



Vaasan yliopisto
UNIVERSITY OF VAASA

Sirpa Impinen

Oppivan organisaation laadun kehittäminen

Tarkastelussa Lääkäriliiton laatupalkinnon voittajaorganisaatiot

Hallintotieteiden tiedekunta
Sosiaali- ja terveyshallintotiede
pro gradu -tutkielma

Vaasa 2021

VAASAN YLIOPISTO**Hallintotieteiden tiedekunta**

Tekijä:	Sirpa Impinen		
Tutkielman nimi:	Oppivan organisaation laadun kehittäminen: Tarkastelussa Lääkäriliiton lautupalkinnon voittajaorganisaatiot		
Tutkinto:	Hallintotieteiden maisteri		
Oppiaine:	Sosiaali- ja terveyshallintotiede		
Työn ohjaaja:	Hanna-Kaisa Pernaa		
Valmistumisvuosi:	2021	Sivumäärä:	108

TIIVISTELMÄ:

Pro gradu -tutkielmassa tarkasteltiin Suomen Lääkäriliiton lautupalkinnon voittajien voiton jälkeistä tilannetta. Suomen Lääkäriliitto (2018) on jakanut kehittämistyöstä lautupalkintoja vuodesta 1999 alkaen. Palkinto myönnetään tuloksekkaasta toiminnan kehittämisestä lääkiriyhmälle, yksittäiselle lääkärille tai lääkärin johtamalle moniammatilliselle ryhmälle. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia lautupalkinnon voittaneiden organisaatioiden lautupalkinnon voittamisen jälkeistä tilannetta oppivan organisaation ja laadun kehittämisen näkökulmista. Tutkielman tavoitteena oli kartoittaa Suomen Lääkäriliiton lautupalkinnon voittaneita organisaatioita ja kuvailla niiden näkemyksiä voiton jälkeisistä tilanteista sekä kehityksestä organisaatiossa. Tutkimuskysymyksinä olivat: Millaista on oppivan organisaation laadun kehittäminen terveysalalla? Kuinka laadun kehittäminen koetaan Lääkäriliiton lautupalkinnon voittajaorganisaatioissa? Miten organisaatiot ovat kehittäneet toimintaansa palkinnon voittamisen jälkeen?

Tutkimuksen teoreettinen pohja rakentui oppivan organisaation ja laadun teorioiden varaan. Tutkimuksen empiria tarkasteli terveydenhuollon organisaatioita ja niiden saavutuksia Suomen Lääkäriliiton lautupalkinnon voittamisen jälkeen. Tutkimuksen lähestymistapa oli laadullinen ja kartoittava sekä kuvaileva. Tutkimuksen menetelmänä toimi laadullinen strukturoitu haastattelu. Strukturoitu haastattelu rakennettiin EFQM-mallia sekä oppivan organisaation näkökulmia hyödyntäen. Tutkimuksen aineisto koostui yhdeksästä haastattelusta. Aineisto analysoitiin teoriaohjautuvalla sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen tuloksien mukaan terveysalan oppivien organisaatioiden tärkeimmäksi tehtäväksi muodostui turvallisten palveluiden, hoidon ja seurannan tuottaminen asiakkaille/potilaille toimialueesta riippumatta. Laatua kehitettiin asiakaskokemusta ja -turvallisuutta kehittämällä. Oppivan organisaation toimintaa kehitettiin kuvaamalla prosesseja, elämällä niitä sekä virheistä oppimalla. Selkeänä osa-alueena nousi esille jatkuva parantaminen, johon vaikutti johdon osallistuminen toimintaan ja henkilöstön arvostaminen työssään. Yllättävänä näkökulmana haastatteluista nousi esille henkilöstön kokemukset hyvästä työstä palkitsemisesta. Palkitsemisen koettiin olevan sidottua kokonaistaloudelliseen tilanteeseen ja sitä olisi voinut olla enemmän. Tutkimuksessa tuli esille, että Lääkäriliiton lautupalkinnon voittamisen jälkeen organisaatioissa toimintaa oli kehitetty ja viety eteenpäin. Konkreettisia kehittämistoimenpiteitä oli tehty jokaisessa organisaatiossa useita. Haastatteluissa nousi myös esille, että tarjolla on kyllä riittävästi tietoa, mutta tiedon löytyminen, hyödyntäminen, jäsentäminen ja arviointi vievät paljon aikaa. Tiedonkulun kehittäminen ja erilaisen tiedon kanssa toimiminen mainittiin kaikissa haastatteluissa tulevaisuuden kehittämiskohteena.

AVAINSANAT: Oppiva organisaatio, Laatu, Lautupalkinnot, EFQM

Sisällys

1	JOHDANTO	6
1.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	7
1.2	Laatupalkinnot Lääkäriliiton toimintana ja Finnish Service Alliance	8
2	OPPIVA ORGANISAATIO JA LAADUN KEHITTÄMINEN	10
2.1	Oppivan organisaation käsitteellinen tarkastelu	10
2.2	Laatu oppivan organisaation kontekstissa	16
2.3	Laatupalkinnot ja EFQM-malli organisaation kehittämisen työkaluina	21
3	LAADUKAS OPPIVA ORGANISAATIO TERVEYSALALLA	27
3.1	Laatu, oppiva organisaatio ja EFQM-malli terveydenhuollossa	27
3.1.1	Laatujohtaminen terveydenhuollossa	30
3.1.2	EFQM-malli terveydenhuollon johtamisen ja kehittämisen välineenä	32
3.2	Terveydenhuollon laadukas asiakaskokemus	36
3.3	Terveydenhuollon palveluiden turvallisuus laadun osatekijänä	40
3.4	Terveydenhuollon talouden hallinta laadun jatkuvalla parantamisella	44
4	TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTO	53
4.1	Tutkimuksen menetelmälliset valinnat	53
4.2	Haastateltavien valinta ja haastattelujen toteutus	56
4.3	Aineiston analyysi	58
5	TULOKSET	61
5.1	Oppivan organisaation laadun ja toiminnan kehittäminen	61
5.1.1	Johtajuus ja strategia	61
5.1.2	Kumppanuudet ja resurssit	63
5.1.3	Henkilöstö ja ilmapiiri	64
5.1.4	Asiakaskokemus, turvallisuus ja talouden hallinta	66
5.2	Toiminnan kehittäminen Lääkäriliiton laatupalkintovoiton jälkeen	69
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	73
6.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	75
6.2	Jatkotutkimusaiheet	77

Lähteet	78
Liitteet	98
Liite 1. Organisaation oppimisen esteet	98
Liite 2. Strukturoitu haastattelu	99
Liite 3. Tutkimuskutsu	101

Kuviot

Kuvio 1. Oppivan organisaation johtajan keskeiset taidot	12
Kuvio 2. One and double loop learning	14
Kuvio 3. Kokeilevan oppimisen malli	18
Kuvio 4. Demingin PDCA-sykli	19
Kuvio 5. Demingin PDCA-sykli ja kokeilevan oppimisen malli yhdistyvät	20
Kuvio 6. EFQM-mallin soveltaminen terveydenhuollon alalle	33
Kuvio 7. Tutkielman toteutuksen vaiheet	54
Kuvio 8. Sisällönanalyysin vaiheet	58
Kuvio 9. Organisaation oppiminen Lääkäriliiton laatupalkinnon voittajaorganisaatioissa	72

1 JOHDANTO

Suomen Lääkäriliitto on lautupalkinnoillaan kahdenkymmenen vuoden aikana tukenut organisaatioita uudenlaisen terveydenhuollon toiminnan kehittämässä (Suomen Lääkäriliitto 2018). IHI (Institute for Healthcare Improvement) on maininnut kolme tapaa nykyisen terveydenhuollon parantamiseen: 1) Paranna potilaskokemusta ja -tyytyväisyyttä, 2) paranna kansanterveyttä, 3) vähennä terveydenhuollon kustannuksia (Dlugacz 2017 s. 50-51). Syrjä (2020) mainitsee, että tulevien vuosien sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistyössä tulee tapahtumaan paljon. Hyviä käytäntöjä kerätään yhteen ja palvelukokonaisuuksista rakennetaan asiakkaiden tarpeisiin sopivia.

Organisaatiolta kysytäänkin nyt tässä muuttuvassa tilanteessa kykyä oppia. Organisaatiot siirtyvät aikaan, jolloin oppimista pitäisi tapahtua yksilötason lisäksi läpi organisaation eri tasojen. Senge (1990) mukaan oppivalle organisaatiolle ei riitä pelkkä selviytyminen, vaan sillä pitäisi olla kykyä rakentua uudelleen. Oppiva organisaatio on matkalla kohti jatkuvaa parantamista. Yksi yhteinen näkökulma onkin jatkuva parantaminen, joka tähtää asiakastyytyväisyyteen, turvallisuuteen ja taloudellisuuteen. Oppiva organisaatio nähdään mahdollisuutena tehokkuuteen, jota laatujohtamisella tavoitellaan. Muutos ja oppiminen kulkevat käsikädessä. Muutos voidaan nähdä myös oppimismatkana (Senge 1990, s. 69).

Hyvä asiakaskokemus ja -turvallisuus lisäävät terveydenhuollon laatua ja vähentävät kustannuksia (Haatainen & muut 2019). Oppivan organisaation näkökulmasta uusien taitojen ja menetelmien, yhdessä tyytyväisten ja onnellisten työntekijöiden kanssa sekä asiakkaiden osallistamisella, voidaan parantaa laatua ja sitä kautta vähentää myös kustannuksia (Senge 1990, s. 65-66). Terveydenhuoltolain (2010, 2§) mukaan toiminnan tulee olla laadukasta ja turvallista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL 2019) suosittaa laatujohtamisen työkalujen, kuten EFQM-mallin käyttöä laadun parantamisen välineenä.

1.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Tarkoituksena on tutkia laatupalkinnon voittaneiden organisaatioiden laatupalkinnon voittamisen jälkeistä tilannetta oppivan organisaation ja laadun kehittämisen näkökulmista. Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa Suomen Lääkäriliiton laatupalkinnon voittaneita organisaatioita ja kuvailla niiden näkemyksiä voiton jälkeisistä tilanteista sekä kehityksestä organisaatiossa. Tutkimuskysymyksiäni ovat seuraavat.

Päätutkimuskysymys:

Millaista on oppivan organisaation laadun kehittäminen terveysalalla?

Pääkysymyksen alakysymyksiä seuraavat kysymykset:

- Kuinka laadun kehittäminen koetaan Lääkäriliiton laatupalkinnon voittajaorganisaatioissa?
- Miten organisaatiot ovat kehittäneet toimintaansa palkinnon voittamisen jälkeen?

Tutkimuksen teoreettinen pohja rakentuu oppivan organisaation ja laadun teorioiden varaan. Laatupalkinnot ja EFQM-malli tuovat oppivan organisaation ja laadun teorioita konkreettisemmiksi kehittämisen työkaluiksi sekä auttavat ymmärtämään teorioiden nivoutumista terveydenhuoltoon. Tutkimuksen empiria tarkastelee terveydenhuollon organisaatioita ja niiden saavutuksia Suomen Lääkäriliiton laatupalkinnon voittamisen jälkeen. Tutkimuksen lähestymistapa on laadullinen ja kartoittava sekä kuvaileva (Kananen 2017, s. 33). Tutkimuksen menetelmänä on laadullinen strukturoitu haastattelu (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 44). Strukturoitu haastattelu on rakennettu laatujohtamisen teorioista nousevaa EFQM-mallia sekä oppivan organisaation näkökulmia hyödyntäen. Aineisto analysoidaan teoriaohjautuvalla sisällönanalyysillä (Tuomi & Sarajärvi 2018, s. 80), jossa hyödynnetään näitä edellä mainittuja teorioita.

1.2 Laatupalkinnot Lääkäriliiton toimintana ja Finnish Service Alliance

Suomen Lääkäriliitto (2020a) on ammattijärjestö, joka perustettiin vuonna 1910. Sen jäsenistöön kuuluu 26 000 jäsentä, eli noin 93 % Suomessa toimivista lääkäreistä. Lääkäriliittoa kuvataan Suomen arvostetuimmaksi ammattijärjestöksi. Liitto yhdistää toiminnallaan lääkärit ammattikuntana ja ylläpitää lääkäreiden yhteisiä ammattiarvoja, kehittää lääkäreiden toimintaa ohjaavaa eettistä pohjaa sekä edistää näin lääkäreiden työn ja ammatin kehittymistä. Liitolle on tärkeää yhteisen eettisen arvopohjan kautta tukea ja edistää terveyttä ja potilaan parasta sekä puolustaa ihmisyyttä. Lääkäriliitto toimii myös lääkäreiden edunvalvonnassa. Suomen Lääkäriliiton (2016) mukaan laadun kuusi ulottuvuutta ovat kustannusvaikuttavuus, tehokkuus, turvallisuus, potilaskeskeisyys, oikea-aikaisuus ja oikeudenmukaisuus. Myös hoidon jatkuvuus sisältyy määritelmään.

Suomen Lääkäriliitto (2018) on jakanut kehittämistyöstä laatupalkintoja vuodesta 1999 alkaen. Palkinto myönnetään tuloksekkaasta toiminnan kehittämisestä lääkiryhmälle, yksittäiselle lääkärille tai lääkärin johtamalle moniammatilliselle ryhmälle. Palkintoa hakeva organisaatio perustelee liitolle toiminnan kehittämisen, josta on osoitettu tuloksia terveydenhuollon toimivuudelle ja potilaiden hoitamiselle. Palkittujen organisaatioiden määrä on noussut noin neljäänkymmeneen organisaatioon. Organisaatioiden toimialat vaihtelevat. Organisaatiot ovat esimerkiksi terveyskeskuksia, kuntoutuskeskuksia, sairaanhoitopiirien yksiköitä sekä kaupunkien ja kunnan toimijoita. Myös tutkijaryhmiä sekä projektiryhmiä on palkittu näiden vuosien aikana.

Suomen Lääkäriliiton (2020b) laatupalkintokilpailuun hakeminen on kaksivaiheinen prosessi. Kirjalliseen hakemukseen on kirjattava 5-10 tärkeintä vaikuttavuus- ja laatuindikaattoria, joilla kuvataan toimintaa ja muutoksen systemaattista seuranta. Organisaatiossa seurattavia mittareita ovat esimerkiksi potilastyytyväisyys, henkilöstön hyvinvointi sekä taloudelliset vaikutukset. Lisäksi tulisi vertailla toimintaa ja saavutuksia toisten yksiköiden kanssa. Kilpailuun hakija kertoo myös sen, miten saavutetut tulokset käsitellään

henkilökunnan ja potilaiden kanssa sekä kuinka näitä tietoja käytetään johtamisen työvälineenä. Hakemuksien liitteinä toimitetaan tieteellisten artikkeleiden tiedot. Parhaat hakemukset valitaan Lääkärpäivillä pidettävään loppukilpailuun, jossa laatupalkinnon myöntämisestä päättää Lääkäriliiton laatuneuvosto.

Suomen Lääkäriliiton (2020) Laatupalkinnon arviointikriteereihin sisältyvät hankkeen vaikutusten mittaaminen ja näkyväksi tekeminen, kehittämisen tulokset ja johtaminen. Näiden lisäksi halutaan arvioida vaikutuksia seuraavat mittarit, laatu, potilasturvallisuus ja tehokkuus. Tärkeä osa-alue kilpailussa on tiedon jakaminen ja siksi arviointikriteereissä on tuotu esille hyödynnettävyys sekä innovatiivisuus. Työhyvinvoinnin ja työskentelyolosuhteiden sujumista Suomen Lääkäriliitto (2019) on seurannut jo pitkään ja nostanut sen myös siksi esille kilpailun arviointikriteereihin muun muassa työssä jaksamisen näkökulmasta.

Finnish Service Alliance -yhdistyksen (FSA) tarkoituksena on edistää suomalaista palvelututkimusta ja lisätä sen soveltamismahdollisuuksia yrityksissä sekä julkisissa organisaatioissa (Finnish Service Alliance 2019). Yhdistys perustettiin 2012 ja tuolloin aloitteen tekijöinä oli ryhmä innostuneita palvelututkimuksen ja palveluja koskevan opetuksen asiantuntijoita Aalto-yliopistosta, Hankenilta ja Valtion teknillisestä tutkimuskeskuksesta (VTT). Yhdistyksen tavoitteena on myös edistää alan tutkijoiden ja käytännön asiantuntijoiden yhteistyötä, tiedonvaihtoa ja kansainvälistä tunnettavuutta. FSA ja Lääkäriliitto solmivat yhteistyön, jonka tarkoituksena oli tarkastella Lääkäriliiton laatupalkintokilpailun voittajia (Tuominen 2020). Tuon yhteistyön tuloksena käynnistyi tämän pro gradu – tutkielman teko.

2 OPPIVA ORGANISAATIO JA LAADUN KEHITTÄMINEN

Tämä luku alkaa oppivan organisaation käsitteistön esittelyillä. Oppivan organisaation teorit kertovat siitä, millaisia asioita organisaation toiminnassa tulee huomioida, jotta yhteisön kyky uudistua kehittyisi edelleen. Oppivan organisaation teorian lisäksi käsitte- len tässä luvussa laatujohtamisen kokonaisuutta ja jatkuvaa parantamista, jotka ovat lin- kittyneet toisiinsa (Lillrank, Shani & Lindberg 2001). Jatkuva parantaminen (Continues Improvement, CI) Lillrankin, Shanin ja Lindbergin (2001) mukaan nousee laatujohtami- sen paradigmat. Organisaatiosta riippuen voidaan jatkuvaa parantamista määritellä ja toteuttaa hyvin monella tapaa ja se voidaan nähdä jatkuvana oppimisena (adaptation).

2.1 Oppivan organisaation käsitteellinen tarkastelu

Senge (1990, s. 5-11; 14) on todennäköisesti tunnetuin oppivan organisaation teoree- tikko. Oppivalla organisaatiolla tarkoitetaan organisaatiota, joka jatkuvasti kehittää toi- mintaansa tulevaisuuttaan varten. Oppivalle organisaatiolle ei riitä pelkkä selviytyminen, vaan sillä on kykyä rakentua uudelleen. Oppivan organisaation osatekijät ovat: henkilö- kohtainen pätevyys, yhteinen visio, ajattelua/toimintaa ohjaavat sisäiset mallit ja tii- mioppiminen. Edellä mainittujen lisäksi Örtenblad (2011, s. 1-4) kiteyttää oppivan orga- nisaation käsitteen alle työssä oppimisen (learning at work) ja oppimisen mahdollistavan ilmapiirin (climate for learning). Organisaation toimintaan vaikuttaa myös suurempi ko- konaisuus eli konteksti, jossa organisaatio toimii (Kets de Vries 2011, s. 158-159). Sengen (1990) oppivan organisaation teoria perustuu systeemiseen teoriaan, joka tässä pro gra- dussa rajataan pois käsitteiden joukosta, koska tarkoituksena on tarkastella oppivan or- ganisaation ja laadun kehittämisen yhteyttä ja sitä kautta organisaatioiden toimintaa.

Engströmin ja Käkelän (2019) mielestä oppiva organisaatio -termi viittaa toimintaan, jota organisaatio tavoittelee saavuttaakseen ideaalisen tilansa ja organisaation oppiminen

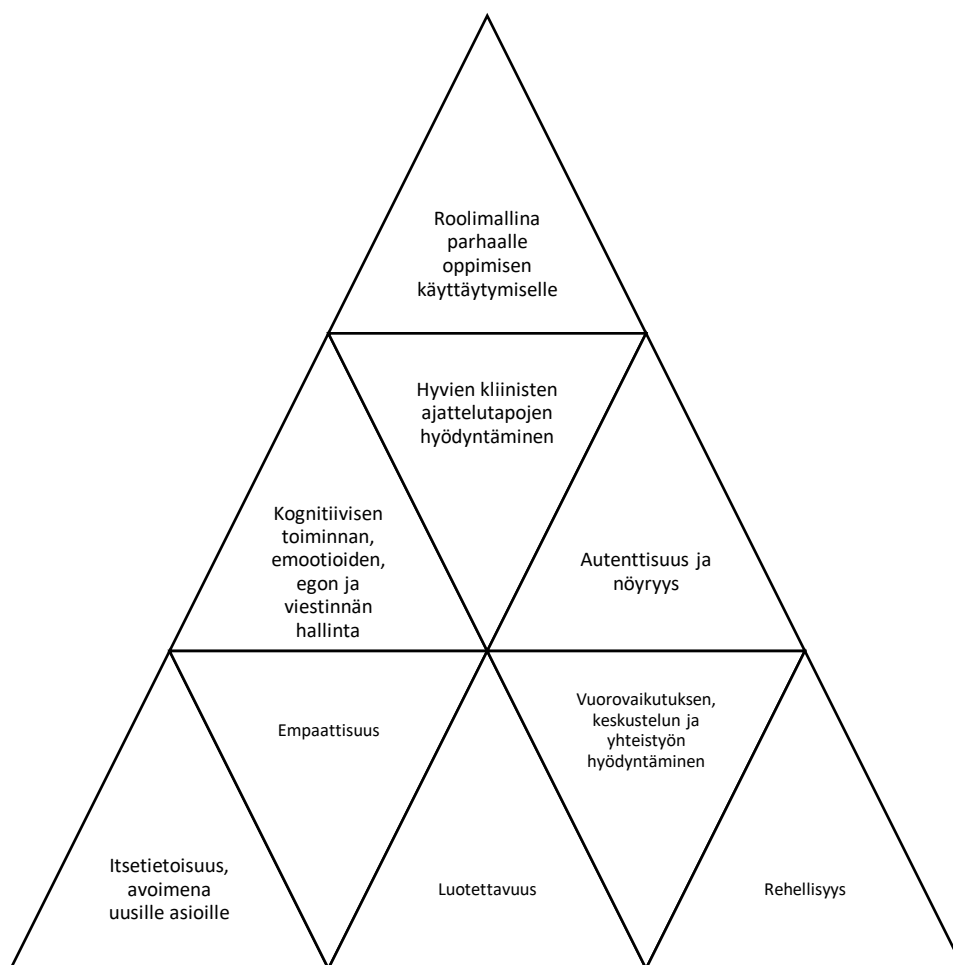
puolestaan viittaa prosessiin, joka tapahtuu organisaatiossa. Tässä näkökulmassa organisaatio kehittää toimintaansa jatkuvasti taitavan johtamisen avulla. Organisaation oppiminen ei automaattisesti johda oppivaan organisaatioon, mutta mikään organisaatio ei voi muuttua oppivaksi organisaatioksi ilman oppimisen prosessia.

Oppivan organisaation käsitteisiin liitetään sellaisia termejä kuin: me-henki, oppiminen, osaaminen ja kyvykkyyks, jatkuvan oppimisen ympäristö, tiimityö, monifunktionaalinen työskentely, virheistä oppiminen ja valmentaminen (Örtenblad 2011, s. 15-20). Henkilökohtaisella pätevyydellä Senge (1990, s. 7-9) tarkoittaa kykyä olla hyvä omassa työssään. Syvemmin sillä tarkoitetaan myös henkilön omaa näkemystä (vision), energian käyttöä, kehitysmuutteisyyttä ja kykyä nähdä todellisuus objektiivisesti. Mielen malleihin (mental models) hän liittää ihmisen odotukset ja kyvyn ymmärtää maailmaa sellaisena kuin se on. Yhteinen visio on johtajan rakentama kuva tulevaisuudesta. Tuominen (2013, s. 69) mainitsee, että organisaation muodostavat työyhteisöt, joilla on yhteinen tarkoitus, päämäärä ja tavoite. Kets de Vries (2011, s. 6-10) nimittää tiimeiksi sellaista ryhmää ihmisiä, joilla on tehtävään tarvittavat taidot ja kyvyt, ja jotka liittyvät yhteen suorittamaan tehtävää yhdessä. Tiimit yleensä sopivat yhteiset tavoitteet ja käyvät läpi lähestymistavat. Tiimin toiminta vaikuttaa jokaiseen tiimiläiseen ja jokainen tiimiläinen vaikuttaa tiimin toimintaan. Organisaation näkökulmasta tiimin jäsenet jakavat vastuuta saavuttaakseen sovitut tavoitteet. Tiimeillä on dynamiikka, joka rakentuu tiimiläisten persoonallisuuksien avulla. Oppimaan kykenevä tiimi on tehokas ja organisaation keskeisin uudistamista mahdollistava yksikkö (Rebelo, Lourenço & Dimas 2019).

Oppimista tapahtuu silloin, kun yksilöt vaikuttavat organisaation toimintaan intohimoisella toiminnallaan (Starkey, Tempest & McKinlay 2014, s. 36-38). Deningin (2011, s. 253-259) mukaan innovaatioita syntyy vain turvallisessa ympäristössä. Kyky luovuuteen on tärkeämpää kuin koskaan aikaisemmin. Luovuus koostuu neljästä osa-alueesta: asiantuntijuudesta, kyvystä ajatella joustavasti, mielikuvituksesta ja motivaatiosta. Luovuuden avulla saavutetaan innovaatioita. Innovaatiot nähdään organisaation selviytymisen

avaimena. Goleman, Boyatzis ja McKee (2002, s. 105; 140) kirjoittavat kestävästä oppimisesta (sustainable learning) ja läpi elämän jatkuvasta oppimisesta. He näkevät elämän laboratoriona oppimiselle ja siksi oppimisen tavoitteiden pitäisi resonoida henkilökohtaisten unelmien kanssa. Positiivinen työympäristö mahdollistaa korkean työntekijöiden sitoutuvuuden ja oppimisen. Hess (2014, s. 195) mainitsee, että positiiviset yksilön tunteet mahdollistavat yksilön oppimisen. Työssä saa siis olla myös hauskaa.

Johtajan rooli oppivassa organisaatiossa käy ilmi Hessin (2014, s. 110; 195) mallista (kuvio 1.) Johtajan rooliin liitetään kyky toimia roolimallina, itsensä johtaminen, vuorovaikutustaidot ja kliinisen ajattelun prosessien hyödyntäminen. Johtaja kannustaa työntekijöitä sisäisen motivaation löytämiseen. Hän auttaa heitä tavoittamaan autonomisuuden, tehokkuuden ja yhteenkuuluvuuden tunteet sekä mahdollistaa henkilökohtaisen kasvun. Johtaja mahdollistaa osaltaan merkityksellisen työn ja vuorovaikutuksen muiden kanssa.



Kuvio 1. Oppivan organisaation johtajan keskeiset taidot (mukaihen Hess 2014, s. 110).

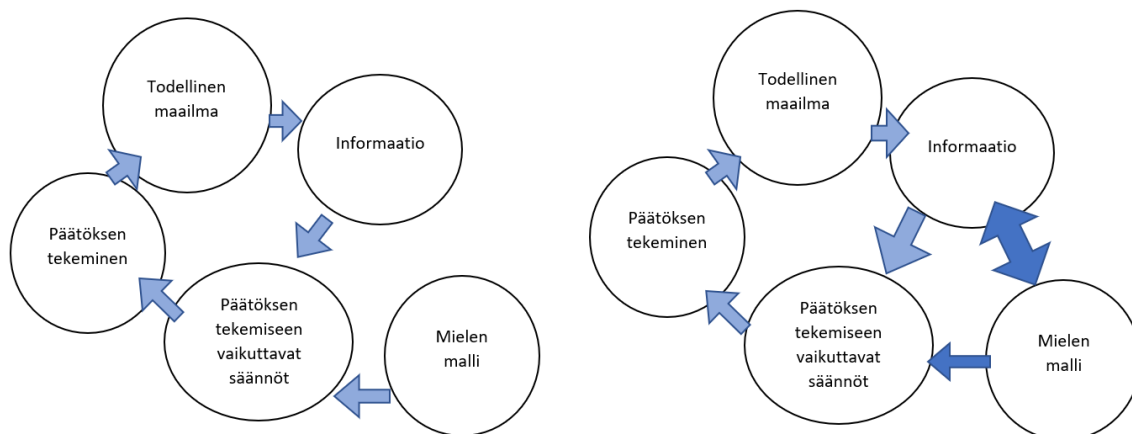
Organisaation johdolla on siis vastuu organisaation oppimiskyvyn tarpeiden tunnistamisesta, oppimisen tukemisesta ja sitä mahdollistavan ympäristön luomisesta (Hess 2014, s. 195). Yllä mainitut kuuntelun taidot, avoimena olemisen ja emotionaalisesti positiivisena oppimisen mahdollistajana toimimisen, voidaan ajatella kuuluvan kaikille johtajille ja organisaation johdon kaikille tasoille. Nykymaailmassa (Ojala 2018, s. 295-297) johtajuuteen liittyy paljon erilaisia vaatimuksia. Johdon tehtävänä on yhä enemmän työntekijöiden ajattelun johtaminen, joten johtamisen pitäisi olla enemmän jokaisen ajattelun hyödyntämistä, yhteisten näkemysten aikaansaamista, kuuntelua, kommentointia, kyselyä ja eri näkökulmien hakemista sekä niiden yhdistämistä. Antilan (2012, s. 66) mukaan oppiva organisaatio hyödyntää kokemuksia ja palautetietoa päätöksenteossa.

Hess (2014, s. 195) kertoo, että oppiminen tuo mukanaan muutoksen sekä yksilöille että organisaatiolle. Muuttuakseen ihmisten pitää päästä yli peloistaan ja tuntea olonsa turvalliseksi. Esimerkillisesti toimivien johtajien tukema ihmiskeskeinen ja emotionaalisesti positiivinen ympäristö mahdollistaa oppimista. Tällaisessa ympäristössä korostuu lupa puhua vapaasti ja lupa tehdä virheitä, sillä niiden kautta opitaan.

Engström ja Käkelä (2019) tutkivat oppivan organisaation kommunikaatioita. Kommunikaatio on yksi asia mihin organisaation oppiminen heidän mukaansa perustuu. Oppiminen (Hess 2014, s. 193) voidaan nähdä siis myös prosessina, jossa jokainen meistä rakentaa mielekkään tarinan omasta maailmastaan. Tämän tarinan rakentamisen tarkoituksena on, että hyväksymme tietämättömyytemme laajuuden, ymmärrämme, että kaikki minkä tiedämme nyt, voi muuttua uusien todisteiden valossa. Tarkoituksista tärkeimpänä on se, että määrittelemme oman arvomme sillä, kuinka hyviä voimme oppimisessa olla, ei sen perusteella kuinka paljon jo luulemme tietävämme.

Tarinoiden kerronta on yksi vanhimmista tiedon siirtämisen muodoista. Tarinoista nautitaan ja niiden kuuntelusta jää meille muistijälkiä. Hyvä tarina voi siirtää meidät ajasta ja paikasta toiseen. Tunteiden liittyminen tarinoihin mahdollistaa erilaisten kokemusten muodostumisen tarinoiden kautta (McCauley, McCall & Kraut 2014, s. 295). Denning

(2011, s. 259) nostaa esille tarinoiden kertomisen tärkeyden oppimisessa. Ihmiset oppivat tarinoiden kautta nopeammin ja tehokkaammin. Jørgensen (2018) tunnistaa tarinoiden kertomisen mahdollistavan oppimista ja parantavan suoriutumista. Tarinoiden kautta voidaan luoda uutta ja kertoa vapaasti uusista ideoista tai siitä, minkä ihmiset kokevat tärkeäksi.



Kuvio 2. One and Double loop Learning (mukaillen Jensen 2005)

Oppimista voi tapahtua myös kyseenalaistamalla eli virheistä oppimalla. Virheistä oppimista kutsutaan (double-loop learning, kuvio 2) kaksinkertaisen palautekytkennän (Sarala A. & Sarala U. 2010, s. 33) oppimisen malliksi, jonka kehittäjiä olivat Argyris ja Schön (1987). Mallin ajatuksena on se, että tiedon käsittelyn vaikuttaessa mielen malleihin, voidaan niitä tiedon avulla muuttaa ja näin muuttaa myös päätöksiä tekemiseen vaikuttavia sääntöjä (Argyris 1999, s. 35).

Argyris (2004, s. 128) toteaa, että mallin tutkiminen on edelleen kesken, mutta voidaan silti olettaa, että sen tuottama tieto on relevanttia organisaation kehityksen kannalta. Ongelmana mallin tutkimisen osalta on se, että usein organisaatiot eivät uskalla antaa tutkijoiden tarkastella organisaation tilannetta. Jaaron ja Backhouse (2017) huomasivat, mallin soveltuvuutta tutkiessaan, että jatkuva oppiminen nousee tärkeään asemaan organisaatiossa. Työntekijöihin luotetaan ja heille annetaan isompia vastuita esimerkiksi asiakastytyvyyden saavuttamiseksi. Avoin kommunikaatio edistää oppimista.

Erityisesti kyseenalaistaminen edistää yhteistä tiedon tulkintaa. Oppiminen tapahtuukin silloin, kun korjaustoimenpiteitä ei tehdäkään korjattavaan asiaan, vaan toimintaohjeisiin ja normeihin. Yksilöt uskaltavat siis kyseenalaistaa annettuja toimintaohjeita ja muuttavat niitä tarvittaessa. Myös syitä, miksi virhe tehtiin, kyetään analysoimaan, eikä vain tyydytä korjaamaan virhettä. Ryhmässä tehty yhteinen analyysi lisää ymmärrystä toiminnan kehittämisestä ja jatkossa virheiden määrä vähenee. Samanaikaisesti voidaan olettaa laadun paranevan, koska toimintaa analysoitaessa synnytetään samalla yhteistä tietoisuutta ja arvomaailmaa tulevan toiminnan perustaksi. (ks. Örtenblad 2011, s. 41; Argyris 1999, s. 35; 67-70.)

Organisaatiossa on turha pelätä virheitä, sillä organisaatiota ilman virheitä ei ole olemassa. Yksinkertaisempaa on lähteä rakentamaan organisaation toimintakykyä esiin tulevissa virhetilanteissa (Coghlan, Rashford & Figueiredo 2016, s. 239). Pelko estää oppimista. Se vaikeuttaa uuden tiedon kanssa toimimista ja prosessointia sekä luovaa ongelmanratkaisua (Edmondson 2019, s. 14).

Oppimisen lisäksi virhe pitäisi tunnistaa ja sitä pitäisi juhlistaa. Opimme eniten tilanteista, joissa ei ole mahdollista tietää etukäteen, osoittautuuko kokeilu onnistuneeksi vai epäonnistuneeksi. Opimme virheistämme, mutta eniten kokemuksistamme. Optimaalisen oppimisen tapahtuu jossain virheen ja parannusten tavoittelun välimaastossa (Appelo 2016, s. 238). Ihmiset oppivat tutkimusten mukaan parhaiten, kun he käyttävät sellaisia oppimisen malleja, jotka heille parhaiten sopivat. Omien kokemusten, reflektion ja toisten kanssa ajattelun sekä kokeilun kautta erilaiset oppimisen tapahtumat ovat mahdollisia. Puhutaankin Trial and Error -oppimisesta eli virheiden kautta oppimisesta (Goleman, Boyatzis & McKee 2002, s. 150-151). Kokeiluista organisaatio saa tärkeää tietoa toiminnan kehittämiseen. Toisaalta liiallisella kokeilemisellä kulutetaan resursseja ja aikaa (Coghlan, Rashford & Figueiredo 2016, s. 113).

Appelon (2016, s. 238) mukaan oppivan organisaation ei pitäisi pyrkiä virheiden minimointiin, koska virheiden vähentäminen vähentää myös oppimista. Tämä ei tarkoita sitä,

että tarkoituksellisesti lisätään riskien määrää ja virheitä, mutta organisaatiolla pitäisi olla maksimaalinen ymmärrys ajankohtaisista ongelmista. Salliva organisaatiokulttuuri mahdollistaa epäonnistumisen tarkkailun ilman syyllistämistä. Työntekijöiltä voidaan kysyä: Mitä tehtiin hyvin? Mitä opimme?

Argyris (1999, s. 49) kertoo, että oppivaa organisaatiota voidaan myös tarkastella ongelmien tai haasteiden kautta. Organisaatioilla voi olla oppimiskyvyn esteitä, jotka voivat haitata tai vaikeuttaa oppimista (Liite 1. Organisaation oppimisen esteet). Oppimiskyvyn kehittämisen esteinä ovat esimerkiksi epäselvät visiot ja tavoitteet, jolloin toiminta keskittyy liiaksi tähän hetkeen. Organisaatiossa voi olla jäykät ja aikaa vievät rutiinit tai viestintä voi olla haasteellista. Kokemuksista tai virheistä oppiminen ei onnistu. Johtajien toimiminen roolimallina ei onnistu. Coghlan, Rashford ja Figueiredo (2016, s. 56-68; 100) pohtivat, että haasteena on myös se, että jokainen yksilö oppii yksilöllisesti. Organisaation näkökulmasta tämä voi olla turhauttavaa. Organisaatioiden voidaan nähdä oppivan yksilöiden kautta, mutta yksilöiden oppiminen ei takaa organisaation oppimista. Toisaalta organisaation oppimista ei tapahdu, jos yksilöt eivät opi. Organisaatioiden pitää olla jatkuvasti kyvykkäitä muutokseen ja pystyä muutoksiin toiminnan eri tasoilla. Tässä tutkimuksessa oppivan organisaation teoriasta etsitään yhtymäkohtia laadun teorioiden kanssa.

2.2 Laatu oppivan organisaation kontekstissa

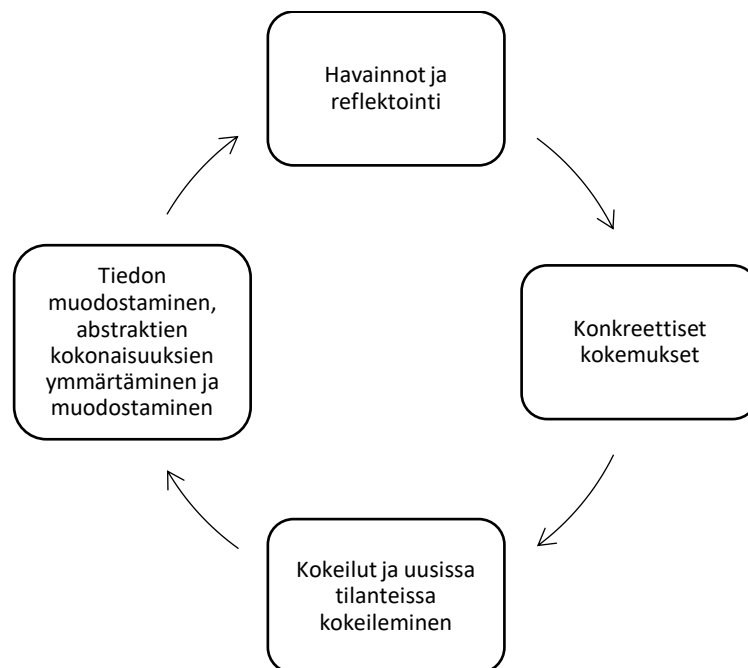
Sengen (1990) oppivan organisaation ja laadun teoriasta on tehty vuosien varrella monimuotoisia tulkintoja (Rebelo, Lourenço & Dimas 2019). Oppivan organisaation teorian matka on ollut mielenkiintoinen. Dlugaczin (2016, s. 43) mukaan laatu voidaan ajatella asenteeksi tai orientaatioksi, yksilöiden innostukseksi tehdä parhaansa niin, että organisaatio saavuttaa parhaan mahdollisen tuloksen. Laadulla tarkoitetaan esimerkiksi sitä, kuinka hyvin tarjottu palvelu toimii asetettujen standardien mukaan ja ovatko asiakkaat tyytyväisiä saamaansa palveluun. Laadun osalta voidaan erotella kaksi ulottuvuutta, jotka ovat palvelu tai tuote (Ross 2014, s. 6-8). Tässä tutkimuksessa keskitytään laadun

ulottuvuuksiin palveluiden näkökulmasta, sillä tutkitut organisaatiot tuottavat palveluita terveydenhuollon alalla. Antila (2012, s. 24) määrittelee palveluille neljä eri ominaisuutta: 1) palvelun aineettomuus, 2) tuotannon ja kulutuksen samanaikaisuus, 3) palvelun katoavaisuus, 4) heterogeenisuus. Asiakkaat hankkivat palveluita monesti juuri aineettoman hyödyn vuoksi. Kennedy (2019) avaa nykypäivän näkemyksiä siitä, kuinka laatua voidaan saavuttaa yhteiskunnassa. Hänen mukaansa laatu on saavutettu, kun oikeat asiat on tehty oikein.

Hillin (1996) mukaan oppivan organisaation menetelmät ja laatutyö voidaan nähdä oppimismatkana. Organisaation oppimisen pitäisi johtaa laatutyökalujen käyttöön. Organisaation oppiminen on jatkuvan parantamisen mahdollistamista. Tästä näkökulmasta oppiminen mahdollistaa uusien asioiden tekemisen uudella tavalla. Oppivan organisaation vahvuuksina kilpailussa mainitaan tiimityöskentely. Jatkuva parantaminen on laatujohtamisen (TQM) keskiössä. Jatkuvan parantamisen pitäisi tapahtua suunnitelmallisesti. Näin voidaan varmistua siitä, että organisaatiot oppivat tuloksista ja standardoivat sitä, mikä on tehty hyvin. Tässä on organisaatioilla mahdollisuus käyttää apuna malleja, kuten Demingin PDCA-sykliä ja EFQM-mallia.

Kennedy (2019) mainitseekin, että saavuttaakseen laadukkaita lopputuloksia organisaatioiden pitää harjoittaa erinomaisuutta ja käyttää hyväkseen sellaisia malleja, jotka sopivat tämän tavoitteen saavuttamiseen. Hän puhuukin ”laatukulttuurin” rakentamisesta, johon sisältyy läpinäkyvyys organisaation kaikilla tasoilla. Kun laadun malleihin liittyvää sanoitusta avataan, on se selvempää koko organisaatiolle ja edistää näin ollen toimintaa. Jensen (2005) mainitsee oppivan organisaation olevan sellainen organisaatio, joka on kiinnostunut ympäristöstään, tiedon liikkeistä ja tuottamastaan informaatiosta. Se tukee yksilöitään muodostamaan saadusta informaatiosta tietoa, jota hyödynnetään organisaation tukemiseksi ja eteenpäin viemiseksi. Tiedon siirron pitäisi toimia nopeasti läpi organisaation. Tuominen (2013, s. 119) pohtii tiedonkulun parantamisen ja organisaation tarpeettoman autoritäärisen toiminnan vähentämisen voivan johtaa henkilöstön välisen kilpailun vähenemiseen.

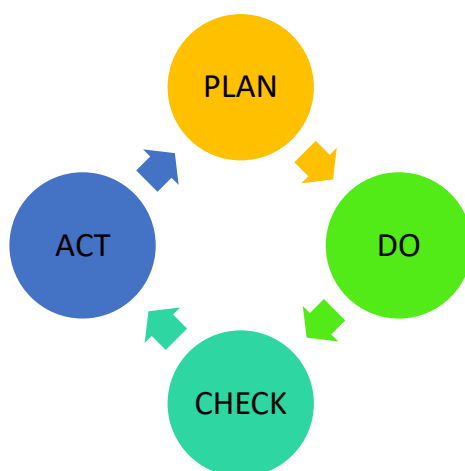
Oppivan organisaation oppimisen mahdollistavan johtamisen ja ilmapiirin lisäksi oppivan organisaation sekä laadun teorit yhdistyvät jatkuvan parantamisen käsitteen alla kokonaisuudeksi (Turjanmaa 2005, s. 15). Jatkuva parantaminen määritellään prosessiksi, jossa pyritään parantamaan palveluita tai prosesseja. Suurien harppausten sijasta tehdään pieniä muutoksia, jotka yhdessä vaikuttavat kokonaisuuteen. Jatkuvan parantamisen voidaan nähdä liittyvän useisiin johtamisen prosesseihin (Ross 2014, s. 21). Senge kuvaa kirjassaan, *The Fifth Discipline*, laadun kehittämistä osana organisaation oppimisprosessia. Hän näkee myös yhteyden jatkuvaan parantamiseen ja siihen, että hyödynnettään oppimista hyvän laadun saavuttamiseksi (Senge 1990, s. 333). Virheiden analyysin kautta voidaan olettaa laadun paranevan, koska toimintaa analysoitaessa synnytetään samalla yhteistä tietoisuutta ja arvomaailmaa tulevan toiminnan perustaksi. (ks. Örtenblad 2011, s. 41; Argyris 1999, s. 35; 67-70.) Lewiniläiseen oppimisen malliin (kuvio 3) on viitattu laatujohtamisen (TQM) kirjallisuudessa esimerkiksi Plan-Do-Check-Act mallina. (Starkey & muut 2014, s. 31.)



Kuvio 3. Kokeilevan oppimisen malli (mukaillen Kolb 1984, s. 21; Starkey & muut 2014, s. 31.)

Organisaation oppimisen kehän osia ovat: Tiedon hankinta (suunnittelu), tiedon hallinta ja liittäminen organisaation toimintaan ja toimintaympäristöön (tekeminen), yhteinen tiedon tulkinta (arviointi), yhteisten ajatusmallien ja merkitysten luominen (käsitteiden ja mallien luominen) (Ojala 1996, s. 140-141). Organisaatioiden oppimiseen liittyy kehitys ja uuden tiedon etsintä sekä jo olemassa olevan tiedon hyödyntäminen uudelleen. Näihin voidaan liittää laatuajattelu jatkuvasta kehittämisestä sekä suunnittelu, prosessin implementointivaihe, prosessin arviointi tai tarkastelu sekä tulosten saavuttamiseen vaadittavat toimet (Deming 1986, s. 23-24; 183-205).

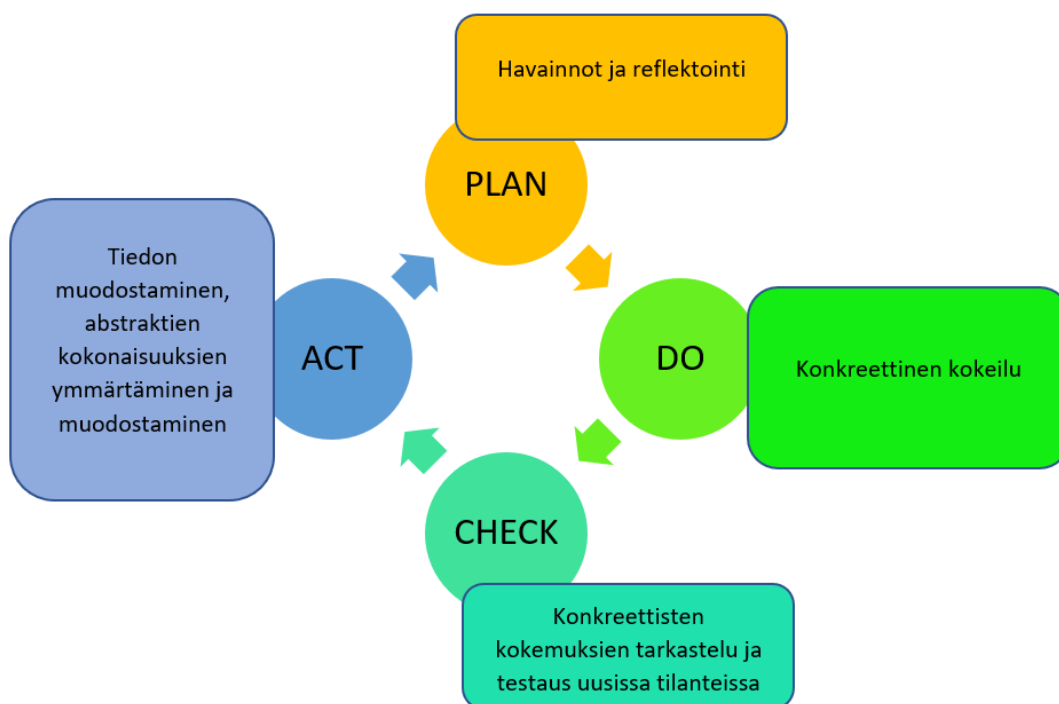
Edward Deming (2000, s. 85-92) näki jatkuvan parantamisen osana organisaation toimintaa, jossa palaute prosessista, esimerkiksi asiakkailta, käytetään organisaation tavoitteiden saavuttamisen arviointiin. PDCA-sykliä käytetään laatu työssä ahkerasti organisaatioiden kehittämisen apuvälineenä. Hän kertoo kirjassaan lainanneensa alkuperäisen ajatuksen kehittämisen kehästä Shewhardilta (1939). Eriteltyään sitä Japanissa, siitä muotoutui Demingin PDCA-sykli. Demingin ympyrän tai syklin (kuvio 4.) ajatuksena on se, että suunnitteluvaiheessa (PLAN) määritellään mitä odotetaan tapahtuvaksi eli tehdään ennuste tai hypoteesi. Suoritusvaiheessa (DO) testataan hypoteesia eli suoritetaan prosessia suunnitelman mukaan. Tähän vaiheeseen kuuluu myös havainnointi ja tarkkailu. Arviointivaiheessa (CHECK) verrataan todellista lopputulosta odotettuun tulokseen. Lopuksi toimitaan (ACT) standardoinnin ja vakauttamisen eteen niin, että asiat, jotka toimivat, vakioidaan toiminnaksi.



Kuvio 4. Demingin PDCA-sykli (mukaillen Deming 2000, s. 88).

Jatkuvalla parantamisella tarkoitetaan yksinkertaistaen sitä, että tehdään asioita paremmin tai muutetaan organisaation toimintaa koko ajan paremmaksi (kuvio 4). Jatkuvan parantamisen avulla saadaan toiminnan kehittämiseen tarvittavaa palautetta organisaatiosta. Palautteen avulla on mahdollista kehittää koko organisaation laatua. (Dale & Van der Wiele 2007, s. 531). Rizalin ja muiden (2019) mukaan PDCA-syklin kehitystä on tapahtunut läpi laatuteorioiden kehittymisen historian.

Argyris ja Schön (1978, s. 147) esittivät virheistä oppimisen kaksisuuntaisen mallinsa kautta, että yksilö kohtaa todellisen maailman informaation ja suhteuttaa sitä omaan mielen maailmaansa ja tekee päätöksiä näiden pohjata todellisessa maailmassa. Reese (2020) kertoo, että Sengen (1990) ajattelu on myös saanut vaikutteita näistä teoreetikoista. Kuviossa (kuvio 5.) yhdistyvät Demingin PDCA-sykli ja kokeilevan oppimisen malli, joita käytiin läpi aiemmin. Näiden mallien avulla on mahdollista hahmottaa organisaation oppimista ja laadun muodostusta.



Kuvio 5. Demingin PDCA-sykli ja kokeilevan oppimisen malli yhdistyvät (mukaillen Deming 2000, s. 88; 180; 183-205; Kolb 1984, s. 21; Starkey & muut 2014, s. 31).

Dale ja Van der Wiele (2007, s. 556.) kertovat, että näiden edellä mainittujen mallien mukaista toimintaa organisaatiot hahmottavat itsearviointien avulla. Organisaation suorittamien itsearviointien hyöty ilmenee oppimisena, jossa tunnistetaan mahdollisuudet parantaa toimintaa asiakkaiden parhaaksi. Haasteet tunnistetaan ja yritys voi saavuttaa parempia tuloksia monilla osa-alueilla. Henkilöstön osallistaminen kehitystyöhön auttaa tekemään työpaikasta mukavamman ympäristön. Itsearviointeissa voidaan käyttää apuna erilaisia malleja ja viitekehyksiä tai kilpailuja, joista saadaan palkintoja. Organisaation kehittämisen työkaluna EFQM-malli on sellainen, jonka kautta on mahdollista saada kokonaiskuvaa organisaation toiminnasta. Tässä tutkimuksessa EFQM-mallista organisaation arviointiin suunniteltuja osioita käytetään organisaatioiden kartoituksen apuvälineenä.

2.3 Laaturpalkinnot ja EFQM-malli organisaation kehittämisen työkaluina

Tunnetuimpia laaturpalkintoja ovat Demingin laaturpalkinto (Deming Prize) (Dale, Wiele & Iwaarden 2007, s. 123), EFQM Excellence ja Malcolm Baldrige (National Quality) palkinnot (Jabnoun 2019). Laaturpalkintokilpailujen ajatellaan saaneen alkunsa laaturjohtamisen (Total Quality Management, TQM) liikkeestä 1980-luvulla (Bhat 2009, s. 5-10).

Laaturpalkintokilpailuiden ajatuksena on jatkuva parantaminen, jonka avulla kilpailijat kehittävät toimintaansa. EFQM-malli on siis organisaatiolle hyvä jatkuvan kehittämisen tai parantamisen väline. Itsearvioinnilla tarkoitetaan European Foundation for Quality Managementin ja Laaturkeskuksen (2009) määritelmän mukaan tapaa ymmärtää ja säännöllisesti arvioida organisaation vahvuuksia sekä kehittämiskohteita.

Jabnoun (2019) mukaan laaturpalkintokilpailut mittaavat organisaation tasoa ja lisäävät laaturtietoisuutta. Kilpailuja on jopa 86 maassa. Näistä 40 pohjautuu EFQM-malliin. EFQM-malli vaikuttaa organisaation suorituskykyyn. EFQM on lyhenne sanoista The European Model for Quality Management (Dale & Van der Wiele 2007, s. 325). EFQM-malli

(European Foundation for Quality Management & Laatuokeskus 2012, s. 2-3) tarjoaa mahdollisuuden organisaation toiminnan kokonaisvaltaiselle arvioinnille ja kehittämislle. Mallin avulla voi muodostaa kokonaiskuvan organisaation tilanteesta. Sen avulla voidaan muokata yhteisen tiedon ja ajatustenvaihdon mahdollistavaa käsitteistöä sekä ajattelu-tapaa. Myös nykyiset ja suunnitteilla olevat kehitystoimenpiteet voidaan kytkeä kokonai-suudeksi, välttämällä päällekkäisyyksiä ja tunnistamalla puutteita. Toisin sanoen mallin avulla on mahdollista luoda hyvät perusrakenteet johtamisjärjestelmälle.

Dale ja Van der Wiele (2007, s. 123) toteavat, että laatukilpailuissa tunnistettavia seikkoja ovat: 1) Johtamiskulttuuri, jossa kannustetaan kaikkia työntekijöitä osallistumaan jatkuvaan kehittämiseen. 2) Organisaatiossa tehdään useita muutoksia laadun parantamiseksi. 3) Liiketoimintamallit ja prosessit ovat tehokkaita ja vastaavat asiakkaiden tarpeisiin. Hei-dän (Dale & Van der Wiele 2007, s. 325) mukaan EFQM-malli kertoo laatujohtamisen avulla saavutetusta asiakas- ja työntekijätyytyväisyydestä. Malli kartoittaa vaikutuksia, joita on saatu laatujohtamisen kautta organisaatioon. Siinä pohditaan johtamisen voi-mavaroja, joiden ajatellaan lopulta vaikuttavan liiketoiminnan muutoksiin. Mallissa joh-tajuuden, strategian, käytäntöjen, prosessien ja resurssien avulla voidaan parantaa työn-tekijöiden, asiakkaiden ja yhteistyötahojen tyytyväisyyttä sekä saavuttaa näin parempia liiketoiminnan tuloksia.

Jabnoun (2018) mukaan EFQM-mallin osiot perustuvat RADAR-arviointilogiikkaan. Mal-lissa on yhdeksän kriteeriä ja niiden alla on 32 alakriteeriä. Arvioinnissa mitataan vaiku-tuksia, jotka saadaan aikaan ottamalla käyttöön näitä uusia lähestymistapoja ja opette-lemalla uusia aktiviteettejä. Mallin avulla mahdollistuu niiden uusien tapojen ja paran-nusten arviointi, jotka kulkevat mittaamisen ja oppimisen syklinä. Organisaatioiden täy-tyy näyttää todisteita tehokkuuden ja laadun mittaamisesta.

RADAR-arviointilogiikka tulee sanoista suunnittele ja kehitä (plan and develop ap-proaches), toteuta toimintamalleja (deploy approaches), arvioi ja paranna toimintamal-leja ja niiden toteutusta (asses and refine approaches and deployment) sekä määrittele

tavoiteltavat tulokset (required results) (European Foundation for Quality Management ja Laatu keskus 2012, s. 23). Vakkurin (2009, s. 41) mukaan Euroopan laatupalkintomallin (EFQM) mukaisena laatuna ilmenevät ominaisuudet jaetaan yksikön toimintatavoiksi ja tuloksiksi sekä edelleen johtajuuteen, henkilöstöön, toimintaperiaatteisiin ja strategioihin, yhteistyökumppaneihin ja resursseihin sekä prosesseihin.

Hendricks ja Signal (1997) tutkivat pitkittäistutkimuksessa 120 laatupalkintovoittajaa yhdentoista vuoden aikana, todeten, että laatutulokset olivat pysyneet samoina kuin kilpailujen aikana. Kennedy (2019) kertoo, että laadun kehittäminen usein keskittyy asiakkaiden hyvinvoinnin tai parhaan palvelun edistämiseen.

EFQM-mallin (European Foundation for Quality Management & Laatu keskus 2012, s. 7; 28) henkilöstökäsitys sisältää kaikki organisaatiossa työskentelevät ihmiset. Henkilöstöön kuuluvat myös esimiehet. Mallin mukaan osaava henkilöstö on menestyksen tekijä. Sen mukaisessa organisaatiossa on olemassa henkilöstön osaamis-, taito- ja suoritustasot, joiden avulla päästään yhteisiin tavoitteisiin. Mallissa innostavan ja visionäärisen johtajuuden tavoitteena onkin luoda toimintakulttuuri tai ilmapiiri, jolle tunnusomaista on henkilöstön osallistaminen. Matthies-Baraibar ja muut (2014) ovat tuoneet esille EFQM-mallin ja työntekijätyytyväisyyden välisen yhteyden julkisen terveysalan organisaatiossa.

EFQM-mallin (European Foundation for Quality Management & Laatu keskus 2012, s. 28-29) mukaan johtajat ovat henkilöitä, jotka johtavat ja koordinoivat toimintaa organisaatioissa eri sidosryhmien näkökulmat tasapainoisesti huomioon ottaen. Strategia on mallin mukaan koko organisaation toimintaa ohjaava suunnitelma perustehtävän (missio) toteuttamiseksi ja tavoitetilan (visio) saavuttamiseksi. Mallin avulla voidaan nykyisestä johtamisjärjestelmästä asteittain rakentaa vahvasta keskinäisestä luottamuksesta nouseva parempi johtamisjärjestelmä. Tuominen (2018) viittaa tässä yhteydessä johtamiskulttuuriin, jonka tunnuspiirteinä voidaan nähdä lisäarvon tuottaminen asiakkaille, kestävän tulevaisuuden luominen, organisaation kyvykkyyden kehittäminen, luovuuden ja

innovoinnin hyödyntäminen, visionäärinen, innostava ja vastuullinen johtajuus, ketteryys johtamisessa ja osaava henkilöstö menestyksen tekijänä sekä organisaation huipputulosten tekeminen.

Palautteenanto ja palkitseminen ovat tärkeitä elementtejä sekä organisaation oppimisen, että EFQM-mallin mukaan (European Foundation for Quality Management & Laatukeskus 2012, s. 29). Henkilöstöä tulee palkita hyvästä työstä. Palautteen ja palkitsemisen avulla oppimista voidaan nopeuttaa. Ojala (2018, s. 301) näkee, että palkitsemisessa onkin tärkeää huomioida, ettei palkita vain hyvistä suorituksista eikä sen tarvitse olla kovin muodollista palkitsemista. Esimerkiksi työntekijälle osoitettu sanallinen kiittäminen joskus riittää. Palkintona voi toimia työkavereiden tunnustus tehdystä työstä, uudet vastuualueet omaan työhön tai rahallinen palkinto. Tärkeintä kuitenkin on, että palkitsemisella on merkitystä juuri palkittavalle henkilölle.

EFQM-malli (European Foundation for Quality Management & Laatukeskus 2012, s. 29) nimeää oppivat verkostot ryhmäksi ihmisiä, joilla on yhteinen tavoite tai pyrkimys, jotka jakavat omaa osaamistaan, tietojaan ja kokemuksiaan oppiakseen aktiivisesti yhdessä. Oppivan organisaation teorian näkökulmasta tiimi on hyvin samankaltainen kuin oppiva verkosto. Oppivan organisaation tiimi jakaa myös tietojaan, kokemuksiaan ja osaamistaan, joka puolestaan vaikuttaa tiimin kykyyn oppia ja lopulta koko organisaation kykyyn oppia. Kumppanuus (partnership) määritellään mallin kautta pysyvänä yhteistyösuhteena organisaation ja sen kumppanien (esim. toimittajat, jakelijat, koulutusorganisaatiot ja asiakkaat) kesken. Yhteistyösuhteen tarkoituksena on tuottaa molemmille osapuolille lisäarvoa. Tästä näkökulmasta prosessit ovat sarja toimintoja esimerkiksi toiminnan tai palvelun toteuttamisen yhteydessä. Palvelut ovat mallin mukaan sellaisia toimintoja, joita hallitaan ja parannetaan lisäarvon tuottamiseksi asiakkaille ja muille sidosryhmille.

Organisaation tulisi (European Foundation for Quality Management & Laatu keskus 2012, s.18-19) ymmärtää henkilöstön tiedonkulkuun liittyvät tarpeet ja kehittää tarkoituksenmukaisia toimintaperiaatteita ja viestintäkanavia vuoropuhelun ylläpitämiseksi. Tällöin organisaatiossa viestitään selkeää suuntaa ja strategisia painopistealueita. Tietoa kerätään, analysoidaan ja raportoidaan toiminnan kehittämiseksi. Malli voi auttaa organisaatioita saamaan tietoa ja vertaamaan itseään toisten organisaatioiden toimintaan. Vertailujen avulla organisaatiot voivat kehittää organisaatiokulttuuria, yhtenäistää johtamista, hakea hyviä käytäntöjä sekä edistää innovointia ja saada näin aikaan myös parempia tuloksia. Malli auttaa johtajia ja esimiehiä ymmärtämään niitä syy-seuraus-suhteita, joita organisaation toiminnan ja saavutettujen tulosten välillä vallitsee.

Calvo-Mora, Navarro-Garcia ja Perianez-Cristobal (2015) testasivat tutkimuksessaan EFQM-mallin soveltumista projektin johtamisen arviointiin. Tutkimuksessa oli mukana 225 yritystä, joilla oli aikaisempaa kokemusta EFQM-mallin lähestymistavasta ja arvioinneista. Tuloksena oli näyttöä siitä, että malli on validi viitekehys tietojohdamisen tilanteisiin, joissa halutaan vaikuttaa organisaation toiminnan kehittämiseen.

Escrig-Tena, Garcia-Juan ja Segarra-Ciprés (2019) toteavat tutkimuksessaan, että EFQM-malli on otettu laajasti käyttöön Euroopassa. Espanjalaisten organisaatioiden EFQM-mallin käyttöönotossa organisaation jäseniä on helpottanut kirjallisen materiaalin ja henkilökohtaisten kehittämissuunnitelmien käyttö. Nämä mallit auttavat organisaatioita parantamaan toimintaansa ja parhaita käytäntöjä sekä tarjoavat työkaluja itsearviointiin ja jatkuvaan parantamiseen. Vuosien varrella on palkittu monia organisaatioita. Oppivan organisaation teoriat voivat selittää laatujohtamisen suosiota. Henkilöstön sisäiset motivaatiotekijät vaikuttavat eniten EFQM-mallin käyttöönoton onnistumiseen.

Kennedy (2019) mainitsee yhtenä laadun kehittämisen ongelmana sen, että laatu tuntuu olevan liikkuva ”maali”. Siihen liittyy useita mielipiteitä ja odotuksia niin organisaatiolta, työntekijöiltä kuin asiakkailtakin. Laadun kehittämiseen liitetään kuitenkin osallistava

tapa toimia, jotta saavutettaisiin parempaa laatua. Kehittäminen pohjautuu vapaaehtoiseen dialogiin ja sopimukseen sen luojien, käyttäjien ja kommentoijien kesken. Laadun parantamiseen tähtäävät mallit ovat merkityksettömiä, mikäli niitä ei ymmärretä. Ştefan (2018) korostaa, että johtajien tulisi myös pohtia työkalujen tehokkuutta ja soveltuvuutta työympäristöön.

EFQM, Vaismaa, Lehtipuu ja Niemi (2019, s. 5-6) kertovat, että tämä uudistettu EFQM-malli soveltuu sekä organisaation nykyisten toimintatapojen, että tulevien haasteiden käsittelyyn. Heidän mukaansa asiakas on aina etusijalla. Mallissa pyritään ymmärtämään syy-seuraus-suhteita ja sitä, mitä organisaatio tekee ja mitä se toiminnallaan saavuttaa. Henkilöstön moninaisuuden tuoman lisäarvon ymmärtäminen ja tunnustaminen liittyvät tähän ajatteluun. Siinä painotetaan myös luovuuden, innovoinnin ja suorituskyvyn parantamista sekä sellaisen organisaatiokuluttuurin kehittämistä, jossa yhteistyösuhteet muihin toimijoihin perustuvat yhdessä kehittämiseen voittaja-häviöjä-asetelman sijaan.

3 LAADUKAS OPPIVA ORGANISAATIO TERVEYSALALLA

Terveydenhuollon oppivan organisaation käsitteistöä muotoillaan tässä luvussa oppivan organisaation teorian, laatujohtamisen ja EFQM-mallin avulla. Terveydenhuollon laadukas oppiva organisaatio on sellainen organisaatio, jossa oppimista tapahtuu yksilön, tiimin ja organisaation tasolla siten, että organisaatio saavuttaa oppimisen prosessien avulla tavoitteensa. Organisaatiossa on yhteiset arvot, joista asiakaslähtöisyys on keskeisin. (EFQM, Vaismaa, Lehtipuu & Niemi 2019, s. 5-6; Ojala 1996, s. 139; 158.) Tällaisella organisaatiolla on yhteinen visio (Senge 1990, s. 5-11) ja strategia näiden saavuttamiseksi. Organisaatiossa henkilöstön osaamista arvostetaan ja siellä on oppimisen mahdollistava yrityskulttuuri ja ilmapiiri. Hyvästä työstä saa palkintona vähintään kiitoksia sekä johtajilta että työkavereilta. Laadun parantamiseen tähtäävät toimet auttavat terveydenhuollon tuottajia ja asiakkaita yhdessä arvioimaan onnistumisia palveluiden tuottamisessa (Dlugacz 2016, s. 46).

3.1 Laatu, oppiva organisaatio ja EFQM-malli terveydenhuollossa

Tunnetuimpia terveysalan kehittäjiä lienee Florence Nightingale (1820-1910) (Ross 2014, s. 582), englantilaisnainen, jonka ajatellaan olleen modernin hoitotyön kehittämisen taustalla. Nightingalelle voidaan antaa tunnustusta sodanaikaisen terveydenhuollon laatujohtamisen raamien kehittämisestä, potilasturvallisuuden edistämisestä ja laadun ajattelumallien aloittamisesta (Dlugacz 2016, s. 32). Suomessa (Koivuranta-Vaara & muut 2011, s. 5-6; Haatainen & muut 2019, s. 6) terveyden- ja sairaanhoitopalveluilla tarkoitetaan palveluita tai toimenpiteitä, joiden avulla määritellään, palautetaan tai ylläpidetään asiakkaan tai potilaan terveyttä. Näiden palveluiden suorittajina toimivat ammattihenkilöt ja palveluita tuotetaan terveydenhuollon toimintayksiköissä tai sen valvonnan alaisena.

Terveydenhuollossa laadun ulottuvuuksista korostuu erityisesti hoidon laatu. 1990-luvulla hoidon laatua määritteli Institute of Medicine (IOM), riippumaton voittoa tuottamaton organisaatio, näin: Hoidon laatu on se aste, jolla toivotut terveystilanteet toteutuvat parhaiten oikeiden ammattilaisten avulla. (Dlugacz 2016, s. 43). Koivuranta-Vaara ja muut (2011, s. 8) määrittelevät hyvän hoidon olevan sellaista, jossa potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä, yksilölliset tarpeet ja toiveet huomioiden. Hyvän hoidon osatekijöinä ovat hoidon lääketieteellinen asianmukaisuus, asiakaslähtöisyys, saatavuus, potilasturvallisuus, vaikuttavuus ja kustannustehokkuus. Ammattitaitoinen henkilökunta toteuttaa hoidon sujuvana prosessina ja turvallisesti, soveltaen näyttöön ja hyviin hoitokäytäntöihin perustuvia sekä vaikuttavia menetelmiä. Terveydenhuollon organisaatiossa pitäisi olla sujuva yhteistyö ja tiedonkulku hoitoon osallistuvien tahojen välillä. Näin ollen hyvän hoidon lopputuloksena on tyytyväinen potilas, joka on saanut parhaan mahdollisen terveyshyödyn.

Suomen terveydenhuollon laatua määrittävät monet lait. Näitä lakeja ovat esimerkiksi Terveydenhuoltolaki (2010, 2§), Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992, 3§), Terveydenhuollon ammattihenkilölaki (1994, 15§) sekä Potilasvakuutuslaki (2019). Näiden lakien yhteinen sanoma on se, että ne ohjaavat väestön terveyden edistämistä, kaventavat terveyseroja ja vahvistavat hoidon asiakaskeskeisyyttä. Ne takaavat oikeuksia hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Ne myös edellyttävät hoitotoiminnalta hyvää laadukkuutta, turvallisuutta ja asianmukaisuutta (Koivuranta-Vaara & muut 2011, s. 7; Haatainen & muut 2019, s. 7). Aluehallintovirasto (2014) kertoo verkkosivullansa valvovansa terveyspalveluiden laatua ja potilasturvallisuutta, niiden suunnittelua, toteutusta ja seurantaan lakien ja asetusten mukaisesti. Palvelun laatua arvioidaan mm. seuraavilla kriteereillä: potilaskeskeisyys (asiantuntijuus, osallisuus, vuorovaikutus), potilasturvallisuus (riskien arviointi, ennakointi ja niiden hallinta), hoidon oikea-aikaisuus, sujuvuus ja vaikuttavuus sekä henkilöstömäärät (mitoitus).

Ansarin (2011) mukaan terveydenhuollon toimintojen yhteydessä käytetään usein käsitteitä: hoidon jatkuvuus, hoidon koordinaatio, tiimityöskentely ja kumppanuudet. Hoidon

jatkuvuus viittaa vuorovaikutussuhteeseen, joka muodostuu terveydenhuollon työntekijöiden, potilaiden ja toivottujen lopputulosten välille. Siihen sisältyvä ihmisten välinen jatkuvuus tarkoittaa henkilökohtaista suhdetta potilaan ja palveluntuottajan välillä ja se näkyy niin raporteissa kuin käytännön toiminnassa luottamuksena ja molemminpuolisena vastuuna. Moniammatillisen tiimin jatkuvuus viittaa sellaisen osaamisen tarjoamiseen, jolla pystytään takaamaan riittävä osaaminen potilaan hoidon ratkaisuisissa. Perheen ja sosiaalisten verkostojen merkitys on tässä yhteydessä myös tunnistettu. Hoidon koordinaatiolla tarkoitetaan erityisesti tarpeenmukaisen hoidon suunnitelmien tekemistä ja toteuttamista sekä specialistien käyntien suunnittelun. Hoidon koordinointi pitää sisällään terveydenhuollossa hoidon suunnittelun ja strategian sekä hoidon tulosten ja resurssien käytön seurannan. Koordinaation avulla vältetään päällekkäisyyttä, jaetaan tietoa henkilöstölle ja asiakkaalle.

Terveydenhuollon haasteena on parantaa asiakkaiden hoitoprosessien lopputuloksia. Terveydenhuollossa laatujohtamisen avulla pyritään suunnittelemaan ja luomaan laadunseurannan systeemejä, joiden avulla voidaan minimoida virheitä. (Ross 2014, s. 5) Laadukkaalle palvelulle asettavat odotuksiaan asiakkaat ja heidän perheensä. Odotuksia tulee myös työntekijöiltä, johdolta ja organisaatiolta. Erilaiset maksajatahot tai palveluita ostavat kunnat, myös valtio ja toimintaa valvovat organisaatiot, asettavat omat odotuksensa. Näillä kaikilla toimijoilla on omat käsityksensä laadusta ja erilaiset odotukset. (Dlugacz 2016, s. 47)

Hassounah (2001) totesi, että oppivan organisaation viitekehys edisti sosiaali- ja terveydenhuollon julkisen sektorin organisaation toimintaa. Oppivan organisaation viitekehukseen hän liitti muun muassa yhteisen vision ja innovaatiot. Oppivan organisaation näkökulmasta johto tukee työntekijöiden menestystä niin henkilökohtaisella kuin tiimitasolla ja tästä seuraa menestystä organisaatiolle.

3.1.1 Laatujohtaminen terveydenhuollossa

Useiden teoreetikoiden, kuten Juranin ja Demingin, myötä laadun teoriat ovat tuottaneet sellaisen lähestymistavan johtamiseen, jota kutsutaan kokonaisvaltaiseksi laatujohtamiseksi (Total Quality Management, TQM). Se on asiakaskeskeinen johtamisen tapa, joka käyttää tietoa ja vaikuttavan kommunikoinnin keinoja yhdistääkseen laadun organisaation kulttuuriin, missioon ja visioon sekä tavoitteisiin (Dlugacz 2016, s. 52). Laatujohtamisen tavoitteena on varmistaa, että palvelut vastaavat asiakkaiden odotuksia tai yleisiä laatustandardeja tai molempia. Jos laatutekijöistä pidetään hyvää huolta, asiakkaiden turvallisuus voidaan taata osaavalla henkilöstöllä ja hyvin toimivilla palveluilla (Ross 2014, s. 5). Oppivan organisaation käsite toimii yläkäsitteenä laatujohtamissuuntausten sykleissä, jotka vaihtelevat vuosikymmenestä toiseen (Easterby-Smith & Lyles 2011, s. 237).

Juranin (1904-2008) ja Demingin (1986) pohdinnat pitävät sisällään laatujohtamisen kolme ydinasiaa:

1. Laatua pitää suunnitella niin, että asiakkaiden odotuksiin pystytään vastaamaan.
2. Laadun tarkkailu niin, että voidaan varmistua prosessien tehokkuudesta.
3. Laadun parantaminen niin, että saadaan aikaan optimaalisia tuloksia. (Dlugacz 2016, s. 59)

Suomessa ja ulkomailla on tehty laatujohtamista (TQM, Total Quality Management, TQC, Total Quality Control) koskevaa tutkimusta pitkään. Laatujohtamisen aikakausi oli Suomessa 1980-1990-luvuilla (Vakkuri 2009, s. 40). Easterby-Smith ja Lyles (2011, s. 237) mainitsevat laatujohtamisen erilaisia malleja, jotka pohjaavat laatuajatteluun ja teorioihin. Tuomi (2012, s. 2) määrittelee laatujohtamisen (Quality Management, QM) osaksi prosessia, jonka tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman paljon hyvää asiakkaalle ja samanaikaisesti parantaa organisaation prosesseja jatkuvasti. Prosessiin kuuluu laatujohtamisen systeemi (Quality Management System, QMS), jonka avulla voidaan todentaa organisaation prosessien rakennetta, vastuita ja toimintaa. Antila (2012, s. 53) kuvaa monipuolisesti laadun merkityksen korostumista johtamisaamisen keskeisenä tekijänä,

laatuodotusten ja vaatimusten yleistymistä sekä laadun jatkuvan tutkimisen tarpeellisuutta ja ajankohtaisuutta. Laatujohtamisen edellytyksiin liittyy se, että organisaatiossa on tieto laatujohtamisen strategisesti keskeisestä asemasta.

Oppivan organisaation ja laatujohtamisen välistä yhteyttä on tutkittu myös. Sohal ja Morrison (1995) viittaavat siihen, että laatujohtamisen ajattelutapa voi toimia kokonaisvaltaisena ajattelutapana tai nippuna tekniikoita. Heidän mukaansa on näkökulmia, jotka yhdistävät laatujohtamisen ja oppivan organisaation ajattelutapoja: 1) Syy-seuraus-suhteesta oppiminen, 2) prosessien parantaminen ja laadun lisääminen ja 3) organisaation oppiminen tätä kautta. Oppivan organisaation pitäisi olla taitava systemaattisessa ongelmanratkaisussa, uusien lähestymistapojen kokeilussa ja kokemuksista sekä historiasta oppimisessa. Oppivalla organisaatioilla olisi myös kiinnostus uuden tiedon hankintaan asiakkailta, toimittajilta ja työntekijöiltä. Ainoastaan oppiva organisaatio mahdollisti TQM-ajattelun haltuunoton, koska ympäristö oli luotu sellaiseksi, jossa työntekijöillä oli mahdollisuus oppia ja jakaa tietoa sekä osallistua kehittämiseen. Sohal ja Morrison (1995) tutkivat ongelmienratkaisumalleja australialaisissa organisaatioissa ja totesivat, että laatujohtaminen on osa oppivan organisaation rakentamista, mutta se ei automaattisesti muodosta oppivaa organisaatiota.

Hill (1996) mainitsee, että kun organisaatio haluaa siirtyä kohti TQM-malleja, on otettava huomioon oppivan organisaation näkökulmat. Prosessissa on huomioitava vaatimukset, joita organisaatio kohtaa kulttuurin, rakenteiden ja asenteiden osalta. Muutos ja oppiminen kulkevat käsikädessä. Muutos voidaan nähdä myös oppimismatkana. Hill (1996) toteaa vielä, että oppiva organisaatio ja TQM ovat toisiinsa linkitettyjä. Oppiva organisaatio on matkalla kohti jatkuvaa parantamista. Yksi yhteinen näkökulma onkin jatkuva parantaminen, joka tähtää asiakastyytyvyyteen. Oppiva organisaatio nähdään myös mahdollisuutena tehokkuuteen, jota myös laatujohtamisella tavoitellaan.

Pool (2000) kertoo oppivan organisaation ja laatujohtamisen (TQM) teoreettisten näkökulmien liittyvän toisiinsa. Näiden viitekehysten avulla organisaation on mahdollista systemaattisesti seurata sitä, miten uutta tietoa ja taitoa kehitetään organisaation eri tasoilla. Oppivaan organisaatioon liittyy tukeva kulttuuri, jossa mahdollistetaan avoimen kommunikaation, luottamuksen, innovaation ja tiimihengen muodostumista työntekijöiden välille. Hän näkee mallien yhdistämisen mahdollisuutena saavuttaa lisää oppimista.

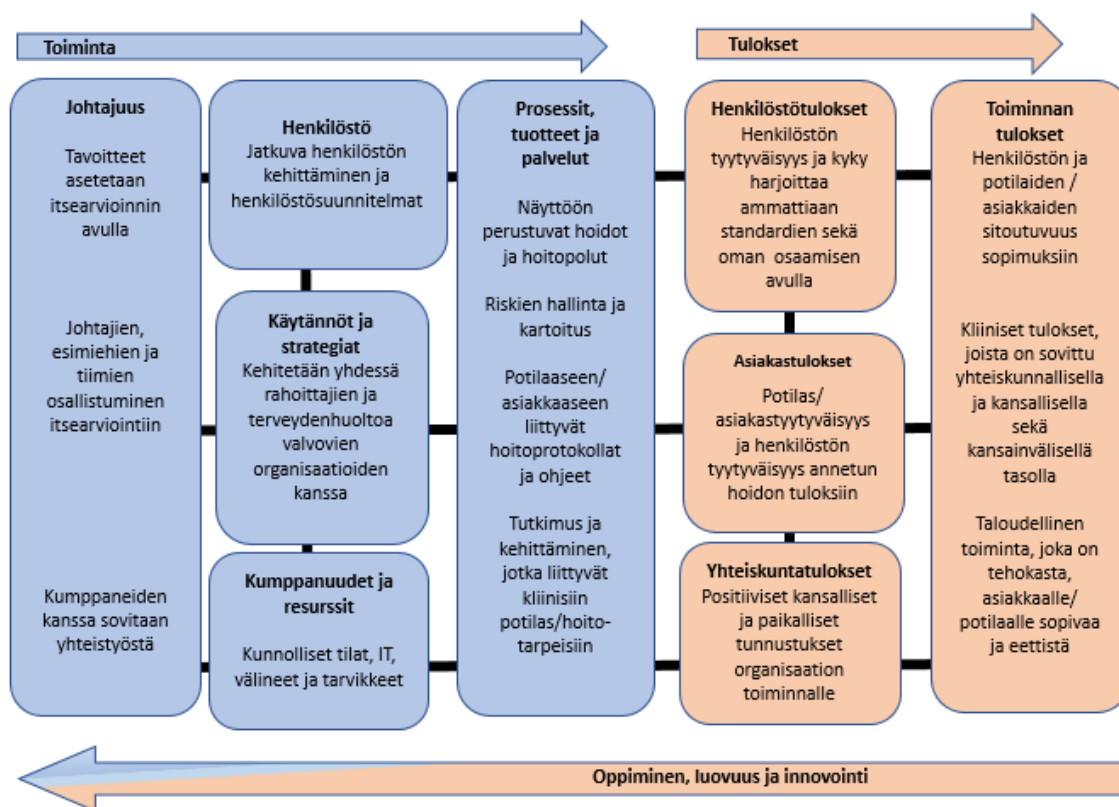
Øvretveit (2000) kertoo, että laatujohtaminen (TQM) on organisaation läpi leikkaava filosofia ja lähestymistapa tai strategia, jonka avulla kehitetään organisaation laatua. Kehittämisessä käytetään apuna esimerkiksi EFQM-mallia. Laatujohtamisella pyritään vaikuttamaan asenteisiin ja siihen, että henkilöstö oppii käyttämään laadun metodeja parantaakseen laatua. TQM edellyttää tiimityön metodien käyttämistä. Johdolle se on menetelmä, jonka avulla voidaan analysoida ja ymmärtää parantamiseen liittyviä tarpeita. Laatujohtamisessa asiakas on keskiössä.

Tuomi (2012, s. 1-2) kertoo laatujohtamisen soveltuvan julkiselle sektorille. Laatujohtamista ei kuitenkaan implementoida siellä kokonaisuudessaan. Laatujohtamisen implementointia hän suosittaa tehtäväksi kytkien organisaation kontekstiin. Hyvää johtamista on toiminnan jatkuva parantaminen. Laadun mittaaminen nostettiin esille yhtenä johtamisen välineenä. Suomen Lääkäriliitto tuo esille myös sen, että terveydenhuollon johtaminen edellyttää tietoja toiminnan laadusta ja vaikuttavuudesta (Rautiainen & muut, 2016).

3.1.2 EFQM-malli terveydenhuollon johtamisen ja kehittämisen välineenä

Jackson (1999) toteaa, että Englannissa kannustettiin tekemään jatkuvaa parantamista ja kehittämistä EFQM-mallin mukaan. Myöhemmin Stahr (2001) tutki laatujohtamisen käyttöönottoa Ison-Britannian National Health Service (NHS) -organisaatiossa, joka oli tuolloin yksi suurimpia terveydenhuollon alan organisaatioita maailmassa. Useimmat

NHS:n ammattilaiset kokivat, että toiminta oli alirahoitettua ja laatua on kehitetty vuosien varrella useiden menetelmien ja projektien kautta. Todettiin, että tarvitaan kokonaisvaltainen laadun kehittämisen kulttuuri ja jatkuvan parantamisen ajattelua. Otettiin käyttöön EFQM-malli, koska se ei tarjoa valmiita standardeja tai kaavoja, vaan toimii enemmänkin viitekehystenä kehittämiselle ja sen omaksuminen on helppoa. Sen monimuotoinen raamitus antoi kokonaiskuvan ja helpon tavan arvioida laatua. Tutkimuksen tulosten mukaan EFQM-mallin käytön avulla oli mahdollista luoda johtamiselle polku tavoitteiden saavuttamiseksi. Lisäksi liiketoimintasuunnitelmat saatiin elämään. Lisättiin ongelmien omistajuutta ja laadun käsitettä saatiin lähemmäksi päivittäistä toimintaa ja aktiviteetteja. EFQM -mallia piti kuitenkin muuttaa hieman, että se sopi paremmin terveydenhuollon ympäristöön (Kuvio 6.)



Kuvio 6. EFQM-mallin soveltaminen terveydenhuollon alalle (mukaillen Stahr 2001; European Foundation for Quality Management & Laatuokeskus 2012, s. 9).

Øvretveit (2000) kertoo, että Euroopassa vuoteen 2000 mennessä terveydenhuollossa nämä laadun EFQM-mallin kaltaiset parantamisen työkalut olivat olleet käytössä jo useita vuosia. Stahrin (2001) tutkimuksen mukaan näyttöä oli siitä, että itsearviointi ja jatkuva parantaminen olivat syklinen prosessi, joka mahdollistui vain johtajien tuella ja keskusteluilla. Laatuksittuurin sisällöstä opittiin, ettei laadukkuus tarkoita vain yksilöiden, vaan koko organisaation läpi leikkaavaa toimintaa. EFQM-malli tarjosi tässä yhteydessä tärkeän mahdollisuuden kehittää laatuksittuuria terveydenhuollossa ja mahdollisti sen, että organisaatio sai tunnustettua vahvuudet ja jatkuvan parantamisen kehittämiskohteet. Mallin avulla organisaatio sai myös suunniteltua näihin soveltuvat toimenpiteet.

Moellerin ja Sonntagin (2001) mukaan EFQM-mallissa on vapautta, jonka vuoksi on mahdollista vertailla eri ammattiryhmien kuten lääkäreiden, hoitajien ja johtajien tai hallinnon toimintaa suhteessa toisiinsa. Malli jättää kuitenkin huomioimatta terveydenhuollon erityispiirteitä, joihin johtamisella tulee puuttua. Jackson (2001) huomasi tutkimuksessaan, että laatujohtamisen työkalujen käyttöönotto osoittautui haastavaksi, koska johtajilla ei ole ollut riittävästi kokemusta ja tietoa niiden käytöstä. Hänen mukaansa johtajien tulisi oppia toisilta organisaatioilta terveydenhuollon organisaatioiden laatujohtamisesta ja tämä hänen mukaansa tarkoitti erilaisten kehittämissyhmien perustamista, normien ja arvojen yhdentämistä sekä käytöksen tunnustamista. Tärkeintä oli, että johtajat osallistuvat prosessiin. Mosadegrad (2013) totesi, että laatujohtamisen vaikeudet terveydenhuollon organisaatioissa liittyivät johtajuuteen, laatuksittuuriin ja huonosti harjoiteltuun laatujohtamisen menetelmien käyttöön. Työkalujen ei pitäisi lisätä työtä organisaation henkilöstölle, vaan auttaa työn järjestelemisessä loogisempaan ja toteuttavampaan muotoon.

Szczepanska ja Wisniewska (2012) tutkivat laadun kehittämistä. EFQM-mallin mainittiin tässä tutkimuksessa auttavan laadun tasojen miettimisessä terveydenhuollon organisaatioissa. EFQM-mallin käyttö heidän mukaansa auttaa jatkuvien parannusten tekemistä ja lisää johdon sekä henkilöstön osallistumista kehittämiseen. Baidoun, Salem ja Omran

(2018) totesivat, että terveydenhuollon organisaatioista laatujohtamisen mallien käyttö oli yleisempää valtion sairaalaorganisaatioissa.

Kievit, Oomes, Schoorl ja Bartels (2018) näkivät, että laadun parantaminen terveydenhuollossa, hyödyntämällä innovaatioita läpi rakenteiden ja prosessien, voi olla tärkeä apu menestyksekkäiden ja pysyvien tulosten saavuttamisessa. Van Kemenade ja van Der Vlegel-Brouwer (2019) mainitsevat tutkimuksessaan myös EFQM-mallin käytön sekä PDCA-syklin hyödyntämisen laadun parantamisessa. Tutkimuksessa tunnistettiin kolme tekijää: struktuuri, prosessi ja lopputulokset. Strateginen suunnittelu, missio ja visiot sekä laadun parantaminen ovat tärkeitä tekijöitä, kun terveydenhuollon organisaatioita johdetaan kuten liikelaitoksia. Yhtenä näkökulmana he esittävät sitä, että laatu on saateenvarjokäsité, jolloin isompia linjoja yhteiskunnassa rakennetaan niin, että organisaation, yhteiskunnan ja lopulta organisaation henkilökunnan tasoilla, voidaan päästä samoihin näkemyksiin laadun merkityksestä terveydenhuollossa. Laadun kokemus on yksilöllinen. Laatu edellyttää kulttuurillista sitoutumista ja odotuksia tulee useilta tahoilta. Laatu on henkilöihin ja heidän prosesseihinsa liittyvää moniammatillista työtä, jota jatkuvasti kehitetään eteenpäin.

Talib ja muut (2019) kertovat, että laatujohtamisen mallien käyttö mahdollistaa johtajuuden, tiimityön ja palveluiden parantamisen terveydenhuollossa. Bagheri, Noorassana ja Njami (2019) tutkivat EFQM-mallien vaikutusta terveydenhuollossa. Heidän mukaansa näitä laatujohtamisen malleja on käytetty jo monia vuosia arviointiin sekä parantamaan organisaatioiden suorituskykyä ja tehokkuutta erilaisissa ympäristöissä, kuten myös terveydenhuollossa. Doeleman ja muut (2014) kiteyttävät, että laatujohtamisen mallin käyttö parantaa organisaatioiden tuloksia. Mallia voi käyttää toiminnan kuvailuun ja se on todettu hyväksi välineeksi organisaatioiden vertailuun. Vernerö ja muut (2007) arvioivat sairaaloiden toimintaa EFQM-mallin käyttöönoton osalta. Tutkimuksen mukaan malli johti systemaattisen kehittämisen lähestymistapaan ja lisäsi laatu-tietoisuutta koko sairaalassa. Rowland-Jones (2012) raportoi positiivisia tuloksia johtamisen kehittämisessä EFQM-mallin avulla terveydenhuollossa. Calvo-Moran ja muiden (2006) tutkimus osoitti,

että johtajuus on tärkeää laadun parantamisessa ja EFQM-mallin käytössä. Sadeh (2017) selvitti, että toiminnan parantaminen sairaalaympäristössä linkittyi työntekijöiden hyvinvointiin ja tyytyväisyyteen. Prybutokin (2018) tutkimuksessa havainnoitiin sitä, miten PDCA-syklin avulla kehitettiin sairaalan ensiaputoimintoja. Tutkimuksessa todettiin, että laadun parantaminen lisäsi potilaiden saaman hoidon laatua.

3.2 Terveydenhuollon laadukas asiakaskokemus

Asiakaskokemusta voidaan määritellä yhden ihmisen subjektiiviseksi prosessiksi, joka voi käynnistyä jo ennen asiakassuhteen alkamista. Siihen vaikuttavat sosiaalinen ympäristö, kuten palvelukokemuksen toteuttava henkilöstö, arvostelut, suosittelut ja jopa toiset toimipisteessä samanaikaisesti asioivat asiakkaat. Kokemukseen vaikuttaa myös kohtaaminen ja ilmapiiri sekä aikaisemmat kokemukset saaduista palveluista. (ks. Verhoef, Lemon & muut 2009; Eskelinen 2020; Gerdt & Eskelinen 2018, s. 11)

Dlugacz (2016, s. 34) kertoo, että terveydenhuolto on murroksessa, sen rakenteet ja jopa toimintafilosofia on muutoksessa. Ajattelutavat ohjautuvat yhä enemmän kohti hyvinvointia sairauden sijaan. Asiakkaiden hyvinvointi ja heidän odotuksensa ovat nousseetkin keskiöön. Ross (2014, s. 581-582) mainitsee terveydenhuollon palveluiden erityispiirteeksi sen, että asiakkaan kokemukseen palvelusta voi sisältyä kysymys elämästä ja kuolemasta (vaikeavammaisuus, sairaus, epämukavuuden tunteet, tyytymättömyys).

Gerdt ja Eskelinen (2018, s. 12-14; 75-76) tuovat esille, että terveydenhuollon palveluissa asiakaskokemukset muodostuvat joko lyhyen tai jatkuvan asiakassuhteen yksilöllisen, oikea-aikaisen ja tehokkaan hoidon tarjoamisesta. Asiakaskokemuksen prosessiin liittyy palvelun saatavuus, turvallisuus ja jatkopalvelut terveydenhoidossa tai sairauden seurannassa. Myös asiakkaalle tiedottaminen sisältyy prosessiin oleellisena osana. Terveydenhuollossa puhutaan vielä potilaskeskeisyydestä.

Koivuranta-Vaaran ja muiden (2011, s. 9) mukaan potilaskeskeisyydeksi määritellään se, että potilaita kohdellaan yhdenvertaisesti ja syrjimättä. Heidän ihmisarvoaan ja vakaumustaan kunnioitetaan. Hoitosuhteessa edetään asiakkaiden yksityisyyttä kunnioittaen. Kunnioitetaan asiakkaan tai potilaan oikeutta elämään, henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Potilaskeskeisyys ja potilaskokemus ovat termejä, jotka sisältyvät tässä tutkimuksessa asiakaskokemuskäsitteeseen.

Ross (2014, s. 6-8) uskoo, että hyvässä asiakaskokemuksessa asiakkaan tulisi tuntea, että he saavat parasta palvelua ja laatua. Laatuun liittyvät kokemukset muotoutuvat siitä, miten asiakas kohdataan. Onko kohtaaminen arvostavaa? Millainen ympäristö palvelulla on? Oliko henkilöstö ammattitaitoista ja paljonko aikaa odottamiseen kului? Saiko asiakas tarvitun hoidon ja mikä oli sen tulos? Øvretveitin (2000) mukaan terveydenhuollossa näkökulmana on se, antaako palvelu asiakkaalle sen, mitä he haluavat, vai vastataanko vain tarpeeseen? Ammatillisen palvelun laadun voidaan ajatella kuvaavan sitä, kohtaavatko asiakkaiden tarpeet ja ammattilaisten osaaminen. Tuottaako henkilöstö sellaista toimintaa, jolla asiakkaan tarpeet saadaan hoidettua.

Ross (2014, s. 6-8; 582) mainitsee haasteita palveluiden laadun määrittelylle asiakaspalautteen perusteella tulevan erityisesti siitä, että jokainen palveluiden käyttäjä voi asettaa itse omien kokemuksensa mukaan palveluille erilaisia painopistealueita, jotka juuri hän kokee tärkeiksi. Siksi palvelun tuottajien pitäisi olla hereillä palvelun käyttäjien kokemusmaailman muutoksista. Kokemusmaailman muutoksista saadaan käsitys keräämällä tietoa asiakkailta. Asiakaskokemuksen tiedon keruu on merkityksellistä, sillä sen avulla kehitetään parempia prosesseja ja muutetaan toimintaa asiakkaiden kanssa paremmaksi. Hyvän asiakaskokemuksen mittareina voidaan terveydenhuollossa käyttää esimerkiksi potilaskyselyjä ja potilaspalautteita (Koivuranta-Vaara & muut 2011, s. 9). Pilgrimien ja Bučiunien (2008) mukaan palveluiden laadukkuutta arvioidaan näillä mittareilla juuri asiakaskokemuksen kautta.

Swain ja Kar (2018) pohtivat tutkimuksessaan, että koska asiakkaat kertovat palvelutyytyväisyydestään toisille käyttäjille, tulisi johtajien tästä syystä käyttää kaikki mahdolliset mittarit kerätäkseen palautetta toiminnasta asiakkailta ja muilta osallisilta laadun arviointia varten. Johdon kiinnostuksen terveysalalla pitäisi painottua niin sanottuun tekniseen laatuun, koska se on terveydenhuollon ydintoimintaa. Teknisellä laadulla viitataan esimerkiksi kirurgin leikkaustoimintaan. Ilman teknisen laadun arviointia, ei voida kunnolla arvioida myöskään palvelun laatua. Hallinnon tehtävät, kuten asiakkaiden ottaminen sisään palveluihin, odotusaika, laskutus ja seurannat, liittyen lääketieteelliseen hoitoon ja laatuun, liittyvät myös palvelun laatuun. Snyder, Witell, Elg ja Mccoll-Kennedy (2019) keräsivät asiakaskokemustietoa ortopedisiltä asiakkailta. Tutkimuksen tulokset viittasivat siihen, että asiakkailta saadun tiedon perusteella oli mahdollista kehittää uudenlaisia rooleja asiakkaille ja mahdollisesti parantaa myös koko prosessia.

Gerdt ja Eskelinen (2018, s. 11; 39-40) ajattelevat, että asiakaskokemuksen kehittämisessä olisikin hyvä lähteä liikkeelle asiakkaasta ja hänen tarpeistaan. Asiakaskokemuskokemuksen pitäisi olla kaikkien työntekijöiden yhteisenä pidempiaikaisena tavoitteena läpi koko organisaation. Asiakaskokemus on organisaation laadun kehittämistä samoin kuin muu laatutyö, jotka usein sisältyvät yrityksen strategiaan. Asiakaskokemuksen kehittämiseen voidaan liittää kokonaisuus, joka pitää sisällään yrityksen kulttuurin, johtamisen, prosessit ja resurssit eli henkilöstön. Asiakaskokemus ja sen kehittäminen ovat myös organisaation jatkuvan oppimisen prosessi.

Myös lääkärikeskuksissa on alettu ymmärtää asiakaskokemuksen kehityksen merkitys. Cleveland Clinic (Gerdt & Eskelinen 2018, s. 187-193) on organisaatio, joka tunnetaan lääketieteellisistä innovaatioistaan, teknologian käytöstä ja pioneirisuudestaan asiakaskokemuksen kehittämisessä. Heillä kaiken tekemisen keskiössä on asiakas. Asiakaskokemuksen määritelmä sisältää turvallisen, korkealaatuisen hoidon ja asiakastyytyväisyyden. Heidän mielestään asiakaskokemusta ei voi erottaa hoidon laadusta. Klinikin asiakkaat on otettu mukaan kehitystyöhön. Klinikin asiakaskokemushankkeet, isoista pieniin, tehdään yhdessä asiakkaiden kanssa. Tavoitteeksi tuli asiakaskokemustiedon kasvattaminen

yhteisessä innovoinnissa ja asiakkaan merkityksen viestimisessä läpi koko organisaation. Klinikassa panostettiin koko organisaation ja henkilökunnan sitouttamiseen asiakaskokemustyöhön. Pidettiin tärkeänä, että jokainen työntekijä ymmärtää, mitä asiakaskokemus tarkoittaa ja mikä rooli ja vastuu kullakin on sen tuottamisessa (Gerdt & Eskelinen 2018, s. 200-209).

Digitalisaation nopea kehitys on tuonut mukanaan muutoksia siihen, miten käyttäydymme suhteessa palveluihin. Teknologian avulla palveluista on mahdollista saada nopeampia, mutta se myös muuttaa palvelua ja kokemusta oleellisesti, tästä esimerkkinä ovat virtuaaliset lääkäripalvelut verkossa (Gerdt & Eskelinen 2018, s. 33). Digiajan asiakaskokemuksesta puhutaan paljon esimerkiksi digipalveluita myyvien yritysten kehitystyössä (Verhoef, Lemon & muut 2009). Filerin (2018) mukaan organisaatioiden tulisi valmistautua digitaalisuuden mukanaan tuomiin muutoksiin terveydenhuollon palveluissa. Internet muuttaa asiakaskokemusta ja organisaatioiden pitäisi pyrkiä negatiivisten palautteiden tehokkaaseen hallintaan. Digiaikaa leimaa asiakaskokemuksen osalta nopeat tiedonsiirrot asiakasryhmien välillä, jonka esimerkiksi sosiaalinen media kanavineen mahdollistaa. Asiakkaat voivat jakaa kokemuksiaan ja peilata niitä esimerkiksi omiin odotuksiinsa.

Asiakaskokemuksen perustana onkin luottamuksen luominen (Gerdt & Eskelinen 2018, s. 72). Hyviä asiakaskokemuksia tavoiteltaessa organisaatio varautuu siihen, että yksikön strategiset tavoitteet suunnataan asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Suunnittelulla varmistetaan henkilöstön riittävyys ja pätevyys asiakaspalveluiden antamisessa sekä asianmukaisessa hoidon toteuttamisessa. Asiakaskokemusta seurataan ja mitataan säännöllisesti ja toimintaa muutetaan tulosten perusteella. Asiakkaan sitouttaminen tarkoittaa sitä, että heitä kannustetaan osallistumaan hoitoon ja annetaan riittävä ohjeistus. (Koiruranta-Vaara & muut 2011, s. 9).

3.3 Terveydenhuollon palveluiden turvallisuus laadun osatekijänä

Suomen sosiaali- ja terveysministeriö (2014) määrittelee potilasturvallisuuden keskeiseksi osaksi hoidon laatua. Turvallinen hoito on ministeriön mukaan vaikuttavaa ja se toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2011, s. 7) määrittelee potilasturvallisuudella tarkoitettavan sitä, että potilas saa tarvitsemansa oikean hoidon, josta on hänelle mahdollisimman vähän haittaa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2011, s. 15-17) mukaan potilasturvallisuusosaamisella tarkoitetaan lisäksi tietoisuutta ja osaamista potilasturvallisuutta vaarantavista riskeistä ja niiden hallintaan liittyvistä käytännöistä omassa toimintayksikössä, myös kykyä soveltaa niitä työssään sekä näihin liittyvää osaamista. Kommunikaatio ja yhteistyötaidot tiimin kesken, ovat potilasturvallisuuteen kuuluvia asioita. Esimiehen tehtävä onkin varmistaa, että riskienhallintakäytännöt on selkeästi kuvattu ja henkilöstöllä on edellytykset niiden soveltamiseen toiminnassaan. Työprosessien tulee olla helposti hahmotettavia ja tarjota tarvittava tieto päivittäiseen työhön. Ammattihenkilöiden vastuulla on noudattaa työssään ohjeita ja käyttää työkaluja, oppaita ja suosituksia sekä päivittää osaamistaan. Uudet työntekijät on perehdytettävä yksikköön ja tehtäviin.

Wagner ja muut (2019) ymmärsivät tutkimuksensa kautta, että työturvallisuuden ja potilasturvallisuuden kehittäminen ovat kaksi tärkeintä näkökulmaa terveysalan organisaatioissa. Organisaation turvallisuuskulttuuri viittaa yksilöiden ja ryhmien arvoihin, asenteisiin ja ymmärrykseen sekä osaamiseen, jonka perusteella terveyttä tuotetaan. Positiivinen turvallisuuskulttuuri perustuu luottamukseen. Tarvitaan yhteinen näkemys turvallisuuden tärkeydestä sekä kyvystä käyttää mittareita, joilla turvallisuutta seurataan. Potilasturvallisuus voidaan määritellä haittojen tai vaurioiden välttämiseksi ja ennalta ehkäisyksi. Työturvallisuus viittaa työhön liittyvään ilmapiiriin ja vuorovaikutukseen, joka tapahtuu asiantuntijoiden, työntekijöiden ja tiimiläisten välillä, ymmärryksenä käytänteistä, prosesseista ja parhaasta toimintatavasta.

Tässä tutkimuksessa näkökulma on oppivassa organisaatiossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2011, s.15-16) mukaan esimiesten ja johtajien tulee erityisesti panostaa avoimuuteen sekä kyetä käsittelemään havaittuja riskejä ja virheitä organisaatiolähtöisesti. Se luo luottamuksen ilmapiiriin, jossa virheistä uskalletaan puhua ja niistä opitaan. Oppimista tukevan ilmapiiriin lisäksi tarvitaan toimintatapoja, joille oppiminen rakentuu. Työntekijöitä ei jätetä virheen tai turvallisuusongelman kanssa yksin, vaan tuetaan. Tuki haittatapahtumissa on oleellista työntekijöiden työkyvyn säilyttämiseksi. Boamahan (2019) kertoo lähijohtamisella saavutettavan hyviä tuloksia turvallisuudessa sekä laadun parantamisessa. Johtajien osaaminen vaikutti hoitoon, jota annettiin potilaille sekä tyytyväisyyteen työpaikalla.

Johdolla on kokonaisturvallisuusvastuu, jota se ei voi delegoida (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, s. 12-14). Johdon turvallisuusvastuusiin liittyy se, että ympäristö ja työntekijöiden osaaminen pitää järjestää sellaisiksi, että hoito voidaan toteuttaa turvallisesti. Johdon ja työntekijöiden tärkeänä tehtävänä on turvallisuusriskien yhteinen arviointi niin, että haitta- ja vaaratapahtumista hankittua tietoa käytetään hyväksi potilasturvallisuuden parantamisessa ja palvelujärjestelmän kehittämisessä. Potilasturvallisuuskulttuurilla tarkoitetaan hoitoa edistävää suunnitelmallista ja järjestelmällistä toimintaa, arvoja ja asenteita. Se sisältää riskien arvioinnin, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä jatkuvan kehittämisen.

O'donovan, Ward, De Brún ja Mcauliffe (2019) toteavat, että terveydenhuollon organisaatioiden pitää ymmärtää ja parantaa jatkuvasti turvallisuuskulttuuriaan. On tärkeää ymmärtää terveydenhuollon turvallisuuteen liittyviä käsitteitä, mittareita ja turvallisuuden sekä parantamiseen liittyvää kulttuuria. Turvallisuuskulttuurin rakentamisessa ja edistämässä tärkeää on toimiva kommunikaatio kaikkien ammattialojen ja johdon välillä.

Uskaltaako oppiva organisaatio sitten myöntää virheensä esimerkiksi korjatakseen turvallisuutta? Terveydenhuollon organisaatioissa uskalletaan kertoa turvallisuuspoikkeamista keskimäärin kolme kertaa useammin kuin muissa organisaatioissa ja raportoida näin ongelmista, joita organisaatiossa on (Coghlan & muut 2016, s. 232). Terveydenhuollossa voi syntyä ”läheltä piti”-tilanteita ja niitä on hyvä tarkastella, että mahdollisen virheen toistuminen saadaan ennalta ehkäistyä (Ojala 2018 s. 195).

Potilasturvallisuuskulttuurin tapa tarkastella asiaa on siis oppimisen kautta tapahtuvaa. Oppivan organisaation näkökulman mukaan laadun ja potilasturvallisuuden kehittäminen on jatkuva työskentelytapa, jossa hyödynnetään aikaisempia oppeja ja kokemuksia, työympäristöä, prosesseja ja ohjeita. Toiminnassa korostuu avoin ja syyllistämätön toimintakulttuuri, jossa virheitä katsotaan juuri oppimisen näkökulmasta. Ymmärretään (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, s. 13-14), että potilasturvallisuus rakentuu useista eri tekijöistä ja toimijoista. Tavoitteena on vähentää hoitoriskejä, mahdollisia haittoja tai ”lähetä piti”-tapahtumia. Näitä käsitellään avoimesti ja luontevasti. Rehellisyys on tärkeä elementti eli kerrotaan heti virheen ilmetessä mitä tapahtui, sekä havaitut riskitekijät, erehdykset tai virheeseen johtaneet tekijät. Samalla kehitetään toimintaa riskien arvioinnin avulla. Jatkuvan parantamisen kehitystoimenpiteiden toteuttamista ja niiden vaikuttavuutta seurataan. Erilaiset riskienhallintaohjelmat pohjautuvat mallintamiseen, jolloin riskien hallinta muodostuu osaksi laatujärjestelmän prosessikuvausta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, s. 20-23).

Scott ja muut (2019) uskovat, että potilaat voivat tarjota hyvää tietoa turvallisuuden kehittämiseen. Potilaiden tuottaman tiedon avulla voidaan tunnistaa riskejä ja tehdä laadun parannusta läpi koko organisaation. Tutkimuksessa saatiin tietoa potilailta ja ymmärrettiin organisaation oppimiseen liittyviä prosesseja. Asiakkailta tullut tieto, potilasturvallisuuteen liittyen, oli myös henkilökunnan helpompi hyväksyä. Tiedon avulla voitiin parantaa hoidon laatua. Tutkimuksessa todettiin, ettei turvallisuuden tai laadun parantamiseen liittyvää tietoa välttämättä osata hyödyntää organisaatiossa tarpeeksi tehokkaasti.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2011, s. 23-24) toteaa, että terveydenhuollossa osa potilaiden hoitoon liittyvistä prosesseista toteutuu yksikössä samankaltaisina diagnoosista riippumatta. Toisaalta osa prosesseista liittyy erityisesti tietyn sairauden hoitoon. Näitä varten on luotu hoitoprotokolla, hoitopolku tai hoitoketjut. Toimintokohtaisten prosessien kuvaaminen yhtenäistää menettelyjä ja selkiyttää henkilökunnan työnjakoa ja vastuuta. Se parantaa myös sujuvuutta sekä myötävaikuttaa poikkeamien ja virheiden vähenemiseen. Hoitoprotokollat tukevat hoidon toteuttamista oikea-aikaisesti ja parantaa tuloksellisuutta sekä potilasturvallisuutta.

Lainsäädännössä potilasturvallisuudesta säädetään Terveydenhuoltolain (2010) kahdeksannessa pykälässä, joka käsittelee terveydenhuollon turvallisuutta ja laatua. Lain mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava turvallista, laadukasta ja asianmukaisesti toteutettua. Tartuntatautilaki (2016) määrittää myös huolehtimaan hoitoon liittyvien infektioiden hoidosta. Työturvallisuuslaki (2002) velvoittaa huolehtimaan työntekijän turvallisuudesta. Siinä määritellään myös työn vaarojen selvittäminen ja arviointi. Laissa terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (2010) määritellään työssä käytettävien apuvälineiden ja muiden laitteiden käyttö. Tarkoituksena on ylläpitää ja edistää laitteiden ja tarvikkeiden käytön turvallisuutta.

Yksi keskeisistä päivittäisistä työtehtävistä liittyy tiedonkulkuun. Yksiköissä olennaista tietoa kulkee päivittäin potilaiden, terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja organisaatioiden välillä. On hyvä määritellä tiedonkulun periaatteet niin organisaation sisällä kuin yhteistyötahojen kanssa. Hyvä dokumentointi ja tiedonkulku yksiköiden välillä ovat osa laadukasta ja turvallista hoitoa. Se mahdollistaa myös turvallisuusriskien hallintaa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, s. 26-27). Piligrimiene ja Bučiuniene (2008) kertovat, että terveydenhuollon turvallisuuden poikkeamien, vaaratilanteiden ja haittatapahtumien raportointi sekä seuranta auttavat parantamaan turvallisuutta. Virheistä opitaan ja tapahtuneista vahingoista kertynyt tieto hyödynnetään toiminnan kehittämisessä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2011, s. 28) esittää, että kertyneen tiedon säännöllinen analysointi ja käsittely ovat jatkuvan kehittämisen perusta. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmistä Suomessa tunnetuin lienee VTT:n ja Lääkelaitoksen kehittämä Haipro-järjestelmä. Siihen raportoidaan kokonaiskuva tapahtumaolosuhteista, tapahtuman synnystä, etenemisestä ja seurauksista. Terveyshaittaan johtaneista haittatapahtumista ilmoitetaan sairaaloiden hoito- ja ilmoitusjärjestelmään (HILMO), jonne kirjataan komplikaatiodiagnoosit, mukaan lukien lääkehaittavaikutukset. Näiden ilmoitusten kerääminen perustuu lakiin.

Digbyn ja Pinchin (2019) mukaan yhteistyö on tärkeää esimerkiksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella ja muiden terveydenhuollon toimintayksiköiden sekä oppilaitosten kanssa. Erityisesti oman toiminnan kehittämistä tukeva tutkimustyö on tärkeää. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2011, s. 12-13; 18) mukaan alueellinen yhteistyö laadunhallinnassa ja turvallisuudessa voi näyttäytyä esimerkiksi yhtenäisinä käytäntöinä, alueellisina hoitoketjuina, tilastointiin liittyvänä kehittämisenä sekä yhteisenä koulutus- ja kehittämistyönä. Sujuvan toimijoiden välisen yhteistoiminnan mittareina voisi pitää esimerkiksi potilastyytyväisyyttä, hoitosuunnitelmien kokonaisvaltaista laatimista, läpimeenoaikoja, hoitoaikoja ja tavoitteiden saavuttamista. Terveydenhuollossa jatkuva laadun parantaminen ja laadun varmistus tarkoittavat myös sitä, että hoidon tuottamia terveyshyötyjä seurataan. Esimerkiksi uusia menetelmiä käyttöönotettaessa tieto terveyshyödyistä on testattua ja perustuu tutkimuksiin. Tutkittu tieto on turvallista ja voi lisätä mahdollisuuksia laadukkaan ja kustannusvaikuttavan palvelun tuottamiseen.

3.4 Terveydenhuollon talouden hallinta laadun jatkuvalla parantamisella

Edellä todettiin, että asiakaskokemus ja -turvallisuus lisäävät terveydenhuollon laatua ja vähentävät kustannuksia. Tässä luvussa on tarkoituksena käsitellä oppivan organisaation näkökulmien ja jatkuvan laadun parantamisen avulla saavutettavaa kustannusvaikuttavuutta terveydenhuollon palveluissa.

Senge (1990, s. 65-66) kertoo, että vuosia on ajateltu, että laadun ja vähäisten kustannusten välillä vallitsee ristiriita. Ajattelukaava on ollut, että mitä laadukkaammin asiat tehdään, sitä kalliimpia niistä tulee. Näin ajatellen ei huomioida ollenkaan sitä, kuinka jatkuva parantaminen organisaation prosesseissa voi vähentää laatueroja, lisätä asiakasuskollisuutta ja vähentää markkinointiin liittyviä kustannuksia. Oppivan organisaation näkökulmasta uusien taitojen ja menetelmien avulla, yhdessä tyytyväisten ja onnellisten työntekijöiden kanssa sekä asiakkaiden osallistamisella, voidaan parantaa laatua ja sitä kautta vähentää kustannuksia.

IOM (Committee on Quality of Health Care in America) on maininnut, että hyvä hoito on kustannusvaikuttavaa, huono hoito on kallista (Dlugacz 2016 s. 50-51). Hyvälaatuinen terveydenhuolto käyttää resurssit parhaalla mahdollisella tavalla, turvallisesti, tuhlaamatta, korkeatasoisesti ja eniten hoitoa tai ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä tarvitsevien terveystarpeisiin (Koivuranta-Vaara & muut 2011, s. 8). AHRQ (Agency for Health Research and Quality) on ottanut missiokseen parantaa terveydenhuollon laatua ja turvallisuutta sekä palveluiden vaikuttavuutta. Tähän tavoitteeseen pyritään tuottamalla tietoa laadusta ja turvallisuudesta, vähentämällä lääketieteellisiä virheitä, käyttämällä teknologiaa tehokkaasti apuna ja kehittämällä ennaltaehkäisyn toimia sekä perehdyttämällä asiakkaita heidän terveydenhuoltonsa vaihtoehtoihin (Dlugacz 2016 s. 50-51). Terveydenhuollossa kustannussäästöt ovat Suomessa vahva osa arkipäivää (Gerdt & Eskelinen 2018, s. 72).

Amerikkalainen terveydenhuollon järjestelmä eroaa kokonaisuudessaan Suomen toiminnasta, mutta yhteneväisyyksiäkin on, esimerkiksi asiakaskokemuksen ja -turvallisuuden osalta. Accenturen (2016) tekemän tutkimuksen mukaan sairaalat, jotka keskittyivät kustannussäästöjen sijaan asiakaskokemuksen parantamiseen, saavuttivat jopa kaksikertaisen voittomarginaalin niihin sairaaloihin verrattuna, joiden asiakaskokemus oli vain keskinkertainen. Tuon tutkimuksen perusteella hyvän potilaskokemuksen ja sairaalan lii-

ketuloksen välinen korrelaatio vain vahvistuu tulevaisuudessa ja tulee koskettamaan kaikenkokoisia sairaaloita niin julkisella kuin yksityisellä sektorilla, sekä kaupungeissa että haja-asutusalueilla. Akinleyen, Mcnuttin, Lazariun ja Mclaughlin (2019) mukaan turvallisuuden ja taloudellisuuden välillä on selvä yhteys. Vahva rahoituksen hallinta liittyy potilaiden kokemuksiin hyvästä hoidosta ja jatkuvaan parantamiseen sekä taloudellisuuteen. Sairaalat, joilla on pienemmät potilasturvallisuuteen liittyvät luvut, toimivat taloudellisemmin. Sairaalat, joilla on hyvät asiakastytyväisyysluvut, ovat tuottavampia.

Karim ja muut (2018) esittävät, että nykyisin terveydenhuollon organisaatioissa tavoitellaan laatua. Heidän mukaansa laatuun liittyvät kilpailut myös parantavat taloudellista toimintaa ja lisäävät hoidon laatua. Terveydenhuollon ympäristössä laatukilpailut auttavat sairaaloita säilyttämään taloudellisen tasapainon tulojen ja menojen kanssa, samanaikaisesti ne myös pystyvät parantamaan hoidon laatua. Suomen terveydenhuollon laatua on kuvattu 2015 sosiaali- ja terveysministeriön toimesta OECD-maiden huipuksi useilla hoidon mittareilla tarkasteltuna (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015). Øvretveit (2000) tunnistaa laatujohtamisen (TQM) yhtenä tapana vähentää kustannuksia. Laatujohtamisen työkalujen avulla voidaan parantaa sairaalan tuottaman palvelun laatua. Laatutiedon vertailussa auttavat potilastietojen hyödyntäminen, auditoinnit ja laatupalkintokilpailut. Laatujohtamisella ja jatkuvalla laadun parantamisella löydetään tehokkain ja tuottavin tapa, jolla saadaan potilaiden tarpeet tyydytettyä ilman hukkaa tai päällekkäistä työtä. Tällaista toimintaa voidaan kutsua kustannusvaikuttavaksi. Torkin ja muiden (2017, s. 36) mukaan kustannusvaikuttavuutta voidaan käsitteenä käyttää, jos halutaan korostaa erityisesti rahassa laskettavissa olevia kustannuksia. Booth, Aronen ja Mäkelä (2017 s. 6; 11) mainitsevat, että arkikustannusvaikuttavuudessa huomioidaan kaikki lopputulokseen vaikuttavat ulkopuoliset tekijät ja pyritään niiden avulla muuttamaan prosesseja. Päätösten ei pitäisi kuitenkaan perustua pelkästään kustannusvaikuttavuustietoon. Oppivan organisaation teoria kannustaa katsomaan pidemmälle tulevaisuuteen ja ennakoimaan. Pitäisi siis varautua ennemmin muuttuviin asiakastarpeisiin kuin kustannuksiin, yksittäisiin virheisiin tai huonoon onneen (Senge 1990, s. 43).

Pellinen (2019, s. 20-23) määrittelee organisaatiot talouden näkökulmasta voittoa tavoitteleviin ja voittoa tavoittelemattomiin yrityksiin sekä julkishallinnon tai kolmannen sektorin organisaatioihin. Tässä tutkimuksessa keskitytään käsittelemään asiaa julkishallinnon näkökulmasta, sillä useimmiten Suomessa terveyspalveluiden tuottajat edelleen ovat julkishallinnollisia organisaatioita. Pellinen (2019, s. 20-23) jatkaa, että tuloksellisuu-della tarkoitetaan organisaatiolle asetettujen tavoitteiden saavuttamista. Julkishallinnon tavoitteena on lainsäädännön avulla määriteltyjen palvelutavoitteiden toteuttaminen ja näiltä palveluilta edellytetään hyväksyttävää laatutasoa sekä tasapuolisuutta palveluiden saatavuudessa. Kysyntä voi olla monille kokonaan tai osittain verovaroin tuotetuille palveluille rajaton, silti on huomioitava, ettei rahaa ole rajattomasti, vaan palvelutuotannosta aiheutuvien kulujen edellytetään pysyvän tasapainossa tuotettavien palveluiden kanssa. Kasvava kysyntä edellyttääkin organisaatiolta jatkuvaa parantamista (EFQM, Vaismaa, Lehtipuu, & Niemi 2019) ja tehostamista palvelutuotannon osalta. Taloudellisuuden ja tehokkuuden ratkaisee ammattiryhmien asiantuntemus, taidot ja kokemus, joita pyritään lisäämään koulutuksen avulla (Pellinen 2019, s. 27).

Pellinen (2019, s. 154-155) pohtii, että terveydenhuollon palveluissa kustannusten alentaminen vaatii useita samanaikaisia parannuksia. Kustannusten alentamisen keinoina voidaan nähdä esimerkiksi oppiminen, tekniikkaetu, rationalisointi ja kiinteiden kustannusten alentaminen sekä kustannusten suuruuden pohdinta. Oppimisvaikutuksen voi määritellä niin, että jokainen työntekijä ja johtaja oppivat toimimaan tietyn ajan kuluessa tehtävässään tehokkaammin, tietenkin siihen vaikuttaa kulloinkin käsillä olevan työn tilannekohtaiset vaatimukset. Tekninen etu voidaan saavuttaa esimerkiksi uutta teknologiaa käyttämällä.

García-Cornejon ja Pérez-Méndezin (2018) mukaan johtajien tulisi ymmärtää kulurakennetta voidakseen varautua mahdollisiin muutoksiin tulevaisuudessa. Kulurakenteeseen voidaan vaikuttaa teknologian, myös lääketieteellisen teknologian, avulla. Kuitenkin teknologian käyttöönotto ja käyttäminen voivat myös lisätä kustannuksia enemmän kuin

sellaisissa organisaatioissa, joissa tehtäviä hoidetaan vähemmällä teknologialla. Työntekijäkustannukset ovat suhteessa koko yksikön kustannuksiin. Reiter ja muut (2012) toteavat, että joskus terveydenhuollossa jopa lakien mukaisen minimimiehityksen täyttäminen voi tuottaa rahoituksen osalta ongelmia. Pourmohammadi, Hatam, Shojaei ja Bastani (2018) kertovat sairaaloiden suorituskyvyn johtamisen olevan moniulotteinen tehtävä. Tehokkuuteen liittyvät henkilöstöressurit eri toimialojen sairaaloissa aiheuttavat myös erilaiset kulurakenteet.

Ovaskainen ja muut (2016) esittävät, että johtamiselle ison haasteen aiheuttaa terveydenhuollon palveluverkon moninaisuus ja kustannussekoitus. Asiakkaan palveluprosessi saattaa muodostua niin, että hän käyttää eri palveluntuottajien palveluita perättäisinä tai jopa päällekkäisinä palveluina. Johtajien työssään tarvitsema tieto on usein pirstoutunutta ja omaan yksikköön kapeasti ulottuvaa. Kokonaisuuksien hallintaa ei osata tai sen tekemistä pidetään mahdottomana, koska tarvittavien tietojen yhdistäminen eri organisaatioiden järjestelmistä ei aina ole mahdollista. Organisaation taloushallinnon yhteistyö hoito- ja lääketieteellisten ammattiryhmien kanssa voi tämän vuoksi olla vaikeaa.

Torkki ja muut (2017, s. 23-24; 26) kertovat, että kustannuksia sosiaali- ja terveyspalveluissa seurataan Suomessa palvelukokonaisuuksittain, tyypillisesti: perusterveydenhuolto, somaattinen erikoissairaanhoito, psykiatrinen erikoissairaanhoito tai sairaalahoido, perusterveydenhuollon avopalvelu ja erikoissairaanhoidon avopalvelut. Yleensä terveydenhuollossa kustannukset kertyvät kustannuspaikoilla, joista ne kohdennetaan sekä palveluille että asiakkaille. Asiakaskohtainen kustannustieto olisi tärkeä. Olisi hyvä mitata kaikkien potilas- ja asiakasryhmien kustannukset koko hoito- ja palveluketjun ajalta. Näin voisi seurata asiakasryhmien kerryttämiä kokonaiskustannuksia ja arvioida palveluiden kustannusvaikuttavuutta. Tämä on tärkeää myös siksi, että terveyspalveluiden kustannusten ajatellaan jakautuneen epätasaisesti koko väestössä. Pellinen (2019, s. 139-140) täydentää, että palveluiden seurannan lisäksi pitäisikin huomioida myös asia-

kasnäkökulma. Palveluiden markkinoinnin tavoitteena on ennakoida ja tyydyttää asiakkaiden tarpeita kannattavasti. Markkinoinnin kannalta tärkeitä tehtäviä ovat myös asiakkaiden tarpeiden tunnistaminen.

Dlugacz (2016, s. 35) kertoo asiakkaiden odotusten ja toiveiden esille nostamisen vaikuttavan myös organisaation taloudelliseen menestykseen. Asiakslähtöisyys tässä yhteydessä tarkoittaisi sitä, että palvelukokonaisuuksia suunnitellaan niin, että toiminnan tavoite määräytyy asiakkaan tarpeista. Näin varmistetaan palvelujen laatua ja asiakkaan äänen kuulumista. Ovaskainen ja muut (2016) lisäävät, että asiakkaiden aktiivinen osallistuminen ja henkilökunnan asiantuntemuksen lisääminen yksilölliseen moniammatilliseen tiimityöhön sekä tietojärjestelmien ja näyttöön perustuvan tiedon hyödyntämiseen, ovat keinoja hoidon tuloksellisuuden parantamisessa. Siirtymällä sairauskeskeisyydestä kokonaisvaltaiseen ja suunnitelmalliseen hoitoon, jossa eri ammattiryhmien osaamisen vahvistamiseen ja ennakoitavuuteen panostettaisiin, voitaisiin saavuttaa säästöjä.

Koivuranta-Vaaran ja muiden (2011, s. 5-6) mukaan hoidon vaikuttavuus tarkoittaa potilaalle tutkimus- ja hoitoprosessissa muodostunutta terveyshyötyä. Laadunhallinta määritellään toiminnan johtamiseksi, suunnitteluksi, arvioinniksi ja parantamiseksi asetettujen laatutavoitteiden saavuttamiseksi. Laatu tässä yhteydessä sisältää asiakaskokemuksen, turvallisuuden, pääsyn hoitoon ja hoidon saatavuuden. Laadun ulottuvuuksina käsitetään myös turvallisuus, palveluiden saatavuus ja asiakaskokemus. Torkki ja muut (2017, s. 28-35) kertovat saatavuuden tarkoittavan sitä, kuinka asiakkaat saavat säädösten ja lakien perusteella määräytyviä palveluita, saadaanko ne kohtuullisessa ajassa ja yhdenvertaisesti, esimerkiksi asuinpaikasta ja sosioekonomisesta asemasta riippumatta. Saavutettavuudella tarkoitetaan siis sitä, kuinka palvelut ovat saavutettavissa, esimerkiksi välimatkojen ja aukioloaikojen näkökulmasta. Hoitojonolla puolestaan kuvataan hoitojonottajien määrää tai jonossa vietettävää aikaa. Hoitotakuu määrittelee hoitoon pääsyä asuinpaikasta riippumatta. Vaikuttavuus voidaan tulkita myös potilaskeskeiseksi käsitteeksi, joka korostaa osaamista, näyttöön perustuvaa lääketiedettä, laatua, hoitoketjuja ja vertaiskehittämistä.

Ovaskaisen ja muiden (2016) mielestä asiakaslähtöinen kustannustehokkuus syntyy toimintaa ja henkilökunnan osaamista kehittämällä. Tutkittua tietoa on sovellettava käytäntöön ja otettava tiedolla johtamisen traditio käyttöön. Tuloksellinen ja tehokas johtaminen edellyttävät toiminnan suunnittelua, ennakointia ja seuranta. Ongelmana usein on se, että johtamiseen tarvittavat tiedot ovat hajallaan eri tietokannoissa, rekistereissä ja organisaatioiden järjestelmissä. Kokonaisuudet huomioivaa, tulevaisuuden visiointia hallitsevia johtajia, jotka osaavat käyttää olemassa olevaa tietoa digitaalisin välinein ja hyödyntävät henkilöstönsä osaamista täysteheoisesti, tarvitaan organisaation kehittymiseen. Vaikuttavuuden mittaaminen voi täydentää muita organisaation käytössä olevia mittareita (Pitkänen & muut 2018).

Pitkänen ja muut (2018) toteavat, että vaikuttavuusajattelussa tuottavuusmittaukset on viety pidemmälle. Onkin edelleen relevanttia mitata prosessien laatua, asiakastyytyvyyttä, turvallisuutta, saatavuutta sekä tuottavuutta. Vaikuttavuuden ja suoritteen välinen suhde ei ole suoraviivainen, epävarmuustekijöihin lukeutuvat diagnoosin oikeellisuus, toimenpiteen sopivuus, hoitovaste sekä motivaatio ja hoitomyönteisyys. Vaikuttavuutta mitattaisiin yksilötasolla ja niistä koottua tietoa hyödynnettäisiin johtamisessa. Yksilötason tulosten vertailtavuutta tarkasteltaessa pitää muistaa yksilötason sairaudet ja riskitekijät. Vaikuttavuusarvioinnin puuttuessa on vaikeaa tunnistaa yhteiskunnan eri palveluiden yli- tai alikäyttöä, arvioida palveluiden laatua ja tuloksia eri väestöryhmien, alueen tai palveluntuottajien välillä.

Hämäläinen ja muut (2016) esittävät, että asiakaskeskeisyys on tärkeä osa laatua, asiakaskokemuksen mittaaminen ja seuranta olisi tärkeää. Palveluiden saatavuus on tärkeää, mutta kaikille palveluille ei löydy laatua ja vaikuttavuutta kuvaavia indikaattoreita seuranta varten. Usein vaikuttavuusindikaattorit eivät kohdistu toiminnan keskeisimpiin sisältöihin. Tietojoukkoa kuvataan suureksi. Terveiden ja hyvinvoinnin edistämistä tuottavien palveluiden asiakasturvallisuutta ei mitata. Asiakaskokemusten systemaattisessa mittaamisessa Suomi on muita jäljessä.

Hämäläisen ja muiden (2016) mukaan laadun mittaaminen kohdistuu eniten prosessien laadun mittaamiseen eikä toiminnan vaikuttavuuteen tai asiakasseuraamuksiin, kuten potilas- ja asiakasturvallisuustapahtumiin tai muihin muutoksiin asiakkaan todellisessa tilanteessa. Kustannustehokkuuden tarkastelu on mahdollista ja tarpeen, mutta palvelujärjestelmän tarkastelussa siihen tarvitaan omat työkalut. Laadun ja vaikuttavuuden mittaamisen työkalut eivät näitä kata. Anttonen ja muut (2012, s. 132) kertovat, että yksityisten organisaatioiden voi kilpailuteknisistä syistä olla helpompaa leikata kustannuksista niin, että ne heijastuvat suoraan esimerkiksi palveluiden laatuun. Arvopohjaisessa lähestymistavassa toiminnan sisältöjen ja laadun kriteerien määrittäminen on perusajatukseltaan asiakaslähtöistä.

Gerdt ja Eskelinen (2018, s. 72; 187-193) nostavat esille, että digitalisaation myötä odotetaan edelleen mittavia kustannussäästöjä terveydenhuoltoon. Sairauksien ennakointi tekoälyn avulla, asiointi internetin avulla, hoitoketjujen yhtenäisyys ja tehokkaaseen dataan perustuva diagnostisointi ovat vielä toimijoiden tulevaisuuden visioita. Terveydenhuollon organisaatiot voivat dramaattisesti muuttaa toimintafilosofiaansa ja tulostaan tehokkaan datan analysoimisen myötä. Se mahdollistaa kokonaisvaltaista parantamista. Digitalisaatio voisi tarjota apua asiakaskokemuksen parantamisessa mm. sitouttamisen, potilastietojen ja korvaushakemusten käsittelyssä. Se voisi lisätä ennaltaehkäisevää, sitouttavaa sekä tehokasta palvelua, jossa asiakkaalla on mahdollisuus ottaa suurempi vastuu omasta terveydestään.

Gerdt ja Eskelinen (2018, s. 187-193) jatkavat, että terveydenhuollon loputtomista palvelutarpeista ja rajallisista resursseista puhutaan usein. Työn tehokkuus ja kustannusten alentaminen sekä hoidon optimointi nousevat strategioissa ja investoinneissa keskusteluun, harmillisen usein palvelutarjonnan laajentamisen ja asiakaskokemuksen parantamisen kustannuksella. Kuitenkin juuri panostamalla asiakaskokemukseen ja asiakkaiden sitouttamiseen, saavutetaan parempia tuloksia sekä säästöjä. Kysehän ei ole pelkästään tuloksen kasvattamisesta, vaan kokonaisvaltaisesta ja proaktiivisesta asiakaskokemuk-

sesta, joka auttaa myös kustannusten hallinnassa. Asiakkaan ongelmien kanssa odottaminen ja niiden hoitaminen vasta, kun tilanne on jo ehtinyt pahaksi, on kallista ja tehottomaa. Asiakkaan aktiivinen osallistaminen ja potilaskokemuksen jatkuminen sairaalan seinien ulkopuolella voi pienentää kustannuksia.

Koivuranta-Vaara ja muut (2011, s. 8) esittävät, että hyvän laadun saavuttaminen terveydenhuollossa edellyttää johdon ja koko henkilökunnan sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin sekä saumatonta yhteistyötä eri toimintayksiköiden välillä. Pellinen (2019, s. 186) lisää, että terveydenhuollon toiminta hyödyntää yhä enemmän verkostoja. Verkostoja ja yhteistoimintaa verkostoissa leimaa vaihdantakustannuksien sellaiset pohdinnat kuten: Ostetaanko palvelut, liittoudutaanko vai tehdäänkö itse? Mikä päätös sitten onkin, tarvitaan tietoa siitä, millaiset vaihdantakustannukset toiminnasta aiheutuvat. Vaihdantakustannuksilla tarkoitetaan niitä kustannuksia, joita muodostuu vaihtoehtojen etsinnästä, arvioinnista ja päätöksenteosta, sopimisesta ja sopimuksenmukaisuuden tarkkailusta.

Anttonen ja muut (2014, s. 177-179) kertovat julkisen sektorin palveluntuotannon nojaavan yhä useammin toiminnan laadun tavoitteluun, sekä tietoon ja osaamiseen perustuviin resursseihin. Osaamisen rooli on kasvanut ja ollaan siirtymässä toimintamalliin, jossa resurssien käytön tulee ohjautua asiakaslähtöisesti ollakseen tehokasta. Palvelu-logiikka, jossa niin yksityiset kuin julkisetkin organisaatiot sekä yritysasiakkaat nähdään resursseina toisilleen, sopii hyvin monitoimijaiseen toimintaympäristöön. Pyrkimyksenä on asiakastarpeiden ja -odotusten tunteminen sekä ymmärtäminen. Toimiva arvolupaus voisi olla esimerkiksi sellainen, joka vastaa asiakkaan tarpeisiin ja perustuu organisaation vahvuuksiin ja resursseihin. Arvopohjaisessa lähestymistavassa toiminnan sisältöjen ja laadun kriteerien määrittäminen on perusajatukseltaan asiakaslähtöistä (Anttonen & muut 2014, s. 208). Ojala (2000, s. 160) lisää, että myös asiakkaat haluavat hyvää laatua. Kaikki asiakkaalle arvoa tuottavat vaiheet prosessissa ovat tärkeitä ja jokainen työntekijä vaikuttaa asiakastytyvyyteen.

4 TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTO

Tässä pääluvussa kerrotaan tutkimusprosessin etenemisestä. Hirsjärven ja Hurmeen (2008, s. 13-14) mukaan empiirinen tutkimus on aina kokonaisuus, joka sisältää monia vaiheita, kuten tutkimusongelman asettamisen ja aiheeseen perehtymisen, aineiston keruun ja analysoinnin sekä johtopäätöksiä raportoinnin. Empiirisellä osiolla viitataan myös kirjoittajan omaan osioon tutkielmassa (Kananen 2017, s. 76). Tutkielman toteutusluvussa ensimmäinen alaluku kuvailee perustelut tutkimuksen menetelmällisille valinnoille. Toisessa alaluvussa käydään läpi tutkimusaineiston keräämistä ja viimeisessä alaluvussa kuvailen tutkimuksen aineiston käsittelyä analyysimenetelmin.

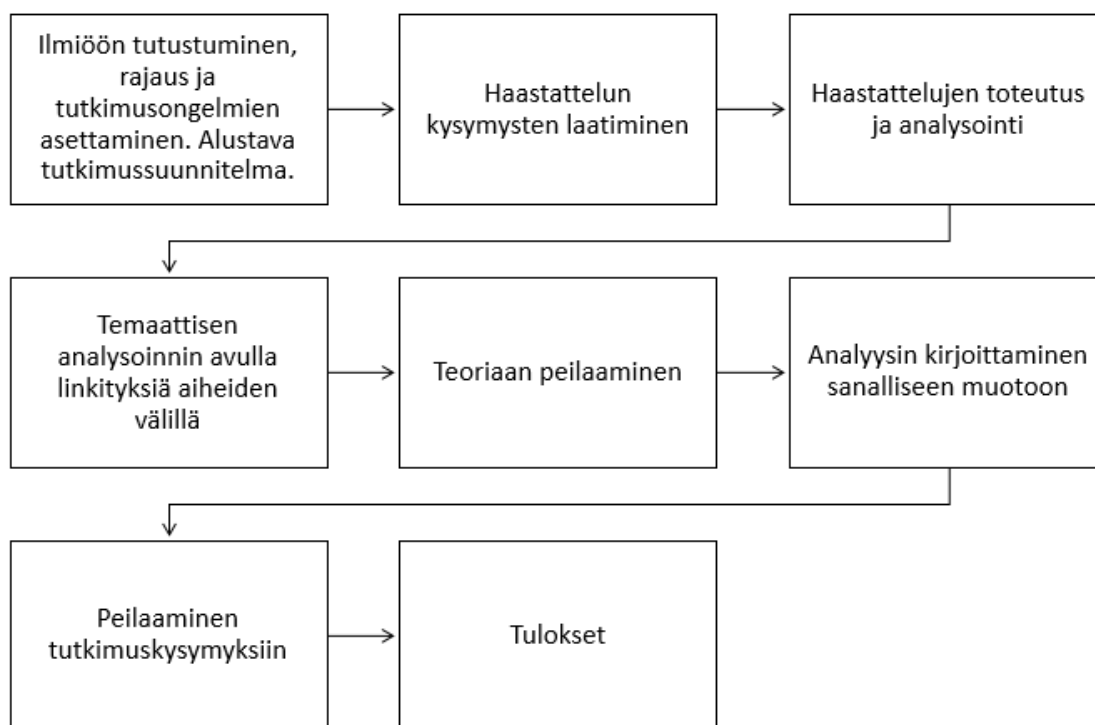
4.1 Tutkimuksen menetelmälliset valinnat

Tässä tutkimuksessa haetaan tietoa kysymyksiin: Millaista on oppivan organisaation laadun kehittäminen terveysalalla? Kuinka laadun kehittäminen koetaan Lääkäriliiton laaturpalkinnon voittajaorganisaatioissa? Miten organisaatiot ovat kehittäneet toimintaansa palkinnon voittamisen jälkeen? Menetelmällä tarkoitetaan yleisesti lähestymistapaa, jolla aihetta tutkitaan (Metsämuuronen 2006, s. 83).

Valli (2018 s. 73-74) luonnehtii laadullista tutkimusta prosessiksi, jonka väline on ihminen eli tutkija itse. Eli tutkimustoiminta on eräänlainen oppimisprosessi. Laadullisen tutkimuksen lähestymistapa edellyttääkin, että tutkimuksen tekijä ymmärtää oman tietoisuutensa kehittymisen ja hän on valmis ajattelemaan uudella tavalla ja eri näkökulmista. Kananen (2017, s. 44) mainitsee, että laadullinen tutkimus pyrkii ymmärtämään ilmiötä ja sen tekijöitä sekä niiden välisiä yhteyksiä pyrkimättä yleistyksiin. Laadullista tutkimusta luonnehtii myös se, että kohdetta kuvataan ennalta tuntemattomaksi, tutkimusasetelma on joustava eikä tutkija lähde testaamaan asetettua hypoteesia (Puusa, Juuti & Aaltio 2020, s. 74).

Alasuutarin (2011, s. 19) mukaan laadullinen tutkimusprosessi on aina jossain määrin ainutlaatuinen. Prosessiin vaikuttaa tutkijan tausta ja näkemykset sekä tieteenala, johon tutkimusta tehdään. Aihetta ei ole tässä suomalaisen laatupalkinnon kontekstissa aikaisemmin tutkittu, siksi tässä pyritään kuvaamaan ilmiötä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Valli (2018, s. 16; 22) mainitseekin, että tutkimuksen kautta voimme syventää kykyämme ymmärtää todellisuuden erilaisia ilmiöitä ja niiden välisiä yhteyksiä. Fenge, Oakley, Taylor, ja Beer (2019) kuvaavat sitä, että laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää tunnistaa, millaisen prosessin tutkija käy läpi. Tässä työssä kartoitetaan organisaatioiden toimintaa eli tutkimus tuottaa tietoa käytännöstä. Kartoitettavaa ja kuvailevaa osuutta edustaa se, että dokumentoidaan organisaatioiden kehittämistä koskevia mielipiteitä ja toimenpiteitä. Tutkimuksen avulla pyritään ymmärtämään tätä ilmiötä ja selittämään sen koostumusta.

Metsämuurosen (2006, s. 46) mukaan tutkimusasetelma (Research Design) sisältää kuvauksen siitä, kuinka tutkimus aiotaan toteuttaa. Kuvaukseen sisällytetään metodit, joita tiedon hankinnassa käytetään. Seuraavasta kuviosta (Kuvio 7) käy ilmi tutkielman toteuttamiseen ja valintoihin liittyvät vaiheet.



Kuvio 7. Tutkimuksen toteutuksen vaiheet.

Menetelmä-käsite viittaa tutkimustekniikkaan (Metsämuuronen 2006, s. 83) tai voidaan puhua myös tutkimusmenetelmistä (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara & Sinivuori 2009, s. 124). Puusa, Juuti ja Aaltio (2020, s. 10) toteavat, että menetelmällä tarkoitetaan konkreettisia tapoja kerätä aineistoa tutkimusta varten. Laadullisen tutkimuksen aineiston keruu ei ole pelkästään tiedon esille kaivamista, vaan vuorovaikutusta toisten tutkimuskohteena olevien ihmisten sekä heiltä saadun tiedon kanssa (Puusa, Juuti & Aaltio 2020, s. 97). Collins ja Stockton (2018) esittävät, että laadullisessa tutkimuksessa teoria auttaa rakentamaan menetelmän lisäksi kokonaisuutta ja ymmärtämään sekä selittämään sitä kautta tutkittavaa ilmiötä paremmin. Teorian avulla aineisto saadaan jäsenneltyä. Teorian avulla on mahdollista rakentaa ”verkkoja” erilaisten käsitteiden välillä.

Organisaatio- ja johtamistutkimuksessa metodeina eniten käytettyjä ovat haastattelututkimuksen erilaiset muodot. (Puusa, Juuti & Aaltio 2020, s. 99). Valli (2018, s. 28) jatkaa, että haastattelu on keskustelua, jossa tietoa kerätään haastateltavan mielipiteistä aihealueeseen liittyen. Hirsjärvi ja Hurme (2008, s. 13-14; 27-28) kertovat, että haastattelu on aineistonkeruumenetelmänä joustava, moniin lähtökohtiin ja tarkoitukseen sopiva menetelmä. Heidän mukaansa kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää strukturoitua haastattelua, joka tässä tutkimuksessa toimii tiedonhankintamenetelmänä.

Strukturoidulla haastattelulla tarkoitetaan etukäteen jäsenneltyä haastattelua, jossa haastattelijalla on valmis haastattelupohja ja valmiit kysymykset. Näiden esittämisjärjestys on kaikille haastateltaville sama. Menetelmällä saatu tieto on vertailukelpoista ja tietojen käsittely tapahtuu nopeasti (Oppinäytetyöpakki 2020). Griffin ja Leibetseder (2019) tuovat esille strukturoidun haastattelun etuna sen, että haastatteluilla kerätty tieto nojaa tiiviisti teorioihin sekä haastateltavien näkökulmiin ja kommentteihin. Strukturoidut kysymykset kytkevät tutkimuskohteen ja ilmiön reaaliin maailmaan (Kananen 2017, s. 94). Strukturoitujen kysymysten avulla myös tuetaan haastateltavien orientoitumista aiheeseen (Koro-Ljungberg & Barko 2012). Valitut aihealueet tuovat esille haastateltavien mielipiteet, havainnot tilanteista ja mahdollisuuden kertoa tilanteen kehitykseen liittyvistä tekijöistä (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 32-33). Haastatteluissa pystyy myös tauottamaan

keskustelua ja varmistamaan, että sisältö oli ymmärretty oikein sekä täsmentämään mahdollisesti puheessa ilmenevien metaforien sisältöä (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 45).

Haastatteluun käytettävän pohjan luominen tapahtui oppivan organisaation ja laadun teorioita sekä EFQM-mallia hyödyntäen (Stahr 2001; European Foundation for Quality Management & Laatuokeskus 2012, s. 9). Haastattelupohjaa varten hyödynnettiin myös aikaisempia suomenkielisiä haastattelupohjia (Ojala 1996, s. 268; Sarala U. & Sarala A. 2010, s. 45-50). Näin rakennettiin sellainen haastattelu (Liite 2. Strukturoitu haastattelu), jonka avulla saadaan tietoa ilmiöstä (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 65). Strukturoitu haastattelu mahdollistaa sen, että haastattelut pysyvät hyvin keskusteluaiheissa ja tiedot on mahdollista kirjoittaa haastattelun aikana suoraan tietokoneelle muistiin (ks. Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 47; Kananen 2017, s. 78). Haastattelujen tiedot kerätään puhelinhaastatteluissa.

4.2 Haastateltavien valinta ja haastattelujen toteutus

Haastattelujen tarkoituksena on kartuttaa aineistoa, josta saadaan vastaukset tutkimuskysymyksiin (Puusa, Juuti & Aaltio 2020, s. 82). Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää valita tarkoituksenmukainen, harkinnanvarainen näyte haastateltavista eli ne ihmiset, joilla on tietoa aiheesta. Laadullisessa tutkimuksessa valitaan harkinnanvaraisesti pieni määrä tapauksia. (Puusa, Juuti & Aaltio 2020, s. 102). Tavoitteeksi muodostui saada kokoon rajattu joukko haastateltavista. Haastattelupohjaa testattiin lokakuussa 2019 koehaastattelussa. Koehaastattelua ei sisällytetty aineistoon.

Organisaatioiden alustavat yhteystiedot saatiin Lääkäriliitolta. Yhteystietojen kartoituksen ja haastattelupohjan testauksen jälkeen laadittiin tiedote ja kutsu (Liite 3. Tutkimuskutsu), jotka lähetettiin organisaatioihin. Informointikirjeet lähetettiin marraskuussa

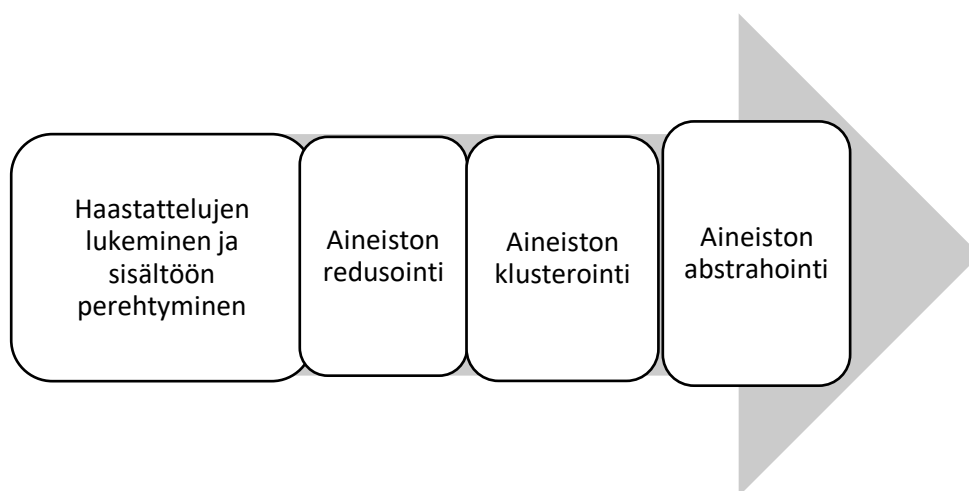
2019 tutkimukseen osallistuville organisaatioille. Postilakko loka-marraskuussa 2019 aiheutti sen, että kaikki tiedotteet ja haastattelukutsut lähetettiin sekä postitse että sähköpostilla. Tiedotteessa kerrottiin tutkielmasta ja kutsuttiin osallistumaan haastatteluun.

On tärkeää tutkimuksen kannalta, että haastateltavat tietävät tutkittavasta ilmiöstä tai heillä on kokemusta asiasta (Tuomi & Sarajärvi 2018, s. 98). Haastateltaviksi haluttiin henkilöitä, jotka olivat tietoisia laatupalkintovoitosta. Haastattelurungot lähetettiin tiedoksi organisaatioiden johtoon helpottamaan oikean haastateltavan löytymistä organisaatiosta. Organisaatiot kertoivat yhteyshenkilöt haastatteluja varten sähköpostitse. Tutkielman organisaatiot olivat kaikki erilaisia. Organisaatiot olivat esimerkiksi kunnan/ kaupungin tai kuntayhtymän terveyspalveluiden tuottajia ja yliopistosairaaloita. Kaikki haastatellut kuitenkin työskentelivät terveysalan organisaatioissa. Tutkimuksen tekemiseen haettiin yhdeltä organisaatiolta tutkimuslupa, koska organisaation johto sitä edellytti. Loput haastateltavista osallistuivat yksityishenkilöinä, jolloin tutkimuslupaa ei tarvinnut hakea.

Haastattelut toteutettiin aikavälillä 21.11.2019 - 10.3.2020. Haastateltavien kanssa sovittiin yksilölliset haastatteluajat. Jokaisen haastattelun aluksi kerrottiin, että haastattelu tehdään osana pro gradu -tutkielmaa ja kysyttiin vielä suullinen lupa haastattelulle (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 20). Haastatteluun varattiin aikaa tunti. Haastateltavia pyydettiin pohtimaan voiton jälkeisestä näkökulmasta väittämiä sekä kehitystä, jota organisaatiossa oli tapahtunut. Haastateltavalla oli mahdollisuus kertoa omia näkemyksiään organisaation tilanteesta läpi haastattelun. Haastattelun toteuttaminen puhelimesta ja haastattelun muoto, auttoivat siinä, että tiedot pystyi kirjaamaan haastattelun aikana suoraan tietokoneella olevalle haastatteluvaivakkeelle (Heikkilä 2018, s. 69). Haastattelun aikana tehdyt muistiinpanot kirjoitettiin puhtaiksi heti haastattelujen jälkeen. Tutkielman aineisto muodostui yhdeksästä puhelinhaastattelusta. Haastatteluun osallistui kahdeksan naista ja yksi mies. Haastateltavista suurin osa oli taustakoulutukseltaan lääkäreitä, jotka työskentelivät johtajina organisaation eri tasoilla. Osa haastateltavista oli asiantuntijoita, joilla oli muu koulutustausta.

4.3 Aineiston analyysi

Aineistoanalyysissä pyrittiin ymmärtämään, tutkimuksen taustateoriaan verraten, organisaatioiden toimintaa haastateltavien näkökulmasta katsottuna (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, s. 218). Tässä tutkimuksessa käytettiin aineiston käsittelyssä teoriaohjautuvaa sisällönanalyysiä (Tuomi & Sarajärvi 2018, s. 80). Teoriaohjautuva analyysi soveltuu strukturoidun haastatteluaineiston käsittelyyn (Schulz 2012). Tuomen ja Sarajärven (2018, s. 84) mukaan teoriaohjautuva analyysi on sekä induktiivisen että deduktiivisen toiminnan lopputulosta. Se perustuu induktiiviseen päättelyyn, johon teoria tuodaan ohjaamaan lopputulosta. Induktiivisella päättelyllä voidaan tarkoittaa päättelymuotoa, joka lähtee liikkeelle yksittäisestä havainnosta ja liikkuu eteenpäin etsien yleistyksiä. Deduktiivinen päättely puolestaan pohjaa siihen, että aiemmasta tiedosta luodaan uutta tietoa päättelyn avulla. Nowell, Norris, White ja Moules (2017) kertovat aineistoanalyysin olevan laadullisen tutkimuksen haastavin vaihe. Kuvio 8) käy ilmi aineistoanalyysin vaiheiden eteneminen.



Kuvio 8. Sisällönanalyysin vaiheet (mukaiillen Tuomi ja Sarajärvi 2018, s. 92).

Aineistoa verrattiin lukiessa tutkimusongelmiin ja tutkielman teoriaan. Aineistosta voi löytää odottamattomiakin kiinnostavia seikkoja, joiden ilmestymistä ei välttämättä etukäteen osaa olettaa. Fokus on kuitenkin hyvä säilyttää rajauksen avulla tutkittavassa il-

miössä (Tuomi & Sarajärvi 2018, s. 104). Aineiston redusointi eli pelkistäminen ja aineiston klusterointi (ryhmittely) toteutettiin teoriaohjautuvasti ja teemoittelua hyödyntäen (Tuomi & Sarajärvi 2018, s. 91).

Teemoittelu viittaa siihen, että aineiston analyysivaiheessa keskitytään tarkastelemaan niitä piirteitä, jotka ovat yhteisiä usealle haastateltavalle. Clarken ja Braunin (2017) mukaan säännönmukaisuuksien tai samankaltaisuuksien avulla aineistosta voi löytyä uusia teemakokonaisuuksia. Teemat eivät vain nousseet aineistosta, vaan ne muodostettiin teoriaohjautuvasti. Teemakokonaisuuksien muodostaminen alkoi lauseiden koodauksella. Koodit olivat lausetasoisia huomioita tekstissä esiintyvistä mielenkiintoisista ajatuksista.

Koodien muodostamisen jälkeen lähdettiin etsimään mahdollisia yhteyksiä koodien väliltä. Sen jälkeen ne listattiin samankaltaisten teemojen mukaisesti. Useiden lukemiskertojen jälkeen aineistoanalyysi eteni niin, että ensin tarkasteltiin tiettyjä teemoja kaikkien haasteltavien osalta. Sitten siirryttiin tarkastelemaan samoja teemoja kaikkien haasteltavien haastatteluissa. Näiden jälkeen siirryttiin tarkastelemaan haastatteluja kokonaisuutena (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 169).

Tutkielmassa koodien avulla muodostettujen teemojen lisäksi tunnistettiin kategorioita, rakenteita sekä niiden välisiä suhteita. Analyysin tekemisen perusajatuksena Elon ja Kynäksen (2008, s. 109) mukaan onkin, että tekstin pohjalta luodaan pienempiä kategorioita (analyysiyksiköitä), joita voivat olla esimerkiksi sana, teema tai lause. Kategorioiden rakentamisen vaiheesta puhutaan myös klusterointina. Analyysia jatketaan yhdistelemällä alakategorioita ja muodostamalla niistä yläkategorioita. Seuraavassa taulukossa (Taulukko 1.) nähdään aineiston kategorioiden ja ala- sekä yläkäsitteiden muodostumista eli abstrahointia.

Taulukko 1. Esimerkki alaluokkien muodostamisesta yläluokiksi ja siitä kategoriaksi.

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistäminen
Asiakkaiden avulla kehittäminen ja prosesseista oppiminen	Jatkuva kehittäminen ja prosesseista oppiminen asiakkaiden avulla	JATKUVA PARANTAMINEN
Palveluprosessien kehittäminen, kuvaamalla ja läpimenoaikoja arvioimalla		
Toiminnan kehittäminen elämällä prosesseja ja viemällä asioita pienin askelin eteenpäin		
Toiminnan kehittäminen oppimalla virheistä ja kertomalla niistä	Toiminnan kehittäminen oppimisen ja virheiden tunnistamisen avulla yksilö- ja tiimitasolla	
Toiminnan kehittäminen arvioinnin avulla, missä mennään, mitä opittiin? Mitä jäi ”henkiin”?		
Toiminnan kehittäminen kehittäjän avulla, roolit, koko yhteisö vai yksittäinen kehittäjä	Organisaation omasta työstään innostunut henkilöstö kehittää työtään niin esimiestasolla kuin suorittavassa työssä	
Organisaation omasta työstä innostuneen työntekijän rooli kehittäjänä (sis. esimiesnäkökulman)		

Tuomen ja Sarajärven (2018, s. 87) mukaan aineiston abstrahointi tarkoittaa käsitteellistämistä ja kategorioiden muodostamista. Heidän mukaansa teoriaohjautuvassa analyysissä empiirinen aineisto liitetään abstrahoinnissa teoreettisiin käsitteisiin. Tässä tutkielmassa aineiston osuutta peilattiin oppivan organisaation ja laadun teorioihin. Puusan, Juutin ja Aaltion (2020, s. 142) mukaan aineistoanalyysin tuottama kokonaisuus on tutkimuskohtainen. Tutkijan silmälasit ovat tässä tutkimuksessa oppivan organisaation ja laadun teorioiden näkökulmissa terveysalalla. Analyysia tehtiin tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, s. 91). Analyysivaihe auttaa tutkijaa lopulta löytämään vastaukset tutkimuskysymyksiin (Puusa, Juuti & Aaltio 2020, s. 147).

5 TULOKSET

Tässä pääluvussa esitetään tutkimustulokset. Tämän työn tutkimuskysymykset olivat: Millaista on oppivan organisaation laadun kehittäminen terveysalalla? Kuinka laadun kehittäminen koetaan Lääkäriliiton laatupalkinnon voittajaorganisaatioissa? Miten organisaatiot ovat kehittäneet toimintaansa palkinnon voittamisen jälkeen?

5.1 Oppivan organisaation laadun ja toiminnan kehittäminen

Terveysalan oppivan organisaation organisaatioiden tärkeimmäksi tehtäväksi haastattelujen perusteella muodostui turvallisten palveluiden, hoidon ja seurannan tuottaminen asiakkaille/potilaille toimialueesta riippumatta. Laatua kehitettiin asiakaskokemusta ja -turvallisuutta kehittämällä. Oppivan organisaation toimintaa kehitettiin kuvaamalla prosesseja, elämällä niitä sekä virheistä oppimalla. Selkeänä osa-alueena nousi esille jatkuva parantaminen, johon vaikutti johdon osallistuminen toimintaan ja henkilöstön arvostaminen työssään. Jatkuvaa parantamista kuvaavia mottoja oli esimerkiksi seuraava *”Uskalletaan kertoa, mikä mättää ja lähdetään siitä parantamaan asiaa”* (H3).

5.1.1 Johtajuus ja strategia

Johtajien selkeiden visioiden puolesta puhui seitsemän haastateltua yhdeksästä. Heidän yhteinen käsityksensä oli se, että johtajilla on selkeä visio. Viisi haastateltua koki, että johtajat myös toimivat esikuvina. Johtajat koettiin visioiden edistäjinä ja esikuvina. Heistä puhuttiin innostuneeseen sävyyn kuten, yksi haastateltu (H6) kertoi, että heidän johtajallaan oli mottona se, että *”Ei pitäisi tehdä mitään mikä tuntuu helpolta, pitää tarttua haasteisiin.”* Johtajien koettiin osallistuvan kehittämiseen.

Palautejärjestelmä koettiin haastavana käsitteenä haastatteluissa. Palautejärjestelmään liittyvät vastaukset perustuivat asiakaspalautteen seurantaan sekä potilasturvallisuuden seurantaan. Tavoitteiden saavuttamisen haastatellut kokivat onnistuvan organisaatiossaan. Laatujohtamisen muutokset liittyivät kaikilla vastaajilla asiakaskokemuksen ja -turvallisuuden parantamiseen.

Organisaation joustavuudesta oli samaa mieltä vain yksi haastateltu yhdeksästä. Muut haastatellut kuvasivat organisaation hierarkkisen kokonaisuutena, johon on vaikeaa vaikuttaa. ”Tuumasta toimeen-organisaatio” -väittämän vastauksista tuli myös esille terveysalan organisaatioiden hierarkkisuus ja suunnitelmallisuus. Asiaa haastatellut pohtivat siitä näkökulmasta, että mikä on turvallista ja luvallista. Haastateltavien mielestä organisaatiot toimivat kuten ”tuumasta toimeen-organisaatio”, kyllä, *”mutta harkinnalla”* (H2). Haastateltu viittaa siihen, että asioita kyllä edistetään, mutta siihen käytetään aikaa, että suunnitellaan ja pohditaan, millainen toiminta edistää esimerkiksi potilaiden osallistumista, tai miten asiakaskokemusta parannetaan, tai millä tavalla henkilöstö viihtyy ja pysyy mukana toiminnassa. Haastateltu (H6) vastasikin, että *”joskus haasteena on se, että johtoryhmä on ”tuumasta toimeen-organisaatio” ja loppuhenkilöstöllä voi olla vaikeaa pysyä mukana”*. Toisaalta haastatellut kokivat, että lautupalkinnon voitonaikainen organisaatio toimi ja edisti asioita, kuten seuraavassa kommentissa käy ilmi: *”Lautupalkinnon aikainen organisaatio oli hyvällä tavalla ”tuumasta toimeen-organisaatio”, se oli sellainen otetaan ideasta kiinni ja kokeillaan, jos ei toimi, niin lopetetaan”* (H4).

Strategia organisaatiossa oli kolmen haastatellun mielestä toimiva. Strategiasta viestiminen oli haastateltujen mielestä haastavaa. Siitä syntyi pidempiä keskusteluja, joiden sisällönanalyyysissä nousi esille se, että viestinnän oletettiin olevan vaikeaa ja viestin ymmärtämisen vaikeaa erityisesti vastaanottajalle/kuulijalle tai työntekijälle. Johto kyllä ikään kuin ymmärtää mistä puhutaan, mutta työntekijöiden oli vaikeaa liittää strategisia painopistealueita yhteen käytännön kanssa. Muutenkin tiedonkulku ja yhteistyö sekä tehokas toiminta tiedon kanssa koettiin haasteelliseksi. Viestintä saattoi toimia hyvin orga-

nisaatiossa, vaikkapa yhdellä osastolla, mutta viestintä yhteistyökumppaneiden tai kunnan kanssa saattoi olla vaikeaa. Toisaalta viestinnällisesti hyvin toimivia organisaatioita oli haastateltujen joukossa myös, silloin haastateltu lähinnä kuvasi pienempää organisaatiota ison kokonaisuuden sisällä. Haastatellut vastasivat, että tarjolla on kyllä riittävästi tietoa kaikesta mitä tarvitaan, mutta tiedon löytyminen, hyödyntäminen, jäsentäminen ja arviointi vievät paljon aikaa ja on haastavaa. Mielipideväittämän arviointi annettiin positiiviseksi siksi, että tietoa on todella paljon saatavilla. Sanallisista kommentista kävi kuitenkin ilmi, ettei saatavilla olevaa tietoa osata hyödyntää. Toimivien seurantaraportointijärjestelmien tärkeyttä kuvattiin useassa haastattelussa laadun seurannan järjestelmänä. *”Jatkuva seuranta ja raportointijärjestelmät. Näiden avulla tieto on hiljalleen lisääntynyt. Sähköiset järjestelmät helpottaneet tätä” (H4)*. Työryhmiä laadun kehittämiseen ja seurantaan oli perustettu useassa organisaatiossa.

5.1.2 Kumppanuudet ja resurssit

Kumppanuuksien ja resurssien väittämän alla keskusteltiin useassa haastattelussa tiedonkulusta uudelleen ja haastatellut vastasivat, että pääsääntöisesti tehokkaan päätöksenteon tukemiseksi käytetään tietoa, jolla asiakkaiden hyvinvointia edistetään ja sairauksia tai niiden hoitokeinoja parannetaan.

Kumppaniyhteistyön hallinta ja kestävä hyödyn saaminen tuli esille sellaisissa toimissa, joissa tietoa esimerkiksi kehitetyistä uusista tutkimustoimenpiteistä vietiin organisaatio-rajojen yli. Haastatelluista kuusi yhdeksästä oli samaa mieltä siitä, että tiimirajojen ylittäminen onnistuu ja kumppaniyhteistyötä hallitaan. Myös asiakkaat nähtiin kumppaneina. Sisäisten ja ulkoisten vastuiden väittämän osalta haastatellut esimerkiksi kokivat, että kaikki tunnistavat sisäiset vastuunsa ja asiakkaansa. Toisaalta osa heistä jäi miettimään, onko kaikilla koko organisaatiossa samantapainen näkemys asioista.

Markkinointi koettiin terveystalvveluihin kuulumattomaksi, mutta samalla useampi organisaatio kertoi kehittäneensä esimerkiksi sosiaalisen median viestintää ja vieneensä tietoa organisaatiosta eteenpäin, jopa kansainvälisesti. Sosiaalisen median ja muiden viestintävälineiden hyödyntäminen onnistui, perinteisen yksiköissä kouluttamisen lisäksi, niin asiakkaiden kuin henkilöstön osalta. Markkinointia ei kuitenkaan tunnustettu toimintatapana terveydenhuollossa, sillä sitä ei koettu tarpeelliseksi, koska *”asiakkaita tulee joka tapauksessa” (H5)*. Muutama haastateltu organisaatio oli kuitenkin lähtenyt kehittämään sosiaalisen median ja muiden viestintäkanavien käyttöä. *” Tärkeää on siis, että palveluita tehdään tunnetuiksi, vaikka markkinointi on vielä haasteellista, on kierretty kaikki perusterveydenhoitoyksiköt. FB sivuilla on mainintoja, esimerkiksi kuukauden työntekijä, säännöllisesti epäselvää kuitenkin on, kuuluuko se (markkinointi) kunnalliselle toimijalle” (H6)*. Haastateltu (H2) kertoo organisaation ottaneen käyttöön sosiaalisen median markkinoinnin ja viestinnän kanavia yhdessä asiakkaiden kanssa. Instagram-tilin kautta tavoiteltiin nuoria asiakkaita ja ammattilaiset vastasivat asiakkaiden kysymyksiin, jotka olivat yleisiä terveydenhoitoon liittyviä kysymyksiä. Tämän kanavan kautta annettiin myös neuvontaa ja ohjausta. Asiakkaille oli luotu oma potilasfoorumi, jonka kautta toiminnan kehittämistä myös edistettiin.

5.1.3 Henkilöstö ja ilmapiiri

Henkilöstösuunnitelmat tukivat hyvin organisaation menestystä kolmen haastatellun mukaan. Henkilöstön osaamisen kehittämisen kanssa samaa mieltä oli seitsemän haastatelluista. Henkilöstön osaamisen ja tietämyksen kehittämisessä haastatellut antoivat lähes yhteneväiset vastaukset siitä, että koulutusta on saatavilla ja siihen henkilöstöä kannustetaan. He toivat myös esille sen, että lakisäätöestikin on tärkeää kouluttautua, jotta organisaation toiminta vastaa sille asetettuja vaatimuksia. Tiimirajojen ylittäminen oli sanallisten vastauksien mukaan edelleen haastavaa, mutta kaikki haastatellut kertoivat sen olevan erityisesti oman toimialan sisällä eilinehto, sillä ilman tiimirajojen ylityksiä ei organisaation toiminta onnistuisi.

Henkilöstön palkitsemisen väittämä jakoi haastateltujen mielipiteitä. Henkilöstön osamista tunnustettiin, mutta palkitseminen oli vaikea asia. Moni (H1-7) haastateltu vastasi numeraalisesti, että palkitaan, mutta kertoi sanallisesti, että enemmänkin voitaisiin palkita. Kaksi haastateltua mainitsi sen, ettei palkintoja saa, mutta lisää työtä kyllä. Palkitsemiseksi koettiin riittävän myös sanallinen kiitos, mutta sitäkin saattoi olla vaikea saada. Toisessa organisaatiossa palkitsemisen kuvattiin kuuluneen aikaisempaan toimintaan, jolloin oli *”hyvä ryhmähenki ja syötiin yhdessä pizzaa ja tehtiin muutakin mukavaa yhdessä”* (H4). Henkilöstöä palkittiin yhteisöllisesti, esimerkiksi herkutteluhetkin ja yhteisten tapahtumien avulla. Sittenkin kiire ja jatkuvat organisaatiomuutokset olivat muuttaneet tilannetta. Rahoitukseen viitattiin palkitsemisen yhteydessä myös. *”Palkitsemisen keinot ovat rahoituspulasta johtuen rajalliset, henkilöstö voi kokea tämän vähättelynä, mutta on meillä palkittu ja kiitoskin on merkittävä palaute, vaikka tässä onkin ehdottomasti meillä petrattavaa”* (H6).

Haastateltujen mielestä virheitä käsiteltiin pääsääntöisesti positiivisesti ja oppimisen kannalta. *”Kansainvälisissä verkostoissa on kerrottu useasti näistä projekteista ja luentoja pyydetään koko ajan lisää siksi, että suomalaisina uskallettiin rohkeasti kertoa, mitkä olivat virheet ja miten kehittämistyötä siitä vietiin eteenpäin”* (H3). Virhekäsityksissä oli eroja, sillä osa haastatelluista (neljä yhdeksästä) koki, että virheiden tekeminen olisi heidän työssään vaarallista. Näistä keskusteluista esille nousivat vahvasti potilasvahingot ja -turvallisuus. Tärkeää oli kehittää potilasturvallisuutta esimerkiksi tietoa jakamalla ja henkilöstöä kouluttamalla. Haastateltujen mielestä virheisiin suhtautuminen oli enimmäkseen uskallusta myöntää virheitä ja toimia niin, että asia saataisiin korjattua.

Ilmapiiriin liittyvistä kysymyksistä koettiin, että henkilöstön hyvinvoinnista huolehditaan. Luovuutta ja ongelmanratkaisutaitoja arvostettiin viiden haastatellun organisaatiossa. Haasteita otettiin vastaan seitsemän haastatellun mielestä positiivisesti. Positiivista haasteiden vastaanottamista osa haastatelluista määritteli osittain pakon sanelemaksi toiminnaksi, toisaalta sitä määriteltiin myös rohkeudeksi tehdä asioita uudella tavalla. Haasteisiin vastaaminen koettiin terveysalalla jokapäiväiseksi toiminnaksi ja toisaalta se

herättikin pohtimaan, että onko haasteisiin suhtautuminen enää niin positiivista, jos niitä on jatkuvasti.

Työn hauskuudesta kuusi haastateltua oli samaa mieltä. Työssä koettu hauskuus oli vastaajien mielestä itsestä kiinni ja liittyi eniten omaan asenteeseen. Joku haastatelluista totesikin, *”Työssä on aina minusta ollut hauskaa, en tiedä onko muilla...”* (H8). Työn hauskuus esiintyi haastateltujen vastauksissa kahdella tasolla. Koetiin, että se kertoi ilmapiiristä ja yhteisöllisyydestä, samalla kun yksilötasolla useampi haastateltu kertoi todella viihtyvän työssään ja erityisesti kiinnostuneensa/rakastuneensa kehittämänsä alueen toimintojen edistämiseen. Tärkeäksi havainnoksi nousikin kehittäjän/kehityshankkeen vetäjän rooli ja se, millaisena ajurina kehittäjä, työstään palavasti innostunut työntekijä/johtaja, vie työtään eteenpäin. Esimerkiksi yksi haastateltu (H3) kertoi kaiken alkaneen Lääkäriliiton laukupalkintovoitosta ja nykyisen kehittämistyön olevan siinä vaiheessa, että tietoa työstä viedään kansainvälisiin konferensseihin ja kehittämisestä tehdään tieteenalan tunnettuihin lehtiin julkaisuja sekä väitöskirjoja. Toisaalta väittämä työn hauskuudesta jakoi mielipiteitä ja yksi haastateltu (H5) koki, ettei kyseinen kysymys kuulunut haastatteluun ollenkaan, vaikka lopulta antoikin samanmielisen vastauksen mielipideväittämään. Haastatellut kokivat myös ylpeyttä omista projekteistaan, joka kävi ilmi tavasta, jolla Lääkäriliiton palkinnon voittamisesta kerrottiin heti haastattelun aluksi, jos haastateltu oli ollut mukana palkinnon saaneessa projektissa. Palkinnon saaminen oli useimmilla haastatelluista tuoreessa muistissa, vaikka aikaa palkinnon saamisesta olikin kulunut jo vuosia.

5.1.4 Asiakaskokemus, turvallisuus ja talouden hallinta

Monen haastatellun mukaan asiakkaat osallistuivat kehittämiseen, toimialasta riippumatta, terveyspalveluissa monella tavalla. Kehittämistä oli viety niin pitkälle, että *”mitään kehittämistä ei tehdä ilman asiakkaita”* (H6). Alan kehitystä kuvaa se, miten haastateltu (H8) kertoi muistavansa, *”kuinka muutama vuosikymmen sitten asiantuntijoiden*

toiminta oli se, millä oli merkitystä, nykyisin se asiakaskokemus on keskiössä sekä palvelumuotoilulla pyritään edistämään asiakkaan prosesseja". Haastattelujen perusteella kehittäminen asiakkaiden kanssa oli saanut monia muotoja, esimerkiksi asiakkaiden palauteraadit, sähköiset palautteenantokanavat, tiedotteet ja sosiaalisen median viestintäkanavat.

Pääsääntöisesti kaikissa haastateltujen puheenvuoroissa korostui se, että prosesseja suunnitellaan ja kehitetään. Kehittämisen lähtökohdaksi mainittiin hyvän palvelun tuottaminen asiakkaille. Kaikki Lääkäriliiton palkinnon saaneet haastatellut olivatkin saaneet palkintonsa juuri suoraan prosessien tai asiakastyöhön liittyvästä kehittämisestä.

Yksi (H8) haastateltu kommentoi, että voihan olla, että näiden kehittämistoimien suuntautuesssa pelkästään asiakaskeskeiseen kehittämiseen, saadaan siksi johtamismittauksista huonoja arvosanoja. Hän jatkoi, että *"...kaikki organisaation resurssit kiinnitetään ikään kuin asiakastyön kehittämiseen tänä päivänä. Asiakaskokemus on noussut keskiöön ja sen avulla parannetaan kaikkia palveluita. Asiakaskokemus on tullut uutena käsitteenä terveydenhuoltoon. Asiakkaat osallistuvat suunnitteluun ja tärkeää on asiakkaan kokema terveyshyöty."*

Turvallisuus

Asiakkaiden osallistuminen palveluiden kehittämiseen koettiin palveluiden laatua ja turvallisuutta lisäävänä tekijänä (H6). Potilasturvallisuus oli yksi syy, miksi toimintaa kehitettiin. *"... koska turhien tutkimusten määrä putosi näillä toimenpiteillä puoleen siitä, mitä se oli ollut. Työtä pitäisi jatkaa vielä lisää. Tällaisilla menetelmillä voidaan vaikuttaa palvelun laatuun ja turvallisuuteen"* (H3). Haastatellut kertoivat potilasturvallisuuden lisääntyvän myös henkilökunnan osaamisen lisääntyessä. Myös henkilöstön uskallus raportoida potilasvahingoista, esimerkiksi Haipro-järjestelmällä, nähtiin tärkeänä asiakasturvallisuuden kannalta. *"Olemme lanseeraamassa työntekijän tukemiseen protokollaa, jolla pyritään virheiden asialliseen käsittelyyn tapahtumahetkestä siihen saakka, kun se*

on johtanut toimenpiteisiin. Koko matka kuvataan ja käsitellään niin, että työntekijä voi jättää kokemuksen hyvillä mielillä taakseen opittuna asiana” (H6).

Haastateltu (H3) kertoi, että *”Haipro-ilmoitukset haitta- ja ”läheltä piti” -tapahtumista henkilöstö ilmoittaa vuosikellon mukaisesti. Lainsäädännön edellyttämät auditoinnit tehdään säännöllisesti, jos auditoinnissa huomataan ongelmia, niin kehittämishavainnot ja suositukset tehdään näistä. Tehdään erillisiä itsearviointeja joka vuosi, jossa arvioidaan komplikaatioita, teknisiä laatuvaatimuksia, tutkimusten oikeutusta sekä vaikuttavuutta seurataan tarkasti. Kehittäminen on systemaattista ja pitkälle vietyä. Muutenkin hoidossa seurataan kaikkia toteutuneita viiveitä ja raportoidaan niistä johdolle. Potilailta kerätään sähköistä palautetta palautekanavan avulla ja tehdään säännölliset asiakas-tyytyväisyyskyselyt potilaille ja tilaaville yksiköille”.* Myös kokemusasiantuntia toi tietoa organisaation johtoryhmään ja piti koulutuksia henkilöstölle

Talouden näkökulmia kehittämistyössä

Taloussasiat olivat sellaisia, jotka mietityttivät haastateltuja. Haastatelluista kuusi oli samaa mieltä siitä, että taloutta hallitaan kestävä menestyksen turvaamiseksi. Talouden hallinta koettiin haastateltujen sanallisten kommenttien perusteella ongelmallisena. Haastateltu (H7) kertoi siitä, kuinka organisaatiossa oli kehitetty kalliiden hoitojen osalta hyvällä työllä hienoja toimintamalleja ja laajennettu näitä myös kansallisiksi toimintamalleiksi. Kuitenkin hoitojen oikeudenmukaisuus, oikea-aikaisuus sekä hoidon jatkuvuus ja kustannustehokkuus olivat hänen mielestään sellaisia tekijöitä, joissa on suuria kunnakohtaisia eroja. Keskustelun aikana hän pohti sitä, *”...onko kehittämistyötä tehty vain säästöjen vuoksi vai siksi, että asiakkaat, joiden elämän jatkuminen riippuu hoidosta, niitä saisivat mahdollisimman hyvin”.* Hän jäi siis pohtimaan sitä, ohjaako raha säästöjen näkökulmasta kehittämistoimia.

Talouden hallintaan liittyen yksi haastateltu kiteytti vastauksensa näin: *”...hallintaa yrittään, mutta siinä ei aina onnistuta” (H4).* Haastateltu myöhemmin perusteli, että palveluiden tuottamisen ongelmatiikkaan liittyy se, *”... ettei kaikki kustannukset ole mitenkään*

aina ennakoitavissa”. Toisaalta kehittämistoimilla oli saatu myös aikaan kustannussäästöjä, esimerkiksi tutkimustoimenpiteiden vähentyessä ja potilasturvallisuuden parane-
misena. Eläkkeelle jääneen, pitkän lääkärin työuran tehneen, haastatellun vastauksesta näkyi kehittämistoiminnan syklin yhteys talouteen. Hän kertoi huomanneensa, että *”so-
siaali- ja terveydenhuollon rahapula näkyy kehittämisen vähenemisenä- hankkeemme
osui hyvään ajankohtaan, jolloin oli mahdollisuus (rahallisesti) kehittää”* (H8). Toinen
haastateltu totesi, että seuranta on myös talouden näkökulmasta tärkeää. *”Talousnäkö-
kulmasta seuraamme esimerkiksi lähetteiden määrää, hoitoajan mediaania”* (H2).

Organisaation kyvykkyyksien kehittäminen koettiin haastavana käsitteenä, johon haas-
tateltu (H1) vastasi, että tarkoittanee esimerkiksi sitä, että *”...henkilöstöressia ja
muita kustannusvaikuttavuuksia voidaan tässä yhteydessä varmaankin pohtia.”* Terve-
denhuollon palveluihin liittyy paljon palveluita, jotka ovat kalliita. Talouden hallinta ko-
ettiin haasteena, jossa ei välttämättä onnistuta, sillä kustannukset terveydenhuollossa
voivat tulla yllättäen. Pelkona haastateltujen kommentoissa esiintyi henkilöstöressurssien
riittävyys ja mahdollistaako rahoitus toiminnan kehittämisen.

5.2 Toiminnan kehittäminen Lääkäriliiton laatupalkintovoiton jälkeen

Tutkielmassa tavoitteena oli selvittää, miten organisaatiot ovat kehittäneet toimintaansa
palkinnon voittamisen jälkeen. Kaikissa organisaatioissa toimintaa oli kehitetty ja viety
eteenpäin Lääkäriliiton laatupalkinnon voittamisen jälkeen (H1-8). Konkreettisia kehittä-
mistoimenpiteitä oli tehty jokaisessa organisaatiossa useita. Toiminnalle oli asetettu sekä
pitkän aikavälin tavoitteita että pienempiä osatavoitteita. Kaikissa haastatelluissa orga-
nisaatioissa asiakaspalaute nähtiin tärkeänä laadun kehittämisen välineenä. Turvallisuu-
den kehittäminen oli haastattelijien mukaan tärkeä laadun osatekijä jokaisen organisaa-
tion laadun kehittämisessä.

Jatkuva parantaminen ja toiminnan kehittäminen esiintyivät kaikissa haastatteluissa. Jatkuvan parantamisen kuvattiin pitävän sisällään sekä pienet toimenpiteet että isompia projekteja. Yksi haastatelluista (H8) kuvasi myös”.... *hänen on nyt helpompi nähdä pitkäjänteisen kehittämisen merkitys siinä, että projektina aloitettu toiminta jäi lopulta organisaation yhdeksi toimintatavaksi*”. Palvelutoiminnan juurruttamiseen oli käytetty paljon aikaa ja hän kuvasikin projektin osuneen hyvään aikaan.

Toimintaa kehitettiin haastattelujen mukaan sekä potilasturvallisuuden että asiakaskokemuksen lisäämiseksi. Asiakkailta kerättiin säännöllisesti palautetta toiminnasta ja tietoja käsiteltiin yksiköissä toiminnan parantamiseksi. Asiakkaiden osallistuminen myös toiminnan suunnitteluun nousi usein esille. Organisaatiot olivat kehittäneet yli organisaatorajojen menevää potilaskoordinaatiota ja yhteisiä linjoja hoidon suhteen. Potilasturvallisuuden laatumittareita oli otettu käyttöön. Erilaisia potilasoppaita oli kehitetty ja otettu käyttöön. Potilaan/asiakkaan komplikaatioiden seuranta oli kehitetty. Digitaalisia palveluita oli otettu avuksi sekä palveluiden kehittämiseen että asiakaspalautteiden keräämiseen ja esimerkiksi viestintään ja asiointiin.

Hyviin toimintatapoihin ja niiden kehittämiseen seitsemän haastatellun mielestä toimintaperiaatteita kehitettiin ja arvioitiin jatkuvasti. Hyvien toimintatapojen tunnistamisesta ja eteenpäin kehittämisestä oli viisi haastateltua yhdeksästä samaa mieltä. Toiminnan kehittämisen menetelminä mainittiin Lean -menetelmät sekä palvelumuotoilu. Toiminnan kehittämisen keskipisteenä olivat asiakkaat ja heidän palveluidensa parantaminen. Toiminnan kehittämisen etenemisen esteinä haastateltujen mielestä oli raha ja aika. Toimintaa kehitettiin kuvaamalla prosesseja, elämällä niitä sekä virheistä oppimalla.

Yksi organisaatioista (H3) oli tuottanut kansalliset suositukset potilaan hoitoon. He olivat myös tuottaneet virtuaalisairaalakonseptiin informaatiopaketin. Näin opituista asioista levitettiin tieto yhteiseen käyttöön. Vertaisarvioituja tieteellisiä julkaisuja oli kirjoitettu kehittämistyöstä. Lääkäriliiton laatupalkintovoiton jälkeen rakennettiin uusia työn tekemisen tapoja ja uusi osasto (H1). Luotiin uusi systemaattinen kehittäjäverkosto (H7).

Haipro-raporttien seuranta kehitettiin ja niihin liittyen otettiin käyttöön myös uusia työkaluja ulkomailta sekä ICF-luokitus (H1). Jonojen seuranta kehitettiin (H2). Itsearviointit toteutuivat vuosittain useammassa organisaatiossa. Toiminnan sisäiset auditoinnit tehtiin säännöllisesti. Otettiin käyttöön henkilökunnan fiilismittari (H1).

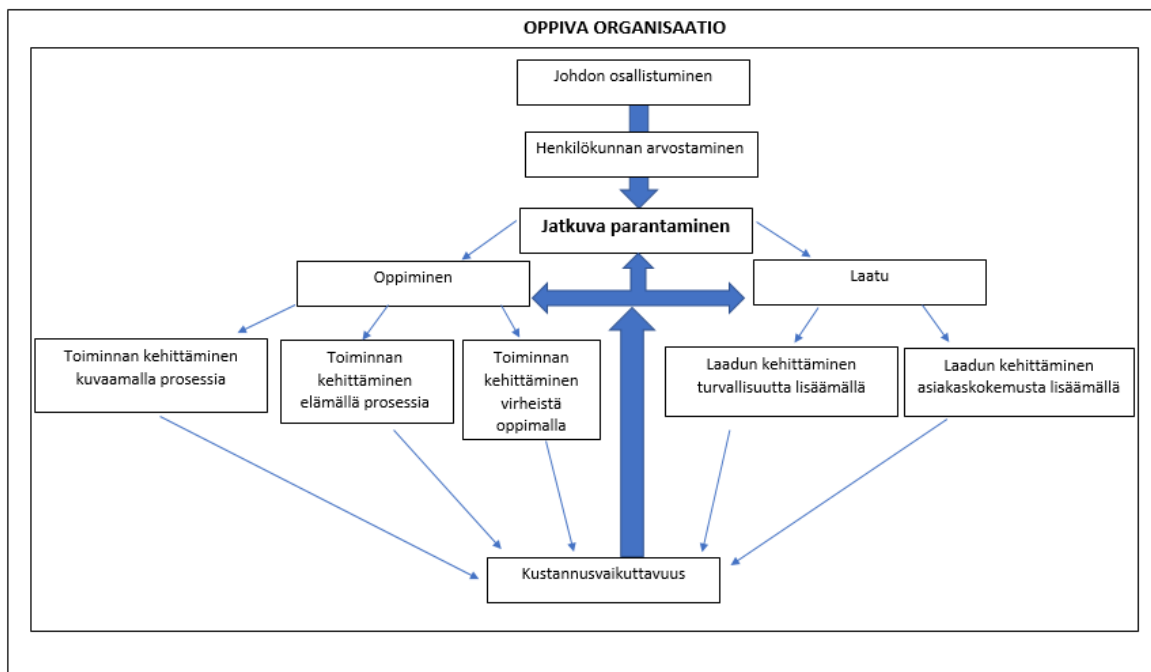
Haastateltujen mukaan kehittäminen oli organisaatiossa systemaattista ja pitkälle vietyä. Esimerkiksi seurattiin tarkasti, miten asiakastieto kulkee organisaatiossa. Asiakkaiden palveluihin liittyvää tietoa jalkautettiin omaan organisaatioon yhteistyötahojen kanssa ja valtakunnallisesti. Tietoa dokumentoitiin tutkimusraporttien (julkaisujen) avulla sekä opinnäytteiden ja väitöskirjojen avulla. Teknologiaa ja dataa hyödynnettiin asiakkaille tärkeiden terveyshyötyjen arvioimiseksi. Uudenlaisia palveluita kehitettiin ja otettiin käyttöön (H4), mutta myös laatupalkinnon voitonaikainen toiminta vakiintui organisaation toiminnaksi (H8).

Mittareiden kehittämistä haastateltu (H2) kuvailee näin: *”mittarit mittaavat asiakasnäkökulmaa ja hoidon sujuvuutta. Asiakkaan palvelukokemusmittareiden avulla kerätään palautetta asiakkaan palvelukokemuksesta”*. Myös taloutta ja henkilöstömittareita oli kehitetty. Hoitoon pääsyn nopeuteen liittyvien jonojen seuranta esitettiin myös toimivana mittarina (H3). Mittareiden avulla nostettiin kehittämiskohteita johdolle näkyville sekä seurattiin kehittymistä.

Tulevaa kehittämistä haastatellut pohtivat haastatteluissa myös. Seuraavaksi kehitettäviä kohteita haastateltujen mukaan olivat valmentavan johtamisen edistäminen organisaatiossa ja talouden sekä henkilöstökulujen seurannan kehittäminen. Tiedonkulun kehittäminen ja erilaisen tiedon kanssa toimiminen mainittiin kaikissa haastatteluissa tulevaisuuden kehittämiskohteena.

Kuviossa (Kuvio 9.) koostetaan haastatteluista nousseet näkökulmat yhteen. Kuvion keskellä on jatkuva parantaminen, johon vaikuttavat sekä johdon osallistuminen, että hen-

kilökunnan arvostus ja halu tehdä kehittämistyötä. Jatkuvan parantamisen, oppivan organisaation ja laadun kehittämisen kautta voidaan saada aikaan kustannussäästöjä, joiden avulla kehittämistoimintaa puolestaan on helpompaa jälleen jatkaa.



Kuvio 9. Organisaation oppiminen Lääkäriliiton laatupalkinnon voittajaorganisaatioissa.

Terveysalan oppivan organisaation organisaatioiden tärkeimmäksi tehtäväksi haastattelujen perusteella muodostui turvallisten palveluiden, hoidon ja seurannan tuottaminen asiakkaille/potilaille toimialueesta riippumatta. Laatuä kehitettiin asiakaskokemusta ja -turvallisuutta kehittämällä. Oppivan organisaation toimintaa kehitettiin kuvaamalla prosesseja, elämällä niitä sekä virheistä oppimalla. Selkeänä osa-alueena nousi esille jatkuva parantaminen, johon vaikutti johdon osallistuminen toimintaan ja henkilöstön arvostaminen työssään. Haastattelujen mukaan kaikissa organisaatioissa toimintaa oli kehitetty ja viety eteenpäin Lääkäriliiton laatupalkinnon voittamisen jälkeen. Konkreettisia kehittämistoimenpiteitä oli tehty jokaisessa organisaatiossa useita. Tiedonkulun kehittäminen ja erilaisen tiedon kanssa toimiminen mainittiin kaikissa haastatteluissa tulevaisuuden kehittämiskohteena. Haastatteluissa nousi esille, että tarjolla on kyllä riittävästi tietoa, mutta tiedon löytyminen, hyödyntäminen, jäsentäminen ja arviointi vievät paljon aikaa.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimuksen tulosten mukaan terveysalan oppivan organisaation toimintaa kehitettiin kuvaamalla prosesseja, elämällä niitä sekä virheistä oppimalla. Oppivan organisaation periaatteet soveltuivat hyvin laatupalkinnon voittaneiden organisaatioiden toiminnan kehittämiseen. Haastatteluista kävi ilmi, että kaikissa organisaatioissa toimintaa oli kehitetty ja viety eteenpäin Lääkäriliiton laatupalkinnon voittamisen jälkeen. Konkreettisia kehittämistoimenpiteitä oli tehty jokaisessa organisaatiossa useita. Haastattelujen perusteella jäi vaikutelma, että toiminnan tulosten pohjalta mahdollistui organisaation oppimisen tarkastelu ja sitä kautta toiminnan kehittäminen.

Johtajat nähtiin tutkimuksen haastateltujen näkökulmasta visioiden tekijänä, kuten oppivan organisaation teoriaan kuuluu. Johtajien koettiin kannustavan ja motivoivan sekä mahdollistavan toimintaa. Selkeänä osa-alueena haastatteluista nousi esille jatkuva parantaminen, johon vaikutti johdon osallistuminen toimintaan ja henkilöstön innostuneisuus työssään. Työyhteisöjä kuvattiin viihtyisiksi, joskin jatkuvat muutokset koettiin raskaina. Työ koettiin silti pääsääntöisesti hauskana. Työssä koettu hauskuus oli vastaajien mielestä itsestä kiinni ja liittyi eniten omaan asenteeseen.

Omaa toimintaa organisaatiot arvioivat itsearviointien avulla, jonka hyötynä oli mahdollisuus parantaa toimintaa asiakkaiden parhaaksi. Organisaatioiden toiminta oli haastateltujen mukaan suunnitelmallista ja sitä voidaankin kuvata PDCA-mallilla, jossa toimintaa suunnitellaan, kokeillaan ja kerätään konkreettisia kokemuksia kokeiluista. Näiden jälkeen kokeiluista saatavaa tietoa pyritään ymmärtämään ja muokkaamaan organisaatioiden tarpeisiin ja esimerkiksi juuri asiakaskokemuksen kehittämiseen. Laatua kehitettiin asiakaskokemusta ja -turvallisuutta kehittämällä. Turvallisuuden kehittäminen oli haastattelujen mukaan tärkeä laadun osatekijä jokaisen organisaation laadun kehittämässä. Asiakkaiden turvallisuuteen liittyviin virheisiin suhtauduttiin vakavasti ja toimintaa haluttiin parantaa jatkuvasti. Tästä näkökulmasta Dlugaczin (2016, s. 43) määritelmä laa-

dusta asenteena tai orientaationa, pitää haastattelujen perusteella paikkansa. Asian tarkastelutapa oli siis oppimisen kautta tapahtuvaa. Toiminnassa korostui avoin ja syyllistämätön toimintakulttuuri, jossa virheitä katsottiin juuri oppimisen näkökulmasta. Virheiden käsittely organisaatioissa oli joustavaa ja siihen suhtauduttiin pääsääntöisesti positiivisesti. Organisaatioissa onkin turha pelätä virheitä, sillä organisaatiota ilman virheitä ei ole olemassa.

Tuloksissa todettiin palveluiden kehittämisen keskittyneen ajan myötä enemmän asiakaskokemuksen kehittämiseen. Ajattelutavat ohjautuvat sairauden sijaan yhä enemmän kohti hyvinvointia. Asiakkaiden hyvinvointi ja heidän odotuksensa nousevat yhä vahvemmin esille. Kaikissa haastatelluissa organisaatioissa asiakaspalautte nähtiin tärkeänä laadun kehittämisen välineenä. Toisaalta kehittämistoimilla oli haasteltujen mukaan saatu myös aikaan kustannussäästöjä esimerkiksi tutkimustoimenpiteiden vähentyessä ja potilasturvallisuuden parantuessa.

Talouteen liittyvää pohdintaa esiintyi haastatteluissa. Talouden hallinta koettiin haasteena, jossa ei välttämättä onnistuta, sillä kustannukset terveydenhuollossa voivat tulla yllättäen. Pelkoja haastateltujen kommentteissa esiintyi henkilöstöressurssien riittävyydestä ja toiminnan kehittämisen rahoituksesta.

Yllättävänä näkökulmana nousi esille haastateltujen kokemukset palkitsemisesta. Usean haastatellun mielestä palkitseminen oli sidottu kokonaistaloudelliseen tilanteeseen ja lisäksi sitä olisi voinut olla enemmän. Palautteenanto ja palkitseminen ovat tärkeitä elementtejä sekä organisaation oppimisen, että EFQM-mallin mukaan. Henkilöstöä tulee palkita hyvästä työstä. Palautteen ja palkitsemisen avulla oppimista voidaan nopeuttaa. Palkitsemisessa onkin tärkeää huomioida, ettei palkita vain hyvistä suorituksista eikä palkitsemisen tarvitse olla kovin muodollista. Esimerkiksi työntekijälle osoitettu sanallinen kiittäminen voi riittää. Palkintona voi toimia työkavereiden tunnustus tehdystä työstä, uudet vastualueet omaan työhön tai rahallinen palkinto. Tärkeintä kuitenkin on, että palkitsemisella on merkitystä juuri palkittavalle henkilölle.

Tiedonkulun kehittäminen ja erilaisen tiedon kanssa toimiminen mainittiin kaikissa haastatteluissa tulevaisuuden kehittämiskohteena. Haastateltavat vastasivat, että tarjolla on kyllä riittävästi tietoa kaikesta, mitä tarvitaan, mutta tiedon löytyminen, hyödyntäminen, jäsentäminen ja arviointi vievät paljon aikaa. Nykyaikana tietoyhteiskunnan vaatimukset ovatkin asettaneet asiantuntijat täysin erilaiseen asemaan tiedon käytön suhteen. Tieto voi olla meille sellaista mistä hyödyimme ja mitä tarvitsemme tehdäksenne asiakkaiden, organisaation tai henkilöstön kannalta tärkeitä päätöksiä tai rajoituksia, mutta sen määrä organisaatiossa voi yllättää. Organisaation tulisikin ymmärtää henkilöstön tiedonkulkuun liittyvät tarpeet ja kehittää tarkoituksenmukaisia toimintaperiaatteita ja viestintäkanavia. Yksi malli organisaation kehittämiseen voisi olla EFQM-malli. Tässä työssä esitettyjen tutkimuksien mukaan EFQM-malli soveltuu tietojohdamisen tilanteisiin, joissa halutaan vaikuttaa organisaation toiminnan kehittämiseen tai valmistautua digitalisaation mukanaan tuomiin muutoksiin terveydenhuollon palveluissa (ks. Calvo-Mora, Navarro-Garcia & Perianez-Cristobal 2015; Filerin 2018). Tulosten perusteella voidaan ajatella, että laatukilpailut osaltaan motivoivat ja lisäävät kehittämistä.

6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Puusa, Juuti ja Aaltio (2020, s. 175) kiteyttävät laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kolmen käsitteen avulla, ensimmäinen niistä on uskottavuus, toinen on luotettavuus ja kolmas on eettisyys. He kirjoittavat uskottavuuden ohessa ilmiön kuvaamisesta elämänmakuisesti, mutta asianmukaisesti. Luotettavuudella voidaan tarkoittaa sitä, että tutkijan tekijä on kyennyt valitsemaan ja käyttämään perusteltuja sekä oikeanlaisia lähestymistapoja ja menetelmiä ratkaistakseen tutkimusongelman ja toteuttaakseen tutkimuksen. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeessa (TENK 2012, s. 6) tutkimuseettikka laajassa merkityksessään tarkoittaaakin kaikkia tutkimuksen tekemiseen liittyviä näkökulmia. Tutkimuksen eettisyyden tarkastelua (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 19) ja hyvää tieteellistä käytäntöä toteutettiin kaikissa tämän työn vaiheissa.

Luotettavuuteen vaikuttaa myös tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2018, s. 110), jolla tarkoitetaan niin tutkimuksen eri vaiheiden etenemistä kuin tutkimuksen raportointia. Johdonmukaisuudella laadullisessa tutkimuksen raportoinnissa voidaan siis tarkoittaa esimerkiksi sitä, millaisia lähteitä tutkija käyttää teoriapohjaa rakentaessaan. Tässä työssä lähteinä on ollut useita kansainvälisiä tutkimuksia eri vuosilta. Niihin on viitattu asianmukaisesti ja tekijöitä kunnioittaen (TENK 2012, s. 7). Raporttia rakennettaessa on myös pyritty siihen, että esitetyt asiat ovat lukijaystävällisesti johdonmukaisessa järjestyksessä. Laadullisen tutkimusasetelman avulla oli mahdollista tuoda esille haastateltujen ajatuksia ja näkemyksiä tutkittavasta ilmiöstä. Ayalan ja Kochin (2019) mukaan strukturoidulla menetelmällä saadaan rakennetta sellaiseen aiheeseen, joka voi muuten olla suurena kokonaisuutena vaikea hahmottaa.

Tutkimuslupa haettiin ennen tutkimuksen tekemistä. Tutkimukseen osallistujat saivat postilakon vuoksi postitse ja sähköpostitse kutsukirjeen ja strukturoidun haastattelulomakkeen ennen haastattelua. Haastattelujen aluksi sovittiin jokaisen haastateltavan kanssa aineiston käyttö, käsittely ja säilyttäminen (TENK 2012 s. 7). Samalla sovittiin myös siitä, että haastateltavan anonymiteetti säilytetään (Hyvärinen, Nikander & Ruusuvoori 2010, s. 23). Haastatteluja ei nauhoitettu, koska tiedot kirjattiin haastattelun yhteydessä suoraan tietokoneella olleelle haastattelulomakkeelle. Haastattelujen nauhoittamisen puuttuminen saattaa vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen, koska aineistosta ei tehty laadulliselle haastattelututkimukselle tavanomaista litterointia. Toisaalta haastattelulomakkeelle tietojen kerääminen oli haastattelun strukturoidun muodon ansiosta johdonmukaista ja vastausten kirjoittaminen onnistui hyvin puhelun yhteydessä.

Strukturoidulla haastattelumenetelmällä saatiin koostettua aineisto, jonka avulla oli mahdollista vastata tutkimuskysymyksiin. Aineistoa käytettiin vain tähän tutkimukseen. Se tallennettiin yliopiston salasanoin suojattuun pilvipalveluun. Näin tutkimuksessa saatuja tietoja ei mene ulkopuolisille (Tuomi & Sarajärvi 2018, s. 116). Aineisto analysoitiin teoriaohjautuvaa analyysia hyödyntäen. Teoriaohjautuva analyysi loi rakennetta koko-

naisuuden hahmottamiseen. Teoriaohjautuvan aineistoanalyysin kulku on kuvattu avoimesti tässä raportissa ja se osaltaan voi lisätä tutkimuksen luotettavuutta (Nowell, Norris, White & Moules 2017). Aineisto hävitetään asianmukaisesti pro gradu -tutkimuksen hyväksymisen jälkeen.

6.2 Jatkotutkimusaiheet

Ensimmäiseksi jatkotutkimusaiheeksi nousi Suomen Lääkäriliiton laatupalkintovoittajien työn seuranta tulevaisuudessa systemaattisesti. Systemaattisen seurannan avulla voitaisiin saada esille hyviä käytäntöjä ja tietoa palkintojen vaikutuksista organisaatioiden kehittämiseen tai laajemmin erityisalan kehitykseen.

Toinen yllättävä aihe oli palkitseminen. Palkitsemisen sidonnaisuus kokonaistaloudelliseen tilanteeseen nousi esille tässä tutkimuksessa. On loogista, että palkitseminen voi olla vähäistä, jos määrärahoja on vähän, mutta olisi kiinnostavaa tietää, johtuuko koettu palkitsemisen puute siitä, ettei rahoitusta ole vai esimerkiksi toimintatavoista? Jos rahallista palkitsemista on vähän, tunnistetaanko onnistumisia kuitenkin organisaatioissa? Vaikuttaako palkitsemisen järjestelmä palkitsemisen määrään eli onko kyse organisaation palkitsemiseen liittyvistä kulttuurisista tekijöistä? Työhyvinvointia tutkittaessa palkitsemisen toteutuminen voisi olla yksi osa-alue kartoituksissa.

Kolmas jatkotutkimusaihe liittyy tässä tutkimuksessa todettuun tiedonkulun kehittämiseen ja tietojohdamiseen. Organisaation tulisikin ymmärtää henkilöstön tiedonkulkuun liittyvät tarpeet ja kehittää tarkoituksenmukaisia toimintaperiaatteita ja viestintäkanavia. Tietojohdamiseen liittyy laadun konkreettisten mittareiden hyödyntäminen käytännössä ja seurannasta saatavien tulosten käyttö arjessa toiminnan kehittämiseksi. Yksi malli organisaation kehittämiseen voisi olla EFQM-malli.

Lähteet

Accenture (2016). U.S. Hospitals That Provide Superior Patient Experience Generate 50 Percent Higher Financial Performance Than Average Providers, Accenture Finds. *Business Wire*.

Tritonia LibGuides. (7. February 2020). *Vaasan yliopiston kirjoitusohjeet: Lähteet ja viitteidenhallinta*. Haettu 7. February 2020 osoitteesta <https://uva.libguides.com/kirjoitusohjeet/lahteet-viitteidenhallinta>

Antila, M. (2012). *Kehittämispääoman synty ja rakentuminen strategisessa palvelujen laadunkehittämistyössä: Case-tutkimus tamperelaisten hyvinvointipalvelujärjestöjen verkostomaisesta laadunkehittämistyöstä*.

Ansari, W. E. (2011). When meanings blur, do differences matter? Initiatives for improving the quality and integration of care: Conceptual matrix or measurement maze? *Journal of Integrated Care*, 19(3), 5-21. doi:10.1108/14769011111148122

Anttonen A., Haveri A., Lehto J., Pallukka H. (2012) *Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos*. Tampere University Press. Noudettu 2020-05-03 osoitteesta: https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/101927/Anttonen_ym_Julkisen_ja_yksityisen_rajalla.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Appelo, J. (2016). *Managing for happiness: Games, tools, and practices to motivate any team*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Aramo-Immonen, H (2009). *Project management ontology: The organizational learning perspective*.

Argyris, C. (1978). *Organizational learning a theory of action perspective*.

- Argyris, C. (1999). *On organizational learning*. 2nd edition. Oxford: Blackwell.
- Argyris, C. (2004). *Reasons and Rationalizations: The Limits to Organizational Knowledge*. Oxford University Press.
- Arhio K. (2007). *Luova laatu ja arvoinnovaatiot oppivan verkoston tuottamina. Tapaus-tutkimus*. Jyväskylän yliopisto. [väitöskirja, Jyväskylän yliopisto].
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-3047-9>
- Akinleye, D. D., Mcnutt, L. - A., Lazariu, V. & Mclaughlin, C. C. (2019). Correlation between hospital finances and quality and safety of patient care. (Research Article) (Report). *PLoS ONE*, 14(8), 1-19. doi:10.1371/journal.pone.0219124
- Alajoutsijärvi, K., Kettunen, K., & Sohlo, S. (2018). Shaking the Status Quo: Business Accreditation and Positional Competition. *Academy of Management Learning and Education*, 17 (2), 203-225. doi:10.5465/amle.2015.0199
- Alasuutari, P. (2011). *Laadullinen tutkimus 2.0*. Vastapaino.
- Aluehallintovirasto. (2014). *Laatu ja potilasturvallisuus*. Noudettu 2020-09-03 osoitteesta: <https://www.avi.fi/web/avi/laatu-ja-potilasturvallisuus1>
- Ayala, R. A. & Koch, T. F. (2019). The Image of Ethnography—Making Sense of the Social Through Images: A Structured Method. *International Journal of Qualitative Methods*, 18. doi:10.1177/1609406919843014
- Bhat, K. Shridhara (2009). *Total Quality Management*. Global Media.

- Baidoun, S. D., Salem, M. Z. & Omran, O. A. (2018). Assessment of TQM implementation level in Palestinian healthcare organizations. *The TQM Journal*, 30(2), 98-115. doi:10.1108/TQM-03-2017-0034
- Bagheri, F., Noorossana, R. & Najmi, M. (2019). The extent of EFQM effectiveness in routine and non-routine organizations based on multivariate techniques: An empirical study. *Operational Research*, 19(1), 237-267. doi:10.1007/s12351-016-0276-3
- Boamah, S. A. (2019). Emergence of informal clinical leadership as a catalyst for improving patient care quality and job satisfaction. *Journal of advanced nursing*, 75(5), 1000. doi:10.1111/jan.13895
- Booth N., Aronen P. & Mäkelä M. (2017) Kustannusvaikuttavuuden käyttämisestä yhtenä terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelykriteerinä. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:30. Noudettu 2019-10-08 osoitteesta: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135345/RAP_kustannusvaikuttavuus_30_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Calvo-Mora, A., Navarro-García, A. & Periañez-Cristobal, R. (2015). Project to improve knowledge management and key business results through the EFQM excellence model. *International journal of project management*, 33(8), 1638-1651. doi:10.1016/j.ijproman.2015.01.010
- Clarke, V. & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology: Qualitative Positive Psychology*. 12(3), 297-298. doi:10.1080/17439760.2016.1262613
- Coghlan, D., Rashford, N. S., & Figueiredo, J. N. d. (2016). *Organizational change and strategy: An interlevel dynamics approach* (Second edition). Routledge.

Collins, C. S. & Stockton, C. M. (2018). The Central Role of Theory in Qualitative Research. *International journal of qualitative methods*, 17(1). doi:10.1177/1609406918797475

Dale, B. G., Wiele, A. v. d., & Iwaarden, J. v. (2007). *Managing quality* (5th edition). Blackwell.

Denning, S. (2011). *The leader's guide to storytelling: Mastering the art and discipline of business narrative*. John Wiley and Sons.

Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis: Quality, productivity and competitive position*. Cambridge University Press.

Deming, W. E. (2000). *Out of the crisis: Quality, productivity and competitive position*. MIT Press.

Digby, G. C. & Pinchin, S. (2019). Using experiential learning to teach health care quality improvement. *Medical education*, 53(5), 499. doi:10.1111/medu.13864

Dlugacz, Y. D. (2016). *Introduction to Health Care Quality*. Jossey-Bass.

Doeleman, H., Ten Have, S. & Ahaus, C. (2014). Empirical evidence on applying the European Foundation for Quality Management Excellence Model, a literature review. *Total Quality Management & Business Excellence*, 25(5-6), 439-460. doi:10.1080/14783363.2013.862916

Easterby-Smith, M. & Lyles, M. A. (2011). *Handbook of Organizational Learning and Knowledge Management*. Wiley.

Edmondson, A. C. (2019). *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. John Wiley & Sons, Inc.

EFQM, Vaismaa, M., Lehtipuu, P. & Niemi, H. (2019). *EFQM-malli*. EFQM.

Engström, A. & Käkelä, N. (2019). Early steps in learning about organizational learning in customization settings. *The Learning Organization*, 26(1), 27-43. doi:10.1108/TLO-09-2018-0150

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Escrig-Tena, A. B., Garcia-Juan, B. & Segarra-Ciprés, M. (2019). Drivers and internalisation of the EFQM excellence model. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 36(3), 398-419. doi:10.1108/IJQRM-08-2017-0161

Eskelinen K. (2019) *Asiakaskokemuksen määritelmä-mitä asiakaskokemus on, miten se rakentuu ja miten sitä johdetaan*. Asiakaskokemus – blogi. Noudettu 2019-10-08 osoitteesta: <https://www.trustmary.com/fi/blogi/asiakaskokemus/asiakaskokemuksen-maaritelma-mita-asiakaskokemus-on/>

Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino.

European Foundation for Quality Management & Laatukeskus. (2012). *EFQM excellence -malli: EFQM model 2013*. Laatukeskus.

European Foundation for Quality Management & Laatukeskus. (2009). *EFQM Excellence Model: EFQM model 2010*. EFQM; Laatukeskus.

- Fenge, L. A., Oakley, L., Taylor, B. & Beer, S. (2019). The Impact of Sensitive Research on the Researcher: Preparedness and Positionality. *International Journal of Qualitative Methods*, 18. doi:10.1177/1609406919893161
- Finnish Service Alliance (2019). Mikä on Finnish Service Alliance. Noudettu 2019-10-08 osoitteesta: <https://www.servicealliance.fi>
- Filer, J. J. (2018). The experience economy is coming to health care: Finance leaders invented the concept of the bottom line, so it's not surprising that they tend to focus on outcome. *Healthcare Financial Management*, 72(8), 88.
- García-Cornejo, B. & Pérez-Méndez, J. A. (2018). Assessing the effect of standardized cost systems on financial performance. A difference-in-differences approach for hospitals according to their technological level. *Health policy*, 122(4), 396-403. doi:10.1016/j.healthpol.2018.01.013
- Gerdts, B. & Eskelinen, S. (2018). *Digiajan asiakaskokemus: Oppia kansainvälisiltä hui-puilta*. Alma Talent.
- Gioia, D. A., Corley, K. G. & Hamilton, A. L. (2013). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15-31. doi:10.1177/1094428112452151
- Goleman, D., Boyatzis, R. & McKee, A. (2002). *Primal leadership: Learning to lead with emotional intelligence*. Harvard Business School Press.
- Greenwood, J. (1993). Reflective practice: A critique of the work of Argyris and Schön. *Journal of Advanced Nursing*, 18(8), 1183-1187. doi:10.1046/j.1365-2648.1993.18081183.x

- Griffin, G. & Leibetseder, D. (2019). "Only Applies to Research Conducted in Sweden": Dilemmas in Gaining Ethics Approval in Transnational Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 18. doi:10.1177/1609406919869444
- Haatainen K., Havanka H., Holi T., Ikonen T., Immonen-Räihä P. Jonsson P., Krohn M., Lang L., Lankinen P., Lehtikunnas T., Lehtonen L., Palojoiki S., Parkkila A-K., Roine R., Saarikoski T., Sainio S. & Koivuranta P. (2019) *Terveysthuollon laatuopas*. 2. uudistettu painos, Suomen Kuntaliitto.
- Hassounah, J. (2001). Developing a learning organization in the public sector. *Quality Progress*, 34(1), 106-109.
- Heikkilä, T. (2008). *Tilastollinen tutkimus*. 7. uudistettu painos. Edita.
- Hess, E. D. (2014). *Learn or die: Using science to build a leading-edge learning organization*. Columbia Business School Publishing.
- Hendricks, K., Singhal, V. & (1997). Does Implementing an Effective TQM Program Actually Improve Operating Performance? Empirical Evidence from Firms That Have Won Quality Awards. *Management Science*, 43(9), 1258-1274. doi:10.1287/mnsc.43.9.1258
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2007). *Tutki ja kirjoita*. 13. uudistettu painos. Otavan Kirjapaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. & Sinivuori, E. (2009). *Tutki ja kirjoita*. 15. uudistettu painos. Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2008). *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Gaudeamus Helsinki University Press.

- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. & Sinivuori, E. (2009). *Tutki ja kirjoita*. 15. uudistettu painos. Tammi
- Hill, F. M. (1996). Organizational learning for TQM through quality circles. *The TQM Magazine*, 8(6), 53-57. doi:10.1108/09544789610152946
- 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., Rotko T, Räikkönen O., Suvisaari J. & Töytäri O. (2016). *Sosiaali- ja terveydenhuollon laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreiden arviointi palvelupakettien näkökulmasta. Koottuja indikaattoreita kehittämistyössä huomioitaviksi*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 26/2016.
- Nikander, P., Hyvärinen, M. & Ruusuvoori, J. (2010). *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino.
- Jaatinen P. T., (2018). Suomen terveydenhuollon laatu ja kustannustehokkuus. *Länsi-Suomi*. (2018, 18. Tammikuuta)
- Jaaron, A. & Backhouse, C. (2017). Operationalizing “Double-Loop” Learning in Service Organizations: A Systems Approach for Creating Knowledge. *Systemic Practice and Action Research*, 30(4), 317-337. doi:10.1007/s11213-016-9397-0
- Jackson, S. (1999). Exploring the possible reasons why the UK Government commended the EFQM excellence model as the framework for delivering governance in the new NHS. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12(6), 244-253. doi:10.1108/09526869910287314 b1997

- Jackson, S. (2001). Successfully implementing total quality management tools within healthcare: What are the key actions? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 14(4), 157-163. doi:10.1108/09526860110392431
- Jabnoun, N. (2019). A proposed model for sustainable business excellence. *Management Decision*, 58(2), 221-238. doi:10.1108/MD-06-2018-0691
- Jensen, P. E. (2005). A contextual theory of learning and the learning organization. *Knowledge and Process Management*, 12(1), 53-64. doi:10.1002/kpm.217
- Jørgensen, K. M. (2018). Spaces of performance: A storytelling approach to learning in higher education. *The Learning Organization*, 25(6), 410-421. doi:10.1108/TLO-11-2017-0104
- Kananen, J. (2017). *Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä*. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Karim, S. A., Pink, G. H., Reiter, K. L., Holmes, G. M., Jones, C. B. & Woodard, E. K. (2018). The Effect of the Magnet Recognition Signal on Hospital Financial Performance. *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives*, 63(6), 131. doi:10.1097/JHM-D-17-00215
- Kennedy, B. (2019). A 21st century appreciation for: Quality, excellence and complex human adaptive systems. *The TQM Journal*, 32(1), 2-20. doi:10.1108/TQM-06-2019-0169
- Kets de Vries & Manfred F. R. (2011). *The hedgehog effect: Executive coaching and the secrets of building high performance teams*. Jossey-Bass

- Kievit, P., Oomes, J., Schoorl, M. & Bartels, P. (2018). The missing link: Toward an assessment of innovation capacity in health care organizations. *International Journal of Quality Innovation*, 4(1), 1-18. doi:10.1186/s40887-018-0023-3
- Koivuranta-Vaara P., Enberg E., Immonen-Räihä P., Lang L., Lehtonen L., Puolakka E., Roine R., Rytönen A. & Toiviainen H. (2011) *Terveystuollon laatuopas*. Kuntaliitto.
- Koro-Ljungberg, M. & Barko, T. (2012). "Answers," Assemblages, and Qualitative Research. *Qualitative inquiry*, 18(3) 256. doi:10.1177/1077800411431562
- Lillrank P., Shani A. B. & Lindberg P. (2001) Continuous improvement: Exploring alternative organizational designs. *Total Quality Management*, 12(1), 41-55. <https://doi.org/10.1080/09544120020010084>
- van Assen, M. (2020). Training, employee involvement and continuous improvement—the moderating effect of a common improvement method. *Production Planning and Control*. doi:10.1080/09537287.2020.1716405
- Matthies-Baraibar, C., Arcelay-Salazar, A., Cantero-González, D., Colina-Alonso, A., García-Urbaneja, M., González-Llinares, R. M. & Rica-Giménez, D. L. (2014). Is organizational progress in the EFQM model related to employee satisfaction? *BMC health services research*, 14(1), 468. doi:10.1186/1472-6963-14-468
- McCauley, C. D., McCauley, C. D., McCall, M. W., Kraut, A. I., Nagrath, M., & Thulin, I. G. (2014). *Using experience to develop leadership talent: How organizations leverage on-the-job development* (1st edition). Jossey-Bass.
- Metsämuuronen, A. (2006). Laadullisen tutkimuksen perusteet. Teoksessa *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*. International Methelp.

- Moeller, J. & Sonntag, A. K. (2001). Evaluation of health services organisations – German experiences with the EFQM excellence approach in healthcare. *The TQM Magazine*, 13(5), 361-367. doi:10.1108/EUM0000000005862
- Mosadeghrad, A. M. (2013). Obstacles to TQM success in health care systems. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(2), 147-173. doi:10.1108/09526861311297352
- Mäki, T. (2004). *Laadun informaatio-ohjauksen haasteet. Hoitohenkilökunnan ja laatusuosituksen laadulle antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus*. [väitöskirja, Kuopion yliopisto.]. <http://urn.fi/URN:ISBN:951-27-0060-3>
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E. & Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1). doi:10.1177/1609406917733847
- O'donovan, R., Ward, M., De Brún, A. & Mcauliffe, E. (2019). Safety culture in health care teams: A narrative review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 871-883. doi:10.1111/jonm.12740
- Opinnäytetyöpakki 2020. Haastattelu ja Haastattelumuodot. Kainuun Ammattikorkeakoulu. Noudettu 2020-01-18 osoitteesta: <https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Aineiston-keruumenetelmat/>
- Otala, L. (1996). *Oppimisen etu: Kilpailukykyä muutoksessa*. WSOY.
- Otala, L. (2000). *Oppimisen etu: Kilpailukykyä muutoksessa* (3. uudistettu painos). WSOY.

- Otala, L. (2018). *Ketterä oppiminen: Keino menestyä jatkuvassa muutoksessa*. Kauppa-kamari.
- Ovaskainen, P., Suvivuo, P., Virjonen, K., & Leino, I. (2016). Asiakaslähtöisillä toimintamalleilla lisää kustannustehokkuutta sosiaali- ja terveyspalveluihin. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 53(1). Noudettu 2020-10-16 osoitteesta: <https://journal.fi/sla/article/view/55936>
- Pekurinen, M., Rääkkönen, O. & Leinonen, T. (2008) Tilanne katsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194208>
- Pellinen, J. (2019). *Kustannuslaskenta ja kannattavuusajattelu* (3. uudistettu painos.). Alma.
- Piligrimiene, Ž. & Bučiuniene, I. (2008). Different perspectives on health care quality: Is the consensus possible? *Engineering Economics*, 1(56), 104-111.
- Pitkänen L., Haavisto I., Vähäviita P., Torkki P., Leskelä R-L. & Komssi V. (2018). Vaikuttavuus SOTE:ssa, suoritteista tuloksiin. White paper. Nordic Healthcare Group. Noudettu 2020-05-19 osoitteesta: <https://nhg.fi/wp-content/uploads/2018/11/Vaikuttavuus-sotessa-suoritteista-tuloksiin.pdf>
- Pool, S. W. (2000). The learning organization: Motivating employees by integrating TQM philosophy in a supportive organizational culture. *Leadership & Organization Development Journal*, 21(8), 373-378. doi:10.1108/01437730010379276
- Pourmohammadi, K., Hatam, N., Shojaei, P. & Bastani, P. (2018). A comprehensive map of the evidence on the performance evaluation indicators of public hospitals: A

scoping study and best fit framework synthesis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 16(1), doi:10.1186/s12962-018-0166-z

Prybutok, G. L. (2018). Ninety to Nothing: A PDSA quality improvement project. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31(4), 361-372. doi:10.1108/IJHCQA-06-2017-0093

Puusa, A., Juuti, P. & Aaltio, I. (2020). *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus.

Raivio, K., (2019) *Näytön paikka. Tutkimustiedon käyttö ja väärinkäyttö*. Gaudeamus.

Rautiainen, H., Kekomäki, M., Winell, K., Halila, H. & Anttila, U. (2016). Terveysthuollon laadun kokonaisvaltainen mittaaminen osana sote-uudistusta- Lääkäriliiton suuntaviivat. Julkaistu 21.12.2016. Noudettu 2019-09-19 osoitteesta: <https://www.laakariliitto.fi/uutiset/linjauksia/terveydenhuollon-laadun-kokonaisvaltainen-mittaaminen-osana-sote-uudistusta-laakariliiton-suuntaviivat/>

Rebelo, T., Lourenço, P. R. & Dimas, I. D. (2019). The journey of team learning since "The Fifth Discipline". *The Learning Organization*, 27(1), 42-53. doi:10.1108/TLO-10-2019-0144

Reese, S. (2020). Taking the learning organization mainstream and beyond the organizational level. *The Learning Organization*, 27(1), 6-16. doi:10.1108/TLO-09-2019-0136

Reiter, K. L., Harless, D. W., Pink, G. H. & Mark, B. A. (2012). Minimum nurse staffing legislation and the financial performance of California hospitals. *Health services research*, 47(3 Pt 1), 1030. doi:10.1111/j.1475-6773.2011.01356.

- Rizal, H. S., Saifuddin, I., Cheong, C. B. & Abdullah, A. (2019). Quality Management Evolution from the Past to Present: Challenges for Tomorrow. *Organizacija*, 52(3), 157-186. doi:10.2478/orga-2019-0011
- Rowland-Jones, R. (2012). The EFQM concepts of excellence approach to management development within the UAE healthcare industry utilizing action modalities. *Human Resource Development International*, 15(4), 501-514. doi:10.1080/13678868.2012.721988
- Ross, T. K. (2013). *Health Care Quality Management: Tools and Applications*. Wiley.
- Sadeh, E. (2017). Interrelationships among quality enablers, service quality, patients' satisfaction, and loyalty in hospitals. *The TQM Journal*, 29(1), 101-117. doi:10.1108/TQM-02-2015-0032
- Sarala, U., & Sarala, A. (1996). *Oppiva organisaatio: Utopia vai todellinen mahdollisuus: Ideaalimallin koettelu Pohjois-Karjalan oppimiskeskuksissa*. Pohjois-Karjalan lääninhallitus.
- Sarala, U., & Sarala, A. (2010). *Oppiva organisaatio: Oppimisen, laadun ja tuottavuuden yhdistäminen*. 9. painos. Gaudeamus.
- Sarlio, S. (2020). Koronavirus muutti arkea- hyvinvoinnista kannattaa huolehtia. Kolumni 11.6.2020. Noudettu 2020-06-26 osoitteesta: <https://stm.fi/-/koronavirus-muutti-arkea-hyvinvoinnista-kannattaa-huolehtia>
- Schulz, J. (2012, 14. elokuuta) Analysing your Interviews. Southampton Education School. Noudettu 2020-11-06 osoitteesta: <https://youtu.be/59GsjhPoIPs>

- Scott, J., Heavey, E., Waring, J., De Brún, A. & Dawson, P. (2019). Implementing a survey for patients to provide safety experience feedback following a care transition: A feasibility study. *BMC Health Services Research*, 19(1), doi:10.1186/s12913-019-4447-9
- Senge, P. M. (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. Doubleday Currency.
- Shekelle, P. G., Ortiz, E., Rhodes, S., Morton, S. C., Eccles, M. P., Grimshaw, J. M. & Woolf, S. H. (2001). Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: How quickly do guidelines become outdated? *JAMA*, 286(12), 1461. doi:10.1001/jama.286.12.1461
- Snyder, H., Witell, L., Elg, M. & Mccoll-Kennedy, J. R. (2019). The influence of place on health-care customer creativity. *European Journal of Marketing*, 53(7), 1400-1422. doi:10.1108/EJM-10-2017-0723
- Sohal, A. & Morrison, M. (1995). TQM and the learning organization. *Managing Service Quality: An International Journal*, 5(6), 32-34. doi:10.1108/09604529510104365
- Stahr, H. (2001). Developing a culture of quality within the United Kingdom healthcare system. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 14(4), 174-180. doi:10.1108/09526860110394240
- Starkey, K., Starkey, K., Tempest, S., & McKinlay, A. (2004). *How organizations learn: Managing the search for knowledge*. 2. edition. Thomson.
- Ştefan, S. (2018). DO THE MANAGEMENT TOOLS CARE FOR HEALTH ORGANIZATIONS? *Management Research and Practice*, 10(4), 89-101.

Ståhl T. (2017) Alueellinen hyvinvointikertomus -verkosto seminaari. Noudettu 2019-10-9 osoitteesta: <https://www.slideshare.net/THLfi/terveyden-edistamisen-mittaminen-ja-kustannusvaikuttavuus>

Suomen Lääkäriliitto (2016). Terveystuollon laadun kokonaisvaltainen mittaaminen osana sote-uudistusta- Lääkäriliiton suuntaviivat. Noudettu 2020-3-10 osoitteesta: <https://www.laakariliitto.fi/uutiset/linjauksia/terveydenhuollon-laadun-kokonaisvaltainen-mittaaminen-osana-sote-uudistusta-laakariliiton-suuntaviivat/>

Suomen Lääkäriliitto (2018). Lääkäriliiton laatupalkinto Työterveys Helsingille. Noudettu 2019-10-06 osoitteesta: <https://www.laakariliitto.fi/uutiset/ajankohtaista/laakariliiton-laatupalkinto-tyoterveys-helsingille/>

Suomen Lääkäriliitto (2019). Työolot ja terveys -tutkimus käynnissä. Noudettu 2020-3-10 osoitteesta: <https://www.laakariliitto.fi/uutiset/jasenuutiset/tyoolot-ja-terveys-tutkimus-kaynnissa/>

Suomen Lääkäriliitto (2020a). Lääkärit yhdessä potilaan parhaaksi. Noudettu 2020-3-10 osoitteesta: <https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/>

Suomen Lääkäriliitto (2020b) Laatupalkinto ja kollegiaalisuuspalkinto. Noudettu 2020-01-18 osoitteesta: <https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/palkinnot/>

Suomen sosiaali- ja terveysministeriö (2014). Potilasturvallisuus. Noudettu 2020-05-27 osoitteesta: <https://stm.fi/potilasturvallisuus>.

Suomen sosiaali- ja terveysministeriö (2015). Suomen terveydenhuollon laatu on OECD-Maiden parhaimpia. Tiedote 175/2015 STM ja THL. Noudettu 2020-06-26 osoitteesta: https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/suomen-terveydenhuollon-laatu-on-oecd-maiden-parhaimpia

Szczepanska, K. & Wisniewska, M. (2012). Human Performance Improvement in the Health Care Organizations. Results of Empirical Study in Poland. *Foundations of Management*, 4(2), 97. doi:10.2478/v10238-012-0013-z

Syrjä, V. (2020). Tulevaisuuden sote-keskuksessa palveluketjut pelaavat. Kolumni 5.6.2020. Noudettu 2020-06-26 osoitteesta: <https://soteuudistus.fi/-/tulevaisuuden-sote-keskuksissa-palveluketjut-pelaavat>

Swain, S. & Kar, N. C. (2018). Hospital service quality as antecedent of patient satisfaction – a conceptual framework. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 12(3), 251-269. doi:10.1108/IJPHM-06-2016-0028

Talib, F., Asjad, M., Attri, R., Siddiquee, A. N. & Khan, Z. A. (2019). Ranking model of total quality management enablers in healthcare establishments using the best-worst method. *The TQM Journal*, 31(5), 790-814. doi:10.1108/TQM-04-2019-0118

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2019). SOTE-Uudistus. Laatu. Noudettu 2020-10-06 osoitteesta: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/laatu>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Noudettu 2020-10-23 osoitteesta: <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2011). *Potilasturvallisuusopas: Potilasturvallisuuslain-säädännön ja strategian toimeenpanon tueksi*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Torkki P., Leskelä R., Linna M., Torvinen., Klemola K., Sinivuori K., Larsio A. & Hörhammer I. (2017) Ehdotus sosiaali- ja terveystalouden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 36/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-383-5>
- Turjanmaa, P., 2005. Laadun oppiminen pienissä yrityksissä. Mallin konstruointi ja kehittäminen. [väitöskirja, Jyväskylän yliopisto]. <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-2263-4>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (Uudistettu laitos.). Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuominen E. A. O. (2020). Kokousmuistio. Finnish Service Alliance. Lähdeaineisto saatavilla vain FSA -jäsenille. [Kokousmuistio, saatavilla vain jäsenille]
- Tuominen E. A. O. (2019). Kokousmuistio. Finnish Service Alliance. Lähdeaineisto saatavilla vain FSA -jäsenille. [Kokousmuistio, saatavilla vain jäsenille].
- Tuominen, E. A.O. (2018 a). Teemana itsearviointi EFQM-mallia soveltaen. [Kokousmuistio, saatavilla vain jäsenille].
- Tuominen, E. A.O. (2018 b). Kuka rakentaa tiedolla johtamisen toimintamallin maakunnalliseen sote-organisaatioon? *Hallinnon Tutkimus* (2), 148. [Artikkeli, saatavilla vain jäsenille]
- Tuominen E. (2013). Yritysjohtajien arvot ja johtamiskäsitykset. Empiirinen pitkäaikaistutkimus Lahden seudun PK-huonekaluteollisuudesta. [väitöskirja, Lapin yliopisto]. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-484-631-8>

- Valli, R. (2018). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: viikköä aloittelevalla tutkijalla*. PS-Kustannus.
- Van Kemenade, E. & van Der Vlegel-Brouwer, W. (2019). Integrated care: A definition from the perspective of the four quality paradigms. *Journal of Integrated Care*, 27(4), 357-367. doi:10.1108/JICA-06-2019-0029
- Vakkuri, J., & Vakkuri, J. (2009). *Paras mahdollinen julkishallinto? Tehokkuuden monet tulkinnat*. Gaudeamus Helsinki University Press.
- Verhoef, P. C., Lemon, K. N., Parasuraman, A., Roggeveen, A., Tsiros, M. & Schlesinger, L. A. (2009). Customer Experience Creation: Determinants, Dynamics and Management Strategies. *Journal of retailing*, 85(1), 31-41. doi:10.1016/j.jretai.2008.11.001
- Venero, S., Nabitz, U., Bragonzi, G., Rebelli, A. & Molinari, R. (2007). A two-level EFQM self-assessment in an Italian hospital. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20(3), 215-231. doi:10.1108/09526860710743354
- Wagner, A., Rieger, M., Manser, T., Sturm, H., Hardt, J., Martus, P. & Hammer, A. (2019). Healthcare professionals' perspectives on working conditions, leadership, and safety climate: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 229. doi:10.1186/s12913-018-3862-7
- Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2001). *Managing the unexpected: Assuring high performance in an age of complexity*. Jossey-Bass.
- Örtenblad, A. (2011). *Making sense of the learning organization: What is it and who needs it?* Yayasan Ilmuwan.

Øvretveit, J. (2000). Total quality management in European healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(2), 74-80.
doi:10.1108/09526860010319523

Lait

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (62/2010) <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100629>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. (785/1992). <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Pelastuslaki (379/2011). <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110379> 24.

Säteilylaki (592/1991). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1991/19910592>

Tartuntatautilaki (583/1986) ja Laki tartuntatautilain muuttamisesta (935/2003).
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860583>

Terveydenhuoltolaki. (1326/2010). <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Työturvallisuuslaki (738/2002) <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Liitteet

Liite 1. Organisaation oppimisen esteet

(mukaillen Ojala 1996, s. 216-217; Argyris 1999, s. 49.)

Organisaation oppimiskyvyn kehittämisen esteet	Selitys
Jäykät, aikaa vievät rutiinit ja jäykkä organisaatio	Rutiinit kuormittavat ihmiset ja organisaation, aikaa oppimiselle ei jää. Prosesseja selkeyttämällä karsitaan turhia asioita. Organisaatio ei sopeudu tarpeellisiin strategisiin muutoksiin markkinamuutosten mukaan.
Kokemuksesta oppiminen ei onnistu, Virheistä oppiminen ei onnistu	Organisaation muistia pitäisi hyödyntää positiivisesti, mitä opittiin- analyysit. Jos jää käsittelemättä virheet voivat toistua. Organisaation kulttuurin pitäisi tukea virheistä oppimista, jos näin ei ole, tehdään samat virheet todennäköisesti uudelleen.
Tiimien toimimattomuus, johtajien esimerkki	Ilman kommunikointia ja yhtenäisiä ajattelumalleja se ei kykene tehokkaaseen päätöksentekoon. Jos johdossa on liian vähän osaamista voi se johtaa koko organisaation oppimisen estymiseen, koska johtajat eivät opi eivätkä kykene toimimaan roolimalleina.
Toimintakeskeisyys	Vision ja tavoitteiden ollessa epäselviä, keskittyy johtaminen ja koko toiminta liiaksi tähän hetkeen. Tulevaisuuden näkeminen on heikentynyt ja tavoitteisiin sitoutuminen tai oppiminen ei onnistu.
Pysyvyys	Liiallinen usko pysyvyyteen vaikeuttaa tulevaisuuden ennakointia virheellisen turvallisuudentunteen vuoksi.
Reviirirajat, Siilot	Liialliset reviirirajat tai siilot estävät tiimien muodostumista. Myös tiedonkulku häiriintyy ja vaikuttaa koko organisaation oppimiseen sekä vuorovaikutukseen.
Organisaation viestintä	Oppiminen edellyttää yhteisiä merkityksiä, toimintaa ja ajattelua ohjaavia malleja sekä vuorovaikutusta.
Muutosten havaitseminen	Toimintaympäristö (ulkoinen) ja organisaation sisäinen toiminta.
Kokemustiedon säilytys	Kokemus tai hiljaisen tiedon oppiminen pitäisi hyödyntää tiimien kokoamisessa.
Erilaisuuden tasapäistäminen	Erilaisuus on oppimisen edellytys, se luo kaaosta, jota tarvitaan uusiutumiseen. Monipuolinen ajattelu häiriintyy, jos ei ole riittävästi vuorovaikutusta eikä kyseenalaistamista ja lopulta oppiminen kärsii.

Liite 2. Strukturoitu haastattelu

Finnish Service Alliance/ Laatu keskus/ Lääkäriliitto Teemat puhelinhaastattelulle Organisaation nimi: Haastateltu henkilö: Laatupalkinto vuosi:					
Väittämät					
1. Johtajuus					
Johtajalla on selkeä visio	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä	
Johtajat toimivat esikuvana	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä	
Meillä on tehokas palautejärjestelmä, joka kertoo, miten tavoitteita on saavutettu	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä	
Organisaatio on joustava ja toteuttaa muutokset tehokkaasti ja vaikuttavasti	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä	
2. Strategia					
Strategia perustuu organisaation suorituskyvyn ja kyvykkyyksien ymmärtämiseen	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä	
Toimintaperiaatteita kehitetään, arvioidaan ja päivitetään	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä	
Strategiasta viestitään	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä	
3. Henkilöstö					
Henkilöstösuunnitelmat tukevat organisaation menestystä	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä	
Henkilöstön osaamista ja tietämystä kehitetään	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä	
Tiedonkulku, yhteistyö ja vuorovaikutus toimivat tehokkaasti koko organisaatiossa	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä	
Käsitlemme virheitä positiivisesti oppimisen kannalta	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä	
Henkilöstöä palkitaan	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä	
Tunnistamme helposti omissa organisaatioissa hyvät toimintatavat ja kehitämme niitä	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä	
4. Ilmapiiri					
Henkilöstön hyvinvoinnista huolehditaan	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä	
Luovuutta ja ongelmanratkaisutaitoja arvostetaan	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä	
Tarjolla on riittävästi tietoa kaikesta mistä tarvitaan	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä	

Haasteet otetaan positiivisesti vastaan vaikei aina tiedetä miten, niihin vastataan	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä
Tämä on tuumasta toimeen-organisaatio. Täällä toimitaan eikä jahkailla.	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä
Työssä on hauskaa	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä
5. Kumppanuudet ja resurssit				
Tietoa ja tietämystä hallitaan tehokkaan päätöksenteon tukemiseksi sekä organisaation kyvykkyyden kehittämiseksi	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä
Kumppaniyhteistyötä hallitaan kestävän hyödyn aikaansaamiseksi	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä
Meillä ylitetään tiimirajoja toiminnan edistämiseksi	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä
Taloutta hallitaan kestävän menestyksen turvaamiseksi	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä
6. Prosessit, tuotteet ja palvelut				
Prosesseja suunnitellaan ja hallitaan tehokkaasti (palautejärjestelmä)	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä
Palveluita kehitetään optimaalisen arvon tuottamiseksi asiakkaille	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä
Palveluita tehdään tunnetuiksi ja markkinoidaan tehokkaasti	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä
Asiakassuhteita hallitaan ja vahvistetaan	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä
Asiakkaat osallistuvat palveluiden suunnitteluun	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä
Jokainen tuntee sisäiset ja ulkoiset asiakkaat sekä ymmärtää vastuut	1 samaa mieltä	2	3 EOS 4	5 Eri mieltä
Avoimet kysymykset: Mitkä ovat tärkeimmät uudet laatujohtamisen mittarit, jotka olette ottaneet käyttöönne lääkäriiiton laaturahastuksen voiton jälkeen? Mitkä ovat mielestäsi kaksi tärkeintä kehityshanketta, jotka organisaatiossasi on käynnistetty ja toteutettu johtamisen laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi lääkäriiiton laaturahastuksen voiton jälkeen?				

Liite 3. Tutkimuskutsu

Organisaation johtaja

Helsinki 30.10.2019

Lääkäriliiton Laatuneuvoston palkitsemissa voittajia koskeva tutkimus

Olette voittaneet Lääkäriliiton Laatuneuvoston myöntämän Laatupalkinnon. Me allekirjoittaneet olemme sopineet, että teemme tutkimuksen voittajaorganisaation laatujohtamiseen liittyvistä kehittämistoimista kilpailuvoiton jälkeen.

Tavoitteena on selvittää sitä, millä tavoin laadun parantamiseen liittyviä prosesseja ja arjessa hyödynnettäviä mittareita on kehitetty ja hyödynnetty sekä sitä, miten organisaationne on kokenut oppimisen prosessit kehittämistyön aikana. Toivomme, että joku organisaationne laatujohtamisen kehittämisen parissa työskentelevistä asiantuntijoistanne vastaa oheiseen puhelinhaastattelututkimukseen. Toivomme, että ilmoitat yhteyshenkilönne nimen, email -osoitteen ja puhelinnumeron tutkimuksemme yhteyshenkilölle Leena Huotarille: leena.huotari@laatukeskus.fi

Tutkimuksen organisoii Finnish Service Alliance (FSA) yhdessä Lääkäriliiton ja Laatuokeskuksen kanssa. Tutkimustyötä ohjaa johtoryhmä, jonka jäsenet ovat FT. Esa A.O. Tuominen Finnish Service Alliance, hallituksen puheenjohtaja; tj. Tani Järvinen Laatuokeskus Oy; professori (Emerita) Pirkko Nykänen; vararehtori Reijo Jouttimäki Aktiivi-instituutti; DI, MBA Marika Järvinen Tampereen yliopistollinen sairaala ja KTM, väitöskirjatutkija Jonna Heliskoski.

FSA:n jäsen, osastonhoitaja Sirpa Impinen tekee pro gradu -tutkimuksensa Vaasan yliopistoon nyt kerättävästä aineistosta. Sirpa tekee puhelinhaastattelun nimeämällemme yhteyshenkilölle heti saatuaan yhteystiedot.

Yhteyshenkilöt:

Johtaja Leena Huotari, Laatuokeskus, leena.huotari@laatukeskus.fi

Tutkija Sirpa Impinen, sirpa.impinen@hel.fi

Yhteistyöstä etukäteen kiittäen

Esa A.O. Tuominen, FT, Finnish Service Alliance www.servicealliance.fi	Kati Myllymäki, tj. Lääkäriliitto www.laakariliitto.fi	Tani Järvinen, tj. Laatuokeskus Oy www.laatukeskus.fi
--	--	---