



**TURUN  
YLIOPISTO**  
UNIVERSITY  
OF TURKU

# LAATUJOHTAMINEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTO- JÄRJESTELMÄN MUUTOKSESSA

Susanna Friman





**TURUN  
YLIOPISTO**  
UNIVERSITY  
OF TURKU

# **LAATUJOHTAMINEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTO- JÄRJESTELMÄN MUUTOKSESSA**

---

Susanna Friman

## Turun yliopisto

---

Lääketieteellinen tiedekunta  
Kansanterveystiede  
Turun kliininen tohtoriohjelma

## Työn ohjaajat

---

Professori Tuija Ikonen, LT  
Turun yliopisto  
Kliininen laitos  
Turku

Professori emeritus Sakari Suominen, LT  
Turun yliopisto  
Kliininen laitos  
Turku

## Esitarkastajat

---

Dosentti Kimmo Mattila, LT  
HUS hallinto  
Helsinki

Dosentti Timo Sinervo, VTT  
Terveysten ja hyvinvoinnin laitos  
Helsinki

## Vastaväittäjä

---

Professori Harri Jalonen, FT  
Vaasan yliopisto  
Johtamisen yksikkö, Sosiaali- ja terveys-  
hallintotiede  
Vaasa

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-järjestelmällä.

ISBN 978-952-02-0066-4 (PRINT)  
ISBN 978-952-02-0067-1 (PDF)  
ISSN 0355-9483 (Print)  
ISSN 2343-3213 (Online)  
Painosalama Oy, Turku, Suomi 2025

*Linalle ja Alexille*

TURUN YLIOPISTO

Lääketieteellinen tiedekunta

Kliininen laitos

Kansanterveystiede

SUSANNA FRIMAN: Laatujohtaminen sosiaali- ja terveydenhuolto- järjestelmän muutoksessa

Väitöskirja, 183 s.

Turun kliininen tohtoriohjelma

Tammikuu 2025

## TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa laadunhallinnan ja laatujohtamisen menetelyistä ja hyödyntämisestä sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa palvelujärjestelmän rakenneuudistuksessa. I osatutkimuksen tavoitteena oli kuvata laadunhallinnan ja laatujohtamisen tilaa, ja arvioida siinä havaittavia yhteneväisyyksiä ja eroja julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa yhden maakunnan kuuden sote-organisaation ja yliopistosairaanhoitopiirin yksiköissä. Kyselytutkimuksessa nimetyt vastaajat (n=30) sairaanhoitopiirissä ja kunnissa (n=27) olivat tiedonantajina. II osatutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa sosiaali- ja terveydenhuollon hoito- ja palveluketjuihin kohdistuvan alueellisen yhteistyön tilaa ja tarpeita laadunhallinnan näkökulmasta. III osatutkimuksen tavoitteena oli kuvata ja arvioida sote-organisaatioiden toiminnan laadunarvioinnin tilaa ostopalvelut mukaan lukien. Haastattelututkimukseen osallistui kolmen yliopistosairaanhoitopiirin yksikön nimettyjä edustajia (n=11) sekä kolmen kunnan sote-organisaation edustajia (n=11). IV osatutkimuksen tavoitteena oli systemaattisen kirjallisuuskatsauksen (n=15) ja sisällön analyysin avulla kuvata ja analysoida vaikuttavia johtamisen piirteitä terveydenhuollon laadun johtamisessa.

Tutkimusorganisaatioiden laadunhallinta oli vaihtelevaa, mukaan lukien ostopalvelujen laadunarviointi. Kansallisen ohjauksen ja ajantasaisen tiedon puute sekä organisaatioiden kehittämätön laadukulttuuri tunnistettiin hidasteiksi alueellisen laatu-yhteistyön kehittymiselle. Erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yhdyspinnalla asiakasprosessien laadunarvioinnin koettiin olevan hyvin vähäistä, eikä integraatiopyrkimyksiä tullut esiin tässä tutkimuksessa palvelurakenneuudistuksen valmistelun ollessa meneillään. Vaikuttaviksi laadun johtamisen piirteiksi tunnistettiin strateginen, tietoperusteinen, arvopohjainen, kannustava, osallistava ja kommunikoiva johtaminen.

Tuloksia voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän integraation jalkauttamisen tukena, muutosjohtamisen sekä laatujohtamisen menetelyjen hyödyntämisen tukena. Lisäksi tuloksien tuottamaa tietoa voi hyödyntää johtamiskoulutuksessa sekä palvelujärjestelmä tutkimuksessa.

AVAINSANAT: laadunhallinta, laatujohtaminen, laadun johtaminen, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä, palvelujärjestelmän uudistus, palveluintegraatio

UNIVERSITY OF TURKU

Faculty of Medicine

Department of Public Health

SUSANNA FRIMAN: Total Quality Management in the reform of the social and healthcare service system

Doctoral Dissertation, 183 pp.

Doctoral Programme in Clinical Research

January 2025

## ABSTRACT

The aim of the research was to produce information of quality management and quality management procedures in the context of social and health care in the restructuring of the service system. The aim of the first part of the study was to describe the state of total quality management and evaluate the commonalities and differences that can be observed in public social and healthcare organizations in the units of one province's six social and healthcare organizations of municipalities and the university hospital district. In the survey material named respondents (n=30) in the hospital district and municipalities (n=27) were the informants. The aim of part II study was to identify the status and needs of regional cooperation in social and healthcare and service pathways from the perspective of quality management. The aim of part III study was to describe and evaluate the state of quality assessment of social and healthcare organizations, including purchase services. Appointed representatives of three units of the university hospital district (n=11) and representatives of three municipalities' social and healthcare organizations (n=11) participated in the interview study. The aim of part IV study was to identify the characteristics of leadership and their effectiveness in quality management in the healthcare sector through a systematic literature review (n=15) and a content analysis.

Quality management in research organizations was variable, including the quality assessment of purchasing services. The lack of national guidance and up-to-date information, and the organizations' undeveloped quality culture were identified as slow down the development of regional quality cooperation. Especially at the interface of social and healthcare, the quality assessment of customer processes was felt to be very little, and no integration efforts emerged in this study while the service restructuring was being prepared. Effective quality management requires the identification and utilisation of effective management features, such as strategic, knowledge-oriented, value-based, supportive, participative and communicative management.

The results can be used as support for implementing the integration of the social and healthcare service system, as support for the utilisation of change management and quality management procedures. In addition, the information produced by the results can be used in management training and service system research.

**KEYWORDS:** quality management, total quality management, quality leadership, social and healthcare services, reform of the social and healthcare service system, service integration

# Sisällysluettelo

<b>Lyhenteet .....</b>	<b>8</b>
<b>Osatutkimusluettelo .....</b>	<b>9</b>
<b>1 Johdanto .....</b>	<b>10</b>
<b>2 Kirjallisuuskatsaus .....</b>	<b>13</b>
2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä Suomessa...	13
2.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakennemuutos.....	15
2.2.1 Palvelurakennemuutoksen taustaa .....	15
2.2.2 Uudistustavoitteet.....	16
2.2.3 Uudistettu palvelujärjestelmä.....	18
2.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraatio .....	20
2.3.1 Palveluintegraatio Suomessa .....	21
2.3.2 Kokemuksia palveluintegraatiosta .....	23
2.4 Laatu ja laadunhallinta .....	24
2.4.1 Laadunhallinnan vuosikymmenet .....	27
2.4.2 Laatu ja laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa .....	30
2.4.3 Laadunhallinnan menettelyjä sosiaali- ja terveydenhuollossa .....	32
2.5 Laadun johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä .....	35
2.5.1 Laadun johtamisen tasoja ja tyylejä sosiaali- ja terveydenhuollossa .....	37
2.5.2 Laadun johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksessa .....	38
2.6 Yhteenveto.....	39
<b>3 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....</b>	<b>41</b>
<b>4 Aineisto ja menetelmät .....</b>	<b>43</b>
4.1 Tutkimusaineistot .....	44
4.2 Aineistonkeruu ja analyysi.....	46
<b>5 Tulokset .....</b>	<b>50</b>
5.1 Laatujohtamisen tilannekuva julkisen sektorin organisaatioissa (Osatutkimus I) .....	50
5.2 Sote-palveluketjujen alueellinen kehittäminen (Osatutkimus II) .....	56

5.3	Laadunhallinta sote-organisaatioiden toimintaprosesseissa, ostopalveluissa ja yhdyspinnoilla (Osatutkimus III) .....	59
5.4	Johtamisen piirteet terveydenhuollon vaikuttavassa laadun johtamisessa (Osatutkimus IV) .....	62
5.5	Tulosten yhteenveto .....	72
<b>6</b>	<b>Pohdinta .....</b>	<b>75</b>
6.1	Laatujohtaminen vaihtelevaa julkisella sektorilla .....	75
6.2	Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisten palveluketjujen kehittäminen .....	76
6.3	Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunarvioinnin menettelyt ja kehittämistarpeet .....	79
6.4	Laadun johtamisen piirteet vaikuttavassa terveydenhuollon laadunhallinnassa .....	80
6.5	Tutkimuksen luotettavuus .....	81
6.6	Tutkimuksen etiikka .....	84
6.7	Tutkimuksen merkitys .....	85
<b>7</b>	<b>Johtopäätökset .....</b>	<b>88</b>
	<b>Kiitokset .....</b>	<b>90</b>
	<b>Lähdeluettelo .....</b>	<b>92</b>
	<b>Luettelo taulukoista, kuvioista ja liitteistä .....</b>	<b>104</b>
	<b>Liitteet .....</b>	<b>106</b>
	<b>Osajulkaisut .....</b>	<b>119</b>

# Lyhenteet

TQM	Total Quality Management, kokonaisvaltainen laadunhallinta
VALTAVA-hanke	Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus- ja valtionapu-säännösten uudistamishanke
PARAS-hanke	Kunta- ja palvelurakenteen uudistamishanke
PDCA, PDSA	Jatkuvan parantamisen sykli, joka koostuu suunnittelusta (plan), toteutuksesta (do), arvioinnista ja oppimisesta (check/study), edelleen kehittämistä (act)
ISO-standardi	International Organization for Standardization, laatustandardeja, jotka tähtäävät esimerkiksi johtamisjärjestelmään sekä prosessi- ja tuotestandardointiin
EFQM	European Foundation for Quality Management, laatupalkintomalli, toiminnan kehittämisen viitekehys
CAF	Common Assessment Framework, työkalu julkisen sektorin organisaatioidensuorituskyvyn arviointiin ja kehittämiseen
SHQS-standardi	Social and Health Quality Standard, laatustandardi sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen sektorille
EQUASS	The European Quality in Social Services, sosiaalihuollon substanssispesifi laatustandardi
QI	Quality Improvement, jatkuva parantaminen

# Osatutkimusluettelo

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu neljän osatutkimuksen tuloksiin, jotka on raportoitu neljänä alkuperäisjulkaisuina. Osatutkimuksiin viitataan tekstissä roomalaisilla numeroilla I-IV.

- I Friman S, Eloranta S, Suominen S, Ikonen T. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatujohtaminen julkisella sektorilla kyselytutkimuksen kuvaamana. *Focus Localis*, 2018; 3:8.27.
- II Friman S, Ikonen T, Eloranta S, Suominen, S. Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisten palveluketjujen kehittäminen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 2020; 57: 332–347.
- III Friman S, Suominen S, Eloranta S, Ikonen T. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunarvioinnin tila – merkittävimmät puutteet ostopalvelujen laadunarvioinnissa. *Lääkärilehti* 2021; 35:31–38.
- IV Friman S, Maijala R, Eloranta S, Suominen S, Ikonen T. The characteristics of leadership and their effectiveness in quality management in healthcare - a systematic literature review and a content analysis. *Health Services Management Research* 2024; 0:1–13.

Artikkelien käyttöön väitöskirjan osajulkaisuina on saatu kustantajien lupa.

# 1 Johdanto

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä käy läpi rakenneuudistusta, missä tavoitellaan palvelujen integraatiota, palveluiden saatavuuden sekä oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantumista. Muutoksessa toiminnan painotusta siirretään ehkäisevään ja ennakoivaan työhön. Lisäksi tavoitellaan palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantumista. (Valtioneuvosto 2023a.) Laatu eri ulottuvuukseen tunnistetaan muutoksessa tärkeäksi näkökulmaksi ja tavoitteeksi. Laadunhallinnalle ominaista systemaattista lähestymistapaa voidaan hyödyntää rakenneuudistuksessa yhtenä muutosjohtamisen hallintakeinona (McAlearney ym. 2014, Jakubowski & Saltman 2013), vaikkakin sosiaali- ja terveydenhuollon sektorin laadun määrittely ja keinot tavoitteen saavuttamiseksi vaativat vielä selkiyttämistä. Laatu-näkökulma korostuu integraation toteutuksessa muun muassa asiakaslähtöisten palvelujen suunnitteluna, riskienhallinnan sekä potilas- ja asiakasturvallisuuden ja -tyytyväisyyden edistämisenä ja resurssien käytön optimointina palvelun tuottamisessa (Lillrank 2015, Vanhaect ym. 2012).

Tässä väitöskirjassa laadunhallinnan näkökulma on organisaation kokonaisvaltainen laadunhallinta (Total Quality Management) ja laatujohtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa. Laatujohtaminen on johtamismalli, mikä pitää sisällään niitä toimia, joilla laadunhallinnan sekä laadun parantamiseen tähtäävät menettelyt ja periaatteet omaksutaan. Laatujohtamista menettelyineen hyödynnetään organisaation tavoitteiden saavuttamiseksi. (Garcia-Alcaraz ym. 2021, Kumar ym. 2018, Garnerud 2017, Lillrank 1998.) Laatujohtamisella tavoiteltavia asioita ovat muun muassa asiakaskeskeisyys, pyrkimys tehdä asiat järjestelmällisesti oikein palveluiden, prosessien ja tuotteiden suorituskyvyn sekä asiakkaiden odotusten saavuttamiseksi ja ylittämiseksi (Munehika ym. 2014, Singh & Singh 2013, Talib ym. 2011, Oakland 2001), ja nopea reagointi muuttuneisiin tilanteisiin (Garcia-Alcaraz ym. 2021, Lillrank 1998). Keskeisiä näkökulmia asiakastyytyväisyyden ohella ovatkin jatkuva parantaminen, prosessien hallinta, työntekijöiden osallisuus ja osaaminen (Lillrank 2015, Munehika ym. 2014, Talib ym. 2011, Oakland 2001, Deming 1986). Edellä mainittujen tavoitteiden toteutuminen edellyttää johdon sitoutumista laatuun, visionääristä johtajuutta (Munehika ym. 2014, Taylor ym. 2014, Talib ym. 2011, Oakland 2001, Deming 1986) sekä tiedolla johtamista (Munehika ym. 2014, Oakland 2001).

Laatujohtamisen nähdään edistävän organisaation laatukulttuurin kehittymistä, jatkuvan parantamisen toteutumista sekä vahvistavan tiimityöskentelyä ja innovatiivista työtettä (Wassan ym. 2022, Yusof & Aspinwall 2000). Laatujohtamisen hyötyinä koetaan myös henkilöstön vahva osallisuus ja ongelmaratkaisumenetelmien hyödyntäminen laadun parantamisessa asiakastarpeiden ja -tyytyväisyyden täyttämiseksi (Garcia-Alcaraz ym. 2021, Kumar ym. 2011).

Organisaation hyvä laatu ja laadunhallinta edellyttää johtamista. Merkityksellistä vaikuttavalle laadun johtamiselle on ylimmän johdon sitoutuminen, koulutus ja kehittäminen sekä viestintä organisaation sisällä. Lisäksi laatujärjestelmien ja -politiikkojen, arvioinnin, mittauksen ja palautteiden hyödyntäminen sekä organisaation kehittynyt laatukulttuuri on tunnistettu tärkeiksi menestystekijöiksi. (Singh & Singh 2013, Talib ym. 2011.) Esteiksi kokonaisvaltaisen laadunhallinnan onnistuneelle käyttöönololle sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusektorilla taas on tunnistettu muun muassa johdon heikko sitoutuminen sekä laadunhallintaan tarvittavien resursien puute ja henkilöstön heikko tietoisuus organisaation laatutavoitteista (Shaari 2010, Bhat & Rajashekhar 2009).

Laatujohtamisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa hyödynnetään erilaisia menettelyjä. Organisaatioissa on käytössä varsin yleisesti erilaisia laatumalleja, standardeja, sertifiointimenettelyjä sekä kehittämistä ohjaavia strategioita ja ohjelmia. Alueellisesti organisaatioissa voidaan yhtenäisesti hyödyntää kansallisia laatuun liittyviä strategioita toimenpideohjelmien sekä erilaisia yhteisiä hankkeita yhtenäisten toimintaohjeiden laatimiseksi ja jalkauttamiseksi. (Van Schoten ym. 2016, Cumming 2010, Øvretveit & Gustafson 2002.) Erilaisten laatustrategioiden ja -ohjelmien käytön vaikuttavuudesta tai kustannusvaikutuksista ei toistaiseksi ole vahvaa näyttöä (Lewis & Hinchliff 2023, Øvretveit & Staines 2007, Øvretveit & Gustafson 2002). Myös yhteiskunnan muuttuvilla poliittisilla ja taloudellisilla tilanteilla, sekä muutoksilla toimintaympäristössä ja kehityssuunnissa on vaikutusta organisaatioiden laatujohtamiseen (Taylor ym. 2014, Øvretveit & Gustafson 2002). Tutkimusta tarvitaan laatujohtamisen sekä kehittämisen menettelyjen, ja interventioiden käytön vaikuttavuuden arvioimiseksi (Klemola 2015, Taylor ym. 2014, Øvretveit & Gustafson 2002).

Laatu ja laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilla on tunnistettu ja nostettu tärkeäksi näkökulmaksi. Tällä hetkellä aihepiirin hieman hajanainen käsitteistö on tarpeen määritellä yhtenäisemmäksi. Kansallista ohjausta ja linjauksia tarvitaan laadunhallinnan ja laatujohtamisen käsitteiden yhtenäistämiseksi ja hyödyntämisen tueksi. Tutkimusta kaivataan myös vaikuttavista laatujohtamisen menettelyistä. Lisäksi laatujohtamisen kokonaisuuden vahvempaa integroimista organisaation kokonaisjohtamiseen tulee tutkimuksen ja koulutuksen keinoin edistää. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamis- ja erikoistumiskoulutuksissa olisikin tärkeää yhtenä koulutuksen osa-alueena tunnistaa vaikuttavan laadun johtamisen elementit.

Tämä väitöskirja kuuluu kansanterveystieteisiin ja palvelujärjestelmätutkimukseen. Väitöskirjatutkimuksen empiiriset osatyöt ovat aihepiirin perustutkimusta, minkä avulla pyrittiin tuottamaan tilannetta kuvailevaa ja selittävää tietoa tutkimuskohteena olevasta ilmiöstä, koska sellaista ei ollut saatavilla. Tiedon intressi oli pragmaattinen ja tavoitteena oli hyödyntää inhimillistä kokemusta keinona saada tietoa ja ymmärtää ilmiötä.

Väitöskirjan tavoitteena oli tuottaa tietoa laadunhallinnan ja laatujohtamisen valmiudesta ja hyödyntämisestä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakenneuudistuksessa. Tavoitteena oli lisäksi tunnistaa vaikuttavia johtamisen piirteitä terveydenhuollon laadunhallinnassa. Väitöskirjatutkimus toteutettiin kolmena empiirisenä osatutkimuksena sekä yhtenä systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Ensimmäisessä osatutkimuksessa oli tarkoituksena kuvata laadunhallinnan ja laatujohtamisen nykytilaa ja arvioida siinä havaittavia yhteneväisyyksiä ja eroja julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Toisessa osatutkimuksessa tarkoituksena oli tunnistaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden palveluketjuihin kohdistuvan alueellisen yhteistyön tilaa ja tarpeita laadunhallinnan näkökulmasta sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Lisäksi tarkoituksena oli tunnistaa organisaatioiden valmistautumisen piirteitä suunnitteilla olevaan rakenneuudistukseen laadunhallinnan näkökulmasta. Kolmannessa osatutkimuksessa oli tarkoituksena kuvata ja arvioida sote-organisaatioiden toiminnan, mukaan luettuna ostopalvelut ja yhdyspinnat, laadunarvioinnin tilaa. Neljännessä osatutkimuksessa oli tarkoituksena systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata ja analysoida vaikuttavia johtamisen piirteitä terveydenhuollon laadun johtamisessa.

## 2 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on määritellä ja kuvata tutkimuksen keskeisiä käsitteitä. Luvussa kuvataan sosiaali- ja terveydenhuollon konteksti palveluintegraation sekä tämän väitöskirjatutkimuksen aikana meneillään ollutta sektorin rakennemuutosta. Lisäksi kuvataan aikaisempia tutkimuksia laatujohtamisen ja laadunhallinnan menettelyistä sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä laadun johtamista.

Kirjallisuuskatsauksen aineiston hankinnassa hyödynnettiin seuraavia tietokantoja: Abi/Inform, Business Source Complete, Cinahl, Pubmed, Web of Science ja Google Scholar. Lisäksi tarkasteltujen artikkelien kirjallisuusviitteistä valikoitui aineistoa. Tietoa haettiin myös sosiaali- ja terveydenhuollon säädöksistä ja linjauksista sektoriin liittyvien valtion hallinnonalojen internet-sivuilta.

### 2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä Suomessa

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollosta säädetään laissa ja erityislaeissa. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa sosiaali- ja terveyspolitiikan suunnittelusta, ohjauksesta ja toimeenpanosta. Osana valtioneuvostoa sosiaali- ja terveysministeriö toteuttaa hallitusohjelmaa ja valmisteleo lainsäädännön sekä keskeiset uudistukset, ja ohjaa uudistusten toteuttamista. (STM 2023a.) Sosiaalihuollon tavoite on edistää ja ylläpitää hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta, vähentää eriarvoisuutta ja turvata riittävät ja laadukkaat sosiaalipalvelut. Terveydenhuollon keskeinen tavoite on ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia sekä työ- ja toimintakykyä. Terveydenhuollon palveluihin kuuluvat myös korjaavat ja kuntouttavat terveyspalvelut. (STM 2023b.) Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon perusta on vuodesta 2023 alkaen hyvinvointialueilla. Sitä ennen kunnat ja sairaanhoitopiirit tuottivat nämä julkiset palvelut. Lähtökohtaisesti palveluja tuotetaan julkisella sektorilla ja lisäksi palvelutuotantoa täydennetään yksityisten toimijoiden ja työterveyshuollon palveluilla. (Tynkkynen ym. 2023, Keskimäki ym. 2019, Keskimäki ym. 2018.) Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevaa lainsäädäntöä on uudistettu palvelurakennemuutoksen myötä ja tätä uudistusta on kuvattu kappaleessa 2.2.3.

Terveydenhuoltolain myötä (2010) otettiin vuonna 2014 käyttöön potilaan hoitopaikan valinnanvapaus koko maan alueella koskien julkisen sektorin perustervey-

denhuollon ja erikoissairaanhoidon kiireetöntä hoitoa. Sen sijaan sosiaalihuollon valinnanvapauden piiriin suunniteltujen palvelujen määrän tunnistettiin olevan huomattavasti pienempi terveydenhuoltoon verrattuna, koska sosiaalihuollon työ perustuu suureksi osaksi viranomaispäätöksiin ja useat toimenpiteet vahvaan oikeuspohjaan sekä muiden sektorien kanssa tehtävään verkostomaiseen yhteistyöhön. Valinnanvapauteen nähtiin liittyvän vahvasti myös laatuakseli, koska palvelujen laadun tulee olla tasaista palveluntuottajasta riippumatta. Laatu kuvaavaa tietoa tarvitaan palvelunkäyttäjien valinnan perustaksi ja sen on nähty edellyttävän organisaatioiden kattavaa laatuajattelun käyttöä. (Brommels ym. 2016.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetään ostopalveluja organisaation oman tuotannon täydentämiseen. Ostettava palvelu voi olla välituote, kuten esimerkiksi laboratoriotointi ja lastensuojelu tai lopputuote, kuten esimerkiksi ikäihmisten asumispalvelu. (Junnila & Fredriksson 2012.) Suomen järjestelmässä ostettaessa palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta, palvelun laadun vastata sitä tasoa, jota edellytetään vastaavilta julkisilta palveluntuottajilta. Asiakkailta on oikeus laadukkaisiin palveluihin riippumatta siitä kuka palvelun tuottaa. Ostopalvelujen sisällöstä ja laatuakselista sovitaan ostopalvelusopimuksessa. Syitä ostopalvelujen käytölle ovat muun muassa kustannusten hillitseminen, tehokkuuden ja laadun varmistaminen, työvoiman saatavuus ja organisaation oman toiminnan tehostaminen. (Young & Macinatti 2012.)

Yksityiset terveyspalvelujen tuottajat voivat myydä julkisia palveluja täydentäviä palvelujaan hyvinvointialueille, kunnille tai suoraan palvelunkäyttäjille. Hyvinvointialueelle myytäviä palveluja voiva olla kaikki muu palvelu, paitsi lailla rajoitetut palvelut, kuten sosiaalipäivystys ja ympärivuorokautinen päivystys. Hankittavien palvelujen tulee kuitenkin täyttää sisällöltään, laajuudeltaan ja määrälliseltä osuudeltaan sellaiset vaatimukset, että hyvinvointialue kykenee kaikissa tilanteissa huolehtimaan järjestämistä vastaavasta mukaisesta toteuttamisesta. Lisäksi hyvinvointialueella voidaan käyttää ostopalvelujen hankkimista vastaavien edellytyksin yksityiseltä palveluntuottajalta hankittua työvoimaa tai vuokratyövoimaa. (STM 2023c.) Yksityisen sektorin osuus palvelutuotannossa on varsin merkittävä ikäihmisten ja ennaltaehkäisevien palvelujen sekä avopuolen erikoislääkäripalvelujen osalta. Runsas neljännes kaikista sosiaali- ja terveyspalveluista tuotetaan yksityissektorilla. Yleisimpiä yksityisiä terveyspalveluja ovat työterveyshuolto, fysioterapiapalvelut sekä lääkärin ja hammaslääkärin vastaanotto. (STM 2023c, Keskimäki ym. 2019, Keskimäki ym. 2018.) Valtio korvaa osittain palvelumaksuja sairausvakuutusjärjestelmän myötä. Myös kolmannen sektorin toimijat, kuten potilasjärjestöt osallistuvat palvelutuotantoon. Järjestöt voivat tuottaa palveluja hyvinvointialueille tai suoraan kansalaisille. Palvelutuotanto on usein kansanterveyden edistämistä tai tukea sairauden kanssa selviytymisessä. (Keskimäki ym. 2019, Keskimäki ym. 2018.)

Muihin EU-maihin verratessa Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tehokkuus ja laatu on arvioitu olevan hyvällä tasolla, vaikka järjestäminen ja sen rahoitus on ollut pirstaleinen (Keskimäki ym. 2019, Keskimäki ym. 2018). Suomessa terveydenhuollon menot ovat nousseet yli kaksinkertaisiksi vuosien 2000–2020 aikajaksolla, mutta kuitenkin Suomessa julkisen terveydenhuollon menot ovat selkeästi muita Pohjoismaita alhaisemmat. Euroopan kustannuskeskiarvoon nähden Suomen kustannukset ovat keskiarvon paikkeilla, vaikkakin muihin Länsi-Euroopan maihin nähden alhaisimmat. (Tynkkynen ym. 2023, Robertson ym. 2014.)

## 2.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakenneuudistus

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistusta on valmisteltu parin vuosikymmenen ajan. Uudistamistarpeen taustalla ovat olleet muutokset ja kehitystrendit toimintaympäristössä. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistumispyrkimyksistä huolimatta järjestelmän kyky tarjota väestön tarpeita vastaavia palveluja on heikentynyt vuosikymmenien aikana. Tämä näkyy esimerkiksi pitkinä jonoina palveluiden pariin. Sosioekonominen eriarvoisuus on edelleen varsin merkittävä, mitä ilmiötä osaltaan selittää maantieteellinen eriarvoisuus ja eri väestöryhmien riskitekijät. Lisäksi kuntien aiempi mahdollisuus järjestää palveluja kohtalaisen vapaasti on tuonut alueellista vaihtelua (Keskimäki ym. 2019.)

Väestön ikääntyminen ja pidempi elinikä, kroonisen sairastavuuden yleistyminen sekä moniongelmaisuus ja suuret hyvinvointi- ja terveyserot vaikuttavat muun muassa sektorin kustannuksiin. Samaan aikaan sosiaali- ja terveydenhuollon sektorin resurssit kapenevat, jolloin uusiin haasteisiin tulisi vastata taloudellisesti kestäväällä, tehokkaalla ja vaikuttavalla tavalla. (STM 2020, Valtioneuvosto 2019a.)

Keskeiset tavoiteltavat uudistukset sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa ja alueellisessa rakenneuudistuksessa olivat: 1) palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden sekä oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen, 2) toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön, 3) palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen sekä 4) monialaisuuden ja yhteen toimivuuden varmistaminen ja 5) lisäksi kustannusten nousun hillitseminen (Valtioneuvosto 2023b).

### 2.2.1 Palvelurakenneuudistuksen taustaa

Uudistuksen kehityskaarta läpi vuosikymmenien leimaa hanketyyppinen tapa työstää muutostoimenpiteitä kohti tavoitteita. Askelia uudistuksen tiellä otettiin vuosina 1998–2001 kansallisen Terveydenhuolto 2000-hankkeen myötä. Kyseessä oli kehittämisohjelma, minkä taustalla olivat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestel-

män epäkohdat. Hankkeen seitsemää toimenpidekokonaisuutta leimasi vahvasti terveydenhuoltopainotteisuus: terveydenhuollon eettinen arviointi ja ohjaus, potilaan aseman vahvistaminen, terveyden edistäminen, palvelurakenteen korjaaminen ja avohoidon vahvistaminen, terveystalouden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen sekä ammatillisen osaamisen kehittäminen terveydenhuollossa ja terveystalouden rahoituksen turvaaminen ja kustannusten hallinta. (Viisainen ym. 2002.) Kun 2020-luvulla tarkastelee hankkeen seitsemään toimenpidekokonaisuuteen kuuluneita 32 toimenpidettä, niin ne ovat tunnistettavissa terveydenhuollon palvelujärjestelmään varsin hyvin juurtuneina rakenteina ja toimintamalleina. Sosiaali- ja terveydenhuollon osalta kansallinen kehittämishanke vuosina 2003–2007 tavoitteli palvelujen saata- vuutta koko maassa lainsäädäntöä, palvelurakennetta ja toimintakäytäntöjä uudistamalla. Erityisesti ennaltaehkäisevä toiminta ja varhainen puuttuminen sosiaalisiin ongelmiin nähtiin tärkeäksi kehittämiskohteeksi. Hankkeella tavoiteltiin myös kustannussäästöjä. (Kokko ym. 2009, STM 2003.)

## 2.2.2 Uudistustavoitteet

Uudistustavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteisiin ovat pysyneet samansuuntaisina kaksi viimeistä vuosikymmentä. Maan hallituksen vaihtuessa sekä ajankuvan muuttuessa tavoitteiden painopistealueet ovat saattaneet hieman muuttua tai tarkentua. Taulukossa 1 esitetään yhteenvedo sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden muutostarpeista ja -tavoitteista sekä keinoista maan eri hallitusohjelmien pääasiallisten painopisteiden kautta. Yhteenvedossa kuvataan Vanhasen ensimmäisestä hallituksesta alkaen hallitusohjelman päivittyneet tavoitteet, mutta ei uudelleen ohjelmassa edelleen mukana olevia edellisten hallitusten asettamia tavoitteita. Jokaisessa hallitusohjelmassa oli huomioitu ja mainittu myös laatu- ja oikeusnäkökulmia. (Valtioneuvosto 2019a, 2019b, 2019c, Valtioneuvosto 2015, Valtioneuvosto 2011, Valtioneuvosto 2007, Valtioneuvosto 2003.)

**Taulukko 1.** Yhteenveto palvelurakennemuutoksen tavoitteista, keinoista ja laatumäkökulmasta hallitusohjelmien sisällöistä.

Hallitus, ajanjakso	Hallitusohjelman tavoitteet	Keinot	Laatumäkökulma
Vanhasen 1. hallitus, v. 2003–2007	Vahva seudullinen yhteistyö, tietoteknologian hyödyntäminen, henkilöstön saatavuus, terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, sote-toimialojen yhteistyön lisääntyminen, kuntapalvelujen taloudellinen kestävyys. Järjestämisvastuu kunnilla.	Sote-sektorin työnjaon selkiytymien ja kehittyminen hoito-keittäjien avulla, osaamisen ja hyvien käytäntöjen edistäminen, Paras-hanke: palvelurakenteen kehitys yhteistoiminta-alueiden myötä, kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmän uudistus	Seudullisen yhteistyön vahvistuminen, selkiytynyt työnjako, osaamisen varmistaminen, laatusuositukset vanhuspalveluihin
Vanhasen 2. hallitus, v. 2007–2010	Asiakaskeskeiset palvelut, palveluiden saatavuus, laatu, vaikuttavuus ja kustannustehokkuus, palvelujärjestelmän ohjaus, palveluiden järjestämis- ja tuottamistapojen uudistaminen, sosiaaliturvan uudistaminen. Järjestämisvastuu kunnilla.	Palveluprosessien palveluohjaus, tilaajatuottaja -malli, yksityisen ja kolmannen sektorin osuuden vahvistaminen palvelutuotannossa, tietoteknologian hyödyntäminen, Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta (169/2007)	Asiakaskeskeisyys, palveluiden laadun ja vaikuttavuuden arviointi, valvonta ja ohjaus
Kiviniemen hallitus, v. 2010–2011	Vanhasen hallitusohjelman jatkaminen		
Kataisen hallitus, v. 2011–2014	Palveluiden saatavuus ja vaikuttavuus, järjestämis- ja rahoitusvastuu samalla organisaatiolla, monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmien vähentyminen, kansalaisten valinnanvapaus, sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuudistuksen jatkuminen. Järjestämisvastuu kunnilla.	Perustason laaja palvelukokonaisuus, tarkoituksenmukainen työnjako erityistason kanssa, erityisvastuualueet, useiden toimijoiden hyödyntäminen palvelutuotannossa, kunnallisen terveystalouden ja sairausvakuutusjärjestelmän yhteen sovittaminen	Järjestämistä, rahoitusta, kehittämistä ja valvontaa koskeva lainsäädäntö, terveydenhuollon menetelmien arvioinnin vakiinnuttaminen, Toimiva terveyskeskus -ohjelma kohdistuen palvelujen laatuun, vaikuttavuuteen, saatavuuteen ja kehittämiseen
Stubbin hallitus, v. 2014–2015	Kataisen hallitusohjelman jatkaminen		
Sipilän hallitus, v. 2015–2019	Eriarvoisuuden vähentymisen, palvelunkäyttäjien osallisuus, tietojärjestelmien yhteensopivuus, perheiden hyvinvointi, ikäihmistien kotihoidon ja omaishoidon kehittyminen, osa-	Erilaiset digitalisaatiohankkeet, oma- ja itsehoidon verkkopalvelu, vapaaehtoistoiminnan hyödyntäminen osana palveluntuotantoa, järjestämisvastuuta kunnilta maakunnille, maakuntien rahoituksen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon	Palveluiden laadun läpinäkyvyys, tietojärjestelmien yhtenäistyminen, julkisen sektorin tuotantokustannusten mittaristo,

Hallitus, ajanjakso	Hallitusohjelman tavoitteet	Keinot	Laatunäkökulma
	työikäisten työelämään osallistuminen. Maakuntauudistus: 18 maakunnallista itsehallinto- aluetta sekä 15 sote- aluetta ja viisi erityisvastuu- aluetta. Järjestämisvastuu sote- alueilla.	monikanavaisen rahoitus- mallin yksinkertaistaminen ja valinnanvapauden valmistelu koskien perustasoa; monituot- taja- malli ja palveluseteli	palveluntuottajien rekisteri
Rinteen halli- tus, v. 2019	Perustason palveluiden saatavuuden parantumi- nen, lapsi- ja perhe- sekä ikäystävällisyyden edistä- minen, sosiaaliturvan uu- distaminen, suomen- ja ruotsinkielisten palveluiden tasa- arvoisuus. Järjestämisvastuu maakun- nilla.	Tulevaisuuden sote- keskus- hanke, perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukennus kiireet- tömän hoidon osalta, terveys- keskuslääkärien määrän lii- säys, hoivahenkilöstön vähim- mäismitoitus, pelastustoimen ja ensihoidon tiivis yhteys, Uu- denmaan, pääkaupunkiseu- dun tai Helsingin alueen erillis- ratkaisu	Eri- laiset strategiat parannusten tu- kena, omavalvon- nan ja valvonnan tehostaminen, ammattihenkilöi- den työtapojen uudistaminen, laa- turekisterien luo- minen, asiakkai- den osallisuus palvelun kehittä- misessä, tiedolla johtaminen
Marinin halli- tus, v. 2019– 2023	Kansanterveyden vahvista- minen ja ennaltaehkäise- vien toimien edistäminen, köyhyyden ja osattomuus- väheneminen. Järjestämisvastuu maakun- nilla (hyvinvointialueilla).	Mielenterveys- ja päihdestra- tegioiden sekä lapsiperhestra- tegioiden laatiminen, ja julkis- ten toimijoiden sekä järjestö- jen sitouttaminen niiden tavoite- teisiin, perhekeskus- toiminta- mallin laajentaminen, poikki- hallinnollinen ikäohjelma, eri- laisten sosiaaliturvan tukien ja etuuksien yhteensovittaminen, työttömyysturvan uudistami- nen, työeläkejärjestelmän ke- hittäminen	Toimintakulttuu- rien integraatio, perusterveyden- huollon järjestel- män ja toiminnan kehittäminen, asiakaskeskei- syys sote- keskus- set; palvelujen monipuolinen ja matalan kynnyk- sen tarjonta, suju- vat hoito- ja palve- lukset, toimipis- teiden muutok- sissa asiakas- ja potilasturvallisuus- den huomiointi

## 2.2.3 Uudistettu palvelujärjestelmä

Palvelujärjestelmän rakenneuudistuksen myötä vuoden 2023 alusta alkaen vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä siirtyi kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille, joita on yhteensä 21. Helsingin kaupunki poik- keaa edellä mainitusta rakenteesta ja heillä jatkuu sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu. Tämän lisäksi Helsingin ja Uudenmaan sairaan-

hoitopiirillä (HUS) on erikseen säädetty järjestämisvastuu alueensa erikoissairaanhoidon liittyvistä tehtävistä. (Valtioneuvosto 2023a.) Muutoksen läpiviemisen ja toiminnan pohjaksi laadittiin useita uusia lakeja. Keskeisimpiä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämistä ohjaavat lait, kuten laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021), laki pelastustoimen järjestämisestä (613/2021), laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla (615/2021), voimaantuloa ja toimeenpanoa ohjaava laki sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaannpanosta (616/2021), maakunta- ja hyvinvointialuejaosta säättävät laki hyvinvointialueesta (611/2021) ja hyvinvointialue- ja maakuntajakolaki (614/2021). (STM 2023d.)

Lisäksi maakuntien hallinnon, talouden ja rahoituksen järjestämistä koskevat lait: laki hyvinvointialueesta (611/2021), hyvinvointialue- ja maakuntajakolaki (614/2021), laki hallintolain muuttamisesta (637/2021), laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain muuttamisesta (711/2021), laki hyvinvointialueiden rahoituksesta (617/2021), laki tuloverolain muuttamisesta (619/2021) sekä laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta (618/2021) ovat keskeisiä uudistusta ohjaavia lakeja. Sosiaali- ja terveydenhuollon osalta ohjaamisesta, suunnittelusta ja kehittämisestä vastaa sosiaali- ja terveysministeriö, pelastustoimen osalta sisäministeriö. Hyvinvointialueiden toimintaa ja taloutta seuraa valtiovarainministeriö. Valtio vastaa strategisen tason ohjauksesta perustuen yhteiseen tietopohjaan ja ymmärrykseen palvelujen tilasta. (STM 2023d.)

Laadun varmistamisen osalta keskeinen on laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta. Hyvinvointialueilla on päävastuu oman toiminnan ja ostopalvelujen valvonnasta. Valvontalain (741/2023) mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun on oltava laadukasta, asiakaskeskeistä, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lisäksi toiminnan johtamisessa edellytetään sellaista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon ja huolenpidon sekä palvelujen kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä. Lain myötä pyritään turvaamaan laadukkaat palvelut ja asiakas- ja potilasturvallisuus yhtenäisin kriteerein julkisessa ja yksityisessä sosiaali- ja terveydenhuollossa. (STM 2023d.) Laissa käytetään termejä valvonta ja ohjaus, mutta laadun ja laadukkaan palvelun määritelmää on vaikea tunnistaa.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) vastaa terveydenhuollon ohjaamisesta ja viranomaisvalvonnasta sekä hoitaa sektorin lupahallintoa. Viranomaisvalvonta on laillisuusvalvontaa lakisääteisten palvelujen järjestämisen ja oma-valvonnan toteutumisen osalta (Valvira 2024c). Viranomaisista aluehallintovirastot ohjaavat ja valvovat sekä julkisia että yksityisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja (STM 2020a) ja Valvira ohjaa aluehallintovirastojen toimintaa valvonnan koko-

naisuudessa (Valvira 2024c). Aluehallintovirastot (AVI) valvovat terveydenhuollon toimintaa alueellisesti. Lisäksi Aluehallintovirastot ja Valvira valvovat terveydenhuollon henkilöstöä. (STM 2023b.)

Toimintansa aloittaneet palvelunjärjestäjät, hyvinvointialueet, ovat itsehallinnollisia alueita, joiden rahoitus perustuu valtion rahoitukseen. Hyvinvointialueiden vastuulla olevat tehtäviä ovat perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon, lasten, nuorten ja perheiden, työikäisten, mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä vammaispalvelut ja oppilashuolto, pelastustoimi ja ensihoito. Palveluntuotannossa julkisia palveluja täydentävät yksityiset toimijat sekä järjestöt ja yhdistykset. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarpeen vähentymistä tavoitellaan panostamalla hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Hyvinvointialueiden päättävältä ja vastuu toiminnasta ja taloudesta on aluevaltuustoilla, joihin valitaan valtuutetut aluevaaleissa. Lisäksi hyvinvointialueilla on kolme toimielintä vaikuttamiselle: nuorisovaltuusto, vanhusneuvosto ja vammaisneuvosto. (STM 2023d.)

## 2.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraatio

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän uudistuksessa yksi keskeinen tavoite tämän tutkimuksen aineistoja kerätessä oli palveluintegraatio. Sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilla pyritään maailmanlaajuisesti kohti vahvempaa organisaatioiden välistä yhteistyötä ja integroitua palvelua (Tørseth & Ådnes 2022, Williams & Radnor 2018, Minkman 2017, Varda ym. 2012). Palveluintegraatio voidaan ymmärtää sosiaali- ja terveydenhuollon sisäisenä, mutta myös organisaatioiden välillä tapahtuvana asiakkaan tarpeisiin perustuvana ennakoivana, koordinoivana, monialaisena ja moniammatillisena toimintana (Mattila ym. 2021, Leijten ym. 2017).

Yksinkertaistettuna palveluintegraatio tuo yhteen eri toimijoita tai toiminnallisuksia. Palveluketjussa oleva asiakas tai potilas, palvelunkäyttäjä, tarvitsee samaan aikaan tai peräkkäin usean toimijan palveluja eri tasoilla ja mahdollisesti sekä sosiaali- että terveydenhuollon toimialoilla. (Tiirinki ym. 2022, Hujala ym. 2017.) Palveluintegraatiolla pyritään vastaamaan erilaisiin tarpeisiin ja tuottamaan ratkaisuja toiminnallisiin, laadullisiin, taloudellisiin, epidemiologisiin ja demografisiin ongelmiin. Toiminnallisia ongelmia voivat olla esimerkiksi toiminnan päällekkäisyydet ja puutteet, laadullisia palvelujen saatavuus ja asiakastyytyväisyys, ja taloudellisia ongelmia taas muun muassa resurssien vähäisyys ja oman toiminnan osuoptimointi. (Virtanen ym. 2017.) Toimiva ja laadukas palveluintegraatio edellyttää erilaisten roolien merkityksen ymmärtämistä ja huomioimista integraation suunnittelussa ja toteutuksessa. Palveluntarjoajien rooliin kuuluu palvelukokonaisuuden ja tehtävien sekä ammattimaisen palvelun varmistaminen organisaatioissa. Johtajien roolissa rakennetaan ja ylläpidetään yhtenäistä toimintakulttuuria ja arvoja organisaatioiden kesken. (Tiirinki ym. 2022, WHO 2016.)

Johtamisen näkökulmasta toimet yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi sekä talouden ja toiminnan valvonta kompleksisessa kokonaisuudessa tulee määritellä. Integraation toteutumista tulee arvioida säännöllisesti peilaten kansallisiin ja paikallisiin tavoitteisiin. Palveluntarjoajien edellytyksistä toimia palveluketjussa tulee varmistua, arvioida palvelun tarjonnan riittävyttä sekä laatua ja turvallisuutta. Palveluntarjoajien tulee suunnitella ja kehittää palveluketjuihin sopivia käytäntöjä sekä palvelumalleja ja -prosesseja. Ammattilaisten rooli on tuottaa ja osaltaan koordinoita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Palvelunkäyttäjien roolissa liikutaan tarvittavien palvelujen välillä ja jaetaan tarvittavaa tietoa eri toimijoille. Laatustandardien avulla voidaan arvioida palveluketjujen toimivuutta. (WHO 2016.)

### 2.3.1 Palveluintegraatio Suomessa

Suomessa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän osalta integraatio ei ole uusi ajatus, integraation ajattelun juuret yltävät 1960-luvun lopulle Sosiaali- ja terveysministeriön perustamisen taustalle. Ammattilaistason integraatio alkoi kansanterveyslain (1972) myötä, kun terveysasemia alettiin perustaa. (Taskinen & Hujala 2020.) 1980-luvulla VALTAVA-hanke vauhditti sosiaali- ja terveyspalveluiden lähentymistä ja 1990-luvulla voimaan tullut kuntalaki (1995) vahvisti kuntien mahdollisuutta järjestää sosiaali- ja terveyspalvelunsa haluamallaan tavalla, muun muassa ostamalla palveluita yksityisiltä toimijoilta (Rautiainen ym. 2020). 1990-luvun syvässä talouskriisissä valtion rahoitusosuus terveyspalveluissa väheni ja tilannetta kompensoitiin ottamalla käyttöön perusterveydenhuollon käyttömaksut (Keskimäki ym. 2019). 2000-luvulla PARAS-hankkeen myötä pyrittiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä rajoja madaltamaan ja siirtämään palvelujen järjestäminen isompiin yksiköihin (Rautiainen ym. 2020).

Toistaiseksi integraatio on vahvimmin kohdistunut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välisen integraation sijaan (Tiirinki ym. 2022). 2010-luvulla se on ottanut vahvan aseman järjestelmän kehittämisen tavoitteena. Kun suomalaista palvelujärjestelmää peilaa kansainvälisesti, niin se on jo nykyisellään kohtalaisen hyvin integroitunut muihin samankaltaisiin maihin verrattuna, vaikka integraation toteutumisessa onkin vielä tekemistä. (Keskimäki ym. 2018, Sinkkonen ym. 2017.) Myös useissa Länsi-Euroopan maissa palvelujärjestelmän kehittäminen on ollut integraatioon pyrkivää (Virtanen ym. 2017).

Palveluintegraatiota tapahtuu eri tasoilla, eri muodoissa ja näin ollen sillä on useita määritelmiä. Suomessa palveluintegraation käsitteinä on käytetty muun muassa palvelukokonaisuus, palveluketju ja palvelupolku. Puhutaan myös palvelujen yhteensovittamisesta. Palvelukokonaisuus koostuu useista palveluista, joilla vastataan asiakkaan tai asiakasryhmän tarpeisiin. Palvelukokonaisuuden järjestäjä, tuottaja tai toteuttaja voi olla yksi tai useampi toimija. Palveluketjulla tarkoitetaan tie-

tylle asiakasryhmälle tuotettavaa perättäistä tai osittain yhtäaikaaisesti toteutuvia palveluita. Palvelupolku taas on yksilöllisesti toteutuva ja vaiheittain etenevä suunnitelmallinen kokonaisuus, joka koostuu eri palveluista tai palveluprosesseista. Palveluintegraatiota tapahtuu vertikaalisesti ja horisontaalisesti. Vertikaalisessa palvelujen integraatiossa toteutuu parhaimmillaan perustason ja erityistason yhteistyö niin, että palvelunsaajan palveluketju on katkeamaton sovitun työnjaon myötä esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Horisontaalisella tasolla palvelujen integraatiota hyödynnetään palvelunsaajan tarpeenmukaisen kokonaisuuden saavuttamiseksi. (THL 2023a.)

Tässä tutkimuksessa palveluintegraatiota tarkasteltiin alueellisten palveluketjujen näkökulmasta. Palveluketjuissa integroituvat sosiaali- ja terveydenhuollon eri tason palvelut, minkä hyötyinä on tunnistettu laadukkaan palvelun tarjoaminen rajallisilla resursseilla. Palveluketjuja muodostettaessa tulee pohtia, millainen kokonaisuus on tarkoituksenmukainen, miten se järjestetään ja millaisia tuloksia sillä halutaan saavuttaa. (Gartner ym. 2022, Raus ym. 2020.) Palveluketjumallit edellyttävät onnistuakseen asiakaskesteistä toimintamallia, hoidon ja palvelun jatkuvuuden varmistamista, vahvaa johtajuutta, suorituskyvyn mittaamista sekä tiedon jakamista koko ketjun välillä. (Gartner ym. 2022, Ljungholm ym. 2022, D’haenens ym. 2019, Sinervo ym. 2019, Williams & Radnor 2018, Thomassen ym. 2014, Armitage ym. 2009.) Hoito- ja palveluketju on prosessi, jota tulee kehittää arvopohjaisesti väestön tarpeiden mukaisesti palvelun laatu ja vaikuttavuus huomioiden. Palvelujen painopiste tulee olla perustasolla, kuten perusterveydenhuollossa. (Gartner ym. 2022, Williams & Radnor 2018, Armitage ym. 2009.)

Palveluketjuissa integroidaan palvelut ja hoito hyödyntäen sekä uusia vakioituja, näyttöön perustuvia menetelmiä, että olemassa olevia menetelmiä yhteen sovittaen. Myös kansainvälisiä integroidun palvelun malleja ja rahoitusmalleja kustannuslaskelmineen sekä alueen väestötietoja, kulttuurisia näkökulmia ja tietoa terveyseroista on aiheellista hyödyntää suunnittelutyössä. Palvelun laatu ja sen mittaaminen on keskeistä, jotta voidaan varmistua tavoitteiden saavuttamisesta ja palvelujen yhteen sujuvuudesta. (Kearney ym. 2020.) Integraatioiden myötä organisaatioissa uudistetaan ohjeistuksia, yhtenäistetään toimintatapoja ja allokoidaan uudelleen resursseja, mikä saattaa näyttäytyä henkilöstölle autonomian vähentymisenä. Palveluja tuottavien moniammatillisten tiimien riittävät vaikuttamismahdollisuudet tulisikin turvata muutoksissa. (Sinervo ym. 2019.)

Asiakasyhdyspinnalla työskentelevän henkilöstön palvelun ja hoidon koordinoitavuus edellyttää säännöllistä yhteydenpitoa palveluketjun muiden klinisen työn tekijöiden kanssa (Gartner ym. 2022, Ljungholm ym. 2022, Islam ym. 2020, Virtanen ym. 2017, Thomassen ym. 2014, Benzer ym. 2015). Organisaatioiden välinen yhteistyö voi onnistuessaan vähentää yhden organisaation kustannuksia, kun palvelunsaajat saavat palvelunsa oikeassa paikassa oikeaan aikaan (Raus ym. 2020, Wil-

liams & Radnor 2018). Keskeistä onnistumisen kannalta on luottamuksen syntyminen palveluketjuissa toimivien organisaatioiden välillä. Sen nähdään vaikuttavan keskeisesti yhteisten ajattelu- ja toimintamallien jalkautumiseen ja siten toimivan palveluketjun kehittymiseen. (Tørseth & Ådnanes 2022, Islam ym. 2020, Sinervo ym. 2019.) Luottamuksen muodostumiseen vaikuttaa moni asia, kuten miten palveluketjujen muodostamisen uskotaan tukevan oman työn sujuvuutta ja henkilöstön tietoisuus palveluketjussa olevien organisaatioiden osaamistasosta. Luottamuksen arvioinnin tulisi painottua systeemiin ja organisaatioihin yksilöiden sijaan. (Islam ym. 2020, Keskimäki ym. 2018.)

### 2.3.2 Kokemuksia palveluintegraatiosta

Palveluintegraatiosta sosiaali- ja terveydenhuollossa nähdään joidenkin tutkimusten valossa olevan hyötyä, joskin toisenlaisiakin kokemuksia on kuvattu. Palvelujen integroinnin on nähty hyödyttävän henkilöitä, jotka tarvitsevat sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja. Integraatio edistää yhteistyötä ja mahdollistaa keskinäisen yhteistyön myötä laajemman tietämyksen moniongelmaisista asiakkaista, se on osaltaan palvelujen koordinaatiota. (Tiirinki ym. 2022, Fichtenberg ym. 2020.) Tämä osaltaan nopeuttaa asiakkaan ongelmanratkaisua, vähentää päällekkäisyyksiä sekä parantaa hoitoon pääsyä, palvelun laatua ja tehokkuutta (Tynkkynen ym. 2023, Sinervo & Keskimäki 2019).

Baxter ym. (2018) kirjallisuuskatsaus integroidun hoivan vaikutuksista osoitti, että integraatiolla on positiivisia vaikutuksia potilaiden kokemaan hoidon laatuun sekä hoidon saatavuuteen. Integraation vaikutuksista kustannuksiin ei kuitenkaan saatu selkeää näyttöä. (Baxter ym. 2018.) Lisäksi integroitujen palveluiden on todettu vaikuttavan positiivisesti palvelujen laatuun ja asiakastyytyväisyyteen sekä tehostavan toimintaa aiemman hajanaisen järjestelmän sijaan (Connelly & Fiorentini 2021, Sinervo & Keskimäki 2019).

Virtanen ym. (2017) on tunnistanut kirjallisuuskatsauksen perusteella palveluintegraatioon liittyviä ongelmia ja riskejä. Onnistuakseen sosiaali- ja terveystalveluiden integraatio edellyttää lainsäädännöllisten ristiriitojen selkiyttämisen. Ristiriidat voivat koskea työnjakoa, toimivaltuuksia, rahoitusta, toimeenpanoa ja tulosa- portointia. Palveluintegraation toimeenpano ja johtaminen tulee olla systemaattista ja siihen tulee varata riittävät resurssit. Organisaatioissa tuleekin varmistaa erilaisiin päätöksiin ja sopimuksiin sitoutuminen läpi koko järjestelmäkokonaisuuden, koska pelkkä lainsäädännöllinen tai informaatio-ohjaus ei ole riittävää käytännön toteutuksen näkökulmasta. Lisäksi palveluntuottajien välinen työnjako ja vastuunkanto palvelunkäyttäjän ohjaamisesta tulee huomioida, ettei etenkin paljon palveluja käyttävien ohjaamisessa tapahdu asiakkaan väliin putoamista. (Virtanen ym. 2017.) Palveluja käyttävän asiakkaan väliin putoamisen taustalla saattaa olla muun muassa yh-

teensopimattomat tietojärjestelmät (Sinervo & Keskimäki 2019). Palveluketjujen sujuvuudelle ja laadulle haasteiksi voivat muodostua linjauksien sekä yhtenäisten menettelytapojen ja käytänteiden luominen, jotka yhdistävät palvelun perus- ja erikoistason sisällä ja välillä (Benzer ym. 2015).

Tørseth & Ådnanesin (2022) tutkimustuloksissa kuvataan terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia mielenterveyspalvelujen palveluintegraation toteutuksesta Norjassa. Tulosten mukaan integraatio toimintamallina saattaa sisältää epätaroituksenmukaisia piirteitä. Uudistuksen toteutuksen eri vaiheiden odottelu aiheutti turhautumista sekä epäuskoa integroitujen hoitoketjujen tarpeellisuutta kohtaan. Lisäksi koettiin, että henkilöstö ei sitoutunut laajemman kokonaisuuden tavoitteisiin, vaan lähinnä suoritti työtehtävänsä entisenlaisesti. Muutokseen, kuten esimerkiksi uusien kirjaustapojen ja hoidon määräaikojen noudattamiseen ei sitouduttu. Potilastieto- ja muiden sähköisten järjestelmien soveltumattomuus hoitoketjuun aiheutti henkilöstössä turhautumista. Erilaiset järjestelmät eivät toimineet yhteen, eivätkä niin ollen mahdollistaneet laajemman kokonaisuuden tarkastelua, mikä osaltaan aiheutti turhautuneisuutta. Myöskään määräaikojen toteutumista hoitoketjussa ei onnistuttu hahmottamaan. Tulosten mukaan työntekijöillä oli epäselvyyttä muun muassa siitä, mistä hoitoketjumallissa oli kyse, koska hoitoketjun toteutusstrategiaa muutettiin useaan kertaan, eikä uusi tieto tavoittanut työntekijöitä tarvittavalla tasolla. Viimeisenä havaintona tutkijat kuvasivat koetun autonomian vähenemisen vakioinnin myötä. Haastateltavat kokivat negatiivisena hoitoketjulähtöisen toimintamallin, missä hoitosuhteessa edellytettiin toimimaan vakioidulla tavalla. Sen koettiin vaikuttavan heikentävästi mielenterveyspotilaan yksilöllisen hoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon. (Tørseth & Ådnanes 2022.)

## 2.4 Laatu ja laadunhallinta

Antiikin Kreikan filosofi Platon ja Aristoteles käyttivät termiä laatu (poietes) havaittujen tai ihanteellisten ominaisuuksien eri tasojen ja muotojen luokittelomiseksi (Kounis 2019). Laatua määritellään eri tavoilla eri toimialoilla. Kuitenkin yhteisiä nimittäjiä on paljon toimialasta riippumatta. Parasuraman mainitsee asiakkaan odotusten täytymisen, Crosby toiminnan vaatimuksenmukaisuuden, Deming jatkuvan parantamisen syklin, Peters ja Waterman erinomaisuuden ja Juran organisaation toimintakyvyn keskeisinä laadullisina menettelyinä ja tavoitteina. (Crişan & Mihăilă 2022, Luthra 2020.)

Laatua voidaan määritellä myös organisaation osaamisen asteena ja palvelun soveltuvuutena tarkoitukseensa. Palvelut tulee suunnitella asiakasta varten. Palvelun laatu onkin vahvasti sidoksissa siihen, miten hyvin asiakkaan tarpeet ja vaatimukset palvelulle ymmärretään. (Ross 2014, Talib ym. 2013, Hassan ym. 2012.) Palvelun vaatimuksenmukaisuutta voidaan todentaa ja tunnistaa poikkeamia, kun laadunhal-

lintaa toteutetaan sovituksen mallin tai vaatimusten mukaisesti (Luthra ym. 2020, Ross 2014). Laatu nähdään useissa organisaatioissa strategisena tavoitteena, minkä avulla voidaan saavuttaa kilpailuetua. Laatu voidaan määrittellä myös huippuosaamisen asteena. (Wassan ym. 2022, Luthra ym. 2020.)

Garvin (1984) jakoi tuotteen laadun määritelmän kahdeksaan ominaispiirteeseen: suorituskyky, luotettavuus, koettu laatu, kestävyys, tuotepiirteet, määrittely, huollettavuus ja esteettisyys. Palvelun laatu-ulottuvuuksia hän tunnisti kymmenen: suorituskyky, aika ja nopeus, osaaminen, luotettavuus, uskottavuus, vakuuttavuus, ulkoiset merkit, kommunikaatio, empaattisuus ja mukautuvuus. (Garvin 1984.) Laadun ja laadunhallinnan tarkastelu voi edetä rakenne-, prosessi- ja lopputulosajattelun kautta. Rakennetta arvioimalla saadaan tietoa laadusta epäsuorasti ja usein mittarit tuottavat tietoa karkealla tasolla. Prosessi- ja lopputulosmittarit ovat yleensä herkempiä erottamaan laatua. Prosessimittareilla on mahdollista saada tietoa hoidon laadusta yleensä suoraan. Lopputulosmittarien tuottama tieto kertoo hoidon vaikuttavuudesta. Laadun arvioinnissa käytettävien mittarien tulee tuottaa tietoa myös organisaation ja toiminnan taloudellisista vaikutuksista. (STM 2019.)

Laadunhallinta on prosessi, joka sisältää eri menettelyitä laadutavoitteen saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi (Crişan & Mihăilă 2022, Mosadeghrad 2013a). Laadunhallinnalla varmistetaan palvelun tai tuotteen laatu. Lisäksi toiminnan ja palvelun vaihtelun nähdään vähentyvän systemaattisen laadunhallinnan myötä, millä taas on vaikutuksia tehokkuuteen ja taloudelliseen suorituskykyyn (Mosadeghrad & Ferlie 2016, ul Hassan ym. 2012). Laadun parantumisen myötä organisaation suorituskyky todennäköisesti kasvaa ja huonosta laadusta johtuvat kustannukset laskevat, minkä myötä se vaikuttaa positiivisesti organisaation tuottavuuteen. (Wassan ym. 2022, Luthra ym. 2020, Mosadeghrad 2013a, ul Hassan ym. 2012.) Sillä taas nähdään olevan positiivisia vaikutuksia työllisyyteen ja suhteisiin keskeisten yhteistyökumppaneiden kanssa, muun muassa lisääntyneen luottamuksen myötä. (Luthra ym. 2020, Mosadeghrad 2013a, ul Hassan ym. 2012.)

Vaikuttavaan laadunhallintaan liitetään useita elementtejä ja käytäntöä, minkä olemassaolo ja jalkautuminen tulee varmistaa organisaation eri tasoilla. Lähtökohdiana on organisaation ylimmän johdon sitoutuminen laadunhallintaan ja sen vieminen strategiselle tasolle. Laadunhallinnassa lähtökohta on asiakaslähtöisyys ja jatkuva parantaminen. Erilaisten innovaatioiden edistäminen on osa jatkuvan parantamisen ajattelua. Tiedolla johtaminen, riskienhallinta ja prosessien hallinta kuuluu organisaation jokaiselle tasolle. Työntekijöiden osallisuus ja henkilöstöjohtaminen sekä prosessienhallinta tulee varmistaa laadun jalkautumisen onnistumiseksi. Viestintä on tärkeä osa laadunhallinnan jalkautumista, myös ostopalvelujen tuottajat tulee huomioida viestinnässä. (Wassan ym. 2022, Mehmood ym. 2014, Christensen ym. 2014, Talib ym. 2012, ul Hassan ym. 2012.)

Dokumentointimenettelyt ja -järjestelmät ovat välttämättömiä laadukkaalle toiminnalle ja palvelulle. Organisaation dokumentointijärjestelmällä on ainakin kolme tarkoitusta: ohjata henkilöstöä heidän työtehtäviensä suorittamisessa, standardoida työprosesseja koko organisaatiossa ja tarjota mahdollisuus toimia kerralla oikein. Dokumentaation tulee olla saatavilla muun muassa, kun toimintaan kohdistuu sääntelyyn liittyviä vaatimuksia, jos organisaation tulee liiketoiminnallisesta näkökulmasta kyetä osoittamaan kyvykkyytensä ja johdon arvioitaessa suorituskykyä ja suunnitellussa tulevaisuutta. Lisäksi henkilöstöllä tulee olla mahdollisuus tunnistaa parantamismahdollisuuksia, hukkia ja mahdollisia ongelmia. (Christensen ym. 2014.)

Laadunhallintaan kohdistuu ainakin kahdenlaisia kustannuksia: laatua edistävät ja parantavat kustannukset sekä huonosta laadusta johtuvat kustannukset. Tuotteen tai palvelun vaatimuksenmukaisuuden varmistamiseen liittyvät kulut voidaan määrittellä kustannustekijöiksi, joilla varmistetaan hyvä laatu. Kustannukset koostuvat ennaltaehkäisevästä toiminnasta ja laadun varmistustoimista, kuten koulutusohjelmat, standardointiprosessi, auditoinnit, tarkastukset ja testaukset. Virheiden aiheuttamat kulut vaikuttavat organisaation suorituskykyyn. Virheiden korjausten kustannukset ja siihen kulunut aika sekä mainehaitan aiheuttama kysynnän lasku saattavat aiheuttaa ei-toivottuja kustannuksia organisaatioille. (Luthra ym. 2020, Christensen ym. 2014, Lecklin 2006.) Laatuun liittyvistä kustannuksista jopa 70–80 % voi aiheutua toistuvista virheistä, ellei organisaatiolla ole systemaattista tapaa arvioida ja parantaa laatua. Laatuksustannuksia tuleekin seurata sovitulla aikasyklillä, jotta on mahdollista tunnistaa poikkeamakohdat esimerkiksi prosesseissa. (Lecklin 2006.)

Organisaation laatuksulttuuri nähdään keskeisenä elementtinä menestyksen taustalla ja sen tulee pohjautua organisaation arvoihin, kollektiiviseen toimintatapaan ja henkilöstön osallisuuteen. Laatuksulttuuri ja organisaation strategia tulee olla keskenään linjassa. Niin ollen sillä saattaa olla vaikutusta organisaation toimivuuteen ja tehokkuuteen. (Capalupo ym. 2024, Durana ym. 2019, Kumar ym. 2018, Cameron & Sine 1999.) Laadun käsitteleminen kulttuuri-ilmiönä tarkoittaa, että laatua lähestytään arvokokonaisuutena, pikemminkin organisaatioideologiana, kuin joukkona työkaluja tai tekniikoita (Cameron & Sine 1999). Laatuksulttuurin syntymiseksi ja kehittymiseksi positiivinen, avoin ja syyllistämätön ilmapiiri laadunhallinnan ympärillä on olennaisen tärkeä. Laadunhallinnan tulee integroitua osaksi päivittäisiä toimintoja ja sen tulee olla jatkuva käytäntö. Laadunhallinta ei työnä ole vaikeaa, mutta se vaatii pitkäjänteisyyttä ja systemaattisuutta, ja siinä kehittynyt laatuksulttuuri on voimavara. (STM 2019.)

## 2.4.1 Laadunhallinnan vuosikymmenet

Käsitys laadusta ja laadunhallinnasta ja sen painotuksista on muuttunut ajan saatossa. Kirjallisuuden mukaan laadunhallinnan evoluutio voidaan viiteen vaiheeseen: laaduntarkastus, laadunvalvonta, laadunvarmistus, kokonaisvaltainen laadunvalvonta ja kokonaisvaltainen laadunhallinta. Laadunhallinnan aikakausiin liittyi erilaisia periaatteita, menetelmiä, työkaluja ja tekniikoita. Kirjallisuuden perusteella voidaan tunnistaa ainakin yhdeksän laadunhallinnan periaatetta, kuten jatkuva laadun parantaminen, standardin vaatimuksen mukaisuus, johdon ymmärrys, asiakaslähtöisyys, laadun johtaminen, osallisuus, alihankkijan tai toimittajan laadunvarmistus, prosessienhallinta ja järjestelmänhallinta. (Hamid ym. 2019.)

1900-luvun alussa puhuttiin laaduntarkastuksesta (quality inspection), mikä kohdistui pääasiassa lopputuotteeseen. Tavoitteena oli välttää asiakkaiden valituksia ja tuotteen palautusvaatimuksia. Laadun tarkastuksen menetelminä olivat pääasiassa tuotteen tarkastus, puutteiden tunnistus ja virheiden korjaus, mistä seurasi lisäkustannuksia. (de Souza ym. 2021, Mitra 2021, Kounis 2019, Weckenmann ym. 2015.) 1920–1950-luvuilla tarkastelu oli laajentunut tuotteen lisäksi prosesseihin ja puhuttiin laadunvalvonnasta (quality control). Tavoitteena oli tasainen laatu ja pienempi tarkastustarve. Laadunvalvonnan kehitysvaiheessa hyödynnettiin tilastollista tietoa tuotantoprosessien ohjaamiseksi. Tukena käytettiin erilaisia työkaluja, kuten ”5 kertaa miksi”-menetelmää. Kuitenkin toiminta rajoittui prosessia korjaaviin toimenpiteisiin. (de Souza ym. 2021, Mitra 2021, Hamid ym. 2019, Kounis 2019, Garnerud 2017, Weckenmann ym. 2015.)

1950–1980-luvuilla laadunvarmistus (quality assurance) nähtiin keinona taata tuotteen laatu ja vaikuttaa kustannuksiin sekä prosessin läpimenoaikaan. Laadunhallinnan käsite laajentui mm. riskien tunnistamiseen ja painopiste siirtyi virheiden korjaamisesta niiden ennaltaehkäisyyn. Tavoitteena oli nollavirheajattelu läpi prosessien. Laadunvarmistuksessa hyödynnettiin muun muassa logiikkaperusteisia menetelmiä. (de Souza ym. 2021, Luthra ym. 2020, Weckenmann ym. 2015.) Johtamisessa alettiin huomioida laatu- ja näkökulma (Hamid ym. 2019). Kokonaisvaltainen laadunvalvonta (total quality control) oli 1960-luvun laadun kehittymisen vaihe. Vaiheelle oli ominaista laadun systemaattinen valvonta. Valvonnan painopiste siirtyi tuotantoprosessista järjestelmään ja niin ollen näkökulmana saavuttaen koko tuotantoprosessin. (de Souza ym. 2021, Garnerud 2017, Weckenmann ym. 2015.) Asiakkaan osallisuus sekä henkilöstöä laadunhallintaan kannustava johtajuus alkoivat kehittyä (Hamid ym. 2019).

1980-luvulta alkaen on puhuttu kokonaisvaltaisesta laadunhallinnasta (total quality management). Se nähdään johtamisfilosofiana, mikä tähtää organisaation suorituskyvyn parantamiseen. Keskiössä ovat organisaation laatu- ja kulttuuri, strategia ja johtajuus. (Kumar ym. 2018, Garnerud 2017.) Kokonaisvaltaiseen laadunhallintaan liittyvät olennaisesti organisaation asiakaslähtöisyys, prosessien tuntemus, jatkuva

parantaminen ja laadukoulutus, hyvä yhteistyö, henkilöstön osallisuus sekä päätöksentekokyky ja laadun johtaminen, jotta tuotettavat palvelut ja tuotteet täyttäisivät asiakkaiden tarpeet ja niihin kohdistuvat odotukset. Lähestymistapa keskittyy laajasti laadunhallinnan eri osa-alueisiin, kuten asiakastyytyväisyys, virheettömyys, erilaisten työkalujen ja tekniikoiden hyödyntäminen sekä sujuva ja kustannustehokas toiminta. (Luthra ym. 2020, Hildesheim & Sonntag 2019, Kumar ym. 2018.) Kokonaisvaltaisessa laadunhallinnassa korostuu muun muassa dokumentaation ylläpito, minkä avulla on pyritty saavuttamaan toiminnan sujuvuutta ja muun muassa yhteistyökumppaneiden luottamus. Myös toiminnan vakiointi laatustandardeja hyödyntäen on ollut tämän vaiheen tunnusmerkkejä. (Crişan & Mihăilă 2022, de Souza ym. 2021, Hamid ym. 2019, Weckenmann ym. 2015.)

2020-luvulla laadunhallintaan on tullut uusia ulottuvuuksia ja menettelyjä. Puhutaan liiketoiminnan ekosysteemin suorituskyvystä, mihin liittyy muun muassa ohjelmistoja, laitteita, tekoäly sekä ulkoisen tallennustilan käyttö. Laadunhallintaan liittyvät toiminnallisen integraation ajattelu, asiakkaiden osallisuus, käyttöään huomiointi, arvon lisääminen ja kokonaistarkastuksen uusi tuleminen. Kokonaistarkastus tuottaa runsaasti tietoa ja tukee innovatiivista toimintaa yhdessä uusien teknologioiden kanssa, kuten nk. Big data. Tavoitteena on, että virheitä on vähemmän, jolloin laadunhallinta keskittyy arvon tuottamiseen. (Wen ym. 2020.)

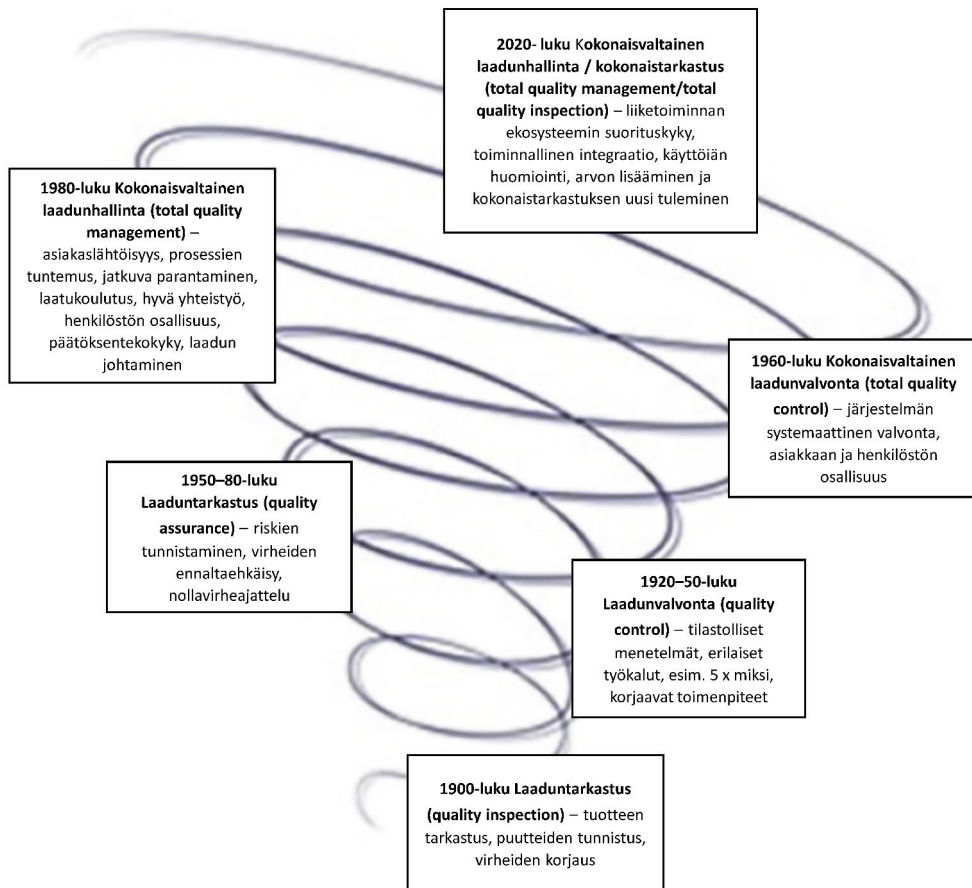
Laadunhallinnassa ja parantamisessa on kautta aikojen hyödynnetty erilaisia malleja. W. Edwards Deming ajatteli, että laatu on jatkuvaa kehittämistä ja laadun vaihtelun minimointia. Demingin laadun parannuskonsepti, Plan-Do-Check/Study-Act (PDCA/PDSA) -sykli, on edelleen erilaisissa organisaatioissa hyödynnettävä toimintamalli. (Luthra ym. 2020, Hamid ym. 2019, Kounis 2019.) Joseph M. Juranin trilogiamalli on keino hallita niin palveluiden, kuin tuotteidenkin laatua. Juranin ajatuksena oli, että laatu muodostuu kolmen prosessin kautta: laadun suunnittelu, valvonta ja parantaminen ja siinä korostui johtamisen merkitys. Laadun suunnittelun tarkoitus on tunnistaa asiakkaat ja heidän tarpeensa, asettaa tavoitteet sekä palvelun toteutuksen ja sen ohjauksen prosessien kehittäminen. Laadunvalvonnan prosessissa arvioidaan valittujen kohteiden suorituskykyä verraten tuloksia tavoitteisiin. Mahdollisten poikkeamien suhteen ryhdytään toimenpiteisiin. Laadun parantamisen prosessiin kuuluu parantamisen tunnistamisen jälkeen projektin resurssien varmistaminen, parannustoimenpiteiden toteuttaminen ja menettelyt parannusten säilyttämiseksi. (Luthra ym. 2020, Kounis 2019, Juran 2000.)

Philip Crosby toi esiin laadun merkityksen eri näkökulmista, kuten vikojen, ennaltaehkäisyn, vaatimusten ja poikkeamien hinnan tunnistamisesta. Crosby näki, että laatu on vaatimuksenmukaisuutta, mikä saavutetaan ennaltaehkäiseviä menettelyjä hyödyntäen. Crosby puhui sisänrakennetusta laadusta, mikä vaikuttaa laskevasti kustannuksiin ja varmistaa maksimaalisen suoritustason. Crosby esitti ajatuksen

”laatu on ilmaista”, minkä takana oli ajatus nollavirhetilanteesta, kun laadunhallinta on sisäänrakennettua. (Luthra ym. 2020, Kounis 2019, Crosby 1990.)

Merkityksellisiä laadunhallinnan kehityskaarella vaikuttaneita henkilöitä ovat olleet myös Walter Shewhart, joka edisti osaltaan 1930-luvulla tilastollista laadunvalvontaa, Armand Feigenbaum, joka oli luomassa kokonaisvaltaista laadunvalvontaa ja tunnisti laadun olevan jokaisen vastuulla sekä Genichi Taguchi, joka nosti esiin laatuerojen kustannukset sekä edisti tuote- ja tuotantosuunnittelun huomioimista laadun ja kustannusten perustana. (Luthra ym. 2020, Kounis 2019.) Lisäksi Kaoro Ishikawa esitteli kalanruototaulukkojen avulla syyseuraus-suhteita ja korosti ihmisten roolia laadun tekijöinä. Shigeo Shingon on tunnettu työprosessien uudelleen suunnittelun edistämisen saralla ja Toyota-autoteollisuuden tuotantojärjestelmän tehostamisessa. (Luthra ym. 2020.)

Laadunhallinnan ulottuvuudet, ajattelu, painopisteet ja menettelyt ovat kehittyneet vuosisadan saatossa. Laadunhallinnan kehitystä vuosikymmenien aikajänteellä tarkasteltaessa on huomattavissa kumulatiivisuutta ajattelussa ja painopisteissä sekä pieneltä osin paluuta alkulähteille laaduntarkastuksen ajatteluun, vrt. tarkastus vs. omavalvonta ja valvonta. Laadunhallinnan kehitysjänne 1900-luvulta 2020-luvulle on kuvattu kuviossa 1 (Friman 2025).



**Kuvio 1.** Laadunhallinnan kehitysajanne 1900-luvulta 2020-luvulle (Friman 2025).

## 2.4.2 Laatu ja laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkailta on oikeus laadukkaisiin, turvallisiin ja asianmukaisesti toteutettuihin palveluihin sekä siihen liittyvään kohteluun. Hyvän hoidon ja kohtelun tunnusmerkkejä ovat muun muassa hoidon laatu, potilasturvallisuus, yhdenvertaisuus sekä osaava terveydenhuollon henkilöstö. (THL 2020b.) Sosiaali- ja terveystieteiden laadun määrittely on koettu vaikeaksi sektorin ominaispiirteiden vuoksi. Palvelujen käyttäjien tarpeiden heterogeisuus ja toimintojen samanaikaisuus sekä erilaiset sidosryhmät tekevät laadun määrittelystä ja mittaamisesta vaikeaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon sektorin laatu vaatii näin ollen moniulotteisen määrittelyn. Sektorin palveluille on ominaista asiakkaan näkökulmasta myös niiden tuottamisen ja käytön samanaikaisuus. Toisin sanoen organisaatioilla ei välttämättä ole riittävästi tietoa palvelun laadusta, ellei käytössä ole systemaattista mallia kerätä ja analysoida asiakaspalautteita. (Mosadeghrad 2013a.)

Maailman terveysjärjestön (WHO) näkökulmasta laadukas sosiaali- ja terveydenhuolto tarkoittaa palveluita, jotka ovat näyttöön perustuvia, turvallisia ja asiakaskeskeisiä. Lisäksi palvelujen tulee olla oikea-aikaisia, tasapuolisia, tehokkaita ja integroituja. (WHO 2024.) Sosiaali- ja terveydenhuollon laatutasoon vaikuttavat muun muassa palvelujärjestelmän onnistuminen asiakastarpeiden integroimisessa toimintaan ja käytettäviin menettelyihin sekä henkilöstön osaaminen ja taidot tämän tavoitteen saavuttamiseksi (Baguma & Uchejeso 2020).

Amerikkalaisen kansallisen lääketieteellisen akatemian, Institute of Medicine (nyk. Academy of Medicine), esittämä viitekehys sisältää kuusi tavoitetta terveydenhuollon laadulle. Palvelun ja hoidon tulee olla turvallista, pyrkimyksenä on välttää tuottamasta haittaa potilaalle. Tehokkuuden varmistamiseen kuuluu tieteelliseen tietoon perustuvien palveluiden ja hoidon tarjoaminen niille, jotka siitä voivat hyötyä, ja pidättäytyminen tarjoamasta niille, jotka eivät todennäköisesti hyödy niistä. Potilaskeskeisyyden varmistamisessa keskeiseksi on tunnistettu potilaan tarpeita ja arvoja kunnioittava, ja niihin reagoiva hoito. Oikea-aikaisuuden tavoite liittyy odottamisen ja viivästysten vähäisyyteen sekä palvelunkäyttäjän, että tuottajan osalta. Tehokkuus nähdään muun muassa aikaan, laitteisiin, tarvikkeisiin ja energiaan liittyvän hukan välttämisenä. Kuudentena tavoitteena on tasapuolisuus palvelussa ja hoidossa, minkä laatu ei vaihtelee henkilökohtaisten ominaisuuksien, kuten sukupuolen, etnisen taustan, maantieteellisen sijainnin ja sosioekonomisen aseman vuoksi. (Institute of Medicine 2001.)

Sektorin laadulle ja sen määrittelylle on ominaista, että asiakas osaltaan määrittelee laadun. Tämän vuoksi muun muassa asiakaspalautteiden kerääminen ja analysointi on tärkeää. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tarjotaan monitieteisissä ja monialaisissa tiimeissä, mikä osaltaan saattaa hankaloittaa yhtenäistä laadun määrittelyä. (Mäntysaari 1998.) Sosiaalihuollon palveluissa tunnistetaan samankaltaisia tarpeita ja ongelmia, kuin terveydenhuollossa. Siitä huolimatta nähdään, että laadunhallinta sosiaalihuollossa on terveydenhuoltoa hajanaisempaa, ajoittain vailla selkeää jatkuvuutta. Kehittäminen koetaan pikemminkin projektiluonteisena ja laadun johtaminen näin ollen luonteeltaan kertaluonteisena. (Capalupo ym. 2024.)

Meneillään olevien laajojen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellisten ja toiminnan muutosten vuoksi tulee uudelleen organisoitumisessa kiinnittää erityistä huomiota laadun varmistamiseen. Suomessa sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjataan kansallisesti erilaisilla laatusuosituksilla. Lähtökohtana laatutyössä tulee olla asiakaslähtöisyys ja asiakkaan osallisuus sekä asiakasprosessien hallinta. Sosiaali- ja terveydenhuolto ovat palvelutehtäviä, minkä vuoksi laadusta puhutaankin palvelun laaduna. (STM 2019.)

### 2.4.3 Laadunhallinnan menettelyjä sosiaali- ja terveydenhuollossa

Laadun tunnustetaan olevan yksi tärkeimmistä tekijöistä sosiaali- ja terveydenhuollossa sektorin luonteen eli ihmislähtöisyyden vuoksi. Toiminnan luotettavuuden sekä kilpailukyvyn saavuttamisen tueksi organisaatioissa voidaan hyödyntää toiminta- ja standardiperusteisesta johtamisjärjestelmän sertifiointia tai akkreditointia. (Mosadeghrad 2013a.) Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden laadunhallintajärjestelmä perustuu yleensä johonkin malliin. Se luo yhtenäisen kehyksen organisaation toiminnan turvallisuuden, oikea-aikaisuuden, tehokkuuden, suorituskyvyn ja kustannustehokkuuden arvioinnille. (Reed & Card 2016.) Alla kuvataan sosiaali- ja terveydenhuollossa yleisimmin käytössä olevia laadunhallinnan menettelyjä.

Laatustandardit huomioivat yleensä useita näkökulmia arviointikohteina, kuten asiakaslähtöisyys, johtaminen, henkilöstön osallisuus, prosessit, kehittäminen, näyttöön perustuva toiminta ja sidosryhmätyöskentely. ISO-standardit (International Organization for Standardization) ovat esimerkiksi johtamisjärjestelmään sekä prosessi- ja tuotestandardointiin tähtääviä laatustandardeja. (Melão ym. 2018.) Systemaattisesti toteutettuna standardin vaatimuksenmukaisuus sekä korkeatasoinen potilastyytyväisyys voidaan saavuttaa sisäisten ja ulkoisten auditointien, johdon katselmusten, laadunparantamissuunnitelman mukaisen kehittämisen sekä riskienhallinnan avulla. Tutkimusten mukaan laatuavoitteet liittyvät yleensä palvelujen ja rakenteiden kehittämiseen, ja ne ovat pääsääntöisesti mitattavissa. Laadunhallintajärjestelmistä puuttuvat tyypilliset toimialan substanssiin liittyvät tavoitteet. Laadunhallintajärjestelmän avulla voidaan kuitenkin tehdä analyysejä organisaation tilannekuvasta ja sen perusteella tehdä parantamispäätöksiä. (Bugdol 2023.) Organisaation toiminnan ollessa standardin vaatimuksien mukaista on järjestelmälle mahdollista saada sertifikaatti osoituksena sen laadukkuudesta (Luthra ym. 2020).

Standardien käytön hyötyjä voidaan yleisellä tasolla jakaa kahteen luokkaan, sisäiset ja ulkoiset edut. Sisäisiksi hyödyiksi on tunnustettu muun muassa laatu- ja turvallisuuden vahvistuminen, organisoitu toiminta, tehokas johtaminen, parempi dokumentointi, tuotannon tehokkuuden kasvu ja kustannusten aleneminen. Ulkoisina hyötyinä mainitaan asiakastyytyväisyys ja -uskollisuus, liiketoiminnan kasvu, valmius virallisiin tarkistuksiin sekä organisaation maineen vahvistaminen. (Başaran 2019.) Standardien nähdään tukevan kokonaisvaltaisia laadunhallinnan käytänteitä ja osallistavan henkilöstöä laadunarviointiin, ja parantamiseen (WHO 2022, Melao ym. 2018). Useat tutkimustulokset osoittavat, että standardit tarjoavat strukturoidun lähestymistavan sisäisen muutoksen käynnistämiseksi, edistävät ylimmän johdon sitoutumista laadunhallintaan muun muassa vahvistamalla resursseja jatkuvan parantamisen varmistamiseksi. Lisäksi standardeja hyödyntävissä organisaatioissa sisäiset ja ulkoiset viestintäkäytännöt on koettu toimiviksi. Toisaalta esimerkiksi vaatimus dokumentaatiolle voidaan organisaatioissa kokea työlääksi. (Melão ym. 2018.)

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollossa yleisimmin käytettyjä laadunhallinnan standardeja ovat soveltuvat ISO-standardit, EFQM (European Foundation for Quality Management) -laatupalkintomalli, CAF (Common Assessment Framework) sekä SHQS (Social and Health Quality Standard) (THL 2020). Standardiperusteisessa laadunhallinnassa jatkuvan parantamisen sykli käynnistyy yleensä nykytilan arvioinnilla itsearviointi- tai sisäistä auditointimenetelmää hyödyntämällä. Organisaatio asettaa itselleen myös tavoiteltavat laatutavoitteet ja määrittää laadun parantamisen menettelyt. Toteuttamisvaiheessa toteutetaan haluttu muutos, mikä perustuu itsearvioinnissa tai sisäisen auditoinnissa saatuihin tietoihin. Tehtyjen muutosten oikeellisuutta ja vaikuttavuutta arvioidaan sovitun ajan kuluessa ja tarvittaessa tehdään muutoksia. Toistuva arviointi ja kehittäminen tukevat muutosten suunnittelua, toteutusta ja arviointia. (STM 2019.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille on myös sektorille suunnattuja spesifejä standardeja. Esimerkiksi sosiaalihuollon palveluja varten on olemassa eurooppalainen substanssispesifi standardi, the European Quality in Social Services (EQUASS), joka on laadunarviointijärjestelmä. Standardin käytöllä tavoitellaan palveluntuottajien sitoutumista laatuun ja jatkuvaan parantamiseen, jotta voidaan varmistua Euroopan laajuisesti sektorin palvelujen laadusta. Kyseistä standardia käyttävien organisaatioiden on mahdollista saada sertifikaatti osoituksena palveluidensa laadusta. (Melão ym. 2018.) Terveysthuollossa on käytössä myös kansallisia laaturekisterejä erilaisille spesifeille kohteille, kuten esimerkiksi suun ja hampaiden sairauksien hoidon laaturekisteri. Myös erilaisia indikaattoreita on käytössä jonkin verran, kuten esimerkiksi sairaaloiden toiminnan ja tuottavuuden indikaattoreita. Kuitenkaan koko maan kattavia luotettavia vertailukehittämistä tukevia mittareita ei tällä hetkellä ole kattavasti saatavilla. Todennäköisesti tulevaisuudessa laaturekistereiden merkitys laadun ohjauksessa kasvaa (STM 2019.)

Tutkimusten mukaan organisaatioiden johto on usein kiinnostunut laatustandardin käytön taloudellisista hyödyistä. Tavoitteiden asetannalla, henkilöstön osallisuudella ja johtamisella saattaa olla mahdollista saavuttaa hyvän laadun lisäksi myös taloudellista hyötyä. (Bugdol 2023). Kuitenkaan sertifioitujen laatujärjestelmien hyödyistä kustannustehokkuuden parantamisessa ei terveydenhuollosta ole näyttöä (Lewis & Hincliff 2023). Standardien tuottaman tiedon hyödyntämistä olisi hyvä laajentaa tulosten vertailuun muiden vastaavan kaltaisten organisaatioiden kanssa (Bugdol 2023). Laadunhallinnan menettelyjen kehittymisessä on havaittavissa suuntautuminen ihmisiin ja ympäristöön, muun muassa yritysten sosiaaliseen vastuuseen sekä ympäristönäkökulmiin ja lisäksi riskienhallintaan. Sama kehitys näkyy myös kansainvälisesti käytössä olevissa laatustandardeissa. (Hamid ym. 2019.)

Erilaisissa organisaatioissa yleisesti jatkuvan parantamisen (continuous improvement, QI) menettelynä on hyödynnetty Demingin laadun parannuskonseptia, Plan-Do-Check/Study-Act (PDCA/PDSA) -sykliä. Sykli rakentuu neljästä vaiheesta. W.

Edward Deming ajatteli, että laatu on jatkuvaa kehittämistä ja laadun vaihtelun minimointia. Ensimmäisessä vaiheessa tehdään parantamissuunnitelma (P) ja toisessa vaiheessa tehdään suunnitellun parantamismuutoksen testaus (D). Kolmannessa vaiheessa tarkastetaan vaikutuksia (C), joskus tätä vaihetta kutsutaan tutkimukseksi (S). Viimeinen vaihe on oppia ensimmäisestä vaiheesta ja joko vakiinnuttaa parannettu toiminto, muokata sitä uudelleen tai hylätä se (A). (Luthra ym. 2020, Hamid ym. 2019, Kounis 2019.)

Lean-viitekehystä työkaluineen on hyödynnetty erityisesti terveydenhuollossa. Suomalaisessa terveydenhuollossa leania on hyödynnetty muun muassa taloudellisten säästötavoitteiden tunnistamisen sekä potilasprosessien tehostamisen tukena. (Jorma ym. 2016.) Lean-filosofiaan sisältyy lean-periaatteet ja -menetelmät sekä jatkuvan parantamisen periaatteen hyödyntäminen (Garnerud 2017). Leanissä keskeistä on sen periaatteiden noudattaminen sekä ihmisten kunnioitus. Henkilöstö nähdään oman työnsä asiantuntijoina, joiden osallisuus jatkuvan parantamisen toteuttamisessa on keskeistä. Lean-menetelmiä toiminnan arvioinnin ja parantamisen tukena ovat muun muassa Gemba-kävely, arvovirtakuvaus, juurisyyanalyysi ja standardoitu työ ohjineen. (Liker 2006.) Leanin hyödyntäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa edellyttää kuitenkin sektorin erityispiirteiden tuntemista. Sektorilla tyypillisesti palvelua tuotetaan ihmiseltä ihmiselle, jolloin esimerkiksi potilaan vierellä oleminen saattaa näyttytyä hukkana, vaikka se olisi hoidon onnistumisen kannalta olennaisen tärkeää. (Jokinen ym. 2023, Maijala ym. 2018.)

Asiakas- ja potilasturvallinen toiminta ja palvelu ovat osa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaislaatua. Tavoitteena on riskien tunnistamisen ja hallinnan keinoin vähentää haittatapahtumia, ja parantaa palvelun laatua ja turvallisuutta. Tavoitteen saavuttamiseen pääsemiseksi tulee varmistaa henkilöstön riskitietoisuuden kehittyminen, tietoisuus ja osaaminen ennaltaehkäisevien menettelyjen käytössä. (Al-Worafi 2024.) Asiakas- ja potilasturvallisuuteen vaikuttavia säädöksiä on sektorin lainsäädännössä paljon. Suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa kohti yhtenäistä turvallisuuskulttuuria ohjaa kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia. Kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus edistää edellä mainitun strategian jalkautumista kouluttaen, tuottaen suosituksia, toimintamalleja ja uusia työkaluja sekä ammattilaisille, että asiakkaille. (STM 2024.) Organisaatioissa hyödynnetään erilaisia tietolähteitä, menetelmiä ja työkaluja haittatapahtumien vähentämiseksi. Tilanteiden käsittely henkilöstön kanssa on keskeistä asiakas- ja potilasturvallisuuskulttuurin luomisessa ja ylläpitämisessä. (STM 2019.) Lisäksi organisaatioiden hyödynnettävissä on kansallinen vakavien vaaratilanteiden tutkintaprosessimenettely (STM 2023e).

Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon omavalvonta, mistä on säädetty valvontalailalla 741/2023, toimii menettelyinä palvelunjärjestäjän osalta omavalvontaohjelmassa määritellysti palvelujen sisällön, laajuuden ja laadun varmistuksessa. Valvonnan kohteena ovat myös henkilöstön riittävyys sekä käytössä olevien tilojen ja lait-

teiden turvallisuus ja niiden soveltuvuus palvelujen toteuttamiseen. (Valvira 2024a.) Palveluntuottajan omavalvonta kohdistuu oman toimintansa sekä alihankintana hankittujen palvelujen laadun, asianmukaisuuden ja turvallisuuden valvontaan huomioiden palvelujen jatkuvuuden varmistaminen omavalvontasuunnitelmaa hyödyntäen. Keskeistä on riskienhallinta, jotta mahdolliset riskikohdat toiminnassa voidaan ennaltaehkäistä ja tunnistaa tarvittavat kehittämiskohteet. Omavalvonnan avulla tehtävä laadunhallinta kertoo siitä, miten yksikön palvelun laatu ja asiakasturvallisuus varmistetaan, ja miten asetetuista tavoitteista poikkeamien tai asiakasturvallisuuden vaarantuessa toimitaan. Tavoitteena on, että henkilökunta arvioi toimintaansa huomioiden myös asiakkaiden ja omaisten palautteen laadusta ja asiakasturvallisuudesta kehittäessään toimintaa. Käytännössä laadunvarmistamisessa hyödynnetään järjestäjän omavalvontaohjelmaa sekä palvelutuotannon tasolla omavalvontasuunnitelmia. Omavalvonnan tuloksista raportoidaan julkisesti kolmesti kalenterivuodessa. (Valvira 2024b.)

## 2.5 Laadun johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä

Johtajuudelle on useita määritelmiä. Management-johtaminen liitetään yleensä suunnitteluun ja kehittämiseen sekä organisaatioprosessien ja resurssien hallintaan mukaan luettuna kehittämiskohteiden määrittely ja seuranta. Leadership-johtajuus puolestaan voidaan liittää ihmisten johtamiseen tulosten saavuttamiseksi, sosiaalista kontekstia painottaen. (Liphadzi ym. 2017.) Suomessa julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa lähes jokaisen johtajan rooliin kuuluu sekä management- että leadership-tyyppiseksi johtamiseksi ja johtajuudeksi määriteltyjä tehtäviä ja piirteitä.

Yksi määritelmä kuvaa johtajuutta (leadership) suhteeksi johtajan ja johdettavien välillä, missä ohjataan ja koordinoidaan ihmisten tai tiimien toimintaa kohti yhteistä päämäärää (Liphadzi ym. 2017, Al-Sawai 2013). Warren Bennis määrittelee johtajuutta itsensä tuntemiseksi, hyvän näkemyksen omaamiseksi, kommunikoinniksi, luottamuksen rakentamiseksi kollegoiden keskuudessa sekä erilaisiksi toimiksi oman johtamispotentiaalinsa toteuttamisessa. Peter Drucker taas kutsuu johtajaa henkilöksi, jota seurataan. Johtajuutta voidaan määritellä myös toteamalla, että se voi todentua milloin tahansa, missä tahansa ja erilaisissa toiminnoissa. Keskeistä on, että johtajuus (leadership) ja johtaminen (management) ovat linjassa organisaation laadun parantamisen kanssa. (Kumar 2013.) Johtajuus on tunnistettu tärkeäksi indikaattoriksi laatukulttuurin kehittymisessä ja organisaation suorituskyvyn parantamisessa (Armstrong ym. 2006).

Sosiaali- ja terveydenhuollon sektori on kompleksinen ja toiminnallinen, mikä tekee siitä johtamisen näkökulmasta haastavan. Kompleksisuus liittyy sektorille ominaiseen vahvaan professionaaliseen toimintakulttuuriin. Lisäksi sektorin raken-

teiden ja toiminnan jatkuva uudistaminen lisää sen kompleksisuutta. (Chatterjee ym. 2018, Syväjärvi & Pietiläinen 2016, Kumar 2013.) Kompleksisuudesta huolimatta julkisella sektorilla on tavoitteena toimia entistä enemmän yritysmäisten toimintatapojen mukaan toiminnan kehittämiseksi. Johtamisen haasteena on toiminnan tehostaminen resursseja vähentämällä, tavoitellen kuitenkin samaan aikaan laatutason parantamista. Johtamisen näkökulmasta onkin tärkeää löytää tasapaino palveluiden laadun ja tuloksellisuuden välillä. (Virtanen & Stenvall 2019.)

Laadun parantaminen edellyttää jonkinlaista muutosta, mikä taas edellyttää johtamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat usein kompleksisia ja osa ammattikunnista saattaa toimia varsin autonomisesti, jolloin johtajan on tehtäväänsään menestyäkseen tärkeä tunnistaa ja ylittää mahdolliset esteet laadun johtamisen tiellä. (Chatterjee ym. 2018, Kumar 2013.) Sosiaali- ja terveydenhuollon laatu- ja kehittämisen tuurin kehittyminen, asenteet ja laadukas palvelu edellyttävät asianmukaista johtamista, asiantuntevaa ja riittävää henkilöstöä sekä muita tarvittavia resursseja (Valvira 2020a).

Kirjallisuudessa korostetaan johtamisen ja laatu- ja laatunäkökohtien välistä tärkeää suhdetta, koska niillä on yhteisiä tavoitteita, kuten työntekijöiden tyytyväisyys ja organisaation suorituskyky. Laadun nähdään liittyvän johtamiseen siinäkin mielessä, että johtaja motivoi työntekijöitään, ja motivoituneet työntekijät sen myötä parantavat organisaation suorituskykyä ja laatua. Johtamisteoriat puolustavat tehokkaiksi tunnistettuja johtamistyyliä ja puhuvat laadun huomioivan johtamismallin puolesta. (Loulas 2014.) Johtamis- ja laatu- ja laatuteorioilla on yhteinen tavoite organisaation suorituskyvyn sekä työntekijöiden kokemuksen suhteen, mutta siitä huolimatta on epäselvää, mitkä johtamisen rakenteet edistävät laatua. Organisaation menestyksen saavuttamiseksi johtamisen tulisi huomioida erilaiset näkökulmat, joista yksi on laatu. (Alsarrani & Jusoh 2019.) Laadun johtaminen edellyttää johtajalta arvopohjaista johtamista ja innostusta aiheeseen sekä henkilöstön vahvaa osallistamista organisaation tavoitteiden saavuttamiseksi. Myös tavoiteltavan vision kirkastaminen ja vahva viestintä tunnustetaan tärkeiksi johtamisen osa-alueiksi. (Luthra ym. 2020.) Organisaation johdon vastuulla onkin varmistaa, että organisaatiolla on laatua koskeva strategia ja politiikka, työntekijöillä mahdollisuus osallistua laatu- ja kehittämiseen, laadun parannusprosesseihin panostetaan ja laadun parantamisen velvoite koskee koko toimialan henkilöstöä (Magd ym. 2021).

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadun johtamisessa on keskeistä huomioida organisaation laadun tekijät eli henkilöstö. Johtaminen onkin usein henkilöstöä tukevaa, kehittämiseen osallistumista mahdollistavaa ja ongelmien kuulijana olemista. Henkilöstön osaamisen varmistava johtaminen korostuu tietointensiivisellä sektorilla. (Kabak ym. 2014, Niiranen 2014.) Sosiaali- ja terveydenhuollon laadun varmistamisen ja parantamisen näkökulmasta ihmisten ja asioiden johtaminen on kriittisen tärkeää. Useat tutkimukset nostavat johtamistyylin laadun avaintekijäksi terveyden-

huollossa. Johtamistyyllillä nähdään olevan vaikutuksia organisaation tuloksiin, kuten potilastyytyväisyyteen ja vähäisiin poikkeamamääriin. (Wong ym. 2007.)

## 2.5.1 Laadun johtamisen tasoja ja tyylejä sosiaali- ja terveydenhuollossa

Laadunhallinta on osa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johtamisstrategiaa ja sen toteuttaminen käytännössä tulisi näkyä osana arjen jokapäiväistä johtamiskulttuuria. Strateginen johtaminen on tärkeä vaihe siinä onnistumisessa, koska strategisella tasolla liitetään ylimmän johdon missio, visio ja arvot organisaation joka tasolla toteutettaviin laadunhallinnan periaatteisiin. (Chiarini & Vagnoni 2017.)

Onnistunut laadunhallinta edellyttää eri tasoilla johdon sitoutumista jatkuvaan parantamiseen ja laatutyöhön. Tämä edellyttääkin aktiivista laadun johtamista ja toiminnan ohjausta. Johtamisvastuu tulee ulottua organisaation kaikilta tasoilta aina henkilöstöön ja palvelun järjestämistä vastuullisesta palveluntuottajaan saakka. (STM 2019.) Johtajuuden ja johtajien sitoutumisen puute on tunnistettu yhdeksi keskeiseksi syyksi laadunhallinnan tehottomuuteen tai systemaattisen laadunhallinnan vähenemiseen julkisessa terveydenhuollossa. Johtajuus ja laadunhallinnan arvottaminen on keskeistä laadunhallinnan vaikuttavuudelle. (Chiarini & Vagnoni 2017.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa korostuu palvelujen laadun ja lainsäädännön toteutumisen varmistaminen, palveluiden vastaavuus asiakkaiden tarpeisiin sekä taloudellisten tavoitteiden varmistaminen. Julkisella sektorilla ylin taso laadun johtamisessa on poliittinen päätöksentekojärjestelmä. Poliittisen päätöksenteon tasolla saattaa olla eri näkökulmia organisaation laatuun ja sitä ohjaaviin strategioihin, kuin organisaation ammattijohtajilla. Siinä saattaa piillä riski visionäärisen laadun johtamisen toteutumiselle, mikä taas nähdään tärkeänä laadunhallinnan tulokellisuudelle. (Chiarini & Vagnoni 2017.)

Ylimmän johdon työskentelyssä painottuvat strategiset tavoitteet sekä yhteistyö keskushallinnon ja poliittisten päätöksentekijöiden kanssa. Myös resurssien hallinnan kokonaisuus on osa strategisen tason johtamista. Vuorovaikutus henkilöstön ja yhteistyökumppaneiden kanssa on tärkeää onnistumisen kannalta. (Mehmood ym. 2014, Pfeffer & Salancik 2003.) Ylimmän johdon nähdään olevan vastuussa organisaation laadusta ja menestyksestä, minkä vuoksi organisaatioiden tulisi priorisoida johtajien laatuosaamista vahvistavaa koulutusta (Mehmood ym. 2014).

Toiminnallisen tason johtamisessa painottuvat asiakas- ja potilasyhdyspinnalla olevat asiat, kuten henkilöstön osaamisen johtaminen sekä palveluprosessien kehittäminen organisaation strategisten tavoitteiden mukaisesti. Keskeistä on välittää tietoa ylimmältä johdolta sekä kuunnella, kannustaa ja tukea henkilöstöä. Taktisella tasolla eli keskijohdon johtamistyössä painottuu yhdyspintatyöskentelyn johtaminen. Lisäksi strategisten tavoitteiden ja siihen käytössä olevien resurssien hyödyntä-

misen optimointi käytännön tason toiminnaksi korostuu taktisella tasolla. (Pfeffer & Salancik 2003.)

Organisaation koko, erilaiset tilanteet sekä ryhmät ja yksilöt määrittelevät millainen johtamistyyli kulloinkin on vaikuttava. Suurissa organisaatioissa henkilöstön osallisuuden mahdollistaminen saattaa olla heikkoa organisaation ja sen johtamisjärjestelmän kerroksisuuden vuoksi. Samasta syystä vuorovaikutus ja viestintä saattavat kärsiä, mikä osaltaan voi luoda kuvan avoimuuden puutteesta ja saattaa vaikuttaa alentavasti organisaation suorituskykyyn. (Amanchukwu ym. 2015.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilla tyypillisiä johtamistyyliä ovat transformationaalinen (uudistava), transaktionaalinen (suoritukseen keskittyvä), autoritääriinen, välinpitämätön (laissez-faire), tehtäväkeskeinen ja ihmissuhdelähtöinen johtajuus. Transformationaliselle johtamistyyliä on ominaista luoda suhteita henkilöstöön ja tukea, innoittaa sekä motivoida henkilöstöä. Tyypillistä on kyky herättää luottamusta ja kunnioitusta ja viestiä sitoutumisesta yhteiseen tavoitteeseen. Tällä on nähty olevan positiivisia vaikutuksia työntekijöiden työmoraaliin ja työtyytyväisyyteen. (Cummings ym. 2018, Frandsen 2014, Kumar 2013.) Transaktionaalisen tyylin mukaan saavutuksia ja hyviä suorituksia palkitaan. Johtaja seuraa poikkeamia ja puuttuu tilanteeseen vain, jos vaatimuksia ei täytetä. Autoritääriinen johtaja tekee kaikki päätökset huomioimatta henkilöstön mielipidettä. Autoritääriinen johtaja edellyttää henkilöstöltä virheettömyyttä. Johtamistyyli saattaa sopia kriisitilanteisiin, jolloin päätökset tulee tehdä nopeasti. (Amanchukwu ym. 2015, Frandsen 2014.) Välinpitämätön johtaja ei tee päätöksiä, vaan henkilöstö toimii ilman ohjausta ja valvontaa. Johtajat yleensä antavat alaisilleen vallan tehdä työtään koskevia päätöksiä (Frandsen 2014, Chaudry & Javed 2012.) Tehtäväkeskeiseen johtamistyyliin kuuluu toiminnan suunnittelua, roolien selkiyttämistä, asetettujen tavoitteiden, prosessien sekä suorituskyvyn jatkuvaa seurantaa. Ihmissuhdeläheinen johtamistyyli painottaa henkilöstön tukemista, kehitystä ja tunnustuksen antoa. (Yukl 2010.)

## 2.5.2 Laadun johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksessa

Sosiaali- ja terveydenhuolto on pitkään elänyt uudistusprosessien keskellä. Sektori on sekä valtakunnallisen, että alueellisen terveystalouden kohteena ja välineenä sekä lisäksi konkreettisen toiminnan toimija. (Niiranen 2014.) Tämän tutkimuksen kohdeorganisaatiot edustivat julkista sektoria. Johtamisen lähtökohdat pohjautuivat niin ollen johtamisjärjestelmän osalta osittain uuden julkisjohtamisen (New Public Management) johtamistapaan. Uuden julkisjohtamisen keskeisiä teemoja ovat markkinaohjautuvuus, sopimusohjautuvuus sekä kilpailutus, huomioiden demokraattisen päätöksenteon sekä lainsäädännön vaikutukset. Julkisen sektorin johtamisen tyypillisiä vaikuttavia osa-alueita ovat poliittisen päätöksenteon ja toimeenpanon erotta-

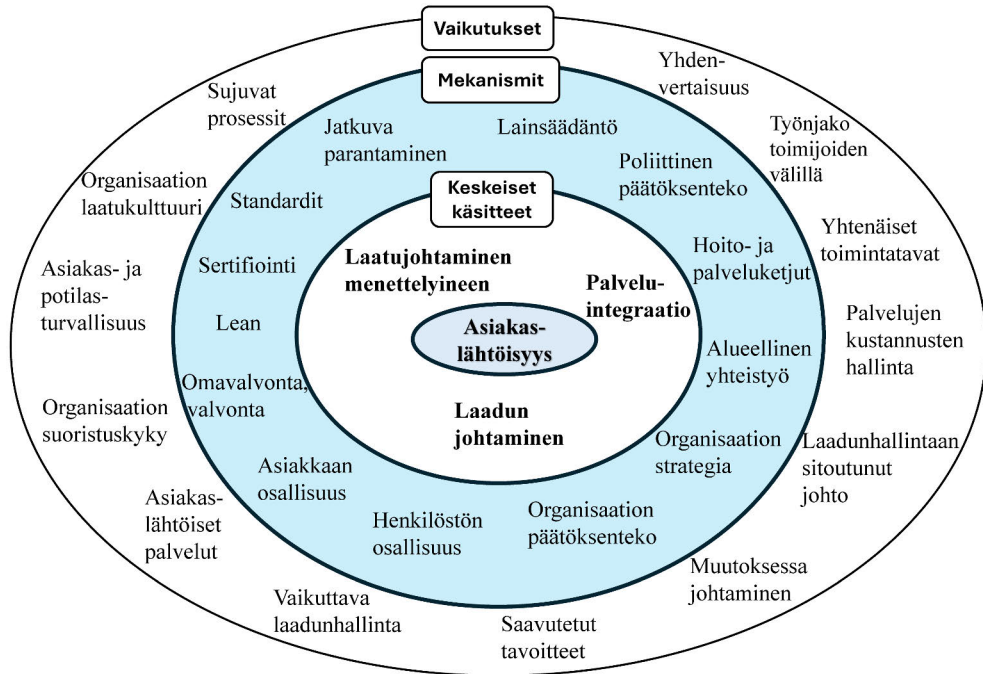
minen toisistaan, ammattijohtajat, toiminnan tehokkuuden ja tuloksellisuuden vaatimukset sekä markkinamekanismien hallitseminen, kuten sektorin kilpailutukset. Kustannustehokkuus on yksin johtamisen lähtökohdista, joka edellyttää osaamista resurssien optimaalisesta käytöstä. (Viitala & Jylhä 2019.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiomallien uudistamisessa tulee huomioida myös johtamisosaamisen muutostarpeet. Muuttuvassa toimintaympäristössä tarvitaan kollektiivisen johtamisen osaamista, koska tietoa jaetaan ja yhdistetään yhä useamman toimijan kesken. Johtamisen osaamisvaatimukseen voidaan yhdistää myös kyky tunnistaa ja hyödyntää sekä kehittää johtamiseen liittyvää osaamistaan sosiaalisessa kanssakäymisessä. (Räsänen ym. 2016.) Verkostot ovat tulevaisuudessa todennäköisesti enenevässä määrin tapa työskennellä ja se edellyttää niin ollen myös kykyä johtaa verkostoja (Niiranen & Lammintakanen 2014).

Muutoksessa ja muutoksen johtaminen vaativat johtajalta hyviä viestintä- ja vuorovaikutustaitoja sekä rohkeutta viedä suuriakin muutoksia läpi. Henkilöstö on tärkeä saada muutosprosessiin mukaan tekemään muutosta ja oppimaan uutta. (Fischer 2017.) Sosiaali- ja terveydenhuollon muuttuva toimintaympäristö edellyttää sisäisiä ja ulkoisia yhdyspintoja ylittävää yhteistyötä ja prosessien kehittämistä. Johtamisen tulee pohjautua teoriaan, tietoon ja yhtenäisiin käsitteisiin, jotta strategisen tason tarkastelu ja laajojen kokonaisuuksien hallinta on mahdollista. (Pihlainen 2020.) Toimintatapojen yhdistäminen hoito- ja palveluketjun sisällä edellyttää vahvaa koordinaatiota ja johtamista. Muutoksen johtaminen tarvitsee onnistuakseen jatkuvaa kommunikaatiota koko palveluketjun sisällä. Johtamisen eri tasoilla tulisi kyetä huomiomaan organisaation ulkopuolelta tulevat odotukset, kuten asiakkaiden, poliittisten päätöksentekijöiden ja yhteiskunnan sekä taloudelliset vaatimukset. Yhtä lailla oman työyhteisön ja siellä toimivien ammattiryhmien odotukset ja vaatimukset tulisi sovitaa yhteen muutoksen kokonaisuuteen. (Sinervo ym. 2019.)

## 2.6 Yhteenveto

Kuviossa 2 esitetään yhteenveto tässä kirjallisuuskatsauksessa tunnistetuista laadunhallintaan kytkeytyvistä sisältöalueista keskeisten käsitteiden, niihin liittyvien mekanismien ja näistä johtuvien vaikutusten osalta sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa. Kuviossa jokin tietty mekanismi ja vaikutukset eivät ole staattisesti yhdistetty johonkin tiettyyn keskeiseen käsitteeseen, vaan ne voivat tilanteesta ja ajasta riippuen vapaasti siirtyä toisen käsitteen, mekanismin tai vaikutuksen kohdalle. (Friman 2025.)



**Kuvio 2.** Yhteenveto kirjallisuuskatsauksen laadunhallintaan kytkeytyvien sisältöalueiden keskeisistä käsitteistä, mekanismeista ja vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa (Friman 2025).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmäuudistuksessa tavoitellaan useita laatuun yhdistettäviä tunnuspiirteitä, kuten palvelujen laadun ja toiminnan vaikuttavuuden paranemista sekä palvelujen saatavuutta, yhdenvertaista toteutumista ja yhteensovittamisen edistämistä. Kirjallisuuskatsauksen perusteella sosiaali- ja terveydenhuollossa on hyödynnettävissä varsin kattavasti erilaisia laatujohtamisen malleja ja menettelyjä. Lisäksi lainsäädäntö edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollossa erilaisia laadunhallinnallisia toimenpiteitä, kuten omavalvontaa eri muodoissaan. Edellä mainittujen menettelyjen systemaattisen käytön vaikuttavuudesta ei kuitenkaan juurikaan ole tutkimustietoa, kuten ei myöskään laadun johtamisen menettelyjen vaikuttavuudesta. Aiemmissä tutkimuksissa systemaattisen laadunhallinnan hyödyiksi oli tunnistettu muun muassa mahdollisuus saada tilannekuvaa organisaation laadusta ja sen perusteella tehdä parantamispäätöksiä, parantunut sisäinen kommunikaatio, laatukulttuurin vahvistuminen, yhtenäiset toimintatavat, asiakas- ja potilasturvallisuus sekä asiakastyytyväisyys. Kuitenkaan laadunhallinnan tulokulman ja laatujohtamisen hyödyntämisestä organisaatiotasoa laajemmassa kontekstissa, kuten palveluketjut, ei ollut löydettävissä tutkittua tietoa.

### 3 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa laadunhallinnan ja laatujohtamisen menettelyistä ja hyödyntämisestä sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa palvelujärjestelmän rakenneuudistuksessa. Lisäksi tavoitteena oli tunnistaa vaikuttavia johtamisen piirteitä terveydenhuollon laadunhallinnassa. Tutkimus toteutettiin neljänä osatutkimuksena. Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset osatutkimuksittain on kuvattu alla.

Ensimmäisessä osatutkimuksessa tavoitteena oli kuvata laadunhallinnan ja laatujohtamisen nykytilaa vuonna 2016 ja arvioida siinä havaittavia yhteneväisyyksiä ja eroja julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa (Osatutkimus I). Tutkimuskysymyksiä olivat:

- 1) Mitä laatujohtamisen toimintamalleja, menettelyjä sekä laadunarvioinnin menettelytapoja tutkimuskohteena olevissa organisaatioissa on käytössä?
- 2) Miten niitä on hyödynnetty toiminnan kehittämisessä sekä toiminnan ja organisaatiomuutoksissa?
- 3) Miten henkilöstö on osallinen organisaation laatujohtamisen menettelyjen kehittämisessä ja jalkautuksessa?

Toisen osatutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden palveluketjuihin kohdistuvan alueellisen yhteistyön tilaa ja tarpeita palveluketjujen laadunhallinnan näkökulmasta sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Lisäksi tarkoituksena oli tunnistaa organisaatioiden valmistautumisen piirteitä suunnitteilla olevaan rakenneuudistukseen laadunhallinnan näkökulmasta (Osatutkimus II). Tutkimuskysymyksiä olivat:

- 1) Millä tavalla sote-organisaatioissa on huomioitu laadunhallinnan näkökulma alueellisessa palveluketjujen kehittämisessä?
- 2) Mitä alueellisen yhteistyön tarpeita ja haasteita sote-organisaatioissa tunnustetaan palveluketjujen laadunhallinnan osalta?
- 3) Miten organisaatio on valmistautunut tulevaan sote-rakenneuudistukseen laadunhallinnan näkökulmasta?

Kolmannessa osatutkimuksessa tavoitteena oli kuvata ja arvioida sote-organisaatioiden toiminnan, mukaan luettuna ostopalvelut ja yhdyspinnat, laadunarvioinnin tilaa (Osatutkimus III). Tutkimuskysymyksiä olivat:

- 1) Miten organisaation toimintaprosessien laatua arvioidaan?
- 2) Miten organisaation ostopalvelujen laatua arvioidaan?
- 3) Miten toimintaprosessien laatua arvioidaan organisaation yhdyspinnoilla?

Neljännessä osatutkimuksessa oli tavoitteena kuvata ja analysoida vaikuttavia johtamisen piirteitä terveydenhuollon laadun johtamisessa (Osatutkimus IV). Tutkimuskysymys oli:

- 1) Millaisia johtamisen piirteitä voidaan liittää vaikuttavaan laadunhallintaan terveydenhuollossa?

## 4 Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen aineistot, aineistonkeruu- ja analyysimenetelmät kuvataan osatutkimuksittain. Ensimmäinen, toinen ja kolmas osatutkimus toteutettiin empiirisinä poikkileikkaustutkimuksina. Poikkileikkaustutkimus soveltuu tietoa, asenteita, esiintyvyyttä ja ominaisuuksia tarkastelemaan tutkimukseen. Poikkileikkaustutkimukset voivat olla kuvailevia ja kuvailulla pyritään arvioimaan tutkimuskohteen esiintyvyyttä ja ominaisuuksia. Tieto kerätään tutkimukseen valikoidulta kohdejoukolta sovitun ajan sisällä. (Kesmodel 2018, Zangirolami-Raimundo ym. 2018.) Menetelmä soveltuu tuottamaan pragmaattisen tiedonintressin mukaista kokemustietoa (Hildebrand 2011). Ensimmäisen tutkimusvaiheen aineistonhankintamenetelmä oli puolistrukturoitu kysely, mikä soveltuu hyvin tutkimukseen, missä tutkitaan vastaajien tietoa, näkemyksiä ja mielipiteitä. (Polit & Beck 2016, Parahoo 2006.) Strukturoitujen kysymysten lisäksi kysely sisälsi avoimia kysymyksiä, jotta olisi mahdollista saada laajempia kuvauksia näkemyksistä, kuin strukturoiduilla kysymyksillä (Brace 2018, Parahoo 2006). Kyselyssä laatujohtamisen kokonaisuutta lähestyttiin kolmen näkökulman kautta. Ensimmäisenä laatujohtaminen, toisena laadun arviointi, kehittäminen ja tulosten hyödyntäminen sekä kolmantena henkilöstön osallisuus ja laatujohtaminen. Kyselyn aineiston kuvailussa käytettiin frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. Avoimet vastaukset analysoitiin sisällön erittelyn avulla kvantifioiden. (Burns & Grove 2013, Eskola & Suoranta 2003). Osan avointen vastausten analyysissä käytettiin analyysirunkoa (Kuntaliitto 2011, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003).

Toisen ja kolmannen osatutkimuksen aineisto kerättiin puolistrukturoidulla teemaryhmähaastattelulla. Teemahaastattelu soveltuu tutkimuksiin, joissa tavoitteena on saada tietoa haastateltavien kokemuksista ja käytännön havainnoista (Burns & Grove 2013, Parahoo 2006.) Induktiivinen sisällönanalyysi tutkimuskysymyksittäin ohjasi analyysin etenemistä haastattelujen sisällöistä lähtien (Bruns & Grove 2013).

Neljäs osatutkimus oli luonteeltaan teoreettinen ja aineisto kerättiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmällä. Menetelmän tarkoituksena on koota yhteen tutkimuskysymyksiin liittyvä olemassa oleva tutkimusaineisto objektiivisesti (Parahoo 2006). Kirjallisuuskatsauksen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä (Graneheim ym. 2017, Elo & Kyngäs 2008).

## 4.1 Tutkimusaineistot

**Ensimmäinen tutkimusaineisto** kerättiin kyselyllä Varsinais-Suomen maakunnan kuuden sote-organisaation sekä yliopistosairaanhoidopiirin yksiköissä. Kuntien sote-organisaatioista valikoitui mukaan kolme yksikköä, joissa laatujohtamista oli kehitetty systemaattisesti käytössä olleen laadunhallinnan mallin mukaisesti sekä kolme yksikköä, joissa ei ollut toimeenpantu systemaattista laatujohtamista. Sairaanhoidopiirissä vastaajiksi valikoituivat tulos-, toimi- ja palvelualueiden sekä liikelaitosten johtajat (n=7), ylihoitajat tai vastaavat (n=18). Lisäksi yhdessä liikelaitoksessa vastaajana oli laatupäällikkö (n=1) ja toisessa liikelaitoksessa palvelualueiden laatua koordinoivat ylilääkärit (n=4). Kunnissa sosiaali- ja terveysjohtajat nimesivät vastaajat, jotka olivat pääasiassa hyvinvointitoimialan johtajia/sosiaali- ja terveysjohtajia (n=4), johtavia lääkäreitä (n=3), ylihoitajia tai vastaavia (n=6) sekä sosiaalihuollon esihenkilöitä (n=12) ja muun ammattinimikkeen edustajaa (n=2).

**Toinen ja kolmas tutkimusaineisto** kerättiin puolistrukturoidulla teemaryhmähaastattelulla Varsinais-Suomen maakunnan alueella olevista sote-yksiköistä, joissa oli jokin laadunhallinnan malli kattavasti käytössä ja laadunhallinnan menettelyt kuvattu. Tutkimusorganisaatioiksi valikoituivat Liedon kunnan, Salon kaupungin ja Uudenkaupungin kaupungin sote-palvelut sekä Varsinais-Suomen sairaanhoidopiirin 3 toimintayksikköä; Turun yliopistollisen sairaalan (Tyks) Lasten ja nuorten klinikka ja laboratoriotoimialue sekä Turunmaan sairaalan liikelaitos. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä haastateltavat olivat päättäviä viranhaltijoita (n=5), keski-johdon edustajia (n=5) sekä koordinaatiotehtävässä toimiva (n=1). Sairaanhoidopiirin haastateltavista vastaavasti kuusi oli päättävää viranhaltijaa (n=6), kolme keski-johdon edustajaa (n=3) sekä yksi muussa vastuutehtävässä toimiva (n=1).

**Neljäs tutkimusaineisto** koostui systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta. Aineisto koostui englanninkielisistä tutkimuksista, joissa kuvattiin johtamisen piirteiden vaikuttavuutta laadunhallintaan terveydenhuollossa. Kirjallisuuskatsauksen sisäönnotokriteerit täyttäviä tutkimuksia valittiin yhteensä 15, joista 12 oli alkuperäisjulkaisua ja kolme systemaattista kirjallisuuskatsausta. Taulukossa 2 esitetään tutkimuksen eteneminen osatutkimusten kautta.

Taulukko 2. Tutkimuksen eteneminen tutkimusaineistojen kautta.

Osatutkimus	Tutkimusasetelma	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusaineistot	Tutkimusmenetelmät	Analyysimenetelmät
I	Kuvaileva, poikkileikkaava tutkimus; vastaajina yliopistosairaanhoidopiiriin yksiköt (n=30), jonka alueen 6 sote-organisaatiota (n=27)	Kuvata laatojohtamisen nykytilaa ja arvioida yhteneväisyyksiä ja eroja julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa	Organisaation nimeämät vastuuhenkilöt; 39 kysymystä, joista 16 avointa	Puolistrukturoitu kysely	Sisällön erittely frekvenssit prosenttiosuudet.
II ja III	Kuvaileva, poikkileikkaava tutkimus, haastattavia yliopistosairaanhoidopiiriin yksiköistä (n=11), jonka alueen 3 sote-organisaatiota (n=11)	Tunnistaa sote-organisaatioiden alueellisen yhteistyön tilaa ja tarpeita palvelukehityksen näkökulmasta sekä sote-organisaatioiden valmistautumisen piirteitä suunnitella olevaan sote-rakennemuutokseen laadunhallinnan näkökulmasta	Organisaation nimeämät henkilöt; haastattelun 3 pääteemaa, joissa yhteensä 6 alateemaa	Puolistrukturoitu teema-haastattelu	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi
IV	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Kuvata ja analysoida vaikeuttavia johtamisen piirteitä terveydenhuollon laadunhallinnassa	Kirjallisuushakujen osuudet (n=3014), valitut artikkelit (n=15), joista 12 alkuperäisartikkeliä ja 3 katsausta	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Sisällönanalyysi

## 4.2 Aineistonkeruu ja analyysi

**Ensimmäisen tutkimusaineisto** kerättiin sähköisenä Webropol®-kyselynä sähköpostilla lähetetyn linkin kautta touko-marraskuussa vuonna 2016 (liite 1). Kyselyn sisällöissä huomioitiin Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen 341/2011 (Suomen lainsäädäntö 2011) sekä Kuntaliiton Terveydenhuollon laatuoppaan 2011 (Kuntaliitto 2011) keskeinen sisältö. Lisäksi huomioitiin yleisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa käytössä olevien ISO-laatustandardien, EFQM-laatupalkintomallin, CAF-laadunarviointimallin ja SHQS-standardin sisältöjä sekä hyödynnettiin vuonna 2011 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä tehtyä laatujohtamista kartoittavan kyselyn lomakkeen sisältöjä. Laatujohtamisen tilannekuvaa kartoitettiin kolmen näkökulman kautta. 1) laatujohtaminen, sisältäen kysymyksiä strategisten ja laadullisten tavoitteiden käsittelystä, johtamis- ja laatujohtamistilanteista, johdon katselmuksesta, toimintakäsikirjasta ja muista mahdollisista laatujohtamisen menettelyistä. 2) laadun arviointi, kehittäminen ja tulosten hyödyntäminen, missä kysymyksillä kartoitettiin laatujohtamisen menettelyjen hyödyntämisessä organisaatiossa, muun muassa muutoksissa, laadun arvioinnin menettelyistä ja niiden tulosten hyödyntämisestä. 3) henkilöstön osallisuus ja laatujohtaminen -osiossa kysyttiin henkilöstön osallistumisen tavoista, käytettävistä henkilöstöresursseista, koulutusten määrästä ja laadusta sekä koulutusten annin hyödyntämisestä. Kyselylomake sisälsi 39 kysymystä, joista 16 oli avointa. Sähköpostiviestiin oli liitetty saatekirje, jossa vastaajia informoitiin kyselyn tarkoituksesta ja toteutuksesta sekä tutkimuksessa käytettyjen keskeisten käsitteiden määrittelyt. Vastaajille annettiin vastausaikaa kaksi viikkoa, minkä aikana ja jälkeen vastaajille lähetettiin kahden viikon aikana kerran viikossa muistutusviesti, kunnes tavoitteeksi asetettu määrä vastauksia oli saatu. Kysely lähetettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä 60 vastaanottajalle ja vastauksia tuli 30, vastausprosentin ollessa 50. Kuuden kunnan osalta kysely lähetettiin yhteensä 42 vastaanottajalle ja vastauksia saatiin 27, jolloin vastausprosentti oli 64.

Avoimet vastaukset analysoitiin sisällön erittelyn avulla kvantifioiden ja ryhmitellen yleisemmän tason asiakokonaisuuksiksi. Osa avoimista vastauksista analysoitiin hyödyntäen analyysirunkoa. Analyysirunko pohjautui Kuntaliiton Terveydenhuollon laatuoppaan mukaiseen jäsentelyyn, joka pohjautui STM:n asetukseen laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Analyysirungon osa-alueet olivat 1) johtaminen ja vastuuhenkilöt (moniammatillisuus, toiminnan suunnittelu, seuranta, toimintalinjaukset, resurssit), 2) henkilöstöjohtaminen (periaatteet, käytänteet, henkilöstöresurssit, osaaminen työskentelyolosuhteet, työtyytyväisyys, esimiestyön arviointi), 3) henkilöstön osallistuminen (henkilöstön osallisuus toiminnan kehittämisessä), 4) henkilöstön perehdyttäminen ja koulutus (laatujohtaminen), 5) potilaan ja läheisten osallistuminen (menettelytavat, joiden avulla potilaan ja läheiset voivat antaa palautetta laatualueista), 6) laadunhallinta-asiakirjat (mm. toimintaohjeet, hoito-ohjeet, kirjaaminen, lääkehoitosuunnitelma), 7) turvallisuusriskien hal-

linta (riskien tunnistaminen, ehkäisy ja hallinta, laadun seuranta), 8) raportointijärjestelmät (palaute ja arviointi; laatumittarit ja tulosten arviointi) ja 9) alueellinen yhteistyö (yhteiset käytännöt, alueelliset hoitoketjut, tilastointi, koulutus ja kehittämissyö sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä). Kyseilyn vaihtoehtokysymysten tulosten kuvailussa käytettiin frekvenssejä ja prosenttiosuuksia.

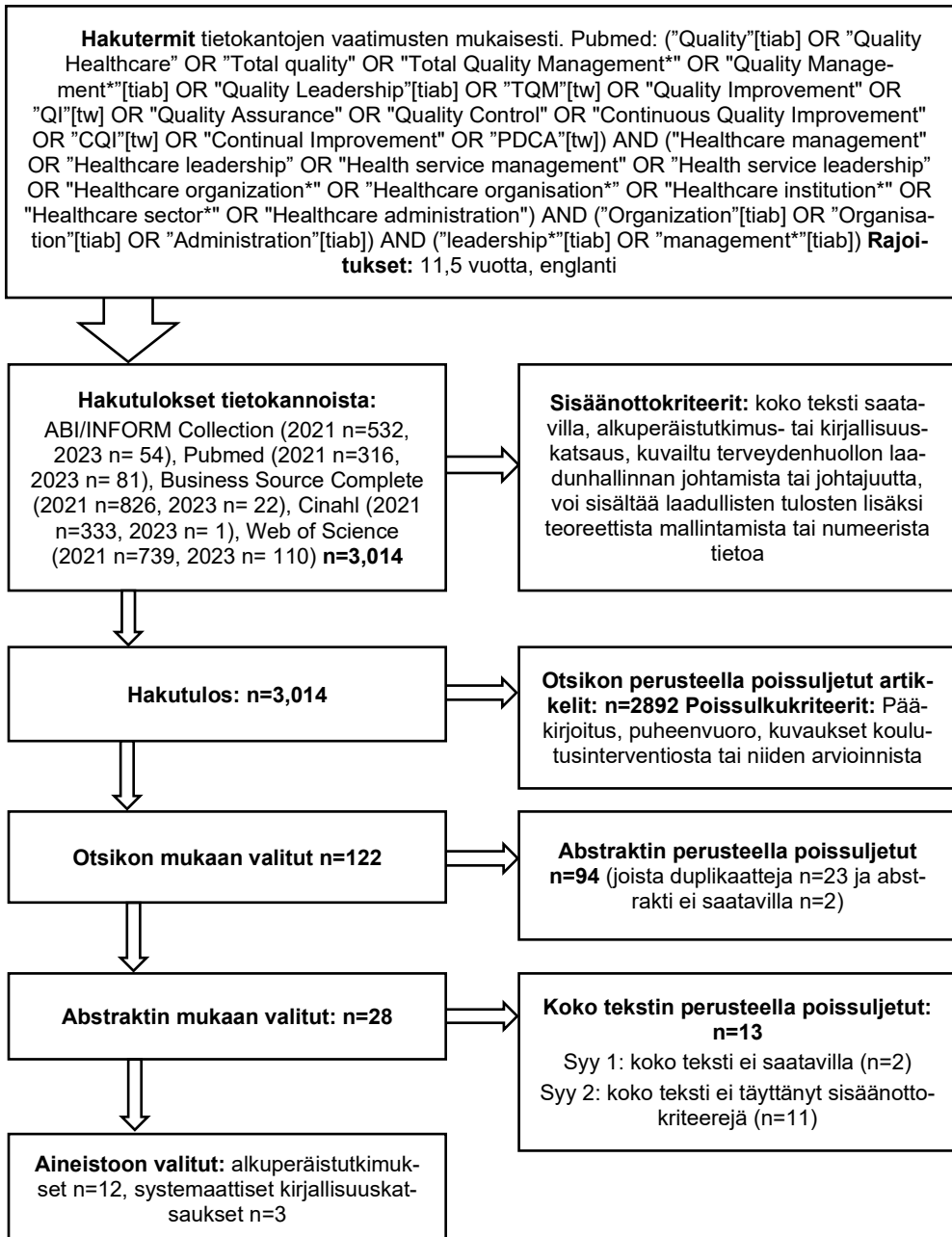
**Toinen ja kolmas tutkimusaineisto** kerättiin puolistrukturoidulla teemaryhmähaastattelulla syys-marraskuussa 2018. Haastattelussa oli kaksi pääteemaa, joissa kussakin alateemoja. Pää- ja alateemat oli laadittu mukailien väljästi STM:n asetuksen 341/2011 sekä Kuntaliiton Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatua koskevan 2011 keskeistä sisältöä. Lisäksi teemoja laadittaessa huomioitiin aiemmin mainitun sote-organisaatioiden laatujohtamisen tilaa kartoittavan kyselytutkimuksen tuloksia. Ensimmäinen pääteema oli organisaation toimintaprosessien laatu, alateemoinaan johtamisjärjestelmä, prosessien laatu ja sujuvuus sekä yhdyspintatyöskentelyn laatu. Toinen pääteema oli alueellinen yhteistyö palveluprosessien laadunhallinnan näkökulmasta, jonka alateemoja olivat palveluketjujen laadun kehittäminen osana alueellista yhteistyötä, tarpeet ja haasteet alueelliselle palveluketjujen kehittämiselle sekä sote-rakenneuudistukseen valmistautuminen laadunhallinnan näkökulmasta. Kukin alateema sisälsi 2 osa-alueita, mistä oli laadittu keskustelua ohjaavat kysymykset. (Liite 3). Haastatteluja tehtiin yhteensä kuusi ja haastateltavia oli kokonaisuudessaan 22 henkilöä, joista 11 oli sairaanhoitopiiristä ja 11 henkilöä 3 kunnasta yhteensä.

Yksi tutkija toteutti haastattelut kohdeorganisaatioiden tiloissa syys-marraskuussa 2018. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sana sanalta. Aineisto analysoitiin laadullisella, aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tutkimuskysymyksittäin. Yksi tutkija luki litteroidun haastatteluaineiston useaan kertaan läpi ja koodasi aineistosta alleviivaamalla olennaisia ilmaisuja suhteessa tutkimuskysymyksiin. Analyysiyksiköksi valittiin alkuperäisilmaisuissa ilmeneviä kokonaisuuksia tai lausumia. Alleviivatut alkuperäisilmaisut koottiin taulukoihin ja niistä muodostettiin pelkistettyjä ilmaisuja. Tämän jälkeen käytiin läpi pelkistetyt ilmaisut etsien samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samankaltaista ilmiötä kuvaavista ilmaisuista muodostettiin alaluokkia. Alaluokat nimettiin ilmaisujen sisältöä kuvaavilla käsitteillä. Seuraavaksi aineistoa abstrahoitettiin saman sisältöisiä alaluokkia yhdistämällä ja muodostettiin yläluokkia. Viimeisessä vaiheessa yläluokista muodostettiin pääluokkia. Kaksi tutkijaa arvioi analyysin logiikkaa ja kulkua, eikä sen perusteella tehty muutoksia analyysiin. Aineistosta laadittiin kaksi osajulkaisua.

**Neljäs tutkimusaineisto** kerättiin kirjallisuushakuna marraskuussa 2021 niin, että ensimmäinen haku tehtiin Turun yliopiston kirjaston asiantuntijan avustuksella tammikuun 2011 ja marraskuun 2021 välisenä aikana julkaistujen aineistojen osalta. Hakua täydennettiin lokakuussa 2023 joulukuun 2021 ja kesäkuun 2023 välisenä aikana julkaistujen aineistojen osalta. Täydennyshaussa käytettiin samoja tietokantoja

ja hakulausekkeita, kuin ensimmäisessä haussa. Käytetyt tietokannat olivat Abi/Inform, Business Source Complete, Cinahl, Pubmed ja Web of Science. Valittujen artikkelien tuli täyttää seuraavat sisäänottokriteerit: koko teksti saatavilla, alkuperäistutkimus- tai kirjallisuuskatsaus, kuvailtu terveydenhuollon laadunhallinnan johtamista tai johtajuutta, voi sisältää laadullisten tulosten lisäksi teoreettista mallintamista tai numeerista tietoa. Näin ollen pääkirjoitukset, koulutuskehyksen tai -interventioiden kuvaukset ja muut kuin systemaattiset katsaukset jätettiin pois.

Artikkelien valintaprosessi alkoi sillä, että yksi tutkija tutki koko hakuaineiston otsikot, minkä jälkeen kaksi tutkijaa lukivat näistä valittujen tiivistelmät. Seuraavaksi kolme tutkijaa lukivat valitut koko tekstit. Hakuosumia tietokannoista oli yhteensä 3 014 vertaisarvioitua artikkelia, joista 2 999 hylättiin ja 15 tutkimusta valittiin aineistoon. Näistä 15 tutkimuksesta 12 oli alkuperäistutkimusta ja kolme katsausartikkelia. Yksi tutkija teki valitun aineiston induktiivisen sisällönanalyysin pelkistämällä ja luokittelemalla aineiston. Tämän jälkeen kaksi muuta tutkijaa vahvistivat osaltaan aineiston tulkinnan. Aineiston haku- ja valintaprosessi kuviossa 3.



Kuvio 3. Aineiston haku- ja valintaprosessi.

# 5 Tulokset

Tulokset esitetään osatutkimuksittain. Ensimmäisenä esitetään laadunhallinnan ja laatujohtamisen menettelyjä ja niiden hyödyntämistä kuvaavia tuloksia Varsinais-Suomen maakunnan kuuden sote-organisaation sekä yliopistosairaanhoidopiirin yksiköissä. Toisen osatutkimuksen tuloksissa kuvataan sote-organisaatioiden alueellisen yhteistyön tilaa ja tarpeita palveluketjujen laadunhallinnan näkökulmasta yhden yliopistollisen sairaanhoidopiirin yksiköissä maakunnan alueella tutkimukseen valikoituissa sote-organisaatioissa. Tuloksissa esitetään myös sote-organisaatioiden valmistautumisen piirteitä suunnitteilla olleeseen sote-palvelurakennemuutukseen laadunhallinnan näkökulmasta. Kolmannen osatutkimuksen tuloksina kuvataan ja arvioidaan sote-organisaatioiden laadunarvioinnin tilaa, mukaan luettuna oman organisaation ulkopuolelta ostettavat palvelut ja organisaation väliset yhdyspinnat muiden palveluntuottajien kanssa. Neljännen osatutkimuksen tuloksissa kuvaillaan systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen perustuen vaikuttavan johtamisen piirteitä terveydenhuollon laadunhallinnassa.

## 5.1 Laatujohtamisen tilannekuva julkisen sektorin organisaatioissa (Osatutkimus I)

Osatutkimuksessa tutkittiin laadunhallinnan ja laatujohtamisen nykytilaa vuonna 2016 ja arvioitiin siinä havaittavia yhteneväisyyksiä ja eroja julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa kolmen näkökulman kautta: laatujohtaminen, toisena laadun arviointi, kehittäminen ja tulosten hyödyntäminen sekä kolmantena henkilöstön osallisuus ja laatuksikoulutus. Tutkimusaineisto kerättiin kyselyllä yhden maakunnan kuuden kunnan sote-organisaation sekä yliopistosairaanhoidopiirin yksiköissä.

### Laatujohtaminen

#### *Johtamisjärjestelmät ja laatujohtamiset*

Sairaanhoidopiirissä ja kunnissa oli varsin systemaattisesti kuvattu johtamisjärjestelmät. Sairaanhoidopiirin ja kuntien vastaajista lähes kaikki vastasivat, että yksikössä oli kuvattu johtamisjärjestelmä. Noin puolessa (55 %) sairaanhoidopiirin yksiköistä oli eri

laatustandardeihin perustuva laatujärjestelmä käytössä. Nämä kaikki olivat yhtä yksikköä lukuun ottamatta sairaanhoidollisten palveluiden liikelaitoksen yksiköitä. Kunnista puolella (N=3) yksiköistä oli laatustandardin mukainen laatujärjestelmä käytössä.

Sairaanhoitopiirin laatujärjestelmiä systemaattisesti käyttäneissä kyselyyn vastanneissa yksiköissä laatujärjestelmän käytössä hyödyiksi nähtiin toiminnan ja arvioinnin systemaattisuuden varmistaminen sekä poikkeavuuksien havaitseminen. Laatujärjestelmää systemaattisesti käyttäneet kuntien vastanneet sote-yksiköt näkivät hyödyiksi systematisoinnin lisäksi johtamisen tuen ja riskienhallinnan. Kehittämätön laatukulttuuri ja resurssin puute sekä käytetyn laadunhallinnan mallin heikko soveltuminen terveydenhuollon toimintaympäristöön nähtiin laatujärjestelmän hyödyntämisen esteinä. Lisäksi sairaanhoitopiirissä ja kunnissa haasteeksi koettiin yleisesti dokumentaation ylläpito.

Sairaanhoitopiirin ja kuntien vastaajat kuvailivat omaan virkatehtävään liittyvää vastuuta yksikön laadunhallinnassa avoimin vastauksin. Sairaanhoitopiirin 27/30 (90 %) ja kuntien (25/27, 93 %) vastaukset on koottu taulukkoon 3. STM:n asetuksen sisältöjen mukaisia virkatehtävään kuuluvia laatujohtamisen vastuita ja tehtäviä oli kuvattu laajasti niin sairaanhoitopiirillä kuin kunnissakin kaikilta muilta osa-alueilta, paitsi alueellisen yhteistyön osalta, jota ei kukaan vastaajista maininnut.

**Taulukko 3.** Vastaajan virkatehtävään liittyvät vastuut laadunhallinnassa sairaanhoitopiirissä ja kunnissa jaoteltuna STM:n asetuksessa (341/2011) mainitun laadunhallinnan suunnitelman sisältöjen mukaisesti.

Osa-alue	Sairaanhoitopiiri	Kunnat
<b>1. Johtaminen ja vastuuhenkilöt; moniammatillisuus, toiminnan suunnittelu, seuranta, toimintalinjaukset, resurssit</b>	Laatujohtamisen koordinointi, johdon katselmuksen puheenjohtajuus, vastuu toiminnan laadusta, vastuu laatujärjestelmän ylläpitämisestä ja kehittämisestä, tehtävän varmistaa tavoitteiden mukainen toiminta, laatu-neuvoston antamien tehtävien toteutumisen varmistaminen, toimintakertomus, hoitoisuusraportit, prosessien arviointi, eettinen toiminta, vaikuttavat hoitomenetelmät ja -käytännöt	Vastuu prosessien toimivuudesta sekä perustehtävän selkeydestä ja rajapintatyöskentelyn toimivuudesta sekä sosiaalityön kokonaisuudesta, johdon katselmus, toiminnan leanaus, laatujärjestelmän ylläpitäminen ja kehittäminen, kehittäminen vertaisarvioinnin avulla, osallistuminen johdon kehittämistyöhön laatu- ja johtamis- ja talouden yhteensovittaminen, toiminnan varmistaminen toimenpideohjelman mukaisesti, laatu- ja johtamisryhmässä toimiminen, auditointi-tulosten analysointi yhdessä johdon kanssa, organisaatiotasoisien laadunhallintastrategian laatimistyö, kehittämis-kohteiden valinta ja eteenpäin vieminen, vastuualueen kehittämistyö, laatu- ja arviointityön eteneminen

Osa-alue	Sairaanhoidopiiri	Kunnat
<b>2. Henkilöstöjohtaminen; periaatteet, käytännöt, henkilöstöresurssit, osaaminen työskentelyolosuhteet, työtyytyväisyys, esimiestyön arviointi</b>	Hoitohenkilöstön johtamis- ja esimiestyön kehittäminen, resurssien riittävyys, työohjauksen varmistus, kehityskeskusteluissa ilmenneen tiedon hyödyntäminen, rekrytoinnissa yksikön tavoitteiden huomiointi	Tiimien työskentelyn valvomisen, laatutyöhön tarvittavien resurssien varmistaminen, yksiköiden esimiehet vastaavat laatutyön jalkauttamisesta, esimiesten ja laatuvaastavien tukeminen tehtävässään laatujohtamisen ja -työn näkökulmasta
<b>3. Henkilöstön osallistuminen; henkilöstön osallisuus toiminnan kehittämisessä</b>	Yhteistyö koko henkilöstön kanssa, laaduntarkkailu, poikkeamat, sisäiset auditoinnit, menetelmäkatsaukset, laatukoordinaattorin tehtävät, laatu-työryhmätyöskentely, delegoidut laatu-työtehtävät, potilasturvallisuuskoordinaattorina toimiminen	Itsearviointien, sisäisten ja ulkoisten auditointien koordinointi, laatu-työn etenemisen seuranta yhdessä muun työryhmän kanssa, henkilöstön motivoiminen laatu-työskentelyyn, laatujohtamisen rakentaminen yhdessä henkilöstön kanssa, vertaisarviointi ja sen avulla toiminnan kehittäminen
<b>4. Henkilöstön perehdyttäminen ja koulutus; toiminnan edellyttämä perehdytys ja täydennyskoulutus sekä laatu-koulutus</b>	Perehdytyksen seuraamisen toteutuminen, osaamisen varmistaminen, koulutusten arviointi	Tiedottaminen laadunhallinnan vuosikellon mukaisista tehtävistä, uusien yksiköiden perehdytys laadunhallinnan käsitteistöön, henkilöstön opastus ja neuvonta laatu-työhön, henkilöstön laatu-kouluttaminen
<b>5. Potilaan ja läheisten osallistuminen; menettelytavat, joiden avulla potilaan ja läheiset voivat antaa palautetta laatu-puutteista</b>	Potilas- ja asiakaspalautteiden käsittely, potilastyytyväisyys-raportointi, potilasvalitusten ja muistutusten käsittely, selvityspyynnöt, vastineiden laatiminen	Asiakastyytyväisyyskyselyt, palautteisiin reagoiminen
<b>6. Laadunhallinta-asiakirjat; toimintaohjeet, hoito-ohjeet, kirjaaminen, lääkkehoidosuunnitelma jne.</b>	Oman vastualueen ohjeistuksesta vastaaminen, laatu-työn dokumentointi, hoitotyön kirjaamisen sisällön kehittäminen, yhdenmukaisen tiedon tuottaminen asiakkaille	Erilaisten ohjeistusten laatiminen ja päivittäminen
<b>7. Turvallisuusriskien hallinta; riskien tunnistaminen, ehkäisy ja hallinta, laadun seuranta</b>	Potilasturvallisuuteen liittyvien ilmoitusten käsittely, työturvallisuusilmoitukset	Riskianalyysit, laadun seuranta erilaisten arviointien avulla
<b>8. Raportointijärjestelmät, palaute ja arviointi; laatumittarit ja tulosten arviointi</b>	Laatua kuvaavien mittarien seuranta, opiskelijapalaute, näyttöön perustuvan kliinisen hoitotyön toteutumisen arviointi, esim. ravitsemus	Laatuohjelman mukainen toiminnan arviointi; ulkoinen arviointi
<b>9. Alueellinen yhteistyö; yhteiset käytännöt, alueelliset hoitoketjut, tilastointi, koulutus ja kehittämistyö sosiaali-huollon, perusterveydenhuollon ja erikois-sairaanhoidon välillä</b>	-	-

### *Johdon katselmus*

Sisällöltään johdon katselmukset olivat varsin samankaltaisia kunnissa ja sairaanhoitopiirillä, vaikkakin hieman eri painotuksin. Sairaanhoitopiirin 20/30 (67 %) vastaajien yksiköissä käsiteltiin yleisimmin henkilöstöhallinnollista tietoa sekä potilasturvallisuutta, ja taloutta ja toimintaa koskevia aiheita. Kunnissa 25/27 (93 %) vastaajien mukaan käsiteltiin eniten henkilöstöä, sitovia tavoitteita, prosesseja ja taloutta koskevaa tietoa, mutta vähemmän potilas- tai asiakaspalautteita ja potilasturvallisuuteen liittyviä asioita. Sairaanhoitopiirin ja kuntien johdon katselmuksissa käsiteltiin avoimien vastausten perusteella varsin laajasti vuoden sisällä kertynyttä tietoa muun muassa laatu- ja toimintatavoitteiden toteutumisesta. Sairaanhoitopiirin ja kuntien vastausten perusteella johdon katselmuksesta saatua tietoa hyödynnettiin toiminnan suunnittelussa ja seurannassa sekä kehittämisessä.

### *Yksikön laatu-/toimintakäsikirja*

Sairaanhoitopiirillä ja kunnissa puolesta vastanneista yksiköistä oli yksiköissä olevan käytössä laatu-/toimintakäsikirja. Nämä vastaajat edustivat yksikköjä, joissa oli laatu- ja toimintajärjestelmä systemaattisessa käytössä. Muutama sairaanhoitopiirin vastaaja (N=4) pohti tarvetta sairaanhoitopiiritasoiselle laatu-/toimintakäsikirjalle, jotta olemassa oleva tieto olisi helpompi jäsentää ja hyödyntää.

### *Organisaatioiden tulevaisuuden suunnitelmia laatujohtamisen ja laatu- ja toimintajärjestelmän kehittämiseksi*

Vastanneiden yksiköiden tarpeita ja suunnitelmia laatujohtamisen ja laatu- ja toimintajärjestelmän kehittämiseen ja hyödyntämiseen oli pohdittu sekä sairaanhoitopiirissä että kunnissa. Sairaanhoitopiirissä muutama (N=4) vastaaja koki, että nykyinen laatu- ja toimintajärjestelmän malli ei ollut käytännöllinen, eikä tukenut laatu- ja toimintajärjestelmän kehittämistä. Toiseksi vastaajat (8/22, 36 %) nostivat esiin tiedonhallinnan ja dokumenttien hallintajärjestelmän tarpeellisuuden. Lisäksi vastaajista 4/22 (18 %) näki laatu- ja toimintakäsikirjan kokoamisen ja hyödyntämisen tärkeänä.

Kunnissa vastaajista kolmasosa (7/21) nosti esiin tulevien sote-ratkaisujen vaikutukset nykyisiin laatu- ja toimintajärjestelmiin. Näissä vastauksissa esitettiin laatu- ja toimintajärjestelmien ja sen tulosten esille tuomisen tärkeyttä organisaation markkinoinnin näkökulmasta. Vastaajat edustivat niitä kuntia, joissa oli systemaattinen laatu- ja toimintajärjestelmä. Toisaalta nähtiin todennäköisenä muutos laatu- ja toimintajärjestelmien mahdollisen maakunnan laajuisen laatu- ja toimintajärjestelmän ja -menetelmien käyttöönoton myötä.

### *Käytössä olevat laadun johtamisen menettelyt*

Sairaanhoitopiirillä ja kunnissa oli vastanneissa yksiköissä hyödynnetty hyvin samankaltaisia menettelytapoja toiminnan laadun arvioinnissa ja johtamisessa. Sairaanhoitopiirin ja kuntien kaikkien vastaajien mukaan käytössä olivat seuraavat me-

nettelyt: toimintatiedon hallintajärjestelmä (BI), riskien hallinnan menettelyt, turvallisuuskulttuurikysely, prosessikuvaukset, perehdytysjärjestelmä, koulutusseuranta-järjestelmä, työhyvinvoinnin seuranta, henkilöstön sairauspoissaolojen seuranta, menetelmä- tai/ja työohjeita sekä potilasturvallisuuspoikkeamien raportointijärjestelmä. Avointen vastausten perusteella kunnissa vaikuttaisi olleen sairaanhoitopiiriä laajemmin käytössä sitovien tavoitteiden toteutumisen, prosessien sujuvuuden sekä hoidon laadun ja vaikuttavuuden seuranta. Kunnissa vastattiin käytettävän ja hyödynnettävän itsearviointien ja auditointien tuottamaa tietoa. Valtaosa sairaanhoitopiirin ja kuntien vastaajista kuvasi toiminnan laadun suunnittelu, toteutus, arviointi, kehittäminen -sykliä yksikössään.

## Laadun arviointi, kehittäminen ja tulosten hyödyntäminen

### *Laadun arvioinnin ja johtamisen menettelyjen avulla saadun tiedon hyödyntäminen*

Sekä sairaanhoitopiirin että kuntien vastanneissa yksiköissä laadun arvioinnin ja johtamisen menettelyjä hyödynnettiin monipuolisesti toiminnan kehittämisessä. Sairaanhoitopiirin vastaajista valtaosan mukaan ainakin osaa saadusta tiedosta käsiteltiin johtoryhmissä tai muissa yhteisissä kokouksissa tulosalueella ja toimintayksiköissä. Tietoja hyödynnettiin johtamisen työvälineenä toiminnan suunnittelussa, tavoiteasetannassa, arvioinnissa, kehittämisessä ja seurannassa.

Kuntien vastaajien mukaan ainakin osaa saadusta tiedosta on käsitelty johto- ja ohjausryhmissä tai työpaikkakokouksissa. Avointen vastausten mukaan tieto on jalkautettu osaksi arkityötä, minkä vuoksi tiedon välittäminen henkilöstölle on olennaista. Tietoa on analysoitu ja hyödynnetty johdon työvälineenä toiminnan suunnittelussa, talousarvion suunnittelussa ja seurannassa, kehittämiskohteiden tunnistamisessa ja kehittämisessä, muutosta edellyttävässä valmistelutyössä ja asioiden valmistelussa poliittista päätöksentekoa varten sekä asiakasnäkökulman vahvistamiseksi.

### *Laatujohtamisen menettelyjen hyödyntäminen organisaatio- tai toiminnan muutoksissa*

Sairaanhoitopiirin vastaajista 70 % mukaan laatujohtamisen menettelyjä oli hyödynnetty organisaatio- tai toiminnan muutoksissa heidän edustamissaan yksiköissä. Avoimista vastauksista neljäsosan mukaan menettelyjä oli hyödynnetty toimintojen uudelleen organisoinnissa, uusia palvelutuotteita käyttöön otettaessa ja toimintaprosessien kehittämisessä. Organisatorisissa muutoksissa oli hyödynnetty toimintatiedon hallintajärjestelmän ja erilaisten mittareiden tuottamaa tietoa.

Kunnissa vähän alle puolet vastaajista koki, että laatujohtamisen menettelyjä oli hyödynnetty organisaatio- tai toiminnan muutoksissa. Myös kuntien avoimista vastauksista kolmasosa vastaajista edusti niitä vastanneita yksiköitä, joissa oli systemaattinen laatujohtaminen. Näiden vastaajien mukaan menettelyjä oli hyödynnetty

johtamisjärjestelmän kehittämässä sekä toimintaprosessien ja -mallien kehittämässä ja muutoksissa.

## Henkilöstön osallisuus ja laatukoulutus

### *Henkilöstön osallisuus yksikön laatutyöskentelyyn*

Sairaanhoidopiirissa 27/30 (90 %) ja kunnissa 25/27 (93 %) vastaajan mukaan laatujohtamisen menettelyjen jalkautustyö on ollut moniammatillista. Sairaanhoidopiiriin ja kuntien vastaajista laatutyöskentelyssä keskeistä moniammatillisuutta eivät tunnista- neet niiden yksikköjen vastaajat (N=19), joissa ei ollut systemaattista laatujohtamista. Sairaanhoidopiiriin valtaosan vastaajien avoimien vastausten mukaan sairaanhoidopiirissä oli useita yksiköiden laadunhallintaa linjaavia ja tukevia työryhmiä sekä teemapäiviä ja projekteja, joihin henkilöstö on osallistunut. Yksiköissä, joissa oli jokin laatujohtamisen malli laajasti käytössä, henkilöstö osallistui laatutyöskentelyyn sovitun menettelyn mukaisesti. Lisäksi sekä sairaanhoidopiiriin, että kuntien yksiköissä oli nimettyjä vastuuhenkilöitä eri laatua varmistaville toiminnoille, kuten lääkehoito.

Kuntien 25/27 (93 %) vastaajan avoimien vastausten mukaan useassa yksikössä henkilöstö on osallistunut erilaisten foorumien ja vastuutehtävien kautta laatujohtamisen edistämiseen. Kolmen kunnan sote-palveluissa, joissa oli käytössä laatujohtamismalli, henkilöstö osallistui laatutyöskentelyyn sovitun menettelyn mukaisesti. Yksiköissä oli myös koulutettuja sisäisiä auditoijia, jotka tekivät suunnitelman mukaisesti sisäisiä auditointeja ja raportoivat tuloksista.

### *Henkilöstön laatukoulutus*

Sairaanhoidopiirissä johtajien ja esihenkilöiden osallistuminen yksikön sisäisiin ja ulkoisiin laadunhallintaa tai laatujohtamista koskeviin koulutuksiin oli vaihtelevaa. Sairaanhoidopiirissä ja kunnissa osallistuttiin vastauksien mukaan vähäisesti yksikön ulkopuolisiin laatukoulutuksiin. Kunnissa koulutukset kytkeytyivät käytössä olevaan laatuohjelmaan. Kuntien vastaajista vajaa puolet vastasi johtajien ja esihenkilöiden osallistuneen kunnan sisäisiin laatujohtamista tai laatujohtamista koskeviin koulutuksiin.

Laatukoulutusten keskeisimpiä sisältöjä sairaanhoidopiiriin vastauksissa kuvattiin seuraavanlaisiksi: laatujohtamisen ylläpitoon ja kehittämiseen liittyvät koulutukset, standardiin, laatuohjelmalla- tai ohjelmaan liittyvät koulutukset, prosessikoulutus sekä riskienhallinta ja turvallisuus. Kuntien osalta laatukoulutusten keskeisimmiksi sisällöiksi kuvattiin laatuohjelmalla perehtymiseen ja hallintaan liittyvät koulutukset, laatujohtamisen ylläpitoon ja kehittämiseen liittyvät koulutukset sekä prosessikoulutus ja riskienhallinta ja turvallisuus.

Osatutkimus I tulokset kokonaisuudessaan on luettavissa: Friman S, Eloranta S, Suominen S, Ikonen T. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatujohtaminen julkisella sektorilla kyselytutkimuksen kuvaamana. Focus Localis, 2018; 3:8.27.

## 5.2 Sote-palveluketjujen alueellinen kehittäminen (Osatutkimus II)

Osatutkimuksessa tutkittiin sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden palveluketjuihin kohdistuvan alueellisen yhteistyön tilaa ja tarpeita palveluketjujen laadunhallinnan näkökulmasta sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Lisäksi tutkittiin organisaatioiden valmistautumisen piirteitä suunnitteilla olevaan palvelujärjestelmän rakenneuudistukseen laadunhallinnan näkökulmasta. Tutkimusaineisto kerättiin teemaryhmähaastatteluilta yhden maakunnan kolmen kunnan sote-organisaation sekä kolmesta yliopistosairaanhoidopiirin yksiköstä. Yhteenveto tuloksista on esitetty tutkimuskysymyksittäin pääluokittain taulukossa 4.

**Taulukko 4.** Yhteenveto tuloksista tutkimuskysymyksittäin pääluokittain.

Laadunhallinta sote-palveluketjujen alueellisessa kehittämisessä	Tarpeita ja haasteita alueellisten palveluketjujen laadunhallinnassa	Sote-palvelurakenneuudistukseen valmistautuminen
<b>Työnjakoon liittyvä sopiminen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kansalliset ja alueelliset viitekehukset tukena</li> <li>- Paikallinen sopiminen työnjaosta</li> <li>- Palveluketjukuvausten hyödyntäminen työnjaosta sopimisessa</li> </ul>	<b>Palvelujen arviointi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mittarien ja tilastotiedon hyödyntäminen</li> <li>- Toimintaprosessien tarkastelu</li> </ul>	<b>Organisaation laadunhallinta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toiminnan arviointi ja kehittäminen</li> <li>- Toiminnan vakiointi</li> </ul>
<b>Hankkeet ja yhteistyöverkostot</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kansallisten hankkeiden hyödyntäminen</li> <li>- Alueellisten hankkeiden hyödyntäminen</li> <li>- Yhteistyöverkostoissa toimiminen</li> </ul>	<b>Alueellisen kehittämisen tuki</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Yhteinen laadunhallinnan viitekehys</li> <li>- Asiakaslähtöiset prosessit</li> </ul>	<b>Paikallinen sote-yhteistyö</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Palvelujen kehittäminen</li> <li>- Yhdyspintatyöskentelyn hyödyntäminen</li> </ul>
	<b>Tietojärjestelmähaasteet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tuki potilas/asiakastyölle</li> <li>- Tuki palvelun vaikuttavuuden arvioinnille</li> </ul>	<b>Digitaaliset ratkaisut</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoidon/palvelun tuki</li> </ul>

Haastateltavat kuvasivat laadunhallintaa sosiaali- ja terveydenhuollon (sote)-palveluketjujen alueellisessa kehittämisessä työnjakoon liittyvänä sopimisena sekä hankkeina ja yhteistyöverkostoina. Menettelyjä työnjaon selventämiseksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä sekä sosiaalihuollossa oli haastateltavien mukaan osittain määritelty järjestämissuunnitelmassa esimerkiksi kuntoutuksen osalta. Valtakunnalliset hoitosuosituksukset nähtiin yhtenä viitekehysenä työnjaolle, mutta haastateltavat kokivat alueellisesti sovitun työnjaon ensisijaisen tärkeäksi. Jär-

jestämissuunnitelmaan kirjatut rakenteet edellyttivät kuitenkin haastateltavien näkemyksen mukaan käytännönläheistä sopimista jalkautukseen organisaatioihin.

Aikaisempina vuosina perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjakoa oli haastateltavien mukaan tuettu yhdessä laadittujen palveluketjukuvausten avulla. Palveluketjujen kuvaustyön koettiin yleisesti lisänneen organisaatioiden toiminnan läpinäkyvyyttä ja helpottaneen työnjaon painopisteiden tunnistamista. Palveluketjukuvaukset olivat kuitenkin jääneet resurssipulan vuoksi päivittämättä, minkä haastateltavat kokivat valitettavana etenkin, kun suunnitteilla oleva sote-rakenneuudistus edellyttää toiminnan yhteensovittamista.

Tiivis paikallinen yhteistyö sekä työnjaon täsmentäminen nähtiin keskeisenä toimintamallina kustannuksien hillitsemiseksi sekä päällekkäisyyksien ja kuilujen minimoimiseksi. Esimerkiksi riittävän varhaisessa vaiheessa tehdyn siirron erikoissairaanhoidon palveluiden piiriin nähtiin johtavan oikea-aikaiseen hoitoon. Turhia kustannuksia nähtiin syntyvän muun muassa siitä, kun päällekkäisiä laboratorio- ja kuvantamisen tutkimuksia tehtiin eri toimijoiden toimesta saman palveluketjun sisällä.

Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon toimintaa oli kehitetty toimintaa alueellisten ja kansallisten hankkeiden myötä. Haastateltavat tunsivat useita alueellisia työryhmiä, joiden tavoitteena oli kehittää yhdyspintatyöskentelyn laatua, koskien esimerkiksi yksittäisiä potilaspalveluketjuja, kuntoutustyötä, ympärivuorokautista hoitoa ja kunnan palveluohjausta. Sosiaalihuollolla oli ollut erään kunnan haastateltavien mukaan yhteistyöhanke myös kolmannen sektorin kanssa, jossa tavoitteena oli edistää kehitysvammaisten sijoittumista työelämään.

Kohdeorganisaatioiden toimijoiden välillä oli haastateltavien mukaan yhteistyöverkostotoimintaa alueellisella tasolla. Perusterveydenhuollon toimijoiden välillä kuvattiin toimivaa alueellista yhteistyötä, mutta yhteistyön tiivistäminen ja hyvien käytänteiden jakaminen nähtiin tärkeäksi jatkossakin. Myös sosiaalipalveluiden alueellisen vanhustyön verkoston rooli koettiin tärkeäksi foorumiksi jakaa tietoa toimintamalleista ja saada muilta toimijoilta vertaistukea. Kehittämissyhteistyössä tavoiteltiin muun muassa alueellista yhdenmukaisuutta sote-palveluiden tarjonnassa ja laadussa. Sosiaalipalveluja edustaneet haastateltavat kokivat tärkeäksi saavuttaa yhteinen näkemys kolmannen sektorin ja kunnallisten toimijoiden välillä yhteistyöstä toisiaan täydentävien palvelujen tuottajina.

### *Tarpeita ja haasteita alueellisten palveluketjujen laadunhallinnassa*

Haastateltavat kuvasivat tarpeita ja haasteita alueellisten palveluketjujen laadunhallinnassa palvelujen arviointina, alueellisen kehittämisen tukena ja tietojärjestelmähaasteina.

Haastateltavat kokivat puutteelliseksi mahdollisuuden palvelujen alueelliseen vertailuun, mikä nähtiin tärkeäksi osaksi yhdenvertaisten palvelujen kehittämistä. Haastateltavien mukaan arviointimittarien vähyys sekä niiden epäsystemaattinen

käyttö olivat yksi syy siihen, että ajantasainen, luotettava arviointitieto ei ollut hyödynnettävissä kehittämis- ja johtamistyössä. Myös toiminnan arviointitiedon keräämisessä ja julkaisemisessa nähtiin puutteita, tarvittavan tiedon koettiin tulevan liian myöhään käyttöön. Prosessien kuvaamisesta koettiin olevan hyötyä yhtenäisen määrittelytyön tukena.

Kuntien erilaisuus sote-palvelun tuottajina tunnistettiin haasteellisena yhteisten toimintamallien kehittämiseksi ja arvioinnille etenkin, jos palvelut hankittiin ostopalveluina. Kuntien sote-sektorin ostopalvelun tuottajien oli huomattu usein jäävän alueellisen yhteistyöverkoston ulkopuolelle. Yhteistyön alueellisessa laajuudessa tunnistettiin puutteita, minkä nähtiin osittain johtuvan paikallisesta poliittisesta päätöksenteosta. Yhteisen poliittisen tahtotilan puuttuessa haastateltavat kokivat joidenkin kuntien jäävän ulkopuolelle alueellisista verkostoista ja yhteisestä kehittämisestä. Viime vuosien aikana tehty sote-uudistuksen valmistelutyön koettiin keskittyneen pitkälti sektorin rakenteisiin, eikä niinkään toimintaprosessien kehittämisenäkökulmaan.

Prosessien sujuvuuden säännöllinen tarkastelu alueen toimijoiden kesken nähtiin tärkeäksi kehittämiskohteeksi. Sen arviotiin tukevan myös prosessien asiakaslähtöisyyttä, missä haastateltavien mukaan oli puutteita. Haastateltavien näkemyksen mukaan palveluketjujen prosessiomistajuus tulisi olla mahdollisimman lähellä perusterveydenhuoltoa, koska potilas on pääasiassa perusterveydenhuollon palvelujen piirissä. Sote-organisaatioiden vastuuhenkilöiden laatuorientoituneisuudessa maakunnan alueen toimijoiden välillä nähtiin vaihtelua, minkä arveltiin vaikuttavan prosessien kehittämisaktiivisuuteen. Myös kehittämisresurssin vähäisyys erityisesti kuntien osalta nähtiin vaikuttavan organisaation kehittämisaktiivisuuteen.

Haastateltavat kokivat, että alueellisesti kattavasti käytettävästä yhtenäisestä laatu-järjestelmästä olisi hyötyä ja tukea alueellisessa kehittämis-yhteistyössä. Yhtenäisen laatu-kriteeristön vaatimusten nähtiin ohjaavan alueellisten palveluketjujen työnjaon ja toiminnan tarkastelua, arviointia ja kehittämistä, missä tunnistettiin puutteita. Laatu-näkökulman hyödyntäminen alueellisessa palveluketjujen kehittämisessä koettiin kunnissa tällä hetkellä vähäiseksi. Haastateltavilla oli yhtenäinen näkemys siitä, että alueellisesti yhteisen laadunhallinnan viitekehyksen käyttö tukisi toimintojen yhtenäistämistä, helpottaisi yhdyspintatyöskentelyä ja yhteisen käsitteistön syntymistä organisaatioiden kehittämisen tueksi.

Sairaanhoitopiirin haastateltavien mielestä yhtenä alueellisen yhteistyön haasteena olivat käytössä olevat erilaiset tietojärjestelmät, mitkä eivät tukeneet palveluketjukokonaisuuden hahmottamista ja seurantaan. Myös oman toiminnan vaikuttavuuden arvioinnin nähtiin olevan samasta syystä olematonta, koska kattavaa palautetta toiminnasta ei ollut saatavilla. Sairaanhoitopiirissä oli toki käytössä säännöllisiä asiakastapaamisia ja asiakaspalautejärjestelmiä, mikä tuotti tietoa asiakaskokemuksesta. Mutta saatu tieto ei ollut kattavaa, eikä se tukenut hoidon vaikuttavuuden arviointia.

### *Sote-palvelurakenneuudistukseen valmistautuminen*

Haastateltavat kuvasivat sote-palvelurakenneuudistukseen valmistautumista organisaation laadunhallintana, paikallisena sote-yhteistyönä ja digitaalisina ratkaisuuina.

Haastateltavat kuvasivat organisaationsa jatkavan sisäistä laatutyöskentelyä. Sen nähtiin olevan luontainen osa sote-muutokseen valmistautumista ja kilpailuvaltti palvelujen tuottamisen markkinoilla. Haastateltavien mukaan organisaatiossa käytössä olevan laadunhallinnan viitekehyksen käytön avulla toimintaa arvioitiin ja kehitettiin systemaattisesti. Toiminnan laadun ja sen menettelyjen nähtiin olevan vakioidumpaa, läpinäkyvämpää ja selkeämmin osoitettavissa. Tämän nähtiin olevan etu myös kilpailussa osaavasta henkilöstöstä.

Kuntien haastateltavat kokivat, että kunnissa paikallista sote-yhteistyötä oli laadunavulla tehty jo pitkään. Muun muassa terveydenhuollon puolella oli haastateltavien mukaan vähennetty vuodeosastopaikkoja, sosiaalipalveluissa vanhustenhuoltoa oli kehitetty avopalvelujen suuntaan ja lastensuojeluun oli perustettu perhekeskus. Laitos- ja avohoidon yhdyspinnoilla oli haastateltavien kokemuksen mukaan hyödynnetty laatutyötä yhteistyön tukena muutostyön edetessä, muun muassa yhteisissä toimintaprosessien itsearvioinneissa. Kohdeorganisaatiot olivat ottaneet palvelutarjontaansa erilaisia digitaalisia ratkaisuja, kuten omahoitomalleja ja etäseuranta-mahdollisuuksia.

Osatutkimus II tulokset kokonaisuudessaan on luettavissa: Friman S, Ikonen T, Eloranta S, Suominen, S. Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisten palveluketjujen kehittäminen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 2020; 57: 332–347.

## 5.3 Laadunhallinta sote-organisaatioiden toimintaprosesseissa, ostopalveluissa ja yhdyspinnoilla (Osatutkimus III)

Osatutkimuksessa tutkittiin sote-organisaatioiden laadunarvioinnin tilaa, mukaan luettuna ostopalvelut ja organisaation väliset yhdyspinnat muiden palveluntuottajien kanssa. Tutkimusaineisto kerättiin teemaryhmähaastatteluilta yhden maakunnan kolmen kunnan sote-organisaation sekä kolmesta yliopistosairaanhoidopiirin yksiköstä.

Haastateltavat kuvasivat menettelytapoja edustamiensa organisaatioiden toimintaprosessien, ostopalvelujen ja yhdyspintatyöskentelyn laadunarvioinnissa muiden palveluntuottajien kanssa. Tulokset esitetään tutkimuskysymyksittäin. Keskeiset tulokset on koottu taulukoihin 5, 6 ja 7.

### Toimintaprosessien laadunarviointi sote-organisaatioissa

Haastateltavat kuvasivat varsin kattavia organisaation käytössä olevaan laadunhallinnan malliin perustuvia sekä lakisääteisiä organisaation sisäisiä ja ulkoisia laadun-

arviointimenettelyjä. Laadunhallinnan mallin käytön nähtiin tuovan systemaattisuutta arviointiin ja osallistavan henkilöstöä laadunarviointiin. Lisäksi erilaiset asiakas- ja potilaspalautteet toistuivat vastauksissa arviointikeinoina. Arviointimittareiden valinta, systemaattisten mittausten toteuttaminen sekä tulosten hyödyntäminen koettiin kuitenkin puutteelliseksi. Keskeiset tulokset esitetään taulukossa 5.

**Taulukko 5.** Organisaation toimintaprosessien laadunarviointi sote-organisaatioissa, keskeiset tulokset pääluokittain.

Arviointimenettelyt	Arviointimittarit
<p><b>Laadunhallinnan mallin hyödyntäminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• arviointikriteerien hyödyntäminen jatkuvan parantamisen tukena</li> <li>• laadunhallinnan mallin edellyttämä arviointisykli arvioinnin systemaattisuuden tukena</li> </ul> <p><b>Sisäiset ja ulkoiset arvioinnit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• itsearviointit ja sisäiset auditoinnit vuosittain käytössä olevan mallin sovitulla kriteeristön osalla moniammatillisissa ryhmissä</li> <li>• ulkoiset auditoinnit laadunhallinnan mallin edellyttämien määräajoin</li> </ul>	<p><b>Tilastotieto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• organisaation tuottamat toimintatiedot suorite-määristä suhteessa tuotantosuunnitelmaan</li> <li>• taloustietojen seuranta suhteessa budjetointiin</li> </ul> <p><b>Vertaisarviointi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alueellinen vertailu vastaavien organisaatioiden toimintaan ja tuloksiin epäsystemaattista, mitattua tietoa ei kattavasti saatavilla, yhtenäisiä arviointimittareita ei nimetty</li> <li>• kansallinen vertailu vastaavien organisaatioiden toimintaan ja tuloksiin epäsystemaattista, tieto ei ajantasaista, eikä kattavasti saatavilla. Kansallisiin palvelurakennindikaattoreiden lukuihin vertailua.</li> </ul>
<p><b>Omavalvonta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• omavalvontasuunnitelma sosiaalisektorilla osana arviointia organisaation laadunhallinnan mallin lisäksi</li> <li>• organisaatiotasoinen laadunhallinnansuunnitelma osassa yksiköistä käytössä</li> <li>• organisaatiotasoinen potilasturvallisuus-suunnitelma kattavasti käytössä</li> </ul> <p><b>Moniammatillinen prosessityöskentely</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prosessien kuvaaminen ja arviointi käytössä kaikissa yksiköissä</li> </ul>	<p><b>Palautteet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• asiakas- ja potilaspalauttejärjestelmät kattavasti käytössä</li> <li>• poikkeamatiedot sosiaali- ja potilasasiamiehen (nyk. sosiaali- ja potilasvastaava) välittämänä tai asiakkaan, omaisen tai henkilöstön antama poikkeamatieto osa arviointimenettelyä</li> </ul> <p><b>Kyselyt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sidosryhmäkyselyt lähetettävät sähköiset kyselyt</li> <li>• asiakaskyselyt sosiaalihuollon asiakkaille ja omaisille</li> <li>• henkilöstökyselyt liittyen työhyvinvointiin, johtamiseen ja toimintakulttuuriin</li> </ul>

## Ostopalvelujen laadunarviointi

Ostopalvelujen laadunarvioinnin keinot ja menettelytavat olivat haastateltavien mukaan epäsystemaattisia ja vaihtelevia. Osa organisaatioiden käyttämistä ostopalveluista oli auditoidun tai akkreditoitun toimijan tuottamia, mikä nähtiin tilaajan nä-

kökulmasta osana palvelun laadun varmistusta. Ostopalvelujen laadunarvioinnin keinoissa, riittävydessä ja arvioinnin tulosten hyödyntämisessä nähtiin puutteita, minkä osittain koettiin johtuvan yhtenäisten arviointikriteerien ja -ohjauksen puutteesta. Poikkeuksena oli yksi sairaanhoitopiiriin yksikkö, missä ostopalvelujen laadunarviointia tehtiin säännöllisesti suhteessa sopimuksen tarkasti kuvattuihin laatu-määrittelyihin. Keskeiset tulokset esitetään taulukossa 6.

**Taulukko 6.** Ostopalvelujen laadunarviointi, keskeiset tulokset pääluokittain.

Laatuvaatimukset	Arviointimenettelyt
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kilpailutusmenettelyt               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ kilpailutuksessa nimettyjen laatuvaatimusten täytyminen osa ostopalvelujen laadunarviointia</li> <li>○ akkreditoitu tai auditoitu toiminta osa ostopalvelujen laadunarviointia, vaikka sitä ei käytännössä todennettaisi</li> </ul> </li> <li>• Tarve arvioida laatu-kriteerien toteutumista käytännössä tunnistettu, kriteerit, keinot ja tehtävän resursointi vaihtelevaa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arvioinnin painopistealueet vuosittain               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ alueellisesti yhteinen ajankohtainen tai reklamaatioiden pohjalta nimetty painopiste</li> <li>○ kansallisesti yhteinen ajankohtainen painopiste</li> </ul> </li> <li>• Seuranta ja valvonta               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ yksittäisten toimintojen tarkastuskäynnit, mikäli resurssi osoitettavissa</li> <li>○ reklamaatioseuranta</li> <li>○ palvelun saatavuuden seuranta</li> <li>○ erilaisten aineistojen tarkastelu, kuten kuntoutuspalautteiden lukeminen</li> <li>○ henkilöstön haastattelut ostetun palvelun laadusta</li> </ul> </li> <li>• Tarve kehittää laadun toteutumisen arviointia               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ arvioinnin riittävyys</li> <li>○ arvioinnin yhdenmukaisuus</li> <li>○ arvioinnin vaikutukset ostettavan palvelun laatuun</li> <li>○ arviointityön resursointi</li> </ul> </li> </ul>

### Toiminnan laadunarviointi sote-organisaatioiden yhdyspinoilla

Organisaatioiden yhdyspinnat ylittävien asiakasprosessien laadunarviointia tehtiin haastateltavien mukaan terveydenhuollon osalta organisaatioiden yhteisten hoitopolku- ja prosessikuvausten yhteydessä, mutta arviointi ei ollut systemaattista. Sosi-aalihuollon ja terveydenhuollon välisen asiakasprosessin arviointi oli haastateltavien mukaan vielä hyvin vähäistä. Yhtenäisen laatu-järjestelmän koettiin tukevan yhteistyötä. Systemaattista arviointia kuvattiin yhdessä sairaanhoitopiiriin yksikössä, missä yksiköstä nimetty henkilö varmisti yhdyspintatyöskentelyn laatua riskienarviointimenettelyn ja laatuindikaattoreiden avulla. Keskeiset tulokset esitetään taulukossa 7.

**Taulukko 7.** Toimintaprosessien laadunarviointi sote-organisaatioiden palveluntuottajien yhdyspinnoilla, keskeiset tulokset pääluokittain.

Asiakasprosessien arviointi	Laadunhallinnan menetelmien hyödyntäminen
<p>Yhteisiä palvelu- ja hoitopolkukuvauksia ja prosessikuvauksia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>organisaation ulkopuolelle ulottuvien prosessien tunnistaminen</li> <li>yhteisiä itsearvioiteja yhdyspinnalla toimivan organisaation kanssa, erityisesti terveydenhuollossa</li> </ul> <p>Tarve tunnistaa asiakkaan/potilaan prosessi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>yhdyspintaorganisaatioiden välinen yhteinen budjetointia edeltävä suunnittelu mahdollisista muutostarpeista, resurssien käytön optimoimiseksi ja oman toiminnan osaoptimoinnin ehkäisemiseksi</li> <li>osaamisen hyödyntäminen ja varmistaminen kriittisissä kohdissa palvelun jatkumisen varmistamiseksi</li> </ul>	<p>Yhtenäinen laatujärjestelmä</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>arviointikriteeristö yhdyspinnan toiminnan läpinäkyvyyden varmistamisen tukena</li> <li>laatusanasto kommunikoinnin tukena tarpeiden ja vahvuuksien tunnistamisessa</li> <li>arviointisykli laatujärjestelmän edellytysten mukaisesti</li> <li>erikoissairaanhoidossa laaturekisterien hyödyntäminen</li> </ul>
<p>Tarve yhtenäiselle asiakas- ja potilastietojärjestelmälle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>asiakas- ja potilasprosessin tiedonkulku</li> <li>lähete- ja palautekäytänteet asiakkaan ja potilaan liikkeessä palvelujen perus- ja erikoistason välillä eri organisaatioissa</li> </ul>	<p>Tarve laajentaa yhtenäisen laatujärjestelmän käyttöönottoa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>toimintaprosessit linkittyvät yli organisaatio-rajojen</li> </ul>

Osatutkimus III tulokset kokonaisuudessaan on luettavissa: Friman S, Suominen S, Eloranta S, Ikonen T. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunarvioinnin tila – merkittävimmät puutteet ostopalvelujen laadunarvioinnissa. *Lääkärilehti* 2021; 35:31–38.

## 5.4 Johtamisen piirteet terveydenhuollon vaikuttavassa laadun johtamisessa (Osatutkimus IV)

Osatutkimuksessa tutkittiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen (n=15) ja sisällön analyysin avulla vaikuttavia johtamisen piirteitä terveydenhuollon laadun johtamisessa Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista 12 oli alkuperäisjulkaisua ja kolme systemaattista kirjallisuuskatsausta.

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valittiin sisäänottokriteerien mukaisesti 15 tutkimusartikkelia, joista kolme oli systemaattisia katsauksia. Alkuperäiset tutkimukset (taulukko 8) (n=12) oli tehty seuraavissa maissa: Australia (n=2), Kanada (n=1), Englanti (n=1), Suomi (n=1), Iran (n=2), Jordania (n=1), Oman (n=1), Ruotsi (n=1) ja Yhdysvallat (n=2).

Taulukko 8. Tutkimukseen sisällytetyt alkuperäistutkimukset.

Kirjoittaja(t), vuosi, maa	Tutkimus- yksikkö	Aineistonkeruu- menetelmät	Tiedonantajat (n)	Tutkimuksen kohde	Tutkimuksen keskeiset tulokset
<b>Rawshdeh ym., 2023, USA</b>	Terveyden- huollon orga- nisaatio	Puolistruktu- roidut haastatte- lut	12 terveydenhuo- lon asiantuntijaa	Mielipiteet ja näkemyk- set laadunhallintajärjes- telmien käyttöön otosta terveydenhuollon orga- nisaatioissa	Ehdotetussa viitekehyksessä tunnistettiin kuusi kiinnostavaa aluetta: laadunhallintajärjestelmän määritelmät, täytäntöönpanon onnistuminen, ter- veydenhuollon monimutkaisuus, esteet, edistäjät ja hyödyt
<b>Avery ym., 2021, Australia</b>	Terveyden- huollon orga- nisaatio	Haastattelut	12 ylempään joh- toon kuulumatonta johtajaa	Keskeiset hallinto- ja johtamistoiminnot, joilla on vaikutusta laatuun, riskeihin ja turvallisuus- teon	Johtamisen keskeisenä tavoitteena on vaikuttaa positiivisesti ja synnyttää vahvaa laatua-, riski- ja turvallisuuskulttuuria kliinisessä ja ei-kliinisessä toiminnassa. Kriittisten asioiden raportointi, laatu- ja riskijärjestelmien jatkuva kehittäminen
<b>Hibert ym., 2021, Australia</b>	Terveyden- huollon orga- nisaatio	Haastattelut ja havainnot	19 kliinikkoa ja neijä kehittäm- ryhmän jäsentä	Laadunparannus-pro- jektien onnistuneeseen toteuttamiseen vaikut- tavat tekijät.	Laadunparannusprojektien onnistunut jaalkautus hyödynnäen valittua laadunhallintajärjestelmää, ammattitaitoinen henkiökunta kehittämistiimei- hin, aktiivinen johtamisen ja johdon osallistumi- nen sekä ymmärrys tiimien tärkeydestä
<b>Singh ym., 2019, USA</b>	Palliativisen ja saattohoi- don organi- saatio	Puolistruktu- roidut haastatte- lut	Seitsemän osas- tonjohtajaa	Johtajien asenteet ja käsitkset laadunhallin- nan strategioiden so- veltamisesta	Laadunhallinnan prosessien onnistunut jaalkautu- minen edellyttää tukea ja kannustavaa johta- juutta, johtajien tulee olla sitoutuneita ja osallis- tua laadun parantamisen prosessiin ja tarjota tar- vittavat resurssit. Vahva viestintä lisää hoidon laatua ja tehokkuutta.
<b>Al Khamisi ym., 2018, Oman</b>	Sairaala	Laadun paranta- misen menetel- män jaalkautami- nen ja haastatte- lut	Laatupäälliköt	Tietopohjaisen järjestel- män käyttöön otto ter- veydenhuollon laadun- hallinnassa	Terveydenhuollon johtamisen laatuun vaikuttavat kysymykset: laatuultuurin luominen ja edistämi- nen, arvojen mukaiset päätökset, turvallisen työ- ympäristön edistäminen. Suunnittelu, yhteisön tarpeiden suunnittelu, riskeihin varautuminen, toimintasuunnitelman laatiminen. Laadun ja poti- lasturvallisuuden parantaminen.

<b>Alloubani ym., 2018, Jordan</b>	Terveydenhuollon organisaatio	Kaksi kyselyä	50 hoitotyön johtajaa, 150 sairaanhoitajaa	Esimiesten johtamistyö-	Tutkimus osoitti merkittävän positiivisen korrelaation transformatiivisen johtamistyölin ja organisaation tulosten, kuten työtyytyväisyyden, johtajan tehokkuuden ja hoitotyön laadun välillä.
<b>Jones ym., 2017, Englanti</b>	Terveydenhuollon organisaatio	Haastattelut, havainnoinnit ja dokumentit	65 hallituksen jäsentä, 60 tuntia kokoushavainnointia ja hallituksen kokousasiakirjoja	Organisaation hallinto-	Lautakuntien laadun parantamiseen liittyvän kypsyysasteen ominaisuudet: laadun parantamisen priorisointi, saatavilla olevan tiedon hyödyntäminen, potilaiden ja henkilökunnan sitoutuminen, laatu-kulttuuri, klininen johtajuus sekä kehittäminen lyhyen ja pitkän aikavälin suunnitelmat.
<b>Ajmal ym., 2016, Suomi</b>	2 keskussairaala	Puolistrukturoidut haastattelut	Johtajat, laatu-päälliköt, poliitikot	Kokonaisvaltaisen laadunhallinnan kehitys, periaatteet ja vaiheet terveydenhuollon organisaatioissa	Laadunhallinnassa tärkeää on kokonaisvaltaisuus, systemaattinen toimintatapa, johdon ja henkilökö-
<b>White ym., 2016, Kanada</b>	Sairaala	Kysely ja puolistrukturoidut haastattelut	105 seniorijohtajaa ja 144 tiiminvetäjää (kysely), 44 seniorijohtajaa ja 45 tiiminvetäjää (haastattelut)	Esteet ja edistäjät laadun parantamisen toteuttamiselle ja vaikutustensa mittaamiselle	Laadunhallintajärjestelmä tarvitsee vahvoja, sitoutuneita johtajia, jotka tukevat roolia, eivät vain johtavat ylhäältä, edistävät laatu-kulttuuria, aset-tavat visiota, sitouttavat henkilöstöä laatu tiimien aloitteisiin sekä mahdollistavat resurssit.
<b>Mosadeghrad 2014a, Iran</b>	Sairaalat: 6 julkista, 2 yksityistä	Yksilö- ja ryhmähaastattelut	222 palveluntarjoajia, johtajia, päättäjiä ja maksajia	Terveydenhuollon laadun vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen	Kannustava, visioäärinen johtaminen, asianmu-kainen suunnittelu, koulutus, resurssien saata-vuus, tehokas resurssien, työntekijöiden ja pro-sessien hallinta sekä palveluntarjoajien välinen yhteistyö voivat parantaa terveydenhuollon laatua.
<b>Mosadeghrad 2014b, Iran</b>	Terveydenhuollon organisaatio, jossa kokonaisvaltainen laadunhallinta ja kaikin-	Haastattelut ja kysely	50 terveydenhuollon henkilöstöä (haastattelu) ja 55 vastaajaa (kysely)	Esteet kokonaisvaltaisen laadunhallinnan onnistuneelle toteuttamiselle	Ylimmän johdon osallistuminen on erittäin tärkeä tekijä laadunhallinnan onnistumisessa. Esimies-ten riittämätön tietämys kokonaislaadunhallinnan toteutuksesta, huono suunnittelu, johtamisen vaihtelevuus, heikko laatu-kulttuuri, tiimien osalli-suuden, jatkuvan koulutuksen ja asiakaslähtöi-sen toimintamallin puute liitettiin laadunhallinnan epäonnistumiseen.

<p><b>Eig ym., 2011, Ruotsi</b></p>	<p>Perusterveyden huollon yksikkö ja sairaalan osasto</p>	<p>Kysely</p>	<p>1179 johtajaa</p>	<p>Terveydenhuollon organisaatioiden johtamiskäytäntöjen ja laadun parannustyön kehitystrendien tutkiminen</p>	<p>Kolme erilaista suuntausta tunnistettiin ja kehitettiin empirisesti. 1. Ohjaus: esim. sähköisten arkistojen, laaturekisterien, tietojärjestelmien jne. hallinnassa 2. Käytännön kehittäminen: ongelmanratkaisuun työkaluja, periaatteita ja menetelmiä, jotka mahdollistavat analyysin ja varsinaiseen hoitoon liittyvän toiminnan muuttamisen. 3. Potilaskeineinen ajattelu.</p>
---	---	---------------	----------------------	--	--

Tähän tutkimukseen hyväksyttiin kolme systemaattista katsausta (taulukko 9). Yhdessä katsauksista tunnistettiin ja analysoitiin terveydenhuollon onnistuneeseen lean-ajatteluun liittyviä johtamisen menettelyjä ja johtamisen ominaisuuksia (Majjala ym. 2018). Toisessa katsauksessa arvioitiin erilaisten johtamistyylien ja terveydenhuollon laatumittausten välistä yhteyttä (Sfantou ym. 2017). Kolmannen katsauksen tarkoituksena oli tunnistaa kokonaisvaltaisen laadunhallinnan käytäntöjä, joita voidaan toteuttaa menestyksekkäästi terveydenhuollossa (Talib ym. 2011).

Taulukko 9. Tutkimukseen hyväksytyt systemaattiset katsaukset.

Kirjoittajat, vuosi, katsaustyyppi	Sisänotto- ja poissulkukriteerit	Laadun johtamista tai johtajuutta kuvaavien tutkimusten määrä	Tutkimusasetelma ja maa	Tutkimuksen kohde	Katsauksen keskeiset tulokset
Majjala ym., 2018, systemaattinen katsaus, laadullinen sisällönanalyysi	Kuvaus lean-johtamisesta tai -johtajuudesta terveydenhuollossa, viittaus lean-ajatteluun, vertaisarvioitu alkuperäinen tutkimus tai kirjallisuuskatsaus tammikuusta 2011 helmikuuhun 2016	12 artikkelia Leanin onnistuneen toteuttamisen johtamisperiaatteesta	Terveydenhuollon organisaatiot, suurin osa Yhdysvalloista, muut Hollannista ja Kanadasta	Tunnistaa ja analysoida terveydenhuollon onnistuneeseen Lean-ajatteluun liittyviä johtamisen ja johtajuuden ominaisuuksia	Lean johtamisen ja johtajuuden ominaisuudet: ongelmanratkaisutekniikat ja -taidot, mittaanminen, viestintä, johtajien rooli mentoreina, valmentajina tai fasilitaattoreina, tunnealy, moniammatillisuus, jatkuva oppiminen, ammatilliset arvot, kommunikointi visiosta ja kehittämis-kohteista, asiakaslähtöisyys
Sfantou ym., 2017, systemaattinen katsaus	Kvantitatiivinen metodologia, raportoi johtamistyylistä ja terveydenhuollon laaturmittauksista, vertaisarvioituissa julkaisuissa julkaistut artikkelit, epidemiologiset tutkimukset, vuosina 2004–2015 julkaistut tutkimukset	18 artikkelia johtamistyyleistä, jotka korreloivat hoidon laatuun ja siihen liittyviin toimenpiteisiin	Terveydenhuollon organisaatiot, suurin osa Yhdysvalloista ja Kanadasta, muut Suomesta, Saudi-Arabiasta, Kuwaitista ja Norjasta	Tunnistaa, onko erilaisten johtamistyylien ja terveydenhuollon laadunarviointitulosten välillä yhteys	Johtamistyyleillä on olennainen merkitys laadunarvioinnissa, johtamistyyliä pidettiin tärkeänä osana hyvin koordinoitua ja integroitua hoitoa
Talib ym., 2011, systemaattinen katsaus	Kuvaus kokonaisvaltaisen laadunhallinnan tai laadunhallinnan toteutuksen käytännöistä terveydenhuollon organisaatioissa, vertaisarvioitu alkuperäinen tutkimus tai kirjallisuuskatsaus, julkaistu vuosina 1995-2009	15 artikkelia, jotka keskittyivät kokonaisvaltaiseen tai laadunhallintaan vaikuttaviin tekijöihin ja käytäntöihin	Terveydenhuollon organisaatiot	Tunnistaa kokonaisvaltaisen laadunhallinnan käytänteitä onnistuneessa käyttöön-otossa terveydenhuollon organisaatioissa	Kahdeksan parasta käytäntöä tunnistettiin: ylimmän johdon sitoutuminen, tiimityö ja osallistuminen, prosessien hallinta, asiakaslähtöisyys ja -tyytyväisyys, resurssien hallinta, organisaatiokäyttätyminen ja kulttuuri, jatkuva parantaminen ja koulutus

### *Laadun johtamisen piirteiden analyysi*

Sisällönanalyysin avulla alkuperäisistä artikkeleista tunnistettiin kuusi erilaista johtamisen piirteiden pääluokkaa ja niiden yhteys laadunhallinnan tehokkuuteen. Kategoriat voitiin jakaa management- ja leadership-johtamiseen, mutta analyysissä tunnistettiin myös ominaisuuksia, jotka voitiin yhdistää molempiin käsitteisiin. Tulosten suomenkieliset vastineet kuvaavat johtamista menettelyineen sekä johtajuutta, missä johtajan henkilökohtaiset ominaisuudet korostuvat. Tässä katsauksessa käytimme viitattujen julkaisujen terminologiaa, eikä management- ja leadership-johtamisen ulottuvuuksia ole erotettu toisistaan. Johtamisen tunnuspiirteet olivat strateginen, tietoperusteinen, arvopohjainen, kannustava, osallistava ja kommunikoiva johtaminen. Taulukossa 10 on esitetty näiden kuuden johtamisen piirteen yhdistäminen ala- ja yläkategorioiksi.

Taulukko 10. Aineistosta tunnistetut laadun johtamisen piirteet ala- ja yläluokittain.

Johtamisen piirre	Strateginen johtaminen	Tietoperusteinen johtaminen	Arvopohjainen johtaminen	Kannustava johtaminen	Osallistava johtaminen	Kommunikoiva johtaminen
Suhteessa onnistuneeseen (+) ja epäonnistuneeseen (-) laadunhallinnan toteuttamiseen	<b>Strateginen päätöksenteko</b> (+) Vision ja strategian asettaminen laadun parantamiseksi (+) Laatur-, riski- ja turvallisuus suunnitelmien on oltava organisaatiossa kaikkialla (+) Laadun parantamisen tavoitteiden määrittely (+) Kyky tehdä strategisia päätöksiä laadun parantamisen edistämiseksi (-) Organisaatiossa laadunhallinnan ja -tavoitteiden sekä linjausten, menettelyjen ja roolien ja vastuiden määrittelyjen puute	<b>Kokemustiedon hyödyntäminen</b> (+) Vertailukehittäminen korkean suorituskyvyn organisaatioihin vertausten (+) Laadunhallinnan osaajien kokemuksista oppiminen (+) Työntekijöiden ja potilaiden näkemysten huomioiminen laadunhallinnan johtamisessa	<b>Arvojen ja laadunhallinnan luominen ja tukeminen</b> (+) Johtajat arvojen ja laadunhallinnan määrittelyä (+) Arvoihin perustuva johtamistyö <b>Laadun- ja riskienhallinnan priorisointi</b> (+) Laadun asettaminen etusijalle (+) Laadun- ja riskienhallinnan vastuiden ymmärtäminen ja priorisointi	<b>Kannustava johtamistyö</b> (+) Kannustava rooli vaikuttaa positiivisesti korkeaan suorituskykyyn laadunhallinnassa (+) Sitoutuminen ja vastuunkanto laadun ja laatujohtamiseen tukee työntekijöitä laadun parantamisessa (+) Työntekijöiden ja laadunhallinnan johtamistyö tukee laadun parantamisessa (+) Työntekijöiden tukeminen tavoittelemaan laadun parantamistavoitteita (-) Heikko tuki ylellä johdolta (-) Esimiesten vaihtuvuus vaikuttaa laadunhallinnan toteuttamiseen	<b>Henkilöstön osallistaminen</b> (+) Työntekijöiden järjestelmällinen osallistaminen laadun parantamiseen (+) Työntekijöiden kuunteleminen laadunhallinnan tarpeiden ja ongelmien ymmärtämiseksi (+) Laadunhallinnan työkalujen ja menettelyjen soveltuvuuden arviointi työntekijöiden kanssa (-) Rajoitettu aika osallistua laadunparannusprojekteihin	<b>Keskusteleva johtamistyö</b> (+) Vahva viestintä työntekijöiden kanssa laadunparannusprosessien syistä ja vaikutuksista (+) Viestintä organisaation johtajien ja tiimien välillä (-) Kyvyttömyys kommunikoida laadun parantamisesta työntekijöiden kanssa
	<b>Strategian toteuttaminen</b> (+) Laadunhallinnan resurssien varmistaminen (-) Ongelmat laadunhallinnan edistämiseksi (-) Heikko sitoutuminen laadunhallinnan strategiaan (-) Laadun parantamisen menettelyjen ja laadunhallinnan heikko suunnittelu ja toteutus vaikuttavat negatiivisesti laadun parantamisprojektiin tuloksiin	<b>Organisaation raportointitietojen hyödyntäminen</b> (+) Laatu- ja turvallisuusnäkökohtien analysointi, yhteyksien tunnistaminen eri lähteiden tietojen välillä ja määrällisen tiedon täydentäminen laadullisilla tiedoilla				

### *Strateginen johtaminen*

Laadunhallinnan tunnistaminen strategisen tason asiaksi mainittiin useissa artikkeleissa tärkeänä lähtökohtana onnistuneelle laadunhallinnan toteuttamiselle (Rawshdeh ym. 2023, Singh ym. 2019, Al Khamisi ym. 2018, Jones ym. 2017, White ym. 2016, Mosadeghrad 2014a, Mosadeghrad 2014b). Avery ym. (2021) mukaan strategioiden tulee liittyä laadunhallintaan sekä riskien- ja turvallisuudenhallintaan koskien laajasti koko organisaatiota (Avery ym. 2021).

Jonesin ym. (2017) mukaan laadunhallinta oli edistynyttä organisaatioissa, joissa päätöksenteko laatutavoitteiden saavuttamiseksi oli viety strategiselle tasolle. (Jones ym. 2017). Strategisen tason päätöksenteolla nähtiin olevan positiivisia vaikutuksia henkilöstön sitoutumiseen laadun parantamiseen sekä kehittämiseen. Tähän vaikutti muun muassa se, että sen tason päätöksillä koettiin turvattavan resursseja laadun parantamiseen sekä kehittämiseen. (Rawshdeh ym. 2023, Singh ym. 2019, White ym. 2016, Mosadeghrad 2014a, Mosadeghrad 2014b.)

Mosadeghradin (2014b) tutkimuksen mukaan organisaation strategioiden ja laatutavoitteiden puute vaikuttaa negatiivisesti laadunhallinnan toteuttamiseen panostukseen. Organisaatio, jolla ei ole laatutavoitteita, -politiikkaa ja -menettelyjä, onnistuu harvoin vakuuttamaan työntekijänsä sitoutumaan laadun parantamiseen. Laadunhallinnan roolien ja vastuiden määrittelyn puute nähtiin myös esteenä laadunhallinnan tehokkaalle jalkautumiselle. (Mosadeghrad 2014b.) Johtajien heikko sitoutuminen organisaation laadunhallintastrategiaan nähtiin esteenä sen käytännön toteuttamiselle (Jones ym. 2017, Mosadeghrad 2014b).

### *Tietoperusteinen johtaminen*

Alloubani ym. 2019 korosti kokemuspohjaisen tiedon hyödyntämistä laadun johtamisessa (Alloubani ym. 2019). Joissakin tutkimuksissa tunnistettiin tietoperusteisen johtamisen eri ulottuvuuksia, kuten vertailukehittämisen menetelmä, (Jones ym. 2017), henkilöstön kokemukset (Mosadeghrad 2014a, Ajmal ym. 2016) ja organisaation sisäisen raportoinnin hyödyntäminen (Rawshdeh ym. 2023, Jones ym. 2017, Ajmal ym. 2016, Elg ym. 2011). Erilaisten organisaatioissa esiintyvien positiivisten ja negatiivisten laatu- ja turvallisuustrendien analysointi tukee ongelmien syntymisen ymmärtämistä ja edistää ennakoivuutta (Jones ym. 2017, Ajmal ym. 2016).

### *Arvopohjainen johtaminen*

Arvopohjainen johtaminen mainittiin useissa artikkeleissa linkittyvän onnistuneeseen laadunhallintaan. Kirjoittajat korostivat johtajan roolia arvojen määrittelyssä ja laadukulttuurin luomisessa organisaatioissa (Rawshdeh ym. 2023, Al Khamisi ym. 2018, Jones ym. 2017, White ym. 2016, Mosadeghrad 2014a, Avery ym. 2021, Alloubani ym. 2019).

Laadunhallinnan ja laadun parantamisen priorisointi organisaatiossa nähtiin johtajien arvopohjaisena valintana. Laadun- ja riskienhallinnan omaksuminen johtamistavaksi nähtiin tukevan laadunhallinnan toteutumista. (Jones ym. 2017, Avery ym. 2021, Hibbert ym. 2021.) Lisäksi nähtiin, että johtajien tulisi ymmärtää laadun ja riskienhallinnan priorisoinnin tärkeys ja vastata sen toteutumisesta (Avery ym. 2021).

### *Kannustava johtaminen*

Useissa tutkimuksissa johtajien kannustava johtamistyyli liittyi organisaation korkeaan suorituskykyyn laadunhallinnassa. Johtajan kannustavan roolin katsottiin vaikuttavan myönteisesti laadunhallinnan jalkautumiseen, vaikka tuen luonne vaihteli (Singh ym. 2019, White ym. 2016, Mosadeghrad 2014a, Mosadeghrad 2014b, Hibbert ym. 2021, Ajmal ym. 2016). Työntekijöiden tukemisen laadunhallinnan menettelyiden hyödyntämiseen nähtiin edistävän työntekijöiden sitoutumista organisaation laatutavoitteisiin (White ym. 2016). Kannustavalla johtamistyyllillä koettiin vaikutusta myös riittävien resurssien varmistamiseen laadun parantamisprojekteissa (Singh ym. 2019).

Joissakin tutkimuksissa kuvattiin ylimmän johdon tuen puutteella olevan kielteinen vaikutus laadun parantamiseen (Jones ym. 2017, Mosadeghrad 2014b, Hibbert ym. 2021, Elg ym. 2011). Toisaalta johtajien tuen puute nähtiin myös priorisointiongelmana (Jones ym. 2017, Mosadeghrad 2014b, Avery ym. 2021). Esihenkilöiden suurella vaihtuvuudella nähtiin myös olevan negatiivinen vaikutus onnistuneeseen laadunhallintaan. Esihenkilöiden laadunhallintaosaaminen ja -kokemus sekä heidän sitoutuneisuutensa koettiin arvokkaaksi organisaation laadunhallinnalle. (Mosadeghrad 2014a, Mosadeghrad 2014b, Hibbert ym. 2021.)

### *Osallistava johtaminen*

Useissa tutkimuksissa kuvattiin työntekijöiden osallisuuden tärkeyttä laadun parantamisessa. Johtajien roolia pidettiin tärkeänä siinä, että työntekijöillä oli mahdollisuus osallistua ja sitoutua systemaattisesti laadun parantamiseen (Rawshdeh ym. 2023, Singh ym. 2019, Jones ym. 2017, White ym. 2016, Mosadeghrad 2014a, Mosadeghrad 2014b, Alloubani ym. 2019, Ajmal ym. 2016). Lisäksi työntekijöiden aktiivisuuden myötä muodostui käsitys laadunhallinnan tarpeista ja käytännössä ilmenevistä ongelmista (Hibbert ym. 2021). Työntekijöiden osallistuminen organisaation käyttämien laadunhallintatyökalujen ja -tekniikoiden sopivuuden arviointiin todettiin tärkeäksi näkökulmaksi (Jones ym. 2017, Ajmal ym. 2016).

### *Kommunikoiva johtaminen*

Laadun parantamista koskevaan viestintään liittyvien elementtien nähtiin olevan yhteydessä johtamiseen. Johtajien vahvaa ja selkeää viestintää laadunparannusprojek-

tien syistä ja vaikutuksista pidettiin tärkeänä lähtökohtana onnistuneelle laadunhallinnalle (Singh ym. 2019, Jones ym. 2017, Mosadeghrad 2014a, Mosadeghrad 2014b). Joissakin tutkimuksissa korostettiin myös työntekijöiden kanssa käytävän vuoropuhelun tärkeyttä. Vuoropuhelussa johtajat ja työntekijät voivat ilmaista huomioitaan ja huoliaan laadunhallintaprosesseista (Rawshdeh ym. 2023, Singh ym. 2019, Avery ym. 2021, Hibbert ym. 2021), minkä myötä työntekijöiden aktiivinen kuuntelu lisää johtajien tietoa organisaation laadunhallinnan tarpeista ja ongelmista (Hibbert ym. 2021). Mutta johtajien kyvyttömyydellä kommunikoida riittävästi työntekijöiden kanssa koettiin olevan negatiivista vaikutusta tarvittavan tuen kokemukseen (Singh ym. 2019, Mosadeghrad 2014b).

Osatutkimus IV tulokset kokonaisuudessaan on luettavissa: Friman S, Maijala R, Eloranta S, Suominen S, Ikonen T. The characteristics of leadership and their effectiveness in quality management in healthcare - a systematic literature review and a content analysis. *Health Services Management Research* 2024; 0:1–13.

## 5.5 Tulosten yhteenveto

Sosiaali- ja terveydenhuollon laatujohtaminen vaihtelevaa julkisella sektorilla (Osatutkimus I)

Laatujohtamisen vaihteluun vaikutti osaltaan se, että tutkimukseen osallistui organisaatioita, joissa oli laadunhallintajärjestelmä systemaattisine menettelyineen käytössä, mutta myös sellaisia organisaatioita, joissa ei ollut laatujohtamisen mallia käytössä. Sairaanhoidopiirin yksiköiden ja kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden laadunhallinnan menettelyissä ja niiden hyödyntämisessä oli eroja. Vahvuudet painottuivat eri osa-alueisiin. Huomattavaa oli, että vaikka sairaanhoidopiirin vastaajat tunnistivat erilaisia käytössä olevia laatujohtamisen menettelytapoja, keinoja ja työkaluja, niin systemaattisuus hyödyntämisessä ja laatu-tiedon läpinäkyvyys koettiin vielä vajavaiseksi. Kuntien varsin merkittävä vaihtelu selittyy pääasiassa sillä, että laatujohtaminen pohjautui käytössä olevan laadunhallintajärjestelmän vaatimuksiin ja menettelyihin niissä kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa, joissa se oli käytössä. Vastaajaorganisaatiot hyödynsivät laajasti erilaisia sähköisiä tiedonlähteitä laadun parantamisen pohjana. Muun muassa toiminnasta, taloudesta, potilastyytyväisyydestä ja -turvallisuudesta, riskeistä ja niiden hallinnasta oli saatavilla tietoa, joskin tiedon hajanaisuus, ajantasaisuus ja hyödynnettävyys olivat haasteina. Alueellinen yhteistyö ei kyselyn tulosten perusteella noussut osaksi vastaajaorganisaatioiden laatujohtamisen kokonaisuutta.

Laatujohtamista hyödynnettiin sekä toiminnan että prosessien kehittämisessä ja muutosten suunnittelussa. Erityisesti sairaanhoidopiirin vastauksissa korostui potilas- ja asiakasnäkökulma, kun taas kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon organisaati-

tioissa toistui riski- ja talousnäkökulma. Kunnissa koettiin moniammatillinen laadunarviointi sekä kehittäminen vahvuudeksi. Organisaation kehittämätön laadukulttuuri tunnistettiin esteeksi laatujohtamisen jalkautumiselle.

### Alueellisten palveluketjujen kehittäminen (Osatutkimus II)

Alueellinen yhteistyö oli jalkautumiseltaan ja toimintatavoiltaan vaihtelevaa. Kansallisen ohjauksen ja linjausten nähtiin olevan tarpeen nykyistä vahvemmin. Organisaatiot kokivat hyödylliseksi käyttämänsä laadunhallinnan mallin, mutta sen lisäksi laajempaan käyttöön kaivattiin yhtenäistä mallia. Sen kaltaista useita alueen organisaatioita läpileikkaavaa, yhtenäistä mekanismia laadunhallintaan ei tässä tutkimuksessa tunnistettu. Sen sijaan alueelliset ja kansalliset hankkeet ja strategiat nähtiin organisaatioita lähentävinä yhteisinä tekemisinä ja mahdollisuutena yhtenäistää toimintamalleja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiopyrkimyksiä ei tullut esiin haastateltavien kuvauksissa, mikä oli huomattava puute palvelurakennemuutuksesta puhuttaessa. Yksittäisten potilashoidon palveluketjujen osalta oli kuitenkin pieneltä osin tehty arviointi- ja kehittämis-yhteistyötä. Ongelmalliseksi koettiin hoitokokonaisuuksien hahmottaminen, koska tietojärjestelmät eivät tukeneet tiedon välitystä. Kuitenkin asiakasprosessien tunnistaminen ja eri toimijoiden välinen yhteistyö työnjaon ja vastuiden tunnistamiseksi nousi tärkeäksi kehittämiskohteeksi. Huomion arvoiseksi havainnoksi nousi myös, että kolmannen sektorin toimijoita tunnistettiin yhteistyökumppaneiksi, mutta yksityistä sektoria ei mainittu kumppanina, vaikka sillä on merkittävä rooli sektorin palvelutuotannossa.

### Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunarvioinnin tila ostopalvelut mukaan luettuna (Osatutkimus III)

Organisaatioiden omien toimintaprosessien arvioinnissa hyödynnettyjen laadunhallinnan mallin mukaisten arviointimenettelyjen sekä kehittämistyön nähtiin olevan keskeisiä keinoja toiminnan laadun parantamisessa. Laadunhallinnan mallin käytön vahvuuksia oli sen systemaattisuus ja henkilöstön osallisuus. Sen sijaan ostopalvelujen laadun arviointi oli koettu ongelmallisena, koska yhtenäinen ohjaus ja arviointikriteeristö puuttui. Ostopalvelujen tuottajaorganisaatioiden ulkoinen auditointi tai akkreditointi nähtiin tilaajan näkökulmasta osaksi tuottajan laadun varmistamista. Yhdyspintatyöskentelyn laadunarviointi ei näyttäytynyt systemaattisena, vaikka yksittäisiä menetelmiä arvioinnissa hyödynnettiin. Erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yhdyspinnalla asiakasprosessien arvioinnin koettiin olevan hyvin vähäistä. Yhtenäisen laadunhallintajärjestelmän nähtiin tukevan yhdyspintatyöskentelyä.

## Laadun johtamisen piirteitä vaikuttavassa laadunhallinnassa (Osatutkimus IV)

Vaikuttava laadunhallinta edellyttää johtamisen piirteiden tunnistamista ja hyödyntämistä strategisella, taktisella ja toiminnallisella tasolla. Strategisella tasolla laadunhallinta tulisi arvottaa ja määritellä niin, että koko organisaatiossa ymmärretään sen tärkeys ja arvo velvoittaen koko henkilöstöä osallistumaan laadunhallintaan. Taktisen tason johtamisessa kommunikatiivisella johtamistyyllillä on tärkeä rooli laadunhallinnan sanoittamisessa. Siten myös johtajien sitoutuminen laadunhallintaan voidaan saada näkyväksi henkilöstölle. Toiminnallisella tasolla johtamisen tulisi olla henkilöstöä osallistavaa ja tukevaa mahdollistaen osallisuuden laadunhallinnassa. Tietopohjainen johtaminen tukee näitä kaikkia johtamisen tasoja.

# 6 Pohdinta

## 6.1 Laatujohtaminen vaihtelevaa julkisella sektorilla

Tutkimuskohteena olleiden organisaatioiden laadunhallinta ja laatujohtaminen näyttyi vaihtelevana. Vaihteluväli oli osittain kohtalaisen suuri, koska osassa vastaajaorganisaatioita tai sen yksiköitä oli hyödynnetty jotain laadunhallinnan mallia systemaattisesti ja tuloksellisesti ja osassa organisaatioita laatujohtaminen menettelyineen oli vielä hajanaista ja jäsentymätöntä. Todennäköisesti se näkyi myös vastausten sisällöissä, koska osa vastaajista ei selkeästi vastausten perusteella tunnistanut kyselyssä käytettyä laatuksiteistöä. Valtakunnallisesti tarkasteltuna laadunhallintaan ja laatujohtamiseen liittyvä lainsäädäntö ja ohjaus on ollut aikaisempina vuosina vähäistä, millä todennäköisesti on vaikutusta yhtenäisen käsitteistön puuttumiselle.

Useissa aiemmissa tutkimuksissa kehittynyt laatuksulttuuri on nähty tärkeäksi laatujohtamisen menettelyiden jalkautumisen onnistumisessa (Mc Alearney ym. 2014, Mosadeghrad 2014a, Kaplan ym. 2010, Glickman ym. 2007). Vastaavanlaisia syitä tunnistettiin myös tämän tutkimuksen kohdeorganisaatioissa osasyiksi laadunhallintajärjestelmien vajavaisen kehittymisen ja jalkautumisen taustalla. Laatujohtamisen menettelyjen toteuttamisen ja toiminnan kehittämisen edellyttämien resursien puute tunnistettiin tutkimuksessa heikentävän organisaatioiden laatujohtamisen tilan arviointia, kehittymistä sekä jalkautumista. Aikaisempien tutkimusten tuloksissa on saatu vastaavanlaisia viitteitä (Jokinen ym. 2023, Mosadeghrad 2014a, Dixon-Woods ym. 2012, Glickman ym. 2007).

Tässä tutkimuksessa laadun parantamisen haasteeksi koettiin erilaisen dokumentaation ylläpitämisen varmistaminen, mikä on tunnistettu haasteeksi myös aiemmissa tutkimuksissa (Mosadeghrad 2013b). Myös systemaattiset tiedonhallinnan menettelytavat työkaluineen on nähty olevan yhteydessä organisaation onnistuneeseen laadunhallintaan jalkautumiseen (McFadden ym. 2014, Kaplan ym. 2010), mikä oli havaittavissa niissä vastaajien yksiköissä, joissa oli jokin laatujohtamisen malli systemaattisesti käytössä.

Tutkimuksen kohdeorganisaatioissa oli tunnistettu vastaajien omaan työtehtävään liittyvät laadunhallinnan vastuut. Vastuut olivat varsin hyvin linjassa niiden sisältöjen kanssa, mitä asetus laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpa-

nosta edellytti (Suomen lainsäädäntö 2011). Kyselytutkimuksen aikaan Suomessa oli menossa sen aikaisen hallituksen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakenneuudistus, mutta alueellisesti kattavan toimialojen integraatiosuunnitelmista huolimatta kyselyyn vastanneet eivät maininneet tai ollenkaan kuvanneet alueelliseen yhteistyöhön liittyviä vastuita. Kuitenkin alueellinen yhteistyö osana laatujohtamisen kokonaisuutta oli olennainen lähtökohta ja kehittämiskohde tulevan soteuudistuksen tavoittelemassa alueellisessa toiminnan sekä työnjaollisessa muutoksessa (Valtioneuvosto 2015, Mc Alearney ym. 2014).

## 6.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisten palveluketjujen kehittäminen

Tutkimukseen osallistuneissa organisaatioissa hyödynnettiin terveydenhuollon järjestämissuunnitelman kaltaisia lakisääteisiä menettelytapoja eri toimijoiden välisen työnjaon selventämisessä sekä hyvien käytänteiden jalkauttamisen tukena. Alueellisesti uudenlaisen integraatioajattelun sisäistämiseen ja toiminnan kehittämiseen vaikuttavat organisaatioiden, palveluntuottajien ja ammattiryhmien väliset erilaiset organisaatiokulttuurit ja toimintakäytännöt. Alueellisen yhteistyön tiivistyminen edellyttää selkeää työnjakoa, yhtenäisten toimintakäytänteiden kehittämistä ja jalkauttamista. (Virtanen ym. 2017, Cumming 2011.) Ongelmaksi toimivalle hoidon ja palvelun porrastukselle on tunnistettu vaikeus muuttaa organisaatioiden vakiintunutta toimintakulttuuria (Virtanen ym. 2017, Shaw ym. 2011, Nuutinen 2000).

Kansallisiin hankkeisiin osallistuminen nähtiin keinoksi tiivistää myös alueellista yhteistyötä ja yhtenäistää toimintamalleja. Erilaiset alueelliset ja kansalliset laadunhallintaa edistävät strategiat ja ohjelmat on tunnistettu aiemmissa tutkimuksissa tärkeäksi tueksi yhteisten toimintaohjeiden laatimiseksi ja jalkauttamiseksi (Van Schoten ym. 2016, Mosadeghrad 2014a, Cumming 2011, Suñol ym. 2009, Øvretveit & Gustafson 2002), vaikka niiden vaikutuksista tai kustannusvaikutuksista ei toistaiseksi ole vahvaa näyttöä (Thor ym. 2010, Øvretveit & Gustafson 2002). Tilannetta saattaa osaltaan selittää se, että toimintojen kehittämisen ja interventioiden käytön vaikuttavuuden mittaus sote-sektorilla on edelleen jokseenkin kehittymätöntä (Klemola 2015, Thor ym. 2010).

Yksittäisten potilashoidon palveluketjujen arviointi- ja kehittämisyhteistyössä oli pieneltä osin havaittavissa systemaattisuutta. Sote-organisaatioiden vastuuhenkilöiden laatuorientoituneisuudessa ja kehittämisaktiivisuudessa maakunnan alueen toimijoiden välillä sekä vähäisellä kehittämisresurssilla nähtiin olevan vaikutusta kehittymättömään tilanteeseen. Esihenkilöiden laatuosaaminen ja sitoutuminen laadunhallintaan on tunnistettu keskeiseksi tekijäksi organisaation laadunhallinnan menettelyjen onnistuneessa jalkautumisessa ja hyödyntämisessä (Chiarini & Vagnoni 2017, Nicolaou & Kentas 2017, Mosadeghrad 2014a, Talib ym. 2011). Palveluket-

jujen yhteiselle kuvaamiselle ja kehittämislle tunnistettiin tarve yhteistyön sujuvuuden ja kustannusten hillitsemisen kannalta sekä asiakastytyväisyyden näkökulmasta. Prosessien kuvaaminen on tunnistettu käyttökelpoiseksi menetelmäksi toimintamallien työstämiseksi ja kehittämiseksi (Jonker ym. 2017, Van Schoten ym. 2016, Munechika ym. 2014).

Tutkimuksessa esiin noussut hoito- ja palvelukokonaisuuden hahmottaminen ja palvelun vaikutuksen arviointi koettiin ongelmalliseksi, koska nykyiset tietojärjestelmät eivät tue tiedon välitystä. Sote-tiedonhallinnan valtakunnallisen kehittämisen tavoitteena onkin määritellä ja toteuttaa asiakasprosesseja tukeva tiedonhallinnan kokonaisuus. Tämä koostuu valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista ja niihin tukeutuvista alueellisista tietojärjestelmäratkaisuksista. (Rötsä ym. 2016.) Potilaiden jatkohoito- paikkojen hoitomahdollisuuksien tuntemuksen puute koettiin ongelmalliseksi palveluketjukurkonaisuudessa. Tiedon jakaminen eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä on aiemmissa tutkimuksissa tunnistettu olevan este toimivalle alueelliselle hoidon koordinaatiolle sekä asiakastytyväisyydelle (Virtanen ym. 2017, Mosadeghrad 2014a, Simonen ym. 2012, Cumming 2011). Palveluketjujen käytännön toimivuuden ja kehittämisen tueksi on keskeistä luoda yhteistyöverkostoja, jotta sovittu toimintamalli elää arjessa ketjun kaikilla tasoilla (Shaw ym. 2011, Nuutinen 2000).

Asiakasprosessin tunnistaminen sekä eri toimijoiden välisten roolien, työnjaon ja vastuiden kuvaamisen nähtiin olevan tärkeä kehittämiskohde lähitulevaisuudessa, mikä on keskeistä asiakastytyväisyyden ja organisaation prosessien tuloksen kannalta (Kuntaliitto 2019, Jonker ym. 2017, Van Schoten 2016, Mosadeghrad 2014a, Talib ym. 2011). Kunnat olivat panostaneet monipuolisiin sote-palveluihin ja henkilöstörakenteeseen. Myös sote-rakennemuutoksen tavoitteiden mukaisia (STM 2019) erilaisia digitaalisia ratkaisuja hyödynnettiin sekä kunnissa että sairaanhoitopiirin yksiköissä.

Laadunhallinnan näkökulman tulisi aiemman tutkimustiedon valossa näkyä organisaatioiden strategioissa, pidemmän tähtäimen suunnitelmissa ja tavoitteissa (Jonker ym. 2017, Mosadeghrad 2014a, Vanhaect ym. 2012). Alueellinen, yhteneväisesti käytössä oleva, laadunhallinnan viitekehys nousi haastateltavien yhteisenä näkemyksenä hyödylliseksi tueksi arviointi- ja kehittämissyhteistyölle. Yhteneväinen laadunhallinnan viitekehys saattaa lisätä yhteistä ymmärrystä yhdyspinnoilla ja edistää yhteistyön kehittymistä muun muassa sanoittamalla tarpeita ja näkökulmia organisaatioiden välillä. Monisäikeisen sote-organisaatioverkon läpi leikkaavaa yhtenäistä mekanismia laadunhallintaan, arviointiin ja kehittämiseen ei tässä tutkimuksessa pystytty tunnistamaan. Tärkeää olisi pohtia saadaanko yksittäisten sote-organisaatioiden aktiivisenkaan laadunhallintatyön myötä riittävästi hyötyä alueellisessa kontekstissa. Sote-palvelujen tuottajien toiminnan laadusta säättävä lakisäätöinen pohja ja muu vahvempi hallinnollinen ohjaus olivat tunnistettuja tarpeita, mikä saattaa olla yksi keino vaikuttaa maakuntien laajuisen laadunhallinnan edistämiseen.

Alueellisen yhtenäisen laadunhallinnan viitekehyksen käytön tuomasta lisäarvosta palveluketjujen laadun ja yhteisten toimintamallien kehittämisen tukena ei ole tiedossa olevaa tutkimusnäyttöä (Mosadeghrad 2013b, Tuomi 2012).

Laadunhallinnan menettelyjen systemaattisen ja onnistuneen jalkauttamisen tuloksista ja vaikuttavuudesta sote-organisaatioissa on toistaiseksi varsin vähän tutkittua tietoa (vrt. esim. Kuntaliitto 2019, Mosadeghrad 2013b, Tuomi 2012, Øvretveit & Staines 2007, Øvretveit & Gustafson 2002). Kuitenkin haastateltujen kokemustiedon perusteella voidaan tunnistaa laadunhallinnan viitekehyksen systemaattisesta käytöstä seuraavan hyötyjä toiminnalle ja alueelliselle palveluketjuyhteistyölle. Asiakasprosessien tunnistaminen ja yhdyspintojen työstäminen, muun muassa työnjaosta sopimalla organisaation sisällä ja organisaatioiden välillä, todennäköisesti sujuvoittaa asiakkaan kulkua sote-palveluissa vaikuttaen kokonaiskustannuksiin (Nicolaou & Kentas 2017, Jonker ym. 2017, Talib ym. 2011, Øvretveit & Staines 2007). Lisäksi toiminnan ja työnjaon kuvaaminen näkyväksi saattaa vaikuttaa positiivisesti organisaatioiden keskinäiseen luottamukseen. Eri sote-toimijoiden keskinäinen luottamus, toistensa tuntemus ja yhteistyöhalu nähdään olevan keskeisessä roolissa palveluketjutyön edistämisessä. (Keskimäki ym. 2018, Cumming 2011, Tanttu 2007).

Tämän tutkimuksen perusteella alueellinen palveluketjujen kehittäminen edellyttää kansallista ohjausta ja jonkinlaista kehystä yhteistyön ja yhteisten näkemysten tueksi. Huomion arvoista sosiaalipalvelujen haastateltavien näkemyksissä oli kolmannen sektorin tunnistaminen keskeiseksi yhteistyökumppaniksi. Yksityissektori jäi sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon haastateltavien vastauksissa huomiotta, vaikka yksityisellä sektorilla on Suomessa merkittävä rooli erityisesti terveyspalvelujen tuottajana (Keskimäki ym. 2018). Sama havainto on tehty aiemmissakin kotimaisissa tutkimuksissa, joista käy ilmi, että sote-palvelukokonaisuuksia rakennetaan edelleen voimakkaasti julkisen palvelutuotannon ehdoin (Kurkela & Virtanen 2015, Rannisto 2015). Sote-uudistuksessa pyritään julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin organisaatioiden yhteistoimintaan, minkä vuoksi on syytä pohtia, miten näiden sektorien palvelutuotanto liitetään yhteistyöhön julkisen palvelutuotannon kanssa (Virtanen ym. 2017).

Tutkimukseen osallistuneet eivät kuvanneet myöskään sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yhdyspintatyöskentelyä tai integraatiopyrkimyksiä. Valtakunnallisesti tarkasteltuna integraatioita on kuitenkin tavoiteltu paikallisia organisaatorakenteita uudistamalla, esimerkiksi sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yksiköitä fuusioimalla. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamista ei kuitenkaan nähdä tehdyn saman sisältöisesti. Uudistamisessa painopiste on aiemmin ollut terveydenhuollon kehittämisessä ja tehostamisessa. Sosiaalipalvelujen osalta kehittämistyötä tulee viedä eteenpäin systemaattisesti ja johdonmukaisesti. (Virtanen ym. 2017.) Jatkovaa keskustelua tulee käydä siitä, miten jatkossa sovitetaan yhteen kuntatasolla tapahtuvat sote-palvelut ja toimintaprosessit. Huomio tulee olla toisaalta myös maakuntatasoi-

sesti järjestettävissä sote-palveluissa, joilla on suuri merkitys maakunnallisena toimintamekanismina (Virtanen ym. 2017).

### 6.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunarvioinnin menettelyt ja kehittämistarpeet

Organisaatioiden omien toimintaprosessiensa laadunarvioinnin menettelyjä ja kehittämistarpeita organisaatioissaan näyttäytyivät varsin samankaltaisina. Suurimmat erot organisaatioiden välillä ilmenivät arviointimenettelyjen systemaattisuudessa ja laajuudessa. Yhdessä sairaanhoitopiirin toimintayksikössä haastateltavat kuvasivat systemaattisia keinoja, arviointimittareita sekä tehtävän riittävää resursointia, toimintaprosessiensa, ostopalvelujen ja yhdyspintojen laadunarvioinnissa.

Organisaatioiden kuvaama laadunhallinnan mallien ohjaama toimintaprosessien kuvaus-, arviointi- ja kehittämistyö on tunnistettu toimivaksi keinoksi parantaa toiminnan laatua (Jonker ym. 2017, Mosadeghrad 2014c). Aiemmassa kirjallisuudessa hyvän asiakaskokemuksen varmistaminen erilaisin asiakaspalauttein ja -kyselyin on tunnistettu tärkeäksi näkökulmaksi laadunarvioinnissa ja palvelujen kehittämisessä (Mosadeghrad 2014c). Vaikka organisaation sertifiointiin tai akkreditointiin liittyvien menetelmien vaikuttavuudesta on varsin vähän tutkimustietoa, silti näiden menetelmien soveltamisen on havaittu vaikuttavan myönteisesti ainakin toimintaprosessien kehittämiseen ja henkilöstön ammatilliseen osaamiseen (Brubakk ym. 2015). Muita positiivisia vaikutuksia ovat myös selkiintynyt vastuunjako ja kommunikaatio. Suoria vaikutuksia potilaiden hoitoon sillä ei kuitenkaan ole koettu olevan (Nouwens ym. 2015.) Samat havainnot koskevat omavalvonnan vaikuttavuutta (Häkkinen & Peltola 2016).

Ostopalvelujen laadun todentuminen koettiin käytännössä ongelmalliseksi arvioida, koska alueellisesti tai kansallisesti yhtenäistä arviointikriteeristöä ja ohjausta ei ollut käytettävissä. Ostopalvelujen kustannukset nousevat tarkasteluun etenkin, jos ostettu palvelu ei ole sovitun mukaista. Yksityinen palveluntuottaja on veloitettu toimimaan lupaviranomaisen asettamien lupaehtojen ja palvelua ostavan kunnan kanssa tehdyn sopimuksen mukaisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä korostuu kuitenkin tilaajan velvollisuus arvioida ostamaansa toimintaa, mikä asettaa vaatimuksia niiden laadunarvioinnin toteuttamiselle (Valtioneuvosto 2017). Sektorin yhtenäiset arviointikriteerit ja siihen liittyvä kansallinen ohjaus saattaisivat tukea ostopalvelujen laadunarviointia. Lisäksi arviointiin tulee varata riittävä resursointi (Valvira 2020, Valtioneuvosto 2017, Mosadeghrad 2014c).

Omavalvonta on osa riskien hallintaa sekä toiminnan laadun määrittämistä, seuranta ja hallintaa (Valtioneuvosto 2017, Dixon-Woods ym. 2012). Omavalvonnan toimeenpanoa tulisi kuitenkin tukea nykyistä vahvemmin. Omavalvontasuunnitelmien systemaattisessa käytössä on valvontaviranomaisten tekemillä tarkastuskäynteillä ilmennyt puutteita. Puutteita on ollut muun muassa lääketurvallisuuden asi-

anmukaisuudessa, asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittämisessä ja henkilöstön riittävytydessä asiakkaiden palvelutarpeeseen nähden. (Valvira 2020.)

Yhdyspinnan laadunarvioinnin myötä selkeytyvä palveluntuottajien välinen työnjako vähentää päällekkäisyyksiä. Sillä taas on vaikutuksia asiakastytyväsyyteen sekä toiminnan tehokkuuteen ja kustannuksiin (Kuntaliitto 2019, STM 2016, Mosadeghrad 2014c). Palveluketjussa toimivien palveluntuottajien kesken on oleellista sopia suunniteltaessa toiminnan muutoksia (Kuntaliitto 2019, Hämäläinen ym. 2016), koska muutoksilla on todennäköisesti vaikutusta myös muiden organisaatioiden toiminnan resursointiin ja kustannuksiin (STM 2016, De Souza & Pidd 2011). Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön laatua heikentäväksi teki jäksi tunnistettiin yhtenäisten lähete- ja palautekäytänteiden puute, mikä on tunnistettu riski potilasturvallisuudelle ja sujuvalle asiakasprosessille (Mosadeghrad 2014c, Cumming 2011). Myös sosiaali- ja terveydenhuollon välisten asiakasprosessien yhdyspinnan vahvistamiseen tulisi kiinnittää huomiota.

Tässä tutkimuksessa kuvattu toimintaprosessien arviointimittariston puutteellisuus on tarpeen nostaa esiin. Valtakunnallisissa palvelujen vaikuttavuuden mittareissa ja julkisissa laaturekistereissä on myös tunnistettu puutteita. Sairaanhoidopiirit ovat vuosien aikana kehittäneet omia laaturekistereitään ilman keskitettyä ohjausta, mikä heikentää tiedon vertailukelpoisuutta eri palveluntuottajien kesken. (Häkkinen & Peltola 2016.)

Tiedolla johtaminen, toimintaa kuvaavien tunnuslukujen ja lakisääteisten suunnitelmien toteutumisen seuraaminen, omavalvonta sekä palauteista oppiminen edistävät toiminnan hyvää laatua (McFadden ym. 2014, Munechika ym. 2014, Dixon-Woods ym. 2012). Kuitenkin toimintaa kuvaavan tilastotiedon saatavuus tai ajantasaisuus on osittain puutteellista (Friman ym. 2018). Kehittämistyötä tehtiin osittain poikkeamatietojen perusteella riskien tunnistamisen ja hallinnan sijaan (Jonker ym. 2017, Dixon-Woods ym. 2012). Sosiaali- ja terveydenhuollon sektorin laadunhallintaa koskevaa lainsäädäntöä ja kansallista ohjausta olisi tarpeen täsmentää. Se saataisi edistää sote-organisaatioiden systemaattisempaa laadunhallintaa. Kansallisten laadun kriteerien ja indikaattorien määrittely tukevat yhtenäistä käsitystä sosiaali- ja terveydenhuollon laadusta, toiminnan tavoitteista ja seurattavista laadun osatekijöistä (Valtioneuvosto 2017).

## 6.4 Laadun johtamisen piirteet vaikuttavassa terveydenhuollon laadunhallinnassa

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja sisällönanalyysin avulla tunnistettiin johtajuuden piirteitä ja niiden yhteyksiä terveydenhuollon laadunhallinnan vaikuttavuuteen. Nämä piirteet voitiin luokitella kuuteen pääluokkaan: strateginen, tietolähtöinen, arvopohjainen, kannustava, osallistava ja kommunikoiava johtaminen.

Tärkeä näkökulma on, että terveydenhuollon johtajat ja poliittiset päättäjät tunnustavat laatujohtamista tukevat johtamistyyliä. Strategisella tasolla laatuavoitteet tulee määritellä ja painottaa laadun tärkeyttä. Taktisella tasolla on tärkeää viestiä kattavasti organisaation tavoitteista ja keinoista niiden saavuttamiseksi. Toiminnallisella tasolla laadunhallinnan tulee tapahtua henkilöstöä osallistavan ja tukevan johtamisen kautta. Tietopohjainen johtaminen tukee näitä tasoja läpileikkaavasti.

Alkuperäisartikkeleissa arvopohjaisen johtamisen katsottiin tukevan laadukulttuurin kehittymistä organisaatiossa ja laadunhallinnan priorisointia organisaation eri tasoilla. Tätä tukivat Majjalan ym. (2018) katsausartikkelin havainnot sekä tutkimustulokset lean-filosofian toteutuksesta, joissa organisaation onnistuneen laadunhallinnan nähtiin olevan riippuvainen yhteisesti määritellyistä arvoista ja keskinäisestä luottamuksesta (Majjala ym. 2018, Laureani & Antony 2019). Useissa tutkimuksissa tunnistettiin johtajien sitoutumisen sekä henkilöstöä tukevan ja kannustavan johtamistyylin vaikuttavan henkilöstön sitoutumiseen laadunhallintaan (Ingelsson ym. 2018, West ym. 2014). Johtajien ja esihenkilöiden arvot, vahva sitoutuminen ja tuki laadun parantamiseen onkin tunnistettu edellytykseksi organisaation onnistuneelle laadunhallinnalle. Näillä nähdään myös olevan vaikutusta henkilöstön sitoutumiseen laadun parantamiseen. (Ingelsson ym. 2018, Fundin ym. 2018.)

Laadunhallinnan tunnistaminen osaksi strategisen tason johtamista ja päätöksentekoa on koettu tarpeelliseksi terveydenhuollon laadun parantamiseksi (Akmal ym. 2021, Andersen ym. 2014). Tiedolla johtaminen organisaation sisäisiä arviointituloksia sekä ulkoisia vertailuja hyödyntäen nähtiin positiivisena johtamistyylinä. Eri-laista tietoa tulisikin hyödyntää johtamisessa ja henkilöstön kanssa kommunikoidessa. (Kakemam ym. 2020.)

Osallistava johtaminen on yhdistetty onnistuneeseen laadunhallintaan aikaisemmissakin tutkimuksissa (Andersen ym. 2014, Talib ym. 2011). Westin ym. mukaan osallistava johtaja delegoi vastuuta, varmistaa riittävän koulutuksen ja keskustelee laadunhallinnan tärkeydestä henkilöstön kanssa (West ym. 2014). Kommunikatiivisella johtajuudella varmistetaan strategian ja laatuavoitteiden toteutuminen (Majjala ym. 2018, Johansson ym. 2014, West ym. 2014). Kommunikoiva johtamistyyli tukee henkilöstön autonomiaa ja kykyä suunnitella työtehtäviä. Sen avulla voi tunnistaa myös henkilöstön tarpeita ryhmä- ja yksilötasolla sekä tukea ongelmanratkaisua. (Johansson ym. 2014.)

## 6.5 Tutkimuksen luotettavuus

### Ensimmäinen osatutkimus

Ensimmäisen osatutkimuksen osallistujajoukko muodostui yhden yliopistosairaanhoidopiirin 15 tulos-, toimi- ja palvelualueiden sekä sairaanhoitopiirin liikelaitosten

johtajista, ylihoitajista tai vastaavista, laatu­päällikölle ja ylilääkäreille. Organisaation vastaajiksi valikoituivat henkilöt, jotka toimintasäännön mukaan vastasivat laatujohtamisesta ja laatu­järjestelmän ylläpitämisestä ja kehittämisestä. Lisäksi kuuden kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden vastaajia olivat organisaatioiden sosiaali- ja terveysjohtajien nimeämät henkilöt, jotka organisaatiorakenteen mukaan vastasivat laatujohtamisesta. Valinnan tukena sosiaali- ja terveysjohtajilla oli käytettävissä tieto siitä, että missä virka-­asemassa olevat henkilöt sairaanhoitopiirissä saivat kyselyn vastattavaksi. Kuntien vastaajat olivat pääasiassa kunnan hyvinvointitoimialan johtajia/sosiaali- ja terveysjohtajia, johtavia lääkäreitä, ylihoitajia tai vastaavia sekä sosiaalihuollon esimiehiä. Kyselytutkimuksissa on riski sille, että vastaajiksi valikoituu henkilöitä, joilla ei ole perehtyneisyyttä tutkittavaan asiaan (Hirsjärvi ym. 2008). Tässä kyselytutkimuksessa organisaatioiden yhdyshenkilöitä informoitiin siitä, että millaista tietoa ja kokemusta vastaajiksi valituilla henkilöillä tulisi olla. Yliopistosairaanhoitopiirin ja kuntien vastaajien ammattinimikkeen perusteella voidaan ajatella olleen henkilöitä, joilla oli tietoa organisaationsa laatujohtamisesta. Toisaalta edellä mainittu valikoitunut vastaajaryhmä saattoi edustaa aihepiirin hallinnan näkökulmasta edelläkävijöitä, jolloin vastaukset saattavat olla todellista tilannetta positiivisempia.

Kyselyn vastausaikaa jatkettiin niin, että tutkimukseen lupautuneet kunnat pysyivät oman sisäisen tilanteensa vuoksi vastaamaan kyselyyn. Tällä todennäköisesti oli vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen, koska vastaajajoukko oli suurempi. Vastausajan sisällä vastaajille lähetettiin kaksi muistutusviestiä kyselyyn vastaamisesta. Sairaanhoitopiiriin vastausprosentti 50 ja kuntien 64, mitä voidaan pitää kyselytutkimuksen kohdalla suhteellisen hyvänä tuloksena. Kuntien vastaajamäärät olivat vaihtelevia, mikä tulee huomioida tuloksien yleistettävyyden näkökulmasta. (Hirsjärvi ym. 2008.) Kuitenkin jokaiselta tulos-, toimi- ja palvelualueelta ja liikelaitoksista sekä kyselyyn osallistuneiden kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen yksiköistä saatiin kyselyyn vastaukset, jolloin tutkimustuloksia voi pitää joltain osin kuvaavana johdon näkökulmasta (Eskola & Suoranta 2003). Kysymysten oikein ymmärtämisen varmistamiseksi vastaajille lähetettiin määrittelyt keskeisistä kyselyssä käytetyistä käsitteistä. Lisäksi vastaajia ohjeistettiin sähköpostiviestillä kyselyn tarkoituksesta ja toteutuksesta. Näistä toimista huolimatta vastauksista oli pieneltä osin havaittavissa, että avoimien kysymysten osalta vastattiin hieman varsinaisen asian vierestä. Kysymysten sisällön relevanttiutta varmistettiin hyödyntämällä laadinnassa lainsäädäntöön pohjautuvaa sekä kansallisesti ja kansainvälisesti tunnustettuja laadunhallinnan malleja sekä testaamalla ymmärrettävyyttä kahdella eri ammattiryhmää edustavalla terveydenhuollon henkilöllä. (Parahoo 2006.) Kyselyä ei kuitenkaan ole kansainvälisesti testattu, näin ollen mittaria ei ole validoitu sen luotettavuuden näkökulmasta riittävän laajasti.

Aineiston tulokset strukturoitujen kysymysten osalta esitettiin frekvenssein ja prosenttisuuksin, missä virhemarginaalin mahdollisuus on yleensä pieni. Avointen kysymysten osalta analyysimenetelmä oli sisällön erittely, minkä avulla ilmiötä pyrittiin kuvaamaan sovituin analyysiyksiköin frekvenssejä laskien. (Burns & Grove 2013.) Avointen kysymysten analyysin luotettavuutta varmistettiin osassa kysymyksiä käyttämällä analyysirunkoa, joka pohjautui asetukseen laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta (Hirsjärvi ym. 2008).

## Toinen ja kolmas osatutkimus

Toisen osatutkimuksen aineisto kerättiin puolistrukturoidulla teemaryhmähaastattelulla. Menetelmä soveltuu tutkimukseen, jossa halutaan selvittää tutkittavien kokemuksia ja näkemyksiä tutkittavasta aihepiiristä (Hirsjärvi ym. 2008, Parahoo 2006). Aineisto kerättiin 6 haastattelussa sellaisista yksiköistä, joissa ensimmäisen tutkimusvaiheen kyselyn perusteella oli jokin laadunhallinnan malli kattavasti käytössä sekä laadunhallinnan menettelyt kuvattu. Kriteerit täyttivät kolmen kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä yliopistosairaanhoitopiirin kolme toimintayksikköä. Organisaatiot nimesivät haastatteluihin osallistujat, jotka olivat laadunhallintaa johtavia tai koordinoivia henkilöitä, joilla oli tietoa ja kokemusta tutkimuksen kohteena olevista asioista (Kylmä & Juvakka 2007, Parahoo 2006). Haastattelut tehtiin yhden tutkijan toimesta kasvokkain tutkimuskohteena olleiden organisaatioiden tiloissa. Tulosten luotettavuuteen ja yleistettävyyteen vaikuttaa vastaajajoukon edustamien yksiköiden edistysellinen tilanne laadunhallinnassa. Kohdejoukko oli rajattu ja näin ollen valikoitunut kuvaamaan todennäköisesti varsin hyvää tilannetta laadunhallinnan näkökulmasta.

Teemahaastattelun kysymykset olivat kaikille haastateltaville samat ja ne olivat testattu kahdessa validointihaastattelussa kahta eri terveydenhuollon ammattiryhmää edustavilla henkilöillä (Parahoo 2006). Lisäksi haastateltavat saivat kysymykset tutustuttavaksi ennen haastattelua. Edellä mainituilla valinnoilla varmistettiin sitä, että tulokset kuvaisivat mahdollisimman todenmukaisesti organisaatiossa vallitsevaa tilaa. Haastattelut nauhoitettiin ja niiden keston vaihtelu organisaatioiden välillä oli pieni. Huomattavaa oli, että haastateltavien kuvaukset ja näkemykset olivat varsin yhdenmukaisia. Haastattelut tehnyt tutkija tunsi haastateltavat yhden yksikön osalta, mikä oli etukäteen tunnistettu riskitekijäksi. Luotettavuuteen kiinnitettiin tästä syystä erityistä huomiota ja tutkija selvensi ennen haastattelua oman roolinsa osallistujille varmistaakseen aineiston yhdenmukaisen keräämisen suhteessa muihin yksiköihin. Vastaukset kuvaavat haastateltavien kokemuksia alueellisen yhteistyön muodoista ja niiden hyödyistä. Aineiston analyysi tehtiin aineistolähtöisesti laadullisella sisällönanalyysillä. Analyysin logiikkaa arvioi kaksi tutkijaa, mikä lisää tulosten luotettavuutta.

## Neljäs tutkimusvaihe

Kolmas osatutkimus tehtiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Tutkimuksen toteutuksessa hyödynnettiin PRISMA 2020-suositusta tutkimuksen systemaattisuuden varmistamiseksi (Page ym. 2021). Kirjallisuushauissa on mahdollista, että aineiston ulkopuolelle on jäänyt tutkimuksia, joita ei ollut indeksoitu haetuissa tietokannoissa. Aineistoa haettiin kymmenen vuoden ajalta ja hakua täydennettiin vielä myöhemmin niin, että haku oli yhteensä 11,5 vuoden ajalta. Hakua oli rajattu kielen osalta niin, että vain englanninkieliset julkaisut läpäisivät sisäänottokriteerin. Rajaus saattoi vaikuttaa katsaukseen valittujen aineistojen lopulliseen määrään. Sisäänottokriteerien täyttäneiden alkuperäistutkimusten lisäksi katsausta täydennettiin kolmella katsauksella, joiden myötä minimoitiin riskiä, että tutkimuksen kannalta olennainen tieto olisi jäänyt huomioimatta.

Luotettavuuden lisäämiseksi systemaattisessa tiedonhaussa ja analyysiprosessissa hyödynnettiin yliopiston kirjaston informaation asiantuntemusta ja otsikkotarkastelua lukuun ottamatta analyysin jokaisessa vaiheessa oli mukana kaksi tai kolme tutkijaa. Kaksi tutkijaa valitsi luettavat koko tekstit ja kolme tutkijaa osallistui artikkelien valintaprosessiin.

Aineistoanalyysi tehtiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Yhden tutkijan tekemää valitun aineiston pelkistämistä ja luokittelua arvioi kaksi muuta tutkijaa, jotka vahvistivat osaltaan aineiston tulkinnan. Terveystieteiden laadunhallinnan johtajuuden piirteitä koskeva kirjallisuus oli varsin niukka, mikä rajoittaa tulosten yleistettävyyttä ja luotettavuutta.

## 6.6 Tutkimuksen etiikka

Tutkimuseettisiä kysymyksiä tarkastellaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisussa Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tämän väitöstutkimuksen suunnittelun, aineistojen hankinnan ja analyysien vaiheissa sekä tulosten raportoinnissa on noudatettu tutkimuksen teon eettisiä vaatimuksia ja tutkimusmenetelmät ovat olleet yleisesti hyväksytyjä. Tutkimusvaiheissa on noudatettu yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta sekä rehellisyyttä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023.) Kirjallisuusviittauksissa on viitattu asianmukaisesti alkuperäiseen lähteeseen tutkijoita kunnioittaen. Kokeneiden tutkijoiden perehtyneisyyttä aihepiiriin ja tutkimusmenetelmiin on hyödynnetty. (Hirsjärvi ym. 2008.)

Kahteen ensimmäiseen tutkimusvaiheeseen oli hankittu tutkimusorganisaatioiden menettelyjen mukaiset tutkimusluvut. Kyselyyn ja haastatteluihin osallistuneita informoitiin tutkimuksen tarkoituksesta, toteutuksesta ja tulosten julkaisemisesta sekä vastaajien anonymiteetin säilymisestä. Tutkimus ei kohdistunut potilaisiin, asiakkaisiin tai muihin yksilöihin, vaan organisaatioihin, joita ei erikseen pysty tutkimuksen tuloksista tunnistamaan. Haastateltavia informoitiin siitä, että haastatteluun

osallistuminen katsottiin tietoiseksi suostumukseksi (Parahoo 2006). Kahden ensimmäisen tutkimusvaiheen tulokset on kuvattu siten, ettei niistä ole tunnistettavissa yksittäistä yksikköä eikä vastaajaa tai haastateltavaa. Haastattelututkimuksen tuloksien esittämisessä käytettiin suoria lainauksia, joiden perään oli kirjattu koodi, mikä kuvasi tutkijoiden tiedossa olevaa aineisto-otteen alkuperää sekä moneltako haastateltavalta ote on lähtöisin. Kyselyyn vastaajia sekä haastateltavia informoitiin siitä, että tulokset tullaan raportoimaan tieteellisinä artikkeleina osana väitöskirjatutkimusta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023.)

Tutkimusvaiheiden tulosten yleistämisessä on osoitettu varovaisuutta, koska tiedonantajien joukot ovat olleet rajallisia. Tutkimusvaiheiden heikkouksia on pohdittu jokaisessa aineistosta kirjoitetusta artikkelissa. Tutkimusmenetelmät on avattu vaiheittain, jotta lukijalla on mahdollisuus arvioida muun muassa analyysin kulkua ja aineistosta johdettuja päätelmiä, ja näin ollen tutkimusetiikkaa muun muassa luotettavuuden kannalta.

Tutkimukseen osallistuneet organisaatiot saivat kyselyn sekä haastattelujen tulokset johtopäätöksineen hyödynnettäväkseen organisaationsa laadunhallinnan ja laatujohtamisen kehittämisessä. Haastattelujen nauhoitteet sekä litteroitu aineisto hävitettiin analyysin jälkeen asianmukaisesti. (Eskola & Suoranta 2003.) Tämän tutkimuksen eri tutkimusvaiheiden tuloksia on raportoitu neljässä vertaisarvioidussa artikkelissa. Sen lisäksi osatutkimusten tuloksia on raportoitu kansallisissa ja kansainvälisissä konferenssissa. Rahoituslähteet ja muut tutkimuksen kannalta relevantit sidonnaisuudet on ilmoitettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti julkaisu- ja artikkelien yhteydessä sekä väitöskirjan kokooman lopussa.

## 6.7 Tutkimuksen merkitys

Tämä tutkimus tuotti tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnasta ja laatujohtamisesta organisaation sisällä, yhdyspinnoilla ja alueellisesti. Suomessa meneillään olevan maailmanlaajuisestikin tarkasteltuna hyvin mittavan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen myötä tavoitellaan muun muassa toimialojen välisiä toiminnallisia integraatioita sekä sujuvia ja oikea-aikaisia hoito- ja palveluketjuja ja -kokonaisuuksia. Tutkimuksen aineisto kerättiin vaiheessa, jolloin palvelujärjestelmän rakennemuutuksesta ja sen toteuttamistavasta ei vielä ollut kansallisia päätöksiä. Tutkimuksen tulokset ovat kuitenkin todennäköisesti edelleen osittain relevantteja hyödynnettäväksi tutkimusorganisaatioiden alueella muodostetun hyvinvointialueen laadunhallinnan ja laatujohtamisen menettelyjen hyödyntämisessä, vakioinnissa ja jalkautuksessa. Nykytilanteen ymmärtämiseksi ja erilaisten kehittämistoimenpiteiden oikein kohdentamiseksi ensimmäisen tutkimusvaiheen kysely voisi olla tarpeen tehdä uudelleen tutkimuksen kohteena olleiden organisaatioiden alueella toimivalla hyvinvointialueella. Kyselylomake on kertaalleen testattu, jolloin

sitä voitaisiin hyödyntää uudelleen ajankuvaa mukailevan sisällöllisen päivityksen jälkeen. Erilaisia mittareita kokemustiedon vahvistamiseksi olisi tarpeen tunnistaa, jotta laadunhallinnan vaikutuksista ja vaikuttavuudesta olisi mahdollista muodostaa objektiivinen tilannekuva.

Tässä tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikköjen laatujohtamisen tulokset ovat varovaisen rohkaisevia ajatellen laatujohtamisen menettelyjen hyödyntämistä alueellisen yhteistyön tiivistämisen, toimintamallien yhtenäistämisen ja hoito- ja palveluketjujen kehittämisen tukena. Palvelun järjestäminen ja tuotanto alueellisissa hoito- ja palveluketjuissa ja -kokonaisuuksissa on tänä päivänä hyvinvointialueiden perustehtävää. Vaikka laadunhallinnan mallien ja laatujohtamisen menettelyjen systemaattisen hyödyntämisen vaikuttavuudesta on varsin vähän tutkittua tietoa, antaa tämän tutkimuksen tuottaman näytön hyödyntäminen viitteitä vaikuttavuuden kokemuksista tutkimusorganisaatioissa. Tässä tutkimuksessa kyselyn vastauksissa tai haastatteluissa ei suoranaisesti noussut esiin laatujohtamisen menettelyjen hyödyntämisen tai laadun johtamisen yhteys kliiniseen laatuun. Kuitenkin muun muassa Sfantou ym. (2017) olivat löytäneet yhteyden erilaisten johtamistyylien korrelaation hoidon laadun kanssa. Näiden kahden asian keskinäistä suhdetta onkin syytä tutkia jatkossa.

Tutkimus osoitti, että erilaisten laadunhallinnan mallien käyttö, kansallisten ja alueellisten kehittämishankkeiden hyödyntäminen olivat tutkimuskohteina olleiden organisaatioiden keinoja edistää yhteistyötä organisaatioiden sisällä sekä niiden yhdyspinnoilla. Tulosten mukaan kansallinen ohjaus laadunhallinnan näkökulmasta nähtiin tärkeäksi tueksi, joka tutkimusvaiheiden työstön aikaan se oli vielä varsin puutteellista. Kansallisen tason laadunhallinnan ohjaus yhteisine käsitteineen ja linjauksineen normiohjauksen, ja suositusten muodossa todennäköisesti tukisi vielä pitkään isossa organisatorisessa muutoksessa toimivia organisaatioita yhteisen ymmärryksen ja toiminnallisen integraation rakentamista. Yhtenäisten laadunhallinnan menettelyjen myötä tilannekuvien muodostaminen ja sen pohjalta kehittämistoimien kohdentaminen saattaisivat systematisoitua. Koska hyvinvointialueet ovat kehityksen ja muutoksen alla todennäköisesti vielä pitkään, yhtenä muutosjohtamisen keinona ja tukena voi hyödyntää laadunäkökulmaa ja tämän tutkimuksen tuottamaa tietoa.

Tutkimus lisäsi tietoa vaikuttavista laadun johtamisen piirteistä, mitä voidaan hyödyntää johtamisen tukena sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilla muun muassa johtamiskoulutuksissa sekä johtamistehtävien osaamistarpeita määriteltäessä. Tutkimuksen empiirisessä tutkimusvaiheessa haastateltavat nostivat esiin laadun johtamisen merkityksen ja johdon sitoutumisen tärkeyden. Haastateltavat eivät kuitenkaan kuvanneet erilaisia johtamistyyliä, millä voisi olla positiivisia tai negatiivisia vaikutuksia laadunhallintaan ja sen hyödyntämiseen.

Tutkimuksen tuloksia voi hyödyntää meneillään olevassa palvelujärjestelmän muutoksen johtamisen tukena. Lisäksi tutkimustulokset tuovat näkökulmaa palvelujärjestelmän uudistuksessa eri tavoin tavoiteltavan laadukkaan palvelun ja toiminnan edistämiseen. Laatujohtamisen menettelyjä laadunhallinnan eri muotojen sekä niiden johtamisen osalta on hyödynnettävissä tämän tutkimuksen tuloksissa.

Tutkimuksen heikkouksia on tutkimuksen vastaajajoukon rajautuminen yhdelle nykyiselle hyvinvointialueelle, jolloin tulosten yleistettävyys on rajallinen. Tutkimukseen valikoitunut organisaation nimeämä vastaajajoukko muodostui todennäköisesti niistä henkilöistä, joilla oli tietoa tutkimuksen kohteena olleesta aihepiiristä. Vastaajilla oli positiivisia kokemuksia laadunhallinnan ja laatujohtamisen hyödyistä, mikä todennäköisesti näkyi heidän vastauksissaan. Niin ollen kriittisiä näkemyksiä laadunäkökulman hyödyistä ei juurikaan esitetty. Toisaalta siitä huolimatta tuloksissa näkyi vaihtelua laatuksittuurin asteessa sekä kypsyydessä nähdä laatujohtaminen voimavarana palvelujärjestelmän uudistuksen valmistelun ollessa meneillään. Aikaperspektiiviä aineistonkeruusta tähän päivään tarkasteltaessa tulee arvioida kriittisesti, miten organisaatioiden tilanne laadunhallinnan ja laatujohtamisen osalta mahdollisesti muuttunut. Tällä hetkellä sektorilla korostuu omavalvonta ja lakisääteisten tehtävien hoitaminen. Käsitteinä laadunhallinta ja laatujohtaminen kaipaavat edelleen täsmentämistä sekä niiden aseman ja roolin tunnistamista sekä suhdetta omavalvontaan. Omavalvonnan käsite vaikuttaisi kokoavan lain edellyttämällä tavalla raportoitavaksi laadunhallinnan ja laatujohtamisen menettelyjen hyötyjä ja tuloksia. Lisätutkimusta tarvitaan myös lakisääteisen omavalvonnan toimeenpanon tilannekuvan saamiseksi sekä sen vaikuttavuudesta.

## 7 Johtopäätökset

Tämän väitöskirjatutkimuksen tulokset osoittivat seuraavaa:

Laadunhallinnan ja laatujohtamisen menettelyjä on laajasti käytettävissä suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Menettelyjä systemaattisesti hyödyntämällä voidaan parantaa toiminnan ja prosessien sujuvuutta. Organisaation laatujohtamisen tilannekuvaa kertyi tutkituissa organisaatioissa erilaisiin sähköisiin tietolähteisiin muun muassa toiminnasta, taloudesta, potilastyytyväisyydestä ja -turvallisuudesta, riskeistä ja niiden hallinnasta. Tilannekuvan myötä vahvuudet ja kehittämistarpeet ovat tiedossa ja tietoa voitiin hyödyntää muutoksen johtamisen tukena. Hidasteita tiedon hyödyntämiselle oli muun muassa tiedon hajanaisuus, ajantasaisuus ja hyödynnettävyys. Laatujohtamisen ja sen menettelyjen laajempi hyödyntäminen alueellisen yhteistyön tukena oli tutkimusorganisaatioissa vielä kehittämätöntä.

Alueellisen yhteistyön tila hoito- ja palveluketjuissa ennen tulevaa palvelurakanneudistusta, palveluintegraatiota, oli vaihtelevaa. Organisaatioilla ei ollut sisäisen laadunhallinnan menettelyjensä ohella hyödynnettävissä alueellisesti läpileikkaavaa laatua varmistavaa yhtenäistä menettelytapaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiopyrkimyksiä tai -suunnitelmia ei tullut esiin tutkimusorganisaatioissa. Yksittäisiä arviointi- ja kehittämistoimenpiteitä oli tehty potilashoidon palveluketjussa ja kokemukset niistä olivat hyviä. Organisaatioissa tunnistettiin komannen sektorin toimijoita yhteistyökumppaneiksi palvelutuotannossa, mutta yksityistä sektoria ei mainittu yhteistyökumppanina.

Tutkimusorganisaatioiden käyttämä laadunhallinnan malli menettelyineen nähtiin olevan systemaattinen ja henkilöstöä osallistava keino toiminnan laadun parantamisessa. Vaihtelu laadunarvioinnissa ja parantamisessa ilmeni yhdyspinnoilla, erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yhdyspinnoilla tapahtuvan yhteisen arvioinnin koettiin olevan kehittämätöntä. Organisaation ostopalvelujen laadunarviointi oli vaihtelevaa ja haasteellista toteuttaa ilman yhtenäistä ohjausta ja arviointikriteeristöä.

Laadun johtamisen piirteitä terveydenhuollon vaikuttavassa laadunhallinnassa voitiin jakaa management- ja leadership-johtamiseen, mutta oli myös ominaisuuksia, jotka voitiin yhdistää molempiin käsitteisiin. Tulosten suomenkieliset vastineet kuvaavat johtamista menettelyineen sekä johtajuutta, missä johtajan henkilökohtaiset

ominaisuudet korostuvat. Laadun johtamisen piirteitä vaikuttavassa laadunhallinnassa terveydenhuollon ympäristössä olivat strateginen, tietoperusteinen, arvopohjainen, kannustava, osallistava ja kommunikoiva johtaminen.

Laadunhallinnan kokonaisuus ja laadunäkökulman hyödyntäminen johtamisessa, yhteistyön edistämisessä eri toimijoiden kanssa sekä osana muutosten hallintaa sosiaali- ja terveydenhuollossa oli varsin hajanaista ja kehittymätöntä. Laadunhallinnan menettelyjä oli kuitenkin eri asteisesti hyödynnetty tutkimusorganisaatioissa, mikä joltain osin voi selittyä sektoria vahvasti ohjaavalla lainsäädännöllä, tarpeella hillitä toiminnan kustannuksia sekä ihmiselle tuotettavien palvelujen luonteella. Tietojohtamisen kehittymättömyys vaikutti kuitenkin olevan jonkin asteinen este ajantasaisen ja kattavan laatumiedon hyödynnettävyydelle. Yhtenäinen määrittely laadunhallinnalle ja laatujohtamisen menettelyille saattaisi edistää laadunhallinnan näkökulmasta eri kypsyysvaiheissa vaiheissa olevien sote-organisaatioiden tilannekuvan hahmottamista sekä alueellisen yhteistyön syvenemistä. Tavoite edellyttäisi organisaatioiden sisällä ja laajemmin alueellisesti laadun johtamista vaikuttaviksi tunnisteilla johtamistyleillä.

# Kiitokset

Kiinnostus laatuasioita kohtaan sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilla toimi innoittajana väitöskirjatutkimukselleni. Kokemus käytännön laatutyöstä terveydenhuollon organisaatiossa oli herättänyt kysymyksiä, joihin lähdin hakemaan vastauksia. Eriytisesti ajatus laatu- ja palvelun hyödyntämisestä laajemmassa kontekstissa palvelujärjestelmän muutoksen johtamisen tukena oli mielenkiinnon kohteena. Aiemman tutkimustiedon vähäisyyden vuoksi tein valinnan kirjoittaa väitöskirjan osatyöt yhtä lukuun ottamatta suomen kielellä ja samasta syystä yhteenvedon kieleksi valikoitui suomi. Toivottavasti tämä valinta lisää väitöskirjatutkimukseni tuottaman tiedon saavutettavuutta kansallisella tasolla sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden eri tasoilla johtaville ammattilaisille.

Tämä tutkimus on tehty Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan kansanterveystieteen osastolla. Kiitos tohtorikoulutuksen oppiainevastaavalle, professori Sari Stenholmille.

Lämmin kiitos ohjaajani professori Tuija Ikonen ja professori emeritus Sakari Suominen ohjauksesta ja tuesta väitöstutkimukseni aikana. Tuijaa haluan kiittää laadun kokonaisuuteen liittyvän asiantuntijuuden jakamisesta sekä oman asiantuntijuuteni kehittymisen tukemisesta. Sakarille kiitos erityisesti uskon valamisesta tekemiseeni, ja kannustuksesta, kun perheen ja työn ohessa tein opinnäytetyötäni. Tutkimuksen tekeminen kanssanne on ollut opettavaista ja rohkaisevat keskustelut ovat tukeneet kasvuani tällä matkalla, mistä olen teille kiitollinen.

Seurantaryhmässäni olleille dosentti, LT Kimmo Mattilalle ja dosentti, TtT Sini Elorannalle suuret kiitokset neuvoista ja tuesta väitöskirjatutkimusprosessini aikana. Lämmin kiitos Sinille myös osallistumisesta kaikkiin osatutkimuksiin, erityisesti tutkimusmenetelmien osalta, sekä tutkimusten raportointeihin.

Lämpimät kiitokset professori, FT Harri Jaloselle lupautumisesta vastaväittäjäksi. Suuret kiitokset väitöskirjani esitarkastajille tutkimusprofessori, VTT Timo Sinervolle ja dosentti, LT Kimmo Mattilalle antamastanne rakentavasta palautteesta, minkä avulla minun oli mahdollista tehdä yhteenvedosta eheämpi kokonaisuus.

Haluan osoittaa kiitokseni kaikille ensimmäisen tutkimusvaiheen kyselytutkimukseen sekä toisen ja kolmannen tutkimusvaiheen haastatteluihin osallistuneille

entisissä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä sekä Kaarinan, Liedon, Paraisten, Salon, Turun ja Uudenkaupungin sote-organisaatioissa.

Kiitän entistä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriä valtion tutkimusrahoituksesta. Kiitos Stiftelsen Eschnerska Frilasarettet sr. apurahasta.

Kiitos Turun yliopiston kirjaston informaattikko Leeni Lehtiö avusta systemaattisessa tiedonhaussa neljännessä osatutkimuksessa.

Laatu ja laadunhallinta on vahvasti liittynyt työkenttääni lähemmäs 15 vuotta. Haluankin sydämestäni kiittää entisen Turunmaan sairaalan toimitusjohtajaa Reijo Grönforsia ja talouspäällikkö Mona Rönnholmia, että olette olleet tukemassa laatu- matkaani työssäni. Kiitos luottamuksesta uskoa Turunmaan sairaalan laadunhallintajärjestelmän rakentamisen vetovastuu aikanaan käsiini ja kiitos kannustuksesta väitöstutkimusmatkallani. Lämmin kiitos entiset työkaverini entisestä Labquality Oy:sta kannustuksesta sekä lukuisista keskusteluista laadunhallinnan ja parantamisen ympärillä. Kiitos tuesta myös nykyiselle esihenkilölleni, Pihlajalinnan hallintoylilääkäri Helka Hosialle. Olen löytänyt hänestä inspiroivan vastinparin laadun parantamistyöhön.

Haluan osoittaa lämpimät kiitokseni ”tiedekummilleni”, Heli Vaartio-Rajalinnille, ajatustani ja ymmärrystäni eteenpäin vieneistä keskusteluista. Kiitos myös väitöskirjatutkijakollega Heidi Korin yhteisen asian jakamisesta. Lämmin kiitos myös kaikille muille ystäville, sukulaisille ja työkavereille kiinnostuksestanne väitöskirjani aihepiiriä ja etenemistä kohtaan. Suuri kiitos Riikka Maijala osallisuudesta neljännessä tutkimusvaiheessa. Sydämellinen kiitos ystävydestäsi.

Omistan tämän väitöskirjan lasteni lisäksi rakkaiden vanhempieni muistolle. He molemmat siirtyivät ajasta ikuisuuteen väitöskirjamatkani aikana. Kiitos äiti ja isä rakkaudestanne ja tuestanne, johon aina saattoi luottaa. Muistonne elää ikuisesti. Sydämellinen kiitos rakkaille sisaruksilleni Kristiinalle, Juhalle ja Jussille perheineen kaikista iloisista kohtaamisista ja yhteisistä tapahtumista Ne ovat elämäni tärkeä, eteenpäin vievä voimavara. Luojan Luomat, olette kultaa.

Sydänlämmin kiitos rakkaalle perheelleni. Krister, kiitos tuestasi. Kiitos, että olet aina uskonut minuun. Rakkaat lapseni, Lina ja Alex, olette näyttäneet minulle, mikä elämässä on tärkeää. Aina ja kaikessa te olette minulle tärkeintä maailmassa. Uskaltakaa unelmoida elämäännne, menkää kohti tavoitteitanne, tehkää töitä niiden saavuttamiseksi. Olen teistä kiitollinen ja ylpeä.

Turussa tammikuussa 2025

*Susanna Friman*

# Lähdeluettelo

- Ajmal MM, Tuomi V Helo, P, Sandhu M. TQM Practices in Public Sector: Case of Finnish Healthcare Organizations. *International Journal of Information Systems in the Service Sector* 2016; 8: 34–43.
- Akmal A, Podgorodnichenko N, Foote J, et al. Why is Quality Improvement so Challenging? A Viable Systems Model Perspective to Understand the Frustrations of Healthcare Quality Improvement Managers. *Health policy* 2021; 125: 658-664.
- Al Khamisi YN, Khan MK, Munive-Hernandez JE. Assessing quality management system at a tertiary hospital Oman using hybrid knowledge-based system. *International Journal of Engineering Business Management* 2018; 10: 1-13.
- Alloubani A, Akhu-Zaheya L, Abdelhafiz IM, Almatari A. Leadership styles' influence on the quality of nursing care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2019; 32: 1022-1033.
- Alsarrani WI, Jusoh A. A review o the characteristic of a good quality leadership style. *Humanities & Social Sciences Reviews* 2019; 5:1152-1159.
- Al-Sawai A. Leadership of Healthcare Professionals: Where Do We stand? *Oman Medical Journal* 2013; 28: 285–287.
- Al-Worafi Y. *Patient Safety in Developing Countries: Education, Research, Case Studies*. New York, CRC Press, 2024.
- Amanchukwu RN, Stanley GJ, Ololube NP. A Review of Leadership Theories, Principles and Styles and Their Relevance to Educational Management. *Management* 2015; 5:6-14.
- Andersen, H, Røvik, KA, Ingebritsen, T. Lean thinking in hospitals: is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews. *BMJ Open* 2014; 4: 1-8.
- Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care* 2009; 9: 1-11.
- Armstrong K, Laschinger H. Structural Empowerment, Magnet Hospital Characteristics, and Patient Safety Culture Making the Link. *Journal of Nursing Care Quality* 2006: 21: 124–132.
- Avery MJ, Cripps AW, Rogers GD. Health boards' governance of quality and risk: quality improvement agenda for the board. *International Journal of Health Governance* 2021; 26: 292-306.
- Baguma JC, Uchejeso OM. Managing quality in health and social care services; an exemplary review of a center in London. *Journal of Quality in Health Care and Economics* 2020; 3: 1-13.
- Başaran B. *Integrated Management Systems and Sustainable Development*. Teoksessa *Quality Management Systems*. A selective presentation of case-studies showcasing its evolution. Croatia, In Tech, 2019.
- Baxter S, Johnson M, Chambers D, Sutton A, Goyder E, Booth A. The effects of integrated care: A systematic review of UK and international evidence. *BMC health services research* 2018;18: 1–13.
- Benzer JK, Cramer IE, Burgess JF Jr., Mohr DC, Sullivan JL, Charns MP. How personal and standardized coordination impact implementation of integrated care. *BMC Health Services Research* 2015; 15 (1): 1-9.
- Bhat KS, Rajashekhar J. An Empirical Study of Barriers to TQM Implementation in Indian Industry. *The TQM Magazine* 2009; 21: 261-272.

- Brace I. Questionnaire Design. How to plan, structure and write survey material for effective market research. Fourth Edition. New Delhi; Kogan Page 2018.
- Brommels M, Aronkytö T, Kananoja A, Lillrank P, Reijula K. Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Selvityshenkilöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:18.
- Bugdol M. Quality Objectives in Standardized Quality Management Systems. *Quality Management in Health Care* 2023; 0:1-6.
- Brubakk K, Vist GE, Barach P, ym. A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex interventions. *BMC Health Serv Res* 2015; 15:280-90.
- Burns, N, Grove, SK. *The Practise of Nursing Research. Conduct, critique and utilizations.* 5th edition. Philadelphia: Saunders 2013.
- Cameron K, Sine W. A Framework for Organizational Quality Culture. *Quality Management Journal* 1999; 6:7–25.
- Capalupo N, Virglerová Z, Adinolfi P. Managing TQM 's soft side: an explorative study of social care multiservice organizations. *The TQM Journal* 2024; 36:847–869.
- Chatterjee R, Suy R, Yen Y, Chhay L. Literature Review on Leadership in Healthcare Management. *Journal of Social Science Studies* 2018; 5: 39-47.
- Chaudhry AQ, Javed H. Impact of Transactional and Laissez Faire Leadership Style on Motivation. *International Journal of Business and Social Science* 2012; 3: 258-264.
- Chiarini A, Vagnoni E. TQM implementation for the healthcare sector The relevance of leadership and possible causes of lack of leadership. *Lead in Health Serv* 2017; 30:210-216.
- Connelly LB, Fiorentini G. Structural factors and integrated care interventions: is there a role for economists in the policy debate? *The European Journal of Health Economics* 2021; 22, 1141–1150.
- Crişan EL, Mihăilă AA. Quality management in healthcare industry – A conceptual analysis. *Analele Universităţii din Oradea. Ştiinţe economice*, 2022; 31: 374–385.
- Christensen C, Coombes-Betz KM, Stein MS. *The Certified Quality Process Analyst Handbook.* Milwaukee, Wisconsin: ASQ Quality Press 2014.
- Crosby PB. *Let's talk about quality: 96 questions you always wanted to ask Phil Crosby.* Indiana: Plume 1990.
- Cumming J. Integrated care in New Zealand. *Int J Integr Care.* 2011; 11:1-13.
- Cummings GG, Tate K, Lee S, Wong CA, Paananen T, Micaroni PM, Chatterjee GE. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 2018; 85:19-60.
- Deming WE. *Out of the Crisis.* MA Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study. Cambridge, MA 1986.
- De Souza LB, Pidd M. Exploring the barriers to lean health care implementation. *Publish Money and Management Journal* 2011; 31:59-66.
- D'haenens F, Van Rompaey B, Swinnen E, Dilles T, Beeckman K. The effects of continuity of care on the health of mother and child in the postnatal period: a systematic review. *The European Journal of Public Health* 2019; 30: 749–760.
- Dixon-Woods M, McNicol S, Graham M. Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. *BMJ Quality and Safety* 2012; 10:876-884.
- Durana P, Kral P, Stehel V, Lazaroiu G, Sroka, W. Quality culture of manufacturing enterprises: a possible way to adaptation to industry 4.0. *Social Sciences* 2019; 4: 124-149.
- Elg M, Stenberg J, Kammerlind P, Tullberg S, Olsson J. Swedish healthcare management practices and quality improvement work: development trends. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2011; 24: 101-123
- Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 62:107–115.
- Eskola J, Suoranta J. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen.* Tampere: Vastapaino 2003.

- Fichtenberg C, Delva J, Minyard K, Gottlieb LM. Health And Human Services Integration: Generating Sustained Health And Equity Improvements. *Health Affairs*, 2020; 39: 1–7.
- Finlex 2023. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 741/2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230741#Pidm46111191575024>. Luettu 18.6.2023.
- Finlex 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341> Luettu 1.12.2020.
- Finlex 2010. Terveysturvallisuuslaki 30.12.2010/1326. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> Luettu 1.12.2022
- Fischer SA. Transformational leadership in nursing education: making the case. *Nursing Science Quarterly*. Sage Journals 2017; 2: 124–128.
- Frandsen, B. Nursing Leadership Management & Leadership Styles. AANAC, American Association of Nurse Assessment Coordination: Denver. CO USA, 2014.
- Friman S, Eloranta S, Suominen S, Ikonen T. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatujohtaminen julkisella sektorilla kyselytutkimuksen kuvaamana. *Focus Localis* 2018; 3:8-27.
- Fundin A, Bergquist B, Eriksson H, et al. Challenges and propositions for re-search in quality management. *International Journal of Production Economics* 2018; 199: 125-137.
- Garcia-Alcaraz JL, Montalvo FJF, Sanchez-Ramírez C, Avelar-Sosa L, Saucedo JAM, Alor-Hernández G. Importance of organizational structure for TQM success and customer satisfaction. *Wireless Networks, Springer Science + Business Media* 2019; 27: 1601-1614.
- Gartner J-P, Abasse KS, Bergeron F, Landa P, Lemaire C, Côté A. Definition and conceptualization of the patient-centered care pathway, a proposed integrative framework for consensus: a Concept analysis and systematic review. *BMC Health Services Research* 2022; 22:3-25.
- Garnerud D. 25 years of quality management research – outlines and trends. *International Journal of Quality & Reliability Management* 2018; 35: 208-231.
- Garvin DA. Product quality: An important strategic weapon. *Business Horizons* 1984; 27: 40-43.
- Glickman SW, Baggett KA, Krubert CG, Peterson ED, Schulman KA. Promoting quality: the health-care organization from a management perspective. *International Journal for Quality in Health Care* 2007; 6: 341-348.
- Graneheim UH, Lindgren BM, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today* 2017; 56: 29–34.
- Hamid SR, Isa S, Chew BC, Altun A. Quality Management Evolution from the Past to Present: Challenges for Tomorrow. *Organizacija* 2019; 52:157-186.
- Hassan M, Mukhtar A, Qureshi SU, Sharif S. Impact of TQM practices on firm’s performance of Pakistan’s manufacturing organizations. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences* 2012; 10:230-259.
- Hibbert PD, Basedow, M, Braithwhite, J, et al. How to sustainably build capacity in quality improvement within a healthcare organisation: a deep-dive, focused qualitative analysis. *BMC Health Services Research* 2021; 21: 588–600.
- Hietapakka L, Juujärvi S, Kaihlanen A-M, Laulainen S, Sinervo T. Lähijohtajien näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon integraation edellyttämästä osaamisesta asiakastyössä. *Yhteiskuntapolitiikka* 2020; 85: 480-493.
- Hildebrand DL. Pragmatic democracy: inquiry, objectivity, and experience. *Metaphilosophy*. 2011; 42: 589-604.
- Hildesheim, C, Sonntag, K. The quality culture inventory: a comprehensive approach towards measuring quality culture in higher education, *Studies in Higher Education*. 2019; 4: 892–908.
- Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. 2008 Tutki ja kirjoita. 13. painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy 2008.
- Hujala A, Taskinen H, Rissanen H. How to Support Integration to Promote Care for People with Multimorbidity in Europe? Policy Brief 26, Health Systems and Policy Analysis. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies. 2017. <http://www.euro.who.int/en/about-us/part>

- ners/observatory/publications/policy-briefs-andsummaries/how-to-support-integration-to-promote-care-for-people-with-multimorbidity-in-europe Luettu 18.4.2023.
- Häkkinen U, Peltola M. Sosiaali- ja terveystalouden ohjauksen edellyttämä tietopohja. Teoksessa Keskimäki I, Moisio A, Pekurinen M (toim.) (2016). Julkisen talouden ohjaus ja sosiaali- ja terveydenhuollon ja koulutuksen rakenneuudistus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 22/2016, 80–94
- Hämäläinen P, Ahola S, Halme N, ym. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreiden arviointi palvelupakettien näkökulmasta. Koottuja indikaattoreita kehittämistyössä huomioitaviksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työpaperi 26/2016. Helsinki. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131370/TY%c3%962016\\_26\\_LIITE\\_1\\_Vaikuttavuusindikaattorit.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131370/TY%c3%962016_26_LIITE_1_Vaikuttavuusindikaattorit.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Luettu 20.11.2022.
- Ingelsson, P, Bäckström, I. Snyder, K. Strengthening quality culture in private sector and health care. 2018. *Leadership in Health Services* 2018; 31: 276-292.
- Islam A, Li W, Johnson K, Priam L. How far has the integrated care come? Applying an asymmetric lens to inter-organisation trust amongst health and social care organisations. *International Entrepreneurship and Management J* 2020;16: 529–554.
- Institute of Medicine (IOM). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C: National Academy Press; 2001
- Jakubowski E, Saltman RB. The Changing National Role in Health System Governance. A case-based study of 11 European countries and Australia. *European Observatory on Health Systems and Policies Observatory studies series* 2013. No. 29:24.
- Johansson, C, Miller VD, Hamrin S. Conceptualizing communicative leadership: A framework for analysing and developing leaders' communication competence. *Corporate Communications: An International Journal* 2014; 19:147-165.
- Jokinen E, Hirvonen H, Mankki L, Aho T, Lehto I. *Gender and Welfare Service Work in Biocapitalism Lean in Action*. London: Routledge 2023.
- Jones L, Pomeroy L, Robert G, Burnett S, Anderson JE. How do hospital boards govern for quality improvement? A mixed methods study of 15 organisations in England. *BMJ Quality & Safety* 2017; 26: 978-986
- Jonker E, Koopman C, Van der Nagel N ym. An Integrated Quality Management for Healthcare. *Open Medicine Journal* 2017; 4:86-92.
- Jorma T, Tiirinki H, Bloigu R, Turkki L. LEAN thinking in Finnish healthcare. *Leadership in Health Services* 2016; 1:9–36.
- Junnila M, Fredriksson S. 2012. Tilaaminen ja tuottaminen sosiaali- ja terveystalouksissa. Ulkoistaminen. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, verkkojulkaisu. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90876/URN\\_ISBN\\_978-952-245-720-2.pdf](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90876/URN_ISBN_978-952-245-720-2.pdf) Luettu 12.10.2021.
- Juran J. *Juran's Quality Handbook*. New York: McGraw-Hill, 2000.
- Kabak KE, Şena, A, Göçera, K, Küçüksöylemez, S, Tuncer G. Strategies for employee job satisfaction: a case of service sector. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2014; 150:1167-1176.
- Kakemam, E, Liang, Z, Janati, A, et al. Leadership and Management Competencies for Hospital Managers: A Systematic Review and Best-Fit Framework Synthesis. *Journal of Health Leadership* 2020; 12: 59–68.
- Kallio O, Meklin P, Tammi J, Vakkuri J. 2012. Kohti parasta kuntatalouden kehitystä? Kunta- ja palvelurakenneuudistus talouden näkökulmasta. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 24. Acta nro 243. Tampereen yliopisto ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki. <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2012/1530-kohti-parasta-kuntatalouden-kehitysta-acta-nro-243> Luettu 2.4.2023.
- Kaplan HC, Brady PW, Dritz C, Hooper DK, Linam, MW, Froehle CM, Margolis P. The Influence of Context on Quality Improvement Success in Health Care: A Systematic Review of the Literature. *The Milbank Quarterly A Multidisciplinary Journal of Population Health and Health Policy* 2010; 4: 500-559.

- Kearney LK, Zeiss AM, Mc Cabe MA, Thistlethwaite JE, Chana N, Chen S, Anton BS. Global Approaches to Integrated Care: Best Practices and Ongoing Innovation. *American Psych* 2020; 75: 668-682.
- Keskimäki I, Tynkkynen L-K, Reissell E, Koivusalo M, Syrjä V, Vuorenkoski L, Rechel B, Karanikolos M. Finland: Health System Review. *Health systems in transition* 2019; 21: 1-166. <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/4667421>
- Keskimäki I, Sinervo T, Koivisto J. Integrating health and social services in Finland: regional and local initiatives to coordinate care. *Public Health Panorama* 2018; 4: 491-735.
- Kesmodel US. Cross-sectional studies—what are they good for? *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica* 2018; 97:388–393.
- Klemola K. Tuottavuuden, vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi alueellisesti integroiduissa sosiaali- ja terveyspalveluissa – palvelujen käyttöön perustuva malli ja esimerkkejä. 2015. *Acta Universitatis Lappeenrantaensis* no 664, Tuotantotalous.
- Kokko S, Heinämäki L, Tynkkynen L-K, Haverinen R, Kaskisaari M, Muuri A, Pekurinen M, Tammelein M. Kunta- ja palvelurakennemuutosten toteutuminen Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 36/2009*. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80033/caf43d23-6dd0-4e42-b4f6-5b8243c3386e.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Luettu 12.3.2023.
- Kounis LD. Quality Management Systems. A selective presentation of case-studies showcasing its evolution. Croatia, In Tech, 2019.
- Kumar R. Leadership in healthcare. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine* 2013; 14:39-41.
- Kumar V, Sharma RRR, Verma P, Lai K-K, Yu-Hsin C. Mapping the TQM implementation. An empirical investigation of the cultural dimensions with different strategic orientation in Indian firms. *Benchmarking: An International Journal* 2018; 25: 3081–3116.
- Kumar R, Garg D, Garg TK. Total quality management success factors in North Indian manufacturing and service industries. *The TQM Journal* 2011; 23: 36–46.
- Kuntaliitto 2019. *Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas*. Uudistettu painos 2019. Luettu 12.6. 2019. [http://shop.kuntaliitto.fi/product\\_details.php?p=3584](http://shop.kuntaliitto.fi/product_details.php?p=3584)
- Kuntaliitto. 2011. *Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas 2011*. [https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2019/1996-terveystieteiden-tutkimuskeskuksen-laatuopas-\(7.4.2024-ei-paasy-oppaan-vuoden-2011-versioon-linkissa-vuonna-2019-paivitetty-opas\)](https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2019/1996-terveystieteiden-tutkimuskeskuksen-laatuopas-(7.4.2024-ei-paasy-oppaan-vuoden-2011-versioon-linkissa-vuonna-2019-paivitetty-opas))
- Kurkela K, Virtanen P. Edelläkävijäkunnat uudistavat toimintaansa eivätkä sammaloitu. *Suomen Kuntaliiton julkaisusarja 2/2015*. Luettu 12.2.2020 [http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=3151](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=3151)
- Latvala E, Vanhanen-Nuutinen L. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Kirjassa: Janhonen, Sirpa & Nikkonen Merja (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva. WSOY 2003.
- Laureani, A, Antony, J. Leadership and Lean Six Sigma: a systematic literature review. *Total Quality Management & Business Excellence* 2019; 30: 53–81.
- Lecklin O. *Laatu yrityksen menestystekijänä*. 5. painos. Helsinki, Talentum. 2006.
- Leijten F, Struckmann V, van Ginneken E, Czipionka T, Kraus M, Reiss M, Tsiachristas A, Boland M, de Bont A, Bal R, Busse R, Mölken MR. The SELFIE Framework for Integrated Care for Multi-Morbidity: development and description. *Health policy Amsterdam* 2017; 122: 12–22.
- Lewis K, Hinchliff R. Hospital accreditation: an umbrella review. *International Journal for Quality in Health Care* 2023; 35:1-7.
- Liker JK. *Toyotan tapaan*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy 2006.
- Lillrank P. Small and big quality in health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2015; 28: 1-12.
- Lillrank, P. *Laatuajattelu*. Otava. Keuruu 1998.
- Liphadzi M, Aigbavboa CO, Thwala WD. A Theoretical Perspective on the Difference between Leadership and Management. *Procedia Engineering* 2017; 196: 478-482.

- Ljungholm L, Edin-Liljegren A, Ekstedt M, Klinga C. What is needed for continuity of care and how can we achieve it? – Perceptions among multiprofessionals on the chronic care trajectory. *BMC Health Services Research* 2022; 22:1-16.
- Loulas N. How leadership theory can contribute in quality improvement efforts, by influencing change, teamwork and goal management. Degree project in management and operational development, second level. KTH Royal Institute of Technology, Sweden. *Industrial Engineering and Management*. 2014.
- Luthra S, Garg D, Agarwal A, Mangla SK. *Total Quality Management (TQM) Principles, Methods, and Applications*. Boca Raton; CRC Press; 2020.
- Maijala R, Eloranta S, Reunanen T, Ikonen T. Successful implementation of Lean as a managerial principle in health care: A conceptual analysis from systematic literature review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2018; 34: 134–146.
- Martin J, Elg M, Gremyr I, Wallo A. Towards a quality management competence framework: exploring needed competencies in quality management. *Total Quality Management* 2021; 32: 359–378.
- Mattila E, Kallio T, Saru E. Sivistyksen ja soten yhteistyö kunnissa – askeleita kohti syvempää palveluintegraatiota. *Hallinnon tutkimus* 2021; 3: 170–186.
- McAlearney AS, Terris D, Hardacre J, Spurgeon P, Brown C, Baumgart A, Nyström ME. Organizational Coherence in Health Care Organizations: Conceptual Guidance to Facilitate Quality Improvement and Organizational Change. *Quality Management in Health Care* 2014; 4: 254-267.
- McFadden KL, Lee JY, Gowen CR III, Sharp BM. Linking Quality Improvement Practices to Knowledge Management Capabilities. *Quality Management Journal* 2014; 1:42-58.
- Mehmood S, Qadeer F, Ahmad A. Relationship between TQM dimensions and organizational performance. *Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences* 2014; 3: 662-679.
- Melão NF, Amorim M, Marimon F, Alegre I. Quality management systems in European social service organizations. A survey of EQUASS Assurance pioneer adopters. *International Journal of Quality & Reliability Management* 2018; 35: 354-372.
- Minkman MMN. Longing for integrated care: the importance of effective governance. *International Journal of Integrated Care*. 2017; 17:1–2.
- Mitra, A. *Fundamentals of Quality Control and Improvement*. Newark: John Wiley & Sons, Incorporated, Fifth edition. 2021.
- Mosadeghrad AM, Ferlie E. “Total quality management in healthcare”, in Örtenblad A, Ljöfström CA and Sheaff R. (Eds), *Management Innovations for Healthcare Organizations: Adopt, Abandon or Adapt*, 1st ed., Routledge. New York, 2016.
- Mosadeghrad AM. Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Health Policy and Management* 2014a; 2: 77-89.
- Mosadeghrad, AM. Why TQM does not work in Iranian healthcare organisations. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2014b; 27: 320-335.
- Mosadeghrad AM. Developing and validating a total quality management model for healthcare organisations. *The TQM Journal* 2014c; 27:544-564.
- Mosadeghrad AM. Healthcare service quality: towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2013a; 3: 203-219.
- Mosadeghrad, AM. Obstacles to TQM success in health care systems. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2013b; 2:147-173.
- Munehika M, Masataka S, Haizhe J ym. Quality Management system for health care and its effectiveness. *Total Quality Management* 2014; 25:889-896.
- Mäntysaari M. The risks of using TQM philosophy in developing the quality of social welfare services. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 1998; 7:9–16.
- National Health Service (NHS). 2024. 2024/25 NHS priorities and operational planning guidance. Publication reference: PRN00715. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2024/03/2024-25-priorities-and-operational-planning-guidance-v1.1.pdf>

- Nicolaou N, Kentas G. Total Quality Management Implementation Failure Reasons in Healthcare Sector. *Journal of Health Science* 2017; 5:110–113.
- Niiranen V. Uudistuvat verkostot ja yhteistyörakenteet johtamisessa. Teoksessa: Syväjärvi Antti & Pietiläinen Ville (toim.) *Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen*. Tampere University Press, Tampere, 2016.
- Niiranen V, Lammintakanen J. Sosiaali- ja terveysalan johtamisen painopistealueet ja mahdollisuudet. Teoksessa: Niiranen Vuokko, Joensuu Minna, Lammintakanen Johanna & Kerkkäinen Mervi (toim.). *Johtajana muutoksessa*. Kuntaliitto. Kuntatalon paino. Helsinki, 2014.
- Niiranen V. Johtamistyön sisältö ja johtamisen moniulotteisuus. Teoksessa: Vuokko Niiranen, Minna Joensuu, Johanna Lammintakanen & Mervi Kerkkäinen (toim.). *Johtajana muutoksissa*. Kuntaliitto. Kuntatalon paino. Helsinki, 2014.
- Nuutinen M. *Hoitoketju*. *Duodecim* 2000; 116:1821–8.
- Nouwens E, van Lieshout J, Wensing M. Determinants of impact of a practice accreditation program in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2015; 16:78-86.
- Oakland JS. *Total Organizational Excellence: Achieving World-Class Performance*. Butterworth-Heinemann. Oxford, 2001.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 134: 178-189.
- Papanicolaos I, Mossialos E, Gundersen A, Woskie L, Jha AK. Performance of UK National Health Service compared with other high-income countries: observational study. *BMJ* 2019; 367: 1-12.
- Parahoo K. *Nursing Research – Principles, Process and Issues*. Second Edition. New York: Palgrave Macmillan 2006.
- Pfeffer J, Salancik R. *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*. Harper & Row. New York 2003. (reprinted)
- Pihlainen V. *Asiantuntijoiden käsityksiä johtamisosaamisen nykytilasta ja tulevaisuuden suunnista suomalaisissa sairaaloissa 2030*. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 223. University of Eastern Finland Kuopio 2020.
- Polit D & Beck C. *Nursing Research*. Philadelphia; Lippincott Williams and Wilkins 2016.
- Rannisto, P-H (toim.) *Syytön, sankari vai konna?* Tampereen toimintamallin arviointi. Acta 257, Suomen Kuntaliitto. 2015. Luettu 12.2.2020 [http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=3080](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=3080)
- Raus K, Mortier E, Eeckloo K. Challenges in turning a great idea into great health policy: the case of integrated care. *BMC Health Services Research* 2020; 20:1–9.
- Rautiainen P, Taskinen H, Rissanen S. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen – virstanpylväitä menneestä ja suuntia tulevasta. Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.). *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* (2020). Tampere: Tampere University Press, 15–45. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>
- Rawshdeh M, Keathley H, Obeidat S, Al Athamneh R, Rababah M, Furterer S. Facilitators, Barriers, and Benefits of Quality Management Systems Implementation: Healthcare Experts' Perspectives, *Engineering Management Journal* 2023; 0: 103-116.
- Reed JE, Card AJ. The problem with Plan-Do-Study-Act cycles. *BMJ Quality & Safety* 2016; 25: 147-152.
- Robertson R, Gregory S, Jabbal J. *The social care and health systems of nine countries*. Commission on the Future of Health and Social Care in England, 2014. <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/media/commission-background-paper-social-care-health-system-other-countries.pdf>
- Ross TK. *Health care quality management: Tools and applications*. John Wiley & Sons, Incorporated. San Francisco, 2014.
- Räsänen M, Stenvall J, Heikkinen K. Kompetenssit palveluiden kehittämisessä. Esimerkkinä hoitotyön kliininen asiantuntijuus. Teoksessa: Syväjärvi Antti & Pietiläinen Ville (toim.) *Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen*. Suomen yliopistopaino Oy. Tampere, 2016.

- Rötsä M, Berglind H, Huovila M ym. Sosiaalihuollon valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen ja määrämuotoisen kirjaamisen toimeenpanohanke (Kansa-hanke). Hankesuunnitelma vuosille 2016–2020. THL 2016. Luettu 22.1.2020.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130563/URN\\_ISBN\\_978-952-302-660-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130563/URN_ISBN_978-952-302-660-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Saarimaa T, Tukiainen. PARAS-hankkeen aikana toteutettujen kuntaliitosten vaikutukset. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 2018; 2: 256–271.
- Sfantou DE, Laliotis A, Patelarou AE, Sifaki-Pistolla D, Matalliotakis M, Patelarou E. Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare* 2017; 5:73-91.
- Shaari JAN. Barriers to Implement TQM in Japanese Way: A Study on Companies in Malaysia. *International Review of Business Research Papers* 2010; 6, No. 5: 400-410.
- Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS. Research report 2011. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/what-is-integrated-care-report-web-final.pdf> Luettu 23.12.2019.
- Simonen O, Viitanen E, Blom M. Factors relating to effectiveness data use in healthcare management. *International Journal of Productivity and Performance Management* 2012; 7:752–764.
- Sinervo T, Juujärvi S, Niiranen V, Laulainen S, Keskimäki I. Mitä palvelujen yhteensovittaminen tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon työssä? *Talous & Yhteiskunta* 2019; 2: 36–41.
- Sinervo T, Keskimäki I. Palveluintegraatiota käytännössä. Mikä edistää ja mikä estää integraatiota? *Yhteiskuntapolitiikka* 2019; 84: 425–433.
- Singh J, Sillerud B, Omar M. Quality improvement in hospice settings: perceptions of leaders. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2019; 32: 1098-1112.
- Singh J, Singh H. Continuous Improvement Strategies: An Overview. *IUP Journal of Operations Management* 2013; 12: 32–57.
- Sinkkonen S, Taskinen H, Rissanen. 2017. Sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointi ja johtaminen. Rissanen Sari & Lammintakanen Johanna (toim.). Sosiaali- ja terveysjohtaminen, 3. painos. Sanoma pro.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2024. Asiakas- ja potilasturvallisuus. <https://stm.fi/asiakas-ja-potilasturvallisuus> Luettu 12.2.2024.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2023a. Sosiaalipalvelut. <https://stm.fi/sosiaalipalvelut> Luettu 19.2.2023.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2023b. Terveyspalvelut. <https://stm.fi/terveyspalvelut> Luettu 19.2.2023.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2023c. Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut. <https://stm.fi/yksityiset-sotepalvelut> Luettu 19.2.2023
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2023d. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut. <https://stm.fi/web/stm/hyvinvointialueet> Luettu 28.6.2023.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2023e. Vakavien vaaratapahtumien tutkinta Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165193/STM\\_2023\\_31\\_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165193/STM_2023_31_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Luettu 14.1.2024.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2020. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022. Ohjelma- ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3:2020. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162004/STM\\_2020\\_3\\_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162004/STM_2020_3_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Luettu 4.1.2021.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2019. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä – suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:23. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161737/STM\\_2019\\_23\\_Laatu-ja\\_potilasturvallisuus\\_ensihoidossa\\_ja\\_paivystyksessa.pdf](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161737/STM_2019_23_Laatu-ja_potilasturvallisuus_ensihoidossa_ja_paivystyksessa.pdf) Luettu 12.10.2023.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sote-uudistuksen tavoitteet 2019. Luettu 19.4.2019. <https://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Kauppila, T, Tuulonen A. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttava tehokas ohjaus. Selvityshenkilöraportti. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74756/RAP-2016-05-sos-tervhuollon-kustannusvaikuttava-ja-tehokas-ohjaus.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Luettu 11.8.2021.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Kansallinen projekti sosiaalialan kehittämiseksi. Hanke STM122:00/2002. <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM122:00/2002> Luettu 31.3.2023.
- Suñol R, Vallejo P, Thompson A ym. Impact of quality strategies on hospital outputs. *Quality and Safety in Health Care* 2009; 18:62–68.
- Suomen lainsäädäntö 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 6.4.341/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341> Luettu 7.4. 2022.
- Sydänmaanlakka P. Älykäs johtajuus. Ihmisten johtaminen älykkäissä organisaatioissa. Talentum. Helsinki, 2004.
- Syväjärvi A, Pietiläinen V. 2016. Kohti inhimillistä ja tehokasta sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden johtamista. Antti Syväjärvi & Ville (toim.) Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen. Suomen Yliopistopaino Oy, Juvenes Print. Tampere. [https://repo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100410/Syvajarvi\\_&\\_Pietilainen\\_OA.pdf?sequence=1](https://repo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100410/Syvajarvi_&_Pietilainen_OA.pdf?sequence=1)
- Talib F, Rahman Z, Qureshi MN. An empirical investigation of relationship between total quality management practices and quality performance in Indian service companies. *International Journal of Quality & Reliability Management* 2013; 30:280-318.
- Talib, F, Rahman, Z, Azam, M. Best Practices of Total Quality Management Implementation in Health Care Settings. *Health Marketing Quarterly* 2011; 28: 232–252
- Tanttu K. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. 2007. Acta Wasaensia no 176, Sosiaali- ja terveyshallintotiede 2.
- Taskinen H, Hujala, A. Integraatio-sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisen ydintä. Teoksessa Hujala, A. & Taskinen, H. (toim.), Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere University Press, 2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>
- Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. *BMJ Quality and Safety* 2014; 23: 290–298.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2024. Sotkanet. Tilastotietoa väestön terveydestä ja hyvinvoinnista. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023a. Palveluintegraatio. <https://thl.fi/fi/web/sote-palvelujen-johtaminen/kehittyva-palvelujarjestelma/palveluintegraatio> Luettu 17.4.2023.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023b. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma> Luettu 19.3.2023.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020a. Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittely, ohjauksen ja seurannan käsikirja. Juha Koivisto, Eeva Liukko, Hanna Tiirinki ja Merja Lyytikäinen. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140708/URN\\_ISBN\\_978-952-343-581-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140708/URN_ISBN_978-952-343-581-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Luettu 17.4.2023.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020b. Laatu. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/laatu> Luettu 25.11.2020.
- Thomassen JP, Ahaus K, Van Den Walle S. Developing and implementing a service charter for an integrated regional stroke service: an exploratory case study. *BMC Health Service Research* 2014; 14: 1-11.
- Tiirinki H, Sulander J, Sinervo T, Halme S, Keskimäki I. Integrating Health and Social Services in Finland: Regional Approaches and Governance Models. *International Journal of Integrated Care*, 2022; 18: 1–11.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Toimituskunta Keiski R, Hämäläinen K, Karhunen M, Löfström E, Näreaho S,

- Varantola K, Spoof S-K, Tarkiainen T, Kaila E, Aittasalo M. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023, Helsinki.
- Tynkkynen L-K, Keskimäki I, Karanikolos M, Litvinova Y. Finland – Health system summary. Health systems in transition. 2023; 1-22.
- Tørseth TN, Ådnanes M. Trust in pathways? Professionals' sensemaking of care pathways in the Norwegian mental health services system. BMC Health Services Research 2022; 22: 1-11.
- Ul Hassan M, Mukhtar A, Qureshi SU, Sharif S. Impact of TQM Practices on Firm's Performance of Pakistan's Manufacturing Organizations. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences 2012; 2:232-259.
- Vanhaect K, Øvretveit J, Elliott MJ, Sermeus W, Ellershaw J, Panella M. Have We Drawn the Wrong Conclusions About the Value of Care Pathways? Is a Cochrane Review Appropriate? Evaluation & the Health Professions 2012; 35:28-42.
- Valtioneuvosto 2023a. Uudistus lyhyesti. <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti>- Luettu 19.3.2023
- Valtioneuvosto 2023b. Sote-uudistus. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden ohjelma. <https://soteuudistus.fi/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma1> Luettu 19.3.2023.
- Valtioneuvosto 2019a. Rinteen hallitus. Hallitusohjelma: sosiaali- ja terveystieteiden rakennemuutostus. <https://valtioneuvosto.fi/rinteen-hallitus/hallitusohjelma/sosiaali-ja-terveyspalveluiden-rakennemuutostus> Luettu 20.8.2020.
- Valtioneuvosto 2019b. Marinin hallitus. Hallitusohjelma: Sosiaali- ja terveystieteiden rakennemuutostus. <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma/sosiaali-ja-terveyspalveluiden-rakennemuutostus> Luettu 19.3.2023.
- Valtioneuvosto 2019c. Pääministeri Antti Rinteen hallituksen ohjelma. Osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161662/Osallistava\\_ja\\_osaava\\_Suomi\\_2019\\_WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161662/Osallistava_ja_osaava_Suomi_2019_WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Luettu 19.3.2023
- Valtioneuvosto 2017. Vaikuttava valvonta osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta. Nykänen E, Kovasin M, Liukko E, ym. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 29/2017. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160250/Vaikuttava\\_valvonta\\_osana\\_sosiaali\\_ja\\_terveydenhuollon\\_uudistusta.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160250/Vaikuttava_valvonta_osana_sosiaali_ja_terveydenhuollon_uudistusta.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Luettu 18.10.2022
- Valtioneuvosto 2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163399/VNK\\_2015\\_10.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163399/VNK_2015_10.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Luettu 23.3.2023.
- Valtioneuvosto 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79792/H0111\\_P%c3%a4%c3%a4ministeri%20Jyrki%20Kataisen%20hallituksen%20ohjelma.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79792/H0111_P%c3%a4%c3%a4ministeri%20Jyrki%20Kataisen%20hallituksen%20ohjelma.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Luettu 7.4.2023.
- Valtioneuvosto 2007. Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma. <https://valtioneuvosto.fi/documents/10184/368562/hallitusohjelma-vanhanen-II/2a27514c-b939-4bb6-9167-ce886c358dff/hallitusohjelma-vanhanen-II.pdf?t=1630599802589> Luettu 21.3.2023.
- Valtioneuvosto 2003. Pääministeri Matti Vanhasen I hallituksen ohjelma. <https://valtioneuvosto.fi/documents/10184/369117/hallitusohjelma-vanhanen.pdf/da627124-c0ee-4015-9642-197b11013c02> Luettu 21.3.2023.
- Valtiovaraministeriö 2019. Maakunta- ja sote-uudistuksen loppuraportti Kokemuksia valmistelutyöstä, oppeja sekä johtopäätöksiä. Valtiovaraministeriön julkaisuja – 2019:40. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161656/VM\\_40\\_2019\\_Maku\\_sote\\_loppuraportti.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161656/VM_40_2019_Maku_sote_loppuraportti.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Luettu 28.3.2023.
- Valvira 2024a. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjän omavalvonta. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/palvelunjarjestajan-omavalvonta> Luettu 3.4.2024.
- Valvira 2024b. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajan omavalvonta. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/palveluntuottajan-omavalvonta> Luettu 18.4.2024.

- Valvira 2024c. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjän ja palveluntuottajan viranomaisvalvonta. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/viranomaisvalvonta> Luettu 6.5.2024.
- Valvira 2020. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2020–2023; Päivitys vuodelle 2021. Valvira, valvontaohjelmia 1:2020. Helsinki. [https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Sote\\_valtakunnallinen\\_valvontaohjelma\\_paivitys\\_2021.pdf/d13d4754-f571-6074-dc23-5858169e12af?t=1610613756082](https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Sote_valtakunnallinen_valvontaohjelma_paivitys_2021.pdf/d13d4754-f571-6074-dc23-5858169e12af?t=1610613756082) Luettu 18.10.2021.
- Van Schoten S, De Blok C, Spreuwenberg P, Groenewegen P. The EFQM Model as a framework for total quality management in healthcare. Results of a longitudinal quantitative study. *International Journal of Operations & Production Management* 2016; 36:901-922.
- Varda D, Shoup JA, Miller S. A systematic review of collaboration and network research in the public affairs literature: implications for public health practice and research. *American Journal Public Health* 2012; 102: 564–71.
- Viisainen K, Salasti-Koskinen U, Perälä M-L, Kinnunen J, Teperi J. Terveydenhuolto 2000-luvulle hankkeen alueellisen toimeenpanon arviointi. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2002:8. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70060/th2000ar.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Luettu 12.3.2023.
- Viitala R, Jylhä E. Johtaminen. Keskeiset käsitteet, teoriat ja trendit. Edita. Helsinki 2019.
- Virtanen P, Smedberg J, Nykänen P, Stenvall J. Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveyspalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017. Luettu 22.6.2023. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80882/palvelu%20ja%20asiakastietoj%c3%a4rjestelmien%20integraation%20vaikutukset.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Virtanen P, Stenvall J. Julkinen johtaminen. Helsinki: Tietosanoma 2019.
- Wassan AN, Memon MS, Mari SI, Kalwar MA. Impact of Total Quality Management (TQM) practices on sustainability and organizational performance. *Journal of Applied Research in Technology & Engineering* 2022; 3:93-102.
- Weckenmann A, Akkasoglu G, Werner T. Quality management – history and trends. *The TQM Journal* 2015; 3:1754-2731.
- Wen D, Sun X, Yan D. The quality movement: where are we going? Past, present and future. *Total Quality Management* 2020; 33:92-112.
- West, MA, Lyubovnikova, J, Eckert, R, et al. Collective leadership for cultures of high-quality health care. *Journal of Organizational Effectiveness People and Performance* 2014; 3: 240-260.
- White DE, Norris JM, Jackson K, Khandwala F. Barriers and facilitators of Canadian quality and safety teams: a mixed-methods study exploring the views of health care leaders. *Journal of Healthcare Leadership* 2016; 8: 127-137
- Williams S, Radnor Z. An integrative approach to improving patient care pathways. *Int J of Healths Care Qual Assurance* 2018; 7:810-821.
- Wong CA, Cummings GG, Ducharme L. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review. *Journal of Nursing Management* 2007; 15: 508–521.
- World Health Organization WHO). Health care accreditation and quality of care: exploring the role of accreditation and external evaluation of health care facilities and organizations. Geneva: 2022. <https://iris.who.int/handle/10665/363528> Luettu 7.1.2025.
- World Health Organisation (WHO). Quality of Care. [https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1) Luettu 26.5.2024.
- World Health Organisation (WHO), Regional Office for Europe. Integrated care models: an overview. Health Services Delivery Programme Division of Health Systems and Public Health. 2016. [https://www.researchgate.net/publication/315493946\\_Integrated\\_care\\_models\\_an\\_overview\\_Copenhagen\\_WHO\\_Regional\\_Office\\_for\\_Europe\\_2016](https://www.researchgate.net/publication/315493946_Integrated_care_models_an_overview_Copenhagen_WHO_Regional_Office_for_Europe_2016) Luettu 20.4.2023.
- World Health Organisation (WHO). Quality and accreditation in health care services A global review. Evidence and Information for Policy Department of Health Service Provision WORLD HEALTH

- ORGANIZATION. Geneva 2003. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/68410/WHO?sequence=1> Luettu 2.5.2024.
- Yukl GA. Leadership in Organizations. Pearson Education. Upper Saddle River, NJ. USA, 2010.
- Young S, Macinati MS. Health Outsourcing/Backsourcing: Case studies in the Australian and Italian health sector. *Public Management Review* 2012; 14: 771-794.
- Yusof SM, Aspinwall E. TQM implementation Issue: Review and case study. *International Journal of Operation and Production Management* 2000; 20:634-655.
- Zangirolami-Raimundo J, Echeimberg JO, Leone C. Research methodology topics: Cross-sectional studies. *Journal of Human Growth and Development* 2018; 28:356-360.
- Øvretveit J, Gustafson D. Evaluation of quality improvement programs. *Quality and Safety in Health Care* 2002; 11:270-275.
- Øvretveit J, Staines A. Sustained Improvement? Findings From an Independent Case Study of the Jönköping Quality Program. *Quality Management in Health Care* 2007; 16:68–83.

# Luettelo taulukoista, kuvioista ja liitteistä

## Taulukot

Taulukko 1.	Yhteenveto palvelurakennemuutoksen tavoitteista, keinoista ja laadunäkökulmasta hallitusohjelmien sisällöistä.....	17
Taulukko 2.	Tutkimuksen eteneminen tutkimusaineistojen kautta.....	45
Taulukko 3.	Vastaajan virkatehtävään liittyvät vastuut laadunhallinnassa sairaanhoitopiirissä ja kunnissa jaoteltuna STM:n asetuksessa (341/2011) mainitun laadunhallinnan suunnitelman sisältöjen mukaisesti.....	51
Taulukko 4.	Yhteenveto tuloksista tutkimuskysymyksittäin pääluokittain.....	56
Taulukko 5.	Organisaation toimintaprosessien laadunarviointi sote-organisaatioissa, keskeiset tulokset pääluokittain.....	60
Taulukko 6.	Ostopalvelujen laadunarviointi, keskeiset tulokset pääluokittain.....	61
Taulukko 7.	Toimintaprosessien laadunarviointi sote-organisaatioiden palveluntuottajien yhdyspinnoilla, keskeiset tulokset pääluokittain.....	62
Taulukko 8.	Tutkimukseen sisällytetyt alkuperäistutkimukset.....	63
Taulukko 9.	Tutkimukseen hyväksytyt systemaattiset katsaukset.....	67
Taulukko 10.	Aineistosta tunnistetut laadun johtamisen piirteet ala- ja yläluokittain.....	69

## Kuviot

Kuvio 1.	Laadunhallinnan kehitysjänne 1900-luvulta 2020-luvulle (Friman 2025).....	30
Kuvio 2.	Yhteenveto kirjallisuuskatsauksen laadunhallintaan kytkeytyvien sisältöalueiden keskeisistä käsitteistä, mekanismeista ja vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa (Friman 2025).....	40
Kuvio 3.	Aineiston haku- ja valintaprosessi.....	49

## Liitteet

Liite 1.	Laatujohtamisen tila Varsinais-Suomessa sairaanhoitopiirissä ja eräissä kunnissa – kyselyn kyselylomake. ....	106
Liite 2.	Laatujohtamisen tilaa kartoittavan kyselyn kyselylomakkeessa käytettävien käsitteiden määrittely. ...	114
Liite 3.	Teemaryhmähaastattelun haastatteluteemat ja -kysymykset. ....	116
Liite 4.	Teemaryhmähaastattelussa käytettävien käsitteiden määrittely. ....	118

# Liitteet

**Liite 1.** Laatujohtamisen tila Varsinais-Suomessa sairaanhoitopiirissä ja eräissä kunnissa – kyselyn kyselylomake.

## Taustatiedot

### 1) Vastaajan organisaatio?

- Kunta
  - Kaarina
  - Kemiö
  - Lieto
  - Parainen
  - Salo
  - Turku
  - Uusikaupunki
    - Toimialue
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
  - Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitos
  - Hallintokeskus
  - Psykiatrian tulosalue
  - Tekniikan ja huollon tulosalue
  - Turunmaan sairaala
  - Tyks-Sapa-liikelaitos
  - Tyks

- Palvelualue 1 Asiantuntijapalvelut
- Palvelualue 2 Totek
- Toimialue 1 Tules
- Toimialue 2 Sydänkeskus
- Toimialue 3 Vatsaelinkirurgian ja urologian klinikka
- Toimialue 4 Neuro
- Toimialue 5 Medisiininen
- Toimialue 6 Operatiivinen toiminta ja syöpätaudit
- Toimialue 7 Naistenklinikka
- Toimialue 8 Lasten ja nuorten klinikka
- Sairaalahygieniayksikkö

2) Vastaajan virka-asema?

- Toimialueen johtaja
- Toimialueen ylihoitaja
- Muu, mikä?

### **Laatujohtaminen**

3) Käsitelläänkö johtoryhmässänne tai vastaavassa sairaanhoitopiiriin/kunnan yksiköllenne asettamia strategisia tavoitteita?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

4) Käsitelläänkö johtoryhmässänne tai vastaavassa vuosittain yksikönnne seuraavan vuoden toiminnalliset tavoitteet?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

- 5) Jos vastasitte kyllä, miten niistä viestitään henkilöstölle?
- johtoryhmän kokouspöytäkirjat
  - toimi/palvelualueen informaatiotilaisuus
  - yksikkö/osasto/tiimi/lääkärikokoukset
  - kirjallinen tiedote
  - sähköpostitiedotus
  - jotenkin muuten, miten?
- 6) Onko yksikössänne käytössä johtamisjärjestelmä?
- Kyllä
  - Ei
  - En osaa sanoa
- 7) Onko yksikössänne käytössä systemaattinen laatu järjestelmä?
- Kyllä
  - Ei
  - En osaa sanoa
- 8) Jos vastasitte kyllä, minkä standardin, lautapalkintomallin tai -ohjelman mukainen järjestelmä on?
- Akkreditoitu toimintajärjestelmä, mikä? \_\_\_\_\_
  - ISO-standardi, mikä? \_\_\_\_\_
  - EFQM-lautupalkintomalli
  - CAF-laadunarviointimalli
  - SHQS-laatuohjelma
  - Muu mikä? \_\_\_\_\_

9) Jos teillä on käytössä laatujärjestelmä, kuinka paljon henkilöstöresurssia (työpäiviä/kk) järjestelmänne ylläpito edellyttää?

- 1-5 pvä/kk
- 6-10 pvä/kk
- 11-15 pvä/kk
- Kokopäivätyö

Millaisia tehtäviä se sisältää? (avoin)

10) Onko yksikössänne säännöllisiä johdon katselmuksia?

- Kyllä, miten usein?
  - kerran vuodessa
  - kaksi kertaa vuodessa
  - neljä kertaa vuodessa
  - muu vaihtoehto, mikä?
- Ei
- En osaa sanoa

11) Jos vastasitte kyllä, millaista tietoa käsitellään

- Sitovien tavoitteiden toteutuminen
- Talouden tunnusluvut
- Toimintaa kuvaava tilastotieto
- Itsearviointien ja auditointien tuottama tieto
- Riskienhallinta- ja turvallisuusasiat
- Henkilöstöasiat (työhyvinvointi, sairauspoissaolot jne.)
- Potilasturvallisuus
- Potilas- tai asiakaspalaute
- Muuta, mitä? \_\_\_\_\_

Miten saatua tietoa hyödynnetään?

12) Onko yksikössänne käytössä laatu-/toimintakäsikirja?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

13) Jos vastasitte kyllä, millainen laatu-/toimintakäsikirja on ja miten sitä käytännössä hyödynnetään?

14) Mitä muita laadunhallinnan ja -arvioinnin menetelmiä yksikössänne on käytössä?

- Toimintatiedon hallintajärjestelmä (BI)
- Riskien hallinnan menettelyt
- Turvallisuuskulttuurikysely
- Prosessikuvaukset
- Perehdytysjärjestelmä
- Koulutusseurantajärjestelmä
- Työhyvinvoinnin seuranta
- Henkilöstön sairauspoissaolojen seuranta
- Menetelmä- tai/ja työohjeita
- HaiPro-raportointijärjestelmä
- Potilas- tai asiakaspalautejärjestelmä
- Muu, mikä?

### **Laadun arviointi, kehittäminen ja tulosten hyödyntäminen**

15) Miten kohdassa 14 kysytyjen, käytössänne olevien laadunhallinnan ja -arvioinnin menetelmien avulla saatua tietoa hyödynnetään?

16) Onko yksikössänne hyödynnetty laatujohtamisen menettelyjä ja niiden kautta saatua tietoa organisaatio- tai toiminnan muutoksissa?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

- 17) Jos vastasitte kyllä, niin miten?
- 18) Millä tavoin yksikössä te toteutetaan jatkuvan parantamisen sykliä (suunnittelu, toteutus, arviointi, kehittäminen)?
- 19) Tehdäänkö yksikössä yksikön/organisaation toimintaan kohdistuvia itsearviointeja?
- Kyllä, kuinka usein? \_\_\_\_\_
  - Ei
  - En osaa sanoa
- 20) Jos vastasitte kyllä, niin miten itsearviointi tehdään ja miten itsearvioinnin tuloksia on hyödynnetty?
- 21) Tehdäänkö yksikössä sisäisiä auditointeja (arviointeja)?
- Kyllä, kuinka usein? \_\_\_\_\_ -
  - Ei
  - En osaa sanoa
- 22) Jos vastasitte kyllä, niin miten sisäinen auditointi tehdään ja miten sisäisen auditoinnin tuloksia on hyödynnetty?
- 23) Onko yksiköllänne toimintaa auditoitu (arvioitu) ulkoisesti?
- Kyllä, kuinka usein? \_\_\_\_\_
  - Ei
  - En osaa sanoa
- 24) Jos vastasitte kyllä, niin miten ulkoinen auditointi tehdään ja miten ulkoisen auditoinnin tuloksia on hyödynnetty?
- 25) Onko yksiköllänne laatusertifikaatti, -palkinto tai ulkoinen laaduntunnustus?
- Kyllä
  - Ei
  - En osaa sanoa

26) Jos vastasitte kyllä, mikä sertifiointi, laatu- tai ulkoinen laaduntunnustus yksiköllänne on?

- Akkreditoitu järjestelmä, mikä? \_\_\_\_\_
- ISO-standardi, mikä? \_\_\_\_\_
- EFQM-laatu- tai sertifiointimalli
- CAF-laadun arviointimalli
- SHQS-laatuohjelma
- Muu mikä? \_\_\_\_\_

Kenen myöntämä? \_\_\_\_\_

### **Henkilöstön osallisuus ja laatu- ja sertifiointikoulutus**

27) Millä tavalla henkilöstö osallistuu yksikönnne laatu- ja sertifiointityöhön?

28) Onko laatu- ja sertifiointityö moniammatillista?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

29) Jos vastasitte kyllä, niin mitkä ammattiryhmät siihen osallistuvat?

30) Onko yksikössänne nimetty laatu- ja sertifiointiasioista vastaava henkilö?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

31) Jos vastasitte kyllä, millä nimikkeellä ja tehtäväkuvalla laatu- ja sertifiointiasioista vastaava henkilö toimii?

32) Ovatko yksikönnne johtajat ja esimiehet kattavasti osallistuneet viimeisen vuoden aikana sairaanhoitopiiriin/kunnan sisäisiin laatu- ja sertifiointijohtamista koskeviin koulutuksiin?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

- 33) Onko yksiköstänne osallistuttu viimeisen vuoden sisällä sairaanhoitopiirin/kunnan ulkopuolisiin laatujohtamista tai laatujärjestelmää koskeviin koulutuksiin?
- Kyllä
  - Ei
  - En osaa sanoa
- 34) Järjestetäänkö yksikössänne säännöllisesti laatuun liittyviä koulutuksia?
- Kyllä
  - Ei
  - En osaa sanoa
- 35) Minkälaisia laatuun liittyviä koulutuksia yksikkönne sisällä on järjestetty? Listatkaa tärkeimmät.
- 36) Miten koulutusten antia on hyödynnetty yksikössänne?
- 37) Millaista koulutusta yksikössänne tarvittaisiin laatujärjestelmän kehittämisen tueksi?
- 38) Millaisia tulevaisuuden suunnitelmia yksikössänne on laatujohtamisen ja laatujärjestelmän kehittämiseen sekä hyödyntämiseen liittyen?
- 39) Muita kommentteja?

**Liite 2.** Laatujohtamisen tilaa kartoittavan kyselyn kyselylomakkeessa käytettävien käsitteiden määrittely.

**Laatujohtaminen:** toiminnan johtaminen, suunnittelu, arviointi ja kehittäminen asetettujen laatuavoitteiden saavuttamiseksi.

**Laatujärjestelmä:** osa organisaation johtamisjärjestelmää, jonka avulla johdetaan ja ohjataan toimintaa ja prosesseja, sisältää sovitut menettelytavat ja toimintaohjeet.

**Johtamisjärjestelmä:** toimintamallit, joilla organisaatio toteuttaa perustehtävänsä. Johtamisjärjestelmä koostuu prosesseista, vastuiden määrittelyistä, resursseista, mittareista sekä prosessien hallinnan ja parantamisen menettelyistä, joiden mukaisesti toimitaan organisaation eri tasoilla.

**Johdon katselmus:** organisaation johdon ja yksikön yhteinen toimenpide, joka varmistaa katselmoitavan kohteen sopivuuden, suorituskyvyn ja tehokkuuden asetettuihin tavoitteisiin nähden.

**Itsearviointi:** yksikön tai organisaation omaan toimintaan, sen edellytyksiin ja tuloksiin kohdistuvaa sisäistä arviointia, mikä toimii oman toiminnan kehittämisen työkaluna.

**Sisäinen auditointi:** toimintayksikön ulkopuolisen auditoijan tai auditointiryhmän tekemä arviointi organisaation toiminnasta sovituilta osin suhteessa johonkin laatu-kriteeriin tai -standardiin.

**Ulkoisen auditointi:** organisaation ulkopuolisen auditointiryhmän tekemä arviointi organisaation toiminnasta sovituilta osin suhteessa johonkin laatu-kriteeriin tai -standardiin.

**Laatuohjelma- tai malli:** organisaation toiminnan arviointi- ja kehittämistyökalu, esim. EFQM, CAF, SHQS, ISO.

**Standardi:** terveydenhuoltoa säätelevät useat direktiivit määrittelevät oleelliset terveyttä ja turvallisuutta koskevat vaatimukset. Tekniset ratkaisut esitetään ns. yhdenmukaistetuissa standardeissa, joiden käytön avulla varmistetaan direktiivien vaatimusten täyttäminen, potilasturvallisuus ja vähennetään tuotekehitysriskejä.

**Laatusertifikaatti:** ulkopuolisen tahon, sertifioijan, tekemän auditoinnin perusteella myönnetty tunnustus, että organisaation laadunhallinta vastaa standardivaatimuksia, ja että käytännössä toimitaan niiden mukaisesti, esim. ISO 9001.

**Ulkoisen laaduntunnustus:** laaduntunnustus myönnetään organisaatioille, jotka täyttävät laaduntunnuksen välttämättömät edellytykset suhteessa käytössä olevaan laatu-kriteeristöön. Laaduntunnustus on voimassa määräajan ja se edellyttää vuosittaisia ulkoisia ylläpitoauditointeja sekä ennen laaduntunnuksen umpeutumista uusinta-auditointia.

**Jatkuvan parantamisen sykli (PCDA = plan, do, check, act):** kehittämisen päätymätön prosessi, jossa vaiheet seuraavat kehämäisesti toisiaan: suunnittelu (plan), tekeminen (do), tarkistaminen (check) ja tarvittavat korjaukset (act).

**Laatu/toimintakäsikirja:** laatujärjestelmän keskeinen dokumentti, johon on kuvattu laatupolitiikka, johtamisjärjestelmä sekä laatujärjestelmä prosesseineen ja toimintaohjeineen.

**Liite 3.** Teemaryhmähaastattelun haastatteluteemat ja -kysymykset.

**Haastattelun teemat**

Teemat pohjautuvat ensimmäisessä tutkimusvaiheessa kyselytutkimuksessa saatuun tietoon (2017) sekä osin valitun geneerisen, laatureferenssimallin (terveydenhuollon ISO-standardi 9001:2015) laatuvaatimukseen, STM:n asetukseen laadunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta (2011) ja Kuntaliiton Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatua (2011). Teemoissa huomioidaan myös tuleva sote-palveluntuottajien toiminnan laatua määrittävä lakiluonnos (2017).

**1) Asiakas/potilaspalveluketjujen ja rajapintatyöskentelyn laatu**

- johtamisjärjestelmä
  - o miten laatutyön vastuut on organisaatiossanne johtamisjärjestelmässä määritelty?
- prosessien laatu ja sujuvuus
  - o miten organisaationne toimintaprosessien laatua arvioidaan?
  - o miten organisaationne ostopalvelujen laatua arvioidaan (tilaaja vastaa laadusta)?
  - o miten organisaationne toimintaprosessien laatua kehitetään?
  - o miten organisaationne toimintaprosessien laatueroamat 1) tunnistetaan ja 2) jatko käsitellään?
- rajapintatyöskentelyn laatu
  - o miten organisaationne rajapintatyöskentelyn laatua 1) arvioidaan ja 2) kehitetään?
  - o mitä 1) tarpeita ja 2) haasteita tunnistatte rajapintatyöskentelyn laadun parantamiseksi?

**2) Alueellinen yhteistyö laadunhallinnassa**

- alueelliset hoito- ja palveluketjut
  - o millaisia 1) tarpeita ja 2) haasteita tunnistatte hoito- ja palveluketjujen kehittämiseksi?
  - o 1) mitä ja 2) miten organisaationne toimintaprosesseja on kehitetty osaksi alueellisia hoito- ja palveluketjuja (perustevreydenhuolto, erikoissairaanhoito, sosiaalihuolto)?

- mitä hyötyjä kehittämisessä on tunnistettu?
  - miten alueellisten hoito- ja palveluketjujen toiminnan sujuvuutta 1) arvioidaan ja 2) kehitetään?
- yhtenäiset toimintakäytännöt
  - miten organisaationne on mukana kehittämässä alueellisesti yhteisiä toimintakäytäntöjä? Esimerkkejä kehitetyistä toimintakäytännöistä.
  - millaisia 1) tarpeita ja 2) haasteita tunnistatte yhteisten toimintakäytänteiden sekä koulutus- ja kehittämiskäytänteiden kehittämiseksi?
- laadun mittaaminen, arviointi ja vertailu
  - miten organisaationne 1) mittaa, 2) arvioi ja 3) vertailee toimintaprosessiensa toiminnan laatua osana alueellista hoito- ja palveluketjua?
  - millaisia 1) tarpeita ja 2) haasteita tunnistatte laadun mittaamisen, arvioinnin ja vertailun kehittämiseksi?
- sote-uudistuksen toimeenpano
  - miten organisaationne on valmistautunut tulevaan sote-uudistukseen laadunhallinnan näkökulmasta?
  - mitä 1) tarpeita ja 2) haasteita tunnistatte tiiviille alueelliselle yhteistyölle laadunhallinnan näkökulmasta sote-uudistuksen toimeenpanon lähestyessä?

**Liite 4.** Teemaryhmähaastattelussa käytettävien käsitteiden määrittely.

***Hoito- ja palveluketju*** on toimintojen ketju, joka voi olla organisaation eri toimintayksiköiden, henkilöstöryhmien tai eri organisaatioiden välistä toimintaa. Hoito- ja palveluketjussa palvelut hahmottuvat kokonaisuudeksi, vaikka palvelut tuotetaankin eri organisaatioissa. Organisaatioiden välillä määritellään yhteisesti tietyn asiakas/potilasryhmän hoito ja työnjako tietyllä alueella.

***Prosessi*** on toimintojen ketju, joka alkaa asiakkaan/potilaan toimeksiannosta tai tilauksesta ja päättyy asiakkaan/potilaan saamaan virheettömään palveluun tai tuotteeseen.

***Yhdyspintatyöskentely*** on eri palveluntuottajien välimaastossa tapahtuvaa työskentelyä asiakkaan/potilaan hoidon jatkuvuuden takaamiseksi palvelun/hoidon siirtyessä organisaatiosta toiseen.

***Sidosryhmään*** kuuluvat kaikki tahot, joiden kanssa organisaatio on tekemisissä, joihin sen toiminta vaikuttaa ja jotka vaikuttavat sen toimintaan. Ilman sidosryhmiä organisaatio ei voi toimia. Erilaisia sidosryhmiä on yrityksen sisällä ja ulkopuolella.





**TURUN  
YLIOPISTO**  
UNIVERSITY  
OF TURKU

ISBN 978-952-02-0066-4 (PRINT)  
ISBN 978-952-02-0067-1 (PDF)  
ISSN 0355-9483 (Print)  
ISSN 2343-3213 (Online)