



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Satu Honkaniemi

Tuija Latva-Nikkola

LAATUJÄRJESTELMÄT PSYKIATRISISSA SAIRAALOISSA

Ylempi AMK-tutkinto

Sosiaali- ja terveysala
2016

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Satu Honkaniemi ja Tuija Latva-Nikkola
Opinnäytetyön nimi	Laatujärjestelmät psykiatrisissa sairaaloissa
Vuosi	2016
Kieli	suomi
Sivumäärä	60 + 3 liitettä
Ohjaaja	Ulla Isosaari

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa, mitä laadunhallintajärjestelmiä Suomen aikuispsykiatrisissa sairaaloissa käytetään, miten ne ovat toimineet ja miten laadunhallintajärjestelmien käyttö näkyy käytännössä. Tutkimuksen aihe rajattiin koskemaan ainoastaan aikuispsykiatrista laitoshoidon antaviin sairaaloihin. Tutkimuksella pyrittiin saamaan mahdollisimman kattavaa ja kokemuseräistä tietoa siitä, miten valittu laatujärjestelmä oli käytännössä toiminut ja mikä sen merkitys johtamiseen oli ollut.

Tutkimuksen viitekehityksessä tarkastellaan laatua, laatujohtamista, laatu- ja laatupolitiikkaa, laadunhallintajärjestelmiä, mielenterveystyötä, mielenterveyspalveluiden järjestämistä ja psykiatrista hoitoa. Tutkimusmenetelmänä tässä tutkimuksessa käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimus oli kartoittava tutkimus, jossa haettiin tutkittavien kokemuksia tutkittavasta aiheesta.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin standardoidulla kyselylomakkeella e-kyselyn avulla psykiatristen sairaaloiden ylihoitajilta, lähiesimiehiltä ja laatuavustajilta. Vastauksia saatiin 23. Tutkimuksessa saatu aineisto käsiteltiin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen.

Tutkimuksessa saatiin tietoa siitä, miten kauan valittu laatujärjestelmä oli ollut käytössä, miten se oli valittu ja mitkä asiat olivat vaikuttaneet laadunhallintajärjestelmän käyttöönottoon ja valintaan. Tutkimuksessa selvisi myös mitä laadunhallintajärjestelmiä Suomen psykiatrisissa sairaaloissa käytetään ja, että kaikissa sairaaloissa sellaista ei ole lainkaan käytössä. Tutkimuksessa saatiin selville, että ne organisaatiot joissa laatujärjestelmä oli aktiivisessa käytössä kokivat sen hyödylliseksi.

Avainsanat Laadunhallintajärjestelmä, laatu, laatujohtaminen, laatu- ja laatupolitiikka, mielenterveystyö, psykiatrisen hoito, psykiatrisen sairaala

ABSTRACT

Author	Satu Honkaniemi and Tuija Latva-Nikkola
Title	Quality control systems in psychiatric hospitals
Year	2016
Language	Finnish
Pages	60 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Ulla Isosaari

The aim of this research was to find out what quality control systems the Finnish psychiatric hospitals are using, how well the systems have worked and how the use of quality control systems can be seen in practical work. The topic of this research was limited to include only the hospitals that provide institutional adult psychiatric care. The aim was to get as comprehensive and empirical knowledge as possible of how the chosen quality control system had been working and how it had affected the leadership and management.

The theoretical frame of this study deals with quality, quality management, quality policies, quality control systems, mental healthcare, arrangement of mental health services and psychiatric care. The method of this research was qualitative. The aim was to find the experiences of the respondents on the topic in question. This thesis is a survey-study where the information was collected with a standardized questionnaire from a specific group of people. The questionnaire was given to head nurses, immediate superiors and quality supervisors in psychiatric hospitals.

The results of this study revealed how long the chosen quality control system had been used, how

it had been chosen and which factors had influenced the use and choosing of the quality control system. The research found out also which quality control systems the Finnish psychiatric hospitals are using. It became also clear that not all psychiatric hospitals are using a quality control system. According to the results all of the organizations that used a quality control system, felt it was useful.

Keywords Quality control system, quality, quality leadership, quality policies, mental healthcare, psychiatric care, psychiatric hospital

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT JA TAVOITTEET.....	9
3	LAATU JA MIELENTERVEYSTYÖ.....	11
	3.1 Laatu	11
	3.2 Laatujohtaminen	12
	3.3 Laatuspolitiikka	16
	3.4 Laadunhallintajärjestelmä	17
	3.4.1 Laadunhallinnan periaatteita johtamisen tukena.....	19
	3.4.2 Laatujohtaminen ja laatu järjestelmät terveydenhuollossa	23
	3.5 Mielenterveystyö.....	25
	3.5.1 Mielenterveyspalveluiden järjestäminen.....	26
	3.5.2 Psykiatrinen hoito	28
	3.5.3 Laatu mielenterveystyössä	29
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	32
	4.1 Tutkimuksen kohde.....	32
	4.2 Aineiston keruu menetelmä	33
	4.3 Aineiston hankinta	35
	4.4 Aineiston analysointi	36
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	38
	5.1 Vastaajien taustatiedot	38
	5.2 Laatu järjestelmän käyttö	38
	5.3 Laatu järjestelmän hyödyt ja käytännön näkyvyys	40
	5.4 Laatu järjestelmän vaikutus hoitotyön johtamiseen.....	44
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	47
	6.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua.....	49
	6.2 Opinnäytetyön eettisyys.....	51
	6.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja luotettavuuden pohdinta.....	52

6.4 Jatkotutkimusaiheet.....	55
LÄHTEET.....	56
LIITTEET	

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1.	Laatujohtamisen elementit	s. 14
Taulukko 1.	Laadunhallintajärjestelmän käyttämisen vaikutus	s. 43

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Saatekirje**LIITE 2.** E-kyselylomake**LIITE 3.** Sisällönanalyysikaavio

1 JOHDANTO

Terveydenhuollon laatua säännellään vahvasti terveydenhuollon lainsäädännössä ja siksi opinnäytetyön teoreettinen tausta pohjautuu pitkälti annettuihin lakeihin, asetuksiin ja ohjeistuksiin. Terveydenhuoltolain tarkoituksena on edistää terveyttä ja hyvinvointia sekä kaventaa terveyseroja ja vahvistaa hoidon asiakaskeskeisyyttä. Terveydenhuoltolain mukaan toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Laki edellyttää, että toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyvin hoito- ja toimintakäytäntöihin. (L30.12.2010/1326.) Mielenterveystyössä laatutyötä ohjaavia kansallisia suosituksia ja hyviä käytäntöjä ovat Käypä hoito –suositus, Mielenterveyspalveluiden laatusuositus ja Päihdepalveluiden laatusuositus (THL 2015). Ammattitaitoinen henkilöstö ja ammattitaidon ylläpitäminen ja sen kohottaminen on laadun tae. Ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen on niin työnantajan kuin työntekijänkin lakisääteinen velvollisuus (L28.6.1994/559).

Terveydenhuoltolaki edellyttää terveydenhuollon toimintayksiköiltä suunnitelmaa laadunhallinnasta (L30.12.2010/1326). Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa erillisessä asetuksessa kerrotaan tarkemmin lain sisällöstä (A341/2011). Suomen Kuntainliitto on sairaanhoitopiirien aloitteesta tehnyt laatuoppaan terveydenhuoltoyksiköille. Oppaassa laadunhallintaa tarkastellaan potilaskeskeisyyden, oikea-aikaisuuden, osaamisen, turvallisuuden, sujuvuuden ja vaikuttavuuden ulottuvuuksista. Näkökulmiksi on valittu potilaan, henkilökunnan ja johdon näkökulmat. (Terveydenhuollonlaatuopas 2011.)

Aiheen valintaan vaikutti pyyntö psykiatrisesta sairaalasta, joka tuottaa aikuispsykiatrian erikoissairaanhoidon palveluita koko valtakunnan alueelle. Sairaalassa laatutyötä on tehty paljon, mutta varsinaista laatujärjestelmää sairaalassa ei käytössä ole. Tämän *työn tarkoituksena* oli kartoittaa, mitä laadunhallintajärjestelmiä Suomen sairaanhoitopiirien aikuispsykiatrisissa sairaaloissa käytetään, miten ne ovat toimineet ja miten laatujärjestelmän käyttö näkyy käytännössä. Aihe rajattiin koskettamaan ainoastaan aikuispsykiatrista laitoshoidtoa antaviin sairaaloihin. Rajauksella pyrittiin saamaan mahdollisimman kattavaa kokemuksellista tietoa kar-

toitusta pyytäneelle organisaatiolle. Työn *tavoitteena* on tuottaa tietoa laatujärjestelmien käytämisestä. Kokemusperäistä tietoa siitä, miten valittu laatujärjestelmä on käytännössä toiminut ja mikä merkitys valitulla laatujärjestelmällä on ollut johtamiseen.

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT JA TAVOITTEET

Terveydenhuoltolaki edellytetään terveydenhuollon toimintayksiköiltä suunnitelmaa laadunhallinnasta (L30.12.2010/1326). Laatu on paljon tutkittu aihe, mutta hoitotyön laadunhallinnan näkökulmasta kansallista uudempaa tutkimusta on hyvin vähän, psykiatrisesta hoitotyöstä ei ollenkaan (Vuori, 2013). 2000-luvun alusta löytyy yksittäisiä tutkimuksia laadun kehittämisestä, laatujärjestelmistä tai laadunhallinnasta. (Niskanen, 2004; Riikonen; 2004, Rissanen & Kansanen, 2004; Kujala, 2003; Mäki, 2004.)

Hirvonen on tutkielmassaan (2005) Laadun tarkkailusta laatujohtamiseen todennut, että yhtään väitöskirjaa varsinaisesti laatujohtamisesta ei ole tehty ja vaikuttaa siltä, että laatujohtamista ja laadunvalvontaa käytetään lähinnä tutkimuksen perusteluna. Tutkijoita kiinnostavat enemmän hoidon laatu ja sen arviointi, kuin varsinainen laatujohtaminen.

Korkeakouluissa laadunvarmistusjärjestelmistä julkaistua tutkimusta on tehty enemmän ja laadunvarmistusjärjestelmien auditoinneista on lukuisia julkaisuja (esimerkiksi: Rekilä, Heikkilä, Käätä, Seppälä, Virtanen, Öberg, Moitus & Mustonen, 2008; Jokinen, Malinen, Mäki, Nokela, Pakkanen & Kekäläinen, 2007; Järvinen, Granö, Huhtamo, Kettunen, Laaksonen, Holm & Holopainen, 2009; Stenius, Niemelä, Ansala, Heino, Käyhkö, Lempa, Holm & Seppälä, 2008; Hakkarainen, 2010).

Aiheen valinta on tullut pyyntönä psykiatrisesta sairaalasta, jossa laatu työtä tehdään ja on jo tehty paljon, mutta varsinaista laatujärjestelmää sairaalassa ei ole käytössä. Tämän työn *tarkoituksena* oli kartoittaa, mitä laadunhallinta järjestelmiä Suomen psykiatrisissa sairaaloissa käytetään, miten ne ovat toimineet ja miten laatujärjestelmän käyttö näkyy käytännössä.

Työn *tavoitteena* oli tuottaa tietoa laatujärjestelmien käyttämisestä. Kokemusperäistä tietoa siitä, miten valittu laatujärjestelmä on käytännössä toiminut. Mikä merkitys valitulla laatujärjestelmällä on ollut johtamiseen.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Mitä laatujärjestelmiä Suomen psykiatrissa sairaaloissa käytetään?
2. Mitä kokemuksia laatujärjestelmän käytöstä on psykiatrisissa sairaaloissa?
3. Mikä merkitys laatujärjestelmän käytöllä on ollut hoitotyön johtamiseen?

3 LAATU JA MIELENTERVEYSTYÖ

Terveydenhuoltolaki edellyttää, että potilaan hoito perustuu näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. (L 30.12.2010/1326.) Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon (L17.8.1992/785). Hoidon laatua säännellään vahvasti myös muualla terveydenhuollon lainsäädännössä (L28.6.1994/559, L25.7.1986/585).

Toukokuussa 2011 voimaan astuneessa terveydenhuoltolaissa edellytetään terveydenhuollon toimintayksiköiltä suunnitelmaa laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta (L30.12.2010/1326). Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa erillisessä asetuksessa kerrotaan tarkemmin lain sisällöstä (A341/2011). Suomen Kuntainliitto on sairaanhoitopiirien aloitteesta tehnyt laatuoppaan terveydenhuoltoyksiköille. Oppaassa laadunhallintaa tarkastellaan potilas-/asiakaskeskeisyyden, oikea-aikaisuuden, osaamisen, turvallisuuden, sujuvuuden ja vaikuttavuuden ulottuvuuksista. Näkökulmiksi on valittu asiakkaan/potilaan, henkilökunnan ja johdon näkökulmat. (Terveydenhuollon laatuopas 2011.)

3.1 Laatu

Laatu käsitteenä on vaikea määrittellä, eikä yksikäsitteistä laadun määritelmää ole olemassa. Kunkin organisaation on itse määritettävä mitä laatu on. Keskiössä on asiakas. Laatu on sitä mitä asiakas haluaa, asiakkaan vaatimusten, odotusten ja tarpeiden täyttymistä. Jos laatua ei ole määritelty ei sitä voi myöskään mitata ja sen myötä kehittää. Asiakasnäkökulman lisäksi laatu tulee määrittää myös ammatillisuuden ja johtamisen näkökulmista. (Lillrank 1999, 19–20; Pesonen 2007, 35–39.)

Sosiaali- ja terveystieteiden laatusanasto (Stakes & Tekniikan sanastokeskus 1997) määrittää laadun olevan hyödykkeen ominaisuuksista muodostuva kokonaisuus, joka täyttää sille kohdistuvat odotukset. Donabedianin (1966) määritelmän mukaan laatu on juuri sitä mitä kukin haluaa sen olevan. Hänen mukaansa laadun

yksiselitteinen määrittäminen on hankalaa, koska laatu merkitsee eri asioita eri konteksteissa. Kuusiston (2013, 23–24) mukaan laatu kuvaa kaikkea kaunista ja saavutettua. Laatu koostuu näkyvistä ja mitattavista määrällisistä ominaisuuksista, mutta siihen liittyy myös sisäisiä subjektiivisia piirteitä joita määrittelevät asiakkaan kokemus ja elämys palvelusta. Laatu on myös ammatillista ja tieteellistä laatua, kustannustehokkuutta sekä johtamisen laatua.

Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuoltolain 8§ (L30.12.2010/1326) mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollossa laatu tarkoittaa, että potilas saa hoitoa oikeaan aikaan, oikeassa paikassa. Hoito on eettistä ja näyttöön perustuvaa. Pyrkimyksenä on terveyden ja hyvinvoinnin maksimointi ja terveystieteiden minimointi. (Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun 2008, 13–14, 20–22.) Laatu on kyky täyttää asiakkaan vaatimukset ja tarpeet (Terveydenhuollon laatuopas 2011). Laatu on kokonaisuus, joka perustuu palvelujärjestelmän, organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyvystä täyttää sille asetetut vaatimukset ja odotukset (Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun 2008, 14–20).

Laadun kehittämisen avulla pyritään asiakastyytyväisyyden parantamiseen, prosessien ja järjestelmällisyyden parantamiseen organisaation sisällä sekä henkilöstön tyytyväisyyden lisääntymiseen. Tärkeintä on prosessien toimivuus. (Pesonen 2007, 15–17.)

3.2 Laatujohtaminen

Laatujohtamisen käsite voidaan määritellä pitkän aikavälin yritykseksi pyrkiä kohti asiakkaiden tyytyväisyyttä. Laatujohtaminen perustuu koko organisaation pyrkimykseen parantaa tuotteita, prosesseja, palveluja ja organisaatiokulttuuria (Tuomi 2010, 2). Laatujohtamisella pyritään saavuttamaan taloudellisia hyötyjä ja sen tulee ulottua koko organisaatioon. Laatujohtaminen alkaa suunnittelusta ja on yhteydestä yrityksen strategiaan. Laatu on strateginen tekijä, jolla tarkoitetaan

mahdollisimman tehokkaalla tavalla yrityksen asiakkaiden tarpeiden täyttämistä. (Lecklin 2006,18.)

Laadun johtaminen tarkoittaa laatuun liittyvän tiedon luomista, käsittelyä ja käyttöä eli laadun ja laatutavoitteiden määrittelyä, mittausta ja toteutumisen seuranta. Laadun johtaminen on laaturvirheiden korjaamista, poistamista ja ennaltaehkäisyä laaturiteknikoiden avulla. Parhaat toimintatavat standardoidaan ja rakennetaan laaturjärjestelmään laadun varmistamiseksi. Laadun johtaminen on jatkuvaa kehittämistä kouluttamalla, jakamalla vastuuta ja laaturkulttuuria luomalla. (Lillrank 1999, 126–127.)

Laaturjohtaminen on filosofia, joka kattaa koko organisaation ja yrittää saada organisaation koko henkilöstön mukaan toiminnan parantamiseksi. Tarkoituksena on saada organisaatioon laaturkulttuuri, joka kattaa koko henkilöstön. Johtamistapaa voidaan kuvata myös prosessiksi, joka on elämäntapa, eikä sillä ole loppua. (Mehra 2001, 856.) Laaturjohtamisella halutaan taata tuotteiden, prosessien ja palveluiden korkea laatu, sekä saavuttaa toiminnan ohjauksen järjestelmällisyys, nostaa tuottavuutta, tukea työntekijöitä työn ohjauksessa ja koulutuksessa ja varmistaa asiakkaiden tyytyväisyys. Tavoitteena on lisäksi luoda organisaatioon yhtenäinen käytäntö. (Lecklin 2006, 30.)

Laaturjohtaminen alkaa strategisesta suunnittelusta, tavoitteet ja strategiat johdetaan yrityksen perusarvoista. Perusarvoja ovat ne asiat joiden ympärille koko toiminta rakennetaan. Arvot ovat pysyviä toimintaympäristön muutoksista huolimatta. Arvot tulee kirjata, avata, ohjeistaa ja viestiä henkilöstölle. Näin henkilöstölle syntyy yhtenäinen käsitys siitä mikä on tärkeää ja toiminnan suunta. Visio on näkemys siitä mitä tulevaisuudessa halutaan olla. Missio kertoo toiminnan päämäärästä ja tarkoituksesta vision toteuttamiseksi. Missio vastaa kysymyksiin: miksi yritys on olemassa, mikä sen liikeidea on, ketkä ovat asiakkaita, mitkä ovat asiakkaiden tarpeet ja mitä palveluita tai tuotteita yritys tarjoaa. Missio toteutuu strategian avulla ja strategia asettaa suuntaviivat ja kehukset jotka ohjaavat toimintaa ja prosesseja kohti visiota. (Lecklin 2006, 35–38.) Strategia on niiden päätösten summa joilla yritys aikoo säilyä, kilpailla ja menestyä. Strategian avulla käytettävissä olevat resurssit hyödynnetään

mahdollisimman tehokkaalla tavalla. (Lillrank 1999, 174). Kuviossa 1 kuvataan laatujohtamisen elementit.

Kuvio 1. Laatujohtamisen elementit (Lecklin 2006, 36).

Perusarvot	Periaatteet joiden ympärille toiminta rakennetaan
Visio	Tulevaisuudenkuva
Missio	Toiminnan tarkoitus, kuvaa miksi yritys on olemassa
Strateginen päämäärä	Määrittää markkina-alueen, tarjottavat tuotteet ja palvelut sekä kuvaa vahvuudet kilpailijoihin nähden
Strategiset tavoitteet	Avaintekijät tuotteiden ja toiminnan laadun markkina-aseman vahvistamiseksi ja ylläpitämiseksi
Laatupolitiikka	Ylimmän johdon organisaatiolle määrittämä tapa suhtautua laatuun

Laatujohtaminen on organisaation laadukasta johtamista. Laatujohtamisessa laatuajattelu alkaa organisaation johdosta ja ulottuu kaikkiin organisaation toimintoihin. (Tricker & Sherring-Lucas 2005, 90–100). Laatujohtamisessa tärkeää on laadun johtaminen, koska laatu ei synny itsestään, eikä pysy yllä ilman ylläpitoa (Lillrank 1999, 87). Nykyiseen muotoonsa laatujohtaminen on kehittynyt johtamisen, laadunvalvonnan, laaduntarkkailun ja laadunohjauksen kautta. Laatujohtaminen sisältää strategisen suunnittelun ja organisaation kehittämisen. (Hirvonen 2005, 81.) Asiantuntijaorganisaatiossa laadun hallitsemisessa tärkeintä on innostus ja innostuksen aikaansaaminen, jotka ovat johtamisen vaativia tehtäviä (Pesonen 2007, 30–31).

Laatujohtamisessa käytetään erilaisia laatuohjelmia, jotka ovat kehittyneet 1900-luvun alusta tähän päivään niin, että nykyisin on päästy ongelmakeskeisyydestä systemaattisempaan valvontaan ja arviointiin (Hirvonen 2005, 26–28). Suomessa laatujohtamista on toteutettu jo 1980-luvulta lähtien. Laatujohtamisella pyritään korkeaan toiminnan ja tuloksen laatuun ja organisaation sisäisten toimintojen jatkuvaan kehittämiseen. (Silen 1998, 41–42.) Laatujohtamisessa korostuu johtajan tärkeä rooli koko organisaation kulttuurin ohjaamisessa laatuakeskeisyyteen (Silen 1998, 43). Laatujohtamisen ajatukseen sisältyy asioiden läpikäyminen ja suunnitelmallinen kehittäminen. Laatujohtamisen keskeisiä piirteitä on laadun määrittely erilaisista näkökulmista katsottuna. Laatujohtamisessa muodostetaan laaja-alainen laatuksitys ja käytetään apuna erilaisia johtamis- ja organisaatioteorioita. (Hirvonen 2005, 81.)

Laatujohtaminen terveydenhuollossa

Laatujohtamisesta tutkimusta on vähän. Laatujohtamista ja laadunvalvontaa käytetään lähinnä tutkimuksen perusteluna. Tutkijoita kiinnostavat enemmän hoidon laatu ja sen arviointi, kuin varsinainen laatujohtaminen. (Hirvonen 2005.) Terveydenhuollossa laadun ohjeistukset ja laatujohtamiseen liittyvä tutkimus painottuvat laatujohtamisen menetelmiin. Tämä on laatuhankeiden kannalta huolestuttavaa, koska laatujohtamisen ymmärtäminen on sen tärkeimpiä edellytyksiä. (Lillrank 1999, 98.)

Terveydenhuollossa kasvavat kustannukset ja asiakkaiden lisääntyvät vaatimukset asettavat paineita laadun seuraamiseksi ja laatujohtamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002). Organisaatiot voivat suhteellisen tehokkaasti pienentää kustannuksiaan ja lisätä kilpailukykyään parantamalla laatua (Prajago 2006, 37). Ensisijaisesti tarkoituksena on laatuksustannusten pienentäminen ja tuotteiden ja palveluiden laadun kehittäminen (Lecklin 2006, 155–160).

Laatujohtamisen hyödyt julkisella sektorilla, kuten terveydenhuollossa, ovat pienet sijoitukset. Ideat tulevat henkilöstöltä, jotka tosiasiallisesti tekevät työtä. Henkilöstön vahvalla sitoutumisella ja asiakkaiden parantuneella tyytyväisyydellä voidaan mitata laadukasta johtamista. (Tuomi 2010, 21.) Henkilöstölaatu on

rakenteellista laatuasioista tärkein, koska se on merkittävin resurssitekijä niin taloudellisen panostuksen kuin tuloksenteonkin kannalta (Rissanen & Kansanen 2003, 122).

Terveydenhuollossa on omia erityispiirteitä, jotka vaikuttavat terveydenhuollon laatuun. Laadukkaasta toiminnasta huolimatta kuoleman ja sairauden läsnäolo aiheuttaa sen, että terveydenhuollon laatu ja siihen liittyvä toiminta rakentuu elämän ja kuoleman käsitteiden ympärille (Hirvonen 2005, 73–80.) Hoidon lopputulos on kiinnostavin laadun indikaattori terveydenhuollossa. Terve ja oireeton ihminen on ihannetavoite jota läheskään aina pystytään edes tavoittelemaan. (Rissanen & Kansanen 2003, 123.)

3.3 Laatupolitiikka

Sosiaali- ja terveydenhuollon laatusanasto määrittää laatupolitiikan olevan ylimmän johdon organisaatiolle määrittämä tapa suhtautua laatuun (Stakes & Tekniikan sanastokeskus 1997). ISO 9000 standardissa laatupolitiikka määritellään johdon esiintuomaksi laatuun kuuluvaksi organisaation yleiseksi tarkoitukseksi ja suunnaksi. Laatupolitiikka on perusarvoista johdettua käytännön toimintaa joka kertoo yrityksen keskeiset toimintaperiaatteet. (Lecklin 2006, 40.)

Laatupolitiikka on johdon kannanotto siitä miten suhtaudutaan asiakkaaseen, laatuun ja henkilöstöön. Asiantuntijaorganisaatiossa kuten terveydenhuollossa laatupolitiikka on tärkeää koska henkilöstö joutuu usein päättämään asioista joihin ei ole voitu ennalta varautua ja joihin ei ole valmiita ratkaisuja. Laatupolitiikka antaa suunnan jonka mukaan päätöksiä voidaan tehdä. (Pesonen & Saarinen 1995, 84.)

Laatupolitiikka on yhdenmukainen organisaation yleisen toimintapolitiikan kanssa. Laatupolitiikan tavoite tulisi olla toteutettavissa ja saavuttavuusaste mitattavissa. Laatupolitiikka tulee sisältää yrityksen sitoutumisen vaatimusten täyttämisen ja jatkuvan parantamisen vaateet. Se antaa puitteet laatutavoitteiden asettamiselle ja katselmuksille. (Lecklin 2006, 40.) Päämäärällä laatupolitiikassa tarkoitetaan toiminnan suuntaviivoja, vaikka niitä ei aina kuitenkaan ole edes

tarkoitettu kokonaisuudessaan toteutettaviksi. ISO 9001standardin mukaan laatupolitiikan päämääristä johdetaan laadun suunnittelussa laatutavoitteet. (SFS-EN. ISO9001.2009.)

Yrityksen tai organisaation johto ohjaa omaa sisäistä kulttuuriaan suhtautumisessa laatuun. Laatupolitiikka muodostaa myös puitteet yrityksen laatutavoitteiden määrittämiselle. Laatupolitiikan tulisi sisältää ne yrityksen arvot, jotka ovat organisaatiossa käytännössä, sekä kertoa yrityksen keskeiset toimintaperiaatteet, laadun merkityksen yritykselle ja mikä on yrityksen toiminta alue (Lecklin 2002, 43). Organisaation laatupolitiikkaan vaikuttaa myös kustannustehokkuus, erityisesti maksajan ja ostajan näkökulmasta katsottuna, koska heille tärkeää on taloudellisuus (Gunther 2002, 354). Laatupolitiikassa otetaan huomioon yrityksen toiminta-alue ja laadun merkitys yritykselle. Laadun merkityksen ilmenemismuotoja ovat johdon toiminta, yhteistyökumppaneiden ja asiakkaiden tyytyväisyys yritykseen, yrityksen oman henkilöstön sitoutuminen ja kiinnittyminen työtehtäviinsä. (Lecklin 2002, 43.)

3.4 Laadunhallintajärjestelmä

Terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetään se mitä suunnitelmassa tulee olla. (L30.12.2010/1326.) Terveydenhuollon laatuopas (2011) määrittää laadunhallinnan olevan toiminnan johtamista, suunnittelua, arviointia ja parantamista asetettujen laatutavoitteiden saavuttamiseksi. Tavoitteet perustuvat organisaation omaan laatupolitiikkaan. Laadunhallinnasta ovat vastuussa johdon kaikki tasot, mutta laadunhallinnan toteuttamiseen osallistuvat kaikki organisaation jäsenet.

Laadunhallintajärjestelmän (eng. Quality management System) tarkoituksena on korostaa laadun järjestelmällisyyttä. Se on osa johtamisjärjestelmää, rakenne jonka avulla toimintaa ohjataan siten, että asiakas on tyytyväinen saamaansa palveluun tai tavaraan. Sen avulla johdon tahtotila viedään läpi koko organisaation. (Lecklin 1999, 35.) Järjestelmän tavoitteena on tuottaa tietoa jonka

pohjalta johto, lähiesimiehet ja koko henkilöstö tekevät johtopäätöksiä. Laadunhallintajärjestelmä sisältää toimintaprosessien lisäksi myös toiminnan parantamisen prosessit. (Pesonen 2007, 50–51.) Laadunhallintajärjestelmän tavoitteena on saada järjestelmällisyyttä toiminnan ohjaukseen ja valvontaan. Järjestelmän avulla varmistetaan asiakastyytyväisyyden, palvelun ja prosessien korkea ja tasaisen laadun saavuttaminen. Prosessien kuvaukset ovat merkittävä osa laatujärjestelmää. (Kuusisto 2013, 24.)

Laadunhallintajärjestelmä sisältää toiminnan kuvaukset, seurannan, ja tarkastamisen kuvaukset, vastuut ja valtuudet sekä parantamisen menettelyt (Pesonen 2007, 53.) Laadunhallinnassa olennaista on toimintaprosessit ja niiden parantaminen. Laadunhallintajärjestelmä on kuin ketju jossa kerätään tietoa, analysoidaan kerättyä tietoa ja tehdään tiedosta johtopäätöksiä. Johtopäätösten perusteella tehdään päätöksiä, toimenpiteitä toiminnan muuttamisesta tai ennallaan pitämisestä. Seuraavalla arviointikierroksella katsotaan, saavutettiinkö päätöksillä toivottu tulos. (Pesonen 2007, 50–51.) ISO 9001:n mukaan keskeinen vaatimus on selvittää asiakkaan tyytyväisyys, onko asiakas mielestään saanut sen mitä hän halusi (Pesonen 2007, 42).

Järjestelmälliseen laadunhallintaan sitoutuminen on ylimmän johdon strateginen valinta. Kehitettäessä ja toteutettaessa tehokasta ja vaikuttavaa laadunhallintajärjestelmää olennaista on johdon johtamistapa, sitoutuminen ja osallistuminen. Jokaisen eri tasolla toimivan johtajan on otettava huomioon laadunäkökohdat osana omaa johtamistehtävää. On luotava ilmapiiri joka rohkaisee henkilöstöä kehittymiseen ja aktiivisuuteen. Organisaation eri tasoilla johtajien tulee luoda visio, toiminta- ja laatu politiikka sekä tavoitteet jotka ovat yhteneviä organisaation toimintatarkoituksen kannalta. Johdon tehtävä on luoda organisaatorakenne ja hankkia resurssit jotka ovat tarpeen strategisen suunnittelun tueksi ja tavoitteiden saavuttamiseksi. Henkilöstön luottamuksen saavuttamiseksi tulee olla esimerkkinä, viestittää laatua ja laadunhallintaa koskevista arvoista ja kehityssuunnasta sekä osallistua uusien ratkaisujen ja menetelmien etsimiseen. Johdon tehtävänä kaikilla tasoilla on hankkia palautetta laadunhallintajärjestelmän vaikuttavuudesta ja tehokkuudesta, tunnistaa

ydinprosessit ja tukiprosessit. Ylin johto määrittää koko organisaation laatupolitiikan ja tavoitteet jotka perustuvat organisaatiolle määriteltyyn toiminta-ajatukseen, arvoihin ja visioon, muilla tasoilla toimivat johtajat huomioivat ne suunnitellessaan laatutavoitteita yksikkönsä toiminnoille. (Rissanen & Kansanen 2003, 50–53.)

3.4.1 Laadunhallinnan periaatteita johtamisen tukena

Laadunhallinnan periaatteet on hyväksytty kaikkialla maailmassa johtaviksi laadunhallinnan ajatuksiksi. Ne ovat pysyviä tausta vaikuttajia vaikka kriteerit muuttuvat 7-10 vuoden välein. ISO 9004 todetaan, että standardissa esitettävä hyvää johtamistapaa koskeva ohjeistus perustuu kahdeksaan laadunhallinnan periaatteeseen. (Pesonen 2007, 7; Rissanen & Kansanen 2003, 45.) Tässä työssä periaatteita käsitellään Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2011) mukaan, potilaan-, henkilökunnan ja johdon näkökulmista.

Asiakaskeskeisyys. Organisaatio on riippuvainen asiakkaistaan. Asiakkaiden tarpeet on ymmärrettävä laajasti ja kokonaisuutena, myös asiakkaan piilevät tarpeet on tyydytettävä. Asiakkaan tarpeet on käännettävä organisaation kielelle, niin että kaikki ymmärtävät ne. Pyrkimyksenä on itseohjautuvuus. (Pesonen 2007, 79.) Organisaatiossa tulee myös kiinnittää huomiota laadussa asiakaskeskeisyyteen (Huycke 2000, 562; Gunther 2002, 354).

Potilaskeskeisesti asiakaskeskeisyys tarkoittaa sitä, että potilas saa helposti tietoa terveysongelmistaan, terveyspalveluista ja, että tiedotus ohjaa hänet oikeiden terveyspalveluiden piiriin. Potilas voi itse valita lain edellyttämässä rajoissa oman hoitopaikkansa jossa hänen oikeutensa on saada yksilöllistä ja ammattitaitoista hoitoa sekä ystävällistä kohtelua. Potilas saa riittävästi tietoa omasta sairaudestaan voidakseen osallistua oman hoitosuunnitelmansa laadintaan ja sitoutumaan sen toteuttamiseen. Tiedon, neuvonnan ja ohjauksen turvin potilas kykenee noudattamaan saamia hoito-ohjeita ja osallistumaan kuntoutumiseen. Potilaalla on tieto mihin ottaa yhteyttä jos ongelmia ilmenee ja hänellä on tieto siitä, miten hän voi antaa palautetta saamastaan hoidosta, miten hän tarvittaessa saa yhteyden potilasasiainmiehen, miten tehdään muistutus organisaation johdolle tai miten

tehdään potilasvahinkoilmoitus. Tavoitteena on tyytyväinen potilas joka on saanut avun terveysongelmaansa lääketieteelliseltä kannalta oikeaan aikaan. (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 9–10.)

Henkilökunnan näkökulmasta potilaskeskeisyys kuuluu kaikkiin palvelun vaiheisiin. Hoidettaessa noudatetaan ihmis- ja perusoikeuksia, kunnioittaen potilaan oikeuksia. Potilaan ohjauksessa, hoidossa ja kuntoutuksessa tulee ottaa huomioon potilaan yksilölliset tarpeensa. Aikaa on varattava riittävästi, että potilaalle voidaan antaa riittävä selvitys terveydentilasta, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Potilasta kannustetaan osallistumaan omaan hoitoon ja annetaan siihen riittävä ohjaus. Potilaalla on oikeus tarkistaa häntä koskevat potilasasiakirjat. (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 10.)

Johtajuus. Johtajat osoittavat organisaation suunnan ja tavoitteet. Johto haluaa laatua ja luo ympäristön jossa henkilöstö voi onnistua. Heidän tulee luoda ilmapiiri jossa henkilöstö voi täysipainoisesti osallistua organisaation tavoitteiden saavuttamiseen. Johdon työ on suunnittelua, toimeenpanoa, seurantaa, ohjausta ja parantamista. (Pesonen 2007, 79; Rissanen & Kansanen 2003, 45.)

Terveydenhuoltolain mukaan johtamisen moniammatillinen asiantuntemus tukee turvallisen ja laadukkaan hoidon kokonaisuutta, yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä sekä hoito ja toimintatapojen kehittämistä (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 16).

Johdon on sitouduttava potilaskeskeiseen toimintaan. Strategiset tavoitteet on laadittava yksikön potilaiden tarpeiden mukaisesti. Toimintaa suunniteltaessa varmistetaan henkilöstön riittävyys ja pätevyys, jolla varmistetaan potilaiden asianmukaisen hoidon toteuttaminen. Johdon vastuulla on, että potilas pääsee hoitoon lain antamissa aikarajoissa. Potilaskeskeisyyden toteutumista seurataan ja mitataan. Tulosten perusteella toimintaa muutetaan ja parannetaan. (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 10.)

Henkilöstön osallistuminen. Ihmiset on toiminnan ydin. Henkilöstön täysipainoinen osallistuminen mahdollistaa kykyjen ja potentiaalin hyödyntämisen organisaatiossa. Oma henkilöstö on organisaation yksi asiakasryhmä. Laatu syntyy tekemisen aikana, ei jälkikäteistarkastuksilla tai juhlapuheilla. Tyytyväinen henkilöstö voi saada aikaan tyytyväisiä asiakkaita. Tyytymättömyys leikkaa suuren osan henkistä kapasiteettia. (Pesonen 2007, 79; Rissanen & Kansanen 2003, 45.)

Terveydenhuollon henkilöstö on koulutettu tehtäviinsä ja veloitettu huolehtimaan omien tietojen ja taitojen kehittämisestä osallistumalla täydennyskoulutuksiin. (L28.6.1994/559.) Olennainen osaamisalue on tiimityö, koska potilasta hoidetaan moniammatillisessa työryhmässä ja usein yhteistyössä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden kanssa. (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 12.)

Johdon vastuulla on rekrytoida riittävä määrä ammattitaitoista henkilöstöä huolehtimaan potilaiden hoitamisesta. Johdon tulee huolehtia kannustaa henkilöstöä ammatillisen osaamisen ja asiantuntemuksen kehittämiseen. Osaamisen kehittäminen myös esimiestasolla on ymmärretty ja määritelty. Johdon tehtävänä on avata organisaation strategia niin, että henkilöstö osaa kuvata oman yksikkönsä ja organisaation tavoitteet sekä tietää mitä henkilöstöltä odotetaan tavoitteiden asettamisessa ja saavuttamisessa. (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 12.)

Prosessimainen ajattelutapa. Toimintaa ja resursseja ohjataan tapahtumasarjoina. Toiminta tehostuu ja reiviirijattelu vähenee. Mittaamalla prosessia tiedetään toimiiko se suunnitellusti. Prosesseja ohjataan reaaliajassa ja parannetaan pitkäjänteisesti. Pyritään henkilöiden itseohjautuvuuteen ja kokonaisuuden ymmärtämiseen. (Pesonen 2007, 79.)

Prosessien laatu lisää sujuvuutta joka merkitsee, että potilas saa asianmukaisen hoidon ilman tarpeettomia viivytyksiä, ilman päällekkäisiä ja aiheettomia tutkimuksia ja toimenpiteitä. Prosessien kuvaamisen ja kehittämisen tavoitteena on tehostaa ja yhdenmukaistaa toimintaa tavoitteellisesti ja läpinäkyvästi.

Prosessien kuvaaminen yhtenäistää menettelyjä ja käytäntöjä, selkeyttää henkilöstön työnjakoa ja vastuuta ja sitä kautta parantaa sujuvuutta sekä vähentää poikkeamien ja virheiden määrää. (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 13.)

Järjestelmällinen johtamistapa. Ydin-, avain- ja tukiprosessien muodostaman järjestelmän tunnistaminen, ymmärtäminen ja johtaminen parantavat organisaation tehokkuutta ja vaikuttavuutta. Prosessit muodostavat verkoston jossa prosessien keskinäinen vaikutus tiedetään. Kokonaisuutta pyritään ohjaamaan kohti asiakastyytyväisyyttä tiedossa olevin resurssein. (Rissanen & Kansanen 2003, 45.)

Johto vastaa siitä, että yksiköissä on laadittu ja käytössä ajanmukaiset ja tarpeenmukaiset prosessikuvaukset, hoitoketjut ja käytännöt. Johdon näkökulmasta prosessimainen ajattelutapa ja sujuvuus merkitsevät sitä, että voimavaroja käytetään oikein eikä resursseja hukata päällekkäisyyksiin, sisäisiin odotusaikoihin tai ylipitkiin hoitoaikoihin. (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 14.)

Jatkuva parantaminen on pysyvä tavoite. Tiedossa on oikea suoritus jokaiselle työlle. Tavoitteisiin päästään jatkuvilla pienillä parannuksilla ja ajoittain isoilla muutoksilla. (Pesonen 2007, 80.)

Koko henkilöstön päätavoitteena terveydenhuollossa on vaikuttava terveydenhuolto, joka tuottaa potilaalle terveyshyötyjä. Pyrkimyksenä koko ajan on vaikuttavuuden kehittäminen ja parantaminen. Jatkuva parantaminen edellyttää jatkuvaa hoitotulosten seuranta. Johdon on varmistettava, että voimavarojen kohdentamista koskettavat päätökset perustuvat tutkittuun tietoon. (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 15.)

Jatkuva parantaminen ja **päätöksenteko** perustuvat faktoihin. Organisaation pysyvänä tavoitteena on kokonaisvaltainen suorituskyvyn parantaminen, mikä edellyttää, että tiedetään missä ollaan. Mittaukset ja havainnot ovat tosietoa joihin päätökset perustuvat. (Pesonen 2007, 80; Rissanen & Kansanen 2003, 45.)

Jatkuva laadun parantaminen ja varmistus vaativat suunniteltua seurantaa, säännöllistä ja jatkuvaa mittareiden käyttöä ja tulosten arviointia asetettuihin tavoitteisiin. Tulosten perusteella tehdään tarvittaessa korjaavia toimenpiteitä. Terveydenhuollon laatuopas (2011) on esittänyt oppaassaan lukuisia mittareita laadun ja vaikuttavuuden mittaamiseen.

Yhteistyösuhteilla pyritään partnership-ajatteluun ja win-win-tilanteeseen. Tämä edellyttää tiedon jakamista ja läpinäkyvyyttä. Kaikille osapuolille on edullista edistää kumppanuutta joka lisää eri osapuolten kykyä tuottaa lisäarvoa palvelukokonaisuuteen. Valitaan joitakin yhteistyökumppaneita ja tehdään niiden kanssa syvällistä yhteistyötä. (Pesonen 2007, 80.)

Laadunhallinnan yhteistyömuotoja ovat yhtenäiset käytännöt, alueelliset hoitoketjut, tilastointi, kehittämistyö ja koulutus. Merkityksellistä on myös potilaan omaisten kanssa tehtävä yhteistyö. (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 17–18.)

3.4.2 Laatujohtaminen ja laatujärjestelmät terveydenhuollossa

Suomessa tunnetuimpia terveydenhuollossa käytettävissä olevia laatujärjestelmiä ovat Sosiaali- ja terveystalouden laatuohjelma SHQS, joka aiemmin tunnettiin Kings Fund -menetelmänä, ISO 9001 ja Suomen/Euroopan Laatupalkinto. Stakesin tilannekatsauksen sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun (2008) mukaan kansainvälisen ISO 9001:2000 standardin mukaisen sertifikaattiin hankkineita sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita Suomessa oli noin 20, vuonna 2007 joulukuussa.

Laatupalkintokilpailun arviointikriteeristönä on vuodesta 2001 lähtien toiminut Euroopan Laatupalkinto eli EFQM -kriteeristö. Muutama sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatio on melkein joka vuosi osallistunut Laatupalkinto kilpailuun (Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun 2008, 12.) Laatutyötä ohjaavia kansallisia suosituksia ja hyviä käytäntöjä Suomalaisessa mielenterveystyössä ovat Käypä hoito -suositus, mielenterveyspalveluiden laatusuositus ja päihdepalveluiden laatusuositus.

SHQS eli sosiaali- ja terveystalvelujen laatuohjelma perustuu kansainväliseen akkreetintimenettelyyn. Ohjelma soveltuu sekä organisaation ulkoiseen auditointiin, että laatuohjelman kehittämistyön käynnistämiseen (Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun 2008, 13–14.) Arviointikriteeristö on kehitetty vastaamaan suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta. Prosessissa koko organisaation palveluprosessi, palvelujärjestelmän rakenne ja vaikuttavuus tarkastetaan käyttämällä tätä arviointikriteeristöä. Arviointikriteeristö sisältää ISO 9001:2000 -standardin keskeiset vaatimukset (Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun 2008.) Terveydenhuollossa tehtävään laadun arviointiin vaikuttaa itse työn tekijöiden, mutta myös erilaisten asiakasryhmien ja eri medioista tuleva paine (Kimberly 2003, 207).

Terveydenhuollon laatuoppaassa (2011, 8) on esitelty Laatu työn visiotavoite vuodelle 2015. Sen mukaan hyvä hoito on sitä, että potilasta hoidetaan hänen kanssaan yhteisymmärryksessä niin, että hänen tarpeensa ja toiveensa otetaan huomioon. Ammattitaitoinen henkilökunta toteuttaa hoidon sujuvasti ja turvallisesti. Potilaan hoidossa käytetään näyttöön ja hyviin hoitokäytäntöihin perustuvia ja vaikuttavia menetelmiä. Yhteistyön ja tiedonkulun tulisi olla myös saumatonta kaikkien eri hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Lopputuloksena on potilas, joka on hoitoon tyytyväinen ja on saanut hoidosta parhaan mahdollisen hyödyn.

Terveydenhuollossa tietynlaisten muutosten tekeminen, jotta laatu paranisi, mahdollistaa vähemmällä resursseilla parempaa potilaiden hoitoa ja hoitotuloksia, kuin mitä muuten. Laadun parantaminen voi tarkoittaa yhä parempia potilaiden kokemuksia hoidosta ja/tai parempia hoitotuloksia tai mahdollisesti parempia työolosuhteita huolimatta siitä ovatko hoitotulokset tai potilaiden kokemukset saamastaan hoidosta parantuneet. Laadun parantaminen voi tarkoittaa näitä kaikkia tai se voi tarkoittaa tiettyjä määriteltyjä keinoja, jotta nämä edellä mainitut asiat voitaisiin saavuttaa. (Ovretveit 2009, 7.)

3.5 Mielensterveystyö

Mielensterveystyöllä tarkoitetaan psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielensterveyshäiriöiden ehkäisemistä, lievittämistä ja parantamista (L12.12.1990/1116). Mielensterveyspalveluiden järjestäminen on säädetty laissa (L30.12.2010, L17.9.1982/710, L1.12.1989/1062). Mielensterveystyön on tarkoitus vahvistaa mielensterveyttä. Siihen kuuluvat mielensterveyttä edistävä työ sekä mielensterveyden häiriöiden ehkäisy ja mielensterveyspalvelut. Mielensterveystyön yksi tärkeä tehtävä on vähentää mielensterveyttä uhkaavia asioita. (STM 2015.)

Mielensterveystyöhön kuuluvat lisäksi mielisairautta tai muita mielensterveydellisiä häiriöitä sairastaville ihmisille heidän lääketieteellisesti perustellun mukaisesti arvioidun sairautensa vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Mielensterveystyöhön kuuluu myös ennaltaehkäisevä työ ja väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että ne ehkäisevät mielensterveyshäiriöiden syntyä ja edistävät mielensterveystyötä ja tukevat mielensterveyspalveluiden järjestämistä. (L12.12.1990/116.)

Ensisijaisesti potilaan hoito tulee järjestää avopalveluna niin, että potilaan itsenäistä hoitoon hakeutumista ja suoriutumista tuetaan. Avopalveluiden ollessa riittämättömiä, on palvelut järjestettävä sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnan tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää. Mielensterveyslaki säätelee mielensterveyspotilaan tahdosta riippumatonta sairaalahoitoa tiukasti. (L14.12.1990/1116.) Psykiatrasta sairaalahoitoa koskevat säännökset sisältyvät erikoissairaanhoitolakiin (L1.12.1989/1062).

Mielensterveystyön valtakunnallisesta suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Mielensterveyspalveluita valvovat sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira ja aluehallintovirastot. Terveydenhuoltolaki ja mielensterveyslaki säättävät mielensterveystyötä. (STM 2015.)

3.5.1 Mielenterveyspalveluiden järjestäminen

Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat paljon inhimillistä kärsimystä, mutta myös suuria taloudellisia seuraamuksia. Hyvällä mielenterveydellä on myös suuri merkitys yksittäiselle ihmiselle ja koko yhteiskunnalle. Vuonna 2010 38 prosentilla työkyvyttömyyseläkkeen saajista oli pääasiallisena syynä mielenterveyden häiriöt. Mielenterveyden häiriöt ovat olleet myös uusien työkyvyttömyyseläkkeiden syynä 30 prosentissa tapauksista. Suomalaisista aikuisista 6,5 prosenttia on viimeisen vuoden aikana sairastanut masennusta, ahdistuneisuushäiriöitä on ollut samana aikana 4 prosentilla. Psykoosiin aikuisista sairastuu elämänsä aikana 3,5 prosenttia suomalaisista. (Partanen, Moring, Nordling, & Bergman 2010.)

Vaikkakin mielenterveydellisten häiriöiden syy työkyvyttömyyseläkkeisiin näyttää hidastuneen, niin luku on silti edelleen tasaisesti kasvava (Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015). Terveys 2000-tutkimuksen (Terveys- ja toimintakyky Suomessa 2000) mukaan suomalaisista aikuisista masennusjakson ovat viimeisen vuoden aikana sairastaneet 6,5 prosenttia. Samana aikana ahdistuneisuushäiriöistä ovat kärsineet 4 prosenttia suomalaisista ja alkoholiriippuvuus on ollut suomalaisista miehistä 6,5 prosentilla ja naisista 1,4 prosentilla. Psykoosiin elämänsä aikana sairastuu suomalaisista 4 prosenttia.

Mielenterveyspalveluille ja -työlle ei ole olemassa sellaista hallinnollisesti toimivaa ja hyväksyttyä määrittelyä, joka voitaisiin ottaa yleisesti sellaisenaan kunnissa käyttöön (Rimpelä 2001, 10–12). Perinteisesti mielenterveyspalveluiksi on ajateltu vain psykiatrista erikoissairaanhoidoa, johon kuuluvat sairaanhoitopiirien ja kuntien tarjoamat erikoislääkärien johtamat sairaala- ja avohoitopalvelut, mutta mielenterveystyön kokonaisuuksia ovat mielenterveyden edistäminen, mielenterveyshäiriöiden ehkäisy, mielenterveystyö peruspalveluissa, mielenterveystyöhön erikoistuneet palvelut, psykiatrinen erikoissairaanhoido ja kuntoutus (Rimpelä 2001, 10–12.)

Mielenterveystyön saralla tärkeimpiä toimijoita ovat sairaanhoitopiirit, kunnat, kuntayhtymät yksityisen palveluiden tuottajat, valtion laitokset ja

kansalaisjärjestöt (Rimpelä 2001, 10–12). Mielenterveyspalvelut järjestävät kunnat ja erikoissairaanhoido. Mielenterveyspalveluihin sisältyvät ohjaus, neuvonta, psykososiaalinen tuki, kriisitilanteiden psykososiaalinen tuki, mielenterveyshäiriöiden tutkimus, hoito ja kuntoutus. (STM 2015.)

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto vastaa alueensa asukkaiden mielenterveyden häiriöiden varhaisesta tunnistamisesta, hoidosta, ehkäisystä ja kuntoutuksesta. Hoidossa ensisijalla ovat aina avopalvelut, joita järjestetään myös erikoissairaanhoidossa ja psykiatrian poliklinikoilla. Kuntoutujien asumispalveluista, kotipalvelusta ja kuntouttavasta työtoiminnasta vastaa kuntien sosiaalihuolto. (STM 2015.)

Mahdollisuudet saada apua mielenterveysongelmiin riippuvat paljon siitä, missä kunnassa kansalainen asuu. Koska yhtenäisiä valtakunnallisia ohjeita ei ole olemassa ollaan tilanteessa, jossa joissakin kunnissa on kehitetty muillekin malliksi kelpaava hoitojärjestelmä ja joissakin kunnissa toimitaan minimipalveluiden varassa. Mielenterveystyössä toimeenpano jakautuu usealle toimijalle ja sen toteuttaminen vaatii paljon erilaista yhteistyötä eri toimijoiden välillä. (Partanen ym. 2010.)

Mielenterveyspalveluiden vaikuttavuuden tutkimuksessa, Merttu -hankkeessa mielenterveyspalvelut on määritelty ESMS instrumentin eli European Service Mapping Schedulen 2010 mukaan (Merttu-tutkimuksen palvelukatsaus 2006). EMSM eli European Service Mapping Schedule on uusi väline mielenterveyspalveluiden tutkimiseen (Azorin, Goudemand, Toumi, Johnson, Petterson 2001, 187–188). ESMSinstrumentti on kehitelty aikuisväestön mielenterveyspalveluiden kartoittamiseen ja sitä kehitetään edelleen. ESMSinstrumentin mukaan mielenterveyspalveluihin kuuluvat sellaiset yksiköt, joiden tavoitteena on erityisesti mielenterveyden häiriöiden ja sen seuraamusten hallinta. Näitä yksiköitä voivat olla julkisen terveydenhuollon, sosiaalihuollon, vapaaehtoistyön tai yksityissektorin palvelut. (THL 2006.)

3.5.2 Psykiatrinen hoito

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen tilastoraportin (3/2012) mukaan psykiatrinen laitoshoido on vähentynyt 2000-luvun aikana ja avohoito on lisääntynyt. Keskimääräisten hoitajaksojen kesto on lyhentynyt viidellä päivällä. Laitoshoitokäynnit ovat vähentyneet 19 prosentilla. Vuodesta 2006 avohoitokäynnit ovat lisääntyneet 17 prosentilla. Vuoden 2013 aikana avohoittoa käytti 150 000 asiakasta ja psykiatrisessa sairaalahoidossa oli yli 26000 potilasta. Raportin mukaan 159 000 asiakasta käytti psykiatrian erikoisalalan palveluita. Hoitopäivien määrä oli vähentynyt vuodesta 2006 vuoteen 2012 29 prosenttia. Asiakkaiden sukupuolijakauma vaihteli ikäryhmittäin, mutta muuten asiakkaina oli yhtä paljon miehiä ja naisia. (THL 2012.)

Psykiatristen laitosten purkaminen on alkanut jo 1950-luvulla, johtuen siitä, että alkoi olla näyttöä pitkitetyn laitoshoidon negatiivisista vaikutuksista ja avohoidon paremmasta tehokkuudesta. Suomessa keskustelu laitospaikkojen vähentämisestä alkoi 1970-luvulla. 2010-luvulla avopalveluiden painoarvo on lisääntynyt, vaikkakin psykiatrisilla sairaaloilla on edelleen tärkeä rooli. (Tuori 2011.) Sairaala- ja avopalveluiden vähentäminen on toteutettu hoitajaksojen pituutta lyhentämällä, jonka seurauksena myös hoitopäivät ovat lyhentyneet. Hoidettujen potilaiden määrää ei ole vähennetty. (Partanen ym. 2010.)

Tahdonvastaiselle hoidolle on määritelty laissa puitteet, joita tulee noudattaa. Tahdonvastaiselle psykiatriselle laitoshoidolle on perusteet, joiden mukaisesti täysi ikäinen henkilö voidaan toimittaa ja määrätä tahdonvastaiseen psykiatriseen sairaalahoitoon, jos lain määrittelemät kolme edellytystä vallitsevat samanaikaisesti. Henkilön tulee olla mielisairas ja hän on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hänen hoitoon toimittamatta jättämisensä olennaisesti vaarantaisi hänen terveyttään, turvallisuuttaan tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. (L12.12.1990/116.)

Suomessa tahdonvastaista, niin sanottu pakkohoitoa on paljon. 2000-luvulla psykiatrisilla osastoilla on ollut 10 000 potilasta vuosittain. Pakkotoimen määrä

on psykiatrisilla potilailla pysynyt samana, vaikka pakon käyttöä on yritetty vähentää. Kehittämällä matalan kynnyksen toimipisteitä avohoitoon, etsivää hoitotyötä ja liikkuvia työryhmiä helpottuisi hoidon saaminen ja voitaisiin ehkäistä tahdosta riippumatonta hoitoa. Suuret pakkohoitoluvut kertovat riittämättömästä avohoidosta ja ihmisoikeusongelmista. (Wahlbeck 2009.) Sairaanhoidopiirien välillä on suuria eroja pakkotoimien käytössä. Nämä erot ovat olleet suhteellisen pysyviä, vaikkakin vaihtelua on esiintynyt hieman. (Partanen ym. 2010.)

Mielenterveyden ongelmat kehittyvät Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen (2011) mukaan vähitellen prosessimaisesti ja tällöin prosessin kaikissa vaiheissa palvelut tulisi olla yksilön saatavilla. Mielenterveyspalveluiden osaamista tulisi laatusuosituksen mukaan ohjata elämisen ja selviytymisen voimavarojen tukemiseen ja psykososiaalisten ongelmien selvittämiseen sekä niiden tukemiseen. Osaamista tulisi suunnata mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseen varhaisessa vaiheessa, sekä hyvään ja tehokkaaseen hoitoon ja kuntoutukseen, jonka tulisi olla monipuolista. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2011.)

3.5.3 Laatu mielenterveystyössä

Terveystieteidenhuollossa tehtävissä valinnoissa on aina kysymyksessä arvot ja periaatteet, joista tärkeimmät ovat tasa-arvo, oikeudenmukaisuus sekä vaikuttavuuden ja kustannusten välinen suhde. Kun päätösten vaikutukset kohdistuvat yhteiskunnan heikompiin osiin on valintojen tekijöiden vastuu erityisen suuri. (Partanen ym. 2010.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää sairaalahoitossa potilaan oikeudesta saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaalahoitoa (L17.8.1992/785).

Yleinen suunnittelu, valvonta ja ohjaus kuuluvat mielenterveyslain mukaan mielenterveystyössä sosiaali- ja terveysministeriölle, joka ohjaa mielenterveystyötä informaatio-ohjauksella ja lainsäädännöllä (Mielenterveyspalveluita ohjaavan lainsäädännön toimivuus 2009). Sosiaali- ja terveysministeriö on kehittänyt ja ohjannut mielenterveyspalveluita ja mielenterveystyötä erilaisilla suosituksilla, hankkeilla ja oppailla. Ministeriö myös

ohjaa kuntien mielenterveystyötä ja palveluiden kehittämistä erilaisilla kehittämishankkeilla joihin se myöntää valtion avustusta erityisesti mielenterveystyön ja psykiatrisen sairaalahoidon kehittämisestä aiheutuviin kustannuksiin (Mielenterveyspalveluita ohjaavan lainsäädännön toimivuus 2009).

Kuntien tulee seurata väestönsä hyvinvointia ja terveyttä väestöryhmittäin. Sotkanet-tietokanta on koottu kansallisten terveysrekistereiden pohjalta. Tällaiset hoitorekisterit tuottavat tietoa väestön sairauksista ja niiden hoidosta, sekä kuntatasoista tietoa hoidetuista ongelmista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on käynnistänyt vuonna 2010 tutkimuksen, jonka tarkoituksena on tuottaa tietoa aikuisväestön terveydestä, palvelujen tarpeesta ja niiden käytöstä, sekä hyvinvoinnista. Tämän alueellisen terveys ja hyvinvointitutkimuksen tarkoituksena on kerätä tietoa kuntien aikuisten asukkaiden terveydestä (Partanen ym. 2010.)

Mielenterveyspalveluiden laatusuositukseen kuuluvat erilaiset asiakkaiden terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät asiat. Palveluiden toiminnan seuraaminen ja niistä kerättävän tiedon hyödyntäminen kunnissa kuuluu myös laatusuositusten piiriin. Mielenterveystyötä varten on laadittava kokonaissuunnitelma ja työtä tekevän henkilöstön jaksamisesta ja osaamisesta on huolehdittava. Henkilöstöä tulee olla riittävästi ja potilaan tulee päästä riittävän ajoissa psykiatriseen sairaalahoitoon. Avohoidon tulee kuitenkin olla aina ensisijaista potilasta hoidettaessa. Palvelujärjestelmän sisäinen yhteistyö, vastuut ja työnjako tulee selvittää ja päättää. Laatusuositusten mukaisesti ihmisarvoa sekä ihmisoikeuksia tulee kunnioittaa ja potilaan tulisi päästä elämäntilanteessaan, omien ongelmiansa kannalta tarkoituksenmukaiseen hoitoon ja tutkimuksiin. Kuntalaisia tulee myös auttaa ja tukea peruspalveluissa. (Terveydenhuollon laatuopas 2011.)

Vuonna 2000 Tanskan puheenjohtajakaudella Pohjoismainen Ministeriöneuvosto valitsi laadun mittaamisen terveydenhuollossa yhdeksi ensisijaiseksi tehtäväalueekseen. Yhä enenevässä määrin kiinnitetään huomiota terveydenhuollon potilasturvallisuuteen ja laadun kehittämiseen terveydenhuollossa. Kaikki Pohjoismaat keräävät koko väestöä koskevaa tietoa kattaviin laadukkaisiin terveydenhuollon rekistereihin ja niillä on siten hyvät

mahdollisuudet palveluiden laadun valvontaan ja laadun mittaamiseen (Partanen ym. 2010.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tämän opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tutkimus on kartoittava, jossa haetaan kokemuksia ja merkityksiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 138; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 71.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta (Hirsjärvi ym. 2009, 181). Tässä opinnäytetyössä kartoitetaan esimiesten kokemuksia laatujärjestelmän käyttämisestä. Tavoitteena on osallistujien, vastaajien näkökulman ymmärtäminen heidän subjektiivisesta näkökulmastaan (Kylmä & Juvakka 2007, 26).

Tutkimusstrategia tarkoittaa tutkimuksen menetelmällisiä ratkaisuja, kokonaisuutta. Yksittäinen tutkimusmetodi riippuu tutkimustehtävästä tai asetetusta tutkimus ongelmasta. (Hirsjärvi ym. 2009, 132) Kysymykset mitä, miksi ja miten ohjaavat kvalitatiivista tutkimusta (Kylmä & Juvakka 2007, 26). Työn tutkimustehtävä on asetettu hyvin yleiselle tasolle. Työlle on voitu kuitenkin asettaa tutkimustehtävän lisäksi alaongelmia melko selkeästi ja tarkkarajaisesti. Johtoajatukseksi on saada selville mitä laadunhallintajärjestelmiä Suomen psykiatriassa sairaaloissa käytetään. Alaongelmat antavat vastauksen siihen mitä kokemuksia laatujärjestelmän käytöstä on ollut. (Hirsjärvi ym. 2009, 126.) Lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, vastaajien kokemusten kuvaaminen laatujärjestelmän käyttämisestä (Hirsjärvi ym. 2009, 161).

4.1 Tutkimuksen kohde

Tämä opinnäytetyö oli kokonaistutkimus, koska kysely lähetettiin jokaiseen tutkimusluvan myöntäneeseen Suomen sairaanhoitopiirin psykiatriseen sairaalaan jossa hoidetaan täysi-ikäisiä ihmisiä. Tulosten perusteella voimme kertoa mitä esimiehet ja laatuvaastavat laatujärjestelmän käytöstä ajattelivat. (Hirsjärvi ym. 2009, 179.) Laadullisessa tutkimuksessa osallistujat valittiin tarkoituksenmukaisesti niin, että vastaajilla oli kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä eli tässä tapauksessa laatujärjestelmän käyttämisestä (Kylmä & Juvakka 2007, 26).

Mielenterveyspalvelut ja psykiatrinen sairaalahoito on järjestetty sairaanhoitopiireissä, kunnissa, kuntayhtymissä, yksityisellä sektorilla, valtion laitoksissa ja kansalaisjärjestöissä (Rimpelä 2001). Erikoissairaanhoito vastaa siitä hoidosta johon peruspalveluiden toimenpiteet eivät riitä. Erikoissairaanhoitolain 7§ (L 1.12.1989/1062) mukaan Suomi on jaettu 20:n sairaanhoitopiiriin erikoissairaanhoidon järjestämistä varten. Sairaanhoitopiirit ovat: Helsingin ja Uudenmaan, Varsinaissuomen, Satakunnan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen, Kymenlaakson, Etelä-Karjalan, Etelä-Savon, Itä-Savon, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Savon, Keski-Suomen, Etelä-Pohjanmaan, Vaasan, Keski-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, Kainuun, Länsi-Pohjan ja Lapin sairaanhoitopiiri.

Sairaanhoitopiirien psykiatrian erikoissairaanhoitoon kuuluvat mieliala- ja psykoosipoliklinikat, lasten- ja nuorisopsykiatrian poliklinikat, akuuttipsykiatrian- ja psykogeriatrian poliklinikat. Psykiatrinen laitoshoido käsittää akuuttipsykiatrian osastot, hoito- ja kuntoutuspsykiatrian osastot, lasten- ja nuorisopsykiatriset osastot sekä psykogeriatriset osastot. (VKS 2016.) Tässä opinnäytetyössä kyselyt lähetettiin vain aikuispsykiatrista laitoshoidoa tarjoaviin yksiköihin.

4.2 Aineiston keruu menetelmä

Tämä opinnäytetyö on survey-tutkimus, jossa tieto kerätään standardoidulla kyselylomakkeella valikoidulta ihmisjoukolta. Kysymykset esitetään kaikille vastaajille täsmälleen samalla tavalla. Kerätyn aineiston avulla kuvaillaan, mahdollisesti vertaillaan ja selitetään ilmiötä laatu järjestelmien käyttöä. (Hirsjärvi ym. 2009, 134, 193.)

Kyselytutkimukseen päädyttiin perinteisten laadullisten menetelmien, kuten haastattelun sijaan siksi, että silloin voitiin aineisto kerätä jokaisen sairaanhoitopiirin psykiatrisen tulosalueen ylihoitajalta, osastojen esimiehiltä, sekä laadusta vastaavilta henkilöiltä. Näin välttyttiin perusjoukon määrittelyltä ja edustavan otoksen poiminnalta (Hirsjärvi ym. 2009, 180). Kysely sisälsi suurimmaksi osaksi avoimia kysymyksiä, jolloin aineistonkeruu tapahtui mahdollisimman avoimin menetelmin (Kylmä 2007, 27). Kysely lähetettiin e-

lomakkeella linkkinä sairaanhoitopiiriin yhteyshenkilölle joka toimitti kyselyt vastaajille. Jokaiseen yhdyshenkilöön oltiin yhteydessä ennen kyselyn lähettämistä joko puhelimitse tai sähköpostitse. Ilman yhteyshenkilöä olisi tarkoituksenmukaisten esimiesten vastaajiksi löytyminen ollut haastavaa, jopa mahdotonta ja mahdollisesti kato olisi ollut vieläkin merkittävästi suurempi.

Kyselytutkimuksen haittana on, että hyvän lomakkeen laatiminen on aikaa vievää ja vaatii mittarin tekijältä paljon tietoa, taitoa ja tarkkuutta. Kyselylomakkeessa kato eli vastaamattomuus voi nousta suureksi. Kyselytutkimuksen vaarana on myös se, että ei tiedetä kuinka hyvin vastaajat ovat perillä tutkittavasta ilmiöstä josta kysymyksiä esitettiin. Myöskään ei ole selvää, miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat vastaajien näkökulmasta. (Hirsjärvi ym. 2009, 195).

Tutkimuksen onnistumiseen ja hyvään vastaus prosenttiin on pyritty vaikuttamaan kyselylomakkeen huolellisella laadinnalla ja kysymysten tarkalla suunnittelulla (Hirsjärvi ym. 2009, 198). Kyselylomake esitettiin kysymysten ymmärrettävyyden parantamiseksi. Esitestaus varmisti myös sen, että kysymyksillä saatiin vastaus haluttuun asiaan. Lomakkeen ulkoasun selkeys ja täyttämisen helppous saivat myös huomiota lomaketta laadittaessa ja oletuksena oli, että niillä seikoilla oli vaikutusta vastaus prosenttiin (Hirsjärvi ym. 2009, 204). Esitestauksen suoritti kolme esimiestehtävissä toimivaa henkilöä jotka olivat varsinaisen kyselyn ulkopuolella.

Avoimella kysymyksellä ajatellaan saatavan vastauksia joita ei etukäteen osattu ajatella (Hirsjärvi ym. 2009, 199). Avoimella kysymyksellä vastaaja voi ilmaista sen mitä hänellä on mielessä kun taas monivalintakysymykset antavat vastaajalle valmiit vaihtoehdot. Avointen kysymysten etuina on sen sallivuus ilmaista itseä omin sanoin, se osoittaa vastaajien tietämyksen aiheesta ja osoittaa sen mikä on keskeistä ja tärkeää vastaajan ajattelussa. Avoin kysymys osoittaa myös vastaajien tunteiden voimakkuuden ja se antaa mahdollisuuden tunnistaa motivaatioon liittyviä seikkoja sekä vastaajan viitekehystä. Likertin asteikossa esitetään väittämiä joissa vastaaja valitsee niistä sen mitä mieltä hän eniten on. Vastausvaihtoehtoina oli 1 ”täysin eri mieltä”, 2 ”jokseenkin eri mieltä”, 3 ”ei osaa sanoa”, 4 ”jokseenkin samaa mieltä” ja 5 ”täysin samaa mieltä”.

Monivalintakysymysten analysointi taas on vaivattomampaa ja vastausten monimuotoisuus on vähäisempää. Vertailu on helpompaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 200–201.)

4.3 Aineiston hankinta

Opinnäytetyön tutkimusaineisto hankittiin e-kyselyn avulla. Kysely suunnattiin psykiatristen sairaaloiden ylihoitajille, lähiesimiehille ja laatuvaikuttajille, yksiköihin jotka tarjoavat aikuispsykiatrista laitoshoidoa. Lähiesimiehillä tarkoitettiin osastonhoitajia ja apulaisosastonhoitajia. Valintaperuste tarkoituksenmukaiselle otannalle oli tavoite saada mahdollisimman paljon ja laaja-alaista tietoa siitä, miten laatujärjestelmä on käytännössä toiminut (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110–112). Kysely lähetettiin kaikkiin tutkimusluvan myöntäneisiin Suomen sairaanhoitopiirien psykiatriin sairaaloihin joissa hoidetaan aikuisia psykiatrisia potilaita laitoksessa.

Kyselyt lähetettiin harkinnanvaraisesti ja rajattiin koskemaan ainoastaan psykiatrisia sairaaloita. Psykiatrian poliklinikat, avohoidon yksiköt sekä lasten- ja nuorten psykiatria rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle niiden toiminnan ja asiakkaiden hoidontarpeen erilaisuuden vuoksi. Lasten- ja nuorten osalta myös lainsäädännössä on eroavaisuuksia aikuispsykiatriaan verrattuna. Vain sairaaloihin osoitettujen kyselyiden oletettiin antavan tarvittava tieto laadunhallintajärjestelmän käytöstä työn pyytäneelle organisaatiolle.

Tutkimuslupaa haettiin jokaiselta sairaanhoitopiiriltä joulukuussa 2015. Tutkimuslupa saatiin 14/20 sairaanhoitopiiriltä. Tutkimuslupaa haettaessa kuusi sairaanhoitopiiriä halusi lisätietoja ja täydennyksiä tutkimussuunnitelmaan ennen tutkimusluvan myöntämistä. Kaksi sairaanhoitopiiriä ilmoitti jättäytyvänsä pois tutkimuksesta koska koki, että heidän organisaatiossaan toimintatavat poikkeavat muista niin merkittävän paljon. Muilta pois jääviltä organisaatioilta ei syytä tutkimuksen ulkopuolelle jäämisestä saatu. Kaksi organisaatiota jättäytyi pois kyselylomakkeen nähtyään. Syynä oli se, että heillä ei ole psykiatrian puolella käytössä laatujärjestelmää.

E-kyselyt (Liite 2) lähetettiin saatekirjeineen (Liite 1) sairaanhoitopiirien yhdyshenkilöille maaliskuussa 2016. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Määräaikaan mennessä vastauksia tuli 23. Vähäisen vastausten palautusten vuoksi olimme yhteydessä yhdyshenkilöihin ja pyysimme heitä muistuttamaan vastaajia vastaamisesta. Vastausaikaa pidennettiin vielä kolmella päivällä, mikä ei vaikuttanut vastausten määrään. Vastausaikaa oli yhteensä kaksi viikkoa. Vastauksia saatiin 23. Kyselyitä yhdyshenkilöiden mukaan jaettiin 88. Vastausprosentiksi muodostui 26.

4.4 Aineiston analysointi

Kyselylomakkeella saatu aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen. Induktiivisuus on aineistolähtöistä päättelyä, jossa edetään yksittäisestä yleiseen, yksittäisistä tapahtumista tehdään havaintoja ja myöhemmin ne yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. Mielenkiinnon kohteena on vastaajan todellisuus, hänen kokemuksensa laatujärjestelmän käyttämisestä. Analyysimenetelmänä sisällönanalyysi on systemaattinen. Induktiivista sisällönanalyysia ohjaavat tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät. (Kylmä & Juvakka, 2007, 23, 112–113.)

Aineiston käsittely aloitettiin lukemalla saatu aineisto useaan kertaan sen sisällön hahmottamiseksi. Aineistosta tehtiin myös muistiinpanoja. Kyselylomakkeella hankittu aineisto säästi opinnäytetyöntekijöiden aikaa ja vaivaa koska litteroitavaa aineistoa ei ollut.

Aineistoa lähdettiin analysoimaan tutkimustehtävien mukaisesti kysymällä mitä aineisto kertoo laatujärjestelmän käyttämisestä, sen hyödyistä ja käytännön näkyvyydestä sekä mikä vaikutus laatujärjestelmällä on ollut hoitotyön johtamiseen. Mahdollisimman avoimin kysymyksin pyrittiin selvittämään mitä aineisto kertoo tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 117). Vastauksia lähdettiin ensin purkamaan kysymys kerrallaan ja myöhemmin niitä tarkasteltiin useamman kysymyksen patteristoina.

Alkuperäisilmaistut pelkistettiin erilliselle paperille niin, että niiden sisältö säilyi samanlaisena kuin alkuperäisilmaisuus oli. Toisinaan pelkistys oli sama alkuperäisilmaisuuden kanssa. Pelkistämisen jälkeen pelkistettyjä ilmauksia vertailtiin ja etsittiin niistä samankaltaisia ilmaisuja niin, että ne voitiin ryhmitellä omaksi alaluokaksi. Ryhmittelyä voidaan kutsua myös klusteroinniksi (Kylmä & Juvakka 2007, 118). Ryhmittelyn jälkeen luokka nimettiin alaluokkatasolla. Yläluokat muodostuivat samaan tapaan alaluokkien sisältöjä vertaamalla ja nimeämällä samankaltaisuudet yläluokiksi. Tätä kutsutaan abstrahoinniksi (Kylmä & Juvakka 2007, 118–119). Sisällönanalyysin tekemisestä on liite (Liite 3) työn lopussa.

Likertin asteikko analysoitiin liittämällä ”täysin erimieltä” ja ”jokseenkin eri mieltä” yhdeksi kokonaisuudeksi ja toiseksi kokonaisuudeksi liitettiin ”jokseenkin samaa mieltä” ja ”täysin samaa mieltä”. Vastaukset laskettiin yhteen ja verrattiin josta muodostui päätelmät tutkimustuloksiksi.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset esitetään vastaamalla asetettuihin tutkimustehtäviin pääluokkien avulla. Vastauksista poimituilla suorilla lainauksilla havainnollistetaan saatuja tuloksia (Vilkkä 2007, 169). Lainaukset on kirjoitettu kursivoituna sitaatteihin. Suorasta lainauksesta poistettu osa on korvattu pisteillä.

Luvun ensimmäisessä osassa tarkastellaan kyselyyn vastaajien taustatietoja: asemaa organisaatiossa, laatutyöhön saatua koulutusta, vastaajan kokemusta ja alaisten lukumäärää. Taustatietojen jälkeen paneudutaan vastaamaan tutkimustehtäviin. Mitä laatujärjestelmiä Suomen psykiatriassa sairaaloissa käytetään? Mitä kokemuksia laatujärjestelmän käytöstä on? Mikä merkitys laatujärjestelmän käytöllä on ollut hoitotyön johtamiseen? Ja miten laatujärjestelmän käyttäminen näkyy käytännössä, hoitotyön arjessa?

5.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajista neljä toimi ylihoitajan tehtävissä, yksi laatuvastaavana ja 15 lähiesimiehenä joko osastonhoitajana tai apulasiosastonhoitajana. Vastaajista yksi kuului ryhmään muu. Suurimmalla osalla vastaajista oli työkokemusta yli 20 vuotta. Työkokemusta 11–20 vuotta oli kahdeksalla vastaajalla ja alle viisi vuotta oli kahdella vastaajalla. Alaisten lukumäärä vaihteli, suurimmalla osalla vastaajista oli 21–30 alaista, 41–50 alaista oli neljällä vastaajalla.

Esimiesten laatutyöhön saatu koulutus vaihteli. Vastausten perusteella koulutus oli satunnaista ja vähäistä. Koulutus oli sisällynyt osaksi esimieskoulutusta. SHQS ja ISO järjestelmäkoulutusta oli saatu enemmän. Organisaatioiden sisäistä laatukoulutusta oli saatu laadunarviointiin sekä prosessien hallintaan ja potilasturvallisuusjärjestelmään. Kuusi vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen ja yksi vastasi saaneensa koulutusta 1990-luvun alussa.

5.2 Laatujärjestelmän käyttö

Kyselyn vastausten mukaan laatujärjestelmiä oli käytössä psykiatrian yksiköissä vaihtelevasti. Osassa organisaatioissa laatujärjestelmää ei vastausten mukaan

käytössä ollut. Vastaajista kahdeksan (8) ilmoitti käytössä olevan ISO standardin eri versioita, seitsemän (7) kertoi käytössä olevan SHQS -järjestelmän. Kaksi (2) vastaajista sanoi käytössä olevan EFQM. Vastausten mukaan käytössä oli myös RAI -arviointimenetelmä, HaiPro, yksi 15D ja ITE -menetelmä.

Laatujärjestelmä oli ollut organisaation käytössä noin 20 vuotta neljässä (4) vastauksessa, noin 15 vuotta kahdessa (2), noin 10 vuotta yhdeksässä (9) ja alle viisi vuotta kahdessa organisaatiossa. Kuusi vastaajista ei osannut sanoa, kauanko laatujärjestelmää oli organisaatiossa käytetty, nämä vastaukset sisälsivät myös organisaatiot joissa laatujärjestelmää ei käytössä ole.

Laatujärjestelmän valinta organisaatioon oli vastaajien mukaan tapahtunut ylimmän johdon päätöksellä. Kriteereinä oli ollut arvostettu kansainvälinen laatustandardi, muiden organisaatioiden kokemukset ja ajankohtainen, vaikuttava mittaristo. Suurin osa vastaajista kuitenkin vastasi, ettei tiedä tai muista kuinka laatujärjestelmä oli valittu organisaation käyttöön.

Käyttöönottohetkellä laatujärjestelmällä oli tavoiteltu *laadun parantamista* ja sen *osoittamista*, parempaa *toiminnan arviointia ja kehittämistä*, *prosessimaista työtapaa* ja *taloudellisuutta*.

Laadun parantamisen tavoite sisälsi sekä toiminnan laadun parantamista, että hoidon laadun parantamista. Hoidon laadun parantaminen nähtiin potilasturvallisuutena, tasalaatuisuutena, hoidon laadun kehittämisenä ja -varmistamisena. Toiminnan laadukkuus oli henkilöstön hyvinvointia, ohjeiden ajantasaisuutta sekä järjestelmää jossa standardit oli määritelty ja ohjeistettu.

Laatujärjestelmällä tavoiteltiin myös toiminnan taloudellisuutta, että resurssit on kohdennettu oikein ja hoitaminen tapahtuu taloudellisesti. Myös laadukkuuden osoittamista tavoiteltiin laatujärjestelmän avulla.

”...julkinen tunnustaminen, organisaation kilpailukyvyyn osoittaminen.”

Pääluokiksi nousivat myös *toiminnan arviointi ja kehittäminen* sekä *prosessimainen työtapa*. Toiminnan arviointi sisälsi alaluokkina yhteismitattavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Toiminnan kehittämisessä

tavoiteltiin selkeää systemaattista järjestelmään laatupoikkeamien varalle. Arviointi, laatupoikkeamien havaitseminen, laatupoikkeamiin puuttuminen ja ennaltaehkäiseminen olivat alaluokkia. Laatu järjestelmällä tavoiteltiin myös prosessimaisen työtavan kehittymistä. Prosessimainen työtapo sisälsi prosessien tunnistamisen lisäksi myös prosessien ohjeistamisen niin, että toiminta on määriteltyä, yhtenäisiä ja ohjeistettua.

Vastausten perusteella laatu järjestelmän käyttäminen oli hyvin eritasoista eri organisaatioissa. Laatu järjestelmään saatu koulutus vaihteli suuresti. Henkilöstölle koulutus tapahtui lähinnä osastotunneilla ja kehittämispäivillä. *Koulutus* oli pääosin peruskoulutusta laatutyöhön ja potilasturvallisuuteen. Muutama vastaaja toteasi, että henkilöstö ei ole saanut koulutusta ollenkaan. Johdolle, esimiehille ja laatu vastaaville oli enemmän ja pidempiä koulutuksia. Puolet vastaajista vastasi koulutuksen olevan epäsäännöllisen jatkuvaa, käyttöönottovaiheessa koulutusta oli ollut enemmän. Koulutuksen lisäämisen tarve tuli selkeästi vastauksista esiin.

5.3 Laatu järjestelmän hyödyt ja käytännön näkyvyys

Laatu järjestelmän merkittävimmäksi hyödyksi vastaajat arvioivat *tehostuneen toiminnan arvioinnin ja kehittämisen, potilasturvallisuuden lisääntymisen ja tasalaatuisemman hoitamisen*. Toiminnan arviointi nähtiin selkeänä, systemaattisena puuttumisena joka tapahtuu säännöllisesti.

”Laatu poikkeamien varhainen toteaminen, korjaaminen ja ennaltaehkäiseminen”

”Kokonaisvaltainen, säännöllinen laaduntarkistus jonka perusteella valitaan kehittämisalueet...”

Toiminnan ja prosessien arviointi ja kehittäminen oli tehostunut järjestelmän käyttämisen myötä kehittyneen tiedonsaannin ansioista. Tieto oli ajankohtaista ja kuvaa potilaiden tilanteen kokonaiskuvaa. Laatu järjestelmä oli tapa kehittää organisaation rakenteita ja prosesseja. Prosessien sujuvuuteen ja kehittämiseen kiinnitettiin systemaattisesti huomiota. Laatu järjestelmä oli vastaajien mukaan yhtenäinen menetelmä laadun kehittämiseen.

Toisena pääluokkana oli hoitamisen tasalaatuisuus. Usea vastaaja kokivat kirjallisen dokumentaation parantaneen ja yhdenmukaistaneen käytäntöjä, joilla oli ollut vaikutusta prosessien sujuvuuteen. Koettiin, että palvelu oli tasalaatuisempaa, parempaa ja laadukkaampaa.

Kolmantena pääluokkana oli potilasturvallisuuden lisääntyminen. Laatujärjestelmä koettiin ohjaavan ja ohjeistavan toimintaa joka toimii perehdytyksen apuvälineenä ja itsearviointin välineenä. Yksi vastaajista kertoi Haipron tulleen laatujärjestelmän myötä.

Vastausten mukaan *prosesseja ja hoitoketjuja on kuvattu kattavasti*. Moni vastaaja totesi, että kaikki tulosalueen ja yksikön ydinprosessit oli kuvattu. Kuvauksia oli tehty potilaan hoito- ja kuntoutusprosessista, hoitajan toimintaprosessi potilaan hoitoketjun aikana ja lääkehoidon prosessikuvas mainittiin useaan kertaan. Prosessikuvaukset koettiin merkityksellisiksi työn sisällön näkökulmasta. Koettiin, että kuvaukset selkeyttävät työnkuvaa ja korostavat työn tavoitteellisuutta.

”...ne selkeyttävät ja tuovat näkyväksi mitä ja miten potilaan hoidon on tarkoitus edetä.”

Toiseksi pääluokaksi prosessikuvausten merkityksessä nousi hoidon laadun kehittäminen, jossa alaluokkina oli hoidon tasalaatuisuus, toiminnan arvioinnin työkalu ja kehittämisen väline. Koettiin, että prosessikuvaukset ovat prosessien hallintaa joka yhtenäistää toimintakäytäntöjä ja mahdollistaa tasalaatuisen potilaan hoitamisen. Yksi vastaajista vastasi prosessikuvausten antavan tietoa ja ohjeistuksen toimijoille, miten potilaan hoito oli järjestetty.

”Voidaan osoittaa kuvatun prosessin poikkeamat ja korjata niitä”

Laatujärjestelmän *vaikutuksia hoitotuloksiin* pidettiin vaikeasti arvioitavana. Suurin osa (15) vastaajista kuitenkin koki, että vaikutusta oli ollut. Pääluokiksi muodostuivat toiminnan-, potilaan- ja henkilöstön laatu. *Toiminnan laadussa* vaikutukset hoitotuloksiin näkyvät näyttöön perustuvina hoitoprosesseina. Tehokkuuden ja taloudellisuuden koettiin lisääntyneen resurssia kohdentamalla.

Toiminnan arvioinnilla ja kehittämisellä oli ollut vaikutusta hoitotuloksiin. *Potilaan näkökulmasta* hoitamisen laatu oli parantunut. Potilasnäkökulma oli terävöitynyt ja potilastyytyväisyys oli lisääntynyt. Potilasturvallisuus oli parantunut ja potilasvahinkoja oli kyetty karsimaan laatujärjestelmän avulla. Laatujärjestelmän vaikutus hoitotuloksiin *henkilöstön näkökulmasta* oli ollut toiminnan ja prosessien auki kirjoittamisella. Auki kirjoittamisen ansiosta toiminta oli määritellympää, yhtenäisempää ja kehittäminen oli tehostunut. Osa vastaajista kuitenkin koki, että laatujärjestelmän näkyvyys kliinisessä työssä oli vähäistä. Koettiin, että laatujärjestelmän käyttäminen ei ole osana arkipäivän työtä. Laatujärjestelmän käyttäminen koettiin kankeaksi ja hankalaksi käyttää.

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että hoitajaksojen pituuteen ei laatujärjestelmän käyttämisellä ollut vaikutusta.

Likertin asteikolla kysyttiin, minkälaisia vaikutuksia oli laatujärjestelmän käyttöönotolla ollut. Vastaajia oli 20, joista kaksi vastasi jokaiseen kysymykseen, ei osaa sanoa, nämä vastaukset jätettiin taulukon ulkopuolelle. Muut vastaajat vastasivat jokaiseen kysymykseen. Laatujärjestelmän käytön vaikutuksia kysyttäessä eräs vastaaja kommentoi mittarin luotettavuutta, koska koki epävarmuutta siitä oliko positiivinen kehityssuunta laadunhallintajärjestelmän vai muun kehittämisen tulosta. Laadunhallintajärjestelmää oli ko. organisaatiossa käytetty jo kaksi vuosikymmentä. Muissakin vastauksissa tuli esiin laatujärjestelmän vaikuttavuuden arvioinnin vaikeus.

E-lomakkeella ollut Likertin asteikko oli 5-portainen. Vastausvaihtoehdot olivat täysin erimieltä, jokseenkin erimieltä, ei osaa sanoa, jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä. Analysoitaessa vastauksia asteikko muutettiin kolmiportaiseksi (ks. Taulukko 1) kokonaisuuden hahmottamisen helpottamiseksi.

Taulukko 1: Laadunhallintajärjestelmän käyttämisen vaikutus

	eri mieltä	ei osaa sanoa	samaa mieltä
Strategiset tavoitteet ovat kaikkien tiedossa ja saatavilla	4	2	12
Työn tavoitteellisuus on lisääntynyt	2	1	15
Toiminta on sujuvampaa	3	2	13
Päällekkäisiä työtehtäviä on vähemmän	9	3	6
Vastuunjako on selkeämpää	6	1	11
Reviiriajattelua on vähemmän	7	8	3
Moniammatillinen yhteistyö on lisääntynyt	5	2	11
Hoito- ja toimintatavat ovat kehittyneet	1	1	15
Ammattitaitoista henkilöstöä on riittävästi	6	2	10
Osaamisen kehittäminen on lisääntynyt	2	2	14

Valtaosa vastaajista vastasi strategisten tavoitteiden olevan kaikkien tiedossa ja saatavilla. Työn tavoitteellisuus koettiin lisääntyneen. Toiminnan koettiin tehostuneen ja olevan sujuvampaa. Hoito- ja toimintatapojen koettiin kehittyneen laatujärjestelmän käyttöönoton myötä. Myös osaamisen kehittämisen koettiin lisääntyneen. Mielenkiintoista oli, että reviiriajatteluun ei vastaajien mukaan laatujärjestelmän käyttämisellä ollut vaikutusta, mutta kuitenkin vastuunjaon selkeyteen vaikutusta koettiin olevan.

Merkittävimmät hyödyt koettiin olevan esimiestyöskentelyssä, toiminnan suunnitelmallisuuden ja kehittämisen lisääntymisenä. Hukatöitä oli löydetty ja kyetty karsimaan. Henkilöstön näkökulmasta koettiin, että ajattelutapa oli muuttunut, itsenäisyys ja sitoutuminen olivat lisääntyneet ja itsearviointien tekeminen vakiintunut. Potilaiden näkökulmasta hoitoketjut ovat selkeämpiä, hoitopäiviä on vähemmän ja potilasturvallisuus on lisääntynyt sekä avohoidon ja omaisten mukaan ottaminen on parantunut. Koettiin, että laatujärjestelmän sisällöstä osa toimii ohjeistuksena ja toimintaohjeita tuotetaan uusia. Työtehtävien

kuvausten koettiin selkeytyneen ja etenkin lääkehoidon prosessin kehittyneen. Potilaiden ja asiakkaiden laatu­palautteet koettiin hyväksi.

5.4 Laatu­järjestelmän vaikutus hoitotyön johtamiseen

Yksiköt joissa laatu­järjestelmä vastausten perusteella oli aktiivisessa käytössä, ilmaisivat järjestelmän antavan johtamiselle struktuurin.

”Selkeyttänyt kokonaisuutta”

”Kokonaisuuksien hallinta”

Toiminnan jatkuva arviointi ja kehittäminen koettiin laatu­järjestelmän vahvuudeksi. Koettiin, että laatu­järjestelmä oli helpottanut kehittämiskohteiden löytymistä. Toimintojen tarkastelu, jatkuva arviointi ja kehittäminen olivat lisääntyneet. Laatu­järjestelmä koettiin johtamisen apuvälineeksi ja työkaluksi. Vastaajat kokivat laatu­järjestelmän tuoneen ryhtiä ja apua perehdytykseen, raportointiin ja laatu­poikkeamiin puuttumiseen. Laatu­järjestelmä oli yhden vastuksen mukaan poikinut myös tuloskortin käyttämisen, mitä pidettiin hyvänä. Kirjallisen dokumentoinnin lisääntymisen myötä käytänteet olivat yhdenmukaistuneet, hoito­ohjeet löytyvä ja ovat ajan tasalla.

Laatu­järjestelmän käyttäminen näkyi hoitotyön johtamisen arjessa tavoitteellisuutena ja itsearvioinnin kehittymisenä sekä palautteen antamisena.

”Oman toiminnan jatkuvan arvioinnin arkipäiväistäminen...”

Ohjeistukset olivat helpottaneet työn tekemistä. Ne olivat yhtenäistäneet käytäntöjä. Dokumentaation paraneminen oli helpottanut seuranta ja asioiden perustelemista. Laatu­järjestelmän myötä toimintoja oli kyetty järjeistämään. Resursseja oli kohdennettu paremmin, työnkuvia ja toimintoja oli järjestelty uudelleen. Koettiin, että oli muodostunut yhteinen kieli puhua asioista.

Osa vastaajista kuitenkin koki, että laatu­järjestelmän käytöllä oli ollut negatiivisia vaikutuksia hoitotyön johtamiseen. He kokivat, että laatu­järjestelmä oli lisännyt työtä merkittävästi, eikä se työ näy käytännön työssä ollenkaan. Järjestelmä koettiin kankeaksi ja taipumattomaksi.

Henkilöstön motivoituminen laatujärjestelmän käyttöön koettiin heikommaksi kuin ylimmän johdon ja lähiesimiesten. Motivointi koettiin vaikeaksi. Koettiin, että laatujärjestelmän ylläpitäminen vie aikaa potilailta.

Sitoutumisessa laatujärjestelmään koettiin olevan eroja eri henkilöstöryhmien välillä. Johto ja lähiesimiehet olivat sitoutuneimpia. Hoitohenkilökunnan koettiin olevan lääkärikuntaa sitoutuneempia laatujärjestelmään. Sitoutumattomuutta selitettiin tiedon ja koulutuksen puutteella.

Laatujärjestelmän käytön *merkityksestä työhyvinvointiin* oltiin puolesta ja vastaan. Koettiin, että ylimääräisenä työnä se heikentää työhyvinvointia, mutta toisaalta se koettiin yhdeksi tavaksi vaikuttaa työhyvinvoinnin kehittämiseen. Työn selkeytyminen koettiin vähentävän stressiä ja lisäävän itsenäistä päätöksentekoa. Kokonaisuudessaan työhyvinvointiin oli laatujärjestelmän käytön myötä kiinnitetty enemmän huomiota.

”Konastelua erilaisista näkökulmista on vähemmän”

Osa vastaajista koki laatujärjestelmän käyttämisellä olevan negatiivisia vaikutuksia ilmapiiriin. Koettiin, että oli taistelua ja stressiä siitä kuka määrityksiä tekee. Koettiin myös, että muutosvastarinta ja kritiikki epäkohtiin olivat lisääntyneet. Positiivisena asiana koettiin työyksikön laatuun vaikuttavista asioista keskustelun lisääntyminen.

Henkilöstön itseohjautuvuuden koettiin lisääntyneen. Kysyminen oli vähentynyt, omavalvonta ja laatupoikkeamien esille tuominen oli lisääntynyt. Ohjeistuksia tehdään, vaaditaan ja etsitään enemmän.

Vastausten mukaan *laatujärjestelmä näkyy hoitotyön* arjessa ja johtamisessa työskentelyn selkeytenä ja strukturina. Esimiestyö oli suunnitelmallisempaa ja kehittävämpää. Laatujärjestelmä määrittää hoidolle minimitason, se kokoaa yhteen asiat jotka täytyy hoitaa jokaisen potilaan kohdalla. Laatujärjestelmä selkeyttää henkilöstön toimenkuvaa ja vastuualueita.

”Kuvaa tehtäviä ja toimintoja, jotka kuuluvat henkilöstön toimenkivaan”

Toiseksi pääluokaksi muodostui toiminnan sujuvuus. Arjessa laatujärjestelmä näkyy kirjallisten ohjeiden käyttämisenä jotka selkeyttävät toimintaa ja joista oli muodostunut vakiintuneita toimintatapoja ja toimintaperiaatteita. Henkilöstön sitoutuminen näkyi itsenäisyytenä.

Arvioinnit helpottivat kehittämistä ja erään vastaajan mukaan laatujärjestelmän käyttämisen jälkeen avohoito ja potilaan omaisten hoitoon mukaan ottaminen oli parantunut. Koettiin myös, että tekemisen tehokkuus oli lisääntynyt ja hukka työt olivat löytyneet.

Se miten laatujärjestelmä oli saatu osaksi arkea ja näkyväksi oli tapahtunut konkreettisin teoin. Prosessikuvaukset, ohjeistukset ja dokumentaatio oli ollut vastaajien mukaan merkittävässä osassa. Arvioinnit ja auditoinnit tekivät laatujärjestelmän käyttämisen näkyväksi. Laadunhallinta tuli sisältyä toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen jonka kautta se välittyy yksikköön ja jokaisen työhön osaksi kokonaisuutta. Avain- ja vastuuhenkilöiden mukaan saaminen oli vastaajien mukaan ensiarvoisen tärkeää. Osa vastaajista kuitenkin kirjoitti, että laatujärjestelmä oli olemassa, mutta se on kaukainen asia arjesta.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa mitä laatujärjestelmiä Suomen psykiatriset sairaalat käyttävät, mitä kokemuksia laatujärjestelmän käytöstä psykiatrisissa sairaaloissa on ja mikä merkitys laatujärjestelmän käytöllä on ollut hoitotyön johtamiseen ja miten laatujärjestelmän käyttäminen näkyy käytännössä, hoitotyön arjessa. Aihe rajattiin koskemaan ainoastaan aikuispsykiatrista laitoshoidon antaviin sairaaloihin, koska tutkimusaihetta pyytäneessä organisaatiossa annetaan ainoastaan aikuispsykiatrista laitoshoidon antavaa hoitoa. Näin pyrittiin saamaan kokemuksesta ja mahdollisimman kattavaa tietoa laatujärjestelmien käytöstä hoitotyön johtamisessa ja sen näkymisestä käytännön hoitotyössä aikuispsykiatrisessa laitoshoidossa.

Tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä, koska kyseessä oli kartoittava tutkimus, jolla haettiin vastaajilta tietoa kokemuksista laatujärjestelmän käytöstä ja sen merkityksestä hoitotyön johtamiseen ja hoitotyön käytännön arkeen.

Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen, edeten yksittäisestä yleiseen ja havaintoja tehden yhdistellen kokonaisuudeksi. Käsittely aloitettiin lukemalla aineisto muistiinpanoja tehden ja analysoiden tutkimustehtävistä lähtien. Ilmaisut pelkistettiin, ryhmiteltiin ja nimettiin.

Taustakysymyksillä saatiin tietoa vastaajien asemasta organisaatiossa, heidän työkokemuksestaan ja alaisten määrästä. Tutkittavien vastauksista selvisi, että heidän saamansa koulutus laatuohjelmien vaihteluun vaihteli paljon.

Tutkimuksen tarkoituksena, mitä laadunhallintajärjestelmiä Suomen psykiatrisissa sairaaloissa käytetään tutkimus vastasi tutkijoiden mielestä hyvin. Tutkimuksessa selvisi Suomen psykiatrisissa sairaaloissa käytettävät laatujärjestelmät, joita ovat; eri ISO-standardin versiot, SHQS-järjestelmä, EFQM, RAI-arviointimenetelmä, HaiPro, 15D ja ITE-menetelmä. Tutkimuksessa selvisi myös, että kaikilla psykiatrisilla sairaaloilla ei vielä ole käytössään laadunhallintajärjestelmää.

Tutkimuksessa saatiin myös tietoa siitä, miten kauan organisaatiossa valittu laatujärjestelmä oli ollut käytössä, miten se oli valittu ja mitkä tekijät olivat vaikuttaneet laadunhallintajärjestelmän valintaan ja käyttöönottamiseen. Tutkimuksessa tuli myös esiin, että suuri osa vastaajista ei tiennyt syytä miksi omassa organisaatiossa käytetty laadunhallintajärjestelmä oli valittu.

Laatujärjestelmän suurimmaksi hyödyksi vastaajat tutkimuksen mukaan kokivat tehostuneen toiminnan arvioinnin ja kehittämisen, sekä potilasturvallisuuden lisääntymisen ja tasalaatuisemman hoitamisen. Vaikka suurin osa vastaajista koki, että laatujärjestelmä oli vaikuttanut hoitotuloksiin, niin sen vaikuttavuuden arviointia pidettiin vaikeana. Osa vastaajista koki, että laatujärjestelmän näkyvyys hoitotyössä oli vähäistä, eikä se ollut osa arjen hoitotyötä, vaan oli kankeaa ja vaikeakäyttöistä. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, ettei laatujärjestelmän käytöllä ollut vaikutusta hoitotulosten pituuteen.

Tutkimuksessa saatiin tietoa siitä, että ne yksiköt, joissa laatujärjestelmä oli aktiivisessa käytössä, kokivat sen antavan struktuuria johtamiselle. Laatujärjestelmä koettiin apuvälineeksi ja työkaluksi, sekä tavoitteellisuuden ja itsearvioinnin kehittymisenä ja parempana palautteen antamisena. Osa vastaajista koki kuitenkin laatujärjestelmän käytöllä olevan negatiivisia vaikutuksia hoitotyön johtamiseen, työn lisääntymiseen ja se koettiin myös kankeaksi ja taipumattomaksi.

Tutkimuksessa selvisi myös, että henkilöstön koettiin motivoituneen heikommin laatujärjestelmän käyttöön, kuin johdon ja lähiesimiesten motivoituminen. Myös henkilöstön motivointi laatujärjestelmän käyttöön koettiin vaikeaksi ja, että sen ylläpitäminen vei aikaa potilastyöstä.

Laatujärjestelmän käyttö hoitotyön arjessa nähtiin kyselyyn vastanneiden keskuudessa hoitotyössä ja johtamisessa selkeytenä ja struktuurina, sekä suunnitelmallisuutena ja toiminnan sujuvuutena.

Johtopäätöksenä tutkimuksesta voitaisiin todeta, että tutkimuksessa saatiin tietoa siitä, mitä laadunhallintajärjestelmiä Suomen psykiatrisissa sairaaloissa käytetään

ja kokemusperäistä tietoa myös siitä, miten ne ovat käytännössä toimineet. Tutkimuksessa selvisi myös se, että kaikilla organisaatioilla ei ole lainkaan laadunhallintajärjestelmää käytössään. Suurin osa vastaajista ei tiennyt miksi kyseinen laadunhallintajärjestelmä oli omassa organisaatiossa käytössä ja osa oli saanut vähän tai ei lainkaan koulutusta laadunhallintajärjestelmän käyttöön.

Kovin kattavaa tietoa siitä, miten laadunhallintajärjestelmän käyttö juuri aikuispsykiatrisen laitoshoidon hoitotyön johtamisessa on vaikuttanut tai miten se on näkynyt arjen hoitotyössä ei tutkimuksessa saatu. Tutkimuksessa selvisi kuitenkin, että vastaajilla oli hyvin erilaisia kokemuksia laadunhallintajärjestelmän käytöstä, sen toimivuudesta, hyödyllisyydestä ja näkyvyydestä arjen hoitotyössä.

6.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa, mitä laadunhallinta järjestelmiä Suomen psykiatrisissa sairaaloissa käytetään, miten ne ovat toimineet ja miten laatujärjestelmän käyttö näkyy käytännössä. Työn tavoitteena oli saada kokemusperäistä tietoa siitä, miten valittu laatujärjestelmä oli käytännössä toiminut ja mikä merkitys valitulla laatujärjestelmällä oli ollut johtamiseen. Nyt tulosten perusteella voimme kertoa mitä esimiehet laatujärjestelmän käytöstä ajattelevat ja verrata saatuja tuloksia aikaisempaan tutkimukseen.

Tämän opinnäytetyötutkimuksen mukaan keskeistä laatujärjestelmän käyttämisessä on dokumentaation työhön tuoma selkeys ja struktuuri. Toiminnan ja prosessien auki kirjoittamisen ansiosta toiminta on määritellympää, yhtenäisempää ja selkeää. Tulosten mukaan käytänteet ovat yhtenäistyneet, hoito-ohjeet löytyvät ja ovat ajan tasalla. Laadun kehittäminen nähtiin kokonaisuutena ja laatujärjestelmän käyttämisen vaikuttavuuden arviointia pidettiin vaikeana.

Opinnäytetyön tulokset ovat yhtenevät Hakkaraisen (2010) ja Niskasén (2004) tekemien tutkimusten kanssa. Hakkarainen (2010) on tutkimuksessaan selvittänyt millaisia haasteita laadunhallinnan kehittämisessä esiintyy organisaatiomuutosten aikana ja millä johtamisen keinoilla laadunhallintaan voidaan vaikuttaa. Tutkimustuloksista selviää, että, laadun koetaan yliopistolla olevan prosessien ja

ohjeiden mukaan toimimista. Laatu käsitteenä koettiin hankalasti määriteltäväksi ja laatuun liittyvät käsitteet vaativat tarkentamista. Laadun kehittäminen nähtiin normaalina työn kehittämisenä eikä varsinaisena laadun kehittämisenä. Korkeakoulujen auditointineuvosto käyttää käsitteistössään laadunvarmistusjärjestelmää joka pitäisi tulla myös yliopiston jokapäiväiseen puheeseen ja tekemiseen, ettei se jäisi irralliseksi kokonaisuudeksi.

Niskanen (2004) on tehnyt vertailevan tutkimuksen neljän sairaalan laadun kehittämisestä. Yhtenä alatutkimusongelmana olivat laadunhallintamallin keskeisimmät saavutukset, joita olivat organisatoristen muutosten aikaansaaminen ja esimerkiksi vastuiden ja tehtävien selkeytyminen, terminologiaa on muokattu laatujärjestelmän mukaiseksi, on otettu käyttöön asiakaspalautekyselyitä ja johtamiskoulutusta sekä prosessit on kuvattu, hoito-ohjeita viety intraan ja vastuutahot on määritelty sekä laitteita on kalibroitu. Tutkimuksen mukaan mikään valittu laatujärjestelmä ei ole edellytys muutoksen aikaansaamiselle vaan kehitystä tapahtuu muodollisesta laatujärjestelmästä riippumattakin. Tutkimuksen mukaan laatujärjestelmän käyttöönotto ei ole parantanut hoitotuloksia systemaattisesti.

Helminen (2010) on tutkinut laadunhallintaa pienissä, yksityisissä vanhainkodeissa esimiesten näkökulmasta. Aineisto kerättiin haastattelemalla yhdeksää esimiestä. Tuloksista selviää, että niissä on niukasti laadunhallintajärjestelmiä käytössä. Laadunhallintamenetelmien käyttöönotto koettiin työläänä, kalliina ja aikaa vievänä. Tämän opinnäytetyötutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia Helminen tekemän työn kanssa. Tässä tutkimuksessa ne yksiköt joissa laatujärjestelmä ei aktiivisessa käytössä ollut, kokivat sen olevan kaukana arjesta, työläänä ja kankeana järjestelmänä. Tässä työssä selvisi myös se, että moni psykiatrinen sairaala toimii vielä ilman nimettyä laadunhallintajärjestelmää.

Tässä opinnäytetyötutkimuksessa selvisi, että henkilöstön koettiin motivoituneen heikommin laatujärjestelmän käyttöön, kuin johto ja lähiesimiehet. Lääkärikunnan koettiin sitoutuneen laatujärjestelmään henkilöstöä heikommin. Osa vastaajista koki laatujärjestelmän käytön vaikeaksi ja, että sen ylläpitäminen vei aikaa

potilastyöstä. Osalla oli epävarmuutta siitä, mikä laatujärjestelmä organisaatiossa oli käytössä. Niskasen (2004) tutkimuksessa myönteisimmin järjestelmään suhtautuivat johtavassa asemassa olevat henkilöt. Eniten kritiikki kohdistui siihen, että järjestelmä antoi yleishallinnollisia laatukriteereitä, mutta ei sisältäneet riittävästi lääketieteellisiä tai hoidollisia kriteereitä. Sisäinen auditointi koettiin hankalaksi. Hoitohenkilökunnassa oli henkilöitä jotka eivät osanneet kertoa omaa laatujärjestelmäänsä.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuseetiikalla tarkoitetaan, että tutkimuksenteossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Keskeistä on rehellisyys, avoimuus, yleinen huolellisuus ja tarkkuus läpi koko tutkimustyöprosessin ajan. Jokainen tutkija ja tutkimusryhmän jäsen vastaa itse hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Tutkimusaiheenvalinta on jo eettinen ratkaisu. Tutkimuseettisiä kysymyksiä ovat myös ne kenen ehdoilla aihe valitaan ja onko aihe merkityksellinen vai vain helppo toteuttaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 24.) Tämän työn aiheen valinta on työelämälähtöinen. Laatujärjestelmien käytön kartoittamisen tarve tuli organisaatiosta jossa opinnäytetyön tekijät työskentelevät, organisaatiosta jossa laatutyötä on tehty paljon, mutta varsinaista laatujärjestelmää ei ole käytössä. Tutkimuskysymykset työhön on muotoiltu organisaatiolta tulleen toiveen mukaisesti. Aiheen valinnan merkityksellisyys korostui myös tiedonhaku vaiheessa. Laatujärjestelmien käyttöä koskevaa tutkimusta on vähän ja tehdyt tutkimukset ovat 2000-luvun alusta. (Vuori 2013.) Opinnäytetyöntekijöiden oma kiinnostus ilmiötä kohtaan on käytännön esimiestyössä ja laatujärjestelmän näkyvyydessä mitkä asetettiin niin sanotuiksi alaongelmiksi opinnäytetyötutkimuksessa.

Tiedonhankinnassa on toimittu eettisesti, järjestelmällisesti ja suhtauduttu kriittisesti lähdemateriaalin valintaan. Lähdemerkinät ja itse kirjoittaminen on pyritty tekemään niin, että ne eivät loukkaa muiden tutkijoiden tai kirjoittajien tekemää työtä. Myös se on ollut eettinen päätös, että tiedonhakua ei jatketa

loputtomiin vaan pitäydytään niissä lähteissä joita on, vaikka materiaali on tieteellisesti katsoen vanhaa, 2000-luvun alusta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Tutkimussuunnitelma on toteutettu ohjeiden mukaisesti jonka ohjaava opettaja on hyväksynyt. Tutkimusluvut hankittiin jokaisesta sairaanhoitopiiristä erikseen heidän omien ohjeidensa mukaisesti. Eettisen toimikunnan lupaa opinnäytetyön tekeminen ei vaatinut. Lupahakemuksen liitteenä on ollut tutkimussuunnitelma ja saatekirje riittävän tiedon saannin varmistamiseksi. Pyydettyä on suunnitelmaa täydennetty sairaanhoitopiirin toiveiden mukaisesti. Jokainen sairaanhoitopiiri halusi omasta organisaatiostaan vastuuhenkilön koska opinnäytetyön tekijät ovat organisaation ulkopuolelta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Opinnäytetyön suorittamisen kannalta merkityksellinen eettinen kysymys on ollut vastaajien valinta. Tulosten luotettavuuden, yhteystietojen, yhdyshenkilöiden ja lupakäytäntöjen haasteellisuuden vuoksi päädyttiin pyytämään luvanmyöntäjää osoittamaan kyselyyn vastaavat henkilöt. Tähän päädyttiin siksi koska organisaatioissa tehtävänimikkeetkin ovat eroavaisia. Jos luvanmyöntäjä ei vastaajia osoittanut toimitettiin kyselyt eteenpäin yhdyshenkilön kautta.

Kyselyt toteutettiin e-kyselynä sähköpostilinkin välityksellä. Tämä takaa vastaajalle nimettömyyden ja myös valinnan osallistua kyselyyn. Vastaajalle annetaan riittävästi tietoa opinnäytetyöstä ja luottamuksellisuudesta saatekirjeessä kyselyn toimittamisen yhteydessä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 128–129.)

Opinnäytetyön tulosten raportointi toteutetaan tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvalla avoimuudella. Valmis työ julkaistaan Theseuksessa, jolloin jokaisella vastaajalla on mahdollisuus tutustua siihen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 7.)

6.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja luotettavuuden pohdinta

Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole olemassa yhtä ainoaa oikeaa tulkintaa, vaan siihen vaikuttavat erilaiset asiat, kuten tutkijan intuitio, persoona ja tunteet. Täten tuloksia ei voida siirtää suoraan johonkin muuhun

yhteyteen (Nieminen 1997, 215.) Laadullisessa tutkimuksessa ei myöskään ole tarkoitus tavoitella yleistettävyyttä ja siten aineiston edustavuus ei ole niin suuressa roolissa, kuin kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa. (Nieminen 1997, 216.)

Laadulliseen tutkimukseen ei ole yhdenmukaisia ohjeita siihen, miten luotettavuutta voisi arvioida (Tuomi & Sarajärvi 2003, 135). Luotettavuutta täytyy kuitenkin arvioida, jotta tutkimuksessa saatua tietoa voitaisiin käyttää. Luotettavuutta arvioidaan arvioida vahvistettavuudella, uskottavuudella, reflektiivisyydellä ja siirrettävyydellä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja osoittamista, vahvistettavuus taas liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista ymmärrettävästi, reflektiivisyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tekijän tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkijana ja siirrettävyys tarkoittaa tutkimusten tulosten siirrettävyyttä vastaaviin muihin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan tieto ja perehtyneisyys itse tutkittavaan asiaan vaikuttaa paljon. Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkijoita oli kaksi ja molempien tekijät olivat perehtyneitä tutkittavaan asiaan. Perehtyneisyyttä voidaan todeta ja luotettavuutta lisätä, asianmukaisilla lähdeviittauksilla. (Mäkinen 2006, 128–129.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että tutkimusaineisto on kerätty sieltä, missä tutkittava ilmiö esiintyy, eli tässä tapauksessa Suomen sairaanhoitopiirien psykiatrisissa sairaaloissa.

Tässä tutkimuksessa oli tarkoituksena selvittää, mitä laatujärjestelmiä Suomen psykiatrisissa sairaaloissa käytetään, Mitä kokemuksia laatujärjestelmien käytöstä psykiatrisissa sairaaloissa on ja mikä merkitys laatujärjestelmän käytöllä on ollut hoitotyön johtamiseen ja miten laatujärjestelmän käyttö näkyy käytännössä hoitotyön arjessa.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin e-kyselyä, koska koettiin, että se on ajallisesti tehokas ja aineisto on nopeasti käsiteltävissä ja analysoitavissa. Vastausaikaa oli

kuitenkin vain kaksi viikkoa ja vaikka sitä pidennettiin kolmella päivällä ja lähetettiin muistutuspyyntö kyselystä sillä ei saatu lisää vastauksia. Todennäköisesti tutkimuksessa saatu vähäiseen vastausmäärään vaikutti liian lyhyt vastausaika. Joillekin vastaajille saattoi myös kyselyn toteuttaminen e-kyselynä olla vieras menetelmä. Kyselyssä ei käynyt millään tavoin esille vastaajan henkilöllisyys, eikä organisaatio, mistä vastaaja työskenteli. Jos vastaajan organisaatio olisi ollut tutkijoiden tiedossa, niin olisi se lisännyt tutkijoiden tietoa siitä, mistä organisaatiosta vastauksia puuttui tai ei ehkä tullut lainkaan. Joissakin organisaatioissa kuitenkin vastaajien määrä oli ainoastaan yksi tai muuten määrällisesti niin pieni, että tämä tieto olisi ollut tutkijoille tarpeen. Muistutuspyyntö kyselystä olisi myös tällöin voitu kohdentaa oikeisiin paikkoihin yleisen muistutuksen sijaan.

E-lomakkeen teko oli molemmille tutkijoille uutta ja lomakkeen laatiminen olikin aikaa vievää ja haastavaa. E-lomaketta laadittaessa kysymyksiä vielä muokattiin ja osa jätettiin kyselystä kokonaan pois. E-kysely testattiin kolmella esimiehellä joille varsinaista kyselyä ei ollut tarkoitus lähettää ja heiltä kyselystä siitä saatiin hyvää palautetta. Tämä lisää osaltaan myös tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuutta olisi lisännyt myös se, että lomakkeella olisi pyydetty vastaamaan myös silloin jos laadunhallintajärjestelmää ei käytössä ole. Kysymys, organisaatiossa ei ole laadunhallintajärjestelmää käytössä, jätettiin lomakkeelta pois koska oletuksena oli, että näitä organisaatioita on vähän tai ei ollenkaan. Kysymys olisi kuitenkin ollut aiheellinen ja antanut tutkimustuloksiin lisäarvoa ja luotettavuutta.

Uskottavuutta pyrittiin vahvistamaan kuvaamalla opinnäytetyön tulokset selkeästi ja kattavasti. Huomiota kiinnitettiin myös siihen, että lukija ymmärtäisi miten aineiston analyysi on tehty. Sisällönanalyysikaavio liitettiin selkeyttämään asiaa (liite 3). Opinnäytetyössä pyrittiin kuvaamaan todellisuutta mahdollisimman kattavasti, mikä on laadullisen työn lähtökohta. Vahvistettavuuteen kiinnitettiin huomiota kirjaamalla tutkimusprosessi niin, että toinen tutkija voi halutessaan seurata prosessin kulkua. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa toinen tutkija ei välttämättä päädy samoihin tuloksiin vaikka aineisto on sama. Vahvistettavuutta

tässä opinnäytetyötutkimuksessa lisäsi se, että tutkijoita oli kaksi ja molemmat päätyivät aineistonanalysoinnissa samoihin tuloksiin.

6.4 Jatkotutkimusaiheet

1. Laatujärjestelmän valinta ja sen käytäntöön saaminen organisaatiossa, jossa laatujärjestelmää ei vielä käytössä ole - miten siinä on onnistuttu?
2. Hoitotyöntekijöiden kokemuksia laatujärjestelmän käytöstä ja toimivuudesta psykiatrisessa sairaalassa.
3. Tutkimus siitä, mikä laatujärjestelmä on koettu toimivammaksi johtamisen näkökulmasta.

LÄHTEET

A341/2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. Säädospankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.11.2015.

Azarin, J., Goudemand, M., Toumi, M., Johnson, S. & Petterson, Å. 2001. European Service Mappin Schedule 2010: A new instrument for mental health services research, Results of a French Study 2001. *Value in Health*. Volume 4, issue 2, 187–188.

Aronmaa, A. & Koskinen, S. toim. 2002. Terveys- ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 133/2002. Helsinki. Hakapaino Oy.

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

Gunther, M. & Alligood., M. 2002. A discipline- specific determination of high quality nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 38, 353-359.

Hakkarainen, S. 2010. Laadunhallinnan kehittämisen haasteet organisaatiomuutoksen aikana. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, hallintotiede. Pro gradu -tutkielma.

Harajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. MERTTU -tutkimuksen palvelukatsaus. Acta nro 187. Stakes & Suomen kuntaliitto.

Helminen, S. 2010. Hoidon laatuun vaikuttavat tekijät ja hoidon laadunhallinta pienissä yksityisissä vanhainkodeissa: esimiesten näkökulma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Hämeenlinna. Kariston kirjapaino oy.

Hirvonen, K. 2005. Laatujohtaminen, teoreettinen synteesi laatujohtamisen käsitteestä. Kuopion yliopisto, terveyshallinnon- ja talouden laitos. Pro Gradu -tutkielma.

Huycke, L. & All, A. 2000. Quality in health care and ethical principles. *Journal of Advances Nursing* 32, 562–573.

Jokinen, T., Malinen, H., Mäki, M., Nokela, J., Pakkanen, P. & Kekäläinen, H. 2007. Tampereen teknillisen yliopiston laadunvarmistusjärjestelmän auditointi. . Korkeakoulujen arviointineuvostojen julkaisuja, 7:2007. Tampere. TammerPaino oy.

Järvinen, MR., Granö, P., Huhtamo, E., Kettunen, A., Laaksonen, E., Holk, K. & Holopainen, H. 2009. Taideteollisen korkeakoulun laadunvarmistusjärjestelmän

auditointi. Korkeakoulujen arviointineuvostojen julkaisuja, 15:2009. Tampere. Esa Print oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kinnunen, A. 2013. Potilaiden arviointeja psykiatrisen hoidon laadusta. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta, hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma.

Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallintamalli: tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Tampere. Tampere University Press. Väitöskirja.

Kuusisto, R. 2013. Laatu perusopetuksessa. Juva. Bookwell Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita.

Kimbrly, J. & Minvielle, E. 2003. Quality as an organizational problem. Teoksessa Mick, S. & Wyttenbach, M. (toim.). Advances in Health care Organization Theory. Jossey-Bass. San Francisco.

L 1.12.1989/1062. Erikoissairaanhoidtolaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 5.11.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

L 12.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Säädos säädöspankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.11.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädos säädöspankki Finlexin sivuilla. Viitattu 19.11.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

L 25.7.1986/585. Potilasvahinkolaki. Säädos säädöspankki Finlexin sivuilla. Viitattu 19.11.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>

L 17.9.1982/710. Sosiaalihuoltolaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.11.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>

L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 19.11.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

L 30.12.2010/1326. Terveydenhuoltolaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 5.11.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Lecklin, O. 1999. Laatu yrityksen menestystekijänä. Helsinki. Kauppakaari Oyj.

Lecklin, O. 2006. Laatu yrityksen menestystekijänä. Helsinki. Talentum.

Lillrank, P. 1999. Laatuajattelu. Laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. Helsinki. Otava.

Mielenterveyspalveluita ohjaavan lainsäädännön toimivuus. 2009. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 194/2009. Helsinki. Edita Prima OY

Mäkinen O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Mehra, S., Hoffman, J. & Sirias, D. 2001. TMQ as a management strategy for the next millenia. International Journal of operations and production Management 21, 855876.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. 2010. Sosiaali- ja terveyshuollon tavoite ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmisteluja seurantaryhmän esitys. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita. Helsinki.

Mäki, T. 2004. Laadun informaatio-ohjauksen haasteet –henkilökunnan ja laatusuositusten laadulle antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus. Kuopion yliopisto, Terveystalouden- ja talouden laitos. Väitöskirja.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteellinen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY.

Niskanen, J. 2004. EFQM, ISO 9001:2000, King's Fund sekä benchmarkingiin perustuva palvelurakennearviointi. Vertaileva tutkimus neljän sairaalan laadun kehittämistä. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 254. Sosiaali- ja terveyshallinto 5.

Ovretveit, J. 2009. Does improving quality save money? A review on evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. The Health Foundation 2009.

Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V.(toim.). 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Helsinki. Yliopistopaino.

Pekurinen, M., Rääkkönen, O., Leinonen, T. (toim.). 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakesin raportteja 38/2008. Helsinki. Stakes.

Pesonen, H. 2007. Laatu! Asiantuntijaorganisaation laatuopas. Juva. WS Bookwell Oy.

Pesonen, H. & Saarinen, T. 1995. Asiantuntijayrityksen laatuajattelun kehittäminen. Rauma. Oy West Point.

Prajago, D. & Sohal, D. 2006. The relationship between organization strategy, total quality management and organization performance the mediating role of TQM. European Journal of Operational Research, 168.

Rekilä, E., Heikkilä, J., Käätä, P., Seppälä, M., Virtanen, T., Öberg, J., Moitus, S. & Mustonen, S. 2008. Tampereen yliopiston laadunvarmistusjärjestelmän auditointi. . Korkeakoulujen arviointineuvostojen julkaisuja, 9:2008. Tampere. Esa Print oy.

Riikonen, T. 2004. Laatujärjestelmät kuntoutuslaitosten johtamisessa: tapaustutkimus veteraanikuntoutuslaitoksissa. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja talouden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Rimpelä, M. 2001. Pirkanmaan mielenterveysstrategia- ja osaamiskeskushanke. Konsultaatioraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Tampere.

Rissanen, V. & Kansanen, M. 2004. Laadunhallinta terveydenhuollossa: laatujärjestelmien pääsuuntaviivat ja kokemuksia Kuopion yliopistollisen sairaalan laatujärjestelmästä. Helsinki. Suomen Kuntaliitto.

SFS-EN. ISO9001. 2009. Laadunhallintajärjestelmät. Vaatimukset. Helsinki. Suomen Standardoimisliitto SFS.

Silen, T. 1998. Laatujohtaminen – menetelmiä kilpailukyvyyn vahvistamiseksi. Porvoo. WSOY.

Stakes & Tekniikan sanastokeskus 1997. Verkkosivusto. Viitattu 30.1.2016. <http://www.tsk.fi>

Stenius, M., Niemelä, J., Ansala, L., Hieno, J., Käyhkö, R., Lempa, H., Holm, K. & Seppälä, H. 2013. Terveystalouden laatu- ja kehitys Suomessa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2013:50 (795).

STM. 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. Viitattu 13.2.2016 <https://www.stm.fi/mielenterveyspalvelut>.

Terveystalouden laatuopas. 2011. Kuntaliiton verkkosivusto. Viitattu 19.11.2015. <https://www.kunnat.net>

Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun 2008. Stakesin raportteja 38/2008. Helsinki. Valopaino OY.

THL. 2015. Suositukset ja hyvät käytännöt. Verkkosivusto. Viitattu 13.2.2016. <https://thl.fi/suosituksset>

THL. 2006. Merttu-tutkimuksen palvelukatsaus. Helsinki. Suomen kuntaliitto.

THL. 2012. Terveystalouden ja hyvinvointilaitoksen tilastoraportti 3/2012. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilastoraportti 2010. Julkari

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.

Tuomi J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.

Tuomi, V. 2010. ”Quality Management in Public Sector. What kind of Quality Management there is and How it is Implemented. Some cases from Universities Academic Libraries and Health Care Services between the years 2000-2010. Vaasan Yliopiston väitöskirja

Tuori, T. 2011. Verkkolehti. Suuntaaja 1/2011, Viitattu:15.1.2015. www.aspasaatio.fi/sites/default/files/Suuntaaja12011.pdf

Tricker, R. & SherringLucas, B. 2005. ISO 9001. Englanti. Butterworth Heineman Ltd.

Wahlbeck, K. & Tuori, T. 2009. Tesso. Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti. Viitattu 15.1.2009

Vilka, H. 2007. Tutki ja kehittä. 1.2. painos. Vaajakoski. Tammi.

VKS. 2016. Vaasan keskussairaalan verkkosivusto. Viitattu 10.5.2016. <https://www.vaasankeskussairaala.fi>

Vuori, H. 2013. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatu- ja kehityksen kehitys Suomessa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2013:50 (8795).

LAATUJÄRJESTELMÄT PSYKIATRISISSA SAIRAALOISSA**Hyvä vastaaja,**

Organisaatiosi on myöntänyt tutkimusluvan Laatuja järjestelmät psykiatrisissa sairaaloissa -opinnäytetyön tekemistä varten. Työ tehdään Vaasan ammattikorkeakoulun työnä. Ohjaajana toimii Ulla Isosaari, yliopettaja, HTT.

Työn **tarkoituksena** on kartoittaa mitä laatuja järjestelmiä Suomen psykiatriset sairaalat käyttävät, miten ne ovat toimineet ja miten laatuja järjestelmän käyttö näkyy käytännössä. Työn **tavoitteena** on saada kokemukseräistä tietoa siitä miten valittu laatuja järjestelmä on käytännössä toiminut ja mikä merkitys valitulla laatuja järjestelmällä on ollut. Työtä tarkastellaan johtamisen ja lähiesimiestyön näkökulmista. Laatuja järjestelmällä tässä työssä tarkoitetaan esimerkiksi ISO-, EFQM-, ITE- tai organisaation omaa laatuja järjestelmää.

Kysely osoitetaan ylihoitajille ja lähiesimiehille (osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja) sekä laadusta vastaaville henkilöille. Kysely lähetetään e-kyselynä jokaiseen tutkimusluvan myöntäneeseen sairaanhoitopiiriin psykiatrisiin sairaaloihin, jotka tarjoavat laitoshoidon täysi-ikäisille psykiatrisille potilaille. Kyselylomakkeella saatu aineisto tullaan analysoimaan sisällönanalyysia käyttäen. **Kyselyn avulla kartoitetaan sinun kokemuksiasi laadunhallintaja järjestelmän käytöstä.**

E-kyselynä toteutettu kysely takaa vastaajalle nimettömyyden, myöskään vastaajan organisaatio ei tule tutkimusentekijöiden tietoon. Vastauksia käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Aineistoa säilytetään asianmukaisesti ja työn valmistuttua aineisto hävitetään.

Pyydämme ystävällisesti sinua täyttämään tämä kysely **pv.kk.vvvv** mennessä.

Vastauksesi on meille tärkeä, kiitos jo etukäteen!

Lisätietoja kyselystä ja opinnäytetyöstä

Tuija Latva-Nikkola, 0400 XXXXXX, tuijalatvanikkola@xxxxx.fi

Satu Honkaniemi, 0500 XXXXXX, e12005490@xxx.xxx.fi

LAATUJÄRJESTELMÄT PSYKIATRISISSA SAIRAALOISSA

E-kyselylomake

Taustamuuttujat

1. Asemasi organisaatiossa

- Ylihoitaja Lähiesimies (osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja)
- Laativastaava Muu

2. Alaisten lukumäärä

- 1-10 11-20 21-30
- 31-50 yli 50

3. Työkokemuksenne

- 1-5 vuotta 6-10 vuotta 11-15 vuotta
- 16-20 vuotta yli 20 vuotta

4. a) Oletko saanut koulutusta laatutyöhön?

- En Kyllä

4. b) Mitä koulutusta olet saanut laatutyöhön?



Laatujärjestelmä


5. Mikä laatujärjestelmä organisaatiossanne on

käytössä? 

6. Kuinka monta vuotta ko. laatujärjestelmä on ollut

käytössä? 

7. Kuinka ko. laatujärjestelmä valittiin

organisaatioonne? 

8. Mitä laatujärjestelmällä on käyttöönottohetkellä

tavoiteltu? 

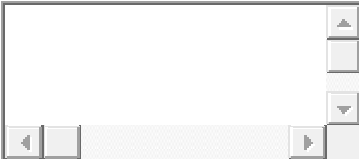
9. Mikä on mielestänne ollut merkittävin hyöty laatujärjestelmän

käytöstä? 

10. a) Onko laatujärjestelmällä ollut mielestänne vaikutusta hoitotuloksiin?

Ei Kyllä

10. b) Millaisia vaikutuksia? Perustele.



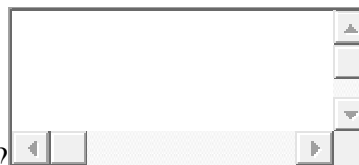
Johtaminen ja henkilöstö

11. a) Millainen vaikutus laatujärjestelmällä on ollut hoitotyön

johtamiseen?




11. b) Miten se on näkynyt käytännössä?



12. Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä? Valitse mielipidettäsi vastaava vaihtoehto.

Likertin asteikko: 1= täysin eri mieltä, 2= jokseenkin eri mieltä, 3= ei osaa sanoa, 4= jokseenkin samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä.

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
 Ylin johto on motivoitunut laatujärjestelmään	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ylihoitajat ja lähiesimiehet ovat motivoituneet laatujärjestelmään	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilöstö on motivoitunut laatujärjestelmään	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ylin johto on sitoutunut laatujärjestelmään	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ylihoitajat ja lähiesimiehet ovat sitoutuneet laatujärjestelmään	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Reviirijattelua on vähemmän

Moniammatillinen yhteistyö on lisääntynyt

Hoito- ja toimintatavat ovat kehittyneet

Ammattitaitoista henkilöstöä on riittävästi

Osaamisen kehittäminen on lisääntynyt

16. a) Onko laatujärjestelmän käyttäminen vaikuttanut mielestänne työhyvinvointiin?

Ei

Kyllä

16. b) Millä tavalla?

17. a) Onko laatujärjestelmän käyttäminen vaikuttanut mielestänne ilmapiiriin?

Ei

Kyllä

17. b) Millä tavalla?

18. Onko laatujärjestelmän käyttöönoton jälkeen ollut havaittavissa hoitajaksojen lyhentymistä?

Kyllä

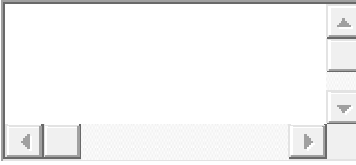
Ei

19. a) Minkälaista koulutusta henkilöstölle on annettu

laatutyöhön?

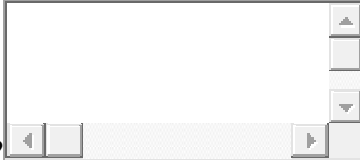
19. b) Onko koulutus ollut jatkuvaa, vai onko sitä annettu vain

käyttöönottovaiheessa?



20. Millä tavalla laatujärjestelmä on mielestänne vaikuttanut henkilöstön

itseohjautuvuuteen?



21. a) Oletteko saaneet henkilöstöltä palautetta laatujärjestelmästä?


Ei Kyllä 21. b) Minkälaista palaute on

ollut?




22. Mitkä prosessit ja hoitoketjut on kuvattu

laatujärjestelmään?




23. Mikä merkitys kuvauksilla on ollut?



24. Millä tavalla laatujärjestelmä ohjaa henkilöstön toimintaa

arjessa?



25. Mitkä ovat olleet merkittävimmät seikat, joilla laatujärjestelmä on lähtenyt elämään käytännössä? Mainitse vähintään kolme.

SISÄLLÖNANALYYSIKAAVIO

Millainen vaikutus laatu järjestelmällä on ollut hoitotyön johtamiseen?

