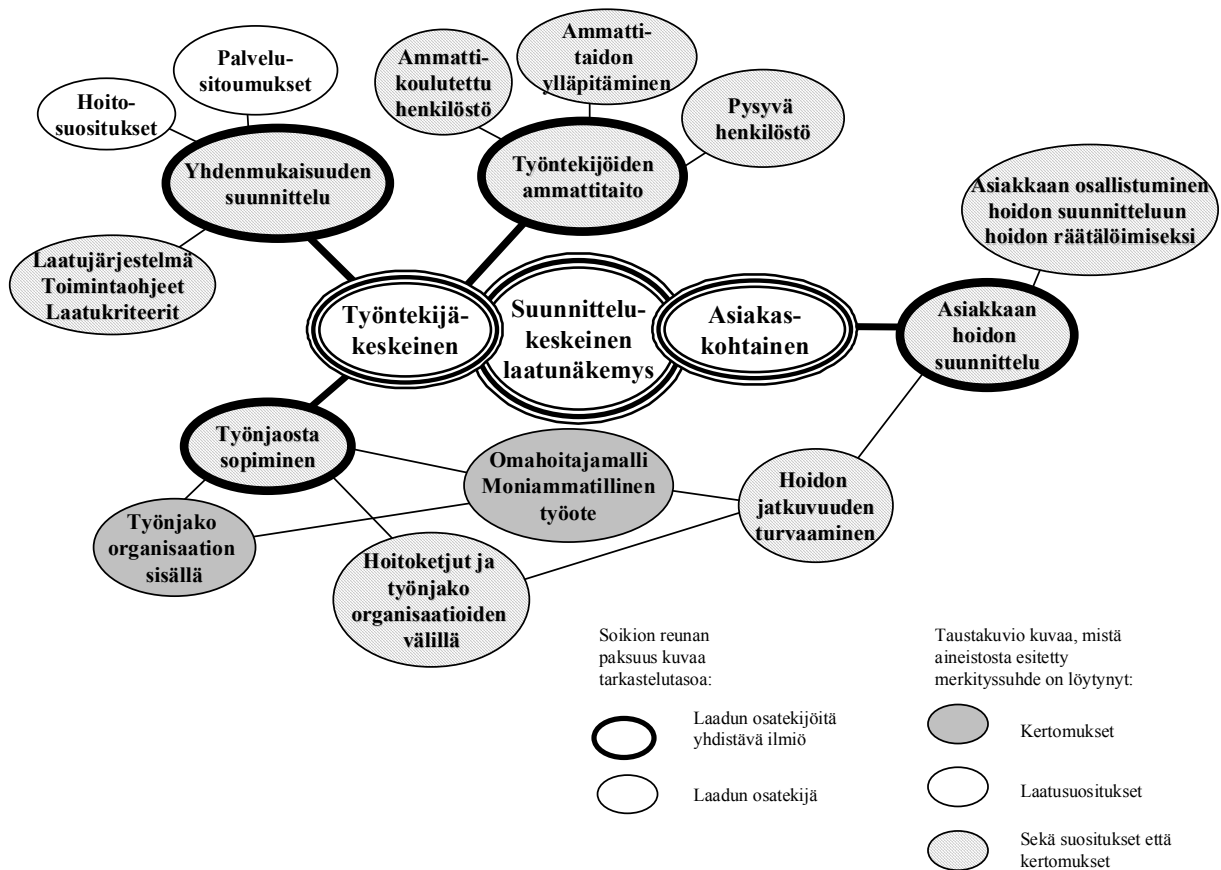
Teoriaosassa terveydenhuollon suunnittelukeskeisen laadun osatekijöitä olivat toiminnan suunnittelu, näyttöön perustuva hoito ja hoidon räätälöinti. Kertomus- ja laatusuositusaineiston analyysissä keskeisiksi kokonaisuuksiksi laadun merkityksenantojen kannalta muodostuivat yhdenmukaisuuden suunnittelu, asiakaskohtainen hoidon suunnittelu, työntekijöiden ammattitaito ja työnjako.

Laatusuosituksissa kehittyneitä merkityksenantoja liittyi toiminnan yhdenmukaisuuden suunnitteluun. Terveydenhuollon suunnittelukeskeisyys näkyi selkeästi yleisissä laatusuosituksissa viittauksena hoitosuosituksiin ja laatukriteereihin. Näyttöön perustuviin hoitosuosituksiin ei selkeästi liitetty työntekijöiden ammattitaitoa painottavaa näkökulmaa, vaikka hoitosuositus-

ten käyttö edellyttää kuitenkin kykyä tarvittaessa soveltaa ohjeita asiakkaan erityistilanteisiin. Siten laatusuosituksissa hoitosuosituksille annetaan yhdenmukaisuutta painottava merkitys.

Hoitotyöntekijöiden kertomuksissa suunnittelukeskeisyyteen yhdistyviä kehittyneitä merkityksenantoja liittyi asiakaskohtaisen hoidon suunnitteluun ja työntekijöiden ammattitaitoon. Myös kertomusten alustavan teemoittelun yhteydessä henkilöstön ammattitaito oli keskeinen laatuun liittyvä merkityksenanto.

Kuviossa 19 kuvataan suunnittelukeskeisen laadun merkityssuhteita kertomuksissa ja laatusuosituksissa.



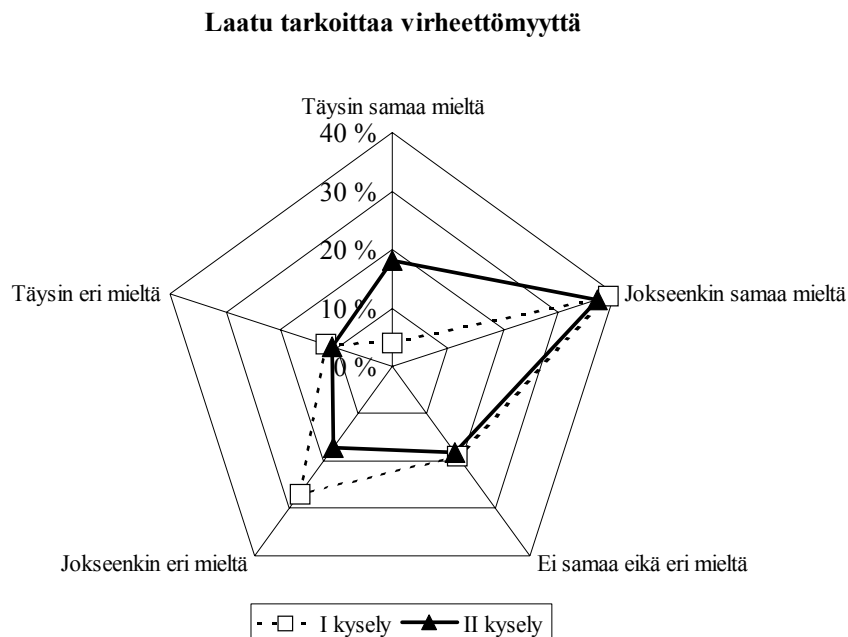
Kuvio 19. Suunnittelukeskeisen laadun merkityssuhteet ja -verkostot kertomuksissa ja laatusuosituksissa

### 5.3.4 Tuotantokeskeiset merkityksenannot: sovitusti tekemistä ja vaihtelun vähäisyyttä

Kerralla oikein tekeminen, sovitusti tekeminen, virheettömyys sekä pelisääntöjen ja suunnitelmien noudattaminen liittyvät kykyyn tuottaa palvelu luotettavasti ja täsmällisesti. Huolimattomuus, välinpitämättömyys ja ammattitaidottomuus sekä kiireen vuoksi tekemättä jääneet työt aiheuttavat työntekijöille työpaineita ja lisäävät virheiden todennäköisyyttä. Työnjaon selkeys helpottaa työn seuranta ja arviointia.

#### *Kyselyn merkityksenannot*

Kyselyn väittämissä tuotantokeskeiselle laadulle annettiin kolme merkitystä: *virheettömyys, kerralla oikein tekeminen ja asioiden tekeminen niin kuin on sovittu*. Virheettömyys ja kerralla oikein tekeminen jakoivat vastaajien mielipiteitä sekä puolesta että vastaan (liitetaulukot 18–19). Ensimmäisen kyselyn vastaajista alle puolet ja toisen kyselyn vastaajista yli puolet oli väittämän kanssa täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että laatu on virheettömyyttä (kuvio 20).



Kuvio 20. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset virheettömyydestä

Johto painotti virheettömyyttä enemmän kuin työntekijät ja sairaalan työntekijät enemmän kuin vanhainkodin työntekijät (liitetaulukot 19–21; vrt. Tuominen & Lillrank 2000). Johdon myönteisempi suhtautuminen virheettömyyden tavoitteluun saattaa johtua siitä, että johto joutuu selvittämään esimerkiksi hoitovirheistä johtuvat potilasvahingot. Esimies on vastuussa



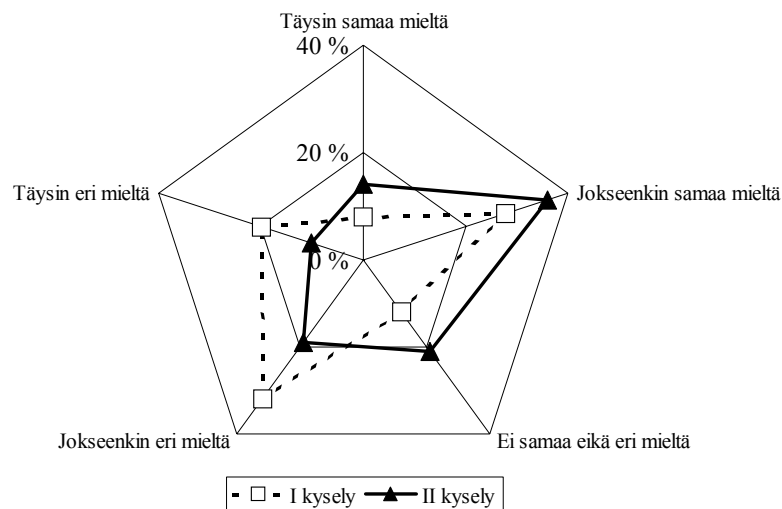
työntekijän työstä, vaikka kukin työntekijä on vastuussa oman työnsä laadusta. Toisaalta virheettömyyden vaatimus kohdistuu hoitotyössä suoraan työntekijään, ja siten virheettömyyden tavoittelu on työntekijälle konkreettisempi ja henkilökohtaisempi asia kuin johdolle. Tämä voi vaikuttaa myös virheistä keskustelun vaikeuteen.

Virheettömyyden korostuminen hieman enemmän sairaalan kuin vanhainkotien vastauksissa voi johtua työn sisältöeroista. Sairaalassa tehdään erilaisia toimenpiteitä ja muita hoitoja, joiden yhteydessä erilaiset virheet ovat mahdollisia ja näkyviä. Vanhainkodeissa tehtävät virheet eivät välttämättä tule yhtä helposti esille – ne saattavat liittyä välinpitämättömään kohteluun.

Kuten aikaisemmin todettiin, virheettömyys ja kerralla oikein tekeminen eivät kuuluneet hoitotyöntekijöiden mielestä kolmen tärkeimmän laadun edellytyksen joukkoon kummassakaan kyselyssä (liitetaulukko 5). Tästä ei kuitenkaan ole syytä tehdä sellaista johtopäätöstä, että virheettömyys ei olisi tärkeä tekijä hoitotyöntekijöille. Virheettömyys voidaan tietyissä määrin saavuttaa hoitohenkilökunnan ammattitaidon avulla. Inhimilliset virheet ovat kuitenkin aina mahdollisia, ja virheettömyyden korostaminen voi tuntua työntekijöistä epäinhimilliseltä.

Ensimmäisessä kyselyssä joka toinen vastaaja ja toisessa kyselyssä vajaa kolmannes vastaajista oli väittämän *laatu on kerralla oikein tekemistä* kanssa täysin tai jokseenkin eri mieltä (kuvio 21).

**Laatu tarkoittaa, että kaikki tehdään kerralla oikein**

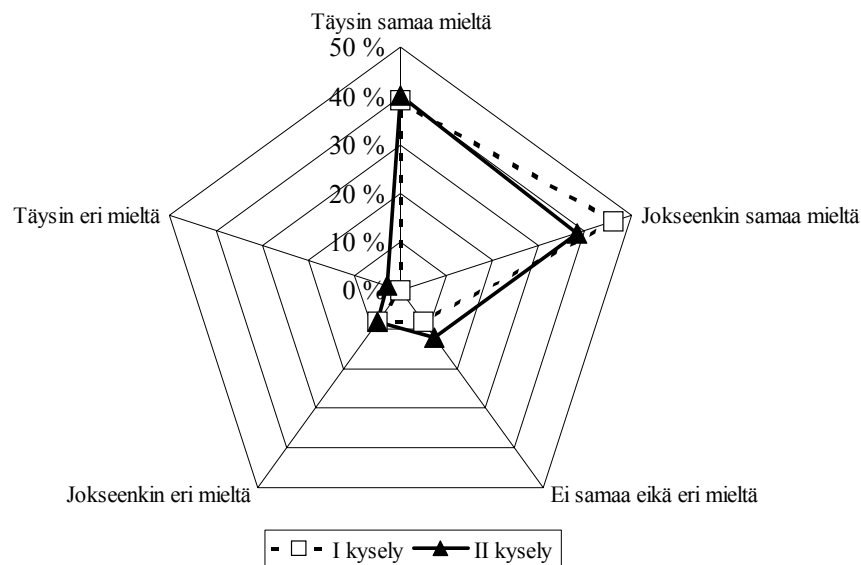


Kuvio 21. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset kerralla oikein tekemisestä

Kummassakin kyselyssä johto määritteli laadun kerralla oikein tekemiseksi useammin kuin työntekijät (liitetaulukot 20–21). Toisessa kyselyssä sairaalan henkilökunta piti laatuna kerralla oikein tekemistä useammin kuin vanhainkodin henkilökunta (liitetaulukko 19), mikä viittaa edelleen laadun kontekstisidonnaisuuteen. Tulos on melko yhdenmukainen virheettömyyttä koskeneiden tulosten kanssa. Täten voidaan olettaa, että hoitotyöntekijöiden mielessä virheettömyys ja kerralla oikein tekeminen saavat melko samanlaisen merkityksen. Asiat pitää tehdä kerralla oikein, koska virheitä ei voi korjata ennen palvelun toimittamista asiakkaalle.

Sovitusti tekeminen liittyy terveydenhuollossa yhdenmukaisuutta varmistavien ohjeiden, esimerkiksi erilaisten hoitosuositusten, laatukriteerien, työnjaon ja hoitosuunnitelmien noudattamiseen. Erilaiset toimintaohjeet ja tavat toimia olivat hoitohenkilökunnan mielestä yksi tärkeimmistä laadun edellytyksistä (liitetaulukko 5). Kummassakin kyselyssä suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että *sovitusti tekeminen* on laatua (kuvio 22; liitetaulukko 18). Näyttää siltä, että sovitusti tekemiselle ei annettu samaa merkitystä kuin kerralla oikein tekemiselle ja virheettömyydelle. Sopimusten noudattaminen saattaa sisältää inhimillistä tavoitetta kuvastavan merkityksen.

#### Laatu tarkoittaa, että asiat tehdään niin kuin on sovittu



Kuvio 22. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset sovitusti tekemisestä

### ***Hoitotyöntekijöiden kertomusten ja laatusuosituksen merkityksenannot***

Tuotantokeskeiseen laatuäkemykseen viitattiin kolmessa kehyskertomusversiossa. Yhdessä terveyskeskussairaala koskeneessa kehyskertomusversiossa (versio 6) laadukkaan terveyskeskussairaalan ominaisuutena oli, että *sairaalassa ei tehdä virheitä*. Kahdessa kehyskertomuksessa – toimintaympäristöinä vanhainkoti ja sairaala – organisaation laatu määriteltiin siten, että siellä *asiat tehdään niin kuin on sovittu* (versiot 4 ja 8).

**Virheettömyyttä** käsitteeseen kehyskertomukseen kirjoitettiin seitsemän vastausta, joista vain yhdessä kerrottiin virheettömyydestä käyttäen käsitettä *virhe*. Virheettömyydestä tai virheistä kirjoitettiin lisäksi kahdessa kertomuksessa, jotka olivat vastauksia muihin kehyskertomusversioihin. Virheettömyyttä ei pidetä tärkeimpänä laadun edellytyksenä hoitohenkilökunnan keskuudessa ehkä siitä syystä, että tiedetään sen oleva melko mahdotonta saavuttaa inhimillisessä palvelutyössä. Tehdessään esimerkiksi virheellisen priorisointipäätöksen yksittäinen terveydenhuollon työntekijä saattaa joutua vastuuseen siitä oikeusistuimen edessä, ja tämä voi aiheuttaa pelkoa valituksen, kanteen tai syytteen kohteeksi joutumisesta sekä siitä johtuvaa työuupumusta (Töyry ym. 2002).

Vaikka virheettömyys liittyy sovitusti tekemiseen, joka oli tärkeä laadulle annettu merkitys hoitotyöntekijöiden kertomuksissa, virheettömyyttä käsitellään tässä luvussa muusta sovitusti tekemisestä osin irrallisena ilmiönä. Tämä liittyy kyselyaineiston tulosten osin näennäiseen ristiriitaisuuteen virheettömyyden osalta ja toisaalta virheettömyyttä koskevien merkityksenantojen vähäisyyteen kertomuksissa.

Yhdessä kehyskertomuksen mukaisesti virheettömyyttä käsitelleessä kertomuksessa työntekijä analysoi laajasti virheettömyyttä. Kirjoittaja näki virheettömyyden kovien arvojen ilmentymänä antamalla virheettömyydelle täydellisyyttä ja epäinhimillisyyttä koskevia merkityksiä. Tähän liittyy myös viittaus konemaiseen toimintaan. Ihmisen odotetaan toimivan kuin kone – virheettömästi (ks. Morgan 1997). Inhimilliseen toimintaan kuuluvat henkilökohtaiset kriisit ja ongelmat, uupumus tai muut sellaiset tekijät, jotka vaikuttavat työsuoritukseen. Kirjoittajan näkemyksen mukaan virheettömyyden tavoittelun sijaan tulisi löytää virheitä aiheuttavat tekijät prosessista (vrt. Deming 2000). Kirjoittaja liitti virheettömyyden tavoitteluun myös syyllisten etsinnän virhetilanteissa. Epäitsekäseen, pyyteettömään toimintaan pyrkiminen on perinteisesti ollut osa hoitotyötä. Pyyteettömyyteen voi kuitenkin liittyä kovia arvoja, jos pyyteettömyys yhdistetään täydellisyyteen.

*...Virheiden tekemiseen tarvitaan aina ihminen. Virheitä ei siis voi tehdä viallinen sänky tai lattiamateriaali. Kuka tällaisessa kysymyksenasettelussa siis joutuu suurennuslasin alle? Hoitohenkilökunta. Virheettömässä terveyskeskussairaalassa henkilökunta olisi niin täydellisen hyvää, tehokasta ja pyyteetöntä, että potilaiden tai heidän omaistensa olisi kerta kaikkiaan mahdotonta löytää hoidosta mitään kritisoitavaa... Kukaan ei unohtaisi kirjata raporttia, tehdä hoitotyön suunnitelmaa tai antaa yhtäkään lääkettä. Kaikki sujuisi kokenemaisen tarkasti ja strukturoidusti. Epäilenpä että täydellisyyden tavoittelu ei onnistu virheisiin keskittymällä. Minun kuvitelmieni täydellisessä terveyskeskussairaalassa, jolla on realistiset mahdollisuudet tarjota laadukasta palvelua, inhimillisuus on ehdoton peruselementti ja kulmakivi...Hyvässä terveyskeskussairaalassa tehdään virheitä. Virheethän ovat inhimillisiä. Virheetöntä hoitoa haluavien on vain kiltisti odotettava hoitajarobotin keksimistä. Olennaista voisi olla vaikkapa se, että hyvässä sairaalassa ei kysytä: Kuka teki tämän? (Sillä useinkin on niin, että hoitajaparka jolle virhe – pienikin – sattuu, on jo valmiiksi hermorauniona itsesyytöksistä). Vaan ongelmaan puututaan toisesta lähtökohdasta: mitä voisimme tehdä, jotta virhe ei toistuisi tai ongelma korjaantuisi?...Minun kuvitelmieni täydellisessä terveyskeskussairaalassa, jolla on realistiset mahdollisuudet tarjota laadukasta palvelua, inhimillisuus on ehdoton peruselementti ja kulmakivi. Hyvä terveydenhuolto on, näin ajattelen, nykyisen hoitotieteen suosimana psykofysiososiaalisena pakettina mahdottomuus toteuttaa ilman inhimillisyyttä. Itse käytän silkkaa umpimielisyyttäni edelleen mielelläni kivikautista Florence Nightingale -sanaa empatia. Nykyinen hoitotieteen etiikka nauraa em. lady'n aikaiselle itsensä uhraamiselle ja altruismille, mutta mene tiedä: meillä nykyajan hoitoalan ammattilaisilla olisi kenties helpompi olo, mikäli saisimme olla inhimillisiä olentoja sairaanhoitokoneiden sijaan. Mikäli odotetaan hoitohenkilökunnan tarjoavan potilaslähtöisiä, holistisia palveluita, ollaan väärillä jäljillä jos laadunvalvonta kohdistetaan hoitohenkilökunnan tekemisiin ja tekemättä jättämisiin. Ihminen joka ei saa inhimillistä kohtelua osakseen, tuskin osaa välittää sitä eteenkään päin. (6, 81.)*

Hoitotyöntekijöiden situaatioissa ja niistä muodostuvissa horisonteissa on samankaltaisuutta, mikä yhdenmukaistaa laadulle annettuja merkityksiä. Voidaan olettaa, että edellä esitetty kirjoitus ilmentää yleisesti hoitohenkilökunnan virheettömyydelle antamia merkityksiä. Perustelen tätä sillä, että kyselyssä vastaajat eivät korostaneet virheettömyyttä laadun tärkeimpiin edellytyksiin kuuluvana eivätkä kirjoittaneet virheettömyydestä, vaikka pitivät sitä kyselyn tulosten perusteella melko yleisesti laadun ominaisuutena. Olin myös itse antanut tiedostamattani virheettömyydelle eri merkityksen kuin sovitusti tekemiselle, koska tein kehyskertomusversiot kummallekin laatunäkemykselle erikseen siitä huolimatta, että olin tutustunut laajalti laatuteorioihin ja -käsitteisiin.

Hoitotyöntekijät saattoivat antaa virheettömyydelle merkityksiä, jotka olivat ristiriidassa heidän oman laatukäsityksensä kanssa. Ehkä tästä syystä hoitotyöntekijät kirjoittivat siitä, mitä itse pitivät hyvänä laatuna tai jättivät kokonaan vastaamatta virheettömyyttä koskeneeseen kehyskertomukseen. Tätä osoitti mielestäni se, että vain yksi vastaaja kirjoitti virheettömyydestä sitä painottaneeseen kehyskertomukseen. Muut vastaukset kyseiseen kehyskertomukseen olivat yleisluontoisia kuvauksia laadukkaasta toiminnasta.

Kertomuksissa painotettiin työntekijöiden ammattitaitoa. Ammattitaidon ja virheettömän toiminnan välillä on yhteyttä. Ammattihenkilö osaa monipuolisesti selvittää erilaisia tilanteita ja tunnistaa riskitilanteet todennäköisemmin ajoissa kuin kokematon työntekijä (ks. esim. Aiken ym. 2002). Virheiden etsintä saattaa siirtää työyhteisössä painopisteen yksittäiseen työntekijään. Kovien arvojen vallitessa työyhteisössä jokainen pyrkii ensisijaisesti parantamaan yksilösuoritustaan, ja siksi toisten auttaminen ei ole järkevää. Virheiden käsittely liittyy hyvään työyhteisöön, jossa vaikeita asioita kyetään käsittelemään. Hoitotyöntekijöiden kertomuksissa toisten tukeminen mahdollistaa myös tuen saamisen itselle silloin, kun sitä tarvitsee. Terveystieteiden tutkimuksissa virheiden tekemisen seuraukset voivat olla asiakkaan kannalta kohtalokkaita, ja sen vuoksi toisten tuki on tärkeää: *...erilaisuus ja erilaiset työtavat hyväksytään, kaikki inhimillinen erehtyminen hyväksytään, keksitään uusia luovia työtapoja, kehitetään työyhteisöä, annetaan tukea sitä tarvitseville ja työkavereille, jos sitä tarvitsee (8, 46). Meillä on lupa olla epätäydellisiä. Saa myöntää olevansa väsynyt tai kyllästynyt jne. Silloin annamme muiden tuen ja empatian. Olemme hoitajia, mutta ensisijaisesti ihmisiä. (9, 15.)*

Virheiden tekemiseen vaikuttavat sovitut toimintatavat ja niiden laatu. Toimintaohjeet ja muut vastaavat kuvaavat tavoiteltavan toiminnan, johon suoritusta voidaan verrata arvioinnin yhteydessä. Selkeät toimintatavat antavat mahdollisimman vähän mahdollisuuksia virhetulkintoihin. Virheettömyyden saavuttamisessa on keskeistä myös tapahtuneiden virheiden käsittely, jolla on yhteyttä asiakaspalautejärjestelmän toimivuuteen ja työntekijöiden kykyyn tunnistaa virheet. Hoitotyöntekijöiden kertomuksissa ei juurikaan painotettu virheiden käsittelyä, mutta toisaalta asiakaspalautteen vaikuttavuuden korostuminen voidaan tulkita liittyväksi virheiden käsittelyyn.

Laatusuosituksissa virheettömyyteen liitettiin *virheiden syiden selvittäminen* analysoimalla työprosesseja. Virheet syntyvät työprosessiin liittyvistä ongelmista eivätkä niinkään yksittäisen työntekijän virheellisestä suorituksesta. Täten käsitys vaihtelun aiheuttajasta liittyy pääasiallisesti toiminnan organisointiin. Lisäksi suosituksissa korostettiin virheiden avointa käsittelyä ja virheistä oppimista. Virheistä seuraa myös korjaavaa toimintaa, joka maksaa esimerkiksi uudelleen tekemisen vuoksi (laatumuutokset). Virheiden korjaamiseen liittyy myös asiakkaan tiedonsaanti valitusteistä.

Taulukossa 14 kuvataan virheettömyydelle kertomuksissa ja laatusuosituksissa annettuja merkityksiä. Virheisiin liittyviä merkityksenantoja olivat *virheiden inhimillisyys*, *virheiden syiden analysointi* ja *virheisiin liittyvät kustannukset*.

Taulukko 14. Virheettömyys tuotantokeskeisen laadun merkityssuhteina kertomuksissa ja laatusuosituksissa\*)

LAATU ILMENTYMINEN	HYVÄN LAADUN MERKITYSSUHTEET KERTOMUKSISSA	HYVÄN LAADUN MERKITYSSUHTEET LAATUSUOSITUKSISSA
<p><b>Tuotantokeskeisyys</b> <b>Virheettömyys</b></p> <p>Inhimilliset virheet</p> <p>Virheiden synnyn analysointi</p> <p>Laatukustannukset</p>	<p><b>Hoitotuotteet ovat virheettömät</b> ja yksilöllisesti juuri tämän potilaan hoitoon sopivat ja kaikilla on tieto hoito-ohjeista (2,20).</p> <p><b>Virheiden tekemiseen</b> tarvitaan aina ihminen. Virheitä ei siis voi tehdä viallinen sänky tai lattiamateriaali. Kuka tällaisessa kysymyksenasettelussa siis joutuu suurennuslasin alle? Hoitohenkilökunta. ... hyvässä terveyskeskussairaalassa <b>tehdään virheitä. Virheethän ovat inhimillisiä.</b> (6, 81.)</p> <p>Huhuja hoidon laiminlyönneistä, <b>hoitovirheistä</b> ei kuulu eikä valituksia lehtien yleisönosastoilla. Henkilökunta on ylpeä työpaikastaan ja on kunnia päästä sinne töihin. (7, 110.)</p>	<p>Prosessikeskeisen laadunhallinnan lähtökohtana on, että <b>ongelma nähdään työprosessissa</b>: mikä työn järjestelyissä teki <b>poikkeaman tai virheen</b> mahdolliseksi? Tällöin yksilön työ nähdään osana työprosessia ja yhdessä tekemistä. Arviointi tapahtuu arvioimalla työprosessia eikä työntekijää yksilönä. (Laadunhallinta 1, 16.)</p> <p>Prosessin laatu on hyvää, kun tehdään oikeita asioita <b>kerralla oikein</b>. Tuotannon tehostumisen ja virheiden vähentymisen seurauksena myös <b>laatukustannukset</b> pienenevät. (Laatustrategia 1, 11.)</p> <p>Prosessit eli toimintaketjut on saatu esimerkiksi ohjeistamalla, koulutuksella, perehdyttämällä tai tarkastuksilla vedenpitäviksi. <b>Virheiden tekemisen pitää olla vaikeata.</b> (Laatustrategia 4, 4.)</p> <p>Kaikki tuotteisiin ja palveluihin liittyvät poikkeamat vaatimuksista, kuten <b>virheet ja asiakasvalitukset</b>, tulee käsitellä systemaattisesti. Miten virhe korjataan ja <b>miten estetään</b> vastaavan virheen toteutuminen? (Laatustrategia 4, 5.)</p> <p>Palvelusitoumusten periaatteisiin kuuluu myös keskeisesti <b>virheiden</b> tehokas korjaaminen. Virheiden korjaamiseen voi liittyä niin sanottu hyvitysjärjestelmä, josta käytetään nimitystä palvelutakuu. (Laatustrategia 5, 6.)</p>

\*) Merkityssuhteen ydinkohta lihavoitu.

Vanhainkodista, jossa **tehdään niin kuin on sovittu** kirjoitti 17 työntekijää ja vastaavaan sairaalaa koskeneeseen kehyskertomusversioon seitsemän vastaajaa. Sovitusti tekemisestä kirjoitettiin myös muiden kehyskertomusversioiden vastauksissa. Tämä osoittaa, että hoitotyöntekijöille sovittujen asioiden noudattaminen on yksi laadulle annetuista merkityksistä, kuten tämän tutkimuksen kyselyiden tulokset ja aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet (esim. Kekäle 1998). Sovitusti tekeminen ja vaihtelun vähäisyys liittyvät yleisesti laatujohtamisen keskeisiin ilmiöihin (ks. esim. Juuti 2001). Terveydenhuollossa korostuu tietty kurinalaisuus, koska ohjeiden noudattamattomuus voi aiheuttaa vakavia hoitovirheitä. Toisaalta ammattitaitoinen työntekijä tunnistaa tilanteet, joissa ohjeiden noudattaminen ei ole asiakkaan hoidossa tai muussa tehtävässä oikea ratkaisu. Terveydenhuollon työntekijät ovat sekä palvelun suun-

nittelijoita että palvelun toteuttajia, ja tästä syystä heidän roolinsa poikkeaa teollisuuden työntekijän roolista. Teollisuuden työntekijän ei tarvitse tuotteen tuottamisvaiheessa yleensä asiakkaan toiveiden vuoksi poiketa annetuista ohjeista. Terveysthuollossa on myös paljon toimintatapoja, joita on tarkoitus noudattaa kirjaimellisesti, esimerkiksi injektioiden antotavat. Tästä syystä terveydenhuollon työntekijöiden työssä korostuvat sekä ohjeiden tarkka noudattaminen että asiakas- ja tilannekohtaiset sovellukset.

Tilannekohtaisesta sovittujen toimintatapojen joustavasta noudattamisesta ei ollut mainintoja hoitotyöntekijöiden kertomuksissa, mutta toisaalta työntekijöiden viittaukset hoitosuunnitelmien tarkistamiseen ja muuttamiseen sekä hoidon suunnittelun asiakaslähtöisyys sisältävät mahdollisuuden asiakaskohtaiseen ohjeiden soveltamiseen. Hoitotyöntekijöiden kertomuksissa tuotantokeskeiseen sovitusti tekemiseen liittyviä merkityksenantoja olivat **1) suunnitelmien, ohjeiden ja pelisääntöjen noudattaminen, 2) asiakaskohtaisten suunnitelmien noudattaminen sovitusti, 3) asiakaskohtainen joustavuus suunnitelmien toteutuksessa ja 4) työn arviointi suhteessa asetettuihin vaatimuksiin.**

Toimintaohjeiden noudattaminen ja **vaihtelun** vähäisyyden painottaminen nähtiin organisaation sisäisenä laatuna. Hoitotyöntekijät eivät kuitenkaan kirjoittaneet vaihtelusta käyttäen kyseistä käsitettä. Useat hoitotyöntekijät pitivät tärkeänä sitä, että kaikki noudattavat ohjeita, ja vaihtelu pyrittiin siten pitämään vähäisenä. Työvuorosta toiseen siirryttäessä hoitajan on voitava luottaa siihen, että hänen työnsä jatkaja tekee oman osuutensa. Siten laiminlyönneistä työtehtävissä kärsii asiakkaan lisäksi myös seuraavan työvuoron työntekijä. Huonoa laatua kuvaavissa kertomuksissa oli kuvauksia sovitusti tekemisessä esiintyvistä puutteista: *vielä tilannetta pahentaa, jos päivittäin potilaita kohdellaan tylästi, ei yritetä ottaa huomioon toivomuksia tai kunnioiteta potilaan oikeuksia ollenkaan, ei pidetä sovituista lupauksista ja ajoista yms. potilaalle tulee käsitys, ettei hänelle anneta mitään arvoa vaan kohdellaan kuin tavaraa ja huonosti sittenkin (3, 124).*

Erilaisista suunnitelmista ja ohjeista kiinni pitämisen edellytyksenä on, että kaikki ovat saaneet tiedot ohjeista. Tiedonkulku on siten keskeinen asia, ja sillä on yhteyttä avoimeen toimintakulttuuriin. Jos tieto ei kulje, sillä on vaikutusta potilasturvallisuuteen ja turhaan työhön (uudelleen tekemiseen). Tiedon puutteesta johtuvien virheiden korjaaminen maksaa. Tiedonkulusta ovat kaikki osaltaan vastuussa, sitä ei sysätä pelkästään johdon tehtäväksi. Kyselyn tulosten perusteella tiedon kulkuun liittyvä ongelmat vaikeuttavat laadun tekemistä (liitetaulukko 9). Tiedonkulkua pidettiin laatuun liittyvänä myös hoitotyöntekijöiden kertomuksissa.

*Tiedonkulku tehokasta ja sujuvaa joka suuntaan. Työyhteisössä tulee olla selkeät yhteiset päämäärät. (1, 92.)*

Laatusuosituksissa sovitusti tekemiseen liitettiin **vaihtelun vähäisyys** arvioinnin ja asiakas-kohtaisen joustavuuden lisäksi. Vaihtelun vähäisyyden tavoittelu voidaan tulkita siten, että tavoitteena ei ole täydellinen virheettömyys. Pelkästään terveystalvija koskenut laatusuositus sisälsi paljon laadun vaihteluun liittyviä viittauksia, muun muassa vaihtuvaisältöinen prosessi (asiakasnäkökulma) ja vakiosisältöinen prosessi (tuotantokeskeinen näkökulma). Tämä kaksijakoinen näkemys tulee esiin myös terveydenhuollon laatua käsittelevässä kirjallisuudessa (ks. esim. Nojonen 1999). Luokittelu viittaa palvelujen standardisoinnin ja palvelujen räätälöinnin välisiin eroihin, joilla on yhteyttä toisaalta asiakas-kohtaiseen joustavuuteen ja toisaalta vaihtelun vähäisyyteen. Laatusuosituksissa painotettiin kuitenkin selkeästi enemmän yhdenmukaisuuden kuin asiakas-kohtaisen joustavuuden näkökulmaa.

Tuotantokeskeisen, yhdenmukaisuutta korostavan laadun saavuttamisessa on keskeistä toiminnan arviointi suhteessa asetettuihin vaatimuksiin. Yleisissä laatusuosituksissa on 1990-luvun puolivälin jälkeen viitattu laadun varmistamiseen ja arviointiin. Myös varsinaisissa laatusuosituksissa laadun arviointi on keskeinen laadun merkityssuhde.

Taulukossa 15 kuvataan sovitusti tekemiseen liittyviä merkityssuhteita kertomuksissa ja laatusuosituksissa.



Taulukko 15. Sovitusti tekeminen tuotantokeskeisen laadun merkityssuhteina kertomuksissa ja laatusuosituksissa\*)

LAATU ILMENTYMINEEN	HYVÄN LAADUN MERKITYSSUHTEET KERTOMUKSISSA	HYVÄN LAADUN MERKITYSSUHTEET LAATUSUOSITUKSISSA
<p><b>Tuotantokeskeisyys</b> <b>Sovitusti tekeminen</b></p> <p>Pelisääntöjen ja ohjeiden noudattaminen</p> <p>Suunnitelmien toteuttaminen, noudattaminen</p> <p>Vaihtelun vähäisyys</p> <p>Asiakaskohtaisen suunnitelman toteutus sovitusti</p> <p>Asiakaskohtainen joustavuus toteutuksessa</p> <p>Työn arviointi suhteessa vaatimuksiin</p>	<p>Työpaikkani onkin kuulu täsmällisyydestään; sinne tullaan ja sieltä lähdetään <b>niin kuin</b> työvuoroon <b>on merkitty</b> (2, 101).</p> <p>Hoitoketjut <b>on sovittu ja niiden pohjalta</b> potilaiden hoito ja kuntoutus <b>toimii</b> korkeatasoisesti (4, 9).</p> <p>Kun hoidon suunnitelmallisuus myös <b>toteutetaan ja pidetään kiinni</b> yhteisistä pelisäännöistä potilas tuntee turvallisuutta (4, 83).</p> <p>On omahoitaja-järjestelmä ja asiat <b>tehdään niin kuin on sovittu</b> (5, 102).</p> <p><b>Noudatamme hoitosuunnitelmaa</b>, joka <b>laaditaan</b> asiakkaan ja omaisten kanssa <b>yhdessä</b> (8, 74).</p> <p>Kaikki työntekijät <b>toimivat yhteisten ”pelisääntöjen” mukaisesti</b> (9, 88).</p> <p>Huom. Hoitosuunnitelmien <b>jatkuva ajantasalla pitäminen</b> (10, 34).</p> <p>Hoitosuunnitelmaa <b>tarkistetaan ja arvioidaan</b> määräajoin tai tarpeen mukaan (9, 56).</p>	<p>Potilaan/asiakkaan näkökulmasta palvelun laadun <b>vaihtelua</b> tulee vähentää (Laadunhallinta 2, 25).</p> <p>Prosessin tuloksen ja toteutuvuuden <b>vaihtelun tunnistaminen</b> on lähtökohhta vaihtelun pienentämiselle, joka on ensimmäinen vaihe modernin laatuajattelun mukaisessa kehittämisessä. <b>Vaihtelun pienentämiseen</b> pyritään kaikissa prosessin tuloksellisuutta arvioivissa mittauksissa (esimerkiksi asiakaspalaute, prosessin tehokkuus ja terveys-hyöty). (Terveyspalvelut, 19.)</p> <p>Prosessin laatu on hyvää, kun <b>tehdään oikeita asioita kerralla oikein</b>. Tuotannon tehostumisen ja virheiden vähentymisen seurauksena myös laatu-kustannukset pienenevät. (Laatustrategia 1, 11.)</p> <p>Kansanterveystyö: Toiminnan sisällön jatkuvan <b>arvioinnin</b> avulla varmistetaan palvelujen laatu (Valsu 1991–1995, 5).</p> <p>Kaikki palvelujen tuottajat keräävät systemaattisesti omaa toimintaansa kuvaavaa tietoa ja hyödyntävät sitä toiminnan laadun <b>arvioinnissa</b> ja parantamisessa (Laadunhallinta 2, 24).</p>

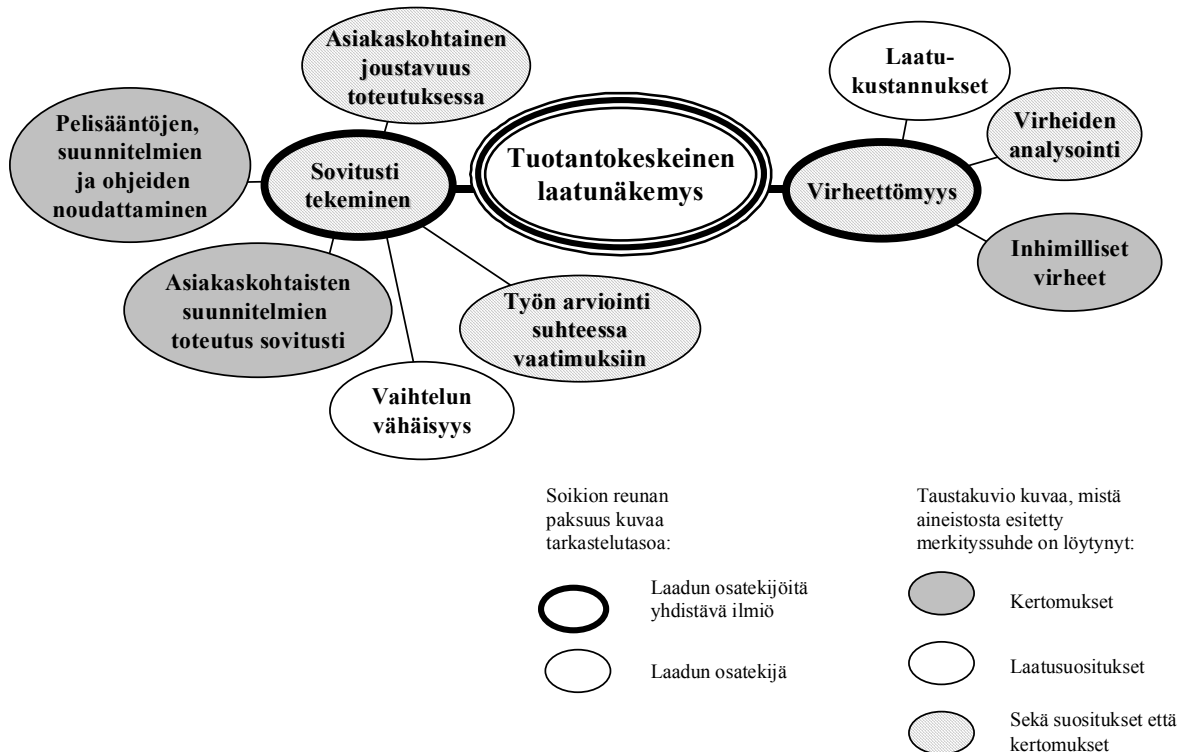
\*) Merkityssuhteen ydinkohta lihavoitu.

Erilaisten hoito-ohjeiden, toimintakäytäntöjen ja standardien laatimista ja tarkkaa noudattamista on kritisoitu sen vuoksi, että sovitusti tekeminen voi aiheuttaa toiminnan keskiarvoistumista, rutinoitumista ja asiakaslähtöisyyden vähentymistä. Tavoiteltu, ennalta määritelty taso muotoutuu helposti keskitasoksi, jonka yläpuolelle ei välttämättä edes pyritä, koska vähempikin riittää. Toisaalta standardisoinnin ja työssä rutinoitumisen pitäisi helpottaa työtä ja vähentää virheitä. Osa hoitotyöntekijöiden kertomuksista kuvasi rutiineja kuitenkin välttämättömyyksiä, joita on tehtävä päivittäin. Hoitohenkilökunta haluaa toimia asiakaslähtöisesti, ja siten rutinoitumista pidettiin osittain epäinhimillisenä ja mekaanisena toimintatapana: *hoitajia olisi riittävästi muuhunkin kuin pelkästään rutiiniin* (7, 55).

### *Yhteenveto tuotantokeskeisestä laadusta*

Teoriaosassa tuotantokeskeiseen laatuun liittyivät virheettömyys, kerralla oikein ja sovitusti tekeminen sekä yhdenmukaisuus. Näkemykset painottavat teollisuuslähtöistä laatukäsitystä ja heijastavat siten laatujohtamisen historiaa. Tämän tutkimuksen aineistossa tuotantokeskeisen laadun keskeisiä merkityskokonaisuuksia kuvastivat virheettömyys ja sovitusti tekeminen.

Hoitotyöntekijöiden kehittyneitä merkityksenantoja liittyi sovitusti tekemiseen ohjeiden, suunnitelmien ja pelisääntöjen noudattamisen näkökulmasta. Laatujärjestelmäkeskeisyys oli hoitotyöntekijöille vierasta. Virheettömyyteen ja kerralla oikein tekemiseen liittyi kehittymätön merkityssuhde. Työntekijät eivät halunneet kirjoittaa näistä asioista kertomuksissaan. Virheettömyyteen liitettiin epäinhimillisyyttä, ja virheettömyys korvattiin ammattitaidon painottamisella. Ammattitaitoinen työntekijä tekee mahdollisimman vähän virheitä, koska hän osaa toimia tilanteiden vaatimalla tavalla joustavasti. Ammatillainen räätälöi hoitosuunnitelmat asiakkaan mukaan, ja täten hänen toimintaansa tulisi arvioida aikaansaannosten mukaisesti eikä virheitä laskemalla. Laatusuosituksissa korostuivat vaihtelun vähäisyyden tavoittelu ja toiminnan arviointi. Kuviossa 23 kuvataan tuotantokeskeiseen laatuun kertomuksissa ja laatusuosituksissa liittyvät keskeiset merkityssuhteet.



Kuvio 23. Tuotantokeskeisen laadun merkityssuhteet ja -verkostot kertomuksissa ja laatusuosituksissa

### 5.3.5 Yhteiskunta- ja systeemikeskeiset merkityksenannot: eri tahojen tarpeiden yhteensovittamista

Yhteiskunta- ja systeemikeskeisen laadun tavoitteena voidaan julkisessa terveydenhuollossa pitää yhteisen hyvän saavuttamista huolehtimalla kansalaisten oikeudenmukaisesta ja tasa-arvoisesta kohtelusta ja palvelujen saatavuudesta. Oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo voivat olla erilaisissa tilanteissa keskenään ristiriidassa. Yhteiskunta- ja systeemikeskeisen laadun kehittäminen edellyttää arvokeskustelua yhteiskunnassa siitä, mitkä asiat ovat tärkeitä ja millä perusteilla. Perusteina voidaan käyttää esimerkiksi hoitomuotojen näyttöön perustumista, menetelmien arvioinnin tuloksia, käytettävissä olevia voimavaroja ja valintojen kokonaisvaikutusta. Systeemikeskeinen ajattelu korostaa eri tahojen näkemysten yhteensovittamista ja kompromissien tekemistä. Avoimuus yhteisten asioiden hoitamisessa on keskeistä, jotta kansalaiset pääsevät osallistumaan valintojen tekemiseen.

#### *Kyselyn merkityksenannot*

Ensimmäisessä kyselyssä esitettiin systeemikeskeisyys laadulle annettuna merkityksenä seuraavasti: *asiakkaan palvelua suunniteltaessa täytyy ottaa huomioon myös muiden asiakkaiden tarpeet*. Väite esitettiin muodossa, joka sopi yksittäisen asiakkaan kohdalla tehtäviin valintoihin ja siten hoitotyöntekijän kokemusmaailmaan. Melkein kaikki vastaajat olivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa (liitetaulukko 22). Koska väittämä vaikutti kuvaavan itsestään selvää asiaa, jätin väittämän pois toisesta kyselylomakkeesta.

#### *Hoitotyöntekijöiden kertomusten ja laatusuosituksen merkityksenannot*

Etukäteen oli odotettavissa, että systeemikeskeinen laatu näkemys ei välttämättä tule selkeästi esille yksittäisten hoitotyöntekijöiden kertomuksissa. Hoitotyöntekijät joutuvat kuitenkin tekemään työssään päivittäin valintoja, jotka aiheuttavat eettistä kuormitusta. Hoitotyöntekijöiden epäitsekkyyttä korostava työn luonne, velvollisuus hoitaa kaikkia, saattaa aiheuttaa sen, että asiakkaiden hoidon priorisointia ei välttämättä edes haluta tiedostaa.

Hoitotyöntekijöiden kertomusten perusteella systeemikeskeiseen laatuun ei ollut muodostunut kehittyntä merkityssuhdetta. *Eri tahojen tarpeiden yhteensovittamiseen* liitettiin kaikkien asiakkaiden keskenään *tasa-arvoinen kohtelu: työntekijät ovat palvelualttiita, joustavia ja ammattitaitoisia ja heillä on alansa viimeisintä tietoa sekä ihmisläheiset vuorovaikutustaidot, mutta samalla myös napakat, sillä vanhainkodissa oleilee joukko vanhuksia, joille jokaiselle pitää löytyä aikaa ja päivittäiset rutiinit on hoidettava (02, 08)*.

Hoitotyöntekijät arvioivat yhteisen hyvän saavuttamista kiireen tarkastelun avulla. *Osastolla kierrellessäni huomaisin, kuinka hoitajat keskustelevat vanhuksien kanssa kiireettömästi, koska henkilökuntaa on riittävästi, myös minulle heillä olisi aikaa muuhunkin kuin ainaiseen kiireeseen, ”pää kolmantena” jalkana juoksemiseen (8, 24).* Kuten aikaisemmin kyselyn tulosten osalta todettiin, kiire oli vastaajien mielestä tärkein laadun tekemistä vaikeuttava tekijä. Lisäksi johto painotti henkilöstön ammattitaidon puutetta työntekijöitä useammin laadun heikentäjänä (liitetaulukot 9, 11–12). Hyvässä työpaikassa henkilökunnalla on mahdollisuus toimia kiireettömästi ja käyttää omaa ammattitaitoaan asiakkaan ohjauksessa. Työntekijä voi turhautua, jos hän joutuu kiireen vuoksi tekemään asiakkaan puolesta niitä asioita, jotka kuuluisivat niin sanotun kuntouttavan työotteen toteuttamisen kannalta asiakkaan tehtäväksi. Kiire vaikeuttaa sekä yksittäisen asiakkaan hoitamista että asiakkaiden välisen hoidon tarpeen arviointia. Tutkimusten mukaan asiakassuhteet ovat hoitotyössä keskeinen työn mielekkyyden lähde, mutta samalla yksi kuormitustekijä (ks. esim. Sinervo & Elovainio 2002a; 2002b). Kun asiakaskeskeisyys oli monilla tavoin keskeinen kertomuksissa laadulle annettu merkitys, voidaan olettaa, että ajan puute ja kiire aiheuttavat työn merkityksellisyyden vähenemistä. Kun työntekijä ei voi antaa asiakkaalle aikaa, vaan joutuu tyytymään vain asiakkaiden tiettyjen välttämättömien perustarpeiden tyydyttämiseen, työn merkityksellisyys vähenee.

Kiire voi olla myös yksi yleisesti hyväksytty syy työssä uupumiselle. Haluttomuus muuttaa toimintatapoja, eri ammattiryhmien työnjakoa ja yleistä toiminnan organisointia saattavat olla kiireen taustalla olevat ongelmat, joita ei voida ratkaista pelkästään henkilökuntaa lisäämällä.

Myös laatusuosituksissa kuvattiin niukasti systeemikeskeistä laatua ilmentäviä merkityksiä. Systeeminäkökulma oli kuitenkin selkeästi yleisempi ilmiö laatusuosituksissa kuin hoitohenkilökunnan kertomuksissa. Tähän näkökulmaan liittyviä merkityksenantoja olivat **1) eri tahojen tarpeiden (ja arvojen) yhteensovittaminen, 2) laatutasosta sopiminen, 3) toiminnan sopeuttaminen resursseihin ja 4) palvelujen saatavuus.**

Systeemikeskeisen laadun idea lähtee siitä, että jonkin tahon tarpeiden tyydyttäminen ei saa olla kohtuuttomassa ristiriidassa muiden tahojen tarpeiden tyydyttämisen kanssa. Teollisuudessa tämä näkyy muun muassa yrityksen toiminnan ympäristövaikutuksien minimoimisena. Terveystieteissä tämä voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että tiettyä sairautta potevien potilaiden hoitoa ei jatketa, jos hoidon vaikuttavuudesta ei ole näyttöä, ja voimavarat voitaisiin käyttää jonkin toisen sairauden hoitoon, johon on olemassa vaikuttava hoitomuoto. Käytännössä

velvollisuusetiikan mukaisesti hoidetaan myös sairauksia, joiden hoidot ovat melko tehottomia.

Huonon systeemikeskeisen laadun seuraukset näkyvät laatusuosituksissa muun muassa palvelujen *saatavuudessa* ilmenevinä ongelmina. Palvelujen saatavuus on liitetty tässä aineistossa erityisesti sekä asiakas- että systeemikeskeiseen laatuun. Palvelujen saatavuuteen vaikuttavat käytettävissä olevat resurssit, joihin vaikutetaan poliittisessa päätöksenteossa. Toisessa ääripäässä on yksittäinen työntekijä, joka joutuu priorisoimaan toimintaa käytettävissä olevien resurssien rajoissa. Tiedetään, että Suomessa terveystalvelujen saatavuudessa on maantieteellisesti aluekohtaisia eroja. Koska kuntien sitova ohjaus on vähentynyt, tarvitaan seurantaa kuntien toiminnan arvioimiseksi. Tähän liittyen toimintaa arvioi perusturvalautakunta, johon myös viitattiin yleisessä laatusuosituksessa: *Sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimii perusturvalautakunta. Jos kunta ei ole järjestänyt asukkailleen erityislaeissa tarkoitettuja palveluja siten, että välttämättömät peruspalvelut vastaavat maassa yleisesti hyväksyttyä tasoa, voi sosiaali- ja terveysministeriö saattaa palvelujärjestelmän asianmukaisuuden perusturvalautakunnan tutkittavaksi. (Valsu 1994–1997, 5.)*

Systeemikeskeiseen laatuun liittyy priorisointi. Suosituksissa priorisointia käsiteltiin viittamalla resursseihin, vaikka resurssipulan ei pitäisi olla priorisoinnin syy: *laatukriteerit suhteutetaan käytettävissä oleviin voimavaroihin: voimavarat asettavat osaltaan rajat laadun kehittämiselle (Laatustrategia 1, 3)*. Näyttöön perustuvan terveydenhuollon ajatuksena on tuottaa vaikuttavia palveluja. Vaikka olisi rahaa ja muita resursseja, tehottomia hoitoja ei kannata tehdä (ks. Ryynänen & Myllykangas 2000). Todellisuudessa kuitenkin vasta resurssien niukkuus pakottaa priorisoimaan. Osittain tämä johtunee siitä, että asioiden arvottaminen on vaikeaa ja vaatii paljon avointa keskustelua. Kaikkien asiakkaiden hoitamisveloitteesta saataan siirtyä utilitaristiseen ajatteluun eli niiden hoitamiseen, joiden hoitamisesta on hyötyä.

Laatusuosituksissa eri tahojen tarpeiden yhteensovittamiseen liittyy *tarpeiden ristiriitaisuus*. Terveystalveluja koskevassa laatusuosituksessa terveydenhuollon käytännöstä vastaavien johtajien tehtäväksi nähtiin eri tahojen ja tarpeiden nivominen yhteen. Toisaalta voidaan kysyä, eikö tämä tehtävä kuuluisi ainakin osittain poliittisille päättäjille (ks. Øvretveit 1992)? Yleisemmällä kuin yksittäisen asiakkaan tasolla systeemikeskeinen laatu tarkoittaa esimerkiksi yksittäisessä kunnassa sitä, että terveystalvelujen asiakkaiden tarpeiden lisäksi pitää ottaa huomioon myös muiden palvelujen, esimerkiksi peruskoulun asiakkaiden tarpeet ja heidän

tarvitsemansa resurssit. Toisaalta poliittisten päättäjien priorisointi jää aina vain tietyille tasolle. Monet päätökset voidaan tehdä vasta silloin, kun todellinen asiakas on läsnä.

Yleisissä laatusuosituksissa palvelujen saatavuuteen liitetään ajatus siitä, että terveyspalveluja pitää olla saatavissa tasa-arvoisesti kaikille tietyissä aikarajoissa. Tasa-arvo voi olla ristiriidassa hoitosuositusten korostamisen kanssa. Hoitosuositukset perustuvat näyttöön, ja näytön perusteella hoitoja voidaan perustella ja priorisoida. Tällöin kaikkien sairauksien hoitoon ei käytetä yhtä paljon resursseja. Voi olla oikeudenmukaista, mutta ei välttämättä tasa-arvoista, suunnata resurssit niiden sairauksien hoitoon, joihin on olemassa vaikuttava hoitomuoto ja jättää hoitamatta ne sairaudet, joihin ei ole löydetty vaikuttavaa hoitoa. Laatusuosituksissa hoitosuosituksia käsitellään irrallaan resurssi- ja priorisointikeskustelusta. Hoitosuositusten käytön korostaminen viittaa kuitenkin merkityksenantoon, jossa laadukas hoito perustuu näyttöön hoidon vaikuttavuudesta. Tällöin ilman näyttöä annettavat hoidot ovat laaduttomia. Systemi-keskeisen ajattelun mukaisesti voidaan ajatella, että tehottomien hoitojen antaminen vähentää laadukkaiden hoitojen antamiseen käytettävissä olevia resursseja.

Eettisten valintojen ja näyttöön perustuvan hoidon välillä voidaan nähdä olevan ristiriitaa siinä mielessä, että näytön vaatiminen voi joissakin tilanteissa estää potilaan aktiivisen hoitamisen, mikä voi olla yksilötasolla epäoikeudenmukaista. Esimerkiksi syöpäpotilas, jolle ei löydy riittävän vaikuttavaa ja kohtuuhintaista hoitoa, joutuu tyytymään oireiden mukaiseen hoitoon. Jos hoidot olisivat hyvin edullisia, niitä todennäköisesti käytettäisiin, vaikka niiden vaikutus olisi melko vähäinen. Tähän saattaisi vaikuttaa inhimillisyyttä korostavan toiminnan tarve. Asiakkaan jättäminen kustannusvaikuttavuussyistä ilman aktiivista hoitoa ei todennäköisesti ole helppo asia henkilökunnallekaan. Ikäihmisiä koskevassa laatusuosituksessa eettiset valinnat ja näyttöön perustuva hoito liitetään saumattomasti yhteen: *palvelutoiminnan tulee olla asiakaslähtöistä ja eettistä, perustua kuntouttavaa työotteeseen, noudattaa näyttöön ja käyvän hoidon suosituksiin perustuvia hoitokäytäntöjä, perustua kirjallisiin palvelusuunnitelmiin tai hoitosopimukseen, toteuttaa saumatonta yhteistyötä eri palveluntuottajien sekä omaisten ja lähihenkilöiden kanssa (Ikäihmiset, 15).*

Laatusuosituksissa laatuun kuuluu **laatutason** määrittely. Laatutasotavoitteiden asettaminen saattaa johtaa riittävän hyvän laadun määrittelyyn, jolloin tavoitetaso ei välttämättä ole haasteellinen ja kannustava. Onnistunut, motivoiva tavoitetaso lisää työtyytyväisyyttä, työn mielekkyyttä ja yhteishenkeä (ks. Kivimäki ym. 1998). Minimitavoitteiden asettamisessa on riskinä, että minimitaso on samalla ylin taso, mihin pyritään, koska asiantuntijatyössä tason nos-

taminen nostaa yleensä kustannuksia. Toisaalta jos vähimmäistasoa ei määritellä, hoidon laadun valvonta jää valvontaviranomaisille, jotka eivät resursseiltaan ole sellaisia, jotta ne voisivat järjestelmällisesti toteuttaa valvontatehtävänsä. Tällöin yksittäisen kunnan palvelujen laatu voi jäädä hyvinkin alhaiseksi. Laatutason määrittely edellyttää arvokeskustelua poliittisella tasolla ja laatutavoitteiden selkeää määrittelyä valmistelevalle virkamiestasolla (ks. Möttönen 1997): *luottamushenkilöille hyvin valmisteltu laatutavoitteiden määrittely ja seuranta turvaa mahdollisuuden tehdä perusteltuja päätöksiä siitä, minkä tasoisia palveluja iäkkäät kuntalaiset ja heidän omaisensa saavat (Ikäihmiset 20)*. Laatutason määrittely liittyy systeemikeskeiseen laatuäkemykseen siten, että laatutason taustalla on tarve hallita kokonaisresursseja, ja toisaalta varmistaa vähimmäismäärä palveluja niitä tarvitseville. Palvelujen saatavuuden määrittely aikarajana kuvastaa osaltaan tiettyä minimitasoa.

Palvelulle asetettaviin vaatimuksiin voidaan liittää vaikuttavuus, jolloin vaatimustenmukaisuus hyväksyttävien kustannuksin tarkoittaa esimerkiksi hoitoa, joka vaikuttaa ja jonka kustannukset ovat kohtuulliset: *Tavoitteena on, että hoito- ja palvelukäytännöt perustuvat tutkimustietoon, että ne vastaavat ihmisten tarpeita ja että ne sovitetaan julkisen talouden voimavaroihin (Valsu 1997–2000, 13). Kehittämisen lähtökohtana on pidettävä yhteiskunnallisen tasavertaisuuden periaatetta. Toinen keskeinen lähtökohta on kustannusten sopeuttaminen voimavaroihin. (Th 2000, 7.)*

Arvokeskusteluun viittaaminen oli laatusuosituksissa vähäistä, poikkeuksena ikäihmisiä koskeva laatusuositus. Ikäihmisten laatusuosituksessa kuntalaiset haastetaan keskusteluun palvelujen laatutasosta, mikä osoittaa, että laatutasosta päättämistä ei jätetä pelkästään edustuksellisen demokratian ja asiantuntijoiden varaan. Se voidaan toisaalta nähdä myös yhteisvastuun lisäämisen keinona: *kun ikääntyneet ja heidän omaisensa tietävät sekä oikeutensa että kunnan voimavarat, he voivat osallistua keskusteluun paikallisesta palvelutasosta ja eri palvelujen tärkeydestä ja valvoa oikeuksiensa toteutumista (Ikäihmiset 20)*. Viittaus saattaa olla yhteydessä vanhusten arvostamisen puutteeseen, ja tästä syystä keskustelu laatutasosta arvostamisen osoituksena on tuotu esille.

Taulukossa 16 kuvataan laadun merkityssuhteita kertomuksissa ja laatusuosituksissa systeemikeskeisestä näkökulmasta.

Taulukko 16. Systemikeskeisen laadun merkityssuhteet kertomuksissa ja laatusuosituksissa\*)

LAATU ILMENTYMIIN	HYVÄN LAADUN MERKITYSSUHTEET KERTOMUKSISSA	HYVÄN LAADUN MERKITYSSUHTEET LAATUSUOSITUKSISSA
<p><b>Systemikeskeisyys</b> <b>Eri tahojen tarpeiden ja tavoitteiden yhteensovittaminen</b> Ristiriitojen yhteensovittaminen</p> <p><b>Yhteisesti hyväksytty taso</b> Minimitaso</p> <p><b>Toiminnan sopeuttaminen resursseihin</b></p> <p><b>Palvelujen saatavuus</b> Tasa-arvo</p>	<p>Siellä voidaan ottaa vanhuksen toiveet <b>mahdollisuuksien mukaan</b> huomioon esim. seuraavissa asioissa: ... (02, 02).</p> <p>Työntekijät ovat palvelualttiita, joustavia ja ammattitaitoisia ja heillä on alansa viimeisintä tietoa sekä ihmisläheiset vuorovaikutustaidot, mutta samalla myös napakat, sillä vanhainkodissa oleilee joukko vanhuksia, joille <b>jokaiselle pitää löytyä aikaa</b> ja päivittäiset rutiinit on hoidettava (02, 08).</p> <p>Heitä kunnioitetaan pyritään täyttämään heidän toiveensa. Tietenkin <b>mahdollisuuksien rajoissa</b>. Ei kiireellä. (10, 60.)</p>	<p>Terveydenhuollon eri asiantuntijoilla on omaan viitekehukseensä perustuvia erilaisia näkemyksiä hoidon sisällön painotuksesta ja merkityksestä. Yksittäisellä kuntalaisella on myös omat arvonsa ja odotuksensa terveyspalvelujen sisällöstä. Terveydenhuollon käytännöstä vastaavat johtajat joutuvat <b>niivomaan yhteen nämä erilaiset arvot ja näkemykset</b>. (Terveyspalvelut, 20–21.)</p> <p>Valtakunnallisten normien ja taloudellisten voimavarojen vähentyessä on etsittävä uusia tapoja varmistaa, että palvelut täyttävät asiakkaiden tarpeiden mukaisen ja <b>voimavarojen rajoissa</b> olevan <b>laatusason</b> (Laatustrategia 3, 1).</p> <p>Luottamushenkilöille hyvin valmisteltu laatusuositteiden määrittely ja seuranta turvaa mahdollisuuden tehdä perusteltuja päätöksiä siitä, <b>minkä tasoisia palveluja</b> iäkkäät kuntalaiset ja heidän omaisensa saavat (Ikäihmiset, 20).</p> <p>Kollektiivisissa palveluissa <b>asiakkaiden tarpeet</b> saattavat olla jopa <b>ristiriitaisia</b>. Yksilöllisiä tarpeita ei esimerkiksi <b>tasavertaisuussyistä</b> voida aina ottaa huomioon. Palvelun käyttäjän etu ei välttämättä ole maksajan etu. (Laatustrategia 1, 7.)</p> <p>Edustuksellinen demokratia toteuttaa julkisten palvelujen <b>kansalaiskeskeisyyden</b> periaatetta, kun päätöksentekijät sitoutuvat kaikilla tasoilla laadun kehittämiseen esimerkiksi hyväksymänsä laatusuositteiden muodossa. He joutuvat asettamaan <b>laatusuositteet tasapainoon käytettävissä olevien voimavarojen kanssa</b> sekä arvioimaan päätösten vaikutusta sekä tuottajan että asiakkaan näkökulmasta. (Laatustrategia 1, 10.)</p> <p>Palvelujen <b>saatavuuden</b> turvaaminen: Kunnat varmistavat sellaiset voimavarat ja toiminnan järjestelyt, että ajanvarauksella pääsee terveyskeskuslääkärin ei-kiireelliseen hoitoon 3 vuorokauden kuluessa. Sairaaloissa varmistetaan ei-kiireellisen hoidon tarpeen arviointi 14 vuorokauden kuluessa... (Tato 2000–2003, 16–17.)</p>

\*) Merkityssuhteen ydinkohta lihavoitu.

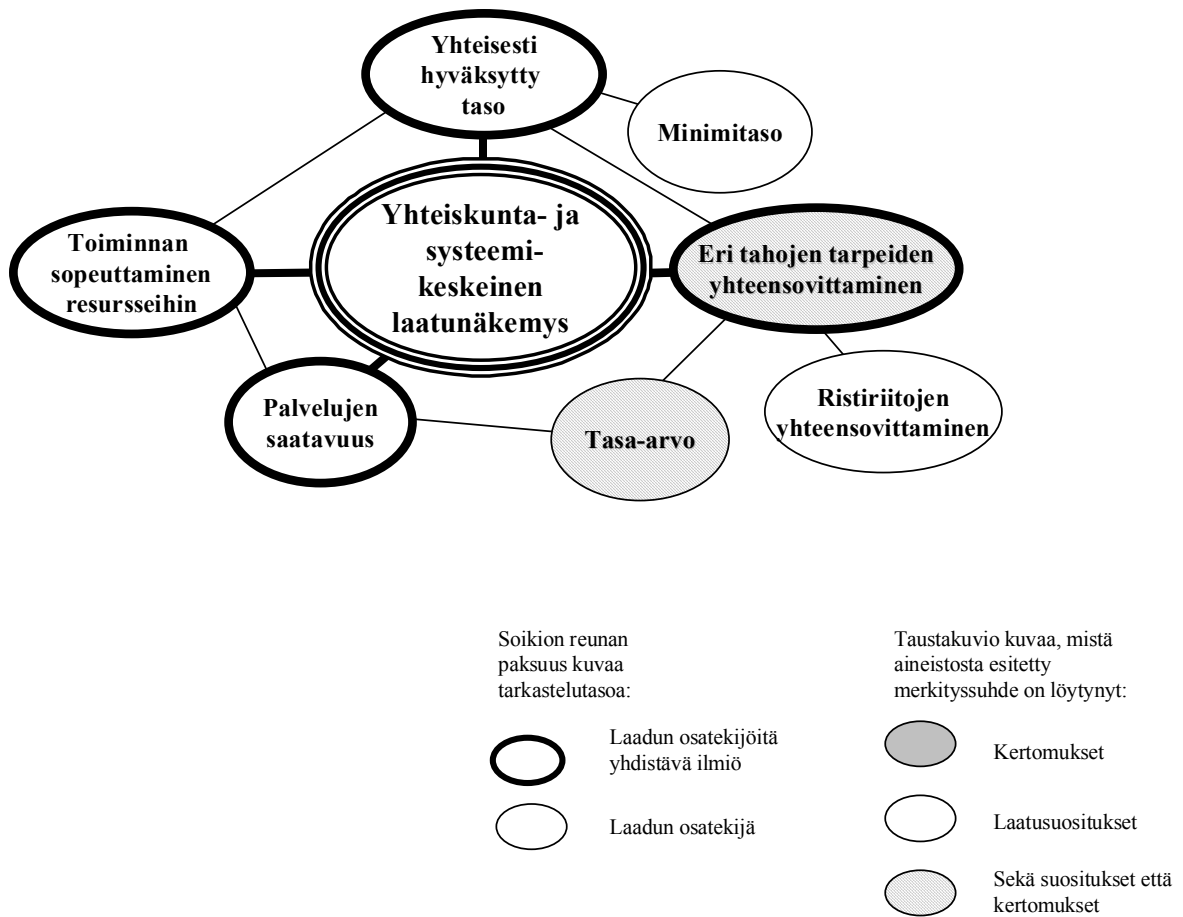


***Yhteenveto yhteiskunta- ja systeemikeskeisestä laadusta***

Tämän tutkimuksen teoriaosassa esitin systeemikeskeisen laadun osa-alueiksi yhteisen hyvän, kokonaisvaikutuksen, oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon, jotka kuvaavat jollain tavalla tähän näkökulmaan liittyvää arvokeskustelua. Tutkimuksen aineiston perusteella systeemikeskeiseen laatuunäkemykseen ei liittynyt selkeästi kehittyneitä merkityssuhteita. Tähän näkemykseen liittyvät merkityksenannot olivat vähäisiä, ja yksittäiset systeemikeskeisen laadun osatekijät jäivät irrallisiksi merkityksenannoiksi.

Laatusuosituksissa esille tulleet merkitykset – eri tahojen tarpeiden yhteensovittaminen, toiminnan sopeuttaminen resursseihin, yhteisesti hyväksytty palvelujen taso ja palvelujen saataavuus – painottavat ehkä enemmän tasa-arvoa kuin oikeudenmukaisuutta. Oikeudenmukaisuutena voidaan tosin pitää myös toimimista tasa-arvon perusteella. Toisaalta voidaan myös väittää, että olisi oikeudenmukaisempaa painottaa rajallisten resurssien suuntaamista sinne, missä niistä saadaan suurin hyöty, esimerkiksi hoitamalla sairauksia, joihin on tehokas hoito. Tällöin sairauksien hoidon epätasa-arvoisuus voi olla tavoiteltu asia. Tähän viittaa suunnittelukeskeisen laadun yhteydessä käsitelty näyttöön perustuva hoito. Näyttöön perustuvien hoitosuosituksien käyttöä ei kuitenkaan selkeästi yhdistetä resurssien niukkuuteen ja eri tahojen tarpeiden yhteensovittamiseen. Palvelujen saatavuuteen liitetään aikarajoja, jotka osaltaan viittaavat asiakkaiden tasa-arvoiseen kohteluun hoidon tarpeen arviointiin pääsyn yhteydessä.

Kuviossa 24 kuvataan systeemikeskeiseen laatuun kertomuksissa ja laatusuosituksissa liittyvät merkityssuhteet.



Kuvio 24. Systeemikeskeisen laadun merkityssuhteet ja -verkostot kertomuksissa ja laatusuosituksissa

### 5.3.6 Johtamista ja työyhteisöä koskevat merkityksenannot: oikeudenmukaista johtamista hyvässä työilmapiirissä

Laadukkaassa organisaatiossa johtamisen ja työyhteisön laatuun liittyvät asiat ovat keskeisiä palvelujen laadun edellytyksiä. Nämä asiat tulivat selkeästi esille toisen aineiston hoitotyöntekijöiden kertomuksissa.

#### *Kyselyn merkityksenannot*

Ensimmäisessä kyselyssä vastaajille esitettiin seuraavat kaksi väittämää, jotka liittyvät laatuun ja vastuuseen: *laatu on esimiesten asia ja jokainen työntekijä on vastuussa laadusta*. Suurin osa vastaajista oli täysin tai joksikin sitä mieltä, että laatu ei ole esimiehen asia. Jokainen vastaaja piti sen sijaan laatua työntekijän asiana (liitetaulukko 23). Irrotettuna omasta merkitysverkostostaan laadun tekeminen voidaan tulkita vain työntekijöiden asiaksi. Todennäköisempää kuitenkin on, että tässä yhteydessä vastaajat halusivat korostaa, että laatu ei ole vain

johdon asia, vaan kuuluu jokaiselle työntekijälle. Tätä tulkintaa tukee myös se, että kysyttäessä työntekijöiltä kolmea tärkeintä laadun tekemisen edellytystä joka toinen vastaaja sijoitti johdon ammattitaidon kolmen tärkeimmän laadun edellytyksen joukkoon. Myös työntekijän ammattitaidon sijoitti suurin osa vastaajista kolmen tärkeimmän joukkoon ja näistä suurin osa tärkeimmäksi tekijäksi (liitetaulukko 5). Työntekijän vastuu työnsä laadusta on keskeisintä, mutta myös johdon toiminnalla luodaan edellytyksiä laadulle.

Kummankin kyselyn tulosten perusteella kolmen tärkeimmän laadun tekemistä *vaikeuttavan* tekijän joukkoon eivät kuuluneet henkilöstön väliset ristiriidat (liitetaulukko 9). Ristiriidoilla on todennäköisesti merkitystä työyhteisön hyvinvoinnille ja työn tekemiselle, mutta monet muut asiat koettiin kuitenkin tärkeämmiksi laadun tekemistä haittaaviksi tekijöiksi.

### ***Hoitotyöntekijöiden kertomusten ja laatusuosituksen merkityksenannot***

Ensimmäisessä kertomusaineistossa johtamiseen ja työyhteisöön liittyviä merkityssuhteita oli niukasti. Tämä saattoi johtua siitä, että ensimmäiset kehyskertomukset oli laadittu siten, että ne todennäköisesti ohjasivat tarkastelemaan laatua lähinnä asiakkaan näkökulmasta. Asiakasnäkökulmasta johtaminen ja työyhteisö ovat vain välillisiä tekijöitä. Toisessa aineistossa kehyskertomukset ohjasivat kirjoittamaan laadusta työntekijän näkökulmasta, jolloin työntekijöiden merkityksenannot sisälsivät muiden laatu näkökulmien lisäksi *johtamiseen* ja *työyhteisöön* liittyvät merkityskokonaisuudet.

Hoitotyöntekijöiden kertomuksissa *johtamisen* ja laadun välistä yhteyttä kuvattiin johtamisen **1) oikeudenmukaisuuden, 2) tavoitteellisuuden** sekä **3) johdon ja työntekijöiden välisen vuorovaikutuksen** avulla. Johtamisen *oikeudenmukaisuuteen* liitettiin työntekijöiden *arvostaminen* ja *työn vaativuuden mukainen palkka*. Johdon ja työntekijöiden välistä *vuorovaikutusta* koskeva merkityskokonaisuus sisälsi *työntekijöiden kannustamisen ja tuen, avoimuuden* ja *henkilöstön osallistumisen mahdollistamisen* sekä *arvioinnin ja palautteen*. Kirjoittajat liittivät työn arvostamisen ja palautteen saannin toisiinsa. Kun esimies arvostaa työntekijän tekemää työtä, hän antaa siitä palautetta: *henkilökunta tuntee, että heidän työtään arvostetaan ja he saavat palautetta sekä esimiehiltä että omaisilta (9, 88)*. Työntekijät tarvitsevat palautetta työstään, jotta työ koettaisiin merkitykselliseksi ja arvostetuksi.

Monet hyvän johtajan ominaisuuksista liittyvät oikeudenmukaiseen toimintaan ja hyvään vuorovaikutukseen, dialogiin työntekijöiden kanssa. Dialogi edellyttää tasa-arvoista suhtautumista toiseen osapuoleen. Hyvä esimies tai johtaja arvostaa työntekijän suorituksia ja osoittaa sen

omalla käytöksellään ja vuoropuhelullaan työntekijöiden kanssa. Arvostamiseen ja oikeudenmukaisuuteen kuuluu työn vaativuuden näkyminen palkassa. Jos palkkaus ei ole suhteessa työn vaativuuteen, työntekijät voivat olettaa, että johto ei arvosta heidän työtään.

Useissa hoitotyöntekijöiden kertomuksissa korostettiin palkan ja työn vaativuuden sekä arvostuksen välistä yhteyttä. ”Kutsumus ei elätä” -ajattelu saa siten tukea ja se uskalletaan osoittaa palkkavaatimuksilla. Täten voidaan olettaa, että hoitohenkilökunta arvostaa omaa osaamistaan ja näkee työnsä vaativuuden ja palkkauksen epäoikeudenmukaisuuden. Nuorten alalle rekrytoinnin kannalta voi olla ongelmallista, jos nykyinen henkilökunta kokee selkeästi, että palkka ei ole oikeudenmukainen. Vastaajat työskentelevät pääkaupunkiseudulla, jossa elinkustannukset ovat korkeammat kuin muualla Suomessa, ja palkkauksen alhaisuus saa siitä vielä lisää painoarvoa: *Ja lisää rahaa terveydenhoitoon ja myös hoitajille työn vastuullisuutta ja vaikeutta vastaava palkka. Ei näillä nykyisillä palkoilla elä nykyisillä hinnoilla. Kunnon korvaus työstä osoittaisi todellista arvostusta. (5, 121.)*

Tutkimusten mukaan mitä vaativampaa työ on, sitä suurempaa palkkiota työntekijät yleensä odottavat (Kivimäki ym. 2002b; ks. myös Kivimäki ym. 1998). Kun palkka ei ole missään suhteessa työn vaativuuteen, työn mielekkyys voi kadota ja se uuvuttaa työntekijät. Toiminnan tavoitteet ja tavoitteiden saavuttamisen arviointi ovat tärkeitä työn ja palkan välisen suhteen mittareita. Palkkausjärjestelmän tulisi tukea tavoitteiden saavuttamista.

Hoitotyöntekijöiden kertomusten mukaan hyvä johtaja **asettaa toiminnalle tavoitteita**, tiedottaa niistä henkilöstölle ja on itse sitoutunut työhönsä. Huonon johtajan keskeisin ominaisuus oli välinpitämättömyys. Välinpitämättömyys osoittaa työntekijöiden arvostamisen puutetta. Johtamisen oikeudenmukaisuus ja toiminnan tavoitteellisuus liittyvät aikaisempien tutkimusten mukaan olennaisesti työelämän laatuun (ks. esim. Elovainio ym. 2001; Kivimäki ym. 1998; Sinervo & Elovainio 2002a; Wickström ym. 2002).

Laatusuosituksissa johtamisen laatu liittyi johtamisen tavoitteellisuuteen ja vuorovaikutukseen työntekijöiden kanssa. Johtamisen keskeisenä edellytyksenä on tiedonsaanti asioiden ja ihmisten johtamisen tuloksista, esimerkiksi organisaation suorituskyvystä sekä henkilöstön hyvinvoinnista ja tyytyväisyydestä. Suosituksissa johtamisen laatuun liitettiin työntekijöiden osallistuminen, joka on keskeinen asia laatujohtamisen opeissa (ks. esim. Deming 2000). *Johtamisessa tarvitaan tosiasioita organisaation suorituskyvystä: mikä nykytilanne ja miten edetään tavoitteiden suunnassa (Laadunhallinta 2, 16). Laadunhallinta edellyttää johtamista-*

*paa, joka perustuu ihmisten osallistumiseen, yhteistyökumppanuuteen, jatkuvaan laadun parantamiseen, tosiasiaperusteiseen päätöksentekoon ja prosessisuuntautumiseen (Laadunhallinta 2, 14).*

Vertailtaessa kertomusten ja laatusuositusten käsityksiä johtamisen laadusta voidaan todeta, että hoitotyöntekijöiden kertomuksissa johtamisen laadulle annettiin laaja-alaisempi merkitys kuin laatusuosituksissa. Lisäksi yleisissä laatusuosituksissa johtamiseen liittyviä ilmauksia ei esitetty juuri ollenkaan laatua koskevien tavoitteiden määrittelyn yhteydessä. Yleisesti suosituksissa käsiteltiin johtamiseen liittyviä seikkoja abstraktimmalla tasolla kuin kertomuksissa. Esimerkiksi henkilöstön hyvinvoinnista huolehtiminen näkyi kertomuksissa useiden osatekijöiden kautta, mutta laatusuosituksissa yleisenä viittauksena aiheeseen (taulukko 17).

Hoitotyöntekijöiden kertomuksissa painottuivat ihmisten johtamiseen liittyvät asiat. Vaikka laatu liitettiin tavoitteellisuuteen ja määrätietoisuuteen johdon toiminnassa, eniten kertomuksissa painottuivat esimiesten oikeudenmukainen toiminta, henkilöstön kannustaminen ja tuki sekä palaute.

Taulukko 17. Johtamisen laatuun liittyvät merkityssuhteet kertomuksissa ja laatusuosituksissa\*)

LAATU ILMENTYMINEEN	HYVÄN LAADUN MERKITYSSUHTEET KERTOMUKSISSA	HUONON LAADUN MERKITYSSUHTEET KERTOMUKSISSA	HYVÄN LAADUN MERKITYSSUHTEET LAATUSUOSITUKSISSA
<p><b>Johtaminen</b></p> <p><b>Oikeudenmukaisuus</b> Työntekijöiden arvostaminen Työn vaativuuden mukainen palkka</p> <p><b>Tavoitteellisuus</b> Työntekijöiden tiedonsaanti tavoitteista Johdon sitoutuminen</p> <p><b>Vuorovaikutus</b> Työntekijöiden kannustus ja tuki Palautteen anto työntekijöille Avoimuus Työntekijöiden osallistumisen mahdollistaminen</p>	<p>Johtajamme on <b>määrätietoinen</b>. Hän luo meille <b>puitteet ja raamit</b>, missä toimitaan, mutta <b>yhdessä</b> neuvotellen päätämme kuinka toimitaan tavoitteena asukkaan hyvä olo. Kaikkien työpanosta arvostetaan. (10, 64.)</p> <p>Hyvässä sairaalassa johtoporas on jatkuvassa <b>vuorovaikutuksessa</b> hoitohenkilökunnan kanssa siten, että päätöksiä tekevät henkilöt saavat hoitajien terveiset mieluiten ilman välikäsiä ja päinvas-toin. Näin saadaan <b>tietää, mitä kullekin kuuluu</b> ja voidaan tehdä asianmukaisia päätöksiä... (6, 81.)</p> <p>Esimiehemme ovat <b>oikeudenmukaisia</b> ja johtavat vanhainkotiamme <b>määrätietoisesti</b>. Heillä on aikaa kuunnella työntekijöitä ja <b>tukea ja kannustaa</b> työtämme. Heiltä me saamme myös <b>palautetta</b> ja ovat linkkeinä myös muihin organisaatioihin talomme ulkopuolella... (8, 41.)</p> <p>Laatua saadaan myös sillä että henkilökunta sitoutuu työhönsä, heillä on tarpeeksi hyvä <b>palkka työn vaativuuteen nähden</b> (5, 39).</p>	<p>Esimies <b>ei välitä</b> mitä työpaikalla tapahtuu. Hoitajilla omia ”klikki-porukoita”, asioita ei tuoda esiin yhteisissä palavereissa. (3, 98.)</p> <p><b>Kannustavaa palautetta</b> ei saa esimiehiltä. Onneksi myönteistä palautetta saa joskus omaisilta ja potilailta. ...Hyvin koulutettu henkilökunta ei voi käyttää taitojaan ja tietoaan täysmääräisesti.</p> <p><b>Avoimuus ja oikeudenmukaisuus</b> puuttuu jne... (5, 120.)</p> <p><b>Huonot palkat/työn vaativuus</b>, pitkä koulu-tus, hyvä ammattitaito. Hoitotyötä <b>ei arvosteta</b> tarpeeksi. (3, 98.)</p>	<p><b>Johdon sitoutuminen ja tuki</b> on ratkaisevaa kaikissa työtaivoissa (Laadunhallinta 1, 15)</p> <p>Kestävä tuloskehitys voidaan saada aikaan vasta silloin, kun huolehditaan tuloksenteon ohella myös henkilöstön pysyvyydestä, työmotivaatiosta (työtyytyväisyydestä) sekä fyysisestä ja psyykkisestä työ-kunnosta. Luonnollisesti myös organisaatioon, <b>johtamiseen ja palkitsemiseen</b> liittyvien asioiden pitää olla kunnossa. (Laatustrategia 2, 4.)</p> <p>Johdon vastuulla on <b>luoda innostava, yhteistyöhön perustuva ja tavoitteellinen ilmapii-ri</b>, joka mahdollistaa henkilökunnan hyvän suoriutumisen (Laadunhallinta 2, 15).</p> <p>Ammatillisen johtamisen tehtävänä on työn tarkoituksenmukainen organisointi, toiminnan <b>tuloksellisuus</b>, kehittämistyö, uudistaminen ja henkilöstön hyvinvoinnista huolehtiminen (Ikäihmiset, 19).</p> <p>Oleellista johtamisessa on <b>pitkäjänteisyys ja sitoutuminen</b>. Sitoutumisen on oltava uskottavaa ja omassa työssä näkyvää. Henkilöstön sitoutuminen kuuluu johdon tehtäviin. (Laadunhallinta 2, 16.)</p> <p>Johtamis- ja toimintakulttuuria on kehitettävä <b>henkilöstön osallistumista</b> ja innovaatioita kannustavaksi sekä ristiriitoja <b>avoimesti</b> käsitteleväksi (Th 2000, 33).</p>

\*) Merkityssuhteen ydinkohta lihavoitu.

Hoitotyöntekijöiden kertomuksissa *hyvään työilmapiiriin* liittyviä merkityksenantoja olivat *1) yhteishenki, 2) pelisääntöjen noudattaminen, 3) toisten tukeminen, 4) avoimuus, 5) ristiriit-*

**tojen käsittely ja 6) työn kehittäminen.** Yhteen hiileen puhaltamista käytettiin usein vertauskuvana hyvästä yhteishengestä ja toisten tukemisesta. Hyvä ilmapiiri lisäsi kirjoittajien mukaan kehittämismyönteisyyttä ja työmotivaatiota sekä asiakkaiden tyytyväisyyttä ja työntekijöiden työssä jaksamista. Työilmapiiri auttaa henkilökuntaa ottamaan käyttöön koko ammattitaitonsa: *”Yhteen hiileen” puhaltaminen motivoi henkilökuntaa toimimaan ammattitaitonsa luomissa puitteissa potilaiden/asukkaiden parhaaksi. Jos työ on mielekästä, on sitä myös halu parantaa, muuttaa tai kehittää. (7, 25.)* Hoitohenkilökunta tekee työtään vanhainkodeissa ja terveyskeskussairaalassa yleensä työvuorokohtaisissa työryhmissä. Kertomuksissa ei kuvattu niinkään hyviä hoidon lopputuloksia, vaan hyvää vuorovaikutusta asiakkaiden ja työntekijöiden, työyhteisön jäsenten sekä työntekijöiden ja johdon välillä.

Kertomuksissa avoimuutta ja hyväksytyksi tulemistä pidettiin tärkeinä laadukkaan työyhteisön ominaisuuksina. Myönteinen ja luottamuksellinen ilmapiiri luo kehittämismyönteisen asenteen organisaatioon eikä työntekijöiden tarvitse pelätä epäonnistumista. Arviointipalautteen rakentava käsittely vaatii kykyä kriittiseen ajatteluun: *Hoitajat pystyvät ottamaan vastaan negatiivista palautetta ja käyttämään sen työyhteisön kehittämiseen. Henkilökunnan ja työnjohdon yhteistyö on rakentavaa ja kannustavaa, työnjohdolta positiivinen kannustus työyhteisön eri ammattiryhmille. (6, 69.)*

Huonoa laatua kuvaavissa kertomuksissa oli vähän viittauksia työyhteisöön. Huono työyhteisö heikentää organisaation imagoa. Jos työntekijät eivät viihdy työpaikalla ja tästä syystä vaihtavat työpaikkaa, viestit huonosta työyhteisöstä leviävät. *Sellaisessa työyhteisössä, jossa on huono ilmapiiri, on tunnetusti myös vaikeuksia tiedonkulussa. Hoitajien kesken viestit eivät kulje, ja potilaitten hoito kärsii tästä. Toisia hoitajia myös mustamaalataan aiheettomasti, kiusatut lähevät pois talosta ja levittävät tietoja ikävistä tapauksista ulkopuolisille. Huono maine leviää kuitenkin tehokkaammin ehkä siten, että puhumaan kykenevät potilaat kertovat omaisilleen huonosta kohtelusta ja nämä taas kertovat eteenpäin tuttavilleen. (3, 104.)*

Laatusuosituksissa työyhteisön laatuun viittaavia merkityksenantoja oli vähän verrattuna hoitotyöntekijöiden kertomuksiin ja tästä syystä taulukossa 18 ei viitata laatusuosituksiin. Merkitystenantojen vähäisyys kuvastaa laatusuositusten asioiden johtamista painottavaa luonnetta ihmisten johtamiseen liittyvien seikkojen jäädessä vähemmälle huomiolle.

Taulukko 18. Hyvä työilmapiiri työyhteisön laatuun liittyvinä merkityssuhteina kertomuksissa\*)

LAATU ILMENTY- MINEEN	HYVÄN LAADUN MERKITYSSUHTEET KERTOMUKSISSA
<b>Työyhteisö</b> <b>Hyvä ilmapiiri</b> Yhteishenki Kehittämismyönteisyys Avoimuus Ristiriitojen käsittely Työtovereiden tukeminen Pelisäännöt	<p><b>Sopuisa yhteistyö</b> on voimaa. Viestittäminen, delegointi välttämätöntä. Ystävälliseen työyhteisöön on mukava mennä töihin. On vipinää. (5, 93.)</p> <p>Kaikilla täytyy olla innostusta, <b>halua kehittää</b> hoitotyötä, uusia hoitomenetelmiä, joka osaltaan vaikuttaa työpaikan imagoon, mitä asioita halutaan korostaa omassa työyhteisössä ja joka muodostaa käsitystä työpaikasta myös ulospäin (6, 71).</p> <p>Pystymme <b>keskustelemaan avoimesti</b> kaikista työtä koskevista asioista. Ratkomme ongelmia ja kehittelemme parempia toimintamalleja. Sairauspoissaoloja on vähän koska meillä on hyvä työilmapiiri ja voimme vaikuttaa työhömmme sekä koemme itsemme tärkeiksi. (8, 41.)</p> <p>Siellä henkilökunta <b>puhaltaa yhteen hiileen ja on innostunut uusista asioista</b>. He ovat koulutettuja ja hyvän työmotivaation omaavia. He ovat myös rohkeita kokeilemaan ja omaksumaan uusia asioita. (9, 33.)</p> <p>Työyhteisössä asioista <b>keskustellaan avoimesti</b>. Ongelmat nostetaan ”pöydälle” ja käsitellään ettei ilmapiiri pääse tulehtumaan. (2, 82.)</p> <p><b>Hyväksyvä, turvallinen ilmapiiri, avoimuus ristiriitojen käsittelyssä</b>. Tiedonkulku tehokasta ja sujuvaa joka suuntaan. Työyhteisössä tulee olla selkeät yhteiset päämäärät. Arvojen ohjaamat ”pelisäännöt”, joista ylintä johtoa myöten säännöllisin väliajoin ja tarpeen vaatiessa useamminkin keskusteltaisiin yhdessä, pienempimuotoisiakaan keskusteluja unohtamatta. (2, 92.)</p> <p>Ilmapiiri täällä on <b>leppoisa ja välittävä</b>. Täällä <b>pidetään toisista huolta ja jos erimielisyyksiä on niin ne keskustellaan heti</b>. (5, 10.)</p>

\*) Merkityssuhteen ydinkohta lihavoitu.

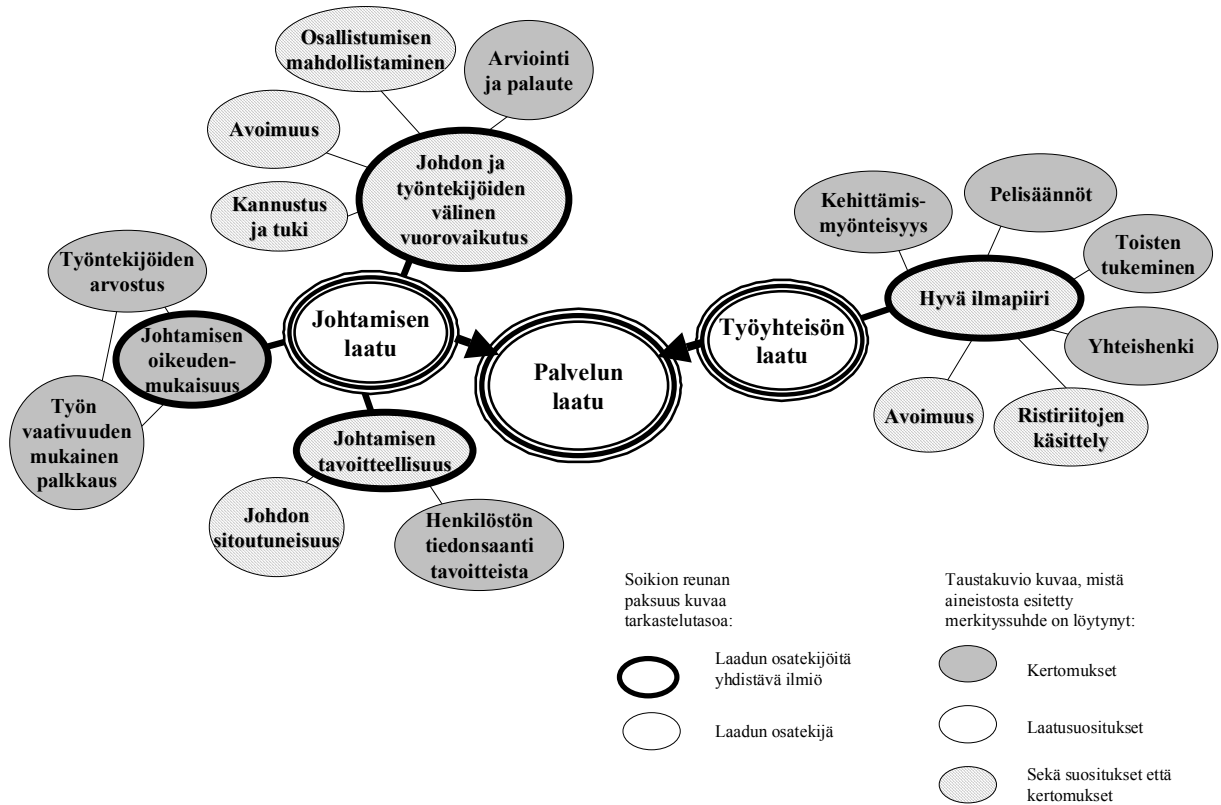
### ***Yhteenveto johtamisen ja työyhteisön laadusta***

Teoriaosassa johtamiseen ja työyhteisöön liittyviä seikkoja käsiteltiin useissa luvuissa. Laadun näkökulmaohtaisen tarkastelun yhteydessä johtamista ja työyhteisöä tarkasteltiin erityisesti ihmisten johtamisen näkökulmasta. Tutkimuksen aineistossa johtamisen ja työyhteisön laatuun liittyviä merkityskokonaisuuksia olivat hyvä ilmapiiri, johtamisen oikeudenmukaisuus ja tavoitteellisuus sekä johdon ja työntekijöiden välinen vuorovaikutus.

Hoitotyöntekijöiden kertomusten perusteella keskeisimmät merkityssuhteet olivat johtamisen oikeudenmukaisuus ja työyhteisön hyvä ilmapiiri. Johtamisen ja työyhteisön tärkeys nousi esille myös kertomusaineiston alustavassa analyysissä. Laatusuosituksissa johtamisen ja työyhteisön laadun käsittely jäi kehittymättömäksi. Kertomuksissa ja laatusuosituksissa esiintyneitä johtamisen ja työyhteisön laadun merkityssuhteita ja -verkostoja kuvataan kuviossa 25.



Kuviossa halutaan korostaa johtamisen ja työyhteisön vaikutusta tuotettavan palvelun laatuun, ja tästä syystä palvelun laatu on kuvion keskellä.



Kuvio 25. Johtamiseen ja hyvään työyhteisöön liittyvät merkityssuhteet ja -verkostot kertomuksissa ja laatusuosituksissa

## 6 Laadun merkitysverkostojen tarkastelu tutkimuskysymyksittäin

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan tarkastella kahdella tasolla. Ensimmäisellä tasolla laadun ilmiötä tarkastellaan yleisesti, eli mitä yleistä tämä tutkimus paljastaa laadun ilmiöstä. Toisella tasolla laatua tarkastellaan kontekstisidonnaisesti eli terveydenhuollon hoitotyöntekijöiden ja terveydenhuoltoa koskevien laatusuositusten laatukäsitysten kautta.

Laatunäkökulmittain tarkasteltuna laadun merkityssuhteet liittyivät tutkimusaineistossa verkostomaisesti toisiinsa, ja siten laadun tarkastelu yhdestä näkökulmasta sisältää osia myös toisista näkökulmista, koska näkökulmia ei voi tarkastella toisistaan täysin irrallisina. Laadun ilmiö on aina sidoksissa ihmisen tilanteeseen ja siihen liittyen yksilölliseen ymmärtämissuhteeseen, joka sisältää verkostoituneita merkityssuhteita. Näitä merkityssuhteita ei voi tarkastella pelkästään irrallisina ilmiöinä vaan suhteessa kokonaisuuteen. Laadun merkityksenantojen tarkastelu kokonaisuutena auttaa näkemään eri osien kietoutuneisuuden toisiinsa.

### 6.1 Hoitotyöntekijöiden laadun merkitysverkosto: asiakkaan itsemääräämisoikeutta, toiminnan suunnittelua ja sovitusti tekemistä

Ensimmäinen tutkimuskysymys kohdistui hoitotyöntekijöiden laadulle antamiin merkityksiin. Selvitin hoitotyöntekijöiden laatukäsitysten merkitysverkostoa eläytymismenetelmällä hankitulla aineistolla. Kertomusaineiston tulkinnan virittäjänä ja analyysin täydentäjänä käytin kyselyaineistoa.

Hoitohenkilökunta tarkasteli laatua tietyssä kontekstissa – vanhainkodissa tai terveyskeskussairaalassa – yksittäisen asiakkaan näkökulmasta. Tarkastelutasona oli siten mikrotaso.

Johdon ja työntekijöiden sekä vanhainkotien ja terveyskeskussairaalan henkilökunnan laatukäsitysten välillä oli kyselyn tulosten perusteella eroja, ja siten vastaajan asemalla ja työpaikalla oli vaikutusta laatukäsityksiin. Kyselyn tulokset ovat samansuuntaiset kuin Tuomisen ja Lillrankin (2000) tutkimuksessa, jossa johtajien, toimihenkilöiden ja työntekijöiden sekä toimialojen laatukäsitysten välillä oli eroja. Vanhainkotien ja sairaalan laatukäsitysten väliset erot näkyivät myös hoitotyöntekijöiden kertomuksissa. Johdon ja työntekijöiden sekä työntekijäryhmien (esim. sairaanhoitaja, perushoitaja, kodinhoitaja) väliset erot eivät selkeästi vaikuttaneet kertomusten sisältöön. Kun tarkastelin kertomuksia verraten sairaanhoitajien ja pe-

rus- tai lähihoitajien vastauksia keskenään, eroja oli enemmän saman ammattiryhmän sisällä kuin eri ammattiryhmien välillä. Kuitenkin kodinhoitajien, toimistotyöntekijöiden ja laitoshuoltajien kertomukset olivat suppeampia sisällöltään kuin koulutetumman hoitohenkilökunnan kertomukset. Täten voidaan olettaa, että koulutustaustalla ja sen mukaisilla työtehtävillä on kuitenkin vaikutusta laatukäsityksiin. Toisaalta hoitolaitoksessa työskentelevät henkilöt toimivat samassa työyhteisössä, jolloin on luonnollista, että työympäristö samankaltaistaa eri ammattiryhmien horisonttia ja sen mukaisesti laadulle annettuja merkityksiä.

Ensimmäisen aineiston kehyskertomukset kuvasivat tilannetta asiakkaan ja toisen aineiston työntekijän näkökulmasta. Mahdollisesti tästä syystä ensimmäisen kertomusaineiston vastaajat käsittelivät kirjoituksissaan laatua vanhainkotien asiakkaan näkökulmasta, ja hoitoympäristö, itsemääräämisoikeus sekä kohtelu saivat korostuneen sijan laadulle annetuissa merkityksissä. Toisessa aineistossa kehyskertomusten näkökulma oli työntekijäkeskeinen, ja vastaajat kirjoittivat asiakkaan hoitamiseen liittyvien tekijöiden lisäksi myös työyhteisöstä ja johtamisesta. Voidaan olettaa, että kirjoitukset olisivat sisältäneet erilaisia merkityksenantoja, jos vastaajia olisi ohjattu kirjoittamaan tarina johtajan näkökulmasta.

Asiakas, työntekijä ja johtaja antavat erilaisen merkityssisällön laadulle, koska heidän ymmärtämysyhteytensä ovat erilaiset. Työntekijä kykenee asettumaan asiakkaan asemaan ja tarkastelemaan siitä näkökulmasta palvelun laatua. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että työntekijä pystyisi täysin orientoitumaan asiakkaan rooliin. Asiakkaat voisivat itse painottaa ja kuvata hieman erilaisia laadun osatekijöitä kuin työntekijät. Toisaalta työntekijät voivat tilanteensa ja työkokemuksensa kautta ymmärtää asiakkaan asemaa paremmin kuin täysin ulkopuolinen tai asiaa eri tasolta tarkasteleva taho.

*Asiakaskeskeisyyteen* liittyviä merkityssuhdekokonaisuuksia olivat asiakkaan itsemääräämisoikeus, kohtelu, asiakaspalaute ja hoitoympäristön rakenne. Laadukkaassa vanhainkodissa tai terveyskeskussairaalassa asiakkaalla on mahdollisuus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ja tehdä valintoja tietyissä rajoissa. Asiakas ei kuitenkaan samalla tavoin kuin monia muita palveluita käyttäessään pysty toimimaan täysin itsenäisesti. Asiakaskeskeinen laatu oli asiakkaan hoidon suunnitteluun osallistumisen osalta yhteydessä suunnittelukeskeisen laadun merkitysverkostoon. Asiakkaan osallistuminen suunnitteluun varmistaa hoidon räätälöinnin asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti.

Hoitotyöntekijät eivät kertomuksissaan eivätkä kyselyn perusteella näe asiakasta markkinoilla toimivana kuluttajana, jota tulisi pyrkiä miellyttämään. Asiakkaan itsemääräämisoikeus liittyi hoidon suunnitteluun osallistumiseen, virkistäytymiseen ja hoitoympäristöön liittyviin valintoihin sekä tietojen saamiseen päätöksenteon pohjaksi. Hoitoympäristön rakenteen osalta työntekijät arvostivat asiakkaan yksityisyyden mahdollistamia tiloja ja yleisten tilojen asianmukaisuutta.

Kertomuksissa asiakkaan hyvä kohtelu oli keskeinen merkityksenanto. Hyvään kohteluun liittyivät asiakkaan arvostaminen, ystävällisyys, keskustelu ja kuuntelu. Näillä asioilla on yhteyttä myös työn merkitykselliseksi kokemiseen. Potilaan tarvitsema apu asettaa hänet osin epäitsenäiseen asemaan suhteessa asiantuntijaan, ja tämä vaatii työntekijöiltä kykyä tasavertaiseen vuorovaikutukseen. Asiakasta kunnioittava kohtelu edistää hyvän vuorovaikutussuhteen syntymistä. Asiakaspalautteeseen liittyviä merkityksenantoja olivat palautteen hankinta ja tulosten hyödyntäminen toiminnan kehittämisessä. Kielteisiin kehyskertomusversioihin kirjoitetuissa kertomuksissa etsittiin syitä huonolle laadulle omaisista, asiakkaista, hoitohenkilökunnasta ja johdosta. Kummassakin aineistossa huonon laadun kuvauksissa painotettiin henkilökunnan välinpitämätöntä suhtautumista asiakkaisiin.

Vanhainkotien ja terveyskeskussairaalan hoitohenkilökunnan laatukäsitykset poikkesivat toisistaan siten, että vanhainkotien työntekijöiden merkityksenannot olivat asiakaskeskeisempiä kuin sairaalan työntekijöiden käsitykset. Vanhainkotikertomuksissa asiakkaan hoitoympäristöön, kohteluun ja asiakkaiden valinnanmahdollisuuksiin kiinnitettiin enemmän huomiota kuin sairaalaa koskeneissa kertomuksissa. Tämä näkyi laadun osatekijöiden määrässä ja monipuolisuudessa. Hoidon prosessuaalinen luonne näkyi puolestaan enemmän sairaalaa koskevissa tarinoissa kuin vanhainkotikuvauksissa. Lisäksi sairaalan työntekijät suhtautuivat myönteisemmin virheettömyyden tavoitteluun kuin vanhainkodin työntekijät. Asiakkaat ovat yleensä pitkään vanhainkodin asukkaana. Tästä syystä asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan väliset suhteet voivat muotoutua asiakkaan hoivan ja hoidon yksilöllisyyttä painottaviksi, koska asiakkaan tarpeet ovat tulleet tutuiksi vuosien aikana. Käsitysten erot heijastavat laitosten erilaisia tehtäväalueita ja työntekijöiden laatukäsitysten kontekstisidonnaisuutta.

Asiakaskeskeiseen laatunäkemykseen liittyivät hoitotyöntekijöiden kaikkein kehittyneimmät merkityksenannot. Näitä olivat itsemääräämisoikeuteen ja kohteluun liittyvät merkitykset. Työntekijöiden laadulle antamat merkitykset olivat sisällöltään samansuuntaisia kuin Mustajoen ym. (2001) esittämässä vanhainkodin hyvän hoidon mallissa, jossa sekä asiakkaat ja

omaiset että työntekijät määrittivät laadun sisältöä. Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sisältää samantyyppisiä laadulle annettuja merkityksiä. Tästä syystä hoitotyöntekijöiden laatu näkemykset voivat asiakas keskeisyyden osalta olla hyvinkin lähellä asiakkaiden näkemyksiä.

*Suunnittelukeskeisyys* jakaantui hoitotyöntekijöiden kertomuksissa asiakaskohtaiseen ja työntekijäkeskeiseen (asiantuntijalähtöiseen) suunnitteluun. Asiakaskohtaiseen suunnitteluun liittyvä ilmiö oli edellä mainittu hoidon räätälöinnin varmistava asiakkaan osallistuminen hoidon suunnitteluvaiheeseen. Työntekijäkeskeiseen suunnitteluun liittyviä merkityssuhdekokonaisuuksia olivat työnjaosta sopiminen, yhdenmukaisuuden suunnittelu ja työntekijöiden ammattitaito.

Työnjakoon liittyviä osatekijöitä olivat organisaation sisäinen työnjako, hoitoketjut ja organisaatioiden välinen työnjako sekä moniammatillinen yhteistyö ja omahoitajamalli. Työnjaosta sopiminen liittyi omahoitajajärjestelmän ja moniammatillisen yhteistyön kautta myös hoidon jatkuvuuden turvaamiseen.

Yhdenmukaisuuden suunnitteluun liittyviä merkityssuhteita olivat erilaiset ohjeet ja järjestelmät, jotka sisältävät myös työnjakoon liittyviä asioita. Työntekijöiden ammattitaitoon liittyviä merkityssuhteita olivat koulutettu ammattihenkilöstö, ammattitaidon ylläpitäminen sekä pysyvä henkilöstö. Työntekijöiden ammattitaidolla on yhteyttä tuotantokeskeiseen laatuun liittyvään virheettömyyteen. Virheettömyyden tavoittelu ei onnistu pelkästään ohjeita noudattamalla, tarvitaan myös kykyä arvioida kriittisesti tilannetta ja tunnistaa asiakaskohtaiset tarpeet. Kyselyn ja kertomusaineiston perusteella työntekijöiden ammattitaito oli hoitotyöntekijöille keskeinen laadun merkityssuhde. Ammattitaito viittaa myös hoidon suunnitteluun asiakaskohtaisesti. Standardipalvelujen toteuttaminen sovitusti voidaan nähdä vähemmän vaativana työnä kuin palvelujen räätälöinti asiakaskohtaisesti.

*Tuotantokeskeiseen* laatu näkökulmaan liittyviä merkityssuhdekokonaisuuksia olivat sovitusti tekeminen ja virheettömyys. Virheettömyyteen liittyviä merkityssuhteita olivat virheiden ihmillisyyden ja virheiden analysointi. Sovitusti tekeminen viittasi yhteisesti sovittujen suunnitelmien, pelisääntöjen ja muiden vastaavien noudattamiseen mutta myös asiakaskohtaiseen joustavuuteen ja arviointiin. Tuotantokeskeisen laadun merkitysverkosto vaikutti melko kehittymättömältä. Verkosto oli suppea ja sisälsi vähän laadun osatekijöitä verrattuna asiakas- ja suunnittelukeskeiseen laatu näkemykseen.

Kyselyn tulosten perusteella hoitohenkilökunta antoi virheettömyydelle, kerralla oikein tekemiselle ja sovitusti tekemiselle keskenään erilaisia merkityksiä. Aineistossa oli nähtävissä dualistinen suhtautumistapa virheettömyyteen ja kerralla oikein tekemiseen. Vaikka kyseisiä ilmiöitä pidettiin laatuun liittyvinä, niitä ei kuitenkaan pidetty kolmen tärkeimmän laadun edellytyksen joukkoon kuuluvana. Näiden sijaan arvostettiin työntekijöiden ammattitaitoa, suunnittelua ja ohjeita.

Kertomuksissa virheettömyydestä ei juurikaan kirjoitettu muutamia vastauksia lukuun ottamatta. Joustava kerralla oikein tekeminen asiakaslähtöisenä toimintatapana oli kertomuksissa melko yleinen laatukäsitys, mutta siitä ei käytetty kyseistä ilmaisua ”kerralla oikein”, koska sille hoitotyöntekijät antoivat virheettömyyttä korostavan merkityksen. Ammattihenkilön osaaminen on ratkaiseva tekijä mietittäessä laadun ja virheettömyyden välistä suhdetta. Ammatillainen kykenee arvioimaan annettuja ohjeita kriittisesti ja soveltamaan niitä tilanteen mukaisesti, jolloin hän toimii oikein. Täten voidaan päätellä, että hoitotyöntekijöiden ammattitaito takaa virheettömyyden niissä rajoissa, joissa se on mahdollista. Kertomuksissa painotettiin tässä yhteydessä virheiden tekemisen inhimillisyyttä ja toisten työntekijöiden tukemista vaikeissa tilanteissa. Kertomukset selkeyttävät osaltaan kyselyvastausten tulkintaa. Sovitusti tekeminen, toisin kuin virheettömyys, kuvasti parhaiten työntekijöiden tuotantokeskeisen laadun merkityksenantoja. Terveystieteiden ohjeiden laadinta ja noudattaminen on perinteisesti ollut tärkeää aikaisempien tutkimusten mukaan (ks. esim. Kekäle 1998; Mäki T. 2000). Käsitös virheettömyydestä kuvastaa laadulle annettujen merkitysten kontekstisidonnaisuutta. Tuomisen ja Lillrankin (2000) tutkimuksessa teollisuuden työntekijät pitivät virheettömyyttä tärkeimpänä laatutekijänä. Teollisuudessa virheettömyys sisältää todennäköisesti erilaisia merkityksiä kuin terveyspalveluissa.

Ammattitaidon vaikutus näkyi laadun edellytysten ja esteiden sekä virheettömyyteen ja kerralla oikein tekemiseen suhtautumisessa. Johto suhtautui työntekijöitä myönteisemmin virheettömyyteen ja kerralla oikein tekemiseen. Lisäksi toisen aineiston perusteella johto piti ammattitaidottomuutta tärkeämpänä laatua vaikeuttavana tekijänä kuin kiirettä. Työntekijöille kiire oli tärkein laatua vaikeuttava tekijä. Kertomusaineistosta ei kuitenkaan ollut havaittavissa selkeästi vastaavia johdon ja työntekijöiden tai eri työntekijäryhmien välisiä eroja.

Kyselyn tulosten perusteella sairaalan henkilökunta piti laatua useammin virheettömyytenä ja kerralla oikein tekemisenä kuin vanhainkotien henkilökunta. Voidaan olettaa, että työn sisältö on sairaalassa monilta osin erilainen kuin vanhainkodeissa, vaikka osa sairaalan osastoista oli

vanhainkoteja muistuttavia asiakastyypeiltään. Sairaalassa on enemmän kuntouttavaa toimintaa ja erilaisia hoitotoimenpiteitä. Myös potilaan terveyteen vaikuttavien virheiden mahdollisuus on siellä suurempi työn luonteen vuoksi. Tästä syystä on ymmärrettävää, että laatukäsityksissä näkyy myös virheettömyyden erilainen painoarvo. Kekäleen (1998) tutkimuksen mukaan terveyskeskuksen työntekijöiden laatukäsitykset muistuttavat perinteisen teollisuuden laatukäsityksiä joiltain osin. Tietyt asiat on kyettävä hoitamaan siten, että vaihtelua ei juuri ole, potilasturvallisuussyistä.

*Yhteiskunta- ja systeemikeskeiseen* laatu näkemykseen liittyviä merkityksenantoja olivat asiakkaiden tarpeiden yhteensovittaminen ja asiakkaat tasa-arvoisesti huomioon ottava palvelujen suunnittelu. Systeemikeskeinen näkemys voi paljastua hoitosuunnitelmien laadinnan yhteydessä. Hoitosuunnitelmia laadittaessa voidaan joutua ottamaan huomioon toimintayksikön kokonaistilanne. Tällä laatu näkökulmalla oli yhteyttä asiakas keskeiseen laatu näkemykseen siten, että hoitotyöntekijöiden merkityksenantoihin sisältyi asiakkaiden tasa-arvoinen kohtelu. Tämä laadun näkökulma vaikutti aineiston perusteella kehittymättömältä, koska siihen liittyviä merkityksenantoja oli niukasti.

*Johtamisen ja työyhteisön laatuun* liittyvät merkityksenannot olivat yleisiä toisen aineiston hoitotyöntekijöiden kertomuksissa. Johtamiseen liittyviä merkityssuhdekokonaisuuksia olivat johtamisen oikeudenmukaisuus, johdon ja työntekijöiden välinen vuorovaikutus sekä johtamisen tavoitteellisuus. Johtamisen oikeudenmukaisuuteen liittyviä merkityssuhteita olivat työn vaativuuden mukainen palkkaus ja työntekijöiden arvostus. Nämä tekijät liittyivät myös selkeästi toiseen johtamisen laadun kokonaisuuteen, johdon ja työntekijöiden väliseen vuorovaikutukseen. Vuorovaikutukseen liittyviä merkityssuhteita olivat avoimuus, kannustus ja tuki, työntekijöiden osallistumisen mahdollistaminen sekä arviointi ja palaute.

Johtamisen tavoitteellisuuden merkityksenannot käsittelivät johdon sitoutumista ja henkilöstön tiedonsaantia toiminnan tavoitteista. Johtamisen oikeudenmukaisuuden ja vuorovaikutuksen välillä oli selkeä yhteys siten, että vähäinen vuorovaikutus työntekijöiden ja johdon välillä saattaa lisätä tunnetta johtamisen oikeudenmukaisuuden puutteesta. Heikko vuorovaikutus vähentää myös työntekijöiden tietoa tavoitteista. Johtamisen tavoitteellisuus korostaa asioiden johtamiseen liittyviä tekijöitä.

Keskeinen työyhteisön laatuun liittyvä merkityssuhdekokonaisuus oli hyvä ilmapiiri. Se koostui avoimuudesta, yhteishengestä, ristiriitojen käsittelystä, pelisäännöistä, toisten tukemisesta

ja kehittämismyönteisyydestä. Hoitotyöntekijöiden merkityksenannoissa hyvä työyhteisö oli tärkeä yhdessä tekemisen edellytys. Yksin tekeminen ja yksilötason suoritukset eivät olleet keskeisiä, ja tästä syystä työntekijöiden välistä kilpailua pyritään välttämään. Viittaukset työn vaatavuuden mukaiseen palkkaukseen eivät kuvasta yksilöiden välisiä suorituskykyeroja, vaan hoitotehtävien vaativuutta yleensä. Hoitotyöntekijöiden laatukäsitykset olivat johtamisen ja hyvän ilmapiirin osalta erilaisissa työyhteisöissä tehtyjen aikaisempien tutkimustulosten suuntaisia (ks. esim. Kivimäki ym. 1998; Kivimäki ym. 2002a; 2002b; Sinervo & Elovainio 2002a; 2002b). Hoitotyöntekijät tarkastelivat organisaation laatua sekä asiakkaan että oman työyhteisönsä näkökulmasta. Mikrotason asiakasnäkökulma pitää laadun tarkastelutason pääasiassa organisaation sisällä. Organisaatioiden välinen tarkastelu liittyi lähinnä yksittäisen asiakkaan hoitoprosessin jatkuvuuden varmistamiseen.

Hoitotyöntekijöiden laatukäsitys sisältää terveydenhuollon eettiset periaatteet, joita ovat ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, oikeus hyvään hoitoon, henkilöstön hyvä ammattitaito, työyhteisön hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto (ETENE 2001b).

Hoitotyöntekijän tyypillinen laatukäsitys korostaa yksilön hyvää ja on kehittyneiltä merkityssuhteiltaan yhdistelmä asiakas- ja suunnittelukeskeisyyttä. Työntekijän laatukäsitys on selkeästi terveydenhuoltolähtöinen. Asiakas- ja suunnittelukeskeinen toiminta ovat kietoutuneet merkitysverkostossa toisiinsa. Näihin laadun näkökulmiin sisältyi eniten konkreettisia osatekijöitä, joilla oli yhteyksiä toinen toisiinsa. Hoitotyöntekijöiden kertomusten perusteella vaikutti siltä, että nämä merkityssuhteet perustuivat työntekijän omaan pitkäaikaiseen työkokemukseen. Käsitusten ristiriitaisuudet liittyvät tuotantokeskeiseen laatukäsitykseen ja tulivat esille lähinnä kyselyaineistossa. Kertomusaineistossa tuotantokeskeisyyden jonkin asteinen kehittymättömyys näkyi siinä, että virheettömyyteen liittyviä merkityssuhteita oli vähän.

Tuotantokeskeisyyteen liittyvä asiakkaan tilanteen mukaisesti joustava toimintamalli sekä soveltuvien toimintamallien mukaisesti toimiminen näkyivät hoitotyöntekijöiden kertomuksissa. Siten hoitotyöntekijöiden laatukäsityksissä näkyi jossain määrin terveystalouteen liittyvä dualismi. Tästä huolimatta asiakkaan hoitoon liittyvä, yksilöllisyyttä korostava vuorovaikutus ja inhimillisyys näyttivät olevan työntekijöiden mielessä jossain määrin ristiriidassa virheettömyyden tavoittelun kanssa. Tuotantokeskeisyyteen kuuluvalla virheettömyydellä on yhteyttä työntekijän ammattitaitoon, joka on osa suunnittelukeskeisen laadun merkitysverkostoa.



Yhteiskunta- ja systeemikeskeinen laatu näkemys oli kehittymättömin ja siihen liittyviä merkityksenantoja ei juuri ollut kertomuksissa. Joiltain osin voidaan katsoa, että asiakkaiden tasavertainen kohtelu liittyi tähän laatu näkökulmaan. Hoitotyöntekijät tarkastelivat ajankäyttöään suhteessa koko asiakasryhmän tarpeisiin, ja tällä voidaan katsoa olevan työyksikkötasolla yhteyttä systeemikeskeisyyteen. Yhteiskuntakeskeinen laatu näkemys on ilmiönä pääasiassa makrotason käsite, ja tästä syystä sen vähäinen näkyminen hoitotyöntekijöiden merkityksenannoissa on ymmärrettävää.

Työntekijöiden merkityksenantojen osittainen ristiriitaisuus – virheettömyys ja yksilöllisyys – kuvastaa osittaista kyvyttömyyttä tarkastella laatua useasta näkökulmasta. Monipuolinen ja tilannekohtainen tarkastelu vähentää ristiriitoja ja synnyttää harmonisen laatu käsityksen.

Kuviossa 26 kuvataan hoitotyöntekijöiden laadun merkityssuhteet ryhmiteltynä laatu näkökulmittain. Eri osatekijöiden ja näkökulmien väliset yhteydet näkyvät yhdysviivojen avulla. Kuvioon on piirretty selkeimmät merkitysten väliset yhteydet. Lisäksi johtamiseen ja työyhteisöön liittyvät merkityssuhteet kuvataan kuvion alaosassa, koska ne luovat edellytyksiä muille laadun näkökulmille ja palvelun laadulle. Tästä syystä niiden yhdistäminen muuhun merkitysverkostoon ei ollut mielekäästä – kuviossa yhteyttä kuvataan nuolella. Vahvennetuissa valkoisissa palloissa esitetään laatu näkökulmat, harmaissa palloissa kunkin laatu näkökulman merkityskokonaisuudet ja valkoisissa palloissa kunkin merkityskokonaisuuden osatekijät. Katkoviivalla kuvataan laatu näkökulmien välisiä yhteyksiä.



## 6.2 Laatusuositusten laadun merkitysverkosto: laatujärjestelmistä hoitosuosituksiin ja aktiiviseen asiakkaaseen

Toinen tutkimuskysymys kohdistui laatusuositusten merkityksenantoihin. Laatusuositukset jaettiin varsinaisiin ja yleisiin laatusuosituksiin.

Suosituksissa *asiakaskeskeisyyteen* liittyviä merkityskokonaisuuksia olivat asiakkaan itsemääräämisoikeus, palveluiden saatavuus, hoitoympäristön rakenne ja asiakaspalaute. Asiakas nähtiin aktiivisena toimijana, ei avun tarvitsijana. Itsemääräämisoikeuteen sisältyviä merkityksenantoja olivat asiakkaan osallistuminen hoidon suunnitteluun ja tiedonsaanti päätöksenteon pohjaksi, ja siten verkosto oli suppeampi kuin hoitotyöntekijöiden kertomuksissa. Palvelujen saatavuus oli yhteydessä sekä asiakaskeskeiseen että yhteiskunta- ja systeemikeskeiseen laatumäkemukseen. Palvelujen saatavuutta koskevia tietoja kuvataan esimerkiksi palvelutoumuksissa, jotka antavat asiakkaalle tietoa päätöksenteon ja valintojen pohjaksi. Yhteiskunta- ja systeemikeskeisyyteen saatavuus liittyi palvelujen tasa-arvoisena saatavuutena maan eri osissa yleisesti hyväksytyt tason mukaisesti.

*Suunnittelukeskeisen* laadun merkityssuhdekokonaisuudet liittyivät sekä työntekijäkeskeisyyteen että asiakaskohtaiseen suunnitteluun. Asiakaskohtainen hoidon suunnittelu sai kuitenkin selkeästi vähäisemmän painoarvon suosituksissa kuin hoitotyöntekijöiden kertomuksissa. Asiakkaan osallistuminen hoidon suunnitteluun liittyi hoidon yksilöllisyyden tavoitteluun. Hoidon suunnitteluun liittyi myös hoidon jatkuvuus, jolla oli yhteyttä työntekijäkeskeiseen suunnitteluun ja työnjakoon.

Työntekijäkeskeiseen suunnitteluun liittyviä merkityssuhdekokonaisuuksia olivat työntekijöiden ammattitaito, yhdenmukaisuuden suunnittelu ja työnjaosta sopiminen. Yhdenmukaisuutta kuvastavia merkityksenantoja olivat palvelutoumukset, laatujärjestelmä, laatuksiteerit, toimintaohjeet ja hoitosuositukset. Hoitosuosituksilla oli yhteyttä myös hoitoketjuihin ja niihin liittyen työnjakoon.

Työntekijöiden ammattitaitoon liittyvät merkityssuhteet olivat suosituksissa samansisältöiset kuin hoitotyöntekijöiden kertomuksissa. Suosituksissa suunnittelukeskeinen laatu oli yhteydessä yhdenmukaisuuden suunnittelun kautta tuotantokeskeiseen sovitusti tekemiseen. Suunnittelukeskeinen laatumäkemys sisälsi kaikkein eniten kehittyneitä merkityksenantoja. Kehittyneimmät merkityksenannot liittyivät yhdenmukaisuuden suunnitteluun. Merkityksenantojen

kehittyneisyyttä osoittavat kyseistä ilmiötä kuvaavien ilmaisujen runsaus ja niiden näkyminen kummassakin suositusryhmässä.

*Tuotantokeskeisen* laadun merkityssuhdekokonaisuuksia olivat virheettömyys ja sovitusti tekeminen. Sovitusti tekemiseen liittyviä merkityssuhteita olivat vaihtelun vähäisyys, toiminnan arviointi asetettujen vaatimusten perusteella sekä asiakaskohtaisen joustavuuden mahdollisuus. Virheettömyyteen liittyivät laatuksustannukset ja virheiden analysointi. Kuten hoitotyöntekijöiden kertomuksissa, myös suosituksissa tämä laatu näkemys sai vähäisemmän painoarvon kuin suunnittelukeskeinen laatu näkemys, mutta oli kuitenkin selkeästi keskeinen osa laatu käsitystä.

*Yhteiskunta- ja systeemikeskeisen* laadun merkityssuhdekokonaisuuksia olivat eri tahojen tarpeiden yhteensovittaminen, toiminnan sopeuttaminen resursseihin, yhteisesti hyväksyty laadun taso sekä palveluiden saatavuus. Vaikka systeemikeskeiseen laatuun liittyi suosituksissa selkeästi kehittyneempiä merkityssuhteita kuin hoitotyöntekijöiden kertomuksissa, vaikutti siltä, että laadun näkeminen yhteisen hyvän näkökulmasta oli vielä melko kehittymätöntä. Suosituksissa viitattiin resurssien rajallisuuteen ja toiminnan rajoittamiseen resurssien mahdollistamiin toimintoihin sekä eri tahojen tarpeiden yhteensovittamiseen. Kuitenkin toiminnan priorisointia käsiteltiin vain epäsuorasti viittaamalla näyttöön perustuvaan hoitoon ja hoitosuosituksiin. Arvokeskustelun tarve jäi taka-alalle. Myöskään palveluiden tasa-arvoisen saatavuuden ja näyttöön perustuvaan hoitoon liittyvän priorisoinnin välistä ristiriitaa ei tuotu suosituksissa esille.

*Johtamisen ja työyhteisön* laatuun liittyvät merkityskokonaisuudet olivat suosituksissa suppeampia ja kehittymättömämpiä kuin kertomuksissa. Johtamisen laatuun liitettiin johdon ja työntekijöiden välinen vuorovaikutus avoimuuden, kannustuksen ja tuen sekä osallistumisen mahdollistamisen näkökulmasta sekä johtamisen tavoitteellisuus johdon sitoutuneisuuden osalta. Hoitotyöntekijät painottivat johtamisen oikeudenmukaisuutta, joka jäi huomiotta laatusuosituksissa. Työyhteisöön liitettiin suosituksissa hyvä ilmapiiri, jota kuvattiin avoimuudella ja ristiriitojen käsittelyllä.

Laadun kontekstisidonnaisuus tuli esille sekä laatusuositusten keskinäisissä eroissa että suositusten ja hoitotyöntekijöiden käsityseroissa. Varsinaiset laatusuositukset oli laadittu laadunhallinnan kehittämisen tueksi. Täten niissä käsiteltiin laadun johtamista useasta näkökulmasta ja siten, että laatu on toiminnan johtamisen taustalla yleisenä periaatteena. Terveyspalvelujen

laadunhallintasuosituksen laatukäsitys oli merkityksenannoiltaan muista varsinaisista suosituksista poiketen selkeästi tuotantokeskeinen painottaen sovitusti tekemistä. Kyseisessä suosituksessa suunnittelukeskeisyys oli selkeästi asiantuntijalähtöistä eikä asiakkaan merkitystä suunnitteluun osallistujana korostettu. Tämä viittaa asiakkaan roolin passiivisuuteen julkisessa terveydenhuollossa. Julkisten palvelujen laatustrategian julkaisut korostivat kuluttajanäkökulmaa. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus korosti strategisia valintoja eli systeemikeskeistä laatua. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintasuositukset painottivat kuluttaja-asiakkaan näkökulmaa ja asiantuntijakeskeinen terveydenhuoltolähtöisyys ei näkynyt selkeästi kyseisten suositusten sisällössä.

Yleiset laatusuositukset, jotka on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon yleiseen ohjaamiseen, käsittelivät laatua suppeammasta näkökulmasta kuin varsinaiset laatusuositukset. Yleisten laatusuositusten laatukäsitys oli suunnittelu- ja tuotantokeskeinen asiakaskeskeisyyden, systeemikeskeisyyden sekä johdon ja työyhteisön laadun puuttuessa laadun käsittelyn yhteydestä, vaikka niitä käsiteltiin yksittäisissä julkaisuissa suosituksen muissa osissa. Suunnittelukeskeisyys oli selkeästi sekä asiantuntija- että terveydenhuoltolähtöistä. Tämä näkyi esimerkiksi viittauksina hoitosuosituksien laadintaan. Yleisten laatusuositusten sisältö kuvastaa julkisen terveydenhuollon laadunhallinnan kehitysvaiheita yhteiskunnassa. Alkuvaiheessa yleiset laatusuositukset sisälsivät tehokkuutta ja tuloksellisuutta korostavia asioita ja liittyivät siten tulosjohtamiseen ja osittain myös julkisen sektorin johtamistavan uudistamiseen. Laatuun liittyvät tavoitteet kuvattiin lyhyesti. Myöhemmin laatua koskevien tavoitteiden sisältö laajeni ja muuttui enemmän tietyiltä osin terveydenhuoltolähtöiseksi.

Tarkasteltaessa suosituksia yhtenä kokonaisuutena voidaan todeta, että suosituksissa korostuivat työntekijäkeskeinen toiminnan suunnittelu ja sovitusti tekeminen. Yhdenmukaisuus suunnitellaan hoitosuosituksien, laatukriteerien, hoitoketjujen ja laatujärjestelmien avulla, joita pyritään toteuttamaan siten, että vaihtelu on mahdollisimman pientä. Suositusten terveydenhuoltolähtöisyys liittyi suunnittelukeskeiseen asiantuntijan määrittelemään laatuun eikä asiakkaaseen. Asiakasta ei nähty apua tarvitsevana potilaana vaan aktiivisena, itsenäisenä, valintoja tekevänä asiakkaana. Tuotantokeskeinen laatukäsitys vaihtelun vähäisyyden korostamisena liittyi teollisuusmaiseen laatukäsitykseen ja kuvasti siten vain osaa terveydenhuollon dualismista – kriittinen ja joustava toimintatapa sai vähäisemmän painoarvon.

Arvokeskustelu ja priorisoinnit näyttävät olevan samalla tavoin kielletty aihe suosituksissa kuin virheettömyys hoitotyöntekijöiden laadulle antamissa merkityksissä. Suositukset eivät

selkeästi perustu tutkittuun tietoon tai ainakaan suosituksissa ei esitetä riittävästi, jos ollenkaan perusteluja valituille asioille. Tämä kuvaa edelleen ylhäältä–alas-johtamistapaa, jossa asioita ei tarvitse perustella, koska ylemmällä tasolla on tietoa ja osaamista, johon alemmalla tasolla tulee luottaa.

Laatusuosituksissa eivät näy selkeästi julkisen sektorin ja terveydenhuollon laadun erityispiirteet. Asiakas nähdään pääosin aktiivisena ja valitsevana toimijana, joka ei kuvasta todellista tilannetta. Potilas ei pysty täysin aktiiviseen rooliin ja valinnan mahdollisuudet ovat rajalliset. Terveydenhuollon laadun erityispiirteistä korostuvat asiantuntijan rooliin liittyvät seikat, mutta potilaan yksilölliseen hoitoon liittyvät asiat jäävät vähäiselle huomiolle. Lisäksi terveydenhuollon johtamiseen liittyviä haasteita ei juurikaan oteta suosituksissa esille.

Laatunäkökulmien väliset yhteydet liittyvät suosituksissa yhteiskunta- ja systeemikeskeisen ja asiakaskeskeisen laadun osalta palvelujen saatavuuteen. Suunnittelukeskeisen laatunäkemyksen sisältämä yhdenmukaisuuden suunnittelu on yhteydessä tuotantokeskeisen laadun sovitusti tekemiseen. Kuviossa 27 kuvataan laatusuositusten laadun merkityssuhteet ja -verkostot samalla tavoin kuin hoitohenkilökunnan osuuden yhteydessä.



### **6.3 Hoitotyöntekijöiden ja laatusuosituksen merkitysverkostojen vertailu: konteksti vaikuttaa merkityksenantoihin**

Kolmas tutkimuskysymys kohdistui hoitotyöntekijöiden ja laatusuosituksen väliseen suhteeseen. Tarkoituksena oli selvittää, poikkeavatko laatusuosituksen ja hoitotyöntekijöiden laatuksitykset merkityksenannoiltaan toisistaan vai ovatko ne yhteneväisiä.

Tutkimuksen tulosten perusteella hoitohenkilökunnan ja laatusuosituksen laatuksitykset eroavat toisistaan. Erot liittyvät keskeisiltä osin kontekstiin ja tarkastelutasoon. Varsinaisten laatusuosituksen vähäinen terveydenhuoltolähtöisyys ja julkisen sektorin ominaispiirteiden huomioimisen suppeus sekä yleisten laatusuosituksen kapea-alaisuus eivät kuitenkaan selity pelkästään edellä mainituilla syillä. Suositusten abstraktiotaso ja tavoitteiden saavuttamisen mitaamisen ja seurannan vaikeudet voivat heikentää suositusten hyödyntämistä.

Hoitotyöntekijöiden ja laatusuosituksen laatuksitysten samankaltaisuus liittyi suunnittelukeskeiseen laatuksitykseen. Suurimmat erot liittyivät asiakaskeikkeiseen laatuksitykseen ja johtamisen ja työyhteisön laatuun.

Hoitotyöntekijät tarkastelivat asiakasta terveydenhuollon ja julkisen sektorin näkökulmasta. Tarkastelutasona oli yksittäisen asiakkaan näkökulma, jolloin yksilön hyvä on keskeistä. Asiakasta tarkastellaan apua tarvitsevana potilaana, joka ei välttämättä itse pysty päättämään kaikista asioistaan. Tällöin asiakkaan kohtelu nousee tärkeäksi asiaksi. Varsinaisissa laatusuosituksissa asiakas oli aktiivinen toimija, jonka vaikutusmahdollisuuksia pyritään parantamaan. Asiakasta ei selkeästi nähdä juuri julkisten terveystalvelujen asiakkaana, vaan itenäisenä kuluttajana.

Yleisissä laatusuosituksissa näkyy selkeästi meso- ja makrotason tarkastelu, jossa talvelujen vaikuttavuus (hoitosuosituksiset) ja talvelujen tasa-arvoinen saatavuus olivat keskeisiä. Suositukset tarkastelivat laatua abstraktimmalla tasolla kuin hoitotyöntekijät. Ylempi tarkastelutaso näkyi suositusten sisältämien laadun osatekijöiden suppeutena verrattuna hoitotyöntekijöiden merkityksenantoihin. Hoitotyöntekijöiden kertomuksissa konkretisoituvat useat laatusuosituksen merkityksenannot. Esimerkiksi johtamiseen ja työyhteisöön liittyvät merkityksenannot olivat hoitotyöntekijöiden kertomuksissa laajempi merkitysverkosto kuin suosituksissa.



Hoitotyöntekijät korostivat asioiden johtamisen rinnalla myös henkilöstöjohtamista. Suosituksissa ihmisten johtamiseen liittyvät seikat eivät olleet keskeisiä. Tämä viittaa länsimaaisessa yhteiskunnassa tyypilliseen asioiden johtamista painottavaan laadun johtamiseen. Työyhteisö liittyi laatusuosituksissa lähinnä työsuorituksiin, ei työntekijän hyvinvointiin.

Hoitotyöntekijät kuvaavat kertomuksissaan laatua useista laadun näkökulmista. Yleisissä laatusuosituksissa laatu näkemys on selkeästi yksiulotteisempi. Näissä suosituksissa on pyritty nostamaan esille vain tietyt laadun kehittämisen osa-alueet, joita tarkasteluajankohtana on pidetty tärkeinä ja tavoiteltavina. Varsinaisissa laatusuosituksissa laatua on käsitelty laajemmasta näkökulmasta.

Hoitotyöntekijöiden ja laatusuositusten laatu käsitysten ristiriitaisuudet voidaan nähdä laatu näkökulmien laajuuteen liittyvinä. Yleiset laatusuositukset tarkastelevat laatua suppeasta näkökulmasta, ja siten kyseisten suositusten laatu näkemys on ristiriidassa hoitotyöntekijöiden laatu käsitysten kanssa. Yksiulotteinen laatu näkemys vääristää laadun ilmiötä. Hoitotyöntekijöiden monipuolinen laatu näkemys antaa laadusta harmonisemman kuvan kuin yleiset laatusuositukset. Toisaalta hoitotyöntekijöiden ristiriitainen suhtautuminen virheettömyyteen voi osaltaan vähentää laatu käsitykseen sisältyvää harmoniaa. Varsinaisten laatusuositusten laaja-alainen laatu näkemys ei riittävästi ota huomioon terveydenhuollon kontekstia, mikä tekee laatu käsityksestä ristiriitoja aiheuttavan ja vääristää laadun ilmiötä julkisen sektorin kontekstissa.

## 6.4 Tutkimuksen luotettavuus

Fenomenologisen, kokemukseen kohdistuvan tutkimusprosessin luotettavuuteen liittyi tutkijan kyky tunnistaa, tiedostaa ja sulkeistaa tutkimuskohdetta koskevat ennakkokäsityksensä. Tämä ei täysin ole mahdollista, mutta tärkeintä on, että tutkija tiedostaa omat ennakkoluulonsa, jotta tutkittava ilmiö voisi päästä esille sille ominaisella tavalla. Tämän onnistumista voidaan arvioida tutkimuksesta esitetyn yksityiskohtaisen tutkimusprosessin ja siinä tehtyjen ratkaisujen kuvauksen avulla. Lukija voi itse päätellä, päätyisikö hän samantyyppisiin tulkintoihin aineistosta. Toisaalta jokaisella henkilöllä on omasta situaatiostaan johtuen erilainen elämys maailma, joka vaikuttaa tulkintoihin. Tässä tutkimusraportissa olen pyrkinyt kuvaamaan tutkimusprosessin avoimesti aloittelevalle tutkijalle ominaisine virheineen. Hoitohenkilökunnan kirjoituksista ja laatusuosituksista otetuilla suorilla lainauksilla olen pyrkinyt tekemään omat tulkintani avoimiksi.

Laadulle annettujen merkitysten ja merkityksenantoja kokoavien ilmaisujen esittämisessä olen pyrkinyt käyttämään mahdollisimman autenttisia ilmaisuja. Laadun osatekijät voivat eri näkökulmien välillä ja sisällä vaikuttaa hyvin eritasoisilta ilmiöiltä, mikä osaltaan kuvastaa merkityksenantojen kehitystasojen vaihtelua. Ilmaisujen muuttaminen samalle abstraktiotasolle olisi voinut vääristää merkityksenantoja.

Tutkimuksen pätevyydellä tarkoitetaan tutkimuksen kohdentumista tarkoitettuun kohteeseen eli tässä tutkimuksessa hoitotyöntekijöiden ja laatusuositusten laadulle antamiin merkityksiin. Tutkimuksen pätevyteen pyrittiin aineiston keruun yhteydessä käyttämällä eläytymismenetelmää aineistonkeruumenetelmänä. Eläytymismenetelmä vaikutti tämän tutkimuksen perusteella oikealta aineistokeruumenetelmältä valitun fenomenologis-hermeneuttisen tutkimusotteen ja tutkimuskysymysten ratkaisun kannalta tarkasteltuna. Kehyskertomus näyttää tutkijan luomat merkitysrakenteet kirjoittajalle. Tämän jälkeen tutkija ei pääse vaikuttamaan kirjoittajan tuotokseen.

Tässä tutkimuksessa ei ole noudatettu kirjaimellisesti fenomenologis-hermeneuttisen tutkimuksen periaatteita. Kertomusaineistosta saataviin tulkintoihin pyrittiin saamaan lisävahvistusta ja uusia näkökulmia kertomusten hankinnan yhteydessä kerätyllä kyselyaineistolla. Kirjoittajan oma, laadun ilmiöön vanhainkodissa tai terveyskeskussairaalassa liittyvä merkitysten kokonaisuus saattoi kyselyn yhteydessä tuhoutua, koska tutkittavan elämismailmaan tuodaan aikaisemmasta osin poikkeaviakin aineksia, jolloin tutkittava saattaa rakentaa niistä kehittymättömiä merkityssuhteita. Näillä voi olla vaikutuksia laatuun liittyvän kertomuksen kirjoittamiseen. Tästä syystä työntekijöitä pyydettiin kirjoittamaan tarina ensin ja sitten vastaamaan kyselyyn.

Kyselyaineisto vahvasti kertomusten sisältämiä merkityksenantoja ja selkeytti osaltaan virheettömyyteen liittyviä osin näennäisiä ristiriitaisuuksia. Strukturoitu kysely viittaa määrälliseen, positivistiseen tutkimusotteeseen, jossa tuloksia pyritään yleistämään laajalti eikä niinkään tarkastelemaan suppeaa aineistoa omassa kontekstissaan. Määrällisen aineiston monipuoliset tilastolliset analysointimenetelmät eivät olleet mahdollisia, koska aineisto oli liian pieni moniin tilastollisiin analyyseihin. Kvantitatiiviseen aineistoon liittyivät aineiston määrän ja otannan puutteet, laadulliseen aineistoon tutkimusotteen kanssa ristiriitainen menetelmätriangulaation käyttö.

Kertomusaineisto ja strukturoitu kysely eivät välttämättä kuvaa samaa ilmiötä. Olen kuitenkin vakuuttunut, että molemmilla menetelmillä saatu tieto on osaltaan selkeyttänyt laadun ilmiön tulkintaa. Kyselyaineisto vaikutti kertomusaineiston tulkintaan ja päinvastoin. Kummallakin menetelmällä saadut tulokset ovat täydentäneet toinen toistaan ja käynnistäneet dialogia aineistojen välillä. Tästä syystä olen vakuuttunut triangulaation hyödyllisyydestä.

Toisen kysely- ja kertomustehtävän kato oli melko suuri. Noin joka kolmas tehtävän saanut hoitotyöntekijä kirjoitti kertomuksen, hieman alle puolet vastasi kyselyyn. Tiedonantajien vapaaehtoisuus on keskeistä, koska kertomuksen kirjoittaminen vaatii paneutumista<sup>152</sup>. Vaikka saturaation käyttö ei ehkä ole täysin perusteltua tämän tutkimuksen luotettavuuden kriteerinä, perustelen tutkimuksen tulosten luotettavuutta sillä, että hoitotyöntekijöiden näkemykset olivat niin samankaltaisia, että lisäaineiston kerääminen ei tuntunut enää mielekkäältä kadosta huolimatta. Laadullisessa tutkimuksessa painottuu tutkittavan ilmiön kontekstisidonnaisuus, jolloin yleistäminen ei sellaisenaan ole mahdollista. Vaikka laadullisen tutkimuksen tuloksia ei voida samalla tavalla yleistää kuin määrällisen tutkimuksen tuloksia, niitä voidaan yleistää koettelemalla tulkintojen toimivuutta muilla elämänalueilla, ja siten osoittaa tulosten olevan luotettavia (Moilanen & Räihä 2001; ks. myös Alasuutari 1999). Tutkimustulosten perusteella näyttää siltä, että hoitotyöntekijöiden käsitykset heijastavat heidän toimintaympäristöään. Teollisuuden henkilöstön laatuksitykset poikkeavat hoitotyöntekijöiden laatuksityksistä erityisesti virheettömyyden tavoittelun osalta, mikä heijastaa kontekstien eroja (Tuominen & Lillrank 2000; vrt. Kekäle 1998).

Eläytymismenetelmän keskeinen asia, kehyskertomuksen variaatio, ei mielestäni toiminut odotetulla tavalla tässä tutkimuksessa. Vaikka vanhainkotien ja sairaalan työntekijöiden kertomusten ja kielteisten ja myönteisten tarinoiden välillä oli sisältöeroja, määritelmälliset kehyskertomukset eivät näyttäneet vaikuttavan kirjoitusten sisältöön. Toisaalta virheettömyyden käsittelyyn suunnannut kehyskertomus ja siihen kirjoitettu virheettömyyden käsitettä analysoinut yksittäinen kertomus toimi eräänlaisena heuristisena työvälineenä sekä strukturoidun kyselyn että kertomusaineistojen tulkinnassa. Ilman tätä kehyskertomusta ja siihen kirjoitettua tarinaa kyselyn tulosten tulkinta suhteessa kertomusaineistoon olisi ollut vaikeampaa, koska

---

<sup>152</sup> Laadulliselle tutkimukselle tyypillisesti tässä tutkimuksessa on käytetty harkinnanvaraista näytettä. Tutkittavaksi valitsin kohteen, jonka kautta oli mielestäni mahdollista perehtyä tarkasteltavana olevaan ilmiöön mielekkäästi ja syvästi (ks. Kiviniemi 2001). Neljän hoitolaitoksen hoitohenkilökunta valittiin tutkimuskohteeksi sen vuoksi, että oletin heidän elämänsämaailmassaan olevan samankaltaisuutta siitä syystä, että he työskentelevät tietyillä hoitotyön osa-alueilla. Näytteellä voidaan saada oikea kuva perusjoukosta, mutta tilastollinen päättely ei ole mahdollista (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo, 1994).

hoitotyöntekijät eivät kirjoittaneet virheettömyydestä paria mainintaa lukuun ottamatta. Täten yksittäinen pohdiskeleva ja analysoiva tarina kuvasi virheettömyyteen liittyvää merkitysverkostoa laajemmin kuin mikään muu kertomus tai muu tutkimuksen aineistoon kuuluva osa.

Kehyskertomuksen laadinnassa tapahtunut suunnittelematon seikka, kehyskertomuksen pään henkilön vaihtelu, paljasti omalta osaltaan laadun määrittelyn toimijasideonnaisuuden. Jos olisi käyttänyt samoja kehyskertomuksia toisessa kyselyssä, en todennäköisesti olisi saanut tietoa siitä, minkälaisen merkityksen työntekijät antavat johtamiselle ja työyhteisölle suhteessa laatuun. Tämä on myös hyvä esimerkki eläytymismenettelmään kuuluvan kehyskertomuksen merkityksestä syntyvälle aineistolle ja kokemattomalle tutkijalle sattuvista virheistä, joista voi sattumalta olla hyötyäkin tutkimuksen tulokselle.

Kyselyn tulosten perusteella oli nähtävissä tiettyjen laadulle annettujen merkitysten yleisyys ja joidenkin merkitysten ristiriitaisuus. Kyselyaineisto syvensi analyysiä ja auttoi joiltain osin ymmärtämään ja tulkitsemaan kertomusaineistoa, esimerkiksi virheettömyyden analysoinnin osalta. Jos olisin kerännyt hoitotyöntekijöitä koskevan aineiston pelkästään eläytymismenettelmällä, käsitykseni hoitotyöntekijöiden laadun merkitysverkostosta olisi ollut kapeampi ja epäselviä kohtia olisi jäänyt enemmän. Vaikka kyselylomakkeen kysymykset nostivat tietyt merkitykset esille ja irralleen yhteyksistään, voidaan kuitenkin vastaajien vastauksista tulkita jossain määrin hoitohenkilökunnan laadun merkityssuhteita. Hoitotyöntekijän vastatessa kysymyksiin hänen valintaansa vaikuttavat laadun merkitysverkostot.

Kyselyssä laadun edellytysten tärkeysjärjestykseen asettaminen paljasti hoitotyöntekijöiden laadun merkitysverkostosta asioita, joita en olisi saanut selville pelkillä väittämillä. Kyselylomakkeen rakennetta ei ollut suunniteltu ajatellen merkitysten tulkintaa. Tästä syystä oli sattunutta, että tällaiset yhteydet löytyivät. Toisaalta myös priorisointia (tärkeysjärjestykseen asettamista) koskeva kysymys ilman väittämöosuutta olisi antanut vähemmän tietoa laadusta. Täten myös erilaiset kysymystyypit täydensivät toinen toisiaan ja laadusta saatavaa kuvaa.

Tutkimuksen analyysi ei ollut täysin aineistolähtöistä, vaikka se on yleensä fenomenologis-hermeneuttisissa tutkimuksissa tapana. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys on laaja analyysi laatuun liittyvistä ilmiöistä julkisella sektorilla. Laadun käsitteen analysoinnilla on luonnollisesti ollut vaikutusta omaan esiyymmärrykseeni tästä aihepiiristä. Aineiston alustavan induktiivisen analyysin jälkeen päädyin aineiston tarkasteluun osittain abduktiivisesti laatu näkökulmittain. Laatu näkökulmat ohjasivat aineiston tulkintaa, mutta yksittäisen näkökulman sisältö

muotoutui pääasiassa aineistolähtöisesti. En esimerkiksi etsinyt analyysivaiheessa yhteyksiä tuotteiden ja palveluiden laadun osatekijöihin, ja siten en testannut valmiita käsittekokonaisuuksia. Analyysi ei kuitenkaan ollut näkökulmien valinnan vuoksi täysin aineistolähtöinen. Näkökulmat toimivat eräänlaisina johtoajatuksina ja tulkinta suuntautui niiden mukaisesti.

Tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi analysoin kertomus-, suositus- ja kyselyaineistot ensin erikseen omina kokonaisuuksinaan. Vasta tämän jälkeen olen vertaillut aineistoja toisiinsa ja pyrkinyt löytämään merkityssuhteiden erilaisuuksia. Luin aineistoa muutaman kuukauden väliajoin, jotta aineiston muokkauksen tuloksena syntyneet tiiviimmät esitykset, esimerkiksi taulukot, eivät eläisi omaa elämäänsä ja kadottaisi yhteyttään alkuperäiseen aineistoon ja teoriaan. Täten toistetuilla analyysikerroilla ja kriittisellä tarkastelulla olen pyrkinyt parantamaan tulkinnan luotettavuutta. Lisäksi kertomusaineistoa on analysoitu kahdella tavalla – ensin aineistolähtöisesti etsimällä aineistosta teemoja ja muotoilemalla työntekijäkohtaiset merkitysverkostot, sitten analysoimalla aineisto uudelleen abduktiivisesti käyttäen apuna näkökulmia. Nämä kaksi analysointitapaa tuottivat samantyyppisen tuloksen. Ensimmäinen analyysi jäi tulkintatasoltaan kuitenkin yksinkertaisemmaksi kuin toinen analyysi ja tulkinta.

## 7 Keskeiset johtopäätökset ja pohdinta

Tässä tutkimuksessa pyrittiin laatukäsitysten selvittämisen kautta saamaan tietoa laadun ilmiöstä. Tätä tietoa voidaan hyödyntää laadun johtamisessa ja informaatio-ohjauksessa. Tutkimuksen tulokset osoittavat työhypoteesien toteutumisen: työntekijöiden laatukäsityksiin sisältyi ristiriitaisuutta, laatusuosituksissa painottuivat suunnittelu- ja tuotantokeskeinen laatukäsitys, tarkastelutaso vaikutti laadulle annettuihin merkityksiin ja kontekstilla oli vaikutusta laatukäsityksiin.

*Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat käsitystä laadun moniulotteisuudesta ja sen määrittelyn tärkeydestä. Laatua määriteltäessä on päätettävä määrittelyn kohteesta, näkökulmasta, tarkastelutasosta ja kontekstista.*

Laatua määriteltäessä on mietittävä, mikä on tarkastelun kohde. Tarkastelun kohteena voi olla esimerkiksi sairaalaorganisaatio, yksittäisen potilaan hoito tai hoitoketjun toiminta. Tarkastelun kohdetta voidaan tarkastella usean tai yksittäisen toimijan näkökulmasta. Laatutekijät painottuvat eri tavoin, kun laatua tarkastellaan asiakkaan, asiantuntijan, johtajan tai poliitikon näkökulmasta. Tarkastelun taso voi olla esimerkiksi yksittäisen potilaan hoitoketju terveyskeskuksesta erikoissairaanhoidon tai yleisemmällä tasolla tietyn sairausryhmän potilaiden hoito sovitun toimintamallin mukaisesti. Laadun määrittelyssä ja arvioinnissa on myös otettava huomioon konteksti. Konepajassa tuotteen laatutekijät ovat erilaiset kuin terveyskeskussairaalassa hoidettavan potilaan hoidossa.

Tässä tutkimuksessa kehyskertomuksen sisältämä näkökulma vaikutti hoitotyöntekijöiden kertomusten sisältöön ja laadun määrittelyn kohteeseen: kirjoitukset painottivat tarkastelussaan laatua joko asiakkaan tai työntekijän näkökulmasta. Työntekijän näkökulmasta laatua tarkastellessaan hoitotyöntekijät kirjoittivat asiakkaan, suunnittelun, tuotannon ja systeemin lisäksi myös johtamisen ja työyhteisön laadusta.

Laadun tarkastelutasosta johtuen samassa organisaatiossa työntekijät voivat antaa laadulle erilaisia merkityksiä kuin johto. Tässä tutkimuksessa hoitotyöntekijöiden merkityksenannot kuvasivat laatua mikrotasolla painottaen yksittäiseen organisaatioon ja yksittäisen asiakkaan hoitoon liittyviä osatekijöitä. Johdon ja työntekijöiden, vanhainkotien ja sairaalan hoitohenkilökunnan sekä hoitotyöntekijöiden ja laatusuositusten merkitysverkostot erosivat toisistaan, koska eri tahojen ja tasojen situaatioiden erot vaikuttavat ymmärtämisyhteyksiin. Eri tasojen

välinen dialogi on tärkeää, jotta laadun samansuuntainen määrittely olisi mahdollista. Laadun määrittely makrotasolla viittaa julkisessa terveydenhuollossa yhteisen hyvän määrittelyyn ja mikrotasolla yksittäisen asiakkaan hyvään. Edellytyksenä makrotason laatusuositusten ohjausvaikutukselle on suositusten konkretisoituminen yksityiskohtaisiksi ohjaaviksi kriteereiksi joko makro-, meso- tai mikrotasolla.

***Laatu on ilmiönä moniulotteinen ja osin ristiriitainen. Yksiulotteinen laadun tarkastelu voi vääristää laadun ilmiötä ja aiheuttaa eri tahojen laatuksitusten välisiä ristiriitoja.***

Laadun ilmiö on sekä hoitohenkilökunnan että laatusuositusten laatuksitusten perusteella jossain määrin ristiriitainen. Laadun ristiriitaisuutta korostaa ja sen todennäköisesti aiheuttaa laadun kontekstisidonnaisuus ja moniulotteisuus. Ristiriitaisuutta voidaan pitää osoituksena laadun kehittymättömistä merkityssuhteista, joista tulisi vapautua, jotta laadun ilmiön moninaisuus selkeyttäisi ilmiön käsitteellistämistä. Esimerkiksi suhtautuminen virheettömyyteen oli hoitohenkilökunnan kertomuksissa osin selkiytymätön ja ristiriitainen. Kyselyvastausten perusteella virheettömyys oli laadun osatekijä, mutta se ei ollut laadun tärkein edellytys. Kertomusten perusteella virheettömyyteen liitettiin täydellisyyden tavoittelu ja konemainen toiminta virheiden inhimillisyyden ja virheistä oppimisen lisäksi. Laatusuosituksissa korostettiin virheettömyyden yhteydessä vaihtelun vähäisyyttä – täydellinen virheettömyys ei siten välttämättä ole keskeinen tavoite. Virheettömyyden yhdistäminen täydellisyyteen ja konemaiseen toimintaan eikä sovitusti tekemiseen on merkityksenanto, josta työntekijöiden pitäisi vapautua. Virheettömyyden ja vaihtelun vähäisyyden painottaminen toiminnan arvioinnissa ja johtamisessa voi antaa vaikutelman epäinhimillisestä toimintaympäristöstä. Hoitotyöntekijöiden elämismaailma sisältää paljon pehmeinä pidettyjä arvoja (toisista välittäminen, empaattisuus, lähimmäisenrakkaus), mutta johtamisessa saattaa korostua yhä enemmän kovat arvot, kuten tehokkuus ja tuloksellisuus.

Hoitotyöntekijöiden osin ristiriitainen suhtautuminen virheettömyyteen ja virheettömyydestä kirjoittamisen vaikeus kuvastavat merkityksenantojen vaikutusta ihmisen ajatteluun ja toimintaan. Kun jokin tekijä herättää voimakkaita mielleyhtymiä, voidaan ajatella, että käsityksessä on jotain ristiriitaisuutta toimijan omien arvojen kanssa. Esimerkiksi työntekijän kriittinen suhtautuminen virheettömyyteen voi viitata arvoihin, jotka kuvastavat auttamisenhalua. Kun todellisuudessa hoitotyön toimintaympäristö ei mahdollista riittävästi kyseisten arvojen toteuttamista käytännössä, työntekijä turhautuu. Pyrkimys virheettömään suoritukseen on ammattihenkilöille todennäköisesti kunnia-asia, mutta se ei aina ole mahdollista ja todelliset työ-

olosuhteet, töiden organisointi ja muut seikat estävät tavoitteiden toteutumisen. Täten virheet eivät sinällään liity yksittäiseen työntekijään ja hänen työmoraaliinsa, vaan toiminnan yleiseen organisointiin ja resursseihin, jotka eivät mahdollista toimimista työlle asetettujen vaatimusten mukaisesti.

Laatukäsitteen harmonisoimiseksi laatua on tarkasteltava useista näkökulmista kontekstin ehdoilla. Toisaalta liiallinen takertuminen omaan kontekstiin voi vähentää halua muuttaa toimintaa. Muuttuviin toimintaympäristöihin sopeutuminen ja uudistuminen vaativat todennäköisesti työntekijöiltä kykyä käsitellä ristiriitaisuuksia ja kehittymättömiä merkityssuhteita. Ennakointi vaatii kykyä tarkastella laatua uusista näkökulmista, vaikka uudet näkemykset näyttäsivät aluksi olevan ristiriidassa oman työn kontekstin kanssa.

***Terveydenhuollon laatukäsitteeseen sisältyy dualismi: asiakkaan ja asiantuntijan käsitysten erot, yksittäisen asiakkaan hyvän ja yhteisen hyvän väliset ristiriidat sekä palvelujen standardointiin ja räätälöintiin liittyvät näkökulmat.***

Asiakasajattelun lisääntyminen julkisella sektorilla on nostanut esille asiakkaan oikeuden valita ja päättää vapaasti omista asioistaan. Tämä on kuitenkin osittain ristiriidassa julkisen terveydenhuollon asiantuntijaroolin vuoksi: palveluja tarvitseva asiakas ei ole itsenäinen toimija. Asiakas tarvitsee apua asioissa, joista ei itse tiedä riittävästi. Lisäksi julkisella sektorilla asiakas ei suoraan päättää tuotettavista palveluista. Täten asiakkaan rooli ei voi olla julkisissa terveyspalveluissa samanlainen kuin yksityisellä sektorilla. Yksityisiä palveluja käyttäessään asiakkaan tarpeiden tyydytykselle asettaa rajat asiakkaan oma varallisuus, julkisella sektorilla kunnan resurssit ja asetetut tavoitteet.

Palvelujen standardointi ja räätälöinti liittyvät työntekijöiden ammattitaitoon mutta myös resursseihin. Kaikkien palveluiden asiakaskohtainen räätälöinti tulee kalliiksi, toisaalta liiallinen standardisointi voi heikentää palvelujen vaikuttavuutta. Laatujärjestelmät lisäävät standardisointia ja tekevät palvelujen sisällöt näkyviksi myös johdolle. Toisaalta asiantuntijalähtöiset hoitosuositukset varmistavat terveydenhuollon ammattilaisten aseman päätöksenteossa. Eriyisesti yleisten laatusuosituksen painottama suunnittelu- ja tuotantokeskeinen laatuajattelu osoittaa laatukäsityksen yksipuolisuuden. Tällöin laatu saatetaan nähdä laatujärjestelmien rakentamisena, lisääntyvänä ohjeistamisena ja joustamattomuutena. Samanaikaisesti terveydenhuollossa on keskeistä asiakaskohtainen palvelujen räätälöinti. Tästä syystä on tärkeää erottaa tilanteet, joissa tarkka ohjeistus on tarpeen niistä tilanteista, joissa palvelu räätälöidään asiak-



kaan tarpeisiin. Keskustelun painottuminen vain yhdenmukaisen toiminnan korostamiseen laadun määrittelyn yhteydessä johtaa vääristyneisiin ja kehittymättömiin merkityksenantoihin ja heikentää kokonaisvaltaisen laatuajattelun käyttöönottoa.

*Terveystieteiden tutkimuksessa tarvitaan sektorikohtaisia laatusuosituksia, jotka ottavat huomioon valitun kontekstin erityispiirteet. Yleisissä laatusuosituksissa, esimerkiksi terveydenhuollon valtakunnallisissa tavoite- ja toimintaohjelmissa laatua tulisi käsitellä laajemmin kuin vain suunnittelu- ja tuotantokeskeisestä näkökulmasta. Laadun informaatio-ohjaukseen liittyy liian vähän keskustelua yhteisestä hyvästä ja siihen liittyvistä valintaprosesseista.*

Laadun kontekstisidonnaisuuden tulisi näkyä laadun informaatio-ohjauksessa siten, että laatusuositukset räätälöidään eri toimintaympäristöihin erikseen. Laatusuosituksia on laadittu yleisten laatu- ja laadunhallintasuositusten jälkeen muun muassa päihde-, mielenterveys- ja vanhuspalveluihin, ja siten kontekstisidonnaisten suositusten tarve on ollut nähtävissä. Laadun käsitteellistämisen ja laadun johtamisen kannalta on tärkeää tunnistaa, että laadun osatekijät ja niiden painoarvot vaihtelevat kontekstin mukaan.

Makro- ja mesotasolla laaditut laatusuositukset eivät sellaisenaan ohjaa riittävästi asiakastyön johtamista. Ne jäävät monelta osin liian yleiselle, lähinnä periaatteelliselle tasolle. Suosituksissa ei tästä huolimatta käydä riittävästi arvokeskustelua siitä, mitä pidetään tärkeänä ja millä perusteella. Priorisointiin hoidon vaikuttavuuden perusteella viitataan epäsuorasti painottamalla hoitosuosituksia. Samanaikaisesti korostetaan palveluiden tasa-arvoista saatavuutta, joka voi olla ristiriidassa hoidon priorisoinnin kanssa.

Suosituksia voidaan mahdollisesti hyödyntää perusteltaessa poliitikoille kehittämishankkeita ja lisäresursseja. Yleisellä tasolla olevat suositukset eivät mahdollista valittujen toimintamallien vaikutusten arviointia. Laadun määrittelyn ja arvioinnin tueksi tarvitaan konkreettisia mittareita ja indikaattoreita. Laadun tarkastelutaso on keskeinen tekijä asetettaessa laadulle vaatimuksia ja arvioitaessa tavoitteiden toteutumista. Siirryttäessä tarkastelutasolta alaspäin, lähemmäksi palveluja käyttävää asiakasta, laadun ilmiön osatekijät monipuolistuvat ja tarkentuvat.

Ylätason laatukäsitteet ovat teoreettisia ja lähinnä periaatteellisia. Operatiiviset laatukäsitteet mahdollistavat laadun johtamisen ja arvioinnin. Laadun konkretisointi mitattaviksi osatekijöiksi voi toimia välittäjänä eri tasojen välillä. Mittariston laadinnassa on tärkeää arvioida laa-

tua useista näkökulmista, esimerkiksi tasapainotetun mittariston (BSC) avulla. Mittariston eri näkökulmat ja niiden keskinäinen tasapainotus voivat mahdollistaa synteetin tarkasteltavasta ilmiöstä ja sille asetettavista tavoitteista. Suositusten tulisi kannustaa dialogiin kansalaisten, poliitikkojen ja suositusten laatijoiden kesken. Jos laatu halutaan valtakunnallisen tason yleisissä laatusuosituksissa erottaa omaksi erilliseksi osa-alueekseen, tulisi jonkin tietyn kehittämisen osa-alueen nimeäminen laadun kehittämiseksi ja jonkin toisen osa-alueen nimeäminen muunlaiseksi kehittämiseksi olla selkeästi perusteltua.

Yksityiskohtaisten mittareiden perusteella tehtävää tavoitteiden toteutumisen arviointia tulisi suorittaa säännöllisesti. Yksityiskohtaiset laatusuositukset saattavat kuitenkin helposti toimia normeina, jotka sitovat palvelujen tuottajia ja heikentävät toiminnan sopeuttamista vaihteleviin olosuhteisiin. Toisaalta kansalaisten oikeudenmukaisen ja tasa-arvoisen kohtelun varmistamiseksi lienee tarpeellista, että palveluiden laadulle asetetaan minimivaatimuksia.

Laatusuositusten kohderyhmä tulisi miettiä tarkoin. Tähän tutkimukseen valittujen suositusten kohderyhmä oli laaja, mikä voi heikentää niiden hyödyntämistä. Eri tasoilla ja erilaisissa toimintaympäristöissä annetaan samalle käsitteelle erilaisia merkityksiä. Täten esimerkiksi sekä asiantuntijoille että asiakkaille suunnatut suositukset asettavat vaatimuksia käytettäville ilmaisuille.

***Laatusuosituksissa painottui asioiden johtaminen. Laadun tasapainoisen johtamisen kannalta on keskeistä kehittää laadun informaatio-ohjauksella myös ihmisten johtamiseen liittyviä osa-alueita. Hoitotyöntekijöiden johtamiselle ja työyhteisölle antamat merkitykset tukevat tätä käsitystä.***

Vaikka terveydenhuollossa on keskeistä ihmisten välinen vuorovaikutus, ihmisten johtamiseen liittyvät tekijät jäivät laatusuosituksissa taka-alalle. Laadun johtamisessa painotetaan laatuksiteereitä, hoitosuosituksia ja järjestelmien yleistä kehittämistä. Samanaikaisesti henkilökunta uupuu työssään, ja johtamista pidetään yleisesti heikkotasoisena. Laatujohtamisen ideologian mukaisesti työntekijöiden tukeminen ja osallistumisen mahdollistaminen on tärkeää. Tässä tutkimuksessa hyvään johtamiseen ja työyhteisöön liittyvät merkityksenannot olivat hoitotyöntekijöille keskeisiä laadun tekemisen edellytyksiä. Ilman ihmisten johtamiseen liittyvien seikkojen parantamista saattavat johtamisongelmat lisääntyä tulevaisuudessa. Tasapainotettu mittaristo sisältää myös henkilöstönäkökulman, ja siten mittariston käyttö voi varmistaa henkilöstöjohtamiseen liittyvien tavoitteiden asettamisen ja seurannan.

*Jatkotutkimuksissa olisi tärkeää selvittää erilaisissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä toimivien hoitotyöntekijöiden ja lääkäreiden laatukäsityksiä. Erilaiset laadulle annetut merkitykset voivat heikentää eri tahojen välistä yhteistyötä ja toiminnan kehittämistä. Terveydenhuollon kehittämishaasteiden lisääntyessä on tarpeellista käynnistää dialogi eri tahojen kesken laatuun liittyvistä arvostuksista.*

Osittain ristiriitaiset ja eri asioita painottavat laatukäsitykset ammattiryhmien ja erityyppisten terveydenhuollon toimintaympäristöjen välillä voivat heikentää moniammatillista yhteistyötä, hoitoketjujen kehittämistä ja johtamista. Eri ammateissa ja eri sektoreilla toimivat henkilöt antavat todennäköisesti ymmärtämysyhteyksistään johtuen erilaisia merkityksiä laadulle, varsinkin jos työtehtävät poikkeavat selkeästi toisistaan. Tästä syystä eri ammattiryhmien edustajien ja eri terveydenhuollon sektoreilla toimivien henkilöiden laatukäsityksiä tulisi selvittää. Julkisen terveydenhuollon asiakkaita hoidetaan hoitoprosessin eri vaiheissa eri organisaatioissa, ja jos eri organisaatioiden laatukäsitykset poikkeavat merkittävästi toisistaan, sillä voi olla vaikutusta hoitoprosessin laatuun.

Erilaisten laadulle annettujen merkitysten tunnistaminen ja dialogi eri tahojen välillä auttavat ymmärtämään käsitysten välisiä eroja. Perus- ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö ja yhteiset näkemykset tavoiteltavista asioista ovat keskeisiä haasteita terveystalvelujen turvaamisessa ja kehittämisessä tulevaisuudessa.

Vaikka tässä tutkimuksessa hoitotyöntekijöiden laatukäsityksiä tarkasteltiin vain tietyssä kontekstissa, laatua koskevat johtopäätökset voidaan jossain määrin yleistää myös kyseisen sektorin ulkopuolelle. Tutkimus on paljastanut laadun ilmiöstä jotain yleistä. Laadun ilmiön hallintaan pyrkiminen edellyttää laadun määrittelyä. Avoin keskustelu on tärkeää laatukäsitysten selvittämiseksi ja virheellisten ja erilaisten tulkintojen näkyväksi tekemiseksi. Tietoisuus laadusta voi olla väärää sillä perusteella, että laatua tarkastellaan irrallaan kontekstista olettaen, että samat toimintamallit sopivat kaikkiin olosuhteisiin. Oletus voi johtaa siihen, että ei tunnusteta käsitysten eroja, ja tästä syystä laatukäsitysten ristiriitaisuudet jäävät tiedostamatta ja vaikuttavat yhteistyötä heikentävästi.



**Lähteet**<sup>153</sup>

Aarnos, E. 2001. Kouluun lapsia tutkimaan: havainnointi, haastattelu ja dokumentit. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 144–157.

Aho, H. & Kociba, P. 1998. Patologian laboratorion akkreditointi. Suomen Lääkärilehti 43 (20–21), 2329–2332.

Aikapaineet ja työn itsenäisyys. 1997. Euroopan elin- ja työolojen kehittämissäätiö. Saatavilla www-muodossa URL: <http://www.eurofound.ie/publications/files/EF9743FI.pdf>. 22.1.2003.

Aiken, L. H. 2001. More Nurses, Better Patient Outcomes: Why Isn't It Obvious? *Effective Clinical Practice* 4 (5), 223–225.

Aiken, L. H. 2002. Superior Outcomes for Magnet Hospitals: The Evidence Base. In McClure, M. L. & Hinshaw, A. S. (eds.): *Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses*. Washington, D.C.: American Nurses Publishing, 61–81.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., Giovanetti, P., Hunt, J., Rafferty, A. M. & Shamian, J. 2001. Nurses' Reports on Hospital Care in Five Countries. *Health Affairs* 20 (3), 42–53.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. & Silber, J. H. 2002. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* 288 (16), 1987–1993.

Airaksinen, T. 1993/1987. *Moraalifilosofia*. 3. painos. Juva: WSOY.

---

<sup>153</sup>Julkaistujen lähteiden vuodeksi on merkitty käytetyn painoksen julkaisuvuosi. Joissakin julkaisuissa esitetään lisäksi julkaisun copyright-vuosi ja/tai ensimmäisen painoksen julkaisuvuosi, jos se on mainittu julkaisussa. Ensimmäisen painoksen kaksi vuosilukua viittaavat siihen, että copyright-vuosi ja ensimmäisen painoksen painovuosi eroavat toisistaan. (ks. teokset: Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1998/1997. *Tutki ja kirjoita*. 3.–4. painos. Helsinki: Kirjayhtymä, 351; Hirsjärvi, S., Liikanen, P., Remes, P. & Sajavaara, P. 1995/1986. *Tutkimus ja sen raportointi*. 4.–6. painos. Helsinki: Kirjayhtymä, 126–127.

- Airaksinen, T. 2002/1991. Ammattien etiikan filosofiset perusteet. Teoksessa Airaksinen, T. (toim.): Ammattien ja ansaitsemisen etiikka. Näkemyksiä ammattien, johtamisen ja liikelämän arvoista. 3. painos. Helsinki: Yliopistopaino, 19–60.
- Alasuutari, P. 1999/1993. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.
- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY.
- Allen, M. & Brady, R. M. 1997. Total Quality Management, Organizational Commitment, Perceived Organizational Support, and Intraorganizational Communication. *Management Communication Quarterly* 10 (3), 316–342.
- Anderson, E. A. & Zwelling, L. A. 1996. Strategic Service Quality Management for Health Care. *American Journal of Medical Quality* 11 (1), 3–10.
- Andersson, N. R. & West, M. A. 1998. Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. *Journal of Organizational Behaviour* 19, 235–258.
- Andrew, N., Cibildak, A., Khera, M., Porter, E. & Young, D. W. 1995. Implementing Total Quality Management in Health Care. *Joint Commission Journal on Quality Improvement* 21 (9), 489–492.
- Angelopoulou, P., Kangis, P. & Babis, G. 1998. Private and public medicine: a comparison of quality perceptions. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 11 (1), 14–20.
- Anttila, P. 2000/1996. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Taito-, taide- ja muotoilualojen työvälineet. Artefakta 2. 3. painos. Hamina: Akatiimi Oy.
- Arndt, M. & Bigelow, B. 1995. The Implementation of Total Quality Management in Hospitals: How Good is the Fit? *Health Care Management Review* 20 (4), 7–14.
- Asetus mittatekniikan keskuksista 678/1991.

Asetus testaus-, tarkastus-, sertifiointi- ja kalibrointitoimintaa harjoittavien toimielinten pätevyyden toteamisesta 1568/1991.

Barthes, R. 1973. *Mythologies*. London: Paladin.

Benner, P. & Tanner, C. A. 1999. *Asiantuntijuus hoitotyössä. Hoitotyö, päättelykyky ja etiikka*. Helsinki: WSOY.

Bertalanffy, L. 1971. *General system theory: foundations, development, applications*. London: Allen Lane.

Blaauwbroek, H. G. 1997. Patient Organizations and Patients' Rights. In Schrijvers A. J. P. (ed.): *Health and Health Care in the Netherlands. A critical Self-assessment by Dutch Experts in the Medical and Health Sciences*. Maarssen, the Netherlands: ELSEVIER/De Tijdstroom.

Black, S., Briggs, S. & Keogh, W. 2001. Service quality performance measurement in public/private sectors. *Managerial Auditing Journal* 16 (7), 400–405.

Boerstler, H., Foster, R. W., O'Connor, E. J., O'Brien, J. L., Shortell, S. M., Carman, J. M. & Hughes, E. F. X. 1996. Implementation of Total Quality Management: Conventional Wisdom versus Reality. *Hospital & Health Services Administration* 41(2), 143–159.

Bridges, T. 1994. *The Culture of Citizenship Inventing Postmodern Civic Culture*. Albany, NY: State University of New York Press.

Broms, H. 1985/1984. *Alkukuvien jäljillä. Kulttuurin semiotiikkaa*. Juva: WSOY.

Burns, T. & Stalker, G. M. 1961. *The Management of Innovation*. London: Tavistock.

Casparie, A. F., Sluijs, E. M., Wagner, C. & Bakker, de D. H. 1997. Quality systems in Dutch health care institutions. *Health Policy* 42, 255–267.

Clarke, S. P., Sloane, M. D. & Aiken, L. H. 2002. Effects of Hospital Staffing and Organizational Climate on Needlestick Injuries to Nurses. *American Journal of Public Health* 92 (7), 1115–1119.

Colaizzi, P. 1978. Psychosocial research as the phenomenologist views it. In Valle, R. & King, M. (eds.): *Existential-phenomenological alternatives for psychology*. New York: Oxford University, 48–71.

Council of Europe. 1998. The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care. Recommendation No R (97) 17 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 30 September 1997 and explanatory memorandum. Brussels: Council of Europe Publishing.

Crosby, P. B. 1996. *Quality is still free. Making Quality Certain In Uncertain Times*. New York: McGraw-Hill.

Dale, B. G., Lascelles, D. M. & Boaden, R. J. 1994. Levels of Total Quality Management adoption. In Dale, B. G. (ed.): *Managing Quality*. London: Prentice Hall, 117–127.

Deming, W. E. 2000/1982. *Out of the Crisis*. London: The MIT Press (First MIT Press edition 2000).

Denzin, N. K. 1988. Triangulation. In Keeves, J. P. (ed.): *Educational research, methodology, and measurement. An International Handbook*. Thousand Oaks: Sage, 511–513.

Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. 1994. (eds.) *Handbook of qualitative research*. USA: Sage.

Dey, I. 1993. *Qualitative Data Analysis. A User-Friendly Guide for Social Scientists*. London: Routledge.

Doing What Counts for Patient Safety. 2000. *Federal Actions to Reduce Medical Errors and Their Impact. Report of the Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC)*. To the President. February 2000. USA.

Donabedian, A. 1981. Criteria, Norms and Standards of Quality: What Do They Mean? *American Journal of Public Health* 71 (4), 409–412.

Donabedian, A. 1988. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA* 260 (12), 1743–1748.



Donabedian, A. 1996. The Effectiveness of Quality Assurance. *International Journal for Quality in Health Care* 8 (4), 401–407.

Duodecim. 2003. Käypä Hoito. Saatavilla www-muodossa URL: <http://www.duodecim.fi/kh/>. 12.8.2002.

Efektia. 2004. Sosiaali- ja terveystieteen laatuohjelma, Social and Health Quality Service (SHQS). Saatavilla www-muodossa URL: <http://www.efektia.fi>. 11.2.2004.

Efektia, Terveystutkimus. 1999. Auditorijakoulutus XIII. 25.–26.11.1999. Järvenpää. Opetusmonisteet.

EFQM (European Foundation for Quality Management). 1999a. The EFQM Excellence Model Changes. Brussels: Bryssels Representative Office.

EFQM. 1999b. The EFQM Excellence Model. Public and Voluntary Sector. Brussels: Bryssels Representative Office.

EFQM. 1999c. The EFQM Excellence Model. Suomenkielinen käännös. Helsinki: Laatu keskus.

Elovainio, M., Sinervo, T. & Pekkarinen, L. 2001. Uusien työvälineiden omaksuminen. Asenteet, työn sisältö, yhteistyö ja prosessi muutosta edistävinä tekijöinä perusterveydenhuollossa. Aiheita 1. Helsinki: Stakes.

Eskola, J. 1997. Eläytymismenetelmäopas. Tampereen yliopisto. Tampere: TAJU.

Eskola, J. 1998. Eläytymismenetelmä sosiaalitutkimuksen tiedonhankintamenetelmänä. Tampereen yliopisto. Tampere: TAJU.

Eskola, J. 2001a. Eläytymismenetelmän autuus ja kurjuus. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelvalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 69–84.

Eskola, J. 2001b. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkö-

kulmia aloittelevalla tutkijalla tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Chydenius-instituutin julkaisuja 3. Jyväskylä: PS-kustannus, 133–157.

Eskola, J. & King, A.-L. 1995. Luokanopettajaopiskelijoiden suhtautumisesta jatkotutkintaan. Eläytymismenetelmäaineiston tyypittelyä. Teoksessa Jussila, J. & Rajala, R. (toim.): Rajanylityksiä: monipuolistuva kasvatustutkimus tieteiden kentässä. Lapin yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja C10. Rovaniemi: Lapin yliopisto, 127–142.

Eskola, J. & Kujanpää, S. 1992. Elämäntapaa harrastamassa: tekstiilityötä työväenopistossa. Teoksessa Eskola, J. (toim.): Puhetta opetuksesta ja opiskelusta. Tampereen yliopiston sosiologian ja sosiaalipsykologian tutkimuksia A:23. Tampere: Tampereen yliopisto, 158–210.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1997. Tarinoita ja taulukoita tarinoista – esimerkki eläytymismenetelmäaineiston analysoinnista. Teoksessa Eskola, J. : Eläytymismenetelmäopas. Tampereen yliopisto. Tampere: TAJU, 81–102.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000/1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Tampere: Vastapaino.

Eskola, J. & Wäljas, M. 1992. Rotter ja role playing. Eläytymismenetelmän ja I-E -asteikon vertailua. Teoksessa Eskola, J. (toim.): Puhetta opetuksesta ja opiskelusta. Tampereen yliopiston sosiologian ja sosiaalipsykologian tutkimuksia A:23. Tampere: Tampereen yliopisto, 211–271.

Eskola, K. & Eskola, J. 1995. Tuottaako eläytymismenetelmä ainoastaan stereotypioita? – esimerkkinä teatterissa käymisen tutkiminen. Teoksessa Eskola, J., Mäkelä, J. & Suoranta, J. (toim.): Ihmistieteiden 1990-luvun metodologiaa etsimässä. Lapin yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja C8. Rovaniemi: Lapin yliopisto, 149–169.

ETENE. 2001a. Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) & sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1. Saatavilla www-muodossa URL: <http://www.etene.org/dokumentit>. 7.4.2003.

ETENE. 2001b. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) & sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. ETENE-julkaisuja 1. Saatavilla www-muodossa URL: <http://www.etene.org/dokumentit>. 7.4.2003.

ETENE. 2002. Eettisyyttä terveydenhuoltoon. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 1998–2002. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) & sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. ETENE-julkaisuja 5. Saatavilla www-muodossa URL: <http://www.etene.org/dokumentit>. 7.4.2003.

ETENE. 2003. Hoidon hinta ja tasa-arvo terveydenhuollon eettisenä haasteena. ETENE:n 3. kesäseminaari 20.8.2002, Helsinki. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) & sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. ETENE-julkaisuja 6. Saatavilla www-muodossa URL: <http://www.etene.org/dokumentit>. 7.4.2003.

Feigenbaum, A.V. 1983/1951. Total Quality Control. Third Edition. New York: McGraw-Hill Book Company.

Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L. & Pettigrew, A. 1997/1996. The New Public Management in Action. Oxford: Oxford University Press.

Filander, K. 2000. Kehittämistyö murroksessa. Sitoutuminen, sopeutuminen ja vastarinta julkisella sektorilla 1990-luvulla. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 67. Tampere: Tampereen yliopisto. Saatavilla www-muodossa URL: <http://www.uta.fi/laitokset/kirjasto/vaitokset/2000/200095.html>. 1.4.2003.

Finnilä, M. 1997. Hoitotakuukokeilu Suomessa. Teoksessa: Hoitotakuukokeilu. I vaiheen raportti. Hoitotakuun lähtökohdat Suomessa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 64–65.

Fiske J. 1996/1990. Merkkien kieli. Johdatus viestinnän tutkimiseen. 4. painos (1. suomennos 1992). Tampere: Vastapaino.

Garvin, D. 1988. Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge. New York: The Free Press.

Giorgi, A., Knowles, R. & Smith, D. L. 1975. *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*. Vol. 2. Pittsburgh: Duquesne University.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. 1967. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.

Gray, J. A. M. 1998/1997. *Evidence-Based Healthcare. How to Make Health Policy and Management Decisions*. 3. painos. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Grol, R. & Grimshaw, J. 2003. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 362 (11), 1225–1230.

Grönroos, C. 1987. *Hyvään palveluun. Palvelun kehittäminen julkishallinnossa*. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Grönroos, C. 1994. *Nyt kilpaillaan palveluilla*. 3. painos. Jyväskylä: Weilin+Göös.

Grönroos, C. 2001. *Palveluiden johtaminen ja markkinointi*. Helsinki: WSOY.

Gustafson, D. H. & Hundt, A. S. 1995. Findings of innovation research applied to quality management principles for health care. *Health Care Management Review* 20 (2), 16–33.

Gylling, H. A. 2002. Yksilö vai yhteisö – 1900-luvun loppupuolen angloamerikkalaisen yhteiskuntafilosofian kiistakysymys. Teoksessa Niiniluoto, I. & Saarinen, E.(toim.): *Nykyajan filosofia*. Helsinki: WSOY, 437–474.

Hakala, J. T. 2001. Menetelmällisiä koetuksia. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.): *Ik-kunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. Jyväskylä: PS-kustannus, 10–23.

Hakonen, U.-R. 1998. *Hoitotakuukokeilu. II vaiheen raportti*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Hallintolaki 434/2003.

- Hammer, M. & Champy, J. 1993. *Reengineering the Corporation. A Manifesto for Business Revolution*. New York: HarperCollins Publishers.
- Hanni, R., Tervo, A. & Pajunpää, H. 2000. *Terveydenhuolto 2000-luvulle. Laadunhallinta Pohjois-Suomen terveydenhuollossa vuonna 1999*. Oulun lääninhallituksen julkaisuja 57. Oulu: Oulun lääninhallitus.
- Hannus, J. 1994. *Prosessijohtaminen. Ydinprosessien uudistaminen ja yrityksen suorituskyky*. 4. painos. Espoo: HM & Research Oy.
- Hansson, A.-I. 2002. *Selvitys sosiaali- ja terveystalvelujen ohjauksesta ja valvonnasta*. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 8. Helsinki: STM.
- Harisalo, R. 1980. *Innovaatioiden diffuusio kunnallishallinnossa*. Kunnallistieteen aineryhmän julkaisusarja 1 A. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Harisalo, R. 1995. *Kunnallishallinnon innovatiivisuus*. Tutkimus innovatiivisten kuntien tunnistamiseksi. Hallintotiede A 7. Hallintotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Harvey, L. & Green, D. 1993. *Defining Quality. Assessment & Evaluation in Higher Education* 18 (1), 9–34.
- Hautamäki, A. & Mäkipeska, M. 1994. *Laatupolitiikkaa julkiselle sektorille? Perustalvelujen laadunhallinnan tarve ja keinot*. Valtiovarainministeriö, tuottavuus- ja laatutyön tukihanke. EV-kehitysyhtiöt. Helsinki: Painatuskeskus.
- Haverinen, R. 1997. *Some National and Local Quality Strategies in Finland*. In Evers A., Haverinen, R., Leichsenring, K. & Wistow, G. (eds.): *Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments*. European Centre. Vienna: Ashgate, 261–272.
- Haverinen, R. 1999. *Palvelusitoumukset ja hyvinvointivaltion palvelujärjestelmän käänne*. Tutkimuksia 106. Helsinki: Stakes.
- Haverinen, R. 2003. *Laatudokumentit ja suomalainen sosiaalipalvelujen modernisaatio*. *Yhteiskuntapolitiikka* 68 (4), 325–336.

Hegyvary, S. T. 1991. Yksilövastuinen hoitotyö. Hygieia. Terveyden- ja sairaanhoitajan kirjasto. Helsinki: Kirjayhtymä.

Heidegger, M. 2000. Kirje humanismista. Maailmankuvan aika. Helsinki: Tutkijaliitto.

Heikkilä, M., Kaakinen, J. & Korpelainen, N. 2003. Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti. Selvityshenkilöiden loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 11. Helsinki: STM.

Heiskanen, H. 2002/1991. Johtamisen ammattietiikasta. Teoksessa Airaksinen, T. (toim.): Ammattien ja ansaitsemisen etiikka. Näkemyksiä ammattien, johtamisen ja liike-elämän arvoista. 3. painos. Helsinki: Yliopistopaino, 227–264.

Hermanson, T. 1996. Erikoissairaanhoidon palvelujärjestelmän auditointi Suomessa. Arviointitutkimus kehittämishankkeesta. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 6. Helsinki: STM.

Herrmann, von F.-W. 1998/1997. Fenomenologian käsite Heideggerilla ja Husserlilla. Teoksessa Haapala, A. (toim.): Heidegger. Ristiriitojen filosofi. Saksankielisen artikkelin copyright 1981. Helsinki: Gaudeamus, 105–135.

Hiidenhovi, H. 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Acta Universitatis Tamperensis 833. Tampere: Tampereen yliopisto.

Hiidenhovi, H., Åstedt-Kurki, P. & Paunonen-Ilmonen, M. 2001. Palvelu potilaiden kokemana sairaalassa. Hoitotiede 13 (1), 11–20.

Hiironniemi, S. 1992. Tuloksellisuuden arviointi. Käsikirja kunnallisille työpaikoille. Jyväskylä: Gummerus.

Hoitotakuukokeilusta laihat tulokset. 1999. Suomen Lääkärilehti 54 (6), 692–693.

Holma, T. 2003. ITE 2 – opas uudistuneen itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmän käyttöön. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

- Holma, T., Outinen, M. & Haverinen, R. (toim.). 1997. PIELA – kohti laatujärjestelmää. Sosiaali- ja terveydenhuollon pienten työyksiköiden ja yksin toimivien ammattihenkilöiden laadunhallinnan keinot. Stakes & Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Holma, T., Outinen, M., Idänpään-Heikkilä, U. & Sainio, S. 2001. Kirkasta ja uudista laadunhallintaa – kehitä laatutalo. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Stakes & Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Hourula, K. & Laivamaa, S. 1997. Asiakkaan asema ja terveydenhuollon palvelutoiminnan laadun kehittäminen asiakaspalautteen perusteella. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Talouden ja hallinnon tieteenalaryhmä. Pro gradu -tutkielma. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Husserl, E. 1995. Fenomenologian idea. Viisi luentoa. Helsinki: Loki-kirjat.
- Huuskonen, J., Ijäs, N. & Lehtoranta, O. 1997. Julkisten palvelujen laadunarviointi. Arviointikehikko ja näkökulmia. Tilastokeskus & Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Tilastokeskus.
- Häyry, M. 2002/2001. Hyvä elämä ja oikea käytös. Historiallinen johdatus moraalifilosofiaan. Helsinki: Yliopistopaino.
- Häyry, H. & Häyry, M. 2002/1991. Oikeuksien ja velvollisuuksien rajapintoja lääkintä- ja hoitotyössä. Teoksessa Airaksinen, T. (toim.): Ammattien ja ansaitsemisen etiikka. Näkemyksiä ammattien, johtamisen ja liike-elämän arvoista. 3. painos. Helsinki: Yliopistopaino, 130–174.
- Idänpään-Heikkilä, U., Outinen, M., Nordblad, A., Päivärinta, E. & Mäkelä, M. 2000. Laatu-kriteerit. Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Aiheita 20. Helsinki: Stakes.
- Ikonen, R. 2002. Julkisten palvelujen laadun turvaaminen. Julkisen sektorin toinen laatukonferenssi 4.2.2002, Helsinki. Luentomonistees. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. 2001. Oppaita 4. Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. Helsinki: STM.

Ilmonen, K. 2001. Eräs tie diskurssianalyysiin. Esimerkkinä Chydenius-instituutin vaikuttavuustutkimus. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R.(toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Chydenius-instituutin julkaisuja 3. Jyväskylä: PS-kustannus, 100–115.

Ilveskivi, P. 1998/1997. Potilaan oikeusasema tiedonsaantioikeuden näkökulmasta. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 26. Helsinki: Kansaneläkelaitos.

Ishikawa, K. 1985. What is Total Quality Control? The Japanese Way. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, Inc.

ITE. 1997. Menetelmä työyksikön itsearviointiin ja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Itkonen, T. 2000. Uusi kieliopas. Helsinki: Tammi.

Jaari, A. 2002. Löytyykö vielä Hippokrateen perillisiä ja Florence Nightingalen jälkiä kulkevia? Suomen Lääkärilehti 57 (25–26), 2789.

Junnila, M. 1997. Sairaalan johtamisjärjestelmän laadun auditoinnissa käytettävän kriteeristön arviointi. Pro gradu -tutkielma. Terveystalouden ja -talouden laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Junnila, M., Pekurinen, M. & Idänpään-Heikkilä, U. 1999. An Evaluation of the applicability of the King's fund organisational audit hospital management standards in finnish health care. The 8th International Conference on Productivity & Quality Research, June 14–16. Vaasa, Finland. In Werther, W. Jr., Takala, J. & Sumanth, D. J. (ed.): Productivity & Quality. Management Frontiers VIII. England: MCB University Press.

Juran, J. M. 1989. Juran on Leadership. An Executive Handbook. New York: The Free Press.

Juuti, P. 1989. Organisaatiokäyttäytyminen. Johtamisen ja organisaation toiminnan perusteet. Aavaranta-sarja 18. Keuruu: Otava.

Juuti, P. 2001. Johtamispuhe. Aavaranta-sarja 48. Juva: PS-kustannus.



- Juvonen, S. 2001. Hoitotyön päätöksenteko. Päätöksenteon opetus ja sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden päätöksenteko. Sarja C 175. Turun yliopiston julkaisuja. Turku: Turun yliopisto.
- Jylhä, K. 1996. Edmund Husserl ja fenomenologian idea. Filosofinen aikakauslehti Niin & Näin 2. Saatavilla www-muodossa URL: [Http://www.netn.fi/296/netn\\_296\\_jylh.html](http://www.netn.fi/296/netn_296_jylh.html). 17.9.2002.
- Jämsén, R. & Pekurinen, M. 2003. Terveystieteiden 1990-luvun uudistusaallon tulokset. Suomen Lääkärilehti 58 (9), 1067–1070.
- Järnefelt, N. 2002. Työkiireen syiden jäljillä. Teoksessa Järnefelt N. & Lehto, A.- M.: Työhulluja vai hulluja töitä? Tutkimus kiirekokemuksista työpaikoilla. Tutkimuksia 235. Helsinki: Tilastokeskus, 17–55.
- Järnefelt, N. & Lehto, A.- M. 2002. Työhulluja vai hulluja töitä? Tutkimus kiirekokemuksista työpaikoilla. Tutkimuksia 235. Helsinki: Tilastokeskus.
- Kainulainen, S. & Niemelä, P. 1998. Kaksi tapaa tarkastella peruspalveluita. Sosiaalitieteiden laitos. Julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 52. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kakkuri-Knuuttila, M.-L. 1999/1998. Argumentti ja kritiikki. Lukemisen, keskustelun ja vaakuuttamisen taidot. Helsinki: Gaudeamus.
- Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1985. Hoitotyön eettiset perusteet. Helsinki: Sairaanhoitajien koulutusäätiö.
- Kaplan, R. S. & Norton, D. P. 1996. Translating Strategy into Action. The Balanced Scorecard. Boston, Massachusetts: Harvard Business School.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. 1990. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.
- Karila, A. 1998. Kuntien talouden ohjaus ja sen muutos. Perinteisestä politiikasta rinnakkais-ten ohjausjärjestelmien kokonaisuuteen. Acta 87. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Karjalainen, E. 1998. Laatugurujen opetukset – yhäkö ajankohtaisia? 30. Laatupäivät. Helsingin Messukeskus 28.–29.4.1998. Luentomonisteet. Helsinki: Suomen Laatu yhdistys.

Karjalainen, K. 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatuhankeet Etelä-Suomen läänissä v. 1998–1999. Kouvola: Etelä-Suomen lääninhallitus, Kouvolan alueellinen palveluyksikkö, sosiaali- ja terveystoimisto.

Kekäle, J. & Lehikoinen, M. 2000. Laatu ja laadun arviointi eri tieteenaloilla. Joensuun yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Psykologian tutkimuksia 21. Joensuu: Joensuun yliopistopaino.

Kekäle, T. 1998. The Effects of Organizational Culture on Successes and Failures in Implementation of Some Total Quality Management Approaches. Towards a Theory of Selecting a Culturally Matching Quality Approach. *Industrial Management* 1. *Acta Wasaensia* 65. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Kemppainen, A. 1994. Asiakaslähtöinen sosiaali- ja terveystoimien laadun arviointi – Analyysi sosiaali- ja terveystoimien asiakasnäkökulmaa selvittäneistä tutkimuksista. Opinnäytetutkimus. Terveystoimien ja -talouden laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Kimberly, J. R. & Minvielle, E. 2003. Quality as Organizational Problem. In Mick, S. S. & Wyttenbach, M. N. (eds.): *Advances in Health Care in Organizational Theory*. San Francisco: Jossey-Bass, 205–232.

Kinnunen, J. 1990. Terveystoimien organisaatiokulttuuri. Kuopion yliopiston julkaisuja, yhteiskuntatieteet, alkuperäistutkimukset 4. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Kinnunen, J., Lammintakanen, J., Ryyänen, O.-P. & Myllykangas, M. 1999. Terveystoimien priorisointijärjestelmän toimeenpanon ongelmat kunnallisessa päätöksenteossa. Teoksessa Nordberg, M., Rissanen, P. & Kerppilä, S. (toim.): *Terveystoimien tutkimus 1999. Aiheita* 5. Helsinki: Stakes, 12–13.

Kinnunen, J. & Vuori, J. 1999. Hoitotyön johtamisen peruslomuudet ja toimintamallien muutokset. Teoksessa Simoila, R., Kangas, R. & Ranta, J. (toim.): *Hoitotyötä johtamaan*. Helsinki: Kirjayhtymä, 26–52.

Kivimäki, M., Länsisalmi, H. K., Kerko, J., Kalliomäki-Levanto, T. & Lindström, K. 1998. Henkilöstölähtöinen työyhteisön kehittäminen. Organisaatiopsykologinen käytännön malli. *Psykologia* 33, 164–172.

Kivimäki, M., Vahtera, J., Elovainio, M. & Virtanen, M. 2002a. Johtaminen ja työpaikan sosiaaliset suhteet. Teoksessa Vahtera, J., Kivimäki, M. & Virtanen, P. (toim.): Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Helsinki: Työterveyslaitos, 44–52.

Kivimäki, M., Vahtera, J., Elovainio, M. & Virtanen, M. 2002b. Rakenteelliset muutokset ja tehostaminen. Teoksessa Vahtera, J., Kivimäki, M. & Virtanen, P. (toim.): Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Helsinki: Työterveyslaitos, 37–43.

Kivinen, T. & Hilander-Sihvonen, A. 1997. Asiakkaat ja terveystalvelujen laatu. Tutkimus Kuopion sosiaali- ja terveystalveluksen talvelujen laadusta äitiys- ja lastenneuvoloitten sekä lääkärien vastaanottojen asiakkaiden arvioimana. *Acta* 82. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Kivinen, T., Sinkkonen, S., Laitinen, A. & Kinnunen, J. 1998. Lääkärivastaaotto- ja neuvolatoiminnan laatu 1994 ja 1997 Kuopiossa. Terveystalveluksen ja -talouden laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 51. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Kiviniemi, K. 2001. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R.: Ikku-noita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Chydenius-instituutin julkaisuja 3. Jyväskylä: PS-kustannus, 68–84.

Klazinga, N. 1996. Quality management of medical specialist care in the Netherlands. An explorative study of its nature and development. Overveen, Netherlands: Belvédère.

Kokko, S. 1998. Jäävuori-ilmiö terveydenhuollossa. *Yhteiskuntapolitiikka* 63 (5–6), 432–444.

Kolkka, M. 2001. Ammattiin oppimisen situationaalisuus, yksilöllisyys ja prosessuaalisuus. *Acta Universitatis Tamperensis* 825. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kontio, P., Salo, S., Vara, S. & Aaltonen, E. (toim.) 1998. Laatupäätös. Tulokset Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisesta laadunhallinnasta 1997. Joensuu: Itä-Suomen lääninhallitus, sosiaali- ja terveysosasto.

Kopperi, M. 1996. Metafysiikasta retoriikkaan eli oikeudenmukaisuutta postmodernisti? Filosofinen aikakauslehti Niin & Näin 1. Saatavilla www-muodossa URL: [http://www.netn.fi/196/netn\\_196\\_koppe.html](http://www.netn.fi/196/netn_196_koppe.html). 24.8.2003.

Koskinen, L. & Silén-Lipponen, M. 2001. Ohjattu harjoittelu oppimiskontekstina sairaanhoidon opiskelijoiden kokemana. *Hoitotiede* 13 (3), 122–131.

Kotilainen, H. 2002. Yksityisyyden ja yhteisöllisyyden turvaava laitoshoidoympäristö, Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.): Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Oppaita 49. STM & Stakes. Helsinki: Stakes, 122–27.

KTM (Kauppa- ja teollisuusministeriö) 2001. Laatu ja tehokkuutta palvelujen kilpailulla. Kilpailupolitiikan ohjelmatyöryhmän raportti julkisten palvelujen markkinaehtoistamisen mahdollisuuksista ja merkityksestä. Kauppa- ja teollisuusministeriön työryhmä- ja toimikuntaraportteja 17. Helsinki: KTM.

Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. *Acta Universitatis Tamperensis* 914. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kunnallinen työmarkkinalaitos. 2000. Kunnallisen palvelutoiminnan tuloksellisuuden arviointia koskeva suositus. Yleiskirje 15. Saatavilla www-muodossa URL: <http://www.kuntatyonantajat.fi/>. 1.4.2004.

Kunnallinen työmarkkinalaitos. 2003. Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus 2003–2004. Helsinki: Kunnallinen työmarkkinalaitos.

Kuntalaki 365/1995.

Kupiainen, R. 1994. Heidegger ja totuus paljastumisena. Filosofinen aikakauslehti Niin & Näin 2. Saatavilla www-muodossa URL: [http://www.netn.fi/294/netn\\_294\\_kupi.html](http://www.netn.fi/294/netn_294_kupi.html). 17.9.2002.

Kuuttiniemi, K. & Virtanen, P. 1998. Citizen's Charters and Compensation Mechanisms. Research Reports 11. Helsinki: Ministry of Finance.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3–12.

Laadukkaat palvelut, hyvä hallinto ja vastuullinen kansalaisyhteiskunta. 1998a. Hallintopoliitiikan suuntalinjat. Taustamateriaalia. Helsinki: Edita.

Laadukkaat palvelut, hyvä hallinto ja vastuullinen kansalaisyhteiskunta. 1998b. Hallintopoliitiikan suuntalinjat. Valtioneuvoston periaatepäätös. Helsinki: Edita.

Laamanen, K. & Tinnilä, M. 1998. Prosessijohtamisen käsitteet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Metalliteollisuuden keskusliitto.

Laatua Espoonlahden sosiaali- ja terveystieteiden keskukseseen. 1994. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Laatuajattelu julkishallinnossa – ajattelua vai todellisuutta? 1995. Hallinto 3. Erikoisnumero.

Laatuhaaste. 1993. Laatuajattelua julkishallintoon. Valtiovarainministeriö (Tuottavuus- ja laatu-tuotteen tukihanke) & Suomen Kuntaliitto (Kunta ja laatu -projekti). Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Laatukeskus. 2000. EFQM-peruskriteeristön ja julkisen sektorin version väliset erot. 04/2000. Saatavilla www-muodossa URL: <http://www.laatukeskus.fi/content/Area727/SLP%20tiedostot/kriteerierot.pdf>. 24.3.2003.

Laatukeskus. 2003. Suomen laatupalkinto. Saatavilla www-muodossa URL: <http://www.laatukeskus.fi>. 24.3.2003.

Laatuveneet vesillä. 1996. LATE – Laadukas terveystieteiden keskuksen -projektin vuosiraportti I. Stakes & Kuntakoulutus. Helsinki: Kuntakoulutus.

Laatuveneet vesillä. 1997. LATE – Laadukas terveystakeskus -projektin vuosiraportti II. Stakes & Kuntakoulutus. Helsinki: Kuntakoulutus.

Laine, T. 2001. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R.(toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Chydenius-instituutin julkaisuja 3. Jyväskylä: PS-kustannus, 26–43.

Laki mittatekniikan keskuksista 1149/1990.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta 733/1992.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain muuttamisesta 1114/1998.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 612/1999.

Lammers, J. C., Cretin, S., Gilman, S. & Calingo, E. 1996. Total quality management in hospitals: the contributions of commitment, quality councils, teams, budgets, and training to perceived improvement at veterans Health Administration hospitals. *Medical Care* 34 (5), 463–478.

Lammintakanen, J., Kylmä, J., Kinnunen, J., Myllykangas, M. & Ryyänen, O-P. 2002. Sairaanhoidaja terveydenhuollon valintojen tekijänä. *Sairaanhoidaja* 75 (9), 6–9.

Lane, J.-E. 2000/1993. *The Public Sector. Concepts, Models and Approaches. Third Edition.* London: Sage.

- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.): Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21–43.
- Lecklin, O. 1997. Laatu yrityksen menestystekijänä. Helsinki: Kauppakaari.
- Lehtinen, J. R. 1983. Asiakasohjautuva palveluyritys. Espoo: Weilin + Göös.
- Lehtinen, N., Nordblad, A., Rönnerberg, K. & Outinen, M. 1999. Laatupurema. Selvitys suun terveydenhuollon laadunhallinnasta terveyskeskuksissa 1998. Aiheita 34. Helsinki: Stakes.
- Lehtonen, R. 2002. Käypä hoito -suositusten arvostus korkea, mutta käyttö vielä HUS:ssa vähäistä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yhteisölehti 4, 31.
- Leino-Kilpi, H. 1990. Good nursing care. On what basis? *Annales Universitatis Turkuensis. Series Medica-Odontologica D 49*. Turku: Turun yliopisto.
- Leino-Kilpi, H. & Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Lauri, S. (toim.): Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY, 7–20.
- Leino-Kilpi, H., Walta, L., Helenius, H., Vuorenheimo, J. & Välimäki, M. 1994. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO -mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. Raportteja 151. Helsinki: Stakes.
- Leskinen, H. 2001. Kunta vastuuseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennepolitiikan toimeenpano ja sen arviointi. Kuopion yliopisto. Acta-väitöskirjasarja 1. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Lillrank, P. 1990. Laatun mittaaminen. Johdatus Japanin talousnäkökulmaan laatujohtamisen näkökulmasta. Helsinki: Gaudeamus.
- Lillrank, P. 1998. Laatuajattelu. Laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. Helsinki: Otava.

- Lillrank, P. 2003. Keskeneräinen potilas eli aika sairaanhoidossa. Suomen Lääkärilehti 58 (3), 309–311.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. 1985. Naturalistic inquiry. Beverly Hills: Sage.
- Lindblom, C. E. 1959. ”The Science of Mudding Through”. Public Administration Review, 19, 79–89.
- Lindblom, C. E. 1968. The Policy Making Process. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.
- Lindqvist, M. 2002. Hyvä, paha ja pyhä. Kirja eloonjäämisestä. Helsinki: Otava.
- Liukko, M. 2001. Hoitovirheistä ja hoidon haitoista terveydenhuollon laatujohtamisen haasteena. Sairaalaviesti 1, 17–18.
- Liukko, M. & Luukkonen, A-M. (toim.) 2002. Kuntien uusi rooli terveystalouden järjestäjänä ja hankkijoina. Perusterveydenhuollon toimivuushankkeen julkaisu nro 2. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Lukkarinen, H. 1999. Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu ja elämäntapa. Pitkittäistutkimus lääkkeillä, pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella hoidettujen kokemuksista. Acta Universitatis Ouluensis Medica ser D 562. Oulu: Oulun yliopisto.
- Lukkarinen, H. 2001. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmiönä: fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.): Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 116–164.
- Lumijärvi, I. 1994a. Laadun arviointi sosiaali- ja terveysalan palveluyksiköissä. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 186. Hallintotiede 17. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Lumijärvi, I. 1994b. Osittaisarviointista kokonaisarviointiin. Multidimensionaaliset mallit erityisesti sosiaali- ja terveysalan tulosyksiköiden arvioinnin välineinä. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 188. Hallintotiede 19. Vaasa: Vaasan yliopisto.



- Lumijärvi, I. 1994c. Vaikuttavuusarviointi sosiaali- ja terveysalan palveluyksiköissä. Käsitteellisiä tarkennuksia ja sovellutusesimerkkejä. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 187. Hallintotiede 18. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Lumijärvi, I. 1996. Mikä on laatua sairaanhoitopalveluissa? Vertailututkimus sairaalan henkilöstöryhmien ja potilaiden priorisoinnista hoidon laatutekijöistä – esimerkkinä Pietarsaaren sairaala. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 207. Hallintotiede 21. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Lumijärvi, I. 1997. Laatutekijöiden priorisointi sairaanhoitopalveluissa. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 1, 50–64.
- Lumijärvi, I. & Jylhäsaari, J. 1999. Laatujohtaminen ja julkinen sektori. Laadun ja tuloksen tasapaino johtamishaasteena. Helsinki: Gaudeamus.
- Luoma, M. 2001. Laatua lainvalvontaan. Laadun ja osaamisen kehittäminen poliisihallinnossa. Poliisikorkeakoulun tutkimuksia 12. Poliisiammattikorkeakoulu, Espoo. Helsinki: Edita.
- Lähdesmäki, K. 2003. New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen: Tutkimus tehokkuuseriaatteista, julkisesta yrittäjyydestä ja tulosvastuusta sekä niiden määrittelemistä valtion keskushallinnon reformeista Suomessa 1980-luvulta 2000-luvun alkuun. Hallintotiede 7. Acta Wasaensia. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Malkki, P. 1999. Strategia-ajattelu yliopiston johtamisessa. Neljän yliopiston hallituksen jäsenten käsitykset strategia-ajattelun keskeisistä alueista. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 75. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Marshall, C. & Rossman, G. B. 1995. Designing qualitative research. London: Sage.
- Martimo, K.-P. 1996. Työterveyshuollon valtakunnalliset kokeilut – työterveysyksikön auditointimatriisi. Työterveyslääkäri 14 (4), 413–420.
- Martimo, K.-P. 1997. Kokemuksia työterveysyksikön auditointimatriisin käytöstä. Työterveyslääkäri 15 (1), 43–47.

Metsämuuronen, J. 1998. Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Helsinki: ESR-julkaisut.

Metsämuuronen, J. 2002. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp Ky.

Mezirow, J. 1995/1990. Kriittinen reflektio uudistavan oppimisen käynnistäjänä. Teoksessa Mezirow et al.: Uudistava oppiminen. Kriittinen reflektio aikuiskoulutuksessa. Helsinki: Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus, 17–40.

Mikes (Mittatekniikan keskus). 2003. Akkreditointipalvelut. Saatavilla www-muodossa URL: [Http://www.mikes.fi](http://www.mikes.fi). 1.4.2003.

Mikkola, T. & Outinen, M. (toim.) 1997. Kohti ensi vuosituhatta. Näkymiä erikoissairaanhoidon laadunhallintaan. Raportteja 205. Helsinki: Stakes.

Moilanen, P. & Räihä, P. 2001. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R.(toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Chydenius-instituutin julkaisuja 3. Jyväskylä: PS-kustannus, 44–67.

Morgan, C. & Murgatroyd, S. 1994. Total quality management in the public sector. An international perspective. Buckingham: Open University Press.

Morgan, G. 1997. Images of organization. London: Sage.

Motwani, J., Sower, V. E. & Brashier, L. W. 1996. Implementing TQM in the Health Care Sector. Health Care Management Review 21 (1), 73–82.

Murray, M., Bodenheimer, T., Rittenhouse, D. & Grumbach, K. 2003. Improving Timely Access to Primary Care. Case Studies of Advanced Access Model. JAMA 289 (8), 1042–1046.

Mustajoki, S., Routasalo, P., Salanterä, S. & Autio, A. 2001. Vanhusten hyvä hoito vanhainkodissa. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:31. Turku: Turun yliopisto.

Muurinen, S. 2003. Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. *Acta Universitatis Tamperensis* 936. Tampere: Tampereen yliopisto.

Mäkelä, K. 1998/1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä, K. (toim.): Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus, 42–61.

Mäki, M. 2000. Laadun ilmapiiritekijät ammattikorkeakoulussa. *Acta Universitatis Tamperensis* 743. Tampere: Tampereen yliopisto.

Mäki, T. 1998. Kohti jatkuvaa laadun parantamista. Vantaan kaupungin hoitotyön laadunvarmistusprojekti 1993–1998. Projektin loppuraportti ja projektin arviointi. Vantaan kaupungin julkaisusarja C 24. Vantaa: Vantaan kaupunki.

Mäki, T. 2000. Laadunhallintainnovaation diffuusio Suomen terveydenhuollossa. Terveystalouden ja -talouden laitos. Lisensiaatintyö. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Mäki, T. & Siikander, S. 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta vuonna 2000. Valtakunnallisia ja paikallisia kokemuksia. Vantaan kaupungin Professional Development -julkaisusarja 1. Johtaminen ja muutoksen hallinta. PD-koulutusohjelma 1999–2002. Vantaan kaupunki & Helsingin yliopisto & Vantaan täydennyskoulutuslaitos. Vantaa: Vantaan kaupunki.

Mäki, T., Siikander, S., Outinen, M. & Liukko, M. 2000. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta syksyllä 1999. Alustavat tulokset kyselytutkimuksesta. Aiheita 16. Helsinki: Stakes.

Mäki-Ojala, T. & Poikajärvi, K. 1988. Kuopion terveystalouden lääkäreiden vastaanottotoiminnan palvelukyky työikäisen väestön arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Mäntysaari, M. 1998. The risks of using TQM philosophy in developing the quality of social welfare services. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 7, 9–16.

Määttä, S. 2000. Tasapainoinen menestysstrategia. Balanced Scorecardin tuolla puolen. Helsinki: Infoviestintä.

Määttä, S. & Ojala, T. 1999. Tasapainoisen onnistumisen haaste. Johtaminen julkisella sektorilla ja Balanced Scorecard. Hallinnon kehittämiskeskus & Valtiovarainministeriö. 2. painos. Helsinki: Edita.

Mönkkönen, K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 94. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Möttönen, S. 1997. Tulosjohtaminen ja valta poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden välisessä suhteessa. Kunnallisen tulosjohtamisen poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden välistä tehtäväjako koskevat tavoitteet, niiden merkitys osapuolten väliseen valtasuhteeseen sekä tavoitteiden toteutuminen ja toteuttamismahdollisuudet valtasuhteen näkökulmasta. Acta 86. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Nashold, F. 1995. The modernization of the public sector in Europe. Helsinki: Ministry of labour.

Niemelä, P., Knuutinen, M., Hyvärinen, S., Kainulainen, S., Myllykangas, M. & Ryyänen, O.-P. 1995. Sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointi: Tutkimus priorisointiprosessista ja näkemyksistä kunnissa. Raportteja 174. Helsinki: Stakes.

Nightingale, F. 1964/1938. Sairaanhoidosta. 3. painos. SHKS. Porvoo: WSOY.

Niiniluoto, I. 1997/1980. Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsitteen- ja teorianmuodostus. 3. painos. Keuruu: Otava.

Niskanen, J. 1997. Markkinaohjautuvuuden vaikutus arvoihin julkisessa sairaanhoidossa. Acta Wasaensia 56. Hallintotiede 3. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Nissilä, L. 2002. (toim.) Makropilotti – sosiaali- ja terveydenhuolto 2000-luvulle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 22. Helsinki: STM.

Nojonen, K. 1999. Tehokas toiminta hyvän laadun takeena. Teoksessa Simoila, R., Kangas, R. & Ranta, J. (toim.): Hoitotyötä johtamaan. Helsinki: Kirjayhtymä, 124–137.

Nonaka, I. & Takeuchi, H. 1995. *The Knowledge Creating Company. How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*. New York: Oxford University Press.

Normann, R. 1995. *Service Management. Strategy and Leadership in Service Business*. Second Edition. Chicester: John Wiley & Sons.

Nuikka, M.-L. 2002. *Sairaanhoitajien kuormittuminen hoitotilanteissa*. Acta Universitatis Tamperensis 849. Tampere: Tampereen yliopisto.

Nurmela, T. 2002. *Ajattelun taito ja lupa ilmaista. Teoreettis-käsitteellinen tutkimus hoitotyön edellyttämästä kriittisen ajattelun taidosta ja sen edellytyksistä*. Acta Universitatis Tamperensis 860. Tampere: Tampereen yliopisto.

Nykysuomen sanakirja. 1973. 4. painos. Porvoo: WSOY.

Nykysuomen sivistyssanakirja. 1975. *Vierasperäiset sanat*. Suomalaisen kirjallisuuden seura. 2. painos. Helsinki: WSOY.

Nylander, O., Stähle, P. & Nenonen, M. 2003. *Informaatio-ohjauksesta tietointensiiviseen vuorovaikutukseen terveydenhuollon kehittämisessä*. Yhteiskuntapolitiikka 68 (1), 3–18.

O'Brien, J. L., Shortell, S. M., Hughes, E. F. X., Foster, R. W., Carman, J. M., Boerstler, H. & O'Connor, E. J. 1995. *An Integrative Model for Organization-wide Quality Improvement: Lessons from the field*. Quality Management in Health Care 3 (4), 19–30.

Ollila, A. 1995. *Quality Improvements through ISO 9000 Standards. Can ISO 9000 quality standards improve quality? A classification of business-to-business companies*. Helsinki: ABB Service Oy.

Ollila, E., Ilva, M. & Koivusalo, M. (toim.) 2003. *Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveystalouden näkökulmasta*. Raportteja 276. Stakes: Helsinki.

Ollila, M.-R. 2002a. *Erheitä ja virheitä*. Helsinki: WSOY.

Ollila, M.-R. 2002b/1991. Liike-elämän etiikkaa. Teoksessa Airaksinen, T. (toim.): Ammatti-  
en ja ansaitsemisen etiikka. Näkemyksiä ammattien, johtamisen ja liike-elämän arvoista. 3.  
painos. Helsinki: Yliopistopaino, 175–226.

Olve, N.-G., Roy, J. & Wetter, M. 1998. Balanced Scorecard –Yrityksen strateginen ohjaus-  
menetelmä. Porvoo: WSOY.

Oulasvirta, L. 1997. Työhallinnon palvelusitoumus. Raportti kokeiluhankkeesta. Työhallin-  
non julkaisu 187. Helsinki: Työministeriö.

Oulasvirta, L., Ohtonen, J. & Stenvall, J. 2002. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus.  
Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu 19. Helsinki:  
STM.

Outinen, M., Lempinen, K., Holma, T. & Haverinen, R. 1999. Seitsemän laatupolkua. Vaihto-  
ehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen Kuntaliitto, Stakes & Turun  
yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Outinen, M., Mäki, T., Siikander, S. & Liukko, M. 2001. Laatu kannattaa – mikä kannattaa  
laatutyötä? Selvitys laadunhallinnasta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Aiheita 8. Helsinki:  
Stakes.

Ozeki, K. & Asaka, T. 1996/1990. Handbook of Quality Tools. The Japanese approach. Port-  
land, Oregon: Productivity Press.

Pahlman, I. 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita.

Paldanius, A. 2002. Lähimmäisenrakkautta hoitotyön koulutuksessa. Miten hoitotyön opiskeli-  
jat kuvaavat lähimmäisenrakkautta koulutuksen ja työkokemuksen edetessä? Acta Universita-  
tis Lapponiensis 45. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Paloposki, S., Eskola, N., Heikkilä, J., Miettinen, M., Paavilainen, E. & Tarkka, M.-T. 2003.  
Ammattikorkeakoulusta valmistuneiden sairaanhoitajien arvio teoreettisesta ja käytännöllises-  
tä osaamisestaan. Hoitotiede 15 (4), 155–165.

- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. 1985. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing* 49 (Fall), 41–45.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. 1988. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing* 64 (1), 12–40.
- Parker, V. A., Wuppenhorst, W. H., Young, G. J., Desai, K. R. & Charns, M. P. 1999. Implementing Quality Improvement in Hospitals: The Role of Leadership and Culture. *American Journal of Medical Quality* 14 (1), 64–69.
- Partanen, P & Perälä, M.-L. 1997. Menetelmien arviointi hoitotyössä. Kansallisen ja kansainvälisen tutkimuksen systemoitu kirjallisuuskatsaus. FinOHTAn raportti 7. FinOHTA & Stakes. Helsinki: Stakes.
- Parviainen, T. & Sarvimäki, A. 1999. Hoitotyön johtamisen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Simoila, R., Kangas, R. & Ranta, J. (toim.): *Hoitotyötä johtamaan*. Helsinki: Kirjayhtymä, 69–83.
- Peiponen, A., Brommels, M. & Kupiainen, O. 1996. Vakioitu potilastyytyväisyyden mittari. *Suomen Lääkärilehti* 51 (18–19), 2042–2048.
- Pekurinen, M. & Punkari, M. & Pokka, M. 1997. Asiakkaiden valinnanvapauden toteutuminen Suomen terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen monisteita 16. Helsinki: STM.
- Pelkonen, M. & Perälä, M.-L. 1992. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. *Terveyden- ja sairaanhoitajan kirjasto. Hygieia*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Pelttari, P. 1997. Sairaanhoitajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. *Tutkimuksia* 80. Helsinki: Stakes.
- Pelttari, P. 1999. Osaamisen johtaminen tulevaisuuden hoitotyössä. Teoksessa Simoila, R., Kangas, R. & Ranta, J. (toim.): *Hoitotyötä johtamaan*. Helsinki: Kirjayhtymä, 184–193.

Penland, T. 1997. A model to create "organizational readiness" for the successful implementation of quality management systems. *International Journal for Quality in Health Care* 9 (1), 5–6.

Perttula, J. 1995. Kokemus psykologisena tutkimuskohteena. Johdatus fenomenologiseen psykologiaan. Tampere: Suomen fenomenologinen instituutti.

Perustuslaki 731/1999.

Perälä, M.-L. 1995. Potilaan hoidon laadun arviointi: Laatumittarin (Qualpacs) validaatio. *Tutkimuksia* 56. Helsinki: Stakes.

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

Perälä, M.-L. 1998. Näkökulmia laatuun. Teoksessa Sonninen, A.-L., Grönlund, E., Haarala, R., Holopainen, A., Kiikkala, I. & Wilskman, K.: Hoitotyön ulottuvuuksia. Näkökulmia ammattikieleen. Helsinki: Suomen Sairaanhoidtajaliitto ry, 91–97.

Perälä, M.-L. 1999. Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Teoksessa Simoila, R., Kangas, R. & Ranta, J. (toim.): Hoitotyötä johtamaan. Helsinki: Kirjayhtymä, 53–67.

Perälä, M.-L., Eerola, E.-L., Räikkönen, O., Koponen, L. & Kerppilä, S. 1995. Yhdessä uudistetun laadunhallintaan. Kuopion läänin hoitotyön laatuprojektin arviointi. *Raportteja* 183. Stakes: Helsinki.

Perälä, M.-L. & Räikkönen, O. 1994. Parempaan laatuun hoitotyössä. *Kartoitus terveydenhuollon organisaatioissa. Raportteja* 158. Stakes: Helsinki.

Pietarinen, J. & Poutanen, S. 1998. Etiikan teorioita. 2. painos. Tampere: Gaudeamus.

Pietilä, V. 1976/1973. Sisällön erittely. 2. korjattu painos. Helsinki: Gaudeamus.



- Pihlainen, A. 2000. Hyvä, ihanteellisuus ja epäitsekkyyden arvo- ja arvostuskäsityksinä terveydenhuollon koulutuksessa ja työelämässä. Acta Universitatis Tamperensis 730. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Polit, D. & Hungler, B. 1995. Nursing Research. Principles and Methods. Philadelphia: J.B. Lipincott Company.
- Pollitt, C. & Bouckaert, G. 1995. Defining Quality. In Pollitt, C. & Bouckaert G. (eds.): Quality Improvement in European Public Services. Concepts, Cases and Commentary. London: Sage, 3–19.
- Pollitt, C., Hanney, S., Packwood, T., Rothwell, S. & Roberts, S. 1997. Trajectories and options: An international perspective on the implementation of Finnish public management reforms. Helsinki: Ministry of Finance.
- Popper, K. R. 1972. Objective Knowledge: An Evolutionary Approach. Oxford: Oxford University Press.
- Potilasvahinkolaki 585/1986.
- Potilasvakuutuskeskus. 2001. Potilaan asema ja oikeudet. Tyytymättömyys kohteluun. Saatavilla [www-muodossa URL: http://www.vakes.fi/pvk/suomi/index.jsp?cid=pvk\\_fi\\_kohtelu&hid=06.05.01](http://www.vakes.fi/pvk/suomi/index.jsp?cid=pvk_fi_kohtelu&hid=06.05.01). 20.3.2003.
- Powell, T. C. 1995. Total quality management as competitive advantage: a review and empirical study. Strategic Management Journal 16, 15–37.
- Purola, H. 2000. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Acta Universitatis Ouluensis. D. Medica 577. Oulu: Oulun yliopisto.
- Purola, H. & Aavarinne, H. 2001. Fenomenologinen tutkimusprosessi hoitotieteessä – esimerkkinä kotona asuvan aivoverenkiertopotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Hoitotiede 13 (2), 68–77.

- Pylkkänen, K. 2003. Potilasturvallisuus ja riskien hallinta – miten terveydenhuolto voi oppia virheistään? *Suomen Lääkärilehti* 58 (15), 1827–1828.
- Päihdepalvelujen laatusuosituksat. 2002. Sosiaali- ja terveystministeriön oppaita 3. Sosiaali- ja terveystministeriö. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: STM.
- Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmistien hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Stakes, Suomen Kuntaliitto & STM. Helsinki: STM.
- Quality in Health Care. 1998. Opportunities and Limits of Co-operation at EU-level Aimed at Achieving a High Standard of Health Protection in the Member States. Conference Report. Vienna, Austria: Federal Ministry of Labour, Health and Social Affairs.
- Raivio, K. 2003. Terveystdenhuollossa on aika puhua oikeudenmukaisuudesta. *Dialogi* 1, 13–15.
- Rajala, R. & Eskola, J. 1995. Päättöharjoittelussa onnistuminen ja epäonnistuminen: selitysmalleja. Teoksessa Jussila, J. & Rajala, R. (toim.): *Rajanylityksiä: monipuolistuva kasvatus-tutkimus tietien kentässä*. Lapin yliopiston kasvatus-tieteellisiä julkaisuja C10. Rovaniemi: Lapin yliopisto, 115–126.
- Rauhala, L. 1983. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Gaudeamus.
- Rauhala, L. 1991/1990. Humanistinen psykologia. Helsinki: Yliopistopaino.
- Raunio, K. 1999. Positiivismi ja ihmistieteet. Helsinki: Gaudeamus.
- Rawls, J. 1980. Kantian Constructivism in Moral Theory. *The Journal of Philosophy* 77, 515–572.
- Rawls, J. 1988. Oikeudenmukaisuusteoria (alkuperäisteos: *A Theory of Justice*, 1971). Helsinki: WSOY.
- Rawls, J. 1993. *Political Liberalism*. New York: Columbia University Press.

Reeves, C. A. & Bednar, D. A. 1994. Defining quality: alternatives and implications. *Academy of Management Review* 19 (3), 419–445.

Rescher, N. 1975. *Unselfishness: The role of the vicarious affects in moral philosophy and social theory*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

Rieper, O. & Mayne, J. 1998. Evaluation and public service quality. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 7 (2), 118–125.

Rintala, E. 1998. Priorisointi julkisessa terveydenhuollossa. Erikoislääkäreiden kliiniseen ja hallinnolliseen priorisointiin vaikuttavat arvot. Vaasan yliopisto & Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Kuntaliiton painatuskeskus.

Rissanen, V. 1999. ISO 9001–2 -standardien mukainen laadunhallinta sairaalassa. *Suomen Lääkärilehti* 54 (31), 3871–3875.

Robinson, W. S. 1953. The Logical Structure of Analytic Induction. *American Sociological review* 16 (6), 812–818.

Rogers, E. M. 1995/1962. *Diffusion of Innovations*. Fourth Edition. New York: The Free Press.

Rope, T. & Pöllänen, J. 1995/1994. *Asiakastytyväisyysjohtaminen*. 3. painos. Helsinki: Weilin+Göös.

Rosqvist, E. 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastolla. *Acta Universitatis Ouluensis D 714*. Oulu: Oulun yliopisto.

Rothwell, S. & Pollitt, C. 1997. The implementation of finnish public management reforms 1987–1996. In *Public management reforms: five country studies*. Helsinki: Ministry of Finance, 47–89.

Ryynänen, O.-P. & Myllykangas, M. 2000. *Terveydenhuollon etiikka. Arvot monimutkaisuu- den maailmassa*. Helsinki: WSOY.

- Ryynänen, O.-P., Myllykangas, M., Kinnunen, J., Isomäki, V.-P. & Takala, J. 1999a/1997. Terveyden ja sairauden valinnat. 2. uudistettu painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, Kuopion yliopisto.
- Ryynänen, O.-P., Myllykangas, M., Kinnunen, J. & Turunen, K. E. 1999b. Priorisointikriteerit. Suomen Lääkärilehti 54 (8), 967–970.
- Räisänen, A. 2002. Hoitotyöntekijöiksi valmistuvien osaaminen. Vertailututkimus opistoasteelta ja ammattikorkeakouluista valmistuvien hoitotyöntekijöiden hoitotyön toimintojen hallinnasta sekä opetuksen ja opiskelun painotuksista. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C 178. Turku: Turun yliopisto.
- Räsänen, K. 1996. Miten terveydenhuollon asiakastyytyväisyysmittausten tuloksia tulisi esittää ja tulkita. Suomen Lääkärilehti 51 (30), 3148–3151.
- Saalasti-Koskinen, U. & Outinen, M. 2003. Terveyskeskusten laadunhallinta – missä mennään? Suomen Lääkärilehti 58 (13), 1571–1576.
- Saarinen, E. 2002. Fenomenologia ja eksistentialismi. Teoksessa Niiniluoto, I. & Saarinen, E. (toim.): Nykyaajan filosofia. Helsinki: WSOY, 215–260.
- Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Hyväksytty sairaanhoitajaliiton liiton kokouksessa 28.9.1996. Saatavilla www-muodossa URL: <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/>. 8.10.2002.
- Salmela, T. 1997a. Asiakaspalautteen haaste. Menetelmiä ja esimerkkejä. Oppaita 32. Helsinki: Stakes.
- Salmela, T. 1997b. Autetaanko asiakasta – palvellaanko potilasta. Helsinki: WSOY.
- Salminen, A. 1998. Hallintotiede. Organisaatioiden hallinnolliset perusteet. 3. painos. Hallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Edita.

Salminen, A. 2003. Hyvän hallinnon etiikka. Kolmen professorin arvioita hallinto- ja johtamistyön eettisistä kysymyksistä. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 245. Hallintotiede 29. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Salner, M. 1989. Validity in Human Science Research. In Kvale, S. (ed.): *Issues of Validity in Qualitative Research*. Sweden, Lund: Studentlitteratur, 47–71.

Sarajärvi, A. 2002. Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutuminen sairaanhoitajakoulutuksen aikana. *Acta Universitatis Ouluensis, Medica D 674*. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu: Oulun yliopisto. Saatavilla [www-muodossa URL: http://herkules oulu.fi/isbn9514266749/isbn9514266749.pdf](http://herkules oulu.fi/isbn9514266749/isbn9514266749.pdf). 7.4.2003.

Savolainen, T. 1997. *Development of Quality-Oriented Management Ideology. A longitudinal Case Study on the Permeation of Quality Ideology in Two Finnish Family-Owned Manufacturing Companies*. *Jyväskylä Studies in Computer Science, Economics and Statistics 37*. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopisto.

Scrivens, E. 1995. *Accreditation. Protecting the professional or the consumer? State of Health*. Buckingham: Open University Press.

SFS. 1994. *Laatujärjestelmät. Suunnittelun, tuotekehityksen, tuotannon, asennuksen ja huollon laadunvarmistusmalli. SFS-EN ISO 9001*. Helsinki: SFS (Suomen Standardisoimisliitto SFS r.y.).

SFS. 1995. *Laadunhallinta ja laadunvarmistus, sanasto. SFS-EN ISO 8402*. Helsinki: SFS.

SFS. 2001a. *Laadunhallintajärjestelmät. Perusteet ja sanasto. SFS-EN ISO 9000*. Helsinki: SFS.

SFS. 2001b. *Laadunhallintajärjestelmät. Suuntaviivat suorituskyvyn parantamiselle. SFS-EN ISO 9004*. Helsinki: SFS.

SFS. 2001c. *Laadunhallintajärjestelmät. Vaatimukset. SFS-EN ISO 9001*. Helsinki: SFS.

SFS. 2002. Laadunhallinta- ja/tai ympäristöjärjestelmien auditointiohjeet. SFS-EN ISO 19011. Helsinki: SFS.

SFS. 2003. Mikä SFS on? Saatavilla www-muodossa URL: <http://www.sfs.fi>. 8.1.2003.

SFS-Sertifiointi Oy. 2003. Järjestelmäsertifiointi. Sertifioidut laatujärjestelmät. Saatavilla www-muodossa URL: <http://www.sfs-sertifiointi.fi/jraport/1238.html>. 8.1.2003.

Shewhart, W. A. 1980/1931. Economic Control of Quality of Manufactured Product. Republished in 1980. New York: D. van Nostrand Company, Inc.

Shortell, S. M., O'Brien, J. L., Carman, J. M., Foster, R.W., Hughes, E. F. X., Boerstler, H. & O'Connor, E. J. 1995. Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement/Total Quality Management: Concept versus Implementation. *Health Services Research* 30 (2), 377–401.

Silén, T. 1995. Organisaatiokulttuuri ja johtaminen. Kahden yrityksen kulttuurinmuutosprosessin ja TQM-järjestelmän soveltamisen tarkastelu. Helsingin yliopiston valtiotieteellinen tiedekunta. Helsinki: Yliopistopaino.

Silén, T. 1997. Kansallista laatustrategiaa koskeva selvitys. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 15. Helsinki: Kauppa- ja teollisuusministeriö, teollisuusosasto.

Silén, T. 1998. Laatujohtaminen. Menetelmiä kilpailukyvyyn vahvistamiseksi. Porvoo: WSOY.

Siljander, O. 1988. Hermeneuttisen pedagogiikan pääsuuntaukset. Oulun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia 55. Oulu: Oulun yliopisto.

Siljander, P. & Karjalainen, A. 1993. Kvalitatiivisen aineistoanalyysin sitoumuksista. Teoksessa Anttonen, S. & Raivola, R. (toim.): Kasvatus ja koulutus muuttuvassa yhteiskunnassa. Oulun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan opetusmonisteita ja selosteita 5. Oulu: Oulun yliopisto, 84–101.

Silverman, D. 2000. *Doing Qualitative Research. A Practical Handbook*. London: Sage.

- Simoila, R. 1999a. Hoitotyön johtaminen - mitä se on? Teoksessa Simoila, R., Kangas, R. & Ranta, J. (toim.): Hoitotyötä johtamaan. Helsinki: Kirjayhtymä, 17–25.
- Simoila, R. 1999b. Terveystieteiden johtamisen areenana. Teoksessa Simoila, R., Kangas, R. & Ranta, J. (toim.): Hoitotyötä johtamaan. Helsinki: Kirjayhtymä, 9–16.
- Simon, H. 1982/1979. Päätöksenteko ja hallinto. 2. painos. Ekonomia-sarja. Weilin+Göös: Espoo.
- Sinervo, T. & Elovainio, M. 1998. Työ ja hyvinvointi vanhuspalveluissa. Gerontologia 12 (1), 3–13.
- Sinervo, T. & Elovainio, M. 2002a. Johtajat laatutyön tukijoina. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.): Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Oppaita 49. STM & Stakes. Helsinki: Stakes, 201–204.
- Sinervo, T. & Elovainio, M. 2002b. Työntekijän ja työyhteisön hyvinvointi. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.): Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Oppaita 49. STM & Stakes. Helsinki: Stakes, 189–195.
- Sintonen, H., Pekurinen, M. & Linnakko, E. 1997. Terveystaloustiede. Porvoo: WSOY.
- Sluijs, E. M., Outinen, M., Wagner, C., Liukko, M. & Bakker, D. H. 2001. The impact of legislative versus non-legislative quality policy in health care: a comparison between two countries. Health Policy 58, 99–119.
- SM (Sisäasiainministeriö). 2000. Valtion hallinnon osallisuushankkeen raportti. Sisäasiainministeriön julkaisut 9. Helsinki: SM.
- Solasaari, U. 2003. Rakkaus ja arvot kasvattavat persoonan - Max Schelerin kasvatusfilosofiaa. Helsingin yliopiston kasvatustieteellisen laitoksen tutkimuksia 187. Helsinki: Helsingin yliopisto.

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

Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot. 1997. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilas-asiakirjasanasto. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatusanasto. Stakes & Tekniikan Sanastokeskus (TSK). Ohjeita ja luokituksia 2. Helsinki: Stakes.

Stakes. 1994a. Arvoista valintoihin. Terveydenhuollon priorisointiryhmän raportti. Raportteja 161. Jyväskylä: Gummerus.

Stakes. 1994b. Terveydenhuollon laatupolitiikka. Suuntaviivat laadun jatkuvalla kehittämiselle. Terveydenhuollon laatuneuvosto. Helsinki: Stakes.

Stakes. 1995. Laadun kehittäminen perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollon laadunvarmistuksen työryhmän loppuraportti. Aiheita 40. Helsinki: Stakes.

Stakes. 1996/1995. Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. 2. tarkistettu painos. Jyväskylä: Gummerus.

Stakes. 2003. IKI-indikaattorit valmistuneet. Saatavilla www-muodossa URL:  
<http://www.stakes.fi/palvelut/ikaantyneet/evergreen/index.asp>. 12.5.2003.

STM (Sosiaali- ja terveysministeriö). 1986. Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveyspolitiikan pitkänaikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

STM. 1994. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1995–1998. Helsinki: Painatuskeskus.

STM. 1995. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1996–1999. Helsinki: Painatuskeskus.



STM. 1996a. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1997–2000. Helsinki: Painatuskeskus.

STM. 1996b. Terveydenhuollon suuntaviivat. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 16. Helsinki: STM. Saatavissa www-muodossa URL:  
<http://www.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/ths96/ths96teksti.htm>. 24.3.2003.

STM. 1997. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1998–2001. Helsinki: Edita.

STM. 1998a. Asiakkaan asema terveydenhuollossa. Selvitysmiesraportti 1. Työryhmämuistioita 1. Terveydenhuollon kehittämisprojekti. Helsinki: STM.

STM. 1998b. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1999–2002. Helsinki: STM.

STM. 1998c. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntäminen. Osa I. Saumaton hoito- ja palveluketju, asiakaskortti. Työryhmämuistioita 8. Helsinki: STM.

STM. 1998d. Terveydenhuollon toimivuus. Selvitysmiesraportti 2. Työryhmämuistioita 2. Terveydenhuollon kehittämisprojekti. Helsinki: STM.

STM. 1998e. Terveydenhuolto 2000-luvulle. Terveydenhuollon kehittämisprojektin toimeenpano. Oppaita 5. Helsinki: STM.

STM. 1999. Valtioneuvoston päätös. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003. Julkaisuja 16. Helsinki: STM.

STM. 2000. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003. TATO:n ensimmäinen vuosi. Julkaisuja 17. Helsinki: STM.

STM. 2001a. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Asettamis-  
päätös 13.9.2001. STM 125:00/2001. Helsinki: STM. Saatavilla www-muodossa URL:  
[Http://www.hare.vn.fi/](http://www.hare.vn.fi/). 20.3.2003.

STM. 2001b. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 9. Helsinki: STM.

STM. 2001c. Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010 -kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Julkaisuja 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM. 2001d. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 4. Helsinki: STM.

STM. 2002a. Hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen, hoidon saatavuuden parantaminen ja uusien tutkimus- ja hoitomenetelmien käyttöön oton arviointi. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityshenkilöraportteja. Helsinki: STM.

STM. 2002b. Julkisen terveydenhuollon, yksityisen ja kolmannen sektorin työnjako ja yhteistyö - osaprojekti KT 4. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityshenkilöraportteja. Helsinki: STM.

STM. 2002c. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työryhmämuistioita 3. Helsinki: STM. Saatavilla www-muodossa URL:<http://www.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys42.htm>. 20.3.2003.

STM. 2002d. Miten palvelut voitaisiin tuoda kotiin setelillä? Tiedote 187/2002. Helsinki: STM. Saatavilla www-muodossa URL: <http://www.stm.fi/suomi/hao/tiedotteet/haotiedote2062.htm>. 7.4.2003.

STM. 2002e. Oikeus hoitoon – toteutuvatko perusoikeudet hoitoon pääsyssä? Oikeus hoitoon -seminaari, Folkhälsan, Helsinki 1.11.2002. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 18. Helsinki: STM.

STM. 2002f. Terveydenhuollon rahoitus, rahoituksen taso ja vakaus, rahoituskanavat ja voimavarojen kohdentaminen, valtionosuusjärjestelmä, kuntalaskutus, asiakasmaksupolitiikka, valtion ohjausjärjestelmien kehittäminen. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityshenkilöraportteja. Helsinki: STM.

STM. 2002g. Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisen johtoryhmä. STM73:00/2002. Helsinki: STM. Saatavilla www-muodossa URL: <http://www.hare.vn.fi/>. 7.4.2003.

STM. 2002h. Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisen seurantaryhmä. STM090:00/2002. Helsinki: STM. Saatavilla www-muodossa URL: <http://www.hare.vn.fi/>. 26.8.2003.

STM. 2002i. Terveydenhuolto 2000-luvulle -hankkeen arviointi: Terveyskeskukset itse arvioivat toimivansa hyvin – käynnissä parisataa kehittämishanketta. Tiedote 167. Helsinki: STM. Saatavilla www-muodossa URL:<http://www.stm.fi/suomi/hao/tiedotteet/haotiedote2027.htm>. 29.5.2002.

STM. 2002j. Toimenpide-ehdotukset palvelujärjestelmän toiminnallisten ja hallinnollisten rakenteiden uudistamiseksi sekä tehokkuuden ja taloudellisuuden lisäämiseksi. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityshenkilöraportteja. Helsinki: STM.

STM. 2002k. Työvoiman tarve ja keskinäinen työnjako. Työolosuhteiden kehittäminen ja täydennyskoulutuksen järjestäminen. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityshenkilöraportteja. Helsinki: STM.

STM. 2002l. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 6. Helsinki: STM. Saatavilla www-muodossa URL: [http://www.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/terveysvn/esite2002\\_6.pdf](http://www.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/terveysvn/esite2002_6.pdf). 7.4.2003.

STM. 2003a. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Sosiaali- ja terveydenhuollon työryhmämuistioita 33. Helsinki: STM. Saatavilla www-muodossa URL:<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/01/pr1073292752387/passthru.pdf> 13.1.2004.

STM. 2003b. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 18. Helsinki: STM. Saatavilla www-muodossa URL: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/01/pr1073468592198/passthru.pdf>. 17.2.2004.

STM. 2004. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaia 3. Helsinki: STM.

Storbacka, K. & Lehtinen, J. R. 1999/1997. Asiakkuuden ehdoilla vai asiakkaiden armoilla. 4. painos. Porvoo: Täydellinen Asiakkuus Oy & WSOY.

Strauss, A. & Corbin, J. 1990. Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques. London: Sage.

Sulkunen, P. 1998/1990. Ryhmähaastattelujen analyysi. Teoksessa Mäkelä, K. (toim.): Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus, 264–285.

Suomen Kuntaliitto. 1994. Kunnallisen palvelutuotannon laadunhallinta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Suomen Kuntaliitto. 1998a. Henkilöstötilinpäätös. Julkisten palvelujen laatustrategia -projekti 2. Suomen Kuntaliitto & Valtiovarainministeriö. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Suomen Kuntaliitto. 1998b. Julkisten palvelujen arviointi. Julkisten palvelujen laatustrategia -projekti 3. Suomen Kuntaliitto & Valtiovarainministeriö. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Suomen Kuntaliitto. 1998c. Julkisten palvelujen laatustrategia. Julkisten palvelujen laatustrategia -projekti 1. Suomen Kuntaliitto & Valtiovarainministeriö. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Suomen Kuntaliitto. 1998d. Laadunhallinta kuntien ylläpitämissä ja hankkimissa terveystalouksissa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Suomen Kuntaliitto. 1998e. Laatutyökalut. Julkisten palvelujen laatustrategia -projekti 4. Suomen Kuntaliitto & Valtiovarainministeriö. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Suomen Kuntaliitto. 1998f. Palvelusitoumus. Julkisten palvelujen laatustrategia -projekti 5. Suomen Kuntaliitto & Valtiovarainministeriö. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Suomen Lääkäriliitto. 1988a. Lääkärin eettiset ohjeet. Hyväksytty Lääkäriliiton valtuuskunnan kokouksessa 6.5.1988. Saatavilla www-muodossa URL: [http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton\\_ohjeet/](http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/). 1.4.2003.

Suomen Lääkäriliitto. 1988b. Lääkärin kollegiaalisuusohjeet. Hyväksytty Lääkäriliiton valtuuskunnan kokouksessa 6.5.1988. Muutettu Lääkäriliiton valtuuskunnan kokouksessa 10.12.1999. Saatavilla www-muodossa URL: [Http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton\\_ohjeet/](Http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/). 1.4.2003.

Suomen Lääkäriliitto. 1996. Terveystieteiden laadunhallinnan eettiset ohjeet. Hyväksytty Suomen Lääkäriliiton hallituksen kokouksessa 28.3.1996. Saatavilla www-muodossa URL: [Http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton\\_ohjeet/](Http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/). 1.4.2003.

Suonsivu, K. 2003. Kun mikään ei riitä. Hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemukset ja niiden yhteydet työyhteisötekijöihin. Acta Universitatis Tamperensis 926. Tampere: Tampereen yliopisto.

Suoranta, J. 1995. Tekstit, murrokset ja muutos. Acta Universitatis Lapponiensis 10. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Suoranta, J. & Eskola, J. 1992. Kvalitatiivisten aineistojen analyysitapoja luokittelemassa – eli noin 8 tapaa aineiston erittelyyn. Kasvatus 3, 276–280.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1996/1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. 3. painos. Helsinki: Kirjayhtymä.

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

Temmes, M. 1992. Julkiset asiantuntijaorganisaatiot. Helsinki: VAPK-kustannus.

Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat ry. 2000. Hoitotyön johtajan eettiset ohjeet. Tarkistettu 24.2.2000. Saatavilla www-muodossa URL: <http://personal.inet.fi/yhdistys/ylihoitajat/tarkoitus.htm>. 24.2.2003.

Tervonen, A. 2001. Laadun kehittäminen suomalaisissa yrityksissä. Acta Universitatis Lappeenrantaensis 113. Lappeenranta: Lappeenrannan teknillinen korkeakoulu.

The European Way to Excellence. 1997. How 35 European manufacturing, public and service organisations make use of quality management. Directorate General III Industry. Brussels: European Commission.

Tohmo, H. & Pahlman, I. 2003. Priorisointi – rationaalisia valintoja vai hoitamatta jättämistä? Suomen Lääkärilehti 58 (4), 425–429.

Toijalan terveystieteiden tutkimuskeskuksen tie sähkökäsittelyistä I terveydenhuollon sertifikaattiin. 1998. Dialogi 8, 4–5.

Towards a European Vision of Quality – The way forward. 2000. Report version 1.0. January. Helsinki. EOQ, Centre for Excellence Finland, Ministry of Trade and Industry & Ministry of Finance. Helsinki: Laatu keskus.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuominen, C. & Lillrank, P. (toim. Tuurna, S.) 2000. Laatu käsitteet suomalaisissa yrityksissä. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja. 24. Helsinki: Kauppa- ja teollisuusministeriö, teknologiaosasto.

Tuorila, H. 2000. Potilaskuluttaja terveystieteillä. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakaspalvelussa. Acta Universitatis Tamperensis 764. Tampere: Tampereen yliopisto.

Turtia, K. 2001. Sivistyssanat. Helsinki: Otava.

Turtiainen, J. 2000. Työhallinto ja laatu. Laatu työn erityispiirteitä julkisen hallinnon palvelussa. Acta Universitatis Tamperensis 737. Tampere: Tampereen yliopisto.

Turunen, S. & Södergård, K.-G. 1997. Hoitotakuu potilaan ja terveystieteiden kuluttajan näkökulmasta. Hoitotakuuperiaatteet. Teoksessa Hoitotakuukokeilu. I vaiheen raportti. Hoitotakuun lähtökohdat Suomessa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 46–48.

Työterveyslaitos. 1997. Työterveyshuollon toimintajärjestelmä ISO 9001 -standardin mukaan. Työterveyslaitos: Helsinki.

Töttö, P. 1999. Pirullinen positivismi. Kysymyksiä laadulliselle tutkimukselle. JYY julkaisusarja 41. 2. painos. Jyväskylä: Yliopistopaino.

Töttö, P. 2000. Pirullisen positivismin paluu. Laadullisen ja määrällisen tarkastelua. Tampere: Vastapaino.

Töyry, S., Nykänen, L., Manninen, P., Räsänen, K., Kujala, S. & Husman, K. 2002. Mikä nuoren lääkärin työssä uuvuttaa ja kyynistää? Suomen Lääkärilehti 57 (49–50), 5069–5075.

Uusi-Rauva, E. 1996/1994. Ohjauksen tunnusluvut ja suoritusten mittaus. 2. korjattu painos. Tampere: Tampereen teknillinen korkeakoulu, teollisuustalous.

Uusitalo, H. (toim.) 1999. Stakes sosiaali- ja terveysalan informaatio-ohjaajana. Kokemuksia ja kehitysnäkymiä. Aiheita 11. Helsinki: Stakes.

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

Vaarama, M., Luomahaara, J., Peiponen, A. & Voutilainen, P. 2001. Koko kunta ikääntyneiden asialle. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palvelun kehittämiseen. Raportteja 259. Helsinki: Stakes.

Vahingonkorvauslaki 412/1974.

Vahtera, J., Kivimäki, M., Ala-Mursula, L. & Pentti, J. 2002. Työn hallinta ja työaikojen hallinta. Teoksessa Vahtera, J., Kivimäki, M. & Virtanen, P. (toim.): Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Helsinki: Työterveyslaitos, 29–36.

Vainio, A.-M. 2003. Eettinen toiminta muutakin kuin lakien noudattamista. Hallinto 1, 32–33.

Vanas, A. 2002. Rakkaudesta hoito-opetuksen punainen lanka? Super 7–8, 25–26.

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Hygieia. Terveyden- ja sairaanhoitajan kirjasto. Helsinki: Kirjayhtymä.

Varto, J. 1996. Intentionaalisuus-käsitteen merkitys ja vaikutus länsimaisessa filosofiassa, erityisesti logiikan historiassa. Filosofinen aikakauslehti Niin & Näin. 2. Saatavilla www-muodossa URL: [Http://www.netn.fi/296/netn\\_296\\_varto1.html](http://www.netn.fi/296/netn_296_varto1.html). 4.4.2003.

Viisainen, K., Saalasti-Koskinen, U., Perälä, M.-L., Kinnunen, J. & Teperi, J. 2002. Terveydenhuolto 2000-luvulle -hankkeen alueellisen toimeenpanon arviointi. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 8. Helsinki: STM.

Virtanen, P., Mäkinen, A.-K. & Väänänen, H. 2002a. Onko laatupalkintotoiminnalla vaikuttavuutta? Selvitys laatupalkintotoiminnan vaikuttavuudesta suomalaisissa organisaatioissa. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 20. Helsinki: Kauppa- ja teollisuusministeriö.

Virtanen, P., Vahtera, J. & Kivimäki, M. 2002b. Kunnan työt ja niiden tekijät. Teoksessa Vahtera, J., Kivimäki, M. & Virtanen, P. (toim.): Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Helsinki: Työterveyslaitos, 8–15.

VM (Valtiovarainministeriö). 1993a. Laadunhallinta yrityksissä ja julkisessa hallinnossa. Osa I: Selvitys laadunhallinnan toteuttamisesta suomalaisissa yrityksissä. Osa II: laadunhallinnan periaatteiden ja välineiden soveltamismahdollisuudet julkisissa yksiköissä. Tuottavuus- ja laadun tukihanke. Helsinki: Valtiovarainministeriö.

VM. 1993b. Maailman paras julkinen sektori. Julkisen hallinnon kansainvälinen vertailuprojekti. Loppuraportti. Helsinki: Painatuskeskus.

VM. 1997a. Näkökulmia tilaaja-tuottaja-ajatteluun. Hallinnon kehittämissosasto. Helsinki: Edita.

VM. 1997b. Palvelusitoumus – suomalainen malli. Palvelusitoumushankkeen muistio. Työryhmämuistio 21. Helsinki: Valtiovarainministeriö, hallinnon kehittämissosasto.



VM. 1998. Julkisen sektorin laatulinjauksia. Tutkimukset ja selvitykset 5. Helsinki: Valtiovarainministeriö, hallinnon kehittämisosasto.

VM. 2001. Euroopan laatupalkintomalli julkisella sektorilla. Näkökohtia itsearviointiin ja mallin käyttöön toiminnan kehittämisessä. Suomen Kuntaliitto & Valtiovarainministeriö. Helsinki: Valtiovarainministeriö.

VM. 2002. Kansallinen palvelu- ja laatuhanke 2000–2001. Loppuraportti. Valtiovarainministeriön työryhmämuistioita 2. Helsinki: Valtiovarainministeriö.

VM. 2003. Organisaation kehittäminen itsearvioinnin avulla. Yhteinen arviointimalli (CAF). Saatavilla www-muodossa osoitteessa URL: <http://www.vm.fi/vm/liston/page.lsp?r=36473&l=fi>. 24.7.2003.

VN (Valtioneuvosto). 1986. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet – valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1987–1991. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

VN. 1987. Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1988–1992. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

VN. 1988. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1989–1993. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

VN. 1989. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä ympäristönsuojelun hallinnosta vuosina 1990–1994. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

VN. 1990. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä ympäristönsuojelun hallinnosta vuosina 1991–1995. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

VN. 1991. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä ympäristönsuojelun hallinnosta vuosina 1992–1996. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

VN. 1992. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1993–1996. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

VN. 1993. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1994–1997. Helsinki: Painatuskeskus.

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

Voutilainen, P. & Isola, A. 1998. Senior Monitor – mittari vanhusten hoitotyön laadun arviointiin. Teoksessa Parviainen, T. (toim.): Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön. Helsinki: Kirjayhtymä, 95–105.

Voutilainen, P., Soveri, P. & Sairanen, S. 1994. Terveydenhuollon laadun kehittämisen nykytila Suomessa. Dialogi 4, 17–19.

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) 2002b. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Oppaita 49. STM & Stakes. Helsinki: Stakes.

Vuori, H. 1995/1992. Terveydenhuollon laadunvarmistus. 2. Painos. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö.

Vuori, J. 1995. Kenen terveydenhuolto? Julkinen ja yksityinen vertailussa. Vaasa: Ankkurikustannus.

Vuori, J. 2002a. Merkitys, tarkoitus ja kannusteet hoitotyön johtajuuden haasteina. Osa 1. Sairaanhoidtaja. 75 (11), 6–8.

Vuori, J. 2002b. Merkitys, tarkoitus ja kannusteet hoitotyön johtajuuden haasteena. Osa 2. Sairaanhoidtaja 75 (12), 29–32.

Vuori, J. 2003. Merkitys, tarkoitus ja kannusteet hoitotyön johtajuuden haasteena. Osa 3. Sairaanhoidtaja 76 (1), 20–24.

- Wagner, C. 1999. Implementation and effectiveness of quality systems in dutch health care organizations. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Wagner, C., Bakker de, D. H. & Groenewegen, P. P. 1999. A measuring instrument for evaluation of quality systems. *International Journal for Quality in Health Care* 11 (2), 119–130.
- Weber, R. P. 1985. *Basic Content Analysis*. Newbury Park: Sage.
- Weiner, B. J., Shortell, S. M. & Alexander, J. 1997. Promoting clinical involvement in hospital quality improvement efforts: the effects of top management, board, and physician leadership. *Health Services Research* 32 (4), 491–510.
- West, M. A. 1990. The social psychology of innovation in groups. In: West, M. A. & Farr, J. L. (eds.): *Innovation and creativity at work: Psychological and organizational strategies*. Chichester: Wiley, 309–330.
- WHO. 1991. WHO:n terveystoiminnan arviointi. Maailman terveysjärjestön Euroopan aluetoimisto. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Wickström, G., Laine, M., Pentti, J., Lindström, K. & Elovainio, M. 2002. Tyytyväisyys julkisen terveydenhuollon työssä. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Wilkinson, A., Redman, T., Snape, E. & Marchington, M. 1998. *Managing with Total Quality Management. Theory and Practice*. London: MacMillan Press.
- Wright von, G. H. 1945. *Looginen empirismi*. Helsinki: Otava.
- Wright von, G. H. 2001. *Hyvän muunnelmat*. Helsinki: Otava.
- Yhteiset palvelut – yhteinen hyöty. Laaturaportti julkisella sektorilla. 1999. Kauppa- ja teollisuusministeriö, Laatu- ja palvelukeskus, Valtiovarainministeriö & Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Laatu- ja palvelukeskus.

- Åhlberg, M. 1997. Jatkuva laadunparantaminen korkeatasoisena oppimisena. Kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia 68. Joensuu: Joensuun yliopisto.
- Åstedt-Kurki, P. 1992. Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemanä. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol. 349. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Øvretveit, J. 1992. Health Service Quality. An Introduction to Quality Methods for Health Services. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Øvretveit, J. 1994. A comparison of approaches to health service quality on the UK, USA & Sweden and of the use organizational audit frameworks. *European Journal of Public Health* 4, 46–54.
- Øvretveit, J. 1997. Would It Work for Us? Learning from Quality Improvement in Europe and Beyond. *Journal on Quality Improvement* 23 (1), 7–22.
- Øvretveit, J. 1998. Integrated Quality Development in Public Healthcare. A Comparison of Six Hospitals Quality Programmes and a Practical Theory for Quality Development. Norwegian Medical Association's Publication Series: Continuing Education and Quality Improvement. Oslo, Norway: The Norwegian Medical Association.
- Øvretveit, J. 2002. Improving the Quality of our Home Care Services. Paper for European Home Care Conference. 5.–7.5.2002, Helsinki.
- Øvretveit, J. & Aslaksen, A. 1998. The Quality Journeys of Six Norwegian Hospitals. Oslo, Norway: The Norwegian Medical Association.

## Liitteet

Liite 1(1/2)

Laatutietoisuuskysely vanhainkodeille 18.10.2001

Vanhainkotisi nimi: \_\_\_\_\_

Ammattinimikkeesi: \_\_\_\_\_

Rastita oikea vaihtoehto:

Oletko sijainen \_\_\_\_\_  
vakituinen \_\_\_\_\_

### KERTOMUSTEHTÄVÄ 01

Kuvittele olevasi lähikauppassasi. Vieressäsi kaksi naista keskustelee vanhempiensa hoidosta sinulle tuntemattomassa vanhainkodissa. Toinen naisista toteaa: ”Se on laadultaan niin huono vanhainkoti, että en voisi kuvitellakaan asuvani siellä vanhana!” Käytä mielikuvitustasi ja kirjoita tuosta vanhainkodista pieni kertomus tai kuvaus (Älä pane nimeäsi paperiin, mutta yritä kirjoittaa luettavaa käsialaa. Käytä kertomuksen kirjoittamiseen 15–25 minuuttia. Tässä ei ole oikeita vastauksia! Anna ajatuksesi lentää!).

### KERTOMUSTEHTÄVÄ 02

Kuvittele olevasi lähikauppassasi. Vieressäsi kaksi naista keskustelee vanhempiensa hoidosta sinulle tuntemattomassa vanhainkodissa. Toinen naisista toteaa: ”Se on laadultaan niin hyvä vanhainkoti, että voisin kuvitella asuvani siellä itsekkin vanhana!” Käytä mielikuvitustasi ja kirjoita tuosta vanhainkodista pieni kertomus tai kuvaus (Älä pane nimeäsi paperiin, mutta yritä kirjoittaa luettavaa käsialaa. Käytä kertomuksen kirjoittamiseen 15–25 minuuttia. Tässä ei ole oikeita vastauksia! Anna ajatuksesi lentää!).

**Mitä ymmärrän laadulla?**

1. Miten paljon samaa tai eri mieltä olet seuraavien väittämien kanssa. Ympyröi jokaisen väittämän kohdalla sen vastausvaihtoehdon numero, joka on lähinnä käsitystäsi.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Laatu tarkoittaa, että asiat tehdään niin kuin on sovittu.	5	4	3	2	1
Laatu tarkoittaa virheettömyyttä.	5	4	3	2	1
Laatu on mitä tahansa asiakas ilmaisee sen olevan.	5	4	3	2	1
Laadukas palvelu on hyvin suunniteltu.	5	4	3	2	1
Laatu tarkoittaa, että kaikki tehdään kerralla oikein.	5	4	3	2	1
Laatu tarkoittaa erinomaisia tuotteita/palveluja.	5	4	3	2	1
Hyvä laatu alentaa kustannuksia.	5	4	3	2	1
Laadun kehittäminen on kallista.	5	4	3	2	1
Hyvä laatu maksaa.	5	4	3	2	1
Asiakkaan palvelua suunniteltaessa täytyy ottaa huomioon myös muiden asiakkaiden tarpeet.	5	4	3	2	1
Laatu on esimiesten asia.	5	4	3	2	1
Jokainen työntekijä on vastuussa laadusta.	5	4	3	2	1
Laatu on asiakkaiden odotusten täyttämistä.	5	4	3	2	1

2. Valitse kolme (3) laadulle tärkeimpänä pitämäsi asiaa. Merkitse tärkeintä numerolla 1, toiseksi tärkeintä numerolla 2 ja kolmanneksi tärkeintä numerolla 3. Jätä muut kohdat tyhjäksi.

Virheetön tuote/palvelu	
Yhtenäiset toimintaohjeet ja tavat toimia	
Huolellinen suunnittelu	
Asiakkaan odotusten mukainen palvelu	
Asiat tehdään kerralla oikein	
Työntekijöiden hyvä ammattitaito	
Johdon hyvä ammattitaito	

**Mitkä tekijät vaikeuttavat eniten laadun tekemistä omassa työssäsi?**

3. Valitse kolme (3) tärkeimpänä pitämäsi asiaa, jotka vaikeuttavat eniten laadun tekemistä työssäsi. Merkitse tärkeintä numerolla 1, toiseksi tärkeintä numerolla 2 ja kolmanneksi tärkeintä numerolla 3. Jätä muut kohdat tyhjäksi.

Työn heikko ohjaus	
Liika kontrolli	
Työn tehoton organisointi	
Puutteellinen tiedonkulku	
Heikko yhteistyö yksiköiden välillä	
Henkilöiden väliset riidat	
Ammattitaidon puute	
Huonot työvälineet	
Kiire	
Jokin muu, mikä?	

## **Kysely vanhainkotien ja terveyskeskussairaalan hoitohenkilökunnalle**

Vanhustenhuollon laatujärjestelmän kehittäminen on asetettu yhdeksi tavoitteeksi XXX kaupungin vanhustenhuollon strategiassa. Syksyllä 2001 vanhainkotien johtajien ja lähiesimiesten sekä XXX sairaalan edustajien kokouksessa sovittiin laatujärjestelmän rakentamisen aikatauluista ja muodostettavista pienryhmistä. Liitteenä olevan kyselyn tavoitteena on kartoittaa hoitohenkilökunnan laatukäsityksiä laatujärjestelmän kehittämisen lähtötilanteessa. Kysely on suunnattu vanhainkotien ja terveyskeskussairaalan hoitohenkilökunnalle.

Kysely sisältää kaksi osaa: kertomustehtävän ja kyselylomakkeen. Älä tutustu kyselylomakeosuuteen ennen kuin olet kirjoittanut kertomustehtävän valmiiksi! Jokaisessa lomakkeessa ei ole samanlaista kertomustehtävää, mutta kyselylomakeosuus on kaikille samanlainen. Lomakkeet käsitellään luottamuksellisesti. Palauta lomake oheisessa kuoressa 25.1.2002 mennessä esimiehellesi, joka postittaa lomakkeet eteenpäin keskitetysti sosiaali- ja terveysvirastoon XXXX. Tuloksista kerrotaan kevään 2002 aikana hoitohenkilökunnan kokouksissa.

Vastaamalla kyselyyn edistät laatuhankettamme!

XXXXXX

**KERTOMUSTEHTÄVÄ 1**

Olet vaihtanut työpaikkaa ja siirtynyt terveystieteiden keskuksensa palvelujen laadusta. Käytä mielikuvitustasi ja kirjoita tuosta sairaalasta pieni kertomus tai kuvaus. Yritä kirjoittaa luettavaa käsiä. Käytä kertomuksen kirjoittamiseen noin 20 minuuttia. Tässä ei ole oikeita vastauksia! Anna ajatuksesi lentää!

**KERTOMUSTEHTÄVÄ 2**

Olet vaihtanut työpaikkaa ja siirtynyt terveystieteiden keskuksensa palvelujen hyvästä laadusta. Käytä mielikuvitustasi ja kirjoita tuosta sairaalasta pieni kertomus tai kuvaus. Yritä kirjoittaa luettavaa käsiä. Käytä kertomuksen kirjoittamiseen noin 20 minuuttia. Tässä ei ole oikeita vastauksia! Anna ajatuksesi lentää!

**KERTOMUSTEHTÄVÄ 3**

Olet vaihtanut työpaikkaa ja siirtynyt terveystieteiden keskuksensa palvelujen huonosta laadusta. Käytä mielikuvitustasi ja kirjoita tuosta sairaalasta pieni kertomus tai kuvaus. Yritä kirjoittaa luettavaa käsiä. Käytä kertomuksen kirjoittamiseen noin 20 minuuttia. Tässä ei ole oikeita vastauksia! Anna ajatuksesi lentää!

**KERTOMUSTEHTÄVÄ 4**

Olet vaihtanut työpaikkaa ja siirtynyt terveystieteiden keskuksensa palvelujen laadusta. Siellä toimitaan asiakkaan odotusten mukaisesti. Käytä mielikuvitustasi ja kirjoita tuosta sairaalasta pieni kertomus tai kuvaus. Yritä kirjoittaa luettavaa käsiä. Käytä kertomuksen kirjoittamiseen noin 20 minuuttia. Tässä ei ole oikeita vastauksia! Anna ajatuksesi lentää!

**KERTOMUSTEHTÄVÄ 5**

Olet vaihtanut työpaikkaa ja siirtynyt terveystieteiden keskuksensa palvelujen laadusta. Asiat tehdään niin kuin on sovittu. Käytä mielikuvitustasi ja kirjoita tuosta sairaalasta pieni kertomus tai kuvaus. Yritä kirjoittaa luettavaa käsiä. Käytä kertomuksen kirjoittamiseen noin 20 minuuttia. Tässä ei ole oikeita vastauksia! Anna ajatuksesi lentää!

**KERTOMUSTEHTÄVÄ 6**

Olet vaihtanut työpaikkaa ja siirtynyt terveystieteiden keskuksensa palvelujen laadusta. Siellä ei tehdä virheitä. Käytä mielikuvitustasi ja kirjoita tuosta vanhainkodista pieni kertomus tai kuvaus. Yritä kirjoittaa luettavaa käsiä. Käytä kertomuksen kirjoittamiseen noin 20 minuuttia. Tässä ei ole oikeita vastauksia! Anna ajatuksesi lentää!

**KERTOMUSTEHTÄVÄ 7**

Olet vaihtanut työpaikkaa ja siirtynyt vanhainkotiin, joka on kuuluisa tuottamiensa palvelujen laadusta. Palvelut ovat erinomaisia. Käytä mielikuvitustasi ja kirjoita tuosta vanhainkodista pieni kertomus tai kuvaus (yritä kirjoittaa luettavaa käsiä. Käytä kertomuksen kirjoittamiseen noin 20 minuuttia. Tässä ei ole oikeita vastauksia! Anna ajatuksesi lentää!).

**KERTOMUSTEHTÄVÄ 8**

Olet vaihtanut työpaikkaa ja siirtynyt vanhainkotiin, joka on kuuluisa tuottamiensa palvelujen laadusta. Asiat tehdään niin kuin on sovittu. Käytä mielikuvitustasi ja kirjoita tuosta vanhainkodista pieni kertomus tai kuvaus (yritä kirjoittaa luettavaa käsiä. Käytä kertomuksen kirjoittamiseen noin 20 minuuttia. Tässä ei ole oikeita vastauksia! Anna ajatuksesi lentää!).

**KERTOMUSTEHTÄVÄ 9**

Olet vaihtanut työpaikkaa ja siirtynyt vanhainkotiin, joka on kuuluisa tuottamiensa palvelujen laadusta. Käytä mielikuvitustasi ja kirjoita tuosta vanhainkodista pieni kertomus tai kuvaus (yritä kirjoittaa luettavaa käsiä. Käytä kertomuksen kirjoittamiseen noin 20 minuuttia. Tässä ei ole oikeita vastauksia! Anna ajatuksesi lentää!).

**KERTOMUSTEHTÄVÄ 10**

Olet vaihtanut työpaikkaa ja siirtynyt vanhainkotiin, joka on kuuluisa tuottamiensa palvelujen laadusta. Siellä toimitaan asiakkaan odotusten mukaisesti. Käytä mielikuvitustasi ja kirjoita tuosta vanhainkodista pieni kertomus tai kuvaus (yritä kirjoittaa luettavaa käsiä. Käytä kertomuksen kirjoittamiseen noin 20 minuuttia. Tässä ei ole oikeita vastauksia! Anna ajatuksesi lentää!).



**1. Työskentelet**

- 1 X sairaalassa
- 2 A vanhainkodissa
- 3 B vanhainkodissa
- 4 C vanhainkodissa

**2. Olet**

- 1 Sijainen
- 2 Vakinainen

**3. Ammattinimikkeesi on**

- 1 Vanhainkodin johtaja
- 2 Osastonhoitaja
- 3 Apulaisosastonhoitaja
- 4 Vastaava hoitaja
- 5 Sairaanhoitaja
- 6 Perushoitaja
- 7 Kodinhoitaja
- 8 Fysioterapeutti
- 9 Kuntohoitaja
- 10 Jokin muu,  
mikä

**4. Mitä laatu on?** Miten paljon samaa tai eri mieltä olet seuraavien väittämien kanssa. Ympyröi jokaisen väittämän kohdalla sen vastausvaihtoehdon numero, joka on lähinnä käsitystäsi.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
1 Laatu tarkoittaa, että asiat tehdään niin kuin on sovittu.	5	4	3	2	1
2 Laatu tarkoittaa virheettömyyttä.	5	4	3	2	1
3 Laatu on mitä tahansa asiakas ilmaisee sen olevan.	5	4	3	2	1
4 Laatu tarkoittaa, että palvelu on hyvin suunniteltu.	5	4	3	2	1
5 Laatu tarkoittaa, että kaikki tehdään kerralla oikein.	5	4	3	2	1
6 Laatu tarkoittaa erinomaisia tuotteita/palveluja.	5	4	3	2	1
7 Laadun tunnistaa, kun sen näkee.	5	4	3	2	1
8 Laatu on asiakkaiden odotusten täyttämistä.	5	4	3	2	1

**5. Valitse seuraavista seitsemästä (7) vaihtoehdosta kolme (3) laadulle tärkeimpänä pitämäsi asiaa.** Merkitse tärkeintä numerolla 1, toiseksi tärkeintä numerolla 2 ja kolmanneksi tärkeintä numerolla 3. Jätä muut neljä (4) vaihtoehtoa numeroimatta.

	Järjestysnumero
1 Virheetön tuote/palvelu	
2 Yhtenäiset toimintaohjeet ja tavat toimia	
3 Huolellinen suunnittelu	
4 Asiakkaan odotusten mukainen palvelu	
5 Asiat tehdään kerralla oikein	
6 Työntekijöiden hyvä ammattitaito	
7 Johdon hyvä ammattitaito	

**6. Valitse seuraavista yhdeksästä (9) vaihtoehdosta kolme (3) tärkeimpänä pitämäsi asiaa, jotka vaikeuttavat laadun tekemistä työssäsi.** Merkitse tärkeintä numerolla 1, toiseksi tärkeintä numerolla 2 ja kolmanneksi tärkeintä numerolla 3. Jätä muut kuusi (6) vaihtoehtoa numeroimatta.

	Järjestysnumero
1 Työn heikko ohjaus	
2 Liika kontrolli	
3 Työn tehoton organisointi	
4 Puutteellinen tiedonkulku	
5 Heikko yhteistyö yksiköiden välillä	
6 Henkilöiden väliset riidat	
7 Ammattitaidon puute	
8 Huonot työvälineet	
9 Kiire	



## Liitetaulukot

Liitetaulukko 1. Ensimmäiseen ja toiseen kyselyyn vastanneiden ammattinimikkeet

Ammattinimike	ENSIMMÄINEN KYSELYAINEISTO		TOINEN KYSELYAINEISTO					
	Vanhainkodit		Sairaala		Vanhainkodit		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Johtaja	3	12	-	-	1	2	1	1
Osastonhoitaja	3	12	5	8	3	5	8	6
Apulaisosastonhoitaja	-	-	1	2	-	-	1	1
Vastaava hoitaja	-	-	-	-	3	5	3	2
Sairaanhoitaja	11	42	17	26	8	13	25	19
Fysioterapeutti	2	8	5	8	-	-	5	4
Perushoitaja/lähihoitaja	5	19	33	50	33	52	66	51
Kodinhoitaja	1	4	-	-	4	6	4	3
Kuntohoitaja	1	4	2	3	-	-	2	2
Askartelunohjaaja	-	-	1	2	1	2	2	2
Laitoshuoltaja	-	-	-	-	7	11	7	5
Kanslisti/toimistotyöntekijä	-	-	2	3	2	3	4	3
Muu	-	-	-	-	1	2	1	1
Yhteensä	26	100	66	100	63	100	129	100

Liitetaulukko 2. Hoitohenkilökunnan käsitykset laadun ja kustannusten välisestä yhteydestä (I kyselyaineisto)

VÄITTÄMÄ	TÄYSIN SAMAA MIELTÄ	JOKSEENKIN SAMAA MIELTÄ	EI SAMAA EIKÄ ERI MIELTÄ	JOKSEENKIN ERI MIELTÄ	TÄYSIN ERI MIELTÄ	YHTEENSÄ %	N
Hyvä laatu alentaa kustannuksia.	19	31	31	19	-	100	26
Laadun kehittäminen on kallista.	-	15	31	39	15	100	26
Hyvä laatu maksaa.	-	48	24	28	-	100	25

Liitetaulukko 3. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset erinomaisuuden ja laadun välisestä yhteydestä

VÄITTÄMÄ	TÄYSIN SAMAA MIELTÄ		JOKSEENKIN SAMAA MIELTÄ		EI SAMAA EIKÄ ERI MIELTÄ		JOKSEENKIN ERI MIELTÄ		TÄYSIN ERI MIELTÄ		YHTEENSÄ %	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
											N=26 N=132	
Laatu tarkoittaa erinomaisia tuotteita/palveluja.	35	52	46	34	15	7	4	5	-	2	100	100

I= ensimmäinen osatutkimus, vanhainkodit

II=toinen osatutkimus, vanhainkodit ja terveyskeskussairaala

Liitetaulukko 4. Hoitohenkilökunnan käsitykset siitä, tunnistaako laadun kun sen näkee (II kyselyaineisto)

VÄITTÄMÄ	TÄYSIN SAMAA MIELTÄ	JOKSEENKIN SAMAA MIELTÄ	EI SAMAA EIKÄ ERI MIELTÄ	JOKSEENKIN ERI MIELTÄ	TÄYSIN ERI MIELTÄ	YHTEENSÄ %	N
Laadun tunnistaa, kun sen näkee.	43	35	9	9	4	100	132

Liitetaulukko 5. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset kolmesta laadun tärkeimmästä edellytyksestä

LAADUN EDELLYTYKSET	TÄRKEIN EDELLYTYS		TOISEKSI TÄRKEIN EDELLYTYS		KOLMANNEKSI TÄRKEIN EDELLYTYS		LUKUMÄÄRÄT	
	I	II	I	II	I	II	I	II
	% N=26	% N=128	% N=26	% N=127	% N=26	% N=127	N	N
Virheetön tuote/palvelu	-	6	-	2	4	3	1	15
Yhtenäiset toimintaohjeet ja tavat toimia	32	17	16	21	20	27	17	83
Huolellinen suunnittelu	16	9	32	13	12	14	15	47
Asiakkaan odotusten mukainen palvelu	8	17	4	14	20	14	8	58
Asiat tehdään kerralla oikein	-	1	-	2	-	4	0	9
Työntekijöiden hyvä ammattitaito	32	39	32	31	20	21	21	116
Johdon hyvä ammattitaito	12	10	16	16	24	17	13	54
Yhteensä	100	100	100	100	100	100		

I= ensimmäinen osatutkimus, vanhainkodit

II=toinen osatutkimus, vanhainkodit ja terveyskeskussairaala

Liitetaulukko 6. Vanhainkotien ja terveyskeskussairaalan hoitohenkilökunnan käsitykset kolmesta laadun tärkeimmästä edellytyksestä (II kyselyaineisto)

LAADUN EDELLYTYKSET	TÄRKEIN EDELLYTYS N=126		TOISEKSI TÄRKEIN EDELLYTYS N=125		KOLMANNEKSI TÄRKEIN EDELLYTYS N=125	
	Sai- raala % N=65	V-koti % N=61	Sai- raala % N=66	V-koti % N=59	Sai- raala % N=66	V-koti % N=59
Virheetön tuote/palvelu	8	5	2	3	5	2
Yhtenäiset toimintaohjeet ja tavat toimia	17	16	23	20	27	27
Huolellinen suunnittelu	12	7	14	14	15	14
Asiakkaan odotusten mukainen palvelu	15	20	17	12	9	19
Asiat tehdään kerralla oikein	-	2	3	2	5	3
Työntekijöiden hyvä ammattitaito	39	41	32	27	24	19
Johdon hyvä ammattitaito	10	10	11	22	15	17
Yhteensä	100	100	100	100	100	100

Liitetaulukko 7. Johdon ja työntekijöiden käsitykset kolmesta tärkeimmästä laadun edellytyksestä (I kyselyaineisto)

LAADUN EDELLYTYKSET	TÄRKEIN EDELLYTYS N=25		TOISEKSI TÄRKEIN EDELLYTYS N=25		KOLMANNEKSI TÄRKEIN EDELLYTYS N=25	
	Johto N=6 %	TT N=19 %	Johto N=6 %	TT N=19 %	Johto N=6 %	TT N=19 %
Virheetön tuote/palvelu	-	-	-	-	-	5
Yhtenäiset toimintaohjeet ja tavat toimia	33	32	17	16	50	11
Huolellinen suunnittelu	-	21	17	37	-	16
Asiakkaan odotusten mukainen palvelu	-	11	-	5	-	26
Asiat tehdään kerralla oikein	-	-	-	-	-	-
Työntekijöiden hyvä ammattitaito	33	32	50	26	17	21
Johdon hyvä ammattitaito	33	5	17	16	33	21
Yhteensä	100	100	100	100	100	100

TT=työntekijät

Liitetaulukko 8. Johdon ja työntekijöiden käsitykset kolmesta tärkeimmästä laadun edellytyksestä (II kyselyaineisto)

LAADUN EDELLYTYKSET	TÄRKEIN EDELLYTYS N=126		TOISEKSI TÄRKEIN EDELLYTYS N=125		KOLMANNEKSI TÄRKEIN EDELLYTYS N=125	
	JOHTO N=13 %	TT N=113 %	JOHTO N=13 %	TT N=112 %	JOHTO N=13 %	TT N=112 %
Virheetön tuote/palvelu	8	6	-	3	-	4
Yhtenäiset toimintaohjeet ja tavat toimia	23	17	23	21	15	29
Huolellinen suunnittelu	15	9	-	14	15	14
Asiakkaan odotusten mukainen palvelu	23	16	8	15	8	14
Asiat tehdään kerralla oikein	-	1	-	3	8	4
Työntekijöiden hyvä ammattitaito	23	42	46	29	23	21
Johdon hyvä ammattitaito	8	10	23	15	31	15
Yhteensä	100	100	100	100	100	100

TT=työntekijät

Liitetaulukko 9. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset kolmesta tärkeimmästä laadun tekemistä vaikeuttavasta tekijästä

LAADUN TEKEMISTÄ VAIKEUTTAVAT TEKIJÄT	TÄRKEIN VAIKEUS		TOISEKSI TÄRKEIN VAIKEUS		KOLMANNEKSI TÄRKEIN VAIKEUS		LUKUMÄÄRÄT	
	I % N=26	II % N=122	I % N=26	II % N=122	I % N=26	II % N=118	I N	II N
Työn heikko ohjaus	8	1	4	3	4	13	4	20
Liika kontrolli	-	0	-	1	4	3	1	4
Työn tehoton organisointi	12	8	16	14	36	22	16	53
Puutteellinen tiedonkulku	16	9	40	25	12	15	17	59
Heikko yhteistyö yksiköiden välillä	12	5	12	13	16	15	10	40
Henkilöiden väliset riidat	-	6	4	9	8	8	3	27
Ammattitaidon puute	4	17	-	16	-	6	1	47
Huonot työvälineet	-	1	4	4	12	11	4	19
Kiire	40	53	20	16	4	8	16	93
Jokin muu	8	-	-	-	4	-	3	-
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100		

I= ensimmäinen osatutkimus, vanhainkodit

II=toinen osatutkimus, vanhainkodit ja terveyskeskussairaala

Liitetaulukko 10. Vanhainkotien ja terveyskeskussairaalan hoitohenkilökunnan käsitykset kolmesta tärkeimmästä laadun tekemistä vaikeuttavasta tekijästä (II kyselyaineisto)

LAADUN TEKEMISTÄ VAIKEUTTAVAT TEKIJÄT	TÄRKEIN VAIKEUS N=120		TOISEKSI TÄRKEIN VAIKEUS N=120		KOLMANNEKSI TÄRKEIN VAIKEUS N=116	
	Sairaala	V-koti	Sai- raala	V-koti	Sai- raala	V-koti
	% N=64	% N=56	% N=63	% N=57	% N=62	% N=54
Työn heikko ohjaus	-	-	3	4	10	17
Liika kontrolli	-	-	-	2	3	-
Työn tehoton organisointi	6	11	11	16	24	20
Puutteellinen tiedonkulku	11	7	24	26	11	20
Heikko yhteistyö yksiköiden välillä	8	2	11	16	15	17
Henkilöiden väliset riidat	8	4	11	7	8	7
Ammattitaidon puute	16	20	16	14	8	4
Huonot työvälineet	2	-	6	2	13	9
Kiire	50	57	18	14	8	6
Yhteensä	100	100	100	100	100	100

Liitetaulukko 11. Johdon ja työntekijöiden käsitykset kolmesta tärkeimmästä laadun tekemistä vaikeuttavasta tekijästä (I kyselyaineisto)

LAADUN TEKEMISTÄ VAIKEUTTAVAT TEKIJÄT	TÄRKEIN VAIKEUS N=25		TOISEKSI TÄRKEIN VAIKEUS N=25		KOLMANNEKSI TÄRKEIN VAIKEUS N=25	
	Johto	TT	Johto	TT	Johto	TT
	% N=6	% N=19	% N=6	% N=19	% N=6	% N=19
Työn heikko ohjaus	-	11	-	5	17	-
Liika kontrolli	-	-	-	-	-	5
Työn tehoton organisointi	-	16	-	21	67	26
Puutteellinen tiedonkulku	17	16	33	42	-	16
Heikko yhteistyö yksiköiden välillä	33	5	33	5	17	16
Henkilöiden väliset riidat	-	-	17	-	-	11
Ammattitaidon puute	17	-	-	-	-	-
Huonot työvälineet	-	-	-	5	-	16
Kiire	33	42	17	21	-	5
Jokin muu	-	11	-	-	-	5
Yhteensä	100	100	100	100	100	100

TT=työntekijät

Liitetaulukko 12. Johdon ja työntekijöiden käsitykset kolmesta tärkeimmästä laadun tekemistä vaikeuttavasta tekijästä (II kyselyaineisto)

LAADUN TEKEMISTÄ VAIKEUTTAVAT TEKIJÄT	TÄRKEIN VAIKEUS		TOISEKSI TÄRKEIN VAIKEUS		KOLMANNEKSI TÄRKEIN VAIKEUS	
	Johto	TT	Johto	TT	Johto	TT
	% N=13	% N=107	% N=13	% N=107	% N=13	% N=103
Työn heikko ohjaus	-	-	-	4	23	12
Liika kontrolli	-	-	-	1	-	3
Työn tehoton organisointi	23	7	15	14	15	22
Puutteellinen tiedonkulku	15	8	23	25	15	16
Heikko yhteistyö yksiköiden välillä	8	4	-	15	23	15
Henkilöiden väliset riidat	-	7	8	8	-	9
Ammattitaidon puute	46	14	23	14	8	6
Huonot työvälineet	-	1	-	5	8	12
Kiire	8	60	31	14	8	7
Yhteensä	100	100	100	100	100	100

Liitetaulukko 13. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset asiakaskeskeisyydestä

VÄITTÄMÄ	TÄYSIN SAMAA MIELTÄ		JOKSEEN- KIN SAMAA MIELTÄ		EI SAMAA EIKÄ ERI MIEL- TÄ		JOKSEEN- KIN ERI MIELTÄ		TÄYSIN ERI MIELTÄ		YHT. %		N	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
Laatu on asiakkaiden odotusten täyttämistä.	16	41	40	33	44	16	-	10	-	1	100	100	26	131
Laatu on mitä tahansa asiakas ilmaisee sen olevan.	-	7	19	18	19	27	46	32	15	16	100	100	26	129

I= ensimmäinen osatutkimus, vanhainkodit

II= toinen osatutkimus, vanhainkodit ja terveyskeskussairaala

Liitetaulukko 14. Vanhainkotien ja terveyskeskussairaalan hoitohenkilökunnan käsitykset asiakaskeskeisyydestä (II kyselyaineisto)

VÄITTÄMÄ	TÄYSIN SAMAA MIELTÄ		JOKSEENKIN SAMAA MIELTÄ		EI SAMAA EIKÄ ERI MIELTÄ		JOKSEENKIN ERI MIELTÄ		TÄYSIN ERI MIELTÄ		YHTEENSÄ %	
	Sai- raala	V- koti	Sai- raala	V- koti	Sai- raala	V- koti	Sai- raala	V- koti	Sai- raala	V- koti	Sai- raala	V-koti
Laatu on asiakkaiden odotusten täyttämistä	37	45	30	36	18	13	13	7	2	-	100 N= 67	100 N=62
Laatu on mitä tahansa asiakas ilmaisee sen olevan.	6	8	16	20	27	28	33	28	18	15	100 N=67	100 N=60



Liitetaulukko 15. Johdon ja työntekijöiden käsitykset asiakkaan odotusten täyttämisestä (I kyselyaineisto)

VÄITTÄMÄ	TÄYSIN SAMAA MIELTÄ		JOKSEENKIN SAMAA MIELTÄ		EI SAMAA EIKÄ ERI MIELTÄ		JOKSEENKIN ERI MIELTÄ		TÄYSIN ERI MIELTÄ		YHTEENSÄ % N=25	
	Johto	TT	Johto	TT	Johto	TT	Johto	TT	Johto	TT	Johto N=6	TT N=19
Laatu on asiakkaiden odotusten täyttämistä	17	16	-	53	83	32	-	-	-	-	100	100

TT=työntekijät

Liitetaulukko 16. Johdon ja työntekijöiden käsitykset asiakkaan odotusten täyttämisestä (II kyselyaineisto)

VÄITTÄMÄ	TÄYSIN SAMAA MIELTÄ		JOKSEENKIN SAMAA MIELTÄ		EI SAMAA EIKÄ ERI MIELTÄ		JOKSEENKIN ERI MIELTÄ		TÄYSIN ERI MIELTÄ		YHTEENSÄ % N=129	
	Johto	TT	Johto	TT	Johto	TT	Johto	TT	Johto	TT	Johto N=13	TT N=116
Laatu on asiakkaiden odotusten täyttämistä	39	41	23	34	15	16	15	10	8	-	100	100

TT=työntekijät

Liitetaulukko 17. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset suunnittelun ja laadun välistä yhteydestä

VÄITTÄMÄ	TÄYSIN SAMAA MIELTÄ		JOKSEENKIN SAMAA MIELTÄ		EI SAMAA EIKÄ ERI MIELTÄ		JOKSEENKIN ERI MIELTÄ		TÄYSIN ERI MIELTÄ		YHTEENSÄ %		N	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
Laadukas palvelu on hyvin suunniteltu.	77	71	23	26	-	1	-	1	-	2	100	100	26	131

I= ensimmäinen osatutkimus, vanhainkodit

II= toinen osatutkimus, vanhainkodit ja terveyskeskussairaala

Liitetaulukko 18. Kahden kyselyaineiston hoitohenkilökunnan käsitykset tuotantokeskeisen laadun määritelmistä

VÄITTÄMÄ	TÄYSIN SAMAA MIELTÄ		JOKSEENKIN SAMAA MIELTÄ		EI SAMAA EIKÄ ERI MIELTÄ		JOKSEENKIN ERI MIELTÄ		TÄYSIN ERI MIELTÄ		YHTEENSÄ %	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
Laatu tarkoittaa virheettömyyttä.	4	18	39	37	19	18	27	17	12	11	100 N=26	100 N=131
Laatu tarkoittaa, että kaikki tehdään kerralla oikein.	8	14	28	36	12	21	32	19	20	10	100 N=25	100 N=132
Laatu tarkoittaa, että asiat tehdään niin kuin on sovittu.	39	40	46	38	8	12	8	8	-	3	100 N=26	100 N=130

I= ensimmäinen osatutkimus, vanhainkodit

II= toinen osatutkimus, vanhainkodit ja terveystieteiden keskeisen laadun määritelmistä (II kyselyaineisto)

Liitetaulukko 19. Vanhainkotien ja terveystieteiden keskeisen laadun määritelmistä (II kyselyaineisto)

VÄITTÄMÄ	TÄYSIN SAMAA MIELTÄ		JOKSEENKIN SAMAA MIELTÄ		EI SAMAA EIKÄ ERI MIELTÄ		JOKSEENKIN ERI MIELTÄ		TÄYSIN ERI MIELTÄ		YHTEENSÄ %	
	Sai-raala	V-koti	Sai-raala	V-koti	Sai-raala	V-koti	Sai-raala	V-koti	Sai-raala	V-koti	Sai-raala	V-koti
Laatu tarkoittaa virheettömyyttä	19	16	45	26	16	21	10	24	9	13	100 N=67	100 N=62
Laatu tarkoittaa, että kaikki tehdään kerralla oikein	13	14	46	27	16	24	13	25	10	10	100 N=67	100 N=63

Liitetaulukko 20. Johdon ja työntekijöiden käsitykset tuotantokeskeisen laadun määritelmistä (I kyselyaineisto)

VÄITTÄMÄ	TÄYSIN SAMAA MIELTÄ		JOKSEENKIN SAMAA MIELTÄ		EI SAMAA EIKÄ ERI MIELTÄ		JOKSEENKIN ERI MIELTÄ		TÄYSIN ERI MIELTÄ		YHTEENSÄ %	
	Johto	TT	Johto	TT	Johto	TT	Johto	TT	Johto	TT	Johto	TT
Laatu tarkoittaa virheettömyyttä	17	-	67	30	-	25	17	30	-	15	100 N=6	100 N=20
Laatu tarkoittaa, että kaikki tehdään kerralla oikein	17	5	67	16	-	16	17	37	-	26	100 N=6	100 N=19

TT=työntekijät

Liitetaulukko 21. Johdon ja työntekijöiden käsitykset tuotantokeskeisen laadun määritelmästä (II kyselyaineisto)

VÄITTÄMÄ	TÄYSIN SAMAA MIELTÄ		JOKSEENKIN SAMAA MIELTÄ		EI SAMAA EIKÄ ERI MIELTÄ		JOKSEENKIN ERI MIELTÄ		TÄYSIN ERI MIELTÄ		YHTEENSÄ %	
	Johto	TT	Johto	TT	Johto	TT	Johto	TT	Johto	TT	Johto	TT
Laatu tarkoittaa virheettömyyttä.	8	19	58	33	25	18	8	18	-	12	100 N=12	100 N=117
Laatu tarkoittaa, että kaikki tehdään kerralla oikein.	8	15	69	33	8	22	8	21	8	10	100 N=13	100 N=117

TT=työntekijät

Liitetaulukko 22. Hoitohenkilökunnan käsitykset systeemikeskeisestä laadusta (I kyselyaineisto)

VÄITTÄMÄ	TÄYSIN SAMAA MIELTÄ	JOKSEENKIN SAMAA MIELTÄ	EI SAMAA EIKÄ ERI MIELTÄ	JOKSEENKIN ERI MIELTÄ	TÄYSIN ERI MIELTÄ	YHTEENSÄ %
Asiakkaan palvelua suunniteltaessa täytyy ottaa huomioon myös muiden asiakkaiden tarpeet.	39	50	8	4	-	100 N=26

Liitetaulukko 23. Hoitohenkilökunnan käsitykset siitä, kuka vastaa laadusta (I kyselyaineisto)

VÄITTÄMÄ	TÄYSIN SAMAA MIELTÄ	JOKSEENKIN SAMAA MIELTÄ	EI SAMAA EIKÄ ERI MIELTÄ	JOKSEENKIN ERI MIELTÄ	TÄYSIN ERI MIELTÄ	YHTEENSÄ %
Laatu on esimiesten asia.	8	8	-	32	52	100 N=25
Jokainen työntekijä on vastuussa laadusta.	96	4	-	-	-	100 N=26