

**HOITOTYÖN JOHTAMISOSAAMINEN JA JOHTAMISEN
OSAAMISVAATIMUKSET TULEVAISUUDESSA JULKISEN
TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAYMPÄRISTÖISSÄ**

Tampereen yliopisto

Hoitotieteen laitos

Pro gradu -tutkielma

Kevät 2007

Asta Saario

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto

Hoitotieteen laitos

Saario Asta: Hoitotyön johtamisosaaminen ja osaamisvaatimukset tulevaisuudessa julkisen terveydenhuollon toimintaympäristöissä

Ohjaajat: Professori Eija Paavilainen ja TtM, tutkija Nina Halme

Pro gradu -tutkielma, 110 sivua ja 13 liitesivua

Kevät 2007

Terveydenhuoltoon kohdistuu tulevaisuudessa valtavia muutoksia ja haasteita. Näitä ovat taloudelliset paineet, rakenteiden ja toimintamallien muutokset, laadullisten palvelujen tuottamiseen ja lisääntyviin tarpeisiin vastaaminen sekä osaamiseen ja osaamisen johtamiseen liittyvät tekijät. Palveluketjujen toimivuus ja työyhteisöjen kehittäminen yli organisaatorajojen edellyttävät sekä hoitotyön johtamiselta että henkilöstöltä monipuolista osaamista.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitotyön keskijohdon ja ylimmän johdon johtamisosaamista julkisessa terveydenhuollossa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon toimintaympäristöissä. Hoitotyön johtajilla tarkoitettiin tässä tutkimuksessa julkisen terveydenhuollon ylihoitajia, johtavia hoitajia ja vastaavissa asemissa olevia hoitotyön johtajia. Tutkimuksessa kuvattiin hoitotyön keski- ja ylimmän johdon omia käsityksiä osaamisestaan sekä läheisten yhteistyökumppanien eli osastonhoitajien ja sosiaali- ja terveydenhuollon johtoryhmien jäsenten käsityksiä hoitotyön keskijohdon ja ylimmän johdon johtamisosaamisesta ja hoitotyön johtamisen osaamisvaatimuksista tulevaisuudessa.

Elektroninen kyselylomake lähetettiin henkilökohtaisena sähköpostina kohdejoukolle (N = 203). Vastausprosentti oli 38. Tämän tutkimuksen mittari perustui pohjoismaisena (Lorensen ym. 2001) yhteistyönä laadittuun terveydenhuollon johtamisosaamisen tutkimuksissa käytetyn mittarin suomennettuun versioon, joka käsitti kaksitoista johtamisen pääosaamisaluetta (Sinkkonen ja Taskinen 2002). Tätä tutkimusta varten kehitettiin kolmanneksitoista pääosaamisalueeksi työhyvinvoinnin edistämisen pääosaamisalue. Hoitotyön johtamis-osaamisen kolmetoista pääosaamisaluetta käsittivät yhteensä 80 osaamisaluetta.

Kaikki vastaajat arvioivat viisiportaisella asteikolla hoitotyön johtajien osaamista ja osaamisvaatimuksia hoitotyön johtamisessa tulevaisuudessa. Vastaajat arvioivat hoitotyön johtajien osaamisen alemmaksi kuin osaamisvaatimukset 79 osaamisalueella. Tulokset osoittivat johtamisosaamisen kehittämistarvetta. Tutkimuksen tulokset tukevat aiemmin tehtyjä tutkimuksia hoitotyön johtamisosaamisesta. Parhaiten hoitotyön johtajat hallitsivat terveydenhuoltojärjestelmän ja hoitotyön roolin siinä. Heikointa oli tietojen ja taitojen hallinta terveystalouden muotoutumisessa. Suurin tietojen ja taitojen vaje ja siten johtamis-koulutuksen ja käytäntöjen kehittämistarve oli terveystalouden, hoidon standardien määrittämisen ja taloushallinnon osaamisalueilla. Tutkimuksessa tuotettua tietoa voidaan hyödyntää hoitotyön johtajien täydennyskoulutuksen suunnittelussa ja uusien hoitotyön johtajien rekrytoinnissa.

Avainsanat: ylihoitaja, hoitotyön johtaja, kompetenssi, osaamisvaatimukset, johtamisosaaminen, työhyvinvointi.

ABSTRACT

University of Tampere

Department of Nursing Science

Saario Asta: Leadership expertise in nursing and future demands thereon in the operating environment of public health care

Supervisors: Professor Eija Paavilainen and MNSc Nina Halme

Master's thesis, 110 pages and 13 pages of appendices

Spring 2007

In the future health care will face immense challenges and changes. These include financial pressures, structural and operational changes, the production of quality services and responding to growing needs, likewise factors pertaining to expertise and its management. The functionality of service chains and the further development of organisations over organisational borders require a wide range of expertise in nursing leadership and nursing personnel.

The purpose of the present study was to ascertain the leadership expertise of middle and senior management in the operating environments of public health care, primary health care and specialist health care. Leaders in nursing here refers to senior managers and nursing executives and managers in corresponding positions. In addition to nursing managers, the study ascertains the estimates of close co-operation partners, i.e. ward managers and members of social and health care steering groups, of the expertise in nursing leadership and the demands thereon in the future.

An electronic questionnaire was sent by electronic mail to the target group (N = 203). The response rate was 38%. The instrument of the present study was based on the Finnish version of the instrument used in a research project on nursing leadership and carried out in Nordic co-operation (Lorenzen et al. 2001). It included 12 main areas of leadership expertise (Sinkkonen & Taskinen 2002). For the purposes of the work at hand a thirteenth category, promotion of well-being at work, was developed. The 13 main areas of leadership expertise covered a total of 80 subareas of expertise.

Using a five-point scale the respondents estimated expertise and the demands for nursing leadership expertise in the future. The respondents estimated the expertise of leaders in nursing to be lower than the demands for it in 79 subareas. The findings demonstrate a need for the further development of leadership expertise. The findings moreover support earlier research findings on leadership expertise in nursing. The nursing leaders were reported to have the best command of the health care system and the role of nursing therein. The weakest reported area was skills management in the formation of health policy. The greatest need for improvement in skills and knowledge and therefore for leadership training and the need to improve practices was in the subareas of health policy, definition of standards of care and financial management. The knowledge generated by the study can be utilised in the design of continuing education for nursing leaders and in the recruitment of nursing leaders.

Key words: chief nursing executive, nursing manager, competence, expertise demands, leadership expertise, well-being at work

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	3
2.1 Johtamisen ja johtajuuden käsitteitä	3
2.2 Systeeminäkökulma hoitotyön johtamiseen	6
2.3 Hoitotyön johtajien koulutustaso	8
2.4 Hoitotyön johtamisen osaamisalueet	11
2.5 Hoitotyön johtamisen osaamisvaatimukset tulevaisuudessa	37
2.6 Yhteenveto teoreettisesta perustasta	39
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	42
4 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT	43
4.1 Tutkimusaineisto ja sen kerääminen	43
4.2 Tutkimuksessa käytetty mittari	45
4.3 Kato	49
4.4 Aineiston analyysimenetelmät	50
5 TULOKSET	52
5.1 Tutkimukseen osallistuneiden kuvaus	52
5.2 Vastaajien arvioinnit hoitotyön johtajan johtamisosaamisesta ja osaamisvaatimuksista tulevaisuudessa julkisessa terveydenhuollossa	55
5.3 Osaamisen ja tulevaisuuden osaamisvaatimusten väliset osaamisvajeet	83
5.4 Yhteenveto keskeisistä tuloksista	86
6 POHDINTA	93
6.1 Tutkimustulosten tarkastelu	93
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	97
6.3 Tutkimuksen eettiset näkökohdat	99
6.4 Johtopäätökset	100
6.5 Jatkotutkimusaiheet	101
7 LÄHTEET	103

LIITTEET

1. Saatekirje ja kyselylomake
2. Hoitotyön johtamistutkimuksia Suomessa
3. Kansainvälisiä tutkimuksia hoitotyön johtamisesta

1 JOHDANTO

Terveydenhuollossa tapahtuneet muutokset ovat muuttaneet merkittävästi hoitotyön johtajien työtä. Julkiseen hallintoon kohdistuneet muutokset ovat monipuolistaneet ja lisänneet hoitotyön johtajien työn osaamisvaatimuksia. (Lorenzen ym. 2001, Sinkkonen ja Taskinen 2002.) Julkiseen terveydenhuoltoon kohdistuneita muutoksia ovat muun muassa terveysteknologian kehitys (STM 2004a), vaatimukset näyttöön perustuvasta toiminnasta (STM 2003c) sekä väestön lisääntyneet tarpeet ja vaatimukset palvelujen laadusta. Lähitulevaisuudessa osaamista tarvitaan, kun sähköinen sairauskertomus otetaan valtakunnallisesti käyttöön vuoteen 2007 mennessä (STM 2002a). Hoitotyön johtamiseen muospaineita aiheuttaa myös meneillään oleva kunta- ja palvelurakennemuutos (STM 2005a, HE 155/2006, L 169/2007). Seutuyhteistyöllä haetaan ratkaisua tiukkenevaan kuntatalouteen järjestämällä palveluja uudella tavalla.

Toimintaympäristön muutosten hallinnan lisäksi hoitotyön johtajalta odotetaan samanaikaisesti hyvää henkilöstöjohtamisosaamista. Henkilöstöjohtamisen haasteina ovat osaamisen johtaminen, organisaatorajat ylittävien moniammatillisten kehittämistyöryhmien koordinointi ja johtaminen sekä ikäjohtaminen henkilöstön ja hoitotyön johtajien ikääntyessä. (Lorenzen ym. 2001, Halmeenmäki 2005, Saari ym. 2006.) Paineita hoitotyön johtamiseen tuo myös henkilöstöressurssien väheneminen ja henkilöstön työhyvinvoinnista huolehtiminen. (Notkola 2002, Suonsivu 2003, Syvänen 2003.)

Työhyvinvointi on laaja kokonaisuus koostuen monista ihmisen henkilökohtaiseen elämään sekä työelämään liittyvistä fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista osatekijöistä. Henkisen jaksamisen ja työhyvinvoinnin kannalta olennaisiksi tekijöiksi on nimetty tutkimusten mukaan työyhteisön toiminta ja kehittäminen, työympäristö ja työolot, työnhallinta, osaaminen, ammatillinen urakehitys ja ammattitaito, työaika- ja työjärjestelyt sekä oma fyysinen ja psyykinen terveys (Ilmarinen ym. 2003). Hyvä työhyvinvointi lisää sisäistä motivaatiota jolloin työ on laadukasta. (Suonsivu 2003.) Tulevaisuudessa organisaation menestyksen edellytyksenä ovat valmiudet jatkuvaan muutokseen ja sopeutumiseen. Jatkuva muutos edellyttää organisaatiolta oppimisen ja osaamisen mahdollistamista. (Ruohotie 2000, Sydänmaanlakka 2002, Suonsivu 2003.) Hyvällä henkilöstöjohtamisella on yhteys henkilöstön työhyvinvointiin. (Suonsivu 2003, Syvänen 2003.) Hoitotyön johtamisessa työhyvinvoinnin tukeminen on hyvin moniulotteista. Tässä tutkimuksessa työhyvinvointia

tukeva johtajuuden tarkastelu rajataan muutoksen johtamisen, osaamisen johtamisen ja ikäjohtamisen näkökulmiin.

Hoitotyön johtamisosaamista on tutkittu sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Tutkimusten painopisteenä on 1990- luvulla ollut tuottavuus-, ja tehokkuus- ja vaikuttavuustekijät. Uusimmissa hoitotyön johtamisen tutkimuksissa painottuvat edellisten rinnalla henkilöstöjohtamiseen, informaatioteknologiaan ja moniammatilliseen johtamiseen liittyvät kysymykset (Syvänen 2003, Syväjärvi 2005, Taskinen 2005). Tutkimusten mukaan vahvasti professioon sitoutuva johtajuus aiheuttaa ongelmia laajempien kokonaisuuksien johtamisessa, esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisten tiimien ja organisaatorajoja ylittävissä toiminnoissa (Kurtti-Sonninen 2003).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitotyön keskijohdon ja ylimmän johdon johtamisosaamista julkisessa terveydenhuollossa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon toimintaympäristöissä. Hoitotyön johtajilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa julkisen terveydenhuollon ylihoitajia, johtavia hoitajia ja vastaavissa asemissa olevia hoitotyön johtajia. Tutkimuksessa kuvataan hoitotyön keski- ja ylimmän johdon omia käsityksiä osaamisestaan sekä läheisten yhteistyökumppanien eli osastonhoitajien ja sosiaali- ja terveydenhuollon johtoryhmien jäsenten käsityksiä hoitotyön keskijohdon ja ylimmän johdon johtamisosaamisesta ja hoitotyön johtamisen osaamisvaatimuksista tulevaisuudessa.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Johtamisen ja johtajuuden käsitteitä

Johtamisen kokonaisuutta on yritetty jäsentää useilla erilaisilla malleilla. Selvää yhteyttä organisaation menestymisen ja käytetyn johtamismallin välillä ei ole kyetty osoittamaan, mutta kuitenkin on näyttöä siitä, että menestyvät organisaatiot käyttävät johtajiensa koulutuksessa ja organisaationsa kehittämisessä johtamismalleja enemmän kuin huonosti menestyvät organisaatiot. (Syväjärvi 2005.)

Johtaminen (management) ja johtajuus (leadership) ovat keskeiset käsitteet hoitotyön johtamisen osaamisessa. Näiden käsitteiden käytössä on usein epätarkkuutta, joskus niitä jopa käytetään toistensa synonyymeina (Lorensen ym. 2001). Vuoren (2005) mukaan hoitotyön johtamista ei tulisi erotella ihmisten johtamiseksi ja asioiden johtamiseksi, vaan se on näiden yhdistelmä, joka on johtajuutta. Asioita johdetaan henkilöstön avulla. Parhaimmillaan johtajuudessa on molemmat ulottuvuudet samassa persoonassa (Lindholm ym. 1999).

Management-käsitteellä tarkoitetaan Scoblen ja Russelin (2003) mukaan universaalia tietoutta johtamisen teorioista, malleista ja periaatteista. Keskeisen johtamistutkimuksen ja -kirjallisuuden mukaan se on osa johtamisosaamista, johtamisen teknistä taitamista ja asioiden johtamista. Asioiden johtamista tarvitaan kaikessa johtamisessa ja kaikilla johtamisen tasoilla. (Narinen 2000, Sinkkonen ja Taskinen 2002, Filerman 2003, Marquis ja Huston 2003, Scoble ja Russell 2003, Syvänen 2003, Saleh ym. 2004.) Management-käsitteestä johdettu johtajakäsite on manager. Manager johtajalla on muodollinen asema organisaatiossa ja vähintään yksi taso johdettavia (Lindholm ym. 1999, Lorensen ym. 2001). Manager-käsitteen tilalla käytetään nykyisin usein käsitteitä tiimijohtaja, projektikoordinaattori ja vastaavia nimikkeitä. Management-johtamisen toimintoja ovat keskeisesti suunnittelu, organisointi, hallinnointi, arviointi, mittaaminen ja analysointi eli POSDCORB-mallin mukaiset johtamistoiminnot. (Lorensen ym. 2001.)

Gulickin klassinen johtamisen ja hallintotyön sisältöä jäsentävä POSDCORB-malli pohjautuu Henri Fayolin 1916 esitykseen organisaatioiden yleispätevistä perustoiminnoista, joihin hallinnolliset ja johtamistoiminnot kuuluvat. Fayolin mallin mukaisia johtamistoimintoja ovat suunnittelu, organisointi, toiminnan ohjaus eli johtaminen, koordinointi ja valvonta. Gulick

täydensi hallintotehtävien klassista jaottelua siten, että POSDCORB muodostuu termeistä suunnittelu (planning), hallinto- ja toimivaltarakenteet (organizing), henkilöstöhallinto (staffing), päätöksenteko (directing), toimintojen koordinointi (coordinating), raportointi (reporting) ja taloussuunnittelu (budgeting) (Fairholm 2004). Hallinto-käsitettä (administration) käytetään usein vaihtoehtoisesti johtamisen kanssa. Hallinto ja hallintotehtävät ovat osana johtamisosaamista (Lorenzen ym. 2001).

Leadership-käsitteellä tarkoitetaan johtajuutta ja ihmisten johtamista. Se on yksilön henkilökohtaista käyttäytymistä ja taitoja. Leadershipin eli ihmisten johtamisen taitoja esiintyy hoitotyössä sekä käytännön työssä että johtamisessa. Ihmisten johtamistaidot ovat edellytyksenä tehokkaalle asioiden johtamiselle (Scoble ja Russell 2003). Motivaatio, kommunikointi ja vaikuttamisen osaaminen (tiedot ja taidot) katsotaan yleisesti kuuluvan leader- ja leadership-käsitteistöön. Leadership sisältää ihmisten väliseen vuorovaikutukseen liittyviä ominaisuuksia kuten ryhmätyön, verkostotyöskentelyn, suoran vaikuttamisen ihmisiin, motivoinnin ja innostamisen. Lorenzenin ym. (2001) mukaan leadership-käsitteestä johdettu leader ei ole sidottu organisaatioon tai tiettyyn asemaan ja leader saa alaisensa tekemään oikeita asioita. Leadership-käsite on korvannut monissa tapauksissa management-käsitteen.

Käsitteitä ammatillinen pätevyys (kompetenssi), kvalifikaatio ja kvalifikaatio-vaatimukset käytetään osin päällekkäin ja osin jopa synonyymeina toisilleen (Peltari 1997, Hildén 1999). MOT-elektronisen (2006) sanakirjaston mukaan kompetenssi (competence) määritellään käsitteillä pätevyys, kelpoisuus, toimikelpoisuus ja toimivalta. Peltarin (1997) ja Hildénin (1999) mukaan ammatillinen pätevyys eli kompetenssi tarkoittaa yksilön potentiaalista kykyä hallita tietyn ammatin toiminnallisia kokonaisuuksia. Usein synonyymeinä kompetenssille käytetään käsitteitä kvalifikaatio ja asiantuntijuus (expertness). Ne ovat kompetenssin lähikäsitteitä. Kyseiset käsitteet eivät kuvaa täydellisen kattavasti samanaikaisesti tietojen, suoriutumisen ja hallitsemisen osakokonaisuutta sekä organisaatiotoimintaa ja -käyttäytymistä. (Syväjärvi 2005.)

Kvalifikaatio (qualification) määritellään MOT-elektronisessa sanakirjastossa termeillä kelpoisuus, pätevyys, kelpuutus ja laatuhyväksyntä. Kvalifikaatiovaatimus tarkoittaa työn asettamia vaatimuksia yksilön osaamiselle. Kvalifikaatiot tarkoittavat yksittäisiä työn sisältöalueita, joista ammatillinen pätevyys koostuu (Peltari 1997).

Johtamista käsittelevässä lähdekirjallisuudessa käytetään ammatillisesta pätevyydestä oppivan organisaation yhteydessä osaaminen -käsitettä (Ruohotie 2000, Sydänmaanlakka 2002). Osaaminen (know-how) määritellään MOT:ssa käsitteillä tietämys tai taito (skill), ammattitaito ja osaaminen. Edellisestä voitaneen tehdä johtopäätös, että kompetenssi ja osaaminen ovat toistensa synonyymeja. Tässä tutkimuksessa käytetään käsitteestä kompetenssi käsitettä osaaminen.

Johtamiskirjallisuudessa esitetään erilaisia käsitteitä, joita tarvitaan johtamisen ja johtajuuden tiedoissa ja taidoissa. Tavallisimmat kirjallisuudessa esiintyvät hoitotyön johtajien tiedot ja taidot ovat asiantuntijuus, kyvykkyys, pystyvyys, osaaminen, osaamisvaatimukset, know-how, luonteenpiirteet ja pätevyys (Lorensen ym. 2001). Lorensen ym. (2001) käyttävät käsitteitä tiedot ja taidot, ja tarkastelevat taitoja kapea-alaisesti. He erottavat myös hoitotyön johtamisessa tarvittavat ja hoitotyön johtajien omaamat tiedot ja taidot eli johtamisosaamisen. Ero tulevaisuudessa tarvittavan ja tämän hetkisen osaamisen välillä on tärkeä selvittää, jotta voidaan arvioida tulevaisuuden koulutustarpeita.

Jokaisella johtajalla on kokemustensa, arvojensa ja koko persoonallisuutensa pohjalta oma hallitseva johtamistyylinsä. Perustyylin lisäksi useimmilla on vähintään yksi tukityyli, johon voi turvautua sellaisissa tilanteissa, joissa perustyyli ei näytä johtavan tuloksiin (Syväjärvi 2005). Lorensen ym. (2001) määrittelevät johtamisen kolme orientaatiota, joista ensimmäinen on ihmisiin tai tehtäviin suuntautuva orientaatio, toisena on nykytilaan tai lähitulevaisuuteen suuntautuva stabiiliorientaatio ja kolmantena orientaationa on valtaan liittyvät ulottuvuudet. Kolmannessa orientaatiossa vaikutetaan toisiin ihmisiin persoonallisella voimalla eli karismalla tai asemaan liittyvällä, muodollisella vallalla.

Johtaminen hoitotyössä on asioiden ja ihmisten johtamista. Se on merkityksellistä toiminnan tuloksellisuuden ja työyhteisön ilmapiirin kannalta. Hoitotyön johtamiselle esitetään odotuksia alaisten, hoitotyön johtajien omien esimiesten ja poliittisilta tahoilta. Vahvalta johtajalta odotetaan ihmisistä ja omista alaisista huolehtimista. Hyvä johtaja osaa tarvittaessa lähestyä alaistaan ihmisyyden kautta, kuuntelevana ja keskustelevana ihmisenä. Tukea antavia tekijöitä ovat yhteinen tasavertainen keskustelu, avoimuuden lisääminen ja yhteinen asioista sopiminen. Työntekijöiden mahdollisuus osallistua kehittämistyöhön lisää arvostuksen tunnetta ja tunne vaikuttamisen mahdollisuudesta lisääntyy. (Suonsivu 2003, Syvänen 2003,

Loppela 2004.) Osaavalla johtamisella vaikutetaan merkittävästi palvelujen tuottavuuteen, laatuun ja kustannustehokkuuteen.

Hoitotyön johtajuuteen julkisella sektorilla liittyy ominaispiirteitä, jotka erottavat sen esimerkiksi yksityisestä liikkeenjohdosta. Toiminnan luonne edellyttää hoitotyön johtajalta ammatillista osaamista (lainsäädäntö, valtakunnallinen ohjaus, tieteen innovaatiot), joilla hoitotyön tietointensiivistä asiantuntijuutta johdetaan. Johtaminen ja esimiestyö perustuvat oman työn ja oman tieteenalan erinomaiseen osaamiseen. Tämä on välttämätöntä, jotta johtaja ymmärtää kehittää oikeita asioita. Toisaalta Syväjärvi (2005) toteaa sosiaali- ja terveysalalla toimivien asiantuntijoiden toiminnan olevan liikaakin oman ammattialansa ohjaamaa, jolloin uudet työyhteisölliset toimintamahdollisuudet ovat usein estyneitä. Julkiseen toimintaan liittyy myös eettinen ja moraalinen vastuu väestöä kohtaan (verorahoitus) taloudellisena vastuuna sekä vastuu toimintojen tehokkuudesta vaikuttavuutena. Ominaista on lisäksi poliittisen päätöksenteon merkitykset toimintojen ja resurssien käytölle. Hyvät johtamiskäytännöt hoitotyössä ovat organisaation kriittisiä menestystekijöitä.

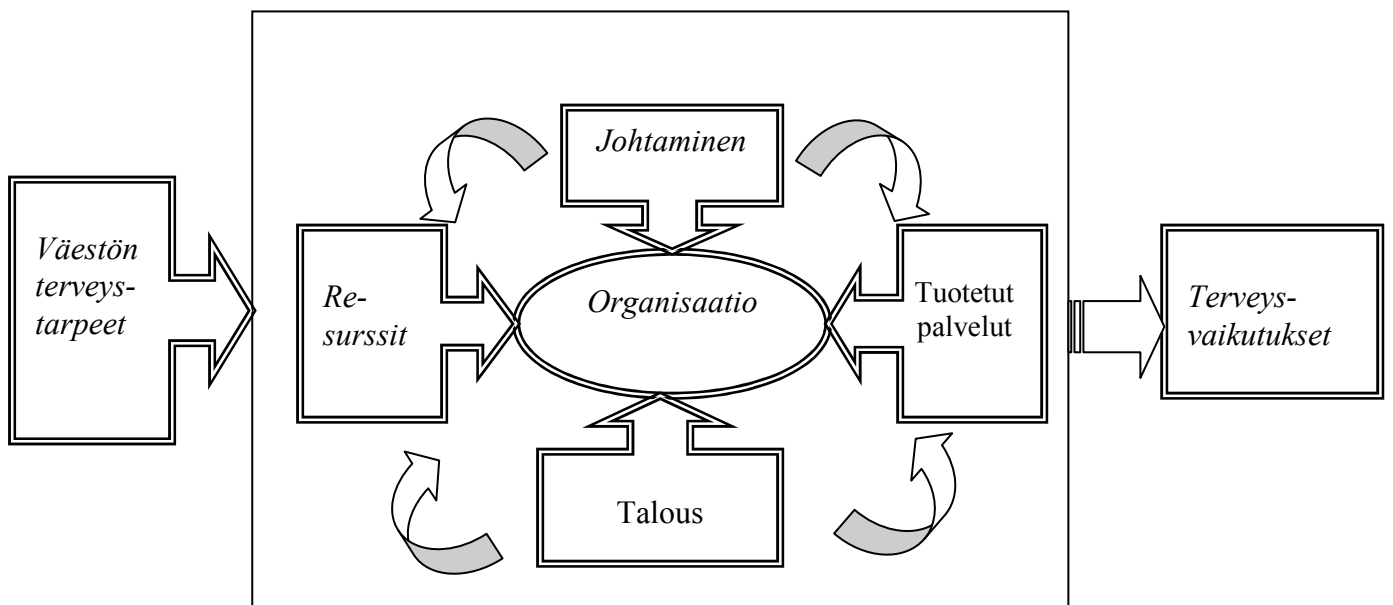
Terveystieteiden toimintayksiköiden johtamiseen kuuluu hyvien hoitotyön toimintaedellytysten luominen, toiminnan linjaaminen ja seuraaminen, arviointi ja kehittäminen (STM 2003c). Ammatillinen osaaminen on aina suhteessa johonkin tehtävään tai tilanteeseen kuten hoitotyön johtamiseen tietynlaisessa organisaatiossa ja toimintaympäristössä. Terveystieteiden toimintayksiköissä on monia tilannetekijöitä, jotka määrittävät hoitotyön johtajalta tarvittavan johtamisosaamisen sisällön ja tason (Sinkkonen ja Taskinen 2002).

2.2 Systemaattinen hoitotyön johtaminen

Hoitotyön johtajuutta ei voida tarkastella ympäristöstään irrallisena osiona, vaan se on prosessi osana yhteiskuntaa ja siinä tapahtuvaa hoitotyötä. Hoitotyön johtamisosaamisen vaatimusten operationalisointia varten on ymmärrettävä se konteksti, jossa johtaminen tapahtuu (Lorenzen ym. 2001, Sinkkonen ja Taskinen 2002, Vuori 2005). Johtamisteorioista taustalla on kontingenssiteoria eli systeemiteoria, jossa organisaation on sopeuduttava toimintaympäristöön ja löydettävä ympäristöön soveltuvat muodot. Hoitotyön johtajuudessa johtamisen ympäristössä tapahtuu alati muutosta (Sinkkonen ja Taskinen 2002), ja tässä

muuttuvassa ympäristössä hoitotyön johtajan on tilanteiden mukaan muutettava tarvittaessa johtamistyyliään vahvasta henkilöjohtajuudesta tiukkaan asioiden johtamiseen (Vuori 2005).

Tämän tutkimuksen teoreettisena perustana ja mittarissa käytettyjen kysymysten taustalla on Milton Roemerin vuonna 1991 esittämä systeemimalli, jota on käytetty myös pohjoismaisessa sekä suomalaisessa hoitotyön johtamisosaamisen tutkimuksissa. Malli sisältää seitsemän osiota (kuvio 1): väestön terveystarpeet, resurssit, johtaminen, organisaatio, taloudelliset resurssit, palvelujen tuottaminen ja terveysvaikutukset. Mallissa ilmenee, missä hoitotyön johtamista tarvitaan. Siirryttäessä systeemimallissa vasemmalta oikealle ensimmäisessä vaiheessa hoitotyön johtajan tulisi tunnistaa väestön terveystarpeet ja tavoitteena olisi saada yksilöt ja yhteisöt tunnistamaan omat terveystarpeensa. Tarveanalyysin perusteella hoitotyön johtajan tehtävänä on tuottaa ja allokoida resursseja sekä varmistaa organisaation toimintamahdollisuudet. Lopputuloksena ovat terveysvaikutukset ja niiden arviointi (Lorensen ym. 2001, Sinkkonen ja Taskinen 2002).



Kuvio 1. Kansallisen terveydenhuollon malli systeemiteorian mukaan, sen eri osa-alueet ja niiden suhde toisiinsa (mukaeltu Roemer 1991).

Perusteluna Roemerin mallin käytölle on, että liian yleisellä tasolla olevat universaalit johtamisteoriat eivät huomioi johtamisen kontekstia, vaan pitävät kaikkea johtamista samansisältöisenä. Kontingenssi- eli systeemiteoriassa otetaan huomioon organisaation ja

toiminnan erityispiirteet sekä ympäristö. Teorian mukaan kaikilla johtamisen alueilla löytyy yleinen ja erityinen johtamisen näkökulma. Sen vuoksi ei ole olemassa yleistä johtamista, johtajuutta tai organisaatiomallia, joka toimisi kaikissa tilanteissa. Alkujaan WHO:n luokittelu johtamisen osaamisalueisiin ei perustu yhteen tiettyyn johtamisteoriaan, vaan siinä on yhdistetty useita johtamisteorioita. (Lorensen ym. 2001.)

2.3 Hoitotyön johtajien koulutustaso

Hoitotyön johtamisessa itsensä kehittäminen on perustana muiden oppimisen tukemiselle. Druckerin (2001) mukaan johtajan on tunnistettava vahvuutensa ja heikkoutensa ja vain siten voi henkilökohtainen kehitys olla mahdollista.

Hoitotyön johtajille on ollut Suomessa erilaisia koulutuksia, joiden tavoitteena on ollut antaa valmiuksia toimia hoitotyön johtajina erilaisissa terveydenhuollon organisaatioissa. 1900-luvulla hoitotyön johtajuus perustui historiasta määräytyneeseen tehtävään muutosagenttina toimimiseen. Suomen ensimmäisten hoitotyön johtajien johtajuusasema 1900-luvun alussa perustui asemaan koulutuksessa, hallinnossa tai järjestöissä. Pääsyä hyvään asemaan tukivat hyvä perhetausta sekä hyvä yleissivistävä koulutus (Sorvettula 1998).

Sairaanhoitajakoulutus alkoi Suomessa vuonna 1889 ja hoitotyön hallinnollinen koulutus vuonna 1926 sairaanhoitajaoppilaitoksissa aloitetuilla kuusiviikkoisilla kasvatusopillisilla kursseilla. Aina 1960-luvulle asti ylihoitajien (hoitotyön johtajien) tehtävinä säilyivät sairaanhoidon johtaminen, määräysten noudattaminen ja henkilökunnan hyvinvointia edistävät toiminnot. Vuonna 1952 hallinnon opintolinja eriytyi yhdeksän kuukauden pituisiksi kursseiksi ja sairaanhoitajille määriteltiin pätevyysvaatimukset hallinnollisiin tehtäviin (Sorvettula 1998).

Hoitotyön johtamisen ja hoitotieteiden koulutus on kehittynyt erilaisten vaiheiden kautta nykyiseen muotoonsa niin, että hoitotyön johtotehtäviin vaadittavaa hallinnon koulutusta siirrettiin vuodesta 1979 alkaen sairaanhoito-opistoista ja terveydenhuolto-oppilaitoksista yliopistoihin. Kuopion yliopistossa alkoi ensimmäisenä Suomessa yliopistotasoinen terveydenhuollon kandidaatin tutkintoon johtava terveydenhuollon hallinnon koulutus vuonna 1979. Nykyisin terveydenhuollon ja terveystieteiden kandidaatti- ja maisteritutkintoon johtavaa koulutusta annetaan kuudessa yliopistossa: Kuopiossa vuodesta 1979, Jyväskylän

yliopistossa vuodesta 1980, Oulun yliopistossa vuodesta 1986, Tampereen yliopistossa vuodesta 1981, Turun yliopistossa vuodesta 1986 ja Åbo Akademin Vaasan koulutusyksikössä vuodesta 1987. Helsingin yliopistossa koulutusta annettiin vuosina 1983–1996. (Tervaskari 2004, Yliopistojen opinto-oppaat, 10.11.2006.)

Kysymys hoitotyön johtajien koulutuksellisista pätevyysvaatimuksista on ajankohtaista, johtuen hoitotyön johtajien ikärakenteesta ja hoitotyön johtajien virkamäärien vähenemisestä. Hoitotyön johtajien koulutustaso on noussut viimeisten vuosien aikana, mutta samalla ylihoitajien määrä on alentunut 34 prosentilla vuosien 1990–2002. Narisen (2000) tutkimus osoitti, että ylihoitajista 47 prosentilla oli opistoasteinen hallinnon tai opettajan tutkinto, korkeakoulututkinto oli 39 prosentilla ja lopuilla 14 prosentilla oli ammatillinen perustutkinto. Vuonna 2002 ylihoitajista 44 prosentilla oli ylempi korkeakoulututkinto, 33 prosentilla terveydenhuoltoalan opistoasteinen hallinnon koulutus ja 23 prosentilla muu ammatillinen koulutus (Tervaskari 2004). (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Ylihoitajien koulutus vuosina 1990, 1995 ja 2002 (Tervaskari 2004).

Tutkinnon nimi	Ylihoitajat			
	1990	1995	2002	Muutos % 1990–2002
Tohtori		5	16	
Lisensiaatti	3	10	8	167
Maisteri	88	160	270	270
Terveydenhuoltoalan hallinnon tutkinto	535	406	221	-59
Sairaanhoitaja	335	140	104	-69
Sairaanhoitaja AMK			3	
Muut yhteensä	47	50	41	-13
	1008	771	663	-34

Sairaanhoitajien koulutussäätiön ehdotuksen mukaan hoitotyön johtajilta edellytetään ylempää korkeakoulututkintoa eli yliopistotutkintoa ja terveydenhuoltoalan ammattikorkeakoulututkintoa. Koulutussäätiön ehdotuksen mukaan hoitotyön johtamisen koulutusmäärää tulee lisätä ja hoitotyön johtamisen koulutusta tulee edistää perustamalla hoitotyön johtamisen professuureja yliopistoihin (Tervaskari 2004). Opetusministeriön asettama työryhmä ehdotti sosiaali- ja terveystieteiden moni-ammattillisen johtamiskoulutuksen kehittämiseksi systemaattista jatkumoa, jossa on kolme tasoa. Ensimmäinen taso (30 op) sisältyy ylempään ammattikorkeakoulu-tutkintoon ja terveystieteiden maisteritutkintoon ja

antaa valmiudet lähijohtajan tehtäviin, toinen taso (30 op) suoritetaan täydennyskoulutuksena ja antaa valmiudet keski- ja ylemmän johdon tehtäviin ja kolmas taso (30 op) suoritetaan myös täydennyskoulutuksena ja se antaa valmiudet ylemmän johdon tehtäviin. Johtamisopintojen laajuus on kokonaisuudessaan 90 opintopistettä. Sisällöltään laaja-alainen ja moniammatilliseen yhteistyöhön perustuva johtamiskoulutus antaa suunnittelulle ja hallinnalle aiempaa paremman perustan (OM 10/500/2005).

Hoitotyön johtajien koulutuksen laatuun on kiinnitettävä huomiota, sillä hoitotyön johtamisosaamista on kritisoitu sekä kansallisissa että kansainvälisissä tutkimuksissa. Tutkimusten mukaan johtamisosaamisen puute on esteenä kehitykselle ja vanhentuneet toimintamallit lisäävät kustannuksia. Hoitotyön johtamisessa ei enää riitä kapea-alainen, oman ammattialan asiantuntijuus ja kokemusperäinen pätevyys, vaan tarvitaan laaja-alaista osaamista. Ammatilliseen senioriteettiin perustuva johtaminen ei myöskään tue uusia toimintamalleja kuten tiimityöskentelyä, moniammatillisten yksiköiden tai asiantuntijayksiköiden johtamistarpeita. Yhteiskunnassa tapahtuu jatkuvasti muutoksia ja ne vaikuttavat myös hoitotyön ympäristöihin ja johtamiseen. Vanhentuneet toimintamallit estävät myös rakenteiden uudistamista ja lisäävät myös siten kustannuksia. (Filerman 2003, Marquis ja Huston 2003, Syväjärvi 2005.) Tulevaisuuden johtamisen osaamisvaatimuksissa arvostetaan innovatiivisuutta ja kykyä uudistua jatkuvassa muutoksessa. (Peltari 1997, Nousiainen 1998, Hildén 1999, Meretoja 2003, Simoila 2003, Vuori 2005.)

Ammatillinen osaaminen on aina suhteessa johonkin tehtävään tai tilanteeseen, kuten hoitotyön johtamiseen tietynlaisessa organisaatiossa ja toimintaympäristössä. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan hoitotyön johtamisosaamisen eri osaamisalueita (johtamisen 13 pääosaamisaluetta) suhteessa hoitotyön johtamiseen julkisissa perus- ja erikoissairaanhoidon toimintayksiköissä yhden sairaanhoitopiirin alueella. Osaamisalueita kuvataan suhteessa valtakunnalliseen ohjaukseen ja aiemmin tehtyihin tutkimuksiin.

2.4 Hoitotyön johtamisen osaamisalueet

Hoitotyön rooli terveydenhuoltojärjestelmässä

Suomessa hoitotyön johtajuus julkisessa terveydenhuollossa on hoitotyön johtamisosaamista sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon toimintaympäristöissä osana ympäröivää yhteiskuntaa. Kansalliset terveydenhuoltojärjestelmät muodostavat johtamisosaamisen vaatimusten viitekehyksen. Terveydenhuollossa johtajuus on konteksti- ja tilannesidonnaista, josta johtuen väestön terveystarpeiden tunnistaminen muodostuu yhdeksi tiedon ja taidon vaatimukseksi (Lorensen ym. 2001). Suurin ero muuhun johtamiseen on kuitenkin siinä, että hoitotyön johtajuuden kontekstissa ei ole tavoitteena taloudelliset päämäärät. Hoitotyön tarkoituksena ja tavoitteena on lisätä väestön terveyttä, poistaa terveysongelmia ja toisaalta tarkoituksena on olla läsnä, poistaa kipua ja kärsimystä. Erityispiirteenä hoitotyössä ja sen johtamisessa on lisäksi vaatimus kyvystä käsitellä jatkuvaa kuoleman läsnäoloa. (Vuori 2005.) Nämä erityispiirteet ja niiden kulttuuriset käsittelytavat ovat hoitotyön johtamiseen ja esimiestyöhön liittyviä tilannetekijöitä.

Suomessa kansalaisilla on perustuslakiin pohjautuva yhtäläinen oikeus saada terveydenhuollon palveluita. Kuntien vastuulla on järjestää kuntalaisille sosiaali- ja terveyspalvelut ja maksaa palveluiden tuottamisen kustannukset. Kuntien asukkailtaan keräämillä kunnallisveroilla rahoitetaan terveydenhuollosta noin 43 %, valtionosuuksilla katetaan 17 % ja sairausvakuutuksella 16 %. Suorilla asiakasmaksuilla katetaan 20 % menoista. Kunnat voivat itse päättää, miten kohdistavat valtionosuutensa. (Saranummi ym. 2005.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen vaikuttavat ensinnäkin kansallinen ohjaus, esimerkiksi Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma ja Kansallinen terveyshanke, toiseksi kuntalaki ja kolmanneksi sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädäntö. Lait määrittelevät keskeiset kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon palvelut, jotka kuntien on järjestettävä. Lain mukaan kunta voi järjestää palvelut tuottamalla itse, tuottamalla yhteistyössä toisten kuntien kanssa tai ostaa palvelut esimerkiksi yksityiseltä palveluntuottajalta. Perusterveydenhuollon palvelut tuotetaan kuntien ja kuntayhtymien omistamissa terveyskeskuksissa, erikoissairaanhoidon palvelut ostetaan kuntien omistamalta sairaanhoitopiiriltä (Erikoissairaanhoidolaki 1989/1062, Kuntalaki 1995/365, KTL 1972/66 ja

2005/928). Erityistason sairaanhoidon järjestämistä varten maa on jaettu sairaanhoitopiirien lisäksi erityisvastuualueisiin. Kuhunkin erityisvastuualueeseen kuuluu sellainen sairaanhoitopiiri, jonka alueella on lääkärikoulutusta antava yliopisto (Erikoissairaanhoitolaki 1989/1062 § 9, HE 155/2006).

Kuntien terveydenhuollon resursseista runsas kolmannes käytetään perusterveydenhuoltoon ja kaksi kolmannesta erikoissairaanhoitoon. Vanhusten hoitoon ja hoivaan kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon taloudellisista resursseista menee kolmannes. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottaa Suomessa julkisen sektorin lisäksi myös yksityinen ja kolmas sektori. Kuntaliiton tekemässä vertailussa suurten kaupunkien terveydenhuollon kokonaiskustannukset jakautuivat melko tasaisesti perusterveydenhuoltoon (49 %) ja erikoissairaanhoitoon (51 %). (Lahtinen ja Mikkola 2006.)

Hoitotyön johtaminen on osa organisaation johtamisjärjestelmää. Johtamisjärjestelmä voidaan jakaa kolmeen osaan: ylimpään, keski- ja lähijohtotasoon. Keskijohdolla tarkoitetaan, että sen alapuolella on vähintään kaksi hierarkkista tasoa ja lähijohtajan alapuolella on vähintään yksi hierarkkinen taso. (Isosaari 2006.) Hoitotyön johtajilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa hoitotyön keskijohtoa (ylihoitajat ja vastaavat) ja ylintä johtoa (johtavat hoitajat ja vastaavat). Osastonhoitajat edustavat lähiesimiestasoa. Organisaatioiden ylimmät johtoryhmät edustavat oman sektorinsa ylintä johtoa.

Hoitotyön organisaatorakenteen määrittely

Hoitotyön organisaatorakenteen määrittäminen käsittää organisaation toiminnan tarkoituksen ja voimavarojen selvittämisen sekä sen jälkeen toiminnan organisoinnin niin, että toiminta on joustavaa ja kaikki osapuolet tietävät vastuu- ja tehtäväalueensa. (Lorensen ym. 2001.) Terveydenhuollon ohjausjärjestelmän muutokset ja taloudellisten voimavarojen väheneminen ovat aiheuttaneet 1990-luvulta alkaen muutoksia organisaatioiden rakenteisiin. Samanaikaisesti hoitotyön hallintoa on kevennetty ja johtajien määrä on vähentynyt julkisessa terveydenhuollossa, mikä on vaikuttanut hoitotyön johtajien asemaan ja sen määrittelyyn organisaatiossa. Osastohoitajien määrät ovat myös vähentyneet viimeisten kymmenen vuoden aikana 15 prosentilla, osastonhoitajia oli vuonna 2002 kuntasektorilla 5 810 (Simoila 2003). Hoitotyön hallinnon kevenemisen ja esimiesten määrän vähenemisen vuoksi vastuuta on

siirretty ylihoitajilta osastonhoitajille. (Narinen 2000, Sinkkonen ja Taskinen 2002, Filerman 2003, Scoble ja Russell 2003.)

Hoitotyön keski- ja ylimmän johdon tehtävät määritellään usein organisaation johto- ja hallintosäännöissä. Hoitotyön johtaja on johtajan roolissaan työnantajan edustaja ja hänen tehtävänsä on toimia organisaation tavoitteiden suuntaisesti. Selkeästi määritetyt tavoitteet, yhteinen näkemys asioista, vastuun rajoista sopiminen ja toimintaedellytykset helpottavat eritasoisten hoitotyön johtajien keskinäistä työnjakoa (Tervaskari 2004, Keskinen 2005). Aloitteleva ja etenkin omasta työyhteisöstä hoitotyön johtajaksi noussut tarvitsee enemmän tukea uuden asemansa vuoksi kuin muut (Tschudin ja Schober 1998, Sillanpää 2001).

Valta ja johtaminen kuuluvat yhteen, koska valta antaa johtamistoiminnalle pohjan. Organisaatioissa on osattava toimia oikein, jotta voisi vaikuttaa. (Isosaari 2006.) Organisaatioissa valta kanavoituu auktoriteetti-, ideologisen, asiantuntija- ja poliittisen järjestelmien kautta. Yhtenä vaikuttamisen väylänä on aktiivinen osallistuminen organisaation päätöksentekofoorumeihin, joista yhtenä voidaan nähdä organisaation ylimmät johtoryhmät. Suonsivun (2004) tutkimuksen mukaan hoitotyön johtajien vaikutusmahdollisuudet olivat tiiviissä yhteydessä hoitotyön johtajien tehtäviin, rooliin ja asemaan. Johtajien asemaa ja vaikutusmahdollisuuksia kuvailtiin osin riittämättömiksi. Riittämättömyydellä tarkoitettiin suppeata päätöksenteko-oikeutta ja esittelyoikeuksien puuttumista esimerkiksi sosiaali- ja terveyslautakunnassa ja johtoryhmissä. Hoitotyön johtaja vastaa oman tehtäväalueensa kokonaisuudesta budjettivastuuta myöten. Ruotsalaisyhteiskunnan tutkimuksen mukaan hoitotyön johtajien tulisi entistä aktiivisemmin osallistua johtoryhmien työskentelyyn sekä olla paremmin tietoisia eri tieteenalojen kehitystyöstä ja ympäröivässä yhteiskunnassa tapahtuvista muutoksista. (Lindholm ym. 1999.)

Hoitotyön johtamisessa vaikutusmahdollisuuksia lisäävät laajat tiedot ja taidot, hoitotyön sisällön osaaminen ja kokemus, monipuolinen ammatillinen koulutus ja jatkuva täydennyskoulutus sekä argumentointitaidot. (Lindholm ym. 1999, Suonsivu 2004 ja Isosaari 2006.) Hyvään johtamiseen on aina liitetty kyky oman näkemyksen luomiseen ja myös taito toimia ja tehdä päätöksiä itsenäisesti. Työelämän demokratisoitumisesta ja tiimiorganisaatioihin siirtymisestä huolimatta hoitotyön johtaja viime kädessä joutuu tekemään ja vastaamaan monista päätöksistään yksin. Organisaation paineissa hoitotyön johtajat jäävät herkästi vaille vuorovaikutusta. Siten heillä on vähäisemmät mahdollisuudet

purkaa paineitaan ja kehittää omia vuorovaikutustaitojaan työyhteisössään. Johtoasemassa olevan ihmissuhdetaitoihin kohdistetaan usein keskimääräistä suurempia odotuksia ja vaatimuksia. Keskinen (2005) painottaa sekä esimiesten että alaisten vastuuta työyhteisön vuorovaikutussuhteissa. Molempien on hallittava roolinsa työyhteisössä, siten vuorovaikutus toimii sujuvasti, luontevasti ja selkeästi.

Hoitotyön palvelujen jatkuva kehittäminen vastaamaan väestön terveystarpeita edellyttää ympäröivässä yhteiskunnassa tapahtuvien väestön terveyteen vaikuttavien ilmiöiden seuraamista. Palvelujen riittävydessä on kysymys siitä, miten hyvin palveluntarjonta peittää palvelutarpeen toimialueella esimerkiksi jonojen pituudet. Arviointia voidaan toteuttaa mittaamalla palvelun riittävyttä kohderyhmittäin ja alueellisesti, asiakkaiden ja palvelun tarvitsijoiden määrää, palveluja jonottavien ja saavien määrää sekä asiakkaille koituvia hyötyjä ja haittoja. Kohdentuvuuden arvioinnilla tarkoitetaan, kohdistuvatko palvelut oikein niitä tarvitseville. (Silvennoinen-Nuora 2006.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden rakenteelliset muutostarpeet perustuvat valtakunnallisiin terveydenhuollon suunnitelmiin. Niissä painotetaan organisaatioiden välistä laajaa yhteistyötä. Kansallisen terveystarpeiden keskeisenä tavoitteena on turvata hoitoon pääsy, lisätä erikoissairaanhoidon työnjakoa ja yhteistyötä sairaanhoitopiirien sisällä ja välillä sekä organisoida perusterveydenhuoltoa seudullisesti suuremmiksi kokonaisuuksiksi sekä korostaa ennaltaehkäisevän työn merkitystä ja perusterveydenhuollon toimivuutta. (STM 2002a.) Lisääntynyt yhteistyö organisaatioiden välillä ja seutuyhteistyö lisäävät myös muutostarpeita johtamiseen.

Terveyspolitiikan muotoutuminen

Suomen terveystarpeiden tavoitteena on lisätä ihmisten terveyttä ja toimintakykyistä elinaikaa, turvata jokaiselle mahdollisimman hyvä elämänlaatu sekä vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja ja ennen aikaista kuolleisuutta. Tämä edellyttää terveystarpeiden ottamista huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Terveyden on oltava osa yhteiskuntapolitiikkaa (STM 2002a).

Terveydenhuollon perustana ovat ehkäisevä terveydenhuolto ja hyvin toimivat, koko väestön saatavissa olevat terveystarpeet. Tavoitteena on psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen

toimintakyvyn ylläpito ja parantaminen, terveydelle on luotava pohja riittävän varhain. Terveyspolitiikassa painotetaan toimivaa perusterveydenhuoltoa ja työterveyshuoltoa, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon oikeaa työnjakoa, avo- ja laitoshoidon oikeaa suhdetta sekä ympäristöterveyden parantamista (STM 2002a).

Kotimaisten ja kansainvälisten arvioiden mukaan Suomen terveystalouden on toteutunut valittujen toimintalinjojen mukaisesti. Väestön terveydentila on parantunut, mutta väestöryhmien välillä on edelleen terveyseroja. Myös palvelujen alueelliset ja sisällölliset erot asettavat haasteita terveystaloudelle. (STM 2001, 2003c.)

Terveystalouden muotoutumiseen vaikuttavia kansallisia ohjelmia ovat:

- Terveystalouden 2015- kansanterveysohjelma, Valtioneuvoston periaatepäätös Terveystalouden 2015- kansanterveysohjelmasta
- Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi, Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007, Terveystalouden ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä – Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007
- Kunta- ja palvelurakennemuutos vuoden 2012 loppuun asti.

Terveystaloudessa valitaan keskeiset tavoitteet, joiden saavuttamiseksi valitaan tilanteeseen sopivimmat tavoitteet ja keinot. Hoitotyön johtamisessa on tarkoituksena vaikuttaa organisaatiossa, paikallisella ja valtakunnallisella tasolla terveydenhuollon linjauksiin niin, että tuodaan esiin asiakkaiden tarpeet sekä henkilöstön resurssit ja tarpeet. Terveystalouden ymmärtäminen on tärkeä osa-alue hoitotyön johtajan osaamisessa. Hoitotyön johtajan on tunnettava terveystalouden toteutusprosessi kaikilla tasoilla. Terveystaloudella vaikutetaan siihen, miten hoitotyön tietämys, näkökulma ja arvot tulevat perustaksi kansallisille, paikallisille ja organisatorisille päätöksenteoille. Johtamisosaamisessa se on myös ajoituksen hallintaa, tekniikkaa ja tahtoa. (Lorenzen ym. 2001.) Pohjoismaissa tehdyissä hoitotyön johtamistutkimuksissa tuli yhdensuuntaisesti esiin hoitotyön johtajien puutteelliset terveystalouden tiedot. (Lindholm ym. 1999, Lorenzen ym. 2001, Sinkkonen ja Taskinen 2002, Suonsivu 2004.)

Voimavarojen ja palvelujen suunnittelu

Yhtenä perinteisimmistä johtamisen osaamisalueista on toiminnan suunnitteluprosessi. Organisaatioissa pitkän tähtäimen suunnittelu on strategista suunnittelua. Strateginen suunnittelu on organisaation yhteinen tavoitetilä, johon eri osaprosessit soveltavat oman toimintansa suunnittelun. (Lorensen ym. 2001.) Hoitotyön johtamisen periaatteet määräytyvät organisaation strategisista tavoitteista. Nämä tavoitteet konkretisoidaan hoitotyön tavoitteiksi ja toimenpiteiksi toimintayksiköiden hoitotyön toimintasuunnitelmissa. Strategisen johtamisen periaatteena on Kaplanin ja Nortonin (2002) mukaan, että koko henkilöstö osallistuu strategiatyöskentelyyn. Strateginen johtaminen perustuu oppimisen ja osaamisen arvostamiseen. Se on kykyä nähdä millaisia strategioita, tehtäviä ja toimintoja tulisi kehittää, sekä kykyä suunnitella prosesseja ja kehittää rakenteita ja kulttuuria, jotka tukevat osaamisen kehittämistä. Strategisessa johtamisessa tarvitaan tarkkaa pohdintaa strategisesta toiminnasta, jotta voidaan luoda mahdollisimman hyvä toimintasuunnitelma organisaation toiminnalle. (Ruohotie 2000.)

Suomessa väestön terveydentila ja hyvinvointi on lisääntynyt, mutta samanaikaisesti se on jakautunut epätasaisesti eri väestöryhmien kesken. Hoitotyön johtamisen haasteena onkin toisaalta tunnistaa väestön terveysuhkia ja toisaalta myös tunnistaa väestön voimavarat terveysuhkien tai -haittojen ehkäisemiseksi. Voimavarojen ja palvelujen suunnittelun tulee perustua alueen väestön demografiseen tuntemukseen. Väestötietojen perusteella voidaan todeta riittämättömät palvelut ja luoda edellytyksiä puutteiden korjaamiseksi (STM 2003c).

Hoitotyön suunnitelmallisessa johtamisessa korostuu strateginen johtaminen. Hoitotyön johtajan tulee sovitaa väestön tarpeista nousevat hoitotyön kehittämisen strategiset tavoitteet paikallisten, alueellisten ja valtakunnallisten strategioiden mukaisesti. Toisaalta näyttöön ja tietoon perustuvan hoitotyön kehittämisessä on myös mahdollisuus vaikuttaa alueellisten ja valtakunnallisten strategioiden kehittämiseen. (Lorensen ym. 2001, STM 2003c, Tervaskari 2004.)

Standardien määrittely ja laadun parantaminen

Laatujohtamisella tarkoitetaan organisaation johtamista siten, että sen toiminnassa ja tuloksissa näkyy laatu (laatusanasto 2005). Lorensenin ym. (2001) mukaan tämä osaamisalue on suhteellisen uusi alue johtamisessa. Asiakaslähtöisessä palvelussa korostuvat vaatimukset palvelun laatuun.

Hoitotyössä hyvään laadunhallintaan pyritään muun muassa hoitotyön eri osa-alueiden standardien ja kriteerien määrittämisellä. Taloudellisten ja henkilöstöresurssien niukentuessa on hoitotyön prosessit hoidettava yhä tehokkaammin, joten standardien määrittely on välttämätöntä. Kriteerit ja standardit takaavat prosessien tasalaatuisuuden ja helpottavat täten prosessien arviointia esimerkiksi ostopalveluja käytettäessä. Hoitotyössä standardeja kehitetään organisaatioiden sisäisesti, mutta myös valtakunnallisesti, esimerkiksi sairauskertomuksen rakenteita kehitetään hoitotyön kirjaamishankkeessa. Resurssien niukkeneminen lisää hoitotyön johtajan haastetta johtaa laadukkaiden palvelujen tuottamista. (Sihvola ym. 2001, STM 2002a.)

Hoitotyössä muun muassa sairaanhoitajien osaamisvaatimukset on standardoitu, sillä yhteiskunnallinen kehitys ja terveydenhuollon muutokset ovat vaikuttaneet hoitohenkilöstön työhön ja sitä kautta myös pätevyyteen ja osaamisvaatimuksiin. Sairaanhoitajien osaamisvaatimuksia on selvitetty useissa tutkimuksissa. Tutkimusten mukaan sairaanhoitajan työssä ei riitä enää kapea-alainen, kokemusperäinen pätevyys, vaan tarvitaan laaja-alaista osaamista. Tämän päivän osaamisvaatimuksissa arvostetaan innovatiivisuutta ja kykyä uudistua jatkuvassa muutoksessa (Pelttari 1997, Nousiainen 1998, Hildén 1999, Simoila 2003). Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys koostuu yksittäisistä työn sisältöalueista eli kvalifikaatioista (Pelttari 1997, Meretoja 2003). Edellä mainituissa tutkimuksissa eri tutkijat ja asiantuntijat ovat päätyneet samansuuntaisiin sairaanhoitajan osaamisvaatimuksiin. Henkilöstön koulutuksen suunnittelu, järjestäminen ja seuranta liittyvät kiinteästi strategiseen johtamiseen ja laadunhallintaan toimintayksikön perustehtävän ja toiminnan kehittämisen sekä niiden edellyttämien ammatillisten valmiuksien mukaisesti.

Voimavarojen kohdentaminen ja ohjaus hoitotyössä

Tämä osaamisen alue tarkoittaa hoitotyön johtamisen osaamista monelta eri alueelta, joissa tietoa ja taitoa vaaditaan. Voimavarojen kohdentamiseen (allokointi) ja hoitotyön ohjaukseen kuuluvat hyvien hoitotyön toimintaedellytysten luominen, toiminnan linjaaminen ja seuraaminen, arviointi ja kehittäminen (STM 2003c, 73).

Eriasteisten hoitotyön johtajien vastuiden jaolla voidaan järkevöittää hoitotyön johtamista. Lähijohtajat (osastonhoitajat) vastaavat operatiivisesta johtamisesta sekä lyhyen (päivittäisen) että pitkän aikavälin tavoitteiden saavuttamisesta. He vastaavat palvelujen saatavuudesta ja niiden asianmukaisuudesta. Hoitotyön keskijohto (ylihoitajat) vastaa henkilökunnan osaamisesta ja sen kehittymisestä, toimintaedellytysten luomisesta sekä näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisestä. Ylin, strateginen johto (johtavat ylihoitajat) on vastuussa organisaation tehtävän ja toiminnan perustasta, strategisesta johtamisesta sekä suhteista sidosryhmiin. Ylin johto varmistaa organisaation ja henkilöstön jatkuvan uudistumisen ja muutosvalmiuden. (Ruohotie 2000, STM 2003c).

Päämäärättömyys, toiminnan epäselvät linjaukset ja heikko johtaminen lisää ilmapiiriongelmiä sekä työn henkistä ja fyysistä kuormittavuutta. Syvänen (2003) tutki sisäisen tehottomuuden vaikutuksia vanhustenhuollon organisaatioissa. Syyt sisäiseen tehottomuuteen olivat hänen mukaansa moninaiset. Tutkimuksessaan Syvänen löysi tehottomuuden ytimeksi puuttumattomuuden. Henkilökunnan motivointi arvioitiin erittäin tärkeäksi osaamisalueeksi pohjoismaisessa hoitotyön johtajien tutkimuksessa (Lorenzen ym. 2001). Tosin suomalaisilla hoitotyön johtajilla oli juuri henkilöstön motivoinnissa suurin osaamisen puute. (Syvänen 2003, Kanste 2005.)

Tiedonkulun varmistaminen ja kommunikointi

Sitä toimintaa, jolla johtotehtävissä olevat pyrkivät ohjaamaan alaisiaan on johtamisviestintää. Käsite liittyy viestinnän johtamisen keskeiseksi välineeksi ja johtamisen uudet haasteet luovat haasteita esimiesten viestintävalmiuksien monitahoiseksi kehittämiseksi. Viestintävalmiuksiin liittyvät myös keskustelutaito sekä uusien viestimien käyttö. (Salminen 2001.) Kommunikointi on kaikkein tärkein yksittäinen taito asioiden ja ihmisten johtamisessa. Kommunikointi sisältää paljon muutakin kuin kommunikaatiotaidot. Kommunikointi-

osaamisalueen vaatimukset ovat tietämys ja taidot ylläpitää, kehittää ja käyttää informaatiota. Se on myös kykyä hyödyntää erilaisia informaatiojärjestelmiä arvioinnissa, seurannassa ja toiminnan suunnittelussa. (Lorensen ym. 2001.) Hoitotyön johtamisessa se tarkoittaa muun muassa modernin informaatio-tekniikan ymmärtämistä ja hallintaa, organisaatioviestintää sekä johtamisviestintää. Hoitotyön johtajan on hallittava organisaatioviestinnän osa-alueet, joita ovat sisäinen tiedotus, ulkoinen tiedotus ja tiedonkulku. (Kauhanen 2003.)

Hoitotyössä sisäisen viestinnän osaamisalueita ovat muun muassa henkilöiden välinen kommunikointi, hoitotyön suullinen ja kirjallinen viestintä, potilastietojärjestelmien hallinta ja organisaation toiminnan arviointi. Sisäisellä viestinnällä on suuri merkitys työilmapiirin luomisessa. Työilmapiiri puolestaan vaikuttaa työtuloksiin ja edelleen asiakastytyvyyteen. Tämän vuoksi hyvin toteutettu sisäinen viestintä on organisaation menestystekijä. (Kauhanen 2003.) Organisaation ulkoista viestimistä tarvitaan esimerkiksi eri organisaatioiden yhteisissä kehittämishankkeissa tai potilaan siirtyessä hoitolaitoksesta toiseen.

Hoitotyön viestinnässä manuaalisten tietojärjestelmien kehittämistä ei pidetä tärkeänä, koska sähköisen järjestelmän kehittäminen on varsin pitkällä Suomessa (STM 2002a). Silvennoinen-Nuoran (2006) tutkimuksen mukaan nykyisin käytössä olevissa potilastietojärjestelmissä ei ole mittareita eikä arviointien kirjaamista varten esimerkiksi yhteenvetotaulukoita. Sähköisten potilastietojärjestelmien uskotaan parantavan vaikuttavuusarviointia. Sähköisten potilastietojärjestelmien tiedoilla on erittäin paljon käyttöarvoa, muun muassa potilaan jatkohoitosuunnitelmissa, organisaatioiden toimintasuunnitelmissa sekä taloudellisten resurssien suunnittelussa ja budjetin perusteluissa. Erityisen tärkeinä tulevaisuudessa nähdään vaikuttavuusarviointitiedot, joita voidaan hyödyntää henkilöstöresurssien, ajankäytön ja osaamisen määrittelyissä. (Silvennoinen-Nuora 2006.)

Johtamisosaamisen inhimillisen osaamisen lisäksi sosiaalisella pääomalla on tärkeä merkitys. Syväjärven (2005, 36–37) mukaan sosiaalisella pääomalla tarkoitetaan sosiaalisten suhteiden ulottuvuuksia, kuten sosiaalisia verkostoja, normeja, luottamusta ja sitoutumista. Sosiaalisen pääoman on katsottu edistävän työyhteisön jäsenten välistä vuorovaikutusta ja toimintojen yhteensovittamista. Sosiaalisen pääoman konkreettinen merkitys korostuu osana inhimillistä pääomaa esimerkiksi johtamiskäytänteiden arvioinneissa. Hoitotyön johtajan työ sisältää paljon henkilöstöhallintoon liittyviä tehtäviä, joissa tarvitaan sosiaalista pääomaa. Vuorovaikutustaidot ovat tulevaisuudessa keskeistä johtamisosaamista. Yhteistyökumppanien

arvioiden mukaan hoitotyön johtajien tulisi kehittää erityisesti argumentaatiotaitojaan (Lindholm ym. 1999).

Taloushallinto

Taloushallinto kuuluu johtamisen perustoimintoihin. Hoitotyön johtamisen näkökulmasta siihen kuuluvat toiminnan talouden suunnittelu, resurssien suunnitelmallinen hyödyntäminen ja toiminnan taloudellisuuden arviointi. Terveystalouksessa on 1990-luvulta alkaen kiinnitetty erityistä huomiota taloudellisuuteen sekä tuottavuuteen ja samalla toimintojen kustannustietoisuus on kasvanut. Vaikuttavuutta on perinteisesti perusteltu ja tutkittu talouden näkökulmasta (Lorensen ym. 2001, Lähdesmäki 2003). Vaatimukset näyttöön perustuvasta hoitotyöstä ja terveydenhuollon prosessien läpinäkyvyydestä New Public Management -ideologian mukaisesti ovat lisänneet vaatimuksia kustannusvaikuttavuus-, kustannustehokkuus- ja kustannuslaatu-analyyseistä. (Lorensen ym. 2001, Lähdesmäki 2003, Linnakko 2005.)

Terveystalouksen palvelujen vaikuttavuutta voidaan tarkastella taloustieteellisesti, terveystaloustieteellisesti, toimintoperustaisesti tai yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Taloustieteellisessä ajattelussa painotetaan panos-tuotos-keskeisyyttä, jonka jälkeen vaikuttavuus määritetään tavoitteiden saavuttamisen asteena. Vaikuttavuus määritetään usein rinnakkaiseksi käsitteeksi taloudellisuudelle ja tuottavuudelle. Taloustieteellisessä tarkastelussa jäävät henkilöstö-, prosessi- ja asiakasnäkökulmat vähemmälle tarkastelulle. Terveystaloustieteessä tarkastellaan saadaanko sovituilla kustannuksilla tavoiteltua terveyshyötyä. Terveystalouksen perimmäinen tavoite on palvelutoiminnan vaikuttavuus (effectiveness). Terveystaloustieteessä keskeistä ovat kustannus-vaikuttavuus ja kustannus-hyötyasetelmat. Toimintoperustaisessa ajattelutavassa korostetaan kustannuslaskennan (Activity-Based Costing ABC) ohella prosessinäkökulmaa ja palveluprosessien analysointia. ABC-analysoinnin avulla voidaan tehdä palveluprosessit ja yhteisön toiminta kustannuksiltaan näkyviksi. Toimintolaskenta voidaan kytkeä tasapainoiseen onnistumisstrategiaan (BSC) ja sitä käytetään loogisuuden vuoksi myös terveydenhuollon kustannusten laskennassa. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta vaikuttavuuteen sisältyvät palvelujen riittävyys, kohdentuvuus ja kustannus-vaikuttavuus, joita arvioidaan asiakasvaikutusten ja erilaisten tilastojen ja tietokantojen avulla (Silvennoinen-Nuora 2006).

Ongelmana terveystaloustieteessä ja terveydenhuollon kustannusten tarkastelussa ja tehokkuuden laskelmissa on se, että sairauden hoidon kokonaiskustannukset muodostuvat monista tekijöistä. Arvioinnissa on otettava huomioon epävarmuuksia ja riskejä, jotka vaikeuttavat vaikuttavuuden arviointia. Silvennoinen-Nuoran (2006) tutkimuksen mukaan vaikuttavuuden arviointi ei ole yleistynyt, koska arvioinnin toimintatapoja ei vielä tunneta riittävästi, toisaalta syyksi arvioidaan ajanpuutetta. Nykyisin käytössä olevat manuaaliset potilastietojärjestelmät eivät myöskään tue hoitotyön vaikutusten ja vaikuttavuuden arviointia, mikä on merkittävä selitys arvioinnin vähäisyydelle (Silvennoinen-Nuora 2006).

Vaikuttavuuden arviointi koetaan vaikeaksi, koska käsitteet koetaan vaikeiksi ja vaikuttavuuden arvioinnin toteutustapoja ei tunneta. Useiden tutkimusten mukaan terveydenhuollon johtamiselle taloudellisuusvaatimus-analyysit ovat muodostuneet ongelmalliseksi, sillä johtamisosaamisessa on juuri tällä alueella todettu olevan puutetta (Sinkkonen ja Taskinen 2002, Filerman 2003, Linnakko 2005). Hoitotyön johtajat kokivat tarvitsevänsä lisäkoulutusta erityisesti kustannushyöty- ja kustannustehokkuus-analyysien osaamisessa (Lorensen ym. 2001, Sinkkonen ja Taskinen 2002). Vaikuttavuuden arvioinnin käytännöissä tarvitaan lisätietoa kaikilla tahoilla ja tasoilla (Silvennoinen-Nuora 2006).

Talousarvion (budjetin) suunnittelu, tarvittavien esitysten eteenpäinvienti, talousarvion toteutumisen seuranta ja arviointi on hoitotyön johtajien keskeisiä tehtäviä. Lorensenin ym. (2001) mukaan hoitotyön johtajat kokivat, ettei heillä ole juurikaan vaikutusmahdollisuuksia budjettiin. Toisaalta Linnakon (2005) mukaan osaava johtaja voi saada toimintojen ja henkilöstön hyvällä allokoinnilla tehokkuutta aikaiseksi. Osaltaan terveydenhuollon resurssipula johtuu, ettei terveydenhuollon johtamisessa osata riittävästi kohdentaa resursseja sinne, missä niitä tarvitaan. (Linnakko 2005.)

Henkilöstöhallinto

Henkilöstöhallinto ja inhimillisen pääoman johtaminen ovat hoitotyön johtamisen ydintehtäviä. Nykyisin henkilöstöhallinnon (personnel management) käsitteellä tarkoitetaan rekrytoinnin, henkilöstön valinnan ja palkkaamisen lisäksi inhimillisten resurssien eli henkilöstövoimavarojen johtamista (Human Resource Management, HRM). Henkilöstövoimavaroilla tarkoitetaan organisaation inhimillistä pääomaa, henkilöstön osaamista ja voimavaroja. (Lorensen ym. 2001, Filerman 2003.)

Terveysthuollon organisaatiot ovat perinteisen byrokraattisia ja hitaasti muuttuvia. Toiminnot ovat normitettuja ja säänneltyjä ja johtamisen perinne on määräysten antoa. Johtamisessa tulisi mekanistisesta ja epäluottamuksellisesta ihmiskäsityksestä siirtyä tasa-arvoiseen, erilaisuutta ja asiantuntijuutta arvostavaan yhteistyöhön johdon ja henkilöstön kesken (Suonsivu 2003). Työelämän muutokset ovat tällä hetkellä työelämän arkipäivää. Tulevaisuudessa joudutaan julkisella sektorilla tyytymään suhteellisesti väheneviin voimavaroihin samalla kun palvelujen tarve ja laatuvaatimukset kasvavat. Hoitotyössä henkilöstön osaamisesta (Ruohotie 2000) ja työhyvinvoinnin edistäminen ovat nousemassa entistä tärkeämmiksi haasteiksi (Notkola 2002, Suonsivu 2003). Pohjoismaisessa hoitotyön johtajien tutkimuksessa henkilöstöhallinnon osaamista arvostettiin korkealle erityisesti muissa maissa paitsi Suomessa. (Lorensen 2001.) Työnvaativuuden arviointi ja hoitotyön ammatilliset osaamiskriteerit ovat toimivia johtamisen arviointimenetelmiä henkilöstön palkitsemiseksi, kannustamiseksi ja tukemiseksi. Niitä voidaan käyttää myös henkilöstön koulutustarpeiden arvioinnin apuna.

Henkilöstötilinpäätös on strategisen henkilöstöjohtamisen väline, joka ottaa huomioon henkilöstövoimavarat ja henkilöstön yksilöominaisuudet, kuten esimerkiksi iän. Henkilöstötilinpäätöksen painopiste onkin henkilöstöpääoman kehittämisessä tulevaisuuteen (Ahonen 1998). Henkilöstöjohtamisessa tavoite on kehittää menetelmiä organisaation henkilöstöjohtamisen käyttöön henkilöstötilinpäätösraportointia pidemmälle niin, että siinä pystyttäisiin monipuolisesti arvioimaan esimerkiksi henkilöstön kykyä aikaansaannoksiin, henkilöstön osaamista, innovatiivisuutta, viihtymistä, motivaatiota ja työkykyä. Henkilöstön yksilöominaisuuksien seurannan analyysissa ja arvioinnissa voidaan käyttää sähköisiä tietojärjestelmiä. (Holopainen ja Eskola 2001, Silvennoinen-Nuora 2006.)

Suomen Sairaanhoidajaliiton ja Kuopion yliopiston yhteistyönä tekemässä sairaanhoitajien työolobarometrissä vuonna 2004 kysyttiin sairaanhoitajien näkemystä johtamisesta ja organisoinnista työorganisaatiossaan ja yksikössään. Kyselyyn vastanneista (n=1096–1176) sairaanhoitajista vain reilu kolmasosa (38 %) koki, että johto tukee henkilöstöä, ja neljännes (25 %) arvioi ylihoitajan olevan näkyvä ja helposti tavoitettava. Vain joka toinen (51 %) vastaaja arvioi ylimmän hoitotyön johtajan olevan tasa-arvoisessa asemassa muihin sairaalan johtajiin nähden. Kuusi kymmenestä (62 %) vastaajasta arvioi osastonhoitajansa tukevan henkilöstöään päätöksenteossa ja neuvottelevan henkilöstön kanssa ongelmista ja ratkaisusta (59 %). Joka toinen vastaaja (49 %) arvioi osastonhoitajansa olevan hyvä sekä asioiden että

ihmisten johtamisessa. (Työolobarometri 2004, Partanen ym. 2005.) Työolobarometrin (Ylöstalo 2006) mukaan palkansaajat arvioivat työelämän laadun melko korkealle antaen kouluarvosanaksi 7,9.

Työelämän muutokset ovat tällä hetkellä työelämän arkipäivää. Tulevaisuudessa joudutaan julkisella sektorilla tyytymään suhteellisesti väheneviin voimavaroihin samalla kun palvelujen laatuvaatimukset kasvavat. Hoitoalan henkilöstön uhkakuvana on lisääntyvän hoitotyön tarpeen ja työvoimapulan huonosti toimiva yhtälö (Simoila 2003).

Koulutus ja kehittäminen

Henkilöstön koulutuksen suunnittelu, järjestäminen ja seuranta liittyvät kiinteästi strategiseen johtamiseen ja laadunhallintaan. Henkilöstön koulutus ja ammatillisen osaamisen tukeminen on hoitotyön johtamisen pääosaamisalueita (Lorensen ym. 2001). Ammatillisen osaamisen kehittämiseen vaikuttavat ihmisten lisääntyvät vaatimukset sekä työelämän että toimintaympäristön muutokset. Osaamisen merkitys korostuu terveydenhuollossa erityisesti, koska hoitokäytännöt muuttuvat jatkuvasti lääketieteen, biotieteiden, terveystieteiden ja teknologian nopean kehityksen myötä. Saumattomien palveluiden järjestäminen asiakkaille, hoitoketjujen toimivuus sekä työyhteisöjen kehittäminen yhdessä henkilöstön kanssa edellyttävät monipuolista osaamista koko henkilöstöltä. (Marquis ja Huston 2003, Scoble ja Russell 2003, Funk 2004, Saleh ym. 2004.)

Hoitotyön johtajan rooli on tärkeä henkilöstön uraan liittyvien odotusten kartoittamisessa ja kehittämissuunnitelmien laatimisessa. Hoitotyön johtajan tehtävänä on rohkaista ja tukea työntekijöitä ottamaan vastuuta omasta urasuunnitelmastaan, hän rohkaisee urapolkujen kehittämisessä sekä tukee työntekijää tämän tarpeiden ja arvojen perusteella tekemissä henkilökohtaisissa urapäätöksissä. (Marquis ja Huston 2003.)

Terveydenhuoltohenkilöstön tulee toimia eettisten periaatteiden ja hyväksytyjen toimintatapojen mukaisesti. Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on lakisääteinen velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan lain (559/1994) mukaan. Kansallisen terveystieteen täydennyskoulutusta koskevassa osahankkeessa valmisteltiin kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidon täydennyskoulutusta koskevat säännökset sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus. Lainmuutokset kansanterveyslain 41 §:n ja

erikoissairaanhoidon lain 10 §:n muuttamisesta (992/2003 ja 993/2003) tulivat voimaan 1.1.2004. (STM 2002c.)

Terveydenhuoltohenkilöstöllä omaehtoinen kouluttautuminen on yleistä ja täydennyskoulutustarjonta on runsasta. Koulutuksen organisoinnissa, koordinoinnissa ja toteutuksessa on nykyisellään kuitenkin monia puutteita. Keskeisenä ongelmana on, että terveydenhuollon täydennyskoulutuksen suunnittelu on vain harvoin osana organisaation strategista johtamista eikä työntekijöiden yksilöllisiä osaamistarpeita oteta riittävästi huomioon. Myöskään täydennyskoulutuksen vaikuttavuutta ei aina ole huomioitu. Riittämätön rahoitus sekä puutteelliset osallistumismahdollisuudet ovat hankaloittaneet laadukkaan lakien ja asetuksen (1194/2003) mukaisten terveydenhuollon täydennyskoulutuksen toteutumista (STM 2002c, 2003a,b,c, 2004c).

Jatkuva valvonta, seuranta ja arviointi hoitotyössä

Hoitotyön johtamisen osaamisalueena terveydenhuollon interventioiden arvioinnin merkitys on kasvanut tuotteistuksen, laatuvaatimusten ja näyttöön perustuvien toimintojen lisääntymisen vuoksi. (Lorensen ym. 2001.) Johtaminen on avainasemassa menetelmien arvioinnin kehittämisessä ja arvioitujen menetelmien hyödyntämisessä. Hoitotyön arviointimenetelmät voidaan ryhmitellä seuraavasti: hoidon tarpeen arviointimenetelmät, edistävät ja ylläpitävät menetelmät, ehkäisevät menetelmät, hoitavat menetelmät, kuntouttavat menetelmät, toimintaprosesseihin liittyvät menetelmät ja hallinnolliset tukijärjestelmät (Partanen ja Perälä 1997). Organisaation arvioinnissa voidaan käyttää Balanced Scorecard (BSC) tasapainotettua mittaristoa apuna. Se soveltuu organisaation osien arviointiin ja koko organisaation strategiseen arviointiin. Mittariston ideana on, että organisaatiossa kaikkien tulisi osallistua arviointiprosessiin. Organisaation sisäistä arviointia voidaan tehdä myös itsearviointina ja vertaisarviointina. Vertaisarviointia voidaan käyttää myös organisaatioiden välisessä arvioinnissa (Kaplan ja Norton 2002).

Koordinointi ja yhteistyö

Koordinointi ja yhteistyö korostuvat hoitotyön johtajan tehtävissä. Pohjoismaisessa tutkimuksessa koordinointi nousi toiseksi tärkeimmäksi johtamisosaamisen alueeksi (Lorensen ym. 2001). Koordinointi on organisaation eri tasojen välistä ja eri toimialueiden välistä koordinointia sekä organisaatioiden välisen yhteistyön mahdollistamista. Saumattomien palvelu- ja hoitoketjujen rakentamisessa, sähköisen sairauskertomuksen rakentamisessa ja alueellisten kehittämishankkeiden toteutuksessa on eri ammattiryhmien välinen moniammatillinen yhteistyö lisääntynyt. (Perälä ja Hammar 2003, STM 2003a,b,c, 2005a.) Eri tieteiden välisen yhteistyön hallitseminen edellyttää erityisesti suomalaiselta hoitotyön johtamisosaamiselta hyviä koordinointitaitoja (Taskinen 2005).

Hoitotyön johtajan tärkeänä tehtävänä on organisaation eri tasojen välinen koordinointi, eri toimialueiden välinen koordinointi ja organisaatioiden välisen yhteistyön mahdollistaminen. Saumattomien palvelu- ja hoitoketjujen rakentamisessa, sähköisen sairauskertomuksen rakentamisessa ja alueellisten kehittämishankkeiden toteutuksessa eri ammattiryhmien välinen moniammatillinen yhteistyö on lisääntynyt. (Perälä ja Hammar 2003, STM 2003a,b,c, 2005a.)

Henkilöstön työhyvinvointia edistävä hoitotyön johtajuus

Hoitotyön johtamisosaaminen ilmenee käytännön työelämässä henkilöstön työhyvinvointina. Hyvään johtamiseen kuuluu henkilöstön työhyvinvoinnin ylläpitäminen ja edistäminen. Esimiehen ammattitaitoon kuuluu työntekijöiden työhyvinvointiin vaikuttavien fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten kuormitustekijöiden tunnistaminen, työskentelyolosuhteiden seuranta sekä työvälineiden ja ergonomian huomioon ottaminen (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2003). Työssä uupumisen ja jaksamattomuuden keskeisiksi tekijöiksi on tutkimusten mukaan syynä johtajien ja esimiesten osaamattomuus tai puuttumattomuus (Syvänen 2003, Suonsivu 2003, Kanste 2005). Toisaalta Keskinen (2005) esittää vaateen, että myös työntekijöillä on vastuu työyhteisön työhyvinvoinnista ja vastuuta tulla johdetuiksi hyvin. Näillä alustoilla Keskinen tarkoittaa työntekijän vastuuta työtovereista ja työtavoitteiden saavuttamisesta, sitoutumista organisaatioon, motivoituneisuutta ja ammatillista osaamista (Keskinen 2005, 19,31).

Työhyvinvointia voidaan tarkastella yksilön, työryhmän tai organisaation näkökulmista. Organisaation työhyvinvointi muodostuu siinä toimivien yksilöiden työhyvinvoinnista. Järvisalo (1996, 70) lähestyy työhyvinvoinnin käsitettä määrittelemällä työkykyisyyden. Näin määriteltynä työkyky kuvaa työhyvinvointia (taulukko 2).

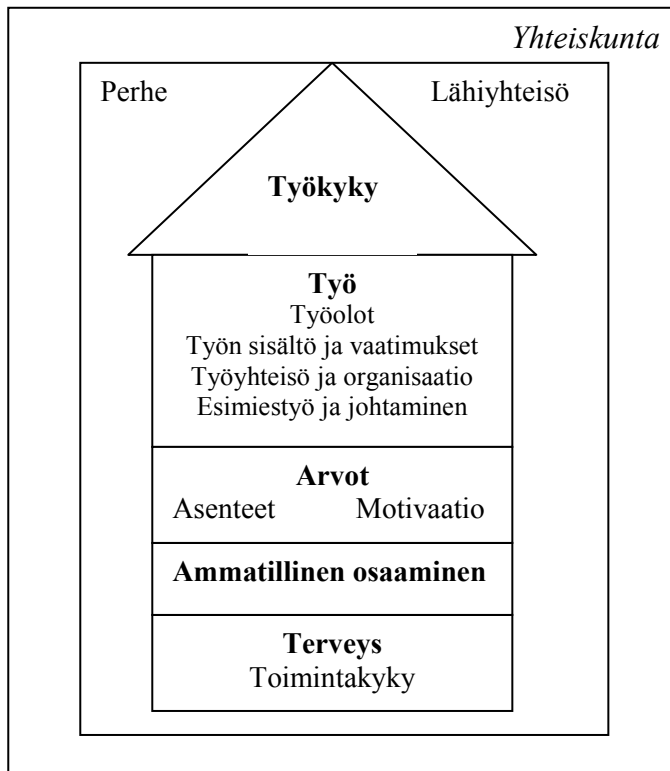
Taulukko 2. Työkyvyn määrittely (Järvisalo 1996).

<p><i>Työkyky on:</i></p> <ol style="list-style-type: none"><i>1. subjektiivista toimintakykyä ja terveyttä</i><i>2. sopivaa objektiivista toimintakykyä ja terveydentilaa</i><i>3. työn vaatimusten ja tekijän edellytysten sopuutta tavanomaisissa (kuormitus)tilanteissa</i><i>4. työelämään osallistumisen osuutta henkilökohtaisessa arvomaailmassa ja elämän vaihtoehdoissa</i><i>5. työelämän kulttuurin ja arvojen sopuutta omien arvojen kanssa</i><i>6. riittävää sopeutumista työyhteisöön, osallistumismahdollisuuksia, vaikutusmahdollisuuksia ja ihmissuhteita.</i>
--

Työhyvinvoinnilla tarkoitetaan Juntusen (2004) mukaan tilaa, missä ihmisen ominaisuuksien, työolosuhteiden ja vapaa-ajan välinen tasapaino on optimaalinen mahdollisimman pitkän aktiivisen työelämän kannalta. Yksilön työhyvinvointi tuottaa hyvää oloa koko henkilöstölle. Sen avulla voidaan kehittää tapoja tehdä työtä, puhua oikeista asioista ja sitoutua työntekoon. Osaavat, innostuneet ja hyvinvoivat työntekijät tekevät laatua ja tulosta sekä pysyvät ammatissaan. (Juntunen 2004.)

Ilmarisen ym. (2003) mukaan työkyky koostuu monista yksilön elämään liittyvistä tekijöistä, jotka muodostavat elämänhallinnan kokonaisuuden (kuvio 2). Työkykyä kuvaavassa kuviossa kolme alinta tasoa kuvaavat yksilön voimavaroja. Ihmisen työkyvyn perustana on siten terveys, ammatillinen osaaminen ja arvot. Terveydellä tarkoitetaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä ja toimintakykyä. Ammatillisesta osaamisesta tulisi huolehtia ja pitää tiedot sekä taidot ajan tasalla, esimerkiksi urasuunnitelmasta tai ikääntyneillä kuntoutuksesta huolehtimalla. Omat arvot, asenteet ja motivaatio vaikuttavat merkittävästi työkykyyn. Kuvion neljäs taso kuvaa työhön liittyviä tekijöitä. Työn sisältö ja vaatimukset tulisivat olla tasapainossa ihmisen kykyihin nähden. Organisaation esimiestyö ja johtaminen ovat

keskeisessä asemassa työn organisoinnissa ja kehittämisessä. Työkykyisyyttä ja työhyvinvointia tukevat näiden lisäksi perheeseen, lähiyhteisöön ja yhteiskuntaan liittyvät tekijät. (Ilmarinen ym. 2003.)



Kuvio 2. Työkyvyn malli (Ilmarinen ym. 2003).

Suomalaista työhyvinvointia säätelevät useat lait, säädökset ja sopimukset muun muassa työturvallisuus- (738/2002), työterveyshuolto- (1383/2001), sairausvakuutus- (639/2004), eläkevakuutus- (549/2003) ja työsopimuslainsäädäntö. Viimeaikaiset lainuudistukset ovat merkittäviä työhyvinvoinnin edistämisen kannalta (<http://www.finlex.fi>, 29.3.2006, Partinen 2003). Lisäksi on nostettu esiin työn ja perheen yhteensovittaminen ja arvojen merkitys jaksamiselle. (Lähtenmäki 1995, Notkola 2002.)

Hoitotyön johtamisen näkökulmasta työhyvinvoinnin tukeminen on moniulotteista toimintaa, joka yhdistää yksilön, työympäristön, työyhteisön ja osaamisen kokonaisuudeksi. Johtamisosaamisen voidaan katsoa olevan merkityksellistä yksilön ja työyhteisön työhyvinvoinnille. Työhyvinvoinnin johtamiseen liittyy oleellisena tekijänä kokemus tulla kohdelluksi oikeudenmukaisesti. Kokemus oikeudenmukaisuudesta on yksi yksittäinen tekijä,

joka lisää työhyvinvointia. Oikeudenmukaisuuden kokemus syntyy, kun ihmisellä on terve itsetunto, käsitys yhteenkuuluvaisuudesta ja että hän pystyy ennakoimaan ja vaikuttamaan itseään koskeviin asioihin. (Elovainio ym. 2002, Elovainio & Kivimäki 2003). Epäoikeudenmukaisuuden tuntemus voi syntyä monien eri tekijöiden vaikutuksena esimerkiksi osaamisen mitätöintinä, epätasa-arvoisena kohteluna tai ikä syrjintänä. Oikeudenmukaisella kohtelulla on myös masennusta ehkäisevä vaikutus. (Suonsivu 2003, 227.) Työhyvinvointia tukevaa hoitotyön johtamista ovat Kansteen (2005) mukaan henkilöstön aktiivinen valvominen, jossa työssä onnistumista palkitaan, luottamuksellinen työympäristö, innostava ja älyllinen kannustaminen, jossa voidaan kyseenalaistaa olemassa olevia käytäntöjä, työntekijä kohdataan yksilönä ja henkilöstöä tuetaan muutoksissa. Osaamisen ja osaamisen johtamisen nähdään vaikuttavan merkittävästi työhyvinvointiin ja tuloksellisuuteen. (Hyrkäs ja Stähle 2004.)

Hoitotyön johtajilta vaadittu työpanos on kasvanut viimeisten vuosien aikana. Hoitotyön lähi- tai keskijohdon virkoja on vähennetty muun muassa säästösyistä ja hallinnon keventämiseen vedoten, vaikka julkisessa terveydenhuollossa toimivien sairaanhoitajien määrä on kasvanut viimeisen kymmenen vuoden aikana 62 prosenttia. Työikäisten sairaanhoitajien määrä Suomessa vuonna 2003 oli yhteensä 78 881. Koko terveydenhuoltohenkilöstön ikärakenne on muuttunut vanhemmaksi ja suurten ikäluokkien eläkkeelle siirtyminen kiihtyy. Vuonna 2005 kunta-alalla työskentelevien keski-ikä oli 44,9 vuotta. Henkilöstön keski-ikä on julkisella alalla korkeampi kuin muilla työmarkkinasektoreilla. Kuntien henkilöstöstä noin puolet jää eläkkeelle vuoteen 2020 mennessä. Osastonhoitajien ja ylihoitajien ikääntyminen on terveydenhuoltoalan ammattiryhmistä nopeinta. Tällä on vaikutuksensa henkilöstöjohtamiseen ja edelleen työhyvinvointiin ja sitä kautta koko terveydenhuollon vetovoimaisuuteen. (Simoila 2003, Tervaskari 2004, Halmeenmäki 2005.)

Työn ja perheen vaatimusten yhteensovittaminen nousee tulevaisuudessa yhä tärkeämmäksi työn vetovoimatekijäksi. Yli 80 prosenttia kunnallisesta henkilöstöstä työskentelee terveydenhuollossa, sosiaalitoimissa tai sivistystoimissa. Kolme neljäsosaa henkilöstöstä on naisia. Naisvaltaisella alalla lakisääteiset perhevapaat oikeuttavat pitkiin poissaoloihin. Perhevapaiden, vuosilomien sekä opinto- ja vuorotteluvapaiden ajaksi tarvitaan sijaisia, sillä lakisääteiset peruspalvelut on hoidettava myös vakinaisen henkilöstön poissa ollessa. (Julkunen 2006.)

Tässä tutkimuksessa työhyvinvoinnin edistämisen tarkastelunäkökulmiksi rajataan muutoksen johtamisen, ammatillisen osaamisen ja työn kehittämisen sekä ikääntyvän henkilöstön johtamiseen liittyvät tekijät. Muutosten johtaminen liittyy olennaisesti osaamisen johtamiseen ja kehittämiseen. Osaaminen ja osaamisen johtaminen tarvitsevat kehittyäkseen hyvää muutosten hallintaa (Hyrkäs ja Ståhle 2004).

Terveydenhuollossa muutos on jatkuvaa ja **muutosjohtamista** tarvitaan uudistusten eteenpäin viemiseksi. Terveydenhuollossa esiintyviä muutosprosesseja ovat muun muassa hoitotyön kehittäminen, organisaation tai organisaatioiden rakenteiden uudistaminen sekä erilaisten organisaatiokulttuurien yhdistäminen. Muutosprosessin sujuva eteneminen edellyttää muutosjohtajalta vahvoja johtajuustaitoja, joita ovat hyvät vuorovaikutustaidot, ongelmien ratkaisutaidot ja päätöksentekotaidot (Bennett 2003). Taskinen (2005) korostaa edellisten lisäksi oikeudenmukaisuuden kokemusta muutosprosessin onnistumisen edellytyksenä.

Työelämässä muutokset koetaan erittäin suuriksi kuormitustekijöiksi, sillä muutoksessa on aina kyse aikaisempien toimintatapojen ja tottumusten muuttamisesta ja siirtymisestä uusiin käytäntöihin. Muutos synnyttää epävarmuutta, sosiaalisen identiteetin ja organisaation kulttuurin muutosta (Taskinen 2005). Epävarmuus ja pelot puolestaan synnyttävät muutosvastarintaa. Määrätietoinen, joustava ja avoin muutosprosessissa eteneminen vähentää epävarmuutta ja tästä aiheutuvaa muutosvastarintaa. Hoitotyön johtajalla on merkittävä rooli muutosprosessissa. Sen takia hänellä tulee olla tietoa muutosprosessiin vaikuttavista tekijöistä ja prosessin etenemisestä. Hoitotyön johtaja toimii luotsina ja innoittajana. Hänen tehtävänään on tukea ryhmäänsä ja johtaa muutosprosessia. (Bennett 2003, Taskinen 2005.)

Hersey ja Blanchardin (1988) teoreettisen mallin mukaan muutosprosessi voidaan jakaa suunniteltuun ja suunnittelemattomaan muutokseen. Suunniteltu muutos sisältää tarkoituksen ja päämäärän. Suunnitellun muutoksen ominaispiirteenä on, että kaikki muutokseen osallistuvat pääsevät vaikuttamaan siihen ja prosessin aikana pohdittavat asiat työstetään yhdessä. Ryhmän jäseniä kannustetaan tuomaan esiin omia ajatuksia ja tunteita (Bennett 2003, Taskinen 2005). Suunnitellussa muutosprosessissa on seuraavat tasot: tekninen muutosprosessi, johon kuuluvat muutokset toimintatavoissa eli keinoissa, sopeutuva muutos, jolloin muutos on lopputuloksessa tai omaksuttu muutos, johon kuuluvat muutokset sekä keinoissa että lopputuloksessa. Puhuttaessa muutoksesta ajatellaan yleensä, että ihmisen tai ihmisten täytyisi muuttua. Muutoksen kohteena koko ihmisen sijaan on jokin osa ihmisestä,

mikä muuttuu esimerkiksi muutos tiedoissa, asenteissa tai käyttäytymisessä (Hersey ja Blanchard 1988).

Hersey ja Blanchardin (1988) käsitteellisessä mallissa osoitetaan kuinka paljon vaikeampaa ja enemmän aikaa vievää on muutos ryhmässä kuin yksittäisen ihmisen käyttäytymisessä tapahtuva muutos. Samoin mallissa tuodaan esiin muutoksen asteen vaikutus eli miten aikaa menee enemmän jos kyseessä on käyttäytymismuutos esimerkiksi tiedonlisäämisen sijaan. Esimerkiksi organisaatioiden yhdistäminen on suuri ja laaja muutos, joka vaikuttaa henkilöstöön monin tavoin (Taskinen 2005).

Muutosprosessi sisältää kolme vaihetta; nykytilanteen tasapainovaiheen eli alkutilanteen, etenemis- tai muutosvaiheen ja uuden tasapainon vaiheen. Nämä kolme muutosprosessin vaihetta tapahtuvat peräkkäin. Muutosprosessissa on samankaltaisuutta päätöksentekoprosessin kanssa. Muutosprosessin päämääränä on saavuttaa asetetut tavoitteet. Muutosprosessi alkaa tunteesta, että nykytilanteeseen tarvitaan muutos. Varsinainen käynnistyminen lähtee liikkeelle, kun muutokselle määritetään päämäärä. (Hersey ja Blanchard 1988, Bennett 2003.) Muutosprosessia voidaan pitää onnistuneena silloin, kun prosessi etenee sujuvasti ja asetetut tavoitteet saavutetaan (Taskinen 2005).

Huolellinen työskentely alkutilanteessa antaa ryhmälle valmiudet muutokseen. Asenteiden tuominen esiin on tässä vaiheessa tärkeää prosessin etenemisen kannalta. Asiaan liittyviä odotuksia, toiveita ja vaihtoehtoja analysoidaan ja punnitaan. Henkilöstön osallistuminen ja vaikuttamisen mahdollisuudet muutosprosessin eri vaiheissa ovat olennaisen tärkeää prosessin onnistumiseksi. (Bennett 2003, Taskinen 2005.) Tiedottaminen riittävän ajoissa prosessin eri vaiheissa koetaan osana oikeudenmukaista johtamista. Tiedottamisessa tärkeää on tiedottaa tehdyistä päätöksistä, mahdollistaa henkilöstölle lisätietojen saaminen tehtyjen päätösten perusteista ja tiedottaminen tehtyjen päätösten vaikutusten seurannasta. Tiedottamisen tarkoituksena on mahdollistaa henkilöstölle valmistautuminen tulevaan ja tukea tilanteen hallinnan tunteen muodostamisessa. (Taskinen 2005.)

Vaikka muutokseen valmistaudutaan huolella, esiintyy usein muutosvastarintaa. Muutosvastarintaa esiintyy muutosprosessin kaikissa vaiheissa, tavallista se on yleensä prosessin alkuvaiheessa. Muutosvastarintaa ovat kaikki se mikä häiritsee prosessin etenemistä. Se tulee esiin haluna säilyttää nykytila. Muutosvastarintaa voidaan pitää myös

muutosprosessin hillitsevänä voimana. Vaikka nykytila ei olisikaan tyydyttävä, on se kuitenkin turvallinen. Muutos tuo mukanaan epävarmuutta, se voi epäonnistua ja koetaan siksi uhkaavana. Muutosvastarinta lisääntyy, jos muutokselle ei ole napakkaa aikataulua. Muutoksen vastustuksen taustalla voi syinä olla esimerkiksi ihmiselle tärkeiden asioiden menetyksenpelko. Näiden taustalla voi olla muutoksen tai sen vaikutusten väärin ymmärtäminen, uskomus ettei muutoksessa ole mitään järkeä ryhmän toiminnalle tai muutoksen sietokyky on alhainen. Henkilöt, joihin muutos vaikuttaa voivat myös ajatella henkilökohtaisen panoksen olevan korkeampi kuin muutoksesta saatu hyöty. (Hersey ja Blanchard 1988, Bennett 2003, Taskinen 2005.)

Muutoksen johtaminen hoitotyössä on hoitotyön johtajan vastuulla. Muutoksen johtaminen on moniulotteista, vaativaa ja se edellyttää uusien taitojen oppimista kaikilta muutokseen osallistuvilta. Julkisen terveydenhuollon muutoksen johtaminen on systemaattinen prosessi sisältäen suunnittelun, valmistelun, toteutuksen ja arvioinnin (Kaplan ja Norton 2002, Juppo 2004). Organisaation osaamisen lisääminen ja työn kehittäminen on muutosprosessin johtamista. Pohjoismaisen tutkimuksen mukaan hoitotyön johtajat ovat valmiita kehittämään itseään ja henkilöstöään, ja johtajien oppimistarpeet koetaan tällä osaamisalueella melko suuriksi. (Lorensen ym. 2001, Kanste 2005.)

Osaamisella tarkoitetaan työssä tarvittavien tietojen ja taitojen hallintaa sekä niiden soveltamista käytännön työtehtäviin. Osaaminen on yksittäisen työntekijän ja henkilöstön osaamisen lisäämistä ja kehittämistä sekä työprosessien kehittämistä. **Osaamisen johtamisella** kiinnitetään huomiota organisaatiossa olevan tiedon ja osaamisen hallintaan ja kehittämiseen ja organisaatiossa tapahtuvan oppimisen ohjaamiseen. Osaamisen johtaminen on osa strategista johtamista ja sen merkitys tulee lisääntymään tulevaisuudessa. Kytkemällä osaaminen osaksi strategiaa, voidaan osaamista hyödyntää enemmän. (Hyrkäs ja Stähle 2004, Loppela 2004.) Osaamisen johtaminen on oppivan organisaation ydinosaamista.

Hoitotyössä jatkuvan muutoksen vuoksi on henkilöstön jatkuva osaamisen kehittäminen tärkeää. Oppimisprosessi lähtee liikkeelle organisaation visiosta, strategioista ja tavoitteista. Osaamisen johtamisessa on ensin määriteltävä organisaatiossa tarvittava osaaminen. Osaamiskartoitusten avulla määritellään ydinosaamisalueet, joiden avulla määritellään osaamisprofiilit eri henkilöstöryhmille. Sen jälkeen kartoitetaan olemassa oleva osaaminen ja analysoidaan tarvittava osaaminen (Sydänmaanlakka 2002). Johtamisen tehtävänä on

konkretisoida osaamisalueet osaamiseksi ja määritellä organisaation kriittinen osaaminen. Strategisesti tärkeää on määritellä organisaation kehitystarpeet, mitä osaamista on, mitä pitäisi olla ja mistä pitää luopua. Analysoinnin perusteella laaditaan organisaation kehityssuunnitelma. Kehityssuunnitelmat viedään yksilötasolle ja määritellään avaintehtävät ja tavoitteet (Sydänmaanlakka 2002). Osaamisen johtaminen on kokonaisvaltainen lähestymistapa organisaation henkilöstön kehittämiseen. Se on myös toimintaympäristön muutosten huomioimista ja niiden ennakkointia. (Ruohotie 2000.)

Yksilön osaamisen kehittäminen lähtee yksilön tahdosta sekä organisaation tarpeesta. Kehityskeskustelun avulla esimies ja työntekijä kartoittavat olemassa olevan osaamisen ja tarvittavan osaamisen, sekä niiden välisen osaamisvajeen. Kartoitusvaiheessa yksilön ja organisaation tahtotiloille etsitään tasapaino ja laaditaan urasuunnitelma. Urasuunnitelmassa on tärkeää ottaa huomioon yksilön näkökulmasta muun muassa tekijät, jotka määrittelevät yksilön ja hänen työssäolonsa välistä suhdetta. Ura on peräkkäisiä, toisiinsa sidottuina olevia päätöstilanteita, joissa yksilö tekee aikaisempien kokemusten ja ratkaisujen pohjalta uraansa koskevia valintoja. Urasuunnitelmassa yksilö asettaa itselleen uravision, jota kohti hän pyrkii. Uravisiota ohjaavat yksilön kiinnostukset (ura-ankkurit), arvot, tarpeet, perhetekijät sekä koulutus- ja työtausta. Urasuunnitelmassa sovitaan tarvittavan koulutuksen hankkimisesta ja huomioidaan palkitseminen. Osallistuminen erilasiin työn kehittämishankkeisiin lisää yksilön osaamista, mutta on myös koko organisaation osaamisen lisäämistä. (Lähteenmäki 1995, Sydänmaanlakka 2002.)

Osaamisen tason tiedostaminen on osa osaamisen johtamisen kehittämistä. On tärkeää tietää mihin osaamistaso riittää ja mihin tarvitsee hankkia lisäosaamista esimerkiksi koulutuksen ja uusien toimintatapojen avulla. Osaamisen johtamisessa ja kehittämisessä käytettyjä menetelmiä ovat johtamis- ja esimiestyön sekä johtamistaitojen kehittäminen, organisaation sisäiset ja ulkoiset koulutukset, tuloskeskustelut ja työhyvinvointiin liittyvät toimenpiteet. Mentorointia, tulokorttia (BSC), osaamisen kehittämisen ja arvioinnin tietojärjestelmiä sen sijaan käytetään vielä vähän Suomessa. Samoin ydinosaamis- ja osaamiskartoitukset ovat vähän käytettyjä johtamisosaamisessa ja kehittämisessä. (Hyrkäs ja Stähle 2004.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvitaan osaamista ja uusien toimintamallien hallintaa muun muassa yhtenäisen sähköisen sairauskertomusjärjestelmän tullessa käyttöön valtakunnallisesti vuoteen 2007 mennessä (STM 2002a). Hoitotyön johtajan tukiessa hoitotyöntekijää elinikäiseen oppimiseen lisääntyy työhyvinvointi ja organisaatioon sitoutuminen vahvistuu.

On kuitenkin muistettava, että yksilöllä on aina päävastuu oman osaamisensa ylläpitämisestä ja hänen on pidettävä hyvää huolta osaamisestaan. (Ruohotie 2000, Navaie-Waliser ym. 2004.)

Ikääntyvälle sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstölle tehdyssä tutkimuksessa tuli esille, että täydennys- ja lisäkoulutuksella on suuri merkitys työkyvyn ja -halun ylläpitämisessä sekä työuupumuksen ehkäisyssä. Ajan tasalla olevat tiedot ja taidot sekä työn hallinnan tunne vaikuttavat työntekijän itsetuntoon ja työssä jaksamiseen. Juuti (2003) korostaa, että työyhteisöjen kulttuuria tulisi muuttaa sellaiseksi, että jokaisessa tehtävässä olisi jatkuvia kehittymisen ja oppimisen mahdollisuuksia. Voimaan tullut täydennyskoulutussuositus mahdollistaa ja velvoittaa myös ikääntyvän ja ikääntyneen täydennyskoulutukseen osallistumisen. Täydennyskoulutuksen pitää olla suunniteltua, tavoitteellista ja sen vaikuttavuutta tulee arvioida. (STM 2004c.)

Osaamisen johtamisessa voidaan hyödyntää myös mentorointia. Mentoroinnissa ikääntynyt työntekijä toimii mentorina ja aloitteleva työntekijä aktorina. Mentorointiprosessissa kokemuseräistä, hiljaista tietoa siirretään sukupolvelta toiselle. Mentorointi sopii hoitotyön verkostokulttuuriin (Juusela ym. 2000, Marquis ja Huston 2003.)

Terveydenhuollon henkilöstö on ikääntynyttä ja lähivuosina siirtyvät työelämästä eläkkeelle suuret ikäluokat. Yhtenä hoitotyön johtamisen keinona on saada henkilöstö jaksamaan työelämässä entistä pitempään. Johtamisteorioiden pohjalta **ikäjohtamista** voi tarkastella henkilöstöjohtamisen, osallistuvan johtamisen, laatujohtamisen tai demokraattisen johtamistavan näkökulmista. (Ilmarinen ym. 2003.)

Kansallisen ikäohjelman yhdeksi keskeisimmäksi tavoitteeksi on asetettu eläkkeelle siirtymisen myöhentäminen nykyisestä 59 ikävuodesta 2–3 vuodella. Tätä tavoitetta seurataan muun muassa 25- ja 50-vuotiaiden eläkkeellesiirtymisiän odotteen avulla. Eläkkeellesiirtymisiän odote kuvaa keskimääräistä eläkkeellesiirtymisikää. Eläkkeellesiirtymisiän odotteeseen vaikuttaa monet tekijät. Vuoden 2005 alusta voimaan tulleen eläkeuudistuksen uskotaan nostavan eläkkeellesiirtymisikää. Ensinnäkin uudistuksessa on taloudellisenä kannustimena vanhuuseläkkeen määrän nousu mitä pitempään henkilö on työssä ikävälillä 63–68. Lisäksi eläkkeellesiirtymistä myöhentää työttömyyseläkemuuotos, jonka mukaan työttömyyseläke omana eläkemuotona päättyy tulevaisuudessa.

Työttömyyseläkkeen voi saada ennen vuotta 1950 syntynyt ja 60 vuotta täyttänyt työntekijä tai yrittäjä. Vuonna 1950 tai sen jälkeen syntyneet eivät voi saada työttömyyseläkettä (www.tyoelake.fi). Toiseksi osa-aikaeläkkeellä olevat työskentelevät yli 50 % aiemmasta työajastaan, joten heidän katsotaan olevan mukana työelämässä, eikä eläkkeelle siirtyneitä kuten aiemmin. Kolmantena eläkeiänodotetta korottavana tekijänä on julkisen sektorin alennettujen eläkeikien väheneminen tulevaisuudessa. (STM 2002b, Eläketurvakeskus 2005.) Vuonna 2005 suurimmat ikäryhmät julkisen sektorin työyhteisöissä olivat 40–54 -vuotiaat. Vuonna 2015 vastaavat ikäryhmät koostuvat 50–64 -vuotiaista.

Ikääntymisellä tarkoitetaan kronologista ikääntymistä, kalenteri-ian kertymistä. Vaikka ikääntyminen alkaa syntymästä ja päättyy kuolemaan, on työelämän kannalta merkityksellistä rajata tarkastelu 45 täyttäneisiin ja sitä vanhempiin henkilöihin. Käsitettä ikääntyvä työntekijä käytetään yli 45-vuotiaista henkilöistä. Vaikka ikääntyminen on toisaalta hyvin yksilöllinen ilmiö, on 45-vuoden raja vedetty sen vuoksi, että ikääntymisen vaikutukset alkavat näkyä kyseisessä elämänkulun vaiheessa ja toisaalta aikaa on vielä riittävästi parantaa ikääntymisen ja työnteon yhteensopivuutta. Terveiden, toimintakyvyn ja osaamisen vahvistamiselle varhainen keski-ikä on suotuisa. Ilman ehkäiseviä toimenpiteitä työkyvyn heikkeneminen nopeutuu sekä fyysistä työtä tekevillä, mutta myös henkisissä toimissa 50. ikävuoden jälkeen. Ikääntyneellä työntekijällä puolestaan tarkoitetaan yli 55-vuotiaita. (Ilmarinen ym. 2003.)

Ikäjohtaminen on suhteellisen uusi johtamisen käsite ja sitä onkin vaikea määritellä yksiselitteisesti. Ilmarisen ym. (2003) mukaan ikäjohtamisella tarkoitetaan työntekijän iän ja ikäsidonnaisten tekijöiden huomioimista päivittäisjohtamisessa, työnjaossa ja työskentely-ympäristössä niin, että voidaan synnyttää työpaikkakulttuuri, jossa jokainen työntekijä voi kokea olevansa arvokas. Ikäjohtaminen ei siis kohdistu vain ikääntyneisiin tai ikääntyviin työntekijöihin, vaan koko henkilöstöön. Ikäjohtamisen näkökulmasta organisaatio voidaan rakentaa toimivaksi ja kehittyväksi, kaikkien työntekijöiden elämäntilanteesta johtuvat erityistarpeet voidaan ottaa huomioon ja hyödyntää ilman, että syntyy puolueellisuuden tai syrjinnän kokemuksia. Ikäjohtamisen käytännöissä korostuvat hyvän henkilöstöjohtamisen perusteet. Ikäjohtamisessa voidaan hyödyntää mentorointia. (Juusela ym. 2000, Marquis ja Huston 2003.)

Ikääntymistä johtamishaasteena on tutkittu johtamisen, työpsykologian sekä työterveyden näkökulmista. Griffithsin (1999) ja Ilmarisen ym. (2003) mukaan työn suunnittelua ja johtamista suhteessa ikääntyvään työväestöön on tutkittu kuitenkin liian vähän.

Johtajakoulutukseenkaan ei ole perinteisesti kuulunut perusteita ihmisen elämäkulusta, siihen kuuluvista muutoksista ja niiden vaikutuksista työelämään.

Ilmarisen ym. (2003) mukaan ikäjohtamisen keskeisiin taitoihin kuuluvat oman ikäasenteen selvittäminen, tietopääoma ikääntymisestä, tiimityöskentely sekä viestintä- ja vuorovaikutustaidot. Suurin osa esimiehistä ei ole kuitenkaan ole selvittänyt itselleen ikäasennettaan. Mikäli asenne omaan ikääntymiseen on kielteinen, havaitsee esimies ikääntyvissä alaisissaankin vain negatiivisia muutoksia. Positiiviseen ikäasenteeseen kuuluu, että tunnistaa ja havaitsee itsessään ja muissa myös positiivisia muutoksia ja uusia voimavaroja. Esimies on asennejohtaja ja hänen asennoitumisensa ikääntyviin vaikuttaa koko työyhteisön asennoitumiseen. Hyvä esimies pyrkii löytämään kullekin työntekijälle työtehtävät, jotka tarjoavat sopivasti haasteita ja vastaa työntekijän arvoja. Esimiehen tulisi osata kuunnella alaisiaan sekä hyödyntää erilaista osaamista ja asiantuntijuutta (Ilmarinen ym. 2003).

Suonsivun (2003) tutkimuksessa hoitotyöntekijät kokivat, että työyhteisöissä tasa-arvoisuus ei toteutunut, erilaisuutta ei siedetty ja arvokasta kokemuseräistä tietoa ja taitoa ei osattu hyödyntää uusiin tietoihin ja toimintoihin. Puutteellisiksi koettiin myös johdon kyvyt kohdata hoitohenkilöstön odotukset niin töiden organisoinnissa, työkuormituksessa kuin tuen antamisessa henkilöstön jaksamiseksi.

Ikääntyminen tulisi työyhteisöissä nähdä työelämään kuuluvana normaalina ja rikastuttavana tekijänä. Johtamisen kannalta ikääntyvä työntekijä on mahdollisuus, jos kokemuksen sekä äänettömän taidon arvo ymmärretään. Ikääntyvän työntekijän tukeminen tulisi olla keskeinen osa johtamistyötä ja näkyvissä organisaatioiden henkilöstöstrategioissa. Ilmarisen ym. (2003) mukaan ikäjohtamisen sisältö ei työyhteisöissä ole vielä hahmottunut ja hän suosittaakin johdon ja esimiestason koulutusta, jotta ikäjohtamisen merkitys tiedostettaisiin.

Terveystieteiden tutkimusten mukaan terveydenhuollon henkilöstö on ikääntynyt ja eläkkeelle siirtyvien osuudeksi on ennustettu 25–33 % henkilöstöstä vuoteen 2015 mennessä (Halmeenmäki 2006). Tavoitteena on saada henkilöstö jaksamaan työelämässä entistä pitempään. Antilan ja Ylöstalón (2002) tutkimuksen aineistossa harvoissa toimipaikoissa oli tuettu ikääntyneiden työssä pysymistä. Vain noin kolmasosassa oli joitakin toimenpiteitä tehty, mutta enemmistössä työvoiman ikääntymiseen ei ollut kiinnitetty lainkaan huomiota. Ikääntyneen työntekijän kokemus siitä, että työnantajan

toiminta tukee työhyvinvointia, lisää työntekijöiden halukkuutta myöhentää eläkkeelle siirtymistä. (Griffiths 1999, Saari ym. 2006).

Vuoden 2006 kuntatyöntekijäkyselyn mukaan jo eläkkeelle siirtyneet vastasivat, että olisivat jatkaneet työssään pidempään, jos palkka olisi suurempi (39 %), esimiestyö olisi parempaa (32 %), olisi parempi ilmapiiri (28 %), olisi mahdollisuus vähentää työaika (28 %) ja olisi mahdollisuus vaihtaa työtehtäviä jaksamista paremmin vastaaviin tehtäviin (22 %). Kyselyn mukaan koettu työkyky oli olennainen tekijä eläkkeelle siirtymisessä. Eläkkeelle jäämisen ajankohdan koki valtaosa (73 %) sopivana, mutta 17 % olisi jäänyt jo aiemmin ja jopa 10 % olisi siirtänyt eläkkeelle jäämistä myöhemmäksi. Huolestuttavaa oli, että nuoret työntekijät aikovat jäädä eläkkeelle heti kun on mahdollista. Tutkijat arvioivat syinä olevan muun muassa työuupumuksen sekä työn ja perheen yhteensovittamisen vaikeudet. (Saari ym. 2006.)

Seuraavien viiden vuoden aikana suurin eläkkeelle siirtyvien osuus hoitotyöntekijöistä on ylihoitajilla ja osastonhoitajilla yli 25 %. Narisen (2000) ja Simoilan (2003) tutkimukset tukevat käsitystä hoitotyön johtajien ikääntymisestä. Osastonhoitajien ja ylihoitajien ammatit ovat selviä työuran pääteammattaja, koska niihin vaaditaan suhteellisen paljon kokemusta, ja sen vuoksi työntekijät ovat iäkkäitä. (Halmeenmäki 2005.) Kysymys hoitotyön johtajien koulutuksellisista pätevyysvaatimuksista on ajankohtainen. Simoila (2003) pohti artikkelissaan sitä, että hoitotieteen korkeakouluopetuksessa on nykyisin pääpaino hoitotyön asiantuntijoiden koulutuksessa hoitotyön johtajuuskoulutuksen sijaan.

Alueellisella tasolla suurimpien ammattiryhmien tarkastelussa vuosien 2006–2020 aikana eläkepoistuma vaihtelee 26–63 %. Kymenlaaksossa 49 % nykyisestä henkilöstöstä siirtyy eläkkeelle seuraavan viidentoista vuoden aikana (taulukko 3). Kymenlaaksossa terveydenhuollon ammattiryhmissä suurimpia eläkkeelle siirtyvien ryhmiä ovat hoitotyön johtajat, osastonhoitajat ja ylilääkärit. Osastonhoitajien eläkepoistuma painottuu erityisesti viidelle seuraavalle vuodelle, jolloin eläkkeelle siirtyvien osuus on kunakin vuonna yli 5 % ja siten viiden vuoden aikana peräti 25 % osastonhoitajista siirtyy eläkkeelle. (Halmeenmäki 2005.) Hoitotyön johtajien ikääntymisen lisäksi on huomioitava johtajien määrän väheneminen julkisessa terveydenhuollossa. (Simoila 2003.)

Taulukko 3. Kunta-alan eläkepoistuma Kymenlaakson seutukunnissa 2006–2020 (Halmeenmäki 2005).

Alue	Vakuutetut 2003		Vanhuuseläke		Työkyvyttömyyseläke		Eläkepoistuma yhteensä	
	Henkilöt	Henkilöt	%	Henkilöt	%	Henkilöt	%	
Kotkan-Haminan sk	9 201	3 245	35	1 280	14	4 525	49	
Kouvolan sk	7 339	2 480	34	1 042	14	3 522	48	
Kymenlaakso yhteensä	16 540	5 726	35	2 321	14	8 047	49	

Eläkepoistuman ennustaminen on tärkeää seudullisella tasolla työvoima- ja koulutustarpeen ennakkoinnin vuoksi. Eläkepoistuman arviointi on pohja varautumiselle tulevaan. (Halmeenmäki 2005.)

2.5 Hoitotyön johtamisen osaamisvaatimukset tulevaisuudessa

Tulevaisuuden terveydenhuoltoa ja hoitotyötä ohjaavat valtakunnalliset tavoite- ja toimintaohjelmat, mutta myös ennakoimattomat asiat ja sattumat. Tulevaisuutta voidaan hahmotella tulevaisuuden tutkimuksen avulla. Tulevaisuuden tutkimuksella on ominaista sen monitieteisyys ja laaja-alaisuus. Tulevaisuuden tekijöiltä vaaditaan myönteistä ja aktiivista asennetta. Tulevaisuuden suunnittelu on arvioita ja oletuksiin perustuvia skenaarioita, joiden taustalla on tiedot nykyisyydestä ja menneisyydestä. (Mannermaa 1999, Jauhiainen 2006.) Tulevaisuuden haasteet kohdistuvat erityisesti terveydenhuoltoon.

Terveydenhuoltojärjestelmän toimivuudesta tai toimimattomuudesta käydään maailmanlaajuisia keskusteluita. Tarkastelunäkökulmia on monia ja niissä painottuvat erilaiset asiat (Saranummi ym. 2005). Valtakunnallisella tasolla terveydenhuollon tulevaisuutta on arvioinut muun muassa eduskunnan tulevaisuusvaliokunta. Tulevaisuusskenaarioiden mukaan Suomen terveydenhuoltojärjestelmään vaikuttavat monet yhteiskunnalliset tekijät, tieteen ja teknologian kehitystrendit, ja sen vuoksi koko terveys- ja hyvinvointipolitiikka on mietittävä perusteellisesti uudestaan (Ryynänen ym. 2004).

Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan asettama arviointiryhmä (Ryynänen ym. 2004) listasi kymmenen megatrendiä, jotka vaikuttavat tulevaisuudessa terveyspalveluihin. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan tekemän esiselvityksen perusteella jo lyhyellä aikavälillä on ilmeistä ensinnäkin, että kansalaisten terveyspalvelujen tarpeisiin, kysyntään ja käyttöön liittyy voimakkaita muospaineita (vertaa myös HE 155/2006). Muita megatrendejä ovat poliittis-taloudellisen toimintaympäristön muutosten vaikutukset palvelujärjestelmään. Väestön ikääntymisestä seuraa hoito- ja hoivapalvelujen tarpeiden kasvu, ja suurten ikäluokkien siirtyminen eläkkeelle aiheuttaa rekrytointiongelmia. Informaatioteknologian kehitys muuttaa merkittävästi rutiinipalveluja sähköisen asioinnin piiriin ja lisää terveyspalveluiden tehokkuutta. Terveysteen liittyvien tutkimus- ja hoitomahdollisuuksien monipuolistuminen lisäävät sairauksien hoitoa, mutta lisää samalla kysyntää ja odotuksia. Monisairaiden ja erityisesti moniongelmaisten lasten ja nuorten terveyspalvelujen tarve kasvaa. Paineita kohdistuu ihmisten omavastuun ja roolin muuttumiseen sekä palvelujen rahoitusjärjestelmien muutoksiin. Tavoitteena on siirtyminen sairauksien hoidosta niiden ennaltaehkäisyyn. (Ryynänen ym. 2004.)

Tuloksellisuuden, taloudellisuuden ja tehokkuuden ohella asiakaslähtöisyys, joustavuus ja varmuus palvelutarpeisiin vastaamisessa ovat keskeisiä haasteita. Yhteiskunnallinen kehitys ja terveydenhuollon muutokset ovat vaikuttaneet hoitotyön johtamisosaamisen tulevaisuuden osaamisvaatimukseen (STM 2003c). Työyhteisöjen hyvä johtaminen on nostettu esiin osana uudistuksia. Suurten ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle on epätodennäköistä, että pienenevistä ikäluokista saadaan riittävästi uusia ammattilaisia. Kehityksestä seuraa uusien henkilöstövoimavarajohtamisen keinojen hallintaa esimerkiksi henkilöstön pysyvyydestä huolehtiminen, eläkkeelle siirtymisen myöhentäminen ja ulkomaisen työvoiman hyödyntäminen. (Halmeenmäki 2005.)

Eläkkeelle siirtymistä voidaan myöhentää kiinnittämällä huomiota työhyvinvointia lisääviin tekijöihin esimerkiksi osaamisen johtamisen, mentoroinnin ja ikäjohtamisen keinoin. Osaavan ja ikääntyvän henkilöstön johtaminen on vaativaa ja sen vuoksi ikääntyminen onkin nostettu yhdeksi tulevaisuuden johtamishaasteeksi. Tavoitteena on, että esimiesasemassa olevat henkilöt pystyvät paremmin kohtaamaan työvoiman ikärakenteen muutoksen. (Juusela ym. 2000, Ilmarinen ym. 2003.)

Ikääntyminen on myös yleistä hoitotyön johtajilla. Hoitotyön johtamiskoulutuksen määrä on nykytilanteessa riittämätön eikä kata tulevien vuosien alalta poistumaa. Tulevaisuuden haasteeksi muodostuukin hoitotyön johtamisosaamisen saumaton jatkumo, kun myös suuri osa osastonhoitajista siirtyy eläkkeelle samanaikaisesti (Tervaskari 2004).

Seutuyhteistyöllä haetaan ratkaisua tiukkenevaan kuntatalouteen järjestämällä palveluja uudella tavalla. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen myötä tulee myös johtamisen osaaminen uudelleen tarkasteluun. Keinoja eläkkeelle siirtymisestä aiheutuvien aukkojen paikkaamiseksi on normaalin rekrytoinnin lisäksi palvelurakenteen uudistaminen prosesseja uudistamalla, uusia työnjakoja ja teknologiaa hyödyntämällä.

2.6 Yhteenveto teoreettisesta perustasta

Hoitotyön johtamisosaamista on tutkittu sekä kansallisesti että kansainvälisesti (Lorensen ym. 2001, Sinkkonen ja Taskinen 2002). Tutkimusten painopisteenä ovat 1990-luvulla olleet tuottavuus-, ja tehokkuus- ja vaikuttavuustekijät. Hoitotyön johtamisen monimuotoisuutta, ovat tutkineet muun muassa Marquis ja Huston (2003), Scoble ja Russell (2003), Funk (2004) ja Saleh ym. (2004).

Lorensen ym. (2001) sekä Sinkkonen ja Taskinen (2002) tutkivat hoitotyön johtajien osaamistasoa ja tulevaisuudessa tärkeäksi koettua osaamista ja luokittelivat hoitotyön johtamistoiminnot osaamisalueiksi. Hoitotyön johtajat kokivat kaikki johtamisen osaamisalueet tärkeiksi tai hyvin tärkeiksi. Tietojen ja taitojen vaatimukset olivat pääsääntöisesti korkeammalla kuin osaaminen. Kokonaisuutena tulokset osoittivat, että mittari soveltui kuvaamaan hoitotyön johtamisen sisältöä ja siinä tarvittavaa osaamista.

Hoitotyön johtajien lisäksi hoitotyön johtamisosaamista on tutkittu henkilöstön ja yhteistyökumppanien näkökulmista. Näistä näkökulmista tehtyjä tutkimuksia ovat muun muassa Syväsen (2003) tutkimus vanhustyötä tekeväälle henkilöstölle organisaation sisäistä tehottomuutta aiheuttavista tekijöistä sekä Lindholmin ym. (1999) tutkimus hoitotyön johtajuudesta kehittyvässä organisaatiossa, jossa hoitotyön johtajien lisäksi vastaajina olivat johtavat lääkärit, sairaalajohtajat ja politiikan edustajat. Syväjärven (2005) tutkimuksessa selvitettiin hoitohenkilöstön johtajiltaan tarvitsemaa tukea uuden informaatioteknologisen innovaation käyttöönoton yhteydessä. Hoitotyön johtajien käsityksiä osastonhoitajien

osaamisesta ja osaamisvaatimuksista ovat kartoittaneet esimerkiksi Nousiainen (1998) ja Narinen (2000).

Hoitotyön johtamisosaamiskuvauksen ajankohtaisuutta lisäävät aihealueeseen liittyvät uudet tutkimukset. Uusimmissa hoitotyön johtamisen tutkimuksissa painottuvat edellisten rinnalla henkilöstöjohtamiseen liittyvät kysymykset. Syväjärvi (2005) tutki informaatioteknologian tuloa terveydenhuoltoon ja sen vaatimuksia terveydenhuollon johtamiseen ja Kanste (2005) hoitotyön johtamistavan yhteyttä hoitohenkilöstön työuupumukseen. Kurtti-Sonnisen (2003) tutkimuksen mukaan vahvasti profession sitoutuva johtajuus aiheuttaa ongelmia laajempien kokonaisuuksien johtamisessa, esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisten tiimien ja organisaatorajoja ylittävissä toiminnoissa. Myös Taskinen (2005) tutki erilaisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiokulttuurien yhdistämisessä kohdattavia johtamisen haasteita.

Useimmat sekä koti- että ulkomaiset tutkimukset kuvasivat johtajien käsityksiä roolistaan, toiminnastaan ja osaamisestaan. Lisäksi tarvitaan hoitotyön johtamisen erityispiirteiden sekä terveydenhuollossa tapahtuvien muutosten vaikutusten huomioon ottamista ja niiden edellyttämää osaamista. Liitetaulukoihin 1 ja 2 on koottu tutkimuksessa käytettyjä keskeisiä suomalaisia ja ulkomaisia tutkimuksia (liitteet 2 ja 3). Kuvioon kolme on kuvattu tutkimuksen teoreettinen viitekehys (kuvio 3).

JULKISEN TERVEYDENHUOLLON PERUSTERVEYDENHUOLLON JA ERIKOISSAIRAANHOIDON TOIMINTAYMPÄRISTÖT

Hoitotyön johtamisen osaamisalueet:

1. Terveysthuoltojärjestelmä ja hoitotyön rooli siinä
2. Hoitotyön organisaatorakenteen määrittely
3. Terveysthuoltojärjestelmän muotoutuminen
4. Voimavarojen ja palvelujen suunnittelu
5. Standardien määrittely ja laadun parantaminen
6. Voimavarojen kohdentaminen ja ohjaus hoitotyössä
7. Tiedonkulun varmistaminen ja kommunikointi
8. Taloushallinto
9. Henkilöstöhallinto
10. Koulutus ja kehittäminen
11. Jatkuva valvonta, seuranta ja arviointi hoitotyössä
12. Koordinointi ja yhteistyö
13. Työhyvinvointi

Hoitotyön johtajien osaamisvaatimukset tulevaisuudessa (5 vuoden kuluttua)

Hoitotyön johtajien johtamisosaamisen vaje

Kuvio 3. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitotyön keskijohdon ja ylimmän johdon johtamisosaamista julkisessa terveydenhuollossa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon toimintaympäristöissä. Hoitotyön johtajilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa julkisen terveydenhuollon ylihoitajia, johtavia hoitajia ja vastaavissa asemissa olevia hoitotyön johtajia. Tutkimuksessa kuvataan hoitotyön keski- ja ylimmän johdon omia käsityksiä osaamisestaan sekä läheisten yhteistyökumppanien eli osastonhoitajien ja sosiaali- ja terveydenhuollon johtoryhmien jäsenten käsityksiä hoitotyön keskijohdon ja ylimmän johdon johtamisosaamisesta ja hoitotyön johtamisen osaamisvaatimuksista tulevaisuudessa.

Tutkimuskysymykset ovat:

Millainen on hoitotyön johtamisosaaminen julkisessa terveydenhuollossa?

Millaista osaamista hoitotyön johtajat tarvitsevat tulevaisuudessa?

Mitkä ovat hoitotyön johtajien osaamisvajeet osaamisen ja tulevaisuuden osaamisvaatimusten välillä?

4 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Tutkimusaineisto ja sen kerääminen

Tutkimus tehtiin survey-tutkimuksena. Tässä tutkimuksessa tutkimuksen kohdejoukon muodostivat yhden sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sekä sairaanhoitopiirin jäsenkuntien perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitotyön johtajien (ylihoitajat, johtavat hoitajat ja vastaavat), osastonhoitajien ja sosiaali- ja terveydenhuollon ylimpien johtoryhmien jäsenet. Tutkimuksen perusjoukon muodosti 203 henkilöä: 13 hoitotyön keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvaa johtajaa, 128 osastonhoitajaa ja 62 johtoryhmien jäsentä. Alueellisesti tutkimusjoukko oli merkittävä, mutta valtakunnallisesti ajatellen otos oli pieni. (Alkula ym. 1995, Heikkilä 2002, Hirsjärvi ym. 2005.) Tutkimusjoukosta rajattiin pois sosiaalihuollossa, yksityisellä ja kolmannella sektorilla toimivat hoitotyön johtajat. Sairaanhoitopiirin alue valittiin tutkimusalueeksi, koska alueella on menossa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon organisaatioiden seudullisia rakenteellisia kehittämishankkeita. (Elonheimo ym. 2004, HE 155/2006.)

Tutkimusluvut anottiin kahdeksasta eri organisaatiosta. Kyselyjen kohdentamisessa oikeille henkilöille etsittiin kunnista ja sairaanhoitopiiristä tarkoituksenmukaiset yhdyshenkilöt. Sairaanhoitopiirin hoitotyön johtajien nimet saatiin sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemasta sairaanhoitopiirien ylihoitajien verkostolistasta, josta poimittiin tutkimukseen mukaan julkisen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitotyön johtajat osoitteesta: (<http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/naytto/kymenlaakso.htx>).

Osastonhoitajien ja johtoryhmien jäsenten yhteystiedot kysyttiin organisaatioista suoraan. Kaikille kolmelle tutkimukseen valitulle vastaajaryhmälle käytettiin samaa kyselylomaketta. Kyselyyn liitettiin mukaan saatekirje ja vastausohjeet. Kyselylomake saatekirjeineen lähetettiin tutkimusjoukolle henkilökohtaisena sähköpostina 10.–12.4.2006 (taulukko 4). Tutkimuksen kysely toteutettiin elektronisella kysely-lomakkeella sähköpostin avulla huhtitoukokuussa 2006. Kyselylomake oli tätä tutkimusta varten perustetussa tietokannassa, johon vastaajat pääsivät saatekirjeessä olleen internet-osoitteella. Vastaajat vastasivat kyselyyn osoitteessa:

http://www2.KOTKA.FI/saario/kysely_saario_v3.htm.

Taulukko 4. Sairaanhoidopiirin alueelle lähetetyt sähköiset kyselylomakkeet.

Organisaatio	Hoitotyön johtajat		Osastonhoitajat N (%)	Johtoryhmän jäsenet N (%)	Yhteensä N (%)
	N	(%)			
Erikoissairaanhoito	5	(2)	71 (35)	11 (5)	87 (43)
Perusterveydenhuolto	8	(4)	57 (28)	51 (25)	116 (57)
Yhteensä	13	(6)	128 (63)	62 (31)	203 (100)

Lähetetystä 203 kyselylomakkeesta palautui tietokantaan 79, joista yksi poistettiin vastaajan vastattua kyselyyn kahdesti (vastaajan ilmoitus), joten lopulliseksi aineistoksi jäi yhteensä 78 vastausta vastausprosentin ollessa 38 %. Lomakkeita palautui erikoissairaanhoidosta yhteensä 37 (47 %) ja perusterveydenhuollosta yhteensä 41 (53 %). Tutkija muodosti kolme vastaajaryhmää, hoitotyön johtajat, osastonhoitajat ja johtoryhmä taustatietokysymysten 5, 6 ja 10 perusteella.

Hoitotyön johtajien ryhmä muodostui erään sairaanhoidopiirin kuntayhtymän hoitotyön johtajien verkostoryhmästä, josta tutkija sai listan sosiaali- ja terveysministeriön internetsivuilta. Hoitotyön johtajien verkostoryhmän listalta jätettiin pois ammatillisesta koulutuksesta vastaavat sekä sosiaali- ja vammaistyössä olevat johtajat. Näin ollen hoitotyön johtajien perusjoukon muodosti 15 hoitotyön johtajaa. Hoitotyön johtajien perusjoukkoon kuuluvista yksi ilmoitti, että organisaation rakennemuutosten yhteydessä ylihoitajan vakanssi oli lakkautettu ja siten hän ei enää kuulunut hoitotyön johtajien ryhmään. Yhden ylihoitajan vakanssia ei ollut täytetty vakituisen ollessa virkavapaalla. Tehtyjen muutosten jälkeen korjattu hoitotyön johtajien perusjoukko oli 13. Osastonhoitajien perusjoukko oli 128 ja eri organisaatioiden ylimpien johtoryhmien jäsenten määrä 62 (taulukko 4).

4.2 Tutkimuksessa käytetty mittari

Tämän tutkimuksen mittarin (kyselylomakkeen) taustalla on mittari, joka on kehitetty pohjoismaiseen perusterveydenhuollon hoitotyön johtamisosaamista selvittäneeseen tutkimukseen (Lorensen ym. 2001). Lorensenin ym. (2001) mittari sisältää 12 hoitotyön johtamisosaamisen pääosaamisaluetta sekä vastaajien taustaominaisuuksia mittaavia kysymyksiä. Mittarin taustalla on Maailman terveysjärjestön (WHO) työryhmän vuonna 1988 esittämä luettelo terveydenhuollon hallinnon 11 perustoiminnosta, jota Lorensen työryhmineen kehitti pohjoismaiseen terveydenhuoltojärjestelmään sopivaksi lisäämällä mittariin kahdennentoista johtamisosaamisen pääosaamisalueen. Tämä johtamistoiminto kuvaa terveydenhuoltojärjestelmän ja sen rakenteen määrittelyyn liittyviä johtamistehtäviä (pääosaamisalue 1). (Lorensen ym. 2001.)

Pohjoismaisen tutkimuksen jälkeen Sinkkonen ja Taskinen (2002) ovat kehittäneet mittaria alkuperäisestä versiosta edelleen. Tutkimustiedon perusteella he ovat lisänneet mittariin muun muassa kysymyksiä terveydenhuollon ja sen toimintaympäristön muutoksista sekä näyttöön perustuvien ammattikäytäntöjen johtamisesta. Mittari sisältää edelleen 12 johtamisosaamisen pääaluetta ja hoitotyön johtamisen alueelle liittyviä väittämiä on yhteensä 69 (Sinkkonen ja Taskinen 2002).

Tämän tutkimuksen mittarina käytetty kyselylomake (liite 1) perustuu pohjoismaisena yhteistyönä laadittuun terveydenhuollon johtamisosaamisen tutkimuksissa käytetyn mittarin suomennettuun versioon (Sinkkonen ja Taskinen 2002). Tämän vuoksi sitoudutaan käsitteisiin, joita heidän tutkimuksessa on käytetty.

Tässä tutkimuksessa käytetty kyselylomake erosi aiemmin Sinkkosen ja Taskisen (2002) käyttämästä lomakkeesta siten, että kyselylomakkeeseen lisättiin kolmanneksitoista pääosaamisalueeksi työhyvinvointi (pääosaamisalue 13). Työhyvinvoinnin pääosaamisalue käsitti 12 väittämää hoitotyön johtamisessa esiintyvistä henkilöstön työhyvinvoinnista huolehtimisen johtamistehtävistä. Tehtyä lisäystä tutkija perustelee henkilöstön työhyvinvointiin liittyvien kysymysten ajankohtaisuudella. Kyselylomakkeesta poistettiin työvuorolistojen tekemiseen liittyvä väittämä. Väittämä poistettiin sillä perusteella, että tässä tutkimuksessa kuvataan hoitotyön keskijohdon ja ylimmän johdon johtamisosaamista ja työvuorosuunnittelu kuuluu osaksi päivittäistä operatiivista johtamista eli osastonhoitajien tehtäväaluetta. Aiemmat tutkimukset tukevat myös tätä ratkaisua. (Lorensen ym. 2001,

Sinkkonen ja Taskinen 2002.) Tässä tutkimuksessa käytetyn mittarin väittämien määrä oli yhteensä 80 (taulukko 5).

Käytettävän mittarin luotettavuutta mitataan reliabiliteetilla. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliabiliteetti on tärkeä, kun on tarkoitus muodostaa muuttujista summamuuttujia eli kun on tarve tarkistaa mittarin eri osioiden mittaavan samantyyppistä asiaa. Tutkimuksen sisäinen reliabiliteetti voidaan todeta mittaamalla sama tilastoyksikkö useampaan kertaan (Heikkilä 2002). Tutkimuksen ulkoista reliabiliteettia eli tutkimuksen toistettavuutta vahvistaa, että samaa mittaria on testattu ja käytetty aikaisemmin laajoissa tutkimuksissa (Henry 1995, Edwards ja Roemer 1996, Lorensen ym. 2001, Sinkkonen ja Taskinen 2002.) Tässä tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan verrata aiemmin samalla mittarilla saatuihin tuloksiin, paitsi työhyvinvoinnin pääosaamisalueen osalta, koska se kehitettiin tähän tutkimukseen.

Reliabiliteettia voidaan testata SPSS-ohjelmassa Cronbachin alfa -korrelaatiokertoimen avulla (Holopainen ym. 2004). Reliabiliteetikertoimen arvot ovat välillä 0–1 ja suuret kertoimet ilmoittavat korkeasta reliabiliteetista. Cronbachin alfa arvoa yli 0,7 voidaan pitää riittävän hyvänä ja muuttujista voidaan muodostaa summamuuttujia. Kaikilla hoitotyön johtamisen osaamisalueiden muuttujilla Cronbachin alfat olivat riittävän suuret ja siten voitiin muodostaa summamuuttujat kaikille hoitotyön johtamisen pääosaamisalueille. Summamuuttujien Cronbachin alfa-arvot olivat 0,81–0,94 välillä (taulukko 5). Mittarin reliabiliteettia on arvioitu aiemmin tehdyissä tutkimuksissa: Edwardsin ja Roemerin (1996) tutkimuksessa kaikkien osaamisalueiden Cronbachin alfat olivat yli 0,6. Lorensen ym. (2001) arvioivat tekemiensä testien perusteella käsitesisältöjen olevan hyvät kaikilla osaamisalueilla. Sinkkonen ja Taskinen (2002) perustivat arvionsa mittarin luotettavuudesta Lorensin ym. (2001) tutkimukseen.

Taulukko 5. Hoitotyön johtamisen pääosaamisalueet ja niitä mittaavien väittämien lukumäärät. Mittarin sisäisen luotettavuuden arviointi kuvattuna Cronbachin alfa-arvoilla.

Pääosaamisalue	Väittämien lukumäärä	Cronbachin alfa
1. Terveydenhuoltojärjestelmä ja hoitotyön rooli siinä	5	,87
2. Hoitotyön organisaatorakenteen määrittely	6	,92
3. Terveyspolitiikan muotoutuminen	4	,88
4. Voimavarojen ja palvelujen suunnittelu	5	,90
5. Standardien määrittely ja laadun parantaminen	5	,91
6. Voimavarojen kohdentaminen ja ohjaus hoitotyössä	8	,90
7. Tiedonkulun varmistaminen ja kommunikointi	6	,84
8. Taloushallinto	7	,94
9. Henkilöstöhallinto	8	,90
10. Koulutus ja kehittäminen	5	,85
11. Jatkuva valvonta, seuranta ja arviointi hoitotyössä	4	,81
12. Koordinointi ja yhteistyö	5	,90
13. Työhyvinvointi	12	,91
Yhteensä	80	

Vastaajien arvioitavana oli julkisen terveydenhuollon **hoitotyön johtamisen** osaamisalueiden tietojen ja taitojen hallinnan nykytila eli osaaminen sekä arvio tietojen ja taitojen tärkeydestä eli osaamisvaatimuksista hoitotyön johtamisessa tulevaisuudessa (5 vuoden kuluttua). Väittämät (kysymykset) olivat kaksiosaisia. Vasemman puoleisella numerosarjalla vastaajaa pyydettiin arvioimaan hoitotyön johtajien osaamista kysytyllä osaamisalueella ja oikean puoleisella numerosarjalla ilmaisemaan käsityksistä tiedon ja taidon tärkeydestä hoitotyön johtamisessa samalla tehtäväalueella tulevaisuudessa (liite 1). Käytetyssä kyselylomakkeessa vastaajat arvioivat hoitotyön johtajien tietojen ja taitojen hallinnan nykytilaa viisiportaisella Likert-asteikolla niin, että 1 = ei tiedä mitään, 2 = tietää vähän, 3 = tietää riittävästi, 4 = tietää paljon ja 5 = tietoja erittäin paljon. Tiedon ja taidon tärkeyttä hoitotyön johtamisessa tulevaisuudessa (5 vuoden kuluttua) arvioitiin 1 = ei tärkeä, 2 = vähän tärkeä, 3 = tärkeä, 4 = hyvin tärkeä, 5 = erittäin tärkeä. Tiedon ja taidon tärkeydellä haettiin vastausta osaamisen ja tulevaisuudessa tarvittavien osaamisvaatimusten välisestä osaamisvajesta. Vastaajat

vastasivat huolella strukturoituihin kysymyksiin. Puuttuvia tietoja esiintyi enimmillään 5 % väittämää kohden.

Strukturoitua kyselylomaketta täydennettiin pääosaamisalueiden loppuun lisätyllä väittämällä. Väittämä 14 ”Muu osaamisalue” vastaajilla oli mahdollisuus halutessaan lisätä osaamisalue tai antaa lisäinformaatiota tutkijalle. Lomakkeen loppuun oli varattu lisäksi tila, johon vastaajilla oli mahdollisuus antaa palautetta tutkijalle. Kyselylomakkeen loppuun varattuun tilaan antoi 20 vastaajaa palautetta tutkijalle. Osa palautteesta oli kritiikkiä kyselyä ja käytettyä kyselylomaketta kohtaan, osa kommentteista oli kannustavia. Kommentit saivat tukea aikaisemmista samalla mittarilla tehdyistä tutkimuksista (Sinkkonen ja Taskinen 2002).

Taustatietoja kartoitettiin yhdellätoista kysymyksellä. Taustatietokysymykset olivat: 1) sukupuoli, 2) ikä, 3) yleissivistävä koulutus, 4) ammatillinen koulutus, 5) ammattinimike, 6) nykyinen vastuualue, 7) työkokemus nykyisessä tehtävässä, 8) työkokemus esimies- ja johtotehtävissä, 9) organisaatio, 10) vastaajaryhmä ja 11) johtoryhmän jäsenyys. Vastaajia pyydettiin vastaamaan taustatietokysymyksiin valitsemalla vaihtoehdoista (luokitteluasteikolliset kysymykset) tai tarvittaessa kirjoittamaan avoimeen kohtaan (kysymykset 5 ja 6). Luokitteluasteikollisia kysymyksiä olivat kysymykset 1, 3, 4, 9, 10 ja 11 (liite 1).

Kyselylomake esitettiin seitsemällä henkilöllä, jotka edustivat monipuolisesti suunniteltua kohdejoukkoa. Hoitotyön johtajaa edusti ylihoitaja toisesta sairaanhoitopiiristä, yhteistyökumppaneita edustivat yhteistyöylilääkäri ja vammaispalvelun johtaja, osastonhoitajia edusti esimiestyössä ollut terveydenhoitaja ja kyselylomakkeen tutkimuksellista kattavuutta ja toimivuutta arvioivat ammattikorkeakoulun opettaja ja tutkimuksen ohjaajat Tampereen yliopistosta.

Sinkkonen ja Taskinen (2002) arvioivat käyttämänsä mittarin antavan aiempaa jäsentyneemmän perustan hoitotyön johtamistutkimukselle. Hoitotyön johtamista kuvaavan käsitteistön jatkuva kehittäminen varmistaa, että johtamiskoulutus ja johtamiskäytännöt vastaavat muuttuneita ja muuttuvia olosuhteita. Lupa kyselylomakkeen käyttöön saatiin terveyshallintotieteiden emerita professori Sirkka Sinkkoselta ja terveydenhuollon tohtori, professori Helena Taskiselta tammikuussa 2006. Lupa mittarin osittaiseen muuttamiseen saatiin Sirkka Sinkkoselta tammikuussa 2006.

4.3 Kato

Tässä tutkimuksessa sähköisiä vastauslomakkeita palautui 78 (38 %) tutkimuksen yhden sairaanhoitopiirin alueen julkisen terveydenhuollon esimiehistä ja johtajista muodostuneesta perusjoukosta (N = 203). Perusjoukko jaettiin kolmeen vastaajaryhmään eli hoitotyön johtajien, osastonhoitajien ja organisaatioiden ylimpien johtoryhmien vastaajaryhmiin.

Vastausprosentit vaihtelivat vastaajaryhmittäin. Aktiivisimmin tutkimukseen vastasivat hoitotyön johtajat ja huonointa vastausaktiivisuus oli johtoryhmien keskuudessa. Hoitotyön johtajien vastausprosentti oli vastaajaryhmässään 77 %, jota voidaan pitää hyvänä. Osastonhoitajien vastausprosentti oli 38 % ja johtoryhmien jäsenten vastaajaryhmän vastausprosentti oli 33 %.

Perusjoukossa oli miehiä 21 (10 %) ja naisia 182 (90 %), joista kyselyyn osallistuneista 78 oli miehiä 6 (8 %) ja naisia 71 (92 %), yksi vastaaja oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. Vastaajien keski-ikä oli 51 vuotta ja keskihajonta 6 vuotta 3 kuukautta, nuorin oli 35 -vuotias ja vanhin 62-vuotias, 64 % oli yli 45-vuotiaita. Vastaajat olivat vastanneet huolellisesti kyselyyn, vain joihinkin yksittäisiin kysymyksiin oli jätetty vastaamatta. Yksi vastaajista jätti vastaamatta taustatietokysymyksiin 5, 6 ja 11.

Tutkimuksen vastausprosentti jäi melkoisen matalaksi. Vastaamatta jättäneiden profiilia ja vastaamattomuuden syitä ei ole mahdollista selvittää kattavasti, koska tutkijalla ei ollut käytettävissä perusjoukon tunnistetietoja eikä suurin osa vastaamatta jättäneistä ilmoittanut syytä vastaamattomuuteensa. Osa kadosta johtui todennäköisesti mittarin pituudesta ja käsitteiden vaikeudesta. Katoa saattoi lisätä sähköinen kyselylomake, joka on menetelmänä vielä melko uusi. Yksi kyselylomakkeen saaneista vastasi tutkijalle ettei halua osallistua kyselyyn, muutama johtoryhmien jäsenistä ilmoitti tutkijalle sähköpostilla, ettei vastaa kyselyyn, koska ei kuulu tutkimuksen kohdejoukkoon eli hoitotyön johtajiin. Automaattisten sähköpostin palautusten perusteella voitiin todeta, että moni oli vuosilomalla kyselyn toteutuksen ajankohtana.

Katoa pyrittiin vähentämään lähettämällä sähköpostilla muistutuskirje tutkimusjoukolle. Sähköisesti palautuneissa vastauksissa ei ollut tunnistetietoja esimerkiksi juoksevaa numerointia, joten muistutuskirjeitä ei voinut kohdistaa ainoastaan vastaamatta jättäneille, sen

vuoksi muistutuskirje lähetettiin kaikille 4.5.2006 ja viimeiseksi palautuspäiväksi ilmoitettiin 15.5.2006.

4.4 Aineiston analyysimenetelmät

Taustamuuttujien yhteyttä selvitettiin yksittäisiin muuttujiin ja summamuuttujiin. Luokitteluasteikollisille taustamuuttujille suoritettiin ristiintaulukoinnit X^2 -riippumattomuustestin (Khiin neliötesti) avulla käyttäen alle 5 %:n ($p < 0,05$) merkitsevyystasoa. Ristiintaulukoinnit tehtiin taustamuuttujien (sukupuoli, ikä, ammatillinen koulutus, kokemus nykyisessä tehtävässä, kokemus esimies- ja johtotehtävissä, organisaatio, vastaajaryhmä ja johtoryhmän jäsenyys) ja luokiteltujen pääosaamisalueiden välillä. Kaksiluokkaisten taustamuuttujien ja keskiarvomuuttujien välistä yhteyttä tarkasteltaessa käytettiin T-testiä. (Heikkilä 2002, Holopainen ym. 2004.)

Mittarin tuottama strukturoitu aineisto koostui 80 viisiportaisesta Likert -asteikollisesta kysymyksestä 13 johtamisosaamisen pääosaamisalueella. Vastaajat arvioivat hoitotyön johtamisosaamista tällä hetkellä ja hoitotyön johtamisosaamisen tarvetta tulevaisuudessa. Strukturoitujen kysymysten tuottama määrällinen aineisto analysoitiin SPSS 13,0 for Windows -tilasto-ohjelman avulla.

Vastaajaryhmittäinen tarkastelu suoritettiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä (Anova). Testin suorittamiseksi pääosaamisalueiden osa-alueista muodostettiin summamuuttujat ja osaamisen keskiarvot 13 pääosaamisalueilla saivat arvon asteikolla 1–5. Summamuuttujien muodostamisessa käytettiin samaa menetelmää, jota mittarilla oli käytetty aiemmissä tutkimuksissa (Henry 1995, Roemer ja Edwards 1996, Lorensen ym. 2001, Sinkkonen ja Taskinen 2002). Luokitteluperusteena käytettiin tasavälistä luokittelua, jossa summat voivat saada pisteet 1–5. Summamuuttujat muodostettiin laskemalla yhteen kuhunkin summamuuttujaan kuuluvat vastauskoodit (arvot) ja jakamalla saatu summa kysymysten lukumäärällä.

Vastaajaryhmittäisten frekvenssien laskemiseksi osaamisalueiden muuttujista tehtiin kolmiluokkaisia summamuuttujia, jotka luokiteltiin seuraavasti.

Tietojen ja taitojen hallinta:

0–1,99	= vähäiset tiedot ja taidot
2,00–3,99	= kohtuulliset tiedot ja taidot
4,00–5,00	= erittäin hyvät tiedot ja taidot

Tietojen ja taitojen tärkeys tulevaisuudessa:

0–1,99	= ei tärkeä
2,00–3,99	= tärkeä
4,00–5,00	= erittäin tärkeä.

Osaamisen nykytilan ja tulevaisuudessa tarvittavan osaamisen osaamisvajetta selvitettiin parittaisella t-testillä. Osaamisvajeen merkitystä arvioitiin Cohenin arvolla. Cohenin arvolla tarkoitetaan kahden vertailtavan ryhmän (summamuuttujien) yhdistettyjen ryhmäkeskihajontojen vertailua. Cohenin arvoon perustuvien likiarvojen vaihteluväli rajoittuu yleensä välille -1 – +1. Cohenin arvoissa käytetään yleensä suuntaa antavia arvoja; pieni merkitys on arvolla 0,2, keskinkertainen merkitys on arvolla 0,5 ja suuri merkitys on arvolla 0,8. (Nummenmaa 2005.)

P-arvojen laskenta on yksi osa tutkimusaineiston tilastollista analyysiä, joka antaa aineksia sekä tilastolliselle päättelylle että yleiselle päätelmien teolle tutkimustulosten pohjalta. P-arvon ollessa $> 0,1$ sillä ei katsota tilastollisesti olevan merkitystä, $0,10–0,05$ tuloksen katsotaan olevan oireellinen, $< 0,05$ melkein merkitsevä, $\leq 0,01$ merkitsevä ja $< 0,001$ erittäin merkitsevä. Tässä tutkimuksessa testaukset tehtiin 95 % luottamustasolla (Heikkilä 2002).

Johtamisosaamista kuvaavien osaamisalueiden lisäksi vastaajilla oli mahdollisuus lisätä kohtaan 14 ”Muu osaamisalue” osaamisalue, joka vastaajan mielestä puuttui kyselystä. Kysymykseen vastasi yhteensä 17 henkilöä, joista seitsemän vastausta jätettiin pois, sillä niissä oli vain nimeämätön arvio osaamisesta tai osaamisen tärkeydestä tulevaisuudessa. Kohtaan 14 saatiin kymmenen ehdotusta osaamisalueiksi. Ehdotusten vähäisen määrän vuoksi vastauksista ei voitu tehdä sisällönanalyysia, vaan tyydyttiin kuvaamaan vastaukset taulukossa. Vastaajien ehdotukset lisäosaamisalueiksi, osaamisen hallinnan arvioinnit sekä arviot osaamisen tärkeydestä tulevaisuudessa on kuvattuna taulukossa 23. Edellisten lisäksi kyselylomakkeessa olleeseen palautekohtaan yksi vastaaja ehdotti mittariin lisättäväksi juridisen kysymysten osaamisalueen.

5 TULOKSET

5.1 Tutkimukseen osallistuneiden kuvaus

Vastaajien taustatiedot

Vastaajista 21 (27 %) ilmoitti yleissivistävänä koulutuksenaan peruskoulun ja 56 (72 %) ylioppilastutkinnon, yksi vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen. Yleissivistävä koulutus jakautui tasaisesti eri vastaajaryhmissä. Ammatillista koulutusta kuvaava taustamuuttuja luokiteltiin kolmiluokkaiseksi yhdistämällä ammattikorkeakoulututkinto ja alempi korkeakoulututkinto sekä ylempi korkeakoulututkinto ja korkeakoulun jatkotutkinto. Ammatillisen koulutuksen luokiksi muodostui ammattitutkinto, alempi korkeakoulututkinto ja ylempi korkeakoulututkinto (taulukko 6).

Vastaajien työkokemus nykyisessä tehtävässä oli keskimäärin 11 vuotta, vaihteluvälin ollessa alle puolesta vuodesta 36 vuoteen. Työkokemusta nykyisessä tehtävässä kuvaa tyyppi-arvo eli moodi, joka aineistossa oli kaksi vuotta, joten pitkäänkin työssä olleista suuri osa oli vaihtanut uusiin tehtäviin. Osastonhoitajat näyttivät olleen nykyisissä tehtävissään hoitotyön johtajiin ja johtoryhmän jäseniin verrattuna kauimmin 12,6 vuotta kun muut olivat olleet 9,4 vuotta ($F = 1,03$ $df = 71$ $p = 0,363$). Esimies- ja johtamiskokemusta vastaajilla oli keskimäärin 16 vuotta ($F = 2,53$ $df = 73$ $p = 0,087$), vaihteluvälin ollessa alle puolesta vuodesta 39 vuoteen. Esimies ja johtamistehtävissä pysyvyyttä kuvaava moodi oli vastaajilla 20 vuotta. Vastaajaryhmittäin työkokemus esimies ja johtamistehtävissä jakautui niin, että hoitotyön johtajilla oli johtamiskokemusta 21,3 vuotta ($kh = 12,2$), johtoryhmän jäsenillä 17,5 vuotta ($kh = 11,0$) ja osastonhoitajilla 14 vuotta ($kh = 9,2$). Kyselyyn osallistuneilla oli pitkä työkokemus esimies- ja johtamistehtävissä. Suuret erot keskihajontaluvuissa johtuivat työkokemuksen pituuden vaihtelusta, hyvin lyhyestä hyvin pitkään. Vaikutti siltä, että osastonhoitajien johtamiskokemus oli kertynyt lähinnä heidän nykyisestä tehtävästään, kun taas johtoryhmän jäsenet ja hoitotyön johtajat olivat kerryttäneet johtamiskokemustaan nykyisen tehtävän lisäksi muissa tehtävissään.

Ammattinimikettä kysyttiin avoimena kysymyksenä. Avoimella kysymyksellä haluttiin tuoda esiin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattinimikkeiden moninaisuus. Hoitotyön johtajien vastaajaryhmässä esiintyviä virkanimikkeitä olivat hallintoylihoitaja, hoitotyönjohtaja,

johtava hoitaja, sairaanhoitaja johtaja, tulosalueen ylihoitaja, ylihoitaja. Johtoryhmään kuuluvien vastaajien ryhmä oli heterogeeninen. Tutkimuksessa esiintyviä hoitotyön johtajien yhteistyökumppanien (johtoryhmien jäsenet) nimikkeitä oli 13 erilaista ja näitä olivat muun muassa johtaja, sosiaali- ja terveysjohtaja, projekti- ja kehittämispäällikkö, ylihammaslääkäri, henkilöstöpäällikkö, pääluottamusmies, sosionomi, suunnittelusihteeri, talousjohtaja, koti- ja laitoshoidon johtaja, kotihoidon ohjaaja ja vammaispalvelunohjaaja. Osastonhoitajien vastaajaryhmässä esiintyi osastonhoitajien lisäksi apulaisosastonhoitaja, erikoissairaanhoitaja tai muun erikoistumisalan hoitaja ja vastaava hoitaja. Taulukkoon 6 on koottu yhteenvetoa taustatiedoista.

Taulukko 6. Vastaajien taustatiedot $N = 78$.

Taustatieto	n	%
Sukupuoli		
mies	6	7,7
nainen	71	91,0
Ikä		
alle 45 v	14	17,9
45 – 54 v	34	43,6
yli 55 v	30	38,5
Yleissivistävä koulutus		
keskikoulu/ peruskoulu	21	26,9
ylioppilas	56	71,8
Ammatillinen koulutus		
ammattitutkinto	40	51,3
ammattikorkeakoulu- tai alempi kk-tutkinto	16	20,5
ylempi kk-tutkinto tai yliopiston jatkotutkinto	22	28,2
muu, mikä	-	-
Työkokemus nykyisessä tehtävässä		
alle 5 v	33	42,3
5 – 14 v	19	24,4
yli 15 v	23	29,5
Työkokemus johtotehtävissä		
alle 5 v	19	24,4
5 – 14 v	20	25,6
yli 15 v	38	48,7
Organisaatio		
erikoissairaanhoido	36	46,8
perusterveydenhuolto	41	52,6
Vastaajaryhmä		
hoitotyön johtaja	10	12,8
osastonhoitaja	48	61,5
johtoryhmän jäsen	20	25,6

5.2 Vastaajien arvioinnit hoitotyön johtajan johtamisosaamisesta ja osaamisvaatimuksista tulevaisuudessa julkisessa terveydenhuollossa

Terveydenhuoltojärjestelmän rakenne ja siihen liittyen hoitotyön rooli pääosaamisalueesta muodostettu summamuuttuja sisälsi viisi väittämää: terveydenhuoltojärjestelmän luonne ja rakenne, hoitotyön tehtävä ja merkitys terveydenhuollossa, hoitotyön tavoite ja väestön terveystarpeet, hoitotyön johtaminen terveydenhuollossa ja hoitotyön hallinto terveydenhuollossa.

Vastaajista 59 (76 %) arvioi hoitotyön johtajien hallitsevan terveydenhuoltojärjestelmän ja hoitotyön roolin pääosaamisalueen kohtuullisen hyvin ja 19 (24 %) arvioi heidän hallitsevan tiedot ja taidot erittäin hyvin. Pääosaamisalueen tarkempi tarkastelu vastaajaryhmittäin tehtiin Anova-testillä (taulukko 7).

Vastaajien mukaan hoitotyön johtajilla on kohtuullisen hyvä osaaminen kaikilla terveydenhuoltojärjestelmää ja hoitotyön roolia käsittävillä osaamisalueilla. Hoitotyön johtajat arvioivat osaamisensa muiden ryhmien käsityksiä korkeammalle. Eniten osaamista hoitotyön johtajilla oli hoitotyön tehtävä ja merkitys terveydenhuollossa osaamisalueella (ka 4,20 kh 0,79) ja vähiten hoitotyön tavoite ja väestön terveystarpeet osaamisalueella (ka 3,50 kh 0,85). Osastonhoitajat arvioivat hoitotyön hallinnon osaamisen kohtuulliseksi (ka 3,13 kh 0,89) keskiarvojen vaihteluvälin ollessa 1–5. Näiden tehtäväalueiden tietojen tärkeys hoitotyön johtamisessa oli kaikilla osaamisalueilla tärkeää tai hyvin tärkeää. (Taulukko 7.)

Tulevaisuudessa osaamisalueen arvioi erittäin tärkeäksi 55 (71 %) vastaajaa ja 23 (29 %) vastaajaa tärkeäksi. Tulevaisuudessa hoitotyön johtajat arvioivat tarvitsevansa osaamista erittäin paljon kaikilla osaamisalueilla (ka 4,20–4,70). Myös osastonhoitajien ja johtoryhmien jäsenet arvioivat tietojen olevan erittäin tärkeitä tulevaisuudessa, paitsi osastonhoitajat arvioivat terveydenhuoltojärjestelmän luonteen ja rakenteisiin liittyvän osaamistarpeen olevan tärkeä (ka 3,83 kh 0,69). (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Terveydenhuoltojärjestelmä ja hoitotyön rooli pääosaamisalueen osaamisen hallinta ja osaamisen tärkeys tulevaisuudessa osaamisalueiden vertailu keskiarvoina (ka), keskihajontoina (kh) sekä näkyvissä vapausasteet (df), testisuureet F ja p-arvot vastaajaryhmittäin.

Osaamisalue: Terveydenhuoltojärjestelmä ja hoitotyön rooli siinä	Vastaaja-ryhmä	Tehtävälueen tietojen ja taitojen hallinta hoitotyön johtamisessa					Tehtävälueen tietojen ja taitojen tärkeys hoitotyön johtamisessa tulevaisuudessa				
		Ka	Kh	df	F	p-arvo	Ka	Kh	df	F	p-arvo
Terveydenhuoltojärjestelmän luonne ja rakenne	HTJ	3,90	1,10	77	3,60	,032	4,30	0,82	77	2,65	,078
	OH	3,21	0,65				3,83	0,69			
	JR	3,35	0,75				4,15	0,67			
Hoitotyön tehtävä ja merkitys terveydenhuollossa	HTJ	4,20	0,79	77	3,16	,048	4,70	0,48	77	3,70	,029
	OH	3,55	0,76				4,13	0,70			
	JR	3,68	0,67				4,00	0,73			
Hoitotyön tavoite ja väestön terveystarpeet	HTJ	3,50	0,85	77	1,05	,354	4,40	0,52	77	1,09	,341
	OH	3,13	0,79				4,06	0,81			
	JR	3,30	0,80				4,25	0,64			
Hoitotyön johtaminen terveydenhuollossa	HTJ	4,10	1,10	77	3,09	,052	4,70	0,48	77	1,46	,238
	OH	3,33	0,83				4,31	0,72			
	JR	3,60	1,00				4,50	0,76			
Hoitotyön hallinto terveydenhuollossa	HTJ	4,00	1,05	77	3,87	,025	4,20	0,63	77	1,29	,282
	OH	3,13	0,89				4,42	0,77			
	JR	3,30	0,87				4,10	0,85			

HTJ = hoitotyön johtaja, OH = osastonhoitaja, JR = johtoryhmän jäsen.

Hoitotyön organisaatorakenteen määrittelyn summamuuttuja muodostettiin kuudesta väittämästä: organisaatorakenteen määrittely, virallinen organisaatorakenne, väestön terveystarpeiden ja voimavarojen vaikutus organisaation rakenteeseen, hoitotyön ylimmän johdon asema organisaation rakenteessa, valta ja riippuvuus keskitetyssä ja hajautetussa organisaatiossa ja hoitotyön organisaation kehittäminen väestön terveystarpeita vastaavaksi.

Vastaajista 59 (76 %) arvioi hoitotyön johtajien hallitsevan hoitotyön organisaatorakenteen määrittelyn kohtuullisen hyvin ja 15 (19 %) arvioi heidän hallitsevan tiedot ja taidot erittäin hyvin. Pääosaamisalueen tarkempi tarkastelu vastaajaryhmittäin tehtiin Anova-testillä (taulukko 8).

Vastaajien mukaan hoitotyön johtajilla on kohtuullinen osaaminen hoitotyön organisaatorakenteeseen liittyvillä osaamisalueilla. Hoitotyön johtajat arvioivat osaamisensa muiden ryhmien käsityksiä korkeammalle. Hoitotyön johtajat arvioivat hallitsevansa hyvin

oman asemansa organisaation rakenteessa (ka 4,10 kh 0,88). Muut vastaajaryhmät arvioivat hoitotyön johtajien hallitsevan asemaan liittyvän kysymyksen matalammaksi (ka 3,13–3,30). Vähiten hoitotyön johtajilla oli osaamista väestön terveystarpeiden ja voimavarojen vaikutuksista organisaation rakenteeseen. Hoitotyön johtajat arvioivat osaamisensa olevan kohtuullisen hyvää (ka 3,40 kh 0,97), kun muut ryhmät arvioivat osaamisen olevan vähäisellä tietoperustalla (ka 2,60–2,76).

Tulevaisuudessa osaamisalueen arvioi tärkeäksi 42 (54 %) vastaajaa ja 35 (45 %) vastaajaa erittäin tärkeäksi. Näiden osaamisalueiden hallinta tulevaisuudessa oli vastaajien mukaan tärkeää tai hyvin tärkeää (taulukko 8).

Taulukko 8. Hoitotyön organisaatorakenteen määrittelyn pääosaamisalueen osaamisen hallinta ja osaamisen tärkeys tulevaisuudessa osaamisalueiden vertailu keskiarvoina (ka), keskihajontoina (kh) sekä näkyvissä vapausasteet (df), testisuure F ja p-arvot vastaajaryhmittäin.

Osaamisalue: Hoitotyön organisaatorakenteen määrittely	Vastaaja-ryhmä	Tehtävälueen tietojen ja taitojen hallinta hoitotyön johtamisessa					Tehtävälueen tietojen ja taitojen tärkeys hoitotyön johtamisessa tulevaisuudessa				
		Ka	Kh	df	F	p-arvo	Ka	Kh	df	F	p-arvo
Organisaatorakenteen määrittely	HTJ	3,60	0,84	76	1,14	,324	3,90	0,99	76	0,94	,395
	OH	3,15	0,91				3,66	0,76			
	JR	3,10	0,97				3,50	0,61			
Virallinen organisaatorakenne	HTJ	4,00	0,94	76	2,60	,081	3,90	0,74	76	1,25	,292
	OH	3,23	0,87				3,51	0,69			
	JR	3,35	1,18				3,50	0,83			
Väestön terveystarpeiden ja voimavarojen vaikutus organisaation rakenteeseen	HTJ	3,40	0,97	75	3,43	,038	4,40	0,70	76	1,28	,283
	OH	2,76	0,79				3,91	0,91			
	JR	2,60	0,75				4,05	0,89			
Hoitotyön ylimmän johdon asema organisaation rakenteessa	HTJ	4,10	0,88	76	4,63	,013	3,90	0,99	76	0,06	,944
	OH	3,13	0,92				3,79	0,91			
	JR	3,30	0,92				3,80	1,06			
Valta ja riippuvuus keskitetyssä ja hajautetussa organisaatiossa	HTJ	3,60	0,97	76	5,55	,006	3,90	0,88	76	3,66	,030
	OH	2,62	0,92				3,45	0,90			
	JR	3,00	0,73				3,00	0,86			
Hoitotyön organisaation kehittäminen väestön terveystarpeita vastaavaksi	HTJ	3,80	1,03	76	4,95	,010	4,80	0,42	76	2,42	,096
	OH	2,85	0,86				4,28	0,90			
	JR	3,00	0,80				4,10	0,79			

HTJ = hoitotyön johtaja, OH = osastonhoitaja, JR = johtoryhmän jäsen.

Terveyspolitiikan muotoutumisen pääosaamisalueeseen sisältyi neljä osa-aluetta, joista muodostettiin summamuuttuja. Osaamisalueet olivat: terveyspolitiikan muotoutumisprosessi, terveyspolitiikan laatiminen, terveyspolitiikan tutkimus sekä hoitotyön johtaminen ja hoitotyön rooli valtakunnallisen terveyspolitiikan muotoutumisessa.

Vastaajista 64 (82 %) arvioi hoitotyön johtajien hallitsevan terveyspolitiikan muotoutumisen pääosaamisalueen kohtuullisen hyvin, 7 (9 %) vastaajaa arvioi hallinnan olevan vain vähäistä ja 5 (6 %) arvioi hoitotyön johtajien hallitsevan tiedot ja taidot erittäin hyvin. Pääosaamisalueen vastaajaryhmittäinen tarkastelu tehtiin Anova-testillä (taulukko 9).

Vastaajien mukaan hoitotyön johtajilla oli vähän tai kohtuullisesti osaamista terveyspolitiikan muotoutumisen käsittävillä osaamisalueilla. Hoitotyön johtajat arvioivat osaamisensa muiden ryhmien käsityksiä korkeammalle. Eniten osaamista hoitotyön johtajat arvioivat olevan terveyspolitiikan muotoutumisprosessissa (ka 3,20 kh 0,92) ja hoitotyön valtakunnallisen terveyspolitiikan muotoutumisessa (ka 3,20 kh 0,92) ja vähiten terveyspolitiikan laatimisen osaamisalueella (ka 2,70 kh 1,06). Hoitotyön johtajien ja osastonhoitajien vastaajaryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero kaikilla summamuuttujan osa-alueilla. Osastonhoitajat arvioivat hoitotyön johtajien hallitsevan osaamisen olevan heikompaa keskiarvojen ollessa 2,13–2,45 välillä ja keskihajontojen välillä 0,65–0,85 ($p = 0,005–0,05$). Huomattavaa on kuitenkin suuret keskihajontaluvut hoitotyön johtajien vastaajaryhmässä. Myös johtoryhmien jäsenet arvioivat osaamisen alemmaksi kuin hoitotyön johtajat, mutta ryhmien välisessä tarkastelussa ei ilmennyt tilastollista merkitsevyyttä. (Taulukko 9.)

Tulevaisuudessa osaamisalueen arvioi erittäin tärkeäksi 25 (32 %) vastaajaa ja 50 (64 %) vastaajaa tärkeäksi. Vastaajaryhmien mielestä näiden tehtäväalueiden tietojen tärkeys hoitotyön johtamisessa oli kaikilla osaamisalueilla tärkeää (ka 3,30–3,93), joskin myös ryhmien sisällä esiintyi suuria keskihajonta-arvoja (kh 0,73–1,17). (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Terveyspolitiikan muotoutumisen pääosaamisalueen osaamisen hallinta ja osaamisen tärkeys tulevaisuudessa osa-alueiden vertailu keskiarvoina (ka), keskihajontoina (kh) sekä näkyvissä vapausasteet (df), testisuureet F ja p-arvot vastaajaryhmittäin.

Osaamisalue: Terveyspolitiikan muotoutuminen	Vastaa- ryhmä	Tehtäväalueen tietojen ja taitojen hallinta hoitotyön johtamisessa					Tehtäväalueen tietojen ja taitojen tärkeys hoitotyön johtamisessa tulevaisuudessa				
		Ka	Kh	df	F	p- arvo	Ka	Kh	df	F	p- arvo
Terveyspolitiikan muotoutumisprosessi	HTJ	3,20	0,92	75	5,63	,005	3,70	0,82	75	1,12	,333
	OH	2,28	0,78				3,30	0,76			
	JR	2,55	0,76				3,45	0,83			
Terveyspolitiikan laatiminen	HTJ	2,70	1,06	75	3,05	,053	3,60	1,17	75	1,75	,182
	OH	2,13	0,65				3,35	0,90			
	JR	2,45	0,76				3,80	0,83			
Terveyspolitiikan tutkimus ja hoitotyön johtaminen	HTJ	3,00	0,82	75	3,04	,054	3,70	0,68	74	0,65	,527
	OH	2,35	0,82				3,53	0,73			
	JR	2,60	0,68				3,75	0,85			
Hoitotyön rooli valtakunnallisen terveyspolitiikan muotoutumisessa	HTJ	3,20	0,92	75	4,03	,022	3,70	0,82	75	0,26	,775
	OH	2,43	0,78				3,93	0,93			
	JR	2,60	0,68				3,90	1,02			

HTJ = hoitotyön johtaja, OH = osastonhoitaja, JR = johtoryhmän jäsen.

Voimavarojen ja palvelujen suunnittelun pääosaamisalueen summamuuttuja muodostui viidestä osaamisalueesta: päivittäisen (operatiivisen) suunnittelun menetelmät, hoitotyön pitkän aikavälin (strategisen) suunnittelun menetelmät, hoitotyön suunniteltu muuttaminen, voimavarasuunnittelun kehittäminen hoitotyössä ja hoitotyön kehittämisohjelmien laatiminen.

Vastaajista 63 (81 %) arvioi hoitotyön johtajien hallitsevan voimavarojen ja palvelujen suunnittelun pääosaamisalueen tiedot ja taidot kohtuullisen hyvin ja 13 (17 %) arvioi heidän hallitsevan osaamisalueen erittäin hyvin. Tulevaisuudessa osaamisalueen arvioi erittäin tärkeäksi 43 (55 %) vastaajaa ja 34 (44 %) vastaajaa tärkeäksi. Pääosaamisaluetta tarkasteltiin vastaajaryhmittäin Anova-testillä (taulukko 10).

Kaikkien kolmen vastaajaryhmän mukaan hoitotyön johtajilla oli vähän tai kohtuullisesti osaamista voimavarojen ja palvelujen suunnittelun osaamisalueilla. Hoitotyön johtajat arvioivat osaamisensa muiden ryhmien käsityksiä korkeammalle. Eniten osaamista hoitotyön johtajilla oli päivittäisen (operatiivisen) suunnittelun menetelmistä (ka 3,80 kh 0,92) ja vähiten hoitotyön pitkän aikavälin (strategisen) suunnittelun menetelmistä (ka 3,40 kh 0,70). Vastaajaryhmien välisessä tarkastelussa hoitotyön johtajien ja osastonhoitajien käsitykset hoitotyön johtajien osaamisesta vaihtelivat erittäin merkitsevästi hoitotyön suunnittelussa muuttamisessa ($p= 0,002$), hoitotyön voimavarasuunnittelun kehittämisessä ($p= 0,005$) ja hoitotyön kehittämisohjelmien laatimisessa ($p= 0,008$). Osastonhoitajat (ka 2,57–2,68 kh 0,85–0,93)) arvioivat osaamisen lähes yhden kokonaisluvun alhaisemmaksi kuin hoitotyön johtajat (ka 3,50–3,70 kh 0,71–1,16). Hajontaa esiintyi erityisesti hoitotyön johtajien vastaajaryhmällä (taulukko 10). Johtoryhmään kuuluvat arvioivat hoitotyön johtajien osaamisen eri osaamisalueilla samansuuntaisesti hoitotyön johtajien kanssa, joskin hieman alhaisemmaksi.

Näiden tehtäväalueiden tietojen tärkeys tulevaisuudessa hoitotyön johtamisessa oli kaikilla osaamisalueilla tärkeää tai hyvin tärkeää. Hoitotyön voimavarasuunnittelun kehittämisen osaamisalueen tärkeyttä osastonhoitajat pitivät muita ryhmiä vähemmän tärkeänä (ka 2,68 kh 0,85) ($p < 0,5$), kun taas hoitotyön johtajat pitivät pienellä hajonnalla (kh 0,48) osaamisaluetta hyvinkin tärkeänä (ka 4,70). (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Voimavarojen ja palvelujen suunnittelun pääosaamisalueen osaamisen hallinta ja osaamisen tärkeys tulevaisuudessa osa-alueiden vertailu keskiarvoina (ka), keskihajontoina (kh) sekä näkyvissä vapausasteet (df), testisuureet F ja p-arvot vastaajaryhmittäin.

Osaamisalue: Voimavarojen ja palvelujen suunnittelu	Vastaaja- ryhmä	Tehtävälueen tietojen ja taitojen hallinta hoitotyön johtamisessa					Tehtävälueen tietojen ja taitojen tärkeys hoitotyön johtamisessa tulevaisuudessa				
		Ka	Kh	df	F	p- arvo	Ka	Kh	df	F	p- arvo
Päivittäisen (operatiivisen) suunnittelun menetelmät	HTJ	3,80	0,92	76	0,54	,587	3,80	0,79	76	2,08	,132
	OH	3,51	0,80				3,94	0,85			
	JR	3,45	1,10				3,50	0,69			
Hoitotyön pitkän aikavälin (strategisen) suunnittelun menetelmät	HTJ	3,40	0,70	76	2,17	,122	4,40	0,84	76	1,51	,227
	OH	2,89	0,81				3,94	0,85			
	JR	3,20	0,83				4,15	0,75			
Hoitotyön suunniteltu muuttaminen	HTJ	3,70	0,95	76	6,61	,002	4,20	0,92	76	1,45	,241
	OH	2,68	0,86				3,94	0,82			
	JR	3,20	0,89				4,15	0,76			
Voimavarasuunnittelun kehittäminen hoitotyössä	HTJ	3,70	1,16	76	5,76	,005	4,70	0,48	76	3,27	,043
	OH	2,68	0,85				4,06	0,72			
	JR	3,20	0,77				4,25	0,76			
Hoitotyön kehittämisohjelmien laatiminen	HTJ	3,50	0,71	76	5,17	,008	4,20	0,63	76	2,05	,136
	OH	2,57	0,93				3,91	0,91			
	JR	3,05	0,95				4,35	0,75			

HTJ = hoitotyön johtaja, OH = osastonhoitaja, JR = johtoryhmän jäsen.

Standardien määrittelyn ja laadun parantamisen pääosaamisalueen summamuuttujaan sisältyi viisi osaamisaluetta. Ne olivat standardien kuvaus ja määrittäminen, hoitotyön käytännön standardien kehittäminen, hoitotyön hallinnon standardien kehittäminen, hoitotyön laadun parantamisohjelmien kehittäminen ja standardien käyttö hoitotyön tulosten ja laadun arvioinnissa.

Vastaajista 65 (83 %) arvioi hoitotyön johtajien hallitsevan standardien määrittelyn ja laadun parantamisen pääosaamisalueen kohtuullisen hyvin, 8 (10 %) vastaajista arvioi tietojen ja taitojen olevan vähäiset ja 3 (4 %) arvioi hoitotyön johtajien hallitsevan tiedot ja taidot erittäin hyvin. Ryhmien välinen tarkastelu vastaajaryhmittäin tehtiin Anova-testillä. Pääosaamisalueen p-arvoja tarkasteltaessa merkitseviä eroja ryhmien välillä oli standardien kuvaus ja määrittäminen ($p < 0,04$) ja hoitotyön käytännön standardien kehittämisen ($p = 0,05$) osa-alueilla (taulukko 11).

Vastaajien mukaan hoitotyön johtajilla oli vähän tai riittävästi osaamista standardien määrittely ja laadun parantaminen käsittävillä osaamisalueilla. Lähes kaikilla osa-alueilla hoitotyön johtajat arvioivat osaamisensa muiden ryhmien käsityksiä korkeammalle. Eniten osaamista hoitotyön johtajilla oli hoitotyön laadun parantamisohjelmien kehittäminen (ka 3,10 kh 0,99) ja vähiten hoitotyön hallinnon standardien kehittäminen osaamisalueella (ka 2,40 kh 0,84). Hoitotyön johtajien ja osastonhoitajien käsitykset hoitotyön johtajien osaamisesta vaihtelivat merkitsevästi standardien kuvaus ja määrittäminen ($p < 0,04$) ja hoitotyön käytännön standardien kehittäminen ($p = 0,05$) kehittämisen osa-alueilla. Osastonhoitajat arvioivat hoitotyön johtajien hallitsevan standardien kuvauksen ja määrittämisen keskiarvolla 2,34 (kh 0,73) ja hoitotyön käytännön standardien kehittämisen keskiarvolla 2,49 (kh 0,86). Johtoryhmien arviot osaamisesta asettuivat kaikilla osa-alueilla hoitotyön johtajien ja osastonhoitajien arvioiden väliin (taulukko 11).

Tulevaisuudessa osaamisalueen arvioi erittäin tärkeäksi 30 (39 %) vastaajaa ja 46 (59 %) vastaajaa tärkeäksi. Osastonhoitajat ja johtoryhmäläiset arvioivat osaamisalueen tietojen ja taitojen olevan tärkeitä (ka 3,35–3,85 kh 0,68–1,04). Hoitotyön johtajat arvioivat muiden osa-alueiden olevan tärkeitä tulevaisuudessa, mutta hoitotyön laadun parantamisohjelmien kehittämisen ja standardien käytön hoitotyön tulosten ja laadun arvioinnissa merkitysten olevan tulevaisuudessa erittäin tärkeiksi (ka 4,20–4,40 kh 0,63–0,84). (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Standardien määrittely ja laadun parantaminen pääosaamisalueen osaamisen hallinta ja osaamisen tärkeys tulevaisuudessa osa-alueiden vertailu keskiarvoina (ka), keskihajontoina (kh) sekä näkyvissä vapausasteet (df), testisuureet F ja p-arvot vastaajaryhmittäin.

Osaamisalue: Standardien määrittely ja laadun parantaminen	Vastaaja- ryhmä	Tehtäväalueen tietojen ja taitojen hallinta hoitotyön johtamisessa					Tehtäväalueen tietojen ja taitojen tärkeys hoitotyön johtamisessa tulevaisuudessa				
		Ka	Kh	df	F	p- arvo	Ka	Kh	df	F	p- arvo
Standardien kuvaus ja määrittäminen	HTJ	2,90	0,74	76	3,53	,034	3,70	0,68	76	0,66	,522
	OH	2,34	0,73				3,36	0,85			
	JR	2,70	0,66				3,35	1,04			
Hoitotyön käytännön standardien kehittäminen	HTJ	3,00	0,67	76	3,11	,050	3,60	0,70	76	0,14	,867
	OH	2,43	0,77				3,62	0,87			
	JR	2,70	0,57				3,50	0,76			
Hoitotyön hallinnon standardien kehittäminen	HTJ	2,40	0,84	75	0,37	,691	3,60	0,97	75	0,16	,851
	OH	2,39	0,98				3,48	0,91			
	JR	2,60	0,82				3,40	0,88			
Hoitotyön laadun parantamisohjelmien kehittäminen	HTJ	3,10	0,99	76	2,70	,074	4,40	0,84	76	2,25	,113
	OH	2,49	0,86				3,85	0,83			
	JR	2,85	0,81				3,40	0,81			
Standardien käyttö hoitotyön tulosten ja laadun arvioinnissa	HTJ	2,60	0,84	76	0,86	,429	4,20	0,63	76	0,89	,415
	OH	2,40	0,77				3,79	0,93			
	JR	2,65	0,67				3,80	0,95			

HTJ = hoitotyön johtaja, OH = osastonhoitaja, JR = johtoryhmän jäsen.

Voimavarojen kohdentaminen ja ohjaus hoitotyössä pääosaamisalueen summamuuttuja koostui kahdeksasta osaamisalueesta: ympärivuorokautinen vastuu ja toimivaltuudet hoitotyössä, ohjauksen periaatteet ja tarkoitus, aika voimavarana ja ajanhallinta, päätöksenteon menetelmät hoitotyössä, hoitohenkilöstön motivointi, ristiriitojen käsittely hoitotyössä, vastuun ja valtuuksien siirtäminen (delegointi) sekä henkilöstön kohdentaminen ja sijoittaminen.

Vastaajista 60 (77 %) arvioi hoitotyön johtajien hallitsevan voimavarojen kohdentamisen ja ohjauksen pääosaamisalueen kohtuullisen hyvin ja 15 (19 %) arvioi heidän hallitsevan tiedot ja taidot erittäin hyvin. Tilastollisesti merkitsevä poikkeama eri vastaajaryhmien välillä oli vastuun ja valtuuksien siirtäminen (delegointi) osa-alueella ($p = 0,01$), josta tehtiin tarkempi tarkastelu vastaajaryhmittäin Anova-testillä (taulukko 12).

Vastaajien mukaan hoitotyön johtajilla oli riittävästi tai paljon osaamista voimavarojen kohdentaminen ja ohjaus hoitotyössä käsittävillä osaamisalueilla. Hoitotyön johtajat arvioivat osaamisensa muiden vastaajaryhmien käsityksiä korkeammalle. Eniten osaamista hoitotyön johtajilla oli arvionsa mukaan vastuun ja valtuuksien siirtämisen (delegointi) osaamisalueella (ka 4,10 kh 0,57) ja vähiten aika voimavarana ja ajanhallinnan osaamisalueella (ka 3,30 kh 0,95). Hoitotyön johtajilla keskihajonta oli melko alhainen, mikä kuvastaa ryhmän yhteistä näkemystä osaamisesta. Hoitotyön johtajien ja muiden vastaajaryhmien käsitykset poikkesivat tilastollisesti merkitsevästi hoitotyön johtajien vastuun ja valtuuksien siirtämisen (delegointi) osaamisalueella ($p = 0,01$). Hoitotyön johtajien ja johtoryhmien jäsenten käsitykset poikkesivat tilastollisesti erittäin paljon ($p = 0,01$) ja hoitotyön johtajien ero osastonhoitajien käsityksiin oli hieman pienempi ($p < 0,05$). Johtoryhmäläiset arvioivat osaamisen olevan kohtuullista (ka 3,20 kh 0,70) ja osastonhoitajat arvioivat sen olevan hieman parempaa (ka 3,43 kh 0,83). (Taulukko 12.)

Osaamisalueen arvioi erittäin tärkeäksi 46 (59 %) vastaajaa ja 30 (39 %) vastaajaa tärkeäksi. Tulevaisuudessa näiden tehtäväalueiden tietojen ja taitojen tärkeys hoitotyön johtamisessa oli kaikilla osaamisalueilla tärkeää tai hyvin tärkeää (ka 3,60–4,90). Hoitotyön johtajien hyvin yhteneväisen arvion mukaan kaikkein tärkeintä osaamista tulevaisuudessa on hoitohenkilöstön motivoinnissa onnistuminen (ka 4,90 kh 0,32). (Taulukko 12).

Taulukko 12. Voimavarojen kohdentaminen ja ohjaus hoitotyössä pääosaamisalueen osaamisen hallinta ja osaamisen tärkeys tulevaisuudessa osa-alueiden vertailu keskiarvoina (ka), keskihajontoina (kh) sekä näkyvissä vapausasteet (df), testisuureet F ja p-arvot vastaajaryhmittäin.

Osaamisalue: Voimavarojen kohdentaminen ja ohjaus hoitotyössä	Vastaaja-ryhmä	Tehtäväalueen tietojen ja taitojen hallinta hoitotyön johtamisessa					Tehtäväalueen tietojen ja taitojen tärkeys hoitotyön johtamisessa tulevaisuudessa				
		Ka	Kh	df	F	p-arvo	Ka	Kh	df	F	p-arvo
Ympärivuorokautinen vastuu ja toimivaltuudet hoitotyössä	HTJ	4,00	0,82	75	2,68	,075	4,20	0,92	75	1,66	,197
	OH	3,39	0,77				3,83	0,80			
	JR	3,45	0,69				3,60	0,94			
Ohjauksen periaatteet ja tarkoitus	HTJ	3,60	1,08	75	1,18	,312	4,00	0,82	75	0,34	,711
	OH	3,22	0,76				3,87	0,81			
	JR	3,40	0,60				3,75	0,79			
Aika voimavarana ja ajanhallinta	HTJ	3,30	0,95	75	0,57	,569	3,90	0,99	75	0,50	,607
	OH	3,15	0,89				4,09	0,78			
	JR	2,95	0,95				4,20	0,62			
Päätöksenteon menetelmät hoitotyössä	HTJ	3,90	0,88	74	2,43	,095	4,10	0,88	75	1,94	,151
	OH	3,24	0,91				4,04	0,84			
	JR	3,25	0,79				3,60	1,00			
Hoitohenkilöstön motivointi	HTJ	3,50	0,97	75	0,50	,611	4,90	0,32	75	1,58	,213
	OH	3,28	0,91				4,57	0,58			
	JR	3,15	0,88				4,55	0,61			
Ristiriitojen käsittely hoitotyössä	HTJ	3,70	1,06	75	2,41	,097	4,50	0,71	75	0,09	,918
	OH	3,22	0,84				4,39	0,80			
	JR	2,95	0,89				4,40	0,68			
Vastuun ja valtuuksien siirtäminen (delegointi)	HTJ	4,10	0,57	75	4,61	,013	4,50	0,71	75	2,35	,103
	OH	3,43	0,83				4,00	0,79			
	JR	3,20	0,70				3,85	0,81			
Henkilöstön kohdentaminen, sijoittaminen	HTJ	4,00	0,67	75	2,85	,064	4,30	0,82	75	0,02	,979
	OH	3,28	0,83				4,35	0,67			
	JR	3,40	1,00				4,35	0,67			

HTJ = hoitotyön johtaja, OH = osastonhoitaja, JR = johtoryhmän jäsen.

Tiedonkulun varmistamisen ja kommunikoinnin pääosaamisalueen summamuuttujaan sisältyi kuusi osaamisaluetta: tiedon merkitys hoitotyössä, manuaalisten tietojärjestelmien hallinta hoitotyössä, atk-järjestelmien hallinta hoitotyössä, suullinen ja kirjallinen viestintä hoitotyössä, potilaskohtaiset tietojärjestelmät hoitotyön tutkimuksessa ja hoitotyön tutkimustulosten välittäminen.

Vastaajista 64 (82 %) arvioi hoitotyön johtajien hallitsevan tiedonkulun varmistamisen ja kommunikoinnin pääosaamisalueen kohtuullisen hyvin ja 9 (12 %) arvioi heidän hallitsevan tiedot ja taidot erittäin hyvin. Kahden (3 %) vastaajan arvion mukaan hoitotyön johtajat hallitsivat osaamisalueen vähäisin tiedoin ja taidoin. Vastaajien mukaan hoitotyön johtajat arvioivat osaamisensa tiedonkulun varmistamisen ja kommunikointi osaamisalueilla muiden ryhmien käsityksiä korkeammalle. Hoitotyön johtajat arvioivat hallitsevansa parhaiten tiedon merkitys hoitotyössä osaamisalueen (ka 4,00 kh 0,82) ja heikoiten potilaskohtaisten tietojärjestelmien käytön hoitotyön tutkimuksessa (ka 2,68 kh 0,88). Tilastollisesti merkitseviä eroavuuksia ei voitu osoittaa vastausten välillä ($p = 0,09-0,62$), mutta tarkasteltaessa Anova-testillä osaamisalueita vastaajaryhmittäin, oli mielenkiintoista havaita hoitotyön johtajien ja osastonhoitajien useiden vastausten hajautuminen, keskihajontojen ollessa jopa 1,08 (taulukko 13).

Tulevaisuudessa osaamisalueen arvioi erittäin tärkeäksi 43 (55 %) vastaajaa ja 31 (40 %) vastaajaa tärkeäksi. Hoitotyön johtajien arvion mukaan tietojen ja taitojen tärkeys hoitotyön johtamisessa tulevaisuudessa oli hyvin tärkeää kaikilla muilla osaamisalueilla, paitsi manuaalisten hoitotyön tietojärjestelmien hallinnan osaamisalueella, jossa keskiarvo jäi pienimmäksi (ka 2,50). Hoitotyön johtajien vastaajaryhmässä esiintyi erilaisia näkemyksiä osaamisalueen tärkeydestä (kh 1,08). Myös johtoryhmän jäsenet arvioivat manuaalisten tietojärjestelmien hallinnan menettävän merkitystään tulevaisuudessa. Osastonhoitajat arvioivat muista ryhmistä poiketen ($p= 0,003$) manuaalisten tietojärjestelmien olevan tärkeitä myös tulevaisuuden hoitotyön johtamisessa (ka 3,57 kh 0,96). Hoitotyön johtajien yhtenäisen näkemyksen mukaan sen sijaan atk-järjestelmien hallinta muodostuu tulevaisuudessa erittäin tärkeäksi osaamisalueeksi (ka 4,70 kh 0,48). Myös hoitotyön tutkimustulosten välittämisen osaamisalue oli hoitotyön johtajien ja johtoryhmän jäsenten arvioin mukaan erittäin tärkeä osaamisalue tulevaisuudessa (ka 4,00–4,60 kh 0,70–0,80). Osastonhoitajat arvioivat ettei tutkimustulosten välittäminen ole aivan niin tärkeää tulevaisuudessa ($p= 0,03$) ja arvioivat osaamisalueen tiedot ja taidot keskiarvolla 3,84 (kh 0,80) eli tärkeäksi. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Tiedonkulun varmistaminen ja kommunikointi pääosaamisalueen osaamisen hallinta ja osaamisen tärkeys tulevaisuudessa osa-alueiden vertailu keskiarvoina (ka), keskihajontoina (kh) sekä näkyvissä vapausasteet (df), testisuureet F ja p-arvot vastaajaryhmittäin.

Osaamisalue: Tiedonkulun varmistaminen ja kommunikointi	Vastaajaryhmä	Tehtävälueen tietojen ja taitojen hallinta hoitotyön johtamisessa					Tehtävälueen tietojen ja taitojen tärkeys hoitotyön johtamisessa tulevaisuudessa				
		Ka	Kh	df	F	p-arvo	Ka	Kh	df	F	p-arvo
Tiedon merkitys hoitotyössä	HTJ	4,00	0,82	74	0,98	,382	4,30	0,68	74	2,52	,088
	OH	3,61	0,91				4,48	0,59			
	JR	3,58	0,69				4,11	0,66			
Manuaalisten tietojärjestelmien hallinta hoitotyössä	HTJ	3,40	0,97	74	0,48	,619	2,50	1,08	74	6,51	,003
	OH	3,46	0,69				3,57	0,96			
	JR	3,26	0,65				2,89	0,66			
Atk-järjestelmien hallinta hoitotyössä	HTJ	3,30	0,68	74	1,65	,200	4,70	0,48	74	0,86	,426
	OH	3,22	0,91				4,41	0,72			
	JR	2,84	0,60				4,37	0,68			
Suullinen ja kirjallinen viestintä hoitotyössä	HTJ	3,50	1,08	74	2,50	,089	4,30	0,68	74	0,07	,928
	OH	3,61	0,80				4,39	0,68			
	JR	3,11	0,74				4,37	0,68			
Potilaskohtaiset tietojärjestelmät hoitotyön tutkimuksessa	HTJ	2,90	0,88	74	1,72	,189	4,10	0,88	74	1,05	,354
	OH	2,80	1,05				3,72	0,83			
	JR	2,37	0,60				3,63	0,90			
Hoitotyön tutkimustulosten välittäminen	HTJ	3,30	0,68	74	1,23	,298	4,60	0,70	73	3,58	,033
	OH	2,89	1,08				3,84	0,80			
	JR	2,68	0,95				4,00	0,88			

HTJ = hoitotyön johtaja, OH = osastonhoitaja, JR = johtoryhmän jäsen.

Taloushallinnon pääosaamisalueen summamuuttuja koostui yhteensä seitsemästä osaamisalueen tehtävästä, joita olivat: taloudelliset kysymykset terveydenhuollossa ja hoitotyössä, budjetoinnin periaatteet hoitotyössä, taloudellisen seurannan periaatteet hoitotyössä, vastuu hoitotyön kustannuksista, hoitohenkilöstön budjetointi, välineiden ja tarvikkeiden budjetointi ja kustannus-, hyöty- ja vaikuttavuusanalyysit.

Vastaajista 63 (81 %) hoitotyön johtajien hallitsevan taloushallinnon pääosaamisalueen kohtuullisen hyvin ja 8 (10 %) arvioi heidän hallitsevan tiedot ja taidot erittäin hyvin. Neljän (5 %) arvion mukaan osaamisalueen hallintataidot olivat vähäiset.

Pääosaamisalueen tarkempi tarkastelu vastaajaryhmittäin tehtiin Anova testillä. Vastaajien mukaan hoitotyön johtajilla oli kohtuullinen osaaminen taloushallinnossa. Hoitotyön johtajat arvioivat osaamisensa muita vastaajaryhmiä korkeammalle. Parhaiten hallinnassa oli hoitotyön johtajien arvioiden mukaan budjetoinnin periaatteet hoitotyössä (4,10). Taloushallinnon eri osaamisalueilla oli tilastollisesti merkitseviä eroja hoitotyön johtajien ja osastonhoitajien vastaajaryhmien käsityksissä: taloudelliset kysymykset terveydenhuollossa ja hoitotyössä ($p= 0,005$), budjetoinnin periaatteet hoitotyössä ($p= 0,002$), taloudellisen seurannan periaatteet hoitotyössä ($p= 0,01$), vastuu hoitotyön kustannuksista ($p= 0,01$) ja hoitohenkilöstön budjetointi ($p= 0,008$). Hoitotyön johtajat arvioivat osaamisensa kohtuulliseksi tai omaavansa erittäin paljon tietoja ja taitoja, kun osastonhoitajien vastaajaryhmän mukaan hoitotyön johtajilla oli vain vähän osaamista taloushallinnossa. Johtoryhmän jäsenet arvioivat hoitotyön johtajien hallitsevan taloushallinnon kohtuullisesti. Osaamisalueista merkitsevä ero hoitotyön johtajien ja johtoryhmän arvioissa oli hoitotyön taloudellisen seurannan periaatteiden osaamisalueessa, jossa johtoryhmän jäsenet arvioivat osaamisen alemmaksi kuin hoitotyön johtajat itse ($p < 0,03$). Kaikkien vastaajaryhmien arvion mukaan hoitotyön johtajien tiedot ja taidot olivat vähäiset kustannus-, hyöty- ja vaikuttavuusanalyysien hallinnassa (ka 2,40–2,47). (Taulukko 14.)

Kaikki vastaajaryhmät arvioivat taloushallinnon eri osaamisalueiden olevan tulevaisuudessa tärkeitä tai hyvin tärkeitä hoitotyön johtamisessa. Tulevaisuudessa osaamisalueen arvioi erittäin tärkeäksi 40 (51 %) vastaajaa ja 35 (45 %) vastaajaa tärkeäksi. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Taloushallinnon pääosaamisalueen osaamisen hallinta ja osaamisen tärkeys tulevaisuudessa osa-alueiden vertailu keskiarvoina (ka), keskihajontoina (kh) sekä näkyvissä vapausasteet (df), testisuureet F ja p-arvot vastaajaryhmittäin.

Osaamisalue: Taloushallinto	Vastaajaryhmä	Tehtävälueen tietojen ja taitojen hallinta hoitotyön johtamisessa					Tehtävälueen tietojen ja taitojen tärkeys hoitotyön johtamisessa tulevaisuudessa				
		Ka	Kh	df	F	p-arvo	Ka	Kh	df	F	p-arvo
Taloudelliset kysymykset terveydenhuollossa ja hoitotyössä	HTJ	4,00	0,87	75	5,81	,005	4,44	0,88	75	1,47	,236
	OH	2,89	0,91				3,98	0,77			
	JR	3,20	0,89				4,20	0,89			
Budjetoinnin periaatteet hoitotyössä	HTJ	4,10	0,88	76	6,64	,002	4,50	0,53	76	2,52	,088
	OH	2,94	0,94				3,96	0,78			
	JR	3,15	0,88				3,80	1,01			
Taloudellisen seurannan periaatteet hoitotyössä	HTJ	3,80	0,79	76	4,91	,010	4,40	0,70	76	1,72	,186
	OH	2,89	0,84				4,04	0,66			
	JR	3,05	0,83				3,90	0,79			
Vastuu hoitotyön kustannuksista	HTJ	3,80	0,92	75	4,87	,010	4,40	0,84	76	1,84	,166
	OH	2,98	0,77				3,89	0,76			
	JR	3,35	0,81				4,05	0,76			
Hoitohenkilöstön budjetointi	HTJ	3,90	0,99	75	5,24	,008	4,30	0,82	76	0,61	,546
	OH	2,93	0,88				4,00	0,69			
	JR	3,25	0,79				4,05	0,95			
Välineiden ja tarvikkeiden budjetointi	HTJ	3,60	0,97	76	2,71	,075	3,80	0,63	75	1,03	,361
	OH	3,00	0,72				3,65	0,67			
	JR	3,15	0,67				3,90	0,64			
Kustannus-, hyöty- ja vaikuttavuusanalyysit	HTJ	2,40	0,84	76	0,02	,977	4,00	0,94	76	0,08	,924
	OH	2,47	0,95				3,87	0,88			
	JR	2,45	0,83				3,90	1,02			

HTJ = hoitotyön johtaja, OH = osastonhoitaja, JR = johtoryhmän jäsen.

Henkilöstöhallinnon pääosaamisalueen summamuuttujaan sisältyi kahdeksan osaamisaluetta: toimenkuvien ja työn analyysit, toimenkuvien ja työn kehittäminen, työnhakijoiden haastattelut ja valinta, henkilöstön sijoittaminen, hoitotyöntekijöiden organisaatiossa pysyvyydestä huolehtiminen, yhteistyö ammattijärjestöjen kanssa, hoitotyöntekijöiden suoritusten arviointi ja kurinpidolliset toimenpiteet ja palkitseminen.

Vastaajista 66 (85 %) arvioi hoitotyön johtajien hallitsevan henkilöstöhallinnon pääosaamisalueen kohtuullisen hyvin ja 9 (12 %) arvioi heidän hallitsevan tiedot ja taidot erittäin hyvin. Yhden vastaajan mukaan hoitotyön johtajien henkilöstöhallinnon osaaminen oli vähäistä.

Pääosaamisalueen vastaajaryhmittäisissä vertailuissa (Anova) hoitotyön johtajat arvioivat hallitsevansa henkilöstöhallintoon liittyvät osaamisalueet hyvin. Parhaiten he hallitsivat uusien työntekijöiden haastattelut ja valinnat (ka 4,10 kh 0,74). Työntekijöiden suoritusten arviointi koettiin vaatimattomammin hallittavana osaamisena (ka 3,00), joskin hoitotyön johtajien näkemykset vaihtelivat vastaajaryhmän sisällä (kh 1,05). Johtoryhmän jäsenten vastaajaryhmä arvioi osaamisen yleensä alemmaksi kuin hoitotyön johtajat, keskiarvojen sijoituessa välille 2,80–3,45. Johtoryhmä arvioi työntekijöiden suoritusten arvioinnin (ka 3,15 kh 0,75) osaamisen hieman hoitotyön johtajien omaa arviointia paremmaksi. Pääosaamisalueen vastaajaryhmittäisessä testauksessa (Anova) tilastollisesti merkitseviä eroja olivat erot hoitotyön johtajien ja osastohoitajien ryhmien välillä työnhakijoiden haastattelujen ja valinnan ($p < 0,03$) osaamisessa sekä hoitotyön johtajien ja johtoryhmäläisten välillä hoitotyöntekijöiden organisaatiossa pysyvyydestä huolehtimisen osaamisalueilla ($p < 0,02$). (Taulukko 15.)

Tulevaisuudessa näiden tehtäväalueiden tietojen ja taitojen tärkeys hoitotyön johtamisessa oli kaikilla osaamisalueilla tärkeää tai erittäin tärkeää. Tulevaisuudessa osaamisalueen arvioi erittäin tärkeäksi 29 (37 %) vastaajaa ja 44 (56 %) vastaajaa tärkeäksi. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Henkilöstöhallinto pääosaamisalueen osaamisen hallinta ja osaamisen tärkeys tulevaisuudessa osa-alueiden vertailu keskiarvoina (ka), keskihajontoina (kh) sekä näkyvissä vapausasteet (df), testisuureet F ja p-arvot vastaajaryhmittäin.

Osaamisalue: Henkilöstöhallinto	Vastaaja- ryhmä	Tehtävälueen tietojen ja taitojen hallinta hoitotyön johtamisessa					Tehtävälueen tietojen ja taitojen tärkeys hoitotyön johtamisessa tulevaisuudessa				
		Ka	Kh	df	F	p- arvo	Ka	Kh	df	F	p- arvo
Toimenkuvien ja työn analyysit	HTJ										
	OH										
	JR										
Toimenkuvien ja työn kehittäminen	HTJ	3,40	0,70	76	1,91	,155	3,70	0,48	76	1,23	,299
	OH	3,13	0,80				3,66	0,84			
	JR	2,85	0,67				3,35	0,75			
Työnhakijoiden haastattelut ja valinta	HTJ	3,50	0,85	76	1,50	,229	4,20	0,92	76	0,61	,548
	OH	3,13	0,77				4,02	0,82			
	JR	3,00	0,65				3,85	0,88			
Henkilöstön sijoittaminen	HTJ	4,10	0,74	75	3,73	,029	4,30	0,82	75	0,74	,481
	OH	3,43	0,72				4,22	0,73			
	JR	3,45	0,69				3,85	0,80			
Hoitotyöntekijöiden organisaatiossa pysyvyydestä huolehtiminen	HTJ	3,80	0,92	76	2,21	,117	3,90	0,88	76	0,02	,984
	OH	3,21	0,75				3,91	0,78			
	JR	3,30	0,87				3,95	1,00			
Yhteistyö ammattijärjestöjen kanssa	HTJ	3,80	0,92	76	4,17	,019	4,50	0,71	76	0,16	,852
	OH	3,06	0,70				4,40	0,71			
	JR	2,95	0,95				4,50	0,76			
Hoitotyöntekijöiden suoritusten arviointi	HTJ	3,30	1,06	76	1,33	,270	3,20	0,63	76	1,70	,189
	OH	3,04	0,81				3,36	0,76			
	JR	2,80	0,70				3,00	0,73			
Kurinpidolliset toimenpiteet ja palkitseminen	HTJ	3,00	1,05	76	0,13	,882	3,80	0,79	74	1,42	,249
	OH	3,06	0,82				3,84	0,77			
	JR	3,15	0,75				3,50	0,76			
Kurinpidolliset toimenpiteet ja palkitseminen	HTJ	3,40	0,97	76	0,89	,415	4,00	0,82	75	0,64	,528
	OH	3,11	0,76				3,80	0,81			
	JR	3,00	0,73				3,65	0,81			

HTJ = hoitotyön johtaja, OH = osastonhoitaja, JR = johtoryhmän jäsen.

Koulutuksen ja kehittämisen pääosaamisalueen summamuuttuja koostui viidestä osaamisalueesta, jotka olivat itsensä kehittämisen menetelmät, hoitohenkilöstön kehittämisen menetelmät, koulutusmenetelmät hoitotyössä, tutkimustyön edistäminen ja tukeminen sekä potilaiden opetuksen osaamisalueet.

Vastaajista 62 (80 %) arvioi hoitotyön johtajien hallitsevan koulutuksen ja kehittämisen pääosaamisalueen kohtuullisen hyvin ja 10 (13 %) arvioi heidän hallitsevan tiedot ja taidot erittäin hyvin. Yhden vastaajan mukaan hallinta oli vähäistä. Pääosaamisalueen tarkempi tarkastelu vastaajaryhmittäin tehtiin Anova testillä (taulukko 16).

Tietojen ja taitojen hallinnassa vastaajaryhmien näkemykset olivat osa-alueittain tarkasteltaessa samansuuntaiset. Vastaajat arvioivat hoitotyön johtajien hallitsevan parhaiten itsensä kehittämisen menetelmät, jossa hoitotyön johtajat arvioivat osaamisensa keskiarvoksi 3,90 (kh 0,57), osastonhoitajien arvio (ka) 3,40 (kh 0,89) ja johtoryhmäläisten arvio (ka) 3,42 (kh 0,77). Tutkimustyön edistämisen ja tukemisen hallinnan arvioivat kaikki vastaajaryhmät alhaisimmaksi. Hoitotyön johtajien arvion mukaan keskiarvo oli 3,10 (kh 0,88), osastonhoitajien arvioivat osaamista olevan keskiarvona 2,50 (kh 0,79) ja johtoryhmäläisten arvion mukaan keskiarvo oli 2,79 (kh 0,92) (taulukko 16).

Tulevaisuudessa osaamisalueiden tietojen ja taitojen tärkeys hoitotyön johtamisessa oli vastaajien arvioiden mukaan kaikilla osaamisalueilla tärkeää tai hyvin tärkeää. Tulevaisuudessa osaamisalueen arvioi erittäin tärkeäksi 40 (51 %) vastaajaa ja 33 (42 %) vastaajaa tärkeäksi. Hoitotyön johtajat arvioivat kaikki osaamisalueet erittäin tärkeinä asioina tulevaisuuden hoitotyön johtamisessa (ka 4,20–4,50), tosin hoitotyön johtajilla oli erilaisia näkemyksiä tutkimustyön edistämisen ja tukemisen (kh 1,03) sekä potilaiden opetuksen osaamisalueilla (kh 1,06). (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Koulutuksen ja kehittämisen pääosaamisalueen osaamisen hallinta ja osaamisen tärkeys tulevaisuudessa osa-alueiden vertailu keskiarvoina (ka), keskihajontoina (kh) sekä näkyvissä vapausasteet (df), testisuureet F ja p-arvot vastaajaryhmittäin.

Osaamisalue: Koulutus ja kehittäminen	Vastaaja-ryhmä	Tehtävälueen tietojen ja taitojen hallinta hoitotyön johtamisessa					Tehtävälueen tietojen ja taitojen tärkeys hoitotyön johtamisessa tulevaisuudessa				
		Ka	Kh	df	F	p-arvo	Ka	Kh	df	F	p-arvo
Itsensä kehittämisen menetelmät	HTJ	3,90	0,57	73	1,55	,219	4,50	0,85	73	1,64	,201
	OH	3,40	0,89				4,09	0,73			
	JR	3,42	0,77				4,00	0,67			
Hoitohenkilöstön kehittämisen menetelmät	HTJ	3,60	0,52	73	1,35	,265	4,30	0,82	73	1,35	,267
	OH	3,24	0,86				4,20	0,66			
	JR	3,11	0,66				3,89	0,94			
Koulutusmenetelmät hoitotyössä	HTJ	3,80	0,63	73	2,97	,058	4,30	0,82	73	1,97	,147
	OH	3,16	0,85				4,07	0,65			
	JR	3,11	0,74				3,79	0,71			
Tutkimustyön edistäminen ja tukeminen	HTJ	3,10	0,88	72	2,41	,097	4,20	1,03	72	1,67	,195
	OH	2,50	0,79				3,66	0,78			
	JR	2,79	0,92				3,68	0,95			
Potilaiden opetus	HTJ	3,20	0,79	73	1,44	,244	4,30	1,06	73	0,38	,683
	OH	3,33	1,02				4,29	0,79			
	JR	2,89	0,81				4,11	0,66			

HTJ = hoitotyön johtaja, OH = osastonhoitaja, JR = johtoryhmän jäsen.

Jatkuva valvonta, seuranta ja arviointi hoitotyössä pääosaamisalueeseen sisältyivät neljä osaamisaluetta, joista muodostettiin summamuuttuja. Osaamisalueet olivat: päivittäinen seuranta hoitotyössä, arvioinnin menetelmät ja mittarit hoitotyössä, hoitokäytäntöjen arviointi ja hoitotyön hallinnon arviointi.

Vastaajista 62 (80 %) arvioi hoitotyön johtajien hallitsevan jatkuvan valvonnan, seurannan ja arvioinnin hoitotyössä pääosaamisalueen kohtuullisen hyvin ja 10 (13 %) arvioi heidän hallitsevan tiedot ja taidot erittäin hyvin. Yhden vastaajan mielestä osaamisalueen hallinta oli vähäistä. Pääosaamisalueen tarkempi tarkastelu vastaajaryhmittäin tehtiin Anova-testillä (taulukko 17).

Hoitotyön johtajien ja johtoryhmäläisten arvioiden mukaan hoitotyön johtajat hallitsivat parhaiten pääosaamisalueeseen kuuluvan hoitotyön hallinnon arvioinnin osaamisalueen, jossa molemmat vastaajaryhmät arvioivat osaamisen keskiarvolla 3,10. Hoitotyön johtajien

vastaajaryhmässä keskihajonta oli suuri (kh 1,10). Hoitotyön johtajat kokivat osaamisensa vähäiseksi hoitokäytäntöjen arviointimenetelmien hallinnassa (ka 2,70 kh 1,06). Osaamisalueen vastauksissa esiintyi poikkeuksellisen paljon hajontaa (taulukko 17).

Tulevaisuudessa osaamisalueen arvioi erittäin tärkeäksi 40 (51 %) vastaajaa ja 33 (42 %) vastaajaa tärkeäksi. Keskihajonta-arvot (kh) olivat poikkeuksellisen korkeita useissa vastauksissa. Tilastollisesti merkitsevästi (p= 0,001) erosivat näkemykset hoitotyön päivittäisen seurannan merkityksestä tulevaisuudessa. Vastaajaryhmien välisessä testissä (Anova) näkemusero oli hoitotyön johtajien (ka 3,10 kh 1,20) ja osastonhoitajien (ka 3,72 kh 0,71) vastaajaryhmien välillä (taulukko 17).

Taulukko 17. Jatkuva valvonta, seuranta ja arviointi hoitotyössä pääosaamisalueen osaamisen hallinta ja osaamisen tärkeys tulevaisuudessa osa-alueiden vertailu keskiarvoina (ka), keskihajontoina (kh) sekä näkyvissä vapausasteet (df), testisuureet F ja p-arvot vastaajaryhmittäin.

Osaamisalue: Jatkuva valvonta, seuranta ja arviointi hoitotyössä	Vastaaja-ryhmä	Tehtäväalueen tietojen ja taitojen hallinta hoitotyön johtamisessa					Tehtäväalueen tietojen ja taitojen tärkeys hoitotyön johtamisessa tulevaisuudessa				
		Ka	Kh	df	F	p-arvo	Ka	Kh	df	F	p-arvo
Päivittäinen seuranta hoitotyössä	HTJ	3,00	0,67	76	2,66	,076	3,10	1,20	76	7,35	,001
	OH	3,32	0,86				3,72	0,71			
	JR	2,85	0,67				2,90	0,97			
Arvioinnin menetelmät ja mittarit hoitotyössä	HTJ	3,00	0,94	76	0,28	,754	4,10	1,10	76	1,00	,374
	OH	2,83	0,87				3,72	0,85			
	JR	2,75	0,79				3,60	1,00			
Hoitokäytäntöjen arviointi	HTJ	2,70	1,06	75	0,41	,665	4,20	0,79	76	0,63	,537
	OH	2,89	0,89				3,89	0,84			
	JR	3,00	0,58				4,00	0,73			
Hoitotyön hallinnon arviointi	HTJ	3,10	1,10	76	0,91	,406	4,00	1,05	76	0,62	,543
	OH	2,79	1,04				3,72	0,90			
	JR	3,10	0,79				3,60	0,94			

HTJ = hoitotyön johtaja, OH = osastonhoitaja, JR = johtoryhmän jäsen.

Koordinoinnin ja yhteistyön pääosaamisalueeseen kuului viisi osaamisaluetta, joista muodostettiin summamuuttuja. Osaamisalueet olivat koordinointi omalla vastuualueella tai työyksikössä, organisaation eri tasojen välinen koordinointi, organisaation eri toimialueiden välinen koordinointi, moniammatillinen yhteistyö ja ryhmätyö terveydenhuollossa.

Vastaajista 61 (78 %) arvioi hoitotyön johtajien hallitsevan koordinointi ja yhteistyö pääosaamisalueen kohtuullisen hyvin ja 13 (17 %) arvioi heidän hallitsevan tiedot ja taidot erittäin hyvin. Kahden vastaajan mielestä osaamisalueen hallinta oli vähäistä. Pääosaamisalueen tarkempi tarkastelu vastaajaryhmittäin tehtiin Anova-testillä (taulukko 18).

Hoitotyön johtajat hallitsivat parhaiten koordinoinnin omalla vastuualueellaan (ka 3,80 kh 0,79), myös organisaation eri tasojen välinen koordinointi (ka 3,60 kh 0,84), moniammatillinen yhteistyö (ka 3,70 kh 0,82) ja ryhmätyö terveydenhuollossa (ka 3,70 kh 0,82) olivat hoitotyön johtajien hallinnassa. Edellisten osaamisalueiden kohtuullisen hyvän hallinnan sijaan, hoitotyön johtajat kokivat heikommin hallituksi koordinoinnin organisaation eri toimialueiden välillä osaamisalueen (ka 3,10 kh 0,57). Myös osastonhoitajat ja johtoryhmäläiset arvioivat osaamista samansuuntaisesti, kuitenkin vielä alemmaksi (ka 2,63–2,75 kh 0,85–0,90). Tilastollisesti merkitsevästi hoitotyön johtajien ja muiden vastaajaryhmien käsitykset erosivat organisaation eri tasojen välisen koordinoinnin hallinnassa ($p < 0,03$), jossa hoitotyön johtajat arvioivat osaamisensa (ka 3,60 kh 0,84) lähes yhtä numeroa korkeammaksi kuin osastonhoitajat (ka 2,76 kh 0,92) ja johtoryhmäläiset (ka 2,80 kh 0,77). (Taulukko 18.)

Tulevaisuudessa osaamisalueen arvioi erittäin tärkeäksi 42 (54 %) vastaajaa ja 34 (44 %) vastaajaa tärkeäksi. Tärkeimmäksi osaamisalueeksi kaikki vastaajaryhmät arvioivat moniammatillisen yhteistyön, jonka hoitotyön johtajat arvioivat keskiarvolla 4,50 (0,85) (taulukko 18).

Taulukko 18. Koordinointi ja yhteistyö pääosaamisalueen osaamisen hallinta ja osaamisen tärkeys tulevaisuudessa osa-alueiden vertailu keskiarvoina (ka), keskihajontoina (kh) sekä näkyvissä vapausasteet (df), testisuureet F ja p-arvot vastaajaryhmittäin.

Osaamisalue: Koordinointi ja yhteistyö	Vastaaja-ryhmä	Tehtäväalueen tietojen ja taitojen hallinta hoitotyön johtamisessa					Tehtäväalueen tietojen ja taitojen tärkeys hoitotyön johtamisessa tulevaisuudessa				
		Ka	Kh	df	F	p-arvo	Ka	Kh	df	F	p-arvo
Koordinointi omalla vastuualueella/ työyksikössä	HTJ	3,80	0,79	75	2,67	,076	4,10	0,74	75	2,90	,062
	OH	3,15	0,82				4,15	0,79			
	JR	3,25	0,79				3,65	0,81			
Organisaation eri tasojen välinen koordinointi	HTJ	3,60	0,84	75	3,90	,025	3,90	0,74	75	0,35	,703
	OH	2,76	0,92				3,93	0,77			
	JR	2,80	0,77				3,75	0,97			
Organisaation eri toimialueiden välinen koordinointi	HTJ	3,10	0,57	75	1,25	,292	3,90	0,74	75	0,21	,808
	OH	2,63	0,90				3,74	0,77			
	JR	2,75	0,85				3,70	0,92			
Moniammatillinen yhteistyö	HTJ	3,70	0,82	75	0,82	,444	4,50	0,85	75	0,50	,610
	OH	3,52	0,86				4,24	0,79			
	JR	3,30	0,87				4,35	0,75			
Ryhmätyö terveydenhuollossa	HTJ	3,70	0,82	75	0,79	,456	4,00	0,94	75	0,87	,423
	OH	3,41	0,81				4,22	0,74			
	JR	3,30	0,87				4,40	0,75			

HTJ = hoitotyön johtaja, OH = osastonhoitaja, JR = johtoryhmän jäsen.

Mittariin lisättiin kolmanneksitoista pääosaamisalueeksi **työhyvinvoinnin edistämisen** pääosaamisalue, joka koostui 12 osaamisalueesta. Pääosaamisalueen summamuuttuja muodostettiin näistä kahdestatoista osaamisalueesta. Pääosaamisalueen osaamisalueet painottuivat muutoksen ja osaamisen johtamiseen sekä ikäjohtamisen johtamistehtäviin. Osaamisalueet olivat: henkilöstön ydinosaamiskartoitukset, henkilöstön osaamistason kartoitukset, johtamis- ja esimieskoulutuksesta huolehtiminen, henkilöstön tukeminen ja kannustaminen osallistumaan hoitotieteelliseen koulutukseen, henkilöstön itsenäisen koulutuksen tukeminen tasapuolisesti, henkilöstön täydennyskoulutuksesta huolehtiminen, henkilöstön henkilökohtaisten urasuunnitelmien tukeminen, kehityskeskustelut, työnohjaus, työn ja perhetilanteen yhteensovittaminen, ”hiljaisen” tiedon siirtäminen ja tietojärjestelmien käyttö osaamisen johtamiseen.

Työhyvinvointiin liittyviä osaamisalueita oli mittarin muidenkin pääosaamisalueiden sisällä, mutta työhyvinvointia arvioitiin pääosaamisalue 13 sisältyvien osaamisalueiden perusteella. Sinkkosen ja Taskisen (2002) mukaan muutosjohtamisen osaamisalueet sisältyvät

voimavarojen ja palvelujen suunnittelun pääosaamisalueeseen (pääosaamisalue 4) ja osaamisen johtamisen osaamisalueet ovat poimittavissa osin tiedonkulun varmistamisen ja kommunikoinnin pääosaamisalueesta (pääosaamisalue 7). Aiemmista mittareista puuttuivat ikäjohtamista ja perhetilannetta huomioivat osaamisalueet. (Lorensen 2001, Sinkkonen ja Taskinen 2002.)

Vastaajista 74 (95 %) arvioi hoitotyön johtajien hallitsevan työhyvinvoinnin pääosaamisalueen kohtuullisen hyvin ja yksi vastaajista arvioi osaamisen olevan vähäistä. Pääosaamisalueen tarkempi tarkastelu ja vastaajaryhmittäiset vertailut tehtiin Anova-testillä (taulukko 19).

Parhaiten hoitotyön johtajat hallitsivat vastaajien arvioiden mukaan kehityskeskusteluihin liittyvän osaamisen, hoitotyön johtajat arvioivat hallitsevansa kehityskeskustelut keskiarvolla 4,10 (kh 0,99), osastonhoitajien ja johtoryhmäläisten arviot olivat lähellä hoitotyön johtajien arviota (ka 3,70–3,75 kh 0,83–0,91). Tietojärjestelmien käyttö osaamisen johtamisessa oli hoitotyön johtajilla vähemmän hallussa hoitotyön johtajien arvio osaamisesta (ka 2,50 kh 0,71) jäi hieman muiden vastaajaryhmien arvioiden alle (ka 2,60–2,78 kh 0,84–0,88). (Taulukko 19.)

Tulevaisuudessa osaamisalueen arvioi erittäin tärkeäksi 41 (53 %) vastaajaa ja 34 (44 %) vastaajaa tärkeäksi. Vastaukset olivat samansuuntaisia eri vastaajaryhmittäin tarkasteltuna. Hoitotyön johtajien arvioinnin mukaan tulevaisuudessa tärkeimpiä työhyvinvointiin ja osaamisen johtamiseen liittyviä osaamisalueita ovat henkilöstön ydinosamiskartoitukset, henkilöstön osaamistason kartoitukset sekä johtamis- ja esimieskoulutuksesta huolehtiminen (ka 4,40 kh 0,70–0,84). Mielenkiintoista tulosten kannalta oli kysymys kehityskeskustelujen tärkeydestä. Kaikki vastaajaryhmät pitivät niitä erittäin tärkeinä (ka 4,30–4,45), mutta eri vastaajaryhmissä hajonta vaihteli niin, että hoitotyönjohtajilla se oli pienintä (kh 0,48), osastonhoitajilla keskimääräistä (kh 0,78) ja johtoryhmällä suurinta (kh 1,00) (taulukko 19).

Taulukko 19. Työhyvinvoinnin edistämisen pääosaamisalueen osaamisen hallinta ja osaamisen tärkeys tulevaisuudessa osaamisalueiden vertailu keskiarvoina (ka), keskihajontoina (kh) sekä näkyvissä vapausasteet (df), testisuureet F ja p-arvot vastaajaryhmittäin.

Osaamisalue:	Vastaaja-ryhmä	Tehtävälueen tietojen ja taitojen hallinta hoitotyön johtamisessa					Tehtävälueen tietojen ja taitojen tärkeys hoitotyön johtamisessa tulevaisuudessa				
		Ka	Kh	df	F	p-arvo	Ka	Kh	df	F	p-arvo
Henkilöstön ydinosaamiskartoitukset	HTJ	3,00	0,82	76	0,49	,640	4,40	0,84	76	2,26	,111
	OH	2,96	0,96				3,85	0,86			
	JR	2,75	0,72				3,75	0,72			
Henkilöstön osaamistason kartoitukset	HTJ	3,10	0,88	76	0,68	,509	4,40	0,70	76	2,08	,132
	OH	2,96	0,91				3,96	0,81			
	JR	2,75	0,64				3,75	0,91			
Johtamis- ja esimieskoulutuksesta huolehtiminen	HTJ	3,50	0,71	76	1,06	,352	4,40	0,70	76	0,80	,452
	OH	3,34	0,98				4,26	0,77			
	JR	3,05	0,76				4,05	0,83			
Henkilöstön tukeminen / kannustaminen osallistumaan hoitotieteelliseen koulutukseen	HTJ	3,50	0,85	76	3,03	,054	4,10	0,74	76	0,54	,585
	OH	3,13	0,82				3,85	0,78			
	JR	2,75	0,79				3,80	0,77			
Henkilöstön itsenäisen koulutuksen tukeminen tasapuolisesti	HTJ	3,67	0,71	75	2,12	,117	4,00	0,82	76	0,37	,692
	OH	3,21	0,78				4,11	0,63			
	JR	3,05	0,69				3,95	0,83			
Henkilöstön täydennyskoulutuksesta huolehtiminen	HTJ	3,70	0,68	76	1,94	,152	4,20	0,63	76	1,47	,237
	OH	3,43	0,88				4,36	0,67			
	JR	3,10	0,79				4,05	0,76			
Henkilöstön henkilökohtaisten urasuunnitelmien tukeminen	HTJ	3,10	0,74	76	0,20	,822	3,80	0,63	76	0,20	,820
	OH	2,96	0,88				3,77	0,76			
	JR	2,90	0,72				3,65	0,81			
Kehityskeskustelut	HTJ	4,10	0,99	76	0,86	,427	4,30	0,48	76	0,12	,883
	OH	3,70	0,83				4,38	0,74			
	JR	3,75	0,91				4,45	1,00			
Työnohjaus	HTJ	3,50	0,85	76	0,43	,652	4,10	0,88	76	0,15	,866
	OH	3,28	0,99				3,96	0,93			
	JR	3,15	0,99				3,90	1,07			
Työn ja perhetilanteen yhteensovittaminen	HTJ	3,10	0,57	75	2,21	,117	3,40	0,52	74	1,00	,374
	OH	3,20	0,81				3,74	0,83			
	JR	2,75	0,85				3,53	0,84			
”Hiljaisen” tiedon siirtäminen	HTJ	3,30	0,82	74	1,01	,370	4,20	0,92	75	1,73	,185
	OH	3,22	0,96				4,28	0,78			
	JR	2,89	0,81				3,85	1,04			
Tietojärjestelmien käyttö osaamisen johtamiseen	HTJ	2,50	0,71	74	0,65	,524	4,10	0,74	75	0,10	,909
	OH	2,78	0,84				4,11	0,80			
	JR	2,60	0,88				4,20	0,89			

HTJ = hoitotyön johtaja, OH = osastonhoitaja, JR = johtoryhmän jäsen.

Henkilöstön työhyvinvoinnista edistämisen pääosaamisalueen 12 osaamisaluetta jaoteltiin kolmeen ryhmään, jotka olivat muutoksen johtaminen, osaamisen johtaminen ja ikäjohtaminen (taulukko 20). Jaottelussa muutoksen johtamisen osaamisalueelle liitettiin johtamiseen ja organisaation kokonaisuuteen liittyvät osaamisalueet, osaamisen johtamisen ryhmään henkilöstön henkilökohtaiseen kehittymiseen liittyvät osaamisalueet ja ikäjohtamisen ryhmään täydennyskoulutuksen lisäksi perhetilanteeseen liittyvä osaamisalue ja niin sanotun hiljaisen tiedon siirtäminen.

Vastaajaryhmittäisessä vertailussa (Anova) ei esiintynyt tilastollisesti merkitseviä eroja vastaajaryhmien välillä t-testit dikotomisten taustamuuttujien ja osaamisalueiden välillä eivät myöskään tehneet hajontaa eri vastaajaryhmien välillä. Sen vuoksi vastauksia oli mahdollista tarkastella yhdessä. Tietojen ja taitojen hallinta eri osaamisalueilla oli kohtuullista (ka 2,70–3,77), mutta mielenkiintoista vastauksissa oli miten sosiaali- ja terveydenhuollon esimiehet ja johtajat arvioivat tietojen ja taitojen tärkeyttä tulevaisuudessa (taulukko 20).

Työhyvinvoinnin osaamisalueiden tärkeys tulevaisuudessa arvioitiin tärkeiksi tai erittäin tärkeiksi kaikilla osaamisalueilla. Vastauksissa tuli esiin asioiden ajankohtaisuus. Ensinnäkin henkilöstön kanssa käytyjä kehityskeskusteluja (ka 4,39 kh 0,78) ja täydennyskoulutuksesta huolehtimista (ka 4,26 kh 0,77) pidettiin erittäin tärkeinä osaamisalueina. Kolmanneksi tärkeimmäksi arvioitiin johtamis- ja esimieskoulutuksesta huolehtiminen (ka 4,22 kh 0,77). Johtamisosaamisesta huolehtiminen on ollut myös esillä viime vuosina muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisen johtamiskoulutuksen yhteydessä (taulukko 20).

Vastaajat arvioivat itsenäisen opiskelun tukemisen erittäin tärkeäksi (ka 4,05 kh 0,71), mutta yllättävää oli, ettei henkilökohtaisten urasuunnitelmien tukemista arvioitu niin tärkeäksi osaamisalueeksi (ka 3,74 kh 75). Keskustelu joustavista työajoista niin nuorten työntekijöiden kuin jo lähellä eläkkeelle siirtyvien osalta ei saanut tukea vastaajilta. Se arvioitiin kaikkein vähiten tärkeäksi osaamisalueeksi työhyvinvoinnin pääosaamisalueella (ka 3,64 kh 0,80). (Taulukko 20.)

Taulukko 20. Työhyvinvoinnin edistämisen ryhmittely muutoksen johtamisen, osaamisen johtamisen ja ikäjohtamisen ryhmiin. Taulukossa kaikkien vastaajien yhteiset osaamisen hallinnan sekä tietojen ja taitojen tärkeys tulevaisuudessa keskiarvot (ka) ja keskihajonnat (kh) sekä vastaajien määrät (df).

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen hallinta hoitotyön johtamisessa			Tehtäväalueen tietojen ja taitojen tärkeys hoitotyön johtamisessa tulevaisuudessa			
ka	kh	df		ka	kh	df
			<u>Muutoksen johtaminen</u>			
2,91	0,88	77	Ydinosaamisten kartoitukset ka	3,90	0,84	77
3,29	0,90	77	Johtamis- ja esimieskoulutuksesta huolehtiminen	4,22	0,77	77
3,27	0,97	77	Työnohjaus	3,96	0,95	77
2,70	0,83	76	Tietojärjestelmien käyttö osaamisen johtamisen hallintaan	4,13	0,81	76
			<u>Osaamisen johtaminen</u>			
2,92	0,84	77	Osaamistason kartoitukset	3,96	0,83	77
3,08	0,84	77	Tukeminen ja kannustaminen osallistumaan hoitotieteelliseen koulutukseen	3,87	0,77	77
3,22	0,76	76	Itsenäisen koulutuksen tukeminen tasapuolisesti	4,05	0,71	77
2,96	0,82	77	Henkilökohtaisten urasuunnitelmien tukeminen	3,74	0,75	77
3,77	0,87	77	Kehityskeskustelut	4,39	0,78	77
			<u>Ikäjohtaminen</u>			
3,38	0,84	77	Henkilöstön täydennyskoulutuksesta huolehtiminen	4,26	0,70	77
3,07	0,81	76	Työn ja perhetilanteen yhteensovittaminen	3,64	0,80	75
3,15	0,91	75	Hiljaisen tiedon siirtäminen	4,16	0,88	76

Hoitotyön johtajien johtamisosaamisen ja tulevaisuuden osaamistarpeiden kuvaus pääosaamisalueittain

Vastaajien mukaan hoitotyön johtajilla oli hoitotyön kaikilla 13 johtamisen pääosaamisalueella tietoja ja taitoja kohtuullisesti keskiarvojen ollessa välillä 2,00–3,99. Kaikkein parhaiten hoitotyön johtajat hallitsivat terveydenhuoltojärjestelmän ja hoitotyön roolin siinä (ka 3,40 kh 0,68). Heikointa oli tietojen ja taitojen hallinta terveystalouden muotoutumisessa (ka 2,46 kh 0,69). Jatkuva valvonta, seuranta ja arviointi (ka 2,95 kh 0,70) ja hoitotyön standardien määrittely ja laadun parantaminen (ka 2,53 kh 0,70) pääosaamisalueilla tietoja ja taitoja oli myös vähän keskiarvojen jäädessä alle kolmen (taulukko 21).

Tulevaisuudessa osaamistarpeet olivat kaikilla osaamisalueilla tärkeitä tai erittäin tärkeitä. Tärkeimmäksi osaamisalueeksi tulevaisuudessa vastaajat arvioivat terveydenhuoltojärjestelmän ja hoitotyön roolin hallinnan (ka 4,20 kh 0,53). Vastaajien mielestä muita erittäin tärkeitä osaamisalueita tulevaisuudessa olivat henkilöstöön ja henkilöstöresursseihin liittyvät osaamisalueet: voimavarojen kohdentaminen ja ohjaus hoitotyössä (ka 4,13 kh 0,54), koordinointi ja yhteistyö (ka 4,04 kh 0,60), tiedonkulun varmistaminen ja kommunikointi (ka 4,02 kh 0,54) ja työhyvinvointiin liittyvä osaaminen (ka 4,02 kh 0,54). Vastaajat arvioivat puolestaan vähiten tärkeäksi terveystalouden muotoittamisen (ka 3,60 kh 0,65) (taulukko 21).

Taulukko 21. Hoitotyön johtajien tietojen ja taitojen hallinta ja osaamisen tärkeys tulevaisuudessa vertailu keskiarvoina (ka), keskihajontoina (kh) sekä näkyvissä vapausasteet (df), testisuureet F ja p-arvot 13 pääosaamisalueella (n = 72–77).

Pääosaamisalue	Tehtävälueen tietojen ja taitojen hallinta hoitotyön johtamisessa					Tehtävälueen tietojen ja taitojen tärkeys hoitotyön johtamisessa tulevaisuudessa				
	Ka	Kh	df	F	p-arvo	Ka	Kh	df	F	p-arvo
Terveydenhuoltojärjestelmä ja hoitotyön rooli siinä	3,40	0,68	77	4,19	,019	4,20	0,53	77	1,43	,247
Hoitotyön organisaatio- rakenteen määrittely	3,09	0,78	75	4,56	,014	3,79	0,61	76	2,15	,123
Terveystalouden muotoittaminen	2,46	0,69	75	5,38	,007	3,60	0,65	74	0,67	,513
Voimavarojen ja palvelujen suunnittelu	3,06	0,77	76	4,85	,011	3,99	0,60	76	1,40	,253
Standardien määrittely ja laadun parantaminen	2,53	0,70	75	2,17	,122	3,66	0,74	75	0,65	,528
Voimavarojen kohdentaminen ja ohjaus hoitotyössä	3,32	0,67	74	2,71	,073	4,13	0,54	75	0,79	,459
Tiedonkulun varmistaminen ja kommunikointi	3,21	0,65	74	1,88	,160	4,02	0,50	73	0,90	,412
Taloushallinto	3,01	0,76	74	4,70	,012	3,98	0,62	74	1,47	,236
Henkilöstöhallinto	3,18	0,61	75	2,19	,119	3,87	0,56	72	0,97	,386
Koulutus ja kehittäminen	3,15	0,67	72	1,81	,172	4,05	0,58	72	1,80	,173
Jatkuva valvonta, seuranta ja arviointi hoitotyössä	2,95	0,70	75	0,00	,998	3,71	0,70	76	1,04	,359
Koordinointi ja yhteistyö	3,16	0,72	75	2,08	,132	4,04	0,60	75	0,17	,843
Työhyvinvointi	3,13	0,61	73	1,27	,287	4,02	0,54	74	0,40	,672

Yksisuuntaisella varianssianalyysillä (Anova) verrattiin pääosaamisalueiden keskiarvojen eroavuuksia hoitotyön johtajien, osastonhoitajien ja johtoryhmien jäsenten vastaajaryhmissä. Ensinnäkin tarkasteltiin ryhmien välistä keskihajontaa (kh) ja ryhmien sisäistä keskihajontaa. Ryhmien välinen vapausaste (df) oli 72–77. Testisuureina käytettiin F-tunnusluvun arvoa ja

sitä vastaavaa p-arvoa. P-arvot olivat tilastollisesti merkitseviä eli $p < 0,05$ hoitotyön johtamisen tietojen ja taitojen hallinnassa seuraavilla pääosaamisalueilla: terveydenhuoltojärjestelmä ja hoitotyön rooli siinä, hoitotyön organisaatorakenteen määrittely ($p < 0,02$), terveystalouden muotoutuminen ($p < 0,01$), voimavarojen ja palvelujen suunnittelu ($p < 0,01$) ja taloushallinto ($p < 0,01$). Ryhmien kesken tehdyt parittaiset vertailutestit (Bonferroni) osoittivat, että keskiarvoeroavuudet olivat hoitotyön johtajien ja osastonhoitajien ryhmien välillä edellä mainituissa pääosaamisalueiden keskiarvoissa. Hoitotyön johtajien ja johtoryhmän jäsenten vastaajaryhmien välillä ei ollut juurikaan eroavuuksia (taulukko 22). Pääosaamisalueiden tietojen ja taitojen tärkeydestä tulevaisuudessa ei vastaajaryhmien välillä ollut tilastollisesti merkitseviä eroavuuksia.

Taulukko 22. Keskiarvojen (ka) erot eri vastaajaryhmien välillä tietojen ja taitojen hallinnassa 13 johtamisen pääosaamisalueella. Tunnuslukuina (df, F ja p-arvot).

Pääosaamisalue	Tietojen ja taitojen hallinta (ka)						
	HTJ	OH	JR	Yht.	df	F	p-arvo
Terveydenhuoltojärjestelmä ja hoitotyön rooli siinä	3,94	3,27	3,45	3,40	77	4,19	,019
Hoitotyön organisaatorakenteen määrittely	3,75	2,96	3,06	3,09	75	4,56	,014
Terveystalouden muotoutuminen	3,03	2,30	2,55	2,46	75	5,38	,007
Voimavarojen ja palvelujen suunnittelu	3,62	2,33	3,22	3,06	76	4,85	,011
Standardien määrittely ja laadun parantaminen	2,80	2,41	2,70	2,53	75	2,17	,122
Voimavarojen kohdentaminen ja ohjaus hoitotyössä	3,76	3,28	3,22	3,32	74	2,71	,073
Tiedonkulun varmistaminen ja kommunikointi	3,40	3,27	2,97	3,21	74	1,88	,160
Taloushallinto	3,66	2,87	3,09	3,01	74	4,70	,012
Henkilöstöhallinto	3,54	3,15	3,06	3,18	75	2,19	,119
Koulutus ja kehittäminen	3,52	2,61	3,06	3,15	72	1,81	,172
Jatkuva valvonta, seuranta ja arviointi hoitotyössä	2,95	2,96	2,93	2,95	75	0,00	,998
Koordinointi ja yhteistyö	3,58	3,09	3,08	3,16	75	2,08	,132
Työhyvinvointi	3,34	3,18	2,96	3,13	73	1,27	,287

Vastaajien lisäämät osaamisalueet ” Muu osaamisalue”

Taulukko 23. Vastaajien ehdottamat lisäosaamisalueet kysymykseen 14.

Osaamisalue-ehdotus	Tehtäväalueen tietojen ja taitojen hallinta hoitotyön johtamisessa	Tehtäväalueen tietojen ja taitojen tärkeys hoitotyön johtamisessa tulevaisuudessa (5 vuoden kuluttua)
Systemaattinen laadun- ja projektinhallinta	1	5
Talousvastuu	4	5
Vuorovaikutustaidot (2 ehdotusta)	ka 3	ka 5
Tiimityö osaamisalueena	3	4
Yhteistyökyky eri toimijoiden kanssa (3 ehdotusta)	ka 3	ka 4,6
Sosiaaliset auttamismenetelmät	2	4
Työssä jatkamisen motivointi	2	5

5.3 Osaamisen ja tulevaisuuden osaamisvaatimusten väliset osaamisvajeet

Taustamuuttujien yhteyttä hoitotyön johtamisosaamisen ja osaamisvaatimusten välisten erojen selvittämiseksi tehtiin t-testit dikotomisille riippumattomille taustamuuttujille ja pääosaamisalueiden summamuuttujien välille. Kaksiluokkaisia taustamuuttujia olivat sukupuoli, yleissivistävä koulutus ja johtoryhmään kuuluminen. Näiden lisäksi luokiteltiin organisaatio uudelleen kaksiluokkaiseksi muuttujaksi (perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido). T-testien tulokset arvioitiin 95 % todennäköisyydellä ($p < 0,05$). Muina tunnuslukuina käytettiin keskiarvoa (ka) ja keskihajontaa (kh) sekä t-arvoa ja vapausastetta (df).

T-testien perusteella miehet arvioivat hoitotyön johtajilla olevan terveydenhuoltojärjestelmän osaamisalueesta ($p = 0,05$) vähän tietoja ja taitoja (ka 2,97 kh 0,34). Puolestaan naiset arvioivat hoitotyön johtajien omaavan kohtuullisesti tietoja ja taitoja terveydenhuoltojärjestelmästä (ka 3,44 kh 0,69). T-testin perusteella ($p < 0,03$) hoitotyön organisaatiorakenteen määrittelyn naiset (ka 3,14 kh 0,80) arvioivat hoitotyön johtajien hallitsevan miesten arviota paremmin (ka 2,64 kh 0,35). Tulevaisuudessa hoitotyön organisaatiorakenteen määrittelyä pidettiin erittäin tärkeänä. T-testin perusteella ($p < 0,04$) peruskoulun käyneet (ka 3,81 kh 0,76) arvioivat sen lukion käyneitä (ka 3,78 kh 0,56) tärkeämmäksi. T-testien tunnusluvut ja testisuureet ovat näkyvissä taulukossa 24. (Taulukko 24.)

Taulukko 24. Sukupuolen ja yleissivistävän koulutuksen yhteys arviointiin hoitotyön johtamisosaamisen hallinnasta ja tietojen ja taitojen tärkeydestä tulevaisuudessa. Arviointi p-arvon perusteella ($p < 0,05$), muina tunnuslukuina kh, F, t-arvo ja df.

Osaamisalue	Sukupuoli	T-testin tunnusluvut					
		ka	kh	F	p-arvo	t	df
Terveystieteiden ja hoitotyön roolin hallinta siinä	Miehet	2,97	0,34	3,83	,05	-1,64	75
	Naiset	3,44	0,69				
Hoitotyön organisaatorakenteen määrittelyn hallinta	Miehet	2,64	0,35	5,15	,03	-1,51	73
	Naiset	3,14	0,80				
Osaamisalue	Yleissivistävä koulutus	T-testin tunnusluvut					
		ka	kh	F	p-arvo	t	df
Hoitotyön organisaatorakenteen määrittely tulevaisuudessa	Peruskoulu	3,81	0,76	4,60	,04	0,18	74
	Ylioppilas	3,78	0,56				

Osaamisen ja osaamisvajeen selvittämiseksi tehtiin analyysi parittaisen t-testin avulla. Taulukkoon 25 on koottu luokiteltujen summamuuttujien osaamisalueiden hallinnan ja osaamisalueiden tärkeyden eli osaamisvaatimusten keskiarvot (ka), p-arvot ja keskiarvojen erotus, sekä vapausaste (df).

Kaikilla hoitotyön johtamisen pääosaamisalueilla tietojen ja taitojen tärkeys tulevaisuudessa sai korkeamman arvon kuin tietojen ja taitojen hallinta ($p < 0,020-0,000$). Keskiarvot olivat tietojen ja taitojen hallinnassa välillä 2,47–3,40 ja tietojen ja taitojen tärkeydessä 3,60–4,20. Summamuuttujien keskiarvojen erotukset vaihtelivat välillä 0,69–1,14. Keskiarvojen erotukset olivat tietojen ja taitojen tärkeyden eli osaamisvaatimusten ja tietojen ja taitojen hallinnan eli osaamisen välillä yli 0,8 kymmenellä hoitotyön johtamisen pääosaamisalueella. (Taulukko 25.)

Osaamisen ja osaamisvaatimusten välisen voimakkuuden merkitsevyyden arvioinnissa käytettiin Cohenin efektiä (d). Cohenin efekti laskettiin jakamalla pääosaamisalueiden summamuuttujien keskiarvojen erotukset pääosaamisalueiden summamuuttujien osaamisen keskihajontojen keskiarvoilla. Efektin suuruudessa merkitsevyys on pieni arvolla $> 0,2$, keskimääräinen arvolla $> 0,5$ ja vahva arvolla $> 0,8$. Cohenin arvo voi olla mikä tahansa luku

$-\infty$ ja $+\infty$ välillä, mutta yleensä se antaa tuloksen lähellä lukuarvoa yksi (taulukko 25). (Nummenmaa 2005.)

Taulukko 25. Summamuuttujien osaamisalueiden hallinnan eli osaamisen keskiarvot (ka) ja keskihajonnan (kh), osaamisalueiden tärkeyden eli osaamisvaatimusten keskiarvot (ka), p-arvot, df ja keskiarvojen erotukset sekä Cohenin efektin voimakkuus (d).

Pääosaamisalue	Tietojen ja taitojen hallinta = osaaminen (ka)	Osaamisen keskihajonnan keskiarvo	Tietojen ja taitojen tärkeys tulevaisuudessa (ka)	p-arvo	df	Keskiarvojen erotus	(d)
Terveydenhuoltojärjestelmä ja hoitotyön rooli siinä	3,40	0,68	4,20	,006	77	0,80	1,18
Hoitotyön organisaatiotekniikan määrittely	3,09	0,78	3,79	,001	75	0,70	0,90
Terveyspolitiikan muotoutuminen	2,47	0,69	3,60	,001	74	1,14	1,65
Voimavarojen ja palvelujen suunnittelu	3,06	0,77	3,99	,011	76	0,93	1,21
Standardien määrittely ja laadun parantaminen	2,53	0,70	3,66	,000	75	1,13	1,61
Voimavarojen kohdentaminen ja ohjaus hoitotyössä	3,32	0,67	4,13	,000	74	0,81	1,21
Tiedonkulun varmistaminen ja kommunikointi	3,21	0,65	4,02	,020	73	0,81	1,25
Taloushallinto	3,01	0,76	3,98	,010	73	0,97	1,28
Henkilöstöhallinto	3,18	0,61	3,87	,004	72	0,69	1,13
Koulutus ja kehittäminen	3,15	0,67	4,05	,005	72	0,90	1,34
Jatkuva valvonta, seuranta ja arviointi hoitotyössä	2,95	0,70	3,71	,000	75	0,76	1,09
Koordinointi ja yhteistyö	3,16	0,72	4,04	,002	75	0,88	1,22
Työhyvinvointi	3,13	0,61	4,02	,001	73	0,89	1,46

Taulukosta 25 voidaan todeta, että Cohenin efektit olivat vahvat kaikilla pääosaamisalueilla (d 0,90–1,65). Cohenin efektit ovat samansuuntaiset keskiarvojen erotusten kanssa ja voidaan todeta, että vastaajien mukaan hoitotyön johtajilta odotetut osaamisvaatimukset ovat suuremmat kaikilla pääosaamisalueilla kuin tämän hetkinen osaaminen. Johtopäätöksenä keskiarvojen vertailusta voidaan todeta, ettei hoitotyön johtamisessa koeta hallittavan tarvittavaa osaamista. Osaamisvajetta tulisi kaventaa hoitotyön johtajille suunnatulla täydennys- ja lisäkoulutuksella.

5.4 Yhteenveto keskeisistä tuloksista

Vastauksia tarkasteltiin sekä yhdessä että vastaajaryhmittäin. Koko aineistoa yhdessä tarkasteltaessa keskiarvot vaihtelivat 13 pääosaamisalueella 2,46–3,40 välillä. Vastaajat arvioivat johtamisosaamisen vaatimukset korkeammalle kuin osaamisen. Parhaiten hoitotyön johtajat hallitsivat hoitotyön roolin terveydenhuoltojärjestelmän osana (ka 3,40 kh 0,68), joka myös arvioitiin pääosaamisalueista kaikkein tärkeimmäksi myös tulevaisuudessa (ka 4,20). Heikointa oli tietojen ja taitojen hallinta terveystalouteen liittyvässä osaamisalueessa (2,46 kh 0,68). Vastaajien mukaan hoitotyön johtajien tulisi ymmärtää terveystalouteen kuuluvat osaamisalueet tulevaisuudessa (ka 4,13), missä osaamisvaje Cohenin efektillä mitattuna oli merkitsevä jopa 1,65. Tulos vahvisti aiemmissa tutkimuksissa saatuja tuloksia terveystalouden heikosta hallinnasta (Edwards ja Roemer 1996, Lorensen ym. 2001, Sinkkonen ja Taskinen 2002).

Hoitotyön johtajat arvioivat osaamisensa alemmaksi 74 osaamisalueella 80:stä kuin osaamisvaatimukset (tietojen ja taitojen tärkeys tulevaisuudessa). Tulevaisuudessa nykyistä tasoa vähemmän tärkeiksi arvioitiin virallisen organisaatorakenteen merkitys, hoitotyön ylimmän johdon asema organisaatiossa, manuaalisten tietojärjestelmien käyttö ja yhteistyön merkitys ammattijärjestöjen kanssa. Osastonhoitajat arvioivat hoitotyön johtajien osaamisvaatimukset korkeammiksi kuin niiden hallinnan kaikilla osaamisalueilla. Johtoryhmän jäsenet arvioivat hoitotyön johtajien osaamisvaatimukset 79 osaamisalueella korkeammiksi kuin osaamisen taso oli. Tulevaisuudessa nykyistä vähäisempää on manuaalisten tietojärjestelmien käyttö.

Hoitotyön johtajat ja osastonhoitajat arvioivat hoitotyön johtajien hallitsevan parhaiten sekä ihmisten johtamiseen (leadership) että asioiden johtamiseen (management) kuuluvia osaamisalueita. Osaamisen vajeet painoutuivat asiajohtamisen alueille. Johtoryhmän jäsenten arvioiden mukaan hoitotyön johtajien osaaminen että osaamisen vajeet painoutuivat asiajohtamisen alueille (taulukot 26–28). Henkilöstöjohtamiseen liittyvät osaamisalueet eivät painottuneet tärkeiksi arvioinneissa, paitsi henkilöstön kanssa käytyjen kehityskeskustelujen sekä työntekijöiden haastattelujen hallinta ja tietojärjestelmien käyttö osaamisen johtamisen apuna.

Taulukoihin 26–28 on koottu hoitotyön johtajien pääosaamisalueisiin liittyvät sekä parhaiten hallitsemat yksittäiset johtamisen osaamisalueet että heikoiten hallinnassa olevat alueet. Taulukoissa osaamisalueet on jaoteltu ihmisten johtamis- ja asioiden johtamisen tehtäviin. Taulukossa 26 on hoitotyön johtajien vastaajaryhmän arvioinnit (ka, kh), 27 osastonhoitajien ja taulukossa 28 johtoryhmän jäsenten arvioinnit (ka, kh) hoitotyön johtajien parhaiten ja heikoiten hallinnassa olevista osaamisalueista. Taulukoihin 29–31 on koottu vastaavasti vastaajaryhmittäin tulevaisuudessa kaikkein tärkeimmiksi arvioitujen yksittäisten osaamisalueiden keskiarvot (ka) ja keskihajonnat (kh).

Taulukko 26. Hoitotyön johtajien parhaiten (ka >4,0) ja heikoiten (ka <3,0) hallitsemien osaamisalueiden keskiarvot (ka) ja keskihajonnat (kh). Jaottelussa tehty osaamisalueiden jaottelu ihmisten johtamiseen ja asioiden johtamiseen.

Johtamisen pääalueet	Parhaiten hallitut osaamisen alueet (ka >4,0)	ka	kh	Heikoiten hallitut osaamisalueet (ka <3,0)	ka	kh
Ihmisten johtaminen (leadership)	Hoitotyön johtaminen terveydenhuollossa	4,10	1,01	Tietojärjestelmien käyttö osaamisen johtamisessa	2,50	0,71
	Vastuun ja valtuuksien siirtäminen (delegointi)	4,10	0,57			
	Työnhakijoiden haastattelut ja valinta	4,10	0,74			
Asioiden johtaminen (management)	Kehityskeskustelut	4,10	0,99			
	Hoitotyön tehtävä ja merkitys terveydenhuollossa	4,20	0,79	Hoitotyön hallinnon standardien kehittäminen	2,40	0,84
	Hoitotyön ylimmän johdon asema organisaation rakenteessa	4,10	0,88	Kustannus-, hyöty- ja vaikuttavuusanalyysit	2,40	0,84
	Budjetoinnin periaatteet hoitotyössä	4,10	0,88	Standardien käyttö hoitotyön tulosten ja laadun arvioinnissa	2,60	0,84
				Terveyspolitiikan laatiminen	2,70	1,06
				Hoitokäytäntöjen arviointi	2,70	1,06
				Standardien kuvaus ja määrittäminen	2,90	0,74
			Potilastietojärjestelmien käyttö hoitotyön tutkimuksessa	2,90	0,88	

Taulukko 27. Hoitotyön johtajien parhaiten (ka >3,5) ja heikointen (ka <2,4) hallitsemien osaamisalueiden keskiarvot (ka) ja keskihajonnat (kh) osastohoitajien arvioiden mukaan. Jaottelussa tehty osaamisalueiden jaottelu ihmisten johtamiseen ja asioiden johtamiseen.

Johtamisen pääalueet	Parhaiten hallitut osaamisen alueet (ka >3,5)	ka	kh	Heikoiten hallitut osaamisalueet (ka <2,4)	ka	kh
Ihmisten johtaminen (leadership)	Kehityskeskustelut	3,70	0,83			
	Suullinen ja kirjallinen viestintä	3,61	0,80			
	Moniammatillinen yhteistyö	3,52	0,86			
Asioiden johtaminen (management)	Hoitotyön tehtävä ja merkitys terveydenhuollossa	3,63	0,67	Terveyspolitiikan laatiminen	2,13	0,65
	Tiedon merkitys hoitotyössä	3,61	0,91	Terveyspolitiikan muotoutumisprosessi	2,28	0,78
	Päivittäisen (operatiivisen) suunnittelun menetelmät	3,51	0,80	Standardien kuvaus ja määrittäminen	2,34	0,73
				Terveyspolitiikan tutkimus ja hoitotyön johtaminen	2,35	0,82
				Hoitotyön hallinnon standardien kehittäminen	2,39	0,98

Taulukko 28. Hoitotyön johtajien parhaiten (ka ≥ 3,45) ja heikointen (ka < 2,61) hallitsemien osaamisalueiden keskiarvot (ka) ja keskihajonnat (kh) johtoryhmän jäsenten arvioiden mukaan. Jaottelussa tehty osaamisalueiden jaottelu ihmisten johtamiseen ja asioiden johtamiseen.

Johtamisen pääalueet	Parhaiten hallitut osaamisen alueet (ka >3,5)	ka	kh	Heikointen hallitut osaamisalueet (ka <2,5)	ka	kh
Ihmisten johtaminen (leadership)	Kehityskeskustelut	3,75	0,91	Tietojärjestelmien käyttö osaamisen johtamiseen	2,60	0,88
	Työnhakijoiden haastattelut ja valinta	3,45	0,69			
Asioiden johtaminen (management)	Hoitotyön tehtävä ja merkitys terveydenhuollossa	3,55	0,76	Potilaskohtaiset tietojärjestelmät hoitotyön tutkimuksessa	2,37	0,60
	Hoitotyön johtaminen terveydenhuollossa	3,60	0,76	Kustannus-, hyöty- ja vaikuttavuusanalyysit	2,45	0,83
	Tiedon merkitys hoitotyössä	3,58	0,69	Terveyspolitiikan muotoutumisprosessi	2,55	0,76
	Päivittäisen (operatiivisen) suunnittelun menetelmät	3,45	1,10	Terveyspolitiikan laatiminen	2,45	0,76
	Ympärivuorokautinen vastuu ja toimivaltuudet hoitotyössä	3,45	0,69	Terveyspolitiikan tutkimus ja hoitotyön johtaminen	2,60	0,68
				Hoitotyön rooli valtakunnallisen terveyspolitiikan muotoutumisessa	2,60	0,68
				Hoitotyön hallinnon standardien kehittäminen	2,60	0,82

Taulukko 29. Hoitotyön johtajien tulevaisuudessa tärkeimpien (ka >4,0) ja vähiten tärkeimpien (ka <3,0) johtamisen osaamisalueiden keskiarvot (ka) ja keskihajonnat (kh). Jaottelussa tehty osaamisalueiden jaottelu ihmisten johtamiseen ja asioiden johtamiseen.

Johtamisen pääalueet	Tärkeimmät osaamisalueet tulevaisuudessa (ka ≥ 4,70)	ka	kh	Vähiten tärkeät osaamisalueet (ka <3,41)	ka	kh
Ihmisten johtaminen (leadership)	Hoitohenkilöstön motivointi	4,90	0,67	Yhteistyö ammattijärjestöjen kanssa	3,20	0,72
				Työn ja perhetilanteen yhteensovittaminen	3,40	0,52
Asioiden johtaminen (management)	Hoitotyön tehtävä ja merkitys terveydenhuollossa	4,70	0,48	Manuaalisten tietojärjestelmien hallinta	2,50	1,08
	Hoitotyön johtaminen terveydenhuollossa	4,70	0,48	Päivittäisen seurannan merkitys	3,10	1,20
	Hoitotyön organisaation kehittäminen väestön terveystarpeita vastaavaksi	4,80	0,42			
	Voimavarasuunnittelun kehittäminen hoitotyössä	4,70	0,48			
	atk-järjestelmien hallinta	4,70	0,48			

Taulukko 30. Hoitotyön johtajien tulevaisuudessa tärkeimpien (ka ≥ 4,39) ja vähiten tärkeimpien (ka <3,46) johtamisen osaamisalueiden keskiarvot (ka) ja keskihajonnat (kh) osastonhoitajien arvioiden mukaan. Jaottelussa tehty osaamisalueiden jaottelu ihmisten johtamiseen ja asioiden johtamiseen.

Johtamisen pääalueet	Tärkeimmät osaamisalueet tulevaisuudessa (ka ≥ 4,39)	ka	kh	Vähiten tärkeät osaamisalueet (ka <3,46)	ka	kh
Ihmisten johtaminen (leadership)	Hoitohenkilöstön motivointi	4,57	0,58	Yhteistyö ammattijärjestöjen kanssa	3,36	0,76
	Ristiriitojen käsittely	4,39	0,80			
	Tiedon merkitys	4,48	0,59	Valta ja riippuvuus keskitetyssä ja hajautetussa organisaatiossa	3,45	0,90
Asioiden johtaminen (management)	Hoitotyön hallinto terveydenhuollossa	4,42	0,77	Terveyspolitiikan muotoutumisprosessi	3,30	0,76
	atk-järjestelmien hallinta	4,41	0,72	Terveyspolitiikan laatiminen	3,35	0,90
				Standardien kuvaus ja määrittäminen	3,36	0,85

Taulukko 31. Hoitotyön johtajien tulevaisuudessa tärkeimpien (ka >4,0) ja vähiten tärkeimpien (ka <3,0) johtamisen osaamisalueiden keskiarvot (ka) ja keskihajonnat (kh) johtoryhmän jäsenten arvioiden mukaan. Jaottelussa tehty osaamisalueiden jaottelu ihmisten johtamiseen ja asioiden johtamiseen.

Johtamisen pääalueet	Tärkeimmät osaamisalueet tulevaisuudessa (ka ≥ 4,40)	ka	kh	Vähiten tärkeät osaamisalueet tulevaisuudessa (ka <3,36)	ka	kh
Ihmisten johtaminen (leadership)	Hoitohenkilöstön motivointi	4,55	0,61	Valta ja riippuvuus keskitetyssä ja hajautetussa organisaatiossa	3,00	0,86
	Henkilökunnan pysyvyydestä huolehtiminen	4,50	0,76			
	Kehityskeskustelut	4,45	1,00	Yhteistyö ammattijärjestöjen kanssa	3,00	0,73
	Ristiriitojen käsittely	4,40	0,68	Toimenkuvien ja työn analyysit	3,35	0,75
Asioiden johtaminen (management)	Ryhmätyö terveydenhuollossa	4,40	0,75	Päivittäinen seuranta Standardien kuvaus ja määrittäminen	2,90	0,97
	Hoitotyön johtaminen terveydenhuollossa (= molempia)	4,50	0,76			

Keskeiset tulokset:

- kaikki vastaajaryhmät arvioivat hoitotyön johtamisosaamisen tason systemaattisesti osaamisvaatimuksia matalammaksi johtamisen kullakin pääosaamisalueella
- kaikissa vastaajaryhmissä johtamisosaamisen profiilit olivat muodoltaan samanlaiset, vaikkakin osaamistasoa kuvaavien keskiarvojen suuruudet erosivat
- johtamisosaamisen vaatimusten ja tason vastaavuus vaihteli jonkin verran eri vastaajaryhmissä, osastonhoitajien vastaajaryhmä arvioi esimiestensä osaamisessa olevan osaamisvajetta enemmän kuin muut vastaajaryhmät
- tulos osoittaa osaamisvaatimusten tärkeyden ja oman pätevyuden arviointien keskinäisen riippuvuuden
- johtamisosaamisen vaatimusten ja nykyisen osaamistason väliä voidaan pitää osaamisvajena
- suurimmat osaamisvajheet olivat: terveystalouden ymmärtämisessä, standardien määrittämisessä ja laadun parantamisessa, taloushallinnossa, voimavarojen ja palvelujen suunnittelussa sekä koulutuksen ja kehittämisen pääosaamisalueilla.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Terveydenhuoltoon kohdistuu tulevaisuudessa valtavia muutoksia ja haasteita. Näitä ovat taloudelliset paineet, rakenteiden ja toimintamallien muutokset, laadullisiin ja lisääntyviin tarpeisiin vastaaminen sekä osaamiseen ja osaamisen johtamiseen liittyvät tekijät. Tulevat muutoksen koskettavat terveydenhuollon henkilöstöä kaikilla tasoilla. Muutosten seurauksena myös vastuut muuttuvat. Hoitotyön johtajat ovat avainasemassa muutosten johtamisessa, koska heidän vastuullaan on 80 % terveydenhuollon henkilöstöstä, ja siten organisaation onnistuminen on sidottu hoitotyön johtamiseen.

Tämän tutkimuksen toteutuksessa valittiin määrällisen tutkimuksen kohteeksi yksi sairaanhoitopiiri, mutta sähköisesti toteutettu kysely olisi laajennettavissa vaikka kaikkiin Suomen sairaanhoitopiireihin. Tämän kyselyn kokonaisvastausprosentti jäi alhaiseksi (38 %), mutta hoitotyön johtajien vastausaktiivisuus oli hyvä (77 %). Matalaan vastausprosenttiin tutkija ei löytänyt perimmäistä syytä. Tutkijan ennako-oletus oli, että sähköisesti lähetettyyn kyselyyn vastattaisiin mielellään sen vaivattomuuden takia. Jää avoimeksi muodostuiko teknisestä valinnasta syy vastaamattomuuteen. Automaattisten sähköpostin poissaoloilmoitusten perusteella kysely osui ajankohtaan, jolloin oli paljon vuosilomia. Tutkijalle lähetetyssä palautteessa arvioitiin kysymysten olleen vaikeita ja vastaamisen kerrottiin vieneen paljon aikaa. Toisaalta palautteissa oli kannanottoja kyselyn tärkeydestä ja ajankohtaisuudesta. Aiheuttiko vastaamattomuutta tutkimusasetelma, jossa kysyttiin yhteistyökumppaneilta hoitotyön johtajilta vaadittavia tietoja ja taitoja?

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin hoitotyön johtajuutta sen ylimmässä organisatorisessa asemassa. Hoitotyön johtajat arvioivat omaa osaamistaan, osastonhoitajat arvioivat esimiestensä osaamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon ylimmät johtoryhmät arvioivat hoitotyön johtamisosaamista yhteistyökumppanina. Usein hoitotyön johtamistutkimuksissa hoitotyön johtajia ja osastonhoitajia tarkastellaan yhdessä, mutta tässä tutkimuksessa eroteltiin ylin johto työn erilaisuuden vuoksi. Hoitotyön johtajuutta tarkasteltiin julkisessa terveydenhuollossa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon toimintaympäristöissä. Tuloksissa ei todettu eroja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

Tutkijasta oli mielenkiintoista saada hoitotyön johtajien lisäksi läheisten yhteistyökumppaneiden arviot hoitotyön johtamisosaamisesta sekä siitä mitä hoitotyön johtamisessa pidetään tärkeänä tulevaisuudessa. Sen vuoksi osastonhoitajat ja johtoryhmien jäsenet osallistuivat tutkimukseen arvioiden hoitotyön johtajien johtamisosaamista ja tulevaisuudessa tarvittavaa osaamista. Hoitotyön johtamistutkimuksissa ovat hoitotyön johtajat (ylihoitajat, johtavat hoitajat ja vastaavat) ja osastonhoitajat yleensä arvioineet omaa osaamistaan hoitotyön johtamistehtävissä, mutta osastonhoitajien käsityksiä omien esimiestensä osaamisesta tai osaamisvaatimuksista ei ole juurikaan tutkittu (Edwards ja Roemer 1996, Lorensen ym. 2001, Sinkkonen ja Taskinen 2002). Sen sijaan ylihoitajilta on kysytty käsityksiä osastonhoitajien osaamisesta ja osaamisvaatimuksista esimerkiksi Nousiainen (1998) ja Narinen (2000). Sosiaali- ja terveystoimen organisaatioiden ylimmät johtoryhmät valittiin yhdeksi vastaajaryhmäksi, jotta saatiin hoitotyön johtajien kanssa yhteistyössä olevien muiden tieteenalojen edustajien näkemys hoitotyön johtamisosaamisesta ja osaamisvaatimuksista. Aiemmin yhteistyökumppanien käsityksiä hoitotyön johtamisosaamisesta ovat tutkineet ruotsalaiset tutkijat Lindholm, Udén ja Råstam vuonna 1999 (Lindholm ym. 1999).

Vastauksia tarkasteltiin sekä yhdessä että vastaajaryhmittäin. Tarkastelunäkökulmina olivat hoitotyön johtajat, osastonhoitajat ja sosiaali- ja terveydenhuollon ylimmät johtoryhmät. Vastauksia tarkasteltiin vastaajaryhmittäin, koska haluttiin tuoda esiin vastaajaryhmien näkemykset. Näin tarkasteltaessa nousivat esiin vastaajaryhmittäiset erot. Vastaajaryhmittäiset keskiarvoeroavuudet vastaajaryhmien välillä olivat tilastollisesti merkitseviä osastonhoitajien vastaajaryhmän ja muiden vastaajaryhmien arvioinneissa hoitotyön johtajien osaamisesta. Erot ilmenivät niin, että osastonhoitajat arvioivat hoitotyön johtajien osaamisen muita vastaajaryhmiä matalammaksi. Tämä ero voidaan tulkita ilmentävän johtamisosaamisen lisätarvetta ja samalla hoitotyön johtamisen haastetta. Tulos voi ilmentää myös osastonhoitajien ja hoitotyön johtajien työn sisällön, aseman ja työkokemuksen erilaisuutta. Esimerkiksi manuaalisten tietojärjestelmien tärkeyttä osastonhoitajat pitivät tulevaisuudessa tärkeänä, kun taas hoitotyön johtajat ja johtoryhmien jäsenet eivät niitä pitäneet.

Vastaajat arvioivat johtamisosaamisen vaatimukset korkeammalle kuin osaamisen. Osaamisvaatimuksista vastaajaryhmien käsityksissä ei ollut pääosaamisalueittain

tarkasteltaessa eroja. Suurin osa vastaajaryhmittäisistä arvioinneista osoitti, että hoitotyön johtajat eivät kokeneet olevansa niin osaavia (tietojen ja taitojen hallinta) kuin he olettivat osaamisvaatimusten (tietojen ja taitojen tärkeys) olevan. Onko kaikki osaamisvajetta vai olisiko hoitotyön johtamiselle määriteltävä tietyt osaamistason kriteerit?

Parhaiten hoitotyön johtajat hallitsivat hoitotyön roolin terveydenhuoltojärjestelmän osana, joka myös arvioitiin pääosaamisalueista kaikkein tärkeimmäksi myös tulevaisuudessa. Heikointa oli osaaminen terveystalouteen liittyvässä pääosaamisalueessa. Vastaajien mukaan hoitotyön johtajien tulisi ymmärtää terveystalouteen kuuluvat osaamisalueet tulevaisuudessa. Osaamisvajetta oli Cohenin arvolla mitattuna merkittävä. Tulos vahvisti aiemmissa tutkimuksissa saatuja tuloksia terveystalouden heikosta hallinnasta. Terveystalouteen on keskeinen hoitotyön johtamisen toiminto. Organisaatioiden on vaikea toimia tehokkaasti muuttuvassa ja haasteellisessa ympäristössä, jos hoitotyön johtajilla ei ole tietoa ja taitoja, jotka tukevat tehokasta yhteistyötä omaa vastuualuetta laajemmissa yhteyksissä ja vuorovaikutuksessa ympäröivän yhteiskunnan kanssa. Tulos osoitti tarvetta johtamisosaamisen kehittämisen tällä pääosaamisalueella.

Vahva osaaminen taloudellisissa kysymyksissä on hoitotyön johtajien avainosaamista. Terveydenhuollossa vaaditaan yhä enemmän kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta matalammilla kuluilla, sen vuoksi taidot tehdä kustannus-vaikuttavuusanalyysit on erittäin tärkeää. Kaikkien vastaajaryhmien arvion mukaan hoitotyön johtajien tiedot olivat vähäiset kustannus-, hyöty- ja vaikuttavuusanalyysien hallinnassa. Osaamisvajetta näkyi myös merkittävänä Cohenin arvona. Tulos oli huolestuttava, sillä jo aiemmissa hoitotyön johtamistutkimuksissa on todettu juuri tällä osaamisalueella tietojen ja taitojen puutetta (Edwards ja Roemer 1996, Lorensen ym. 2001, Sinkkonen ja Taskinen 2002).

Hoitotyön johtajien arvion mukaan standardien määrittelyyn liittyvillä osaamisalueilla oli myös erittäin suuri kehittämistarve. Vastaavia tuloksia on aiemmin saatu esimerkiksi Sinkkonen ja Taskisen (2002) tutkimuksessa. Tietojärjestelmien hyödyntämiseksi sekä hoitotyön seurannassa ja arvioinnissa (potilastietojärjestelmät tutkimustyössä) että henkilöstöjohtamisessa (tietojärjestelmät osaamisen johtamisessa) arvioitiin osaamisessa vajetta. Taloudelliset haasteet, standardien määrittely ja tietojärjestelmien hyödyntäminen asettavat hoitotyön johtajille täsmennettyjä koulutustarpeita tulevaisuudessa.

Tietojärjestelmien hyödyntämistä ja osaamista tulisi lisätä henkilöstöjohtamisessa. Tulevaisuudessa niukkenevien henkilöstövoimavarojen tehokas käyttö ja allokointi edellyttävät johtajalta henkilöstön osaamisen ajankohtaisia tietoja, joiden hallinta muistin varassa ei ole tarkoituksenmukaista.

Henkilöstön terveydestä ja työkyvystä huolehtiminen tulee olemaan tärkeää sosiaali- ja terveydenhuollon toimivuuden varmistamisessa. Hoitotyössä toimivan ikääntyvän henkilöstön täytyy kyetä vastaamaan koko väestön ikääntymisestä johtuvaan kasvavaan palvelutarpeeseen. Työvoimapula tulee ilmeisesti lisäämään työnantajien valmiutta kehittää työoloja selviytyäkseen kilpailussa niukasta työvoimasta. Kasvava työvoimapula kuitenkin lisää henkilöstön kuormittumista, koska monissa paikoissa joudutaan toimimaan vajaalla henkilöstöllä. Jotta sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö selviytyisi työstään, tulee hoitotyön johtamisessa kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota henkilöstön työhyvinvointiin. Työhyvinvointia tukevia keskeisiä tekijöitä ovat johtamisosaaminen muutoksissa ja ikääntyvän henkilöstön johtaminen sekä henkilöstön ammatillisen osaamisen kehittäminen. Joustavaa johtamisosaamista tarvitaan myös kilpailtaessa vähenevistä henkilöstöresursseista.

Kilpailu vähenevistä henkilöstöresursseista on tiedostettu terveydenhuollossa. Sen vuoksi oli mielenkiintoista, etteivät esimerkiksi henkilökohtaiseen osaamisen johtamiseen liittyvät osaamisalueet (työn ja perhetilanteen yhteensovittaminen, henkilökohtaisen urasuunnitelmien tukeminen ja itsenäisen opiskelun tukeminen) nousseet keskeisiksi arvioinneissa. Kehityskeskustelut sen sijaan koettiin erittäin tärkeinä. Voisiko tulosta tulkita niin, että johtamisosaamisessa nousee esiin hieman viiveellä aikaan ja tilanteeseen sidotut tekijät?

Tämän tyyppinen tutkimus jossa mukana muita ammattiryhmiä avaa hoitotyön johtajien käsitystä asemastaan laajemmassa sosiaalisessa ja organisatorisessa ympäristössä. Tämä auttaa hoitotyön johtajia tunnistamaan ja käsittelemään sekä mahdollisuuksiaan että esteitä omassa ammatillisessa työssään, tunnistamaan ja kehittämään hoitotyötä tulevaisuudessa. Tulevaisuuden hoitotyön ja terveydenhuollon johtajuus muotoutuu yhteiskunnassa tapahtuvien muutosten ja päätöksenteon sekä tekniikan kehittymisen myötä. Hoitotyön johtajat ovat muokkaamassa hoitotyön tulevaisuutta suunnitelmallisesti. (Jauhiainen 2006.) Tulevaisuudessa terveydenhuollon johtamisessa korostuvat henkilöstöresurssien johtaminen, tuottavuus ja tehokkuus sekä teknologian hyödyntäminen.

Tutkimusten mukaan ammattialaan sidottu johtajuus tulisi muuttua moniammatillisuutta ymmärtäväksi ja toteuttavaksi (esimerkiksi Taskinen 2005, Syväjärvi 2005). Kilpailu eri professioiden välillä muodostaa esteitä jouhevalle yhteistyölle, joten asiakaslähtöisyys ja saumattomat palveluketjut eivät toteudu. Johtamisosaamisen tulisi olla perustana johtajien valinnassa. Johtajaksi pitäisi haluta eikä joutua.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Mittauksen luotettavuutta kuvataan kahdella käsitteellä, validiteetti ja reliabiliteetti, jotka yhdessä muodostavat mittarin kokonaisluotettavuuden. Luotettavuutta alentavat erilaiset virheet, joita syntyy aineistoa hankittaessa. Tutkimuksen laatuun vaikuttavia virheitä ovat käsittelyvirheet, mittausvirheet, peitto-, otanta- ja katovirheet. (Heikkilä 2002, Hirsjärvi ym. 2005.)

Tutkimuksen validiteetin avulla tarkastellaan mittarin kykyä mitata sitä, mitä sillä on tarkoitus mitata. Validiteetti tarkoittaa kyselytutkimuksessa, miten hyvin tutkija on onnistunut laatimaan kysymykset niin, että niiden avulla saadaan vastaus tutkimusongelmaan. Validiteetissa erotetaan sisällön validiteetti ja käsitevaliditeetti. Sisällön validiteetilla tarkoitetaan, että mittarin kaikkien osioiden on mitattava tutkimuksen kohteena olevaa käsitettä ja mittarin osioiden kattavuuden eli mittarin tulee mitata käsitteen kaikkia osia. Käsitevalidius liittyy aina sovellusalueen teoriaan ja sen käsitteisiin. Lisäksi erotellaan sisäinen ja ulkoinen validiteetti. (Heikkilä 2002.)

Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan sitä, että mittauksessa käytetyt käsitteet vastaavat teoriaosassa käytettyjä käsitteitä. Tässä tutkimuksessa tutkimuksen kohteena oleva käsite oli hoitotyön johtamisosaaminen. Johtamisosaamista selvitettiin teoriaosassa viitaten aiemmin hoitotyön johtamisesta tehtyihin tutkimuksiin sekä muuhun johtamiskirjallisuuteen. Johtamisosaaminen jaettiin 13 johtamisosaamisen pääalueeseen ja nämä edelleen pääosaamisalueita käsittäviksi osaamisalueiksi. Tutkimuksessa käytettiin valmista mittaria 12 johtamisosaamisen pääalueella (Sinkkonen ja Taskinen 2002), joissa tutkijan oli sitouduttava mittarissa käytettyihin käsitteisiin. Kolmanneksitoista pääosaamisalueeksi lisättiin työhyvinvoinnin johtamisosaamisen alue. Teoriaosassa työhyvinvoinnin kokonaisuudesta keskityttiin muutoksen johtamiseen, osaamisen johtamiseen ja ikäjohtamisen osa-alueisiin

Ulkoisesti validissa tutkimuksessa myös muut tutkijat päätyisivät samoihin tutkimustuloksiin (Heikkilä 2002).

Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan mittauksen toistettavuutta myös muissa tutkimuksissa ja tilanteissa. Alhainen reliabiliteetti alentaa myös mittarin validiteettia, mutta reliabiliteetti on riippumaton validiudesta (Heikkilä 2002). Puutteellinen reliabiliteetti johtuu yleensä satunnaisvirheistä, joita ovat käsittelyvirheet, mittausvirheet, peitto- ja otantavirheet sekä kato. Kyselytutkimuksella voidaan kohdejoukolta kysyä faktatietoja, käsityksiä, mielipiteitä ja asenteita. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa faktatiedot ovat luotettavimpia. Kyselyssä käsityksiin ja asenteisiin liittyvät kysymykset voivat olla epätarkkoja.

Käsittelyvirheitä pyrittiin vähentämään valitsemalla sähköinen kyselylomake. Sähköisen kyselyn etuna oli tietojen tallentuminen vastausten mukaan, joten tutkijan syöttövirheet jäivät pois. Myös aineiston käsittelyvaiheessa tutkijasta aiheutuvat tutkimusvastausten virhemerkinnät vähenivät. Tutkija ei myöskään pystynyt jäljittämään yksittäisen vastaajan lähettämää sähköistä vastauslomaketta, sillä vastaukset tallentuivat tätä tutkimusta varten perustettuun tietokantaan (internet-osoitteeseen). Tietokannan rakentamisessa ja ylläpidossa tutkija sai apua järjestelmästä vastaavalta henkilöltä. Tutkija sai tutkimusaineiston vastaajille annetun määräajan umpeuduttua. Menettelyn tavoitteena oli lisätä vastaajien vastausinnostusta ja vastausten rehellisyyttä. Menetelmä on ajankäytön suhteen tehokas ja taloudellinen. Vastausten analysointia helpotti, kun vastaukset olivat valmiiksi sähköisessä muodossa.

Otoksen koko vaikuttaa tulosten tarkkuuteen, mitä pienempi tutkimusjoukko on, sitä sattumanvaraisempia ovat tulokset. Tässä tutkimuksessa tutkimusaineiston muodosti 78 (38 %) henkilöä aineiston perusjoukosta, mikä on varsin pieni joukko. Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta paransi ettei otantavirhettä ollut, koska kyseessä oli koko perusjoukon käsittävä tutkimus. Sähköpostikysely osoitettiin kaikille kohdejoukkoon kuuluneille. Osastonhoitajien ja johtoryhmien jäsenten ajantasaiset yhteystiedot saatiin kysymällä ne suoraan organisaatioista. Hoitotyön johtajien perusjoukko tarkentui tutkimuksen taustatieto vastausten perusteella ja korjattu hoitotyön johtajien perusjoukko aleni viidestätoista kolmeentoista.

Käytettyjen käsitteiden selkeyttä ja kyselyn ymmärrettävyyttä testattiin kyselylomakkeen esitestauksella seitsemällä asiantuntijalla. Esitestausryhmä testasi samalla kyselyn teknisen toimivuuden.

6.3 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tutkimuksessa on noudatettava tutkimuksen eettisiä periaatteita. Tutkimuksen suunnittelu- ja toteutusvaiheessa tutkija joutuu ottamaan kantaa monenlaisiin eettisiin kysymyksiin. Tämän tutkimuksen eettiset näkökohdat liittyvät aiheen valintaan, tiedon hankintaan, tutkimukseen kohteena olevien henkilöiden kohtelemiseen, menetelmävalintaan, tulosten hyväksikäyttöön ja tutkimuksen julkistamiseen (Hirsjärvi ym. 2005).

Tutkimuksen aiheenvalinta perustui aiheen ajankohtaisuuteen. Hoitotyössä on lähitulevaisuudessa tulossa rakenteellisia ja osaamiseen liittyviä muutoksia, joissa hoitotyön johtamisessa vaaditaan monitahoista osaamista. Osaamisvaatimukset liittyvät sekä ympäröivässä yhteiskunnassa tapahtuviin muutoksiin esimerkiksi uhkaava pula hoitohenkilöstöstä ikääntymisen vuoksi ja palvelujen tarpeiden lisääntyminen väestön ikääntymisestä johtuen että työn sisällöllisiin muutoksiin esimerkiksi asiakaslähtöisten prosessien johtaminen yli organisaatorajojen ja teknologian hyödyntäminen. Yhteistyön merkitys eri toimijoiden kanssa on keskeistä.

Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista tutkimukseen kohteena oleville henkilöille (Hirsjärvi ym. 2005). Tässä tutkimuksessa tutkimusluvut anottiin ja saatiin kaikista kohteena olevista organisaatioista (yhteensä 8 kappaletta). Organisaatioiden vastuuhenkilöille lähetettiin tutkimuslupapyyntö, yliopistossa hyväksytty tutkimussuunnitelma ja kyselylomake. Tällä varmistettiin, että tutkimuksen teoreettiset perusteet ja suoritustavat olivat tiedossa. Tutkittavilta ei pyydetty henkilökohtaista suostumusta tutkimukseen, vaan saatekirjeessä kerrottiin tutkimukseen valituista vastaajaryhmistä ja valittujen henkilöiden kokonaismäärästä (oletus lähtötilanteessa 180 henkilöä). Saatekirjeessä kerrottiin vastaajien kokonaismäärän olevan pieni, joten tutkimuksen onnistumisen kannalta esitettiin toiveena, että kaikki valitut osallistuisivat. Sähköpostitse lähetetyissä kyselylomakkeissa ei ollut tunnistetietoja, vaan vastaaja lähetti ne varta vasten tätä tutkimusta varten perustettuun tietokantaan internet-osoitteen kautta, joten yksittäisen henkilön vastauksia ei voitu tunnistaa. Kohdejoukolla oli mahdollisuus halutessaan ottaa yhteyttä tutkijaan tai tutkimuksen ohjaajiin. Tutkimuksessa

kerättyä aineistoa käsiteltiin asianmukaisella huolellisuudella ja vastauksiin ei ollut tutkijan ja tietojärjestelmästä vastaavan henkilön lisäksi muilla mahdollisuutta päästä.

Tutkimustulokset raportoitava avoimesti ja rehellisesti, kuitenkin niin ettei vastaajien anonymiteetti vaarannu. Anonymiteetti edellyttää nimettömyyden lisäksi myös tunnistamattomuutta (Hirsjärvi ym. 2005). Vastausten käsittelyssä huomioitiin tutkimusjoukon pienuus. Analyysissa hyödynnettiin muuttujien luokittelua, vaikka näin osa tiedosta katosikin. Vastaajien tunnistettavuutta pyrittiin myös häivyttämään käsittelemällä tuloksia vastaajaryhmittäin. Mittausvirheitä pyrittiin välttämään valitsemalla sopivat analyysimenetelmät. Tutkimusraportti lähetetään sen valmistuttua tutkimuskohteena olleisiin organisaatioihin.

6.4 Johtopäätökset

Johtaminen ja johtajuus ovat laaja kokonaisuus. Tämän tutkimuksen teoriaosassa on pyritty luomaan katsaus viimeaikaisiin tutkimuksiin ja johtamistehtävien eri osa-alueisiin. Tutkijan intressinä oli saada vahva teoreettinen näkemys terveydenhuollon johtamisesta tehtyyn kotimaiseen tieteelliseen tutkimukseen, sekä selvittää ne osaamisalueet, joita terveydenhuollon hoitotyön johtaja tarvitsee ja käyttää erilaisissa päätöksentekotilanteissa. Johtamisen pilkkominen eri johtamisosaamisen osaamisalueisiin auttoi hahmottamaan johtajuuden laaja-alaisuutta sekä kytkeä organisaatiota laajempiin kokonaisuuksiin esimerkiksi, miten tärkeää on olla vaikuttamassa alueelliseen ja kansalliseen terveyspolitiikkaan ja sen muotoutumiseen.

Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön ylimmän johdon osaamisen kehittämisessä, mutta myös osastonhoitajien. Osastonhoitajien työn vaatimustaso tulee nousemaan tulevaisuudessa henkilöstön rekrytointiongelmien ja entistä suurempien vastualueiden vuoksi. Tutkimus antaa viitteitä miten johtamisosaaminen on hallinnassa yhden sairaanhoitopiirin alueella. Tutkimustulokset antavat viitteitä hoitotyön johtamiskoulutuksen sekä johtamisen kehittämistarpeista. Tutkimustuloksia ei voida yleistää, mutta niistä on hyötyä paikallisesti.

Johtopäätöksinä voidaan todeta:

Hoitotyön johtajilla on julkisen terveydenhuollon toimintayksiköissä laaja osaaminen. Parhaiten he hallitsevat henkilöstöhallintaan liittyvät osaamisalueet sekä tuntevat hoitotyön aseman ja merkityksen terveydenhuollossa. Hoitotyön johtajilla itsellään ja sosiaali- ja terveydenhuollon johtoryhmillä olivat yhtenevät käsitykset hoitotyön johtajien johtamisosaamisesta. Osastonhoitajien käsitykset hoitotyön johtajien osaamisesta jäivät alemmaksi.

Hoitotyön johtajien johtamisosaaminen oli kaikkien vastaajaryhmien mukaan alempaa kuin osaamisvaatimukset tulevaisuudessa. Vastaajat kuvasivat kaikki mittarissa mukana olleet osaamisalueet tärkeiksi tai erittäin tärkeiksi. Mitään kysyttyä osaamisaluetta ei koettu täysin turhaksi. Sen sijaan mittariin haluttiin lisätä vuorovaikutukseen, organisaatorajojen ylittävien johtamistaitojen, henkilöstön tukemiseen, laatuun ja tulosvastuuseen liittyviä johtamisen osaamisalueita.

Nykyisen osaamisen ja osaamisalueen tärkeyden välistä erotusta voidaan pitää osaamisvajena. Eniten tulevaisuudessa tarvitaan osaamista terveystaloudessa ja hoitotyön laatuun parantamisessa. Osaamista tarvitaan tulevaisuudessa myös terveydenhuollon moniammatillisten henkilöstöjen johtamisessa ja tietoteknillisten sovellusten hallinnassa sekä potilastyössä että henkilöstöhallinnossa. Terveydenhuollossa hoitotyön tehokkuuden ja vaikuttavuuden arviointiosaamisessa tulisi hyödyntää teknologiaa aikaisempaa enemmän.

6.5 Jatkotutkimusaiheet

Tässä tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella osastonhoitajien käsitykset hoitotyön johtajien johtamisosaamisesta ja osaamisalueiden tärkeydestä erosivat hoitotyön johtajien ja johtoryhmäläisten käsityksistä. Osastonhoitajat arvioivat hoitotyön johtajien tietojen ja taitojen hallinnan alemmaksi kuin muuta vastaajaryhmät. Osastonhoitajille on viime vuosina delegoitu useita aiemmin ylihoitajille ja vastaaville hoitotyön johtajille kuuluneita tehtäviä. Tulevaisuuden trendinä vaikuttaa siltä, että osastonhoitajien vastualueet lisääntyvät muun muassa suurten ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle ja taloudellisten syiden vuoksi. Olisi mielenkiintoista tietää osastonhoitajien tietojen ja taitojen hallinta sekä tulevaisuuden osaamisvaatimukset muuttuvassa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä.

Eri aikoina tehdyissä hoitotyön johtamistutkimuksissa on noussut esiin hoitotyön johtajien vaikeudet kustannus-tehokkuus- ja vaikuttavuus-tutkimusten tekoon käytännön työssä. Olisi mielenkiintoista selvittää, miten terveydenhuollon koulutusjärjestelmät ovat vastanneet täydennys- ja lisäkoulutuksella näihin osaamistarpeisiin?

7 LÄHTEET

Ahonen G. 1998. Henkilöstötilinpäätös – Yrityksen ikkuna menetykselliseen tulevaisuuteen. Kauppakaari Oyj, Helsinki.

Alkula T, Pöntinen S & Ylöstalo P. 1995. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. 1.-2. p. WSOY:n graafiset laitokset, Juva.

Antila J & Ylöstalo P. 2002. Proaktiivinen toimintatapa. Yritysten ja palkansaajien yhteinen etu? Työpoliittinen tutkimus 239. http://www.tyoministerio.fi/mol/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/01_tutkimukset/01_20022001/tiivistelmat/tpt239tiivistelma.jsp. 5.9.2006.

Bennett M. 2003. Implementing new clinical guidelines: The manager as agent of change. *Nursing Management* 10 (7), 20-23.

Drucker P. 2000. Johtamisen haasteet. WS Bookwell Oy, Juva.

Edwards P & Roemer L. 1996. Are Nurse Managers Ready for the Current Challenges of Healthcare? *Journal of nursing administration* 26(9), 11-17.

Elonheimo O, Huvinen S & Brommels M. 2004. Rannasta rajaon: Esitys Kotkan - Haminan seudun seutukunnalliseksi terveyskeskukseksi. DRG Medicalsystems Oy, Helsinki.

Elovainio M, Kivimäki M & Vahtera J. 2002. Organizational justice: Evidence of a New Psychosocial Predictor of Health. *American Journal of Public Health* 92, 105-108. 10.3.2006.

Elovainio M & Kivimäki M. 2003. Oikeudenmukainen johtaminen ja henkilöstön terveys. Teoksessa: Peiponen A, Koivisto T, Muurinen S & Rajalahti E (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2004. Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi*. Tammer-Paino, Tampere, 50-57.

Eläketurvakeskus. 2005. Eläkkeellesiirtymisikä työeläkejärjestelmässä. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 1/2005. Edita Prima Oy, Helsinki.

Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989). www.finlex.fi. 29.3.2006.

Esitys sosiaali- ja terveystieteiden moniammatillisen johtamiskoulutuksen käynnistämiseksi. Opetusministeriö 23.12.2005 (OM 10/500/2005).

Fairholm MR. 2004. Different Perspectives on the Practice of Leadership. *Public Administration Review* 2004 64, 577–590.

Filerman GL. 2003. Closing the management competence gap. *Human Resources for Health*. 1(7).

Funk C. 2004. Outstanding Female Superintendents: Profiles in Leadership. *Advancing Women in Leadership Journal*, spring 2004.

Griffiths A. 1999. Work design and management – the older worker. *Experimental Aging Research* 1999 25(4).

Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kunta- ja palvelurakennemuutuksesta sekä laeiksi kuntajakolain muuttamisesta ja varainsiirtoverolain muuttamisesta. HE 155/2006.
<http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2006/20060155>. 3.11.2006

Halmeenmäki T. 2005. Kunta-alan eläkepoistuma 2006–2020. Kuntien eläkevakuutuksen monisteita 1/2005. Kuntien eläkevakuutus, Helsinki.

Heikkilä T. 2002. Tilastollinen tutkimus. 4. painos. Edita Prima Oy, Helsinki.

Henry B, Hamran G & Lorensen M. 1995. Nursing management in the Nordic countries: A Health System Perspective. *International Nursing Review*. 1995:42 (1), 11–18.

Hersey P & Blanchard KH. 1988. The nurse-leader and the change process. Kirjassa *Management of organizational behavior: Utilizing human resources* (5th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 165-182.

Hildén R. 1999. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 706. Kasvatustieteiden laitos, Tampere University Press.

Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2005. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Gummerus kirjapaino Oy, 11. painos, Jyväskylä.

Holopainen A & Eskola K. 2001. Osaamisen johtaminen. Kehittämishankkeen loppuraportti. Valtionvarainministeriön työryhmämuistioita 6/2001, Helsinki.

Hyrkäs E & Ståhle P. 2004. Osaamisen johtaminen Suomen kunnissa. <http://www.efeko.fi/default.asp?path=71259;72036;72037;83670>. 16.5.2006.

Ilmarinen J, Lähteenmäki S & Huuhtanen P. 2003. Kyvyistä kiinni. Ikäjohtaminen yritysstrategiana. Talentum, Helsinki.

Isosaari U. 2006. Vallankäyttö terveydenhuollon yksiköissä: Lähijohtaminen organisaation valtajärjestelmän näkökulmasta. *Premissi* 1, 45-50.

Jauhiainen A. 2006. Kolme skenaariota tulevaisuuden hoitotyöhön – uusia mahdollisuuksia tieto- ja viestintäteknikalla. Teoksessa: Miettinen M, Hopia H, Koponen L, Wilskman K (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2006. Inhimillisten voimavarojen johtaminen*. Tammer-Paino, Tampere, 29-44.

Julkunen R. 2006. Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski.

Juppo V. 2004. Organisaation muutoksen johtaminen. Liikelaitostamisen ja yhtiöittämisen muutosprosessien vertailu kahdessa valtionyhtiössä. *Lisensiaattitutkimus*. Hallintotieteen laitos. Vaasan yliopisto, Vaasa.

Juntunen J. 2004. Aivotyö korostuu entisestään. <http://www.tsr.fi/uutistori/tiedotteet/2004/juntunenjuhani081204.html>. 11.12.2004.

Juusela T, Lillia T & Rinne J. 2000. Mentoroinnin monet kasvot. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Juuti P. 2003. Ikäjohtaminen. JTO-tutkimuksia nro 13. Ikäohjelma 1998-2002.

Järvisalo J. 1996. Työkyvyn ylläpitäminen terveyttä edistämällä. Teoksessa: Järvisalo J, Laine A, Lamberg ME, Matikainen E & Yrjänheikki E. Tositarinoita työkyvyn ylläpitämisestä. Seminaariraportti. Työterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, 65-97.

Kaplan R & Norton D. 2002. Strategialähtöinen organisaatio. Tehokkaan strategiaprosessin toteutus. Alkuperäisteos: The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the Business Environment. Käännös: Tallentum Media Oy, Margit Heinämäki.2. painos. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Kansanterveyslaki 66/1972 ja 928/2005. <http://www.finlex.fi>. 29.3.2006.

Kanste O. 2005. Moniulotteinen hoitotyön johtajuus ja hoitohenkilöstön työuupumus terveydenhuollossa. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis, D 815, Oulu University Press.

Kauhanen J. 2003. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. WSOY, Helsinki.

Keskinen S. 2005. Alaistaito. Luottamus, sitoutuminen ja sopimus. Kunnallisanalan kehittämissäätöön Polemia-sarjan julkaisu nro 59. <http://www.polemiikki.fi/files/library/attachments/Polemia59.pdf>. 6.3.2006.

Kunnallinen työmarkkinalaitos. 2003. Työhyvinvointi kunta-alalla. Strategia ja suositus työhyvinvoinnin edistämiseksi ja muutosten hallinnaksi. Yleiskirje 9/2003.

Kuntalaki 365/1995. <http://www.finlex.fi>. 29.3.2006.

Kurtti-Sonninen E. 2003. Sosiaali- ja terveysalan professiot, kollegiaalisuus ja ammatillinen yhteistyö. Lisensiaattityö. Kuopion yliopisto, Kuopio.

Kymenlaakson sairaanhoitopiirin ylihoitajien verkosto. <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/naytto/kymenlaakso.htx>. 15.1.2006.

Laatujohtaminen. <http://laatusanasto.blogspot.com/2005/08/laadukas-johtaminen.html>. 4.9.2006.

Lahtinen Y & Mikkola T. 2006. Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2005. Kuntaliitto, Helsinki.

Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 169/2007. <http://www.finlex.fi>. 1.3.2007.

Lindholm M, Udén G & Råstam L. 1999. Management from four different perspectives. Journal of nursing management 7, 101-111.

Linnakko E. 2005. Terveydenhuollon johtaminen ja talous. Teoksessa: Vuori J (toim.). 2005. Terveys ja johtaminen. Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä. Werner Söderström Osakeyhtiö, Porvoo, 317-348.

Loppela K. 2004. Ihminen ja työ – keskustellen työkuuntoon. Työyhteisön kehittäminen työkykyä ylläpitävän toiminnan viitekehyksessä. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1003, Tampere.

Lorensen M, Sinkkonen S, Lichtenberg A, Jensdottir AB, Hamran G, Johansson B & Engfeldt L. 2001. Knowledge and skill requirements for nurse leaders in the primary health care services in the Nordic countries. Det medisinske Facultet Institutt for sykepleievitenskap Universitet I Oslo. Dokumentserie nr. 1.27.11.2001, Norge.

Lähdesmäki K. 2003. New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen. Väitöskirja. Acta Wasaensia No 113, Vaasan yliopisto.

Lähteenmäki S. 1995. Mitä kuuluu? Kuka kääsee? Yksilöllinen urakäyttäytyminen ja sitä ohjaavat tekijät suomalaisessa liiketoimintaympäristössä – vaihemallin mukainen tarkastelu. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja sarja A-1:95.

Mannermaa M. 1999. Tulevaisuuden hallinta – Skenaariot strategiatyöskentelyssä. WSOY, Porvoo.

Marquis BL & Huston CJ. 2003. Leadership roles and management functions in nursing. Theory and application. 4th ed. Lippincott.

Meretoja R. 2003. Sairaanhoidajan ammattipätevyyden taso voidaan mitata. Väitöskirja. Turun yliopisto, Turku.

MOT. Englanti 4,5 suomi-englanti-suomi. MOT sanakirjasto. Elektroninen sanakirja. <http://mot.kielikone.fi/mot/uta/netmot.exe>. 30.3.2006.

Narinen A. 2000. Terveysthuollon osastonhoitajien työn sisältö tällä hetkellä ja tulevaisuudessa. Tutkimus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osastonhoitajien sekä ylihoitajien mielipiteistä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto, Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Helsingin yliopistopaino, Helsinki.

Navaie-Waliser M, Lincoln P, Karuturi M & Reisch K. 2004. Increasing Job Satisfaction, Quality Care, and Coordination in Home Health. JONA 34 (2), 88-92. Lippincott Williams & Wilkins, Inc. USA.

Notkola V. 2002. Työhyvinvointi ei ole sattumaa – tutkimus hyvien käytäntöjen vaikuttavuudesta. Työssä jaksamisen ohjelma – 2002. Kirjapaino Snellman Oy, Helsinki.

Nousiainen I. 1998. Osastonhoitajien ja ylihoitajien käsityksiä sairaanhoitajan työn osaamisalueista. Väitöskirja. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 1. Sosiaali- ja terveysala, Jyväskylä Printing house, Jyväskylä & ER-Paino Ky, Lievestuore.

Nummenmaa L. 2005. Efektikoko psykologisessa tutkimuksessa. Psykologia 5-6, 559-567.

Partanen P & Perälä M-L. 1997. Menetelmien arviointi hoitotyössä. Kansallisen ja kansainvälisen tutkimuksen systemoitu kirjallisuuskatsaus. Fin OHTAn raportti 1997/7, 2. korjattu painos 1998. Stakes, Helsinki.

- Partanen P, Heikkinen T & Vehviläinen-Julkunen K. Sairaanhoidajien työolobarometri 2004. Suomen sairaanhoidajaliitto ry:n jäsenkysely. Raportti 21.1.2005. Suomen sairaanhoidajaliitto ry, Helsinki. http://www.sairanhoidajaliitto.fi/mp/db/file_library/x/IMG/22885/file/Tyoolobarometri.pdf. 21.1.2006.
- Partinen R. 2003. Lainsäädäntö ja työhyvinvoinnin edistäminen. Teoksessa: Peiponen A, Koivisto T, Muurinen S, Rajalahti E. Hoitotyön vuosikirja 2004. Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 42-49.
- Pelttari P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopistollinen sairaala, Stakes, Tutkimuksia 80.
- Perälä M-L & Hammar T. 2003. PALKOmalli – Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Aiheita 29/2003. Stakes, Helsinki.
- Ruohotie P. 2000. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. WS Bookwell Oy, Juva.
- Ryynänen OP, Kinnunen J, Kuusi O, Lammintakanen J & Myllykangas M. 2004. Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi. Esiselvitys. Eduskunnan kanslian julkaisu 8/2004.
- Saari P, Väänänen J & Harkonmäki K (toim.). 2006. Kuntatyö muutoksessa – Miten jaksaa työntekijä? Kuntatyö 2010-tutkimus. <http://www.keva.fi/kuntatyö2010>. 27.11.2006.
- Saleh S, Williams D & Balougan M. 2004. Evaluating the effectiveness of public Health leadership. American Journal of Public Health 94, 1245-1249.
- Salminen J. 2001. Johtamisviestintä. Mekanistinen maailmankuva muutoksessa. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Saranummi N, Kivisaari S, Väyrynen Erja & Hyppö H. 2005. Terveystieteiden uudistaminen. Systemiset innovaatiot ja asiantuntijapalvelut muutoksen ajureina. Teknologiaakatsaus 180/2005. Tekes. Painotalo Miktor, Helsinki.
- Scoble KB & Russell G. 2003. Vision 2020, Part 1. Profile of the Future Nurse leader. Jona 33:6, 324-330.
- Sihvola V, Humalamäki E, Hietanen R, Klemola R, Nieminen L, Kosonen M, Tick T & Timonen M. 2001. Arvioinnin avulla hoitotyön laatusuorituksiin. Keski-Suomen sairaanhoidopiirin julkaisuja 99/2001, Jyväskylä.
- Sillanpää K. 2001. Osastonhoitajan tarvitsema tuki hoitotyön johtamisessa. Teos – Terveystieteiden osastonjohtajat 2/01, 5-6.
- Silvennoinen-Nuora L. 2006. Hoitoketjun vaikuttavuuden arviointi – esimerkkinä reumapotilaan hoitoketju. Evaluation of Effectiveness in the Care Chain – an example of a rheumatic patient's care chain. Lisensiaattitutkimus. Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta, Johtamistieteiden laitos, Tampereen yliopisto.

Simoila R. 2003. Hoitotyön johtaminen terveydenhuollon murroksessa. Teoksessa: Peiponen A, Koivisto T, Muurinen S & Rajalahti E (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2004. Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi. Tammer-Paino, Tampere, 9-16.

Sinkkonen S ja Taskinen H. 2002. Johtamisosaamisen vaatimukset ja taso perusterveydenhuollon hoitotyön johtajilla. *Hoitotiede* 14, 129-141.

Sorvettula M. 1998. Johdatus suomalaisen hoitotyön historiaan. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2000. Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. *Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita* 2000:15, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 2001:4, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002a. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. *Työryhmän muistioita* 2002:3, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002b. Ikäohjelman monet kasvot. Kansallisen ikäohjelman 1998-2002 loppuraportti. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 2002:3, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002c. Työvoiman tarve ja keskinäinen työnjako. Työolosuhteiden kehittäminen ja täydennyskoulutuksen järjestäminen. *Työryhmä-muistioita* 15.1.2002, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003a. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. *Työryhmämuistioita* 2003:33, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003b. Sosiaalialan kehittämishanke. Toimeenpanosuunnitelma. *Monisteita* 2003:20, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003c. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisut* 2003:18, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004a. Sosiaali- ja terveysministeriön ja lääkeshoidon kehittämiskeskuksen tulossopimus kaudelle 2004-2007, tarkistusvuosi 2005. *Sosiaali- ja terveysministeriö*, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004b. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 2003:20. Edita Prima Oy, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004c. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus, sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö: 2004d. Terveydenhuollon palvelu paranee. Kiireettömään hoitoon määrääjassa. *Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä* 2004:13, Helsinki.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005a. Yhteenvedo terveyskeskusten seutuyhteistyön etenemisestä. STM 16.5.2005, moniste.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005b. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle vuoden 2004 toiminnasta. Työryhmämuistioita 2005:2, Helsinki.
- Suomen Akatemia & Tekes. 2006. Suomen Akatemian ja Tekesin ennakointihanke. Tiedote 13.6.2006. 25.8.2006.
- Suonsivu K. 2003. Kun mikään ei riitä. Hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemukset ja niiden yhteydet työyhteisötekijöihin. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 926, Tampere University Press.
- Suonsivu K. 2004. Puun ja kuoren välissä. Hoitotyön johtajan tehtävät ja asema. Tehyn julkaisusarja A: Tutkimuksia 1/2004. Multiprint Oy, Helsinki.
- Sydänmaanlakka P. 2002. Älykäs organisaatio – Tiedon, osaamisen ja suorituksen johtaminen. 4. painos. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Syvjärvi A. 2005. Inhimillinen pääoma ja informaatioteknologia organisaatio-toiminnassa sekä strategisessa henkilöstövoimavarojen johtamisessa. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Lappeensis 83, Rovaniemi.
- Syvänen S. 2003. Työn paineet ja puuttumattomuuden kustannukset. Tutkimus sisäisen tehottomuuden lähteistä ja vaikutuksista, esimerkkikohteena kuntien sosiaalitoimen vanhuspalveluja tuottavat työyhteisöt. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 942, Tampere University Press.
- Taskinen H. 2005. Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalojen organisaatioiden yhdistämisessä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Tervaskari H. 2004. Hoitotyön johtaminen ja johtamiskoulutus. Ehdotus hoitotyön johtamiskoulutukseksi. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö, toukokuu 2004.
- Tschudin V & Schober J. 1998. Managing yourself. 2nd Edition. Macmillan press ltd, Malaysia, UK.
- Työolobarometri. 2004. Työministeriö, ennakkotietoja. Helsinki.
http://www.mol.fi/mol/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/index.jsp. 30.12.2004.
- Työeläke. <http://www.tyoelake.fi/page.asp?Section=10070>. 2.4.2006.
- Voutilainen P. 2003. Henkilöstömitoitukset ja henkilöstön hyvinvointi. Teoksessa: Peiponen A, Koivisto T, Muurinen S & Rajalahti E (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2004. Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 126–132.
- Vuori J. 2005. Terveysjohtaminen ja hallinto tieteenalana ja Terveys ja hallinnon käsitteet. Teoksessa Vuori J (toim.). 2005. Terveys ja johtaminen. Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä. Werner Söderström Osakeyhtiö, Porvoo, 10-77.

Ylöstalo P. 2006. Työolobarometri lokakuu 2005. Työpoliittinen tutkimus 311.
http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/06_tutkimus/tpt311.pdf.
10.11.2006.

Kotkassa 16.4.2006

Arvoisa Hoitotyön johtaja / Osastonhoitaja / Johtoryhmän jäsen

Opiskelen Tampereen yliopistossa terveystieteiden maisteriksi. Teen pro gradu -tutkielmaani hoitotyön johtajuudesta. Sähköisesti toteutettavan kyselytutkimuksen avulla on tarkoitus selvittää hoitotyön johtamisosaamista ja johtamisessa tarvittavia osaamisvaatimuksia tulevaisuudessa. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi hoitotyön johtajien täydennyskoulutuksen suunnittelussa ja rekrytoinnissa.

Tutkimuksen kohdejoukoksi on valittu Kymenlaakson sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sairaanhoitopiirin jäsenkuntien (Anjalankoski, Elimäki, Hamina, Jaala, Kotka, Kouvola, Kuusankoski, Miehikkälä, Pyhtää, Valkeala ja Virolahti) erikoissairanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitotyön johtajat (ylihoitajat, johtavat hoitajat), osastonhoitajat ja sairaanhoitopiirin johtoryhmä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon johtoryhmät. Tutkimukseen otettujen ryhmien valinnan perustana on saada selville hoitotyön johtajien itsensä sekä läheisten yhteistyökumppanien käsitykset hoitotyön johtamisosaamisesta ja osaamis-vaatimuksista tulevaisuudessa.

Kyselyyn valitun kohdejoukon koko on varsin pieni, yhteensä n. 180 henkilöä, joten tutkimuksen onnistumisen kannalta kaikkien vastaajien osallistuminen olisi tärkeää. Vastaukset tallentuvat automaattisesti tietokantaan. Yksittäisen henkilön vastauksia ei voida tunnistaa, joten vastaajan henkilöllisyys ei tule esiin tutkimuksen missään vaiheessa.

Tutkimuksen ohjaajina toimivat TtT, dosentti Marja Kaunonen ja TtM, tutkija Nina Halme Tampereen yliopiston Hoitotieteen laitokselta. Tutkimuksen on tarkoitus valmistua vuoden 2006 aikana.

Pyydän Sinua ystävällisesti vastaamaan kyselyyn 27.4.2006 mennessä ja lähettämään sen kyselylomakkeen lopussa olevan linkin avulla (Lähetä-kohta).

Tutkimuksen elektroninen kyselylomake: http://www2.KOTKA.FI/saario/kysely_saario_v3.htm

Mikäli haluat lisätietoja tutkimuksesta, vastaan mielelläni kysymyksiisi.

Aurinkoista kevättä ja kiitos vastauksistasi!

Yhteistyöterveisin
Asta Saario
TtK, TtM-opiskelija
Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos, johtamisen koulutusohjelma
p. 040 752 6504
email: asta.saario@uta.fi

HOITOTYÖN JOHTAJIEN JOHTAMISOSAAMISEN KARTOITUS VUONNA 2006

LUE HUOLELLISESTI SEURAAVAT VASTAUSOHJEET:

Arvioitavanasasi on **hoitotyön johtamisen** osaamisalueiden tietojen ja taitojen hallinnan nykytila sekä arviosi tietojen ja taitojen tärkeydestä samassa työssä tulevaisuudessa (5 vuoden kuluttua).

Kysymykset (osiot) ovat kaksiosaisia. Vasemman puoleisella numerosarjalla Sinua pyydetään arvioimaan hoitotyön johtajien osaamista kysytyllä osaamisalueella ja oikean puoleisella numerosarjalla ilmaisemaan käsityksesi tiedon ja taidon tärkeydestä hoitotyön johtamisessa samalla tehtäväalueella tulevaisuudessa. Valitse siis kussakin osiossa molempiin kohtiin käsitystäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto. Kyselyn lopussa on kohta 14, Muu osaamisalue, johon Sinulla on mahdollisuus halutessasi lisätä hoitotyön johtamiseen liittyvä, mielestäsi puuttuva osaamisalue.

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen hallinta hoitotyön johtamisessa

- 1 = ei tiedä mitään
 2 = tietää vähän
 3 = tietää riittävästi
 4 = tietää paljon
 5 = tietoja erittäin paljon

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen tärkeys hoitotyön johtamisessa tulevaisuudessa (5 vuoden kuluttua)

- 1 = ei tärkeä
 2 = vähän tärkeä
 3 = tärkeä
 4 = hyvin tärkeä
 5 = erittäin tärkeä

TAUSTATIEDOT

Vastaa taustatietokysymyksiin valitsemalla vaihtoehtoista tai tarvittaessa kirjoittamalla avoimeen kohtaan.

1. Sukupuoli
2. Ikä vuotta
3. Yleissivistävä koulutuksesi
4. Ammatillinen koulutuksesi Muu, mikä?
5. Ammatinimikkeesi
6. Nykyinen vastualueesi/ tehtäväsi

7. Työkokemus nykyisessä tehtävässäsi vuotta

8. Työkokemus johto- ja esimiestehtävissä vuotta

9. Organisaatiosi

10. Valitse vastaajaryhmäsi

11. Johtoryhmän jäsenyys

HOITOTYÖN JOHTAMISEN OSAAMISALUEET

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen hallinta
hoitotyön johtamisessa

Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼

1. Terveydenhuoltojärjestelmä ja hoitotyön rooli siinä

- Terveydenhuoltojärjestelmän luonne ja rakenne
- Hoitotyön tehtävä ja merkitys terveydenhuollossa
- Hoitotyön tavoite (missio) ja väestön terveystarpeet
- Hoitotyön johtaminen terveydenhuollossa
- Hoitotyön hallinto terveydenhuollossa

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen
tärkeys hoitotyön johtamisessa
tulevaisuudessa
(5 vuoden kuluttua)

valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen hallinta
hoitotyön johtamisessa

Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼

2. Hoitotyön organisaatorakenteen määrittely

- Organisaatorakenteen määrittely
- Virallinen organisaatorakenne
- Väestön terveystarpeiden ja voimavarojen vaikutus organisaation rakenteeseen
- Hoitotyön ylimmän johdon asema organisaation rakenteessa
- Valta / riippuvuus keskitetyssä ja hajautetussa organisaatiossa
- Hoitotyönorganisaation kehittäminen väestön terveystarpeita vastaavaksi

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen
tärkeys hoitotyön johtamisessa
tulevaisuudessa
(5 vuoden kuluttua)

valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen hallinta
hoitotyön johtamisessa

Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼

3. Terveyspolitiikan muotoutuminen

- Terveyspolitiikan muotoutumisprosessi
- Terveyspolitiikan laatiminen
- Terveyspolitiikan tutkimus ja hoitotyön johtaminen
- Hoitotyön rooli valtakunnallisen terveystarpeiden muotoutumisessa

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen
tärkeys hoitotyön johtamisessa
tulevaisuudessa
(5 vuoden kuluttua)

valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼

LIITE 1 (5/6)

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen hallinta
hoitotyön johtamisessa

Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼

8. Taloushallinto

- Taloudelliset kysymykset terveydenhuollossa ja hoitotyössä
- Budjetoinnin periaatteet hoitotyössä
- Taloudellisen seurannan periaatteet hoitotyössä
- Vastuu hoitotyön kustannuksista
- Hoitohenkilöstön budjetointi
- Välineiden ja tarvikkeiden budjetointi
- Kustannus-, hyöty- ja vaikuttavuusanalyysit

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen
tärkeys hoitotyön johtamisessa
tulevaisuudessa
(5 vuoden kuluttua)

valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen hallinta
hoitotyön johtamisessa

Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼

9. Henkilöstöhallinto

- Toimenkuvien ja työn analyysit
- Toimenkuvien ja työn kehittäminen
- Työnhakijoiden haastattelut ja valinta
- Henkilöstön sijoittaminen
- Hoitotyöntekijöiden organisaatiossa pysyvyydestä huolehtiminen
- Yhteistyö ammattijärjestöjen kanssa
- Hoitotyöntekijöiden suoritusten arviointi
- Kurinpäällöiset toimenpiteet ja palkitseminen

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen
tärkeys hoitotyön johtamisessa
tulevaisuudessa
(5 vuoden kuluttua)

valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen hallinta
hoitotyön johtamisessa

Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼

10. Koulutus ja kehittäminen

- Itsensä kehittämisen menetelmät
- Hoitohenkilöstön kehittämisen menetelmät
- Koulutusmenetelmät hoitotyössä
- Tutkimustyön edistäminen ja tukeminen
- Potilaiden opetus

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen
tärkeys hoitotyön johtamisessa
tulevaisuudessa
(5 vuoden kuluttua)

valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen hallinta
hoitotyön johtamisessa

Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼

11. Jatkuva valvonta, seuranta ja arviointi hoitotyössä

- Päivittäinen seuranta hoitotyössä
- Arvioinnin menetelmät ja mittarit hoitotyössä
- Hoitokäytäntöjen arviointi
- Hoitotyön hallinnon arviointi

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen
tärkeys hoitotyön johtamisessa
tulevaisuudessa
(5 vuoden kuluttua)

valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼

LIITE 1 (6/6)

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen hallinta
hoitotyön johtamisessa

Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼

12. Koordinointi ja yhteistyö

- Koordinointi omalla vastuualueella/
työyksikössä
- Organisaation eri tasojen välinen koordinointi
- Organisaation eri toimialueiden välinen koordinointi
- Moniammatillinen yhteistyö
- Ryhmätöy terveydenhuollossa

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen
tärkeys hoitotyön johtamisessa
tulevaisuudessa
(5 vuoden kuluttua)

valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen hallinta
hoitotyön johtamisessa

Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼
Valitse	▼

13. Työhyvinvointi

- Henkilöstön ydinosaamiskartoitukset
- Henkilöstön osaamistason kartoitukset
- Johtamis- ja esimieskoulutuksesta
huolehtiminen
- Henkilöstön tukeminen / kannustaminen
osallistumaan hoitotieteelliseen koulutukseen
- Henkilöstön itsenäisen koulutuksen tukeminen
tasapuolisesti
- Henkilöstön täydennyskoulutuksesta huolehtiminen
- Henkilöstön henkilökohtaisten urasuunnitelmien
tukeminen
- Kehityskeskustelut
- Työnohjaus
- Työn ja perhetilanteen yhteensovittaminen
- "Hiljaisen" tiedon siirtäminen
- Tietojärjestelmien käyttö osaamisen
johtamiseen

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen
tärkeys hoitotyön johtamisessa
tulevaisuudessa
(5 vuoden kuluttua)

valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼
valitse	▼

Tähän Sinulla on mahdollisuus halutessasi lisätä hoitotyön johtamiseen liittyvä, mielestäsi
puuttuva osaamisalue.

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen hallinta
hoitotyön johtamisessa

Valitse	▼
---------	---

14. Muu osaamisalue

<input type="text"/>

Tehtäväalueen tietojen ja taitojen
tärkeys hoitotyön johtamisessa
tulevaisuudessa
(5 vuoden kuluttua)

valitse	▼
---------	---

Kommentteja tutkijalle

<input type="text"/>

KIITOS VASTAUKSISTASI !

Lähetä

HOITOTYÖN JOHTAMISTUTKIMUKSIA SUOMESSA

Tutkimuksen tekijä(t), julkaisuvuosi, tutkimuksen tiedot	Asetelma, menetelmä, aineisto	Keskeiset tulokset
<p>Taskinen H, 2005.</p> <p>Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalojen organisaatioiden yhdistämisessä. Yhteiskuntatieteellinen väitöskirja. Kuopion yliopisto.</p>	<p>Kahden organisaation yhdistämistapauksen seuruututkimukset, postikyselyt,</p> <p>1) 1994 N= 251 1997 N= 263 ja</p> <p>2) 2000 ja 2002 N= 3771</p>	<p>Organisaatioiden yhdistäminen on muutoksena syvälinen ja laaja ja siksi erityisen herkkä epäoikeudenmukaisuuden kokemuksille. Erilaisten voimavarojen jaot aiheuttivat henkilöstössä epäoikeudenmukaisuuden kokemuksia. Oikeudenmukaisuutta arvioitiin sekä aineettomissa että konkreettisissa etuuksissa. Myös yhdistämisprosessin menettelytavat aiheuttivat henkilöstössä epäoikeudenmukaisuuden kokemuksia. Kokemukset koskivat henkilöstön mahdollisuuksia osallistua, vaikuttaa ja tulla kuulluksi heitä itseään koskeissa päätöksissä. Tiedotuksen sisältö ja toteutustavat sekä henkilöstöä arvostava ja kunnioittava kohtelu koettiin osana oikeudenmukaisuuden kokemuksesta. Erilaiset kulttuurit muodostuvat ongelmiksi yhdistämisprosessissa puutteellisen johtamisen seurauksena. Erityisesti yhdistämisprosessin alkuvaiheen merkitys korostuu. Organisaatioiden yhdistämisen toteuttaminen vaatii ennen kaikkea muutosjohtamisen hyvää osaamista. Henkilöstön oikeudenmukainen kohtelu edellyttää johtajilta hyviä vuorovaikutustaitoja ja yhteistyöosaamista sekä kykyä arvioida päätösten seurauksia oikeudenmukaisuuden kannalta.</p>
<p>Syvjäärvi A, 2005.</p> <p>Inhimillinen pääoma ja informaatioteknologia organisaatiotoiminnassa sekä strategisessa henkilöstövoimavarojen johtamisessa. Hallinnon ja johtamisen informaatioteknologian alan väitöskirja. Lapin yliopisto</p>	<p>Tutkimuksissa on käytetty triangulaation mukaisesti vaihtelevia tutkimusmenetelmiä: aineistolähtöinen sisällönanalyysi, teemahaastattelut, ryhmähaastattelut, lomakekyselyt ja konstrukttiivinen mallinnus.</p>	<p>Sosiaali- ja terveysalalla vaaditaan moniammatillisen organisaation ja johtamisen hallintaa varsinaisen ammatillisen osaamisen lisäksi. Tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveysalalla toimivien asiantuntijoiden toiminta on suuresti oman ammattialansa ohjaamaa, jolloin uudet työyhteisölliset toimintamahdollisuudet ovat usein estyneitä. Kapea-alaisuus tai vahva sidonnaisuus omaan ammattialaan näkyy myös henkilöstön johtamisessa. Sosiaalisuutta ja yhteistoiminnallisuutta tukevaa johtamista ei hallita riittävästi, joten henkilöstön johtaminen rakentuu paljolti ammatilliseen osaamiseen. Asiantuntijajohtaja arvostaakin lähinnä alaansa liittyviä toiminta- ja tiedonhallintataitoja. Tutkimuksen mukaan informaatioteknologian käyttöönotto edellyttää sitoutunutta ja luottamuksellista johtamista sekä yksilöllistä ja kollektiivista pätevyyttä erityisesti henkilöstön suhteen.</p>

<p>Kanste O, 2005.</p> <p>Moniulotteinen hoitotyön johtajuus ja hoitohenkilöstön työuupumus terveydenhuollossa.</p> <p>Terveystieteellinen väitöskirja.</p> <p>Oulun yliopisto</p>	<p>Empiirinen tutkimusaineisto kerättiin postikyselyillä:</p> <p>1) hoitohenkilöstö n = 627</p> <p>2) hoitotyön johtajat n = 78</p>	<p>Hoitotyön johtajat osoittautuivat työntekijöitä palkitseviksi muutosjohtajiksi, mutta johtamiskäyttäytymisessä esiintyi myös perinteistä työntekijöiden aktiivista ja passiivista valvomista sekä välttävää johtajuutta. Eroja ilmeni johtajan iän, työkokemuksen, työtehtävän ja perustyöhön osallistumisen mukaan. Puolella hoitohenkilöstöstä esiintyi keskimääräistä ja noin kymmenesosalla voimakasta työuupumusta. Voimakkaasta emotionaalaisesta väsymyksestä kärsi lähes joka viides. Hoitotyön johtajuudella on sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia hoitohenkilöstön työuupumuksen kannalta. Palkitseva muutosjohtajuus ja työntekijöiden aktiivinen valvominen toimivat työuupumukselta suojaavina tekijöinä ja passiivinen välttäminen työuupumukselle altistavana tekijänä. Tulokset viittaavat kuitenkin siihen, että johtajuuden ja työuupumuksen yhteys on kompleksinen, ja tähän vaikuttavat johtajuuden tilannetekijät ja työuupumuksen moniselitteinen luonne. Hoitohenkilöstön ikä, työllisyystilanne, työaikamuoto ja työtehtävän luonne vaikuttivat johtajuuden ja työuupumuksen yhteyteen, joka oli suhteellisen pysyvä vuoden intervallilla mitattuna. Myös johtajuus ja työuupumus osoittautuivat stabiileiksi ilmiöiksi.</p>
<p>Syvänen S, 2003.</p> <p>Työn paineet ja puuttumattomuuden kustannukset.</p> <p>Kunnallistieteellinen väitöskirja</p> <p>Tampereen yliopisto.</p>	<p>Toimintatutkimus, hermeneuttinen fenomenologia. Pääosin laadullinen tutkimusaineisto kerättiin haastattelulla, kirjeitse, erilaisissa kehittämistilaisuuksissa sekä havainnoimalla neljästä toimintayksiköstä.</p>	<p>Ryhmän aiheuttamat paineet ja sanktiot alensivat työtehoa. Rutiinit, standardit ja talon tavat alensivat työn tuottavuutta. Työkulttuurista oli tullut tehtävä- ja työntekijäkeskeistä. Organisaatorista tehottomuutta aiheutti erityisesti poliittisen ja virkamiesjohdon ylläpitämä johtamisjärjestelmä, johon sisältyi erilaisia päätöksenteko- ja valtajärjestelmiä. Esimiestyö painottui autoritaariseen ”pomotukseen” ja lepsuilevaan ”ei-johtamiseen”. Demokraattista, yhteistoiminnallista ja osallistavaa johtamista oli vain vähän. Riittämättömät resurssit, töiden ja asiakkaiden määrän kasvu sekä työn muuttuminen vaikeammaksi aiheuttivat kaikille työntekijäryhmille ja esimiehille lisääntyneitä ja uudenlaisia työn paineita. Heillä ei ollut riittävää osaamista vastata työn muuttuneisiin ja lisääntyneisiin vaatimuksiin, eikä työnantaja ollut järjestänyt koulutusta. Kaikille tutkimuskohteille oli ominaista puuttumattomuus. Ei haluttu, uskallettu tai osattu puuttua ristiriitoihin tai kiusaamiseen sen enempää kuin työnteossa ilmeneviin puutteisiin tai suoranaisiin töiden laiminlyönteihin.</p>

<p>Lähdesmäki K, 2003.</p> <p>New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen. Tutkimus tehokkuusperiaatteista, julkisesta yrittäjyydestä ja tulosvastuusta sekä niiden määrittelemistä valtion keskushallinnon reformeista Suomessa 1980-luvun lopulta 2000-luvun alkuun. Hallintotieteellinen väitöskirja. Vaasan yliopisto.</p>	<p>Laadullinen; kirjallisen aineiston hermeneuttinen tulkintaa, huippuvirkamiesten ja johtavien poliitikkojen teemahaastatteluja sekä täydentävä sähköpostikysely</p>	<p>NPM-reformien myötä tehokkuusperiaatteet ovat tulleet jäädäkseen julkiselle sektorille. Kansalaiset odottavat, että verovaroin rahoitettu julkinen hallinto toimii taloudellisesti ja tehokkaasti ja tuottaa laadukkaita palveluja. Asiakkaiden palveluun on virastoissa panostettu. Palvelulähtöisyys on virkamiehen velvollisuus. Tulokulttuurissa toimiminen on muuttanut käsitystä ideaalivirkamiehestä. Moderni byrokraatti on innovatiivinen, muutoksiin sopeutuva tuloskeskeinen osaaja, julkinen yrittäjä. Varman päälle pelaaminen ei enää virkamiehelle sovi. Julkisen sektorin henkilöstön vaihtuvuus mm. eläköitymisen kautta kasvaa voimakkaasti lähitulevaisuudessa. Hyvistä ja osaavista työntekijöistä tullaan käymään kilpailua. Uuden johtajapotentiaalin valmentaminen on haaste virkamieskoulutukselle. Tulosvastuun lisäämistä hallinnossa on pidetty tärkeänä uudistustavoitteena. Tulosoheutus ja -johtaminen ovat kiinnittäneet huomiota toiminnan tuloksiin ja lisänneet selvästi tavoite- ja kustannustietoisuutta.</p>
<p>Kurtti-Sonninen E, 2003.</p> <p>Sosiaali- ja terveysalan professiot, kollegiaalisuus ja ammatillinen yhteistyö Terveystieteellinen lisensiaattityö. Kuopion yliopisto.</p>	<p>Fenomenologis-hermeneuttinen, laadullinen tutkimusote ja abduktiivinen päättely. Aineiston analysointi sisällön analyysillä.</p>	<p>Kollegiaalisuuden käsitteen ja siihen liittyvien ilmiöiden selkiyttäminen. Profession ominaisuuksien määrittelyssä kollegiaalisuus on yksi asiantuntija-ammattin tunnusmerkki. Tutkimuksessa ilmeni kollegiaalisuuteen liittyvinä tekijöinä, että myönteisessä merkityksessä kollegiaalisuus on ammattiryhmän voimavara ja toisaalta negatiivisessa merkityksessä se on kollegan tekemien virheiden hyväksymistä tai peittelemistä. Kollegiaalisuus on osa yksilön ammatillisuutta, joka kehittyy koulutuksessa ja työelämän aikana.</p>
<p>Suonsivu K, 2003.</p> <p>Kun mikään ei riitä. Hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemukset ja niiden yhteydet työyhteisötekijöihin.</p>	<p>Empiirinen aineisto koottiin vuosina 1996-1997 ja osin 2002 kyselylomakkeiden ja haastattelujen avulla. Lisäksi käytettiin tutkimusmateriaaleina Pirkanmaan sairaanhoitopiirin vuosikertomuksia ajalta 1996-2001 ja henkilöstökertomuksia ajalta 1998-2001. Tutkimuksessa painottuu ymmärtävä, fenomenologinen lähestymistapa.</p>	<p>Tulosten mukaan masentuneeksi itsensä tuntevia hoitotyöntekijöitä oli 21,6 % ja uupuneeksi koki itsensä 54,1 % vastaajista. Koetun masennuksen syyt olivat pääasiassa työelämään liittyviä (69,2%): työyhteisöllisiä, työstä johtuvia tai organisatorisia. Hallitsematon muutos oli selkeästi yhteydessä hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemuksiin. Organisaatioissa muutosten valmistelut todettiin puutteellisiksi ja niiden perustelut hatariksi. Muutosvalmennusta ei ollut. Muutoksissa kyseenalaistettiin ammatillisuus/kyvykyys. Johtamistoimilla, kuten suunnittelulla, päätöksenteolla, toiminnan organisoinnilla ja arvioinnilla koettiin olevan sekä välittömiä että välillisiä vaikutuksia masennukseen. Terveystieteidenhuollon organisaatiot todettiin osin reaktiivisiksi ja jähmeiksi. Jotkut työyhteisöistä olivat kriisiytyneitä. Riittämättömyyden tunteet kohdistuivat muun muassa ylisuuriin työmääriin, ajankäyttöön, tehtävien ja opittavan paljouteen, potilaiden runsaasiin ongelmiin, koulutuksen, omien voimavarojen ja työkykyisyyden riittämättömyyteen.</p>

<p>Sinkkonen S ja Taskinen H, 2002.</p> <p>Johtamisosaamisen vaatimukset ja taso perusterveydenhuollon hoitotyön johtajilla Terveys- ja taloushallinnollinen, osatutkimus. Kuopion yliopisto.</p>	<p>Postitse lähetetty strukturoitu kysely perusterveydenhuollon hoitotyön johtajille n = 268, vastausaktiivisuus 75 %</p>	<p>Tutkimus osoitti johtamisosaamisessa tarvittavan kehittämistä, erityisesti osastonhoitajat osoittivat lisätietojen tarpeen olevan ylihoitajia suurempi. Osaamisaukot olivat suurimpia hoitotyön standardien määrittämisessä ja laatutoiminnoissa, palvelujen ja henkilöstövoimavarojen suunnittelussa, terveystalouden muotouttamisessa ja tietohallinnossa, tutkimustiedon hyödyntämisessä ja hankkimisessa. Tuloksen mukaan kiinnostus terveys-politiikkaan oli vähäistä. Ihmisten johtaminen arvioitiin asioiden johtamista tärkeämmiksi. Tärkeimmät osaamisalueet olivat näyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen johtamisen osaamisalue, motivointi, väestön terveystarpeiden tunnistaminen, ristiriitojen käsittely tiedon merkitys ja moniammatillinen yhteistyö.</p>
<p>Narinen A, 2000.</p> <p>Terveydenhuollon osastonhoitajan työn sisältö tällä hetkellä ja tulevaisuudessa. Yliopistollinen väitöskirja. Helsingin yliopisto.</p>	<p>I-vaihe: Delfi-tutkimus 17 osastonhoitajaa 17 eri sairaanhoitopiiristä II-vaihe: Strukturoitu kyselytutkimus osastonhoitajille ja ylihoitajille N=1812, vastausaktiivisuus 55%</p>	<p>Osastonhoitajat tekevät lähes 50% työajastaan kliinistä työtä. Lisäkoulutuksella on positiivinen merkitys työn teolle. Työnjohto on osastonhoitajan tärkein tehtävä myös tulevaisuudessa. Osastonhoitaja tarvitsee tulevaisuudessakin kliinistä osaamista. Ylihoitajien ja osastonhoitajien näkemykset osastonhoitajien tehtävistä erosivat toisistaan. Erillistä osastonhoitajakoulutusta ei tarvita.</p>

KANSAINVÄLISIÄ TUTKIMUKSIA HOITOTYÖN JOHTAMISESTA

Tutkimuksen tekijä(t), julkaisuvuosi, tutkimuksen tiedot	Asetelma, menetelmä, aineisto	Keskeiset tulokset
<p>Funk C. 2004.</p> <p>Outstanding Female Superintendents: Profiles in Leadership.</p> <p>Naisjohtajuuden esiin nostaminen: Johtajuuden profiilit.</p> <p>Kasvatustiede. (USA)</p>	<p>Sisällönanalyysi</p>	<p>Tutkimuksessa profiloituu naisjohtajuuden vahvuudeksi kuusi ulottuvuutta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) visiointitaidot 2) eettinen ja ammatillinen käyttäytyminen 3) luovuus ja itsearviointitaidot 4) vuorovaikutustaidot 5) motivaatio ja 6) sitoutuneisuus
<p>Saleh S , Williams D & Balougan M, 2004.</p> <p>Evaluating the effectiveness of public Health leadership. Arviointi julkisen terveydenhuollon johtamisen tehokkuudesta.</p> <p>Hoitotyön johtaminen (USA)</p>	<p>Survey-tutkimus, jossa 114 johtamis-koulutukseen osallistuneet terveydenhuollon johtajat arvioivat osaamistaan ennen ja jälkeen johtamis-koulutuksen viisiportaisella Likert –asteikolla.</p> <p>Jälkikysely lähetettiin postitse, s-postilla tai kysyttiin puhelimitse.</p>	<p>Perusterveydenhuollon johtamiskoulutuksen avulla saadaan tehokkaasti lisättyä taitoja kaikilla 15 johtamisosaamisen alueilla. Johtamisosaamisen alueita ovat muun muassa muutoksista selviytyminen ja niiden johtaminen julkisessa terveydenhuollossa, tiedon ja taidon soveltaminen tarvittaviin tehtäviin, kulttuurien ja etnisten taustojen merkityksen ymmärtäminen, toimintaresurssien tarpeiden perustelemine yhteisössä terveyspalvelujen tuottamiseksi, terveydenhuollon toimeenpanosta selkeä ja tehokas keskustelu ja tiedottaminen, ymmärtää hallinnon, sosiaalisten ja poliittisten päätösten mekanismien vaikutukset terveydenhuoltoon, rakentaa vahva vuorovaikutus ympäröivän yhteiskunnan kanssa, median käyttö tiedotuksessa ja terveyskasvatuksen vahvistamisessa.</p>
<p>O'Connor M & Walker JK. 2003.</p> <p>The dynamics of curriculum Design, Evaluation, and Revision. Quality Improvement in Leadership Development.</p> <p>Hoitotyön johtaminen (USA)</p>	<p>Sisällönanalyysi</p>	<p>Terveydenhuollon johtamisosaamista tarvitaan nykyisissä kompleksisissa toimintaympäristöissä. Substanssiosaamisen merkitys vähenee.</p>

<p>Scoble KB & Russell G. 2003.</p> <p>Vision 2020, Part 1. Profile of the Future Nurse leader. Visio 2020, osa 1. Tulevaisuuden hoitotyön johtajan profiilista. Hoitotyön johtaminen. (USA)</p>	<p>Survey-tutkimus</p>	<p>Terveydenhuollossa tarvitaan kaikilla tasoilla osaavia johtajia jo lähitulevaisuudessa. Ihmisten johtaminen on tehokaan asijaohjauksen edellytys. Lisäksi tarvitaan osaamista talousasioissa.</p>
<p>Filerman GL. 2003.</p> <p>Closing the management competence gap. Terveydenhuollon hallinto. (USA)</p>	<p>Kommentoiva artikkeli</p>	<p>Terveydenhuollon johtamisosaamisesta on puutetta ja se on syynä terveydenhuollon organisaatioiden tehottomuudelle. Opetus tulisi tapahtua työn yhteydessä.</p>
<p>Lorensen M, Sinkkonen S, Lichtenberg A, Jensdottir AB, Hamran G, Johansson B & Engfeldt L. 2001.</p> <p>Knowledge and skill requirements for nurse leaders in the primary health care services in the Nordic countries. Perusterveydenhuollon hoitotyön johtajilta vaadittavat tiedot ja taidot pohjoismaissa. Hoitotieteellinen näkökulma (Tanska, Suomi, Islanti, Norja ja Ruotsi)</p>	<p>Postikysely perusterveydenhuollon osastonhoitajille ja ylihoitajille (Tanska, Suomi, Islanti, Norja ja Ruotsi) n = 1261 vastausaktiivisuus oli 55 %</p>	<p>Hoitotyön johtamisosaamista arvioitiin 12 pääosaamisalueella. Vastaajat arvioivat osaamisalueiden tärkeyden korkeammalle kaikilla osaamisalueilla kuin tietojen ja taitojen hallinnan. Tärkeimmiksi osaamisalueiksi arvioitiin terveydenhuoltojärjestelmän tuntemus ja hoitotyön osuus siinä, hoitotyön allokointia ja valvonta, henkilöstöhallinto ja koordinaatio. Vähiten tärkeiksi hoitotyön johtajat kokivat tutkimuksen tukemisen ja it-tekniikan hyödyntämisen potilastietojärjestelmissä.</p>
<p>Lindholm M, Udén G & Råstam L. 1999.</p> <p>Management from four different perspectives. Johtajuus neljästä eri näkökulmasta. Hoitotiede, (Ruotsi)</p>	<p>Syvähaastattelu erikoissairaanhoidon 15 ylihoitajalle, 11 ylläkäärille, kolmelle sairaalan johtajalle ja kolmelle poliitikolle. Menetelmänä käytettiin fenomenologista hermeneutiikkaa.</p>	<p>Kaikkien ammattiryhmien näkemys hoitotyön johtamisesta liittyi heidän ammatillisen ryhmänsä intresseihin ja valtaan: toimivaltaan, vallassaoloon ja toiminnan vapauteen. Hoitotyön johtajan kyvykkyys oli kaikkien ryhmien mukaan riippuvainen hänen tietotaidoistaan. Vallasta puhuminen koettiin hankalaksi puheenaiheeksi.</p>

<p>Edwards P & Roemer L. 1996.</p> <p>Are Nurse Managers Ready for the Current Challenges of Healthcare? Ovatko hoitotyön johtajat valmiina terveydenhuollon tuleviin haasteisiin? Terveydenhuollon hallinto, (USA)</p>	<p>Strukturoitu kysely akuutin hoidon hoitotyön keskijohdolle n = 632, vastausaktiivisuus 31 %</p>	<p>Johtajat kokivat välittömästi työyksikkönsä toimintaan kuuluvat taidot ja roolit tärkeämpinä kuin koko organisaation tai ympäristöön liittyvät. He kokivat olevansa henkilöstöjohtajia, ongelmatilanteiden hoitajia, yrittäjiä ja neuvottelijoita. Eniten he kokivat tarvitsevansa kommunikointitaitoja, toiminnallisen suunnittelun taitoja, rahoitus ja vuorovaikutustaitoja</p>
<p>Henry B, Hamran G & Lorensen M. 1995.</p> <p>Nursing management in the Nordic countries: A Health System Perspective, 1995. Hoitotyön johtaminen Pohjoismaissa. Hoitotieteellinen näkökulma (Tanska, Suomi, Islanti, Norja ja Ruotsi)</p>	<p>Kysely perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ylihoitajille n = 340, vastausaktiivisuus 47 %</p>	<p>Tärkeimmäksi osaamisalueeksi koettiin terveydenhuoltojärjestelmien kokonaisuuksien ymmärtäminen sekä osaaminen pitkän aikavälin strategisessa suunnittelussa. Tärkeää oli myös kyky motivoida henkilöstöä, laadunvarmistusohjelmien hallinta ja delegointitaidot.</p>

