


KATI KANTANEN

Kuntasektorilla toimivien hoitotyön
johtajien johtamisosaaminen
ja sen muutos





KATI KANTANEN

Kuntasektorilla toimivien hoitotyön
johtajien johtamisosaaminen
ja sen muutos



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Esitetään Tampereen yliopiston
terveystieteiden yksikön johtokunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston Arvo-rakennuksen
Jarmo Visakorpi -salissa, Lääkärintie 1, Tampere,
10. päivänä helmikuuta 2017 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

KATI KANTANEN

Kuntasektorilla toimivien hoitotyön
johtajien johtamisosaaminen
ja sen muutos

Acta Universitatis Tamperensis 2254
Tampere University Press
Tampere 2017

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

*Ohjaajat*Professori Tarja Suominen
Tampereen yliopisto
Professori Marja Kaunonen
Tampereen yliopisto*Esitarkastajat*Professori Johanna Lammintakanen
Itä-Suomen yliopisto
Professori Riitta Suhonen
Turun yliopisto

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla Tampereen yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti.

Copyright ©2017 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu
Mikko Reinikka

Acta Universitatis Tamperensis 2254
ISBN 978-952-03-0340-2 (nid.)
ISSN-L 1455-1616
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1755
ISBN 978-952-03-0341-9 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://tampub.uta.fi>

Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2017



Hetalle

Kiitokset

“The best parts of life are the things we can't plan. And it's a lot harder to find happiness if you're only searching in one place. Sometimes, you just have to throw away the map. Admit that you don't know where you're going and stop pressuring yourself to figure it out. Besides...a map is a life someone else already lived. It's more fun to make your own.” - Cora Carmack

Syvimät kiitokset haluan osoittaa ohjaajalleni professori Tarja Suomiselle. Hänen asiantuntevan, määrätietoisen ja peräänantamattoman ohjauksen turvin pitkän tutkimusprosessin aikana uskalsin heittää pois valmiin kartan ja tehdä todellisen löytöretken etsimällä uusia maisemia uusin silmin. Toista ohjaajaani professori Marja Kautosta kiitän lämpimästi kannustamisesta, tuesta ja taitavasta ohjaamisesta, mikä myötävaikuttanut uskomaan itseäni tutkimuksen eri vaiheissa ja rohkaisi jatkamaan matkaa perille asti.

Kiitän väitöskirjatyöni seurantaryhmäläisiä professori Päivi Åstedt-Kurkea ja Itä-Suomen yliopiston lehtoria Pirjo Partasta, jotka edistivät oppimistani tutkimusprosessin aikana. Tutkimukseni esitarkastajia professori Johanna Lammintakasta ja professori Riitta Suhosta haluan kunnioittavasti kiittää arvokkaista ja rakentavista palautteista sekä korjausehdotuksista, joiden avulla sain mahdollisuuden syventää ja viimeistellä väitöskirjaani. Biostatistikko Mika Helmistä kiitän nöyrimmin tilastotieteellisestä tuesta, avusta ja ohjauksesta. Englannin kielentarkastuksesta kiitän Paula Niemistä ja Nicholas Rowea. Osoitan kiitokseni myös Terveystieteiden keskuskirjaston (Terkon) ja Kuopion yliopiston (nykyisin Itä-Suomen yliopiston) informaatioille, jotka tutustuttivat minut tiedonhaun saloihin. Lisäksi haluan kiittää kaikkia muitakin tutkimusmatkalla mukana olleita henkilöitä. Iso kiitos kuuluu myös tutkimuksen mahdollistaneille organisaatioille, yhdyshenkilöille ja kaikille tutkimukseeni osallistuneille hoitotyön johtajille.

Tutkimusrahoituksesta kiitän Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä, Sairaanhoitajaliittoa ja Siilinjärven kuntaa.

Kiitän kaikkia ystäviäni, sukulaisiani ja appivanhempiani saamastani tuesta ja mielenkiinnosta tutkimustani kohtaan. Jokainen teistä on omalla tavallaan osoittanut välittämistä ja pitänyt huolta yhteydenpidosta sekä mahdollistanut rentouttavan tutkimuksen ulkopuolisen elämän. Haluan osoittaa lämpimät kiitokseni Minna Joensuulle,

Marja Kavilolle, Pia Rantamäelle, Tarja Malmille, Ari Puustiselle ja Mira Envaldsille; keskustelut teidän kanssanne ovat olleet helmihetkiä ja parasta terapiaa. Erityiskiitos kummilapsilleni Niko Puustiselle, Arttu Honkaselle, Mauri Tirroselle, Ville Envaldsille ja Helmi Korhoselle; te olette todellisia valopilkkuja kummitädin arjessa ja jokaisella teistä on aivan erityinen paikka sydämessäni.

Sydämelliset kiitokset osoitan vanhemmilleni Marja-Liisalle ja Tenholle kannustamisesta, rohkaisemisesta, tukemisesta ja auttamisesta elämässä eteenpäin. Olen aina voinut luottaa siihen, että olette elämässäni läsnä, rakastatte ehdoitta ja haluatte lapsillenne parasta. Rakkaalle Marko-veljelleni ja hänen aviopuolisolleen Pamelalle haluan osoittaa kiitokset rinnalla kulkemisesta, tukemisesta ja kannustamisesta.

Viimeisimpänä haluan osoittaa syvimät kiitokseni rakkaimmilleni, miehelleni Laurille ja pienelle tyttärellemme Hetalle. Kiitän Lauri sinua kaikista niistä asioista, joita olet tehnyt puolestani ja kanssani väitöskirjaprosessin aikana. Tämän tutkimuksen tekeminen ei olisi ollut mahdollista ilman sinun ymmärrystä, tukea, joustavuutta, välittämistä ja rakkautta. Omistan tämän väitöskirjan sinulle rakas Heta. Sinun ja minun, äidin ja tyttären, välillä olevaa henkistä sidettä ei voi koskettaa eikä nähdä, mutta se on vahva ja se sitoo kaksi sydäntä yhteen ikuisiksi ajoiksi. Muistutat minua jokaisena päivänä pienistä saavutuksista ja ilonaiheista; omia unelmia kannattaa tavoitella. Haluan kiittää sinua olemassaolostasi – olet minulle rakas!

Siilinjärvellä 15.12.2016

Kati Kantanen

Tiivistelmä

Kati Kantanen: Kuntasektorilla toimivien hoitotyön johtajien johtamisosaaminen ja sen muutos

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kuntasektorilla, sosiaali- ja terveydenhuollon perustasolla ja erikoissairaanhoidossa, toimivien hoitotyön johtajien johtamisosaamista ja sen muutosta sekä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä johtamisosaamisen muutokseen ajassa.

Tutkimus toteutettiin kolmessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa kuvattiin hoitotyön johtajien johtamisosaamista kirjallisuuskatsauksen 13 artikkelin avulla. Kirjallisuuskatsaukseen pohjautuen tutkimuksen toisessa vaiheessa kehitettiin hoitotyön johtajan johtamisosaamista mittaava mittari (Hoitotyön johtajien johtamisosaamisen – mittari[©]). Mittari oli kaksiosainen; ensimmäinen osa mittasi johtamisosaamisen yleistä osaamista (114 väittämää) ja toinen osa johtamisosaamisen erityisosaamista (80 väittämää). Lisäksi tutkimuksessa käytetyssä kyselylomakkeessa oli demograafisiin, koulutukseen ja työhön liittyviä taustatietokysymyksiä. Tutkimuksen kolmannessa vaiheessa kuvattiin johtamisosaamisen kehittymistä ajassa keräämällä tutkimusaineisto kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivilta hoitotyön johtajilta toistamalla kysely vuoden välein kolme kertaa peräkkäin. Tämän vaiheen tarkoituksena oli johtamisosaamisen muutoksen kuvaamisen lisäksi selittää tekijöitä, jotka ovat yhteydessä siihen. Tiedonantajina olivat ensimmäisessä kyselyssä 91 kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation hoitotyön johtajat (n=1025), jotka toimivat organisaatiossa lähijohtajan, kuten osastonhoitajan, tai keski- ja ylemmän johtajan, kuten ylihoitajan, tehtävissä. Heistä toiseen kyselyyn vastasi 249 ja kolmanteen 107 hoitotyön johtajaa.

Tutkimuksen aineiston analyysimenetelmänä olivat kirjallisuuskatsauksen osalta induktiivinen sisällön analyysi ja empiirisen vaiheen osalta tilastolliset menetelmät SPSS 21-ohjelmistolla.

Kirjallisuuskatsaus ja mittarin kehittämisvaiheen perusteella hoitotyön johtajien johtamisosaaminen jakaantuu yleiseen osaamiseen ja erityisosaamiseen. Yleinen

osaaminen on johtamisen ammatillista osaamista ja erityisosaaminen on hoitotyön kontekstiin sidoksissa olevaa johtamisen osaamista.

Hoitotyön johtajien johtamisosaaminen on melko hyvää. Heidän yleinen osaaminen on vahvempaa kuin erityisosaaminen. Hoitotyön keski- ja ylempien johtajien johtamisosaaminen on parempaa kuin hoitotyön lähijohtajien. Hoitotyön johtajien johtamisosaaminen kokonaisuutena kehittyi myönteisesti lähtötaso- ja seurantakyseilyiden välillä. Hoitotyön lähijohtajien arvioinnit johtamisosaamisestaan parantuivat, kun taas hoitotyön keski- ja ylempien johtajien huonontuivat.

Hoitotyön johtajan sukupuoli, siviilisäädellä, äidinkielellä, koulutuksella, työkokemuksella, palvelusuhteen luonteella, työpaikalla, organisaation henkilöstömäärällä, työ-/virkasuhteen luonteella, työaikamuodolla ja asiakas-/potilastyöllä oli yhteys johtamisosaamisen muutokseen.

Tutkimus ajantasaisti tietoa hoitotyön johtajien johtamisosaamisesta ja tuotti näyttöä hoitotyön johtajien johtamisosaamisesta sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen kontekstissa. Tuotettua tietoa voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa sekä kuntien julkisten sosiaali- ja terveystalveluiden johtamisessa. Lisäksi tietoa voidaan käyttää hoitotyön johtajien johtamisosaamisen syventämisessä ja uudistamisessa. Hoitotyön johtajien johtamisosaamisen ja sen muutoksen tuloksia voidaan soveltaa myös johtamiskoulutuksessa ja tutkimuksessa.

Avainsanat: hoitotyön johtaja, lähijohtaja, keski- ja ylempi johtaja, hoitotyön johtaminen, johtamisosaaminen, kehittyminen

Abstract

Kati Kantanen: Municipal sector nursing managers' management and leadership competence and the changes in it.

The purpose of this study was to describe the municipal sector, social and health care at the basic level and in specialized medical care, nursing managers in the context of their leadership and management competence and development, as well as explaining the factors associated with the development of leadership and management competence over time.

The study was conducted in three phases. The first stage described the leadership and management competence of nursing managers in a literature review of 13 articles. Based on the literature, the second phase of the study investigated nurse managers' leadership and management competence by way of a developed instrument (Nurse Managers Leadership and Management Competencies scale). The instrument comprised two components: the first part measured leadership and management general competence (114 items), and the second part measured leadership and management specific competence (80 items). In addition, the questionnaire used in the study included demographic, training and employment-related background questions. The third phase of the study describes the development of leadership and management competence of nursing leaders operating in the municipal sector. The research data was collected over a three year period with nurse leaders repeating the survey during each year. The purpose of this phase of the research was to describe the development of management and management competence, and additionally to determine the factors that influence it. Respondents for first survey were municipal social welfare and health care organization nursing managers (n = 1025) who had worked as line managers, head nurses, middle or senior managers, and as Directors of Nursing. Subsequently, the second questionnaire was answered by 249 nursing managers, and third by 107 nursing managers.

The literature review was analyzed by means of inductive content analysis, and the empirical phase was analyzed using a range of recognized statistical methods.

The instrument used in the research was developed based on the leadership and management competencies of nursing managers, and is divided into areas of general

competence and special competence. In this context, general competence is reflective of the professional skills of leadership and management, and special competence is linked to nursing leadership and management competence.

The leadership and management competencies of nurse managers were quite good, with their general competence seen as stronger than their special competence. The leadership and management competencies of Directors of Nursing were seen as better than those of head nurses. Nurse Managers management and leadership competencies developed as a whole, and showed a positive trend between the initial and follow-up surveys. Head nurses assessments of their leadership and management competencies improved, although those of the Directors of Nursing deteriorated. A range of the nurse managers demographic, training and Nurse managers sex, marital status, mother tongue, education, work experience, employment-related variables had a connection with changes in their leadership and management competence.

Overall, the research added to the body of information concerning the leadership and management competencies of nursing managers, and produced new evidence of the leadership and management competencies of nursing managers in context of social and health care management. The resulting information can be used in social and health care reform, and also in municipal public social welfare and health services management. In addition, the information can be used for the further development of nursing manager leadership and management competencies, and to undertake reform in this context. The results of this research in nursing managers in leadership and management competencies can also be applied to wider contexts of management education and research.

Keywords: nurse managers, head nurses, directors of nursing, nursing leadership and management, leadership and management competence, development of competence

Sisällys

Kiitokset.....	5
Tiivistelmä.....	7
Abstract.....	9
1 Johdanto.....	15
2 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat.....	19
2.1 Hoitotyön johtajan johtamisosaaminen.....	20
2.2 Hoitotyön johtajan johtamisosaamisen osaamisalueet.....	23
2.3 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista.....	27
3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	30
4 Tutkimuksen empiirinen toteutus.....	31
4.1 Tutkimusasetelma ja tutkimuksen kulku.....	31
4.2 Tutkimusaineistot, tutkimukseen osallistujat ja aineistojen keruu.....	33
4.2.1 Vaihe 1, kirjallisuuskatsaus.....	33
4.2.2 Vaihe 2, mittarin kehittäminen.....	33
4.2.3 Vaihe 3, pitkittäismittaus.....	38
4.3 Aineistojen analysointi.....	39

5	Tutkimuksen tulokset.....	42
5.1	Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot.....	42
5.2	Hoitotyön johtajien johtamisosaaminen	48
5.3	Hoitotyön johtajien itsearvioitu johtamisosaaminen.....	50
5.4	Hoitotyön johtajien itsearvioidun johtamisosaamisen muutos.....	51
5.5	Hoitotyön johtajien itsearvioidun johtamisosaamisen muutokseen yhteydessä olevat tekijät.....	55
6	Pohdinta	65
6.1	Tutkimuksen luotettavuus	65
6.2	Tutkimuksen eettisyys.....	72
6.3	Tutkimuksen tulosten tarkastelu	75
6.4	Tulosten hyödyntäminen.....	82
6.5	Jatkotutkimusaiheet.....	83
7	Johtopäätökset.....	85
	Lähteet.....	87
	Liite	103
	Alkuperäisjulkaisut	119

Taulukot

Taulukko 1. Tutkimuksen kulku vaiheittain

Taulukko 2. Kuvaus tutkimuksessa kehitetystä ja empiirisessä osassa käytetystä Hoitotyön johtajien johtamisosamisen – mittarista[©]

Taulukko 3. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Taulukko 4. Hoitotyön lähijohtajien sekä keski- ja ylempien johtajien johtamisosaminen ja sen muutos

Taulukko 5. Katoanalyysin tilastolliset testit

Kuviot

Kuvio 1. Johtamisen, johtajuuden ja osaamisen käsitteiden jäsentyminen johtamisosamisen yleiseksi ja erityisosaamiseksi

Kuvio 2. Tutkimusasetelma vaiheessa 3

Kuvio 3. Hoitotyön johtajien johtamisosaminen

Kuvio 4. Hoitotyön johtajien johtamisosamisen muutokseen yhteydessä olevat tekijät

Kuvio 5. Lähijohtajien johtamisosamisen muutokseen yhteydessä olevat tekijät

Kuvio 6. Keski- ja ylempien johtajien johtamisosamisen muutokseen yhteydessä olevat tekijät

Alkuperäisartikkelit

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu alla esitettyihin alkuperäisartikkeleihin. Niihin viitataan tekstissä roomalaisilla numeroilla.

- I. Kantanen K, Suominen T, Salin S & Åstedt-Kurki P. 2011. Kirjallisuuskatsaus hoitotyön johtajien johtamisosaamisesta. *Hoitotiede* 23 (39), 185-196.
- II. Kantanen K, Kaunonen M, Helminen M & Suominen T. 2015. The development and pilot of an instrument for measuring nurse managers' leadership and management competencies. *Journal of Research in Nursing* 20 (8), 667-677. doi: 10.1177/1744987115605870
- III. Kantanen K, Kaunonen M, Helminen M & Suominen T. Leadership and management competencies of head nurses and directors of nursing in social and health care. Submitted.
- IV. Kantanen K, Kaunonen M, Helminen M & Suominen T. Kunta-alan hoitotyön johtajien johtamisosaamisen muutos. *Tutkiva Hoitotyö*. Hyväksytty julkaistavaksi.

Artikkelien käyttöön väitöskirjan osana on saatu kustantajien lupa. Yhteenveto-osassa esitetään myös artikkeleissa julkaisemattomia tuloksia.

1 Johdanto

Suunnitteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (sote-uudistus) tuo muutoksia lainsäädäntöön ja rahoitukseen sekä palvelurakenteisiin, toimintaprosesseihin ja palveluiden tuottamistapaan (STM 2015, STM 2016). Samanaikaisesti uudistuvien rakenteiden kanssa väestön vanheneminen, monikulttuuristuminen ja asiakastarpeiden kehittyminen vaikuttavat olennaisesti johtamiseen, johtamisen kontekstiin ja johtamisosaamisen vaatimuksiin. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon osaavalle johtamiselle asettavat haasteita käytettävissä olevan resurssin vähentyminen, hoitotyön henkilöstörakenteissa tehdyt muutokset ja suurten ikäluokkien eläköityminen (Carney 2009, Cathcart ym. 2010, Farag ym. 2009, Fennimore & Wolf 2011, Groves 2011, Huston 2008, Niiranen ym. 2013, Tomey 2009, Weberg 2010). Nämä sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuvat uudistukset ja muutokset edellyttävät alan johtamisen erityispiirteiden ja -vaatimusten tunnistamista sekä osaamisen vahvistamista. Ne myös lisäävät tarvetta tutkimusnäytön tuottamiselle. Tämän vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen tutkimustieto on ajankohtaista ja tärkeää (Buffington ym. 2012).

Valtakunnallisten linjausten mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa on oltava moniammatillista asiantuntemusta laadukkaan ja turvallisen hoidon, eri ammattiryhmien yhteistyön sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämisen tukemiseksi (STM 2015, STM 2016). Tällöin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden kokonaisjohtamisessa on oltava myös hoitotyön sisällön tuntevia hoitotyön johtajia. Heidän tehtävänä on luoda edellytykset potilas- ja asiakaskeskeiselle, vaikuttavalle, laadukkaalle ja kustannustehokkaalle hoitotyölle. Lisäksi hoitotyön johtajien tulee varmistaa riittävät hoitotyön voimavarat, vastata hoitotyön kehittämisestä ja tutkimusedellytyksistä sekä johtaa hoitotyön toimintaa, taloutta ja henkilöstöä. (STM 2012, TAJA 2014.) Tämän seurauksena hoitotyön johtajien ammattitaito ja johtamisosaaminen korostuvat, sillä hoitotyön johtamisella on osoitettu olevan vaikuttavuutta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin (mm. Armstrong ym. 2009, Boev 2012, Gunnarsdóttir ym. 2009, Kooker & Kamikawa 2011, Kvist ym. 2013, Vesterinen 2013).

Hoitotyön johtajia ovat johtamis- ja esimiestehtävissä toimivat terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka työskentelevät hoitotyön lähi-, keski- ja ylemmässä johdossa

(STM 2009). Hoitotyön lähijohtajien ammattinimikkeitä ovat muun muassa osastonhoitaja, osastonjohtaja ja apulaisosastonhoitaja. Vastaavasti keski- ja ylempät johtajat ovat hallintoylihoitajia, johtavia ylihoitajia, johtavia hoitajia, ylihoitajia ja hoitotyön johtajia. (Te-palvelut 2016, THL 2015.) Viimeisimmän julkistetun tilaston mukaan kuntien palveluksessa olevia hoitotyön johtajia on sosiaali- ja terveydenhuollossa 4976 henkilöä, joista 4660 on osastonhoitajia ja 316 ylihoitajia (THL 2015). Heistä 86,7 % työskentelee terveydenhuollossa, 10,8 % sosiaalipalveluissa sekä 2,5 % sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnossa. Hoitotyön johtajista 94,3 % on naisia ja heidän keski-ikänsä on 51,2 vuotta. Hoitotyön johtajien määrä on vähentynyt 3,6 % (n=180) henkilöstöhallinnollisten kevennysten myötä vuodesta 2013 vuoteen 2014. (THL 2015.) Hoitotyön johtajien määrällinen vähentyminen on nostanut keskeiseksi huolenaiheeksi kuntien palveluksessa olevien hoitotyön johtajien ja hoitotyön johtamisen vajeen.

Hoitotyön johtajien ja hoitotyön johtamisen tutkimus on noudattanut samansuuntaisia kehityslinjoja kuin muukin johtamisen tutkimus. Tutkimusta on runsaasti sekä kansallisesti että kansainvälisesti terveydenhuollon ja/tai hoitotyön johtajista ja johtamisesta. Kansallista näyttöä on muun muassa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osastonhoitajien ja ylihoitajien näkemyksistä osastonhoitajan työn sisällöstä ja sen muuttumisesta tulevaisuudessa (Narinen 2000) sekä hoitohenkilöstön ja hoitotyön esimiesten käsityksiä moniulotteisesta hoitotyön johtajuudesta terveydenhuollossa (Kanste 2005). Kiinnostuksen kohteena ovat olleet myös osastonhoitajan työ erikoissairaanhoidossa 1990-luvulla ja 2000-luvulla toimivallan, vastuullisuuden ja asiantuntijuuden näkökulmasta (Surakka 2006) sekä hoivan ja hoidon johtamisen sisältö ja johtamisperiaatteet lähijohtajien näkökulmasta (Aarva 2009). Lisäksi johtamisen ja esimiestyön etiikkaa on tarkasteltu julkisen terveydenhuollon hoitotyön johtajilta (Ikola-Norrbacka 2010) ja johtajuustyyliä eettisissä ongelmissa osastonhoitajilta (Zydzianaite 2015). Hoitotyön osastonhoitajien johtamistyyliä on myös kuvattu osana johtamiskulttuuria terveyskeskusten vuodeosastoilla (Vesterinen 2013). Vastaavasti viimeaikaista kansallista tutkimusta hoitotyön johtajista löytyy arvostavan johtamisen (Harmoinen 2014) ja hoitotyön johtamisen vallan (Viinikainen 2015) näkökulmista.

Sosiaali- ja terveysjohtajien johtamistyötä on tutkittu lähiesimiesten ja keskijohdon osalta (Viitanen ym. 2007), kun taas sosiaali- ja terveystoimen johtajan työn sisältöä ja kompetenssia kuntien sosiaalitoimen, terveystoimen ja yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen johtajilta (Heikka 2008). Tutkimuksia on myös sosiaali- ja terveystoimen esimiesten käsityksistä strategisen osaamisen johtamisesta (Huotari 2009),

strategiatyöhön osallistumisesta (Pietilä 2015) ja ammattijohtamisvalmiuksista (Kujala 2015). Vastaavasti terveydenhuollon organisaatioiden tiedon ja osaamisen johtamista on tutkittu erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja yksityisen terveydenhuollon johtajilta (Kivinen 2008) ja keskijohdon näkökulmasta on kuvattu myös kuntien muutosprosesseja ja muutosjohtajuutta (Nyholm 2008). Johtavien viranhaltijoiden näkökulmasta on lähestytty alueellisen terveysjärjestelmän johtamisen tietovirtoja ja niiden merkityksiä järjestelmän kehittymisen ja uudistumisen kannalta (Laihonen 2009).

Johtamista on tutkittu myös sosiaaliseen konstruktionismiin perustuvan diskursiivinen näkökulman kautta hoivayritysten johtamisen moniäänisyyden rakentumisesta vuorovaikutuksessa (Hujala 2008). Lisäksi johtamista on sivuttu joissakin julkiseen terveydenhuoltoon kohdistuvissa tutkimuksissa, kuten yksityissektorilta peräisin olevien johtamisoppien ja –käytäntöjen soveltamisessa ja soveltavuudessa julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa ja toiminnan organisoinnin uudistamisessa (Torppa 2007), terveydenhuollon muutospyrkimyksissä ja niiden seuraamuksissa (Kajamaa 2011) sekä modulaarisuuden soveltamisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa (Vähätalo 2016).

Kansainvälisesti hoitotyön johtamisen tutkimuksen viimeaikaisimpina kiinnostuksen kohteina ovat olleet strateginen suunnittelu, johtamiskäyttäytyminen ja –vuorovaikutus (Willmot 1998), henkilöstöjohtaminen (McCabe & Timmins 2006, O'Donnell ym. 2012) ja johtamisen kehittäminen (Jumaa 2008) sekä tieto, taito ja etiikka (Cathcart ym. 2010). Hoitotyön johtajan johtamisominaisuuksia on tarkasteltu henkilöstön näkökulmasta julkisissa sairaaloissa (Duffield ym. 2011) ja kuvattu johtajuuden tekijöitä ja roolia, jotka vaikuttavat hoitohenkilökunnan suoriutumiseen (Germain & Cummings 2010). Hoitotyön johtajien roolia on tarkasteltu osaamisen (Spicer ym. 2011, Pillay 2011) lisäksi perustuen henkilöstöjohtamiseen (Townsend 2015), roolin epäselvyyteen, liikkeenjohtamisen vajeeseen ja roolin ylikuormitukseen (McCallin & Frankson 2010). Lisäksi on tutkittu kliinisen hoitotyön johtamisen osaamista (Supamane ym. 2011), lähijohtajan osaamista (Clement & Bigby 2012) ja tulevaisuudessa tarvittavaa johtamisosaamista (Huston 2008). Kansainvälisesti tutkimusta on vielä muutoksen hallinnasta (MacPhee & Suryaprakash 2012) sekä muutokseen sitoutumisesta ja siihen liittyvästä viestinnästä (Portoghese ym. 2012). Tutkimuksellisesti on lähestytty myös hoitotyön johtajien johtajuutta, päätöksentekoa ja suhteita (Rogers 2012). Muun ohella on kuvattu hoitotyön johtajien ominaisuuksia ja muutosta työntekijöinä sekä ylemmän johtajien ja lähiesimiesten eroja (Westphal 2012). Viime vuosina kansainvälinen tutkimus on kohdentunut suunnittelun tehokkuuteen (Asamani ym. 2013), näyttöön perustuvaan johtamiseen (Spiri & MacPhee

2013), ammatillisen menestyksen elementteihin (Keys 2014) ja johtamisen taitoihin (Lau ym. 2014) sekä tulosohjaukseen (Trebbles ym. 2015). Johtamisosaamisen kokonaisuuden näkökulma on kuitenkin jäänyt vähäisemmälle tarkastelulle ja siihen liittyvää tutkimusta tarvitaan lisää tiedon päivittämiseksi.

Tässä hoitotieteen tutkimusalaan kuuluvassa väitöskirjatutkimuksessa tarkastellaan pitkittäismittauksella kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien hoitotyön johtajien johtamisosaamista ja sen muutosta hoitotyön johtajien arvioimana. Tarkoituksena on myös kuvata johtamisosaamisen muutokseen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kuntien hyvinvointipalveluiden poliittisen päätöksenteon ja hoitotyön johtamisen sisäisen kehittämisen lisäksi hoitotyön johtajien rekrytoinnissa, hoitotyön johtamisen uudistamisessa, hoitotyön johdon johtamiskoulutuksessa ja hoitotyön johtamisen tutkimuksessa.

2 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat

Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat pohjautuvat vuosien 2006 ja 2016 välisenä aikana toteutettuihin ja päivitettyihin kirjallisuushakuihin kansainvälisistä (Medline ja Cinahl) ja kansallisista (Linda ja Medic) tietokannoista. Valitut tietokannat ovat keskeisiä terveystieteiden tutkimuksissa käytettäviä tietokantoja, joissa olevat lehdet ovat laadullisesti korkeatasoisia ja artikkelit ovat käyneet tiukan vertaisarvioinnin. Tämän vuoksi kirjallisuushaku toteutettiin vain näistä tietokannoista. Kirjallisuushaut rajattiin tieteellisiin julkaisuihin, jotka olivat suomen- ja englanninkielisiä. Ensimmäisissä kirjallisuushaussa hyödynnettiin Terveystieteiden keskuskirjaston (Terkon) ja Kuopion yliopiston (nykyisin Itä-Suomen yliopiston) informaattikkojen apua tietokantojen käytössä ja rajauksien tekemisessä. Lisäksi kirjallisuutta etsittiin käsihakuna tietokantahakujen seurauksena löydettyjen tutkimusten lähdeluetteloista sekä Hoitotiede-, Tutkiva Hoitotyö- ja Hallinnon tutkimus-lehdistä.

Johtamisosaamista käsitteinä käsittelevät haut rajattiin vuosien 2000–2016 julkaistuihin tieteellisiin julkaisuihin. Johtamisosaamisen muutosta käsittelevät haut rajattiin myös vuosien 2000–2016 julkaistuihin tieteellisiin julkaisuihin. Aikarajaukseen on vaikuttanut oletus siitä, että uudempaan kirjallisuuteen on kumuloitunut myös vanhemman kirjallisuuden tieto, sekä eräiden hoitotieteen kansainvälisten lehtien nykyiset linjaukset lähteiden käytöstä jopa vain viimeisten viiden vuoden ajalta. Aikarajauksella varmistettiin ilmiön kannalta merkityksellisten lähteiden löytymisen lisäksi riittävän laaja perspektiivi sen tarkasteluun. Teoreettisessa lähtökohdissa kuvattu hoitotyön johtajan johtamisosaaminen ja sen kehittyminen pohjautuu hakujen tuloksena löydettyjen julkaisuiden otsikoiden, tiivistelmien ja koko tekstien arvioinnin perusteella valittuihin julkaisuihin.

Suomenkielisinä hakusanoina ja niiden erilaisina yhdistelminä käytettiin termejä: *hoitotyön johtaja, johtaja, osastonhoitaja, ylihoitaja, esimies, lähiesimies, keskeyjohtaja, ylempi johtaja, johtamisosaaminen, osaaminen, johtaminen, johtajuus, kehittyminen, kehitys, muutos*. Englanninkielisinä hakusanoina käytettiin: *nursing management, nurse manager, nursing leader, head nurse, nurse administrator, director of nursing, professional competence, professional knowledge, professional skills, management, leadership, development of skills, skills development, development of competence, competence development, change*.

2.1 Hoitotyön johtajan johtamisosaaminen

Hoitotyön johtajan johtamisosaamisen määrittelemiseksi on tarkasteltu siihen liittyviä lähikäsitteitä. Lähikäsitteiden käsitteleminen monimuotoisuudesta johtuen ei ole aukotonta, koska terminologialle on annettu erilaisia merkityksiä ja toisaalta käsitteillä kuvataan samaa johtamisen ilmiötä (ks. Sinkkonen & Taskinen 2005). Käsitteeseen ”johtamisosaaminen” sisältyy johtaminen ja osaaminen, joiden perusteella on valittu lähikäsitteet.

Johtamisella tarkoitetaan teoreettisesti sekä johtamisen että johtajuuden osaamista (Jennings ym. 2007). Näiden käsitteiden käytössä on useasti epätarkkuutta vaikka käytännössä ne ovat saman kolikon kääntöpuolia (Lorensen ym. 2001). Johtaminen ja johtajuus kulkevat käsi kädessä ollen sidoksissa ja täydentäen toisiaan (Vuori 2005). Näin ollen johtamisen kokonaisuutta voi kuvata Peter F. Druckerin (2000) sanoja lainaten ”johtaminen on asioiden tekemistä oikein; johtajuus on oikeiden asioiden tekemistä”.

Johtamisen (engl. management) osaaminen on asioiden johtamista, hallintoa, prosesseja ja systeemejä (Jasper & Crossan 2012, Pillay 2011) sekä tietoa johtamisen teorioista, malleista ja periaatteista (Scoble & Russell 2003). Asioiden johtaminen painottuu organisaation toimintoihin, prosesseihin, suunnitteluun, päätöksentekoon, organisointiin, kommunikointiin, talouteen ja markkinointiin (Fairholm 2004, Hirsch ym. 2013). Lisäksi sitä kuvataan johtamisen teknisenä taitamisena, jossa organisaatiota kehitetään strategisten tavoitteiden kautta (Azaare & Gross 2011, Casida & Parker 2011, Jasper & Crossan 2012, Townsend ym. 2015).

Vastaavasti johtajuuden (engl. leadership) osaaminen on ihmisten johtamista, motivointia ja valmentamista (Andrews ym. 2012, Casida & Parker 2011). Ihmisten johtamisessa painottuvat käyttäytyminen, toiminnot sekä johtajan ominaisuudet, joilla vaikutetaan muun muassa muutoksiin ja innovaatioihin (Thomson & Hall 2011, Wood 2011). Johtajuus kuvataan henkilöstöhallinnon osaamisena (Hutchinson & Purcell 2010, O’Donnell ym. 2012, Pillay 2011), asiantuntijoiden ja asiantuntijuuden johtamisena (Azaare & Gross 2011, McCallin & Frankson 2010, Pillay 2011) sekä viestintä- ja vuorovaikutustaitoina (Azaare & Gross 2011, Portoghese 2012), missä kiinnitetään erityisesti huomiota vastavuoroisuuteen, jaettavuuteen ja sosiaaliseen rakentumiseen (De’True & Ashford 2010; Hotho & Dowling 2010, Thomson & Hall 2011).

Osaamisen-käsitteellä on useita erilaisia merkityksiä organisatorisessa ja ammatillisessa kirjallisuudessa (Murray 2003, Robotham 2004). Se nähdään muodostuvan

tiedoista, taidoista, luonteenpiirteistä ja kyvyistä (Lindsay & Stuart 1997) sekä asenteesta ja käyttäytymisestä (Athey & Orth 1999). Osaamisella voidaan tarkoittaa myös työn vaatimien tietojen ja taitojen hallintaa ja niiden soveltamista työtehtäviin (Helakorpi 2006, Valtiovarainministeri 2001). Tällöin osaaminen on kykyjen ja valmiuksien soveltamista sosiaalisessa kontekstissa, johon liittyy myös hiljainen tieto (Helakorpi 2006). Yhteistä osaamisen määrittelyssä on tarkastelunäkökulman painottuminen yksilötason osaamiseen, kuten kokemuksiin, uskomuksiin, arvoihin ja sosiaaliseen verkostoon (Hagan ym. 2006, Ojala 2002, Ranki 1999).

Osaamisen lähikäsitteenä käytetään taitoa, valmiuksia, pätevyyttä, kompetenssia ja kvalifikaatioita. Taidoilla tarkoitetaan vaadittavia tietoja, taitoja ja kykyä toimintaan ja sen tekemiseen hyvin (Sherman ym. 2007). Johtamistaidoilla kuvataan johtajan kykyä ohjata ja valmentaa sekä jakaa työtehtäviä. Tällöin johtamistaito on esimiehen ja työntekijän välinen valtasuhde, jolla vaikutetaan työntekijälle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen. (Abbott 2013, Braynion 2004, Nilsson & Furåker 2012, Tubbs & Schulz 2006). Toisin sanoen johtamistaidot ovat johtajan ammattitaidolle asetettuja vaatimuksia, jotka tulevat joko yksilön tiedoista ja valmiuksista tai työtehtävän asettamista vaatimuksista (Narinen 2000). Näin ollen johtamistaidot ovat opettelu tuloksena joko koulutuksella tai työssä hankittua tietoa ja taitoa (Curtis 2011, Heller ym. 2004).

Valmius on käsitteenä monimerkityksellinen, jonka vuoksi tarkastelua rajataan osaavuuden-näkökulmaan. Tällöin valmius tulkitaan tiedoiksi, taidoksi tai kyvyksi (Sveiby 1990). Johtamisvalmiuksilla kuvataan johtajan kykyä soveltaa koulutuksessa ja käytännössä hankittuja tietoja ja taitoja, kykyä suoriutua johtamiseen liittyvistä haasteista ammattimaisesti sekä kykyä innovaatioiden ja muutosten läpiviemiseen (Kujala 2015).

Pätevyys eli kompetenssi tarkoittaa kokonaisuuksien hallintaa, mikä edellyttää tietotaitoa tehtävästä (Narinen 2000, Syväjärvi 2005, Viitala 2005). Johtamispätevyys on johtajan henkilökohtaista osaamista, kykyä ja ominaisuuksia suoriutua johtamisesta, johon liittyy kyky toimia asetettujen tavoitteiden mukaisesti, vankka tietopohja sekä ammatilliset taidot, kuten hallinnon ja johtamisen taidot. Johtamispätevyydellä tarkoitetaan myös johtajan taitoa ja tahtoa soveltaa työssään tiedollisia, taidollisia, asenteellisia ja kokemukseen liittyviä valmiuksia. (Anderson & Pulich 2002, Evers ym. 1998, McCarthy & Fitzpatrick 2009.)

Kvalifikaatioilla eli ammattitaitovaatimuksilla tarkoitetaan niitä valmiuksia, joita työhön edellytetään (Viitala 2007) ja jotka muuttuvat yhteiskunnan, sosiaali- ja terveydenhuollon, työelämän ja ihmisten muutosten mukaisesti (Metsämuuronen 1999, Räisänen 1998). Kvalifikaatioiden on myös tulkittu olevan johtajan henkilökohtainen

käsitys osaamisensa tarpeesta tehtävään (Naumanen & Silvennoinen 1996). Yleisemmin tutkimuksissa kuitenkin linjataan työelämästä määräytyvien vaatimusten olevan kvalifikaatioita ja johtajan itselleen asettamien vaatimusten olevan kompetenssivaatimuksia (Hanhinen 2010, McCarthy & Fitzpatrick 2009, Sherman ym. 2007).

Yhteenvedona voidaan sanoa, että hoitotyön johtajien johtamisosaaminen on sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa tarvittavia tietoja, taitoja, asenteita, arvoja, motivaatiota ja kykyä (Pihlainen ym. 2015, Sherman ym. 2007, Sinkkonen & Taskinen 2005). Se on laaja-alaista, inhimillistä pääomaa sisältäen sekä johtamisen että johtajuuden ulottuvuudet (Jennings ym. 2007, Sherman ym. 2007). Hoitotyön johtajan johtamisosaaminen käsittää henkilöstöhallinnon osaamista (Hutchinson & Purcell 2010, O'Donnell ym. 2012, Pillay 2011), taloudellisia ja strategisia taitoja (Azaare & Gross 2011, Casida & Parker 2011, Jasper & Crossan 2012, Pillay 2011, Townsend ym. 2015), arvoja ja eettisiä valmiuksia (Casida & Parker 2011, Pillay 2011), muuttomiskykyä (Casida & Parker 2011, Portoghese 2012), asiantuntijoiden ja asiantuntijuuden johtamista (Azaare & Gross 2011, McCallin & Frankson 2010, Pillay 2011) sekä viestintä- ja vuorovaikutustaitoja (Azaare & Gross 2011, Portoghese 2012). Hoitotyön johtajan johtamisosaaminen on myös oman alan asiantuntijuutta, joka sisältää kokemuseräistä ja käytännön tietoa (Cathcart ym 2010).

Hoitotyön johtajien johtamisosaamisen aikaisemmasta tutkimuksesta on haasteellista tehdä yhtenäistä kuvausta niiden käsitteellisen ja menetelmällisen heterogeenisuuden vuoksi. Tutkimusta on tehty enemmän kvalitatiivisella kuin kvantitatiivisella lähestymistavalla. Kvantitatiivisissa tutkimuksissa on yleensä käytetty eri mittareita, jotka eivät ole olleet pääsääntöisesti standardoituja. Tutkimukset ovat olleet poikkeikkaustutkimuksia, joissa on tarkasteltu hoitotyön johtajaa persoonallisten ominaisuuksien, kuten itseluottamuksen, rohkeuden, avoimuuden, rehellisyyden ja tunneälykkyyden (Arvidsson & Fridlund 2005, Carroll 2005, Hennessy & Hicks 2003, O'Neil ym. 2008) kautta. Lisäksi tutkimusta on ammatillisten, kliinisten ja teknisten, poliittisten, taloudellisten sekä tutkimuksellisten taitojen näkökulmasta (Arvidsson & Fridlund 2005, Carroll 2005, Connelly ym. 2003, Hennessy & Hicks 2003, Mathena 2002, McCarthy & Fitzpatrick 2009). Johtamisosaamisesta on käytetty samassa merkityksessä käsitettä kompetenssi (Contino 2004, Furukawa & Cunha 2011, Scoble & Russell 2003) vaikka se kuvaa hoitotyön johtajan tietojen, taitojen ja asenteiden avulla kykyä suoriutua johtamisen tehtävistä. Tutkimuksellisesti hoitotyön johtamista on tarkasteltu myös roolien ja tehtävien kautta, jotka ovat liitettävissä hoitajataustaisen johtajan osaamiseen (Casida & Parker 2011, Cummings ym. 2010, Hix ym. 2009, Kleinman 2003, McCallin & Frankson 2010, Sherman ym. 2007, Surakka 2006,

Sørensen ym. 2011, Tomey ym. 2001). Hoitotyön johtajan päivittäistä työtä on hoitotyön suunnittelu ja niihin liittyvät hallinnolliset tehtävät (Drach-Zahavy & Dagan 2002, Locke ym. 2011). Lisäksi useissa tutkimuksissa on määritelty johtamisosaamisen tasoa ja vaatimuksia (Kleinman 2003, Mathena 2002, McCarthy & Fitzpatrick 2009, Sherman ym. 2007, Sinkkonen & Taskinen 2002).

Tässä tutkimuksessa määritellään hoitotyön johtajan johtamisosaamisen olevan sekä yksilön että tehtävän vaatimaa osaamista (ks. Sydänmaalakka 2007), mikä ymmärretään sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa inhimillisen pääoman osaksi (Sinkkonen & Taskinen 2005). Se on hoitotyön johtajan ammatillista osaamista, joka on olennaista työtehtävissä suoriutumiseksi (McCallin & Frankson 2010, Westphal 2012, Wood 2011). Johtamisosaaminen on hoitotyön johtajan johtamisen ja johtajuuden osaamista, kuten tietoa, taitoa, asennetta, arvoja ja motivaatiota (Hellriegel ym. 2007, Sherman ym. 2007).

2.2 Hoitotyön johtajan johtamisosaamisen osaamisalueet

Hoitotyön johtajan johtamisosaamista on yleisimmin lähestytty luokittelemalla se ihmisten johtamiseen ja toiminnan johtamiseen. Tämän lisäksi sitä on tarkasteltu myös yksityiskohtaisempien luokitusten avulla. Yhteistä luokitteluissa on, että ne kuvaavat johtamisosaamista pilkottuina erikokoisiin osa-alueisiin tietojen, taitojen, asenteiden, arvojen ja motivaation näkökulmista. (ks. mm. Connelly ym. 2003, Hennessy & Hicks 2003, Kleinmann 2003, Lorensen ym. 2001, McCallin & Frankson 2010, McCarthy & Fitzpatrick 2009, Sherman ym. 2007.) Tässä tutkimuksessa hoitotyön johtajan johtamisosaamista tarkastellaan kahden osaamisalueen; yleisen osaamisen ja erityisosaamisen, kautta määrittävänä, ei perinteisten johtamisteorioiden ja -tyylien kautta (ks. esim. Drucker 1954, Fayol 1916, Gulick & Urwick 1937, Katz 1955).

Yleisen osaamisen keskeiset elementit ovat näyttöön perustuva johtaminen, sosiaaliset taidot, palveluiden ja toiminnan uudistaminen sekä henkilökohtainen kasvu johtajaksi (McCarthy & Fitzpatrick 2009, Rush ym. 2000). Näitä johtamisen ja johtajuuden elementtejä on tunnustettu olevan kaiken tasoilla johtajilla erilaisissa johtamisen toimintaympäristöissä (Kirk 2008, McCarthy & Fitzpatrick 2009, Rush ym. 2000), joita ilman ei voi toimia johtajana (Guo 2003). Toisin sanoen yleistä osaamista tarkastellaan johtamisen alasta riippumattomana johtamisosaamisena. Yleinen osaaminen keskittyykin tietoihin, taitoihin ja ominaisuuksiin, joita henkilöllä on oltava suoriutuakseen johtamistyöstään (Cheng ym. 2003, Hayes ym. 2000). Johtamisen ja

johtajuuden toimivalta edellyttää johtajalta osaamista muun muassa ihmissuhdetaitojen, viestinnän, kuuntelun ja konfliktien hallinnan osalta (Guo 2003, Noordegraaf 2000), sillä kaikki johtajat vaikuttavat johtamisellaan ihmisiin (Kirk 2008, Rush ym. 2000). Johtamisosaamisen yleistä osaamista kuvataan tehokkaassa ja tuloksellisessa johtamisessa tarvittavina teknillisinä, inhimillisinä ja käsitteellisinä taitoina (Connelly ym. 2003, Kleinman 2003, Lin ym. 2007). Tässä tutkimuksessa yleisen osaamisen jäsenyksessä on sovellettu Rush, McCarthy ja Cronin (2000) osaamisen luokittelua eri johtamisen tasoille.

Näyttöön perustuva johtaminen kuvastaa johtajan kykyä käyttää harkitusti johtamisessaan saatavilla olevaa ajantasaista tietoa. Ajantasaisella tiedolla tarkoitetaan luotettavaa tutkimustietoa tai muuta luotettavaksi arvioitua tietoa (DiCenso ym. 2005, Melnyk & Fineout-Overholt 2005). Näyttöön perustuvassa johtamisessa johtaja on johtamisen asiantuntija, joka hyödyntää johtamisessaan ajantasaisen tiedon lisäksi kokemustietoa sekä tietoa toimintaympäristöstä ja resursseista (Polit & Beck 2008, Sarajärvi 2011). Tämä edellyttää johtajalta tiedonhankinta- ja soveltamistaitojen ohella teoreettista ja kliinistä osaamista johtamaltaan alueelta (Espinoza ym. 2009) sekä tutkimus- ja kehittämisosaamista (Sarajärvi ym. 2011). Näyttöön perustuva johtaminen kuvataan älyllisen pääoman ja aineettomien voimavarojen johtamiseksi (STM 2009), jossa keskeistä on tiedon tuottaminen ja hallinta (Gifford ym. 2007).

Sosiaaliset taidot ovat johtajan ihmissuhde-, viestintä- ja vuorovaikutustaitoja sekä yhteistyöosaamista (McCarthy & Fitzpatrick 2009, Rush ym. 2000). Tämä osaaminen on vuorovaikutussuhteisiin liittyvää, sillä johtaminen edellyttää johtajan ja johdettavan välistä vuorovaikutusta. Johtajan sosiaaliset taidot tulevat esille vuorovaikutustilanteissa erilaisissa ryhmissä, yhteisöissä ja verkostoissa. (Rouhiainen-Neunhäuserer 2009.) Johtaminen vaatii johtajalta sosiaalisia taitoja, jotta hän kykenee tukemaan ja johtamaan johdettavien työtä, viestimään organisaation vision ja tavoitteet sekä rakentamaan ja ylläpitämään vuorovaikutuksellista yhteistyötä (Carroll 2005, Connelly ym. 2003, Mathena 2002, McCarthy & Fitzpatrick 2009). Sosiaalisten taitojen voikin kuvata olevan johtajan ammatillinen perusta (Hennessy & Hicks 2003), jonka avulla hän hoitaa tehtävänsä kuuluvan sisäisen ja ulkoisen yhteistyön eri toimijoiden kanssa (Scoble & Russell 2003).

Palveluiden ja toiminnan uudistaminen on nykyisellään yksi keskeisimmistä osaamisalueista johtajien työssä, sillä yhteiskunnan muuttuminen haastaa monimutkaisempien ja moniulotteisempien tarpeiden ja odotusten vastaamiseen (ks. Hakari 2013, Stenvall & Sihvonen 201, Sutinen 2012). Toisaalta myös taloudelliset reunaehdot pakottavat johtajia kiinnittämään huomiota palveluiden tuottavuuteen, laaduk-

kuuteen ja kattavuuteen (Pfeffer & Salancik 2003). Johtamiselta odotetaan toimintatapojen uudistamisen yhteydessä uusia innovaatioita sekä jatkuvaa kehitystä ja kumppanuuden hyödyntämistä. Innovatiiviseen johtamiseen kuuluu resurssien, rakenteiden ja prosessien luominen ja hallinta (Apilo ym. 2007, Sydänmaalakka 2009).

Henkilökohtainen kasvu johtajaksi rakentuu joustavuudesta ja maltista, rehellisyydestä ja eettisistä arvoista, henkilökohtaisesta sitoutumisesta sekä ammatillisesta osaamisesta. Joustavuudella ja maltilla kuvataan johtajan ammatillista suorituskykyä, vastoinikäymisistä ja takaiskuista toipumista sekä tavoitteiden saavuttamisessa pysyvyyttä ja joustavuutta (Rush ym. 2000). Rehellisyys ja eettiset arvot ylläpitävät ja kehittävät eettistä kulttuuri työyhteisössä (Menzelin 2001), sillä johtajuudella rakennetaan eettistä yhteisöä, kunnioitetaan eri osapuolia, palvellaan toisia, pidetään kiinni oikeudenmukaisuudesta ja osoitetaan rehellisyyttä (Northouse 2004). Käytännössä johtaja joutuu tekemään eettisiä valintoja ohjatessaan resursseja suunnitelmallisesti tavoitteiden saavuttamiseksi tehokkaalla tavalla ja luomalla yhteistä arvoperustaa henkilöstölle (Carroll 2005, McCarthy & Fitzpatrick 2009). Vastaavasti johtajan henkilökohtainen sitoutuminen on asennetta, sitoutumista asetettuihin päämääriin sekä halua omien ominaisuuksien ja valmiuksien kehittämiseen (Rush ym. 2000), kun taas ammatillinen osaaminen kuvaa johtajan valmiuksia, joita hän tarvitsee tehdäkseen johtamistyötä ja menestyäkseen työssään (Viitala 2007).

Erityisosaamisen osa-alueet ovat hoitotyön johtajalla substanssiosaaminen (Mathena 2002, McCarthy & Fitzpatrick 2009, Scoble & Russell 2003), henkilöstöjohtamisen osaaminen (Carroll 2005, Hennessy & Hicks 2003, McCarthy & Fitzpatrick 2009), toiminnan johtamisen osaaminen (Connelly ym. 2003, Hennessy & Hicks 2003, Mathena 2002) ja kehittämisosaaminen (Hennessy & Hicks 2003, Mathena 2002). Osa-alueet kuvaavat hoitotyön johtajan kokemuseräistä, käytännön tietoa ja taitoa sekä oman alansa asiantuntijuutta (Cathcart ym 2010, Huston 2008), mikä nähdään olevan sidoksissa ammatissa toimimiseen ja siihen vaadittavaan osaamiseen (Arvidsson & Frilund 2005, McCarthy & Fitzpatrick 2009). Erityisosaamista tarkastellaankin johtamisen alasta riippuvana johtamisosaamisena, jolloin korostetaan alan asiantuntemusta ja sen erityispiirteitä. Tässä tutkimuksessa erityisosaamisen jäsenyyksessä sovelletaan alan aikaisemman tutkimuksen ja kirjallisuuden perusteella kehitettyä luokittelua hoitotyön johtajan johtamisosaamisesta.

Substanssiosaaminen on perinteisen hoitotyön kliinisen ja teknisen osaamisen lisäksi ammatillista taitotietoa ja hoitotyön ydinosaamista (Arvidsson & Frilund 2005, McCarthy & Fitzpatrick 2009). Hoitotyön johtajalta edellytetään tietoperustan, perustyön ja teknisten taitojen teoreettista ja käytännön osaamista (Carroll 2005, Mathena 2002, Scoble & Russell 2003). Lisäksi hoitotyön johtajan substanssiosaamiseen

katsotaan kuuluvan ammatillinen vahvuus, uskottavuus, henkilökohtainen kyky ja persoonallinen tapa toimia hoitotyön erilaisissa tilanteissa (Hennessy & Hicks 2003, McCarthy & Fitzpatrick 2009).

Henkilöstöjohtamisen osaaminen sisältää perinteisen henkilöstöhallinnon lisäksi samoja elementtejä kuin yleisessä osaamisessa; persoonallista, arvo- ja sosiaalista osaamista. Henkilöstöhallintoa voisi luonnehtia mekaaniseksi johtamisen toiminnaksi, mikä sisältää henkilöstöasioiden hoitamista lakien ja sopimusten mukaisesti, henkilöstöresurssien johtamista ja voimavarojen kohdentamista (Mathena 2002, Kleinman 2003, Scoble & Russell 2003, Sherman ym. 2007). Hoitotyön johtajan persoonallinen osaaminen on itsensä johtamista, selviytymistaitoa ja ammatillista läsnäoloa (Arvidsson & Frilund 2005, Carroll 2005, O'Neill ym. 2008), jotka ovat perustana sosiaaliselle osaamiselle (McCarthy & Fitzpatrick 2009, Sherman ym. 2007). Sosiaalinen osaaminen muodostuu ihmissuhde-, vuorovaikutus- ja yhteistyöosaamisesta, missä korostuvat kommunikointi- ja viestintätaitojen lisäksi informaation käsittelytaidot, nonverbaalinen viestintä, tietojärjestelmien hallinta sekä ihmissuhde- ja yhteistyötaidot (Carroll 2005, Connelly ym. 2003, McCarthy & Fitzpatrick 2009, Scoble & Russell 2003, Sherman ym. 2007). Hoitotyön johtajan arvo-osaaminen on valmiutta arvioida arvopäämäärien eettistä oikeutusta ja ratkaista asioita eettisesti hyväksyttävällä tavalla sekä kykyä toimia rehellisesti, uskottavasti ja luotettavasti (Carroll 2005, Hennessy & Hicks 2003, McCarthy & Fitzpatrick 2009, Scoble & Russell 2003).

Toiminnan johtamisen osaaminen sisältää hoitotyön johtajan kyvyn hallita palveluketjun toiminnallisia kokonaisuuksia strategisen osaamisen ja toiminnan orientoitumisen keinoin (Connelly ym. 2003, Mathena 2002, Sinkkonen & Taskinen 2002, Viitanen ym. 2007), poliittisen tietotaidon ja toimintaa ohjaavien lakien ja asetusten tuntemisen ja hallinnan (Hennessy & Hicks 2003, Kleinman 2003, Mathena 2002) sekä tietohallinnon- ja talousosaamisen (Kleinman 2003). Keskeistä hoitotyön johtajan toiminnan johtamisen osaamisessa on sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän luonteen ja rakenteen, hoitotyön ydintehtävän, merkityksen ja roolin sekä organisaatiorakenteen hallitseminen (O'Neill 2008, Sherman ym. 2007). Lisäksi toiminnan johtamisen osaaminen perustuu tiedolla johtamiseen (Kleinman 2003), teknologian, informatiikan, tietotekniikan ja laskentamenetelmien hyödyntämiseen (Scoble & Russell 2003) sekä liike-elämän ja taloudellisten taitojen osaamiseen (Mathena 2002, Kleinman 2003).

Kehittämisosaaminen on oman työn ja työyhteisön kehittämisen taitoja sekä hoitotyön edistämistä tutkimuksellisesti ja laadullisesti (Hennessy & Hicks 2003, Mat-

hena 2002). Hoitotyön johtajalta edellytetään tutkimustiedon hyödyntämistä ja soveltamista työn kehittämisessä, asiantuntijuuden syventämistä ja osaamisen arviointia huomioiden toimintaympäristön muutokset (Hennessy & Hicks 2003; Viitanen ym. 2007). Lisäksi uuden tiedon tuottaminen tieteellisten menetelmien avulla, hoitotyön substanssin osaaminen, näyttöön perustuvan hoitotyön edistäminen sekä hoitotyön prosessien hallinta ovat keskiössä hoitotyön johtajan kehittämisosaamisessa (Hennessy & Hicks 2003, McCarthy & Fitzpatrick 2009, O'Neil 2008).

2.3 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

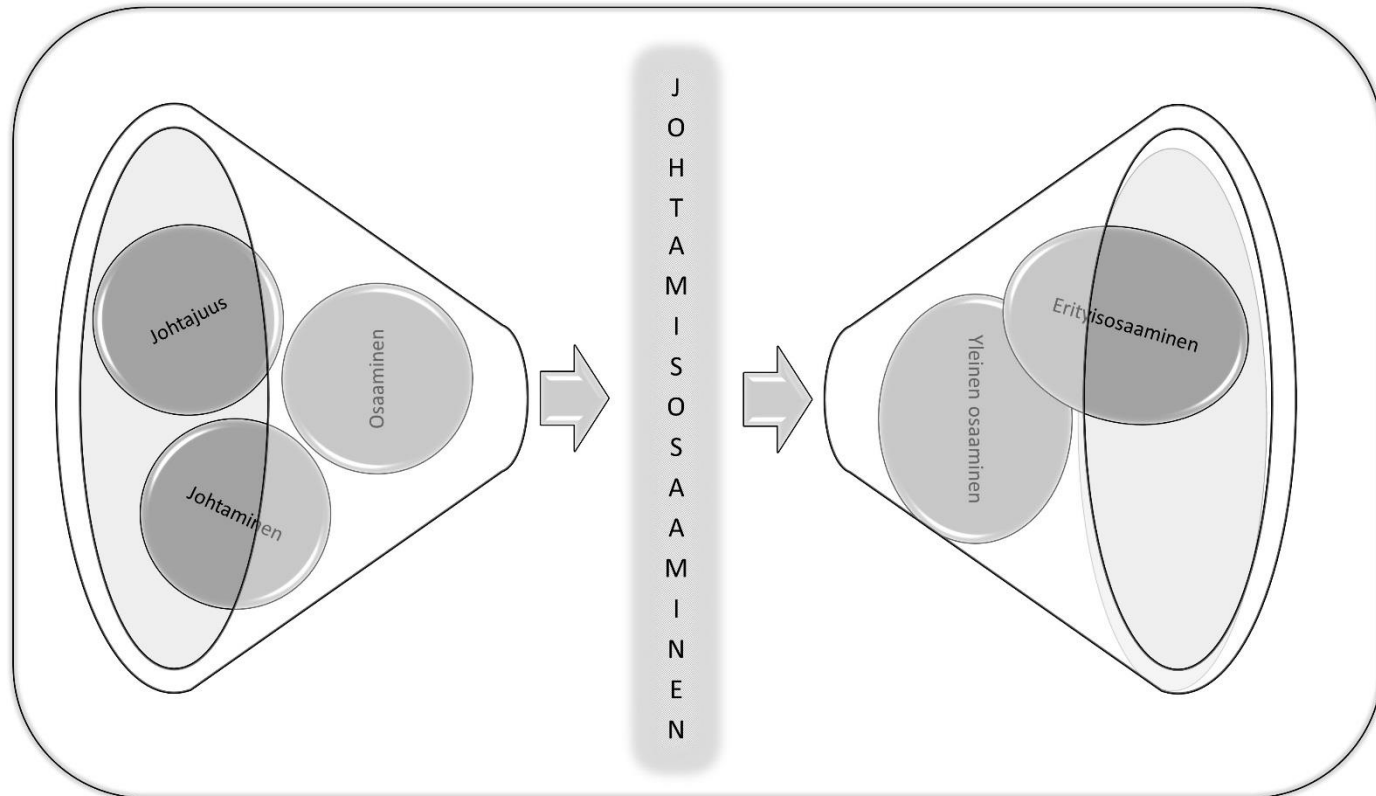
Johtamisosaamisen-käsitettä on määritelty vähän sekä kansallisesti että kansainvälisesti, mikä johtunee terminologian kirjavasta ja vakiintumattomasta käytöstä. Kuitenkin on nähtävissä, että eri käsitteillä on kuvattu samaa johtamisen ilmiötä. Vuosien saatossa on tuotettu runsaasti tietoa johtajista ja johtamisesta, kuten johtajien persoonallisista ominaisuuksista, taidoista, kompetensseista ja rooleista (McCallin & Frankson 2010; Vesterinen 2013; Lau ym. 2014; Townsend ym. 2015). Vastaavasti hoitotyön johtajan johtamisosaamista ei ole juurikaan tunnistettu kokonaisvaltaisesti tutkimuksissa. Johtamisosaamista on kuvattu yleensä roolien ja tehtävien (ks. mm. Casida & Parker 2011, Cummings ym. 2010, Hix ym. 2009, Kleinman 2003, McCallin & Frankson 2010, Sherman ym. 2007, Surakka 2006, Sørensen ym. 2011, Tomey ym. 2001) tai yksittäisten osaamisalueiden, kuten kliinisten ja teknisten, poliittisten, taloudellisten ja tutkimuksellisten taitojen (Arvidsson & Fridlund 2005, Carroll 2005, Connelly ym. 2003, Hennessy & Hicks 2003, Mathena 2002, McCarthy & Fitzpatrick 2009) kautta.

Toisin sanoen päivitettyä ja luotettavaa tutkimustietoa hoitotyön johtajan johtamisosaamisesta on varsin vähän, mikä johtunee johtamistyön sisällöstä ja moniulotteisuudesta. Tutkimus on ollut pääosin poikkileikkaustutkimusta, joissa aineisto on kerätty kertaluontoisesti yhtenä ajankohtana. Selkeä puute on myös yhtenäinen käsitelmääritys ja johtamisosaamisen osa-alueiden sisällöllinen tunnistettavuus. Tästä johtuen tietoa hoitotyön johtajan johtamisosaamisesta on välttämätöntä päivittää. Lisäksi oleellista on selvittää hoitotyön johtajan johtamisosaamista pitkittäisasetelmalla.

Tässä tutkimuksessa hoitotyön johtajan johtamisosaamisella tarkoitetaan hoitotyön johtajan johtamisen ja johtajuuden osaamista. Hoitotyön johtajan johtamisosaamista tarkastellaan yleisen osaamisen ja erityisosaamisen, kautta. Yleinen osaaminen

nähdään olevan johtamisen alasta riippumatonta johtamisosaamista. Erityisosaamista vastaavasti tarkastellaan johtamisen alasta riippuvana johtamisosaamisena, jolloin korostetaan alan asiantuntemusta ja sen erityispiirteitä.

Kuviossa 1 on kuvattu tämän tutkimuksen teoreettinen jäsentyminen siten, että kuvion vasemmassa suppilossa olevista käsitteistä (johtaminen, johtajuus ja osaaminen) muodostuu johtamisosaaminen. Johtamisosaaminen on kuviossa keskellä, josta kuvion oikealle puolelle jäsentyy tässä tutkimuksessa ja kontekstissa johtamisosaaminen yleiseksi osaamiseksi ja erityisosaamiseksi.



Kuvio 1. Johtamisen, johtajuuden ja osaamisen käsitteiden jäsentyminen johtamisosaamisen yleiseksi ja erityisosaamiseksi

3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kuntasektorilla sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien hoitotyön johtajien johtamisosaamista ja sen muutosta sekä kuvata tekijöitä, jotka ovat yhteydessä johtamisosaamisen muutokseen ajassa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kuntien hyvinvointipalvelujen poliittisen päätöksenteon ja hoitotyön johtamisen sisäisen kehittämisen lisäksi hoitotyön johtajien rekrytoinnissa, hoitotyön johtamisen uudistamisessa, hoitotyön johdon johtamiskoulutuksessa ja hoitotyön johtamisen tutkimuksessa.

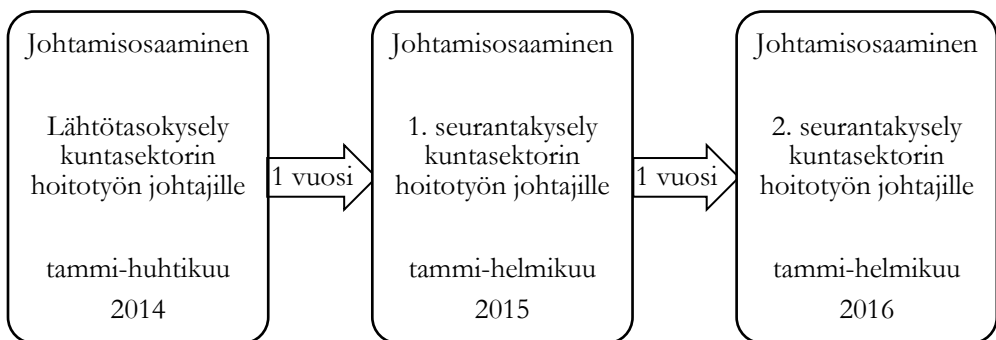
Tutkimustehtävät ovat:

- 1 Mitä on hoitotyön johtajien johtamisosaaminen? (Artikkeli I, Yhteenveto)
- 2 Miten hoitotyön johtajan johtamisosaamista mitataan? (Artikkeli II, Yhteenveto)
- 3 Miten hoitotyön johtajat itsearvioivat johtamisosaamistaan? (Artikkeli III, Yhteenveto)
- 4 Miten hoitotyön johtajien itsearviointi johtamisosaamisestaan muuttuu? (Artikkeli IV, Yhteenveto)
- 5 Mitkä tekijät ovat yhteydessä hoitotyön johtajan itsearvioitun johtamisosaamisen muutokseen? (Artikkeli IV, Yhteenveto)

4 Tutkimuksen empiirinen toteutus

4.1 Tutkimusasetelma ja tutkimuksen kulku

Tutkimuksen empiirinen toteutus oli kolmivaiheinen (1-3) (Taulukko 1). Ensimmäisessä vaiheessa muodostettiin ymmärrys hoitotyön johtajan johtamisosaamisesta tekemällä kirjallisuuskatsaus. Aineisto kerättiin kansallisista ja kansainvälisistä tietokannoista, mikä analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysilla. (Artikkeli I.) Toisessa vaiheessa kehitettiin tutkimuksessa käytetty mittari. Kehittämisessä hyödynnettiin ensimmäisen vaiheen kirjallisuuskatsauksen lisäksi asiantuntijapaneelia ja kyselylomakkeen pilotointia. Pilotointi tehtiin kahden kunnallisen organisaation hoitotyön johtajilla. (Artikkeli II.) Kolmannessa vaiheessa käytettiin pitkittäisasetelmaa kuvaamaan hoitotyön johtajan itsearvioimaa johtamisosaamista ja sen muuttumista ajan kuluessa sekä kuvaamaan siihen yhteydessä olevia tekijöitä (Artikkeli IV). Tutkimusaineisto kerättiin verkkopohjaisella kyselyllä kuntasektorilla toimivilta hoitotyön johtajilta toistamalla sama kysely vuoden välein kolme kertaa peräkkäin (kuvio 2). Tällä asetelmalla saatiin tietoa hoitotyön johtajan johtamisosaamisesta useammasta aikapisteestä ja sen muutoksesta sekä siihen yhteydessä olevista tekijöistä (ks. Bowling 2009, Healy & Devane 2011, LoBiondo-Wood & Haber 2010, Polit & Beck 2012). Kolmannen vaiheen aineistot analysoitiin tilastollisin analyysimenetelmin.



Kuvio 2. Tutkimusasetelma vaiheessa 3

Taulukko 1. Tutkimuksen kulku vaiheittain

Vaihe	Tarkoitus	Aineisto, tutkimusmenetelmät	Raportointi
Vaihe 1	Tunnistaa ja kuvata hoitotyön johtajan johtamisosaaminen	Kirjallisuuskatsaus (n=13) Induktiivinen sisällönanalyysi	Artikkeli I, yhteenveto
Vaihe 2	Kehittää ja validoida mittari johtamisosaamiselle ja sen kehittymiselle	Hoitotyön johtajien johtamisosaamisen – mittari [®] Asiantuntijapanelistit (n=13), pilotointi 2 kunnallisen organisaation hoitotyön johtajilla (n=22) Tilastolliset menetelmät (reliabiliteetin tarkastelu)	Artikkeli II, yhteenveto
Vaihe 3	Kuvata hoitotyön johtajan itsearvioitu johtamisosaaminen lähijohtajan sekä keski- ja ylemmän johtajan näkökulmasta	Lähtötasokysely: kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon hoitotyön lähiesimiehet (n=814) sekä keski- ja ylemmät johtajat (n=211)	Artikkeli III, yhteenveto
	Kuvata lähijohtajan sekä keski- ja ylemmän johtajan näkökulmasta hoitotyön johtajan itsearvioitu johtamisosaamisen muuttuminen	1. seurantakysely: lähtötasokyselyyn osallistuneet sosiaali- ja terveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon hoitotyön lähiesimiehet (n=175) sekä keski- ja ylemmät johtajat (n=74)	Artikkeli IV, yhteenveto
	Kuvata tekijöitä, jotka ovat yhteydessä hoitotyön johtajan itsearvioitun johtamisosaamisen muutokseen	2. seurantakysely: 1. seurantakyselyyn osallistuneet sosiaali- ja terveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon hoitotyön lähiesimiehet (n=72) sekä keski- ja ylemmät johtajat (n=35) Tilastolliset menetelmät (epäparametriset menetelmät)	Yhteenveto

4.2 Tutkimusaineistot, tutkimukseen osallistujat ja aineistojen keruu

4.2.1 Vaihe 1, kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen aineisto, hoitotyön johtajan johtamisosaamista koskevat tutkimukset, kerättiin kansallisista ja kansainvälisistä tietokannoista. Kirjallisuuskatsauksen avulla idenfioitiin ja kerättiin olemassa olevaa tietoa hoitotyön johtajan johtamisosaamisesta, arvioitiin tiedon laatua ja syntetisoitiin aiempien tutkimusten olennaista sisältöä johtamisosaamisesta (Burns & Grove 2013). Katsausaineiston artikkeleista (n=13) vuosilta 2000–2009 laadittiin kirjallisuuskatsaus hoitotyön johtajien johtamisosaamisesta. (Artikkeli I.)

4.2.2 Vaihe 2, mittarin kehittäminen

Tutkimuksen toisen vaiheen aineisto oli hoitotyön johtajan johtamisosaamisen kehittymistä mittaava mittari, joka kehitettiin kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Kirjallisuuskatsauksessa aiheessa aikaisemmin käytetyistä mittareista ei löytynyt tähän tutkimukseen soveltuvaa valmista mittaria, jonka vuoksi tutkimuksessa kehitettiin uusi mittari. Mittarilla haluttiin mitata hoitotyön johtajien itsearvioimana johtamisosaamistaan.

Mittarin väittämät perustuvat tutkimuksen ensimmäisen vaiheen kirjallisuuskatsauksessa olleisiin tutkimuksiin ja tutkimuksen toisessa vaiheessa uusitussa kirjallisuushaussa löytyneeseen irlantilaiseen tutkimukseen hoitotyön johtamisen yleisestä osaamisesta (McCarthy & Fitzpatrick 2009, Rush ym. 2000). Irlantilaisen tutkimuksen materiaali ja lupa sen hyödyntämiseen saatiin tutkimuksen tekijöiltä. Kirjallisuuden analyysin perusteella päätettiin jakaa johtamisosaaminen mittarissa yleiseen ja erityiseen osaamiseen, koska yleinen ja erityisosaaminen määritellään kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimusten perusteella erilaiseksi johtamisosaamiseksi. Yleinen osaaminen on johtamisosaamista, jota kaikki johtajat tarvitsevat johtamistyössään. Vastaavasti erityisosaaminen on jokaisen alan spesifiä johtamisosaamista. (Artikkeli II.)

Mittaria kehittäessä operationalisoitiin käsitteet (Burns & Grove 2013) johtamisosaamisen alueista mitattavaan muotoon ja päätettiin mitta-asteikoksi (Pittman & Bakas 2010) viisiportainen Likert-asteikko (1=hyvin, 5=huonosti), koska tutkimuksessa haluttiin hoitotyön johtajien itsearvioivan omaa johtamisosaamistaan. Lisäksi yhtenä vastausvaihtoehtona oli ”ei koske minua” (Liite 1, Artikkeli II).

Mittarin väittämät muodostettiin hoitotyön johtajien johtamisosaamisen sisältö-alueista. Mittarin arvioinnissa käytettiin asiantuntijapaneelina 13 hoitotieteen tohtoriopiskelijaa, joilla oli kokemusta hoitotyöstä, sen johtamisesta ja tutkimuksesta (ks. Pittman & Bakas 2010, Polit & Beck 2006). Asiantuntijapaneeli arvioi mittarin johdonmukaisuutta, selkeyttä ja käytettävyyttä. (Artikkeli II.)

Mittari esitettiin kahdessa kuntaorganisaatiossa hoitotyön johtajilla (n=22) ennen varsinaista käyttöönottoa. Esitestauksella selvitettiin hoitotyön johtajien johtamisosaamisen-mittarin[©] luotettavuutta sekä testattiin mittarin toimivuutta (Polit & Beck 2012). Mittarin esitestaukseen saatiin tutkimuslupa kohdeorganisaatioista, joissa yhdyshenkilö vastasi kyselyn linkin jakamisesta organisaationsa hoitotyön johtajille.

Kehitetty mittari on kaksiosainen; ensimmäisessä osassa mitataan hoitotyön johtajan johtamisosaamisen yleistä osaamista ja toisessa osassa mitataan hoitotyön johtajan johtamisosaamisen erityisosaamista (taulukko 2). Yleisen osaamisen-mittarin osa-alueet ovat Rush ym. (2000) mukaisesti *näyttöön perustuvan päätöksenteon edistäminen, subteiden rakentaminen ja ylläpitäminen, viestintä ja vuorovaikutustaidot, palveluiden käynnistäminen ja innovaatio, joustavuus ja maltti, rebellisyys ja eettiset arvot, pysyvä henkilökohtainen sitoutuminen ja ammatillinen osaaminen ja uskottavuus*. Erityisosaamisen osa-alueet ovat tutkimuksen ensimmäisen vaiheen kirjallisuuskatsauksen mukaisesti *substanssiosaaminen, henkilöstöjohtamisen osaaminen, toiminnan johtamisen osaaminen ja kehittämisaaminen*. (Liite 1, Artikkeli II.)

Hoitotyön johtajan johtamisosaamiseen yhteydessä olevina tekijöinä kyselylomakkeessa oli demograafisiin, koulutukseen ja työhön liittyviä taustatietokysymyksiä, jotka perustuivat aikaisempaan kirjallisuuteen (Artikkeli II). Tutkimuksessa käytetyn hoitotyön johtajien johtamisosaamisen – mittari[©] on kuvattu taulukossa 2 ja kyselylomake on liitteenä 1.

Taulukko 2. Kuvaus tutkimuksessa kehitetystä ja empiirisessä osassa käytetystä Hoitotyön johtajien johtamisosaamisen -mittarista[©]

Muuttujat (kysymysten/väittämien määrä)	Asteikko	Mitä kysyttiin/arvioitiin
Taustatiedot (27)		
Demograafiset (4)	Luokittelu	ikää, sukupuolta, siviilisäätystä, äidinkieltä
Koulutus (2)	Luokittelu	koulutusta, muuta koulutusta
Työhön liittyvät (21)	Luokittelu	työkokemusta terveydenhuoltoalalla, hoitotyön johtajana ja nykyisessä tehtävässä, työtehtävää, palvelusuhteen luonnetta, sairaanhoitopiiriä, työpaikkaa, työyksikköä, organisaation kokoa, alaisten määrää, virka-/työsuhteen luonnetta, työaikamuotoa, asiakas-/potilastyön määrää, esimiehen liittyviä taustatietoja
Yleinen osaaminen (114)		
Näyttöön perustuvan päätöksenteon edistäminen (18)	Likert, 1-5 ↓	päätöksenteon perusteltavuutta, oikea-aikaisuutta, ongelmanratkaisukykyä, tutkimustulosten hyödyntämistä hoitokäytäntöjen ja prosessien parantamisessa
Suhteiden rakentaminen ja ylläpitäminen (13)	Likert, 1-5 ↓	työn positiivisuutta perustuen yhteisymmärrykseen, tuen osoittamista, vastavuoroisuutta ja empatiataitoja
Viestintä ja vuorovaikutustaidot (14)	Likert, 1-5 ↓	viestinnän sujuvuutta ja vakuuttavuutta, kuuntelemisen ja havainnoinnin osaamista
Palveluiden käynnistäminen ja innovaatio (13)	Likert, 1-5 ↓	tuloksen saavuttamista, palveluiden kehittämistä ja uusien ideoiden kokeilun halukkuutta

jatkuu

Joustavuus ja maltti (15)	Likert, 1-5 ↓	ammattillisella tasolla suorituskyvyn jatkuvaa tai tilannekohtaista painetta, vastoinkäymisistä toipumista sekä tavoitteiden saavuttamisen pysyvyyttä ja joustavuutta
Rehellisyys ja eettiset arvot (14)	Likert, 1-5 ↓	ammattillisia ja johtamisen arvoja ja uskomuksia, niiden mukaista käyttäytymistä, eettisiä ja arvoihin perustuvia henkilöstökäytäntöjen edistämistä ja tukemista
Pysyvä henkilökohtainen sitoutuminen (19)	Likert, 1-5 ↓	johtajan sitoutumista tavoitteisiin ja parantamaan palvelua, innostusta ja motivaatiota johtaa ja toteuttaa hankkeita, sitoutumista hoitotyön ammattiin ja ajantasaisuutta ajankohtaisista asioista
Ammatillinen osaaminen ja uskottavuus (8)	Likert, 1-5 ↓	toiminnallista ja teknillistä tietoperustaa sekä hoitotyön käytäntöjen myötävaikuttamisen taitoja
Erityisosaaminen (80)		
Substanssiosaaminen (7) <i>Hoitotyön ydinosaaminen (4)</i> <i>Klininen/tekninen osaaminen (3)</i>	Likert, 1-5 ↓	käytännön hoitotyön johtamista, työelämän pelisääntöjä ja ammatillisena esimiehenä toimimista sekä hoitotyön tietoperustan, käytännön ja suunnittelun osaamista
Henkilöstöjohtamisen osaaminen (25) <i>Persoonallinen osaaminen (5)</i> <i>Arvo-osaaminen (6)</i> <i>Sosiaalinen osaaminen (8)</i> <i>Henkilöstöhallinto (6)</i>	Likert, 1-5 ↓	itsensä johtamista, ammatillista läsnäoloa, johtajana selviytymistä, työn eettisiä arvopäämääriä, arvostiritojen ratkaisemista, työntekijöiden hyvinvoinnista huolehtimista, sidosryhmien välistä yhteistyötä sekä henkilöstöasioihin liittyvien lakien ja sopimusten osaamista, henkilöstöressurssien johtamista ja voimavarojen kohdentamista

jatkuu

<p>Toiminnan johtamisen osaaminen (34)</p> <p><i>Palveluketjuosaaminen (11)</i></p> <p><i>Poliittinen/juridinen osaaminen (4)</i></p> <p><i>Tietohallinto-osaaminen (8)</i></p> <p><i>Talousoosaaminen (11)</i></p>	<p>Likert, 1-5 ↓</p>	<p>palveluketjujen suunnittelua, hoitotyön merkityksen ja ydinosaamisen tunnistamista, terveydenhuollon palvelurakenteiden osaamista, hoitotyön poliittisen ohjauksen tuntemista, toimintaa ohjaavien lakien ja asetusten hallitsemista, terveyspolitiikkaan vaikuttamista, tiedolla johtamista, teknologian hyödyntämistä, tiedon vastaanottamista sekä liike-elämän taitoja, kustannusten seurannan taitamista ja budjetoinnin hallitsemista</p>
<p>Kehittämisosaaminen (14)</p> <p><i>Arviointiosaaminen (3)</i></p> <p><i>Tutkimusosaaminen (3)</i></p> <p><i>Laatuosaaminen (8)</i></p>	<p>Likert, 1-5 ↓</p>	<p>työn kehittämisessä sovellettavan tutkimustiedon arvioimista, asiantuntijuuden syventämistä, toimintaympäristön muutosten arvioimista, uuden tiedon tuottamista tieteellisillä menetelmillä, näyttöön perustuvan hoitotyön edistämistä ja tutkimushankkeiden luomista sekä laadun merkityksen tunnistamista hoitotyössä, hoitotyön laatuohjelmien kehittämistä ja työn laadun arvioimista</p>

↓ Mitä matalampi arvo, sitä parempi arvio osaamisesta

4.2.3 Vaihe 3, pitkittäismittaus

Tutkimuksen kolmas vaihe perustuu kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa työskenteleville hoitotyön johtajille tehtyyn kyselyaineistoon, joka kerättiin sähköisesti keväällä 2014 (lähtötasokysely), keväällä 2015 (1. seurantakysely) ja keväällä 2016 (2. seurantakysely). Aineistonkeruusta vastasi tutkija. Tutkimuksen menetelmänä oli hoitotyön johtajien itsearviointi, jonka etuna pidetään tiedonkeruun mahdollisuutta laajoista aihepiireistä pitkittäistutkimuksena (Polit & Beck 2012).

Tutkimuksen lähtötilanteessa tavoiteltiin kokonaisuutena suomalaisista kunnallisista sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita (N=159). 60 organisaatiota ei vastannut tutkimuslupapyyntöön ja 8 organisaatiota ilmoitti tutkimukseen osallistumisen esteeksi, ettei heillä ole hoitotyön johtajia, hoitotyön johtajat olivat jäämässä eläkkeelle tai organisaatorakenne oli muuttumassa. Näin ollen tutkimuksen lähtötasokysely toteutettiin 91 kunnallisesta sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiosta kokonaisuutena hoitotyön johtajista (N=2986), jotka toimivat organisaatiossa lähijohtajan, kuten osastonhoitajan, tai keski- ja ylempien johtajien, kuten ylihoitajan, tehtävissä perustason sosiaali- ja terveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Kokonaisuutena oli perusteltua, koska tutkimuksen kohdejoukkona olevien hoitotyön johtajien kokonaismäärä on vähäinen ja tutkimusaiheesta on olemassa hoitotieteellistä tutkimusta niukalti. Tutkimuksessa tavoiteltiin otoksen edustavuutta sekä valtakunnallisesti, maantieteellisesti ja kulttuurisesti mahdollisimman laajaa tutkittavien joukkoa (ks. Cook ym. 2000, Hewson ym. 2003, Thomas ym. 2000). Tutkittavien määrää arvioitiin myös tilastotieteilijän kanssa kyselylomakkeen mukaan tehdyllä voimalaskelmalla, jossa lähtökohtana oli luotettavuuden ja tilastollisen merkittävyyden kannalta riittävä määrä vastaajia (Hayat 2010, Matthews & Farewell 2015, Nummenmaa 2011). Laskelmassa käytettiin p-arvona lukemaa 0,05 ja voiman määränä lukemaa 0,80. Lisäksi voimalaskelmassa otettiin huomioon ensimmäiselle verkkokyselylle keskimääräiseksi vastausprosentiksi 35 % ja tutkimuksen kolmivuotiselle aikajänteelle vastaajien vuosittaiseksi kadoksi 10 %. Voimalaskelmassa hyödynnettiin pilotointitutkimuksen pohjalta tietoa vastausten hajonnasta, sillä tässä tutkimuksessa kehitetyistä mittarista ei ole muunlaista ennakkotietoa vastaajien vastaamisesta. Tämän perusteella laskelmassa käytettiin johtamisosaamisen osa-alueiden keskiarvojen hajontana 0,5. (Cohen ym. 2003, Faul ym. 2009.)

Tutkimuksen lähtötasokysely toteutettiin tammi-huhtikuussa 2014. Tutkimuseettiset tiedot sisältävä saatekirje ja sähköisen kyselylomakkeen linkki lähetettiin sähköpostissa tutkimusluvan yhteydessä organisaatioiden määräämille yhdyshenkilöille. He välittivät sähköpostin 2571 lähijohtajavastaajalle ja 415 keski- ja ylempään tason johtajavastaajalle. Kyselyyn vastaamisaikaa oli kuukausi ja vastaamisesta muistutettiin yhdyshenkilön kautta kaksi kertaa. Kyselyyn vastasi 1025 hoitotyön johtajaa, joista 814 oli hoitotyön lähijohtajaa ja 211 hoitotyön keski- ja ylempää johtajaa. Lähtötilanteen vastausprosentti oli 34,3 %. Lähijohtajien vastausprosentti oli 31,7 % ja hoitotyön keski- ja ylempien johtajien vastausprosentti oli 50,8 %. (Artikkeli III.)

Tammi-helmikuussa 2015 toteutettu ensimmäinen seurantakysely lähetettiin sähköpostitse niille tutkimukseen osallistuneille hoitotyön johtajille, jotka olivat vuoden 2014 lähtötasokyselyssä antaneet luvan ja sähköpostiosoitteensa seurantakyselyn lähettämiseen. Näitä henkilöitä oli 487, joista 370 oli lähijohtajia ja 116 keski- tai ylempää johtajaa. Seurantakyselyyn vastaamisaikaa oli kuukausi ja vastaamisesta muistutettiin kaksi kertaa. Kyselyyn vastasi 249 hoitotyön johtajaa, joista 175 oli hoitotyön lähijohtajaa ja 74 hoitotyön keski- ja ylintä johtajaa. Seurantakyselyn vastausprosentti oli 51,1 %. Lähijohtajien vastausprosentti oli 47,3 % ja hoitotyön keski- ja ylempien johtajien vastausprosentti oli 63,8 %. (Artikkeli IV.)

Toinen seurantakysely toteutettiin tammi-helmikuussa 2016 niille tutkimukseen osallistuneille hoitotyön johtajille, jotka olivat vuoden 2015 kyselyssä antaneet luvan ja sähköpostiosoitteensa toiseen seurantakyselyn lähettämiseen. Näitä hoitotyön johtajia oli 180, joista 129 oli lähijohtajia ja 51 keski- tai ylempää johtajaa. Toiseen seurantakyselyyn vastaamisaikaa oli kuukausi ja vastaamisesta muistutettiin kaksi kertaa. Kyselyyn vastasi 107 hoitotyön johtajaa, joista 72 oli hoitotyön lähijohtajaa ja 35 hoitotyön keski- ja ylintä johtajaa. Toisen seurantakyselyn vastausprosentti oli 59,4 %. Lähijohtajien vastausprosentti oli 55,8 % ja hoitotyön keski- ja ylempien johtajien vastausprosentti oli 68,6 %.

4.3 Aineistojen analysointi

Ensimmäisen vaiheen tutkimusaineisto, kirjallisuuskatsauksessa valitut artikkelit, taulukoitiin siten, että siinä ilmenivät tutkimuksen tekijät, julkaisuvuosi, tutkimuksen kohderyhmä, otoskoko, menetelmä ja osaamisalueet (Woods ym. 2002). Tämän jälkeen tehtiin sisällöllinen tarkastelu induktiivisella sisällön analyysillä, jota ohjasi tutkittavan ilmiön tarkastelunäkökulma; hoitotyön johtajan johtamisosaaminen. Ai-

neisto pelkistettiin ja saman sisältöiset ilmaisut jaoteltiin alakategorioihin, jotka ryhmiteltiin yhteneväisyyksien ja erojen perusteella pääkategorioittain. Nämä kategoriat nimettiin sisällön perusteella johtamisosaamisalueiksi. (Elo & Kyngäs 2008, Granheim & Lundman 2004, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) (Artikkeli I.)

Toisen vaiheen tutkimusaineisto, mittarin esitestauksen aineisto, analysoitiin tilastollisilla menetelmillä käyttäen IBM SPSS Statistics for Windows 21.0 ohjelmaa. Aineistosta tarkasteltiin sisäisen konsistenssin estimaattia Cronbachin α :n avulla. Mittarin reliabiliteettitarkastelussa otettiin huomioon huonosti toimivien (epähomogeenisten) väittämien mahdollinen poisjättäminen. (Nummenmaa 2011.) Tarkastelussa havaittiin kaikkien väittämien toimivan melko hyvin ja yksittäisen väittämän poisjättäminen olisi kasvattanut mittarin reliabiliteettia enintään 0.015 verran. Lisäksi havaittiin kaikkien väittämien korreloivat positiivisesti kokonaispistemäärän kanssa. Tässä yhteydessä, tilastotieteilijän konsultaation jälkeen, päädyttiin väittämien poistamisen olevan tarpeetonta. Mittarin reliabiliteetti oli korkea ($\alpha=0.86-0.98$), ja yksittäiset väittämät korreloivat hyvin (0.008, 0.907) mittarin kokonaispistemäärän kanssa. (DeVellis 2012, Hair ym. 2010.) (Artikkeli II.)

Kolmannessa vaiheessa aineistot käsiteltiin käyttämällä IBM SPSS Statistics for Windows 21.0 ohjelmaa. Aineistot tarkastettiin silmämääräisesti ja SPSS ohjelmistolla virheellisten ja puuttuvien tietojen osalta. Muutamassa taustamuuttujassa huomattiin virheitä, kuten vaihteluväleistä poikkeavia arvoja syntymävuoden ja työkokemuksen osalta. Nämä tarkastettiin ja korjattiin. Vastausvaihto ”ei koske minua” merkittiin puuttuvaksi arvoksi, koska näitä vastauksia oli aineistossa vähän liittyen sattumanvaraisesti vastaajien kesken yksittäisiin väittämiin. Tilastotieteilijän konsultaation jälkeen ratkaisua pidettiin perusteltuna, koska kyselytutkimuksessa kyseinen vastausvaihtoehto aiheuttaa joskus ongelmia aineiston jatkoanalyysille (ks. Williams 2015), vaikka tieto olisi itsessään arvokas tulkittaessa hoitotyön johtajien suhtautumista tutkittavaan ilmiöön.

Taustamuuttujia jouduttiin luokittelemaan uudestaan siten, että jokaisessa luokassa oli riittävästi havaintoja tilastollisia analyyseja varten. Syntymävuosi luokiteltiin iäksi viiteen luokkaan (<30, 30-39, 40-49, 50-59, ≥ 60), siviilisääty luokiteltiin uudeleen kolmeen luokkaan (avio-/avoliitto, naimaton, eronnut/leski) ja koulutus muutettiin korkeimmaksi koulutukseksi, sillä useat vastaajat olivat vastanneet pelkästään sen mukaisesti. Työkokemukset luokiteltiin terveydenhuoltoalan (<10, 10-19, 20-30, >30) ja hoitotyön johtajana toimimisen (<5, 5-9, 10-14, >15) osalta neljään luokkaan sekä nykyisen tehtävän (<1, 1-4, 5-9, 10-14, >15) osalta viiteen luokkaan. Työtehtävän/virkanimikkeen mukaan vastaajat jaettiin lähijohtajiin sekä keski- ja ylempiin

johtajiin. Sairaanhoitopiirit muutettiin viideksi Erva-alueeksi ja työyksikkö luokiteltiin uudelleen kahdeksi (erikoissairaanhoito, perustason sosiaali- ja terveydenhuolto) sekä johdettavien määrä luokiteltiin neljään luokkaan (<20, 20-49, 50-99, ≥100). Lähimmän esimiehen virka-/ammattinimike luokiteltiin kolmeen luokkaan (hoitotyön johtaja, lääkäri johtaja, muu johtaja). Osan taustamuuttujien laatu ja määrä eivät olleet tyydyttäviä (pääasiassa vastaajat vastanneet ”en osaa sanoa” tai vastaus oli tyhjä), jonka vuoksi ne eivät ole mukana analyyseissa. Tällaisia taustamuuttujia olivat vastaajien ilmoittamat alaisten tehtävänimikkeet (tiedot puutteellisia) ja lähes kaikki esimestä koskevat kysymykset (useiden vastaajien kohdalla jätetty tyhjäksi).

Hoitotyön johtajien itsearvioitua johtamisosaamista kuvaavat summamuuttujat muodostettiin hoitotyön johtajien johtamisosaamisen-mittarin[©] rakenteen mukaisesti. Väittämien pistemääristä muodostettiin keskiarvosummamuuttujat (1-5), jossa arvo 1 tarkoitti parasta mahdollista ja arvo 5 huonointa mahdollista osaamista. Summamuuttujissa otettiin huomioon vähintään 80 prosenttiin kyseisen mittarin kysymyksiin vastanneiden vastaukset (Munro 2005, Nummenmaa 2011). Summamuuttujien sisäistä johdonmukaisuutta tarkastettiin Cronbachin alfa-kertoimella. Lisäksi seuranta-aineistojen osalta tehtiin erotusmuuttujat, joilla tarkasteltiin osaamisen muuttumista.

Analyyseissa tarkasteltiin kaikkien taustamuuttujien yksittäistä vaikutusta selitettävään muuttujaan, koska johtamiseen keskeisesti vaikuttavina tekijöinä ovat johtajan henkilökohtaiset ominaisuudet, koulutus, kokemus, työn luonne ja organisaatiorykennä. Tämän vuoksi analyyseissa on tarkasteltu koulutuksen ja työhön liittyvien taustatietojen lisäksi hoitotyön johtajan henkilökohtaisia ominaisuuksia kuvaavia taustamuuttujia, kuten sukupuolta, äidinkieltä ja siviilisäätystä.

Aineistot kuvailtiin muuttujien frekvenssi- ja prosenttijakaumina, keskiarvoina, keskihajontoina ja vaihteluväleinä sekä tarkastelemalla ristiintaulukoinnilla ryhmien välisiä keskiarvoja. Muuttujien jakaumia tutkittiin käyttäen jatkuvan muuttujan frekvenssijakaumaa (histogrammia), tekemällä Kolmogorov-Smirnovin testit sekä tarkastelemalla niiden vinoutta ja huipukkuutta. Tilastollisten testien perusteella muuttujien jakaumat olivat vinosti jakautuneita, jonka vuoksi aineistojen analyyseissä käytettiin epäparametrisia menetelmiä (Mann-Whitneyn U-testi, Wilcoxonin testi). Tilastollisen merkitsevyyden rajana analyyseissa oli $p < 0,05$. (Bowers 2008, Hair ym. 2010, Machin ym. 2007, Nummenmaa 2011, Peat & Barton 2005, Petrie & Sabin 2000.)

Kaikki analyydit toteutettiin erikseen jokaiselle hoitotyön johtajan johtamisosaamisen osa-alueelta kuvaavalle keskiarvosummamuuttujalle. Lisäksi analyydit toteutettiin erikseen lähijohtajien sekä keski- ja ylempien johtajien aineistoille.

5 Tutkimuksen tulokset

Tässä luvussa ensimmäiseksi esitellään kolmannen vaiheen pitkittäismittaukseen osallistuneiden taustatiedot, jonka jälkeen kuvataan hoitotyön johtajien johtamisosaamista ja sen muutosta. Lisäksi kuvataan hoitotyön johtajien johtamisosaamisen muutokseen yhteydessä olevia tekijöitä.

5.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Lähtötasokyselyyn vuonna 2014 vastanneista hoitotyön johtajista (n=1028) lähes kaikki olivat naisia (94,0 %, n=960). Hoitotyön johtajien keski-ikä oli 51,6 vuotta (sd 7,7, vaihteluväli 27–67 vuotta) ja vajaalla puolella heistä oli korkeimpana koulutuksena opistotason tutkinto (40 %, n=411). He olivat toimineet terveydenhuoltoalalla keskimäärin 25,7 vuotta (sd 8,8, vaihteluväli 0-44), hoitotyön johtajana 11,2 vuotta (sd 8,5, vaihteluväli 0-39) ja nykyisessä tehtävässä 6,6 vuotta (sd 6,7, vaihteluväli 0-38). Yli puolet (79,4 %) tutkituista edusti hoitotyön lähijohtoa (n=814) ja viidesosa (20,6 %) hoitotyön keski- ja ylintä johtoa (n=211). Yli puolella (61,2 %, n=629) vastanneista oli esimiehenä hoitotyön johtaja.

Lähtötasokyselyyn osallistuneet lähijohtajat (n=814) olivat toimineet terveydenhuoltoalalla keskimäärin 25,3 vuotta (sd 8,9, vaihteluväli 0-44), hoitotyön johtajana 10,4 vuotta (sd 8,4, vaihteluväli 0-37) ja nykyisessä tehtävässä 6,8 vuotta (sd 6,9, vaihteluväli 0-35). Heistä yli puolet (54,7 %, n=440) työskenteli erikoissairaanhoidossa ja vajaa puolet (45,3 %, n=365) perustason sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Taulukko 3, Artikkelii III.)

Lähtötasokyselyyn osallistuneet hoitotyön keski- ja ylimmät johtajat (n=211) olivat toimineet terveydenhuoltoalalla keskimäärin 27,2 vuotta (sd 8,1, vaihteluväli 2-43), hoitotyön johtajana 14,3 vuotta (sd 8,5, vaihteluväli 0-39) ja nykyisessä tehtävässä 6,1 vuotta (sd 6,1, vaihteluväli 0-38). Heistä lähes puolet (49,3 %, n=104) työskenteli erikoissairaanhoidossa ja hieman yli puolet (50,7 %, n=107) perustason sosiaali- ja terveydenhuollossa (Taulukko 3, Artikkelii III.)

Ensimmäiseen seurantakyselyyn vastanneiden hoitotyön johtajien (n=249) keski-ikä oli 51,7 vuotta (sd 7,5, vaihteluväli 31–67 vuotta). Lähes puolella ensimmäiseen seurantakyselyyn vastanneista hoitotyön johtajista korkeimpana koulutuksena oli kandidaatin tai maisterin tutkinto (47,7 %, n=114). He olivat toimineet terveydenhuoltoalalla keskimäärin 26,2 vuotta (sd 8,8, vaihteluväli 3-43), hoitotyön johtajana 11,9 vuotta (sd 8,3, vaihteluväli 1-40) ja nykyisessä tehtävässä 6,9 vuotta (sd 7,0, vaihteluväli 1-39). Yli puolet (70,3 %) ensimmäiseen seurantakyselyyn vastanneista edusti hoitotyön lähijohtoa (n=175) ja viidesosa (29,7 %) hoitotyön keski- ja ylintä johtoa (n=74). Yli puolella (59,4 %, n=148) vastanneista oli esimiehenä hoitotyön johtaja.

Ensimmäiseen seurantakyselyyn osallistuneet lähijohtajat (n=175) olivat toimineet terveydenhuoltoalalla keskimäärin 26,1 vuotta (sd 8,8, vaihteluväli 4-41), hoitotyön johtajana 11,3 vuotta (sd 8,4, vaihteluväli 1-39) ja nykyisessä tehtävässä 6,9 vuotta (sd 6,9, vaihteluväli 1-36). Heistä yli puolet (52,0 %, n=91) työskenteli erikoissairaanhoidossa ja vajaa puolet (48,0 %, n=84) perustason sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkimukseen osallistuneilla lähijohtajilla oli keskimäärin 38,8 työntekijää johdettavana (sd 29,0, vaihteluväli 2-200). (Taulukko 3, Artikkelin IV.)

Ensimmäiseen seurantakyselyyn osallistuneet hoitotyön keski- ja ylimmät johtajat (n=74) olivat toimineet terveydenhuoltoalalla keskimäärin 26,4 vuotta (sd 8,6, vaihteluväli 3-43), hoitotyön johtajana 13,2 vuotta (sd 7,9, vaihteluväli 2-40) ja nykyisessä tehtävässä 6,8 vuotta (sd 7,1, vaihteluväli 1-39). Heistä reilu kolmannes (36,5 %, n=27) työskenteli erikoissairaanhoidossa ja yli puolet (63,5 %, n=47) perustason sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkimukseen osallistuneilla hoitotyön keski- ja ylimmillä johtajilla oli keskimäärin 220,4 työntekijää johdettavana (sd 235,8, vaihteluväli 4-1800). (Taulukko 3, Artikkelin IV.)

Toiseen seurantakyselyyn ja samalla kaikkiin kolmeen kyselyyn vastanneiden hoitotyön johtajien (n=107) keski-ikä oli 51,4 vuotta (sd 7,7, vaihteluväli 32–64 vuotta) ja yli puolella vastanneista korkeimpana koulutuksena oli kandidaatin tai maisterin tutkinto (55,1 %, n=59). He olivat toimineet terveydenhuoltoalalla keskimäärin 26,1 vuotta (sd 8,7, vaihteluväli 4-42), hoitotyön johtajana 13,2 vuotta (sd 8,4, vaihteluväli 2-35) ja nykyisessä tehtävässä 7,4 vuotta (sd 7,2, vaihteluväli 1-33). Yli puolet (67,3 %) tutkituista edusti hoitotyön lähijohtoa (n=72) ja kolmannes (32,7 %) hoitotyön keski- ja ylintä johtoa (n=35). Lähes puolella (49,5 %, n=53) vastanneista oli esimiehenä hoitotyön johtaja.

Toiseen seurantakyselyyn osallistuneet lähijohtajat (n=72) olivat toimineet terveydenhuoltoalalla keskimäärin 26,0 vuotta (sd 9,2, vaihteluväli 4-40), hoitotyön johtajana 12,8 vuotta (sd 8,7, vaihteluväli 2-34) ja nykyisessä tehtävässä 8,1 vuotta (sd 8,3,

vaihteluväli 1-33). Toiseen seurantakyselyyn vastanneista lähijohtajista yli puolet (61,1 %, n=44) työskenteli erikoissairaanhoidossa ja reilu kolmannes (38,9 %, n=28) perustason sosiaali- ja terveydenhuollossa. Heillä oli keskimäärin 43,3 työntekijää johdettavana (sd 35,3, vaihteluväli 9-250). (Taulukko 3.)

Toiseen seurantakyselyyn osallistuneiden hoitotyön keski- ja ylimmät johtajat (n=35) olivat toimineet terveydenhuoltoalalla keskimäärin 26,1 vuotta (sd 7,7, vaihteluväli 12–42), hoitotyön johtajana 14,2 vuotta (sd 7,6, vaihteluväli 4-35) ja nykyisessä tehtävässä 6,0 vuotta (sd 3,8, vaihteluväli 1-16). Heistä vajaa puolet (45,7 %, n=16) työskenteli erikoissairaanhoidossa ja yli puolet (54,3 %, n=19) perustason sosiaali- ja terveydenhuollossa. Toiseen seurantakyselyyn osallistuneilla hoitotyön keski- ja ylimmillä johtajilla oli keskimäärin 155,0 työntekijää johdettavana (sd 104,9, vaihteluväli 1-360). (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Taustatiedot	Lähtötaso				Seuranta I				Seuranta II			
	lähijohtajat		keski- ja ylemmät johtajat		lähijohtajat		keski- ja ylemmät johtajat		lähijohtajat (n=72)		keski- ja ylemmät johtajat (n=35)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ikä												
< 30	4	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
30–39	97	12,0	11	5,3	18	10,3	7	9,5	8	11,1	4	11,4
40–49	223	27,5	67	32,1	52	29,7	21	28,4	21	29,2	12	34,3
50–59	406	50,1	102	48,8	86	49,1	38	51,4	35	48,6	17	48,6
≥ 60	81	10,0	29	13,9	19	10,9	8	10,8	8	11,1	2	5,7
Sukupuoli												
Nainen	763	94,4	194	92,4	163	93,1	70	94,6	67	93,1	34	97,1
Mies	45	5,6	16	7,6	12	6,9	4	5,4	5	6,9	1	2,9
Siviilisäätö												
Avio-/avoliitto	656	80,7	166	78,7	145	82,9	61	82,4	61	84,7	30	85,7
Naimaton	54	6,6	14	6,6	11	6,3	4	5,4	3	4,2	0	0,0
Leski/eronnut	103	12,7	31	14,7	19	10,8	9	12,2	8	11,1	5	14,3
Äidinkieli												
Suomi	812	99,8	210	99,5	166	94,9	72	97,3	70	97,2	35	100,0
Ruotsi	0	0,0	1	0,5	9	5,1	2	2,7	2	2,8	0	0,0
Muu	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Korkein koulutus												
Opistotason tutkinto	394	48,5	16	7,6	73	43,7	2	2,8	23	31,9	1	2,9
Ammattikorkeakoulututkinto	211	25,9	14	6,6	37	22,2	8	11,1	17	23,6	2	5,7
Kandidaatin / maisterin tutkinto	205	25,3	166	79,1	57	34,1	57	79,2	32	44,4	27	77,1
Lisensiaatin / tohtorin tutkinto	2	0,2	14	6,6	0	0,0	5	6,9	0	0,0	5	14,3
Työkokemus terveydenhuoltoalalta												
< 10	52	6,5	7	3,4	7	4,0	2	2,7	4	5,6	0	0,0
10–19	204	25,3	41	19,7	37	21,4	14	19,2	20	27,8	9	25,7
20–29	304	37,7	82	39,4	54	31,2	27	37,0	22	30,6	17	48,6

jatkuu

≥ 30	246	30,5	78	37,5	75	43,4	30	41,1	26	36,1	9	25,7
Työkokemus hoitotyön johtajana												
< 5	267	34,0	28	13,4	34	20,1	3	4,1	12	16,9	2	5,7
5-9	244	31,0	55	26,3	62	36,7	22	30,1	32	45,1	11	31,4
10-14	111	14,1	53	25,4	24	14,2	25	34,2	8	11,3	12	34,3
≥ 15	164	20,9	73	34,9	49	29	23	31,5	19	26,8	10	28,6
Työkokemus nykyisessä tehtävässä												
< 1	152	19,0	40	19,0	0	0,0	0	0,0	6	9,1	2	6,5
1-4	300	37,4	84	40,0	78	47,3	28	43,8	30	45,5	13	41,9
5-9	187	23,3	55	26,2	56	33,9	24	37,5	19	28,8	12	38,7
10-14	80	10,0	19	9,0	12	7,3	7	10,9	2	3,0	3	9,7
≥ 15	83	10,3	12	5,7	19	11,5	5	7,8	9	13,6	1	3,2
Palvelusuhteen luonne												
Virkasuhde	517	64,1	203	97,6	112	64,0	73	98,6	45	62,5	35	100,0
Työsuhde	289	35,9	5	2,4	63	36,0	1	1,4	27	37,5	0	0,0
Erva-alue												
1	282	35,2	65	31,3	70	40,0	22	29,7	33	45,8	7	20,0
2	150	18,7	45	21,6	38	21,7	18	24,3	16	22,2	12	34,3
3	65	8,1	22	10,6	6	3,4	10	13,5	2	2,8	4	11,4
4	164	20,4	38	18,3	34	19,4	15	20,3	15	20,8	9	25,7
5	141	17,6	38	18,3	27	15,4	9	12,2	6	8,3	3	8,6
Työyksikkö												
Erikoissairaanhoido	440	54,7	104	49,3	91	52,0	27	36,5	44	61,1	16	45,7
perustason sosiaali- ja terveydenhuolto	365	45,3	107	50,7	84	48,0	47	63,5	28	38,9	19	54,3
Organisaation henkilöstömäärä												
< 100	69	9,0	4	1,9	14	8,0	2	2,7	4	5,6	0	0,0
100-499	189	24,6	68	32,2	42	24,0	26	35,1	19	26,4	13	37,1
500-999	109	14,2	33	15,6	21	12,0	9	12,2	9	12,5	3	8,6
1000-5000	264	34,3	65	30,8	62	35,4	25	33,8	22	30,6	13	37,1
>5000	138	17,9	41	19,4	32	18,3	11	14,9	17	23,6	6	17,1
Muu	0	0,0	0	0,0	4	2,3	1	1,4	1	1,4	0	0,0

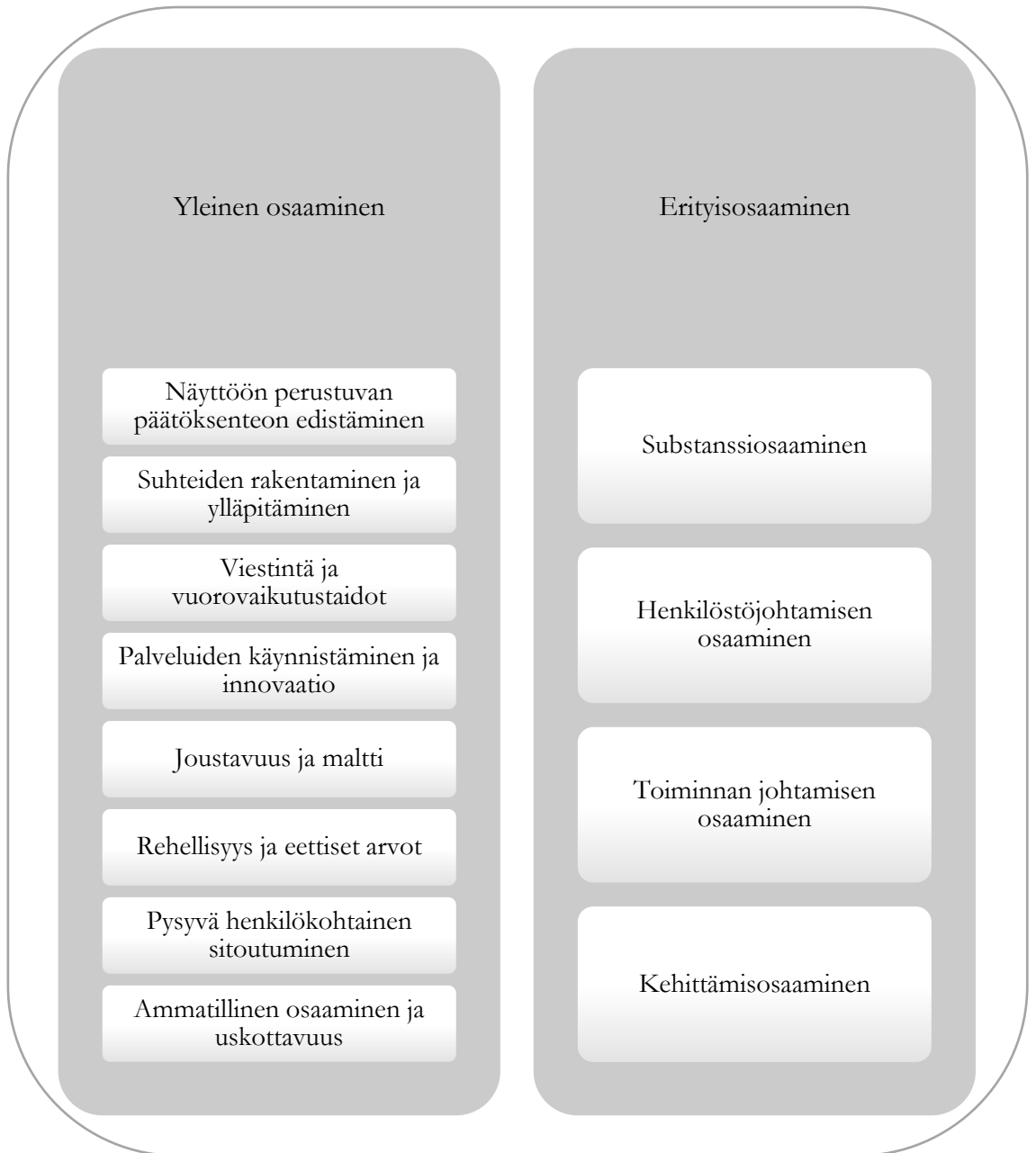
jatkuu

Johdettavien määrä													
<20	195	25,0	5	2,6	28	16,5	6	8,5	17	23,6	5	14,3	
20-49	458	58,8	7	3,7	95	55,9	2	2,8	33	45,8	2	5,7	
50-99	104	13,4	25	13,2	39	22,9	8	11,3	20	27,8	5	14,3	
≥100	22	2,8	152	80,4	8	4,7	55	77,5	2	2,8	23	65,7	
Työ- / virkasuhteen luonne													
Vakinainen/toistaiseksi voimassa oleva	748	92,3	193	91,9	170	97,1	69	93,2	71	98,6	34	97,1	
Määräaikainen/sijainen	62	7,7	17	8,1	5	2,9	5	6,8	1	1,4	1	2,9	
Työaikamuoto													
Yleistyöaika	110	13,6	35	16,8	36	20,6	14	18,9	24	33,3	6	17,1	
Toimistotyöaika	72	8,9	65	31,3	16	9,1	26	35,1	10	13,9	12	34,3	
Jaksotyö, päivätyöluontoinen	497	61,3	3	1,4	101	57,7	1	1,4	34	47,2	1	2,9	
Jaksotyö, vuorotyöluontoinen	34	4,2	1	0,5	6	3,4	1	1,4	3	4,2	0	0,0	
Säännöllinen työaika, 37 h/vko	23	2,8	92	44,2	6	3,4	27	36,5	0	0,0	13	37,1	
Muu	75	9,2	12	5,8	10	5,7	5	6,8	1	1,4	3	8,6	
Asiakas- / potilastyö													
Ei lainkaan	335	41,5	188	89,5	82	46,9	64	86,5	44	61,1	31	88,6	
<25%	302	37,4	19	9,0	62	35,4	8	10,8	16	22,2	4	11,4	
25-49%	104	13,0	1	0,5	22	12,6	2	2,7	8	11,1	0	0,0	
50-75%	44	5,5	1	0,5	5	2,9	0	0,0	3	4,2	0	0,0	
>75%	21	2,6	1	0,5	3	1,7	0	0,0	1	1,4	0	0,0	
Muu	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Esimies													
Hoitotyön johtaja	582	71,6	45	21,3	127	72,6	21	28,4	46	63,9	7	20,0	
Lääkärijohtaja	68	8,4	117	55,5	20	11,4	28	37,8	3	4,2	19	54,3	
Muu johtaja	163	20,0	49	23,2	28	16,0	25	33,8	23	31,9	9	25,7	

5.2 Hoitotyön johtajien johtamisosaaminen

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa hoitotyön johtajien johtamisosaamisen osaamisalueet olivat kirjallisuuskatsauksen perusteella substanssiosaaminen, henkilöstöjohtamisen osaaminen, toiminnan johtamisen osaaminen ja kehittämisosaaminen. Nämä neljä osaamisaluetta sisälsivät kahdesta neljään osa-aluetta. Substanssiosaaminen käsitti *hoitotyön ydinosaamisen* sekä *kliinisen ja teknisen osaamisen*. Henkilöstöjohtamisen osaaminen sisälsi *persoonallisen osaamisen, arvo-osaamisen, sosiaalisen osaamisen* ja *henkilöstöhallinnon*. Toiminnan johtamisen osaamisen osa-alueet olivat *palveluketjuosaaminen, poliittinen ja juridinen osaaminen, tietohallinto-osaaminen* ja *talousosaaminen*. Kehittämisosaaminen muodostui *arviointiosaamisesta, tutkimusosaamisesta* ja *laatuosaamisesta*. (Artikkeli I.)

Tutkimuksen toisessa vaiheessa, joka oli mittarin kehittäminen, täsmentyi hoitotyön johtajan johtamisosaamisen osaamisalueiksi yleinen osaaminen ja erityisosaaminen. Yleinen osaaminen sisälsi kahdeksan osa-aluetta, jotka olivat *näyttöön perustuvan päätöksenteon edistäminen, subteiden rakentaminen ja ylläpitäminen, viestintä ja vuorovaikutustaidot, palveluiden käynnistäminen ja innovaatio, joustavuus ja maltti, rebellisyys ja eettiset arvot, pysyvä henkilökohtainen sitoutuminen* ja *ammattillinen osaaminen ja uskottavuus*. Erityisosaamisen osa-alueet olivat *substanssiosaaminen, henkilöstöjohtamisen osaaminen, toiminnan johtamisen osaaminen* ja *kehittämisosaaminen*. (Kuvio 3, Artikkeli II.)



Kuvio 3. Hoitotyön johtajien johtamisosaaminen

5.3 Hoitotyön johtajien itsearvioitu johtamisosaaminen

Hoitotyön johtajien johtamisosaaminen oli kokonaisuutena melko hyvää. He arvioivat osaavansa paremmin johtamisosaamisen yleisen osaamisen kuin erityisosaamisen. Hoitotyön keski- ja ylempien johtajien arvioinnit johtamisosaamisestaan oli tilastollisesti merkitsevästi parempia kuin hoitotyön lähijohtajien ($p < 0.001$). (Artikkeli III.)

Hoitotyön johtajien johtamisosaamisen yleinen osaaminen oli melko hyvää. Hoitotyön johtajat arvioivat yleisestä osaamisesta vahvimiksi osa-alueiksi *ammattillisen osaamisen ja uskottavuuden* ja heikoimmaksi *viestintä ja vuorovaikutustaidot*. (Artikkeli III.)

Hoitotyön keski- ja ylempät johtajat arvioivat yleisestä osaamisesta vahvimmakseen osaamiseen *rebellisyyden ja eettiset arvot*. Vastaavasti hoitotyön lähijohtajat arvioivat *ammattillisen osaamisen ja uskottavuuden*. Kumpikin hoitotyön johtajaryhmä arvioi heikoimmaksi osaamiseen yleisessä osaamisessa *viestintä ja vuorovaikutustaidot*. (Artikkeli III, taulukko 4.)

Hoitotyön lähijohtajat sekä keski- ja ylempät johtajat poikkesivat tilastollisesti merkittävästi yleisen osaamisen osa-alueiden osalta ($p < 0.001-0.027$). Hoitotyön lähijohtajat arvioivat yleisestä osaamisesta ainoastaan ammattillisen osaamisen ja uskottavuuden paremmaksi kuin keski- ja ylempät johtajat. Muiden osa-alueiden osalta hoitotyön keski- ja ylempien johtajien osaaminen oli parempaa kuin lähijohtajien. (Artikkeli III, taulukko 4.)

Hoitotyön johtajien johtamisosaamisen erityisosaaminen oli melko hyvää. Sekä hoitotyön lähijohtajat että keski- ja ylempät johtajat arvioivat vahvimmakseen osaamiseen erityisosaamisessa *substanssiosaamisen* ja heikoimmakseen *kehittämisaamisen*. (Artikkeli III, taulukko 4.)

Hoitotyön lähijohtajat sekä keski- ja ylempät johtajat poikkesivat tilastollisesti merkittävästi erityisosaamisen osa-alueiden osalta ($p < 0.001$) lukuun ottamatta *substanssiosaamista*, jonka osalta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.295$). Hoitotyön lähijohtajat arvioivat erityisosaamisen muuttujista ainoastaan *substanssiosaamisen* paremmaksi (ka 1.65, sd 0.50, vaihteluväli 1.00–3.86) kuin keski- ja ylempät johtajat (ka 1.71, sd 0.53, vaihteluväli 1.00–3.57). Muiden muuttujien osalta hoitotyön keski- ja ylempät johtajat arvioivat yleisen osaamisensa paremmaksi kuin lähijohtajat. (Artikkeli III, taulukko 4.)

5.4 Hoitotyön johtajien itsearvioidun johtamisosaamisen muutos

Hoitotyön johtajien johtamisosaaminen kokonaisuutena kehittyi myönteisesti lähtötaso- ja seurantakyselyiden välillä. Hoitotyön lähijohtajien arvioinnit johtamisosaamisestaan parantuivat, kun taas hoitotyön keski- ja ylempien johtajien huonontuivat. (taulukko 4, Artikkelin IV.)

Yleisessä osaamisessa johtajien itsensä arvioimana tapahtui muutosta ensimmäisen ja toisen seurantavuoden aikana. Ensimmäisen seurantavuoden aikana tilastollisesti merkitsevää muutosta tapahtui *rebelliisyyden ja eettisten arvojen* ($p < 0.001$), *pysyvän henkilökohtaisen sitoutumisen* sekä *ammattillisen osaamisen ja uskottavuuden* osalta ($p = 0.021$). Hoitotyön johtajien osaaminen näiltä osin huonontui lähtötilanteeseen verrattuna. Vastaavasti hoitotyön lähijohtajien sekä keski- ja ylempien johtajien yleisen osaamisen muutos poikkesi tilastollisesti toisistaan vain *pysyvän henkilökohtaisen sitoutumisen* ($p = 0.008$) ja *ammattillinen osaaminen ja uskottavuuden* ($p = 0.021$) osalta. Kummallakin hoitotyön johtajaryhmällä osaamisen arvioinnit näiltä osin huonontuivat siten, että lähijohtajilla enemmän *pysyvä henkilökohtainen sitoutuminen* ja keski- ja ylempillä johtajilla *ammattillinen osaaminen ja uskottavuus*. (Taulukko 4, Artikkelin IV.)

Toisen seurantavuoden aikana hoitotyön johtajien johtamisosaamisen yleisen osaamisen osa-alueista *näyttöön perustuvan päätöksenteon edistäminen* ($p = 0.002$), *palveluiden käynnistäminen ja innovaatiot* ($p = 0.050$) sekä *joustavuus ja maltti* ($p = 0.037$) muuttuivat tilastollisesti merkitsevästi. Niiden osalta hoitotyön johtajien osaaminen vahvistui. Hoitotyön lähijohtajien sekä keski- ja ylempien johtajien yleisen osaamisen muutos poikkesi tilastollisesti toisistaan vain *näyttöön perustuvan päätöksenteon edistämisen* ($p = 0.002$), *palveluiden käynnistämisen ja innovaatioiden* ($p = 0.050$) sekä *joustavuuden ja maltin* ($p = 0.037$) osalta. Hoitotyön lähiesimiesten *näyttöön perustuvan päätöksenteon edistämisen* osaaminen kehittyi, kun taas keski- ja ylempillä johtajilla se huonontui. Hoitotyön lähiesimiesten *palveluiden käynnistämisen ja innovaatioiden* osaaminen kehittyi enemmän kuin keski- ja ylempillä johtajilla. Vastaavasti *joustavuuden ja maltin* osaaminen oli hoitotyön lähijohtajilla muuttunut paremmaksi, kun taas keski- ja ylempillä johtajilla huonontunut (ka 0.02, sd 0.32, vaihteluväli -0.67–0.73). (Taulukko 4.)

Erityisosaamisessa johtajien itsensä arvioimana tapahtui muutosta ensimmäisen ja toisen seurantavuoden aikana. Ensimmäisen seurantavuoden aikana hoitotyön johtajien johtamisosaamisen erityisosaaminen osa-alueista *kehittämisaaminen* muuttui tilastollisesti merkitsevästi. Se kehittyi kaikilla sen osa-alueilla; arviointi-, tutkimus- ja laatuosaamisessa. Hoitotyön lähijohtajien sekä keski- ja ylempien johtajien erityisosaamisen osa-alueista *substanssiosaamisen* ($p < 0.001$) ja *kehittämisaamisen* ($p = 0.043$)

muutos poikkesi tilastollisesti toisistaan. Niiden osalta hoitotyön lähijohtajan osaaminen kehittyi enemmän kuin keski- ja ylempien johtajien. (Taulukko 4, Artikkelin IV.)

Toisen seurantavuoden aikana hoitotyön johtajien johtamisosaamisen erityisosaamisen osa-alueista johtajien *henkilöstöjohtamisen osaamisen* muutos oli ainoastaan tilastollisesti merkitsevä ($p=0.033$). Se kehittyi persoonallisen, arvo- ja sosiaalisen osaamisen sekä henkilöstöhallinnon osalta. Hoitotyön lähijohtajien sekä keski- ja ylempien johtajien erityisosaamisen muutos poikkesi tilastollisesti toisistaan vain *henkilöstöjohtamisen osaamisen* ($p=0.033$) osalta. Hoitotyön lähiesimiehillä osaaminen oli kehittynyt, kun taas keski- ja ylempillä johtajilla se oli huonontunut. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Hoitotyön lähijohtajien sekä keski- ja ylempien johtajien johtamisosaaminen ja sen muutos

Yleisen osaamisen muuttajat	Ryhmä 1=lähijohtajat, 2=keski- ja ylempät johtajat	Lähtötasokysely		1. seurantakysely		muutos	2. seurantakysely		muutos
		ka	sd	ka	sd	1-2	ka	sd	1-3
						ka			ka
Johtamisosaaminen	1	2.11	0.42	2.05	0.41	0.00	1.97	0.34	-0.12
	2	1.93	0.40	1.88	0.38	0.02	1.91	0.33	0.04
Yleinen osaaminen	1	2.05	0.41	2.01	0.40	0.03	1.94	0.39	-0.09
	2	1.92	0.39	1.86	0,36	0.01	1.87	0.35	0.03
<i>Näyttöön perustuvan päätöksenteon edistäminen</i>	1	1.73	0.52	2.00	0.45	0.00	1.89	0.45	-0.18
	2	1.90	0.56	1.76	0.41	-0.01	1.81	0.43	0.04
<i>Subteiden rakentaminen ja ylläpitäminen</i>	1	1.88	0.46	1.85	0.45	0.04	1.83	0.43	-0.05
	2	1.75	0.46	1.67	0.41	-0.06	1.76	0.39	0.05
<i>Viestintä ja vuorovaikutustaidot</i>	1	2.31	0.57	2.28	0.58	0.05	2.19	0.61	-0.09
	2	2.13	0.50	2.01	0.50	-0.05	2.18	0.51	0.06
<i>Palveluiden käynnistäminen ja innovaatio</i>	1	2.15	0.51	2.15	0.49	0.02	2.05	0.51	-0.13
	2	1.93	0.49	1.90	0.49	-0.00	1.91	0.51	-0.04
<i>Joustavuus ja maltti</i>	1	1.92	0.46	2.15	0.47	0.04	2.06	0.46	-0.11
	2	1.71	0.44	2.00	0.42	0.02	1.95	0.37	0.02
<i>Rebellisyys ja eettiset arvot</i>	1	2.18	0.50	1.85	0.44	0.00	1.85	0.43	-0.09
	2	1.95	0.51	1.71	0.42	0.03	1.65	0.36	-0.04
<i>Pysynä henkilökohtainen sitoutuminen</i>	1	2.05	0.47	2.04	0.50	0.07	1.94	0.50	-0.07
	2	1.78	0.42	1.87	0.45	0.07	1.83	0.44	0.06

jatkuu

<i>Ammatillinen osaaminen ja uskot-</i>	1	2.09	0.51	1.67	0.49	0.05	1.69	0.43	0.05
<i>tavuus</i>	2	1.89	0.50	1.93	0.48	0.10	2.00	0.48	0.09
Erityisosaaminen	1	2.20	0.48	2.10	0.47	-0.03	2.00	0.36	-0.15
	2	1.95	0.45	1.90	0.44	0.03	1.96	0.40	0.05
<i>Substanssiosaaminen</i>	1	1.66	0.50	1.57	0.49	-0.12	1.55	0.42	-0.02
	2	1.71	0.54	1.70	0.61	-0.00	1.73	0.60	0.03
<i>Henkilöstöjohtamisen osaaminen</i>	1	1.95	0.45	1.89	0.45	-0.01	1.82	0.44	-0.09
	2	1.81	0.42	1.78	0.41	0.05	1.83	0.41	0.03
<i>Toiminnan johtamisen osaaminen</i>	1	2.34	0.55	2.23	0.55	-0.04	2.14	0.41	-0.15
	2	1.98	0.51	1.93	0.50	0.04	2.04	0.45	0.04
<i>Kehittämisaosaaminen</i>	1	2.58	0.67	2.39	0.64	-0.07	2.27	0.64	-0.15
	2	2.24	0.66	2.14	0.63	0.01	2.24	0.67	0.07

5.5 Hoitotyön johtajien itsearvioidun johtamisosaamisen muutokseen yhteydessä olevat tekijät

Hoitotyön johtajien johtamisosaamisen muutokseen useimmiten oli yhteydessä vastaajan äidinkieli, siviilisääty, työ-/virkasuhteen luonne, oliko mukana asiakas-/potilastyössä ja sukupuoli (Kuvio 4).

Ensimmäisessä seurantakyselyssä hoitotyön johtajien (n=249) sukupuolella, siviilisäädyltä, työkokemuksella nykyisessä tehtävässä, palvelusuhteen luonteella ja asiakas-/potilastyöllä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys siihen miten johtajat itse arvioivat johtamisosaamisensa **yleisessä osaamisessa** tapahtunutta muutosta (Kuvio 4).

Miesten ja naisten *rebellisyyden ja eettisten arvojen* osaaminen huonontui ($p=0.022$). Leskien ja eronneiden hoitotyön johtajien *subteiden rakentaminen ja ylläpitäminen* kehittyi ($p=0.003$), kun taas avio-/avoliitossa olevien hoitotyön johtajien huonontui. Leskien ja eronneiden hoitotyön johtajien *pysyvä henkilökohtainen sitoutuminen* huonontui ($p<0.001$) vähemmän kuin muiden siviilisäädyn omaavien hoitotyön johtajien. 1-4 vuotta nykyisessä tehtävässä olleiden osaaminen kehittyi *näyttöön perustuvan päätöksenteon edistämisen* ($p=0.033$) sekä *subteiden rakentamisen ja ylläpitämisen* ($p=0.044$) osalta. Työsuhteisten hoitotyön johtajien *rebellisyys ja eettiset arvot* kehittyivät, kun taas virkasuhteisten huonontuivat ($p=0.043$). Hoitotyön johtaja, joka teki 25–49% asiakas-/potilastyötä, vahvisti *näyttöön perustuvan päätöksenteon edistämistä* ($p=0.005$), *palveluiden käynnistämistä ja innovaatioita* ($p<0.001$) sekä *pysyvää henkilökohtaista sitoutumista* ($p<0.001$).

Toisessa seurantakyselyssä hoitotyön johtajien (n=107) sukupuolella, siviilisäädyltä, äidinkielellä, korkeimmalla koulutuksella, työkokemuksella terveydenhuoltoalalta ja nykyisessä tehtävässä, työ-/virkasuhteen luonteella ja työaikamuodolla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys siihen miten johtajat itse arvioivat johtamisosaamisensa **yleisessä osaamisessa** tapahtunutta muutosta (Kuvio 3).

Naisten *viestintä ja vuorovaikutustaidot* kehittyivät ($p=0.022$). Leskien/eronneiden hoitotyön johtajien *subteiden rakentaminen ja ylläpitäminen* kehittyi sekä *pysyvä henkilökohtainen sitoutuminen* huonontui. Avio-/avoliitossa olevien hoitotyön johtajien *palveluiden käynnistäminen ja innovaatio-osaaminen* kehittyi ($p=0.025$). Vastaavasti naimattomilla hoitotyön johtajilla kehittyi *joustavuus ja maltti* ($p=0.007$). Äidinkieleltään ruotsinkielisten hoitotyön johtajien *viestintä ja vuorovaikutustaidot* ($p=0.022$), *palveluiden käynnistä-*

minen ja innovaatiot ($p=0.001$), *rebellisyys ja eettiset arvot* ($p<0.001$) sekä *pysyvä henkilököhtainen sitoutuminen* ($p=0.003$) kehittyi. Vastaavasti äidinkieleltään suomenkielisten osaaminen kehittyi *subteiden rakentamisen ja ylläpitämisen* osalta ($p=0.003$).

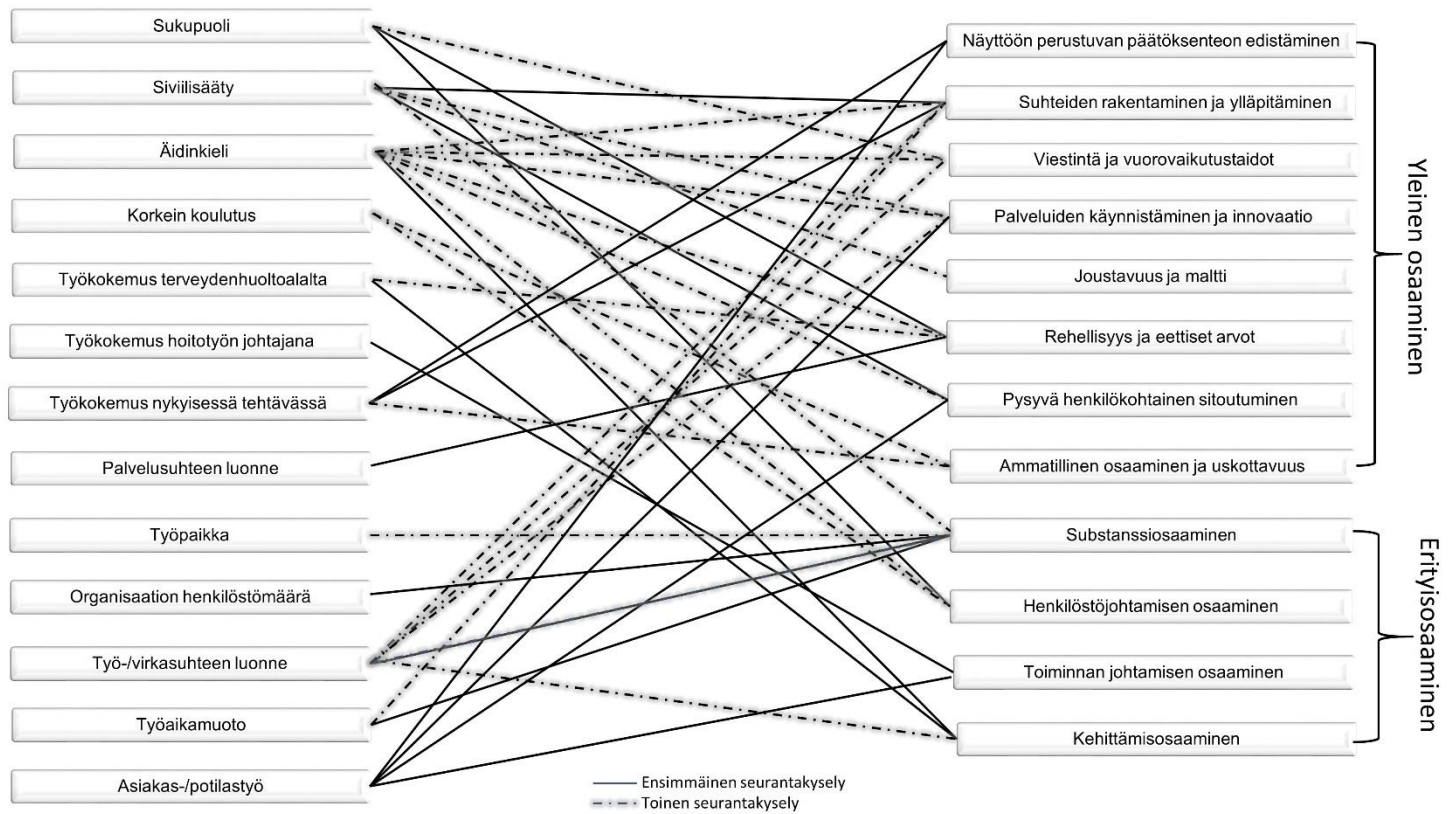
Hoitotyön johtajien, jotka olivat korkeimmaltaan koulutukseltaan opistotasaisen tutkinnon suorittaneita, huonontui vähemmän *ammattillinen osaaminen ja uskottavuus* ($p<0.001$) kuin muiden tutkinnon suorittaneiden. Alta 10 vuotta terveydenhuollossa työskennelleiden hoitotyön johtajien *rebellisyys ja eettiset arvot* kehittyi ($p=0.041$). Vastaavasti yli 15 vuotta nykyisessä tehtävässä olleiden *ammattillinen osaaminen ja uskottavuus* ($p=0.004$) kehittyivät. Vakituudessa/toistaiseksi voimassa olevassa työ-/virkasuhteessa olevien hoitotyön johtajien osaaminen vahvistui *subteiden rakentamisen ja ylläpitämisen* ($p<0.001$) osalta. Vastaavasti määräaikaisena/sijaisena olevien hoitotyön johtajien osaaminen parantui *viestintä ja vuorovaikutustaitojen* ($p=0.022$) sekä *palveluiden käynnistämisen ja innovaatioiden* ($p=0.001$) osalta. Muussa työaikamuodossa olevan hoitotyön johtajan *subteiden rakentamisen ja ylläpitämisen* osaaminen ($p=0.006$) vahvistui enemmän kuin muissa työaikamuodoissa olevien hoitotyön johtajien.

Ensimmäisessä seurantakyselyssä hoitotyön johtajien ($n=249$) sukupuoliella, äidinkielellä, työkokemuksella terveydenhuoltoalalta ja hoitotyön johtajana, työ-/virkasuhteen luonteella, organisaation henkilöstömäärällä, työaikamuodolla sekä johtajan tekemällä asiakas-/potilastyöllä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys siihen miten johtajat itse arvioivat johtamisosaamisensa **erityisosaamisessa** tapahtunutta muutosta (Kuvio 3).

Miesten *henkilöstöjohtamisen osaaminen* huonontui ($p=0.032$). Äidinkieleltään ruotsinkielisten hoitotyön johtajien *kehittämisaosaaminen* parantui ($p=0.028$). Samoin yli 30 vuotta terveydenhuollossa työskennelleiden *kehittämisaosaaminen* ($p=0.032$) kehittyi, kun taas alta 10 vuotta olleiden huonontui. Hoitotyön johtajien, jotka olivat olleet 5–9 vuotta hoitotyön johtajina, parantui *toiminnan johtamisen osaaminen* ($p=0.018$), kun taas alle 5 vuotta olleiden huonontui. Vakituudessa/toistaiseksi voimassa olevassa työ-/virkasuhteessa olevien hoitotyön johtajien osaaminen vahvistui *substanssiosaamisen* ($p<0.001$) osalta. Hoitotyön johtajien, jotka työskentelevät 500–999 työntekijän organisaatiossa, *substanssiosaaminen* vahvistui ($p=0.001$). Myös yleistyöajassa olevien hoitotyön johtajien *substanssiosaaminen* vahvistui ($p=0.020$) kuin muissa työaikamuodoissa olevien hoitotyön johtajien. Hoitotyön johtajan, joka teki 25–49% asiakas-/potilastyötä, *toiminnan johtamisen osaaminen* vahvistui ($p=0.001$).

Toisessa seurantakyselyssä hoitotyön johtajien ($n=107$) siviilisäädellä, äidinkielellä, korkeimmalla koulutuksella, työpaikalla ja työ-/virkasuhteen luonteella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys siihen miten johtajat itse arvioivat johtamisosaamisensa **erityisosaamisessa** tapahtunutta muutosta (Kuvio 3).

Leskien/eronneiden hoitotyön johtajien *substanssiosaaminen* ($p < 0.001$) kehittyi, mutta naimattomien huonontui. Äidinkieleltään ruotsinkielisten hoitotyön johtajien *henkilöstöjohtamisen osaaminen* ($p = 0.007$) kehittyi. Hoitotyön johtajien, jotka olivat korkeimmaltaan koulutukseltaan opistotasaisen tutkinnon suorittaneita, kehittyi *henkilöstöjohtamisen osaaminen* ($p = 0.036$). Perustason sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien hoitotyön johtajien *substanssiosaaminen* vahvistui, kun taas erikoissairanhoidossa huonontui ($p = 0.049$). Vakituudessa/toistaiseksi voimassa olevassa työ-/virkasuhteessa olevien hoitotyön johtajien osaaminen vahvistui *substanssiosaamisen* ($p < 0.001$) ja *kehittämisaamisen* ($p = 0.035$) osalta



Kuvio 4. Hoitotyön johtajien johtamisosaamisen muutokseen yhteydessä olevat tekijät

Tarkasteltaessa erikseen hoitotyön lähijohtajia havaittiin, että useimmiten äidinkielellä, työsuhteella, sukupuolella ja siviilisäädillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys siihen miten johtajat itse arvioivat johtamisaamisensa **yleisessä osaamisessa** tapahtunutta muutosta (Kuvio 5).

Ensimmäisessä seurantakyselyssä hoitotyön lähijohtajien (n=175) iällä, sukupuolella, siviilisäädillä, työkokemuksella nykyisessä tehtävässä, työ-/virkasuhteen luonteella ja johtajan tekemällä asiakas-/potilastyöllä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys siihen miten johtajat itse arvioivat johtamisaamisensa **yleisessä osaamisessa** tapahtunutta muutosta (Kuvio 5).

Kaikissa ikäluokissa lähijohtajien *pysyvä henkilökohtainen sitoutuminen* huonontui ($p=0.048$). Naisten *viestintä ja vuorovaikutustaidot* ($p=0.037$) sekä *pysyvä henkilökohtainen sitoutuminen* ($p=0.025$) heikentyivät vähemmän kuin miesten. Miesten osaaminen parantui *rebellisyyden ja eettisten arvojen* osalta ($p=0.027$). Lähijohtajien, jotka olivat siviilisäädyltään leskiä/eronneita, osaaminen vahvistui *suhteiden rakentamisen ja ylläpitämisen* ($p<0.001$), mutta huonontui *pysyvä henkilökohtaisen sitoutumisen* ($p<0.001$) osalta. 1-4 vuotta nykyisessä tehtävässä olleiden osaaminen heikentyi *ammattillisen osaamisen ja uskottavuuden* ($p=0.035$) osalta. Vakinaisessa/toistaiseksi voimassa olevassa työ-/virkasuhteessa olevien lähijohtajien *pysyvä henkilökohtainen sitoutuminen* ($p<0.001$) heikentyi vähemmän kuin määräaikaisena/sijaisena olevien. 25–49% asiakas-/potilastyötä tekevien lähijohtajien osaaminen vahvistui *palveluiden käynnistämisen ja innovaatioiden* ($p<0.001$) sekä *pysyvän henkilökohtaisen sitoutumisen* ($p=0.041$) osalta.

Toisessa seurantakyselyssä hoitotyön lähijohtajien (n=72) sukupuolella, siviilisäädillä, äidinkielellä, työkokemuksella nykyisessä tehtävässä, erityisvastuualueella, työ-/virkasuhteen luonteella, työaikamuodolla sekä esimiehellä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys siihen miten johtajat itse arvioivat johtamisaamisensa **yleisessä osaamisessa** tapahtunutta muutosta (Kuvio 5).

Naisten osaaminen kehittyi *rebellisyyden ja eettisten arvojen* osalta ($p=0.049$). Avio-/avolitossa olevien lähijohtajien *pysyvä henkilökohtainen sitoutuminen* ($p=0.017$) ja äidinkieleltään suomenkielisten lähijohtajien *suhteiden rakentaminen ja ylläpitäminen* ($p=0.048$) kehittyi. Vastaavasti äidinkieleltään ruotsinkielisten vahvistui *palveluiden käynnistämisen ja innovaatioiden* ($p=0.037$), *rebellisyyden ja eettisten arvojen* ($p=0.003$) sekä *pysyvän henkilökohtaisen sitoutumisen* ($p=0.031$) osalta. Yli 15 vuotta nykyisessä tehtävässä olleiden osaaminen kehittyi *suhteiden rakentaminen ja ylläpitäminen* ($p=0.045$) osalta. Kaikilla erityisvastuualueilla huonontui lähijohtajien *ammattillinen osaaminen ja uskottavuus* ($p=0.004$). Vakinaisessa/toistaiseksi voimassa olevassa työ-/virkasuhteessa olevien lähijohtajien *suhteiden rakentaminen ja ylläpitäminen* ($p<0.001$), *palveluiden*

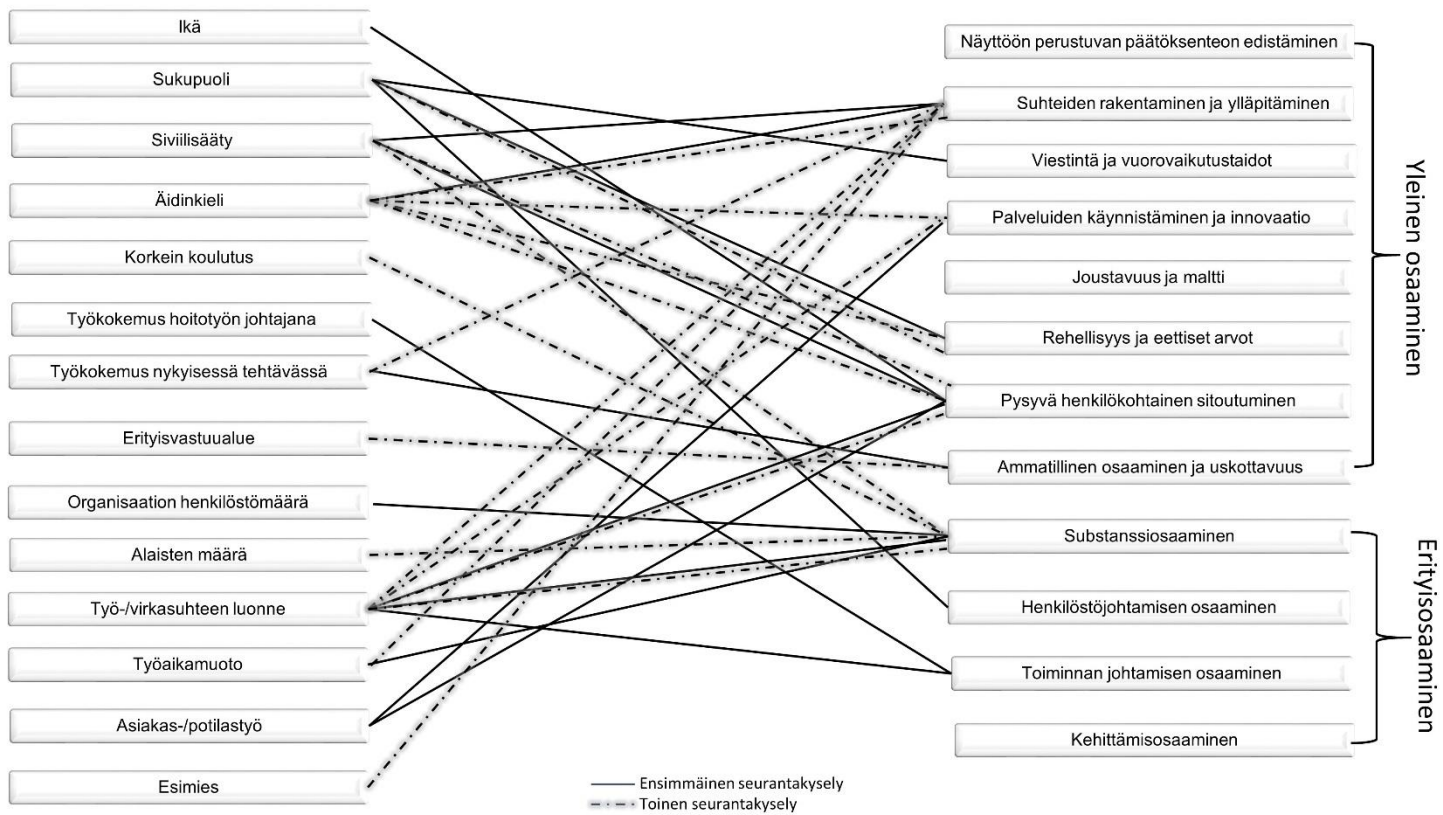
käynnistäminen ja innovaatiot ($p=0.037$) sekä *pysyvä henkilökoktainen sitoutuminen* ($p=0.031$) vahvistuivat. Yleistyoajassa olevien lähiesimiesten *subteiden rakentaminen ja ylläpitäminen* kehittyi ($p=0.004$). Lääkärijohtajan alaisuudessa olleiden lähijohtajien *subteiden rakentamisen ja ylläpitämisen osaaminen* oli kehittynyt ($p=0.010$).

Ensimmäisessä seurantakyselyssä hoitotyön lähijohtajien ($n=175$) sukupuolella, työkokemuksella hoitotyön johtajana, organisaation henkilöstömäärällä, työ-/virkasuhteen luonteella ja työaikamuodolla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys siihen miten johtajat itse arvioivat johtamisosaamisensa **erityisosaamisessa** tapahtunutta muutosta (Kuvio 4, Artikkelin IV).

Naisten osaaminen parantui *henkilöstöjohtamisen osaamisen* ($p=0.046$) osalta. Hoitotyön johtajana 5-9 vuotta toimineiden lähijohtajien *toiminnan johtamisen osaaminen* kehittyi ($p=0.047$). Hoitotyön lähijohtajat, jotka työskentelivät 500–999 työntekijän organisaatiossa, arvioivat *substanssiosaamisensa* kehittyneen ($p=0.002$). Vakinaisessa/toistaiseksi voimassa olevassa työ-/virkasuhteessa olevien lähijohtajien *substanssiosaaminen* ($p=0.039$) sekä *toiminnan johtamisen osaaminen* ($p=0.048$) vahvistui enemmän kuin määräaikaisena/sijaisena olevien. Muussa työajassa työskentelevien lähijohtajien *substanssiosaaminen* vahvistui ($p=0.005$). (Artikkeli IV.)

Toisessa seurantakyselyssä hoitotyön lähijohtajien ($n=72$) siviilisäädyltä, korkeimmalla koulutuksella, alaisten määrällä ja työ-/virkasuhteen luonteella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys siihen miten johtajat itse arvioivat johtamisosaamisensa **erityisosaamisessa** tapahtunutta muutosta (Kuvio 4).

Lähijohtajien, jotka olivat siviilisäädyltään leskiä/eronneita, osaaminen vahvistui *substanssiosaamisen* osalta ($p=0.001$). Samoin *substanssiosaaminen* kehittyi lähijohtajilla, joiden korkein suorittama tutkinto on ammattikorkeakoulutasoinen ($p=0.049$). Vastaavasti 50–99 työntekijän esimiehenä olevien lähijohtajien *substanssiosaaminen* kehittyi ($p=0.010$), kuten myös vakinaisessa/toistaiseksi voimassa olevassa työ-/virkasuhteessa olevien lähijohtajien ($p<0.001$).



Kuvio 5. Lähijohtajien johtamisaamisen muutokseen yhteydessä olevat tekijät

Tarkasteltaessa lähemmin hoitotyön keski- ja ylempien johtajia havaittiin, että useimmiten työsuhde, organisaation henkilöstömäärä ja työaikamuoto oli yhteydessä siihen miten johtajat itse arvioivat johtamisosaamisensa **yleisessä osaamisessa** tapahtunutta muutosta.

Ensimmäisessä seurantakyselyssä keski- ja ylempien johtajien (n=74) siviilisäädyllä, äidinkielellä, työkokemuksella terveydenhuoltoalalla, erityisvastuualueella, organisaation henkilöstömäärällä, alaisten määrällä, työ-/virkasuhteen luonteella, työaikamuodolla sekä johtajan tekemällä asiakas-/potilastyöllä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys siihen miten johtajat itse arvioivat johtamisosaamisensa **yleisessä osaamisessa** tapahtunutta muutosta (Kuvio 6; Artikkelin IV).

Naimattomien keski- ja ylempien johtajien *rehellisyys ja eettiset arvot* (p=0.021) vahvistuivat, kun taas äidinkieleltään suomenkielisten osaaminen huonontui (p=0.035) tältä osin. Alta 10 vuotta terveydenhuollon työkokemusta omaavien keski- ja ylempien johtajien *palveluiden käynnistämisen ja innovaatioiden* osaaminen (p=0.037) kehittyi. Erityisvastuualueella ”2” huonontui vähemmän *ammattillinen osaaminen ja uskottavuus* kuin muilla erityisvastuualueilla (p=0.017). Yli 5000 työntekijän organisaatiossa työskentelevien keski- ja ylempien johtajien *joustavuuden ja maltin* osaaminen (p=0.007) lisääntyi, kun taas heidän *pysyvä henkilökohtainen sitoutuminen* huonontui (p=0.047). Yli 100 työntekijän esimiehen *joustavuuden ja maltin* osaaminen (p=0.011) pysyi ennallaan. Sijaisena/määräaikaisena olevien keski- ja ylempien johtajien *viestintä ja vuorovaikutustaidot* parantui (p=0.022) enemmän kuin vakinaisena/toistaiseksi voimassa olevassa työ-/virkasuhteessa olevien. Yleistyoajassa olevien keski- ja ylempien johtajien osaaminen kehittyi *subteiden rakentamisen ja ylläpitämisen* (p=0.033), *viestintä ja vuorovaikutustaitojen* (p=0.005) sekä *palveluiden käynnistämisen ja innovaatioiden* (p=0.007) osalta. Hoitotyön keski- ja ylempät johtajat, jotka tekivät 25–49% asiakas-/potilastyötä, *pysyvä henkilökohtainen sitoutuminen* (p=0.012) kehittyi, kun taas ei lainkaan asiakas-/potilastyötä tekevien huonontui. (Artikkeli IV.)

Toisessa seurantakyselyssä hoitotyön keski- ja ylempien johtajien (n=35) sukupuolella, työkokemuksella nykyisessä tehtävässä ja työ-/virkasuhteen luonteella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys siihen miten johtajat itse arvioivat johtamisosaamisensa **yleisessä osaamisessa** tapahtunutta muutosta (Kuvio 5).

Naisten *palveluiden käynnistämiseen ja innovaatioihin* liittyvä osaaminen kehittyi enemmän kuin miesten (p=0.039). Alle vuoden nykyisessä tehtävässä olleilla johtajilla vahvistui *ammattillinen osaaminen ja uskottavuus* (p=0.025). Vakinaisessa/toistaiseksi voi-

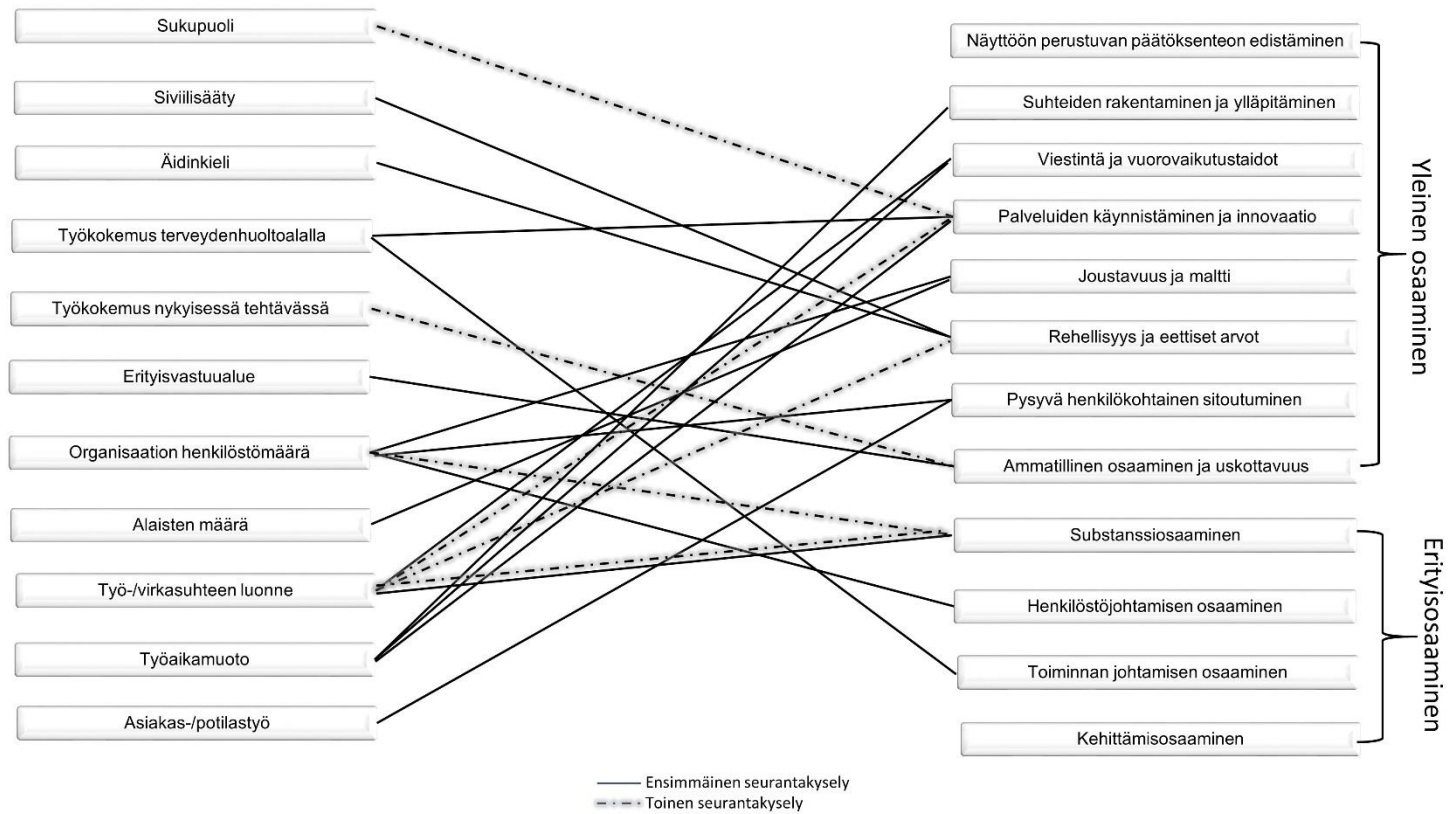
massa olevassa työ-/virkasuhteessa olevan keski- ja ylemmän johtajan osaaminen kehittyi *palveluiden käynnistämisen ja innovaatioiden* ($p=0.039$) sekä *rebellisyyden ja eettisten arvojen* ($p=0.039$) osalta.

Ensimmäisessä seurantakyselyssä hoitotyön keski- ja ylempien johtajien ($n=175$) työkokemuksella terveydenhuoltoalalla, organisaation henkilöstömäärällä ja työ-/virkasuhteen luonteella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys siihen miten johtajat itse arvioivat johtamisosaaamisensa **erityisosaamisessa** tapahtunutta muutosta (Kuvio 5).

Alle 10 vuotta terveydenhuollon työkokemusta omaavien keski- ja ylempien johtajien *toiminnan johtamisen osaaminen* kehittyi muita enemmän ($p=0.028$). Vastaavasti pienissä, alle 100 työntekijän, organisaatioissa työskentelevien keski- ja ylempien johtajien *henkilöstöjohtaminen osaaminen* parantui ($p=0.004$). Vakinaisessa/toistaiseksi voimassa olevassa työ-/virkasuhteessa olevan keski- ja ylemmän johtajan osaaminen kehittyi *substanssiosaamisen* osalta ($p=0.001$).

Toisessa seurantakyselyssä hoitotyön keski- ja ylempien johtajien ($n=35$) työ-/virkasuhteen luonteella ja organisaation henkilöstömäärällä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys siihen miten johtajat itse arvioivat johtamisosaaamisensa **erityisosaamisessa** tapahtunutta muutosta (Kuvio 5).

Vakinaisessa/toistaiseksi voimassa olevassa työ-/virkasuhteessa olevan johtajan osaaminen oli kehittynyt, mutta määräaikaisena/sijaisena toimivan heikentynyt ($p=0.001$). 500–999 työntekijän organisaatioissa työskentelevien johtajien *substanssiosaaminen* kehittyi enemmän kuin muun kokoisissa organisaatioissa työskentelevien ($p=0.049$).



Kuvio 6. Keski- ja ylempien johtajien johtamisosaamisen muutokseen yhteydessä olevat tekijät

6 Pohdinta

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan tutkimusvaiheittain; kirjallisuuskatsauksen, mittarin ja mittausten luotettavuutena. Lisäksi arvioidaan otantaan ja otoksen edustavuuteen liittyviä tekijöitä sekä tulosten luotettavuutta.

Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen, kirjallisuuskatsauksen, luotettavuutta arvioidaan tutkimusartikkeleiden haun, valinnan ja tehdyn synteesin läpinäkyvyyden kautta (Parahoo 2006, Woods ym. 2002). Kirjallisuuskatsauksen aineisto kerättiin systemaattisella haulla tutkimuskysymyksen kannalta oleellista tietoa sisältävistä tietokannoista (Cook ym. 1997). Hakuprosessin toteuttamisessa hyödynnettiin terveys- ja lääketieteellisen kirjaston informaation tukea käyttäen asiasanahakemistoja ja monipuolisesti eri tietokantoja ilmiön luonteesta johtuen. Näin haun voitiin olettaa edustavan kattavasti ja laajasti hoitotyön johtajien johtamisosaamista koskevaa tai sitä sivuavaa tutkimusta. Tosin tietokantahaku olisi voinut olla monipuolisempi. (Artikkeli I.)

Tutkimuskysymykset, valintakriteerit ja kielellinen raja- ja englanninkielisiin tutkimuksiin ohjasivat kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettujen 13 tutkimusartikkelin valintaa (Artikkeli I). Tutkimukset taulukoitiin tutkimuksen tekijöiden, aineiston, tutkimusmenetelmien ja keskeisten tulosten osalta. Näillä yksiselitteisillä ja selkeillä valintakriteereillä sekä tutkimusartikkelien sisällön taulukoinnilla on pyritty vähentämään valikoitumisharhaa. (Khan ym. 2003, Kylmä & Juvakka 2007.)

Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset analysoitiin käyttäen sisällön analyysimenetelmää, joka soveltuu käytettäväksi hoitotieteelliselle laadulliselle aineistolle (Elo & Kyngäs 2008). Kirjallisuuskatsauksessa katsottiin induktiivisesti mitä on hoitotyön johtamisesta tutkittu ja todettu, jonka vuoksi sisällön analyysia ohjasi tutkimuskysymys ”mitä on hoitotyön johtajien johtamisosaaminen”. Tämän analyysin perusteella muotoutui johtamisosaamisen osa-alueet, joille pyrittiin antamaan sisältöä kuvaavat nimet. Luokkien nimet kuvaavat pääosin sisältöä, mutta nimeämisen loogisuus ja käsitteiden teoreettisuus ei kaikilta osin ole onnistunut. Tällainen epäloogisuus nimeämisessä on esimerkiksi johtamisosaamisen osa-alue henkilöstöjohtami-

nen. Kyseinen teoreettinen käsite kattaa yleisesti johtamisteoreettisessa kirjallisuudessa huomattavasti enemmän ja erityyppisiä asioita kuin siihen on tässä tutkimuksessa sisällytetty (ks. Viitala 2007).

Kirjallisuuskatsauksen on pyritty tekemään mahdollisemman läpinäkyväksi kuvaamalla prosessin eteneminen alkuperäistutkimusten hausta analyysin loppuvaiheeseen (Woods ym. 2002). Luotettavuutta heikentää tutkijan yksin oman asiantunteuksensa perusteella toteuttama valintaprosessi ja analysointi, vaikka kolme asiantuntijaa vahvasti toteutetun kirjallisuuskatsausprosessin. (Artikkeli I.)

Tutkimuksen toisen vaiheen, mittarin kehittämisen, luotettavuutta tarkastellaan validiteettina ja reliabiliteettina (Artikkeli II). Validiteetilla tarkoitetaan mittarin pätevyyttä mitata sitä, mitä sen on ollut tarkoitus mitata (Bowling 2009, DeVon ym. 2007, Polit & Beck 2012). Mittarin validiteetin arvioinnissa on otettava huomioon, että näyttöä kertyy vähitellen (Burns & Grove 2013, Nummenmaa 2011). Hoitotyön johtajien johtamisosaamisen-mittarin validiteettia tarkastellaan sisällön ja rakenteen näkökulmasta (Artikkeli II).

Mittarin sisältövaliditeetilla tarkoitetaan tutkimuksessa käytettyjen käsitteiden operationalisoimista mitattavaan muotoon, mitä voidaan arvioida käyttämällä esimerkiksi näennäisvaliditeetin tai asiantuntijoiden arvioinnilla (DeVon ym. 2007, Lobbiondo-Wood & Haber 2010, Waltz ym. 1991). Hoitotyön johtajien johtamisosaamisen -mittarin[©] sisältövaliditeettia varmistettiin käyttämällä käsitteiden operationalisoinnissa kirjallisuuskatsausta ja laaditun mittarin arvioinnissa asiantuntijapaneelia (Artikkeli II). Kirjallisuuteen perehtyminen auttoi käsitteiden operationalisoinnissa (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009), mutta teoreettisen käsitteen ilmaiseminen kuvaavasti ja selkeästi oli joiltakin osin vaikeaa mittarin kehittämisen ensimmäisessä vaiheessa.

Mittarin kehittämisen toisessa vaiheessa hyödynnettiin asiantuntijapaneelia, jossa oli 13 terveystieteiden tohtoriopiskelijaa. Heillä oli kokemusta hoitotyöstä, hoitotyön johtamisesta ja hoitotieteellisestä tutkimisesta (ks. Grant & Davis 1997). Asiantuntijapaneelistit arvioivat myös väittämien merkityksellisyyttä, kuvaavuutta, spesifisyyttä ja selkeyttä (ks. Polit & Beck 2012). Palautteiden perusteella mittariin tehtiin kielellisiä tarkistuksia ja lisättiin vastausvaihtoehdoksi ”ei koske minua”. Asiantuntijapaneelin avulla mittarin väittämiä saatiin muotoiltua ymmärrettävämmäksi, käsitteitä operationalisoitua mitattavammaksi ja mittaria kokonaisuudessaan tarkasteltua kriittisemmin, mikä edisti mittarin sisältövaliditeettia.

Mittari esiteltiin kahdessa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa hoitotyön johtajilla (n=22). Hoitotyön johtajat arvioivat väittämien ymmärrettävyyttä ja yksiselitteisyyttä sekä mittarin loogisuutta ja helppokäyttöisyyttä (ks. Parahoo 2006,

Polit & Beck 2012). Esitestauksessa mittari arvioitiin soveltuvaksi mittaamaan itsearviointina hoitotyön johtajien johtamisosaamista. Asiantuntijapaneelin ja esitestauksen aineistot analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla hyödyntäen tilastotieteen asiantuntijaa. (Artikkeli II.) Asiantuntijapaneelin ja esitestauksen palautteen jälkeenkin väittämien operationalisoimisessa on puutteita, jotka vaikuttavat mittarin luotettavuuteen. Mittarin väittämiin perehtyminen osoittaa väittämien mittaavan hyvin eritasoisia asioita, kuten kokousmuistion kirjoittamisen osaamista ja liiketoimintaperiaatteiden osaamista. Tämä on voinut johtaa vastaajia tulkitsemaan väittämiä ja ohjaamaan vastaamisessa.

Asiantuntijapaneelin ja esitestauksen palaute koski varsinaisen mittarin väittämiä eivätkä he ottaneet kantaa taustatietokysymyksiin. Aineistojen pienuudesta johtuen taustatietokysymykset näyttäytyvät selkeältä ja ymmärrettäviltä. Kuitenkaan käsitteiden operationalisointi ja väittämien selkeys ei onnistunut täysin taustatietojen osalta, sillä varsinaisilla mittauskerroilla osa taustatietokysymyksistä oli ymmärretty eri tavalla kuin tutkija oli ne tarkoittanut, sillä vastauksissa oli keskenään epäloogisuuksia.

Rakennevaliditeetilla arvioidaan mittarin laajuutta mitata tutkimuksen käsitteitä ja käsitteellisiä yhteyksiä (Bowling 2009, Burns & Grove 2013, DeVon ym. 2007, LoBiondo-Wood & Haber 2010). Hoitotyön johtajien johtamisosaamisen -mittarin arvioinnissa tyydyttiin kertaluontoiseen testaukseen vaikka rakennevaliditeetin vaativa prosessi edellyttäisi useita mittarin testauskertoja, osa-alueiden tarkastelua ja tilastolisten menetelmien käyttämistä (DeVon ym. 2007, LoBiondo-Wood & Haber 2010). Mittarin rakennevaliditeetin arvioinnilla edistetään, että väittämät ovat konkreettisia liittyen hoitotyön johtamiseen. Kehitetyn mittarin luotettavuutta heikentää se, että rakennetta ei voitu tarkastella faktorianalyysin avulla, koska mittarin kehittämisen aineistot olivat liian pieniä. Tästä syystä mittaria tulee erityisesti päivittää sisältöjen osalta tarkentaen alasummamuuttujia ja yhdistäen väittämiä sekä arvioiden väittämien kokonaisuutta. Näiden päivitysten jälkeen mittaria tulee testata tarkemmin rakennevaliditeetin arvioimiseksi (ks. Hair ym. 2010).

Mittarin reliabiliteetti arvioi mittarin pysyvyyttä, vastaavuutta ja sisäistä johdonmukaisuutta (Bowling 2009, DeVon ym. 2007, Parahoo 2006, Polit & Beck 2012). Hoitotyön johtajien johtamisosaamisen-mittarin reliabiliteettia tarkasteltiin Cronbachin alfalla (Artikkeli II), laskemalla arvot erikseen mittarin osioille ja koko mittarille. Cronbachin alfa-arvot pohjautuvat muuttujien välisiin keskimääräisiin korrelaatioihin ja väittämien lukumääriin (Polit & Beck 2012). Mittarin Cronbachin alfan hyväksyttävyyssrajaksi asetettiin $>0,60$, mitä pidettiin riittävänä reliabiliteetin varmistamiseksi (Burns & Grove 2013, DeVellis 2012, Hair ym. 2010, LoBiondo-Wood & Haber 2010, Polit & Beck 2012). Hoitotyön johtajien-aineiston Cronbachin alfat

vaihtelivat 0,86–0,98, mikä osoitti mittarin luotettavuuden hyväksytyksi ja sisäisesti johdonmukaiseksi (Burns & Grove 2013, Connelly 2011). Tosin aineiston korkea Cronbachin alfa viestittää väittämien mittaavan samankaltaista asiaa ja niihin vastatun yhteneväisesti, jonka vuoksi mittarin jatkokehittämisen yhteydessä väittämien määrää ja sisältöä tulee uudelleen tarkastella.

Tutkimuksen kolmannen vaiheen, pitkittäismittauksen, luotettavuutta käsitelään menetelmällisten valintojen lisäksi sisäisen ja ulkoisen validiteetin näkökulmista (Artikkeli III, Artikkeli IV). Sisäisellä validiteetilla arvioidaan tutkimusasetelman pysyvyyttä ja ulkoisella validiteetilla tutkimustulosten yleistettävyyttä ja otoksen edustavuutta. (Burns & Grove 2013, Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006.)

Tässä tutkimuksessa hoitotyön johtajat tekivät itsearvioinnin johtamisosaamisestaan kolmessa eri aikapisteessä samalla mittarilla. Itsearvioinnin vahvuutena on se, että hoitotyön johtajat ovat itse itsensä ja oman osaamisensa parhaita asiantuntijoita. Kyselyyn vastaaminen on antanut mahdollisuuden oman osaamisen kriittiseen tarkasteluun strukturoidussa kehyksessä. Tällä on vaikutusta tulosten luotettavuuteen, sillä se on mahdollistanut vastaajia tunnistamaan osaamisensa vahvuuksia ja heikkouksia sekä kehittämään niiden pohjalta osaamistaan. Pitkittäismittauksessa tämä on voinut näkyä aikaisempaa parempana osaamisen itsearviointina, jolloin tutkimus itsessään on voinut vaikuttaa tutkittavaan ohjaamalla johtamisosaamisensa itsearviointia. Tosin luotettavuuteen vaikuttaa myös se miten haitallisena tai hyödyllisenä tutkimukseen vastaaminen koettiin. Mikäli hyödyt koettiin pienempinä kuin haitat, niin tutkimukseen osallistuminen ja osaamisen itsearviointi on tuntunut hoitotyön johtajista turhalta ja aikaa vievältä. Itsearvioinnin luotettavuutta heikentää myös mahdollisuus valikoivaan arviointiin ja osaamisen kaunisteluun, jolloin hoitotyön johtajat ovat saattaneet pyrkiä vastaamaan sosiaalisesti suotuisalla tavalla.

Tämän tutkimuksen sisäistä validiteettia heikentää kato, sillä pitkittäismittauksen aikana tutkittavien joukko pieneni noin 90 prosentilla. Tutkimus välitettiin yhdyshenkilöiden avulla 2986 hoitotyön johtajalle, joista 1028 (34,4%) vastasi lähtötaso kyselyyn. Heistä 486 (47,3%) hoitotyön johtajaa ilmoitti halukkuudesta osallistua seurantakyselyyn, mikä on vain 16,3% alkuperäisestä kohdejoukosta (N=2986). Ensimmäiseen seurantakyselyyn vastasi 249 (51,2%), joista toiseen seurantakyselyyn halusi osallistua enää 180 (72,3%) hoitotyön johtajaa. Toinen seurantakysely lähti 6,0%:lle alkuperäisestä kohdejoukosta (N=2986). Toiseen seurantakyselyyn vastasi 107 (59,4%). Näin ollen tutkimuksen luotettavuutta heikentää merkittävästi seuranta-aineistojen edustavuus alkuperäisestä kohdejoukosta vaikka vastausprosentit ensimmäisen ja toisen seurantakyselyn osalta ovat kohtuullisen hyvät.

Tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltiin katoanalyysillä. Analyysin avulla selvitettiin poikkeavatko seurantakyselyyn osallistuneet heistä, jotka eivät osallistuneet. Taulukkoon 5 on koottu katoanalyysin tulokset. Seurantakyselyyn vastanneet olivat nuorempia (alle 30-vuotiaita 0,9%/0,3%, 30-39 vuotiaita 17,8%/9,7%, 40-49 vuotiaita 29,9%/28,4%, 50-59 vuotiaita 47,7%/50,0%, yli 60-vuotiaita 3,7%/11,6%). Hoitotyön lähijohtajista toiseen seurantakyselyyn osallistui vähemmän (69,2%/80,6%), kun taas hoitotyön keski- ja ylemmistä johtajista enemmän (30,8%/19,4%). Muissa demograafisiin, koulutukseen tai työhön liittyvissä tekijöissä ei ollut eroja. Johtamisosaamista mittaaviin muuttujiin ei ollut eroa. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Katoanalyysin tilastolliset testit

	χ^2	df	p
Demograafiset			
ikä	12.421	4	0.014*
sukupuoli	0.306	1	0.580
siviilisääty	6.473	3	0.091
äidinkieli	1.452	2	0.484
Koulutus			
korkein koulutus	1.491	3	0.684
Työhön liittyvät			
työkokemus terveydenhuoltoalalta	2.963	3	0.397
työkokemus hoitotyön johtajana	1.479	3	0.687
työkokemus nykyisessä tehtävässä	5.914	4	0.206
työtehtävä	7.687	1	0.006*
palvelusuhteen luonne	0.015	1	0.902
Erva-alue	7.211	4	0.125
työyksikkö (esh/pth/sos)	0.823	1	0.364
organisaation henkilöstömäärä kokonaisuudessaan	3.537	4	0.472
johdettavien määrä	1.549	3	0.671
työ-/virkasuhteen luonne	2.588	1	0.108
työaikamuoto	5.123	5	0.401
asiakas-/potilastyö	2.121	4	0.714
esimies	4.930	2	0.085
Yleinen osaaminen			
näyttöön perustuvan päätöksenteon edistäminen	43.747	57	0.901
suhteiden rakentaminen ja ylläpitäminen	39.481	47	0.774
viestintä ja vuorovaikutustaidot	90.257	92	0.532
palveluiden käynnistäminen ja innovaatio	52.768	74	0.971
joustavuus ja maltti	62.377	60	0.392
rehellisyys ja eettiset arvot	72.101	63	0.202
pysyvä henkilökohtainen sitoutuminen	119.524	127	0.669
ammattillinen osaaminen ja uskottavuus	32.980	32	0.419
Erityisosaaminen			
substanssiosaaminen	23.600	25	0.543
henkilöstöjohtamisen osaaminen	132.168	145	0.770
toiminnan johtamisen osaaminen	217.547	238	0.825
kehittämisaosaaminen	80.326	95	0.859

Muuttujat on tarkasteltu suhteessa vastaajaryhmään (1 = vain ensimmäinen mittauskerta, 2 = kaikki mittauskerrat).

* tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,05$)

Lisäksi on mahdollista, että tutkimukseen osallistuneet ovat vastanneet kyselyyn tutkittavasta aiheesta lukemansa tiedon perusteella, kyselyyn vastanneet ovat seuloutuneet tutkimukseen mukaan tai ovat olleet tekemisissä tutkimusilmion kanssa ennen vastaamistaan (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tämän tutkimuksen sisäiseen validiteettiin vaikuttaa muun ohella pitkittäismittauksen eri mittauskertojen välinen aika, sillä vuoden aikana on saattanut tapahtua tutkittavan johtamisosaamiseen vaikuttavia asioita, jotka olisivat tutkittavan ilmiön kannalta oleellisia. Näitä johtamisosaamiseen vaikuttavia asioita ei ole mittauskerroilla selvitetty, mikä vaikuttaa heikentävästi tutkimuksen luotettavuuteen tarkasteltaessa hoitotyön johtajien johtamisosaamisen muutosta.

Pitkittäismittauksen aikaperspektiiviä ohjasi sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä tapahtuvat nopeat ja merkittävät muutokset. Lähtökohtaisena ajatuksena oli, että tämän päivän johtamisosaamiselle on tunnusomaista kyky uudistaa jatkuvasti, jotta suoriudutaan muuttuvasta työstä. Aikaperspektiivin rajaamisella on vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen, sillä johtamisosaamisen muutos edellyttää pitkäjänteistä kouluttautumista, kokemusta ja sitä kautta kehittymistä. Tosin osaamisen kehittäminen nähdään myös henkilön osaamisen ja ammattitaidon kehittämisenä, kuten osaamisen päivittämisenä, laajentamisenä, syventämisenä ja kokonaan uudelleen suuntaavana. Tästä näkökulmasta aikaperspektiivi on lisännyt tutkimuksen luotettavuutta tarkastelemalla hoitotyön johtajan johtamisosaamista eri mittauspisteissä ja siinä tapahtuvaa muutosta.

Tämän tutkimuksen osallistujat eivät poikenneet tutkittavien tekijöiden osalta hoitotyön johtajien kohderyhmästä, jonka perusteella tulokset voisi yleistää (ks. Healy & Devane 2011, Martin 2005). Kuitenkin tulosten yleistämisessä perusjoukkoon on otettava huomioon otoskoon merkittävä pieneneminen, jonka vuoksi tutkimuksen tuloksia kokonaisuudessaan voidaan tarkastella suuntaa antavina (Artikkeli IV).

Tutkimuksen otoskoon riittävyttä arvioitiin voima-analyysillä, jossa otettiin huomioon otantavirheen mahdollisuus aineistonkeruussa (Healy & Devane 2011, Martin 2005), jonka perusteella päädyttiin valitsemaan kokonaisotoksena kaikki hoitotyön johtajat. Käytettyä otantamenetelmää voidaan pitää luotettava, kun tarkastellaan tutkimukseen osallistujia suhteessa kuntatyössä oleviin hoitotyön johtajiin. (Artikkeli III, Artikkeli IV.)

Tutkimuksen vastausprosentit jäivät alhaisiksi vaikka hoitotyön johtajia motivoitiin kyselyyn vastaamisesta tiedotteessa sekä vastaamisen tärkeydestä muistutettiin kaksi kertaa kunkin aineistonkeruun yhteydessä. Lopulliset vastausprosentit olivat samaa tasoa kuin muissa sähköisissä kyselyissä; lähtötaso 34,3 %, 1. seurantakysely

51,1 % ja 2. seurantakysely 59,4 %. Tulkinnat riittävästä vastausprosentista sekä vastausprosentin ja luotettavuuden välisestä yhteydestä vaihtelevat (Holbrook ym. 2007, Mealing ym. 2010, Morton ym. 2012). Tästä huolimatta alhainen vastausprosentti heikentää tutkimuksen luotettavuutta ja vaikuttaa tulosten yleistettävyyteen.

Tutkimukseen heikkoa osallistumista selittävät todennäköisesti monet eri tekijät, kuten vastaushalukkuus, väsymys, aineistonkeruuseen liittyvät häiriötekijät tai mittariin liittyvät epäselvyydet (Burns & Grove 2013). Kyselyn ajankohdan ajoittuminen talvilomakautteen vaikuttanee heikentävästi vastausprosenttiin. Kyselyyn vastaamiseen vaikutti todennäköisesti heikentävästi myös kyselylomakkeen pituus, sillä jotkut esitestaukseen osallistuneista hoitotyön johtajista antoivat palautetta, että vastaamiseen kuluu liikaa aikaa. Lisäksi seurantakyselyjen osallistumisaktiivisuutta heikentäne se, että vastaajien piti antaa sähköpostiosoitteensa seurantakyselyn toimittamista varten.

Luotettavuuden tarkastelussa on otettava huomioon myös analyysimenetelmien luotettavuus. Aineistoa analysoidessa tuli esille, että muuttujat eivät noudattaneet normaalijakaumaa. Tämän vuoksi tilastolliset testit toteutettiin nonparametrisia testejä käyttäen. Lisäksi mittaukseen liittyviä satunnaisvirheitä minimoitiin arvioimalla tilastollisia merkitsevyyksiä ja luottamusvälejä (ks. Polit & Beck 2012).

Yhteenvedona on todettava, että tutkimuksen luotettavuudelle ja yleistettävyydelle asettaa haasteita tarkasteltavan ilmiön laajuus ja moniulotteisuus. Tutkimuksessa käytetyt käsitteet ovat terminologisesti monitieteellisiä, vakiintumattomia ja selkiytymättömiä, mikä on ohjannut ilmiön tarkastelua yhdenlaisesta näkökulmasta. Tutkimukseen osallistuneiden hoitotyön johtajien toimintaympäristö ja siinä tapahtuvat muutokset voidaan katsoa tuovan samankaltaisuutta johtamisosaamiseen ja sen muutokseen. Näin ollen voidaan todeta tutkimuksen kokonaistulosten olevan käyttökelpoisia, vahvasti suuntaa-antavia sekä ensimmäisen mittauskerran osalta jossain määrin yleistettävissä Suomessa kunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden hoitotyön johtajiin.

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen kolmessa eri vaiheessa (I-III) noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä hyödyntäen tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeita hyvästä tieteellisestä käytännöstä (2002, 2012) ja World Medical Associationin (WMA) Helsingin julistusta (2013).

Tutkimusaiheen valinta oli ajankohtainen ja tärkeä, sillä hoitotyön johtajan johtamisosaamisen ajantasaistamista ja tiedon syvällistämistä tarvittiin kuvaamaan paremmin johtamisosaamisen nykytilannetta ja sen muutosta. Ilmiö on edelleen päivänpolttava, kun peilaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksia ja siihen liittyen hoitotyön johtajien osaamista, heidän ammatillisen toiminnan kehittämistä ja hoitotyön tuloksellisuutta. Uudistuksen kulmakivenä on, että sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa edellytetään olevan moniammatillista asiantuntemusta tukemaan laadukasta ja turvallista hoitoa (HE 324/2014, STM 2015). Näin ollen tutkimusaiheen valintaa pidetään eettisesti perusteltuna ja merkityksellisenä (ks. Leino-Kilpi 2009).

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa on noudatettu rehellisyyttä ja tarkkuutta ottamalla huomioon eettisesti kestävätkä tutkimusmenetelmät ja avoimuus tulosten julkistamisessa. Kirjallisuuskatsauksen haut hakusanoineen ja rajauksineen raportoitiin tietokantakohtaisesti. Aineiston valinnassa käytettiin valintakriteereitä, hyväksytyjen ja hylättyjen artikkeleiden määrät raportoitiin ja kirjallisuuskatsauksen toteutus kuvattiin selkeästi. Kirjallisuuskatsauksen eettiset näkökulmat on kuvattu tutkimusartikkelissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, Artikkel I.)

Tutkimuksen toisessa vaiheessa mittarin kehittäminen oli tärkeää, sillä sen avulla pyrittiin tuottamaan luotettavaa tietoa (ks. Burns & Grove 2013, Pittman & Bakas 2010). Mittarin kehittäminen eteni vaiheittain kirjallisuuskatsauksen laadinnasta, kysymysten muodostamiseen, mittarin sisällön arvioitiin asiantuntijoiden avulla ja mittarin ymmärrettävyyden, vastausvaihtoehtojen sopivuuden ja vastausajan arviointiin esitestauksella sekä mittarin luotettavuuden arviointiin (DeVellis 2012). Tutkimuksessa käytetty johtamisosaamisen yleisen osaamisen mittari perustuu Rush, McCarthy ja Cronin laadulliseen aineistoon (McCarthy & Fitzpatrick 2009, Rush ym. 2000), jonka hyödyntämiseen on saatu lupa sähköpostitse. Asiantuntijapaneelin ja esitestauksen vastaajia informoitiin tutkimuksen tarkoituksesta, kyselylomakkeesta, vastaamisen vapaaehtoisuudesta, luottamuksellisuudesta sekä aineiston säilytyksestä ja sen käyttötarkoituksesta. Esitestauksessa tutkimusluvut saatiin kahdesta organisaatiosta. Esitestausvaiheessa sähköinen kysely toimitettiin organisaatioiden nimeämille yhdyshenkilöille, jotka toimittivat kyselyn ja saatekirjeen vastaajille. Kaikki vastasivat kyselyyn anonymisti eikä yksittäisiä vastaajia ollut tunnistettavissa. Kyselylomakkeeseen vastaaminen tulkittiin tietoiseksi suostumukseksi osallistua tutkimukseen. Mittarin kehittämisen eettiset näkökulmat on kuvattu tutkimusartikkelissa. (World Medical Association WMA 2013, Artikkel II.)

Tutkimuksen kolmannen vaiheen aineiston otoskokoa arvioitaessa huomioitiin otoskoon riittävyys, analyysimenetelmien vaatimukset ja edellytykset tulosten yleistettävyydelle (Kuula 2006, Polit & Beck 2006, Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkimukselle ei haettu eettistä ennakoarviointia, koska tutkimuksessa ei puututtu tutkittavien fyysiseen koskemattomuuteen, poikettu tietoon perustuvan suostumuksen periaatteesta eikä aiheutettu tutkittaville haittaa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkimuksen aineistonkeruuseen saatiin sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioista kirjalliset tutkimusluvut.

Vastaajien ensimmäinen tutkimuslinkki saatekirjeineen toimitettiin organisaatioiden nimeämille yhdyshenkilöille. Toinen ja kolmas sähköinen kysely toimitettiin ensimmäisessä ja toisessa kyselyssä luvanantaneille suoraan heidän antamaansa sähköpostiosoitteeseen. Saatekirjeessä oli tutkimukseen osallistujalle tietoa tutkimuksen tarkoituksesta, kohdejoukosta, tutkimuksen vapaaehtoisuudesta, luottamuksellisuudesta ja anonymiteetin turvaamisesta. Lisäksi saatekirjeessä oli tutkijan yhteystiedot. Kyselyyn vastaaminen tulkittiin tietoisena suostumuksena antamiseksi ja halukkuudesta osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja sen sai missä tahansa vaiheessa keskeyttää tai lopettaa kokonaan. Kyselylomake sisälsi kuitenkin taustatietojen osalta kysymyksiä, joita vastaajat saattoivat pitää arkaluontoisina. (Eriksson ym. 2008, Kuula 2006, Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimuksen sähköisiin lomakkeisiin oli pääsy vain väitöskirjatutkijalla. Tutkimusaineisto siirrettiin Webropolista koodattavaksi Excel-tiedostoiksi ja edelleen SPSS-tiedostoiksi. Aineisto sisälsi vastaajien tunnistenumeron, jota käytettiin ainoastaan muistutuskirjeiden lähettämisessä toisessa ja kolmannessa kyselyssä, aineistojen yhdistämisessä ja katoanalyysin toteutuksessa. Tutkimusaineisto analysoitiin ja raportoitettiin ilman tunnistetietoja. Tutkimustulosten analysoinnissa apuna käytetty tilastoasiantuntija sai käyttöönsä ohjaustarkoituksessa vain koodatun aineiston. Sähköiset tutkimusaineistot on suojattu salasanalla, säilytetty asianmukaisesti ja hävitetään suunnitelman mukaisesti tutkimusprosessin päätyttyä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimustulosten raportoinnissa noudatettiin avoimuutta, rehellisyyttä ja huolellisuutta. Tulosten raportoinnista ei voi tunnistaa yksittäistä vastaajaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tutkimuksen ensimmäisen ja toisen kyselyn eettiset näkökulmat on kuvattu tutkimusartikkeleissa (Artikkeli III ja IV).

6.3 Tutkimuksen tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa tunnistettiin ja kuvattiin hoitotyön johtajien johtamisosaaminen, kehitettiin ja validoitiin hoitotyön johtajien johtamisosaamisen mittari sekä kuvattiin hoitotyön johtajan itsearvioitu johtamisosaaminen ja sen muutos lähijohtajan sekä keski- ja ylemmän johtajan näkökulmasta. Lisäksi kuvattiin tekijöitä, jotka olivat yhteydessä hoitotyön johtajan johtamisosaamisen muutokseen. Hoitotyön johtajan johtamisosaamisen tutkiminen on perusteltua niin yhteiskunnallisesti, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristön kuin hoitotieteen tieteenalan kehittymisen näkökulmasta, sillä tutkimusnäytön tuottaminen hoitotyön johtamisen valtakunnallisten linjausten tueksi on ensiarvoisen tärkeää jatkuvasti muuttuvissa olosuhteissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus tulee muuttamaan olennaisesti johtamisen kontekstia, mikä vahvistaa entisestään tarvetta hoitotyön johtamisen ja hoitotyön johtajien osaamisen tutkimusnäytöstä.

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa rakennettiin kokonaiskuvaa hoitotyön johtajien johtamisosaamisen erityisosaamisesta (ks. Baumeister & Leary 1997). Hoitotyön johtajan johtamisosaaminen esitetään suhteessa tehtävään tai tilanteeseen tietynlaisessa toimintaympäristössä (Sinkkonen & Taskinen 2002). Johtamisosaaminen määrittyy kuvaavista osaamisalueista (n=4) ja osa-alueista (n=13) (Artikkeli I). Kokonaiskuvaltaan hoitotyön johtajan johtamisosaaminen on monitahoinen ja edellyttää hoitotyön johtajalta laaja-alaista osaamista. Johtamisosaamista kuvaavat osaamisalueet ovat laajuudeltaan erikokoisia johtuen niiden sisältämien osa-alueiden määrästä. Kirjallisuuskatsauksen perusteella henkilöstöjohtamisen ja toiminnan johtamisen osaaminen korostuvat hoitotyön johtajan työssä. Molemmat osaamisalueet sisältävät eniten osaamista kuvaavia osa-alueita esitellen hoitotyön johtamisen luonnetta ja keskeistä sisältöä. Hoitotyön johtamiseen liitetään useissa tutkimuksissa vahva johtajuus, henkilöstöjohtamisen- ja liikkeenjohtamisen taidot (ks. mm. Connelly ym. 2003, Hennessy & Hicks 2003, Kleinman 2003, McCarthy & Fitzpatrick 2009). Myös substanssi- ja kehittämisosaamisen osa-alueissa ilmeni hoitotyön johtamiselle ominainen painotus hoitotyön tuntemukseen, laadun johtamiseen ja monitieteiseen yhteistyöhön (ks. Kirk 2008).

Hoitotyön johtamisosaamista kirjallisuuskatsauksen perusteella kuvaavat osaamis- ja osa-alueet ovat eritasoisia. Kirjallisuuskatsauksen hyödyntäminen edellyttää osa-alueiden tasojen tunnistamista, sillä esimerkiksi erityisosaamisen osaamisalueen, substanssiosaamisen, osa-alueet ovat varsin kapea-alaisia ja epäyhätenäisiä. Vastaa- vasti erityisosaamisen osaamisalueet henkilöstöjohtamisen ja toiminnan johtamisen

osaamisen osalta ovat laajoja sisältäen kattavan osan johtamiseen ja johtajuuteen liitetystä tiedoista, taidoista ja valmiuksista (ks. Azaare & Gross 2011, Casida & Parker 2011, Jasper & Crossan 2012, McCabe & Timmins 2006, O`Donnell ym. 2012).

Hoitotyön johtajan johtamisosaamisen osaamisalueet (esim. *substanssiosaaminen*) ja niiden sisältämät osa-alueet (esim. *hoitotyön ydinosaaminen*) kuvaavat hoitotyön johtamiselle tyypillistä osaamista (ks. Clement & Bigby 2012, Huston 2008, Surakka 2008), joka poikkeaa muualla sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvittavasta osaamisesta (ks. Heikka 2008). Kirjallisuuskatsauksen perusteella tehdyssä johtamisosaamisen kuvauksessa on kuitenkin myös yhtymäpintoja (esim. *henkilöstöhallinto* ja *talonsaaminen*) muiden sosiaali- ja terveydenhuollon johtajien osaamiseen. Tältä osin johtamisosaamisen kuvaus on siirrettävissä kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Tässä tutkimuksessa katsottiin induktiivisesti mitä hoitotyön johtamisesta on tutkittu ja todettu. On kuitenkin todettava, että johtamisosaamista ja sen eri alueita on kuvattu jo vuosikymmeniä johtamisen kirjallisuudessa. Näin ollen olisi ollut mahdollista tarkastella hoitotyön johtajan johtamisosaamista vanhempia johtamisosaamisen jaotteluita hyödyntäen, kuten Henri Fayolin (1916) tai Gulickin ja Urwickin (1937). Näistä johtamisosaamisen vahvoista teoreettisista juurista huolimatta päädyttiin tähän tutkimukseen olleeseen, toisenlaiseen, ratkaisuun, sillä hoitotyön johtajien johtamisosaamista haluttiin kirjallisuuskatsauksessa lähestyä nykyaikaisen organisaatio-teorian valossa tutkimalla ja kuvaamalla sitä kokonaisvaltaisesti tarkastelemalla sitä eri näkökulmista (ks. mm. Pihlainen ym. 2015, Rissanen & Lammintakanen 2015, Sinkkonen & Taskinen 2005). Tutkimuksen taustaoletuksena oli, että hoitotyön johtajien työn muutokset edellyttivät johtamisosaamisen päivittämistä.

Tutkimuksen toisessa vaiheessa kehitettiin tutkimusta varten uusi mittari, koska kirjallisuuskatsauksesta ei löydetty tähän tutkimukseen soveltuvaa valmista mittaria. Mittarin kehittämistä ohjasi ajatus, että sen avulla haluttiin selvittää hoitotyön johtajan itsensä arvioimana heidän johtamisosaamistaan sekä ajassa tapahtuvaa muutosta (ks. Pittman & Bakas 2010). Aikaisemmin kehitetyt mittarit tarkastelevat pääsääntöisesti osaamista rajoittuneesti ja yksipuolisesti keskittyen erityisosaamisen osa-alueisiin (Chase 2010, DeOnna 2006, Donaher 2004, Donaher ym. 2007, Krugman & Smith 2003, Patrick ym. 2011).

Hoitotyön johtajien johtamisosaamisen – mittari[©] on laaja-alainen ja sen sisältö-alueet kuvaavat analysoidun kirjallisuuden perusteella hoitotyön johtajan johtamisosaamista kattavasti ja monipuolisesti. Mittari mahdollistaa johtamisosaamisen ja siihen liittyvien tekijöiden tarkastelun, jonka vuoksi se soveltuu erityisesti tutkimustarkeitukseen. Mittarin rutiininomaiseen käyttöön liittyy rajoitteita, sillä sen täyttäminen

vie runsaasti aikaa ja vastaaminen kuormittaa jo muutoinkin muutosten ja uudistuksen pyörteissä olevia hoitotyön johtajia.

Mittari rakentui kahdesta osasta; johtamisosaamisen yleisestä osaamisesta ja erityisosaamisesta (Artikkeli II). Yleinen osaaminen ja erityisosaaminen ovat sisällöllisesti laajuudeltaan erikokoisia, sillä yleisen osaamisen osa noudattaa irlantilaisen tutkimuksen jaottelua (ks. Rush ym. 2000). Vastaavasti erityisosaaminen pohjautuu tutkimuksen aikaisemmassa vaiheessa tehtyyn kirjallisuuskatsauksen mukaiseen jaotteluun. Mittarin jatkokäyttö edellyttää yleisen osaamisen ja erityisosaamisen sisällön kehittämistä ja niiden alarakenteiden teoreettista täsmentämistä. Tutkimuksen kolmannen vaiheen analysoinnissa tuli esille yleisen osaamisen ja erityisosaamisen sisällöllistä päällekkäisyyttä.

Mittarin taustamuuttajat perustuivat aikaisempaan kirjallisuuteen jakautuen demograafisiin, koulutukseen ja työhön liittyviin taustatietokysymyksiin. Tutkimuksessa päädyttiin analysoimaan kaikkien taustamuuttajien yhteyksiä. Ratkaisua pidettiin relevanttina, sillä aikaisempaa tutkittua tietoa ei ollut pitkäaikaismittauksen yhteydessä tehdyistä taustamuuttajatiedoista. Tämän avulla saatiin esille perusteluita sille, mitä taustamuuttajakysymyksiä on tärkeintä jatkossa käyttää.

Tosin huomionarvoista on, että tutkimusasetelmana oli samalla mittarilla kerätä aineisto suostumuksensa antaneilta samoilta henkilöiltä kolmena eri ajanjaksona. Tämän perusteella mittari rakennettiin mittaamaan johtamisosaamista tutkimuksen jäsenyksen mukaisesti yleisen osaamisen ja erityisosaamisen perspektiivistä. Hoitotyön johtajien johtamisosaamisen – mittaria[©] on syytä kritisoida sen suhteen, että siinä voisi olla johtamisosaamisen muutokseen yhteydessä olevia tekijöinä ja mahdollisesti väliin tulevia muuttujia, kuten yksilöön tai toimintaympäristöön liittyviä tekijöitä. Jatkossa olisikin tarpeen lisätä tarkastelu tästä näkökulmasta esimerkiksi kysymällä mittauskertojen välillä johtamiskoulutukseen osallistumista, johtamisosaamisen kehittämisen keinoja ja johtamistilanteita, joilla on ollut vaikutusta johtamisosaamiseen. Tämän kaltainen tarkastelu olisi tuonut lisätietoa myös tähän tutkimukseen.

Kehitetty mittari havaittiin tämän tutkimuksen osalta olevan hyvä hoitotyön johtajan johtamisosaamisen kokonaisvaltaiseen itsearviointiin. Mittari on ensisijaisesti kohdennettu hoitotyön johtajien arviointiin, jonka vuoksi sen kokonaisvaltaiseen hyödyntämiseen nykymuodossaan muiden johtajien johtamisosaamisen tutkimiseen tulee suhtautua harkiten. Mittaria on kuitenkin mahdollista käyttää vain joko yleisen osaamisen tai erityisosaamisen osalta, mikäli näytön tarpeen painopisteenä on kohdistaa huomio yleensä sosiaali- ja terveydenhuollon johtajien johtamisosaamiseen tai vastaavasti erityisesti hoitotyön johtamiseen muuttuvissa olosuhteissa.

Tutkimuksen kolmannessa vaiheessa hoitotyön johtajat arvioivat johtamisosaamisensa kokonaisuudessaan melko hyväksi (Artikkeli III), mikä on myönteinen signaali kohdistamaan huomiota hoitotyön johtamiseen. Tulos osoittaa hoitotyön johtajien johtamisosaamisen kehittymisen ja muutoksessa mukana pysymisen vaikka muutamissa aikaisemmissa julkaisuissa viitattiin hoitotyön johtajien johtamisosaamisen olevan kapea-alaista, oman alan asiantuntijuutta ja kokemuseräistä pätevyyttä (Filerman 2003, Marquis & Huston 2009, Syväjärvi 2005). Toisaalta tuloksesta on nähtävissä myös hoitotyön johtamisen kontekstin ja työnkuvan muutos; käytännön hoitotyöhön osallistuvasta johtajasta on tullut taloudesta ja tuloksellisuudesta vastaava tulevaisuuteen suuntaava johtaja (Surakka 2008). Tämä muutos on sinällään ollut odotettavissa, sillä onhan sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivista ammattilaisista reilu 70 % hoitotyöntekijöitä (THL 2015). Heidän monipuolisen osaamisen johtaminen edellyttää hoitotyön sisällön tuntevien hoitotyön johtajien asiantuntemuksen hyödyntämisen, sillä tutkimuksista saadun näytön perusteella hoitotyön johtamisella on vaikuttavuutta. Vaikuttavalla johtamisella edistetään turvallisen asiakas- ja potilastyön toteutumista, tuetaan hoitohenkilöstöä onnistumaan vaativassa hoitotyössä sekä kehitetään työympäristön laatua ja toimintaa (Armstrong ym. 2009, Boev 2012, Gunnarsdóttir ym. 2009, Vesterinen 2013).

Hoitotyön johtajien johtamisosaamisessa ilmeni eroja vaikkakin kokonaisuudessa johtajaryhmien väliset erot jäivät melko pieniksi. Keski- ja ylempien johtajien keskiarvoihin perustuva itsearvioitu johtamisosaaminen oli parempaa kuin lähijohtajien. Sen sijaan lähijohtajilla oli yksittäinen johtamisosaamisen osaamisalue, erityisosaamisen substanssiosaaminen, vahvempi kuin keski- ja ylempillä johtajilla. Hoitotyön johtamisen kannalta tulokset tarkoittavat sitä, että molemmat johtajaryhmät itsearvioivat lähes samankaltaisesti johtamisosaamisensa. Toki osaamisen itsearvioinnissa tuleekin näkyä eroa, sillä pääsääntöisesti johtajaryhmillä poikkeavat toimenkuvat ja vastuut. Johtajien työn sisältö määräytyy ammattitaustan, specialiteetin ja hierarkkisen organisaatioaseman mukaisesti (Virtanen 2010).

Tutkimuksen tuloksista on huolestuttavaa huomata, että hoitotyön johtajien johtamisosaamisen yleinen osaaminen näyttäytyi vahvempana kuin erityisosaaminen (Artikkeli III) vaikka hoitotyön johtajilla tulisi olla vahvuutta nimenomaan oman alan osaamisessa (ks. McCallin ym. 2009). Tosin tämä on linjassaan muiden tutkimusten kanssa, missä on kuvattu johtajilta edellytettävän laajaa ja monipuolista osaamista (Heikka 2008, Wimpfheimer 2008). Tällöin johtamisosaaminen painottuu yleisempään johtamisen ja johtajuuden osaamiseen. Toisaalta tulos voi heijastaa myös nopeaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristön muutosta, missä haetaan rat-

kaisua selvittääkseen kasvavasta ja muuttuvasta palvelutarpeesta niukemmilla resursseilla ja tiukemmilla talousvaateilla. Nämä kompleksiset ja monisäikeiset muutokset nostavat johtamisen merkityksen merkittäväksi osaamisalueeksi julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tosin hoitotyön johtamisen osaamiseen vaikuttavat väistämättä sosiaali- ja terveydenhuollon erityispiirteet, kuten terveyteen, sairauteen ja hoitamiseen liittyvä epävarmuus (Berry & Bendapudi 2007), ja hallinnollisten kevennysten myötä johtamisen toimenkuvien laajentuminen (ks. Kramer & Schmalenberg 2006, McClure ym. 2006, Wolf ym. 2008) .

Sosiaali- ja terveysalan johtajien johtamisosaamisen erityisosaamisessa on aikaisemmissa tutkimuksissa osoitettu olevan vahvuutena oman alan osaaminen (Contino 2004, Kleinman 2003, McCallin ym. 2009, Sherman ym. 2007). Tämän tutkimuksen tulos on samansuuntainen, sillä hoitotyön johtajat arvioivat vahvimaksi osaamiseen johtamisosaamisen erityisosaamisen osaamisalueen, substanssiosaamisen. Tulos on sinällään odotettavissa oleva, sillä sosiaali- ja terveydenhuollon johtajat tulevat pääosin substanssiosaajista (Viitanen ym. 2007). Ammattitausta ei sinällään anna valmiutta johtaa, mutta antaa hyvän mahdollisuuden toimintakentän ymmärtämisen kautta johtaa sosiaali- ja terveydenhuollon haasteellista työympäristöä. Sosiaali- ja terveydenhuolto on sekä valtakunnallisen että paikallisen politiikan väline ja sen kohde sekä yhtä aikaa organisatorinen konteksti, missä johtajat vastaavat oman työyhteisönsä lisäksi vähintään paikallisen sosiaali- ja terveyspolitiikan johtamisesta (Niiranen 2004). Tosin managerialistiseen toimintakenttään yhdistettynä professionaalisuus voi osaltaan aikaansaada johtamisosaamisen ristiriitoja (ks. Torppa 2007), sillä professionaalisuus vaikuttaa johtajan tasapainotteluun toimintakentän välimaastossa (Tuomiranta 2002).

Hoitotyön johtajien johtamisosaamisen erityisosaamisen heikkoudeksi nousi kehittämisaikansaaminen, mikä on samansuuntainen tulos muiden tutkimusten kanssa. Tutkimuksissa on johtamisosaamisen puutteeksi tuotu esille osaamisvajetta taloushallinnassa ja tutkimustiedon hyödyntämisessä (esim. Bondas 2006, McCallin & Frankson 2010, Rissanen & Koivistoinen 2012). Ilmiönä tämä on huolestuttava, sillä kunta-alalla työskentelevien johtajien tärkeämpänä taitona on tuotu esille tiedon keruu, käsittely ja jakaminen sekä johtamistyössä käytetyn tiedon haltuun ottaminen (ks. Koivistoinen & Pellinen 2014). Toisaalta lieventävänä asianhaarana lienee tieto, että sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa on näytön perusteella johtajilla käyttämätöntä osaamiskapasiteettia (ks. Kinnunen ym. 2008, Kivinen 2008, Lammin-takanen 2014), joten esille tullut hoitotyön johtajien osaamisvajetta on mahdollista haltuun ottaa.

Hoitotyön johtajan johtamisosaamisen muutoksessa heijastuu johtamisen moniulotteisuus ja monialaisuus sekä sosiaali- ja terveydenhuollon monet peräkkäiset ja limittävät uudistukset, sillä johtamisosaaminen kokonaisuutena kehittyi myönteisesti vaikka johtajaryhmien välillä on eroa (Artikkeli IV). Tässä tutkimuksessa, Viitanen ym. (2007) tutkimuksesta poiketen, hoitotyön johtajien johtamisosaamisen muutoksessa ei ollut merkittävää eroa perustason sosiaali- ja terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Näin ollen johtamisosaamisessa tapahtunut muutos ei johtune näiden sektoreiden erilaisesta menneisyydestä tai erilaisuudesta nykyisessä kehitysuunnassa (vrt. Viitanen ym. 2007) vaikka johtamisosaaminen nähdäänkin syntyväksi johtajan henkilökohtaisen osaamisen ja työn vaatimusten lisäksi tilanne- ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksesta (Koivistoinen & Pellinen 2014). Tosiasiassa sosiaali- ja terveydenhuollon nykyisyyteen liittyy keskeisesti johtamisen muutos (STM 2016) ja täten tulos voi viestittää lisääntyneestä tietoisuudesta toimintakenttään kohdistuvista vaikutuksista (Fennimore & Wolf 2011). Tosin tulos jättää avoimeksi, että onko johtamisosaamisessa tapahtuneet muutokset alan sisällöllistä muutosta, jolloin työ tai organisaatio on asettanut vaatimukset muutokselle, vai onko muutos tapahtunut johtajan osaamisessa suhteessa työtehtävään.

Mielenkiintoista hoitotyön johtajien johtamisosaamisen muutoksessa oli huomata, että ensimmäisen seurantavuoden aikana johtamisosaamisen yleisessä osaamisessa tapahtui huonontumista erityisesti *pyssyvän henkilökohtaisen sitoutumisen* sekä *ammattillisen osaamisen ja uskottavuuden* osaamisalueiden osalta. Työhön ja organisaatioon sitoutumiseen sekä työtyytyväisyyteen on tunnistettu vaikuttavan hallintoon ja johtamiseen, professionaaliseen toimintaan sekä ammatilliseen kehittymiseen liittyviä tekijöitä (esim. Aiken & Patrician 2000, Aiken ym. 2013, Harmoinen 2014, Hayes ym. 2012, Kramer & Schmalenberg 2008, Kvist ym. 2013, McClure ym. 2006). Tästä herääkin huoli, että näkykö näiden keskeisten osa-alueiden heikentymisessä hoitotyön johtamisen houkuttelevuuden vähentyminen, johtajan kaksoisrooli, johtamistyön tuen puute vai ennemminkin palvelurakennemuutuksesta johtuva organisaatioiden ja johtajien roolien muutokset. Tiedossa ainakin on, että hoitotyön johtajat kokevat vastuun, vallan ja mahdollisuudet vähäisiksi (ks. Ikola-Norrbacka 2010, Skytt ym. 2007, Viinikainen 2015, Virtanen 2010), minkä on yhdistetty sitoutumiseen ja työhyvinvointiin. Työhyvinvointiin vaikuttaa omaan työhön liittyvät vaikuttamis- ja kouluttautumismahdollisuudet, työn tekemisen mielekkyys, kannustava ja johdonmukainen johtaminen, palaute ja keskinäinen luottamus (ks. Manka ym. 2012), millä vastaavasti on vaikutusta ammatilliseen osaamiseen.

Hoitotyön johtajien osaamisen muutokseen yhteydessä olevista tekijöistä keskiöön nousevat työkokemus, työ-/virkasuhteen luonne ja asiakas-/potilastyö. Tulosten mukaan työkokemuksen pituus vaikutti johtamisosaamisen osa-alueisiin joko heikentävästi tai vahvistavasti kuitenkin siten, että pääsääntöisesti työkokemuksen kasvaessa johtamisosaaminen arvioitiin parantuneen. Tulos on samankaltainen useiden tutkimusten kanssa, jossa kokemus on kuvattu olevan työntekijän osaamisen vahvuuksia (esim. Chan ym. 2000, Paloniemi 2004). Tuloksia varovaisesti tulkiten näyttäisi siltä, että hoitotyön johtaja kykenee käyttämään tilannekohtaisesti hyväkseen elämän- ja työkokemuksen myötä karttunutta johtamisosaamistaan.

Toisaalta johtamisosaamiseen parantumiseen näyttää olevan yhteyttä vakituudessa tai toistaiseksi voimassa olevalla virka- tai työsuhteella. Saatu tulos antaa viitteitä siitä, että sijaisena tai määräaikaisena työskentelevien hoitotyön johtajien osaamisen kehittäminen on vähäisempää kuin vakituudessa työtehtävässä olevien. Lisäksi tähän voinee vaikuttaa hoitotyön johtajien aika ja voimavarat, mitkä eivät riitä esimerkiksi omaehtoisen koulutuksen hankkimiseen työpäivien jälkeen.

Kolmantena kiinnostavan huomiona tuli esille, että alle puolet työajastaan asiakas-/potilastyötä tekevien hoitotyön johtajien johtamisosaaminen kehittyi niin yleisen osaamisen kuin erityisosaamisen osalta. Tulos ei yllätä. Perushoitotyöhön osallistuvien hoitotyön johtajien on mahdollista kehittää *näyttöön perustuvaa päätöksenteon edistämistä, palveluiden käynnistämistä ja innovaatioita* sekä *toiminnan johtamisen osaamista*. Heidän on mahdollista nähdä organisaation toiminta käytännössä sekä tunnistettuaan puuttua odottamattomiin asioihin. Yllättävää oli kuitenkin, että hoitotyön tekemisellä oli myönteistä vaikutusta myös *pysyvään henkilökohtaiseen sitoutumiseen*. Tosin Kansteen (2005) tutkimuksen mukaan asiakas- tai potilastyöhön osallistuvilla johtajilla esiintyi muutosjohtajuutta ja työntekijöiden palkitsemista, joka sinällään tukee hoitotyön johtajuutta ja lisää sitoutumista. Hoitotyön johtajien käytännön ja hallinnon työn suhteessa esiintyy organisaatio- ja työyksikkökohtaisia eroja (Narinen 2000, Virtanen 2010).

Lopuksi on tuotava esille, että täsmällistä kuvaa johtamisosaamisen todellisuudesta ei saada pelkästään kysymällä hoitotyön johtajilta itseltään, mutta heidän itsearviointiin perustuva tieto on merkittävä lisä muiden tekemään arviointiin. Tosin huomionarvoista on, että hoitotyön johtajat usein arvioivat johtamisosaamisensa huomommaksi kuin johtamisosaamisvaatimukset (Lorenzen ym. 2002, Sinkkonen & Taskinen 2002), mikä lienee yhteydessä siihen, että johtajien itsearviointi omasta johtamisesta perustuu työssä suoriutumisen kokemukseen ja sisäistettyihin normeihin. Tämä tutkimus näyttää yhden näkökulman siihen, minkälaista on hoitotyön johtajien johtamisosaamisen nykytila.

6.4 Tulosten hyödyntäminen

Tämä tutkimus tuottaa uutta tietoa hoitotyön johtamiseen liittyvän tietoperustaan, sillä aikaisemmin kansallisesti ei ole näin laajasti, pitkittäisasetelmalla, tutkittu hoitotyön johtajien johtamisosaamista ja sen muutosta sekä muutokseen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksen tuloksien perusteella kuvattuun hoitotyön johtajan johtamisosaamiseen voidaan kiinnittää huomiota ja kehittää sitä. Tämän myötä vahvistetaan hoitotyön johtamista, sen ydintehtävää ja vaikuttavuutta sekä osoitetaan hoitotyön sisällön tuntevien hoitotyön johtajien tarpeellisuus sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation eri tasoilla. Tällä tavoin hoitotyön johtamisella varmistetaan tuloksellinen ja tavoitteellinen toiminta sekä katkeamaton yhteys asiakas- ja potilastyöhön, joiden avulla on mahdollista parantaa asiakas- ja potilasturvallisuutta, edistää uusien hoitokäytänteiden käyttöönottoa sekä tuottaa kustannussäästöjä. Tutkimuksen merkitys hoitotyölle voidaan nähdä myös välillisenä siten, että eri tasoilla työskentelevien hoitotyön johtajien vahvalla johtamisosaamisella lienee yhteys potilastyytyväisyyteen.

Pitkittäisasetelma mahdollisti tiedon hoitotyön johtajien johtamisosaamisesta ja siinä tapahtuvista muutoksista, jota voidaan soveltaa arvioitaessa yhteiskunnallisten muutosprosessien heijastumista hoitotyön johtajien johtamisosaamiseen sekä kehitettäessä kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon hoitotyön johtamista. Kehittämällä ja vahvistamalla hoitotyön johtajan johtamisosaamista, sekä yleisen osaamisen että erityisosaamisen osalta, on mahdollista vaikuttaa myös henkilöstön työtyytyväisyyteen, työhyvinvointiin ja hoitotyön vetovoimaisuuteen. Kokemus hoitotyön johtajan vahvasta ja taitavasta johtamisosaamisesta saattaa lisätä johtamistyön houkuttelevuutta ja myötävaikuttaa uusien johtajien löytymistä.

Hoitotyön johtajat arvioivat tässä tutkimuksessa johtamisosaamisen yleisen osaamisen ja erityisosaamisen melko hyväksi, mikä osoittaa hoitotyön johtajien asiantuntijuuden vahvan potentiaalin myös uusilla järjestämisvastuussa olevilla sote-alueilla hyödynnettäväksi. Hoitotyön johtajat ovat koulutettua henkilöstöä, joiden panos on erityisen tärkeää taattaessa laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut väestölle myös tulevana vuosina. Hoitotyön johtajia tarvitaan henkilöstön lähijohtamisen lisäksi strategisiin suunnittelu- ja kehittämistehtäviin. Tällä tavoin turvataan moniammatillisesti toteutuvat sosiaali- ja terveyspalvelut sekä eri ammattiryhmien välinen yhteistyön sujuvuus asiakkaiden ja potilaiden parhaaksi.

Tämän tutkimuksen tarkastelunäkökulma on johtajakeskeinen perustuen hoitotyön johtajien itsearviointiin tuottaen päivitettyä tietoa tutkimuskohteena hoitotieteeseen. Tutkimus antaa näyttöä muun muassa hoitotyön johtamisen valtakunnallis-

ten linjausten tueksi. Tämän kaltaisen tutkimuksen vahvistamista tarvitaan, jotta jatkuvasti muuttuvissa olosuhteissa tunnistetaan ja arvioidaan aihealueeseen liittyvää tietoa.

Toisaalta tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää soveltuvin osin hoitotyön johtamisen koulutuksessa. Tutkimuksessa saadun näytön perusteella on mahdollista painottaa kehittämistä vaativien osa-alueiden, kuten viestintä- ja vuorovaikutustaitojen, palveluiden käynnistämisen, talousosaamisen ja kehittämisosaamisen, osaamista hoitotyön johtajien koulutuksessa. Tällä tavoin saadaan vahvistettua entistään hoitotyön johtajien johtamisosaamista ja sen vaikuttavuutta.

6.5 Jatkotutkimusaiheet

Hoitotyön johtajien johtamisosaamisen tutkimus avaa mielenkiintoisia jatkotutkimusmahdollisuuksia. Hoitotyön johtajan johtamisosaamisen määrittelyä on syytä jatkaa tarkentaen sitä sisällöllisesti sekä tuottamalla tietoa hoitotyön johtajan johtamisosaamisen vaikuttavuudesta.

Tulevaisuudessa johtamisosaamisen tutkimusta tulisi tehdä näkökulmasta, jossa tarkastellaan johtamisosaamista hoitotyön johtajien itsearviointien lisäksi muiden, kuten hoitotyön tekijöiden, esimiesten ja yhteistyökumppaneiden, arvioimana. Tällöin johtamisosaamisen tarkasteluun saadaan hoitotyön johtajan näkökulman lisäksi työntekijän ja organisaation näkökulma, mikä on tärkeää hoitotyön johtajan johtamisosaamisen kehittämisessä ja rekrytoinnissa sekä suunniteltaessa hoitotyön johtajien johtamisen lisä- ja täydennyskoulutuksia.

Tässä tutkimuksessa on käytetty kvantitatiivista pitkäaikaisasetelmaa, joten jatkossa johtamisosaamisen tutkimuksessa kannattaisi hyödyntää erilaisia lähestymistapoja, tutkimusaineistoja ja tutkimusmenetelmiä, mikä mahdollistaisi johtamisosaamisen laajemman ja moniulotteisemman tutkimuksen ja tulosten hyödyntämisen kunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johtamisen kehittämisessä. Toisaalta johtamisosaamisen muutoksen näkyväksi tekeminen edellyttäisi myös pidempiaikaista tutkimusta, sillä yhteiskunnassa tapahtuvien rakenteellisten muutosten vaikutuksesta hoitotyön johtamiseen ja hoitotyön johtajan johtamisosaamiseen on varsin vähän näyttöä. Tällä tavoin mahdollistettaisiin alan johtajuuden ja johtamisosaamisen kehittäminen ja ylläpitäminen.

Tärkeätä olisi myös tutkia hoitotyön johtajien johtamisosaaminen suhteessa organisaatioon, sillä työnkuissa esiintyy organisaatio- ja työyksikkökohtaisia eroja. Toisaalta johtamisosaamista voisi tuolloin peilata myös organisaatiokohtaiseen työnkuvaan, jolloin tieto lisäisi ymmärrystä tapahtuuko hoitotyön johtajan johtamisosaamisessa muutos työtehtävien asettamien vaatimusten mukaan. Lisäksi tutkimusnäkökulman painottaminen substanssiin voisi tuottaa uudenlaista tietoa johtamisosaamisesta sosiaali- ja terveydenhuollon professioiden väliseen johtamiskeskusteluun.

Edellä esitettyjen lisäksi oleellista olisi kehittää hoitotyön johtajan johtamisosaamisen-mittaria[©] rakenteellisesti. Lisäksi suositeltavaa olisi kehittää suppeampi mittari hyödynnettäväksi hoitotyön johtajan osaamiskartoituksessa rekrytoinnissa ja kehityskeskustelussa.

7 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Hoitotyön johtajan johtamisosaamisen määrittäminen mahdollistaa sekä hoitotieteellisen että tieteiden välisen ja ammatillisen keskustelun hoitotyön johtajien asiantuntijuuden hyödyntämisestä kansallisesti ja kansainvälisesti.
2. Johtamisosaamisen mittarin kehittäminen mahdollistaa hoitotyön johtajan johtamisosaamisen tutkimisen kansallisesti ja kansainvälisesti. Hoitotyön johtajien johtamisosaamisen – mittarin[©] rakennetta tulee edelleen kehittää erityisesti tarkentaen ja yhdistäen väittämiä sekä arvioiden väittämien sisältöä ja kokonaisuutena. Tämän jälkeen mittaria tulee testata tarkemmin validiteetin ja reliabiliteetin arvioimiseksi.
3. Hoitotyön johtajan johtamisosaamisen tutkimus lisäsi tietoa siitä, miten hoitotyön johtajat itse arvioivat johtamisosaamistaan ja miten heidän osaamisensa muuttui kahden vuoden aikana sekä mitkä tekijät olivat yhteydessä johtamisosaamisen muutokseen. Hoitotyön johtajien johtamisosaaminen on kokonaisuutena melko hyvää. Johtamisosaamisen muuttumisessa on nähtävissä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä tapahtuva uudistus ja hoitotyön johtamisen henkilöstörakenteissa tehdyt muutokset. Lähijohtajan johtamisosaamisen muutos painottui erityisosaamisen henkilöstö- ja talousosaamiseen. Vastaavasti keski- ja ylemmän johtajan johtamisosaamisen muutos keskittyi erityisosaamisen toiminnan johtamisen lisäksi kehittämisaamiseen.
4. Hoitotyön lähi- sekä keski- ja ylemmän johtajan johtamisosaaminen poikkesi jossakin määrin toisistaan. Hoitotyön lähijohtajien johtamisosaaminen oli vahvempaa erityisosaamisen substanssiosaamisen osalta, kun taas keski- ja ylempien johtajien osaaminen yleisen osaamisen ja erityisosaamisen muiden osaamisalueiden osalta. Näistä jotkin erot ovat ymmärrettävissä työn luonteen ja tehtävien erilaisuuden näkökulmasta.

5. Alueellisesti ei ole osoitettavissa hoitotyön johtajien johtamisosaamisessa poikkeavuutta, mistä lienee nähtävissä hoitotyön johtamisen pohjautuvan valtakunnalliseen ja yhtenäiseen linjaukseen. Eri erityisvastuualueilla ei ollut isoja eroja hoitotyön johtajien johtamisosaamisessa.
6. Hoitotyön johtajan johtamisosaamisen tutkimuksen avulla voidaan tunnistaa kehittämistä vaativat johtamisosaamisen osa-alueet. Kehittämisessä on oleellista tarkastella lähijohtajien sekä keski- ja ylempien johtajien johtamisosaamisen kokonaisuutta organisaatiokohtaisesti, jotta hoitotyön sisällön tuntevia hoitotyön johtajia on riittävästi kunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden eri tasoilla. Johtamisrakenteiden muuttuessa hoitotyön johtamista ohjaa johtamisosaamisen vaatimusten muuttuminen, mikä edellyttää hoitotyön johtajan johtamisosaamisen osa-alueiden vahvuuksien ja heikkouksien tiedostamista ja kehittämistä.
7. Tämä tutkimus osoitti hoitotyön johtajien vahvaa johtamisosaamista. Tätä monipuolista osaamista on tärkeää hyödyntää yhtenäistettäessä käytäntöjä sosiaali- ja terveystaloudissa.

Lähteet

- Aarva K. 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteen laitos. Väitöskirja.
- Abbott P. 2013. Leadership and managerial skills in health care. *Nurse pre-scripting* 11 (5), 251-254.
- Aiken LH & Patrician PA. 2000. Measuring organizational traits of hospitals: The revised nursing index. *Nursing Research* 49 (3), 146-153.
- Aiken L, Sloane DM, Bruyneel L, Van Den Heede K, Sermeus W. 2013. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies* 50 (2), 143-153.
- Anderson P & Pulich M. 2002. Managerial competencies necessary in today's dynamic health care environment. *Health Care Manager* 21 (2), 1-11.
- Andrews DR, Richard DC, Robinson P, Celano P & Hallaron J. 2012. The influence of staff nurse perception of leadership style on satisfaction with leadership: A cross-sectional survey of pediatric nurses. *International Journal Nursing Studies* 49 (9), 1103-1111.
- Apilo T, Taskinen T & Salkari I. 2007. *Johda innovaatioita*. Talentum. Helsinki.
- Armstrong K, Laschinger H & Wong C. 2009. Workplace empowerment and magnet hospital characteristics as predictors of patient safety climate. *Journal of Nursing Care Quality* 24 (1), 55-62.
- Arvidsson B & Fridlund B. 2005. Factors influencing nurse supervisor competence: a critical incident analysis study. *Journal of Nursing Management* 13 (3), 231-237.
- Asamani JA, Kwafo EO & Ansah-Ofei AM. 2013. Planning among nurse managers in district hospitals in Ghana. *Nursing Management* 20 (8), 26-31.
- Athey TR & Orth MS. 1999. Emerging competency methods for the future. *Human Resource Management* 38 (3), 215-226.
- Azaare J & Gross J. 2011. The nature of leadership style in nursing management. *British Journal of Nursing* 20 (11), 672-680.
- Baumeister RF & Leary ML. 1997. Writing narrative literature reviews. *Review of General Psychology* 1 (3), 311-320.
- Berry N & Bendapudi LL. 2007. Health Care: A fertile field for service research. *Journal of Service Research* 10 (2), 111-122.

- Boev C. 2012. The relationship between nurses' perception of work environment and patient satisfaction in adult critical care. *Journal of Nursing Scholarship* 44 (4), 368-375.
- Bondas T. 2006. Paths to nursing leadership. *Journal of Nursing Management* 14 (5), 332-339.
- Bowers D. 2008. *Medical Statistics from Scraych. An introduction for Health Professionals.* 2nd edition. JohnWiley & Sons Ltd. The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, England.
- Bowling A. 2009. *Research methods in health. Investigating health and health services.* 3rd edition. McGraw Hill. Open University Press. Maidenhead.
- Brandi CL & Naito A. 2006. Hospital nurse administrators in Japan: a feminist dimensional analysis. *International Nursing Review* 53 (1), 59-65.
- Braynion P. 2004. Power and leadership. *Journal of Health Organization and Management* 18 (6), 447-463.
- Buffington A, Zwink J, Flink R, DeVine D & Sanders C. 2012. Factors affecting nurse retention at an Academic Magnet Hospital. *Journal of Nursing Administration* 42 (5), 273-281.
- Burns N & Grove SK. 2013. *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence.* 7th edition. W.B. Saunders Company. Philadelphia.
- Carney M. 2009. Leadership in nursing: current and future perspectives and challenges. *Journal of Nursing Management* 17 (4), 411-414.
- Carroll TL. 2005. Leadership skills and attributes of women and nurse executives. Challenges for the 21st century. *Nursing Administration Quarterly* 29 (2), 146-153.
- Cathcart E, Greenspan M & Quin M. 2010. The making of a nurse manager: the role of experiential learning in leadership development. *Journal of Nursing Management* 18 (4), 440-447.
- Casida J & Parker J. 2011. Staff nurse perceptions of nurse manager leadership styles and out-comes. *Journal of Nursing Management* 19 (4), 478-486.
- Chan G, Tan V & Koh D. Ageing and fitness to work. *Occupational Medicine* 50 (7), 483-491.
- Chase L. 2010. Nurse manager competencies. University of Iowa. Doctoral Dissertation – research.
- Cheng M, Dainty AR & Moore DR. 2003. Managerial competency in Britain and America. *Journal of Management Development* 22 (6), 527-237.
- Clement T & Bigby C. 2012. Competencies of front-line managers in supported accommodation: Issues for practice and future research. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 37 (2), 131-140.

- Cohen J, Cohen P, West SG. & Aiken LS. 2003. *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates. Mahwah, USA.
- Connelly LM. 2011. Cronbach's alpha. *Medsurg Nursing* 20 (1), 44-45.
- Connelly LM, Yoder LH & Miner-Williams D. 2003. A qualitative study of charge nurse competencies. *Medsurg Nursing* 12 (5), 298-306.
- Cook C, Heath F & Thompson RL. 2000. A meta-analysis of response rates in Web- or Internet-based surveys. *Educational and Psychological Measurement* 60 (6), 821-836.
- Cook DJ, Mulrow CD & Haaynes RB. 1997. Systematic Reviews: Synthesis of best evidence for clinical decisions. *Annals of Internal Medicine* 126 (5), 380-387.
- Contino DS. 2004. Leadership Competencies: Knowledge, skills and aptitudes nurses need to lead organizations effectively. *Critical Care Nurse* 24 (3), 52-64.
- Cummings G, Midodzi WG & Wong CA. 2010. The contribution of hospital nursing leadership styles to 30-day patient mortality. *Nursing Research* 59 (5), 331-339.
- Curtis EA, De Vries J & Sheerin FK. 2011. Developing leadership in nursing: exploring core factors. *British Journal of Nursing* 20 (5), 306-309.
- Davidson PM, Elliott D & Daly J. 2006. Clinical leadership in contemporary clinical practice: implications for nursing in Austria. *Journal of Nursing Management* 14 (3), 180-187.
- Drach-Zahavy A & Dagan E. 2002. From caring to managing and beyond: an examination of the head nurse's role. *Journal of Advance Nursing* 38 (1), 19-28.
- DeOnna J. 2006. *Developing and Validating an Instrument to Measure the Perceived Job Competencies Linked to Performance and Staff Retention of First-Line Nurse Managers Employed in a Hospital Setting*. Pennsylvania State University. Doctoral Dissertation – research.
- DeTrue DS & Ashford SJ. 2010. Who will lead and who will follow? A social process of leadership identity construction process in organizations. *Academy of Management Review* 35 (4), 627-647.
- DeVellis RF. 2012. *Scale Development Theory and Applications*. 3rd edition. Sage. Thousand Oaks, CA.
- DeVon HA, Block ME, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden SJ, Lazara DJ, Savoy SM & Kostas-Polston E. 2007. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *Journal of Nursing Scholarship* 39 (2), 155-164.
- DiCenso A, Guyatt G & Ciliska B. 2005. *Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice*. Mosby. St. Louis.

- Donaher K. 2004. The Human Capital Competencies Inventory for nurse managers: Development and psychometric testing. University of Massachusetts Boston. Doctoral Dissertation – research.
- Donaher K, Russell G, Scoble KB & Chen J. 2007. The Human Capital Competencies Inventory for developing nurse managers. *Journal of Continuing Education in Nursing* 38 (6), 277-283.
- Drucker PE. 1954. *The Practice of Management*. Harper Row. New York.
- Drucker PF. 2000. *The essential Drucker. The best of sixty years of Peter Drucker's essential writings on management*. Collins business essentials. New York.
- Duffield CM, Roche MA, Blay N & Stasa H. 2011. Nursing unit managers, staff retention and the work environment. *Journal of Clinical Nursing* 20 (1-2), 23-33.
- Elo S & Kyngäs H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107-115.
- Eriksson E, Leino-Kilpi H & Vehviläinen-Julkunen K. 2008. Hoitotiede ja tiedetiikka. *Hoitotiede* 20 (6), 295-303.
- Espinoza DC, Lopez-Saldana A & Stonestreet JS. 2009. The pivotal role of the nurse manager in healthy workplaces. Implications for training and development. *Critical Care Nursing Quarterly*. 32 (4), 327-334.
- Evers FT, Rush JC & Berdrow, I. 1998. *The Bases of Competence: Skills for lifelong Learning and Employability*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco.
- Fairholm MR. 2004. Different perspectives on the practice of leadership. *Public Administration Review* 64 (5), 577-590.
- Faul F, Erdefelder E, Buchner A & Lang AG. 2009. Statistical power analyses using G*Power 3.1. Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods* 41 (4), 1149-1160.
- Farag AA, Tullai-McGuinness S & Anthony MK. 2009. Nurses' perceptions of their manager's leadership style and unit climate: are there generational differences. *Journal of Nursing Management* 17 (1), 26-34.
- Fayol H. 1916. *Industrial and general Administration*. Pitman. London.
- Fennimore L & Wolf G. 2011. Nurse manager leadership development: leveraging the evidence and system-level support. *Journal of Nursing Administration* 41(5), 204-210.
- Filerman GL. 2003. Closing the management competence gap. *Human Resources for Health* 1 (7), 1-3.
- Furukawa P & Cunha I. 2011. Profile and competencies of nurse managers at accredited hospitals. *Revista latino-americana de enfermagem* 19 (1), 106-114.
- Germain PB & Cummings GG. 2010. The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management* 18 (4), 425-439.

- Gifford W, Davies B, Edwards N, Griffin P & Lybanon V. 2007. Managerial Leadership for Nurses' Use of Research Evidence: An Integrative Review of the Literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 4 (3), 126-145.
- Graneheim UH & Lundman B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24 (2), 105-112.
- Grant JS & Davis LL. 1997. Focus on Quantitative Methods. Selection and Use of Content Experts for Instrument Development. *Research Nursing & Health* 20 (3), 269-274.
- Groves K. 2011. Talent management best practices: how exemplary health care organizations create value in a down economy. *Health Care Management Review* 36 (3), 227-240.
- Gulick L & Urwick LF. 1937. Notes on the 'Theory of organizations' in papers on the Scientific Administration. Columbia University Press. New York.
- Gunnarsdóttir S, Clarke SP, Rafferty AM & Nutbeam D. 2009. Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies* 46, 920-927.
- Guo K. 2003. A study of the skills and roles of senior level health care managers. *Health Care Manager* 22 (2), 152-158.
- Hagan CM, Konopaske R, Bernardin HJ & Tyler CL. 2006. Predicting assessment center performance with 360-degree, top-down, and customer-based competency assessments. *Human Resource Management* 45 (3), 357-390.
- Hair JF, Black WC, Babin BJ & Anderson RE. 2010. *Multivariate Data Analysis: A global perspective*. 7th edition. Pearson Prentice Hall. Upper Saddle River, NJ.
- Hakari K. 2013. Uusi julkinen hallinta – kuntien hallintouudistusten kolmas aalto? Tutkimus Tampereen toimintamallista. Tampereen yliopisto. Johtamiskorkeakoulu. Väitöskirja.
- Hanhinen T. 2010. Työelämäosaaminen. Kvalifikaatioiden luokitusjärjestelmän konstruointi. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Harmoinen M. 2014. Arvostava johtaminen terveydenhuollossa. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.
- Hayat MJ. 2010. Understanding statistical significance. *Nursing Research* 59 (3), 219-223.
- Hayes J, Rose-Quirie A, & Allinson CW. 2000. Senior managers' perceptions of the competencies they require for effective performance: Implications for training and development. *Personnel Review* 29 (1), 92-105.
- Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, Shamian J, Buchan J, Hughes F, Laschinger, HKS & North N. 2012. Nurse turnover: A literature review - An update. *International Journal of Nursing Studies* 49 (7), 887-905.

- HE 324/2014. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2014/20140324.pdf>. Viitattu 28.3.2016.
- Healy P & Devane D. 2011. Methodological considerations in cohort study designs. *Nurse Researcher* 18 (3), 32-36.
- Heikka H. 2008. Sosiaali- ja terveysjohtajan työn sisältö ja kompetenssit. Oulun yliopisto, Terveystieteiden laitos. Väitöskirja.
- Helakorpi S. 2006. Koulutuksen kehittävä arviointi. Työkaluja osaamisen johtamiseen. HAMK. Ammatillisen opettajakorkeakoulun julkaisuja 4/2006. Hämeenlinna.
- Heller BR, Drenkard K, Esposito-Herr MB, Romano C, Tom S & Valentine N. 2004. Educating nurses for leadership roles. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 35 (5), 203-210.
- Hellriegel D, Jackson ES & Slocum J. 2007. *Managing: A competency-based approach*. 11th edition. Cengage Learning. Ohio.
- Hennessy D & Hicks C. 2003. The ideal attributes of Chief Nurses in Europe: a Delphi study. *Journal of Advanced Nursing* 43 (5), 441-448.
- Hewson C, Yule P, Laurent D & Vogel C. 2003. *Internet research methods: a practical guide for the social and behavioral sciences*. Sage, Gateshead.
- Hisrich R, Peters M & Shepherd D. 2013. *Entrepreneurship*. 9th edition. McGraw-Hill Education. United States.
- Hix C, McKeon L & Walters S. 2009. Clinical nurse leader impact on clinical microsystems outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 39 (2), 71-76.
- Holbrook A, Krosnick J & Pfent A. 2007. The causes and consequences of response rates in surveys by the news media and government contractor survey research firms. Teoksessa: JM. Lepkowski, NC. Tucker, JM. Brick, ED. De Leeuw, L. Japac, PJ. Lavrakas, MW. Link & RL. Sangster (toim.) *Advances in Telephone Survey Methodology*. Wiley. New York, USA, 499-529.
- Hotho S & Dowling M. 2010. Revisiting leadership development: The participant perspective. *Leadership and Organizational Development Journal* 31 (7), 609-629.
- Hujala A. 2008. Johtamisen moniäänisyys. Johtaminen vuorovaikutuksena ja puhuttana hoivayrityksissä. Kuopion yliopisto. Terveyshallinnon ja -talouden laitos. Väitöskirja.
- Huotari P. 2009. Strateginen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja terveystoimessa. Neljän kunnan sosiaali- ja terveystoimen esimiesten käsityksiä strategisesta osaamisen johtamisesta. Tampereen yliopisto. Kauppa- ja hallintotieteen tiedekunta. Johtamistieteiden laitos. Väitöskirja.
- Huston C. 2008. Preparing nurse leaders for 2020. *Journal of Nursing Management* 16 (8), 905-911.

- Hutchinson S & Purcell J. 2010. Managing ward managers for roles in HRM in the NHS: overworked and under-resourced. *Human Resource Management Journal* 20 (4), 357-374.
- Ikola-Norrbacka R. 2010. Johtamisen eettisyys terveydenhuollossa. Esimiestyön ja hallinnon eettiset arvot julkisen terveydenhuollon kahdessa professionissa. Vaasan yliopisto. Filosofinen tiedekunta. Julkisjohtaminen. Väitöskirja.
- Jasper M & Crossan F. 2012. What is strategic management? *Journal of Nursing Management* 20 (7), 838-846.
- Jennings BM, Scatzi CC, Rodegers III JD & Keane A. 2007. Differentiating nursing leadership and management competencies. *Nursing Outlook* 55 (4), 169-175.
- Jumaa MO. 2008. The 'F.E.E.L' good factors in Nursing Leadership at Board Level through Work-based learning. *Journal of Nursing Management* 16 (8), 992-999.
- Kajamaa A. 2011. Unraveling the helix of change: An activity-theoretical study of health care change efforts and their consequences [Muutoksen kehiiä avaamassa: Toiminnanteoreettinen tutkimus terveydenhuollon muutospyrkimyksistä ja niiden seuraamuksista]. Helsingin yliopisto. Käyttämistieteellinen tiedekunta. Kasvatustieteen laitos. Väitöskirja.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WsoyPro Oy. Helsinki.
- Kanste O. 2005. Moniulotteinen hoitotyön johtajuus ja hoitohenkilöstön työuupumus terveydenhuollossa. Oulun yliopisto, Hoitotieteen- ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.
- Katz RL. 1955. Skills of an effective administrator. *Harvard Business Review*. Jan-Feb, 3342.
- Keys Y. 2014. Looking ahead to our next generation of nurse leaders: Generation X Nurse Managers. *Journal of Nursing Management* 22, 97-105.
- Khan KS, Kunz R, Kleijnen J & Antes G. 2003. Systematic Reviews to Support Evidence-based Medicine. How to review and apply findings of healthcare research. The Royal Society of Medicine Press Ltd, London.
- Kinnunen J, Kivinen T, Lammintakanen J & Taskinen H. 2008. Henkilöstövoimavarojen johtamisen merkitys terveydenhuollon kehittämisessä. Teoksessa: U. Ashorn & J. Lehto (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Stakes. Helsinki. 97-115.
- Kirk H. 2008. Nurse executive director effectiveness: a systematic review of the literature. *Journal of Nursing Management* 16 (3), 374-381.
- Kivinen T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Kuopion yliopisto. Yhteiskunnallinen tiedekunta. Terveystalouden ja -talouden laitos. Väitöskirja.

- Kleinman CS. 2003. Leadership roles, competencies, and education. How prepared are our nurse managers? *The Journal of Nursing Administration* 33 (9), 451-455.
- Koivistoinen M & Pellinen K. 2014. Viestintä osana johtamisosaamista sosiaali- ja terveysalalla. Teoksessa: V. Niiranen, M. Joensuu, J. Lammintakanen & M. Kerkkänen (toim.) *Johtajana muutoksissa*. Suomen kuntaliitto. Helsinki. 109-120.
- Kooker BM & Kamikawa C. 2011. Successful strategies to improve RN retention and patient outcomes in a large medical centre in Hawaii. *Journal of Clinical Nursing* 20 (1-2), 34-39.
- Kramer M & Schmalenberg C. 2008. Essentials of a productive nurse work environment. *Nursing Research* 57 (1), 2-13.
- Kramer M, Schmalenberg C & Maguire P. 2004. Essentials of a magnetic work environment part 3. *Nursing* 34 (8), 44-47.
- Krugman M & Smith V. 2003. Charge nurse leadership development and evaluation. *Journal of Nursing Administration* 33 (5), 284-292.
- Kujala A. 2015. Esimiesten ammattijohtamisvalmiuksien mittaaminen visuaalisella kehyskertomuksella – murtuuko myytti? Tarkastelussa terveys- ja sosiaaliala. Vaasan yliopisto. Filosofinen tiedekunta. Sosiaali- ja terveyshallintotiede. Väitöskirja.
- Kuula A. 2006. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino, Tampere.
- Kylmä J & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Kvist T, Mäntynen R, Turunen H, Partanen P, Miettinen M, Wolf GA & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. How magnetic are Finnish hospitals measured by transformational leadership and empirical quality outcomes? *Journal of Nursing Management* 21 (1), 152-164.
- Laihonen H. 2009. Terveysjärjestelmän johtamisen tietovirrat. Tampereen teknillinen yliopisto. Julkaisu 824. Väitöskirja.
- Lammintakanen J. 2014. Miten johtajia johdetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa? Osoita rajat – anna tilaa toimia. Teoksessa: V. Niiranen, M. Joensuu, J. Lammintakanen & M. Kerkkänen (toim.) *Johtajana muutoksissa*. Suomen kuntaliitto. Helsinki. 96-108.
- Lau R, Cross W, Moss C, Campbell A, De Castro M & Oxley V. 2014. Leadership and management skills of general practice nurses: Experience or education? *International Journal of Nursing Practice* 20 (6), 655-661.
- Leino-Kilpi H. 2009. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa: H. Leino-Kilpi & M. Välimäki (toim.) *Etiikka hoitotyössä*. Viides uudistettu painos. WSOY. Helsinki. 360-377.

- Lin L, Wu J, Huang I, Tseng K & Lawler JJ. 2007. Management development: A study of nurse managerial activities and skills. *Journal of Healthcare Management* 52 (3), 156-169.
- Lindsay PR. & Stuart R. 1997. Reconstruing competence. *Journal of European Industrial Training* 21 (9), 326-332.
- LoBiondo-Wood G & Haber J. 2010. *Nursing research. Methods and critical appraisal for evidence based practice.* 7th edition. Mosby Elsevier. St. Louis.
- Locke R, Leach C, Kitsell F & Griffing J. 2011. The impact on the workload of the ward manager whith the introduction of administrative assistants. *Journal of Nursing Manager* 19 (2), 177-185.
- Lorensen M, Sinkkonen S, Lichtenberg A, Jensdottir AB, Hamran G, Johansson B & Engfeldt L. 2001. Knowledge and skill requirements for nurse leaders in yhe primery health care services in the Nordic countirues. Det medisinske Facultet Institutt for sykepleievitenskap Universitet I Oslo. Dokumentserie nr. 1, 27.11.2011. Norge.
- Machin D, Campbell MJ & Walters S.J. 2007. *Medical Statistics. A textbook for the Health Sciences.* 4th edition. John Wiley & Sons Ltd. The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, England.
- MacPhee M & Suryaprakash N. 2012. First-line nurse leaders_ health-care change management initiatives. *Journal of Nursing Management* 20, 249-259.
- Manka ML, Heikkilä-Tammi K & Vauhkonen A. 2012. Työhyvinvointi ja tuloksellisuus. Henkilöstön arvoa kuvaavat tunnusluvut johtamisen tukena kunnissa. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos Tampereen yliopisto. Tampere.
- Marquis BL & Huston CJ. 2009. *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application.* 6th edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- Martin MM. 2005. Epidemiological study designs for health care research and evaluation. Teoksessa: A. Bowling & S. Ebrahim (toim.). *Handbook of health research methods. Investigation, measurement and analysis.* Open University Press. Maidenhead. 98-163.
- Mathena KA. 2002. Nursing Manager Leadership Skills. *The Journal of Nursing Administration* 32 (3), 136-142.
- Matthews DE & Farewell VT. 2015. *Using and Understanding Medical Statistics.* 5th revised and extended edition. S. Karger AG. Basel.
- McCabe C & Timmins F. 2006. How nurse managers let down staff. *Nursing Management* 13 (3), 30-35.
- McCallin A, Bamford-Wade A & Frankson C. 2009. Leadership succession planning: a key professional issue. *Nurse Leader* 7 (6), 40-44.
- McCallin AM & Frankson C. 2010. The role of charge nurse manager: a descriptive exploratory study. *Journal of Nursing Management* 18 (3), 319-325.

- McCarthy G & Fitzpatrick JJ. 2009. Development of a competency framework for nurse managers in Ireland. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 40 (8) 346-350.
- McClure M, Poulin MA, Sovie MD & Wandelt MA. 2006. Magnet Hospitals: Attraction and retention of professional nurses. Teoksessa: M. McClure & A. Hinshaw. (toim.) 2006. Magnet hospitals revisited: attraction and retention of professional nurses. 4th edition. American nurses association. Silver Spring MD. 1-24.
- Mealing NM, Banks E, Jorm LR, Steel DG, Clements MS & Rogers KD. 2010. Investigation of relative risk estimates from studies of the same population with contrasting response rates and designs. *BMC Medical Research Methodology* 10 (26), 1-12.
- Melnik BM & Fineout-Overholt E. 2005. Evidence-Based Practice in Nursing & Health Care. A Guide to Best Practice. Lippincott Williams & Wilkins.
- Menzel DC. 2007. Ethics Management for Public Administrators: Building Organizations of Integrity. M.E. Sharpe. London.
- Metsämuuronen J. 1999. Pehmeät kvalifikaatiot sosiaali- ja terveystalouden työssä ja ammatillisessa koulutuksessa. *Aikuiskasvatus* 2/99, 140-150.
- Morton SMB, Bandara DK, Robinson EM & Carr PEA. 2012. In the 21st century: what is an acceptable response rate? *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 36 (2), 106-108.
- Munro BH. 2005. Statistical methods for health care research. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, USA.
- Murray P. 2003. Organisational learning, competencies, and firm performance: empirical observations. *The Learning Organization* 10 (5), 305-316.
- Narinen A. 2000. Terveystalouden osastonhoitajan työn sisältö tällä hetkellä ja tulevaisuudessa tutkimus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osastonhoitajien sekä ylihoitajien mielipiteistä. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Väitöskirja.
- Naumanen P & Silvennoinen H. 1996. Löytyykö työtä? Työelämän koulutustarpeet osa 2. Työministeriön työpöytäkirja 141. Työministeriö. Helsinki.
- Niiranen V. 2004. Sosiaalityön johtamisen vaatimukset ja kvalifikaatiot. *JANUS* 12 (2), 226-233.
- Niiranen V, Puustinen A, Zitting J & Kinnunen J. 2013. Sosiaali- ja terveystalvelut kunta- ja palvelurakennemuutoksissa. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 25. Acta 245. Itä-Suomen yliopisto ja Kuntaliitto, Helsinki.
- Nilsson K & Furåker C. 2012. Learning leadership through practice healthcare managers' experience. *Leadership in Health Services* 25 (2), 106-122.

- Noordegraaf M. 2000. Professional sense-makers: Managerial competencies amidst ambiguity. *The International Journal of Public Sector Management* 13 (4), 319-332.
- Northouse PG. 2004. *Leadership: Theory and Practice*. Thousand Oaks. London.
- Nummenmaa L. 2011. Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät. 3. painos. Tammi. Helsinki.
- Nyholm I. 2008. Keskijohto kuntamuutoksen näkijänä ja kokijana. Seutuyhteistyö muutosprosessina kuntien keskijohdon näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden laitos. Väitöskirja.
- O'Donnell DM, Livingston PM & Bartram T. 2012. Human resource management activities on the front line: A nursing perspective. *Contemporary Nurse* 41 (2), 198-205.
- O'Neil E, Morjikian RL, Cherner D, Hirschhorn C & West T. 2008. Developing Nursing Leaders. An Overview of Trends and Programs. *The Journal of Nursing Administration* 38 (4), 178-183.
- Otala L. 2002. Oppimisen etu – kilpailukykyä muutoksessa. 4. uudistettu painos. WS Bookwell Oy. Porvoo.
- Paloniemi S. 2004. Ikä, kokemus ja osaaminen työelämässä – työntekijöiden käsityksiä iän ja kokemuksen merkityksestä ammatillisessa osaamisessa ja sen kehittämisessä. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Parahoo K. 2006. *Nursing research. Principles, Process, and Issues*. 2nd edition. Palgravemacmillan. China.
- Patrick A, Spence-Laschinger HK, Wong C & Finegan J. 2011. Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: the clinical leadership survey. *Journal of Nursing Management* 19 (4), 449-460.
- Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. 2006. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. 4. painos. Sanoma Pro Oy. Helsinki.
- Peat J & Barton B. 2005. *Medical Statistics. A guide to data analysis and critical Appraisal*. Blackwell Publishing Ltd. Oxford. England.
- Petrie A & Sabin C. 2000. *Medical Statistics at a Glance*. Blackwell Science Ltd. London. England.
- Pietilä H. 2015. Strategiatyöhön osallistuminen. Strategistit ja strategiaselviytyjät. Oulun yliopisto, Oulun yliopiston kauppakorkeakoulu. Johtamisen ja kansainvälisen liiketoiminnan yksikkö. Väitöskirja.
- Pihlainen V, Kivinen T & Lammintakanen J. 2015. Management and leadership competence in hospitals: a systematic literature review. *Leadership in Health Services* 29 (1), 95-110.
- Pillay R. 2011. The Skills Gap in Nursing Management in the South African Public Health Sector. *Public Health Nursing* 28 (2), 176-185.

- Pittman J & Bakas T. 2010. Measurement and instrument design. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing* 37 (6), 603-607.
- Pfeffer J & Salancik GR. 2003. *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*. Harper & Row. New York.
- Portoghese I, Galletta M, Battistelli A, Saiani L, Penna MP & Allegrini E. 2012. Change-related expectations and commitment to change of nurses: the role of leadership and communication. *Journal of Nursing Management* 20 (5), 582-591.
- Polit DF & Beck CT. 2006. *Essentials of nursing research: methods, appraisals and utilization*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA.
- Polit DF & Beck CT. 2008. *Essentials of Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Polit DF & Beck CT. 2012. *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Ranki A. 1999. Vastaako henkilöstön osaaminen yrityksen tarpeita? Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Rissanen S & Koivistoinen M. 2012. Onko sukupuolella ja koulutuksella väliä sosiaalialan johtamisessa? Teoksessa: V. Niiranen & M. Hänninen (toim.) 2012. *Sosiaalitoimen johtajat kunnissa. Acta 234*. Suomen kuntaliitto, Helsinki. 89-100.
- Rissanen S & Lammintakanen J. 2015. *Sosiaali- ja terveystoiminnan johtaminen*. 2.painos, Sanoma Pro. Helsinki.
- Robotham D. 2004. Developing the competent learner. *Industrial and commercial Training* 36 (2), 66-72.
- Rogers R. 2012. Leadership communication styles: a descriptive analysis of health care professionals. *Journal of Healthcare Leadership* 2012 (4), 47-57.
- Rouhiainen-Neunhäuserer M. 2009. Johtajan vuorovaikutusosaaminen ja sen kehittyminen. Johtamisen viestintähaasteet tietoperustaisessa organisaatiossa. Jyväskylän yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Rush D, McCarthy G & Cronin C. 2000. *Report on Nursing Management Competencies*. Office of Health Management, Government of Ireland Publication. Dublin.
- Räisänen A. 1998. Ammatillisen osaamisen arviointi. Teoksessa: A. Räisänen (toim.) 1998 *Hallitaanko ammatti? Pätevyuden määrittelyä arvioinnin perustaksi*. Opetushallitus. Arviointi 2/1998. Yliopistopaino. Helsinki. 9-20.
- Sarajärvi A, Mattila L-R & Rekola L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. WSOY. Helsinki.
- Scoble K & Russell G. 2003. Vision 2020, Part I. Profile of the Future Nurse Leader. *The Journal of Nursing Administration* 33 (6), 324-330.

- Sherman RO, Bishop M, Eggenberg T & Karden R. 2007. Development of leadership competency model. *The Journal of Nursing Administration* 37 (2), 85-94.
- Sinkkonen S & Taskinen H. 2002. Johtamisosaamisen vaatimukset ja taso perusterveydenhuollon hoitotyön johtajilla. *Hoitotiede* 14 (3), 129-141.
- Sinkkonen S & Taskinen H. 2005. Johtamisosaamisen vaatimukset terveydenhuollossa. Teoksessa: J. Vuori (Toim.) *Terveys ja Johtaminen. Terveyshallintotiede tervetdenhuollon työyhteisöissä*. WSOY. Helsinki. 78-104.
- Skytt B, Ljungren B & Carlsson M. 2007. Reasons to leave: the motives of first-line nurse managers' for leaving their post. *Journal of Nursing Management* 15 (3), 294-302.
- Sørensen E, Delmar C, Pedersen BD. 2011. Leading nurses in dire straits: head nurses' navigation between nursing and leadership roles. *Journal of Nursing Management* 19 (4), 421-430.
- Spicer JG, Guo Y, Liu H, Hirsch J, Zhao H, Ma W & Holzemer W. 2011. Importance of role competencies for Chinese directors of nursing based on the forces of magnetism. *Journal of Nursing Management* 19 (1), 153-159.
- Spiri WC & MacPhee M. 2013. The Meaning of Evidence-Based Management to Brazilian Senior Nurse Leaders. *Journal of Nursing Scholarship* 45 (3), 265-272.
- Stenvall J & Sihvonen M. 2011. Kunnallinen itsehallinto ja johtaminen – reformien valossa ja varjossa. Teoksessa: A. Haveri, J. Stenvall & K. Majoinen (toim.) *Kunnallisen itsehallinnon peruskivet. Acta 224. Kunnallistieteen yhdistys ja Suomen Kuntaliitto*. Helsinki. 274–282.
- STM. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18.
- STM. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) 2012–2015. Julkaisuja 2012:1. Juvenes Print- Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.
- STM. 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus 2015-2019. *Tietolehtinen* 9/2015.
- STM. 2016. Sote- ja aluehallintouudistus. <http://alueuudistus.fi/etusivu>. Viitattu 14.5.2016.
- Supamane T, Krairiksh M, Singhakhumfu L & Turale S. 2011. Preliminary clinical nursing leadership competency model: A qualitative study from Thailand. *Nursing and Health Sciences* 13 (4), 433-439.
- Surakka T. 2006. Osastonhoitajan työ erikoissairanhoidossa 1990-luvulla ja 2000-luvulla – toimivalta, vastuullisuus ja asiantuntijuus lähijohtajuudessa. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Sutinen P. 2012. Johtajana kehittymisen olemus kunta-alan johtajan kokemana. Tampereen yliopisto. Suomen kuntaliitto. Väitöskirja.

- Sveiby KE. 1990. Valta ja johtaminen asiantuntijaorganisaatiossa. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Sydänmaanlakka P. 2007. Älykäs organisaatio. Oy Talentum Ab, Helsinki.
- Sydänmaalakka P. 2009. Jatkuva uudistuminen. Luovuuden ja innovatiivisuuden johtaminen. Talentum, Helsinki.
- Syvjäärvi A. 2005. Inhimillinen pääoma ja informaatioteknologia organisaatiotoiminnassa sekä strategisessa henkilöstövoimavarojen johtamisessa. Lapin yliopisto. Väitöskirja.
- TAJA. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuolto tarvitsee hoitotyön johtajia. <http://www.epressi.com/tiedotteet/terveys/sosiaali-ja-terveydenhuolto-tarvitsee-hoitotyön-johtajia.html>. Viitattu 14.5.2016.
- Te-palvelut. 2016. TE-palvelujen ammattinimikkeet ja -kuvaukset. <http://www.te-tjanster.fi/te/fi/pdf/isco.pdf>. Viitattu 14.5.2016.
- THL. 2015. Kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö 2014. Tilastoraportti 16/2015. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126388/Tr16_15_kokonaisraportti.pdf?sequence=4. Viitattu 14.5.2016.
- Thomas B, Stamler LL, Lafreniere K & Dumala R. 2000. The Internet: an effective tool for nursing research with women. *Computers in Nursing* 18 (1), 13-18.
- Thomson P & Hall C. 2011. Sense-making as a lense of everyday change leadership practice: The case of Holly Tree Primary. *International Journal of Leadership in Education*, 14 (4), 385-403.
- Tomey AM. 2009. Nursing leadership and management effects work environments. *Journal of Nursing Management* 17 (1), 15-25.
- Tomey A, Arvin K, Brown W, Eslinger S, Hamilton C, Lofton S, McCollom T, Paitson R, Staley A, Turner R, Vaughn J, Wohlwend D & Woodard H. 2001. Review of Leadership and Management Literature. *Nurse Educator* 26 (2), 53-63.
- Torppa K. 2007. Managerialismi suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Tutkimus yksityissektorin johtamisoppien soveltamisesta neljässä yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä ja arvio managerialismin soveltuvuudesta julkisen erikoissairaanhoidon uudistamiseen. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja.
- Tuomiranta M. 2002. Lääkärijohtaja – lääkäri vai johtaja? Tutkimus lääkärijohtajan roolijännitteistä ja johtamisroolin omaksumisesta erikoissairaanhoidossa. Tampereen Yliopistopaino Oy, Juvenes Print, Tampere.
- Townsend K, Wilkinson A & Kellner A. 2015. Opening the black box in nursing work and management practice: the role of ward managers. *Journal of Nursing Management* 23 (2), 211-220.
- Trebble TM, Paul M, Hockey PM, Heyworth N, Humphrey R, Powell T & Clarke N. 2015. Clinically led performance management in secondary healthcare:

- evaluating the attitudes of medical and non-clinical managers. *BMJ Quality Safety* 24 (3), 212-220.
- Tubbs SL & Schulz E. 2006. Exploring a taxonomy of global leadership competencies and metacompetencies. *Journal of American Academy of Business* 8 (2), 29-34.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauspäilyjen käsitteleminen. <http://www.tenk.fi/julkaisut/index.html>. Viitattu 14.3.2010.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauspäilyjen käsitteleminen Suomessa. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Viitattu 4.12.2013.
- Valtiovarainministeriö. 2001. Osaamisen johtaminen kehittämishankkeen loppuraportti. Valtiovarainministeriön työryhmämuistioita 6/2001.
- Vesterinen S. 2013. Osastonhoitajien johtamistyyli osana johtamiskulttuuria. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja.
- Viinikainen S. 2015. Hoitotyön ja hoitotyön johtajan valta sekä organisaation sosiaalinen todellisuus. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.
- Viitala R. 2005. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. 3. painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Viitala R. 2007. Henkilöstöjohtaminen, Strateginen kilpailutekijä. Edita. Helsinki.
- Viitanen E, Kokkinen L, Konu A, Simonen O, Virtanen JV & Lehto J. 2007. Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kunnallisanalan kehittämissäätiöntutkimusjulkaisut, nro 59.
- Virtanen JV. 2010. Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta. Turun kauppakorkeakoulu. Väitöskirja.
- Vuori J. 2005. Terveysjohtaminen ja hallinto tieteenalana. Teoksessa: J. Vuori (toim). Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti. WSOY. Porvoo. 10-33.
- Vähätalo M. 2016. Modularity in health and social services: Perspectives on organization and management (Modulaarisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa: Näkökulmia organisaatioon ja johtamiseen). Turun yliopisto. Kauppakorkeakoulu. Johtaminen ja organisaatio. Väitöskirja.
- Waltz C, Strickland O & Lenz E. 1991. *Measurement in nursing research*. FA Davis Company. Philadelphia.
- Weberg D. 2010. Transformational leadership and staff retention. An evidence review with implications for healthcare systems. *Nursing Administration Quarterly* 34 (3), 246-258.
- Westphal JA. 2012. Characteristics of nurse leaders in hospitals in the USA from 1992 to 2008. *Journal of Nursing Management* 20 (7), 928-937.

- Williams R. 2015. Missing Data Part 1: Overview, Traditional Methods. <http://www3.nd.edu/~rwilliam/stats2/l12.pdf>. Viitattu 30.10.2016.
- Willmot M. 1998. The new ward manager: an evaluation of changing role of the charge nurse. *Journal of Advanced Nursing* 28 (2), 419-427.
- Wimpfheimer S. 2008. Leadership and Management Competencies Defined by Practicing Social Work Managers. *Administration in Social Work* 28(1), 45–56.
- Wood D R. 2011. And then the basals arrived: School leadership, learning communities and professionalism. *International Journal of Leadership in Education* 14 (4), 475-497.
- Wolf G, Triolo P & Ponte PR. 2008. Magnet recognition program. The next generation. *Journal of Nursing Administration* 38 (4), 200-204.
- Woods L, Priest H & Roberts P. 2002. An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data. Part 2. practical illustrations. *Nurse Researcher* 10 (1), 43-51.
- World Medical Association (WMA). 2013. WMA Declaration of Helsinki-Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>. Viitattu 17.11.2015.
- Zydzianaite V. 2015. Leadership Styles in Ethical Dilemmas. Reasons, actions and consequences when head nurses make decisions in ethical dilemmas. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.

Liite

Liite 1 Hoitotyön johtajien johtamisosaamisen – mittari ©



Kuntasektorilla toimivien hoitotyön johtajien johtamisosaamisen kehittyminen

Kyselylomake on kolme sivuinen. Ensimmäisellä sivulla on taustatietoihin liittyviä kysymyksiä. Toisella sivulla kartoitetaan vastaajan johtamisosaamisen yleistä osaamista ja kolmannella sivulla syvennetään johtamisosaamisen erityisosaamisen alueisiin. Kysymykset ovat pääosin väittämiä, joihin vastataan asteikolla hyvin-melko hyvin -keskinkertaisesti-melko huonosti-huonosti. Väittämistä merkitään osaamista parhaiten kuvaava vaihtoehto.

* merkki kyselylomakkeessa tarkoittaa sitä, että kysymykseen on pakko vastata.

TAUSTATIEDOT

Vastaa seuraaviin taustakysymyksiin merkitsemällä sopiva vastausvaihtoehto tai kirjoittamalla vastauksesi sille varattuun tilaan.

DEMOGRAAFISET

1. Syntymävuotesi (vvvv) *

2. Sukupuolesi *

Nainen

Mies

3. Siviilisäätysi *

Avio-/avoliitto

Naimaton

Leski / eronnut

Muu, mikä

4. Äidinkielenä *

Suomi

Ruotsi

Muu, mikä _____



KOULUTUS

5. Koulutus (valitse kaikki mitä olet suorittanut ja mainitse tutkinnon nimi ja ala)

- Ylioppilas _____
- Koulutason tutkinto, nimi ja ala _____
- Opistotason tutkinto, nimi ja ala _____
- Ammattikorkeakoulututkinto, nimi ja ala _____
- Kandidaatin tai maisterin tutkinto, nimi ja ala _____
- Lisensiaatin tai tohtorin tutkinto, nimi ja ala _____
- Muu, mikä _____

6. Hankkimasi muu koulutus (esim. johtamisen täydennyskoulutus)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

TYÖHÖN LIITTYVÄT

7. Työkokemuksesi yhteensä terveydenhuoltoalalla

_____ vuotta
_____ kuukautta (jos alle vuosi)

8. Työkokemuksesi yhteensä hoitotyön johtajana

_____ vuotta
_____ kuukautta (jos alle vuosi)

9. Työkokemuksesi nykyisessä työtehtävässä

_____ vuotta
_____ kuukautta (jos alle vuosi)

10. Tämän hetkinen työtehtäväsi / virkanimikkeesi *



11. Tämän hetkisen palvelusuhteesi luonne *

- Virkasuhde
- Työsuhde

12. Sairaanhoidopiiri, jonka alueella työskentelet *

- Etelä-Karjalan sairaanhoidopiiri
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoidopiirin
- Etelä-Savon sairaanhoidopiiri
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiiri
- Itä-Savon sairaanhoidopiiri
- Kainuun sairaanhoidopiiri
- Kanta-Hämeen sairaanhoidopiiri
- Keski-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri
- Keski-Suomen sairaanhoidopiiri
- Kymenlaakson sairaanhoidopiiri
- Lapin sairaanhoidopiiri
- Länsi-Pohjan sairaanhoidopiiri
- Pirkanmaan sairaanhoidopiiri
- Pohjois-Karjalan sairaanhoidopiiri
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri
- Pohjois-Savon sairaanhoidopiiri
- Päijät-Hämeen sairaanhoidopiiri
- Satakunnan sairaanhoidopiiri
- Vaasan sairaanhoidopiiri
- Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri

13. Työpaikkasi, jossa työskentelet tällä hetkellä *

- Enkoissairaanhoido, yliopistollinen sairaala
- Enkoissairaanhoido, keskussairaala
- Enkoissairaanhoido, aluesairaala
- Perusterveydenhuolto, terveyskeskus
- Muu, mikä _____

14. Työyksikkösi, jossa pääsääntöisesti työskentelet (esim. vuodeosasto, poliklinikka) *

15. Organisaation, jossa työskentelet, henkilöstömäärä kokonaisuudessaan *

- Alle 100 henkilöä
- 100–499 henkilöä
- 500–999 henkilöä



- 1000–5000 henkilöä
- yli 5000 henkilöä
- en osaa sanoa

16. Johtamasi työyksikön koko henkilökunnan määrä *

17. Omien alaistesi tehtävänimikkeet ja määrät

- Osastoapulainen, henkilöä _____
- Lähihoitaja / perushoitaja, henkilöä _____
- Sairaanhoidtaja/ erikoissairaanhoidtaja, henkilöä _____
- Terveystenhoitaja, henkilöä _____
- Kätilö, henkilöä _____
- Fysioterapeutti, henkilöä _____
- Toimintaterapeutti, henkilöä _____
- Osastonsihtööri, henkilöä _____
- Apulaisosastonhoitaja, henkilöä _____
- Osastonhoitaja, henkilöä _____
- Muu, mikä, henkilöä _____

18. Tämän hetkinen työ-/virkasuhteesi *

- Vakinainen / Toistaiseksi voimassa oleva
- Määräaikainen / Sijainen

19. Työaikamuotosi *

- Yleistyoaika
- Toimistotyöaika
- Jaksotyö, päivätyöluontoinen
- Jaksotyö, vuorotyöluontoinen
- Säännöllinen työaika, 37 tuntia viikossa
- Muu, mikä _____



20. Sinun tekemäsi asiakas-/potilastyö (keskimäärin) työajastasi *

- Ei lainkaan
- alle 25 %
- 25–49%
- 50–75%
- yli 75 % työajastani
- en osaa sanoa

21. Lähimmän esimiehesi virka-/ammattinimike *

22. Työskentelyaikasi nykyisen lähimmän esimiehen alaisuudessa

_____ vuotta
_____ kuukautta (jos alle vuosi)

23. Lähimmän esimiehesi sukupuoli *

- Nainen
- Mies

24. Lähimmän esimiehesi ikä *

- alle 30 vuotta
- 30–39 vuotta
- 40–49 vuotta
- 50–60 vuotta
- yli 60 vuotta
- en osaa sanoa

25. Lähimmän esimiehesi suorittamat tutkinnot *

- terveydenhuoltoalan opistoasteen tutkinto ja erikoistumistutkinto
- terveydenhuoltoalan opistoasteen tutkinto
- terveydenhuoltoalan ammattikorkeakoulututkinto
- opistotason hallinnon tai opettajan tutkinto
- terveydenhuollon/terveystieteiden kandidaatin/maisterin tutkinto
- Muu tutkinto, mikä _____
- en osaa sanoa

26. Lähimmän esimiehen työkokemus nykyisessä johtamistehtävässä *

- alle 5 vuotta
- 5-10 vuotta
- 11–20 vuotta
- yli 20 vuotta
- en osaa sanoa

27. Lähimmän esimiehen tekemä asiakas-/potilastyötä (keskimäärin) arviosi mukaan *

- ei lainkaan
- alle 25 %
- 25–49%
- 50–75 %
- yli 75 % työajastaan
- en osaa sanoa

YLEINEN OSAAMINEN

Seuraavat väittämät liittyvät johtamisen yleiseen osaamiseen. Merkitse jokaisesta väittämästä osaamistasi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

28. NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN PÄÄTÖKSENTEON EDISTÄMINEN *

	Hyvin	Melko hyvin	Keskinkertaisesti	Melko huonosti	Huonosti	Ei koske minua
Osaan käyttää asioiden harkinnassa analyysia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan käyttää asioiden harkinnassa logiikkaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan edistää henkilöstön näyttöön perustuvan päätöksenteon prosessia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan käyttää erilaisia tietolähteitä ongelmanratkaisussa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan hyödyntää asianmukaista tietoa johtamisessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan käsitellä monimutkaisia ongelmia järjestelmällisellä tavalla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ennakoida vaihtoehtojen vaikutusta ongelmanratkaisussa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan erottaa tärkeät asiat merkityksettömistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tarkastella tilannetta eri näkökulmista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan esittää erilaisia vaihtoehtoja neuvotteluissa arvioimalla niiden soveltuvuutta päätöksentekoon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan käyttää kirjallista materiaalia ongelmatilanteissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan käyttää suullista materiaalia ongelmatilanteissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tehdä päätöksiä kriisitilanteessa puutteellisilla tiedoilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan puuttua ongelmiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tehdä kielteisiä päätöksiä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan soveltaa käytännön osaamista päätöksenteossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan osoittaa varmuutta päätöksenteossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tunnistaa omalle esimiehelle kuuluvan päätöksenteon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. SUHTEIDEN RAKENTAMINEN JA YLLÄPITÄMINEN *

	Hyvin	Melko hyvin	Keskinkertaisesti	Melko huonosti	Huonosti	Ei koske minua
Osaan olla vuorovaikutuksessa erilaisten ihmisten kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan asettaa itseni toisen henkilön asemaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tarjota tukea kollegoille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tunnistaa toisten tunteita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Osaan tunnistaa toisten ajatuksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan osoittaa näkemykseni työryhmässä työskennellessä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan havaita sitoumukset varhaisessa vaiheessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan olla diplomaattinen erilaisissa tilanteissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ratkaista konfliktitilanteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kuunnella asianomaisia konfliktitilanteissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan edesauttaa yhteisymmäryksen syntymistä konfliktitilanteissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan osoittaa huolestumiseni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kuunnella työntekijöiden huolenaiheita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. VIESTINTÄ JA VUOROVAIKUTUSTAITOT *

	Hyvin	Melko hyvin	Keskinkertaisesti	Melko huonosti	Huonosti	Ei koske minua
Osaan tietojen vakuuttavan esittämisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan selkeän puhumisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan luoda vakuuttavia esityksiä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan herättää yleisön kiinnostuksen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan vaikuttaa viestintästrategiaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan muotoilla viestin kohdeyleisölle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan rakentaa verkostoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan käyttää useampaa mediaa asian esittämiseksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kirjoittaa muistioita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kehittää vakuuttavia kirjallisia ehdotuksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan esittää arkaluontoiset asiat medialle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan varmistaa kokouksen saavuttavan tarkoituksensa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan käyttää tarkoituksenmukaista kehonkieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan puhua asiakkaiden/potilaiden puolesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. PALVELUIDEN KÄYNNISTÄMINEN JA INNOVAATIO *

	Hyvin	Melko hyvin	Keskinkertaisesti	Melko huonosti	Huonosti	Ei koske minua
Osaan keskittää energiaa keskeisiin alueisiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan puolustaa merkittäviä palveluhankkeita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan edistää hoitotyön vaikuttavuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan johtaa tieteidenvälisten palvelujen kehittämishankkeita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan lisätä hoitotyön arvoa palveluiden toimittamisessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kehittää palveluiden laatua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kehittää tutkimukseen perustuvaa käytäntöä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kehittää uusia ideoita projektissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tuottaa työntekijöiden kanssa ratkaisuja palveluiden haasteisiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tarkastella asioita asiakkaiden/potilaiden ehdotusten mukaisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kokeilla uusia työtapoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ottaa työryhmissä esille henkilöstön hyvät ideat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan esittää uusia ideoita palveluiden parantamiseksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. JOUSTAVUUS JA MALTTI *

	Hyvin	Melko hyvin	Keskinkertaisesti	Melko huonosti	Huonosti	Ei koske minua
Osaan kriisitilanteissa rauhallisen käyttäytymisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan jäsentää vastuut kriisitilanteissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan rauhoittaa henkilökunnan kriisitilanteissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan olla objektiivinen konfliktin käsittelyssä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan vastaanottaa kritiikkiä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan käsitellä odottamattomia tilanteita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan säilyttää maltillisuuteni kohdatessani vastarintaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan toimia voimakasta vastustusta vastaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan edistää ammatillista vastuuta haasteellisissa tilanteissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan antaa kriisitilanteissa aikaa henkilöstön ohjaukseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Osaan ylläpitää suorituskykyäni paineen alaisena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan hallita stressiä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan välttää stressaavia työtilanteita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan pitää tasapainon työn ja vapaa-ajan välillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan hyödyntää erilaisia keinoja stressinhallinnassa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. REHELLISYYS JA EETTISET ARVOT *

	Hyvin	Melko hyvin	Keskinkertaisesti	Melko huonosti	Huonosti	Ei koske minua
Osaan myötävaikuttaa etiikan kehittämiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan myötävaikuttaa arvojen kehittämiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan käydä arvokeskusteluja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan yhdistää henkilökohtaiset ja organisaation arvot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kehittää organisaation arvoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan puhua arvojen puolesta organisaatiotasolla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tasapainottaa palvelutarpeita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan toimia organisaation käytäntöjen mukaisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan toimia omien arvojeni mukaisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan henkilökuntaa koskevien raporttien oikeudenmukaisen käsittelyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan luottamuksellisten tietojen käsittelyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan myöntää virheeni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kantaa vastuuni virhetilanteissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan rehellisen toimimisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. PYSYVÄ HENKILÖKOHTAINEN SITOUTUMINEN *

	Hyvin	Melko Hyvin	Keskinkertaisesti	Melko huonosti	Huonosti	Ei koske minua
Osaan myönteisen suhtautumisen hoitotyön tulevaisuuteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan sitoutua hoitotyön johtamiseen henkilökohtaisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kehittää itseäni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan parantaa omaa suorituskykyäni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kokea onnistumista palveluiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

kehittämisestä

Osaan realististen tavoitteiden asettamisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan haastavien tavoitteiden asettamisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan arvioida tavoitteita jatkuvasti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kehittää hoitotyötä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan toimia kliinisenä asiantuntijana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan päivittää tietojani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan pyytää työtovereilta palautetta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan oppimisen kokemuksien perusteella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kehittää toimintaa tilanteita reflektoiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kehittää hoitotyötä käytännön ja tutkimuksen pohjalta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan mentoroinnin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan käyttää erilaisia oppimisen keinoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan johtaa poikkitieteellisten palveluiden kehittämistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan poikkitieteellisten palvelujen kehittämisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. AMMATILLINEN OSAAMINEN JA USKOTTAVUUS *

	Hyvin	Melko hyvin	Keskinkertaisesti	Melko huonosti	Huonosti	Ei koske minua
Osaan hoitotyön käytännön	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan hoitotyön teknisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan käyttää ammattitaitoani päätöksenteossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan huomioida hoitotyössä toiminnalliset asiat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan huomioida hoitotyössä tekniset asiat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kehittää uutta käytäntöä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan käyttää teknologiaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan arvostaa ammattitaitoani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ERITYISOAAMINEN

Tässä tutkimuksessa analysoitujen empiiristen tutkimusten perusteella hoitotyön johtajan johtamisoaamisen osa-alueet ovat substanssiosaaminen, henkilöstöjohtamisen osaaminen, toiminnan johtamisen osaaminen ja kehittämisosaaminen.

Vastaa seuraaviin johtamisoaamisen kysymyksiin merkitsemällä jokaisesta väittämästä osaamistasi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

36. SUBSTANSSIOSAAMINEN *

	Hyvin	Melko hyvin	Keskinkertaisesti	Melko huonosti	Huonosti	Ei koske minua
Hoitotyön ydiosaaminen						
Osaan johtaa käytännön hoitotyötä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan työelämän pelisäännöt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan työhöni liittyvät toimintaohjeet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan hoitotyön vaihtelevissa tilanteissa ammatillisena esimiehenä toimimisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kliininen/Tekninen osaaminen						
Osaan hoitotyön tietoperustan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan hoitotyön käytännön	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan hoitotyön suunnittelun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. HENKILÖSTÖJOHTAMISEN OSAAMINEN *

	Hyvin	Melko hyvin	Keskinkertaisesti	Melko huonosti	Huonosti	Ei koske minua
Persoonallinen osaaminen						
Osaan itseni johtamisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ammatillisesti läsnä olemisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan työntekijöiden osaamisen haastamisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan työntekijöiden kuuntelemisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan selviytyä johtajana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arvo-osaaminen						
Osaan arvioida työni eettisiä arvopäämääriä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ratkaista arvoristiriitoja eettisesti hyväksyttävällä tavalla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan asettaa arvot tärkeysjärjestykseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan käyttää ammatillisia arvoja yhteiskunnallisessa toiminnassa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Osaan käyttää ammatillisia arvoja globaalissa toiminnassa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan käyttää ammatillisia arvoja ekologisessa toiminnassa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sosiaalinen osaaminen						
Osaan huolehtia työntekijöiden hyvinvoinnista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kehittää työntekijöiden motivaatiota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan luoda työyhteisöön positiivista ilmapiiriä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan käsitellä informaatiota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan varmistaa tiedonkulun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan käyttää tietojärjestelmiä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan sidosryhmien välisen yhteistyön	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan organisaation toiminta-alueiden välisen viestinnän	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilöstöhallinto						
Osaan henkilöstöasioihin liittyvät lait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan henkilöstöasioihin liittyvät sopimukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan johtaa henkilöstöresursseja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kohdentaa voimavaroja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan henkilöstöhallinnon rutiinit (mm. rekrytointiin, perehdyttämisen, työvuorolistojen laatimisen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan henkilöstösuunnittelun (mm. sijoittamisen, koulutukset, kehittämisen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38. TOIMINNAN JOHTAMISEN OSAAMINEN *

	Hyvin	Melko hyvin	Keskinkertaisesti	Melko huonosti	Huonosti	Ei koske minua
Palveluketjuosaaminen						
Osaan suunnitella palveluketjuja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kehittää hoitotyön voimavarasuunnittelua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan terveydenhuollon toimintaketjujen prosessit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan terveydenhuollon palvelurakenteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tunnistaa hoitotyön merkityksen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tunnistaa hoitotyön tehtävän	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan organisaation rakenteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tunnistaa organisaation ydinosaaamisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Osaan muuttaa organisaation toimintaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan hoitotyön voimavarojen suunnittelun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan organisaation toimintaperiaatteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Politiittinen/juridinen osaaminen						
Osaan hoitotyön poliittisen ohjauksen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan hoitotyön toimintaa ohjaavat lait ja asetukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan vaikuttaa terveyspolitiikkaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tunnistaa hoitotyön aseman osana valtakunnallista terveyspolitiikkaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tietohallinto-osaaminen						
Osaan tiedolla johtamisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan liiketoimintaperiaatteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ottaa tietoa vastaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan hankkia tietoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan käyttää tietoteknisiä laitteita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan hyödyntää teknologiaa tietämykseni lisäämisessä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan hyödyntää tietotekniikkaa tietämykseni lisäämisessä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan hyödyntää laskentamenetelmiä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Talousosaaminen						
Osaan liike-elämän taidot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan talouden tuottavuuden ja tehokkuuden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan päivittäisen talousseurannan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kustannusten seurannan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan talousarvioinnin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan resurssien oikeudenmukaisen hyödyntämisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tiedottaa taloudelliset rajoitukset työntekijöille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan budjetoinnin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan terveydenhuollon taloudelliset kysymykset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan taloudellisen seurannan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan hyödyntää kustannusten hyöty- ja vaikuttavuusanalyseja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



39. KEHITTÄMISOSAAMINEN *

	Hyvin	Melko hyvin	Keskinkertaisesti	Melko huonosti	Huonosti	Ei koske minua
Arviointiosaaminen						
Osaan arvioida työn kehittämisessä sovellettavaa tutkimustietoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan syventää asiantuntijuuttani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan arvioida toimintaympäristön muutoksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tutkimusosaaminen						
Osaan tuottaa uutta tietoa tieteellisten menetelmien avulla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan näyttöön perustuvan hoitotyön edistämisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan luoda tutkimushankkeita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laatuosaaminen						
Osaan laatuprosessit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tunnistaa laadun merkityksen hoitotyössä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan kehittää hoitotyön laatuohjelmia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan käyttää standardeja hoitotyön tulosten arvioinnissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan sisäisen laadunohjauksen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ulkoiset laaduntarkkailumenetelmät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan arvioida työn laatua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan arvioida työn tuloksellisuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Alkuperäisjulkaisut

The development and pilot of an instrument for measuring nurse managers' leadership and management competencies

Kati Kantanen

PhD-student, School of Health Sciences, University of Tampere; Manager, Municipality of Siilinjärvi, Finland

Marja Kaunonen

Professor, School of Health Sciences, University of Tampere; General Administration, Pirkanmaa Hospital District, Finland

Mika Helminen

Biostatistician, School of Health Sciences, University of Tampere; Science Centre, Pirkanmaa Hospital District, Finland

Tarja Suominen

Professor, School of Health Sciences, University of Tampere, Finland

Abstract

This paper describes the development and piloting of an instrument for measuring nurse managers' leadership and management competencies. No previous instruments exist that comprehensively measure these dimensions. The instrument was developed in three phases. Following a literature review, the items of the instrument were created. Second, the face and content validity of the instrument were evaluated by an expert panel. Finally, the developed instrument was pilot-tested with a test survey of 22 nurse managers in two organisations. The validity and reliability of the scale was analysed using statistical methods. The resulting Nurse Managers Leadership and Management Competencies scale is a web-based self-assessment test consisting of 194 five-point Likert scale items. Competence is divided into general competence and special competence. The instrument makes it possible to evaluate nurse managers' leadership and management competencies in public healthcare, and to obtain information for the further development of these attributes and factors.

Corresponding author:

Kati Kantanen, School of Health Sciences, FI-33014 University of Tampere, Tampere, Finland.

Email: Kantanen.Kati.M@student.uta.fi

Keywords

competence assessment, general and special competence, instrument development, instrument piloting, nurse managers

Introduction

Leadership and management competencies in the promotion of social and healthcare have become more and more globally important for nurse managers, due to the changes that the health and social care environment has undergone in recent years. Healthcare faces many new challenges: the staff base is aging, basic services are subject to testing and scrutiny, and demographic changes in the population have increasingly influenced social and healthcare service provision. Thus, a reform of the management of knowledge in social and healthcare is essential and serves to strengthen nursing managers' competence (Cathcart et al., 2010; Fennimore and Wolf, 2011).

Nurse managers' leadership and management competencies are wide-ranging and comprehensive (Huston, 2008). They can be considered as the knowledge and skills that managers need to develop as experts in their field, as well as the capabilities they need to work and function efficiently in society. Considerable research has been devoted to nursing leadership, but the results are not systematically aligned to examine the improvement of leadership and management competencies (Jennings et al., 2007), and have not clearly defined the leadership skills and knowledge nursing managers require. Management research has focused on describing the qualities of leadership, work assignments and management roles (e.g. Casida and Parker, 2011; Cummings et al., 2010; Hutchinson and Purcell, 2010; Jasper and Crossan, 2012; McCallin and Frankson, 2010; Pillay, 2011; Supamane et al., 2011; Westphal, 2012). However, nurse manager competencies have been recognised as key contributors to a healthcare organisation's success (Groves, 2011; Hewitt, 2009). Thus nurse managers require knowledge and development of their leadership and management competencies. It is therefore important to understand the competence of nursing leaders, to tailor their education in accordance with their strengths and weaknesses, and to evaluate the effects of the education (Curtis et al., 2011). A nurse managers' self-evaluation of competence is also important for them to clearly identify their own development needs as educational needs and goals. This necessitates the development of a scale by which to measure nurse managers' leadership and management competencies.

In this article, we describe the development of the Nurse Managers Leadership and Management Competencies scale (NMLMC), focusing on the development of the tool, including the foundational literature review, expert panel evaluation and pilot-testing procedures.

Background

The development of an investigative instrument is important in scientific research, as it aims to produce reliable information. This also affects the generalisability of the information (Burns and Grove, 2009; Pittman and Bakas, 2010). Attempts have been made to develop scales that adequately assess nurse managers' competence for local needs. The need to

improve nurse managers' competence has led to a variety of assessment tools being developed. However, two issues emerge. First, there is a lack of uniform definitions of nurse managers' leadership and management competencies. The literature review (Kantanen et al., 2011) showed that nursing management is difficult to perceive as a phenomenon due to the abundance of leadership qualities, management skills and leadership challenges that are expressed. Leadership and management competencies refer to the ability to manage necessary knowledge, skills, values, motivations and attitudes (Kantanen et al., 2011). However, leadership and management competencies research has not yet evaluated leadership competence as a whole, but rather in specific areas such as human resource management, change management and management by results, leadership behaviour, and leadership standards and requirements (Azaare and Gross, 2011; Fealy et al., 2011; Macphee and Suryaprakash, 2012; McCarthy and Fitzpatrick, 2009; Patton et al., 2013; Supamaneet et al., 2011; Westphal, 2009). Some of the existing studies were oriented towards evaluating the nurse managers' ability in one area of competence. The instruments used measured competence related to a certain limited content area, and were thus detailed and in-depth. However, their focus has not looked to take into account the broader scope of nurse manager competence in the context of nursing.

The second thing associated with the present tools is a lack of reliability and validity presented in the studies. Although there are a few scales that measure a manager's skills, their reliability and validity have been described differently in published articles. This applies to author-devised scales as well as an existing overseas scale (Asamani and Ansah-Ofei, 2013; Fealy et al., 2011; McCarthy and Fitzpatrick, 2009; O'Neil et al., 2008; Westphal, 2012). However, at the time that the NMLMC scale presented in this paper was developed and tested, reliable and valid scales were also reported in the international literature. These international instruments look to measure nurse managers' leadership and management competencies, but their reliability and validity have not been tested in the Finnish context (Ipek Coban and Kasikci, 2011; Severinsson, 2012). In order to test an instrument in the Finnish context, it is important to make sure its content is suitable for the Finnish social and healthcare service system and the professional competence of Finnish nursing managers. Existing international instruments have not so far been used longitudinally to measure nursing managers' leadership and management competencies and their improvement, so their usefulness in this context is unknown. Often, the evaluation of nurse managers' leadership and management competencies development involves the constant monitoring of the nurse managers' professional growth. Additionally, the instruments only measure limited areas of expertise. As a result, the questionnaire can be too restricted to detect the multifarious components of leadership and management competencies.

The literature review (Kantanen et al., 2011) showed a lack of an instrument that would have comprehensively measured the areas of nursing managers' leadership and management competencies simultaneously. The review identified and collected existing data on nursing leadership and management competencies, assessed the quality of available information and synthesised the results. Articles were included in the literature review on the basis of predetermined criteria that described the leadership and management competencies of nursing managers. The collated material consisted of 13 scientific articles published between 2000 and 2009. The articles were analysed by inductive content analysis. The literature review revealed research articles that described the leadership and management competencies of nursing managers from the perspectives of knowledge, skills, attitudes, values, motives, or general capacities. Therefore the development of a new instrument was indicated.

Aim

This paper aims to describe the development and piloting of an instrument for measuring nurse managers' leadership and management competencies.

Method

Development of the NMLMC scale

The NMLMC scale has been developed using an existing method presented in the literature (DeVellis, 2012). The development activities included developing the first version of the questionnaire, an evaluation of the instrument by an expert panel, and the pilot-testing of the instrument.

Developing the first version of the questionnaire. Questionnaire development was based on the findings of a literature review that helped to define the areas of nurse managers' leadership and management competencies (Kantanen et al., 2011). The literature search was done in order to reveal previously developed instruments that measured nursing leadership and management competencies. Within this search, the Competency Model for Nursing Management in Ireland was found (McCarthy and Fitzpatrick, 2009). In this qualitative study, eight generic competencies at all levels of management were identified. Each competency is identified as having positive and negative behavioural indicators (Rush et al., 2000), and these indicators were operationalised in this article, which presented a new instrument for establishing a generic competence level. This general competence consisted of the promotion of evidence-based decision-making, building and maintaining relationships, communication and influencing skills, service initiation and innovation, resilience and composure, integrity and ethical stance, sustained personal commitment, and professional competence and credibility.

When this general competence questionnaire was developed, it was compared with the literature surrounding nursing managers in leadership and management. It was found that our own developed questionnaire was missing aspects that measure nursing leadership and management-specific competencies. Thus, a special competence area was added. This included substance knowledge, human resource (HR) management, operational management, and research and development competence, which was based on an earlier literature review undertaken by the authors of this article (Kantanen et al., 2011).

Self-assessment items were developed to describe competencies. Each could be answered on a Likert-type scale ranging from 1 to 5, where 1 stands for 'poorly' and 5 for 'well'.

The questionnaire was drawn up alongside the planning of its distribution network, as the ultimate goal was to collect the research data online. Nahm et al. (2004) opine that it is possible to test the technical functionality of an instrument for an online survey during its development, and the new tool was made using Webropol software.

Evaluation by the expert panel. The first step in testing the questionnaire was to investigate the validity and internal consistency of the designed tool, and the appropriateness of use of the instrument was judged by an expert panel. The panel also assessed the feasibility of using the instrument for identifying nurse managers' leadership and management competencies.

The expert panel consisted of 13 doctoral students in nursing science. They were nursing professionals with experience in nursing, leadership and management, and also trainees in research. They responded to the online questionnaire in March 2012. After answering the questionnaire, the panel members provided both verbal and written feedback. They were asked to inspect the items to judge whether they appeared to measure leadership and management competencies, and to establish the face validity of the questionnaire. Then, to establish content validity, the panellists were asked to assess each item on their relevance, representation, specificity and clarity on a scale of 1 (not relevant, representative, specific, or clear) or 2 (highly relevant, representative, specific, or clear). They were also asked to give suggestions on how to improve the items. In addition, the panel considered the instrument's ability to measure the results referred to by calculating Cronbach's alpha measurements. The Cronbach's alphas ranged from 0.581 to 0.946 in the subscales and categories.

The panellists took an average of 20 minutes to complete the questionnaire. In the beginning they had a few technical problems in answering the questions, because all of the questions in the questionnaire were marked as requiring a mandatory response.

Feedback from the panel resulted in an adjustment of the wording of all of the 194 items. In addition, they suggested that a response option of 'does not apply to me' be added to the questionnaire. In the expert panel's opinion, the technical features of the web-based survey were functional, with the exception that the survey required a response to all of the questions. Thus, a second draft of the instrument was produced.

Pilot-testing of the NMLMC. Pilot-testing of the NMLMC was conducted by nursing managers of two organisations and provided the empirical data for this article. The organisations involved in the pilot-testing were selected on the basis of previous co-operation and as representing typical Finnish health and social care organisations. All of the nursing managers ($N=40$) within the organisations were invited to participate in the pilot study. Testing was conducted in a sample of nursing managers to ensure that the revised instrument was clear, understandable and feasible for use. Nurse managers were asked to complete the provisional draft of the instrument and to provide their comments about any problems they experienced in completion, including whether it was clear and understandable and whether they found the content to be complete and relevant (Polit and Beck, 2012). Only 22 of those invited agreed to participate in the pilot study, and completed the instrument in about 20 minutes. The instrument was considered easy to complete, but some respondents indicated that the instrument was too long. Respondents considered the questions contained in the instrument to be clear, and the response options to be appropriate. All items were considered relevant to the aim of the study and no suggestions were made regarding the exclusion of any items, or the addition of new items. Furthermore, no proposals were made for adjusting the instrument's layout, so the visual presentation of the instrument appeared to be satisfactory.

Data analysis. The pilot data were analysed by statistical methods using SPSS software. Data consistency analysis was carried out by calculating Cronbach's alpha for each of the subscale categories, and further analysis considered how this figure would change if an item was omitted. This procedure identified items that correlated poorly with other items within a subscale category.

Each of the items was reviewed in regard to wording and was reformulated if it was found to be ambiguous. The requirement for and possible removal of questions was also estimated.

In overall terms, in each section the coherence was good. In 10 items the wording was reformulated; however, no items were removed from the questionnaire. A final version of the instrument was then established.

Ethical considerations

The ethical acceptability, reliability and credibility of the results of the research was undertaken in accordance with good scientific practice, and the instrument has followed developments that have been endorsed by the scientific community. Accepted scientific practices were followed in regard to ethically sustainable data collection, and research and evaluation methods. In addition, the development of the instrument was conducted and reported in accordance with recommended published standards (Finnish Advisory Board on Research Integrity, 2012).

The expert panel and pilot respondents were informed about the purposes of the study and the questionnaire. All questionnaires were filled out anonymously, and responses could not be tracked back to individual respondents. The web-based questionnaire contained a sentence informing respondents that by filling out the form, they consented to their participation in the study (Finnish Advisory Board on Research Integrity, 2012).

Results

The final version of the NMLMC scale includes two subscales that deal with general competence and specific competence. General competence is assessed on a 114-item subscale, divided into eight categories: (1) Promotion of Evidence-based Decision Making (18 items, e.g. 'I know how to promote the evidence-based decision-making process to staff'); (2) Building and Maintaining Relationships (13 items, e.g. 'I know how to listen to workers' concerns); (3) Communication and Influencing Skills (14 items, e.g. 'I know how to present information convincingly'); (4) Service Initiation and Innovation (13 items, e.g. 'I know how to develop the quality of services'); (5) Resilience and Composure (15 items, e.g. 'I know how to receive criticism'); (6) Integrity and Ethical Stance (14 items, e.g. 'I know how to contribute to the development of ethics'); (7) Sustained Personal Commitment (19 items, e.g. 'I know how to develop myself'); and (8) Professional Competence and Credibility (8 items, e.g. 'I know how to practise nursing').

Special competence is an 80-item subscale divided into four categories: (1) Substance Knowledge (7 items, e.g. 'I know how to lead practical nursing'); (2) HR Management (25 items, e.g. 'I know how to lead human resources'); (3) Operational Management (34 items, e.g. 'I know how to influence health care policy'); and (4) Research and Development Competence (14 items, e.g. 'I know how to produce new knowledge through scientific methods').

Reliability

The internal consistency of the subscale items was measured with Cronbach's alpha, a statistical test that identifies the degree to which items within subscales and categories measure the same constant. A 'high' value of alpha is often regarded as evidence that the items measure an underlying construct (Connelly, 2011). The NMLMC scale categories'

Cronbach's alphas range from 0.86 to 0.98, indicating an acceptable level of reliability (Burns and Grove 2005). In the categories of general competence, the Cronbach's alpha coefficient ranged from 0.86 to 0.91. The lowest alphas obtained were for the categories 'Service Initiation and Innovation' ($\alpha=0.85-0.87$) and 'Resilience and Composure' ($\alpha=0.83-0.86$). In categories for special competence, the Cronbach's alpha coefficient ranged from 0.91 to 0.98. The lowest alpha coefficient was for the category of 'Substance Knowledge' ($\alpha=0.88-0.91$). Cronbach's alphas of more than 0.60 are considered acceptable (Hair et al., 2010), and Cronbach's alphas ranging from 0.8 to 0.9 are considered as very good (DeVellis, 2012). As a whole, the NMLMC scale exhibited a good level of reliability. The Cronbach's alphas of the overall scale are presented in Table 1.

The pilot test data responses were defined on a scale of 'well', 'quite well', 'moderately', 'quite badly', 'badly' and 'does not apply to me'. Only a small number of items were marked as 'quite badly' in individual responses and there were no selections of 'badly' or 'does not apply to me'. There were no missing answers in the pilot test data.

Content-related validity

Content validity (the degree to which items adequately represent the domain of interest) was established by expert evaluation (Burns and Grove, 2005). Face validity (the transparency of the topic measured) was confirmed through a review by the expert panel. Construct validity (the extent to which the instrument measures what it aims to measure) was established by disseminating the instrument to two organisations of individuals who were expected to differ in their levels of content knowledge. To minimise any threats to validity caused by guessing, a 'does not apply to me' response option was included for each item.

Table 1. Item reliability (pilot-testing phase).

	No. of items	Cronbach's alpha
General competence	114	
Promotion of evidence-based decision-making	18	0.893
Building and maintaining relationships	13	0.897
Communication and influencing skills	14	0.906
Service initiation and innovation	13	0.865
Resilience and composure	15	0.855
Integrity and ethical stance	14	0.873
Sustained personal commitment	19	0.861
Professional competence and credibility	8	0.889
Special competence	80	
Substance knowledge	7	0.908
HR management	25	0.957
Operational management	34	0.98
Research and development competence	14	0.933

Discussion

The purpose of this article is to describe the development of the NMLMC instrument which can be utilised in developing nursing managers in the areas of leadership and management competencies.

The NMLMC instrument questions were formed based on available literature and research data. A new instrument's reliability depends on how well the theoretical concept is connected to the properties being measured, and how well the respondents understand the questions (Polit and Beck, 2012). In this study, the reliability of content-related issues was gauged by way of the panel and pilot-testing.

The NMLMC instrument was rated by nursing care and nursing research professionals because they held appropriate experience in the areas of nursing management and scientific research. The expert panel numbered 13 people and, in the future, the instrument should also be made available to nursing managers, their superiors and nursing management instructors to assess.

However, the instrument was piloted among nurse managers who worked in local government health departments, and thus it was possible for them to assess the instrument and its content. Although nursing managers made no suggestions for the improvement of the instrument, some criticised its length. The NMLMC scale contains 194 statements, which is far more than the number of propositions included in other comparable scales. The scale is deliberately extensive because the job descriptions and responsibilities of nursing managers are wide-ranging. So, despite the number of questions and propositions, the scale is practical in that it can be used to assess the leadership and management competencies of nursing managers in a wide variety of settings, and also in a global format. Additionally, basing the survey online allows regular evaluation of leadership and management competencies to be easily undertaken. From this point of view, the NMLMC was found to be a good and practical scale.

When considering the Cronbach's alpha measurements used in the evaluation, the small size of the data sample must be taken into account: the pilot test covered only 22 respondents. As such, the Cronbach's alpha measurements cannot be entirely trusted, because the individual effect is quite large. Cronbach's alpha is simply an analytical tool that can be used to detect possible weak items; however, it is at the discretion of the researcher how questions are subsequently changed. As the Cronbach's alpha of the scale is generally very high (up to 0.98), it is likely that there are many similarly structured items. Additional testing is needed to determine whether some of the items could be deleted. This should be considered in the further development stages of the instrument, but questions are not intended to be modified or deleted until the instrument has been tested with a larger data sample. The instrument should be further tested in the Finnish setting before making statements about its suitability for use by healthcare organisations in other countries.

The NMLMC scale is wide-ranging and diverse. Its two subscales measure the nurse manager's general competence and special competence. General competency areas need to be managed on all levels of nursing management. These competencies can also serve as an initial 'readiness to manage' template that will assist individual nurse managers in their future career planning (Rush et al., 2000). The first general competence subscale might also be used by healthcare organisations to evaluate the potentiality of nurse managers and their basic level of competence.

However, the second subscale is oriented to evaluate the special competence of the nursing manager, which is needed for work requiring specific areas of professional expertise. It emphasizes strong profession-specific knowledge and the skills needed to

apply this knowledge in solving practical problems. It is also essential to have the ability to analyse things critically, to creatively use information, to anticipate developments and their consequences, and to be able to respond to future challenges. Thus, if organisations or nurse managers choose to evaluate either their employees' or their own specific competence, then only the second subscale of the NMLMC may be utilised. However, the various dimensions of nurse managers' competencies are interrelated, and the maximum benefit of the NMLMC can be derived when both sections are used together.

The NMLMC scale needs further testing. For example, a revision of the factor analysis is required and test–retest reliability needs to be calculated in order to evaluate the stability of the scale. A cross-validation of the scale with another sample is also needed. Further examination of criterion-related validity could also further consolidate the scale's credibility, but a current lack of valid criteria inhibits this at the present time.

There are relatively few available studies that have empirically studied nursing managers in leadership and management competence as a whole. These studies are mainly qualitative (McCarthy and Fitzpatrick, 2009; O'Neil et al., 2008). No literature reviews based on the management skills development of nurse leaders have been published. Thus, it became necessary to develop an instrument that measures nurse leaders' management skills. The NMLMC can be used to look at nurse managers' leadership and management competencies from a variety of perspectives. It will provide information that can be used in the development of social and healthcare management skills, checking staff structures and work processes, as well as assessing the adequacy of nurse leaders. This will help to build the competencies that are needed to grow new types of services, production methods, methods of treatment, and the levels of innovation and excellence that will meet the constantly changing needs of healthcare. The leadership skills of nursing managers need an anticipation of the future, and this can be influenced by way of competence and competence management, as well as by the reform of professional educational content.

Conclusions

The results received from piloting the NMLMC scale indicate that it has the potential to assist nurse managers in correctly evaluating their own competence levels and to identify their development needs. The instrument also enables organisations to measure nurse managers' leadership and management competencies, which will provide targeted information for further development.

Municipal and service structure reforms change the leadership and management competency requirements of nurse managers, so a related reform of leadership and management competencies is necessary to meet this challenge. Nursing management is an important part of daily nursing practice. Therefore it is time for a discussion about the definition and development of nurse managers' leadership and management competencies. The NMLMC scale measures and generates research data on nursing management 'know-how', and can also be used by a wide range of healthcare organisations and in educational settings.

A longitudinal study of leadership and management competencies and competence changes in nursing leaders is required, so as to update and improve the depth of research information to better describe the current situation. This would increase the awareness and visibility of nursing management and hopefully improve its quality.

Key points for policy, practice and/or research

- The organization-specific results produced make it possible for the organization's management to recognize the leadership and management competence and the development needs of nurse managers in daily practice.
- The instrument can also be used to measure the development of leadership and management skills over time and in this way to follow the development of the organization's leadership and management potential. This knowledge can also be used for organizational development, for example, when planning training.
- The research instrument produces a deeper understanding of leadership and management expertise.

Contributions

Study design: KK, TS, MK; data collection and analysis: KK, MH; manuscript preparation: KK, TS, MK, MH.

Declaration of conflicting interest

None declared.

Funding

This research has been funded by the Municipality of Siilinjärvi and by the Competitive State Research Financing of the Expert Responsibility area of Tampere University Hospital (grant number 9R048).

References

- Asamani JA and Ansah-Ofei AM (2013) Planning among nurse managers in district hospitals in Ghana. *Nursing Management* 8: 26–31.
- Azaare J and Gross J (2011) The nature of leadership style in nursing management. *British Journal of Nursing* 11: 672–680.
- Burns N and Grove SK (2005) *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization*, 5th edn. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company.
- Burns N and Grove SK (2009) *The Practice of Nursing Research, Appraisal: Synthesis, and Generation of Evidence*. St. Louis, MI: Saunders Elsevier.
- Casida J and Parker J (2011) Staff nurse perceptions of nurse manager leadership styles and outcomes. *Journal of Nursing Management* 19: 478–486.
- Cathcart E, Greenspan M and Quin M (2010) The making of a nurse manager: The role of experiential learning in leadership development. *Journal of Nursing Management* 18: 440–447.
- Connelly LM (2011) Cronbach's alpha. *Medsurg Nursing* 1: 44–45.
- Cummings G, Midodzi WG and Wong CA (2010) The contribution of hospital nursing leadership styles to 30-day patient mortality. *Nursing Research* 59: 331–339.
- Curtis E, Sheerin F and de Vries J (2011) Developing leadership in nursing: The impact of education and training. *British Journal of Nursing* 6: 344–352.
- DeVellis RF (2012) *Scale Development Theory and Applications*, 3rd edn. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fealy G, McNamara M, Casey M, et al. (2011) Barriers to clinical leadership development: Findings from a national survey. *Journal of Clinical Nursing* 13–14: 2023–2032.
- Fennimore L and Wolf G (2011) Nurse manager leadership development: Leveraging the evidence and system-level support. *Journal of Nursing Administration* 5: 204–210.
- Finnish Advisory Board on Research Integrity (2012) *Responsible Conduct of Research and Procedures for Handling Allegations of Misconduct in Finland*. Helsinki: Finnish Advisory Board on Research Integrity.
- Groves K (2011) Talent management best practices: How exemplary health care organizations create value in a down economy. *Health Care Management Review* 3: 227–240.
- Hair JF, Black WC, Babin BJ, et al. (2010) *Multivariate Data Analysis: A global perspective*, 7th edn. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Hewitt SD (2009) The secrets of successful succession planning in the new age wave. *Industrial and Commercial Training* 4: 181–186.
- Huston C (2008) Preparing nurse leaders for 2020. *Journal of Nursing Management* 16: 905–911.

- Hutchinson S and Purcell J (2010) Managing ward managers for roles in HRM in the NHS: Overworked and under-resourced. *Human Resource Management Journal* 4: 357–374.
- Ipek Coban G and Kasıkcı M (2011) Development of the Attitude Scale for Nursing Profession. *International Journal of Nursing Practice* 17: 518–524.
- Jasper M and Crossan F (2012) What is strategic management? *Journal of Nursing Management* 7: 838–846.
- Jennings BM, Scali C, Rodgers JD, et al. (2007) Differentiating nursing leadership and management competencies. *Nursing Outlook* 55: 169–175.
- Kantanen K, Suominen T, Salin S, et al. (2011) Kirjallisuuskatsaus hoitotyön johtajien johtamisosaamisesta [Review of the management and leadership skills of nursing leaders] (in Finnish). *Hoitotiede* 3: 185–196.
- McCallin AM and Frankson C (2010) The role of the charge nurse manager: A descriptive exploratory study. *Journal of Nursing Management* 3: 319–325.
- McCarthy G and Fitzpatrick JJ (2009) Development of a competency framework for nurse managers in Ireland. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 8: 346–350.
- Macphee M and Suryaprakash N (2012) First-line nurse leaders' health-care change management initiatives. *Journal of Nursing Management* 20: 249–259.
- Nahm ES, Mills MEC and Resnick BM (2004) Survey research. In: Fitzpatrick JJ and Montgomery KS (eds) *Internet for Nursing Research: A Guide to Strategies, Skills and Resources*. New York: Springer Publishing Company, pp. 69–80.
- O'Neil E, Morjikian RL, Cherner D, et al. (2008) Developing nursing leaders: An overview of trends and programs. *The Journal of Nursing Administration* 4: 178–183.
- Patton D, Fealy G, McNamara M, et al. (2013) Individual-level outcomes from a national clinical leadership development programme. *Contemporary Nurse* 1: 56–63.
- Pittman J and Bakas T (2010) Measurement and instrument design. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing* 6: 603–607.
- Pillay R (2011) The skills gap in nursing management in the South African public health sector. *Public Health Nursing* 28(2): 176–185.
- Polit D and Beck CT (2012) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 9th edn. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rush D, McCarthy G and Cronin C (2000) *Report on Nursing Management Competencies*. Dublin: Office of Health Management, Government of Ireland Publication.
- Severinsson E (2012) Evaluation of the Manchester clinical supervision scale: Norwegian and Swedish versions. *Journal of Nursing Management* 20: 81–89.
- Supamane T, Krairiksh M and Singhakhumfu L (2011) Preliminary clinical nursing leadership competency model: A qualitative study from Thailand. *Nursing and Health Sciences* 13: 433–439.
- Westphal J (2009) The effect of workforce shortages on nurse leader turnover and succession in US hospitals. *Western Journal of Nursing Research* 8: 1084–1085.
- Westphal JA (2012) Characteristics of nurse leaders in hospitals in the USA from 1992 to 2008. *Journal of Nursing Management* 20: 928–937.

Kati Kantanen is PhD-student in School of Health Sciences, University of Tampere, Finland and she works in nursing and elder Care leader in the municipality of Siilinjärvi, Finland. Her research area is nurse managers leadership and management competencies.

Marja Kaunonen is professor and vice dean at the School of Health Sciences at University of Tampere, Finland. Her research interest include support for families in transition and different difficult life situations. She has been involved in several international research projects including EU funded CAMILLE – (empowerment of children and adolescents of mentally ill parents).

Mika Helminen, MSc, is a Biostatistician at Science Centre in Pirkanmaa Hospital District and at School of Health Sciences in University of Tampere. He works as a statistical consultant in various projects concerning health and medical sciences.

Tarja Suominen is Professor in School of Health Sciences, University of Tampere, Finland. Her research areas are health service research, outcomes, workplace culture, clinical nursing care, life with infection diseases, and sexual health.