



Vaasan yliopisto
UNIVERSITY OF VAASA

Sara Sahanen

Kotiin vietävien palvelujen laadunvalvonta Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella

Johtamisen akateeminen
yksikkö
Pro gradu -tutkielma
Sosiaali- ja terveyshallintotiede

Vaasa 2022

VAASAN YLIOPISTO**Johtamisen akateeminen yksikkö**

Tekijä:	Sara Sahanen		
Tutkielman nimi:	Kotiin vietävien palvelujen laadunvalvonta Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella		
Tutkinto:	Hallintotieteen maisteri		
Oppiaine:	Sosiaali- ja terveyshallintotiede		
Työn ohjaaja:	Petri Virtanen		
Valmistumisvuosi:	2022	Sivumäärä:	72

TIIVISTELMÄ:

Tutkimuksen aiheena on kotiin vietävien palvelujen laadunvalvonta Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Vantaan ja Keravan kotiin vietävien palvelujen laadunvalvonnan nykytilaa sekä kartoittaa tarpeita tulevaa hyvinvointialuetta varten. Hyvinvointialueet aloittavat toimintansa 1.1.2023 ja sote-uudistuksen tuomat muutokset vaikuttavat myös sosiaali- ja terveyspalvelujen ohjaukseen ja valvontaan. Tutkimusprosessin aikana uusi laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen valvonnasta on valmisteilla ja sen on tarkoitus astua voimaan vuonna 2024. Laadukkaat, vaikuttavat ja yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut ovat yksi sote-uudistuksen keskeinen tavoite.

Tutkimus lähtee liikkeelle oletuksesta, että kotiin vietävien palvelujen laadunvalvonta eroaa asumispalvelujen laadunvalvonnasta. Tutkimuksessa selvitetään kotiin vietävien palvelujen erityispiirteitä ja kuinka niiden laadunvalvontaa voidaan tulevaisuudessa kehittää. Tutkimus toteutetaan laadullisena tapaustutkimuksena, jossa aineistoa kerätään sekä tutustumalla Vantaan ja Keravan laadunvalvonnan nykytilaan sekä laadunvalvonnan parissa työskentelevien haastatteluiden kautta. Haastattelujen kautta saatu aineisto litteroidaan ja analysoidaan sisällönanalyysin avulla. Haastattelujen lisäksi tutkimuksessa hyödynnetään monipuolista aineistoa, joka pitää sisällään erilaisia kirjallisia aineistoja sekä havainnointia hyvinvointialueen laadunvalvonnan kehittämisen parissa.

Tutkimustuloksissa korostuu, että sosiaali- ja terveyspalvelujen laadun määrittely kattavasti on haastavaa ja se koostuu useista eri elementeistä. Laatu koetaan usein subjektiivisesti ja asiakkaan ja työntekijän näkemys laadukkaasta palvelusta voi olla erilainen. Kotiin vietävien palvelujen laatu koostuu pitkälti samoista elementeistä kuin muidenkin sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu. Asiakkaan kokemus on keskeinen laatutekijä kaikissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Sekä Vantaalla että Keravalla tunnistettiin yhteneväisiä menetelmiä sosiaali- ja terveyspalvelujen laadunvalvonnassa ja molemmissa kaupungeissa on tehty kehittämistyötä laadunvalvonnan parantamiseksi. Kotiin vietävien palvelujen laadunvalvonta koetaan haasteellisemmaksi verrattuna asumispalveluihin, eikä sitä varten ole kehittynyt yhtä systemaattisia keinoja kummassakaan kaupungissa. Hyvinvointialueelle toivotaan yhtenäisiä ja systemaattisempia työtapoja, riittäviä resursseja sekä koulutusta niin valvontatyötä tekeville kuin palveluntuottajille. Valvontalakiesitys nähdään pääasiassa hyvänä ja tarpeellisena.

Tutkimuksen tuloksia hyödynnetään kehitettäessä yhteisiä laadunvalvonnan toimintatapoja sekä laadunvalvonnan käsikirjaa Vantaan ja Keravan hyvinvointialueelle. Tutkimuksen valmistuessa hyvinvointialueet ovat valmisteluvaiheessa, eikä yhteinen toimintamalli Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella ole vielä täysin valmis.

AVAINSANAT: Laatu, laadunvalvonta, kotiin vietävät palvelut & hyvinvointialue

Sisällys

1	Johdanto	5
1.1	Tutkimuksen tausta	5
1.2	Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset	6
1.3	Tutkimuksen rakenne	7
2	Tutkimuksen toteutus	9
2.1	Tutkimuksen eteneminen	9
2.2	Aineiston keruu	10
2.3	Aineiston analyysi	11
3	Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen Suomessa	13
3.1	Kotiin vietävät palvelut	14
3.2	Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus	18
4	Mitä laatu on	21
4.1	Laadun käsite	21
4.2	Laatujohtaminen ja laatujärjestelmät	23
4.3	Laatu sosiaali- ja terveydenhuollossa	25
5	Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunvalvonta	30
5.1	Viranomaisvalvonta	30
5.2	Kuntien ja hyvinvointialueiden toteuttama valvonta	32
5.3	Omavalvonta	37
5.4	Asiakkaan ja potilaan oikeusturva	38
6	Tutkimuksen tulokset	41
6.1	Laatu sosiaali- ja terveyspalveluissa ja kotiin vietävissä palveluissa	41
6.2	Laadunvalvonta Vantaalla ja Keravalla	45
6.3	Laadunvalvonta hyvinvointialueella	50
7	Johtopäätökset	57
8	Pohdinta	59
	Lähteet	62

Liitteet	72
Liite 1. Haastattelukysymykset	72

1 Johdanto

1.1 Tutkimuksen tausta

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta (myöh. sote-uudistus) on valmisteltu Suomessa jo pitkään. Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu siirtyvät kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille 1.1.2023. Sote-uudistuksella pyritään vastaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kasvaviin haasteisiin sekä toimintaympäristön muutoksiin (Haavisto & Kananoja, 2017, s. 144). Muutokset toimintaympäristössä sekä järjestämis- ja palvelurakenteessa tuovat mukanaan uudenlaisia vaatimuksia myös sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaukselle ja valvonnalle (Nykänen ja muut, 2017, s. 2). Hallitus on antanut eduskunnalle esityksen uudesta erillisestä sosiaali- ja terveystalouden valvontalainista (myöh. Valvontalakiesitys) syksyllä 2022. Valvontalakiesityksen (s. 1–2) tavoitteena on uudistaa ja selkeyttää sosiaali- ja terveystalouden valvonnan toimintatapoja. Samalla sen on tarkoitus tukea sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä ja palvelujen tuottamista. Valvonnan ja ohjauksen merkitys korostuu tällaisissa muutostilanteissa, kun korvataan vanhoja rakenteita ja toimintatapoja uusilla ja määritellään eri osapuolten vastuita ja velvollisuuksia uudelleen (Nykänen ja muut, 2017, s. 1).

Yksi uusista hyvinvointialueista on Vantaan ja Keravan hyvinvointialue. Uudistuksen myötä Vantaan ja Keravan alueiden on yhtenäistettävä sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen ja laadunvalvonta sote-uudistuksen tavoitteiden mukaisesti. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen julkaisun (2021) mukaan tulevina vuosina Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella toiminnan ja talouden suunnittelua haastavat alueen väestön ikärakenteen muutoksesta johtuva palvelutarpeiden kasvu, hoitajamitoitusta ja hoitoon pääsyä koskevien lakisääteisten velvoitteiden hoitaminen yhdistettynä kaupunkien taloudelliseen kantokykyyn sekä koronapandemian aiheuttama hoitovelka ja palvelutarpeiden kasvu. Lisääntyneeseen palvelutarpeeseen vastaamiseksi THL kuvaa Vantaan ja Keravan siirtäneen palvelujen painopistettä ehkäiseviin varhaisen tuen palveluihin sekä kotiin vietäviin palveluihin. Myös suomalaisessa hoivapolitiikassa on

korostettu kotiin vietävien palvelujen ensisijaisuutta suhteessa asumispalveluihin (Anttonen, 2009, s. 70–71).

Sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmat nousivat esille vuonna 2019 niin sanotun hoivakriisin myötä. Useissa yksityisissä ikääntyneiden asumisyksiköissä havaittiin vakavia puutteita asukkaiden hoivassa ja huolenpidossa (Jylhä ja muut, 2021a, s. 7). Suurin osa esille tulleista ongelmista sosiaali- ja terveyspalveluissa liittyy hoivan laatuun joko suoraan tai ainekin välillisesti (Toivonen, Muukkonen & Petäjä-Leinonen, 2021). Huoli palvelujen laadusta erityisesti vanhuspalveluissa ja lastensuojelussa on vaikuttanut myös sote-uudistuksen taustalla (Rautiainen ja muut, 2020, s. 34). Tällä hetkellä valvontajärjestelmän kokonaisuus on epäselvä, eikä lainsäädäntö määrittele laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluita (Toivonen, Muukkonen & Petäjä-Leinonen, 2021). Kotiin vietävät palvelut ovat jääneet vähemmälle huomiolle hoivakriisin keskittyessä lähinnä asumispalveluihin, vaikka niiden osuus tulee tulevaisuudessa todennäköisesti kasvamaan (ks. esim. Ojala, 2021, s. 250-251).

1.2 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen aiheena on Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen kotiin vietävien palvelujen laadunvalvonta. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää Vantaan ja Keravan kaupunkien sosiaali- ja terveyspalvelujen, erityisesti kotiin vietävien palvelujen, valvonnan nykytilaa sekä tarpeita hyvinvointialuetta varten. Tutkimus toteutettiin yhteistyössä Vantaan ja Keravan kaupunkien sekä hyvinvointialueen valmistelun kanssa. Tutkimuksen ohjaajana hyvinvointialueen puolelta toimi palvelujen valmistelujohtaja Nina Linja.

Tutkimuskysymyksiä on kolme:

1. Mitä laatu kotiin vietävissä palveluissa on?
2. Miten kotiin vietäviä palvelujen laatua valvotaan Vantaalla ja Keravalla tällä hetkellä ?

3. Mitä tulee ottaa huomioon kehitettäessä yhteisiä laadunvalvonnan toimintatapoja Vantaan ja Keravan hyvinvointialueelle?

Tutkimus toteutettiin laadullisena tapaustutkimuksena, jonka yhtenä keskeisenä aineistonkeruumenetelmänä olivat Vantaan ja Keravan laadunvalvonnan parissa työskentelevien työntekijöiden haastattelut. Tutkimuksen tekijä suoritti maisteriopintoihin sisältyvän työharjoittelun keväällä 2022 Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen palvelujen valmistelussa, jonka jälkeen tutkimuksen tekijä jatkoi työntekijänä saman aiheen parissa hyvinvointialueella. Tutkimuksen teossa on hyödynnetty harjoittelun ja työkokemuksen kautta saatuja monipuolisia aineistoja sekä havainnointia. Tutkimuksen tuloksia hyödynnetään hyvinvointialueen laadunvalvonnan yhtenäisten toimintatapojen kehittämisessä sekä laadunvalvonnan käsikirjan luomisessa.

1.3 Tutkimuksen rakenne

Tutkimus rakentuu kahdeksasta pääluvusta. Tutkimuksen johdantoluvussa kuvataan tutkimuksen taustaa, tavoitteita ja rakennetta sekä esitellään tutkimuskysymykset. Tutkimuksen toteutus -luvussa kerrotaan tarkemmin tutkimuksen etenemistä vaihe vaiheelta sekä tutkimuksen aikataulusta. Luvussa avataan tutkimuksen aineistonkeruuta ja aineiston analyysitapaa.

Tutkimuksen teoriaosuudessa kuvataan ensin sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä yleisesti. Luvussa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä määritellään, mitä kotiin vietävillä palveluilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa. Luvun lopussa kerrotaan lyhyesti sote-uudistuksen tavoitteista ja vaikutuksista. Tämän jälkeisessä luvussa avataan laadun käsitettä, sen lähikäsitteistöä sekä laatujohtamista ja erilaisia laatujärjestelmiä. Luvun lopussa syvennyttään erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun, kuinka sitä voidaan määritellä ja millaisia erityispiirteitä siinä on. Seuraavassa luvussa käsitellään sosiaali- ja terveyspalvelujen laadunvalvontaa. Luvussa kuvataan valvonnan nykytilaa sekä valvontalakiesityksen mahdollisesti tuomia muutoksia sekä laadunvalvonnan kannalta keskeisiä käsitteitä.

Tutkimuksen tulokset -luvussa keskitytään haastatteluiden kautta saatuun aineistoon ja sen analysoimiseen. Johtopäätökset luvussa kootaan tutkimuksen tulokset yhteen, vastataan tutkimuskysymyksiin ja tuodaan esille, miten tutkimuksen tuloksia hyödynnetään jatkossa. Viimeinen luku on pohdinta, jossa tuodaan esille tutkimuksen tekijän ajatuksia tutkimusprosessista sen haasteista, luotettavuudesta ja eettisyydestä sekä tutkimustuloksista.

2 Tutkimuksen toteutus

Tutkimuksessa kuvataan Vantaan ja Keravan kotiin vietävien palvelujen laadunvalvontaa tällä hetkellä ja luodaan pohjaa yhteisille toimintatavoille ensi vuonna aloittavaa hyvinvointialuetta varten. Tutkimus toteutettiin laadullisena tapaustutkimuksena. Seuraavaksi kuvataan tarkemmin tutkimuksen toteutusta ja etenemistä, tutkimusaineiston keruuta sekä kuinka aineistoa analysoitiin.

2.1 Tutkimuksen eteneminen

Tutkimusprosessi lähti liikkeelle joulukuussa 2021 tutkimuksen tekijän ottaessa yhteyttä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueeseen. Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen palvelujen valmistelussa oltiin kiinnostuneita pro gradu -tutkielman tekemisestä yhteistyössä heidän kanssaan. Muutamien keskustelujen jälkeen aihe alkoi muodostua sekä tutkimuksen tekijän oman mielenkiinnon että hyvinvointialueen tarpeen mukaan.

Tutkimuksen tekijä suoritti maisteriopintoihin sisältyvän harjoittelun hyvinvointialueella keväällä 2022 ja jatkoi elokuussa työsuhteessa hyvinvointialueen laadunvalvonnan ja sen kehittämisen parissa. Näin ollen tutkimuksen tekijä pystyi hyödyntämään harjoittelun ja työkokemuksensa kautta saatua tietoa ja kokemusta myös tutkimusprosessissa. Tutkimussuunnitelma valmistui huhtikuussa 2022 ja tutkimuksen teoreettinen pohja alkoi muodostua. Tutkimuslupahakemukset Vantaan ja Keravan kaupungeille lähetettiin huhtikuun 2022 alussa. Molemmista kaupungeista tutkimusluvut myönnettiin huhtikuun lopussa.

Tutkimus toteutettiin laadullisena tapaustutkimuksena. Laadullinen lähestymistapa tutkimuksessa korostaa todellisuuden sekä siitä saatavan tiedon luonteen subjektiivisuutta (Puusa & Juuti, 2020). Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2009, s. 161). Puusa ja Juuti (2020) kuvailevat laadullisen tutkimuksen erityispiirteen olevan se, että tarkastelu perustuu ihmisten subjektiivisiin kokemuksiin ja näkemyksiin. Puusa ja

Juuti kirjoittavat, että ominaista laadulliselle tutkimukselle on lähestyä tutkittavaa kohdetta sen luonnollisissa olosuhteissa. Kuten tässäkin tutkimuksessa, aineisto ja tutkimusongelma ovat laadullisessa tutkimuksessa usein tiiviissä vuoropuhelussa (Ruusu vuori ja muut, 2010).

2.2 Aineiston keruu

Tutkimuksen aineiston keruu tapahtui Vantaan ja Keravan kaupunkien työntekijöiden haastatteluiden avulla. Lisäksi aineiston keruussa hyödynnettiin tutkijan harjoittelu- ja työkokemuksen kautta saatua monipuolista aineistoa, esimerkiksi erilaisia kirjallisia dokumentteja sekä havainnointia hyvinvointialueen laadunvalvonnan kehittämisen parissa. Hirsjärvi ja muut (2009, s. 204–205) kuvaavat haastatteluiden olevan ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, sillä haastattelussa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Joustavuus on yksi haastatteluiden keskeisistä eduista (Hirsjärvi ja muut, 2009, s. 204–205; Tuomi ja Sarajärvi, 2018). Joustavuuden lisäksi tutkimuksen kannalta koettiin tärkeäksi saada haastateltavien ajatuksia esiin monitahoisesti ja niin, että tarvittaessa saatavia tietoja voidaan syventää lisäkysymyksiä avulla.

Haastatteluiden etuna joustavuuden lisäksi on se, että haastateltavat voidaan valita sen perusteella, että heillä on kokemusta ja tietoa tutkittavasta aiheesta (Tuomi & Sarajärvi, 2018). Haastateltavat valittiin yhdessä hyvinvointialueen työntekijöiden kanssa, sillä heillä oli paras tieto siitä, ketkä työskentelevät kotiin vietävien palvelujen laadunvalvonnan parissa. Lisäksi hyödynnettiin niin sanottua lumipallomenetelmää, jonka avulla haastateltavien joukkoa voidaan täydentää kysymällä tutkimukseen osallistuvilta ehdotuksia muista haastateltavista (ks. esim. Alastalo ja muut, 2017, s.222). Haastattelut toteutettiin touko- ja kesäkuussa 2022. Haastateltavia oli yhteensä kahdeksan. Haastateltaville jaettiin ennen haastattelua informaatiokirjeet, joissa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja haastatteluprosessista. Lisäksi haastateltavat täyttivät suostumuslomakkeet tutkimukseen osallistumisesta.

Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituna yksilöhaastatteluina, jotka nauhoitettiin. Yksilöhaastattelu valittiin, koska haastateltavilla saattoi olla kokemusta erilaisista kotiin vietävistä palveluista ja niiden laadunvalvonnasta ja näin kysymyksiä pystyttiin tarvittaessa tarkentamaan yksilöllisesti. Lisäksi haastateltavat olivat kahden eri kaupungin työntekijöitä ja haastatteluissa haluttiin saada tietoa molempien kaupunkien toimintamalleista. Saaranen-Kauppinen ja Puusniekan (2006) mukaan puolistrukturoitu haastattelu sopii tilanteisiin, jossa halutaan tietoa juuri tietyistä asioista, eikä haastateltaville ole tarkoituksenmukaista antaa kovin suuria vapauksia haastattelutilanteessa. Haastattelukysymykset oli ennalta määritelty, mutta järjestyksestä oli mahdollista poiketa, mikäli se oli haastattelun etenemisen kannalta mielekästä. Haastatteluiden kestot vaihtelivat 20 minuutista lähes tuntiin. Haastatteluista saatu aineisto litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi. Litterointi on tärkeässä osassa myös haastatteluaineistoon tutustumisessa ja sen avulla aineisto muuntautuu helpommin hallittavaan muotoon (Ruusuvuori ja muut, 2010).

Haastattelujen lisäksi tutkimuksen tekijän oli mahdollista kerätä tutkimusta varten aineistoa harjoittelun ja työkokemuksen kautta. Tutkimuksen tekijä osallistui tutkimusprosessin aikana hyvinvointialueen laadunvalvonnan kehittämiseen ensin harjoittelijan ja sitten työntekijän roolissa. Harjoittelun ja työkokemuksen kautta tutkimuksen tekijä pystyi hyödyntämään niiden kautta saatua tietoa, erilaisia kirjallisia dokumentteja sekä havainnointia tutkimusprosessin tukena. Tutkimusprosessin aikana tutkimuksen tekijä osallistui lisäksi moniin valtakunnallisiin verkostoihin ja webinaareihin, joiden kautta saatua tietoa oli mahdollista hyödyntää niin tutkimuksen teossa kuin hyvinvointialueen laadunvalvonnan kehittämisen tukena.

2.3 Aineiston analyysi

Haastattelujen litteroinnin jälkeen siirryttiin aineiston analyysiin. Analyysitavaksi valikoitui sisällönanalyysi, sillä sen avulla voidaan luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajarvi, 2018). Koska kyseessä on tapaustutkimus, hyödynnettiin aineiston keruussa lisäksi tutkimuksen tekijän havainnointia sekä kerättyä

tietoa työharjoittelun ja työsuhteen aikana. Sisällönanalyysissä tarkoituksena on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi, 2018). Pelkkä aineisto ei useinkaan anna suoria vastauksia tutkimusongelmaan ja sisällönanalyysin avulla järjestetään tieto tiiviiseen ja selkeään muotoon kuitenkin niin, ettei kadoteta sen sisältämää informaatiota (Ruusuvuori ja muut, 2010; Tuomi & Sarajärvi, 2018). Analyysin avulla aineistoa selkeytetään, jotta luotettavien ja selkeiden johtopäätösten tekeminen aineistosta on mahdollista (Tuomi & Sarajärvi, 2018).

Sisällönanalyysissa aineisto hajotetaan ensin osiin, sitten käsitteellistetään ja lopuksi kootaan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi (Tuomi & Sarajärvi, 2018). Ruusuvuori ja muut (2010) kuvaavat, että nämä kolme tehtävää liittyvät tiivisti toisiinsa, mutta ovat varsin erilaisia toteuttaa. Tutkimuksessa analysointi aloitettiin aineiston pelkistämällä. Tarkoituksena pelkistämisessä on, että aineistoista karsitaan epäolennaiset asiat pois (Tuomi & Sarajärvi, 2018). Samalla aineistoista etsittiin tutkimustehtävää kuvaavia ilmaisuja ja niitä kuvaavia pelkistettyjä ilmauksia.

Tämän jälkeen aineisto klusteroitiin. Klusteroinnilla tarkoitetaan aineiston ryhmittelyä, jossa alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi ja niistä etsitään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä (Tuomi & Sarajärvi, 2018). Tämän pohjalta käsitteitä ryhmiteltiin ja yhdistettiin eri luokiksi. Näiden pohjalta muodostui alaluokkia, esimerkiksi asiakastyytyväisyys ja henkilökunnan ammattitaito. Klusteroinnissa luodaan pohja tutkimuksen perusrakenteelle ja saadaan alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä (Ruusuvuori, 2010; Tuomi & Sarajärvi, 2018). Luokittelua jatketaan niin, että alaluokkia yhdistelemällä muodostetaan yläluokkia ja yläluokkia yhdistelemällä taas pääluokkia, jotka nimetään niin, että ne kuvaavat aineistosta nousevaa ilmiötä aiheen mukaan (Tuomi & Sarajärvi, 2018). Lopuksi syntyy tutkimustehtävään liittyvä yhdistävä luokka (Tuomi & Sarajärvi, 2018). Tutkimuksen tuloksia kuvataan tarkemmin kuudennessa luvussa.

3 Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen Suomessa

Tässä luvussa kuvataan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä Suomessa. Tämän jälkeen avataan kotiin vietävien sosiaali- ja terveyspalvelujen käsitettä ja mitä sillä tässä tutkimuksessa tarkoitetaan. Lopuksi kuvataan sote-uudistuksen taustaa, tavoitteita ja vaikutuksia erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja valvonnan kannalta. Suomen perustuslain (731/1991, 3 §) mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistettävä väestön terveyttä.

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on pohjoismaisen hyvinvointimallin mukainen (Kautto & Kvist, 2002, s. 191 ; Rissanen & Lammintakanen, 2018, s. 26). Hyvinvointivaltion laajentuminen Pohjoismaissa on tarkoittanut pitkälti vastuun siirtämistä perheeltä julkiselle vallalle (Hiilamo, 2020b, s. 13 ; Kröger & Leinonen, 2012, s. 319). Pohjoismaiselle hyvinvointivaltiolle keskeisiä piirteitä ovat tasa-arvo ja eriarvoisuuden vähentäminen, korkeat sosiaalimenot sekä koko väestön kattava julkisesti rahoitettu sosiaali- ja terveydenhuolto (Kautto & Kvist, 2002, s. 191).

Suomalaiselle sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmälle on ominaista vahva julkisen sektorin rooli palvelujen järjestämisessä (Rissanen & Lammintakanen, 2018, s. 26). Vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä on tällä hetkellä pääasiassa kunnilla (Sutela, 2003, s. 5). Kuntien on ollut mahdollista järjestää palvelut joko itse, yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai ostamalla palveluja yksityisiltä organisaatioilta (Sutela, 2003, s. 6). Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto rahoitetaan niin sanotun monikanavarahoituksen keinoin, jolla tarkoitetaan sitä, että palvelujen rahoitus tulee eri toimijoilta, esimerkiksi Kelalta, valtiolta, kunnilta tai työnantajilta (Hiilamo, 2020b, s. 17 ; Rissanen & Lammintakanen, 2018, s. 27).

Suomalaista palvelujärjestelmää voidaan pitää hajautettuna, sillä kuntia on paljon (Hiilamo, 2020a, s. 433 ; Riisanen & Lammintakanen, 2018, s. 28). Vuonna 2022 Suomessa oli yhteensä 309 kuntaa (Kuntaliitto, 2022). Hiilamo (2020a, s. 433) kirjoittaa, että missään toisessa rikkaassa maassa terveyspalvelujen kokonaisuutta ei ole annettu

taloudellisesti yhtä heikkojen yksikköjen kuin kuntien vastuulle. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen onkin ylivoimaisesti suurin kuntien menoerä, joka on kasvanut jatkuvasti (Sutela, 2003, s. 5). Hiilamo (2020b, s. 40) tuo esiin, että monissa maissa sosiaalipalvelujen järjestäminen on kuitenkin edelleen kuntien vastuulla. Suomessa valtion rooli on korostunut erityisesti lainsäätäjänä ja kuntien tukemisessa lainsäädännön toimeenpanossa erilaisilla ohjaustavoilla (Rissanen & Lammintakanen, 2018, s. 28). Suomalaista sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä on kuvailtu monimutkaiseksi (OECD, 2017, s. 6). Monimutkaisuutta lisäävät entisestään myös asiakaryhmät, rahoitus sekä toimintaprosessit (Erhola ja muut, 2019, s. 228).

Tiedelehti Lancetissa julkaistiin vuonna 2018 kaksi artikkelia, joissa käsiteltiin terveydenhuollon maksuja suhteessa saavutettuihin tuloksiin ja terveydenhuollon ja maksuvelvollisuuden jakautumista väestön kesken (Lancet, 2018a) sekä analysoitiin terveydenhuollon laatua ja saatavuutta (Lancet, 2018b). Artikkelien perusteella suomalainen terveydenhuolto on kansainvälisesti verrattuna korkeatasoista ja paitsi laadukasta, myös suhteellisen edullista. Myös inhimillisen kehityksen indeksin (Human Development Index) mukaan Suomi on onnistunut hyvin sosiaali- ja terveys- sekä yhteiskuntapolitiikassaan, sijoittuen vuonna 2019 sijalle 11 kansainvälisessä vertailussa (United Nations Development Programme, 2020).

3.1 Kotiin vietävät palvelut

Tutkimuksessa keskitytään erityisesti kotiin vietävien palvelujen laadunvalvontaan. Kotiin vietävät sosiaali- ja terveyspalvelut eivät ole vakiintunut käsite, eikä niille ole olemassa tarkkaa määritelmää. Tässä tutkimuksessa kotiin vietävillä palveluilla tarkoitetaan sosiaali- ja terveyspalveluja, jotka tuotetaan pääasiassa asiakkaiden koteihin tai niiden lähiympäristöön. Lapsi- ja perhepalveluissa sekä lastensuojelussa puhutaan usein myös avopalveluista. Esimerkiksi Vantaalla vanhus- ja vammaispalveluissa tehtäväalueet on tällä hetkellä jaoteltu hoiva-asumiseen sekä kotona asumista tukeviin palveluihin. Kotiin vietäviä sosiaali- ja terveyspalveluja on valtava määrä. Keskeisiä kotiin vietäviä palveluja tämän tutkimuksen kannalta ovat

kotihoito, perhetyö sekä lapsiperheiden kotipalvelu, joita kuvataan tässä luvussa hieman tarkemmin. Kotiin vietäviä palveluja ovat myös esimerkiksi henkilökohtainen apu ja ammatillinen tukihenkilötoiminta. Tutkimuksen ulkopuolelle on rajattu digitaaliset – ja etäpalvelut, sillä tutkimuksessa halutaan keskittyä nimenomaan palveluihin, joissa työntekijä lähtee asiakkaan kotiin.

Suomessa ensisijainen vaihtoehto vanhustenhoidossa on ollut **kotihoito** (Noro ja muut, 2006, s. 19). Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kokonaisuutta, jotka kunnilla on mahdollisuus yhdistää yhdeksi hallinnolliseksi kokonaisuudeksi (Kröger & Leinonen, 2012, s. 321). Näin on toimittu sekä Vantaalla että Keravalla. Kotipalvelulla tarkoitetaan sellaisten tehtävien suorittamista tai niissä avustamista, jotka liittyvät asumiseen, toimintakyvyn ylläpitoon, hoitoon ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen tai muuhun jokapäiväiseen elämään (Ihalainen & Kettunen, 2016, s. 39.) Kotipalveluun voi sisältyä erilaisia tukipalveluita liittyen esimerkiksi ateria-, vaatehuolto- ja siivouspalveluihin sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviin palveluihin (Ihalainen & Kettunen, 2016, s. 39).

Kotihoidon asiakkaana voi olla myös vammaisia tai vammautuneita sekä mielenterveys- ja päihdekuntoutujia (Ihalainen & Kettunen, 2016, s. 185; Noro ja muut, 2006, s. 19). Kotihoidon palveluja voidaan antaa joko tilapäisesti tai jatkuvasti eri vuorokauden aikoina asiakkaan tarpeen mukaan (Ihalainen & Kettunen, 2016, s. 185). Kotihoidon asiakkaalle tehdään yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa on sovittu kirjallisesti asiakkaan saamista palveluista (Ihalainen & Kettunen, 2016, s. 185). Sen tarkoituksena on kotihoidossa varmistaa palvelujen laatua ja helpottaa palvelujen kohdentamista (Noro ja muut, 2006, s. 19).

Suomessa on tehty hoivapoliittinen päätös vähentää laitosmuotoista hoivaa ja kannustaa kotona asumiseen mahdollisimman pitkään (Anttonen, 2009, s. 70–71; Sointu, 2009, s. 176). Esimerkiksi ikääntyneiden kohdalla ensisijaisena vaihtoehtona pidetään Anttosen (2009, s. 70–71) mukaan oikeutta ja toisaalta samalla velvollisuutta asua

omassa kodissa tai kodinomaisissa olosuhteissa niin pitkään kuin mahdollista. Kotiin liitettään useita myönteisiä merkityksiä, jotka ovat vastakkaisia laitospäiväkodin asumisen oletetun kolkkuuden ja persoonattomuuden kanssa (Sointu, 2009, s. 176). Kotiin vietyt riittävät ja laadukkaasti toteutetut palvelut voivat parantaa asiakkaan elämänlaatua merkittävästi (Foebel ja muut, 2015, s. 2). Kotona asumista voidaan pitää myös taloudellisempänä ratkaisuna asumispalveluihin verrattuna (Stolle ja muut, 2015, s. 613). Mediassa on noussut kuitenkin esille ongelmia kotihoidon palvelujen saatavuudessa sekä laadussa (Kröger & Leinonen, 2012, s. 324).

Lastensuojelussa huostaanotto ja sijoitus kodin ulkopuolelle ovat viimesijaisia vaihtoehtoja ja avohuollossa käytetäänkin paljon harkintaa ja tehdään yhteistyötä perheen kanssa, jotta lapsi voisi asua turvallisesti kotona (Välimäki ja muut, 2021, s. 170). **Lapsiperheiden kotipalvelu** on tärkeimpiä varhaisen tuen muotoja, jota annetaan toimintakykyä alentavan syyn tai erityisen perhe- tai elämäntilanteen perusteella (Ihalainen & Kettunen, 2016, s. 104). Kotipalvelulla tarkoitetaan asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen, asiointiin sekä muuhun jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista taikka niissä avustamista (Hämeen-Anttila, 2017, s. 219). Keskeisenä tavoitteena lapsiperheiden kotipalvelussa on perheen omien voimavarojen vahvistaminen oikea-aikaisella tuella (Ihalainen & Kettunen, 2016, s. 104). Toiminnan on oltava tavoitteellista, suunnitelmallista sekä määräaikaista (Hämeen-Anttila, 2017, s. 219). Lapsiperheiden kotipalvelua on mahdollista saada ilman lastensuojelun asiakkuutta (Ihalainen & Kettunen, 2016, s. 104).

Perhetyöllä tarkoitetaan hyvinvoinnin tukemista sosiaaliohjauksella ja muulla tarvittavalla avulla sellaisessa tilanteessa, jossa asiakas ja hänen perheensä tai asiakkaan hoidosta vastaava henkilö tarvitsevat tukea ja ohjausta vahvistamaan omia voimavarojaan sekä parantamaan keskinäistä vuorovaikutusta (Hämeen-Anttila, 2017, s. 218). Uudessa lastensuojelulaissa selkeytettiin perhetyön määritelmää perheen kotona annetuksi palveluksi, kun taas perhekuntoutuksella viitataan ympärivuorokautiseen

kuntoutukseen perheelle tai osalle siitä (Heino, 2008, s. 7). Moniammatillinen yhteistyö on perhetyössä keskeistä (Heino, 2008, s. 6). Sosiaalihuoltolain mukainen perhetyö ei vaadi lastensuojelun asiakkuutta (Ihalainen & Kettunen, 2016, s. 104). Tämän lisäksi on olemassa lastensuojelun tehostettua perhetyötä, joka on perhetyötä intensiivisempää, usein kriisitilanteeseen liittyvää tukea (Heino, 2008, s. 24).

Perheiden palvelutarpeet ovat kasvaneet, sillä luonnolliset sosiaaliset verkostot ovat kaventuneet, perheiden elämäntilanteet mutkistuneet, lasten ja nuorten ongelmat ovat kasautuneet ja erityispalvelujen tarve jatkuvasti kasvanut (ks. esim. Heino, 2008, s. 6). Lapsiperheiden kotiin vietävät palvelut ovat ennaltaehkäiseviä, tukien perhettä varhaisessa vaiheessa ja ne pyrkivät vastaamaan kasvaneeseen palvelujen tarpeeseen (Hämeen-Anttila, 2017, s. 220). Keskeistä on, että lapsi ja lapsiperhe saa tukea ja apua ongelmiinsa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (Heino, 2008, s. 6).

Tutkimuksen taustalla on oletamus, että vaikka kotiin vietäviä sosiaali- ja terveyspalveluita on suuri määrä ja palvelujen sisällöt ja asiakasryhmät voivat olla hyvinkin erilaisia, on kotiin vietävissä palveluissa sekä niiden laadussa ja valvonnassa myös paljon yhteisiä piirteitä. Kotiin vietävät palvelut eroavat lähtökohtaisesti esimerkiksi asumispalveluista. Kotiin vietävissä palveluissa palvelu viedään asiakkaan kotiin. Vuoden 2019 hoivakriisissä pääpaino oli ikääntyneiden asumispalveluissa, mutta Valvira nosti ikääntyneiden kotiin vietävien palvelujen laadunvalvonnan samana vuonna yhdeksi sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen valvontaohjelman kohteeksi (Valvira, 2019). Vanhuspalvelulain uudistuksesta on tulossa toinen vaihe, jossa tarkoituksena on lisätä vanhuspalvelulakiin ja sosiaalihoitolaikiin säännökset, joilla parannetaan kotiin annettavien palvelujen saatavuutta ja laatua sekä varmistetaan kotihoidon henkilöstön riittävyttä. Tavoitteena on Valviran (2022, s.21) mukaan kotiin vietävien palvelujen ja asumispalveluja koskevien säännösten kokonaisuuden uudistaminen sekä palvelujen toteutumisen seurannan parantaminen.

3.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisesta eli sote-uudistuksesta on Suomessa puhuttu pitkään ja useat eri hallitukset ovat yrittäneet viedä sitä läpi eri keinoin (Erhola ja muut, 2019, s. 226; Rissanen, 2019, s. 5). Lähtökohtana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukselle ovat olleet kasvavat vaikeudet kuntiin perustuvassa palvelujärjestelmässä, jolloin varsinkin pienten kuntien on ollut haastavaa selvittää järjestämisvastuun tuomista kustannuksista sekä ammattitaitoisen henkilöstön saannista (Haavisto & Kananoja, 2017, s. 144; Koivisto, 2018). Haasteita ovat myös luoneet kuntien alueelliset, väestölliset sekä taloudelliset erot sekä väestön ikääntyminen (Haavisto & Kananoja, 2017, s. 144; Rissanen, 2019, s. 5).

Kaasalainen (2019, s. 7) kirjoittaa, että uudistusta perustellaan sillä, että se purkaa niin sanottuja hallinnon himmeleitä kooten organisaatiot yhtenäisen demokraattisen johdon alle. Hallinnon himmeleillä Kaasalainen viittaa kuntayhtymiin, sairaanhoitopiireihin ja maakuntaliittoihin, sillä Suomessa pelkäänsä sosiaali- ja terveystoimessa on yli 190 eri organisaatiota. Aiemmin asukkaiden hyvinvoinnista ja keskeisistä palveluista Suomessa ovat vastanneet kunnat (Haavisto & Kananoja, 2017, s. 144). Voimaanpanolain 4 §:n mukaan uudet hyvinvointialueet aloittavat toimintansa 1.1.2023 ja sen myötä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu siirtyy hyvinvointialueille (Laki sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja pelastustoimeen koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaantulusta 616/2021).

Vaikka uudistuksen tavoitteista ja tarpeesta ei niinkään ole ollut erimielisyyttä, on uudistuksen toteutus jakanut mielipiteitä (Haavisto & Kananoja, 2017, s. 148; Jalonen, 2020, s. 304). Uudistusta onkin luonnehdittu kompleksiseksi (Jalonen, 2020, s. 302–309; Raisio ja muut, 2018). Palvelut on rakennettu siilomaisesti, mikä tuo omat haasteensa niin asiakkaille, kuin työntekijöillekin (Jalonen, 2020, s. 302–309). Kun eri organisaatiot sulautetaan hyvinvointialueisiin, voidaan palveluita käyttää tuloksekkaammin ilman organisaatorajoja (Kaasalainen, 2019, s. 7). Suuremmat yksiköt eivät ole itsetarkoitusta, mutta ne tehostavat toimintaa parantaen palveluita samalla hilliten kustannuksia

(Hiilamo & Sali, 2020, s. 41). Niin sanottujen leveiden harteiden tarpeesta ollaan melko yksimielisiä, vaikka niiden määrä onkin aiheuttanut keskustelua (Hiilamo & Salin, 2020, s. 41; Jalonen, 2020, s. 302–309). Hyvinvointialueita on yhteensä 21 ja lisäksi Helsingin kaupunki vastaa oman alueensa sosiaali- ja terveystalouden sekä pelastustoimen järjestämisestä.

Uudistuksen tavoitteena on turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveystaloudet, parantaa palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta sekä vähentää hyvinvointi- ja terveyseroja (Rautiainen ja muut, 2020, s. 31; Rissanen & Lammintakanen, 2018, s. 31) Tällä hetkellä palvelujen laadussa ja saatavuudessa on alueellisesti Suomessa suuria eroja (Hiilamo & Salin, 2020, s. 41; Rissanen, 2019, s. 4). Uudistuksessa yhteensovitetään perus- ja erityistason palveluita pyrkimyksenä suunnitella sote-palveluita kokonaisuutena, joka parhaiten palvelee asiakkaita ja mahdollistetaan sujuva yhteistyö eri ammattiryhmien välillä (Hiilamo & Salin, 2020, s. 39; Rautiainen ja muut, 2020, s. 31). Painotus uudistuksessa on perustason palveluissa sekä ennaltaehkäisyssä (Rissanen & Lammintakanen, 2018, s. 32). Myös ammattitaitoisen työvoiman saanti pyritään uudistuksen avulla turvaamaan (Haavisto & Kananoja, 2017, s. 145).

Uudistuksen tarkoituksena on parantaa sote-palvelujen vaikuttavuutta ja tuottavuutta sekä lisätä läpinäkyvyyttä ja avoimuutta (Rautiainen ja muut, 2020, s. 31). Salin ja Hiilamo (2020, s. 39) kuvaavat, että Suomen järjestelmä on jo nykyisellään tehokas verraten muihin Pohjoismaihin. He tuovat esiin, että Suomessa saadaan kohtuullisen hyviä palveluita suhteellisen pienillä kustannuksilla. He kuitenkin painottavat, että kustannuspaineet kasvavat jatkuvasti ja tilanteet voivat muuttua nopeastikin, kuten koronapandemia meille osoitti (ks. esim. Jalonen, 2020, s. 307). Uudistuksella pyritään hillitsemään kustannuksien kasvua ja vastamaan paremmin yhteiskunnallisiin muutoksiin (Rautiainen ja muut, 2020, s. 31). Jalonen (2020, s. 307) esittää, että uudistusta ei tulisi nähdä projektina, vaan prosessina, joka edellyttää jatkuvaa hienosäätöä myös tulevaisuudessa.

Rautiainen ja muut (2020, s. 21) korostavat uudistuksen valtavaa mittakaavaa, sillä sote-palveluihin käytetään usein yli puolet kuntien budjeteista ja ne työllistävät noin kuudenneksen koko työvoimasta. Uudistus on toisaalta myös kuntauudistus, sillä hyvinvointialueet ottavat hoitaakseen merkittävän osan kuntien tehtävistä (Jalonen, 2020, s. 302–309). Uudistus tulee vaikuttamaan sosiaali- ja terveystalouden lisäksi myös esimerkiksi opetus- ja elinkeinopalveluihin, vaikka ne eivät suoranaisesti ole uudistustoimenpiteiden kohteena (Jalonen, 2020, s. 302–309). Hiilamo ja Salin (2020, s. 38–39) nostavat esiin, että sote-uudistuksessa on kyse nimenomaan sosiaali- ja terveystalouden hallinnon uudistamisesta ja vain välillisesti palvelujen sisällön uudistamisesta.

Vuoden 2019 hoivakriisi antoi karun esimerkin siitä, mitä voi tapahtua, kun julkinen toimija ei kykene riittävästi sääntelemään ja valvomaan palveluja tuottavia yrityksiä (Jalonen, 2020, s. 302–309). Kaikkien sosiaali- ja terveystalouden uudistamispyrkimysten taustalla on ollut myös palvelujen laadun kehittäminen (Rissanen & Lammintakanen, 2018, s. 33). Palvelujen laatu tulee olemaan keskeinen seurattava asia uudessa sosiaali- ja terveystalouden järjestelmässä (Nykänen ja muut, 2017, s.42). Laatua koskevaa seurantatietoa tarvitaan, jotta voidaan vertailla ja arvioida eri tasojen ohjausta ja valvontaa sekä eri hyvinvointialueita (Nykänen ja muut, 2017, s. 44).

Sote-uudistuksen myötä hallitus on antanut esityksen eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta. Valvontalakiesityksen (2022, s. 6) tavoitteena on uudistaa ja selkeyttää valvonnan toimintatapoja ja samalla tukea hyvinvointialueita sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä sekä palvelujen tuottamisessa. Valvontalakiesitys korostaa sekä palvelunjärjestäjän että palveluntuottajan omavalvontaa ja sen kohteena olisivat erityisesti palvelujen saatavuus, jatkuvuus, turvallisuus, laatu sekä asiakkaiden yhdenvertaisuus. Uuden valvontalain on toteutuessaan tarkoitus astua voimaan 1.1.2024.

4 Mitä laatu on

Ensimmäinen askel kohti laadun kehittämistä on määrittellä mitä laadulla tarkoitetaan (Sarala & Sarala, 2001, s. 96). Tässä luvussa avataan ensin laatua käsitteenä sekä sen lähikäsitteitä. Tämän jälkeen käydään lyhyesti läpi laatujohtamista ja sen historiaa sekä laatujärjestelmien tarkoitusta. Lopuksi keskitytään laatuun sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta.

4.1 Laadun käsite

Laadun käsitettä ei ole helppo määrittellä ja se riippuu hyvin paljon kontekstista (Dale ja muut, 2011, s. 5; Oulasvirta, 1992, s. 86–87). Yksi laatuajattelun keskeisistä henkilöistä Philip B. Crosby (1980, s. 1) on todennut laadusta näin: *”Laatu on ilmaista. Sitä ei saada lahjaksi, mutta se on ilmaista. Laaduttomuus maksaa – se, ettei asioita tehdä heti ensimmäisellä kerralla oikein.”* Toinen laatuajattelun keskeinen henkilö, Joseph Juran, on kuvannut laadun olevan tuotteen tai palvelun sopivuutta sen käyttötarkoitukseen (Dale, ja muut, 2011, s. 64). ISO 9000 standardin mukaan laatu taas on sitä, kuinka kohteen luonteiset ominaisuudet täyttävät sen vaatimukset (Lecklin, 2016, s. 20). Oulasvirta (1992, s. 92) taas toteaa, että laadulle ei ole olemassa universaalia määrittelyä.

Dale ja muut (2011, s. 5) tuovat ilmi, että ihmiset usein sanovat tietävänsä mitä laatu on, kun näkevät sen. Tästä huolimatta laadun määrittelemisen osoittautuu vaikeaksi. Vaikka erilaisia laadun määritelmiä on paljon, yhteistä näyttäisi kuitenkin olevan se, että laadun ajatellaan olevan kaikkea hyvää (Sarala & Sarala, 2001, s. 95). Laatu kuvaa kohteelle ominaisia piirteitä ja erityisesti sellaisia, mitkä koetaan hyvänä (Shridhara Bhat, 2009, s.6–7). Laadun avulla halutaan tuoda esiin jonkin asian myönteisiä piirteitä ja laatuun ylipäättään suhtaudutaan myönteisesti (Koivula ja muut, 2020, s. 83). Jokainen meistä ymmärtää laadun subjektiivisesti ja kokonaisvaltaisesti (Oulasvirta, 1992, s. 88). Asiakkaiden kokemukset voidaan nähdä keskeisiksi tekijöiksi laadun määrittelyssä. Esimerkiksi Shridhara Bhat (2009, s. 2) tuo esiin, että asiakkaat vaativat nykyään laatua ja luotettavuutta. Jos he eivät ole tyytyväisiä tuotteen tai palvelun laatuun, he voivat

hankkia sen muualta. Asiakkaan voidaankin sanoa olevan laadun lopullinen arvioija (Lecklin, 2006, s.79; Oulasvirta, 1992, s. 89).

Crosby (1980, s. 6) kirjoittaa laadun olevan kokonaisuus, joka kannattaa ottaa käyttöön, joka on mahdollista saavuttaa ja jota voidaan myös mitata. Crosby'n mielestä laadun kokonaisuus voidaan ottaa käyttöön heti, kunhan kaikki ovat siinä mukana ymmärtäen sen merkityksen ja ovat valmiita tekemään töitä sen eteen. Globalisaation vaikuttaessa kilpailun kiristymiseen, on organisaatioiden jatkuvasti kehitettävä tuotteitaan laadullisesti, jos he haluavat pärjätä markkinoilla (Dale ja muut, 2011, s. 3; Lumijärvi & Jylhäsaari, 2000, s. 15). Laadun voidaan sanoa olevan yksi yritysten keskeisistä menestystekijöistä (Lecklin, 2006, s. 9–10; Oulasvirta, 1992, s. 89). Organisaatioiden tavoitellessa parempaa laatua, ovat erilaiset mittarit ja vertaiskehittäminen keskeisiä keinoja (Jaffe ja muut, 2019, s. 27). Laadun mittaaminen on kuitenkin kompleksinen asia, eivätkä määrälliset mittarit aina sovellu laadun mittaamiseen (Oulasvirta, 1992, s. 92).

Laadunhallinnalla tarkoitetaan toiminnan johtamista, suunnittelua, arviointia ja parantamista, jotta saavutetaan asetetut laatutavoitteet (STM, Stakes & Suomen Kuntaliitto, 1999, s. 3). Laadunhallintaan sisältyvät toimenpiteet, joilla organisaatiota ohjataan ja suunnataan laatuun liittyvissä kysymyksissä (Koivula ja muut, 2020, s. 83). Laadunhallintaa varten tarvitaan luotettavaan tietoon perustuvaa toiminnan mittaamista, seuraamista sekä jatkuvaa arviointia (Jaffe ja muut, 2019, s. 27; STM, Stakes & Suomen Kuntaliitto, 1999, s. 24). Laadun kehittämisen taustalla käytetään usein Demingin ympyräksi kutsuttua jatkuvan parantamisen mallia (Dale, ja muut, 2011, s. 60–61). Ympyrässä suunnittelu (Plan), tekeminen (Do), arviointi (Check) ja toimiminen (Act) eli toiminnan uudelleen muotoilu, seuraavat toisiaan (Jaffe ja muut, 2019, s. 18–19). Kyse ei ole kertaluontoisesta toiminnasta, vaan Demingin mukaan ympyrää on pyöritettävä jopa 95 kertaa, jotta kehitystä tapahtuu (Koivula ja muut, 2020, s. 84).

4.2 Laatujohtaminen ja laatujärjestelmät

Kokonaisvaltaista laatujohtamisjärjestelmää voidaan pitää yhtenä merkittävimmistä johtamisinnovaatiosta 1950-luvulla ja sen jälkeen (Lumijärvi ja Jylhäsaari, 2000, s.11) Toisen maailmansodan jälkeen Japanissa oli valtava tarve omien tuotteiden laadun ja kilpailukyvyn parantamiseen (Lillrank, 1988, s. 241). Amerikkalaiset laatuajattelun keskeiset henkilöt, William Edward Deming ja Joseph Juran, tekivät valtavan työn Japanissa laadun ja tuottavuuden parantamiseksi (Shridhara Bhat, 2009, s. 2–4). Tavoitteena oli laatujärjestelmä, joka ennaltaehkäisi laaturvirheitä sekä vähentäisi näin kustannuksia (Lecklin, 2006, s. 17; Lillrank, 1988, s. 241). Laadunvarmistuksen avulla pyrittiin koordinoimaan järjestelmällisesti koko yrityksen toimintaa (Lecklin, 2006, s. 17). Laatujohtamisessa keskeistä on organisaation kokonaisvaltainen mukautuminen kuluttajan tarpeisiin, jatkuva prosessien kehittäminen hyödyntämällä tietopohjaista ongelmanratkaisumenettelyä sekä työntekijöiden vaikuttamisen mahdollistaminen (Oulasvirta, 1992, s. 89; Westphal ja muut, 1997, s. 367).

Laadun käsitettä on laajennettu entisestään ja nykyään se sisältyy myös johtamiseen, strategiseen suunnitteluun ja organisaation kehittämiseen (Lecklin, 2006, s. 17). Lyhenne TQM tulee kolmesta termistä: Total, Quality ja Management, joihin sisältyy laatujohtamisen sanoma tiivistetysti (Dale ja muut, 2011, s. 4). Suomen kielessä voidaan käyttää termiä kokonaisvaltainen laatujohtaminen tai lyhyemmin laatujohtaminen (Lumijärvi & Jylhäsaari, 2000, s. 27). Lyhyesti laatujohtamisen voidaan kuvata olevan organisaation keskinäistä yhteistyötä ja liiketoimintaprosesseja, joiden avulla tuotetaan palveluita ja tuotteita, jotka ovat vastinetta rahalle ja parhaimmillaan ylittävät tuottajien odotukset (Dale ja muut, 2011, s. 4). Lecklin (2006, s. 17–18) kuvaakin, että asiakaskeskeisyys on noussut sisäisten toimintojen rinnalle ja asiakkaiden tarpeet ovat lähtökohtana laatu toiminnalle.

Ensimmäinen laatujohtamisen soveltamisalue Suomessa oli prosessiteollisuus (Sarala & Sarala, 2001, s. 110). Laatujohtamismalli kantautui suomalaisten yritysten ja julkisorganisaatioiden keskusteluihin laajemmin 1980-luvun alussa, jolloin laadun

kehittämisestä tehtiin yksi strateginen tavoite ja sen myötä myös laatujärjestelmiä alettiin rakentamaan. (Lumijärvi & Jylhäsaari, 2000, s. 11). Lamavuosien aikana 1990-luvulla nousi pinnalle myös uusia yhteiskuntapoliittisia suuntauksia, yhtenä keskeisimpänä uusliberalismi (Lumijärvi & Jylhäsaari, 2000, s. 12). Myös niin sanottu uusi julkisjohtamisen suuntaus (new public management; NPM) yleistyi Euroopassa ja Suomeen 1990-luvulla omaksuttu julkissektorin tulosohtausmalli muistutti hyvin paljon sitä (Diefenbach, 2009, s. 892; Sutela, 2003, s. 17–18).

NPM keskeinen piirre on, että julkista hallintoa pyritään tehostamaan uudistamalla rakenteita ja prosesseja samalla keventäen hallinnon hierarkkisia rakenteita (Sutela, 2003, s. 18). Suomessa normi- ja resurssiohjaus vaihtui tulosohtaukseksi, jossa korostuu tavoitteiden ja resurssien keskinäinen riippuvuus sekä alempien hallintoyksiköiden itsenäinen vastuu sekä ohjeistamisen vähentäminen (Lumijärvi & Jylhäsaari, 2000, s. 12–13). NPM:n mukaisesti johtamis- ja toimintamalleihin haettiin malleja yksityiseltä sektorilta (Diefenbach, 2009, s. 892; Sutela, 2003, s. 18).

Lumijärvi (1999, s. 192) kirjoittaa, että vuonna 1998 julkaistu "Julkisten palvelujen laatustrategia" nosti laatuasiat Suomessa voimakkaammin esille. Laatustrategiassa korostetaan Lumijärven mukaan julkisten palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja heidän osallistumismahdollisuuksiaan, palveluprosessien läpinäkyvyyttä, arviointia, palvelusitoumuksia sekä johdon ja henkilöstön laadun parantamiseen sitoutumista. Haverinen (2003, s. 325) korostaa, että erilaiset laadunparantamiseen liittyvät kokeilut tulivat Suomeen kuitenkin ilman yksityistämisen aaltoa. Lisäksi Suomen EU-jäsenyys on vaikuttanut Lumijärven ja Jylhäsaaren (2000, s. 15) mukaan laatu keskusteluun, sillä jäsenyys edellyttää esimerkiksi julkisissa hankinnoissa aiempaa avoimempaa kilpailua.

Laadunhallintajärjestelmällä tarkoitetaan järjestelmää, jonka avulla organisaatiota ohjataan ottamaan laatu huomioon (Dale ja muut, 2011, s. 280) Laatu on yksi yritystoiminnan ja kaupan keskeisimmistä peruskäsitteistä ja siksi on nähty tarpeelliseksi saada aikaan myös kansainvälinen standardijärjestelmä (Dale ja muut, 2011, s. 299;

Lecklin, 2006, s. 17). ISO 9000 – laatujärjestelmästandardi on vaikuttanut maailmanlaajuisesti standardien kehittämistyöhön ja myös niiden soveltamiseen (Sarala & Sarala, 2001, s. 111). Nimi ISO on alun perin peräisin esimerkiksi meteorologiassa käytetystä termistä isoterminen ja se viittaa yhtäläiseen (Shridhara Bhat, 2009, s. 375).

ISO 9000 ei kuitenkaan ole sama asia kuin kokonaisvaltainen laatujohtaminen, vaan siinä ainoastaan määritellään kriteerit, joiden avulla organisaatio voi ansaita ISO 9000 akkreditoinnin (Shridhara Bhat, 2009, s. 376). Sarala ja Sarala (2001, s. 111) kirjoittavat, että ISO-standardistoa on hyödynnetty myös julkishallinnon laadunparannushankkeissa. He kuvaavat, että standardisto antaa organisaatioille ohjeita, kuinka kehittää laatujohtamista ja laatujärjestelmiä. Organisaatiolle on myös mahdollista luoda laatukäsikirja, joka on esimerkiksi yksi ISO 9000 -standardin edellyttämä työväline (Lecklin, 2006, s. 31).

4.3 Laatu sosiaali- ja terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveystalouden laatu keskustelu alkoi Suomessa vahvemmin 1990-luvun laman jälkeen (Hoppanian ja muut, 2016, s. 89; Pekurinen ja muut, 2008, s. 9). Suomessa toteutettiin tuolloin laaja hallintoreformi (Sutela, 2003, s. 17). Valtion ja kuntien välinen kustannustenjakoa muuttui ja taloudellisen tilanteen vuoksi hyvinvointipalveluille alettiin asettaa leikkaus- ja uudistamisvaatimuksia (Haverinen, 2003, s. 325; Sutela, 2003, s. 17). Ulkomailta tuli erilaisia malleja, ideoita sekä lähestymistapoja uudistustyön tueksi ja yksi näistä oli johtamisen uudistaminen yksityisen sektorin mallien pohjalta, joissa laatu oli osa kuluttajakäsitettä (Haverinen, 2003, s. 325; Pekurinen ja muut, 2008, s. 9). Sosiaali- ja terveysministeriö otti vuonna 1992 laatujohtamisen terveydenhuollon valtakunnalliseen suunnitelmaan antaen samalla Stakesille tehtäväksi laatia asiaa koskevan suosituksen (Vuori, 2013, s. 89). Syntyi *Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa* -suositus, joka korosti laadunhallintaa jokapäiväisenä työnä, johon kuuluvat myös asiakaslähtöisyys, tiedolla johtaminen ja prosessikeskeisyys (Stakes, 1996). Sosiaali- ja terveydenhuolto onkin ollut kunnissa yksi laadunhallinnan edelläkävijä (STM, Stakes & Suomen Kuntaliitto, 1999, s. 3).

Lainsäädännössä ei ole tarkasti määritelty, mitä laatu sosiaali- ja terveystalvveluissa on, mutta siinä on lukuisia hyvään laatuun velvoittavia säännöksiä (Heuru ja muut, 2011, s. 56). Lakien ja asetuksien lisäksi sitä ohjaavat monet suositukset, oppaat, käypä hoito – sekä hyvät käytännöt suositukset (Pekurinen ja muut, 2008, s. 3). Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos sekä Sosiaali- ja terveysministeriö tuottavat Suomessa erilaisia palvelukohtaisia laatusuosituksia (Lukkarinen ja muut, 2017, s. 8). Suositukset ovat kuitenkin yleisiä, eikä pakottavaa mittaamisvelvoitetta ole (Lukkarinen ja muut, 2017, s. 8).

Koivula ja muut (2020, s. 75) korostavat, että arvioidaksemme sosiaali- ja terveystalvvelujen laatua, on laatu määriteltävä ja sitä on voitava mitata. Jotta voimme kehittää sosiaali- ja terveystalvvelujen laatua, tarvitsemme tietoa väestön hyvinvoinnista ja terveydestä, toteutuneen palvelun laadusta sekä tavoiteltavasta laadusta (Pekurinen ja muut, 2008, s. 4). Stakesin vuonna 1996 julkaistussa teoksessa *Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa* (s. 33) todetaan, että laatukseskustelussa erilaisten käsitteiden ja kielen käyttö on tuonut haasteensa myös tilanteissa, joissa jokin menetelmä tai lähestymistapa siirtyy toiselta sektorilta sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Stakes (1996, s. 33) määrittelee laadun hyödykkeiden ominaisuuksista muodostuvaksi kokonaisuudeksi, johon perustuu hyödykkeen kyky täyttää siihen kohdistuvat odotukset. Hyödykkeillä Stakes tarkoittaa tuotteita tai palveluja, jotka tyydyttävät asiakkaan tarpeita joko välittömästi tai välillisesti. Peruslähtökohtia palvelun laatuun ovat esimerkiksi palvelujen saatavuus, saavutettavuus ja palvelun saamisen kriteerit (Haverinen, 2003, s. 331). Pekurinen ja muut (2008, s. 20) kirjoittavat hyvän laadun tarkoittavan sitä, että asiakas saa tarpeensa mukaista palvelua oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Heidän mukaansa hyvä laatu on parhaaseen käytettävissä olevaan tietoon perustuvaa palvelua tai hoitoa, joka tuottaa samalla hyvinvointia pyrkien terveyden ja hyvinvoinnin maksimointiin ja riskien minimointiin. WHO eli World Health Organization (2022) määrittelee laadukkaan hoidon tarkoittavan sitä, missä määrin yksilöiden ja väestön terveystalvvelut lisäävät toivottujen terveystalvvelu vaikutusten todennäköisyyttä. WHO:n

mukaan laadukkaan hoidon kannalta keskeistä on hoidon vaikuttavuus, turvallisuus, ihmiskeskeisyys, oikea-aikaisuus, tasapuolisuus, toimivuus sekä tehokkuus.

Koivula ja muut (2020, s. 76–77) kirjoittavat, että määriteltäessä palvelujen laatua, voidaan se erottaa tekniseen laatuun ja toiminnalliseen laatuun. Teknisellä laadulla Koivulan ja muiden mukaan tarkoitetaan palvelun tuottamista teknisesti oikein sekä palvelun lopputulosta eli mitä asiakas saa palvelusta. Toiminnallisella laadulla viitataan Koivulan ja muiden mukaan siihen, miten palvelu on toteutettu eli puhutaan siis prosessin laadusta. Koivula ja muut painottavat, että asiakkaan kannalta sekä tekninen että toiminnallinen laatu ovat yhtä tärkeässä roolissa. Palvelun laatu onkin loppujen lopuksi sitä, mitä asiakas saa (Haverinen, 2003, s. 331; Jaffe ja muut, 2019, s.12).

Haastavaa sosiaali- ja terveystalouden laadunmäärittelystä ja laatukriteerien asettamisesta tekee se, että kokemus laadusta voi olla hyvinkin subjektiivista ja erilaisia näkökulmia on useita (Koivula ja muut, 2020, s. 76; Rissanen & Lammintakanen, 2018, s. 33–34). Sosiaali- ja terveystalouksissa palvelu itsessään on aineeton prosessi, johon sisältyy sekä palveluprosessi että lopputulos (Koivula ja muut, 2020, s. 76). Sosiaali- ja terveystalouksissa on käytössä erilaisia hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmia, joita voidaan hyödyntää myös laatu työssä ja laadun mittaamisen tukena (Haverinen, 2003, s. 331; Ransom, 2019, s. 113).

Laadun ja vaikuttavuuden käsitteet linkittyvät sosiaali- ja terveystalouksissa toisiinsa. Laadun mittaamisella tähdätään yleensä lyhyen aikavälin toimintaan, kun taas vaikuttavuudessa pitkän aikavälin muutokset hyvinvoinnissa ja terveydessä ovat keskiössä (Lukkarinen ja muut, 2017, s. 6). Vaikuttavuudella tarkoitetaan asiakkaan elämän muutosta, joka on saavutettu palvelun avulla. (Lukkarinen ja muut, 2017, s. 6; Koivula ja muut, 2020, s. 102). Palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta tarvitaan luotettavaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää palvelujen ja hoidon laatua sekä kohdentaa voimavaroja väestön terveyden edistämiseksi (Koivula ja muut, 2020, s. 103–104). Sosiaali- ja terveystalouden vaikuttavuuden osoittaminen on haastavampaa, sillä palvelujen

tavoitteena on tukea henkilön toimintakykyä ja toimijuutta monipuolisesti (Koivula ja muut, 2020, s. 104).

Myös sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan käyttää erilaisia laadunhallintamalleja toiminnan tukena (Koivula ja muut, 2020, s. 87). Näistä yleisimpiä ovat ISO-laatujärjestelmä, Eurooppalainen laatupalkinto EFQM, CAF (Common Assessment Framework) ja SHQS eli Sosiaali- ja terveydenhuollon laatuohjelma (Koivula ja muut, 2020, s. 87). SGQS-laatuohjelmassa kokonaisvaltaisen laatujohtamisen termit on käännetty vastaamaan paremmin sosiaali- ja terveydenhuoltoa (Ajmal ja muut, 2016, s. 41). Laadun mittaamiselle sosiaali- ja terveydenhuollossa tuo omat haasteensa niin sanotun tuotoksen määrittely, millä voidaan tarkoittaa esimerkiksi hoidettua potilasta. (Lukkarinen ja muut, 2017, s. 6). Sutela (2003, s. 21) kirjoittaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kilpailuttamisen vaikutuksen palvelujen laatuun ovat vielä epäselviä, mutta niiden myötä laatustandardit ovat yhtenäistyneet yksityisen ja julkisen toiminnan kesken. Ross (2014, s. 562) kirjoittaa, että sosiaali- ja terveydenhuollossa tulisi hyödyntää entistä enemmän pitkälle kehitettyjä tietojärjestelmiä laadunhallinnan tukena.

RAI-arviointivälineistö (Resident Assessment Instrument) kehitettiin 1980-luvun lopussa Yhdysvalloissa parantamaan ikääntyneiden pitkäaikaishoidoin laatua (Stolle ja muut, 2015, s. 612–621). Se on hoidon ja palvelujen laadun parantamisjärjestelmä, jota voidaan hyödyntää monentyyppisten potilas- ja asiakasryhmien tarpeisiin eri palvelumuodoissa, esimerkiksi kotihoidossa (Finne-Soveri ja muut, 2006, s. 24; Foebel ja muut, 2015, s. 7). RAI on kansainvälisesti laajasti käytössä (Stolle ja muut, 2015, s. 613) ja vanhuspalvelulaki (980/2012) muutoksineen (604/2022) velvoittaa ensi vuodesta alkaen hyvinvointialueita käyttämään RAI-työkalua iäkkään henkilön toimintakyvyn arvioinnissa tietyin perustein. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL, 2022) on kehittänyt kansallista laaturekisteritoimintaa, jonka tarkoituksena on tuottaa tietoa hoidon laadun ja vaikuttavuuden seuraamiseksi sote-uudistuksessa. Tavoitteena on tuottaa tilastotietoa, joka mahdollistaa potilaiden sujuvamman hoitopolun, eri hoitokäytäntöjen

vertailtavuuden, eri hoitojen vaikuttavuuden ja turvallisuuden tutkimisen sekä hoitotulosten avoimuuden (Koivula ja muut, 2020, s. 106).

Asiakas- ja potilasturvallisuus kytkeytyvät sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun. Asiakas- ja potilasturvallisuudella tarkoitetaan henkilöiden ja organisaatioiden toimintoja ja periaatteita, joiden avulla varmistetaan hoidon ja palvelujen turvallisuus samalla suojaten asiakkaita ja potilaita vahingoittumasta (Jylhä ja muut, 2021b, s. 15–16; STM, 2022). Tämän lisäksi asiakas- ja potilasturvallisuuteen kuuluvat esimerkiksi tilojen, tietojärjestelmien ja laitteiden turvallinen käyttö sekä toimiva tiedonkulku (Jylhä, ja muut, 2021b, s. 15–16; STM, 2022). Sosiaali- ja terveysministeriö (STM, 2022) on julkaissut asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian ja toimeenpanosuunnitelman vuosille 2022–2026, jonka visiona on, että Suomi on asiakas- ja potilasturvallisuuden mallimaa vuonna 2026.

Hoppania ja muut (2016, s. 89) tuovat ilmi, että sosiaali- ja terveyspalveluita uudistettaessa joudutaan pohtimaan sekä resurssien riittävyyttä, mutta myös laatua ja miten se ymmärretään. Hoppania ja muut kysyvät, luodaanko hyvä ja laadukas hoiva luomalla laki, joka velvoittaa kunnat tarjoamaan hyvää ja laadukasta hoivaa. Esimerkiksi nykyinen vanhuspalvelulaki ei määrittele, mitä laadukas hoiva ja huolenpito käytännössä ovat tai miten hyvä laatu tavoitetaan. Hyvinvointialueiden aloittamisen myötä sosiaali- ja terveyspalvelujen valvontaan kiinnitetään entistä enemmän huomiota ja sitä korostetaan myös hyvinvointialueista säädetyissä laeissa.

5 Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunvalvonta

Tässä luvussa kuvataan sosiaali- ja terveydenhuollon laadunvalvontaa. Sosiaali- ja terveydenhuolto on kehittyneissä maissa yksi säännellyimmistä toimintasektoreista, jota säätelevät lukuisat lainsäädännön vaatimukset ja jota valvotaan jatkuvasti (Heikkilä & Nyman-Jokinen, 2019, s. 63). Tämä johtuu alan luonteesta, sillä sosiaali- ja terveydenhuollossa joudutaan käsittelemään asiakkaiden ja potilaiden kaikista henkilökohtaisimpia tietoja ja toisinaan myös puuttumaan heidän perusoikeuksiinsa (Heikkilä & Nyman-Jokinen, 2019, s. 62–63). Sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuutta ja laatua valvotaan, jotta voidaan varmistaa kansalaisten perusoikeuksien ja yhdenvertaisuuden toteutuminen (Marjamäki & Kaikko, 2017, s. 523–524). Luvussa kerrotaan ensin viranomaisten toteuttamasta valvonnasta. Tämän jälkeen kerrotaan kuntien ja jatkossa hyvinvointialueiden toteuttamasta valvonnasta ja sen keinoista. Lopuksi perehdytään erityisesti omavalvontaan, jonka merkitystä valvontalakiesitys (2022, s. 6) korostaa. Hyvinvointialueiden aloittamiseen ja mahdolliseen valvontalakiesitykseen liittyvät muutokset otetaan huomioon koko luvun ajan.

5.1 Viranomaisvalvonta

Sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle (Nykänen, 2017, s. 15). Valvonta pohjaa lainsäädäntöön ja varmistamiseen, että lainsäädäntö toteutuu (Marjamäki & Kaikko, 2017, s. 523). Asiantuntijalaitoksina sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivat Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL), Fimea eli Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus, Säteilyturvakeskus sekä Työterveyslaitos (Nykänen, 2012, s. 16). Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaviranomaisina toimivat aluehallintovirastot ja Valvira (Nykänen, 2017, s. 16).

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto **Valvira** on sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan keskusvirasto (Koivula ja muut, 2020, s. 106). Valvira perustettiin vuonna 2009 ja vuotta myöhemmin sen toiminta-alue laajeni koskemaan terveydenhuollon lisäksi

sosiaalihuoltoa (Marjamäki & Kaikko, 2017, s. 536). Valviran tehtävänä on ohjata sosiaali- ja terveysministeriön alaisena virastona aluehallintovirastojen toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa ja valvonnassa (Koivula ja muut, 2020, s. 106; Marjamäki & Kaikko, 2017, s. 538). Valvira myöntää lisäksi toimintaluvan yksityisille sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottajille, jos ne toimivat useamman kuin yhden aluehallintoviraston alueella (Valvira, 2022, s.5). Lisäksi Valvira ohjaa ja valvoo julkista ja yksityistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa erityisesti sellaisissa tilanteissa, kun kyseessä on periaatteellisesti tai laajakantoisesti merkittävä asia (Nykänen ja muut, 2017, s. 16). Valvira ohjaa ja valvoo myös tilanteissa, jotka koskettavat koko maata tai usean aluehallintoviraston aluetta tai jos aluehallintovirasto on esteellinen käsittelemään asian (Nykänen ja muut, 2017, s. 16).

Aluehallintovirastot edistävät perusoikeuksien ja oikeusturvan toteutumista, peruspalvelujen saatavuutta, ympäristönsuojelua, sisäistä turvallisuutta sekä terveellistä ja turvallista elin- ja työympäristöä alueillaan (Aluehallintovirasto, nd.). Aluehallintovirastojen tehtävänä on myös ohjata ja valvoa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa omilla toimialueillaan sekä vastata käytännön valvontatyöstä alueilla ratkaisemalla kanteluja ja tekemällä tarkastuskäyntejä (Marjamäki & Kaikko, 2017, s. 536). Manner-Suomessa on kuusi aluehallintovirastoa ja lisäksi Ahvenanmaalla oma valtionvirasto, joka toteuttaa aluehallintoviraston tehtäviä (Aluehallintovirasto, nd.). Vantaan ja Keravan kaupungit ja jatkossa Vantaan ja Keravan hyvinvointialue kuuluvat Etelä-Suomen aluehallintoviraston alueelle. Myös muut kuin sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonalan toimijat voivat tehdä valvontaa. Tällaisia tahoja ovat esimerkiksi eduskunnan oikeusasiamies sekä valtioneuvoston oikeuskansleri, jotka edustavat ylempiä oikeusasteita (Marjamäki & Kaikko, 2017, s. 538).

Aluehallintovirastojen ja Valviran käsittelevät kantelut, oikaisuvaatimukset ja valvontasiat ovat olleet kasvussa samalla tapausten muuttuessa yhä monimutkaisemmiksi (Valvontalakiesitys, 2022, s. 22; Marjamäki & Kaikko, 2017, s. 536).

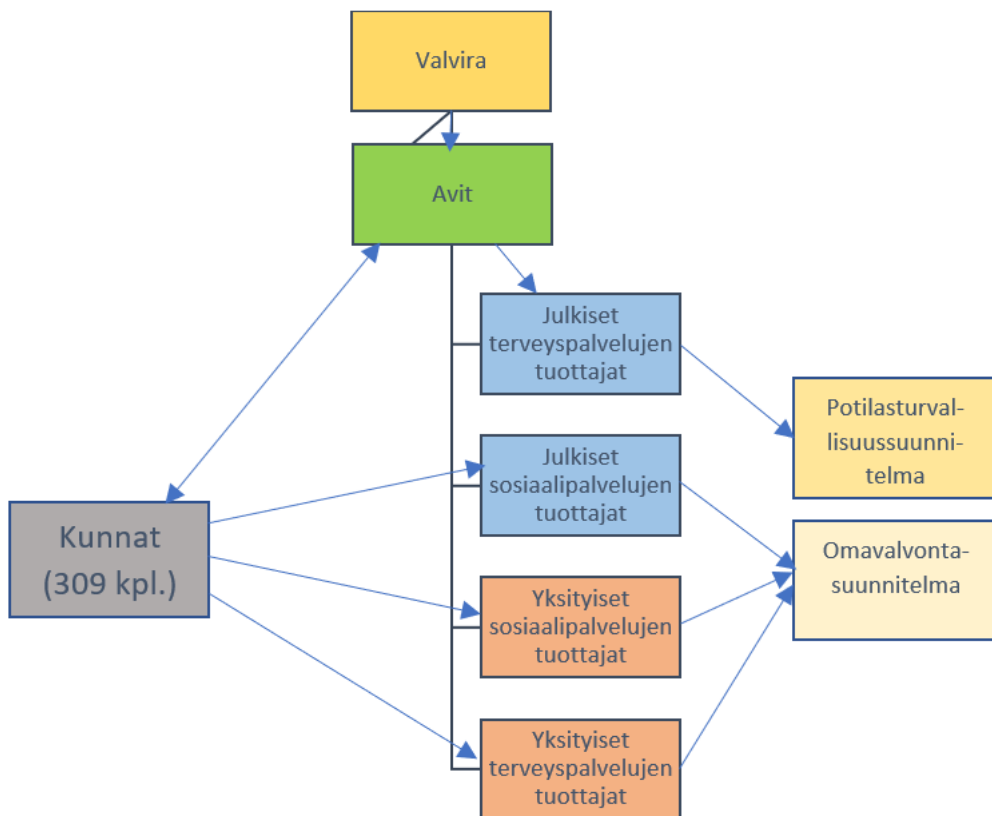
Aluehallintovirastoissa tuli vuonna 2020 vireille 2558 terveydenhuollon valvonta-asiaa ja 1286 sosiaalihuollon valvonta-asiaa (Valvontalakiesitys, 2022, s. 22). Valvirassa tuli vuonna 2021 vireille 1627 terveydenhuollon ja 826 sosiaalihuollon valvonta-asiaa, joista osa siirrettiin aluehallintovirastoille käsiteltäviksi (Valvontalakiesitys, 2022, s. 22). Valvira on laatinut vuodesta 2012 alkaen yhteistyössä aluehallintovirastojen kanssa jokaisella hallitusohjelmakaudelle valtakunnalliset valvontaohjelmat, joiden lähtökohtana ovat tavoitteet hallitusohjelmasta (Husso, 2021, s. 83). Vuoden 2022 valvontakohteita ovat hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa, lastenneuvola, kouluterveydenhuolto sekä opiskeluterveydenhuolto, lasten ja nuorten perustason mielenterveys- ja päihdepalvelut, päihdepalvelut sekä vammaispalvelut (Valvira, 2022, s. 5).

Alun perin osana sote-uudistusta oltiin perustamassa valtakunnallista valvontavirastoa, joka olisi korvannut nykyiset aluehallintovirastot sekä mahdollisesti myös Valviran (Marjamäki ja Kaikko, 2017, s. 536). Valvira ja aluehallintovirastot jatkavat toistaiseksi valvontaviranomaisina (Valvontalakiesitys, 2022, s. 1–6.) Valvontalakiesityksessä on esitetty, että julkisille ja yksityisille palveluille otettaisiin käyttöön yhtenäinen rekisterimalli, niin sanottu Soteri-rekisteri, jonka ylläpidosta valvontaviranomaiset vastaisivat. Tämän myötä myös lupa- ja ilmoitusasioihin liittyvät palveluyksiköiden ennakkotarkastuksen vähenisivät, sillä perustason sosiaali- ja terveydenhuollon ennakkotarkastus suoritettaisiin vain, jos sen arvioidaan olevan tarpeellista toimintaedellytysten olemassaolon tai asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi.

5.2 Kuntien ja hyvinvointialueiden toteuttama valvonta

Tällä hetkellä kunnilla on runsaasti erilaisia ohjaus- ja valvontatehtäviä alueellaan (Nykänen ja muut, 2017, s. 16). Kunnilla ja kuntayhtymillä on vielä vuonna 2022 palvelujenjärjestämistä vastuu sekä ensisijainen ja keskeisin vastuurooli asiakkaiden ja potilaiden perusoikeuksien toteutumisen turvaamisessa, myös valvonnan keinoin (Valvira, 2022, s.7). Kunnalla tai kuntayhtymälle kuuluvia valvontatehtäviä ovat oman toiminnan seuranta ja valvonta, yksityisten palveluntuottajien valvonta sekä alueellaan sijaitsevan palvelutuotannon valvonta (Nykänen ja muut, 2017, s. 21). Lisäksi kunnan

tehtäviin kuuluu ennakolliseen valvontaan osallistuminen sekä valvontatehtävät, jotka liittyvät asiakkaan oikeuksien toteutumisen varmistamiseen (Nykänen ja muut, 2017, s. 16). Sosiaali- ja terveystalvveluita valvontaan monin eri keinoin. Lainsäädäntö painottaa ohjausta ja ennakollista valvontaa valvonnan ensisijaisena muotona (Marjamäki & Kaikko, 2017, s. 525). Valvontatehtäviä ei ole mahdollista siirtää yksityisille palveluntuottajille (Valvira, 2022, s.7).



Kuva 1. Sosiaali- ja terveystalvvelujen valvonta vuonna 2022.

Yllä olevassa kuvassa (Kuva 1) on jäſennelty kuntien valvontavastuuta suhteessa Valviraan ja aluehallintovirastoihin vuonna 2022 ſekä ſoſiaali- ja terveystalvvelujen vastuita oman toiminnan valvontaan joko potilasturvallisuus- tai omavalvontasuunnitelmien kautta.

Sopimusohjauksella tarkoitetaan sellaista tilaaja-tuottaja -mallin sovellusta, jossa toiminnasta sovitaan eksplisiittisin sopimuksin ja niitä käytetään keskeisenä toiminnan ohjauksen välineenä (Sutela, 2003, s. 145). Kunnan hankkiessa palvelut kunnan ulkopuolelta, joko toiselta kunnalta, yhteisöltä tai yksityiseltä yritykseltä, on tästä tehtävä erillinen ostopalvelusopimus (Sutela, 2003, s. 144). Palvelujen hankinnoissa toteutettavat hankintamenettely ja sopimuseuranta ovat keskeisiä keinoja valvontavastuun toteutuksessa (Nykänen ja muut, 2017, s. 16). Onnistunut sopimusjärjestely vaatii sopimustenhallintakykyä ja se ehkäisee sopimukseen liittyviä ongelmia (Brown & Potoski, 2003, s. 154). Ostopalvelusopimukseen on mahdollista sisällyttää erilaisia keinoja puuttua laatupoikkeamiin palveluissa (Valvira, 2022, s. 7). Esimerkiksi Ristolainen ja muut (2021, s. 227) tuovat esille, että ostopalvelujen ongelmiin syy löytyy usein kuntien heikoista hankintaosaamisesta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon **ammattihenkilöiden valvonnassa** työnantajalla on ensisijainen vastuu huolehtia siitä, että työntekijät toimivat laissa säädettyjen velvollisuuksien ja työnantajan ohjeiden mukaisesti (Husso, 2021, s. 86). Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt merkitään Valviran ylläpitämään sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin, josta kuka tahansa voi käydä katsomassa tiedot rekisteriin merkitystä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstä (Nykänen ja muut, 2017, s. 16–17). Esihenkilön on viipymättä ryhdyttävä toimenpiteisiin, mikäli hän havaitsee työntekijän työskentelyssä puutteita tai epäasianmukaisuutta (Husso, 2021, s. 86). Jos työnantajan omat keinot eivät riitä ongelmien korjaamiseen ja ammattihenkilön toiminta edelleen vaarantaa asiakas- ja potilasturvallisuutta, tulee asiasta ilmoittaa valvontaviranomaisille (Husso, 2021, s. 86–87).

Ennakollinen valvonta on ennakoivaa, palvelujen järjestämiseen sekä niiden suunnitteluun liittyvää valvontaa (Husso, 2021, s. 81). Valvontaprosessi alkaa jo palveluntuottajien rekisteröitymisvaiheesta ja yksityiseen palvelutuotantoon kuuluvaa lupa- ja ilmoitusmenettely on osa ennakollista valvontaa (Marjamäki & Kaikko, 2017, s.

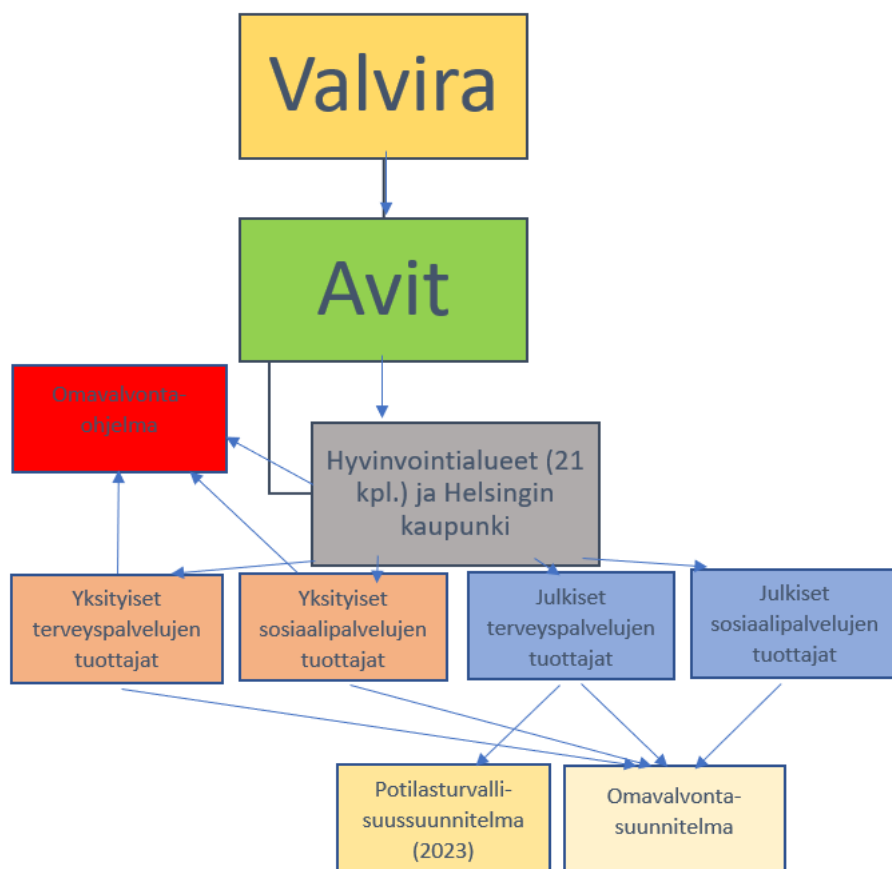
525). Lupamenettelyssä kunta tai viranomainen arvioivat yksityisen palveluntuottamisen edellytykset, tilojen soveltuvuuden, potilas- ja asukaspaikkojen määrään ja henkilöstömitoituksen (Husso, 2021, s. 81). Tällä hetkellä julkinen ja yksityinen palveluntuotanto ovat eriarvoisessa asemassa, sillä julkisilta palveluilta ei edellytetä viranomaisten lupaa (Husso, 2021, s. 81). Sosiaalihuollossa on sekä ilmoituksen- että luvanvaraisia palveluita, joista ympärivuorokautinen palvelu edellyttää tällä hetkellä joko Valviran tai aluehallintoviraston luvan (Marjamäki & Kaikko, 2017, s. 525). Yksityinen terveydenhuolto on yleensä aina luvanvaraista toimintaa (Husso, 2021, s. 81). Uusi valvontalakiesitys (2022, s. 33) toisi mukanaan yhtenäisen rekisteröintimallin sekä julkiselle että yksityiselle palvelulle.

Suunnitelmallisen valvonnan keinoja ovat valvonta palveluntuottajan omavalvontasuunnitelmien, asiakirjojen ja raporttien kautta sekä suunnitelmalliset ohjaus- ja valvontakäynnit niin palveluntuottajien kuin kuntienkin luo (Husso, 2021, s. 83). Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma kohdentaa suunnitelmallista valvontaa riskiperustaisesta sellaisiin palveluihin, joiden saatavuudessa, laadussa tai oikea-aikaisuudessa on suurimpia puutteita (Valvira, 2022, s. 6). Suunnitelmallinen valvonta varmistaa, että valvonnassa ei ole ainoastaan kyse reaktiivisesta valvonnasta, vaan valvonta on sekä pitkäjänteistä että riskiperustaista (Valvira, 2022, s. 6).

Reaktiivisessa valvonnassa eli jälkikäteisvalvonnassa valvontaviranomaisen tai kunnan tehtävänä on arvioida organisaation tai yksikön toimintaa kantelussa esille tulleen asian suhteen (Husso, 2021, s. 84). Reaktiivinen valvonta voi perustua aluehallintoviranomaisille, eduskunnan oikeusasiamiehelle ja valtioneuvoston oikeuskanslerille tehtyihin kanteluihin ja epäkohtailmoituksiin (Marjamäki & Kaikko, 2017, s. 525). Valvontaviranomainen voi ottaa asian käsiteltäväkseen myös omasta aloitteestaan, mikäli se saa tietoonsa esimerkiksi median kautta sellaisen asiakas- ja potilasturvallisuutta vaarantavan seikan tai tapahtuman, johon se katsoo olevan aihetta puuttua (Husso, 2021, s. 85). Reaktiivisella valvonnalla on tärkeä rooli kaikista

heikoimmassa asemassa olevien asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä oikeusturvan toteutumisen kannalta (Husso, 2021, s. 83).

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuun siirtymisen myötä myös palveluntuotannon ohjaus ja valvonta vastuu siirtyy kunnilta hyvinvointialueille (Valvira, 2022, s. 8). Uudistus mahdollistaa järjestelmällisemmän asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämisen ja resurssien ohjausta turvallisuustoiminnan kehittämiseen, valvontaan, tilannekuvan ylläpitoon, mittaamiseen, raportointiin sekä tulosten seurantaan ja tutkimukseen (STM, 2022). Kaasalainen (2019, s. 128) kirjoittaa, että hyvinvointialuilla tuleekin olemaan huomattavasti enemmän tietotaitoa ja resursseja valvonnan toteuttamiseen sekä esimerkiksi ostopalveluja koskevien tarjouspyyntöjen tekoon.



Kuva 2. Sosiaali- ja terveyspalvelujen valvonta vuosina 2023 ja 2024

Yllä olevassa kuvassa (Kuva 2.) kuvataan sosiaali- ja terveystalvelujen valvontaa vuosina 2023 sekä 2024. Sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisvastuun siirtyessä kunnilta hyvinvointialueille siirtyy myös vastuu niiden valvonnasta. Hyvinvointialueiden ja yksityisten sosiaali- ja terveystalvelun tuottajien tulee laatia toiminnastaan omavalvontaohjelma (Järjestämislaki 612/2021 40 §).

5.3 Omavalvonta

Omavalvonnalla tarkoitetaan lakiin perustuvaa veloitetta valvoa omaa toimintaa (Nykänen ja muut, 2017, s. 6). Järjestämislaissa (612/2021) todetaan, että hyvinvointialueen sekä yksityisen palveluntuottajan on omavalvonnalla varmistettava tehtäviensä asianmukainen hoitaminen. Omavalvonnan prosessissa tunnistetaan ennakoituja riskejä ja suunnitellaan keinoja ja toimintatapoja niiden hallitsemiseksi (Husso, 2021, s. 90). Omavalvonta on koko työyhteisön toteuttamaa jatkuvaa toimintaa laadun varmistamiseksi ja kehittämiseksi (Nykänen ja muut, 2017, s. 6). Hankintasopimuksen vaatimukset kuuluvat osaksi omavalvonnassa seurattavia asioita (Husso, 2021, s. 90). Keskeisessä roolissa omavalvonnassa omat yksiköiden omavalvontasuunnitelmat sekä tulevaisuudessa koko hyvinvointialueen kattava omavalvontaohjelma (Koivula ja muut, 2020, s. 86; Sadeoja & Hautsalo, 2022). Valvontalakiesitys (2022, s. 6–7) korostaa sekä palvelunjärjestäjien että palveluntuottajien omavalvontaa.

Omavalvontaohjelma on uusi strateginen väline hyvinvointialueiden omavalvonnan toteuttamiseen ja seurantaan, ja sen tehtävänä on varmistaa, että vastuu palvelujen lainmukaisesta toteutumisesta kuuluu hyvinvointialueilla osaksi järjestämis- ja tuottamistehtävää (Sadeoja & Hautsalo, 2022). Myös yksityisten sosiaali- ja terveystalvelujen tuottajien tulee laatia omavalvontaohjelma (Järjestämislaki 612/2021 40 §, ks. kuva 2). Omavalvontaohjelmassa tulee määritellä, miten kokonaisuudessaan järjestetään ja toteutetaan hyvinvointialueen tehtävien lainmukainen hoitaminen, tehtyjen sopimusten noudattaminen, palvelujen saatavuus, jatkuvuus, turvallisuus, laatu ja asiakkaiden yhdenvertaisuus sekä miten edellä olevia asioita seurataan, kuinka

havaitut puutteellisuudet korjataan ja miten seurantaan perustuvat havainnot ja niiden perusteella tehtävät toimenpiteet julkaistaan (Järjestämislaki 612/2021 40 §). Laissa erikseen säädettyt omavalvontasuunnitelmat ja potilasturvallisuussuunnitelmat ovat osa omavalvontaohjelmia. (Järjestämislaki 612/2021 40 §).

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) sekä laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990) velvoittavat toimintayksiköitä laatimaan **omavalvontasuunnitelman**. Omavalvontasuunnitelma vaaditaan kaikilta sosiaalihuollon toimintayksiköiltä, sekä yksityisiltä terveydenhuollon palveluita tuottavilta yksiköiltä (Koivula, 2020, s. 86.). Vielä vuonna 2023 julkiset terveystalujen tuottajat laativat toiminnastaan potilasturvallisuussuunnitelman, joka vastaa sisällöllisesti omavalvontasuunnitelmia. Vuoden 2024 jälkeen myös julkiset terveystalut laativat omavalvontasuunnitelman, mikäli valvontalakiesitys (2022, s. 33) toteutuu sellaisenaan (ks. kuva 2).

Lumijärvi ja Jylhäsaari (2000, s. 95) kirjoittavat omavalvontajärjestelmien olevan yhdenlainen muunnos laadunvalvontajärjestelmästä tai sitä täydentävä järjestelmä. Heidän mukaansa omavalvontajärjestelmä voi määrittää suhtautumista haittoihin, joita ei voida tarkoin ennakoita. Lisäksi se voi olla niin sanottujen valvonnallisten erityiskohteiden ennakointia ja dokumentointia. Marjamäki ja Kaikko (2017, s. 533) kuvaavat, että parhaillaan omavalvonta on osa toimintayksikön arkea ja siinä korostuu palveluntuottajien vastuu oman toiminnan asianmukaisuudesta, palvelujen laadusta sekä asiakasturvallisuudesta. Omavalvontasuunnitelman ohjaa käytännön toimintaa päivittäisten palvelujen laadun seuranta ja kehittämistä varten (Koivula ja muut, 2020, s. 86). Omavalvontasuunnitelman avulla pystytään tunnistamaan, ehkäisemään ja korjaamaan nopeasti asiakkaan palveluissa esiintyvät epäkohdat ja palvelun onnistumisen kannalta epävarmat ja riskialttiit tilanteet (Valvira, 2021).

5.4 Asiakkaan ja potilaan oikeusturva

Lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista sekä lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista on kirjattu asiakkaan ja potilaan oikeus tehdä **muistutus**, jos hän on

tyytymätön saamaansa hoitoon tai kohteluun (Koivula ja muut, 2020, s. 107). Mikäli asiakas ei kykene esimerkiksi sairauden tai muun syyn vuoksi tekemään itse muistutusta, voi sen tehdä myös hänen laillinen edustajansa, omainen tai muu läheinen (Marjamäki & Kaikko, 2017, s. 532). Toimintayksikössä on tiedotettava oikeudesta muistutuksen tekemiseen ja sen tekeminen on oltava mahdollisimman vaivatonta (Koivula ja muut, 2020, s. 107). Joko toimintayksikön tai johtavan viranhaltijan on kirjattava muistutus, käsiteltävä se asianmukaisesti ja annettava kirjallinen vastaus kohtuullisessa ajassa perusteluineen (Marjamäki & Kaikko, 2017, s. 532).

Kantelun (hallintokantelun) voi tehdä viranomaisen, tai siihen palvelusuhteessa olevan henkilön, lainvastaisesta menettelystä tai velvollisuuden täyttämättä jättämisestä (Koivula ja muut, 2020, s. 107). Kantelu tulee ensisijaisesti tehdä kirjallisena (Marjamäki & Kaikko, 2017, s. 532). Aluehallintovirasto käsittelee pääosin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaan liittyviä kanteluita, mutta Valvira käsittelee ne silloin, jos hoitovirheen epäillään johtaneen potilaan kuolemaan tai pysyvään, vaikeaan vammaan (Koivula ja muut, 2020, s. 107). Valvova viranomainen ryhtyy niihin toimenpiteisiin, joihin se kantelun perusteella katsoo olevan aiheutta ja mikäli aiheutta toimenpiteisiin ei katsota olevan, tulee siitä ilmoittaa kantelun tekijälle (Marjamäki & Kaikko, 2017, s. 532). Kantelu voi johtaa kurinpidollisiin toimenpiteisiin tai rikostutkintaan, mutta yleisimpiä seuraamuksia ovat niin sanotut hallinnolliset ohjauskeinot eli huomion kiinnittäminen, huomautus tai vakava huomautus (Marjamäki & Kaikko, 2017, s. 533).

Jos on tyytymätön hyvinvointialueen aluehallituksen tai lautakunnan sekä niiden jaoston ja alaisen viranomaisen päätökseen, on mahdollista hakea **oikaisuvaatimus**, joka tulee käsitellä kiireellisenä (Laki hyvinvointialueista 611/2021 139 §). Hyvinvointialueiden aloitettua hallinto- ja kunnallisvalitus poistuvat ja tilalle tulee **aluevalitus**. Aluevalituksella voi hakea muutosta hallinto-oikeudelta aluevaltuuston päätökseen, hyvinvointiyhtymän yhtymävaltuuston ja yhtymäkokouksen päätökseen sekä aluehallituksen ja lautakunnan tai johtokunnan ja viranhaltijan oikaisuvaatimukseen antamaan päätökseen (Laki hyvinvointialueista 611/2021 140 §). Lain mukaan

terveydenhuollon toimintayksikön on nimitettävä **potilasasiamies** ja kunnan (jatkossa hyvinvointialueen) **sosiaaliasiamies**, joiden tehtävinä on neuvoa potilaita ja asiakkaita, jotta lakien kuvaamat oikeudet toteutuvat (Koivula ja muut, 2020, s. 107–108).

6 Tutkimuksen tulokset

Tässä luvussa avataan empirian kautta saatuja tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksen empiria on kerätty sekä haastatteluiden että tutkimuksen tekijän harjoittelun ja työkokemuksen kautta tehtyjen havaintojen ja aineistojen perusteella. Ensimmäisenä luvussa kuvataan haastateltavien ajatuksia laadun määritelmästä sosiaali- ja terveystalvveluissa, keskittyen lopussa erityisesti kotiin vietävien palvelujen erityispiirteisiin. Sen jälkeen kerrotaan, kuinka laadunvalvontaa toteutetaan Vantaan ja Keravan kaupungeissa tällä hetkellä ja kuinka kotiin vietävät palvelut on huomioitu osana laadunvalvonnan kokonaisuutta. Samalla avataan haastateltavien ajatuksia kaupunkien laadunvalvonnan hyvistä puolista ja haasteista. Lopuksi kootaan yhteen haastateltavien toiveita hyvinvointialueen laadunvalvonnan kehittämiseen. Haastattelujen kautta saatua aineistoa on täydennetty tutkijan tekemillä havainnoilla sekä saatujen dokumenttien perusteella.

6.1 Laatu sosiaali- ja terveystalvveluissa ja kotiin vietävissä palveluissa

Kuten aiemmin tutkimuksessa on todettu, laadun määrittelemine ja mittaaminen ei ole yksinkertaista (ks. esim. Oulasvirta, 1992, s. 86–87). Samanlainen huomio siitä, että tarkkaa määritelmää laadukaille sosiaali- ja terveystalvveluille tai niiden mittaamiseen ei ole, nousi myös jokaisessa haastattelussa esille. Yksi haastateltavista ajatteli, että vaikuttavuutta on helpompi mitata kuin laatua. Lukkarinen ja muut (2017, s. 6) kirjoittavat, vaikuttavuudessa pitkän aikavälin muutokset ovat keskiössä, kun taas laadulla viitataan lyhyemmän aikavälin toimintaan ja sen mittaamiseen. Sosiaali- ja terveystalvveluissa pitkän aikavälin toimintaa on usein helpompi mitata ja todeta palvelu vaikuttavaksi. Toinen haastateltava taas kuvasi, että laatu ei ole yksiselitteistä vaan se sisältää objektiivisia määritteitä sekä arvoiniin liittyviä subjektiivisia laatukäsitteitä. Haastatteluissa nousi esille, että sosiaali- ja terveystalvvelujen työntekijöiden kanssa olisi hyvä käydä säännöllistä keskustelua siitä, mitä laadukkaalla ja vaikuttavalla työllä tarkoitetaan ja mistä se juuri kyseisessä palvelussaan koostuu.

Haastateltavat tunnistivat useita erilaisia laatutekijöitä sosiaali- ja terveystalvaeluissa, joista keskeisemmäksi nousi asiakas, hänen kokemuksensa palvelun laadusta ja asiakkaan tyytyväisyys saamastaan palvelusta. Kaikki haastateltavat korostivat asiakasta toiminnan ja laadun arvioinnin keskiössä. Asiakasta korostetaan myös STM:n, Stakesin ja Suomen Kuntaliiton julkaisussa ”Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle (1999, s. 11), jossa todetaan asiakaslähtöisyyden olevan entistä hyväksytympi kehittämistavoite julkisissa ja yksityisissä organisaatioissa ja samalla keskeisimpiä hallinnon uudistamisten perusajatuksia. Palvelun tulee olla sellaista, jota asiakkaan tilanne edellyttää sekä tuotettu asianmukaisesti ja lain määrittelemällä tavalla. Haastateltavien havainnot olivat samansuuntaisia Pekurisen ja muiden (2008, s. 20) kanssa, jotka kirjoittavat laadun olevan sitä, että asiakas saa tarpeensa mukaista palvelua oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Asiakastyytyväisyyden varmistamiseksi sekä Vantaalla että Keravalla kerätään asiakaspalautetta ja järjestetään asiakastyytyväisyyskyselyjä. Kyselyiden tiheys on ollut palvelu- ja kaupunkikohtaista, mutta pyrkimyksenä on toteuttaa kyselyitä säännöllisesti ja hyödyntää palautetta toiminnan kehittämisessä.

Työskentelyn on oltava tavoitteellista ja suunnitelmallista, jotta asiakasta saa tarvitsemansa avun ja hänen tilanteeseensa tarvittavan muutoksen. Useat haastateltavat korostivat, että asiakkaalla on oltava tieto, miksi hän on tietyn palvelun piirissä. Työskentelyä arvioidessa myös asiakasta on kuultava. Työntekijöiden osaaminen, ammattitaito ja koulutus nähtiin niin ikään keskeisinä laatutekijöinä, joiden merkitystä myös esimerkiksi Hämäläinen ja Vornanen (2021, s. 29) korostavat. Vantaa on ollut mukana NHG:n vertaiskehittämisessä ja sitä kautta saadaan kaksi kertaa vuodessa valtakunnallista vertailutietoa laatutyön tueksi. Yhtenä laatumittarina vertaiskehittämisessä on ollut omatyöntekijyyden toteutuminen, jolla on keskeinen merkitys asiakkaan kokemuksen kannalta.

Erityisesti lapsi- ja perhepalvelujen osalta ajateltiin, että palvelu voi olla laadukasta siitä huolimatta, ettei asiakas koe tarvitsevänsä sitä. Joissain tapauksissa asiakkaan

kokemus palvelun tarpeettomuudesta voi vaikuttaa asiakastyytyvyyteen ja johtaa ristiriitaisiin tulkintoihin. Yksi haastateltavista kuvasi, että tilanteissa, joissa asiakas ei ymmärrä palvelun tarvetta, hän voi antaa negatiivista palautetta palveluntuottajan toiminnasta, vaikka palvelu olisikin ollut laadultaan hyvää. Sosiaali- ja terveystyöpalvelujen laadun määrittelyä onkin kuvattu haastavaksi, sillä kokemus laadusta on subjektiivista ja erilaisia näkökulmia on useita (Koivula ja muut, 2020, s. 76; Rissanen & Lammintakanen, 2018, s. 33–34). Asiakas ja työntekijä voivat ajatella palvelun laadusta ja tarpeellisuudesta hyvin eri tavalla. Toisaalta yksi haastateltava kuvasi, että laadukkuutta voidaan sanoa olevan se, että työlle asetetut tavoitteet on saavutettu. Hän kuitenkin ajatteli, että hyvää laatua voi olla sekin, että vaikka tavoitteita ei saavutettaisi, tapahtuu asiakkaan elämässä jotakin muunlaista muutosta positiiviseen suuntaan. Tämä näkökulma on yhteydessä yleiseen laadun käsitteeseen, jonka mukaan laadun ajatellaan olevan kaikkea hyvää (Sarala & Sarala, 2001, s. 95). Laadun määrittely sosiaali- ja terveystyöpalveluissa on kuitenkin hyvin erilaista verrattuna moniin muihin palveluihin ja aloihin (Ross, 2014, s. 1).

Erilaisilla dokumenteilla sekä toimintayksiköiden tekemillä kirjauksilla pyritään varmistamaan työn vaikuttavuutta ja sitä, että asiakas saa tarpeensa mukaista palvelua ja asiakkaan tilanne etenee toivotun muutoksen mukaisesti. Palvelun tulee olla sopimuksenmukaista. Sekä asiakkaan että palvelunjärjestäjän kannalta on oleellista, että asiakas saa sellaista palvelua, mistä on maksettu. Lisäksi kaupungit pyytävät erilaisia yhteenvetoja ja analyyskejä asiakasprosesseista palveluntuottajilta. Toimintayksiköiden omavalvontasuunnitelmia ja toimintasuunnitelmia seurataan kaupunkien puolesta. Kaupungit seuraavat lisäksi käyntien toteutumista ja tiheyttä, välitöntä asiakastyöaikaa sekä laskutusta.

Haastatteluissa korostui, että asiakkaan pitää saada tasavertaista palvelua, oli kyseessä sitten oma tuotanto tai ostopalvelu. Lähes kaikki haastateltavat toivat ilmi, että yleiset raamit palvelujen myöntämisessä luovat laatua. Samoin palvelukuvauksien sisältö tunnistettiin merkittävänä laatutekijänä. Asiakkaan tulee saada palvelu juuri sellaisena,

kun se on palvelukuvauksiin kirjattuna ja niin, että se vastaa asiakkaan tarvetta. Hyvillä palvelukuvauksilla on merkittävä rooli laadunvalvonnan varmistamisessa. Yhtenäiset palvelukuvaukset on tunnustettu keskeiseksi tekijäksi asiakkaiden yhdenvertaisuuden toteutumisessa myös Kuntaliiton julkaisemassa Sote-järjestäjän työkalupakissa (Taponen & Kiviniemi, 2019, s. 42). Yksi haastateltavista kuvasi palvelukuvasten tärkeyttä seuraavasti:

”Mut tosi kriittinen on se, että on hyvät palvelukuvaukset, jossa kerrotaan mikä se palvelun sisältö on. Et mitä tarkemmin on määritelty palvelu, sen helpompaa on myös palvelun laadunvalvonta. On vaikea valvoa sellasta, mitä ei tiedä edes mitä sen pitäisi olla.”

Kotiin vietävien palvelujen laadun koettiin koostuvan pitkälti samoista elementeistä, kuin sosiaali- ja terveystalvelujen laadun yleensäkin. Kuitenkin kotiin vietävien palvelujen valvonnassa koettiin olevan erityispiirteitä verrattuna esimerkiksi asumistalveluihin. Kotiin vietävät talvelut ovat laadukkaita, kun ne tukevat asiakkaan kotona selviytymistä ja omatoimisuutta. Kuten muissakin laadukkaissa sosiaali- ja terveystalveluissa, kotiin vietävissä talveluissa asiakas saa hänelle myönnetyn talvelun oikeaan aikaan ja talvelu täyttää lain edellytykset. Talvelu tapahtuu asiakkaan kotona, ja paikalla ovat usein vain asiakas ja työntekijä. Haastatteluissa ilmeni, että kotiin vietävien talvelujen laadussa voi olla paljon vaihtelua ja se voi olla työntekijäriippuvaista. Kotiin vietävissä talveluissa ei ole samanlaista työyhteisön selkärankaa valvonnan tukena. Tämän vuoksi dokumentaation ja asiakaspalautteiden merkitys korostuu entisestään.

Monessa haastattelussa nousi esille, että laatu teemana on sellainen, jonka äärelle tulisi pysähtyä enemmän ja käydä työyhteisössä yhteistä keskustelua aiheeseen liittyen. Monet haastateltavat pohtivat myös kotiin vietävien talvelujen tulevaisuutta ja useampi heistä korosti, että kotiin vietävien talvelujen osuus sosiaali- ja terveystalveluissa tulee todennäköisesti kasvamaan. Laitos- ja asumistalvelut ovat viimesijaisia sekä kalliita vaihtoehtoja, mutta niillekin on tarpeensa. Haastateltavien näkemys on linjassa

suomalaisen hoivapolitiikan suhteen, jossa kotiin vietäviä palveluja korostetaan ensisijaisena vaihtoehtona (ks. esim. Anttonen, 2009, s. 70).

6.2 Laadunvalvonta Vantaalla ja Keravalla

Molemmissa kaupungeissa laadunvalvonnan prosessi eteni samansuuntaisesti ja haastateltavat tunnistivat yhteisiä elementtejä. Laadunvalvonta on laaja kokonaisuus, joka sisältää muutakin kuin vain valvontakäynnit. Kotiin vietävissä palveluissa on samanlaisia valvontamenetelmiä kuin asumispalveluissa, mutta valvontatapahtuma toteutuu erilaisessa ympäristössä. Vantaalla valvontatyöhön on tällä hetkellä käytettävissä huomattavasti enemmän resurssia kuin Keravalla. Vantaa kuitenkin on kaupunkina myös Keravaa huomattavasti suurempi. Suunnitelmallista laadunvalvontaa Keravalla hoitavat tehtäväalueiden päälliköt muiden töidensä ohessa ja lähiesihenkilöt osallistuvat prosesseihin etenkin reaktiivisissa tilanteissa. Vantalla päällikötason lisäksi laadunvalvonnan parissa työskentelee useampi laatukoordinaattori, joiden työkuvaan kuuluu nimenomaan oman palvelualueensa laadunvalvonta.

Valvonnan kuvattiin olevan niin ennakkollista, suunnitelmallista kuin reaktiivistakin. Moni haastateltava toi esiin, että ennakkollisen valvonnan ja ohjauksellisuuden pitäisi olla entistä keskeisemmässä roolissa. Tämä ajatus on lähtökohtana myös valtakunnallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon laadunvalvonnan kehittämisessä (Nykänen ja muut, 2017, s. 14). Ennakollinen valvonta lähtee liikkeelle jo sopimuksien alusta. Kaupunkien omista palveluista tiedonkeruu yksiköistä on helpompaa esimerkiksi kirjauksien kautta, joihin myös valvontaa suorittavilla työntekijöillä on usein pääsy. Jokaisessa palvelussa on tietyt asiat mitä seurataan, esimerkiksi asiakassuunnitelmat, toteutuneet käynnit, kirjaukset, päivittäismerkinnät, laskutus, käyntiajat, palautteet sekä niiden hyödyntäminen palvelujen kehittämisessä sekä ohjauksessa. Molemmissa kaupungeissa ovat järjestetty ohjausta ja koulutusta palveluntuottajille, esimerkiksi omavalvontasuunnitelmien tekoon liittyen. Lisäksi palveluista kerätään palautetta niin asiakkailta kuin omaisiltakin.

Suunnitelmalliseen valvontaan kuuluvat sovitut tapaamiset palveluntuottajien kanssa. Suunnitelmallisesta valvontakäynnistä tiedotetaan palveluntuottajaa hyvissä ajoin ja ennen käyntiä pyydetään valvontaa varten tiettyjä asiakirjoja ja dokumentaatiota. Niiden avulla todennetaan, että palveluntuottaja toimii palvelulainsäädännön mukaisesti, palveluntuottajalla on riittävät varautumis- ja riskienhallinnan toimintatavat, sekä henkilöstösuunnitelma. Oma- ja ulkovalvontasuunnitelma on yksi keskeisimmistä dokumenteista. Käynnin aikana haastatellaan yksiköstä vastaavaa työntekijää ja mahdollisuuksien mukaan myös muita työntekijöitä tai asiakkaita. Haastatteluissa ilmeni, että kotiin vietävissä palveluissa asiakkaiden haastattelu usein vaikeampi toteuttaa.

Vuoropuhelun ja luottamuksellisen yhteistyön syntyminen palveluntuottajan kanssa koettiin tärkeänä. Monet haastateltavat ajattelivat, että valvonnalla on turhan negatiivinen sävy ja sen tavoitetta toiminnan kehittämisen apuna pitäisi korostaa. Yksi haastateltava kuvasi, että harvinaisia, mutta hedelmällisimpiä ovat tilanteet, joissa asiakas on mukana valvontatapahtumassa pohtimassa palvelua ja mahdollista tyytymättömyyttään siihen. Monet haastateltavat kokivat, että tällä hetkellä valvonta koostuu turhan usein vain reaktiivisista valvontakäynneistä eli valvontaa lähdetään suorittamaan laatupoikkeamaepäilyn takia. Epäily laatupoikkeamasta voi tulla kaupungin tietoon esimerkiksi palautteiden kautta tai aluehallintovirastolta. Laatupoikkeamat voivat aiheuttaa erilaisia toimenpiteitä vakavuuden mukaan. Jos palveluntuottaja ei korjaa puutteita toiminnassaan, voidaan sille määrätä viimesijaisena keinona sopimussanktioita.

Laadunvalvonnassa hyödynnetään RAI-arviointeja, erilaisia työ- ja asiakasturvallisuutta mittaavia välineitä, esimerkiksi työturvallisuusjärjestelmä Tutkaa sekä Haiproja ja Sproja. Haipro on terveydenhuollon organisaatioille suunnattu raportointityökalu, jonka avulla kerätään tietoa terveydenhuollon haittatapahtumista ja kuinka prosesseja on niiden kautta kehitetty (Holmström ja muut, 2018, s. 864–872). Spro on vastaavanlainen järjestelmä, joka on kehitetty sosiaalihuollon epäkohdista ilmoittamiseen. Haipro- ja Spro-ilmoitusten kautta reagoidaan läheltä piti -tilanteisiin. Yksi haastateltavista totesi,

että keskeistä on se, miten läheltä piti tilanteessa ja sen jälkeen on toimittu eli onko tilanteesta otettu opiksi ja huomioitu se toiminnan kehittämisessä, jotta vastaavia tilanteita ei pääsisi jatkossa tapahtumaan.

Vantaan haastateltavat kokivat erityisesti kotiin vietävien vanhus- ja vammaispalvelujen osalta, että niitä valvontaan ostopalvelujen osalta jo melko kattavasti. Kuitenkin omaan toimintaan on vasta vuonna 2021 alettu tekemään säännöllisesti valvontakäyntejä ja toiminta on vielä kehitteillä. Vantaalla auditoitiin vuonna 2021 laadunvalvontaa kahteen kaupungin kotihoidon yksikköön ja siitä saatiin hyviä kokemuksia. Toiveena on, että toimintatapaa voitaisiin hyödyntää myös jatkossa ja laajentaa koskemaan muitakin yksiköitä ja palveluita.

Yhden haastateltavan mielestä vahvuutena Vantaan valvontatyössä tällä hetkellä ovat välittävät ihmiset. Haastateltava kuitenkin koki, että työntekijöiden osaamisessa on puutteita ja lisäkoulutusta tarvittaisiin. Haastateltavat ajattelivat Vantaan osalta, että ohjausta ja valvontaa olisi mahdollista toteuttaa tehokkaammin ja systemaattisemmin. Tähän tarvittaisiin kuitenkin enemmän resurssia tai ainekin koulutusta. Omavalvontasuunnitelmien suhteen moni koki, että palveluntuottajat tarvitsevat entistä enemmän ohjeistusta. Samanlaisia havaintoja tehtiin Ylikansallisen valvontakeskushankkeen tiimoilta, jonka loppuraportissa todetaan, että omavalvontaan ei ole kansallisesti saatavilla yhtenäistä koulutusta ja koulutustarpeita nousee etenkin valvontatyötä tekevien ja palveluntuottajien osalta (Lehtimäki ja muut, 2021, s. 27). Myös koronapandemia on varsinkin alkuvaiheessa tuonut omat haasteensa laadunvalvontaan. Yksi haastateltava kertoi, että tämä näkyi erityisesti kotiin vietävissä palveluissa.

Vahvuutena Keravalla koettiin ilmoituksenvaraisten palveluntuottajien valvonta. Yksi haastateltava kuvasi, että Keravalla on panostettu valvontalakiesityksen mukaisesti omavalvontaan ja tehty järjestelmällistä työtä palveluntuottajien kanssa omavalvonnan ja omavalvontasuunnitelmien kehittämiseksi. Vahvuutena nähtiin myös lastensuojelun

avopalvelut, joita on valvottu vuodesta 2021 lähtien suunnitelmallisesti kaksi kertaa vuodessa. Lastensuojelun valvonnassa hyödynnetään Uudenmaan kuntien yhteistä valvontaverkostoa, joka tekee yhteistyötä ja valvoo avohuollon sekä sijaishuollon ympärivuorokautisia palveluita. Keravalla mallia on laajettu koskemaan muitakin palveluita. Yhteistyön kautta on luotu yhteisiä lomakepohjia, joita kunnat ovat voineet muokata omaan käyttöönsä sopiviksi. Keravalla on olemassa lastensuojelussa määrämuotoinen lomakkeisto, joka helpottaa valvontatyön toteuttamista.

Keravalla haasteena nähtiin erityisesti resurssien puute. Kun valvonta on yhden ihmisen vastuulla, joka hoitaa sitä muiden töiden ohessa, ei systemaattinen valvonta ole mahdollista. Tällöin käynnit ovat satunnaisia ja pohjautuvat pitkälti reaktiivisiin käynteihin. Yksi haastateltava kuitenkin toi esiin, että tällaisessa toimintatavassa hyvä puoli on se, että yhdellä valvontaa toteuttavalla ihmisellä on kaikki tieto alueen valvontatapauksista. Tällainen toimintamalli on kuitenkin todella haavoittuvainen. Resurssien puutteen nähtiin Keravalla estävän valvonnan kehittämisen. Tänä vuonna hyvinvointialueen valmistelu on vienyt aikaa myös muulta kehittämistyöltä.

Keravalla on käytössä yleinen asiakastytyväisyyskysely lähes jokaisessa toimipisteessä ja tablettiversiona kotiin vietävissä palveluissa. Tabletteja ei kuitenkaan riitä jokaiselle työntekijälle. Kotiin vietävissä palveluissa Keravalla on Apotin myötä käytössä Rover-sovellus, jonka avulla voidaan kysyä asiakkaalta joka käynnin jälkeen tilanearviota ja näin saadaan asiakkaan kokemus kuuluviin. Rover ei kuitenkaan ole käytössä kaikissa palveluissa. Yksi haastateltava toi esiin, että tulevaisuudessa nopeat digitaaliset ratkaisut korostuvat, jotta asiakkaiden ääni saadaan entistä paremmin kuuluviin.

Kaikki haastateltavat kokivat, että kotiin vietävien palvelujen valvonta on haastavampaa verrattuna asumispalveluihin. Koti on intiimi paikka ja valvontakäyntien toteutumisen koettiin olevan vaikeampi toteuttaa. Jos asumisyksiköstä saadaan huoli-ilmoitus, joka vaatii välitöntä selvitystä, on sinne mahdollista lähteä yleensä saman tien. Kotiin vietävissä palveluissa tällainen tilanne ei kuitenkaan ole mahdollista, sillä palvelu

tapahtuu asiakkaiden kodeissa vain tiettyinä ajankohtina. Toiminnan tapahtuessa asiakkaan kotona, ovat työntekijä ja asiakas usein kaksin. Valvira (2021) kirjoittaaakin, että henkilökunnan koulutuksen ja luotettuuden varmistus sekä omavalvonta ovat kotiin vietävissä palveluissa keskeisessä roolissa.

Asumisyksiköissä havaintoja on helppo tehdä jo paikan päällä ja käynnin yhteydessä voidaan haastatella sekä työntekijöitä että asiakkaita. Kotiin vietävissä palveluissa suunnitelmalliset valvontakäynnit toteutuvat usein palveluntuottajan toimistolla tai kaupungin tiloissa. Haastateltavat toivat esiin, että toimistolla voidaan havainnoida esimerkiksi arjen organisointia, työtiloja sekä haastatella työntekijöitä. Lisäksi huomiota kiinnitetään siihen, kuinka työntekijät pääsevät liikkumaan asiakkaiden välillä ja kuinka heidän taukomahdollisuutensa toteutuvat. Näillä tekijöillä on merkitystä työhyvinvointiin ja sitä kautta myös asiakkaan saamaan palveluun. Asiakastyöstä ei saada kuitenkaan käsitystä pelkästään toimistolla tehdyn käynnin perusteella.

Useimmat haastateltavat ajattelivat, että kotiin vietävissä palveluissa kirjaamisilta vaaditaan enemmän ja niiden pitää olla tarkempia. Kirjausten avulla nähdään, onko asiakassuunnitelma toteutunut. Molemmissa kaupungeissa on käytössä Effector-järjestelmä, jonka avulla pystytään seuraamaan esimerkiksi kotiin vietävien palvelujen käyntien toteutumista. Samalla muun asiakirjadokumentaation rooli korostuu. Yksi haastateltavista kuvasi, että he joutuvat luottamaan hyvin paljon asioihin, joita he kuulevat ja lukevat, näkemättä kuitenkaan itse palvelussa tapahtunutta tilannetta tai käynnin toteutumista. Palaute onkin hyvin tärkeässä roolissa ja sen tärkeyttä tulisi korostaa myös asiakkaille.

Haastattelussa turvallisuus nousi esiin tärkeänä laatutekijänä kotiin vietävissä palveluissa. Niissä riski- ja turvallisuustekijätkin ovat erilaisia verrattuna asumispalveluihin. Myös Ojala (2021, s. 250) kirjoittaa, että kotona asumisen turvallisuus ja sen varmistaminen on haastavaa niin asukkaalle, läheisille sekä sosiaali- ja terveydenhuollolle. Turvallisuudessa täytyy huomioida sekä työntekijän että asiakkaan näkökulma. Kotiin vietävissä

palveluissa ollaan asiakkaan maaperällä, joka aiheuttaa omat erityispiirteensä. Asiakkaalle on tärkeä kertoa, mitä kotikäynneillä havainnoidaan tai nähdään. Yksi haastateltavista kuvasi asiakkaan kotia työkenttänä seuraavasti:

”Asiakkaan koti työkenttänä, niin onhan se ihan erilainen kuin joku toimistoympäristö. Se voi olla hyvin arvaamaton, siel voi olla jotain sellasia elementtejä mitä me ei tosiaan pystytä etukäteen tietämään, mut sit toisaalta se on myös valtavan tietoa antava.”

Toisaalta haastateltavat kertoivat, että valvonnan kulttuuria, jossa valvontaa toteuttava työntekijä lähtee kotikäynnille mukaan, ei ole syntynyt. Koti nähtiin intiiminä paikkana, johon ei ole yhtä helppoa lähteä ”ylimääräisenä” työntekijänä. Kuitenkin valvontakäyntejä myös kotiin vietävissä palveluissa on toteutettu. Yksi haastateltavista kertoi, että Vantaalla toteutetussa kotihoidon valvonnan pilotoinnissa lähdettiin kotihoidon työntekijän mukaan kotikäynnille havainnoimaan. Useat haastateltavat pohtivat, että kotiin vietävien palvelujen valvontaa ja kotikäynneillä mukaan lähtemistä joudutaan varmasti kehittämään tulevaisuudessa. Valvontatyö on muuttumassa lainsäädännöllisten uudistuksien myötä. Haasteena koettiin resurssien puute, jotta lainsäädännön vaatimuksiin ja tulevaisuuden tarpeisiin pystytään vastaamaan. Yksi haastateltavista pohti, että asiakkaiden haastatteluja voitaisiin hyödyntää enemmän myös kotiin vietävissä palveluissa. Tämäkin tosin vaatisi lisää resurssia sekä ennakkotyötä, jotta palveluja käyttävät asiakkaat saataisiin tavoitettua.

6.3 Laadunvalvonta hyvinvointialueella

Yhtenäiset käytännöt ja systemaattisuus nousivat jokaisessa haastattelussa keskeisiksi tekijöiksi, kun lähdetään kehittämään yhteisiä laadunvalvonnan toimintatapoja Vantaan ja Keravan hyvinvointialueelle. Yhtenäiset käytännöt ja tiedonkeruu sekä tiedon hyödyntäminen koettiin tärkeiksi, jotta vältetään päällekkäistä työtä ja palvelujen laadusta sekä valvonnasta saadaan laaja kokonaiskuva. Hyvinvointialueella tulee olla yhtenäinen ajatus siinä, mihin laadunvalvonnalla pyritään, mikä sen tarkoitus on ja miten

laatu yleensäkin ymmärretään. Valvonta ei saa olla työntekijäriippuvaista, vaan sen täytyy tapahtua objektiivisesti. Tämä varmistetaan yhteisillä käytännöillä ja tavoitteilla.

Suurin osa haastateltavista koki, että laadunvalvontaan on mahdollista luoda yhtenäiset toimintamallit palvelujen eroista huolimatta. Perusasiat laadunvalvonnassa jokaisessa palvelussa ovat samat, mutta joitakin palvelukohtaisia asioita ja painopisteitä tulee ottaa huomioon. Tietoon perustuvaan riskiperustaisuuteen sekä erityisryhmien oikeuksien toteutumiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Omaa palveluntuotantoa ja ostoa tulee valvoa samalla lailla ja asiakkaiden yhdenvertaisuus varmistaa. Yksi haastateltava ajatteli, että on parempi toteuttaa muutamia laadukkaita valvontakäyntejä, kuin useita huonosti toteutettuja. Hän kuvasi, että ei ole tarpeenmukaista lähteä pyrkimään korjaamaan kaikkea kerralla, mikäli kyseessä ei ole perustavanlaatuinen asia, vaan valvonnan painopisteitä voidaan muuttaa vuosittain tarpeen mukaan.

Monessa haastattelussa korostettiin, että valvonnan tarkoituksena tulee olla toiminnan kehittäminen yhdessä palveluntuottajien kanssa, ei virheiden osoittaminen. Mitä paremmin laadunvalvonta ja sen prosessit on rakennettu, sen paremmin ne myös toimivat taaten asiakkaiden yhdenvertaisuuden. Yksi haastateltavista toi esille, että Vantaan ja Keravan on suhteellisen helppo yhtenäistää prosessejaan moneen muuhun hyvinvointialueeseen verrattuna, sillä kaupunkeja on vain kaksi ja yhteistyötä on tehty jo aiemmin.

Se, miten ja missä yksikössä laadunvalvonta on, herätti erilaisia mielipiteitä. Osa haastateltavista ajatteli, että tulevaisuudessa keskitetty laadunvalvonnan yksikkö olisi paras ratkaisu. He kokivat tärkeäksi sen, että laadunvalvonta on riippumatonta ja erillään palveluntuotannosta. Näin asioita on mahdollista tarkastella ulkopuolisen silmin. Samat palveluntuottajat toimivat usein eri palveluissa ja keskitetyn yksikön kautta laajan kokonaiskuvan saaminen olisi mahdollista. Myös Nykänen ja muut (2017, s. 21) kirjoittavat, että jos valvonta ei ole järjestetty omaksi toiminnakseen, kärsii se helposti aliresursoinnista. Yksi haastateltavista taas totesi, ettei hän osaa sanoa miten

laadunvalvonnan järjestäminen olisi paras toteuttaa, mutta valvontaa tekevien työntekijöiden substanssiosaaminen on tärkeää. Toinen haastateltava taas ajatteli, että valvontatyötä on mahdollista tehdä ilman substanssiosaamistakin.

Useat haastateltavat pohtivat myös valvonnan resurssointia tulevaisuudessa ja yleinen ajatus oli, että resursseja valvontatyöhön tarvittaisiin tulevaisuudessa enemmän. Erityisesti Keravan osalta nousi huoli resurssien riittävydestä ja että ne saadaan kohdennettua oikein. Yksi haastateltava toivoi, että jatkossa valvontatyötä tekevät eivät tekisi sitä toisen työn ohessa, vaan saisivat keskittyä ainoastaan laadunvalvontaan. Yhteinen järjestelmä laadunvalvonnan tueksi koettiin lähes jokaisen haastateltavan mielestä tarpeellisena ja sen ajateltiin helpottavan käytännön valvontatyötä. Puhuttaessa laatumittareista, yksi haastateltava toi esille, että alkuun olisi tärkeintä löytää muutamaa hyvä ja toimiva mittari työn tueksi. Hän toivoi, että Rai-arviointityökalua hyödynnettäisiin nykyistä enemmän laatumittarina.

Kaikki haastateltavat pitivät valvontalakiesitystä pääasiassa hyvänä asiana. Valvontalakiesitys (2022, s. 6–7) korostaa, että hyvinvointialueen tulee valvonta kaikkia palveluntuottajia tasapuolisesti, niin omaa tuotantoa kuin ostopalveluakin. Tämä oli kaikkien mielestä tärkeää, sillä asiakkaan tulee saada yhtä laadukasta palvelua tuottajasta riippumatta. Hyvinvointialueen tulee myös jatkossa vaatia samoja asioita sekä omalta että ostopalveluntuottajalta. Yksi haastateltavista totesi, että oman palveluntuotannon valvominen on ollut tähän asti helpompaa, sillä hänellä on työnkuvansa puolesta pääsy palveluntuottajien kirjauksiin sekä valvontaa suorittavat hänen lisäksi myös monet muut kaupungin työntekijät. Resurssien riittävyys, jotta valvontalakiesityksen vaateet saataisiin täytettyä tulevaisuudessa, mietitytti useampaa haastateltavaa. Yksi haastateltavista kuvasi oman ja ostopalvelutuotannon tasavertaisen laadunvalvonnan merkitystä seuraavasti:

”Se on ehdottoman tärkeää, koska eihän me olla mitenkään suojassa niiltä samoilta haasteilta julkisella puolella kuin yksityiselläkään. Varsinkaan nytte,

entistä enemmän se alkaa varmasti näyttäytyä, et henkilöstön saatavuushaasteet ja tällaiset erilaiset toimintaympäristön tuomat muutokset, mitkä kyllä vaikuttaa myös julkisiin toimijoihin.”

Myös valvontalakiesityksessä (2022, s. 6) korostettu omavalvonta oli kaikkien haastateltavien mielestä tärkeää, sillä sitä pitäisikin pitää valvonnan ensisijaisena muotona. Moni haastateltava toi esiin, että omavalvonta olisi saatava jalkautettua paremmin osaksi toimintaa. Nykänen ja muut (2017, s. 37) toteavat, että keskeistä on, että omavalvonta ymmärretään osaksi organisaation ydintoimintaan, ei ainoastaan ulkoapäin tulevana vaatimuksena. Useimmat haastateltavat kokivat, että omavalvontasuunnitelmien merkitystä ei tällä hetkellä ymmärretä ja ne saatetaan tehdä vain pakon edessä. Omavalvontasuunnitelmat voivat koskea useaa hyvinkin erilaista yksikköä, jolloin niiden sisältö ei ole paikkansa pitävää. Suunnitelmia ei välttämättä päivitetä tarpeeksi usein. Samanlainen huomio omavalvonnasta nousi Ylikansallisen valvontakeskushankkeen (Lehtimäki ja muut, 2021, s. 22) aikana, jossa herätti huolta, että omavalvonta ja sen sisältö käsitteenä eivät ole kaikille samat. Tähän toivottiin muutosta sote-uudistuksen myötä.

Hyviäkin omavalvontasuunnitelmia löytyy ja ne näyttävät positiivisesti myös yksikön arjessa. Yksi haastateltava kertoi, että suuret organisaatiot tekevät usein omavalvontasuunnitelmat paremmin, sillä he tiedostavat mainehaitan, joka omavalvontasuunnitelman huonosti tekemisestä tai tekemättä jättämisestä voi seurata. Julkisella puolella omavalvontasuunnitelmia on alettu laatia vasta vuodesta 2015 lähtien ja tämä näkyy yhden haastateltavan mukaan myös siinä, että ne ovat julkisella puolella vielä hieman vieraita. Mitä paremmin omavalvonta toimii, sitä paremmin yksikön arkikin sujuu. Tämän vuoksi haastateltavat näkivät tärkeänä, että omavalvontaa varten järjestetään jatkossa enemmän opastusta, ohjeistusta ja koulutusta.

Yksi haastateltavista ilmaisi huolensa valvontalakiesityksen vaikutuksista palveluntuottajien rekisteröintiin. Aiemmin kunta on ollut vahvasti läsnä

palveluntuottajien rekisteröintiprosessissa alusta alkaen, mikä on helpottanut myös valvontatyötä. Jos valvontalaki toteutuu siinä muodossa, kun on esitetty, voi hyvinvointialueiden asema tässä suhteessa heikentyä. Kaiken kaikkiaan lakiesitykseen oltiin kuitenkin pääosin tyytyväisiä.

Vantaan ja Keravan hyvinvointialueelle valmistellaan yhteistä tuottajaohjauksen ja -valvonnan käsikirjaa laadunvalvonnan tueksi. Haastatteluissa kartoitettiin samalla myös toiveita tulevaa käsikirjaa varten. Käsikirjan suhteen toiveet olivat melko yhteneväisiä edellisessä alaluvussa esitettyjen huomioiden kanssa. Käsikirjan tulisi olla selkeä ja luoda yhteiset pelisäännöt valvonnalle, jotta se olisi mahdollisimman vähän työntekijäriippuvaista ja tulkinnanvara olisi minimissään. Näin taataan yhdenvertaisuus niin palveluntuottajille kuin asiakkaillekin. Yksi haastateltavista toi esiin, että laadunvalvonnassa on tärkeä huomioida, että ihmisenä voimme olla erilaisia ja valvojina persoonia, mutta laadunvalvonnassa valvonnan tulee tapahtua täysin samalla tavalla. Yksi haastateltavista kuvasi tulkinnanvarasta johtuvaa haastetta valvontalomakkeistossa seuraavasti:

”Jossakin meidän valvontalomakkees oli jotenki sillee, et onko esimiestyö hyvää. Et miten sä sen niiku tulkitset?”

Käsikirjan pitäisi toimia apuna uuden työntekijän perehdytyksessä. Haastateltavat toivoivat, että käsikirja olisi tukena valvontatyössä ja siinä määriteltäisiin valvonnan tarkoitus, tavoitteet, sisältö ja eri valvontatavat. Käsikirjassa toivottiin määriteltävän valvontaprosessi kokonaisuudessaan. Käsikirjassa tulisi määritellä laatupoikkeamat, miten niihin reagoidaan sekä vastuualueet eri tilanteissa. Käsikirjassa toivottiin huomioitavan, että kyse ei ole pelkästä valvonnasta. Tarvitaan yhteistyötä, kehittämistä ja ohjausta sekä omavalvonnan tärkeyden korostusta. Yksi haastateltava toi esille idean, että toisilta yksiköitä voitaisiin saada niin sanotusti auditointimielessä tukea yksikön toiminnan kehittämiseen. Muutamassa haastattelussa ehdotettiin myös asiakkaiden näkökulman huomioimista käsikirjan kehittämisessä. Liitteeksi käsikirjaan nimettiin

keskeisiä lainsäädäntöön liittyviä asioita, yhteisiä dokumentteja sekä raporttien tulkintaohjeita.

Eriäviä mielipiteitä herätti se, millä tasolla käsikirjassa ohjausta ja valvontaa tulisi käsitellä. Yksi haastateltava toi esille, että käsikirjan tulisi olla konkreettinen, mutta silloin se ei välttämättä päde riittävän laajasti kaikkiin palveluihin. Toinen haastateltava taas ajatteli, että käsikirjassa voitaisiin toteuttaa palvelukohtaiset luvut. Käsikirjaa varten tulisi löytää tarkoituksenmukaisia kokonaisuuksia, joissa prosessi on samanlainen. Kotiin vietävien palvelujen osalta tuotiin esiin, että niitä valtava määrä ja ympäristössä paljon huomioitavia asioita. Yksi haastateltavista korosti erityisesti turvallisuuden huomioimista kotiin vietävien palvelujen osalta. Toinen haastateltava taas toi ilmi, että tällä hetkellä lapsi- ja perhepalveluissa on niin sanottua tyhjäkäyntiä, koska asiakkaiden sitouttaminen palveluihin toisinaan haastavaa ja he saattavat esimerkiksi perua käyntejä viime tipassa. Tähän toivottiin jatkossa parempia keinoja puuttua, jotta työntekijöiden aika ei mene hukkaan.

Yksi haastateltavista toi esiin käsikirjaan liittyen, että kaikki ohjeistus on parannusta entiseen. Yhteinen järjestelmä palautteiden keräämiseen koettiin hyvänä kehittämistoimenpiteenä. Sen kautta voisi olla mahdollista kerätä ja analysoida riskidataa. Toisaalta yksi haastateltavista taas toivoi, että käsikirjassa hyödynnettäisiin vanhoja materiaaleja, esimerkiksi Vantaan vanhus- ja vammaispalveluissa käytössä ollutta käsikirjaa. Käsikirjassa toivottiin huomioitavan yhteistyö muiden Uudenmaan kuntien sekä tulevaisuudessa hyvinvointialueiden kanssa, sillä yhteistyötä on tehty erityisesti lastensuojelun osalta. Yksi haastateltava toi esille, että tulevaisuudessa resurssit todennäköisesti pienevät, mutta tarve kasvaa entisestään. Tämän vuoksi priorisoiminen on erityisen tärkeää. Hän kuitenkin koki, että tehokkuus ja laadukkuus eivät sulje toisiaan pois.

Kaiken kaikkiaan haastateltavilla oli melko positiiviset näkemykset hyvinvointialueen yhteisestä laadunvalvonnasta ja siinä nähtiin enemmän mahdollisuuksia, kuin uhkia.

Hyvinvointialuilla tulee olemaan enemmän tietotaitoa ja resursseja valvonnan toteuttamiseen kuin kunnilla aiemmin (Kaasalainen, 2019, s. 128). Kehittämistyön täytyy pohjautua tietoon ja jatkossa toivottiin enemmän ohjauksen, neuvonnan ja koulutuksen kehittämistä ja järjestämistä kaikille osapuolille. Yksi haastateltava mainitsi, että asioita olisi hyvä valmistella jo uuteen valvontalakiin nojaten, jottei synny ylimääräistä työtä aiheuttavia väliaikaisratkaisuja vuodeksi. Toinen haastateltava toivoi, että hyvinvointialueen omat palveluntuottajat tulisivat rohkeasti esille tehden itsenäistä omavalvontaa valvontalakiesityksen mukaisesti. Käsikirjasta toivottiin hyvää käytännön työkalua tulevaisuuden laadunvalvonnan työn tueksi.

7 Johtopäätökset

Laadun käsite on monimerkityksellinen ja sen määrittely etenkin sosiaali- ja terveyspalveluissa on haastavaa. On kuitenkin tärkeää, että sosiaali- ja terveyspalvelujen laadusta keskustellaan ja pohditaan sen kriteereitä sekä suhdetta asiakas- ja potilasturvallisuuteen (Hämäläinen & Vornanen, 2021, s. 31). Hyvinvointialueiden aloittaessa laatu on keskeinen seurattava ja valvottava asia. Asiakkailta ja potilailta on erilaisten substanssilakien kautta oikeus riittäviin ja laadukkaisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin (Nykänen & muut, 2017, s. 41–42).

Haastateltavat kokivat, että kotiin vietävien palvelujen laatu koostuu samoista elementeistä kuin sosiaali- ja terveyspalveluissa yleensäkin. Asiakas ja hänen kokemuksensa on kaiken toiminnan ja laadun keskiössä. Asiakkaan tulee saada hänen tilanteensa edellyttämää palvelua, joka on sopimuksen- ja lainmukaista. Palvelun tulee vaikuttaa positiivisesti asiakkaan tilanteeseen ja kotiin vietävissä palveluissa palvelun tulee tukea asiakkaan kotona selviytymistä. Tämän lisäksi työntekijöiden osaaminen, ammattitaito ja koulutus ovat keskeisiä elementtejä palvelujen laadukkuudessa. Etenkin kotiin vietävissä palveluissa dokumentaatio ja asiakaspalaute ovat tärkeitä laatutekijöitä, sillä palvelu tapahtuu usein asiakkaan kotona niin, että paikalla ovat vain työntekijä ja asiakas. Hyvin ja tarkasti tehdyt palvelukuvaukset sekä yhtäläiset palvelujen myöntämisen perusteet takaavat laatua, varmistaen sen, että asiakkaat saavat yhdenvertaista palvelua palveluntuottajasta riippumatta. Työyhteisössä on tärkeä käydä keskustelua siitä, mitä laatu juuri kyseissä palveluissa tarkoittaa ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat.

Tällä hetkellä kuntien toteuttama valvonta eroaa valtakunnallisesti niin toimintakyvyn, resurssien kuin valvontatehtävien hoitamisen suhteen merkittävästi (Nykänen, 2017, s. 21). Vantaan ja Keravan kaupunkien valvontakäytännöt ja -menetelmät ovat melko yhteneväisiä, mutta Keravalla käytössä oleva resurssi valvontatyöhön on huomattavasti pienempää. Sosiaali- ja terveyspalvelujen valvonta koostuu niin ennakkolisesta, suunnitelmallisesta kuin reaktiivisesta valvonnasta. Haastatteluissa korostui

ennakollisen valvonnan sekä omavalvonnan merkitys. Valvonta ei ole pelkkiä valvontakäyntejä ja sen tehtävänä on ennen kaikkea tukea palveluntuottajia tuottamaan laadukkaita palveluja ja kehittämään toimintaansa. Kotiin vietävien palvelujen valvonta on haastavampaa verrattuna asumispalveluihin, eikä kummassakaan kaupungissa ole kehittynyt systemaattista tapaa kotiin vietävien palvelujen valvontaan. Tämä nähtiin kuitenkin tärkeänä kehittämiskohteenä tulevaisuudessa, sillä kotiin vietävien palvelujen osuus palvelutuotannossa tulee todennäköisesti kasvamaan. Tutkimusprosessin aikana ilmeni, molemmissa kaupungeissa on tehty paljon töitä laadunvalvonnan kehittämisen eteen ja tämä nousi esiin myös haastatteluissa. Haasteena etenkin tulevaisuuden kannalta on resurssien riittävyys, koulutustarpeet sekä ammattitaitoisen henkilöstön saaminen, jotta laadunvalvontaa voidaan toteuttaa hyvin ja lain vaatimalla tavalla.

Hyvinvointialueiden käynnistämisen vaatiman fuusiotyön kannalta Vantaan ja Keravan hyvinvointialuetta helpottaa se, että yhdistettäviä alueita on vain kaksi. Tämän nähtiin keventävän myös yhteisien prosessien kehitystä, varsinkin kun yhteistyötä on tehty jo aiemmin. Tulevaisuudessa hyvinvointialueelle toivotaan yhtenäisiä, systemaattisia laadunvalvontaprosesseja ja tässä käsikirja voi toimia hyvänä tukena. Laadunvalvonnan avuksi toivotaan laadunhallintajärjestelmä, jonka kautta voi saada myös erilaista tietoperustaista dataa, esimerkiksi palvelujen riskiperustaisuuden arvioinnin tueksi.

Haastateltavat kokivat valvontalakiesityksen esittämän omavalvonnan korostamisen sekä palveluntuottajien tasavertaisen valvonnan positiivisena asiana. Omavalvontasuunnitelmien taso vaihtelee tällä hetkellä, eikä niiden tarkoitusta aina ymmärretä. Omavalvontaan ja omavalvontasuunnitelmien tekoon toivotaan enemmän ohjeistusta ja koulutusta palveluntuottajille. On kuitenkin tärkeä huomioida, että omavalvontasuunnitelmat eivät sellaiseen takaa palvelujen laatua tai potilas- ja asiakasturvallisuutta, vaan ne pitää myös toimeenpanna. Jatkossa sekä palveluntuottajien että valvontatyötä tekevien koulutus koettiin ensiarvoisen tärkeänä.

8 Pohdinta

Tutkimusprosessin aikana haasteeksi nousi se, että sosiaali- ja terveyspalvelujen laatuun ja valvontaan ei ole olemassa yhtenäisiä valtakunnallisia määritelmiä tai ohjausta. Vaikka lainsäädäntö velvoittaa laadukkaisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin, jää tulkinnanvaraiseksi, mitä laadulla tarkoitetaan. Myös Nykänen ja muut (2017, s. 41–42) ovat tehneet saman huomion siitä, että lainsäädäntöön tarvitaan parempaa täsmennystä laadun käsitteestä. Mittareita taas tarvitaan laadun todentamiseen ja vertailuun. THL on arvioinut sosiaali- ja terveydenhuollon käytettävissä olevia mittareita ja indikaattoreita laadun ja vaikuttavuuden mittaamiseksi. Selvityksessä kuitenkin ilmeni, että vaikka mittareita ja indikaattoreita on jonkun verran käytössä, on sosiaali- ja terveydenhuollon tietopohjasta haastavaa saada kokonaiskuvaa edes perustoimintojen osalta (Hämäläinen ja muut, 2016, s. 97). Myöskään palveluissa tapahtuvien virheiden, laiminlyöntien ja poikkeamien taloudellisia kustannuksia ei tiedetä tarkkaan, sillä saatavilla oleva tieto on epätarkkaa tai vanhentunutta (Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2021, s. 10).

Vantaalla ja Keravalla toivottiin yhteistä laadunhallintajärjestelmää tiedonkeruun tueksi. Jos sosiaali- ja terveyspalvelujen laadusta halutaan saada valtakunnallisesti vertailukelpoista tietoa, tarvitaan kaikkia hyvinvointialueita koskevia mittareita. Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut työryhmän valmistelemaan niin sanottua vähimmäistietosisältöä hyvinvointialueilla. Vähimmäistietosisällöllä tarkoitetaan minimitasoa tietoa, jonka hyvinvointialueet tarvitsevat järjestämistehtäviensä hoitamiseen ja se toimii tietojohtamisen tukena (Toivo-ohjelma, 2021). Niiden sisältö kaikille hyvinvointialueille on sama ja tietojen on tarkoitus olla vertailukelpoisia eri alueiden välillä (Toivo-ohjelma, 2021).

Kunnat ovat voineet toteuttaa laadunvalvontaa tähän asti hyvin vaihtelevasti. Osallistuin tutkimusprosessin aikana moniin valtakunnallisiin tilaisuuksiin, esimerkiksi Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen järjestämiin webinaareihin. Selvisi, että myös laadunvalvonnan keskeisiin termeihin tarvittaisiin yhteneväiset, valtakunnalliset

määritelmät, sillä samoilla termeillä saatettiin eri alueilla viitata hieman eri asioihin. Varsinais-Suomen ylikansallisen valvontakeskushankkeen (Lehtimäki ja muut, 2021, s. 21) työskentelyn aikana nousi esiin samansuuntainen huomio, sillä kansallisen ohjauksen puuttumisen myötä valvontatyötä tekevät joutuvat määrittelemään valvonnan sisällöt ja orientaationsa itse. Hankkeen loppuraportissa todetaan, että vaikka lainsäädäntö määrittää valvontatyön reunaehdot, jättää se myös tulkinnanvaraa, joka on johtanut kirjaviiden käytäntöjen muodostumiseen.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta ei voida ilmaista objektiivisen tai määrällisen mittarin avulla, vaan luotettavuutta on tarkasteltava kyseisen tutkimuksen viitekehyksessä ja tutkimuksessa käytettyjen menetelmien mukaan (Aaltio & Puusa, 2020). Tutkimuksen tekijä on noudattanut hyviä tieteellisiä käytäntöjä läpi tutkimuksen ja pyrkinyt perustelemaan tekemänsä valinnat ja havainnot hyvin. Täysin objektiivista laadullisesta tutkimuksesta on kuitenkin mahdotonta saada (Aaltio & Puusa, 2020). Tutkimuksen tekijä osallistui koko tutkimusprosessin ajan hyvinvointialueen laadunvalvonnan kehittämiseen, ensin harjoittelijan ja sitten työntekijän roolissa. Valtakunnallisiin tilaisuuksiin osallistumalla tutkimuksen tekijä on saanut lisäksi tietoa laadunvalvonnan kehittämisestä muilla hyvinvointialueilla ja pystynyt vertaamaan Vantaan ja Keravan toimintatapoja muihin alueisiin.

Tutkimuksessa on hyödynnetty sekä haastatteluista saatua aineistoa että tutkimuksen tekijän saamia erilaisia dokumentteja, valmistelumateriaalia ja havainnointia. Haastateltavien määrä oli melko pieni. Tuomi ja Sarajärvi (2018) kuitenkin korostavat, että laadullisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä ei ole tilastollinen yleistys vaan pystyä kuvaamaan ja ymmärtämään jotakin tiettyä ilmiötä, tapahtumaa ja toimintaa tai antamaan sille teoreettisesti mielekäs tulkinta. Saatua aineistoa on käsitelty huolellisesti, haastateltavien yksityisyyttä kunnioittaen ja niin, ettei muilla ole ollut pääsyä aineistoihin.

Tutkimusprosessin aikana Vantaan ja Keravan hyvinvointialueelle kehitettiin yhteisiä laadunvalvonnan toimintatapoja ja kehitystyö jatkuu tutkimusprosessin jälkeenkin.

Syksyllä 2022 varmistui, että Vantaan ja Keravan hyvinvointialueelle luodaan keskitetty laadunvalvonnan yksikkö, joka sijoittuu organisaatiossa konsernipalvelujen alle. Asia ei ollut vielä tiedossa haastatteluvaiheessa. Keskitettyä yksikköä perustellaan sillä, että sen avulla laadunvalvonta voidaan pitää erillään palveluntuotannosta ja keskittää valvontatieto yhteen yksikköön. Yksikön kautta on tarkoitus saada ajankohtaista tietoa sekä valvontatyön kehittämisen sekä hankintojen tueksi. Keskitetyn yksikön kautta pyritään vastaamaan myös haastateltavien toiveeseen systemaattisesta laadunvalvonnasta. Vaikka hyvinvointialueet aloittavat toimintansa vuodenvaihteessa, fokus on tällä hetkellä turvallisen siirtymän varmistamisessa ja kehitystyötä jatketaan edelleen hyvinvointialueiden aloitettua.

Tulevaisuudessa kotiin vietävien palvelujen osuus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista tulee todennäköisesti kasvamaan ja siihen ohjataan myös poliittisin päätöksin. Samalla kun asiakasmäärät kotiin vietävissä palveluissa kasvavat, kasvaa tarve myös kotiin vietävien palvelujen systemaattisen laadunvalvonnan kehittämiseksi. Erityisesti asiakkaiden ääni täytyisi saada kotiin vietävissä palveluissa paremmin kuuluviin. Jatkotutkimusaiheena voitaisiin lähteä kehittämään systemaattisia keinoja kotiin vietävien palvelujen laadunvalvontaan erityisesti asiakasnäkökulmasta. Hyvinvointialueiden aloittamisen myötä tarpeen olisi valtakunnallisen laadunvalvonnan kehittäminen ja koulutus yhteistyössä, jonka avulla olisi mahdollista luoda yhtenäisiä toimintatapoja sekä yhteisymmärrystä alan käsitteistöstä, joka nykyisellään aiheuttaa sekaannusta.

Lähteet

- Aaltio, I. & Puusa, A. (2020). Laadullisen tutkimuksen olemus. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus.
- Ajmal, M. M., Tuomi, V., Helo, P. T. & Sandhu, M. A. S. (2016). TQM Practices in Public Sector : Case of Finnish Healthcare Organizations. *International Journal of Information Systems in the Service Sector*, 8:1, 33–44. DOI: 10.4018/IJISS.2016010103
- Alastalo, M., Åkerman, M. & Vaittinen, T. (2017). Asiantuntijahaastattelu. Teoksessa Hyvärinen, M, Nikander, P & Ruusuvoori, J (toim.), *Tutkimushaastattelun käsikirja*. (s. 222). Vastapaino.
- Aluehallintovirasto. (nd.). *Aluehallintovirastot*. Noudettu 3.6.2022 osoitteesta <https://avi.fi/aluehallintovirastot>.
- Anttonen, A. (2009). Hoivan yhteiskunnallistuminen ja politisoituminen. Teoksessa Anttonen, A., Valokivi, H. & Zechner, M. (toim.), *Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki*. (s. 70–71). Vastapaino.
- Brown, T. L. & Potoski, M. (2003). Contract-Management Capacity in Municipal and County Governments. *Public Administration Review*, 63, No. 2, 153. <https://doi-org.proxy.uwasa.fi/10.1111/1540-6210.00276>
- Crosby, P. (1980). *Quality is Free*. Mc-Graw-Hill.
- Dale, B.G., van der Wiele, A. & van Iwaarden, J.D. (2011). *Managing Quality*. Wiley.
- Diefenbach, T. (2009). New Public Management in public sector organizations: the dark side of managerialistic ‘enlightenment’. *Public Administration*, 87(4), 892. DOI: 10.1111/j.1467-9299.2009.01766.x
- Erhola, M. Herrala, J. & Hiilamo, H. (2019). Syteen vai soteen asiantuntijoiden avulla. *Yhteiskuntapolitiikka*, 84 (2019):2, 226–231. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019041011818>
- Finne-Soveri, H., Noro, A., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. (2006). RAI-järjestelmän esittely. Teoksessa Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. & Noro, A. (toim.) *Ikääntyneiden kotihoidon laatu ja asiakasrakenne. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä*. (s. 24). Stakes.

- Foebel, A.D., van Hout, H.P.J., van der Roest, H.G., Topinkova, E., Garms-Homolova, V., Frijters, D.H.M., Finne-Soveri, H., Jonsson, P.V., Hirdes, J.P., Bernabei, R. & Onder, G. (2015). Quality of care in European home care programs using the second generation interRAI Home Care Quality Indicators (HCQIs). *BMC Geriatrics*, 15:148. DOI 10.1186/s12877-015-0146-5
- Haavisto, K. & Kananoja, A. (2017). Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus. Teoksessa Kananoja, A., Lähteinen, M. & Marjamäki, P. (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. (s. 144–148). Tietosanoma.
- Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta*. (2022, 7. helmikuuta). Luonnos.
- Haverinen, R. (2003). Laatudokumentit ja suomalainen sosiaalipalvelujen modernisaatio. *Yhteiskuntapolitiikka*, 68: 4, 325–336. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209116924>
- Heino, T. (2008). *Lastensuojelun avohuolto ja perhetyö: kehitys, nykytila, haasteet ja kehittämisehdotukset: Selvitys Lastensuojelun kehittämisohjelmalle*. Stakesin työpapereita: 9/2008. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193889>
- Heikkilä, T. & Nyman-Jokinen, H. (2019). Omavalvonta - luottamus hyvä, kontrolli parempi? Teoksessa Aronkylä, T. & Mäki, T. J. (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen – Sote-järjestäjän työkalupakki*. (s. 62–63). Kuntaliitto.
- Heuru, K., Mennola, E., & Rynnänen, A. (2011). *Kunta. Kunnallisen itsehallinnon perusteet 2. uudistettu painos*. Tampere University Press.
- Hiilamo, H. (2020a). Why did Social and Healthcare Services Reform Fail in Finland? *Socialmedicinsk Tidskrift*, vol. 97, no. 3, 433–441. <http://hdl.handle.net/10138/322435>
- Hiilamo, H. (2020b). Sote-järjestelmän tausta. Teoksessa Laaksonen, H., Laitinen, H. & Hiilamo, H. (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä*, 1. painos. (s. 13, 17 & 40). Sanoma Pro Oy.
- Hiilamo, H. & Salin, S. (2020). Uudistuva palvelujärjestelmä. Teoksessa Laaksonen, H., Laitinen, H. & Hiilamo, H. (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä*, 1. painos. (s.38–41). Sanoma Pro Oy.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. ja Sajavaara, P. (2009). *Tutki ja kirjoita*, 15. uudistettu painos. Tammi.
- Holmström, A-R., Järvinen, R., Laaksonen, R., Keistinen, T. Doupi, P. & Airaksinen, M. (2018). Inter-rater reliability of medication error classification in a voluntary patient safety incident reporting system HaiPro in Finland. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 15, 864–872. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.11.013>
- Hoppania, H-K., Karsio, O., Näre, L., Olakivi, A., Sointu, L., Vaittinen, T. & Zechner, M. (2016). *Hoivan arvoiset. Vaiva yhteiskunnan ytimessä*. Gaudeamus.
- Husso, R. (2021). Asiakasturvallisuuden toimijat ja valvonta. Teoksessa Kurki, T., Jylhä, V. & Kekoni, T. (toim.) *Asiakasturvallisuus sosiaali- ja terveysalalla*. (s. 81, 83–87 & 90). Gaudeamus.
- Hämeen-Anttila, L. (2017) Lasten ja perheiden sosiaalipalvelut. Teoksessa Kananoja, A., Lähteinen, M. & Marjamäki, M. (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. (s. 218–220). Tietosanoma.
- Hämäläinen, P., Ahola, S., Halme, N., Hastrup, A., Hietanen-Peltola, M., Häkkinen, P., Ihanus, M., Järvelin, J., Kauppinen, T., Kilpeläinen, K., Kuussaari, K., Liukko, E., Kärkkäinen, J., Mäkelä, M., Mölläri, K., Nurmi-Koikkalainen, P., Partanen, A., Perälä, M-L., Rotko, T., Räikkönen, O., Suvisaari, J. & Töytäri, O. (2016). *Sosiaali- ja terveydenhuollon laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreiden arviointi palvelupakettien näkökulmasta*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-727-5>
- Hämäläinen, J. & Vornanen, R. (2021). Asiakasturvallisuus osana laadukasta palvelujärjestelmää. Teoksessa Kurki, T., Jylhä, V. & Kekoni, T. (toim.) *Asiakasturvallisuus sosiaali- ja terveysalalla*. (s. 29 & 31). Gaudeamus.
- Ihalainen, J. & Kettunen, T. (2016). *Turvaverkko vai trampoliini - sosiaaliturvan mahdollisuudet*. 10. uudistettu painos, Sanoma Pro.
- Jaffe, R., Wickersham, A. & Babula, B. (2019). Overview of Healthcare Quality. Teoksessa Nash, D. (toim.) *The Healthcare Quality Book: Vision, Strategy, and Tools*. (s. 12, 18–19, 27). Health Administration Press.

- Jalonen, H. (2020). Sote-uudistus – kompleksisuusteoreettinen tulkinta. *Hallinnon Tutkimus*, 39(4), 302–309. Noudettu 18.10.2022 osoitteesta <https://journal.fi/hallinnontutkimus/article/view/102254/59586>
- Jylhä, V., Kekoni, T. & Kurki, T. (2021a). Johdanto. Teoksessa Kurki, T., Jylhä, V. & Kekoni, T. (toim.) *Asiakasturvallisuus sosiaali- ja terveysalalla*. (s. 7). Gaudeamus.
- Jylhä, V., Kurki, T. & Kekoni, T. (2021b). Asiakasturvallisuus käsitteenä. Teoksessa Kurki, T., Jylhä, V. & Kekoni, T. (toim.) *Asiakasturvallisuus sosiaali- ja terveysalalla*. (s. 15–16). Gaudeamus.
- Kaasalainen, S. (2019). *Sote hallinnon himmeleissä. Demokratian ja sote-uudistuksen vaikea liitto*. Into.
- Kananoja, A. (2017a). Sosiaalipolitiikka sosiaalityön kehiksenä. Teoksessa Kananoja, A., Lähteinen, M. & Marjamäki, P. (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. (s. 33). Tietosanoma.
- Kananoja, A. (2017b) Sosiaalityön lähivuosisien kasvavat haasteet. Teoksessa Kananoja, A., Lähteinen, M. & Marjamäki, P. (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. (s. 443). Tietosanoma.
- Kautto, M. & Kvist, J. (2002). Parallel trends, persistent diversity: Nordic welfare states in the European and global context. *Global Social Policy* 2:2, 189–208. DOI:10.1177/1468018102002002741
- Koivisto, J. (2018). Modular approach in managing and organising integrated care in the systemwide reform of social and health care in Finland. *International Journal of Integrated Care*, 18(S2):A195, pp. 1-8.
- Koivula, U., Hautaviita, P. & Laaksonen, H. (2020). Laatu ja vaikuttavuus. Teoksessa Laaksonen, H., Laitinen, H. & Hiilamo, H. (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä*, 1. painos. (s. 75–77, 83–87 & 102–108). Sanoma Pro Oy.
- Kröger, T. & Leinonen, A. (2012). Transformation by stealth: the retargeting of home care services in Finland. *Health and Social Care in the Community* 20(3), 319–327.
- Kuntaliitto. (2022, 19. huhtikuuta). *Kaupunkien ja kuntien lukumäärät ja väestötiedot*. Noudettu 17.7.2022 osoitteesta <https://www.kuntaliitto.fi/tietotuotteet-ja-palvelut/kaupunkien-ja-kuntien-lukumaarat-ja-vaestotiedot>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)

Laki sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaanpanosta (616/2021)

Laki yksityisetä terveydenhuollosta (152/1990)

Lancet. (2018a, 17. huhtikuuta). *Trends in future health financing and coverage: future health spending and universal health coverage in 188 countries*. 2016–40, 391.

Lancet. (2018b, 23. toukokuuta). *Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016*. Vol 391.

Lecklin, O. (2006). *Laatu yrityksen menestystekijänä*. 5., uudistettu painos. Talentum.

Lehtimäki, S., Marjaniemi, K., Suikkila, E., Valtonen, N., Vuohijoki S. & Olin, K. (2021). *Sote-järjestäjän toteuttama suunnitelmallinen ja ennakoiva valvonta Varsinais-Suomen alueella. Yhteenveto havainnoista, kehittämisestä ja tuloksista*. Sote rakenneuudistus, Varsinais-Suomi. Ylikunnallinen valvontakeskushanke 11/2020–12/2021.

Lillrank, P. (1988). Quality and Continuous Improvement: The Organizational and Strategic Significance of Japanese Quality Central Circless. *Hallinnon tutkimus*. Vol 7 Nro 4, 241. Noudettu 18.10.2022 osoitteesta <https://journal.fi/hallinnontutkimus/article/view/102840/60025>

Lukkarinen, H., Vaissi, E. & Konttinen, L. (2017, 14. joulukuuta). *Ehdotus sote-tietopakettien laatu-, vaikuttavuus- ja uudistumiskykykymittareista*. Sitra. Noudettu 25.4.2022 osoitteesta <https://www.sitra.fi/app/uploads/2018/01/ehdotussote-tietopakettienlaatuvaikuttavuusjauudistumiskykykymittareista.pdf>

Lumijärvi, I. (1999). Laatujohtamisen soveltuvuus julkiselle sektorille. *Hallinnon tutkimus*. Vol 18 Nro 3, 180–193.

Lumijärvi, I. & Jylhäsaari, J. (2000). *Laatujohtaminen ja julkinen sektori. Laadun ja tuloksen tasapaino johtamishaasteena*. 2. painos. Gaudeamus.

- Lähteinen, M. & Hämeen-Anttila, L. (2017). Sosiaalihuollon lainsäädäntö. Teoksessa Kananoja, A., Lähteinen, M. & Marjamäki, P. (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. (s. 60–61). Tietosanoma.
- Marjamäki, P. & Kaikko, K. (2017). Sosiaalihuollon palvelujen valvonta. Teoksessa Kananoja, A., Lähteinen, M. & Marjamäki, M. *Sosiaalityön käsikirja*. (s. 523–525, 532, 533, 536, & 538). Tietosanoma.
- Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas P. & Itkonen, T. (2006). Johdanto. Teoksessa Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas P. & Itkonen, T. (toim.) *Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu -RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä*. (s. 19). Stakes.
- Nykänen, E., Kovasin, M., Liukko, E., Blomqvist, P., Krohn, M., Ahola, S., Nurmi-Koikkalainen, P. & Jonsson, P. (2017). *Vaikuttava valvonta osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta*. (s. 1, 2, 6, 14–17, 21, 37, 41–44). Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 29/2017.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017). *Finland: Country Health Profile 2017*. State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264283367-en>
- Ojala, T. (2021). Asiakasturvallisuuden erityiskysymyksiä. Teoksessa Kurki, T., Jylhä, V. & Kekoni, T. (toim.) *Asiakasturvallisuus sosiaali- ja terveysalalla*. (s. 250). Gaudeamus.
- Oulasvirta, L. (1992). Palvelun laadusta julkisella sektorilla. *Hallinnon tutkimus*, 11 Nro 2, 86–93.
- Pekurinen, M., Räikkönen, O. & Leinonen, T. (2008). *Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008*. Stakesin raportteja 38/2008.
- Puusa, A., & Juuti, P. (2020). Laadullisen tutkimuksen olemus. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus.
- Raisio, H., Puustinen, A. & Vartiainen, P. (2018). The Concept of wicked problems: improving the understanding of managing problem wickedness in health and social care. Teoksessa Thomas, W., Hujala, A., Laulainen, S. & McMurray, R. (toim.)

- The Management of Wicked Problems in Health and Social Care*. Routledge, Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315102597>
- Ransom, E. R. (2019). Sources of Data. Teoksessa Nash, D. (toim.) *The Healthcare Quality Book: Vision, Strategy, and Tools*. (s. 113). Health Administration Press.
- Rautiainen P., Taskinen, H. ja Rissanen, S. (2020). Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen - virstainpylväitä menneestä ja suuntia tulevasta. Teoksessa Hujala, A. & Taskinen, H. (toim.) *Uudistuva sosiaali- ja terveysala*. (s. 21, 31 & 34). Tampere University Press.
- Rissanen, P. (2019). *Social and Healthcare Services in Finland. Expert evaluation - Autumn 2018*. THL - Policy brief 5/2019. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-360-1>
- Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (2018). Sosiaali- ja terveydenhuolto johtamisympäristönä. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) *Sosiaali- ja terveysjohtaminen*, 3.–4. painos (s. 26–28 & 31–34). Sanoma Pro Oy.
- Ristolainen, H., Tiilikainen, E., Tarvainen, M., Nikumaa, H., Riekkinen-Tuovinen, S., Niemi, M., Mäki-Petäjä-Leinonen, A., Rautiainen, P. & Seppänen, M. (2021). Vammaisten ja ikääntyneiden palvelut. Teoksessa Kurki, T., Jylhä, V. & Kekoni, T. (toim.) *Asiakasturvallisuus sosiaali- ja terveysalalla*. (s. 227). Gaudeamus.
- Ross, T. K. (2014). *Health Care Quality Management : Tools and Applications*. New York Academy of Sciences Ser. John Wiley & Sons, Incorporated.
- Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (2010). Haastattelun analyysin vaihteet. Teoksessa Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.) *Haastattelun analyysi*. Vastapaino.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006). *Strukturoitu ja puolistrukturoitu haastattelu*. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Noudettu 14.4.2022 osoitteesta https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_3.html
- Sadeoja, A. & Hautsalo, A. (2022, 5. toukokuuta). *Omavalvonta sosiaali- ja terveyspalveluissa - aluehallintoviraston puheenvuoro*. Aluehallintovirasto.
- Sarala, U. & Sarala, A. (2001). *Oppiva organisaatio - oppimisen, laadun ja tuottavuuden yhdistäminen*, 9. painos. Palmenia-sarja 69. Gaudeamus.

- Seppänen, M. (2017). Gerontologinen sosiaalityö. Teoksessa Kananoja, A., Lähteinen, M. & Marjamäki, P. (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. (s. 263). Tietosanoma.
- Shridhara Bhat, K. (2009). *Total Quality Management*. Global Media.
- Sointu, L. (2009). Koti hoivan tilana. Teoksessa Anttonen, A., Valokivi, H. & Zechner, M. (toim.) *Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki*. (s. 176). Vastapaino.
- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)*
- Stakes. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. (1996). *Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa*. 4., tarkistettu painos.
- STM. (2022). *Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2022:2. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8464-6>.
- STM, Stakes & Suomen Kuntaliitto (1999). *Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus*. Stakes.
- Stolle, C., Wolter, A., Roth, G. & Rothgang, H. (2015). Improving health status and reduction of institutionalization in long-term care—Effects of the Resident Assessment Instrument-HomeCare by degree of implementation. *International Journal of Nursing Practice*, 21, 612–621. <https://doi.org.proxy.uwasa.fi/10.1111/ijn.12332>
- Suomen Perustuslaki (731/1991)*
- Sutela, M. (2003). *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Oikeudelliset reunaehdot*. Edita Prima Oy.
- Taponen, S. & Kiviniemi, E. (2019). Sote-palveluntuottajien ohjaus järjestäjätuottajamallissa: Mitä, miksi, miten? Teoksessa Aronkylä, T. & Mäki, T. J. (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen – Sote-järjestäjän työkalupakki*. (s. 42). Kuntaliitto.
- THL. (2021). *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella 2020*. Päätösten tueksi 23/2021. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-727-2>
- THL. (2022). Terveydenhuollon kansalliset laaturekisterit. Noudettu 13.7.2022 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/sote-arviointi-ja-tietopohja/terveydenhuollon-kansalliset-laaturekisterit>

- Toivo-ohjelma. (2021). *Vähimmäistietosisältö hyvinvointialueiden johtamisessa*. Sote-uudistus.
- Toivonen, V., Muukkonen, M. & Petäjä-Leinonen, A. (2021, 29. lokakuuta). ”*Hoivakriisin syy ei ole ulkoistuksissa – vaan palveluiden laadussa ja valvonnassa*”, sanovat Itä-Suomen yliopiston tutkijat. MustRead Akatemia, Itä-Suomen yliopisto. Noudettu 23.9.2022 osoitteesta <https://www.mustread.fi/artikkelit/hoivakriisin-syy-ei-ole-ulkoistuksissa-vaan-palveluiden-laadussa-ja-valvonnassa-sanovat-ita-suomen-yliopiston-tutkijat/>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- United Nations Development Programme. (2020, 15. joulukuuta). *Finland*. Noudettu 28.7.2022 osoitteesta <https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data#/countries/FIN>
- Valtiontalouden tarkastusvirasto. (2021). *Potilas- ja asiakasturvallisuuden ohjaus ja seuranta*. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 7/2021.
- Valvira. (2019, 3. toukokuuta). *Ikäihmisten kotiin annettavat palvelut vuoden 2019 valvontaohjelmassa*. Noudettu 24.9.2022 osoitteesta <https://www.valvira.fi/-/ikaihminen-kotiin-annettavat-palvelut-vuoden-2019-valvontaohjelmassa>
- Valvira. (2021, 9. elokuuta). *Omavalvonta sosiaalipalveluissa*. Noudettu 3.6.2022 osoitteesta <https://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-valvonta/omavalvonta>.
- Valvira. (2022). *Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2020–2023, Päivitys vuodelle 2022*. Noudettu 3.5.2022 osoitteesta https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Sote_valvontaohjelma_2022.pdf/17510e6d-f327-a84b-b9c8-d8fb9379ef96?t=1642579372128
- Vuori, H. (2013). Terveydenhuollon laatutyön kehitys Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 50, 87–95.
- Välimäki, S., Vornanen, R., Vanjusov, H. & Hämäläinen, J. (2021). Asiakasturvallisuus lastensuojelussa. Teoksessa Kurki, T., Jylhä, V. & Kekoni, T. (toim.) *Asiakasturvallisuus sosiaali- ja terveysalalla*. (s. 170). Gaudeamus.

Westphal, J., Gulati, R. & Shortell, S. (1997). Customization or Conformity? An Institutional and Network Perspective on the Content and Consequences of TQM Adoption. *Administrative Science Quarterly*, 42, 367.

<https://doi.org/10.2307/2393924>

WHO. (2022). *Quality of Care*. Noudettu 1.10.2022 osoitteesta

https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

Liitteet

Liite 1. Haastattelukysymykset

1. Kerro lyhyesti itsestäsi ja nykyisestä työnkuvastasi.
2. Minkälainen työ- ja koulutushistoria teillä on liittyen laatuun ja laadunvalvontaan?
3. Miten määrittelisitte laadun kotiin vietävissä palveluissa?
4. Millaista kotiin vietävien palvelujen laadunvalvonta Vantaalla/Keravalla tällä hetkellä on?
 - kotiin vietävien palvelujen erityispiirteet
 - laadunvalvonnan vahvuudet/heikkoudet tällä hetkellä
5. Minkälaisia laadunvalvontamenetelmiä tai keinoja sen toteutukseen tällä hetkellä on käytössä?
 - ovatko nykyiset mallit toimivia/riittäviä
 - kehitysehdotuksia hyvinvointialueelle
6. Mihin asioihin pitäisi erityisesti kiinnittää huomiota hyvinvointialueen laadunvalvontaa kehitettäessä?
 - valvontalakiesitys
7. Mitä toivoisit hyvinvointialueen yhteisen laadunvalvonnan käsikirjan sisältävän kotiin vietävien palvelujen osalta?