

Tasapainotettu tuloskortti (BSC) hoitotyön johtamisessa - mittarit ja niiden yhteys strategioihin

Outi Simonen

ABSTRACT

The purpose of the study was to explore and describe nursing measures of the scorecards applied to Balanced Scorecard and connection to the nursing measures included in counselling strategies. The aim was to enhance nursing knowledge about what kind of strategy is used in guiding the management of nursing and how it is managed, and does strategies lead planning of nursing. The theoretical part of this research leaned on Kaplan's and Norton's way of thinking about Balanced Scorecard.

The study subject formulated 15 areas of Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS), from which 13 (87%) areas participated in study. The data for the study comprised official documents, which were hospital area's scorecards, hospital's scorecard of nursing and strategy programme of municipality. Data were analysed using content analysis.

The study showed that the Balanced Scorecard is widely applied in the Hospital District of Helsinki and Uusimaa. Nursing measures are linked with the use of own scorecard of nursing or shared scorecard of area. Strategic points in the managing of nursing appeared in this research experiential, multi-professional, skilfulness, cost awareness, community and activity. These are the main strategy substances of the management nursing. There are 99 different types and different levels of nursing measures. Planning of activities for nursing manager are in connection with the counselling strategies. Hospital area's of nursing measures are not connected to

management, employment, reward and external cooperation, these measures are included in counselling strategy lines of action. Counselling strategy are not in connection to healthy and feel of staff, situation of budget or central tasks of nursing.

Key words: strategic management, nursing management, Balanced Scorecard, measure, measurement

JOHDANTO

Vastuu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä on pääasiassa kunnilla. Terveydenhuollon organisaatioiden on sopeuduttava kunnan/kuntien päätöksentekoon sekä yleiseen taloudelliseen tilanteeseen. Tämä on tuonut myös hoitotyön johtamiseen tarpeen entistä aktiivisemmin etsiä vaikuttavuudeltaan, sujuvuudeltaan sekä tehokkuudeltaan parempia hoitokäytäntöjä ja tapoja järjestää terveyspalveluja (Lumijärvi 1999, 9, Sosiaali- ja terveysministeriö 1996, 8, Manninen 1995). Julkisella sektorilla aktiivinen toiminnan ohjaus ja arviointi ovat tulleet osaksi johtamisen toimintaa. Toiminnassa pyritään korkeisiin ja laadukkaisiin päämääriin samanaikaisesti, kun yritetään löytää keinoja johtaa toimintaa taloudellisesti (Manninen 1995).

Strategian tekemistä käsitellään usein johtamisen ja johtajien näkökulmasta, vaikka strategia on koko organisaation yhteinen asia, jossa jokainen henkilö vaikuttaa osaamisellaan ja toiminnallaan strategiaan ja sen toteutumiseen. Strategista johtamista on alettu soveltaa ter-

veydenhuollon johtamisessa 1999-2000-luvuilla. Sairaalaista riippuen keskustelut strategiasta tai strategioista vaihtelevat sen mukaan miten pitkällä niiden kehittämis- tai soveltamisprosessit ovat. Julkisella sektorilla käytetään erilaisia viitekehysjä ja sovelluksia organisaation perustehtävän ja strategisten valintojen muodostamisessa. Balanced Scorecard (BSC) eli tasapainotettu tuloskortti on yksi mahdollinen viitekehys strategioiden luomiseen, toteuttamiseen ja toteutuneen arviointiin (Nyysönen 2002).

Tasapainotettuun tuloskorttiin tehdyt valinnat, kuten asetetut mittarit, tulee olla linjassa organisaation missioon ja visioon, joiden kautta strategisen johtamisen ydin tulee esiin. Keskeiset ydinasiat ja niiden mittaaminen ovat välttämättömiä, jotta saadaan selville kuinka hyvin organisaatio toimii suhteessa sen strategiaan (Casella 2002). Tasapainotettuun tuloskorttiin valitaan mittareita, jotka kuvaavat johtajien "strategioinnin" eli sen, mitä asioita pidetään tärkeänä ja mitä valintoja tehdään saavuttamaan haluttua tulevaisuutta sekä kuvaamaan niitä toimintalinjoja, jotka on asetettu kaikkein tärkeimmiksi tavoitteiksi. Valitut mittarit sitovat toiminnan ja strategian selkeästi yhteen ja ilmaisevat sitä tapaa, miten organisaatiota johdetaan (Kaplan & Norton 2002, 26-27). Johtaminen voi pahimmillaan olla yleisellä tasolla olevaa johtamista, jos mittareiksi asetetaan pelkästään yleismittareita. Hoitotyön johtamisen suunnittelussa on tärkeä löytää selaisia keskeisiä mittareita, jotka ohjaavat toimintaa hoitamisen ja hoitotyön ytimeen.

Tässä artikkelissa keskitytään tasapainotetun tuloskortin mittareihin hoitotyön näkökulmasta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa ja kuvata yhden sairaanhoitopiiriin Balanced Scorecardin viitekehystä soveltavien toimi- ja tulosalueiden tuloskorttien hoitotyön mittareita ja niiden yhteyttä ohjaaviin strategioihin ja siten lisätä hoitotieteellistä tietoa siitä, minkälaisilla strategisilla keinoilla hoitotyötä johdetaan ja ohjaavatko strategiat hoitotyön johtajan toiminnan suunnittelua. Aihe on erittäin ajankohtainen ja tärkeä, koska terveydenhuollon johtaminen on noussut laajemman keskustelun kohteeksi myös julkisuudessa ja terveydenhuollon johtamislinjat on asetettu kriittiseen tarkasteluun. Tutkimuksen tärkeää puoltaa myös hoitotieteellisen tutkimuksen vähäisyys tutkittavasta ilmiöstä. On mahdollista, että strateginen johtaminen ja Balanced Scorecardin viitekehysten soveltaminen terveydenhuollossa

kehittää hoitotyön johtamiskulttuuria, jossa suunnitellaan päämäärätietoisesti ja ohjaavien strategioiden kanssa yhdenmukaisesti hoitotyön mittareita johtamisen apuvälineeksi.

STRATEGINEN JOHTAMINEN JULKISELLA SEKTORILLA

Strategisessa johtamisessa on kyse organisaation mukauttamisesta strategiaan, sekä eri näkökulmien että tehtävien yhdistelemisestä ja kokonaisnäkömyksen luomisesta sekä tulosten jatkuvasta seurannasta (Kaplan & Norton 2002, 13, Toikka 2002, 187, Määttä & Ojala 2001, 26-27). On tärkeää, että organisaation kaikki tasot ymmärtävät strategian, kykenevät yhdistämään resurssinsa ja yksikkönsä strategian suuntaiseksi, testaamaan strategiaa jatkuvasti sekä kykenevät käyttämään saatuja tuloksia vaadittavien muutosten aikaansaamiseksi (Kaplan & Norton 2000). Organisaation sisällä voi olla useita eri tasoja, joilla kaikilla on oma strategiansa. Keskeistä näille strategioille on, että ne ovat integroitu toisiinsa ja niistä ilmenee tietyt ylimmän johdon määrittelemät yhtymäkohdat. Tällöin eri tasojen toiminta on linkitetty organisaation yhteisiin tavoitteisiin sekä päämääriin ja niistä muodostuu organisaation strategian mukainen kokonaisnäkemys (Kaplan & Norton 2002, 13-14). Strategisen johtamisen kehittäminen koko kuntaorganisaatiossa ja sen jokapäiväisissä toimintoissa edellyttää aktiivista tukeutumista kunnan tai kuntayhtymän omaan johtamisjärjestelmään. Yhteistyö työnantajan ja työntekijän välillä lisää onnistumisia ja vahvistaa tulokselisuutta (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2000). Strategisen johtamisen lähestymistapa edellyttää eri johtamistasoilta samansuuntaista ajattelutapaa. Lähestymistapaan vaikuttaa se, millainen suhtautuminen johtohenkilöillä on strategioihin, mitä asioita halutaan johtamisessa korostaa ja millaisena organisaatio näkee itsensä (Wittington 1993, 2-6). Yksittäisen työntekijän osallistuminen strategiseen työskentelyyn on tärkeää, jotta syntyiis tunne yhteisistä päämääristä. Työntekijöiden erilaisia töitä ja kehittämisohjelmia voidaan esimerkiksi integroida strategiaan tavoitteisiin ja lisätä työntekijöiden motivaatiota ja ymmärrystä oman työn merkityksestä koko organisaation yhteisiin tavoitteisiin (Kaplan & Norton 2002, 235-236, 262-263). Tässä artikkelissa strategi-

sella johtamisella tarkoitetaan johdonmukaista organisaation olemuksen, toiminnan ja tarkoituksen ohjaamaa johtamistapaa, jossa korostuu tavoitteellisuus, toiminnan yhteensovittaminen, päätöksenteon ymmärtäminen sekä organisaation kokonaisnäkömyksen hallinta.

Strategista johtamista sairaalaorganisaatiossa on tutkittu vielä vähän Suomessa. Sairaalassa lähiesimiehet suhtautuvat strategioihin sekä hyväksyvästi että epäilevästi. Hyväksyjät kokevat strategian tulevaisuuden suunnitelmallisuuden ja turvallisuuden luojaksi. Strategiasta pyritään löytämään yksikkötasolle keskeisiä toiminta-alueita, muuttamaan strategian kieltä ymmärrettäväksi sekä yksikön toimintaan paremmin sopeutuvaksi. Epäilijät kokevat strategian johtamisen uudeksi muotitrendiksi sekä käsitteiltään vaikeatajuiseksi ja klišemäiseksi. Lisäksi epäilijät kaipaavat enemmän vaikutus- ja osallistumismahdollisuuksia, strategian pysyvyyttä ja johtotason sitoutumista strategiisiin tavoitteisiin (Willi-Peltola 2001). Strateginen johtaminen voidaan kokea vaikeaksi, koska terveydenhuollon tulosta on vaikea mitata ja taloushallinnollisissa asioissa on vähäinen liikkumavara. Johtamisen suunnittelussa on puutteita ja sisäisessä päätöksenteossa päättämättömyyttä sekä asiantuntemattomuutta, mikä voi johtaa alueellisiin eroihin ja potilaiden eriarvoisuuteen (Alanko ym. 1994). Sinkkonen (1994, 190-200) tutki hoitotyön johtajien (n=205) käsityksiä hoitotyön muutoksista sekä millaisia haasteita ja vaatimuksia muutokset aiheuttivat heidän työilleen. Tuloksista ilmeni, että strateginen johtaminen nähtiin osana hoitotyön johtajan työtä ja sen odotettiin laajenevan sekä lisääntyvän johtajan työssä. Tulosten perusteella hoitotyöhön tarvitaan johtajia, joilla on valmiudet laaja-alaiseen strategiseen johtamiseen sekä muutosstrategioiden neuvottelukäytäntöjen hallintaan.

Strategista johtamista on tutkittu enemmän liikeyrityksen ja muun julkisen sektorin kuin hoitotieteen alueilla. Kuntien strategista käyttäytymistä tutkittiin valtionosuusudistuksen jälkeen ja todettiin, että strategioihin keskeisesti kytkettiin taloudelliset näkökulmat ja toimintastrategiat olivat lähinnä lyhyen aikavälin linjauksia. Tutkimustulos osoitti, että kuntien päätöksentekijöillä oli rajalliset kyvyt ja mahdollisuudet hahmottaa strategisia kokonaisuuksia (Laamanen 1994, 122, 134-135). Myös Toikan (2002, 179-185) tutkimuksessa organisaation johtohenkilöillä saattoi olla puutteelliset strategisen johtamisen työkalut,

erityisesti arviointi- ja seurantatietojen hyödyntämisessä. Lisäksi vain osa johtohenkilöistä tukeutui vahvistettuihin strategioihin ja päälinjauksiin.

Balanced Scorecard (BSC) johtamisen viitekehysten

Kaplan ja Norton (1996a, 25, 30-31, 1996b) kehittivät vuonna 1992 Balanced Scorecardin, tasapainotetun tuloskortin, liikeyritysten strategiseen johtamiseen perinteisiä rahataloudellisia mittareita täydentämään. Tämän jälkeen Balanced Scorecard on saanut erilaisia sovelluksia ja levinnyt myös laajemmin julkiselle sektorille. Balanced Scorecard on johtamisjärjestelmä, mikä ilmaisee organisaation nykyisen ja tulevan kehityksen. Balanced Scorecardin viitekehys ohjaa strategian rakentumista, jossa määritellään ja ilmaistaan selkeästi syy-seuraussuhteiden hypoteesit mittareiden ja näiden suoritusten välillä. Syy-seurausketju kulkee Balanced Scorecardin kaikkien neljän näkökulman läpi. Jokaisen strategisesti valitun mittarin tulee kuulua osana syy-seurausuhdeketjua, joka viestittää strategian merkitystä organisaatiolle.

Balanced Scorecardin soveltamisen lähtökohdaksi on organisaation määrittelemä visio ja strategia. Vision tehtävänä on ilmaista yhteisesti hyväksytty toiminnan suunta ja motivoida ihmisiä toimimaan sovitun tahtotilan saavuttamiseksi (Määttä & Ojala 2001, 57, Kaplan & Norton 2000, Määttä 2000, 67, Olive ym. 1999, 43). Strategia muodostetaan vision lisäksi määrittelemällä organisaation toiminta-ajatus (perustehtävä ja tarkoitus) sekä käsitykset arvoista, ihmisestä, osaamisesta ja johtamisesta (Määttä 2000, 32, 35, 71).

Balanced Scorecardin viitekehys perustuu neljään näkökulmaan; asiakas, talous, prosessi sekä innovatiivisuus ja oppiminen (Kaplan & Norton 1996a, 25). Näitä näkökulmia on käytetty käsitteinä hieman eritavoin. Kuntien tuloksellisuusarvioinnin näkökulmina nimetään vaikuttavuusnäkökulma, asiakasnäkökulma, prosessinäkökulma sekä henkilöstön aikaansaannoskyvyn näkökulma (Lumijärvi 1999, 12). Julkisen sektorin tasapainoisessa onnistumistilanteissa näkökulmina ovat resurssien hallinta ja talouden näkökulma, kansalaisen ja poliittisen päätöksentekijän näkökulma, organisaation suorituskyvyn ja toimivuuden näkökulma sekä työyh-

teisön ja henkilöstön näkökulma (Määttä & Ojala 2001, 58). Lisäksi Olve ym. (1999, 57-62) nimeävät yrityksen tasapainotetun mittariston näkökulmiksi omistajien ja rahatalouden näkökulma, asiakasnäkökulma, sisäisten prosessien näkökulma sekä oppimisenäkökulma. Yhteistä eri sovellutuksien näkökulmille on niiden sisältöjen yhteys organisaation visioon ja strategiaan.

Kaplain ja Nortonin (1996a, 62, 85, 115, 146, 1996b) mallissa talousnäkökulma (financial perspective) kuvaa sitä, millä organisaation pitää näyttää omistajien silmin katsottuna menestyäkseen taloudellisesti. Asiakasnäkökulma (customer perspective) kuvaa sitä, millä organisaation tulee näyttää asiakkaiden suuntaan saavuttaakseen vision. Prosessinäkökulma (internal business perspective) kuvaa niitä parhaiten menestyviä prosesseja, jotka saavat asiakkaat ja omistajat tyytyväisiksi. Innovatiivisuuden ja oppimisen näkökulma (innovation and learning perspective) ilmaisee sen, miten säilytetään kyky muutokseen ja kehittymiseen vision saavuttamiseksi. Jokaiselle näkökulmalle määritetään strategiset tavoitteet kuvaamaan sitä, millainen organisaatio on saavuttaessaan vision. Tavoitteen saavuttamiseksi nimetään sellaiset kriittiset menestystekijät, joissa tulee onnistua. Sen jälkeen kriittisille menestystekijöille asetetaan mittarit, joilla todetaan kriittisten menestystekijöiden ja tavoitteiden toteutuminen. Toteutumista tulee seurata ja arvioida jatkuvasti. Tässä artikkelissa käytetään pääasiassa alkuperäistä nimeä Balanced Scorecard tarkoittaen tuloskorttia, joka on virallinen asiakirja; johon on visiosta sekä strategiasta johdettu loogisesti ja tiivistetysti hoitotyön tavoitteet, keinot ja seuranta. Perinteisesti Balanced Scorecardin mallissa omaksutaan taloudellinen näkökulma hierarkian huipulle. Julkisessa organisaatiossa ylimmäiseksi voidaan ajatella asetettavan asiakkaan näkökulma, koska julkisessa organisaatiossa ei tavoitella voittoa. Ajatus perustuu siihen, että taloudelliset resurssit ovat peräisin palvelun maksajilta, jotka ovat eri henkilöitä kuin palvelujen saajat. Julkisen sektorin tavoitteena on arvon tuottaminen mahdollisimman alhaisilla kustannuksilla sekä rahoituslähteen jatkuvan tuen ja sitoutuneisuuden varmistaminen, jotka on saavutettava toiminta-ajatuksen toteutumiseksi (Kaplan & Norton 2002, 145-147). Terveysthuollossa tavoitteena ei ole tuotosten lisääminen, vaan tuotosten syntyminen ennaltaehkäisy ja vähentäminen (Lumijärvi 1999,

7). Julkisella sektorilla tulee arvioida toiminnan vaikuttavuutta, johon vision ja strategian avulla pyritään. Kunnallisen työmarkkinalaitoksen valtuuskunta hyväksyi vuonna 2000 uuden kunnallisen palvelutoiminnan tuloksellisuuden arviointia koskevan suosituksen, mikä ottaa paremmin huomioon vaikuttavuuden, asiakasnäkökulman sekä henkilöstövoimavarojen käytön ja kehittämisen. Suositus on tarkoitettu kuntien ja kuntayhtymien paikallisen palvelutuotannon kehittämiseen sekä tuloksellisuuden arviointiin esitetyn käsitteistön pohjalta. Käsitteistö perustuu sekä toimintaan että talouteen ja sen avulla voidaan arvioida kuntien palveluiden tuloksellisuutta kuntalaisten hyvinvoinnin edistämiseksi. Tuloksellisuuden arvioinnissa korostuu erityisesti palvelujen vaikuttavuus, jolla tarkoitetaan palveluprosessien tai kokonaisten palvelujärjestelmien kykyä saada aikaan haluttuja vaikutuksia (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2000).

Balanced Scorecardin viitekehysten soveltamiseen sitoutuminen tuo organisaatiolle monenlaista hyötyä. Selkeät tavoitteet ja päämäärät ohjaavat koko organisaation toimintaa samaan suuntaan. Kun keskeiset toimintalinjat on määritelty, on organisaation johdon helpompi priorisoida myös erilaisia organisaation tarpeita. Muutoksia tunnistamalla voidaan tarttua uusiin mahdollisuuksiin ja torjua uhkatekijöitä. Selkeä strategia helpottaa päätösten koordinoitua organisaation kaikilla tasoilla (Haapolahti 2003, 81, Fitzpatrick 2002, Olve ym. 1999, 234-235, Bryson 1995, 11, Santalainen & Huttunen 1993, 45-46.). Balanced Scorecard mahdollistaa henkilöstön koulutuksen keskittämisen strategisesti tärkeisiin alueisiin ja siten kehittää henkilöstöä yksilönä suhteessa koko organisaation toimintaan. Samalla voidaan vahvistaa palautteenantoa ja motivoida ihmisiä saamaan aikaan toivottuja tuloksia (Fitzpatrick 2002). Terveysthuollossa psykiatrian toimialueella sovellettiin Balanced Scorecardia terveyskäyttäytymisen laadun parantamiseksi. Jokaiseen näkökulmaan valittiin neljästä viiteen tavoitetta ja muotoiltiin niille mittarit. Kokemus osoitti, että Balanced Scorecardin soveltaminen mahdollisti potilaiden, työnantajien ja päättäjien tietoisien päätöksenteon laadukkaiden palveluiden hankkimiseksi, mahdollisti tehokkaan suoritusten seurannan kaikkein tärkeimmillä psykiatrisen hoidon alueilla sekä sovitti yhteen mittarit, linkitti ne tapahtumaketjuksi ja johti organisaatiota haluttuun suuntaan (Santiago

1999).

Kaplanin ja Nortonin (2002, 389-402) mukaan Balanced Scorecardin soveltamiseen voi liittyä myös strategian toteutumisen esteitä. Organisaation johdossa tapahtuvat muutokset voivat aiheuttaa siirtymävaiheen ongelmia. Strategian toteutuminen voi estyä, jos uusi johtaja ei ole kiinnostunut tai riittävän motivoitunut strategisesta johtamisesta. Suunnitteluvirheeksi kutsutaan puutteellista Balanced Scorecard- mittaristoa, jolloin mittareita on voitu asettaa joko liian vähän tai liian paljon. Näin tavoiteltavan tuloksen ja tuloksiin johtavien tekijöiden välillä ei tasapainoa saavuteta. Yhtenä esteenä pidetään myös prosessien epäonnistumista. Ongelmia esiintyy, kun organisaation ylin johto ei ole sitoutunut strategian toteuttamiseen, strategian toteuttamisessa on liian vähän henkilöitä, mittaristo pidetään organisaation huipulla tai pelkkänä palkitsemisjärjestelmänä, henkilöstöä ei oteta mukaan strategian toteuttamiseen tai Balanced Scorecardia pidetään kertaluonteisena projektina, jossa korostuu vain tiedonhakuprosessit sekä raportointijärjestelmät.

Terveystieteiden organisaation omista tarpeista ja lähtökohdista lähtevä kehittämistoiminta ei helpolla taivu luoviin ratkaisuihin, koska terveydenhuolto on järjestelmänä byrokraattinen, hierarkkinen sekä kankea. Uudet johtamistavat otetaan liian nopeasti käyttöön ja vanhojen rakenteiden etuja ja rajoituksia ei tarkastella ensin kriittisesti loppuun asti (Nojonen 1993, 28-35). Balanced Scorecardin soveltaminen on yksi mahdollisuus toteuttaa strategista johtamista hoitotyön johtamisessa. Balanced Scorecardin soveltaminen ei ole helppoa, koska se maksaa viemällä erityisesti johdolta paljon aikaa, se vaatii johdolta täyden tuen ja sitoutumisen, se on usein pitkäaikainen haaste, johon sisältyy oletuksia, luovuutta, tiimityötä sekä avointa kommunikointia ja lisäksi siihen liittyy traditionaalista ajattelutavan muutosta kohti systeemisempää ajattelua. Balanced Scorecardia käytetään terveydenhuollossa usein kliinisen tuloksen ja rahan mittaamiseen eikä niinkään kriittisten menestystekijöiden määrittämiseen organisaatiossa ja näin ollen niitä ei ole linkitetty organisaation strategiaan. Hyvien vaikutusten esille saaminen Balanced Scorecardin soveltamisesta vähenee, koska johtamisesta puuttuvat pätevät mittarit tai tasapainotettu näkökulma mittareiden ja näkökulmien kesken (Voelker ym. 2001).

Mittarit ja mittaaminen johtamisen toimintaa ohjaamassa

Balanced Scorecardin viitekehykseen kuuluu keskeisesti mittarit ja mittaaminen. Mittaaminen on osa johtamisjärjestelmää (Kaplan & Norton 1996a, 27). Mittaamisen ja johtamisen yhteyttä kuvaa hyvin Kaplanin ja Nortonin (1996a, 21) sanonta "jos et voi mitata sitä, et voi myöskään johtaa sitä". Mittaamisen avulla organisaatiossa voidaan varmistua, että tavoitteisiin pyrkivät prosessit toimivat suhteessa organisaation strategiaan (Cascella 2002, Laamanen ym. 1999, 7). Mittarit johdetaan aina organisaation omasta strategiasta, joihin niillä on elimellinen, systemaattinen ja argumentoitu yhteys (Kaplan & Norton 2002, 4, 1996a, 18, 1996b, Malmi ym. 2002, 64, Määttä 2000, 104, Tuomi 2000, Lumijärvi 1999, 9, Olve ym. 1999, 66, Laitinen 1998, 208). Kaplanin ja Nortonin (2002, 98) mukaan mittareiden ja strategian välinen yhteys voi helposti puuttua, jos organisaatio on esimerkiksi omaksunut tietynlaisen strategian, mutta toteuttaakin toisenlaista strategiaa tai, että asetetut tavoitteet ja mittarit eivät kohtaa toisiaan.

Mittareille esitetään kirjallisuudessa erilaisia vaatimuksia. Mittaria määriteltäessä on keskeistä löytää yhteinen kieli, jolla puhutaan samasta asiasta (Olve ym. 1999, 88-89). Mittarin edellytetään olevan olennainen, oikeellinen, tarkka, uskottava ja edullinen. Mittarin tulee olla yhteydessä kriittisiin menestystekijöihin, olla riittävän pysyvä sekä haasteellinen (Toivanen 2001, 126). Mittariin liittyy myös näennäinen objektiivisuus, mikä korostaa mittarin totuudenmukaisuuteen uskonnista (Olve ym. 1999, 88-89). Mittareita jaetaan myös erilaisiin ryhmiin. Mittarit voivat olla tulos- tai vaikutusmittareita (lag indicator), jotka ilmaisevat aikaansaannoksesta eli lopputuloksesta. Näihin mittareihin liittyy aikaviive, koska ne kertovat jo toteutuneista tapahtumista. Toinen vaihtoehto on suoritus- tai keinomittari (lead indicator). Nämä mittarit on suunnattu tulevaisuuteen ja ne kuvaavat organisaation ainutlaatuisia keinoja ja toimenpiteitä (Määttä 2000, 107, Olve ym. 1999, 24, Willyerd 1998, Kaplan & Norton 1996a, 149-150). Malmi ym. (2002, 66) nimeävät myös ennakoivan mittarin, joka ennakoii asiaa, jossa tullaan menestymään, esimerkiksi henkilöstön osaaminen.

Toimintaa suunniteltaessa asetettujen mittareiden lukumäärän ei toivota nousevan korkeaksi.

Suosittelava määrä yhdelle näkökulmalle on korkeintaan kymmenen mittaria ja koko tuloskorttiin yhteensä 15-25 mittaria (Malmi ym. 2002, 30, Olve ym. 1999, 98, Kaplan & Norton 1996a, 165). Jos eri puolilla organisaatiota käytetään samoja mittareita, niitä tulee mitata ja määritellä myös yhdenmukaisesti.

Mittaaminen on toimintaa, jolla reaali maailman ilmiöt muutetaan numeerisesti ilmaistaviksi suureiksi. Reaali maailman ilmiöt voivat olla hyvinkin tarkasti mitattavissa, esimerkiksi työaikana. Toisinaan ilmiöt ovat vaikeasti mitattavissa, kuten asiakastytyväisyys (Laamanen ym. 1999, 7-9, 42). Kaikkia tavoitteita ei ole mahdollista asettaa määrällisinä eikä voida mitata aukottomasti tai ehdottoman objektiivisesti, tällöin on hyväksyttävä mittareiden osittainen puutteellisuus ja vaillinaisuus. Keskeistä on valita sellaisia mittareita, jotka mahdollistavat kokonaisuuden kannalta mahdollisimman hyvän tuloksen (Niskanen & Tuomi 2000).

Seurantajärjestelmien on todettu perustuvan herkästi lyhyen aikavälin taloudellisiin mittareihin eikä niinkään yrityksen pitkän aikavälin strategisten tavoitteiden saavuttamiseen (Lumijärvi 1999, 7, Kaplan & Norton 1996b). Menestymisen mittaaminen pelkillä taloudellisilla mittareilla on mahdotonta, koska taloudelliset mittarit ovat vain osa menestyksen osatekijöistä ja niillä mitataan menneitä, lyhyen aikavälin tapahtumia (Kaplan & Norton 2002, 4, 1996b, Toivanen 2001, 127, Määttä 2000, 106, Laamanen ym. 1999, 23, Lumijärvi 1999, 7, Matikka 1994, 117). Ei-taloudellisia mittareita ovat esimerkiksi asiakastytyväisyys, oikea-aikaisuus, palvelun laatu, käyttöaste, kiertoaika, työtyytyväisyys sekä työkierto. Ei-taloudellisten mittareiden etuna pidetään kykyä havaita nopeasti ongelmia ja ne ovat lähellä toimintaa, mutta niiden heikkoutena on huono vertailukelpoisuus (Toivanen 2001, 127).

Hoitotyössä koetaan puutteena valmiiden seurantajärjestelmien vähäisyys. Hoitotyön johtajan tärkeimpiä tehtäviä onkin mittareiden ja seurantajärjestelmien rakentaminen ja oman vastualueen tuloksen arviointi (Nojonen 1993, 28-35). Terveystuon laatumittauksia on alettu mittaamaan olemassa olevilla mittareilla kuten erilaisilla lomakekyselyillä, strategiakauden aikana kehitettävillä mittareilla tai tietojärjestelmistä tiedot keräämällä (Turtiainen 2003, 3-8).

Tutkimustehtävänä oli:

1. Millaisia hoitotyön mittareita on Balanced Scorecardin viitekehystä soveltavissa sairaanhoitopiirin toimi- ja tulosalueiden tuloskorteissa?
2. Miten hoitotyön mittarit ovat yhteydessä Balanced Scorecardin viitekehystä soveltavan sairaanhoitopiirin hoitotyön tasapainotetun tuloskortin vuoden 2002-2005 kriittisiin menestystekijöihin ja strategiaan tavoitteisiin?
3. Miten hoitotyön mittarit ovat yhteydessä Balanced Scorecardin viitekehystä soveltavan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän strategiohjelman toimintalinjoihin?

TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

Tutkimuksen kohteena oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kuntayhtymän alueen harkinnanvaraisesti valitut 15 toimi- ja tulosaluetta. Sairaanhoitopiiriin kuuluu yhdeksän eri lääketieteellistä toimialuetta, joille organisaation strateginen ohjaus kuuluu. Tulosalueita eli Helsingin ulkopuolisia kuntia on kuusi, joille kuuluu oman kunnan sairaanhoidon tulosohjaus. Tutkimukseen valittiin harkinnanvaraisesti kyseisen sairaanhoitopiirin toimi- ja tulosalueet, koska ne olivat tehneet vuonna 2003 tai 2004 tuloskortin Balanced Scorecardin viitekehystä soveltavan.

Tutkimusongelmiin etsittiin vastausta virallisten dokumenttien pohjalta, jotka tutkija keräsi. Sairaanhoitopiirin toimi- ja tulosalueiden 15 johdettavalle ylihoitajalle lähetettiin kirje marraskuussa 2003, jossa heitä informoitiin tutkimuksesta ja pyydettiin lähettämään valmiiksi postimerkillä varustetussa kirjekuoressa tutkijalle oman toimintatulosalueensa viimeisin hoitotyön strategia ja tuloskortti. Kahden viikon kuluttua kirjeiden lähettämisestä muistutettiin sähköpostitse kuutta johdettavaa ylihoitajaa, joiden alueelta tuloskorttia ja strategiaa ei ollut tullut. Näin he saivat vielä mahdollisuuden osallistua tutkimukseen. Sairaanhoitopiirin 15 toimi- ja tulosalueesta 13 (87%) lähetti oman alueensa tuloskortin. Lisäksi yksi toimi- tai tulosalue oli halukas osallistumaan tutkimukseen, mutta heidän alueen tuloskortti ei valmistunut tutkimusajankohtana. Toimi- ja tulosalueet lähettivät tutkijalle yhteensä 50 vuosille

2003-2006 tehtyä tuloskorttia. Aineiston sivumäärä oli yhteensä 212. Tutkimuksen ulkopuolelle jäi 14 tuloskorttia, koska kahdessa niistä ei ollut määritelty yhtään mittaria tuloskorttiin ja 12 tuloskortista ei selvästi ilmennyt hoitotyön mittarit. Lopullisen aineiston muodostivat 36 tuloskorttia 11:sta toimi- ja tulosalueesta. Tutkimuksessa mukana olleista 36:sta toimi- ja tulosalueen tuloskortista 23 oli nimetty suoraan hoitotyön tuloskortiksi, ja 13 tuloksiköön tai vastuualueen tuloskortiksi, joista oli tutkimukseen eroteltavissa hoitotyön mittarit hoitotyön vastuuhenkilöiden nimeämisen perusteella. Tähän valintaan päädyttiin, koska hoitotyön edustajan nimeäminen vastuuhenkilöksi edellyttää ainakin jonkinasteista hoitotyön johtamiseen liittyvää toimintaa. Vastuuhenkilön nimeäminen ei kuitenkaan kerro onko kysymys esimerkiksi mittaamis- tai kehittämisvastuusta. Hoitotyön vastuuhenkilöiksi tulkittiin ylihoitaja, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, terveydenhuollon henkilökunta, yksikön esimies ja hoitotyön johtajat. Tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin mittarit, jotka oli asetettu esimerkiksi johtoryhmän, vastuualueen johdon tai ylilääkärin vastuulle. Lisäksi tutkimusaineistoon kuului Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin hoito-

työn tasapainotettu tuloskortti vuosilta 2002-2005 sekä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän strategiaohjelma vuosilta 2002-2010, joista tutkimuksessa käytetään myös yhteisnimeä ohjaavat strategiat.

Tässä tutkimuksessa kyse oli laadullisten ilmiöiden kartoittamisesta ja kuvaamisesta ennalta päätetyn Balanced Scorecardin viitekehyksen mukaan. Tutkimusaineistoa ei luokiteltu Balanced Scorecardin viitekehyksen näkökulmien mukaan, vaan aineistoa käsiteltiin kokonaisuutena. Tähän päädyttiin, koska mittareita oli määrällisesti paljon ja sama mittari saattoi esiintyä useammassa näkökulmassa. Tavoitteena ei ollut kuvata miten mittari on tuloskorttiin asetettu, eikä kuvata mitta- reiden ja toimintalinjojen oikeellisuutta, validiteettia tai reliabiliteettia vaan kuvattiin ja kartoitettiin millaisia hoitotyön mittareita oli olemassa ja miten ne olivat yhteydessä ohjaaviin strategioihin. Tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin kaikki muut tasapainotetun tuloskortin elementit, jotka eivät liittyneet mittareihin.

Tutkimusaineisto analysoitiin käyttämällä sisällön analyysia ja induktiivista lähestymistapaa, joilla voitiin tarkastella suoraan valmiita dokumentteja ja päästä mahdollisimman lähelle tut-

ALAKATEGORIA

-tyytyväisyyspalaute potilailta, asiakkailta, omaisilta ja henkilökunnalta

-potilaiden ja omaisten tekemät muistutukset, kantelut, valitukset ja potilasvahingot

-moniammatillinen yhteistyö ja verkostoituminen

-hoitoketjujen toteutuminen

-hoitotyön käytännön ja koulun välinen yhteistyö

-ammattitaidon ylläpito

-henkilökunnan osaamisen arviointi

-tarkoituksenmukaiset hoitokäytännöt

-toimintaa kuvaavat tilastointiluvut

-suoriteajat

-tilojen käyttöaste

-talouden seuranta

-hoidon tarvetta vastaavat resurssit

-henkilösiön rekrytointi

-henkilökunnan jaksaminen ja työhyvinvointi

-yksilövastuinen hoitotyö, vastuu- tai omahoitajuus

-tutkittuun tietoon ja arvokeskusteluihin perustuva hoitotyö

-kirjaaminen, raportointi ja hoitosuunnitelma

-potilaiden ohjaus ja neuvonta

-viestintä ja teknologia

YLÄKATEGORIA

→ KOKEMUKSELLISUUS

→ MONIAMMATILLISUUS

→ TAIDOKKUUS

→ KUSTANNUSTIETOISUUS

→ YHTEISÖLLISYYS

→ TOIMINNALLISUUS

YHDISTÄVÄ KATEGORIA

HOITOTYÖN
JOHTAMISEN
STRATEGISET
VASTUUALUEET

Kuvio 1. Aineiston analyysin luokitusrunko.

kittavien itsensä tuottamia käsitteitä. Analyysi muodostui kolmesta eri vaiheesta: pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi (Kyngäs & Vanhanen 1999). Analyysiyksikköinä käytettiin pääasiassa sanoja ja lauseita, mutta myös asiakokonaisuuksia. Näistä merkityksistä pyrittiin löytämään keskeiset ydinsisällöt. Aluksi toimi- ja tulosalueiden tuloskorteista poimittiin kaikki hoitotyön mittarit sanatarkasti allekain listaksi, jonka jälkeen analyysiyksiköt pelkistettiin pitäytymällä mahdollisimman paljon alkuperäisilmauksissa. Pelkistetystä aineistosta ryhmiteltiin samaa ilmiötä kuvaavat asiat alakategorioihin. Alakategorioita muodostui yhteensä 20 ja ne nimettiin mahdollisimman hyvin kuvaamaan jokaisen alakategorian sisältämiä ilmaisuja. Aineiston analysointi jatkui abstrahoinnilla ja samansisältöisten alakategorioiden yläkategorioiksi muodostamisella. Yläkategoriat nimettiin alakategorioiden sisältöjen perusteella. Lopuksi muodostettiin yksi yhdistävä kategoria, joka kuvasi mahdollisimman hyvin yläkategorioiden sisältöä. Aineiston analyysin luokitusrunko esitetään kuviossa 1.

Tarkasteltaessa toimi- ja tulosalueiden hoitotyön mittareiden yhteyttä ohjaaviin strategioihin muodostettiin jokaisesta kuudesta yläkategoriarista alakategorioineen oma taulukko, johon kirjattiin sairaanhoitopiirin hoitotyön kriittisten menestystekijöiden ja strategisten tavoitteiden sekä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän strategiaohjelman toimintalinjojen samansisältöiset asiakokonaisuudet. Taulukoita tarkastelemalla oli mahdollista tehdä tulkintoja hoitotyön mittareiden yhteydestä ohjaaviin strategioihin. Taulukossa 1 kuvataan esimerkkinä moniammatillisuuden yhteyttä ohjaaviin strategioihin. Tutkimuksessa käytettiin myös kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmää laskettaessa sairaanhoitopiirin toimi- ja tulosalueiden tuloskortteihin asetettujen mittareiden lukumääriä, koska haluttiin havainnollistaa hoitotyön mittareiden esiintyvyyttä paremmin. Mittareiden lukumäärät merkittiin jokaiseen kootun taulukkoon alakategorioiden yhteyteen.

TUTKIMUSTULOKSET

Tuloskorttien taustatiedot

Kaikissa tuloskorteissa sovellettiin Balanced Scorecardin viitekehystä. Erilaisia soveltamis-

malleja oli viisi, joista suosituin (n=17) rakenne muodostui seuraavista osatekijöistä; toimintalinjat/ tavoitteet/ vastuut - mittarit ja mittausväli - tavoitetaso - toteuma/ seuranta/ tulokset. Kaikissa tuloskorteissa oli Balanced Scorecardin viitekehysten mukaiset neljä näkökulmaa; 1) asiakasnäkökulma 2) prosessinäkökulma 3) henkilöstö-, osaaminen- ja johtaminennäkökulma ja 4) talousnäkökulma. Hoitotyön mittareiden lukumäärät vaihtelivat tuloskorteissa 1-60 ja tuloskorttien näkökulmissa 0-31. Tulosityksikön tai vastuualueen kolmestatoista tuloskortista, joihin hoitotyö oli yhdistetty mukaan, lähes kaikissa (n=10) oli näkökulmia, joihin ei ollut asetettu yhtään hoitotyön mittaria.

Balanced Scorecardia soveltavien tuloskorttien hoitotyön mittarit

Tutkimuksessa saatiin sisällön analyysin tuloksena kuusi hoitotyön johtamisen strategista ydinaluetta kuvaavaa yläkategoriaa. Balanced Scorecardin viitekehystä soveltavissa toimi- ja tulosalueiden tuloskorteissa hoitotyön mittarit sisälsivät kokemuksellisuu-delle, moniammatillisuudelle, taidokkuudelle, kustannustietoisuudelle, yhteisöllisyydelle sekä toiminnallisuudelle hoitotyön johtamisen strategisina ydinalueina annettuja merkityksiä.

Kokemuksellisuuteen liittyi potilaiden, asiakkaiden, omaisten ja henkilökunnan tyytyväisyyspalautte, potilaiden ja omaisten tekemät muistutukset, kantelut ja valitukset sekä potilasvahingot. Kokemuksellisuus sisälsi viisi erilaista mittaria, joista potilaspalautte- (n=21) ja potilastytyväisyyskyselymittari (n=19) kuuluivat kaikista tuloskorteista useimmin käytettyjen mittareiden joukkoon.

Moniammatillisuuteen liittyi moniammatillinen yhteistyö ja verkostoituminen, hoitoketjujen toteutuminen sekä hoitotyön käytännön ja koulun välinen yhteistyö. Moniammatillisuus sisälsi yhdeksän erilaista mittaria. Eniten käytettyjä mittareita olivat eri ammattihenkilöiden välinen yhteistyö (n=25), jota mitattiin "työryhminä, tapamisina, konsultointeina, palavereina tai kokouksina" sekä opiskelijoiden ja oppilaitoksien antama palautte (n=10), jota mitattiin "tyytyväisyyskyselyinä, arviointikeskusteluna" tai tarkemmin määrittelemättömänä "palautteena". Kaikista hoitotyön tuloskorteista yhteistyö eri ammattihenkilöiden

Taulukko 1. Moniammatillisuuden yhteys ohjaaviin strategioihin.

YLÄKATEGORIA	ALAKATEGORIA	HOITOTYÖN TULOSKORTIN KRIITTINEN MENESTYSTEKIJÄ	HOITOTYÖN TULOSKORTIN STRATEGINEN TAVOITE	KUNTAYHTYMÄN STRATEGIA-OHJELMAN TOIMINTALINJA
MONIAMMATILLISUUS	Moniammatillinen yhteistyö ja verkostoituminen.	Yhteistyöverkostot toimialojen ja tulosalueiden sekä perusterveydenhuollon välillä.	Hoitotyön palveluknnaisuus ja verkotojen luominen.	Asukkaiden todellisia tarpeita vastaavan palvelujen toteuttamisohjelman laatiminen. (kuntaprofiilit)
	<ul style="list-style-type: none"> • yhteistyö eri ammattihenkilöiden kanssa (n=25) • yhteiset koulutukset (n=6) • verkostoituminen (n=5) 	Hoitotyöntekijät hallitsevat yhteistyöverkostot.	Yhteistyö potilas- ja vapaaehtoisjärjestöjen kanssa.	HUS tukee jäsenkuntiansa perusterveydenhuollon vahvistamista ja siirtää toimintojaan ja osaamistaan suunnitelmallisesti perusterveydenhuoltoon.
	Hoitoketjujen toteutuminen	Hyödynnetään virallisten ja ns. kolmannen sektorin osaajien asiantuntemus.	Kotiseiraala- ja avohoitomuodot ovat monipuolisia.	Kaikkeamattomat hoitoketjut ja potilaan tarvetta vastaava hoitotyö.
	<ul style="list-style-type: none"> • hoitoketjun olemassaolo (n=8) • hoitoprosessin olemassaolo (n=6) 	Kaikkien ammattiryhmien asiantuntemus on täysin hyödynnetty.	Joustava potilaslähtöinen vasuunjako.	Potilaiden hoito perustuu laadittuihin hoitoketjukuvauksiin.
	Hoitotyön käytännön ja käytön välinen yhteistyö	Hoitovastuu ja ammattiryhmien väliset toimivaltuudet on selvästi määritetty.	Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen.	HUS:n palvelutuotannon ohjaus perustuu tiiviiseen vuorovaikutukseen jäsenkuntien kanssa.
	<ul style="list-style-type: none"> • oppimisympäristöt ja ohjaus ovat korkeatasoiset. 	Verkostoinneet toimintavat.	Kliinisen opetuksen ja ohjauksen laatu.	Kuvataan ja analysoidaan sairaanhoitopiirin sekä sen tulosalueiden välisiä ja sisäisiä prosesseja.
	<ul style="list-style-type: none"> • opiskelijoiden ja oppilaitoksien palaute (n=10) • ohjauksen laatu (n=4) • opiskelijamäärä (n=4) • opintoviikot (n=3) 	Ohjaajien pedagogiset taidot ovat ajantasaisia ja korkeatasoisia.	Oppilaitosten jatkuvuuden turvaaminen.	HUS-yhtymän suuresta koosta ja yksiköiden ja toimijoiden runsaasta määrästä saataat edut hyödynnetään verkostomaisen organisoinnin ja toimintatavan avulla.
		Koulutuspaikkojen määrä riittää turvaamaan uusien osaajien tarpeen.	Oppiselupaikkojen määrän turvaaminen.	Aktiivinen verkostoituminen Helsingin yliopiston, amkn, terveydenhuoltoalan ja muiden oppilaitosten kanssa. Kehitetään aktiivisesti yhteistyömuotoja Uudenmaan alueella yliopiston, korkeakoulujen ja elinkeinonelämän kanssa.
		Tehdään yhteistyötä ministeriöiden ja oppilaitoksien kanssa.	Koulutusmahdollisuuksiin vaikuttaminen.	HUS luo edellytykset jatkokoulutukselle koulutussuunnitelmien mukaisesti.
		Osallistutaan valtakunnallisen yliopistokoulutuksen suunnitteluun ja toteutukseen.		

kanssa esiintyi useimmin käytettyjen mittareiden joukossa.

Taidokkuuteen liittyi ammattitaidon ylläpito, henkilökunnan osaamisen arviointi sekä tarkoituksenmukaiset hoitokäytännöt, jotka sisälsivät 24 erilaista mittaria. Ammattitaidon ylläpidon keskeisinä mittareina olivat koulutukseen osallistuminen/kouluttautuminen (n=26), koulutussuunnitelmat (n=18) sekä koulutuskortti (n=5). Koulutukseen osallistuminen ja henkilökunnan kouluttautuminen sekä koulutussuunnitelmat olivat käytetyimpiä mittareita kaikissa tuloskor-teissa. Henkilökunnan osaamisen arvioinnin mit-tareista keskeisimmät olivat kehityskeskustelu (n=27), perehdytyksen toteutus (n=13) ja ammatti-uramalli (n=8), joista eniten käytetty oli kehi-tyskeskustelu. Kaikista hoitotyön tuloskor-teista kehityskeskustelu oli eniten käytetty mittari. Tar-koituksenmukaisten hoitokäytäntöjen keskeisin

mittari oli hoitotoiminnot (n=9), joilla mitattiin hoitotoimintojen "suvuutta tai lukumääriä" ja teh-tiin hoitotoimintojen "arviointia".

Kustannustietoisuuteen liittyi toimintaa kuvaavat tilastointiluvut, suoriteajat, tilojen käyttöaste sekä talouden seuranta. Kustannustietoisuus sisälsi 14 erilaista mittaria. Tilastointilukujen mit-tareina käytettiin tarkemmin määrittelemättömiä toimintalukuja (n=9), hoidon saatavuutta (n=7) sekä hoitopäiviä/jakso (n=7). Suoriteaikojen mit-tareina olivat odotus/jonotusajat (n=8), hoitoajat (n=5) sekä potilaan siirto- ja vaihtoajat (n=4). Henkilökunnan kustannustietoisuutta mittasi myös tilojen käyttöaste (n=3) sekä tilojen kuormitus (n=2). Talouden seurantamittareina käytettiin talousarvion (n=9), budjetin (n=8) sekä kulutuk-sen (n=8) seurantaa.

Yhteisöllisyyteen liittyi hoidon tarvetta vastaa-vat resurssit, rekrytointi sekä henkilökunnan jak-

saminen ja työhyvinvointi, jotka sisälsivät 23 erilaista mittaria. Hoidon tarvetta vastaavien resurssien keskeisinä mittareina käytettiin henkilöstö resurssien seuranta (n=11), hoitoisuusluokitusta (n=10), henkilöstön riittävyttä (n=9), työn kuormittavuutta (n=9) sekä vakanssien käyttöastetta (n=8). Rekrytointin mittarina oli tarkemmin määrittelemätön rekrytointi (n=3) sekä yksittäisissä tulokorteissa mittarina käytettiin "sairaalan imagoa, esitteitä tai Prima-käyttäjärjestelmää". Henkilökunnan jaksamisen ja työhyvinvoinnin mittareina käytettiin eniten työolobarometria (n=22), joka sijoittui myös kaikista tulokorteista eniten käytettyjen mittareiden joukkoon. Muita henkilökunnan jaksamisen ja työhyvinvoinnin mittareita olivat sairaspöissaolot (n=12), työaika (n=11), työnohjaus (n=8), henkilöstön tyytyväisyys tai tyytymättömyys (n=7) sekä työhyvinvointi (n=7).

Toiminnallisuuteen muodostui eniten merkitykseltään erilaisia luokkia. Toiminnallisuuteen liittyi yksilövastuinen hoitotyö, vastuu- tai omahoitajuus, tutkittuun tietoon ja arvokeskusteluihin perustuva hoitotyö, kirjaaminen, raportointi ja hoitosuunnitelma, potilaiden ohjaus ja neuvonta sekä viestintä ja teknologia. Toiminnallisuus sisälsi 23 erilaista mittaria. Yksilövastuiseen hoitotyön, vastuu- tai omahoitajuuden tärkeimmäksi mittariksi nousi vastuuhoitajuus (n=10), jolla mitattiin vastuuhoitajuutta "määrittelemällä, kirjaamalla, arvioimalla tai seuraamalla" sen toteutumista. Tutkitun tiedon ja arvokeskusteluihin perustuvan hoitotyön keskeisimpinä mittareina olivat tutkimustoiminnan kehittäminen (n=15) ja tutkitun tiedon käyttö (n=12). Kirjaamisen, raportoinnin ja hoitosuunnitelman keskeisimpinä mittareina olivat hoitosuunnitelma (n=6) ja kirjaamisen kriteerit (n=6), joissa mittaaminen usein kohdistettiin niiden "arviointiin". Potilaiden ohjausta ja neuvontaa mitattiin potilasohjeiden (n=6) määrinä tai toteutumisena sekä viestintää ja teknologiaa mitattiin tietojärjestelmien käytönä (n=12), kokouksina, palaverina, infotilaisuuksina (n=8) tai kirjallisena viestintänä (n=5). Toiminnallisuuteen liittyi myös vähän käytettyjä mittareita, kuten "auditointi, hoidon loppuarviointi, hiljainen raportointi, jatkohoitolähete tai tietokoneiden määrä".

Toimi- ja tulosalueiden mittareiden yhteys ohjaviin strategioihin

Sairaanhoidopiirin toimi- ja tulosalueiden tulokorttien hoitotyön mittareiden yhteyden löytämiseksi ohjaviin strategioihin vertailtiin sairaanhoidopiirin toimi- ja tulosalueiden tulokorttien hoitotyön mittareita sairaanhoidopiirin hoitotyön tulokortin kriittisten menestystekijöiden ja strategisten tavoitteiden sekä kuntayhtymän strategiaohjelman toimintalinjojen samansisältöisiin asiakokonaisuuksiin.

Toimi- ja tulosalueiden tulokorttien hoitotyön mittarit olivat yhteydessä ohjaviin strategioihin. Selkeä yhteys löytyi erityisesti potilastytyväisyyteen, moniammatilliseen yhteistyöhön ja verkostoitumiseen, hoitotyön käytännön ja koulun väliseen yhteistyöhön, hoidon tarvetta vastaavien resurssien, viestinnän ja teknologian sekä tutkittuun tietoon ja arvokeskusteluihin perustuviin mittareihin. Sen sijaan toimi- ja tulosalueiden hoitotyön mittareissa oli heikko yhteys eri ammattihenkilöiden väliseen organisaation ulkoiseen yhteistyöhön, kuten perusterveydenhuoltoon, järjestöihin, yliopistoihin tai ministeriöihin, joita ohjaavissa strategioissa tavoiteltiin. Toimi- ja tulosalueiden tulokorttien hoitotyön mittareissa oli myös heikosti esillä osaamisen palkitseminen ja ammattitaidon hyödyntäminen, johtamiseen liittyvät linjaukset sekä rekrytointi.

Sairaanhoidopiirin hoitotyön tulokortin ohjaavat linjaukset olivat pääasiassa yhteydessä toimi- ja tulosalueiden tulokorttien hoitotyön mittareihin sekä kuntayhtymän strategiaohjelman toimintalinjoihin. Sairaanhoidopiirin hoitotyön tulokortin linjauksissa oli esillä mm. moniammatillinen yhteistyö, henkilökunnan ammattitaitoon, osaamiseen sekä kustannusvaikuttavaan toimintaan, erilaisiin hoitokäytäntöihin ja hoitotyön resursseihin liittyvät linjaukset. Sairaanhoidopiirin hoitotyön tulokortissa oli heikosti esillä henkilökunnan jaksamiseen ja työhyvinvointiin sekä talousarvion sitoutumiseen liittyvät linjaukset.

Kuntayhtymän strategiaohjelman ohjaavat linjaukset toimivat vahvasti organisaatiota ohjaavina linjauksina. Lähes kaikki kuntayhtymän strategiaohjelman linjaukset ohjasivat sekä toimi- ja tulosalueiden että sairaanhoidopiirin hoitotyön tulokortin suunnittelua. Heikko yhteys esiintyi lähinnä hoitotyön omaan substanssiin liittyviin mittareihin, kuten yksilövastuiseen hoitotyöhön, vastuu- tai omahoitajuuteen, hoitokäytäntöihin,

kirjaamiseen, raportointiin ja hoitosuunnitelmaan.

POHDINTA

Balanced Scorecardin soveltaminen on koettu hyväksi terveydenhuollossa (Hall ym. 2003, Radnor & Lovell 2003, Turtiainen 2003,3, Zelman ym. 2003, Inamdar ym. 2002, Kaplan & Norton 2002,145-147, Meliones ym. 2001, Wiili-Peltola 2001). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan Balanced Scorecardia sovelletaan tutkimuksen kohteena olevassa sairaanhoitopiirissä laajasti, mutta ei yhdenmukaisesti. Balanced Scorecard on osa sairaanhoitopiirin johtamiskulttuuria ja viitekehyksen käytöstä on päätetty koko sairaanhoitopiirissä. Balanced Scorecardin viitekehystä sovelletaan sairaanhoitopiirissä viidellä eri tavalla, mikä johtaa käsitteiden erilaiseen käyttöön. Suositumman rakenteen osa-alueet olivat "toimintalinjat, tavoitteet, vastuut - mittarit ja mittausväli - tavoitetaso - toteuma, seuranta, tulokset". Toimintalinjat ja tavoitteet on merkitty samaan osa-alueeseen, mikä herättää epäietoisuutta, koska ne ovat kaksi eri asiaa, mutta nyt ne herkästi käsitellään samaksi asiaksi. Käsitteitä voitaisiin selkiyttää ja ottaa käyttöön mieluiten Balanced Scorecardin alkuperäiset käsitteet, koska myös sairaanhoitopiirin tulostietokoulutuksessa keskitytään alkuperäisiin käsitteisiin. Kaplan ja Norton (1996a, 191-198) esittävätkin yhdeksi esteeksi strategian tehokkaalle toteutumiselle sen, että organisaatiossa käsitteiden käyttö ei ole kaikilla samanlaista. Olven ym. (1999, 89-90) mukaan yhteisen kielen löytäminen mittariston on tärkeää, koska silloin kaikki puhuvat samasta asiasta. Onkin toivottavaa, että kaikki toimi- ja tulosalueet käyttäisivät samaa tulostietokortin rakennetta, jolloin tulostietokorttien luettavuus, ymmärrettävyys ja tarvittaessa mittareiden vertailtavuus paranisi.

Suurimmalla osalla (n=23) toimi- ja tulosalueita oli oma hoitotyön tulostietokortti, joista selkeästi nousi esiin hoitotyön mittarit. Niillä toimi- ja tulosalueilla, jotka olivat tehneet vastuualueelleen yhden yhteisen tulostietokortin, esiintyi kahdenlaista käytäntöä. Ensinnäkin osa toimi- ja tulosalueista oli selkeästi nimennyt vastuuhenkilön(t), esimerkiksi ylihoitajan, jonka perusteella mittari tulkittiin hoitotyön mittariksi. Tämän perusteella tulkittiin, että vastuuhenkilönä hänelle kuuluu ainakin jonkin-

asteinen vastuu mittareiden onnistumisesta hoitotyön johtamisen näkökulmasta. Toisen tavan mukaan vastuuhenkilöä ei nimetty, joten yhtään hoitotyön mittaria ei myöskään erottunut tulostietokortista. Sairaanhoitopiirissä on hyvä yhteisesti päättää tehdäänkö toimi- ja tulosalueilla hoitotyölle omat tulostietokortit ja jos tehdään, niin vastuuhenkilöiden nimeäminen tulee varmistaa ja vastuualue määrittellä selkeästi. Hoitotyön oma tulostietokortti on tärkeä hoitotieteellisestä näkökulmasta, koska se vahvistaa hoitotyön identiteettiä ja arvostusta julkisella sektorilla. Hoitotyöntekijöiden on oman tulostietokortin avulla selkeämpi löytää omat ammatilliset, yhteiset päämäärät ja linjaukset. Vaarana saattaa olla, että kokonaisuus toimi- ja tulosalueella katoaa ja mittareita saattaa määrällisesti muodostua yksikköön paljon. Toisaalta myös yksi yhteinen toimi- ja tulosalueen tulostietokortti, jossa hoitotyön näkökulma on varmistettu voi vahvistaa moniammatillista yhteistyötä organisaation johtamisessa ja olla askel kohti yhdessä tekemistä potilaan parhaaksi. Balanced Scorecardin idea perustuu organisaation kokonaisvaltaiseen näkemykseen toiminnan suunnittelusta sekä toteuttamisesta ja näin ollen Balanced Scorecard vahvistaa käsitystä toimi- ja tulosalueiden yhdestä yhteisestä tulostietokortista, jossa yhteisenä suuntana nähdään sekä lääketieteellinen että hoitotieteellinen toiminta.

Kaplanin ja Nortonin (1992, 2002, 357) mukaan Balanced Scorecardin avulla raportointi vähenee ja yksinkertaistuu. Aiemmin sairaaloissa toimintaa suunniteltiin monisivuisten toimintasuunnitelmien avulla mutta nykyisin sisällöllisesti lyhyemmät tulostietokortit ovat tulleet toimintasuunnitelmien tilalle. Tässä tutkimuksessa tulostietokortit olivat pituudeltaan yhdestä yhdeksään sivuun ja sisällöllisesti lyhyesti ja ytimekkäästi ilmaistuja, mikä tukee Kaplanin ja Nortonin ajatusta raportoinnin vähenemisestä ja yksinkertaistumisesta. Puutteena tutkimuksen toteutuksessa voidaan pitää Balanced Scorecardin näkökulmien poisjättämistä hoitotyön mittareita tarkasteltaessa. Mittareiden tarkastelu näkökulmien mukaisesti olisi saattanut tuoda lisäarvoa tutkimukselle.

Mittarit määräytyvät aina organisaation omasta strategiasta (Kaplan & Norton 2002, 4, 1996a, 18, 1996b, Malmi ym. 2002, 64, Määttä 2000, 107, Tuomi 2000, Lumijärvi 1999, 9, Olve ym. 1999, 24, Laitinen 1998, 208, Paappanen 1998, 72-75). Kaplanin ja Nortonin (1996a, 165) mukaan sopiva määrä asetettuja mittareita yhteen näkökulmaan

on korkeintaan kymmenen ja yhteen tuloskorttiin yhteensä 15-25. Tässä tutkimuksessa hoitotyön mittareita oli keskimäärin 19 / tuloskortti ja viisi / näkökulma, mikä vastaa tavoitetasoa. Mittareiden määrä vaihteli runsaasti sekä näkökulmittain (vaihteluväli 0-31) että tuloskorteittain (vaihteluväli 1-60). Kuten mittareiden määrästä voidaan havaita niin mittareiden kehittämistyölle riittää haastetta.

Mittareiden käyttöön otossa tulee selvittää ovatko mittarit oikeita mittareita ja onko organisaatiossa päteviä ja luotettavia tietoja valitsemistaan mittareista (Voelker ym. 2001, Kaplan & Norton 1996b). Tutkimustulosten perusteella mittareita käytetään ilman riittäviä perusteita. Mittareita osataan nimetä selkeästi ja kohdistaa mittaus esimerkiksi luku- ja rahamääriin tai prosentteihin, mutta mittareita nimetään myös epämääräisesti. Epätarkka mittari, kuten perehdytys, hoitoketju tai pelkkä seuranta, herättää epäluottamusta. Epätarkka mittari kirjattiin lähinnä tarkemmin määrittelemättömänä tai passiivimuodossa, jolloin epäselväksi jäi mitä mittarilla halutaan mitata. Toisaalta tutkimus osoitti, että hoitotyössä löydetään paljon myös ei-taloudellisia mittareita kuten asiakastyytyväisyys, henkilökunnan jaksaminen sekä yhteistyö ja työhyvinvointi. Myönteisenä voidaan nähdä rohkeus käyttää toiminnassa laadullisia mittareita, joita ei ole kehitetty tai testattu vielä riittävästi. Reimanin (1999, 38-41) tutkimuksessa ilmeni, että mittarit eivät ole tehokkaita, totuudenmukaisia tai luotettavia ja, että mittausjärjestelmät ovat puutteellisia. Kujanpään (2000, 104) poliisihallinnon tutkimuksessa tuli esiin samansuuntainen näkemys, jossa tuloskortin tunnusluvuista osa oli sellaisenaan käyttökelpoisia ja osa vaati lisätyöstämistä.

Tässä tutkimuksessa tulivat esiin ne hoitotyön johtamisen ydinalueet, jotka hoitotyön johtajat olivat toiminnan suunnittelussa valinneet kaikkein tärkeimmiksi alueiksi. Myös Haapolahden (2003, 73,81) tutkimuksessa Balanced Scorecard konkretisoi organisaation toimintaa ja strategia-työ mahdollisti painopistealueisiin keskittymisen. Tässä tutkimuksessa hoitotyön johtamisen ydinalueiksi muodostuivat kokemuksellisuus, moniammatillisuus, taidokkuus, kustannustietoisuus, yhteisöllisyys ja toiminnallisuus. Lukumäärältään eniten käytettyjä mittareita olivat kehityskeskustelu, koulutukseen osallistuminen/ kouluttautuminen, yhteistyö eri ammattihenkilöiden kanssa, työolobarometri, potilaspalaute,

potilastyytyväisyyskysely sekä koulutussuunnitelmat. Myös Lehtosen (2002, 151) tutkimuksessa asiakastyytyväisyys tai asiakaspalaute ja erilaiset numeeriset tunnusluvut nousivat keskeisimmiksi mittareiksi. Tutkimustulosten perusteella mittareiden erilaisuus kertoo hoitotyön johtamisen luonteesta. Terveystyöhuollossa ei ole vielä käytössä riittävästi terveydenhuoltoon sopivia mittareita, vaan käytetyt mittarit ovat pääasiassa yleismittareita, jotka soveltuvat mille tahansa alalle. Balanced Scorecardin idea perustuu jokaisen organisaation omiin lähtökohtiin ja mittarit johdetaan organisaation omasta strategiasta, jolloin voidaan olettaa, että myös mittarit ovat organisaation omaan toiminta-ajatuksen perustuvia. Tämän tutkimuksen mittareista voidaan hoitotyön mittareiksi tulkita hoitoisuusluokitus, vastuuhoitajuus ja yksilövastuinen hoitotyö, hoitoketjut ja hoitoprosessit, hoitosuunnitelma, ammattiuromalli sekä hoidon lopputuomio.

Organisaation strategisen johtamisen edellytyksenä on johdonmukaisuus, jossa ylätasoinen linjaukset ovat yhteydessä alatasojen linjauksiin (Paappanen 1998, 72-75). Strategiset valinnat ja linjaukset ovat tärkeä osa strategisen johtamisen kokonaisvaltaista onnistumista (Kaplan & Norton 2002, 16, Määttä 2000, 57, Määttä & Ojala 2001, 72-73, Olve ym. 1999, 122-124, Toikka 2002, 170,193). Sairaanhoidopiiriin ohjaavat strategiat toimivat selkeästi toimi- ja tulosalueiden tuloskorttien sisältöjen suunnan näyttäjinä. Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että toimi- ja tulosalueilla oli toimintaa suunniteltaessa linjaavana ohjeena käytetty sairaanhoidopiiriin hoitotyön tuloskorttia sekä kuntayhtymän strategiaohjelmaa. Toimi- ja tulosalueiden toiminnan suunnittelussa heikko yhteys ohjaviin strategioihin ilmeni johtamiseen, henkilökunnan palkitsemiseen ja osaamisen hyödyntämiseen sekä rekrytointiin liittyvien ohjaavien strategioiden linjauksiin. Johtaminen, henkilökunnan arvostaminen ja rekrytointi ovat asioita, joita ohjaavissa strategioissa on haluttu nostaa tulevaisuuden toimintalinjoiksi, mutta joihin toimi- ja tulosalueilla oli heikosti kiinnitetty huomiota.

Sairaanhoidopiiriin hoitotyön tuloskortin toimintalinjoissa ei löytenyt henkilökunnan jaksamiseen ja työhyvinvointiin sekä talousarvion sitoutumiseen liittyviä linjauksia. Henkilökunnan jaksaminen ja työhyvinvointi ovat tärkeitä tulevaisuuden tekijöitä, kun suuret ikäluokat siirtyvät eläkkeelle ja uusia työntekijöitä on jo nyt vaikea saada terveydenhuoltoon. On toivottavaa, että hoitotyön

johtajat tiedostavat sen. Kuntayhtymän strategiaohjelmassa oli heikosti esillä hoitotyön omaan substanssiin liittyvät linjaukset kuten vastuu- ja omahoitajuus, potilaiden ohjaus ja neuvonta tai kirjaaminen. Voidaankin tulkita, että kuntayhtymän strategiaohjelma on sisällöllisesti laaja ja abstrakti, joka koskee kaikkia sairaanhoitopiirin ammattikuntia eikä vain hoitotyötä. Kuntayhtymän strategiaohjelma näyttäisi olevan lähimpänä Balanced Scorecardin perusideaa kokonaisvaltaisesta toiminnanohjauksesta kuin muut tutkimukseen kuuluvat asiakirjat.

Balanced Scorecardin soveltaminen hoitotyön johtamisessa mahdollistaa toiminnan ydinalueisiin keskittymisen sekä tukee päivittäistä johtamista. Tuloksia ei voida yleistää, mutta niitä voidaan hyödyntää kyseisen sairaanhoitopiirin johtamisessa ja toiminnan suunnittelussa. On mahdollista, että asetettujen mittareiden avulla voidaan organisaatiossa johtamista suunnata haluttuun päämäärään. Tutkimuksen tulokset antavat suuntaa Balanced Scorecardin soveltamisen hyödyntämisen, mittareiden sekä tuloskortti-koulutuksen kehittämistyölle. Tulosten perusteella on mahdollista myös kehittää hoitoteollista johtamiskoulutusta vahvistamalla asiantuntijoiden taitoja hallita strategista johtamista, kykyä visioida ja suunnitella johtamiseen kokonaisvaltaisia ja päämäärätietoisia keinoja.

LÄHTEET

Alanko Arto & Permi Jaakko & Riskari Simo & Luhtala Riitta: Sairaaloiden hallinto kehittynyt väärään suuntaan. Suomen Lääkärelehti 4(49), 323-326, 1994.

Bryson John: Strategic Planning for Public and Non-Profit Organizations. San Francisco. Jossey-Brass 1995.

Cascella Victor: Effective Strategic Planning. Processes, measurements and accountability are the keys to success. Quality Progress. Nov 35(2002):11, s. 62-67.

Fitzpatrick Melissa: Let's bring balance to health care. Nursing Management. Chicago. Mar 33(2002):3, s. 35-37.

Haapolahti Anne: Balanced Scorecard henkilöstöstrategiaprosessin laadinnassa. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Sosiaalipolitiikka. Tampere 2003.

Hall Linda M & Doran Diane & Laschinger Heather S & Maillette Claire & Pedersen Cheryl & O'Brien-Pallas Linda-Lee: A Balanced Scorecard Approach for Nursing Report Card Development. Outcomes Management. Jan/Mar 7(2003):1, s. 17-22.

Inamdar Noorein & Kaplan Robert S & Bower Marvin & Reynolds Kimberly: Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. Journal of Healthcare Management. Chicago. May-Jun 47(2002):3, s.179-196.

Kaplan Robert S & Norton David P: The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance. Harvard Business Review, January-February 1992, s. 71-79.

Kaplan Robert S & Norton David P: The Balanced Scorecard: Translating strategy into action. Harvard Business School Press. Boston. Massachusetts. 1996a.

Kaplan Robert S & Norton David P: Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. Harvard Business Review. January-February (1996b), s. 75-85.

Kaplan Robert S & Norton David P: Having Trouble with Your Strategy? Then map it. Harvard Business Review. September -October (2000), s. 167-176.

Kaplan Robert S & Norton David P: Strategialähtöinen organisaatio. Tehokkaan strategiaprosessin toteutus. Heinämäki Margit. Kääntänyt teoksesta The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment. Kauppakaari. Jyväskylä. 2002.

Kujanpää Olavi: Tasapainotettu mittaristo (BSC) poliisin tuloksellisuuden arvioinnissa - tarkastelussa läänitaso. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hallintotieteen laitos. Turvallisuushallinto. 2000.

Kunnallinen työmarkkinalaitos. Kunnallisen palvelutoiminnan tuloksellisuuden arviointia koskeva suositus. Yleiskirje 15/2000.

Kyngäs Helvi & Vanhanen L. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1999, 11(1), s.3-12.

Laamanen Kai & Laine R & Pääkkönen J & Vakkuri J & Vallinoja V & Väyrynen P: Mittaamisen parantaminen. Laatu keskus. Helsinki. 1999.

Laamanen Ritva: Kuntien toimintastrategiat ja päätöksenteko. Tutkimus kuntien strategisesta käyttäytymisestä valtionosuusudistuksen jälkeen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1994:8. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. 1994.

Laitinen Erkki: Yritystoiminnan uudet mittarit. Kauppakaari. Yrityksen tietokirjat. Helsinki. 1998.

Lehtonen Teemu: Organisaation osaamisen strategien hallinta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Tampere. 2002.

Lumijärvi Ismo: Tasapainotetun mittariston malli ja kunta-alan tuloksellisuusarviointi. Työturvallisuuskeskus. Helsinki. 1999.

Malmi Teemu & Peltola Jukka & Toivanen Jouko: Balanced Scorecard -Rakenna ja sovelle tehokkaasti. Enterprise Adviser -kirjasarja nro.25. Kauppakaari. Jyväskylä. 2002.

Manninen Ari: Strateginen asema, tilivelvollisuuden ulottuvuudet ja resurssien allokointi julkisella sektorilla. Hallinnon tutkimus 3(1995), s. 181-187.

Matikka Ari: Yrityksen menestymisen mittaaminen

- strategisen johtamisen teoriaan perustuen. Helsingin kauppakorkeakoulun julkaisuja B 145. Helsinki. 1994.
- Meliones Jon N & Ballard Richard & Liekweg Richard & Burton William: No mission - no margin; it's that simple. *Journal of Health Care Finance*. Spring 27(2001):3, s. 21-29.
- Määttä Seppo: Tasapainoinen menestysstrategia. Balanced scorecardin tuolla puolen. Inforviestintä Oy. Helsinki. 2000.
- Määttä Seppo & Ojala Timo: Tasapainoisen onnistumisen haaste. Johtaminen julkisella sektorilla ja Balanced scorecard. Hallinnon kehittämiskeskus, Valtionvarainministeriö. Helsinki. 2001.
- Niskanen Jouni & Tuomi Ville: Balansoituun mittaristoon pohjautuva laadunhallinta. Esimerkikimalli perusterveydenhuoltoon. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 4(2000), s. 283 - 298.
- Nojonen Kaija: Hoitotyön johtaminen uusien haasteiden edessä. Teoksessa Merjola-Partanen Tuula & Nikkonen Merja & Voutilainen Päivi (toim.). Nuoralatanssi. Hoitotyön nykytila ja tulevaisuus. STAKES, raportteja 123. Jyväskylä. 1993.
- Nyysönen Timo: Balanced scorecard poliisihallinnossa. Suomen poliisilehti 3(2002), s. 35 - 39.
- Olive Nils-Göran & Roy Jan & Wetter Magnus: Balanced scorecard - yrityksen strateginen ohjausmenetelmä. WSOY. Porvoo. 1999.
- Paappanen Mika: Balanced scorecard suorituksen mittauksen viitekehyksenä. Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Yrityksen taloustieteen ja yksityisoikeuden laitos. Yrityksen taloustiede, laskenta-toimi. Tampere. 1998.
- Radnor Zoe & Lovell Bill: Success factors for implementation of the balanced scorecard in a NHS multi-agency setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 16(2003):2, s. 99-108.
- Reiman Ville: Tasapainotettu mittaristo vakuutusalan palveluyrityksessä. Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Yrityksen taloustieteen ja yksityisoikeuden laitos. Vakuutustiede. Tampere. 1999.
- Santalainen Timo & Huttunen Pekka: Strateginen johtaminen julkisessa hallinnossa. Weilin-Göös. Jyväskylä. 1993.
- Santiago JM: Use of the Balanced Scorecard to improve the quality of behavioral health care. *Psychiatric Services*. Dec 50(12), 1571-1576. 1999.
- Sinkkonen Sirkka: Hoitotyön johtaminen muuttuvassa ympäristössä. Teoksessa Salo Sirpa & Leisti Seppo (toim.). Muutos ja johtajuus. Näkökulmia terveydenhuollon murrokseen. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. 1994.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Terveydenhuollon suuntaviivat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1996:16. Helsinki.
- Toikka Mirja: Strategia-ajattelu ja strateginen johtaminen ammattikorkeakoulussa. Tapaustutkimus Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Tampere. 2002.
- Toivanen Jouko: Balanced Scorecardin implementointi ja käytön nykytila Suomessa. *Acta Universitatis Lappeenrantaensis* 108. Väitöskirja. Lappeenranta teknillinen korkeakoulu. Lappeenranta. 2001.
- Tuomi Ville: Prosessipohjaisen laatujohtamisen soveltuminen julkiseen hallintoon. Hallinnon tutkimus 3(2000), s. 244-262.
- Turtiainen Ann-Marie: Helsingin kaupungin terveysturvaston laatustrategia vuosille 2003-2005 ja vuoden 2003 laatumittauksessa käytettävät manuaaliset mittarit. Helsingin kaupungin terveysturvaston raportteja No:2. Helsingin kaupungin terveysturvasto. Helsinki. 2003.
- Voelker Kathleen E & Rakich Jonathon S & French Richard: The Balanced Scorecard in Healthcare Organizations: A Performance Measurement and Strategic Planning Methodology. *Hospital Topics* summer 79(2001):3, s. 13-24.
- Whittington Richard: What is strategy - and does it matter? Routledge. London. 1993.
- Wiili-Peltola Erja: Sairaanhoidopiiriin strategia sairaaloiden lähijohdon tulkintana. Hallinnon tutkimus 4(2001), s. 384-396.
- Willyerd Karie: Tasapainotettu mittaristo valmennuksen arvioinnissa. *Yritystalous* 56(2), 9-14. 1998.
- Zelman William & Pink George & Matthias Catherine: Use of the balanced scorecard in health care. *Journal of Health care Finance* summer 29(2003):4, s. 1-16.

johtajat tiedostavat sen. Kuntayhtymän strategiaohjelmassa oli heikosti esillä hoitotyön omaan substanssiin liittyvät linjaukset kuten vastuu- ja omahoitajuus, potilaiden ohjaus ja neuvonta tai kirjaaminen. Voidaan tulkita, että kuntayhtymän strategiaohjelma on sisällöllisesti laaja ja abstrakti, joka koskee kaikkia sairaanhoitopiirin ammattikuntia eikä vain hoitotyötä. Kuntayhtymän strategiaohjelma näyttäisi olevan lähimpänä Balanced Scorecardin perusidea kokonaisvaltaisesta toiminnanohjauksesta kuin muut tutkimukseen kuuluvat asiakirjat.

Balanced Scorecardin soveltaminen hoitotyön johtamisessa mahdollistaa toiminnan ydinalueisiin keskittymisen sekä tukee päivittäistä johtamista. Tuloksia ei voida yleistää, mutta niitä voidaan hyödyntää kyseisen sairaanhoitopiirin johtamisessa ja toiminnan suunnittelussa. On mahdollista, että asetettujen mittareiden avulla voidaan organisaatiossa johtamista suunnata haluttuun päämäärään. Tutkimuksen tulokset antavat suuntaa Balanced Scorecardin soveltamisen hyödyntämisen, mittareiden sekä tuloskortti-koulutuksen kehittämistyölle. Tulosten perusteella on mahdollista myös kehittää hoitoteollista johtamiskoulutusta vahvistamalla asiantuntijoiden taitoja hallita strategista johtamista, kykyä visioida ja suunnitella johtamiseen kokonaisvaltaisia ja päämäärätietoisia keinoja.

LÄHTEET

Alanko Arto & Permi Jaakko & Ristkari Simo & Luhtala Riitta: Sairaaloiden hallinto kehittynyt väärään suuntaan. Suomen Lääkärilehti 4(49), 323-326, 1994.

Bryson John: Strategic Planning for Public and Non-Profit Organizations. San Francisco. Jossey-Brass 1995.

Cascella Victor: Effective Strategic Planning. Processes, measurements and accountability are the keys to success. Quality Progress. Nov 35(2002):11, s. 62-67.

Fitzpatrick Melissa: Let's bring balance to health care. Nursing Management. Chicago. Mar 33(2002):3, s. 35-37.

Haapolahti Anne: Balanced Scorecard henkilöstöstrategiaprosessin laadinnassa. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Sosiaalipolitiikka. Tampere 2003.

Hall Linda M & Doran Diane & Laschinger Heather S & Mallette Claire & Pedersen Cheryl & O'Brien-Pallas Linda-Lee: A Balanced Scorecard Approach for Nursing Report Card Development. Outcomes Management. Jan/Mar 7(2003):1, s. 17-22.

Inamdar Noorein & Kaplan Robert S & Bower Marvin & Reynolds Kimberly: Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. Journal of Healthcare Management. Chicago. May-Jun 47(2002):3, s.179-196.

Kaplan Robert S & Norton David P: The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance. Harvard Business Review, January-February 1992, s. 71-79.

Kaplan Robert S & Norton David P: The Balanced Scorecard: Translating strategy into action. Harvard Business School Press. Boston. Massachusetts. 1996a.

Kaplan Robert S & Norton David P: Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. Harvard Business Review. January-February (1996b), s. 75-85.

Kaplan Robert S & Norton David P: Having Trouble with Your Strategy? Then map it. Harvard Business Review. September -October (2000), s. 167-176.

Kaplan Robert S & Norton David P: Strategialähtöinen organisaatio. Tehokkaan strategiaprosessin toteutus. Heinämäki Margit. Kääntänyt teoksesta The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment. Kauppakaari. Jyväskylä. 2002.

Kujanpää Olavi: Tasapainotettu mittaristo (BSC) poliisin tuloksellisuuden arvioinnissa - tarkastelussa läänitaso. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hallintotieteen laitos. Turvallisuushallinto. 2000.

Kunnallinen työmarkkinalaitos. Kunnallisen palvelutoiminnan tuloksellisuuden arviointia koskeva suositus. Yleiskirje 15/2000.

Kyngäs Helvi & Vanhanen L. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1999, 11(1), s.3-12.

Laamanen Kai & Laine R & Pääkkönen J & Vakkuri J & Vallinoja V & Väyrynen P: Mittaamisen parantaminen. Laatu keskus. Helsinki. 1999.

Laamanen Ritva: Kuntien toimintastrategiat ja päätöksenteko. Tutkimus kuntien strategisesta käyttäytymisestä valtionosuusuudistuksen jälkeeseen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1994:8. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. 1994.

Laitinen Erkki: Yritystoiminnan uudet mittarit. Kauppakaari. Yrityksen tietokirjat. Helsinki. 1998.

Lehtonen Teemu: Organisaation osaamisen strateginen hallinta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Tampere. 2002.

Lumijärvi Ismo: Tasapainotetun mittariston malli ja kunta-alan tuloksellisuusarviointi. Työturvallisuuskeskus. Helsinki. 1999.

Malmi Teemu & Peltola Jukka & Toivanen Jouko: Balanced Scorecard -Rakenna ja sovelle tehokkaasti. Enterprise Adviser -kirjasarja nro.25. Kauppakaari. Jyväskylä. 2002.

Manninen Ari: Strateginen asema, tilivelvollisuuden ulottuvuudet ja resurssien allokointi julkisella sektorilla. Hallinnon tutkimus 3(1995), s. 181-187.

Matikka Ari: Yrityksen menestymisen mittaaminen

- strategisen johtamisen teoriaan perustuen. Helsingin kauppakorkeakoulun julkaisuja B 145. Helsinki. 1994.
- Meliones Jon N & Ballard Richard & Liekweg Richard & Burton William: No mission - no margin: it's that simple. *Journal of Health Care Finance*. Spring 27(2001):3, s. 21-29.
- Määttä Seppo: Tasapainoinen menestysstrategia. Balanced scorecardin tuolla puolen. Inforviestintä Oy. Helsinki. 2000.
- Määttä Seppo & Ojala Timo: Tasapainoisen onnistumisen haaste. Johtaminen julkisella sektorilla ja Balanced scorecard. Hallinnon kehittämiskeskus, Valtionvarainministeriö. Helsinki. 2001.
- Niskanen Jouni & Tuomi Ville: Balansoituun mittaristoon pohjautuva laadunhallinta. Esimerkkinä perusterveydenhuoltoon. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 4(2000), s. 283 - 298.
- Nojonen Kaija: Hoitotyön johtaminen uusien haasteiden edessä. Teoksessa Merjola-Partanen Tuula & Nikkonen Merja & Voutilainen Päivi (toim.). Nuorallatanssi. Hoitotyön nykytila ja tulevaisuus. STAKES, raportteja 123. Jyväskylä. 1993.
- Nyssonen Timo: Balanced scorecard poliisihallinnossa. *Suomen poliisilehti* 3(2002), s. 35 - 39.
- Olive Niils-Göran & Roy Jan & Wetter Magnus: Balanced scorecard - yrityksen strateginen ohjausmenetelmä. WSOY. Porvoo. 1999.
- Paappanen Mika: Balanced scorecard suorituksen mittauksen viitekehystenä. Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Yrityksen taloustieteen ja yksityisoikeuden laitos. Yrityksen taloustiede, laskenta-toimi. Tampere. 1998.
- Radnor Zoe & Lovell Bill: Success factors for implementation of the balanced scorecard in a NHS multi-agency setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 16(2003):2, s. 99-108.
- Reiman Ville: Tasapainotettu mittaristo vakuutusalan palveluyrityksessä. Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Yrityksen taloustieteen ja yksityisoikeuden laitos. Vakuutustiede. Tampere. 1999.
- Santalainen Timo & Huttunen Pekka: Strateginen johtaminen julkisessa hallinnossa. Weilin-Göös. Jyväskylä. 1993.
- Santiago JM: Use of the Balanced Scorecard to improve the quality of behavioral health care. *Psychiatric Services*. Dec 50(12), 1571-1576, 1999.
- Sinkkonen Sirkka: Hoitotyön johtaminen muuttuvassa ympäristössä. Teoksessa Salo Sirpa & Leisti Seppo (toim.). Muutos ja johtajuus. Näkökulmia terveydenhuollon murrokseen. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. 1994.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Terveystieteiden suuntaviivat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1996:16. Helsinki.
- Toikka Mirja: Strategia-ajattelu ja strateginen johtaminen ammattikorkeakoulussa. Tapaustutkimus Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Tampere. 2002.
- Toivanen Jouko: Balanced Scorecardin implementointi ja käytön nykytila Suomessa. *Acta Universitatis Lappeenrantaensis* 108. Väitöskirja. Lappeenranta teknillinen korkeakoulu. Lappeenranta. 2001.
- Tuomi Ville: Prosessipohjaisen laatujohtamisen soveltuminen julkiseen hallintoon. *Hallinnon tutkimus* 3(2000), s. 244-262.
- Turtiainen Ann-Marie: Helsingin kaupungin terveystieteiden laatustrategia vuosille 2003-2005 ja vuoden 2003 laatumittauksessa käytettävät manuaaliset mittarit. Helsingin kaupungin terveystieteiden raportteja No:2. Helsingin kaupungin terveystieteen laitos. Helsinki. 2003.
- Voelker Kathleen E & Rakich Jonathon S & French Richard: The Balanced Scorecard in Healthcare Organizations: A Performance Measurement and Strategic Planning Methodology. *Hospital Topics* summer 79(2001):3, s. 13-24.
- Whittington Richard: What is strategy - and does it matter? Routledge. London. 1993.
- Wiili-Peltola Erja: Sairaanhoidopiirin strategia sairaaloiden lähijohdon tulkitana. *Hallinnon tutkimus* 4(2001), s. 384-396.
- Willyerd Karie: Tasapainotettu mittaristo valmennuksen arvioinnissa. *Yritystalous* 56(2), 9-14. 1998.
- Zelman William & Pink George & Matthias Catherine: Use of the balanced scorecard in health care. *Journal of Health care Finance* summer 29(2003):4, s. 1-16.