



**Palvelukokonaisuus,
haaste terveydenhuollon johtajille**

Kirsi Lehto

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2013
Sosiaali- ja terveysalan ke-
hittämisen ja johtamisen
koulutusala (YAMK)

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusala

LEHTO, KIRSI

Palvelukokonaisuus, haaste terveydenhuollon johtajille

Opinnäytetyö 48 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Huhtikuu 2013

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on osana TEHU- hanketta, selvittää tämänhetkisten vanhusväestön palveluketjujen tarkoituksenmukaisuutta Loimaan seutukunnissa. Opinnäytetyön tavoitteena on nostaa esiin mahdolliset kehittämiskohteet ja niiden tuomat haasteet johtajille BSC: n näkökulmissa.

Tutkimukseen osallistui 105 terveydenhuollon ammattilaista Pöytyän, Loimaan ja Auran palvelukeskuksista tai kotihoidosta. Nämä terveydenhuollon yksiköt tuottavat pääosin vanhuspalveluita ja ovat osana mukana TEHU- hankkeessa, joka on osa alueellista sosiaali- ja terveyshanketta. Tässä tutkimuksessa näkökulmaksi on valittu BSC: n malli tarkasteltaessa tutkimustuloksia.

Työni teoreettisessa viitekehyksessä tarkastellaan palveluketjun ja palvelukokonaisuuden eroavaisuutta sekä BSC: n mallin näkökulmia. Tutkimustulokset esitetään BSC: n mallin neljän näkökulman kautta huomioiden minkälaisia mahdollisia haasteita terveydenhuollon johtajille koituu, kun toimintaa kehitetään.

Tulosten mukaan haastavimmiksi kehittämiskohteiksi nousivat ammattitaitoisen henkilökunnan määrä ja osaaminen, ympärivuorokautisen hoidon tarve sekä sairaanhoidollisten välineiden puutteellisuus, tietojärjestelmien yhdenmukaisuus ja lääkärin konsultointivaikeus.

Asiasanat: palveluketju, palvelukokonaisuus, BSC- malli

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu

Tampere University of Applied Sciences

Master`s Degree Programme in Development and Management of Health Care and Social Services

LEHTO, KIRSI

The Service, a Challenge for Health Care Managers

Master's thesis 48 pages, appendices 2 pages

April 2013

The purpose of this study, as part of TEHU-project, was to find out if the level of services are appropriate for the service chain within the elderly care area of Loimaa and its sub regions.

The study included 105 health care professionals from the Pöytyä, Loimaa and Aura service centers and community care services. These health care units provide services mostly for elderly people and are part of TEHU-project which in turn is part of the regional social and health care project.

The focal point of this study is the BSC-model when examining the study results.

The theoretical frame of reference focuses on the differences between the service chain and the service package in the context of the BSC-model.

The results are be presented according to the four perspectives in the BSC-model paying attention to the kind of challenges this will create to the health service managers developing the services.

According to the results the most challenging development targets were the amount of qualified health care staff, the need for 24-hour care, the lack of nursing equipment, the conformity of data and the obstacles in consulting doctors.

Key words: service chain, service package, the BSC - model

Sisällys

1	JOHDANTO.....	6
2	TUTKIMUSYMPÄRISTÖN ESITTELY JA NYKYTILANTEEN KUVAUS.....	8
3	TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	10
3.1.	Palveluketju.....	10
3.2.	Palvelukokonaisuus.....	11
3.3.	Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma.....	12
3.4.	BSC – organisaation strateginen ohjausmenetelmä.....	12
3.4.1	Taloudellinen näkökulma.....	14
3.4.2	Asiakasnäkökulma.....	15
3.4.3	Prosessinäkökulma.....	15
3.4.4	Oppimisen- ja kasvun näkökulma.....	16
3.4.5	BSC- näkökulmien vuorovaikutussuhteet.....	17
3.5.	Aikaisemmat tutkimukset.....	18
4	TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN.....	20
4.1.	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite sekä selvittävät kysymykset.....	20
5	TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT.....	21
5.1.	Tutkimusmenetelmät.....	21
5.2.	Tiedonkeruumenetelmä.....	21
5.3.	Aineiston analyysimenetelmä.....	22
5.4.	Tutkimuksen luotettavuus.....	23
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	24
6.1.	Tutkimuskohteen kuvaus.....	24
6.2.	Tutkimusaineiston keruun toteuttaminen.....	24
6.3.	Aineiston analyysi.....	25
7	TUTKIMUSTULOKSET.....	26
7.1.	Kyselylomakkeiden vastaajat.....	26
7.2.	Lähtämistilanteet.....	28
7.3.	Kysymyslomakkeella kysytyjen avointen kysymysten vastaukset.....	29
7.3.1	Mitkä olivat syitä siihen, että päädyit lähettämään asiakkaan jatkohoitoon?.....	29
7.3.2	Miten asiakas olisi voitu hoitaa ” lähettämättä”?.....	30
7.3.3	Mitkä olivat niitä tekijöitä tämän asiakkaan kohdalla jotka mahdollistivat sen että asiakas hoidettiin omassa yksikössä tai kodissa?.....	31
7.3.4	Muuta kommentoitavaa.....	31
7.4.	Aineiston analyysi BSC- näkökulmien mukaan.....	32
7.4.1	Talousnäkökulma.....	32
7.4.2	Prosessinäkökulma.....	33

7.4.3	Asiakasnäkökulma	33
7.4.4	Oppimisen ja kasvun näkökulma	34
7.5.	Aineiston lopullinen analyysi BSC: n kategorioiden mukaan	35
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	37
8.1.	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	37
8.2.	Tutkimuksen tarkastelu ja johtopäätökset.....	39
8.3.	Kehittämis ehdotukset ja jatkotutkimushaasteet.....	42
	LÄHTEET	44
9	LIITTEET.....	47
	Liite 1. Kyselylomake	47

1 JOHDANTO

Vuoden 2012 lopussa oli 75- vuotta täyttäneitä Suomessa lähes 40 000 enemmän kuin vuonna 2007. Koko maassa 65- vuotta täyttäneitä tulee olemaan vuoteen 2030 mennessä yli puoli miljoonaa enemmän kuin nyt (Tilastokeskus).

Myös Loimaan alue tulee ”harmaantumaan”. Tämän myötä julkisten terveydenhuollon palveluiden kehittämisessä tulee ottaa huomioon toimivuus, tehokkuus ja taloudellisuus. Tämä ei useinkaan ole ristiriidassa laadun kanssa; asiakaslähtöistä ja korkealaatuista palvelua tuotetaan taloudellisesti, kunhan palvelurakenteet ovat oikeat ja palveluprosessit hiottu sujuviksi.

STM:n ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008) kehottaa kuntia kiinnittämään huomiota palvelujärjestelmien tarkoituksenmukaiseen käyttöön. Erikoissairaanhoidon palveluiden käyttö fyysisenä hoitoympäristönä on perusteltua, mutta tavoitteena on kuitenkin että vanhus saa parhaan hoidon jokaisessa palvelupaikassa, missä häntä on hoidettu. Tämä edellyttää osaavaa hoitohenkilökuntaa, oikeita asenteita sekä konsultaatioiden toimivuutta ja yhteisiä pelisääntöjä niin organisaatiossa kuin sen rajojen ulkopuolellakin.

Euroopan aluekehitysrahaston (EAKR) Pumppu-hanke (2012- 2014) jakautuu viiteen pienempään alueelliseen osahankkeeseen. Alueellinen sosiaali- ja terveystyön kehittämishanke TEHU (tuotteistetut hyvinvointipalvelut, tehokkaan toiminnan edellytys seudullisesti toimivassa tuottaja- tilaajamalleissa) on Pumppu-hankkeen osahanke. Rahoittajina toimivat Etelä-Suomen aluekehitysrahasto ja Turun ammattikorkeakoulu. Loimaan seutukunnan kunnat (Loimaa, Pöytyä ja Aura) ja hyvinvointialan yritykset osallistuvat yhtenä toimialueena TEHU- hankkeeseen. Loimaan seutukunnan tavoitteena on TEHU- hankkeessa selkiyttää kotihoidon ja palveluasumisen toteuttamistapaa niin, että organisaatioiden välinen yhteistyö tuottaa parhaan mahdollisen hoidon laatutason huomioiden potilaan itsemääräämisoikeuden.

Palveluprosesseja kuvataan monella eri käsitteellä. Käsitteiden selkeyttäminen ja yhdenmukaistaminen on tärkeää, jotta puhutaan samoista asioista. Käytössä oleva palvelu-

ketju käsitteenä on poistumassa laajasta käytöstä huolimatta ja se tullaan korvaamaan käsitteellä palvelukokonaisuus.

Toimintamallien muuttaminen organisaatioissa ja niiden välillä vaatii vahvaa muutosjohtajuuden hallitsemista. Muutosjohtaminen on haasteellista johtamisen näkökulmasta, koska muutokset herättävät yksilötasolla monenlaisia tunteita, pelkotiiloja ehkä ahdistusta. Onkin tärkeää, että johtaja on avoin ja selittää miksi ja miten toimintaa tullaan uudistamaan, mitä muutokset tarkoittavat yksilötasolla sekä kuuntelee ja tukee henkilöstöä muutosprosessin aikana ja sen jälkeen.

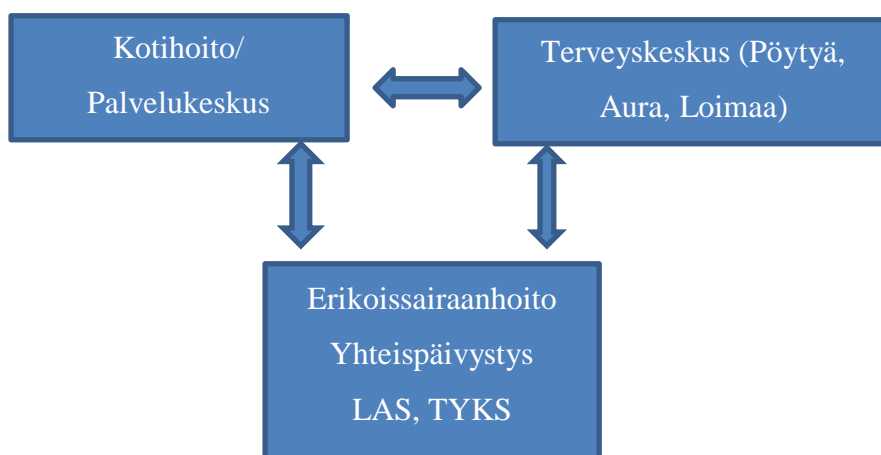
Tämän opinnäytetyön aiheen valinta **Palvelukokonaisuus, haaste terveydenhuollon johtajille** nousi esiin sen ajankohtaisuudesta johtuen. Vanhusväestö kasvaa lähivuosina maassamme runsaasti ja kunnat elävät rahallisesti tiukkoja aikoja. Vanhusväestön palveluketjut pitäisi saada toimivimmiksi, toimintakäytäntöjä pitäisi yhtenäistää ja selkiyttää sekä yhteistyötä eri organisaatioiden välillä tehostaa. Palveluketjuja pitäisi muokata kohti uudenaikaista palvelukokonaisuutta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää tämänhetkiset vanhusväestön palveluketjut Loimaan seudulla. Opinnäytetyön tavoitteena on nostaa esiin palveluketjujen mahdolliset kehittämiskohteet ja niiden tuomat johtajuuden haasteet BSC: n näkökulmissa. Palveluketjujen muuttaminen palvelukokonaisuuksiksi edellyttää hoitoprosessien tunnistamista, kuvaamista ja määrittelemistä sekä hyvää muutosjohtamista.

2 TUTKIMUSYMPÄRISTÖN ESITTELY JA NYKYTILANTEEN KUVAUS

Tässä opinnäytetyössä tutkimusympäristönä ovat Loimaan seutukuntien (Loimaa, Pöytyä ja Aura) alueella sijaitsevat aluesairaala, terveyskeskukset, osa vanhainkodeista, palvelukeskuksista ja kotihoidon toimipisteistä. Asukasluku alueella on väestöjärjestelmän mukaan n. 39500 asukasta.

Tutkimukseen osallistuneet ovat terveydenhuollon henkilöstöä (sairaanhoitajia, lähihoitajia) joiden toimipaikkana ovat alueen vanhainkodit, palvelukeskukset tai kotihoidon toimipaikat. Tutkimuksessa keskitytään tilanteeseen, jossa edellä mainituista hoitoyksiköistä joudutaan lähettämään asiakas toiseen organisaatioon hoitoon eli tutkimuksessa kartoitetaan asiakkaan lähettämistilannetta henkilöstön näkökulmasta.

Loimaan seudulla vanhusväestön palvelut ovat suurelta osin perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen tuottamia. Kotihoito (kotipalvelu ja kotisairaanhoito) ja palvelukeskukset ovat kunnan tai kuntayhtymän alaisuudessa. Akuutissa tilanteessa virka-aikana vanhusväestön ensisijainen hoitopaikka on terveyskeskus, iltaisin ja viikonloppuisin hoitopaikkana on yhteispäivystys Loimaan aluesairaalassa. Erikoissairaanhoitoa vaativissa tilanteissa hoitopaikkana on Loimaan aluesairaala (LAS) tai Turun yliopistollinen keskussairaala (TYKS).



KUVIO 1. Loimaan seudun hoitoyksiköt

Tällä hetkellä palvelukeskuksissa ja kotihoidossa on pääsääntöisesti sairaanhoitaja virka-aikana töissä. Iltaisin ja viikonloppuisin asiakkaita hoitavat lähihoitajat. Lääkäri on tavattavissa palvelukeskuksissa noin kerran viikossa ja kotihoidossa lääkäri tavataan palaverissa 1- 2 kertaa viikossa. Virka-aikana lääkärin tavoittaa pääsääntöisesti puhelimitse.

Vanhusväestön palveluketjuja on kartoitettu Turun seudulla. Mm. Leini, Pekola & Wiirilinna toteavat Vanhusten palveluketjujen arviointi ja kehittämishankkeen loppuraportissa 2005, että on olennaista löytää palveluketjujen solmukohdat jossa palvelut kohtaavat. Tällaisia ovat useasti tilanteet jossa asiakas siirtyy palvelusta toiseen. Palvelujen saumattomuus ja asiakastyytyväisyys ovat lähtökohtia palveluiden kehittämisessä. Hankkeessa pyrittiin suunnitelmalliseen vanhuspalvelujen laadun kehittämiseen ja palvelujen arviointiin. Projektin päätavoitteena oli yhteisen palvelumallin tuottaminen Salon seudulle. Hankkeen tarkoituksena oli edistää näyttöön perustuvan hoitotyön käytännön kehittämistä. Projektissa tuotettiin sellaisia työmenetelmiä, joiden avulla olisi mahdollista kehittää Salon seudulla tapahtuvaa vanhustyötä ja saada vanhusten palvelumalli entistä näkyvämmäksi ja toimivammaksi. (Leini, Pekola & Wiirilinna 2005.)

Alueellinen sosiaali- ja terveystyön kehittämishanke (TEHU 2012- 2014) kartoittaa tällä hetkellä vanhusväestön palveluketjuja/- kokonaisuuksia Loimaan seudulla. Tämä opinäytetyö on osa TEHU- hanketta. Hankkeen tavoitteena on kartoittaa tämänhetkisiä palveluketjuja ja antaa kehittämisideoita saumattomiin tulevaisuuden palvelukokonaisuuksiin Loimaan seudulla.

3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

3.1. Palveluketju

Tanttu määrittelee väitöskirjassaan palveluketjun seuraavasti: Palveluketju on asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva, sosiaali- ja terveydenhuollon organisatiorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva hoitoprosessien kokonaisuus. (Tanttu 2007, 27.)

Palveluketju on asiakkaan tiettyyn palvelutarpeeseen kohdistuva suunnitelmallinen ja yksilöllinen eri palveluperustein järjestettävien palveluprosessien kokonaisuus (Lehmuskoski & Kuusisto- Niemi 2007, 35).

Palveluketju on työkalu, jonka avulla voidaan määritellä terveydenhuollon ja sosiaalitoimen toimijoiden työnjako ja yhteistyö tietyn sairauden hoidossa. Palveluketjut pohjautuvat hoitosuosituksiin ja hoitolinjoihin, joita voidaan käyttää hyväksi suunniteltaessa asiakkaan yksilöllisiä palveluketjuja. Palveluketju on asiakkaan hoitotietoja koskeva tietojoukko, joka voidaan koota tietojärjestelmiin edellyttäen asiakkaan antamaa lupaa. Palveluketjujen onnistumisen kannalta on tärkeää että asiakkaan tiedot kulkevat joustavasti organisaatiosta toiseen. (Holmberg ym. 2011, 3.)

Palveluketjut selkiyttävät työnjakoa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä sosiaalipuolen välillä. Palveluketjulla tarkoitetaan alueellista sopimusta siitä, miten asiakasta tietyissä tilanteissa hoidetaan terveydenhuollon eri tasoilla sekä asiakkaan että palvelujärjestelmän kannalta tarkoituksenmukaisimmin ja riittävän laadukkaasti. (Nuu-
tinen 2002, 1822.)

Palveluketjun tavoitteena on kehittää ja uudistaa terveydenhuollon toimintaa huomioiden asiakaslähtöisyys, lisätä moni ammatillisuutta ja yhtenäistää hoitokäytäntöjä (Holmberg ym. 2011, 3).

Loimaan seudulla palveluketjut selkiyttävät erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen työnjakoa.

3.2. Palvelukokonaisuus

Palvelukokonaisuudella tarkoitetaan yhden tai useamman terveydenhuollon palvelujen antajan tuottamien palvelutapahtumien yksilöityä kokonaisuutta. Palvelukokonaisuuteen kuuluu joko saman tai eri terveydenhuollon palvelun antajan palvelutapahtumia, jotka muodostavat potilaan hoidon kokonaisuuden. Palvelukokonaisuuteen voi liittyä yhden tai useamman sairauden hoitotapahtumat, mutta se on kuitenkin yksilöitävissä.

Palvelukokonaisuuden tarkoituksena on antaa asiakkaalle välineet valvoa ja hallinnoida potilastietojensa käyttöä sekä taata asiakkaalle saumaton mahdollisuus hoitoon. Palvelukokonaisuuden muodostuminen eri palveluntarjoajien välille edellyttää aina asiakkaan kirjallista suostumusta. Palvelujen antajan sisällä voidaan palvelukokonaisuus muodostaa ilman asiakkaan suostumusta, mikäli se on hänen hoidon toteuttamisen ja hoitoon liittyvien tietojen yhdistämisen kannalta perusteltua. Suostumuksen antaessa asiakas voi määritellä voiko palvelukokonaisuus näkyä muille kuin ko. palvelukokonaisuuteen kuuluville palvelunantajille. Palvelukokonaisuuden muodostamisen yhteydessä määritellään palvelukokonaisuuteen kuuluvat palvelutapahtumat. Palvelukokonaisuutta voidaan tarvittaessa myöhemmin muuttaa lisäämällä tai poistamalla siitä palvelutapahtumia. (Harno & Alkula 2009.)

Sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelmassa (SADe- ohjelma) tuottaa kansalaisten ja viranomaisten käyttöön asiakaslähtöisiä ja yhteen toimivia sähköisiä palvelukokonaisuuksia, jotka vahvistavat julkisen puolen organisaatioiden kustannustehokkuutta ja laatua. Palvelukokonaisuuksista on monia hyötyjä niin asiakkaalle kuin organisaatiollekin. Toiminta palvelukokonaisuuksissa on asiakaslähtöistä, palvelu on laadukasta sekä palvelurakenteet kestäviä ja toimivia. Asiakkaalla on myös mahdollisuus valita hoito- ja palveluyksikkö sekä palveluun hakeutuminen on nopeampaa, selkeämpää. Palvelukokonaisuuksissa henkilöstö on osaava ja moni ammatillinen. (Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus, esiselvitysraportti 2011, 5.)

Loimaan seudulla palvelukokonaisuus on uudehko nimike sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tällä hetkellä palvelukokonaisuudet eivät toimi, koska mm. eri potilastietojärjestelmät eivät kohtaa organisaatioiden välillä ja näin ollen asiakkaan tiedot eivät siirry hoitoyksiydestä toiseen. Uutena palvelukokonaisuuksiin kuuluvana asiana on sähköinen e-resepti ja tämä on ollut alueen terveyskeskuksissa käytössä kevästä 2012 alkaen ja nyt

tänä vuonna myös erikoissairaanhoidon puolella. Tämä on osana palvelukokonaisuuden kehittymistä jonka myötä alueella hoidossa olevien asiakkaiden ajantasainen lääkitys nähdään e- resepti keskukselta (KANTA) organisaatiosta huolimatta.

3.3. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa (KASTE 2012- 2015) todetaan, että peruspalveluiden laatu- ja saatavuuserot ovat alueellisesti merkittäviä. Tämänhetkinen palvelujärjestelmämme on sirpaleinen, asiakkaan tuen ja palveluiden kokonaisuudet on paikoin huonosti koordinoitu ja ne katkeilevat helposti. Jatkuvasti kehittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmät ja asiakkaiden valinnanvapaus sekä liikkuvuus edellyttävät palvelujärjestelmien parempaa toimivuutta. Palvelujärjestelmiin tarvitaan selkeitä pitkän aikavälin linjauksia siitä, miten sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistyötä organisoidaan. Rakenteet ja palvelut olisi järjestettävä asiakaslähtöisesti ja taloudellisesti toimiviksi. KASTE- hankkeen tavoitteellisina toimenpiteinä onkin kehittää uusia asiakaslähtöisiä, kustannustehokkaita hoito- ja palvelukokonaisuuksia sekä varmistaa tarpeenmukainen palvelujen saatavuus.

Henkilöstön saatavuus ja osaaminen on keskeinen edellytys tarpeenmukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarjonnalle. Henkilöstön monialaista osaamista ja työskentelyä kehitetään. Tämä onkin merkittävä tulevaisuuden haaste. Osaava ja hyvinvoiva henkilöstö turvataan hyvällä johtamisella. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012, 17- 18, 24- 27, 30.)

3.4. BSC – organisaation strateginen ohjausmenetelmä

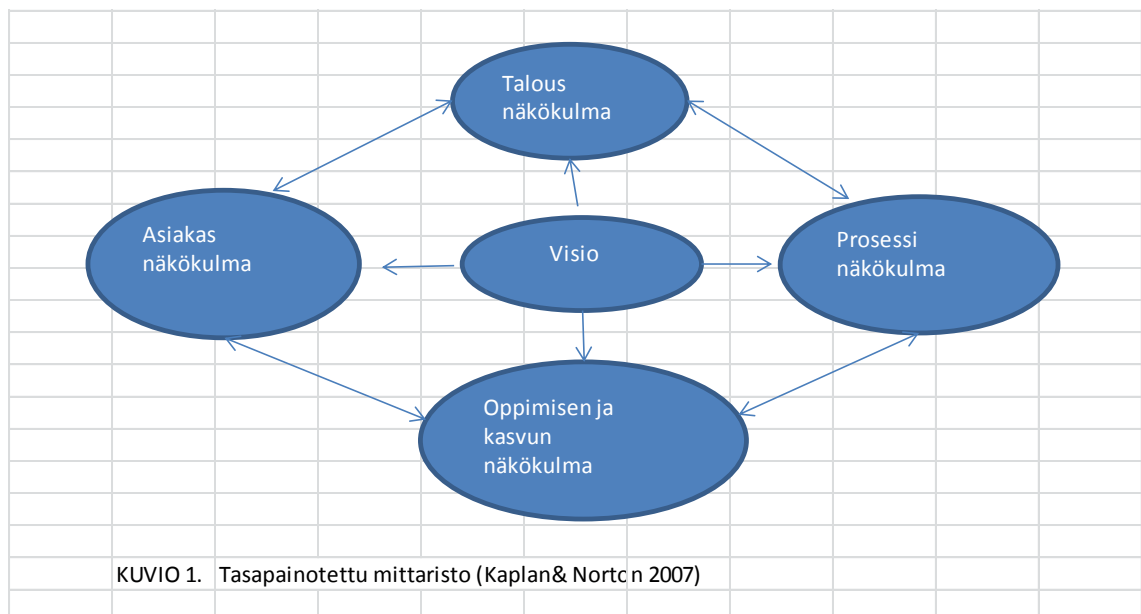
Julkisella sektorilla puhaltavat tänä päivänä menestyksen tuulet monelta eri suunnalta. Voimakkaasti esillä ovat henkilöstö, osaaminen ja oppiva organisaatio. Tuulet puhaltavat useasta eri näkökulmasta, mutta kohde on yhteinen: menestyvä organisaatio, mikä yhä enemmän perustuu ei- rahamääräisten ominaisuuksien ja ilmiöiden varaan. Se on myös BSC: n strategisen ohjausmenetelmän (Balance Scorecardin) perusta. Tämän johdosta se on varteenotettava malli terveyden- ja sosiaalihuollon johtamisen apuvälineenä. (Määttä & Ojala 2000, 11.)

BSC: n organisaation strateginen ohjausmenetelmä (Balanced Scorecard, BSC) on David Nortonin ja Robert Kaplanin 1990- luvun alussa USA:ssa kehittämä strategisen ohjauksen väline. Suomessa tästä käytetään nimitystä menestystekijämittari. Ohjausmenetelmästä on vuosien saatossa kehittynyt yritysten johdon strateginen seurantajärjestelmä. Ohjausmenetelmän avulla organisaatioiden toiminta-ajatusta, visiota ja strategiaa voidaan yhdistää paremmin toimintaa ohjaavien mittareiden kokonaisuuteen. Menetelmällä tähdätään organisaation strategian toiminnallisuuteen, suorituskyvyn paranemiseen, tavoitteiden saavuttamiseen ja varmistamiseen. Menetelmä on suunniteltu yhteistyön, kommunikoinnin ja kehittämisen välineeksi.

Nortonin ja Kaplanin alkuperäisessä organisaation strategisessa ohjausmenetelmässä (kuvio) strategiaa tarkastellaan neljästä näkökulmasta.

- Taloudellinen näkökulma
- Asiakasnäkökulma
- Prosessinäkökulma
- Oppimisen ja kasvun näkökulma

Näkökulmien valinnassa tulee näkyä toiminnan alueet, joihin halutaan kiinnittää erityistä huomiota. (Kaplan & Norton 2007.)



BSC: n tarkoituksena on antaa näiden neljän näkökulman avulla tasapainoinen näkemys organisaatioiden tavoitteiden, taloudellisten sekä menneisyyteen että tulevaisuuteen katsovien mittareiden välille. BSC- menetelmä sisältää taloudellisten mittareiden lisäksi

organisaation toimintaa kuvaavia mittareita. Näillä toiminnallisilla mittareilla on vaikutusta pitkällä aikavälillä yrityksen taloudelliseen tulokseen. (Kaplan & Norton 1992, 71.)

Näkökulmien taustalla vaikuttavat aina visio ja strategia. Näkökulmille määritellään strategiset tavoitteet, mittarit ja toimintasuunnitelmat. Näkökulmat ovat organisaatiokohtaisia ja ne valitaan käyttöönottoprosessin yhteydessä. Näkökulmien määrä ja laatu ohjaa organisaation johtamista. (Malmi, Peltola & Toivanen 2006, 62 – 68.)

Jokaisen BSC:n ohjausmenetelmän näkökulmat liittyvät toisiinsa syy- ja seuraussuhteiden kautta. Henkilöstön osaaminen parantaa asiakaspalvelua, joka puolestaan nostaa asiakastyytyväisyyttä ja kasvattaa tuotantoa sekä parantaa tulosta. BSC:n menetelmän avulla strategiat muuttuvat toiminnaksi ja tukevat resurssien kohdentamista. (Kaplan & Norton 2007, 119.)

Organisaation strateginen ohjausmenetelmä (BSC) on otettu enenevässä määrin käyttöön terveydenhuollon puolella. Mittaristo on käyttökelpoinen tapa hahmottaa tuloksellisuuden arvioinnin kehittämistä eri näkökulmista. Balance Scorecard menetelmässä organisaation kulmakivenä on taloudellinen tulos. Kannattavuus, kilpailukyky sekä omistajien tyytyväisyys on onnistumisen mitta. Ohjausmenetelmässä korostuu henkilöstön osaaminen, innovaativuus ja oppiminen, joiden nähdään edistävän pitkän aikavälin taloudellisuutta, asiakaslähtöisyyttä ja tehokkuutta. Menetelmän mittarit ohjataan suoraan strategiasta ja visiosta, jolloin niiden käyttö strategisena ohjausvälineenä paranee. Menetelmä toimii kommunikoinnin, informoinnin ja yhteistoiminnan välineenä tuottaen perusteet taloudellisuuden arvioinnille ja tarkastelulle. (Lumijärvi 2000, 9-10.)

3.4.1 Taloudellinen näkökulma

Taloudellisen näkökulman avulla mitataan yrityksen tuottavuutta, kannattavuutta ja kasvua niin ikään omistajanäkökulmasta. Omistajan näkökulmasta organisaation toiminta tulee olla kannattavaa. Mittarin avulla kuvataan organisaation taloudellinen onnistuminen sekä määritellään tavoitteet, joihin strategioilla pyritään. (Kaplan & Norton 2002, 32- 34.)

Jokaisen organisaation on toimittava kannattavasti menestyäkseen. Kannattavuudella tarkoitetaan sitä, että yritys muodostaa positiivisen tuloksen. Tuottoja on tultava niin paljon että se kattaa aiheutuneet kustannukset. Kannattavuuden edellytyksenä on, että toiminta on tehokasta ja tuottavaa. (Eskola & Mäntysaari 2006, 8.)

Kannattavuuden paranemiseen ja organisaation menestymiseen vaikuttavat myynti, hinnat, myyntimäärät sekä muuttuvat ja kiinteät kustannukset. Kannattavuutta saadaan parannettua kun kustannuksia vähennetään, myyntiä kasvatetaan ja toimintaa tehostetaan. Myyntiä saadaan lisättyä esim. tavoittelemalla uusia asiakasryhmiä ja kehittämällä toimintaa asiakaslähtöiseksi. (Eskola & Mäntysaari 2006, 42.)

3.4.2 Asiakasnäkökulma

Asiakaslähtöinen ajattelu on organisaatiossa keskeistä. Asiakasnäkökulmamittareiden valinnassa tulee olla selvillä asiakasryhmistä, jolle palveluita tuotetaan. Asiakasnäkökulmassa mittarit on jaettu kahteen eri ryhmään. Näitä ovat perusmittarit ja asiakaslupausmittarit. Käytännössä puhutaan asiakastyytyväisyys mittareista ja asiakaslupausmittareista. Asiakastyytyväisyysmittarit mittaavat asiakkaiden tyytyväisyyttä, kannattavuutta ja asiakasmäärää. Näillä mittareilla organisaatio mittaa onnistumista markkinoilla ja asiakasrajapinnassa. Asiakaslupausmittarit mittaavat tuotteen tai palvelun hintaa, laatua, vasteaikaa yms. Näillä pyritään löytämään vastaus, mitä palveluja organisaation tulisi tarjota asiakkaille, jotta asiakkaat olisivat tyytyväisiä ja ostouskollisia sekä miten houkutellaan uusia asiakkaita halutun markkinaosuuden saavuttamiseksi. Näistä mittareista tulisi käydä ilmi, millä organisaatio aikoo menestyä kilpailussa. (Malmi ym. 2006, 26 – 27.)

3.4.3 Prosessinäkökulma

Prosessien avulla pyritään pääsemään asiakasnäkökulman tavoitteisiin eli takaamaan arvoketjun toimivuus ja näin tuottamaan asiakkaalle lisäarvoa. Näin ollen asiakas- ja prosessinäkökulmien välillä on tiivis yhteys. Prosessi on luonteva näkökulma toiminnan

tarkasteluun, mikäli organisaatio on sisäistänyt prosessiajattelun. (Laamanen 2005, 151.)

Prosessinäkökulmassa mitataan toimintatapoja, suorituskykyä sekä tarkastellaan valittuja prosesseja, joissa halutaan onnistua hyvin, sekä talous- ja asiakasnäkökulmassa olevat tavoitteet saavutetaan. Tämä näkökulma on merkittävä kun organisaatiossa tapahtuu muutoksia. Prosessinäkökulmassa uusien tuotteiden ja palvelujen kehittäminen on oleellista. Prosessinäkökulma korostaa eri liiketoimintaprosessien strategisia etuja joista sekä omistaja että asiakas kokee tyytyväisyyttä. Prosessinäkökulmassa on myös oleellista olemassa olevien prosessien parantaminen ja uusien prosessien luominen. (Malmi ym. 2006, 27- 28.)

Prosessinäkökulmassa päämäärä pitää määritellä tarkoin. Siinä tulee esittää tavoitteet ja tulokset joihin pyritään. Strategioita voidaan tarvita useita. Kohderyhmien tavoittaminen ja markkinointisuunnitelmat laaditaan tarkoin. Henkilöstön koulutukseen ja resursien lisäämiseen panostetaan, jotta tavoitteet saavutetaan. Prosessien toteuttamisessa viestinnällä on suuri merkitys, henkilöstöä rohkaistaan kysymään ja toimimaan ohjeiden mukaan. (Drucker 2008, 74.)

Organisaatiossa strategia on jatkuva prosessi. Toimintaa pyritään tehostamaan ja toimintaketjujen pitäisi olla saumatonta. Prosesseja valvotaan ja varmistetaan niiden tehokkuus ja laatu sekä taloudellisuus. Toiminnot yhdensuuntaistetaan oman ja ulkopuolisten yhteistyökumppaneiden välillä. (Kaplan & Norton 2007, 23.)

Uudet prosessit ja toimintatavat vaativat henkilöstöltä uuden omaksumista, käyttäytymismallin muutosta ja oman toiminnan kehittämistä. Henkilöstön perehdyttäminen ja osallistuminen uuden strategian ja prosessin suunnitteluun on tärkeää jotta henkilöstö ymmärtää ja motivoituu uusiin toimintamalleihin. (Kaplan & Norton 2009, 169.)

3.4.4 Oppimisen- ja kasvun näkökulma

Oppimisen- ja kasvun näkökulma tähtää tulevaisuuteen. Näkökulmassa henkilökunnan taitoja ja osaamista sekä strategian ymmärtämistä ja sitouttamista kehitetään vision toteuttamisen tasolle. (Kaplan & Norton 2002, s 42.)

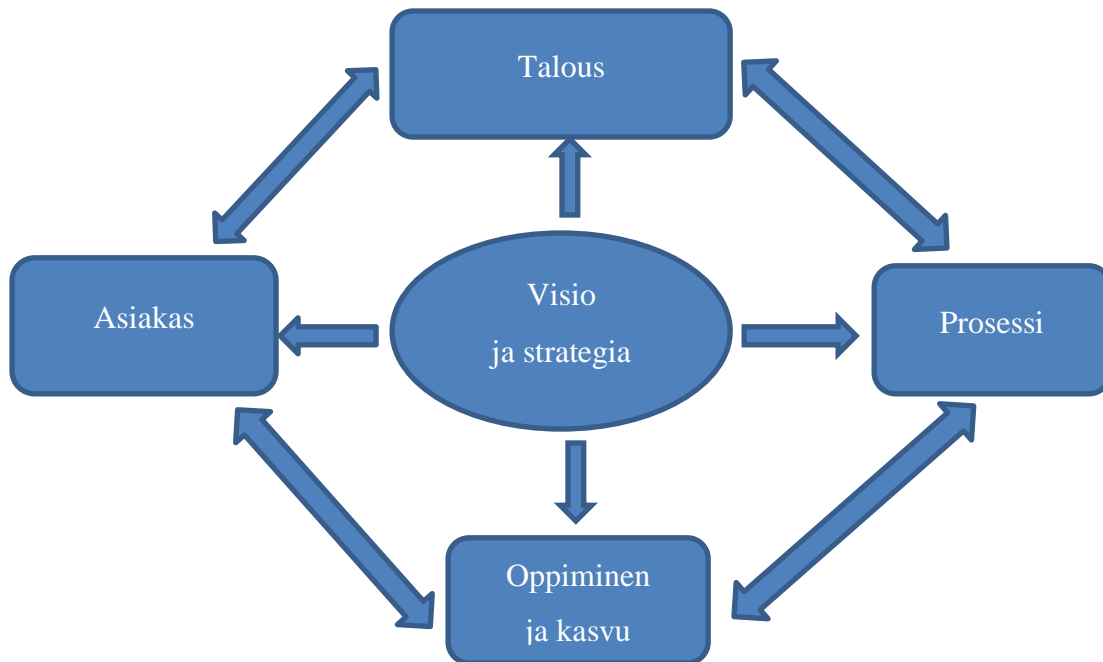
Oppimisen- ja kasvun näkökulmassa periaatteena on henkilöstön osaaminen, motivaatio ja ryhmittäminen. Organisaation menestyksen kannalta on merkittävää, että henkilöstö parantaa jatkuvasti osaamistaan ja tehokkuuttaan. Olennaista on että prosessien kehittäminen ja innovaatiot syntyvät henkilöstöltä jotka ovat lähinnä prosesseja ja asiakkaita. Oppimisen- ja kasvun mittareina voidaan käyttää henkilöstötyytyväisyys-, koulutus- ja sairauspoissaolo mittareita. (Kaplan & Norton 2002, s 42- 43.)

3.4.5 BSC- näkökulmien vuorovaikutussuhteet

Balanced Scorecardin nelinäkökulmaisessa viitekehyksessä kuvataan miten organisaatio lisää arvoaan omistajille sisäisten prosessien avulla saavutetuista ja paremmista asiakassuhteista. Työntekijöiden ja järjestelmien toiminnan avulla parannetaan prosesseja. Alla olevassa kaaviossa on esitelty nämä neljä näkökulmaa, jotka ovat

- Talous: Osakkeenomistajien odotukset taloudellisesta suoriutuskyvystä
- Asiakas: Miten luodaan arvoa asiakkaalle, jotta taloudelliset tavoitteet saavutetaan?
- Prosessi: Missä prosesseissa meidän tulee olla erinomaisia, jotta täytämme asiakkaiden ja omistajiemme odotukset?
- Oppiminen ja kasvu: Miten yhdensuuntaistamme ihmiset, järjestelmät ja kulttuurin jotta parannamme prosessejamme?

Jokainen näistä näkökulmista liittyy toisiinsa syy- seuraussuhteiden kautta (kuviot 2). Esimerkiksi henkilöstön osaaminen (oppimisen ja kasvun näkökulma) parantaa asiakaspalvelua (prosessinäkökulma), joka puolestaan takaa paremman asiakastyytyväisyyden (asiakasnäkökulma) ja kasvattaa tuottoa (talousnäkökulma) sekä parantaa tulosta. (Kaplan & Norton 2007, 19- 20.)



KUVIO 2 Kaplan & Nortonin kaavio BSC: n vuorovaikutussuhteista

3.5. Aikaisemmat tutkimukset

Aikaisemmassa tutkimuksessa Koivisto ja Mäkinen (2010) ovat tarkastelleet Balance Scorecardin neljän näkökulman kautta johtamisen haasteita terveydenhuoltoalalla. Tutkimuksen tulokset osoittivat että terveydenhuoltoalalla on kehittämiskohteina tulevaisuudessa ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus, henkilöstön koulutus, asiakastytyväisyys, palvelujen tarjonta sekä toimintatapojen tarkoituksenmukaisuus. (Koivisto & Mäkinen 2010, 73- 75.)

Raatikainen (2008) on tutkimuksessaan saanut samankaltaisia tuloksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön merkittäväksi kehittämiskohteeksi nousi hänen tutkimuksessaan erityisosaaminen ja moni ammatillisuus, teknisten laitteiden ja tietojärjestelmien osaaminen sekä yhteistyötaidot niin omaisten kuin muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. (Raatikainen, 2008, 31.)

Hankela (2005–2007) on projektissaan kartoittanut BSC-mallin näkökulmissa tekonivelpotilaan hoitoketjuja. Hänen tutkimuksessaan kehittämiskohteiksi nousivat asiakaslähtöisyys, saumattomuus, osaamisen laajentaminen, taloudellisuus, tehokkuus ja verkostoituminen sekä yhteistyö.

Nevakivi (2006) toteaa tutkimuksensa tuloksiaan tarkasteltaessa että BSC- käyttöönottoprosessissa Oulun Yliopistollisessa keskussairaalassa huomioitavaa on että henkilöstön resursointia, informoinnin lisäämistä, prosessien tukevaa tiedonhallintajärjestelmää, henkilöstön sitouttamista ja koulutuksien sisällön suunnittelua tulee parantaa. Tutkittavat kokivat BSC- tulokortin sopivan hyvin julkiseen terveydenhuoltoon ja se nähtiin edistävän onnistunutta mittariston käyttöönottoa. Sairaanhoidopiirin vision ja strategian tavoitteiden selkiyttäminen koettiin vaikeaksi ja linkittäminen mittaristoon oli puutteellista. (Nevakivi 2006, 71- 72.)

4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

4.1. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite sekä selvittävät kysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää tämänhetkisten vanhusväestön palveluketjujen tarkoituksenmukaisuutta Loimaan seutukunnissa. Opinnäytetyön tavoitteena on nostaa esiin mahdolliset kehittämiskohteet ja niiden tuomat haasteet johtajille BSC-mallin näkökulmissa.

1. Mitkä ovat tämänhetkisten palveluketjujen kehittämiskohteet?
2. Millaisia BSC- mallin näkökulmien haasteita muodostuu johtajille?

5 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

5.1. Tutkimusmenetelmät

Tässä opinnäytetyössä käytettiin tutkimusmenetelmänä kvantitatiivista eli määrällistä sekä kvalitatiivista eli laadullista menetelmää kerättävän aineiston materiaalin mukaan.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä asioita ovat aikaisemmat teoriat aiheesta ja johtopäätökset, käsitteiden määrittely, aineiston keruun suunnitteleminen ja koehenkilöiden valinta. Aineiston saattaminen tilastolliseen muotoon ja päätelmien teko havaintoaineistosta tilastollisen analysointimenetelmän avulla on tunnusomaista kvantitatiiviselle tutkimukselle. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 129; Vehviläinen- Julkunen & Paunonen 1998, 14- 25.)

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tutkimus on luonteeltaan tiedon kokonaisvaltaista hankintaa, aineisto koostaan luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa sekä tutkittavien näkökulmat pääsevät esille. Tutkimuksen kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti ja tapauksia käsitellään ainutlaatuisina. (Hirsjärvi ym. 2007, 160.)

5.2. Tiedonkeruumenetelmä

Kvantitatiivinen tutkimus voidaan suorittaa kyselytutkimuksen tai haastattelun avulla. Kyselyllä tarkoitetaan tiedonkeruumenetelmää, jossa tutkittavat henkilöt täyttävät itse heille suunnatun kyselylomakkeen, aineisto kerätään standardoidusti ja kohdehenkilöt muodostavat otoksen. Toisena tapana on mahdollista suorittaa kysely haastattelemalla suorassa vuorovaikutuksessa. Kyselytutkimuksen etuna voidaan pitää sitä, että sen avulla voidaan kerätä laajempi aineisto ja se mahdollistaa vastaajan henkilöllisyyden piilossa pysymisen. Kyselylomakkeet aiheuttavat myös ongelmia, koska niiden laatiminen vie paljon aikaa ja niiden joukossa voi olla puutteellisesti täytettyjä lomakkeita. (Hirsjärvi ym. 2007, 135- 136.)

Laadullisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmät ovat tavallisemmin haastattelu, kysely tai havainnointi. Niitä voidaan käyttää joko vaihtoehtoisesti, rinnan tai yhdisteltynä tutkittavan ongelman ja tutkimusresurssien mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 71.)

Tämä tutkimus suoritettiin kvantitatiivisen kyselylomakkeen avulla. TEHU- hankkeen ohjausryhmän jäsenen Harri Kankareen laatimat kyselylomakkeet jaettiin hoitohenkilökunnalle Loimaan, Pöytyän ja Auran kotihoitoon sekä alueen vanhusten palvelukeskukseen toukokuun 2012 lopussa. Kyselylomakkeita täytettiin kesäkuun 2012 aikana. Kyselylomakkeissa kartoitettiin asiakkaan lähettämistilanteita alueen terveyskeskukseen tai sairaalaan. Kysymykset oli muotoiltu avoimiksi kysymyksiksi. Kyselylomakkeen luotettavuutta, toimivuutta ja ymmärrettävyyttä varmistettiin esitestauksella. Tämän tutkimuksen kyselylomakkeen esitestaus suoritettiin TEHU- hankkeen projektiryhmässä. Tässä tutkimuksessa vastaajien määrä oli hyvä (N=105) ja sitä voidaan pitää riittävänä, koska vain muutamassa lähettämistilanteessa unohdettiin lomake täyttää. Jonkun verran oli myös puutteellisesti täytettyjä lomakkeita.

5.3. Aineiston analyysimenetelmä

Laadullisen aineiston perusanalyysinä voidaan pitää sisällönanalyysia. Sisällönanalyysia voidaan pitää yksittäisenä metodina tai väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 71.)

Perinteinen laadullisen aineiston analyysin muoto on teorialähtöinen analyysi. Teorialähtöinen analyysi nojaa johonkin tiettyyn teoriaan tai malliin. Tutkimuksessa kuvataan tämä malli ja sen mukaan tutkimuksessa määritellään kiinnostavat käsitteet. Aineiston analyysia ohjaa siis valmis aikaisemman tiedon perusteella luotu kehys. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 97.)

Tämän tutkimuksen aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Ensin aineisto litteroitiin. Litteroinnin jälkeen aineisto teemoitettiin BSC- ohjausmenetelmän näkökulmien mukaan. Aineistosta etsittiin BSC- näkökulmia kuvaavia näkemyksiä. Aineiston analyysisä käytettiin pohjana teorialähtöistä analyysia. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin teoreettisessa viitekehyksessä palveluketjuja, palvelukokonaisuuksia ja BSC- ohjausmenetel-

män näkökulmia ja tämän myötä tutkimuksessa nousi nämä käsitteet, joiden avulla analyysiin luotiin kehys.

Tutkimustuloksista nousseita mahdollisia ongelmia ja kehittämiskohteita tarkastellaan johtajuusnäkökulmasta BSC: n näkökulmien mukaan huomioiden talous-, asiakas-, prosessi- ja oppimisen ja kasvun näkökulma.

5.4. Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuutta tutkimuksessa arvioidaan reliabiliteetilla ja validiteetilla. Reliabiliteetilla tarkoitetaan luotettavuutta ja riippumattomuutta sattumanvaraisuuksista. Tulosta voidaan pitää reliaabelina jos esimerkiksi kaksi arvioijaa päätyy samaan tulokseen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa reliabiliteetti liittyy otoksen ja tutkimusmenetelmän valintaan ja se myös liitetään tiedonkeruumenetelmään ja sen luotettavuuteen. Reliabiliteetti on osa validiteettia. Validiteetilla tarkoitetaan valitun menetelmän tai mittarin pätevyyttä mitata sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata ja sitä kuinka hyvin menetelmä antaa vastaukset tutkimusongelmiin. Käsitteenä validiteetti viittaa siihen, miten hyvän tai oikean vastauksen tutkimus antaa, vastaako se todellisuutta ja muuttavatko tutkimusmenetelmät todellisuutta. (Hirsjärvi ym. 2007, 226- 227.)

Tässä tutkimuksessa luotettavuuteen vaikutti se, että kaksi tutkijaa analysoivat aineiston ja päätyivät miltei samoihin tuloksiin. Kyselylomakkeesta saatiin vastaukset niihin ongelmiin mihin haettiin ja vastausten määrä oli riittävän suuri. Vastaukset kuvasivat todellisia tilanteita ja lomakkeita täytettiin riittävästi, jotta saatiin luotettavaa tutkimustulosta.

Reliabiliteettia ja validiteettia parannetaan mittarin esitestauksella. Siihen vaikuttavat se, miten onnistuneita kysymykset ovat eli voidaanko niiden avulla saada ratkaisu tutkimusongelmiin. Validius tarkoittaa systemaattisen virheen puuttumista. Jos mitattavia käsitteitä ja muuttujia ei ole tarkoin määritelty, eivät mittaustulokset voi olla valideja. Kun esitutkimusta käytetään kyselylomakkeen valmistelussa, voidaan monia asioita tarkistaa ja kysymysten muotoilua korjata. (Hirsjärvi ym. 2000, 191.)

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

6.1. Tutkimuskohteen kuvaus

Tässä opinnäytetyössä tutkimusympäristönä ovat Loimaan seutukuntien (Loimaa, Pöytyä ja Aura) alueella sijaitsevat aluesairaala, terveyskeskukset, osa vanhainkodeista, palvelukeskuksista ja kotihoidon toimipisteistä.

Loimaan seudulla vanhusväestön palvelut ovat suurelta osin perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen tuottamia. Kotihoito (kotipalvelu ja kotisairaanhoito) ja palvelukeskukset ovat kunnan tai kuntayhtymän alaisuudessa toimivia palvelun tuottajia. Alueelta löytyy myös muutama yksityisen puolen vanhusväestön palveluyksikkö. Alueen vanhainkodit ja osa palvelukeskuksista tarjoaa palveluitaan ympärivuorokautisesti. Kotihoidon palveluita tarjotaan klo 7-21 välillä. Loimaan kotihoidossa on myös yöpartio.

Akuutissa tilanteessa virka-aikana ja arki-iltaisin klo 20 asti vanhusväestön ensisijainen hoitopaikka on terveyskeskus, öisin ja viikonloppuisin hoitopaikkana on yhteispäivystys Loimaan aluesairaalassa. Erikoissairaanhoitoa vaativissa tilanteissa hoitopaikkana on Loimaan aluesairaala (LAS) tai Turun yliopistollinen keskussairaala (TYKS).

Tutkimukseen osallistuneet ovat terveydenhuollon henkilöstöä (sairaanhoitajia, lähihoitajia), joiden toimipaikkana ovat alueen vanhainkodit, palvelukeskukset tai kotihoidon toimipaikat.

Tutkimuksessa keskitytään tilanteeseen jossa edellä mainituista hoitolaitoksista joudutaan lähettämään asiakas toiseen organisaatioon hoitoon eli tutkimuksessa kartoitetaan asiakkaan lähettämistilannetta henkilöstön näkökulmasta

6.2. Tutkimusaineiston keruun toteuttaminen

Tämä tutkimus suoritettiin kvantitatiivisen kyselylomakkeen avulla. TEHU- hankkeen ohjausryhmän jäsenen Harri Kankareen laatimat kyselylomakkeet jaettiin hoitohenkilökunnalle Loimaan, Pöytyän ja Auran kotihoitoon sekä alueen vanhusten palvelukeskuk-

siin toukokuun 2012 lopussa. Kyselylomakkeet muodostuivat TEHU- hankkeen projektiryhmässä kartoitettujen asioiden ja kysymysten myötä. Kyselylomakkeita täytettiin kesäkuun 2012 aikana. Kyselylomakkeissa kartoitettiin asiakkaan lähettämistilanteita alueen terveyskeskukseen tai sairaalaan. Kysymykset oli muotoiltu avoimiksi kysymyksiksi. Kyselylomakkeen luotettavuutta, toimivuutta ja ymmärrettävyyttä varmistettiin esitestauksella. Tämän tutkimuksen kyselylomakkeen esitestaus suoritettiin TEHU- hankkeen projektiryhmässä.

Tässä tutkimuksessa vastaajien määrä oli hyvä (N=105) ja sitä voidaan pitää riittävänä, koska vain muutamassa lähettämistilanteessa unohdettiin lomake täyttää. Jonkun verran oli myös puutteellisesti täytettyjä lomakkeita.

TEHU- hankkeen ohjausryhmän jäsen Harri Kankare analysoi aineiston sekä laadullisesti että määrällisesti heinä- elokuussa 2012 jonka jälkeen hän lähetti vastauslomakkeet minulle. Syksyn 2012 aikana kävin jokaisen vastauslomakkeen lävitse useaan kertaan ja tein litterointia aineistosta.

6.3. Aineiston analyysi

Tämän tutkimuksen aineiston analysoin sisällönanalyysillä. Litteroinnin jälkeen teemoitin ja kategorioin aineiston BSC: n ohjausmenetelmän näkökulmien mukaan. Aineistosta etsin BSC: n näkökulmia kuvaavia näkemyksiä. Aineiston analyysissä käytettiin pohjana teorialähtöistä analyysiä. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin teoreettisessa viitekehyksessä palveluketjuja, palvelukokonaisuuksia ja BSC: n ohjausmenetelmän näkökulmia ja tämän myötä tutkimuksessa nousi nämä käsitteet, joiden avulla analyysiin luotiin kehys.

Lopullinen aineiston analyysi valmistui maaliskuussa 2013. Tämän myötä opinnäytetyön johtopäätökset ja pohdinta valmistuivat huhtikuussa 2013.

7 TUTKIMUSTULOKSET

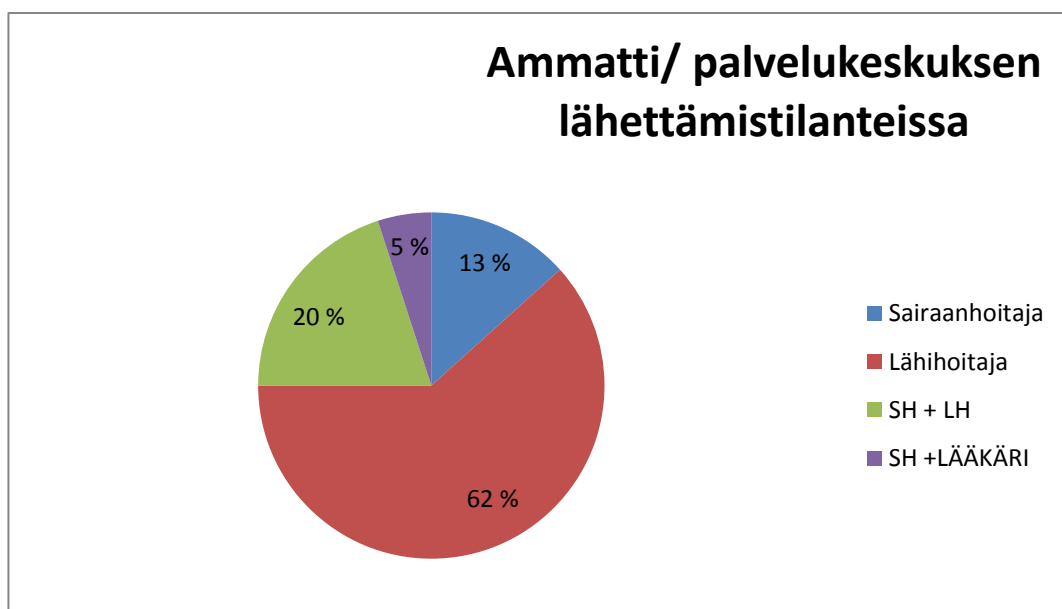
7.1. Kyselylomakkeiden vastaajat

Kyselylomakkeisiin vastanneista oli 57 % (N= 60) toimi palvelukeskuksissa ja 43 % (N=45) kotihoidossa (kuvio 3).



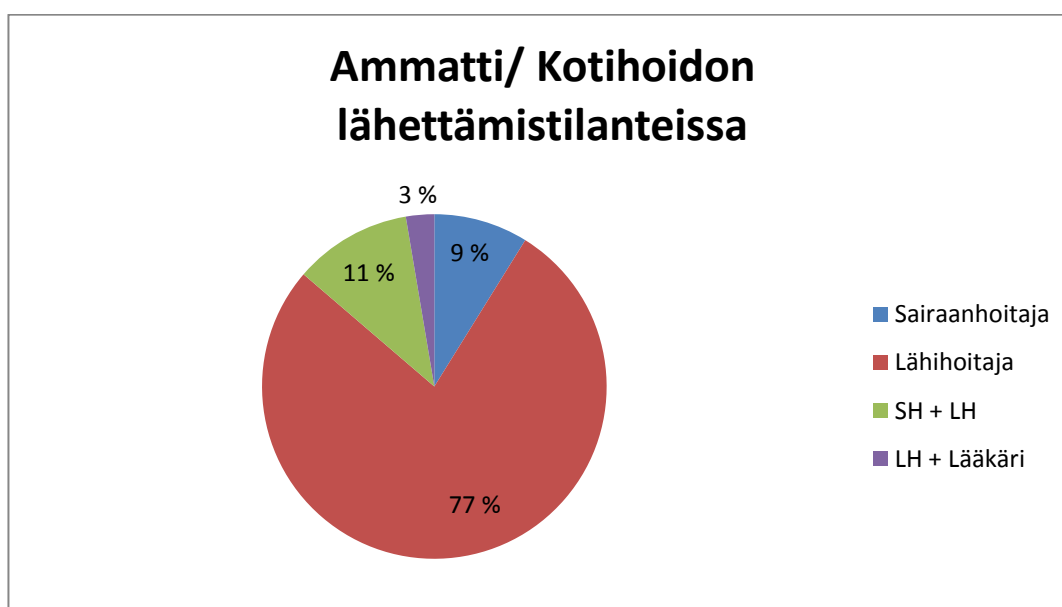
KUVIO 3. Kyselylomakkeen vastaajien toimipaikka N= 105

Kysymyslomakkeisiin vastanneiden ammatti palvelukeskuksen lähettämistilanteissa oli sairaanhoitaja 13 % (N=9), lähihoitajia 62 % (N=40), sairaanhoitaja/lähihoitaja pari 20 % (N=13) ja sairaanhoitaja/lääkäripari 5 % (N=3) (kuvio 4).



KUVIO 4. Vastaajien ammattinimike palvelukeskuksissa

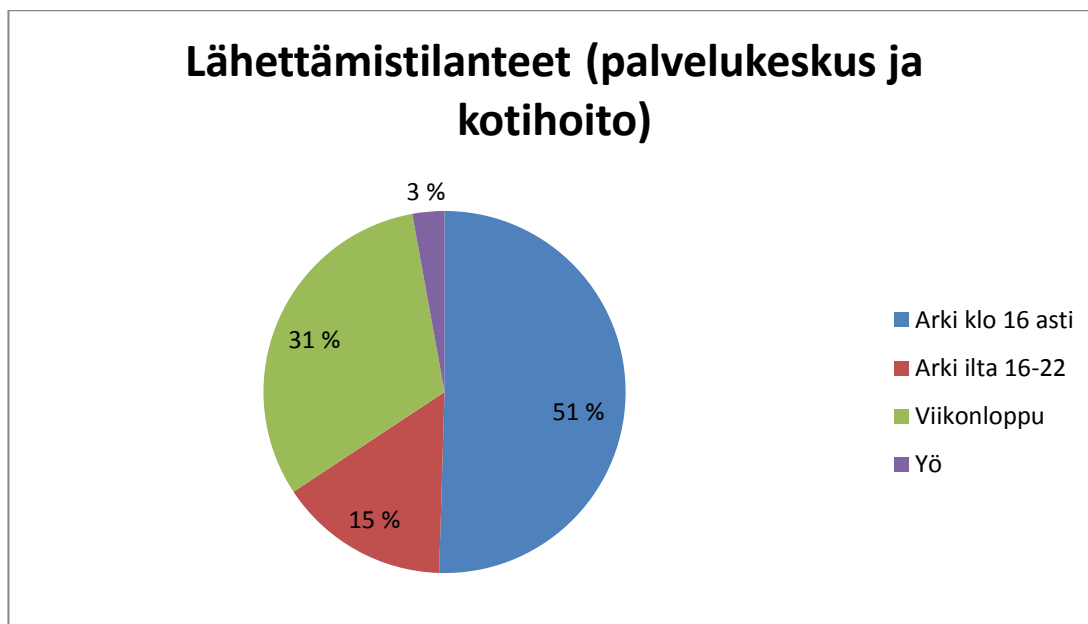
Kyselylomakkeisiin vastanneiden ammatti kotihoidon lähettämistilanteissa oli sairaanhoitaja 9 % (N=4), lähihoitaja 77 % (N=31), Sairanhoitaja/lähihoitajapari 11 % (N=4) ja Lähihoitaja/lääkäripari 3 % (N=1) (kuvio 5).



KUVIO 5. Vastaajien ammattinimike kotihoidossa

7.2. Lähettämistilanteet

Lähettämistilanteet tapahtuivat arkisin klo 8-16 51 % (N= 53), arki-iltana klo 16-22 15 % (N= 16), yö-aikana klo 22-08 3% (N=3) ja viikonloppuna 31% (N=33) (kuvio 6).



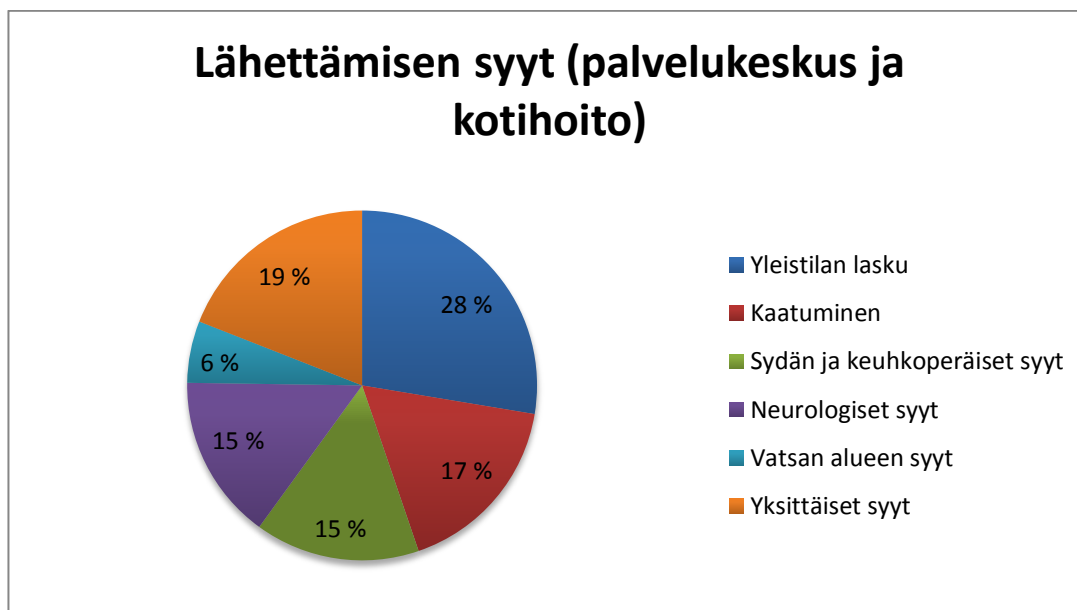
KUVIO 6. Vuorokaudenaika lähettämistilanteissa

Lähettämistilanteista 94 % (N=99) oli akuuttitilanteita ja 6 % (N=6) oli suunniteltuja lähettämistilanteita (kuvio 7).



KUVIO 7. Akuutti- / suunniteltu lähettämistilanne

Lähtetämisen syyt olivat yleistilan lasku 28 % (N=29), kaatuminen 17 % (N=18), sydän- ja keuhkoperäiset syyt 15 % (N=16), neurologiset syyt 15 % (N=16), vatsan alueen syyt 6 % (N=6) ja yksittäiset syyt 19 % (N=20) (kuvio 8).



KUVIO 8. Lähtetämisen syyt

7.3. Kysymyslomakkeella kysytyjen avointen kysymysten vastaukset

7.3.1 Mitkä olivat syitä siihen, että päädyit lähtetämään asiakkaan jatkohoitoon?

Palvelukeskuksien ja kotihoidon syitä siihen, että asiakas päädyttiin lähtetämään hoitoon olivat, suurelta osin asiakkaan sairaudesta ja voinnista johtuvia syitä (taulukko 1). Viidessä vastauksessa lääkäri oli antanut ohjeistuksen lähtetämään asiakas jatkohoitoon. Kotihoidossa kotona pärjäämättömyys ja yleistilan lasku olivat suurimpia lähtetämisen syitä.

”Vaimo yhtä vanha kuin asiakas, ei olisi pystytty hoitamaan kotona vaikka kotihoito käykin monta kertaa päivässä, potilaan kunto todella heikko”.

TAULUKKO 1. Asiakkaan lähettämiseen johtaneet syyt

Hengenahdistus	Yleistilan lasku
Haavat	Kotona pärjäämättömyys
Korkea CRP	Sekavuus
Yleistilan lasku	Haavat
Lääkärin mielipide	

7.3.2 Miten asiakas olisi voitu hoitaa ” lähettämättä”?

Asiakas olisi voitu hoitaa lähettämättä palvelukeskuksissa, mikäli hoitajia olisi ollut enemmän ja sairaanhoidollinen välineistö riittävä sekä tarpeen mukaan lääkäri olisi voinut tehdä kotikäynnin (taulukko 2). Kotihoidossa tarvittiin hoitajia lisää, kotisairaalan palveluita/ympäri vuorokautista hoitomahdollisuutta sekä riittävää sairaanhoidollista välineistöä ja osaamista.

”Lisää hoitajia ja tippamahdollisuus”.

”Lääkäri paikalle ja välineet/osaaminen hoitaa kyseinen tilanne”.

”Kotisairaala/ ympärivuorokautinen hoito. Henkilökuntaa lisää”.

TAULUKKO 2. Miten asiakas olisi voitu hoitaa ” lähettämättä”?

Palvelukeskus	Kotihoito
Ei voitu hoitaa	Ympäri vuorokautinen hoito
Lisää hoitajia	Kotisairaala
Happilaitteet, iv tiputus	Lisää hoitajia
Lääkärin kotikäynti/ konsultaatio	Erikoisalan osaaminen
	Nesteytys
	Sairanhoidolliset tarvikkeet

7.3.3 Mitkä olivat niitä tekijöitä tämän asiakkaan kohdalla jotka mahdollistivat sen että asiakas hoidettiin omassa yksikössä tai kodissa?

Palvelukeskuksissa hoitajien motivaatio ja omaisten kanssa keskustelut vaikuttivat siihen, että asiakas hoidettiin omassa yksikössä (taulukko 3). Kotihoidossa saatiin otettua tarvittavat verikokeet. Neljässä kotihoidon tilanteessa ei asiakasta voitu hoitaa kotona.

”Omaisten kanssa keskustelut/ yhtenäinen hoitolinja, lääkärin puhelinkonsultaatio asiakkaan kipulääkityksen tehostamisesta, henkilökunnan motivaatio hoitaa asiakas omassa yksikössä”.

”Verikokeet voitiin ottaa kotihoidossa, RR voidaan mitata, asiakkaalla turvaranneke, hoitajat käyvät kahdesti viikossa”.

TAULUKKO 3. Mitkä olivat niitä tekijöitä tämän asiakkaan kohdalla jotka mahdollistivat sen että asiakas hoidettiin omassa yksikössä tai kodissa?

Palvelukeskus	Kotihoito
Hoitajien motivaatio	Ei voitu hoitaa
Omaisten kanssa yhtenäinen hoitolinja	Verikokeet saatiin, RR mittaus
Oma lääkärin konsultaatio	

7.3.4 Muuta kommentoitavaa

Palvelukeskuksissa koettiin, että tiedonsiirto ambulanssista sairaalaan on puutteellista, lääkäri ei ole aina paikalla ja tiputushoitoon ei ole riittävästi hoitajia joka työvuorossa (taulukko 4). Kotihoidossa koettiin, ettei yksin iltavuorossa pysty hoitamaan asiakasta. Eri tietojärjestelmät olivat puutteellisia ja asiakas jouduttiin lähettämään suoraan sairaalan päivystykseen, koska oma terveyskeskus ei päivystänyt viikonloppuna.

”Tiedonkulku ambulanssista sairaalaan”?

”Meillä ei ollut lääkärin vastaanottoa tuona päivänä”.

”Tiputushoitoon ei joka vuorossa resursseja”

”Tilanne mahdoton muuten hoitaa, olin yksin iltavuorossa ja nytkin sain vapaalla olevan hoitajan hälytettyä avuksi jotta selvisimme edes menetellyllä tavalla”.

”Eri tietojärjestelmien vuoksi lappujen tiedoista vielä asiakkaillakin mukaan”

”Joutui suoraan LAS: siin, koska Riihiköskellä ei viikonloppupäivystystä”

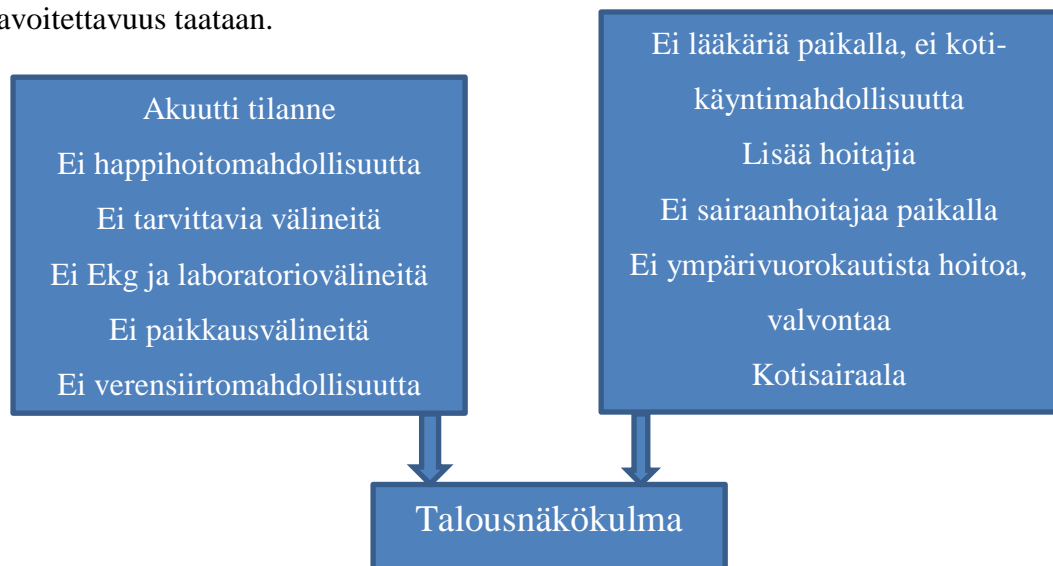
TAULUKKO 4. Muuta kommentoitavaa

Palvelukeskus	Kotihoito
Tiedonkulku ambulanssista sairaalaan	Hoitajia iltavuorossa yksi
Ei lääkäriä tuona päivänä	Kotiutusta ei suunniteltu riittävästi
Ei resursseja tiputushoitoon joka vuorossa	Yhtenäiset tietojärjestelmät, tk: ssa ei viikonloppupäivystystä

7.4. Aineiston analyysi BSC- näkökulmien mukaan

7.4.1 Talousnäkökulma

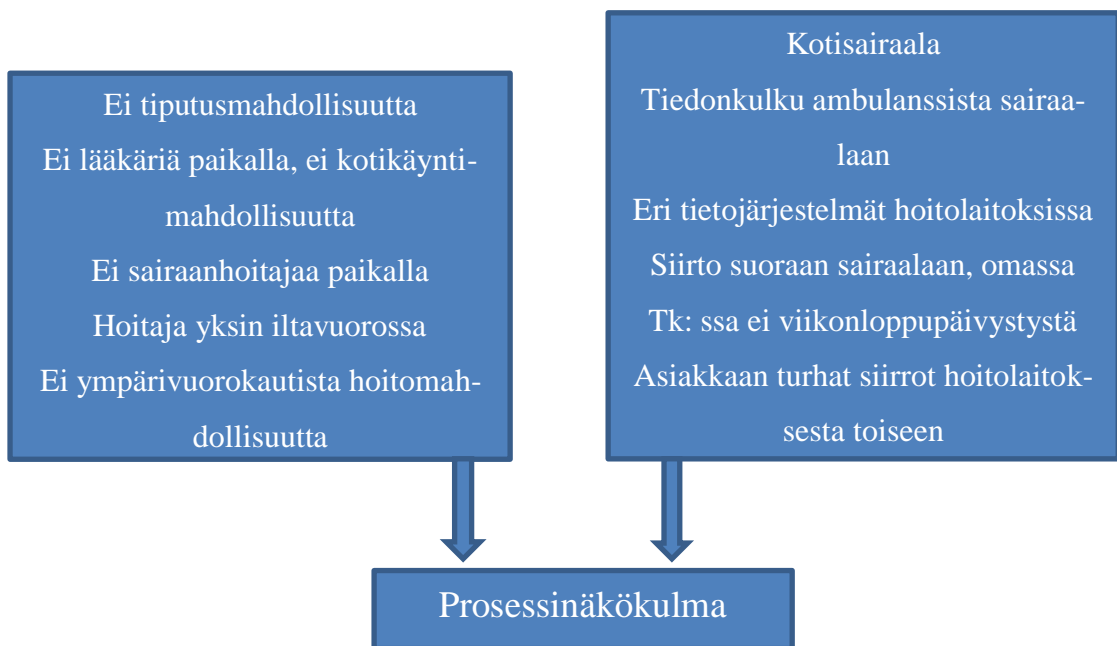
Tutkittavasta aineistosta löytyi selkeästä talousnäkökulmaan liittyviä kehittämiskohteita jotka tuovat tietynlaisia haasteita tulevaisuudessa terveydenhuollon johtajille (kuvio 9). Useassa vastauksessa mainittiin vähäinen hoitajien määrä, sairaanhoidollisten välineiden puute sekä lääkärin huono tavoitettavuus tai lääkärin mahdollisuus tehdä kotikäynti. Useassa vastauksessa mainittiin myös kotisairaala tai ympärivuorokautisen hoidon mahdollisuus. Tulevaisuudessa johtajille koituu haasteita, miten hoitajien ja sairaanhoidollisten välineiden määrää voidaan lisätä sekä miten lääkärin ympärivuorokautinen tavoitettavuus taataan.



KUVIO 9. Talousnäkökulma

7.4.2 Prosessinäkökulma

Prosessinäkökulmasta tarkasteltuna vastauksissa näkyi kehittämiskohteina lääkärin paikallaolon tarpeellisuus, hoitajaresurssien vähyys, sairaanhoidollisten välineiden puute ja tiedonsiirron puutteellisuus eri organisaatioiden välillä (kuvio 10). Myös erikoisosaimista kaivattiin. Kehittäessä prosessinäkökulmassa tulleita kohteita, tulee johtajiston panostaa ammattitaitoisen henkilökunnan lisäämiseen, miettiä miten eri organisaatioiden välinen tiedonsiirto paranee sekä miten lääkärin tavoitettavuutta parannetaan. Tämä myös vaikuttaa positiivisesti siihen, että asiakkaan ns. turhat siirrot hoitolaitoksesta toiseen vähenevät.

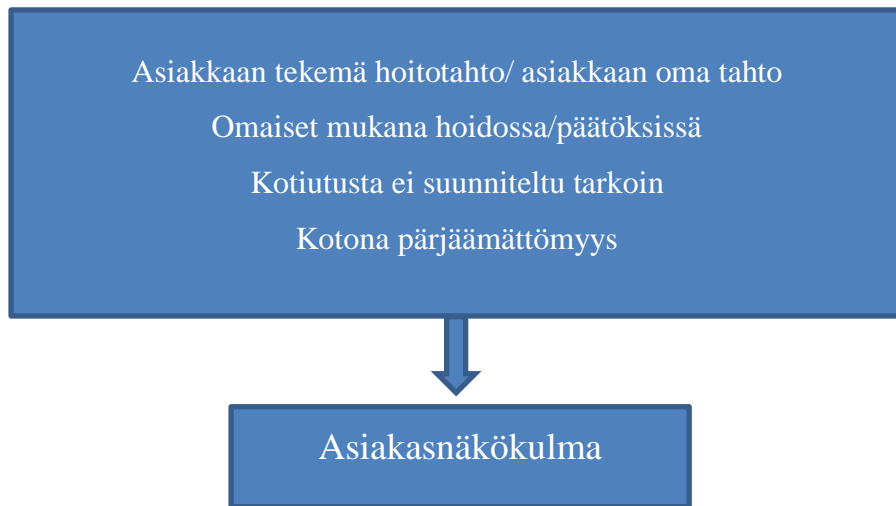


KUVIO 10. Prosessinäkökulma

7.4.3 Asiakasnäkökulma

Asiakkaan oma tahto, kotona pärjäämättömyys ja omaisten merkitys korostui asiakasnäkökulmassa (kuvio 11). Kotiutustilanteet koettiin hankalana koska niitä ei ollut suunniteltu tarkkaan. Johtajuusnäkökulmasta tarkasteltuna haasteena ovat, miten kotiutustilanteen kartoitusta voidaan parantaa sekä miten hoito järjestetään kotona mikäli se on

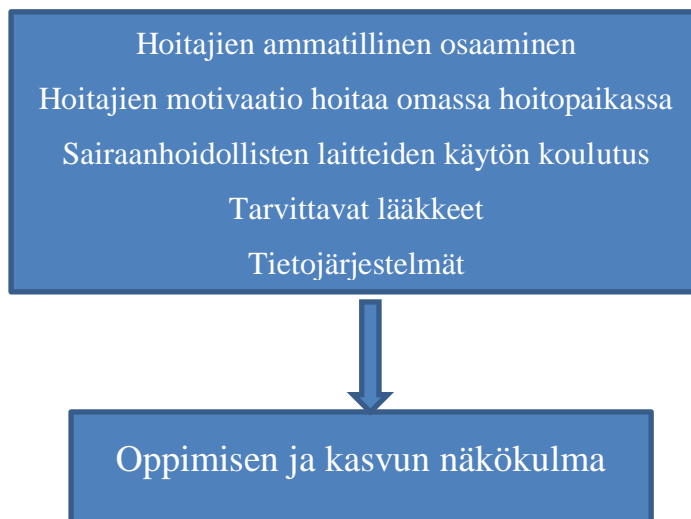
asiakkaan tahto. Myös omaisten hoitoon osallistumisen parantaminen voi olla haasteena.



KUVIO 11. Asiakasnäkökulma

7.4.4 Oppimisen ja kasvun näkökulma

Oppimisen ja kasvun näkökulmassa hoitajien motivaatio hoitaa asiakas omassa yksikössä koettiin mieluisana, jos hoitajien osaaminen, sairaanhoidolliset välineet ja niiden käyttö sekä lääkkeet olisivat hyvällä tasolla (kuvio 12). Johtajuusnäkökulmasta tarkasteltuna haastavaa on, miten taataan hoitajien osaaminen ko. tilanteissa sekä sairaanhoidollisten välineiden ja lääkkeiden käytössä. Lisäksi tietojärjestelmien yhtenäistäminen ja käytön osaamisen varmistaminen on tulevaisuuden haaste.



KUVIO 12. Oppimisen ja kasvun näkökulma

7.5. Aineiston lopullinen analyysi BSC: n kategorioiden mukaan

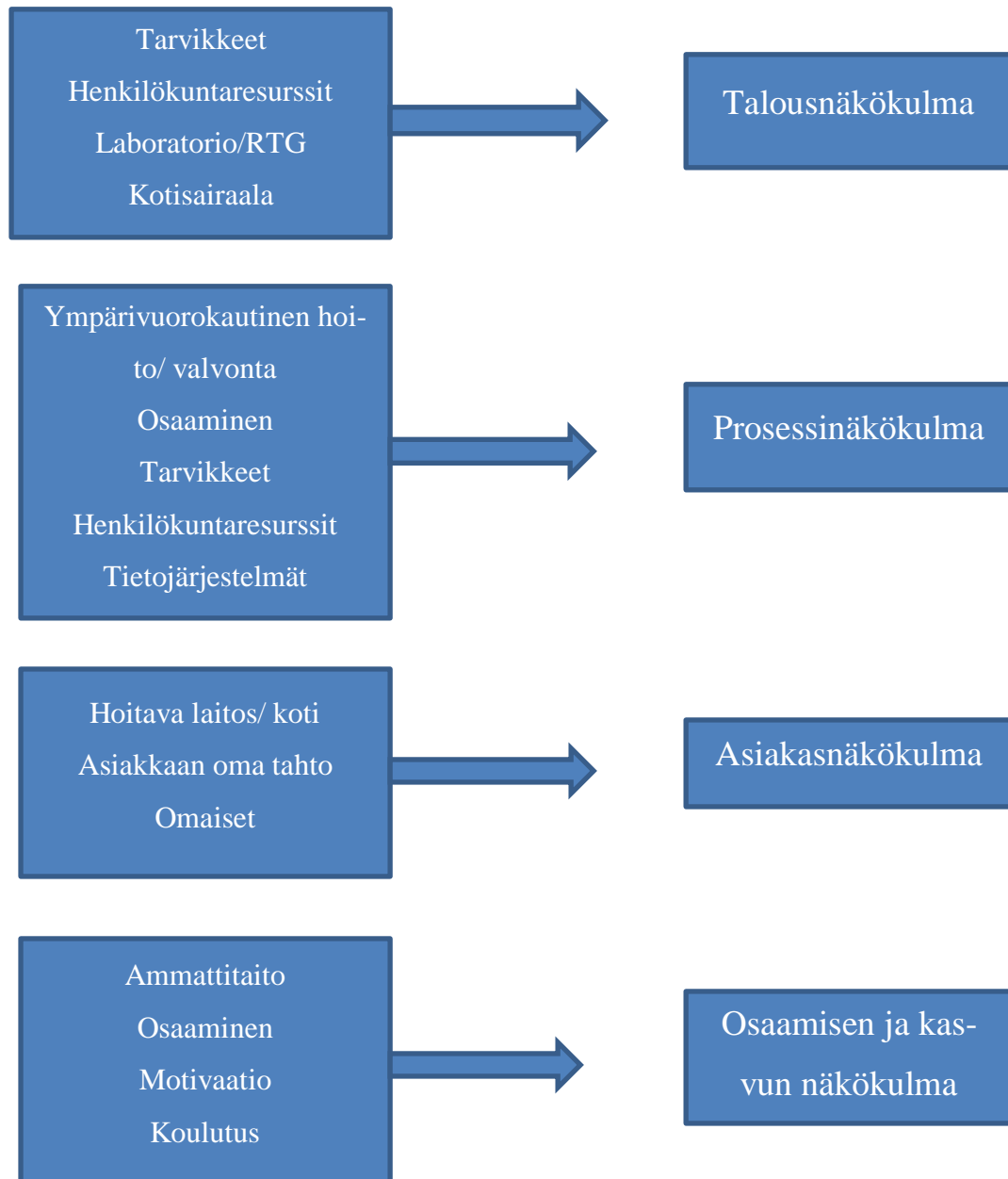
Tutkimukseni lopullisessa analyysissä talousnäkökulman haasteiksi terveydenhuollossa nousivat tarvittavien sairaanhoidollisten tarvikkeiden puutteellisuus, osaavan ja ammattitaitoisen henkilökunnan vähyys sekä laboratorio- ja röntgenpalvelujen saatavuus (kuvio 13). Myös kotisairaala mainittiin useasti. Talousnäkökulmasta tarkasteltuna tämänhetkiset ja tulevaisuuden kehittämiskohteet kohdistuvat ammattitaitoisen henkilökunnan saatavuuden panostamiseen sekä mahdollisen kotisairaaloiminnan järjestämiseen.

Prosessinäkökulman haasteiksi nousivat henkilöstön osaaminen, sairaanhoidollisten tarvikkeiden riittävyys, tietojärjestelmien yhtenäistäminen sekä ympärivuorokautisen hoidon saatavuus. Mainittakoon, että viikonloppuisin lähettämistilanteita oli 31 % kaikista lähettämistilanteista. Tämä tarkoittaa sitä että viikonloppuna osaavan henkilökunnan ja sairaanhoidollisten tarvikkeiden tarpeellisuus on todella merkittävä jotta asiakas voitaisiin edes joissain tilanteissa hoitaa omassa hoitopaikassaan tai kodissaan. Tämä vaatii jonkinlaista toiminnan ja resurssien muuttamista. Tietojärjestelmien yhdenmukaisuus taas helpottaa, jos asiakas joudutaan lähettämään toiseen hoitolaitokseen tai asiakkaasta joudutaan konsultoimaan esim. lääkäriä. Asiakkaan tiedot siirtyvät hoitolaitoksesta toiseen.

Asiakasnäkökulmassa nousi merkittävänä osiona asiakkaan oma tahto ja omaiset. Henkilöstö oli motivoitunutta hoitamaan asiakasta omassa hoitolaitoksessa mikäli henkilöstöresurssit, hoitajien osaaminen ja sairaanhoidolliset tarvikkeet olisivat riittäviä. Omaisten osallistumista hoitoon ja päätöksentekoon pidettiin merkittävänä. Huomioitavaa oli myös se, että asiakkaan kotiutumistilannetta ei oltu riittävästi suunniteltu ja tämän vuoksi asiakas jouduttiin palauttamaan takaisin erikoissairaanhoidon. Tulevaisuudessa asiakkaan oma tahdo on etenevässä määrin huomioitava asia. Tämän huomioiminen vaikuttaa selkeästi asiakastytytyväisyyteen sekä markkinointiin. Myös omaisten mahdollisuus osallistua hoitoon enemmän on tulevaisuuden visio.

Osaamisen- ja kasvun näkökulmassa nousivat selkeästi esiin henkilökunnan ammattitaito ja osaaminen. Toivottiin erikoisosaamista, sairaanhoitajaa työvuoroon ja lisää henkilökunnan koulutusta mm. sairaanhoidollisten välineiden käyttöön. Tuloksia tarkastellessa niin palvelukeskuksessa kuin kotihoidossakin lähettäjänä toimi pääsääntöisesti lähi-

hoitaja eli tulevaisuudessa on merkittävää panostaa lähihoitajien täydennyskoulutukseen tai lisätä sairaanhoitajien määrää. Herää kuitenkin kysymys, olisiko lähihoitaja lähettänyt asiakkaan toiseen hoitolaitokseen, jos hänellä olisi ollut tarvittava sairaanhoidollinen välineistö ja osaaminen. Sairaanhoidollisten tarvikkeiden lisäämisen tarpeellisuutta onkin hyvä kartoittaa.



KUVIO 13. Analyysi BSC: n kategorioiden mukaan

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

8.1. Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimustyössä on ensiarvoisen tärkeää kunnioittaa tutkittavien oikeuksia. Tutkimukseen osallistuneita henkilöitä informoidaan tutkimuksen vapaaehtoisuudesta ja heitä kohdellaan itsenäisinä henkilöinä. (Vehviläinen- Julkunen & Paunonen 1998, 28- 29.)

Tutkija on vastuussa tutkimuksen eettisistä kysymyksistä. Eettiset kysymykset liittyvät tiedon hankintaan, tutkittavien suojaan koskettaviin normeihin sekä tutkijan vastuuseen esittää tulokset totuudenmukaisesti. Tutkimuksella ei saa olla vahingollisia vaikutuksia tutkittavaan, sen hyötyjä ja haittoja tulee tarkastella ja osallistuminen on vapaaehtoista. (Vehviläinen- Julkunen & Paunonen 1998, 29.)

Tässä tutkimuksessa noudatettiin eettisiä ohjeita siten, että hankkeen projekti-ryhmässä valitut yhteyshenkilöt ohjeistivat omat yksikkönsä ja olivat vastuuhenkilönä siinä, kun lähettämistilanteiden kuvaukset tehtiin. Henkilöstöä informoitiin tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Kyselylomakkeen vastaajien henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa ja heidän vastauksensa käsitellään luottamuksellisesti. Yhteyshenkilöt vastasivat myös tehtyjen kuvausten lähettämisestä tutkijalle. Tutkijat ovat vastuussa tiedon hankinnasta, tutkittavien suojasta sekä tutkimustulosten totuudenmukaisuudesta.

Luotettavuutta tutkimuksessa arvioidaan reliabiliteetilla ja validiteetilla. Reliabiliteetilla tarkoitetaan luotettavuutta ja riippumattomuutta sattumanvaraisuuksista. Tulosta voidaan pitää reliaabelina jos esimerkiksi kaksi arvioijaa päätyy samaan tulokseen. Reliabiliteetti on osa validiteettia. Validiteetilla tarkoitetaan valitun menetelmän tai mittarin pätevyyttä mitata sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata ja sitä kuinka hyvin menetelmä antaa vastaukset tutkimusongelmiin. Käsitteenä validiteetti viittaa siihen, miten hyvän tai oikean vastauksen tutkimus antaa, vastaako se todellisuutta ja muuttavatko tutkimusmenetelmät todellisuutta. (Hirsjärvi ym. 2007, 226- 227.)

Reliabiliteettia ja validiteettia parannetaan mittarin esitestauksella. Siihen vaikuttaa se, miten onnistuneita kysymykset ovat eli voidaanko niiden avulla saada ratkaisu tutki-

musongelmiin. Validius tarkoittaa systemaattisen virheen puuttumista. Kun esitutkimusta käytetään kyselylomakkeen valmistelussa, voidaan monia asioita tarkistaa ja kysymysten muotoilua korjata. (Hirsjärvi ym. 2000, 191.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin kysymyslomakkeella jossa oli kuusi avointa kysymystä. Kysymykset muokattiin TEHU- palaverissa projektiryhmän jäsenten kesken. Projektiryhmään kuuluvat ovat kaikki terveydenhuollossa toimivia henkilöitä. Aineisto kerättiin oikeista lähettämistilanteista ja vastaukset kuvasivat todellisia tilanteita. Tutkimuksessa luotettavuuteen vaikutti myös se, että kaksi tutkijaa analysoi aineiston ja päätyivät miltei samoihin tuloksiin sekä lomakkeita täytettiin riittävästi jotta saatiin luotettavaa tutkimustulosta. Kyselylomakkeesta saatiin vastaukset niihin kysymyksiin mihin haettiin.

Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä ja luotettavuuden kannalta on tärkeää että tutkija pystyy olemaan riittävän objekti aineistoa analysoidessaan. Tutkimuksen tulokset eivät saa perustua tutkijan omaan näkemykseen asiasta. Tässä opinnäytetyössä käytettiin teorialähtöistä tarkastelutapaa. Teorialähtöistä luokittelua ohjaa valmis luokittelurunko, johon tutkimusaineisto suhteutetaan. Analyysissäni luokittelin vastaukset Balanced Scorecardin (BSC) neljän näkökulman mukaisesti, jolloin luokittelun lähtökohtana oli teoria. Vastaukset luin moneen kertaan ja poimin lauseita näkökulmittain. Omat näkemykseni ja kokemukseni pyrin sulkemaan pois asiasta. Mielestäni pystyin tarkastelemaan vastauksia objektisti.

Tutkimustulosten raportoinnissa on noudatettu rehellisyyttä ja avoimuutta kiinnittäen huomiota luottamuksellisuuteen. Raportissa olen pyrkinyt tekemään kuvaukset parhaalla mahdollisella tavalla. Mielestäni olen saanut vastauksista irti kaiken mahdollisen liittyen aiheeseen. Raportoinnissa olen pyrkinyt rehellisesti ja todellisesti tuomaan esille henkilöstön ajatukset ja kokemukset asiakkaan lähettämistilanteessa.

Tutkimustuloksien raportoinnin yhteydessä on käytetty suoria lainauksia joiden tarkoituksena on selventää saatuja tuloksia.

Kyselylomakkeen kysymykset olivat avoimia kysymyksiä ja tämä lisäsi luotettavuutta, koska vastaaja sai vastata kysymyksiin juuri niin kuin hän tilanteen koki. Toisaalta avoimeen kysymykseen voi olla tietyssä tilanteessa helppokin jättää vastaamatta. Muu-

tamissa kyselylomakkeissa oli kohtia jäänyt vastaamatta, mikä voi johtua siitä että tilanne oli akuutti ja aikaa vievä. Henkilöstöllä ei ehkä ollut aikaa vastata kaikkiin kysymyksiin tai joskus avoimet kysymykset voidaan kokea haastavana.

8.2. Tutkimuksen tarkastelu ja johtopäätökset

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää tämänhetkisten vanhusväestön palveluketjujen tarkoituksenmukaisuutta Loimaan seutukunnissa. Opinnäytetyön tavoitteena oli nostaa esiin mahdolliset kehittämiskohteet ja niiden tuomat haasteet johtajille BSC- mallin näkökulmista.

Tutkimuksesta kävi ilmi, että tämänhetkiset palveluketjut Loimaan seudulla eivät toimi parhaalla mahdollisella tavalla. Tulosten perusteella palveluja ja toimintaa pitäisi kehittää, jotta voitaisiin asiakkaalle tarjota kokonaisvaltaisia palvelukokonaisuuksia. Syitä tähän olivat henkilökunnan vähyys ja osaaminen, sairaanhoidollisten välineiden puutteellisuus, lääkärin ajoittainen huono konsultaatiomahdollisuus sekä eri organisaatioiden välinen tietojärjestelmien yhteensopimattomuus.

Tutkimuksessani olen jaotellut tutkimustulokset BSC- näkökulmittain ja tarkastelen mahdollisia kehittämiskohteita ja näiden tuomia haasteita terveydenhuollon johtajille näkökulmittain.

Talousnäkökulmasta tarkastellessa aineistosta löytyi selkeästi kehittämiskohteita/ haasteita terveydenhuollon johtajille. Tällä hetkellä ja tulevaisuudessa kunnissa on entistä tiukemmat taloudelliset näkymät. Vanhusväestö kasvaa ja tämän myötä on merkittävää kehittää heidän tarvitsemansa palvelut tarkoituksenmukaisiksi ja toimiviksi. Suuntana yhteiskunnassa on saada palvelut toimiviksi palvelukokonaisuuksiksi. Merkittäviä kehittämiskohteita/ haasteita olivat tutkimuksen mukaan riittävät henkilöstöresurssit, sairaanhoidollisten tarvikkeiden lisääminen, laboratorio ja röntgen palvelujen saatavuus sekä mahdollisesti kotisairaaloiminnan käynnistäminen. Nämä asiat vaativat aikaa, tarkkaa suunnittelua ja rahaa, mutta takaavat varmasti tyytyväisemmät asiakkaat.

Myös Hankela (2005–2007) totesi tutkimuksessaan, että asiakaslähtöisyys, saumattomuus, taloudellisuus ja tehokkuus ovat merkittäviä kehittämishaasteita.

Käytännön työssä on merkittävää, että hoitoyksiköissä olisi tarpeellinen sairaanhoidollinen välineistö, mikä on tietysti tiukassa taloudellisessa tilanteessa haastavaa. Pitkän ajan kuluessa oma välineistö olisi varmaan taloudellisempaa, koska tällöin asiakasta ei välttämättä tarvitsisi lähettää tutkimukseen ns. turhan päiten. Vastaavasti riittävällä, osaavalla henkilöstöllä asiakas saataisiin hoidettua esim. kotona ja näin säästyy kunta kalliilta sairaalamaksuilta ja asiakas olisi tyytyväinen.

Tutkimustuloksia tarkasteltaessa prosessinäkökulmassa kehittämiskohteeksi nousivat henkilöstön osaaminen, sairaanhoidollisten tarvikkeiden riittävyys, tietojärjestelmien yhtenäistäminen sekä ympärivuorokautisen hoidon saatavuus. Viikonloppuisin lähettämistilanteita oli 31 % kaikista lähettämistilanteista. Viikonloppuna osaavan henkilökunnan ja sairaanhoidollisten tarvikkeiden tarpeellisuus on todella merkittävä jotta asiakas voitaisiin hoitaa omassa hoitopaikassaan tai kodissaan. Tämä vaatii tulevaisuudessa toiminnan ja resurssien muuttamista. Tietojärjestelmien yhdenmukaistaminen parantaa asiakkaan hoitomahdollisuuksia saumattomasti, jos hänet joudutaan lähettämään toiseen hoitolaitokseen tai asiakkaasta joudutaan konsultoimaan esim. lääkäriä. Asiakkaan tiedot siirtyvät hoitolaitoksesta toiseen.

Raatikainen (2008) toteaa tutkimuksessaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön merkittäväksi kehittämiskohteeksi nousi erityisosaaminen ja moni ammatillisuus, teknisten laitteiden ja tietojärjestelmien osaaminen sekä yhteistyötaidot niin omaisten kun muiden yhteistyökumppaneiden kanssa (Raatikainen, 2008,31).

Omassa työssäni olen useasti törmännyt tilanteeseen, jossa asiakkaan tiedot meidän hoitoyksiköstä eivät siirry toiseen organisaatioon asiakkaan mukana. Tilanne on sama kun asiakas kotiutuu, saamme useita päiviä odottaa sairauskertomusta. Tähän vaikuttavat tietysti se, että organisaatioissa on eri potilastietojärjestelmät jotka eivät kohtaa ja sairaalasta tullessa asiakas ei ole saanut hoitokertomustaan mukaan syystä että lääkäri ei ole sitä ehtinyt sanelemaan tai sitä ei ole vielä kirjoitettu. Tämä on mielestäni käytännön työssä aikamoinen ongelma asiakkaan jatkohoitoa ajatellen.

Tulevaisuudessa asiakkaan oma tahto on etenevässä määrin huomioitava asia. Tämän huomioiminen vaikuttaa selkeästi asiakastytytyväsyyteen sekä markkinointiin. Myös omaisten mahdollisuus osallistua hoitoon enemmän on tulevaisuuden visio. Nämä asiat tulivat tutkimuksessa ilmi, kun tuloksia tarkasteltiin asiakasnäkökulmasta. Asiakasnäkökulmassa merkittävää oli myös, että asiakkaan hoitopaikka valitaan tarkoituksenmukaisesti ja mahdollinen kotiutustilanne kartoitetaan tarkkaan, jotta vältetään ns. turhilta siirroilta. Henkilöstö koki olevansa motivoituneita hoitamaan asiakasta omassa hoitolaitoksessa mikäli henkilöstöresurssit, hoitajien osaaminen ja sairaanhoidolliset tarvikkeet olisivat riittäviä.

Itse sairaanhoitajana kotihoidossa toimivana olen useasti törmännyt tilanteeseen jossa asiakas kotiutetaan ilman tarkempaa selvittelyä siitä miten hän kotona pärjää ja millaiset kotiolot hänellä on. Useasti mietin, että onko tähän pääsyynä se, että vuodeosastot terveyskeskuksissa ja sairaaloissa ovat jatkuvasti täynnä ja uusia asiakkaita on koko ajan jonossa?

Osaamisen- ja kasvun näkökulmassa nousivat selkeiksi kehittämiskohteiksi/ haasteiksi henkilökunnan ammattitaito ja osaaminen. Vastaajat toivoivat erikoisosaamista, sairaanhoitajaa työvuoroon ja lisää henkilökunnan koulutusta mm. sairaanhoidollisten välineiden käyttöön. Tulevaisuudessa onkin haasteellista, mistä saadaan riittävästi koulutettua, ammattitaitoista henkilökuntaa, koska tällä hetkellä osaavista hoitajista on jo pulaa terveydenhuoltoalalla. Mietittävää on, miten saadaan esim. terveydenhuoltoalan koulutuksessa olevat hakeutumaan oman alan töihin sekä kuinka tulevaisuudessa saadaan pidettyä osaavat ammattilaiset alalla.

Omassa työssäni koen saavani toteuttaa haastavaa, mielekästä sairaanhoitajan ammattia, koska tiimimme on saanut hankkia uusia sairaanhoidollisia välineitä ja myös niiden käyttöä on opastettu. Lisäksi olemme saaneet osallistua erilaisiin muihin koulutuksiin. Tämä tuo työhön uutta osaamista ja kehittymistä. Osaavasta henkilöstöstä on meilläkin aika ajoin pulaa. Mielestäni esim. harjoittelussa olevat opiskelijat pitäisi jo harjoittelutilanteessa saada mieltymään työhön ja ymmärtämään oman työnsä merkityksen. Harjoitteluvaiheessa heidän pitäisi saada riittävän hyvä opastus, jotta valmistuessaan haluavat ja kokevat hoitoalan omakseen.

8.3. Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet

Johtopäätöksenä tässä tutkimuksessa oli, että tulevaisuuden johtajilta vaaditaan todella paljon organisaation toiminnan suunnittelua, tehostamista, resurssien rekrytointia ja riittävän henkilöstön turvaamista jokaiseen työvuoroon. Myös sairaanhoidollisten välineiden saatavuus ja käytön koulutus on merkittävänä haasteena. Asiakkaiden oman tahdon kunnioittaminen ja tyytyväisyys sekä tietojärjestelmien yhdenmukaisuus ovat tulevaisuudessa varmasti jokaisen organisaation tavoite ja ne ovat asioita mihin varmasti tullaan puuttumaan. Mielestäni tutkimustuloksissa näkyi henkilöstön motivaatio hoitaa asiakkaita kunhan heillä on siihen riittävät resurssit ja tarvittava välineistö sekä tyytyväiset asiakkaat.

Mielestäni tulevaisuudessa pitäisi kuntien panostaa oman alueensa vanhusväestön hoitoon, koska ikääntyvien määrä on tulevaisuudessa noususuuntainen. Vanhustenhoitoyksiköitä ja kotihoitoa pitäisi entisestään lisätä, jotta iäkkäällä ihmisellä olisi mahdollisimman hyvä hoito elämänsä loppumetreillä. Tärkeää on huomioida myös henkilöstön ammattitaidon lisääminen ja ylläpitäminen, jotta tarvittava henkilöstömäärä voidaan taata pysymään alalla. Kehittämistä kaipaavat myös potilastietojärjestelmät sekä lääkärin konsultaatiomahdollisuus. Ympäri vuorokautisen hoidon saatavuus paransi ainakin osittain kotisairaalan perustamisen myötä. Tällä saataisiin parempikuntoisia asiakkaita siirrettyä pois vuodeosastoilta esim. kotiin. Kotona hoito tulisi huomattavasti halvemmaksi ja toipuminen tutussa ympäristössä nopeampaa.

.

Jatkotutkimusideana ehdottaisin tilanteen selvitystä asiakkaan näkökulmasta. Miten he kokevat lähettämistilanteensa? Tuleeko heiltä samansuuntaisia vastauksia kuin henkilöstöltä?

Toisaalta nyt kun tämän tutkimuksen tuloksista nousivat tietyt kehittämiskohteet, olisi mielenkiintoista kuulla miten terveydenhuollon johtajat kokevat kehittämiskohteet ja niiden tuomat haasteet?

Tässä opinnäytetyössä olen käsitellyt palvelukokonaisuutta ja mahdollisesti sen tuomia haasteita BSC: n ohjausmenetelmän näkökulmien kautta. On monta asiaa, joita pitää kehittää tai toimintaa muuttaa, jotta otamme ison askeleen kohti saumatonta palveluko-

konaisuutta ja takaamme tyytyväiset asiakkaat ja hoitohenkilöstön. Nämä asiat vaativat tarkkaa strategian suunnittelua ja jalkauttamista henkilöstötasolle, mutta uskon että tulevaisuus tuo tullessaan saumattomat, hyvin toimivat palvelukokonaisuudet. Asiakkaan hoidon tarpeenmukaistaminen ja organisaatioiden välinen saumaton yhteistyö on askel kohti toimivaa palvelukokonaisuutta.

LÄHTEET

Drucker, P.F. 2008. Voittoa tavoittelemattoman organisaation johtaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjakauppa.

Eskola, A & Mäntysaari, A. 2006. Menestys. Kannattavuuden hallinnan perusteet. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hankela, S. 2007. Tekonivelpotilaan hoito- ja palveluketjun verkostoprojekti Pirkanmaalla. Vercox. Tutkimus-, kehitys- ja palveluosasto. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Luettu 29.3.2013.

<http://www.slideserve.com/.../sirpa-hankela-projektip-llick-yliopettaja-tutki>

Harno, K. Alkula, R. 2008. Valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut terveydenhuoltoon. Duodecim. Luettu 20.10.2012.

<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97155.pdf>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13 painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Holmberg, D. Länsipuro, L. Kuusisto, L. 2011. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Hoitoketjuopas. Luettu 15.10.2012.

<http://www.pshp.fi>

Kaplan, R. S & Norton, D.P. 1996. The Balanced Scorecard. Boston. Harvard Business School Press.

Kaplan, R. S & Norton, D.P. 2002. Strategialähtöinen organisaatio. Talentum. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kaplan, R. S & Norton, D.P. 2007. Strategian toteutus. Talentum. Helsinki: Karisto Oy.

Kaplan, R. S & Norton, D.P. 2009. Strategiaverkko. Talentum. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kuntien väestörekisteri. Kuntien asukasluvut aakkosjärjestyksessä. Väestöjärjestelmä. 31.3.2013. Luettu 27.4.2013.

<http://www.vrk.fi>

Laamanen, K. 2005. Johda suorituskkyä tiedon avulla - ilmiöstä tulkintaan. Helsinki: Tammer- Paino Oy.

Laamanen, K. Tinnilä, M. 2009. Prosessijohtamisen käsitteet. Espoo: Teknologiateollisuus Oy.

Leino, I. Pekola, E & Wiirilinna, U. 2005. Vanhusten palveluketjun arviointi ja kehittäminen – hankkeen loppuraportti. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 41. Turun ammattikorkeakoulu.

<http://www.granum.uta.fi>

Lumijärvi I, 2000. Tasapainotetun mittariston malli ja kunta-alan tuloksellisuusarviointi. Kunta-alan tuloksellisuusprojekti. Työturvallisuuskeskus. 1999. Oy Edita Ab. Helsinki.

Malmi, Peltola & Toivanen. 2002. Balanced Scorecard. 5. uudistettu painos. Talentum. Helsinki. Gummerus Kirjapaino Oy.

Määttä, S, Ojala. T. 2000. Tasapainoisen onnistumisen haaste. Johtaminen julkisella sektorilla ja Balance Scorecard. Oy Edita Ab. Helsinki.

Nevakivi. S. 2006. Tulokortin (BSC) käyttöönottoprosessi Oulun Yliopistollisessa sairaalassa. Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 3/2006. Rovaniemi. Luettu 27.3.2013.

<http://www.ppshep.fi>

Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. Duodecim. Luettu 20.10.2012.

<http://www.terveyskirjasto.fi>

Raatikainen, J. 2008. Muutokset sosiaali- ja terveysalalla. Sosiaali- ja terveysalan ennakoitavat muutokset ja osaamistarpeet ammattilaisten arvioimina. Terveystieteen edistämisen koulutusohjelma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

<http://www.theseus.fi>

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus. Esiselvitysraportti. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos / SADE- ohjelma. 2011. Marketvisio Oy . Luettu 25.3.2013.

<http://www.thl.fi>

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE) 2012–2015, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1, Tampere, Tampereen yliopistopaino. Luettu 25.3.2013.

<http://www.stm.fi>

Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki. Luettu 15.10.2012.

<http://www.stm.fi>

Strömmer. P. 2001. Strategian laadinnan ja toteuttamisen maailmanluokan käytännöistä. Balance Scorecard Foorum 2000. Valtionvarainministeriö.

Sydänmaalakka, P. 2001. Älykäs organisaatio. Tiedon, osaamisen ja suorituksen johtaminen. Helsinki. Kauppakaari.

Tanttu. K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Vaasan yliopisto, sosiaali- ja terveyshallintotieteen väitöskirjatutkimus. Vaasa. Luettu 20.3.2012.

<http://www.tsr.fi>

Tarkoma, J. 2007. Väestöennuste 2007–2040. Tilastokeskus. Luettu 10.10.2012.
<http://www.stat.fi>

Vehviläinen- Julkunen, K., Paunonen, M. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Juva. WSOY- kirjapainoyksikkö.

Viitala, R. 2004. Henkilöstöjohtaminen. Helsinki. EDITA publishing.

9 LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake



Tehu-osahanke

Hyvä kotihoidon/kotipalvelun/kotisairaanhoidon tai vanhainkodin/palvelukodin työntekijä!

Tämän kyselyn tarkoituksena on kuvata asiakkaan 'lähettämistilanne' sellaisenaan kuin se todellisuudessa näyttäytyy. Pyydämme kuvattavaksi myös tilanteet, joissa aikomuksena 'oli' lähettää asiakas jatkohoitoon, mutta asiakkaan hoito voitiinkin toteuttaa kotioloissa tai asumisyksikössä. Kyselyn tarkoituksena ei ole arvioida kenenkään toimintaa, vaan kartoittaa niitä tekijöitä, jotka johtavat asiakkaan siirtämiseen fyysisesti toiseen hoitopaikkaan.

Ole hyvä ja kuvaa tälle lomakkeelle asiakkaan lähettämistilanne tai tilanne, jossa seuraavalle hoidon portaalle lähettäminen oli yksi vaihtoehto tilanteen hoitamiseksi.

Lähettäjän tietoja:

- Ammattinimikkeesi (jos lähettämispäätöksen tekemiseen osallistui useampi työntekijä, ammattinimikkeet):
- Toimipaikkasi:

Lähettämistilanteen kuvaus:

- Arkipäivä / viikonloppu, kellonaika:
- Akuutti tilanne / suunniteltu siirto:

Millainen oli asiakkaan tilanne? Miten päätös asiakkaan siirtämisestä toiseen hoitopaikkaan tehtiin? Mikä oli oma roolisi, mitä teit?

Mitkä olivat syitä siihen, että asiakas päädyttiin lähettämään jatkohoitoon?

Mitä olisi tarvittu, jotta asiakas olisi voitu hoitaa omassa yksikössä tai kotiloissa?

Mitkä olivat niitä tekijöitä tämän asiakkaan kohdalla, jotka mahdollistivat sen, että asiakas hoidettiin omassa yksikössä tai kotioloissa? (Tämä kysymys koskee siis tilannetta, jolloin asiakkaan siirtämistä harkittiin yhtenä toimintavaihtoehtona.)

Muuta kommentoitavaa:

Kiitos vastauksistasi! (Tarvittaessa käytä vastaamiseen paperin kääntöpuolta)



