

Johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Selvitys tehyläisten johtajien ja
esimiesten näkemyksistä



Kirsi Markkanen ■ Arja Tuomisoja

Johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Selvitys tehyläisten johtajien ja esimiesten näkemyksistä

Kirsi Markkanen ■ Arja Tuomisoja

Tehy ry

Kirsi Markkanen ■ Arja Tuomisoja

Johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa



Tehyn julkaisusarja B: 1/2014

Tehy ry

ISBN 978-951-9172-88-0 (nid.)

978-951-9172-89-7 (PDF)

Painopaikka: Multiprint Oy, Vantaa 2014

Tehyn liittokokous vahvisti kesällä 2013 Tehyn strategiset tavoitteet. Koulutettu ja osaava henkilöstö – vahvoilla rakennemuutoksissa – on tavoite, joka sisältää tahtotilan koulutetun hoitohenkilöstön johtamisesta. Sosiaali- ja terveysalaa (sote-alaa) koskettavat rakenteelliset ja toiminnan organisointiin liittyvät muutokset, henkilöstön saatavuuteen ja pysyvyyteen liittyvät haasteet sekä sosiaali- ja terveysalan vetovoimaisuus edellyttävät hoitotyön johtamisen vahvaa ja selkeästi määriteltyä asemaa sekä erinomaista lähiesimiestyötä. Hyvää ja näkyvää johtamista tarvitaan muutosten käytäntöön viemiseksi, koulutetun hoitohenkilöstön osaamista hyödyntäen.

Haluamme korostaa hoitotyön johtamisen merkitystä vetovoimaisen työympäristön rakentamisessa, laadukkaan ja turvallisen hoitotyön toteuttamisessa sekä koulutetun hoitohenkilöstön roolia terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä sote-alalla. Hoitotyön johtajat ja esimiehet ovat avainhenkilöitä johtaessaan suurinta henkilöstöryhmää ja sen osaamista. He varmistavat henkilöstön saatavuuden, pysyvyyden ja hyvinvoinnin.

Meneillään olevissa muutoksissa on huolehdittava siitä, että hoitohenkilöstön johtajien ja esimiesten asema sekä hoitohenkilöstön johtaminen ovat selkeästi määriteltyjä. Heidän johtamisaamastaan hyödynnetään laadukkaiden, tuloksellisten ja asiakaslähtöisten palvelujen kehittämiseksi.

Haluamme Tehyssä olla aktiivisesti mukana kehittämässä ja vaikuttamassa hyvän työelämän syntymiseen. Edellytämme suurimman henkilöstöryhmän – koulutetun hoitohenkilöstön – johtajien aseman selkiyttämistä ja vahvistamista organisaatioiden eri tasoilla.

Tämä hoitohenkilöstön johtajille ja esimiehille suunnattu kysely toteutettiin vuoden 2012 lopussa, ja kirjoitustyö viimeisteltiin keväällä 2014. Lämmin kiitos kaikille vastaajille!

Selvityksen tekemisestä ja raportin kirjoittamisesta ovat vastanneet Kirsi Markkanen ja Arja Tuomisoja. Kyselyn laadinnassa ovat olleet mukana myös Kenneth Snellman, Eva Siitonen, Nina Hahtela sekä Tuulariitta Ruontimo. Tehyn tutkimustyöryhmä on antanut kiitettävän panoksen työskentelyn eri vaiheissa. Kiitos teille kaikille!

Erityinen kiitos Tehyn Esimiesjaoston hallitukselle, joka on toiminut aloitteen tekijänä!

*Kirsi Sillanpää
Johtaja, TtM, EMBA
Yhteiskuntasuhteet ja kehittäminen toimiala
Tehy ry*

Tiivistelmä

Tämän selvityksen tavoitteena on kuvata tehyläisten esimiesten ja johtajien asemaa, tehtäviä ja palkkausta sekä niissä viimeisen kolmen vuoden aikana tapahtuneita muutoksia. Tutkimusaineisto muodostui sähköisestä kyselystä, johon vastasi kaikkiaan 1 386 tehyläistä lähi-, keski- ja ylimmässä strategisessa johdossa työskentelevää sekä ryhmä asiantuntija- ja työntekijäasemassa olevia jäseniä.

Hoitohenkilöstön johtajien ja esimiesten asema ja tehtävät ovat suurien muutosten kohteena. Niitä aiheuttavat osaltaan sosiaali- ja terveydenhuollossa meneillään olevat uudistukset ja vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki ja sen asettamat vaatimukset moniammatilliselle johtamiselle.

Hoitohenkilöstön johtajien ja esimiesten työtehtävissä painottuivat perustehtävien johtamisen ja kehittämisen lisäksi henkilöstöhallinnon ja talouden johtaminen. Erityisesti lähiesimiesten työssä henkilöstöhallinnon rutiinitehtävät ovat lisääntyneet. Keski- ja ylimmän strategisen johdon tehtävissä painottui talouden- ja hoitotyön johtamisen kokonaisvastuu. Asiantuntijatehtävissä toimivien tehtävät olivat usein määräaikaista projektitehtäviä. Työtehtävien määrän painottumisesta vaikutti myös organisaation koko sekä sektori.

Palkkauksen osalta tulospalkkaus oli käytössä harvoissa organisaatioissa. Valmiudet neuvotella omasta palkasta työnantajan kanssa ovat vielä vähäisiä. Oman esimiehen ja luottamusmiehen aktiivinen toiminta palkkauksen nostamiseksi koettiin myös riittämättömänä.

Vastaajien organisaatioissa viimeisen kolmen vuoden aikana tehdyt muutokset ovat olleet aineiston perusteella laajoja ja monitasoisia. Muutokset nousivat rakenteellisista ja lainsäädännöllisistä tarpeista. Työn sisältöjen muutokset vaikuttivat esimiesten omaan työnkuvaan sekä koko johtamisjärjestelmään. Osa organisaatioissa olevasta osaamisesta vaikuttaisi olevan vajaakäytössä, sillä osa ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneista kertoi työskentelevänsä normaalia perusammattiaan vastaavissa tehtävissä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palvelukokonaisuuksien uudistusten onnistumiseksi on tärkeää, että hoitohenkilöstön johto ja esimiehet ovat alusta alkaen mukana työyhteisöjään koskevissa muutosprosesseissa. Myös moniammatillista yhteistyötä kehiteltäessä he ovat merkittävässä asemassa, sillä he johtavat suurinta osaa henkilöstövoimavaroista ja päivittäisestä toiminnasta.

Sisällysluettelo

1 Johdanto	7
2 Johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa	9
2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö	9
2.2 Muuttuva toimintaympäristö	11
2.3 Työnkuva ja muutokset	12
2.4 Palkkaus	13
3 Selvityksen tarkoitus	15
4 Selvityksen toteutus	16
5 Selvityksen tulokset	17
5.1 Taustatiedot	17
5.2 Hoitotyön johdon asema, valta ja vastuu	19
5.3 Työtehtävät, muutokset, työaika ja alaisten määrä	20
5.3.1 Lähiesimiehet	20
5.3.2 Keskijohto	21
5.3.3 Ylin johto	23
5.3.4 Asiantuntijat ja työntekijät	24
5.4 Tiedolla johtaminen	24
5.5 Organisaatioon liittyvät muutokset	25
5.6 Palkkaus	28
5.6.1 Palkanlisät	29
5.6.2. Palkan kehitys	29
6 Pohdinta ja Tehyn näkemykset	31
Lähteet	34

1 Johdanto

Hoitohenkilöstön johdon aseman ja toimintaedellytysten turvaaminen on Tehyn johtajuusstrategian toimintalinjojen peruseriaatteita. Sen toteutumiseksi Tehyssä toimivat Esimies-, Hallinnon- ja Akateemisten jaostot. Ne ovat asiantuntijaryhmiä, jotka edustavat kyseistä ammatti- ja tehtäväkohtaista tai koulutustaustaista henkilöstöä. Niiden jäsenet ovat ammattiosastojen jäseniä. Jaostot edistävät jäsentensä ammatillista, koulutuksellista ja taloudellista edunvalvontaa. Jaostotoiminta antaa mahdollisuuden myös ammatilliselle kehitymiselle ja verkostoitumiselle.

Vuonna 2011 kuntien sosiaali- ja terveystoimen menot olivat noin 21,63 miljardia euroa, mikä on 51 % kuntien kokonaismenoista (Kunnat.net 2014). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportin (THL 2013) mukaan Suomen terveydenhuoltomenot olivat 17,1 miljardia euroa vuonna 2011. Menojen kasvun hillitsemiseksi maassamme on käynnistetty lukuisia uudistus- ja kehittämishankkeita, joiden tavoitteena on turvata edellytykset väestön yhdenvertaisille ja riittäville palveluille (STM 2013:7). Kuntauudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutokset ovat meneillään olevista hankkeista merkittävimmät. Sote-uudistuksen myötä sosiaali- ja terveystoimien järjestämisvastuu siirtynee kunnilta ja sairaanhoitopiireiltä viidelle sosiaali- ja terveysalueelle. Alueet rakentuvat nykyisten erityisvastuualueiden pohjalle ja tukeutuvat olemassa oleviin toimiviin rakenteisiin. (STM 2014.)

Terveys- ja sosiaalipalveluissa työskenteli vuoden 2011 lopussa 376 200 henkilöä, joista kolme neljäsosaa (73 %) julkisella sektorilla.

Runsa 17 prosenttia työskenteli yrityksissä ja 10 järjestöissä. Koko 2000-luvun ajan yksityisen sektorin henkilöstömäärän kasvu on ollut nopeampaa kuin julkisen. (Ailasmaa 2014.) Henkilöstömäärän kehityksessä on ollut jo pidempään nähtävissä hoitotyön johtajien määrän väheneminen. Vuosina 2000–2007 ylihoitajien määrä on vähentynyt 17 % ja osastonhoitajien 15 %. Osassa (14 %) terveyskeskuksesta ei ollut hoitotyön johtajan virkaa tai se oli lakkautettu, ja vain muutamassa paikassa virkoja oli perustettu uudestaan. (STM 2009.) Kevan (2012) tilastojen mukaan vuoden 2010 lopussa kuntasektorilla työskentelevistä osastonhoitajista ja ylihoitajista lähes 80 % siirtyi eläkkeelle vuoteen 2030 mennessä.

Hoitotyön johtajien vähentämisen seurauksena vastuu hoitotyön ammatillisesta toiminnasta ja koordinoinnista on pirstoutunut ja heikentynyt. Oikeudenmukaiseksi koettu johtaminen ja vaikutusmahdollisuudet ovat tärkeitä tekijöitä työn hallinnan ja kuormittavuuden kokemisen kannalta. Siksi on tärkeää, että toimintayksikön johtamisjärjestelmän eri tasoilla on hoitotyön johtajia, jotka johtavat ja kehittävät hoitohenkilöstön työtä toimintayksikön kokonaistrategian ja perustehtävän mukaisesti. Hoitohenkilöstön johtajat ovat avainasemassa sosiaali- ja terveysalalla, koska he johtavat suurinta osaa henkilöstövoimavaroista ja päivittäisestä toiminnasta. (STM 2012:20.)

Henkilöstön ja erityisesti johtajien ikääntymisen lisäksi haasteita sosiaali- ja terveystoimien johtamiselle tuovat vanheneva väestö, uusiutuvat hoitomuodot, sähköiset tietojärjestelmät sekä terveellisestä työympäristös-

tä huolehtiminen (Vesterinen 2013). Tulevaisuuden haasteisiin vastaaminen edellyttää vetovoimaisia työpaikkoja, joihin henkilöstön näkökulmasta sisältyvät mahdollisuus osaamisen kehittämiseen ja urakehitykseen sekä työn vaatavuuden mukainen, kilpailukykyinen palkkaus ja hyvä johtaminen. Muita edellytyksiä ovat terveellinen ja turvallinen työympäristö, henkilöstön vaikuttamismahdollisuudet kaikilla organisaatiotasolla sekä työn ja vapaa-ajan yhteensovittaminen. (Honkalampi 2009; STM 2009.)

Uudistusten läpivieminen ja talouden haasteisiin vastaaminen edellyttävät vahvaa strategista ja operatiivista johtamista. Sen lisäksi on välttämätöntä, että henkilöstö on vahvasti mukana alusta alkaen uudistusten toteutuksessa. Ammattihenkilöstön osaamista, ideoita ja kokemuksia on hyödynnettävä täysimääräi-

sesti muutosprosesseissa. Valtakunnallisesti nämä haasteet on huomioitu Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisissa kehittämissuunnitelmissa (Kaste 2008–2011 ja 2012–2015), joissa johtamiskäytäntöjen uudistaminen ja henkilöstön työhyvinvoinnin edistäminen on otettu kehittämisen kohteeksi. (STM 2012:20.)

Julkisen sektorin haasteet edellyttävät johtamisen uudistamista. Hyvä johtaminen tukee työhyvinvointia ja muutoksen hallintaa. Tämän selvityksen tehtävänä on tuoda esille esimies- ja johtamistehtävissä toimivan hoitohenkilöstön ääni sekä antaa lisää tietoa heidän työkentästään ja palkkauksen rakenteista. Tässä selvityksessä käytetään käsitettä hoitohenkilöstön johtaja ja esimies, jotka pitävät sisällään myös käsitteet hoitotyön johtaja ja esimies.

2

Johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Terveydenhuollon johtaminen on johtamisen erityisala. Sitä kuvaa henkilötyövaltaisuus ja toimintaa ohjaavan lainsäädännön runsaus. Terveydenhuollon organisaatiot ovat asiantuntijaorganisaatioita, joissa osaaminen sekä eri toimijoiden ja toimijaryhmien erityisosaaminen yhdistyvät. (Parvinen ym. 2005, Jylhäsaari 2005.)

Julkisen terveydenhuollon johtamista ohjaavat poliittiset päätökset. Voimavaroista päätetään monimutkaisten poliittishallinnollisten päätösprosessien kautta, jotka edellyttävät kokonaisvaltaista terveyden, hallinnon ja talouden ilmiöiden ymmärtämistä. (Ikola-Norrbacka 2010:106.)

Yksityisen sektorin johtajien osaamisalueina korostuvat laatujohtaminen ja laadunhallinta sekä liiketaloudellinen osaaminen. Kilpailu on lisännyt markkinointitaitojen tärkeyttä ja samalla myös vuorovaikutustaidot ja yhteistyön osaamisalueet ovat merkittävästi kasvaneet. (Ekroos 2004) Yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotanto on lisääntynyt ripeästi 2010-luvulla. Määrällisesti se on kasvanut jopa enemmän kuin julkinen toiminta. Valtaosa yksityisestä terveydenhuollon toiminnasta on yritystoimintaa. Myös sosiaalipalveluissa yritystoiminnan tuotososuus ohitti järjestöjen palvelutuotannon määrän vuonna 2012. (Lith 2013)

Terveydenhuoltolaki (2010) määrittelee johtamisen moniammatilliseksi asiantuntijuudeksi, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta ja eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä. Tämä edellyttää, että hoitotyön johtajien ja johtamisen merkitys on tunnustettava.

Johtamisen toimintaympäristö ja uudet palvelukonseptit muuttavat hoitotyötä yhä vaativammaksi ja itsenäisemmäksi. Työ edellyttää vahvaa tiimityötä ja integroitumista moninaisiin verkostoihin. Samanaikaisia muutoksia ja niiden vaikutuksia toisiinsa on usein mahdollista arvioida ja siksi tarvitaan keinoja muutoksen hallintaan. (STM 2009.)

2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäminen, tuottaminen, rahoitus ja ammattihenkilöiden toiminta ovat vahvasti säädeltyä toimintaa, riippumatta siitä tuottaako palvelut julkinen, yksityinen tai kolmas sektori. Myös asiakkaan ja potilaan asemasta ja oikeuksista on säädetty lailla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä säädetään vielä tällä hetkellä kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa ja sosiaalihuoltolaissa. Hallituksen tavoitteena on valmistella uusi järjestämislaki, johon kootaan palvelujen järjestämiseen liittyvät säädökset. Maaliskuussa 2014 hallituksen ja opposition sopimien linjausten mukaan palveluiden järjestämisvastuu annettaneen viidelle sosiaali- ja terveysalueelle. Rakennuudistuksen rinnalla sosiaali- ja terveydenhuollossa on meillä merkittäviä palvelujen sisältöön ja laatuun liittyviä lainsäädäntöhankkeita, jotka vaikuttavat sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseen että niiden sisältöön. Uudistukset ovat merkittäviä myös johtamisen näkökulmasta.

Terveydenhuoltolain (2010) 8 § edellyttää toiminnan perustamista näyttöön ja hyviin käytäntöihin. Tiedon hyödyntämiseen yhdistetään näyttöön perustuva johtaminen (evidence-based management), jossa on kyse johtamisen käytäntöihin vaikuttamisesta parhaan saatavilla olevan näytön avulla. Paras näyttö ymmärretään tieteellisen tutkimustiedon lisäksi arvojen, käytännön kokemuksen sekä asiantuntijatiedon yhteisvaikutuksena. Tavoitteena on tehdä parhaita mahdollisia palvelutoimintaan liittyviä valintoja saatavilla olevan näytön perusteella. (Simonen 2012:18.)

Terveydenhuoltolain mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon on muodostettava toiminnallinen kokonaisuus. Samaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymään kuuluvien kuntien on laadittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen. Erikoissairaanhoidon yhteensovittamiseksi on erityisvastuualueen sairaanhoitopiirin kuntayhtymien tehtävä järjestämissopimus, jossa sovitaan kuntayhtymien työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta sekä uusien menetelmien käyttöönoton periaatteista. Työnjaon on edistettävä terveydenhuollon laatua, potilasturvallisuutta, vaikuttavuutta, tuottavuutta ja tehokkuutta. Lisäksi on varmistettava, että järjestämissopimuksen mukaisesti hoitoa antavassa toimintayksikössä on riittävät taloudelliset ja henkilöstövoimavarat sekä osaaminen.

Terveydenhuoltolaki velvoittaa terveydenhuollon toimintayksiköitä laatimaan suunnitelman laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Lakia täydentävä asetus (341/2011) säätelee tarkemmin suunnitelman sisältöä ja täytäntöönpanoa. Potilasturvallisuuden johtamisen on oltava systemaattista toimintaa, josta kokonaisvastuu on organisaation johdolla.

Potilaan oikeus valita hoitopaikkansa vahvistui vuoden 2014 alusta. Valinnanvapaudes-

ta säädetään terveydenhuoltolaissa ja EU:n potilasdirektiivissä (direktiivi 2011/24/EU). Direktiivin lähtökohtana on selkeyttää terveyspalveluiden käyttöä EU-maissa. Sen mukaan henkilö saa hakea vapaasti terveyspalveluja toisesta EU-maasta. Saadusta hoidosta on oikeus saada samansuuruinen korvaus kuin vastaavasta hoidosta olisi kotimaassa maksettu. Potilaalle korvataan kuitenkin vain sellainen hoito, joka on hänen kotimaassaan korvattavaa. (www.stm.fi.)

Terveydenhuoltolain mukaan potilaat voivat valita terveysaseman ja erikoissairaanhoidon yksikön kaikista Suomen julkisista terveysasemista ja sairaaloista. Erikoissairaanhoidon hoitopaikka valitaan yhdessä lähetteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa. Potilaalla on hoitopaikan mahdollisuuksien rajoissa oikeus myös valita häntä hoitava lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamisen tarkoituksena on päivittää sosiaalihuollon periaatteita mm. uudistamalla sosiaalihuoltolaki sekä 20 erityislakia. Tavoitteena on luoda asiakkaan näkökulmasta johdonmukaisempi palvelukokonaisuus. Sosiaalihuollon painopistettä pyritään siirtämään ennaltaehkäisevään työhön ja varhaiseen tukeen. Tarkastelun kohteena ovat myös sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnat sekä toimialojen välinen yhteistyökumppanuus. (STM 2012:12.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa säätelee oma lainsäädäntönsä, joka pitää ottaa huomioon työn organisoinnissa ja ammattihenkilöiden työnjaossa. Lainsäädännöllisistä eroista huolimatta sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon tavoitteet ja toiminnot ovat rinnakkaisia ja täydentävät toisiaan. Terveydenhuoltolaki edellyttää, että kunnan perusterveydenhuolto ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ovat yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa. Toimijoiden välinen yhteistyö ja toiminnan kehittäminen on tärkeää erityisesti perusterveydenhuollossa, sosiaalityössä sekä

mielenterveys- ja päihdetyössä. (STM 2012:7.)

Toimintaa ohjaavan lainsäädännön lisäksi Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ja Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (272/2005) säätelevät terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa ja kelpoisuusvaatimuksia sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä. Oikeudet, velvollisuudet ja vastuu perustuvat koulutuksella hankittuun pätevyyteen ja valmiuksiin sekä niitä määrittävään lainsäädäntöön. (www.stm.fi)

2.2 Muuttuva toimintaympäristö

Kuntarakenteiden ja sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistamisen lisäksi myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja toimintatapoja on kehitettävä. Ne vaikuttavat myös hoitohenkilöstön työn johtamiseen. Johtamisen kehittämisen tavoite on parantaa sosiaali- ja terveystalouden vaikuttavuutta ja saatavuutta sekä edistää henkilöstön työhyvinvointia uudistuvissa toimintaympäristöissä. Hoitohenkilöstön johtamisen päämäärä on potilaan ja asiakkaan terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen asiakaslähtöisillä, turvallisilla ja vaikuttavilla hoitotyön palveluilla. (STM 2009.)

Tutkimusten mukaan terveydenhuollon keskeiset muutokset ovat olleet lainsäädännöllisiä, rakenteellisia, työn sisältöjen sekä työvälineidenkin muutoksia (Hakulinen ym. 2012:19). Muutosta on tutkittu myös toiminnan tehokkuuden, johtajien ja työntekijöiden näkökulmasta (Hantula ym. 2012:31). Palveluiden käyttäjät tuntevat aiempaa paremmin oikeutensa. Toisaalta työntekijöiden asiantuntijuus on lisääntynyt, samoin kuin työn vastuullisuus ja itsenäisyys. Tutkimusten mukaan (Kangas 1999) johtamiseen vaikuttaneita muutoksia organisaatiossa ovat olleet hoitokäytäntöjen muuttuminen, henkilöstön määrään ja saatavuuteen liittyvät kysymykset, hierar-

kian madaltuminen ja johtosääntöjen uudistuminen.

Ari Heiskasen (2013:39) mukaan muutoksen onnistumisen esteeksi nousevat organisaatioiden muuttumattomat rakenteet ja niiden tapa reagoida ongelmiin ja haasteisiin toistaen aikansa eläneitä käyttäytymiskaavoja. Nämä vanhat toimintatavat ja uskomukset ehkäisevät uusien mahdollisuuksien hyödyntämisen eivätkä johda muutokseen organisaation sisällä. Myös Isosaaren (2008:3) mukaan terveydenhuollon johtaminen ei ole juurikaan muuttunut, vaikka ympäröivässä yhteiskunnassa on tapahtunut merkittäviäkin muutoksia. Uusia johtamismalleja on tuotu muilta aloilta, mutta vanhat toimintamallit ovat säilyneet lähes muuttumattomina. Rutiiniluonteiset tavat eivät anna tilaa innovatiiviselle johtamiselle. Kun kehitämme organisaation toimintaa, on tärkeää erottaa normaali päivittäisjohtaminen ja siihen liittyvä arjen kehittäminen organisaation strategisesta muutoksesta. Normaalisissa arjen toimintojen kehittämisessä on kyse itse työn tekemisestä, kun taas organisaation muutosjohtamisessa tarvitaan vahva yhteys organisaation strategiaan. (Heiskanen 2013:30–32.)

Yksi kuudesta Kaste-ohjelman (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma vuosille 2012–2015) osaohjelmasta liittyy johtamiseen. Se painottaa johtamisen merkitystä palvelurakenteita ja työhyvinvointia uudistettaessa. Keskeisiä perusteita johtamisen osaohjelmalle ovat sosiaali- ja terveystalouden ja sen johtamisen houkuttelevuuden lisääminen, asiakaskeskeiset ja vaikuttavat palvelut uudistuvissa kunta- ja palvelurakenteissa. Lisäksi potilasturvallisuus ja asiakkaan oikeuksien toteutuminen asettavat erityisvaatimuksia toimialan johtamiselle. Osaohjelmassa kehittämistyön painopistealueiksi ovat nousseet strateginen johtaminen, muutosjohtaminen sekä sektorirajat ylittävän johtamisen kehittäminen (STM/Kaste). Hoitotyön

johtamisen kehittämässä myös työnjaon ja tehtävärakenteiden merkitys moniammatillisen työkuultuurin ja hyvien käytäntöjen kehittämisessä ovat tärkeitä. Niin ikään selkeät valta- ja vastuusuhteet ovat tärkeitä rakennetekijöitä toiminnan sujuvuuden ja henkilöstön työtyytyväisyyden kannalta. (Ikola-Norrbacka 2010, STM 2012:20.)

Kaste-ohjelmassa hyvän johtamisen laatu-kriteerien laatiminen julkiselle sektorille annettiin Johtamisen kehittämisverkoston tehtäväksi. Sen lisäksi kehittämisverkoston tehtävänä on selvittää, koota ja jakaa johtamisen ja esimiestyön hyviä käytäntöjä, parantaa ikäjohtamista sekä kehittää johtamiskoulutuksen laatua ja tasapuolista saatavuutta. Johtamisen kehittämisverkosto on osa Työelämä 2020 -hanketta, jossa on kehittämisverkoston lisäksi käynnissä Liideri-ohjelma ja Työhyvinvointifoorumi. Hanketta koordinoi Työterveyslaitos. (STM 2012:20, www.tyoelama2020.fi)

Työyhteisön välittävä ilmapiiri, vastuu omasta ammattitaidosta ja aktiivinen osallistuminen kehittämistyöhön ovat keskeisiä työelämätaitoja. Myös eettisiin kysymyksiin on kiinnitettävä huomiota. Hyvä johtaminen korostaa avoimuutta. Johtaminen tukee muutosta ja auttaa tulevaa, jotta henkilöstö voi sitoutua ja motivoitua muutokseen. (Ikola-Norrbacka 2010.)

Julkisen ja yksityisen sektorin johtamisjärjestelmät ovat lähentyneet toisiaan. Johtamis sisältöjen yhdistäminen, vastuun sisällöllinen laajentuminen sekä julkisuusasteen lisääntyminen ovat tulevaisuudessa yhteisiä julkisella ja yksityisellä sektorilla. (Salminen 2005:110.)

Paineita johtamiselle asettavat taloudelliset kysymykset, kilpailu, alan rakenneuudistukset, palkkauskysymykset, pula osaajista ja työnjaolliset kysymykset. Ei ole siis ihme, että johtaminen ja esimiestyö on otettu yhdeksi kansalliseksi kehittämisshankkeeksi. Keskusteluun on nostettu myös kysymys ammattijohtamisesta. Pitäisikö johtamisen perustua ter-

veydenhuollossa mieluummin ammattijohtamiseen kuin lääkäri- tai hoitoalan erityisasiantuntijuuteen? Tehyn näkemyksen mukaan organisaatioita johdetaan kokonaisuutena. On tiedostettava, että muuttuva toimintaympäristö, henkilöstön osaaminen, työssä jaksaminen sekä työn organisointi vaativat vahvaa johtamisosaamista ja yhteistyötä.

Tehy on yhdessä ammatillisten yhteistyöjärjestöjensä kanssa käynnistänyt hankkeen johtamisen erityispätevyysjärjestelmän kehittämiseksi. Tavoitteena on tukea terveydenhuollon ammattihenkilön ammatillista kehittymistä ja urakehitystä tunnistamalla ja tunnustamalla oman ammattialan työssä hankittu ja saavutettu erityisosaaminen. Johtamisen erityisosaamisen tunnistaminen ja tunnustaminen on myös edunvalvonnallinen tavoite. Yhteiskunnallinen arvostus ja vuosien aikana hankittu osaaminen sekä johtamisen teoreettinen hallinta ovat edellytyksiä johtamisen erityispätevyydelle. Tehyn tavoitteena on, että erityispätevyysjärjestelmä saadaan käyttöön lähivuosina.

2.3 Työnkuva ja muutokset

Sosiaali- ja terveystoimen johtajan tehtävät ja vastuut määritellään kuntien johto- ja toimintasuunnitelmassa (Heikka 2009:68). Johdon työtehtävät ovat suhteessa tilanteeseen ja toimintaympäristöön. Keskeisiä tekijöitä ovat toimialue (erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto), organisaatiotyyppi sekä asema. Myös yksityinen sektori asettaa jossain määrin erilaisia osaamisvaatimuksia johtajalle. (Vuori 2005.)

Muutokset sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä ovat olleet merkittäviä ja vaikuttavat kaikilla tasoilla. Johtaminen on vaativaa ja osaamista edellyttävää työtä. Tutkimusten mukaan hoitotyön johtajat ja erityisesti lähihoitajat osallistuvat olennaisesti organisaation

muutosten implementointiin, mutta ovat myös itse muutoksen kohteina. He joutuvat tasapainoilemaan potilaiden/asiakkaiden, henkilökunnan ja organisaatiosta tulevien paineiden välillä. (Isosaari 2008.)

Johtajan työn luonne on muuttunut ja monipuolistunut. Jatkuvat muutokset kuormittavat johtajan työtä tuoden mukanaan uusia tehtäviä. Myös lainsäädännölliset tekijät vaikuttavat johtajan työn luonteeseen ja sisältöön. (Heikka 2009.) Terveystuolilaki (2010) antaa yleisperustelut vastuulle ja johtamiselle terveydenhuollossa.

Heiskanen (2013:137–140) analysoi Tehyn esimieskyselyn aineistosta ne avovastaukset, jotka liittyivät vastaajien organisaatioissa kolmen viimeisen vuoden aikana tehtyihin muutoksiin. Avovastauksia oli kaikkiaan 1 106 ja vastaajia 1 003. Muutokset kohdistuivat oman organisaation rakennemuutoksiin (44,9 %), johtamisjärjestelmään (27,9 %), alueellisiin rakennemuutoksiin (20,9 %), toimintauudistuksiin (4,3 %) ja strategiauudistuksiin (0,4 %). Ainoastaan 1,5 % ilmoitti, ettei heidän organisaatioissaan ole tapahtunut muutoksia.

Huolestuttavaa Heiskanen mielestä oli, että positiivisten kannanottojen osuus kokonaisaineistosta oli vähäistä. Heiskanen (2013) kiinnitti huomiota analyysissään myös siihen, että kaksi kolmasosaa muutoksista sai aikaan johtamisjärjestelmän uudistuksen, kun tärkeimmät kohteet kuten strateginen muutos sekä toimintaan ja tekemiseen keskittyvät uudistukset jäivät vähälle. Uudistukset toteutettiin perustehtävien kustannuksella ja ne koettiin asiakaspalvelua heikentävänä tekijänä.

2.4 Palkkaus

Oikeudenmukainen palkkaus on yksi työpäivän vetovoimatekijöistä. Työntekijä- ja työnantajajärjestöjen tekemät työ- ja virkaehtosopimukset määrittävät palkkauksen vähim-

mäistason. Palkasta sovitaan työntekijän ja työnantajan välisellä työ sopimuksella ja siinä voidaan sopia työehtosopimusta paremmasta palkasta. Tehyn julkaiseman Palkkausoppaan (2012) tavoitteena on ollut nostaa esiin yhtymäkohtia, joissa esimies ja luottamusmies voivat yhteisesti hyödyntää toistensa asiantunteudesta koulutetun hoitohenkilöstön palkkauksen kehittämisessä ja oman organisaationsa vetovoimaisuuden lisäämisessä. Myös Kaste II -ohjelma painottaa työntekijöiden osaamistarpeiden arviointia, niiden vertaamista organisaation osaamisvaatimuksiin sekä osaamisen kehittämistä (STM 2012:20).

Ruuska (2013) näkee palkkauksen osana organisaation palkitsemisjärjestelmää. Sen merkitys henkilöstövoimavarojen johtamisen yhteydessä tulisi ymmärtää paremmin organisaatioissa. Näyttää siltä, että johdolla ei lopultakaan ole suuria mahdollisuuksia palkita työntekijöitään esim. hyvästä työstä. Avoimuus, osallistavuus ja organisaation palkitsemisen kehittäminen ovat tekijöitä, joista syntyy myös organisaation vetovoimatekijöitä. Palkitsemisen tasapäistämällä voi olla työn palkitsevuutta voimakkaasti vähentävä vaikutus.

Kunta-alan yleinen palkkausjärjestelmä

Kunta-alalla palkkausjärjestelmä (KVTES 2012) muodostuu tehtäväkohtaisesta palkasta, henkilökohtaisesta lisästä, työkokemuslisästä ja tulospalkkiosta. Lisäksi voidaan maksaa muita lisiä ja palkkioita, kuten rekrytointilisiä, kertapalkkiota ja kielilisiä. Tehtäväkohtainen palkka määräytyy tehtävien vaativuuden perusteella. Henkilökohtaisen lisän järjestelmä tukee ammatillista kehittymistä ja kannustaa työntekijöitä hyviin, paikallisen toimintastrategian tavoitteiden mukaisiin suoriutuksiin. Henkilökohtaista lisää maksetaan siitä, että juuri kyseinen työntekijä hoitaa tehtävänsä ammattitaitoisesti ja suoriutuu työs-

tään hyvin. Työkokemuksilisa perustuu palvelusaikaan. Tulospalkkio perustuu palvelujen tuoksellisuuden parantamiseksi asetettujen ta-voitteiden todettuun saavuttamiseen tai ylittämiseen.

Kunnallisessa virka- ja työehtosopimuksessa on kahdeksan palkkaliitettä. Kussakin liitteessä on sen piiriin kuuluvan henkilöstön palkkahinnoittelukohtat, joissa on määritelty kyseisen tehtävän vähimmäispalkka. Tehyläisten kan-nalta merkittävimpiä palkkaliitteitä ovat:

- Liite 3: Terveydenhuollon hoitohenkilöstö, jossa on neljä hinnoittelukohtaa: johtotehtävät (03HOI010), esimiestehtävät (03HOI020), vaativat hoitoalan ammatti-tehtävät (03HOI030) ja hoitoalan ammat-titehtävät (03HOI040)
- Liite 4: Sosiaalihuollon henkilöstö, sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluhenkilöstö ja lääkehuollon henkilöstö
- Liite 5: Päivähoidon henkilöstö

Tehyn palkkausoppaan (2012) mukaan hinnoittelun ulkopuolisiin ryhmiin kunta-alalla kuuluu mm. hoitotyön hallinnollinen ylin johto, johon luetaan esimerkiksi johtavat hoitajat, johtavat ylihoitajat ja hallintoylihoitajat. Lisäksi terveydenhuollon asiantuntijatehtävissä olevat ovat hinnoittelun ulkopuolisia, jos heidän pääasiallinen tehtävänsä koostuu muusta kuin hoitotyöstä. Päätehtävät muodostuvat konsultoinnista, toiminnan kehittämisestä, koordinoinnista, kouluttamisesta ja julkaisutoiminnasta. Asiantuntijatehtäviä voivat olla esimerkiksi hygienia-, diabetes-, kipu-, tules-, yms. asiantuntijatehtävät. Asiantuntijatehtävien palkkauksessa viiteryhmänä tulisi yleensä käyttää hoitoalan johto- ja esimiestehtävissä toimivien palkkausta asiantuntijatehtävästä riippuen.

Yksityisen sosiaalipalvelualan palkkausjärjestelmä

Työntekijälle maksetaan palkkaa vähintään alan palkkaryhmittelyn, palkkasopimuksen ja siirtymäsäännösten mukaisesti. Työehtosopimuksessa on omat palkkataulukot pääkaupunkiseudulle (Helsinki, Espoo, Vantaa, Kautiainen) ja muulle Suomelle (muut I ja II paikkakuntaluokan mukaiset kunnat). Yksityisen Sosiaalipalvelualan työehtosopimuksen (2012) mukaan työntekijät sijoitetaan työtehtäviensä vaativuustason mukaisiin palkkausjärjestelmän palkkaryhmiin ja G-palkkaluokkiin. Jos työntekijä tekee sellaista työtä, jonka nimikettä tai soveltuvaä työnkuvausta ei löydy palkkaryhmittelystä, noudatetaan vastaavan tehtävän ja työssä edellytettävän koulutustason mukaista palkkaryhmää. Työntekijä kuuluu siihen palkkaryhmään, jonka mukaisia tehtäviä hän lähinnä suorittaa.

Yksityisen terveystalvelualan palkkausjärjestelmä

Terveystalvelualan työehtosopimuksen (2012) mukainen, työn vaativuuteen perustuva palkka muodostuu vaatimusryhmittelyn mukaisesta palkasta ja siihen mahdollisesti vaikuttavista erityistekijöistä. Työntekijän työ kuuluu siihen palkkaryhmään, jonka mukaisia tehtäviä hän lähinnä suorittaa. Vaativuusryhmään 5 ja 5b kuuluvat asiantuntijatehtävät ja vaativat esimiestehtävät, kuten esimerkiksi osaston ja apulaisosastonhoitajan sekä vastaavan hoitajan tehtävät. Erityisesti 5b-ryhmässä ovat osastonhoitajat, joiden esimiestehtävät ovat vaativia. Työntekijälle voidaan erityisestä ammatitaidosta, työtehosta tai työpanoksesta maksaa henkilökohtaista palkanlisää joko eüromääräisenä tai soveltamalla korkeampaa palkkaluokkaa. Lisä voidaan myöntää toistaiseksi tai määräjän voimassa olevaksi.

3

Selvityksen tarkoitus

Tämän selvityksen tavoitteena on saada ajantasaista tietoa hoitohenkilöstön johtajien ja esimiesten asemasta, tehtävistä ja palkkauksesta sekä niissä tapahtuneista muutoksista. Lisäksi saamme tietoa siitä, kuinka suuri osa ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneista työskentelee johtamis- ja esimiestehtävissä.

Selvityksen tuloksia käytetään sekä valtakunnallisen että paikallisen edunvalvonnan tukena vaikutettaessa hoitohenkilöstön johtajien ja esimiesten asemaan sekä palkkaukseen.

Kyselyn avulla kerättiin tietoa:

1. vastaajien asemasta organisaatiossaan
2. vastaajien käsityksiä hoitotyön johdon asemasta, vallasta ja vastuusta organisaatioiden eri tasoilla
3. vastaajien työajan jakautumisesta eri tehtävien välillä
4. vastaajien organisaatioissa kolmen viime vuoden aikana tapahtuneista muutoksista
5. vastaajien palkkauksesta

4

Selvityksen toteutus

Kysely toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Lomaketta esitettiin tutkimusjoukkoon kuulumattomilla henkilöillä ja lomaketta korjattiin saadun palautteen perusteella.

Selvityksen kohdejoukkona olivat Tehyn ammattiosastojen jäseninä olevat hoitohenkilöstön johtajat ja esimiehet (ammattinimikkeenä esim. osastonhoitaja, lähiesimies, johtava hoitaja, johtava ylihoitaja, johtaja). Koska kaikista nimikkeistä ei voi päätellä, onko kyseessä esimiestehtävä, otettiin otokseen mukaan myös ylempien korkeakoulututkinnon (myös ylempi ammattikorkeakoulu) suorittaneet jäsenet. Kohdejoukkoon kuuluvia jäseniä Tehyssä oli kyselyn ajankohtana 4 252. Otos rajattiin niihin jäseniin, jotka asuivat Suomessa ja joiden sähköpostiosoite oli tiedossa. Näin ollen otoksen kokonaismääräksi tuli 3 868.

Kysely lähetettiin syyskuussa 2012 Webropol-kyselytyökalulla. Muistutusviestit lähetettiin viikon ja kahden viikon kuluttua kyselylinkin avaamisesta. Kyselyä markkinoitiin Tehyn Akateemisten, Esimies- ja Hallinnonjaostojen hallitusten kautta.

Kyselyyn vastasi yhteensä 1 386 henkilöä. Sähköpostiosoitteista 9 oli toimimattomia,

744 henkilöä oli avannut kyselyn lähettämättä vastaustaan ja 2 482 ei vastannut kyselyyn. Vastausprosentiksi tuli 36. Vaikka vastausprosentti jäi alhaiseksi, sitä voidaan pitää tyydyttävänä. Vastauksia saatiin eri puolilta Suomea sekä julkisella että yksityisellä sektorilla työskenteleviltä jäseniltä. Vastausten kertymistä seurattiin reaaliaikaisesti ja vastaukset näyttivät vakiintuneen 400 vastauksen jälkeen. Aineisto kuvaa laajasti terveydenhuollon hoitohenkilöstön johtajien ja esimiesten käsityksiä omasta asemastaan, työstään, palkkauksestaan sekä muutoksista. Tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina.

Tulokset esitetään suorina jakautumina ja ristiintaulukoinnilla. Tilastollisia menetelmiä ei käytetty. Avovastauksien analysoinnissa on käytetty sisällönanalyysiä. Tehyn yhteistyökumppanina Ari Heiskanen analysoi sisällönanalyysillä aineistosta ne avovastaukset, jotka liittyivät vastaajien organisaatioissa kolmen viimeisen vuoden aikana tehtyihin muutoksiin. Tällaisia avovastauksia saatiin 1 106, yhteensä 1 003 vastaajalta. Nämä tulokset on esitetty Ari Heiskanen kirjassa: Lämpimurto. Taltuta tuhoajat (Heiskanen 2013: 137–140).

5

Selvityksen tulokset

Tässä luvussa kuvataan hoitohenkilöstön johtajien ja esimiesten asemaa, tehtäviä ja palkkausta sekä niissä tapahtuneita muutoksia kyselyä edeltäneen kolmen vuoden aikana. Koska kysymyksiin oli vastattu vaihtelevasti, on taulukoihin lisätty aina vastanneiden henkilöiden lukumäärät. Vaihtelevuutta selittää se, että vastaajat työskentelivät eri sektoreilla ja tämän johdosta kaikkiin kysymyksiin ei ollut tarpeellista vastata.

5.1 Taustatiedot

Selvityksen kohdejoukko oli sosiaali- ja terveydenhuoltoalan eri hallinnon tasoissa ja tehtävissä työskentelevät tehy-läiset. Vastaajien (n = 1 386) taustatiedot on esitetty taulukossa 1.

Vastaajista valtaosa oli lähiesimiehiä (n = 955). Heistä 38 % oli työskennellyt nykyisessä tehtävässä 1–5 vuotta ja 18 % yli 15 vuotta. Kolme neljäsosaa (73 %) heistä oli työskennellyt yli 20 vuotta sosiaali- ja terveysalalla. Keskijohdosta (n = 195) 1–5 vuotta nykyisessä tehtävässä työskennelleitä oli 45 %, kun yli 15 vuotta työskennelleitä oli 11 %. Keskijohdosta 76 % oli työskennellyt sote-alalla yli 20 vuotta. Ylimmässä strategisessa johdossa yli puolet (n = 63) oli työskennellyt nykyisessä tehtävässä 1–5 vuotta ja 10 % yli 15 vuotta. Kenenkään ylimmän johdon vastaajan kokemus sote-alalta ei ollut alle 5 vuotta, ja yli 20 vuotta sote-alalla työskennelleitä oli 68 %.

Julkisen ja yksityisen sektorin vastaajien välillä oli eroja. Yksityisen sektorin vastaajista vajaa puolet (47 %) työskenteli lähiesimiehenä, 26 % keskijohdossa ja 12 % ylimmässä

johdossa. Julkisen sektorin vastaajista 73 % työskenteli lähiesimiehenä, 12 % keskijohdossa ja 3 % ylimmässä johdossa. 42 % julkisen sektorin ja 64 % yksityisen sektorin vastaajista oli työskennellyt alle 6 vuotta nykyisessä tehtävässään. Yli 20 vuotta työkokemusta sote-alalta oli 73 %:lla julkisen ja 60 %:lla yksityisen sektorin vastaajilla.

Aineisto painottuu 51–60-vuotiaisiin. Julkisen sektorin vastaajista 57 % ja yksityisen sektorin vastaajista 39 % oli yli 51-vuotiaita ja joka neljäs yksityisen sektorin vastaaja oli alle 41-vuotias. Ylemmässä strategisessa johdossa ei ollut alle 30-vuotiaita, mutta 14 % kuului ikäryhmään 31–40.

Kaikilla vastaajilla oli sosiaali- ja terveydenhuollon koulutustausta. *Lähiesimiehistä* 52 % oli suorittanut ammatillisen opistoasteen tutkinnon. Avovastausten perusteella lähiesimiesten lisäkoulutusväylänä näyttäisi toimivan sekä alempi korkeakoulututkinto että johtamisen erikoisammattitutkinto (JET). *Keskijohdosta* 45 % ja yli puolet *ylemmässä strategisessa johdossa* työskentelevistä oli suorittanut ylempään korkeakoulututkinnon. Ylimmästä strategisesta johdosta 3 % ilmoitti koulutukseen tohtorin tutkinnon. Julkisella sektorilla toimivista ylimpään johtoon kuuluvista 75 % oli vähintään ylempi korkeakoulututkinto, kun se yksityisellä sektorilla vain 40 %:lla.

Vastaajilta pyydettiin avokysymyksellä tietö heidän tehtävänimikkeestään (n = 1374).

Lähiesimiehiä oli 69 % ja heistä 75 % ilmoitti tehtävänimikkeeksi osastonhoitajan. Muita käytettyjä nimikkeitä olivat mm. palvelupäällikkö, tiiminvetäjä, palveluvastaava, apulaisosastonhoitaja ja hoitotyön esimies se-

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot.

Muuttajat	Muuttujakuvaus	N	%
Asema: N = 1386	Asiantuntija/ työntekijä	161	12
	Lähiesimies	955	69
	Keskijohto	195	14
	Ylin strateginen johto	63	5
Ikäluokka N = 1385	alle 30	8	1
	31–40	197	14
	41–50	426	31
	51–60	642	46
	yli 60	112	8
Koulutus N = 1384	Ammatillinen opistoasteen tutkinto	586	42
	Ammattikorkeakoulututkinto	185	13
	Ylempi ammattikorkeakoulututkinto	171	12
	Ylempi korkeakoulututkinto	369	27
	Muu mikä:	73	5
Työsuhde N = 1381	Vakituisen	1294	94
	Määräaikainen	87	6
Työskentely sosiaali- ja terveysalalla N = 1383	alle vuoden	7	1
	1–5 vuotta	67	5
	6–10 vuotta	137	10
	11–15 vuotta	192	14
	yli 15 vuotta	980	71
Työskentely nykyisessä tehtävässä N = 1381	alle vuoden	125	9
	1–5 vuotta	531	38
	6–10 vuotta	341	25
	11–15 vuotta	131	9
	yli 15 vuotta	253	18
Millä sektorilla työskentelet N = 1381	Julkinen sektori	1181	86
	Yksityinen sektori	164	12
	Kolmas sektori	36	3
	Perusterveydenhuolto, julkinen	391	28
	Erikoissairaanhoito, julkinen	531	38
	Yksityiset terveyspalvelut	54	4
	Yksityinen sairaanhoito, sairaalat	12	1
	Julkiset vanhuspalvelut	164	12
	Yksityiset vanhuspalvelut	57	4
	Muut julkiset sosiaalipalvelut	37	3
	Muut yksityiset sosiaalipalvelut	47	3
	Muu mikä:	90	7

kä erilaiset vastaavat hoitajat (esim. vastaava ensihoitaja, vastaava röntgenhoitaja, vastaava sairaanhoitaja).

Keskijohtoon kuului 14 %. Heidän tehtävännimikkeitään olivat päällikkö, johtava hoitaja, johtaja, ylihoitaja, osastoryhmäpäällikkö, liikelaitosylihoitaja, toiminnanjohtaja, aluejohtaja, toimialuejohtaja, vastaava osastonhoitaja, hoitotyön esimies, tulosyksikköjohtaja tai asumispalvelupäällikkö.

Ylimpään strategiseen johtoon kuului 5 %. Tehtävännimikkeitä olivat johtaja, aluejohtaja, hallintoylijohtaja, ylihoitaja, hoitotyön johtaja, toimitusjohtaja, ensihoitopäällikkö, palvelupäällikkö tai tulosyksikön johtaja.

Asiantuntijoina tai työntekijöinä ilmoitti toimivansa 12 % vastaajista. Heidän tehtävännimikkeensä perustuivat asiantuntijatehtävän tai ammatillisen perustutkinnon mukaiseen nimikkeeseen. Tyypillisiä nimikkeitä olivat esimerkiksi kehittämisspäällikkö, kliininen hoitotyön asiantuntija, projektivastaava, asiantuntijahoitaja, kehityskoordinaattori, apuvälineasiantuntija, henkilöstökoordinaattori ja laatu-vastaava sekä sairaanhoitaja, kättilö, fysioterapeutti, laboratoriohoitaja. Osa vastaajista, jotka kuvailivat ammatillisen perustutkinnon mukaista nimikettä esim. sairaanhoitaja, tekivät perustehtävän ohessa jossain määrin erilai-

sia asiantuntijatehtäviä kuten projekteja, ohjausta ja neuvontaa, mutta osa ainoastaan perustehtäväänsä esim. sairaanhoitajana. Tämän ryhmän (n = 167) koulutus oli ammatillisen perustutkinnon lisäksi joko ylempi ammattikorkeakoulu (28 %), yliopiston alempi tai ylempi korkeakoulututkinto (46 %).

5.2 Hoitotyön johdon asema, valta ja vastuu

Tässä luvussa esitetään tulokset siitä, miten hoitotyön johdon asema, valta ja vastuu ja kaantuvat organisaatioiden eri tasoilla.

Joka kolmas vastaaja ilmoitti, ettei heidän organisaatiossaan ole hoitotyön johtajaa organisaation ylimmässä johdossa. Joka neljännen vastaajan mukaan hoitotyön johtajalla ei ole taloudellista päätösvaltaa, esittelyoikeutta eikä suoraa päätösvaltaa. Taulukko 2.

Julkisen ja yksityisen sektorin vastaajien välillä ei ollut merkittäviä eroja hoitotyön johtajien asemaan, vastuuseen ja valtaan liittyen. Sen sijaan hoitotyön johdon vakansseja oli vähennetty viimeisen 3 vuoden aikana hieman useamman julkisen sektorin vastaajan (16 %) kuin yksityisen sektorin vastaajan (10 %) organisaatiossa.

Taulukko 2. Vastaajien näkemys hoitotyön johdon asemasta, vastuusta ja päätösvallasta toimintayksiköissään. (n =1364)

	Kyllä	Ei	En tiedä
Toimintayksikön johtamisjärjestelmän eri tasoilla on hoitotyön johtajia	79 %	17 %	3 %
Hoitotyönjohtajat johtavat ja kehittävät hoitotyötä toimintayksikön kokonaisstrategian ja perustehtävän mukaisesti	77 %	16 %	8 %
Ylimmässä strategisessa johdossa on hoitotyön johtaja	62 %	33 %	5 %
Hoitotyönjohtaja vastaa hoitotyön kehittämisestä	79 %	14 %	8 %
Hoitotyönjohtajalla on taloudellista valtaa ja vastuuta	65 %	23 %	12 %
Hoitotyönjohtajalla on esittelyoikeus	57 %	24 %	19 %
Hoitotyönjohdolla on suoraa päätösvaltaa	59 %	26 %	14 %
Hoitotyönjohdon valta ja vastuu on delegoitua	58 %	19 %	23 %

5.3 Työtehtävät, muutokset, työaika ja alaisten määrä

Vastaajia pyydettiin kuvaamaan päätehtäväänsä avokysymyksellä. Lisäksi heitä pyydettiin arvioimaan eri työtehtäviin kuluva aikaa sekä oliko heille siirretty uusia tehtäviä. Vastaajista 54 % (n = 1227) kertoi, että heille oli siirretty uusia tehtäviä.

Työtehtävät luokiteltiin: a) hallinnon tehtävät b) johtaminen ja kehittäminen c) kliininen työ ja d) muut tehtävät. Vastaukset analysoitiin ja eriteltiin aseman mukaan: lähiesimies, keskijohto ja ylin strateginen johto.

5.3.1 Lähiesimiehet

Lähiesimiehiltä saatiin 941 kuvausta heidän päätehtävistään ja 543 kuvausta uusista tehtävistä. Yli puolet (57 %) lähiesimiehistä ilmoitti, että heille oli siirretty uusia tehtäviä.

Hallinnon tehtävät lähiesimiehillä liittyivät useimmin henkilöstöhallintoon mm.: rekrytointi, sijaisten hankinta, työvuorosuunnittelu, koulutus, koordinointi, lomasuunnittelu, valvonta, kokousten pitäminen ja suunnittelu, tiedottaminen, viestintä, perehdytys, työsuhteasiat sekä resursointi ja erilaiset henkilöstö- ja taloushallinnonrutiinit, joita ko. hallinnot ovat aiemmin tehneet.

Johtaminen ja kehittäminen sisältävät yksikön hoitotyön kehittämistä ja suunnittelua. Kehityskeskustelut, työohjeiden laatiminen ja päivittäminen sekä laadunhallinta olivat osa

lähijohdon keskeisiä työtehtäviä. Päivittäisen työn johtamisen lisäksi vastaajat kuvaavat tehtävikseen mm. johtajan sijaisena toimimisen, opetuksen ja ohjauksen. Verkostoyhteistyössä korostui yhteistyö muiden sidosryhmien ja ammatillisten oppilaitosten kanssa. Lähijohdajilla tulosvastuu yksikön toiminnasta on jo arkipäivää. Talouden johtaminen käsitti talous- ja budjettivastuun, hankinnat, tilastointia sekä yksikön toiminnan seuranta ja arviointia.

Muut tehtävät sisälsivät turvallisuus-, työsuojelu- ja ensiaputoiminnan johtamista.

Tässä yhden osastonhoitajan kuvaus päätehtävästään:

- Hallinnollinen osastonhoitaja, henkilöstön asiat ja rekrytointi, 24-paikkaisen geriatriksen pitkäaikaisosaston lähiesimies, jolla henkilökuntaa 20,5. Osaston toiminnasta vastaavana työhöni kuuluu mitä moninaihimmat asiat ja niihin puuttuminen tarvittaessa. Nykyisin ei millään ehdi tehdä kaikkea sitä mitä oikeasti pitäisi ehtiä.*

Lähes puolet vastaajista arvioi, että heidän työajastaan yli 50 % kuluu hallinnon tehtäviin. Yli puolet vastaajista arvioi, että johtamiseen ja kehittämisen työtehtäviin kuluu alle 26 % työajasta. Puolet lähiesimiehistä käytti alle 26 % työajastaan kliiniseen potilastyöhön ja joka kymmenes yli 50 %. Taulukko 3.

Yksityisellä sektorilla 24 % esimiehistä käyttää kliiniseen työhön yli puolet työajastaan. Julkisen sektorin esimiehistä 30 % ei

Taulukko 3. Lähiesimiesten erilaisiin työtehtäviin kuluva työaika. (n = 995)

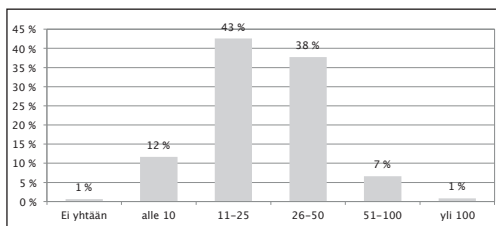
	Ei lainkaan	alle 26 %	26–50 %	yli 50 %	n
Hallinnon tehtäviin (esim. henkilöstöhallinnon rutiinit)	1 %	20 %	35 %	45 %	944
Johtamiseen ja kehittämiseen	0 %	58 %	32 %	10 %	946
Kliiniseen työhön	28 %	52 %	11 %	9 %	924
Muuhun, mihin?	6 %	74 %	22 %	5 %	314

osallistu lainkaan kliiniseen potilastyöhön ja yli kolmannes (37 %) käyttää siihen alle 10 %.

Suurin osa vastaajista (74 %) käyttää alle 26 % työajastaan muihin tehtäviin. Tällaisia tehtäviä vastaajat kuvasivat mm. näin:

- *Kiinteistönhoitajan etsintään, tiskaukseen, tarvikkeiden hankintaan, ym. sekalaista*
- *Käytännön asioihin, sekalaisiin töihin, esim. tilausten tekemiseen*
- *Potilaiden kotiutuksen järjestämiseen, asiakastyöhön*
- *Tietokoneohjelmien ongelmien selvittelyyn*
- *Miljoonaan muuhun asiaan*
- *Yleisen sählingin säätämiseen ja hallitun kaaoksen pitämiseen edes jotenkin koossa*
- *Toimipisteiden etäisyydet kymmeniä km joten autoiluun kuuluu työaika.*
- *Yhteistyötehtäviin ja työsuojeluun*
- *Oman vastuualueen hoitaminen työn ohessa*
- *Hygieniahoitajan tehtävät, tietosuojavastaavan tehtävät, valmiusasiat, kriisityö*
- *Talon yhteiset asiat, esim. turvallisuuspalaverit*
- *Pitkän työkokemuksen myötä tietoa eri asioista, jota voi hyödyntää, ammattiosaaminen*
- *Erilaiset hissiremonttipalaverit, kahvin keiton organisoinnit ym.*
- *Kaikki mikä ei kuulu kellekään, kuuluu osastonhoitajalle*
- *Saneerausprojektissa mukana olo*

Alaisia lähiesimiehillä on yleisimmin joko 11–25 tai 26–50. Huomattavaa on, että 7 %:lla oli yli 51 alaista ja 1 %:lla jopa yli 100 alaista. Kuvio 1.



Kuvio 1. Lähiesimiesten suorien alaisten määrä. (n=955)

Yksityisen sektorin vastaajista 36 %:lla on alle 10 alaista ja julkisella sektorilla 40 %:lla oli yli 26 alaista.

5.3.2 Keskijohto

Keskijohtoon kuuluvilta saatiin 190 kuvausta heidän päätehtävistään ja 98 kuvausta uusista tehtävistä. Yli puolet (51 %) keskijohtoon kuuluvista ilmoitti, että heille oli siirretty uusia tehtäviä.

Hallinnon tehtävät keskijohdolla painotuitivat henkilöstöresurssien suunnitteluun ja hankintaan sekä henkilöstön osaamisen kehittämiseen ja rekrytointiin. Työn vaativuuden arviointi ja tva-lomaketyöryhmät sekä päätöksenteko henkilöstöhallintoon liittyvissä tehtävissä kuuluivat keskijohdolle. Myös erilaisissa työryhmissä työskentely nousi esille. Lisäksi taloushallintoon liittyvistä rutiinitehtävistä keskeisenä tehtävänä mainittiin esim. ostolaskujen tiliöinti.

Johtamisen ja kehittämisen osa-alueella kuvausten perusteella painottui talouden johtaminen. Liiketoiminnan strateginen johtaminen ja vastuu toiminnan ja talouden suunnittelusta sekä seuranta nousivat keskeisiksi työtehtäviksi. Yksityissektorilla kilpailutusasiat nousivat esille. Toimintasuunnitelman ja -kertomuksen laatiminen henkilöstön osalta, budjetin valmisteluun osallistuminen sekä yhteistyö taloustoimiston kanssa nousivat kuvauksissa esille. Hankkeiden johtaminen kehittämistavoitteiden ja toimintasuunnitelman mukaisesti oli keskijohdon tehtävä.

Johtaminen ja kehittäminen kuvattiin kokonaisvastuuna hoitotyön kehittämisestä. Mukaan sisällytettiin myös laatuksymykset. Hoitotyön kehittäminen tapahtui toiminnan suunnittelun ja seurannan kautta. Sote-palveluiden omistajaohjauksesta vastaaminen sekä kuntalaisten terveyden- ja hyvinvoinnin edistäminen, projektit, kehittämishankkeet, asia-

kaslähtöisen toiminnan ja joustavien hoitopolkujen toteutumisesta huolehtiminen nousivat myös kuvauksissa keskeisiksi tehtäviksi. Näyttöön perustuvaa toimintaa kuvattiin tieteellisen ja ajankohtaisen tiedon muokkaamisena työyhteisöjen käyttöön. Ensihoitopalveluiden ja ensivastetoiminnan kehittäminen yhteistyössä kuntien ja sairaanhoitopiirin kanssa sekä potilasturvallisuussuunnitelman tekeminen, jalkauttaminen ja koulutus kuvattiin keskijohdon tehtäviksi. Hoidon laatuun liittyvät kysymykset kuten reklamaatioiden käsittely nousivat esille.

Verkostoyhteistyössä korostuivat monialaisissa työryhmissä työskentely ja oppilaitosyhteistyö. Yksityissektorilla asiakkuuksien hankinta ja hallinta sekä markkinointi nousivat kuvauksissa esille. Tärkeitä verkostoyhteisöryhmiä olivat myös seutukuntayhteistyön työryhmät ja lääkäriyhteistyö.

Alla kaksi keskijohtoon kuuluvan kuvausta päätehtävistä:

- *Ohjata, kehittää, koordinoida ja valvoa hoitotyön sisältöä ja laatua viidessä eri yksikössä vanhainkodissa, kahdessa pienryhmäkodissa, kotihoidossa sekä matalan kynnyksen mielenterveyspäiväyhteisöissä ja toimia lähiesimiehenä yksiköiden vastaaville hoitajille ja vanhainkodin henkilöstölle. Budjettivastuu vanhainkodissa.*
- *Vastaan hoitotyön toiminnoista avopalvelujen vastaanotto toiminnan 5 toimintayksikössä, joissa hoitotyön henkilöstöä noin 100. Toimin johtoryhmämme jäsenenä. Rekrytointi ja talousasiat kuuluvat tehtäviini. Henkilöstöhallinto, koulutusasiat ja*

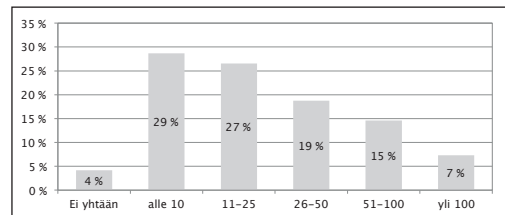
kehittäminen samoin. Toiminnan ja talouden suunnittelu, seuranta yhdessä ylläkärrin kanssa. Yhteistyö terveydenhuollon muiden toimijoiden kanssa.

Keskijohdosta 39 % arvioi, että heidän työajastaan hallinnon tehtäviin kuluu 26–50 %. Lähes kolmannes (29 %) arvioi, että alle 26 % kuluu kliiniseen potilastyöhön. Toisaalta 71 % ilmoitti, että heidän työajastaan alle neljännes kuluu muihin tehtäviin. (Taulukko 4.)

Vastausten mukaan **muita tehtäviä** olivat mm. yksityisten palveluntuottajien hyväksyntä ja valvonta, uusien tilojen suunnittelu ja niihin liittyviin rakennushankkeisiin osallistuminen sekä tietojärjestelmän hallintaan liittyvät tehtävät.

Yksityisen sektorin vastaajista 63 % osallistuu ainakin jossain määrin kliiniseen työhön. Julkisella sektorilla vain joka neljäs vastaaja ilmoitti osallistuvansa kliiniseen työhön ja käyttävänsä siihen alle 10 % työajastaan.

Yli puolet keskijohdosta ilmoitti, että heidän suorien alaistensa määrä oli alle 25, ja 7 %:lla alaisia oli yli 100. Kuvio 4.



Kuvio 4. Keskijohdon suorien alaisten määrä. (n=195)

Taulukko 4. Keskijohdon erilaisiin työtehtäviin kuluva työaika. (n = 195)

	Ei lainkaan	alle 26 %	26–50 %	yli 50 %	n
Hallinnon tehtäviin (esim. henkilöstöhallinnon rutiinit)	1 %	29 %	39 %	32 %	192
Johtamiseen ja kehittämiseen	0 %	34 %	35 %	30 %	193
Kliiniseen työhön	65 %	29 %	3 %	3 %	179
Muuhun, mihin?	5 %	71 %	22 %	2 %	74

Julkisen sektorin vastaajista reilulla neljänneksellä (25 %) ja yksityisen sektorin vastaajista 8 %:lla oli yli 50 alaista.

5.3.3 Ylin johto

Ylimmän strategisen johdon kuvauksia päätehtävistä saatiin 62 sekä 29 kuvausta heille siirretyistä uusista tehtävistä, joita oli siirretty lähes joka toiselle (46 %) vastaajalle.

Hallinnon tehtävistä keskeiset työtehtävät kuvailtiin kokonaisvastuuna henkilöstöhallinnon ja henkilöstösuunnitelmien toteutumisesta. Rekrytointi ja uusien työntekijöiden nimitäminen työtehtäviin nousivat myös vastaajien työtehtävien kuvailussa esille.

Johtamisessa ja kehittämisessä nousivat esille kokonaisuudesta vastaaminen sekä sisällöllisesti että taloudellisesti. Hoitotyön johtaminen ja kehittäminen sekä opetus ja tutkimustyö kuvaavat ylimmän johdon tehtäviä. Asiakaspalvelun ja palvelukulttuurin kehittäminen kuuluivat heille. Osastonhoitajien esimiehenä toimiminen sekä klinikkaryhmän esimiehen ja/tai ylilääkärin työparina työskentely nousivat myös esille. Perustehtävien johtamisessa korostuivat palveluprosessien johtaminen, strateginen johtaminen sekä viestintä ja tiedotus.

Talouden johtamista kuvattiin toiminnan suunnittelun ja seurannan koordinoitina. Strateginen suunnittelu ja hankerahoitushakemusten laatiminen kuuluivat ylimmälle johdolle. Talouden seuranta, tavaroiden ja palveluiden hankinta sekä kilpailuttaminen

olivat ylimmän johdon kuvauksissa heidän päätehtäviään.

Verkostoyhteistyö nousi vahvasti kuvauksissa esille. Kansallinen ja kansainvälinen yhteistyö, yhteistyö eri toimialueiden ja työryhmien kanssa kuvailtiin laajaksi. Myös opiskelijayhteistyö, toimiminen sairaanhoitopiirin johtoryhmässä tai hallituksessa mainittiin. Järjestöjen ja yksityisten kanssa tehtävä yhteistyö sekä johtokunnan asioiden valmistelu sekä esittely kuvasivat ylimmän johdon tehtäviä. Lisäksi mainittiin alueelliset ja paikalliset verkostot ja hankeyhteistyöt sekä ohjausryhmien jäsenyydet.

Alla ylimpään johtoon kuuluvan kuvaus päätehtävistään:

- *hoitotyön yleinen järjestäminen vastuualueellani*
- *osastonhoitajien esimies*
- *klinikkaryhmän esimiehen työpari*
- *henkilöstöhallintoon liittyvät tehtävät*
- *hoitotyön kehittäminen*
- *sidosryhmäyhteistyö*
- *hoitotyön asiantuntijatehtävät*

Vastaajista 40 % arvioi, että heidän työajastaan yli puolet menee hoitotyön johtamiseen ja kehittämiseen. Ylimpään johtoon kuuluvista lähes puolet osallistui jossain määrin myös kliiniseen työhön. Taulukko 5.

Julkisen sektorin vastaajista 48 % käytti yli puolet työajastaan johtamiseen ja kehittämiseen. Yksityisen sektorin vastaajista näin teki vain joka neljäs (25 %). Heistä 55 % käytti alle 25 % työajastaan kliiniseen työhön.

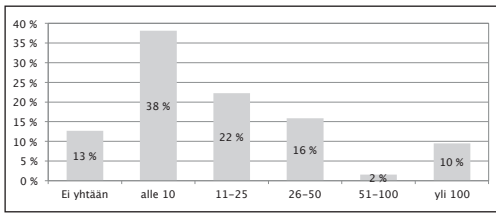
Taulukko 5. Ylimmän johdon erilaisiin työtehtäviin kuluva työaika. (n = 63)

	Ei lainkaan	alle 26 %	26–50 %	yli 50 %	n
Hallinnon tehtäviin (esim. henkilöstöhallinnon rutiinit)	2 %	47 %	30 %	21 %	63
Johtamiseen ja kehittämiseen	0 %	34 %	27 %	40 %	63
Kliiniseen työhön	65 %	38 %	2 %	4 %	55
Muuhun, mihin?	5 %	66 %	23 %	0 %	30

Muina tehtävinä vastaajat mainitsivat mm. erilaiset edustustehtävät:

- *Kaikenlaiseen nippelihommaan, kun yrityksessä remontoidaan tiloja*
- *Kilpailutukset, hankinnat, asiakasyhteistyö*
- *Kokoukset, palaverit (kaikesta mahdollisesta)*
- *”Sekalaiset työt”, esim. edustaminen ja työt, jotka ”eivät kuulu muille”*
- *Organisaatiomuutosten katastrofeihin*
- *Pr-tehtävät, markkinointi, mainonta, taloushallinto*
- *Erilaiset hankkeet*
- *Terveyskeskuksen tila-asioista vastaaminen, uuden suunnittelu ja korjausten valvonta*

Strategiseen johtoon kuuluvien suorien alaisten määrä on esitetty kuviossa 5.



Kuvio 5. Ylimmän strategisen johdon suorien alaisten määrä. (n = 63)

5.3.4 Asiantuntijat ja työntekijät

Asiantuntija- ja työntekijäasemassa olevilta saatiin 161 kuvausta päätehtävästä ja 76 heille siirretyistä tehtävistä. Alle puolet vastaajista (45 %) oli saanut uusia tehtäviä. Heidän työ-

tehtävänsä painottuivat kehittämiseen, kehittämistyön koordinointiin ja uusien toimintojen juurruttamiseen. Kehittämiskohteita olivat myös apuväline-, arkisto- ja potilastietojärjestelmien kehittäminen. Kouluttamisessa painottuivat opiskelijaohjaus, lääkehoidon verkkokouluttamisen ja yhteistyön kehittäminen. Muita osa-alueita olivat omaisyhteistyön, tilastojen suunnittelu ja kehittäminen, tutkimusluvut sekä henkilöstön rekrytointiin liittyvät tehtävät ja ammattiosaamiseen liittyvä potilastyö.

Kliiniseen työhön asiantuntijoista/työntekijöistä 40 % käytti yli 50 % työajastaan, mutta toisaalta 40 % ei tehnyt lainkaan kliinistä hoitotyötä. Taulukko 6.

5.4 Tiedolla johtaminen

Terveystieteiden johtaminen eri organisaatio- ja toimintatasoilla edellyttää, että johtajat ja asiantuntijat voivat hyödyntää tietoja palvelujen käyttäjistä, henkilöstöstä ja muista toimintaan tarvittavista resursseista.

Lähiesimiehet (82 %) arvioivat muita useammin, että heidän toimintayksikkönsä ohjelmistot ovat sellaisia, joita he voivat hyödyntää johtamistyössään. Kuitenkin lähes joka kolmas vastaaja arvioi oman ohjelmisto-osaamisensa riittämättömäksi ja vain kolme neljästä johtajasta ja esimiehestä oli saanut koulutusta ohjelmistojen hyödyntämiseen. Tietojärjestelmien kehittämistyöhön olivat useimmin päässeet mukaan ylimmässä johdossa toimivat (65 %).

Taulukko 6. Asiantuntija/työntekijäasemassa olevien arvio työtehtäviin kuluva työajasta. (n = 163)

	Ei lainkaan	alle 26 %	26–50 %	yli 50 %	n
Hallinnon tehtäviin (esim. henkilöstöhallinnon rutiinit)	57 %	37 %	2 %	3 %	163
Johtamiseen ja kehittämiseen	28 %	37 %	9 %	25 %	162
Kliiniseen työhön	40 %	11 %	9 %	40 %	161
Muuhun, mihin?	14 %	41 %	21 %	25 %	73

Heistäkin vain alle puolet (46 %) oli päässyt vaikuttamaan ohjelmistojen valintaan. Taulukko 7.

5.5 Organisaatioon liittyvät muutokset

Vastaajista kolme neljäsosaa oli kokenut omassa työssään organisaatiomuutoksia kyselyä edeltäneen kolmen vuoden aikana. Keski- ja ylimmästä johdosta selkeästi yli puolet on osallistunut muutosten valmisteluun. Huomio

kuitenkin kiinnittyy siihen, että lähes kaksi kolmasosaa lähiesimiehistä ja 40 % keski- ja ylimmästä johdosta eivät ole olleet mukana muutosten valmisteluissa. Taulukko 8.

Avovastausten avulla vastaajia pyydettiin kuvailemaan lyhyesti työyksiköissä tapahtunutta organisaatiomuutosta. Avovastauksia oli yhteensä 1 002. Ari Heiskanen (2013) teki vastauksille sisällön analyysin, jonka pohjalta hän luokitteli aineiston 5 luokkaan: 1. Oman organisaation rakennemuutokset 2. Alueelliset rakennemuutokset 3. Toimintauudistukset 4. Strategiset uudistukset ja 5. Johtamisjärjes-

Taulukko 7. Vastaajien arviot mahdollisuuksistaan hyödyntää ja vaikuttaa toimintayksiköidensä tietojärjestelmiin ja osallistua niiden kehittämiseen. (n = 1376)

	Asiantuntija/ työntekijät n = 164	Lähi- esimiehet n = 955	Keskijohto n = 194	Ylin johto n = 63	Kaikki n = 1376
Toimintayksikköni ohjelmistot sellaisia, että minulla on mahdollisuus hyödyntää niitä johtamisessa (esim. johtamiseen tarkoitettujen ohjelmistot, elektroniset potilastietojärjestelmät, henkilö- töohjelmistot, lääkeinteraktiotietokannat).	48 %	82 %	76 %	57 %	76 %
Minun ohjelmisto-osaamiseni ei ole riittävää, jotta voisin täysimääräisesti hyödyntää organisaatiomme tietojärjestelmiä.	23 %	31 %	27 %	25 %	29 %
Olen saanut koulutusta ohjelmistojen hyödyntämisestä.	58 %	74 %	78 %	73 %	72 %
Olen voinut vaikuttaa yksikköni ohjelmistojen valintaan.	15 %	11 %	31 %	46 %	16 %
Olen päässyt osallistumaan organisaationi tietojärjestelmien kehittämistyöhön.	36 %	25 %	49 %	65 %	32 %
Oletko osallistunut terveydenhuollon tietojärjestelmiin liittyviin koulutuksiin tai kongresseihin?	48 %	59 %	63 %	56 %	58 %

Taulukko 8. Organisaatiomuutokset vastaajien organisaatioissa (n = 1377) ja vastaajien osallistuminen muutosten valmisteluun (n = 1367).

	Asiantuntija/ työntekijä	Lähiesimies	Keskijoh- to	Ylin strateginen johto
Organisaatiomuutokset 3 vuoden aikana	76 %	75 %	73 %	66 %
On itse ollut mukana valmistelemissä muutoksia	22 %	35 %	58 %	61 %
Ei ole ollut mukana valmistelemissä muutoksia	78 %	65 %	42 %	39 %

telmän uudistukset. Alla esitetään joitakin vastauksia Heiskasen luokitusta käyttäen:

Oman organisaation rakennemuutokset:

- *Avohoitoa kehitetty ja laitoshoidoa vähennetty*
- *Tilaaaja-tuottajamallista siirrytään prosessiorganisaatioon*
- *Tilaaaja-tuottajamallin kehittäminen*
- *Siirtyminen terveystakeskuksesta sosiaalivieraston alaisuuteen*
- *Kokonaisuuksia on kasvatettu, osastoja yhdistetty, työmäärää lisätty, valtaa/vastuuta/työtä jaettu alaspäin.*
- *Vanhusten hoidon rakenteet kohti avopalvelua*
- *Sairaanhoitajavastaanoton kehittämistyö*
- *Potilaspaikkojen vähentämistä avohoidon kehittämistä*
- *Yksiköiden toimintaa lakkautetaan, uusia perustetaan, tehtäviä siirretään*
- *Henkilöstön siirtämisiä toisiin yksiköihin, tilamuutoksia, toimintatapojen muutoksia*
- *Tulosalueet järjesteltiin uudelleen, uusi strategia ja johtosääntö*
- *Pienemmät toimintayksiköt on yhdistetty suurempiin kokonaisuuksiin*
- *Hallintosäännön uudistus*

Alueelliset rakenneuudistukset:

- *Useampi kunta liittyi kuntayhtymäksi*
- *Järjestämisvastuualueen perustaminen*
- *Sairaanhoitopiirin vaihto*
- *Kolmen kunnan perusturvapalveluiden yhdistäminen isäntäkuntamallin mukaan*
- *Useampi kunta yhdistyi yhdeksi, peruspalvelut järjestettiin uudelleen organisaatiossa*

Toimintauudistukset:

- *Hoitotyön laadun kehittämiseen on perustettu oma kehittämistiimi, heillä laatuvas- taava*

- *Perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistäminen hallinnollisesti saman organisaation alle*
- *Neuvolatyö siirrettiin perusturva toimialalta kasvatukseen ja sivistyksen toimialalle lapsi- ja perhetyön tulosyksikköön*
- *Rekrytointiyksikön perustaminen*
- *On rakennettu ja perustettu uusia yksiköitä sekä rekrytoitu henkilöstöä*
- *Kuntoutuksen kehittäminen*
- *Liikkuvan työn ja kotiinpäin suuntautuvan työn kehittäminen*
- *Diagnoosipohjaiset hoitolinjat ja työnjako*
- *Tietohallinnon tietojärjestelmien kehittämishankkeet*

Strategiset uudistukset:

- *Sosiaali- ja terveystieteiden perustaminen*
- *Ensihoidon siirtyminen sairaanhoitopiirille*
- *Kuntayhtymän purku ja sen jälkeen uusi viiden kunnan yhteenliittyminen*
- *Kuntien palveluiden tasapuolistaminen*
- *Yhtiöittäminen, liikelaitostuminen, fuusioi- tumiset*
- *Kuntarakennemuutokset*
- *Kapitaatiomallin ottaminen käyttöön budjetoinnissa*
- *Erytishuoltopiiri lakkasi, liityimme sair- aanhoitopiiriin*
- *Sosiaali- ja terveystoimi ja lautakunnat yh- dentyivät perusturvalautakunnaksi*
- *Yrityskaupan myötä työnantaja on muut- tunut*

Toimintauudistukset:

- *Hoitotyön laadun kehittämiseen on perus- tettu oma kehittämistiimi ja heillä laatu- vastaava*
- *Perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistäminen hallin- nollisesti saman organisaation alle*
- *Neuvolatyö siirrettiin perusturvan toimi- alalta kasvatukseen ja sivistyksen toimialalle lapsi- ja perhetyön tulosyksikköön*

- Rekrytointiyksikön perustaminen
- On rakennettu ja perustettu uusia yksiköitä sekä rekrytoitu henkilöstöä
- Kuntoutuksen kehittäminen
- Liikkuvan työn ja kotiinpäin suuntautuvan työn kehittäminen
- Diagnosipohjaiset hoitolinjat ja työnjako
- Tietohallinnon tietojärjestelmien kehittämishankkeet

Johtamisjärjestelmän uudistukset:

- Uusi johtamisjärjestelmä ja organisaatiorakenne
- Johtava ylihoitaja siirretty uudelleen johtavan lääkärin alaisuuteen, ylihoitajien määrää karsittu ja töitä siirretty osastonhoitajille
- Lisätty lähiesimiehiä
- Hoitotyön suora johtamisen ketju on poistettu
- Ylihoitajien esimiehet ovat nyt lääkäreitä
- Hoitotyö siirtyi lääkärijohdon alle
- Ylihoitajat poistettiin, lääkäristä tuli osastonhoitajien esimies
- Palattiin takaisin lääkärijohtoiseen organisaatioon ja hoitotyön johtajat ovat ylilääkärien työpärejä
- Yksilinjainen johtamisjärjestelmä
- Ylihoitaja jäi pois muutoksen yhteydessä
- Ylimmän johdon vastuuta jaettu uudelleen, pyritään vähentämään hallinnon päällekkäisyyttä
- Ylihoitajilta on siirretty päätösvaltaa henkilöstöasioissa osastonhoitajille
- Vastuualueen vaihtuminen, uudet esimiehet ja aluejohtajat, uudet kollegat, uusi kulttuuri johtamisessa
- Ylimmän johdon ja esimiesten väliin rakennettiin ns. väliporras, välipäälliköt
- Siirrytty matriisiorganisaatiosta prosessi-ajatteluun
- Uusi linja-organisaation mukainen järjestelmä, jossa jokainen linja sai ylihoitajan

- Hoitotyön johtavan esimiehen toimenkuvasta tehtiin hallinnollinen tehtävä
- Johtamisen ja koko henkilöstön vastuut ja velvoitteet määriteltä kirjallisesti
- Päätösvalta muuttui ”yksi yli yhden” periaatteen mukaiseksi
- Päätöksenteko on siirretty osastonhoitajille
- Vastuuta ja velvollisuuksia on annettu enemmän
- Ylihoitajien tehtävät osastonhoitajille ja ylihoitajat pois siitä asemasta, joka heillä aiemmin ollut
- Ylihoitajien tehtävät yhdistettiin osastonhoitajille ja osastoryhmäpäälliköille
- Tehtävänimikkeet ja työtehtävät muuttuneet

Osastonhoitaja-nimike muuttui palveluvastavaksi, ylihoitajaa ei ole, vaan on hoito- ja hoivapalvelupäällikkö

Taulukko 9. Vastaajien käsitys oman työsuhteensa ehtoja määrittävästä työehtosopimuksesta. (n = 1386)

Työehtosopimus	Kaikki (N = 1386)	Asiantuntija/ työntekijä (N = 166)	Lähiesimies (N = 955)	Keskijohto (N = 195)	Ylin strategi- nen johto (N = 63)
Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus (KVTES) ja Tehy-sopimus (2008)	84 %	77 %	91 %	71 %	49 %
Terveyspalvelualan työehtosopimus (TpTes)	4 %	7 %	3 %	6 %	11 %
Yksityisen sosiaalipalvelualan työehtosopimus (SosTes)	5 %	5 %	3 %	11 %	19 %
Muu, mikä?	6 %	7 %	3 %	11 %	19 %
En tiedä	1 %	4 %	0 %	1 %	2 %

5.6 Palkkaus

Vastaajista suurin osa (84 %) kuului Kunnallisen yleisen virka- ja työehtosopimuksen piiriin. Yksityisten työehtosopimusten piiriin kuului joka kymmenes vastaaja. Vaihtoehdossa muu yleisin vastaus oli Palvelulaitosten työnantajayhdistyksen työehtosopimus (nykyinen Avainta ry:n työehtosopimus). Taulukko 9.

Puolet esimiehistä ja keskijohdosta sekä kolmannes ylimpään johtoon kuuluvista vastaajista ilmoittivat KVTES:n hinnoitteluluokkaan 03HOI010 ja 03HOI020. Lähes kolmannes esimiehistä ja johtajista sekä 70 % asiantuntija/työntekijöistä ei kuitenkaan tienneet mihin hinnoitteluluokkaan he kuuluivat. Taulukko 10.

Yksityissektorilla työskentelevistä vastaajista 30 % ilmoitti, että heidän työyksikössään noudatetaan Yksityisen sosiaalipalvelualan ja reilu kolmannes (36 %) Terveyspalvelualan työehtosopimusta.

Terveyspalvelualan työehtosopimuksen piirissä työskentelevistä 55 vastaajasta 17 % ilmoitti vaativusryhmä 4 määrittelevän heidän palkkaansa, 27 % ilmoitti vaativusryhmäkseen 5 ja 20 % 5b. Loput vastaajista eivät tienneet, mikä heidän työehtosopimuksensa on tai ilmoittivat palkan määräytyvän sopimuspalkan kautta.

Yksityisen sosiaalipalvelualan työehtosopimuksen piirissä olevista 69 vastaajasta 36 % ilmoitti etteivät tiedä, mikä heidän palkkaluokkansa on. Vastaajat ilmoittivat kuuluvansa työehtosopimuksen G palkkaluokkiin seu-

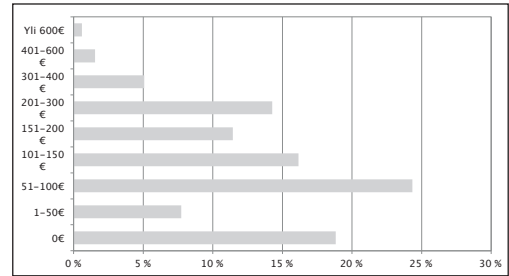
Taulukko 10. Hinnoittelutunnusluokka (HITU-luokka), johon KVTES:n piiriin kuuluvat vastaajat oli sijoitettu. (n=1139).

KVTES:n hinnoitteluluokka (HITU-luokka)	Asiantuntija/ työntekijä (N = 127)	Lähiesimies (N = 847)	Keskijohto (N = 135)	Ylin strateginen johto (N = 29)
03HOI010	5 %	7 %	31 %	31 %
03HOI020	4 %	43 %	20 %	3 %
03HOI030	9 %	10 %	4 %	0 %
Joku muu, mikä?	7 %	4 %	12 %	13 %
Olen HITU-luokituksen ulkopuolella, mistä syystä?	6 %	2 %	14 %	21 %
En osaa sanoa	70 %	33 %	19 %	31 %

raavasti: G24–10 %, G25–3 %, G26–7 %, G27–6 %, G28–6 %, G29–11 %, G30–10 % ja G32–7 %.

Kaikista vastaajista yli puolet ilmoitti saavansa korkeampaa tehtäväkohtaista palkkaa kuin mihin hinnoitteluryhmään, palkkaryhmään tai vaativuusryhmään he kuuluivat. Vastausten perusteella sopimuspalkkajärjestelmä on yksityisellä sektorilla yleistä.

Yksityisen sektorin vastaajista 35 % ja julkisen sektorin 18 % ilmoitti, että heidän organisaatiossaan on käytössä tulospalkkausjärjestelmä. Niistä vastaajista (n = 268), joiden organisaatiossa tulospalkkaus on käytössä, 72 % oli sen piirissä ja yli puolet oli saanut tulospalkkaa kyselyä edeltäneen vuoden aikana. Kaikista vastaajista (n = 1369) 15 % kuului tulospalkkauksen piiriin.



Kuvio 6. Vastaajien palkan henkilökohtaisen lisän osuus kuukaudessa. (n = 1163)

Vastaajia pyydettiin kertomaan mitä muita palkanlisä heille maksettiin. Avovastauksia oli yhteensä 894. Vastaajia ei ole eritelty työehtosopimuksittain, vaan muut palkanlisät voidaan katsoa yritysten omiksi palkitsemisjärjestelmiksi. Taulukko 11.

5.6.1 Palkanlisät

Vastaajista suurin osa sai tehtäväkohtaisen palkan lisäksi myös henkilökohtaisen lisän. Sen määrä vaihteli alle 51 eurosta yli 600 euroon. Yleisimmin henkilökohtainen lisä näyttäisi olevan 51–150 euroa. Kuvio 6.

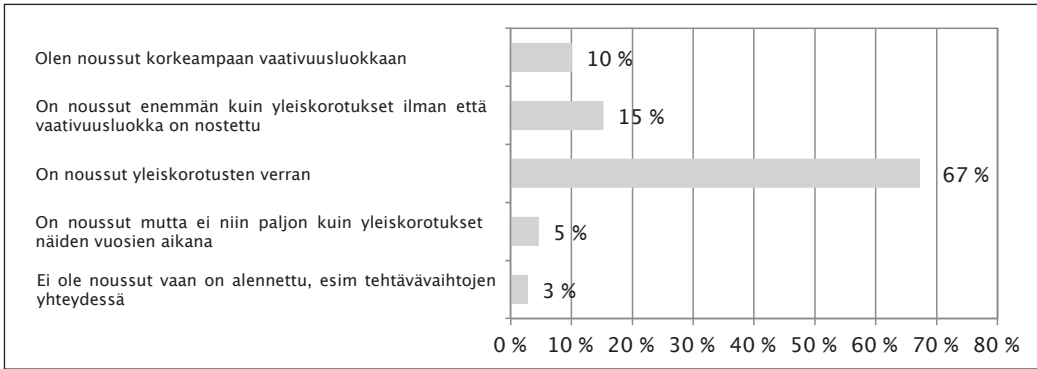
5.6.2. Palkan kehitys

Vastaajilta tiedusteltiin miten heidän palkkauksensa on kehittynyt kyselyä edeltäneen kolmen vuoden aikana.

Vastaajista kaksi kolmasosaa, ilmoitti, että heidän tehtäväkohtainen palkkansa (bruttopalkkaa ilman erilaisia lisä esim. työaikalisä,

Taulukko 11. Muut vastaajien mainitsemat palkanlisät. (n=894)

Lisä	Asiantuntija/työntekijä	Lähiesimies	Keskijohto	Ylin johto
Erityisosaamislisä	X	X		
Esimieslisä		X	X	
Jononpurkukorvaus			X	
Kehittämismisvastuulisä		X		
Lisätehtävälisä		X	X	
Maisterilisä		X		
Opiskelijajohtajalisä			X	
Pikapalkkio		X		
Projektilisä				X
Sopimuspalkka	X			X
Työnsiirtolisä	X			
Vastuuhenkilölisä	X	X		
Vastuukäyttäjälisä		X	X	



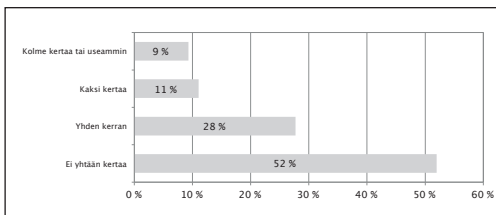
Kuvio 7. Vastaajien tehtäväkohtainen palkka kyselyä edeltäneen kolmen vuoden aikana. (n = 1373)

kokemuksilä ja henkilökohtainen lisä), oli noussut yleiskorotusten mukaisesti. Joka neljännen palkka oli noussut joko korkeampaan vaativuusluokkaan (10 %) tai palkkaa oli nostettu yleiskorotusta enemmän vaativuusluokan sisällä (15 %). Kuvio 7.

Yksityisen sektorin vastaajien palkat olivat nousseet hieman useammin kuin julkisen.

Henkilökohtaisen lisän korotuksen oli viimeisen kolmen vuoden aikana saanut joka kolmas vastaaja (n = 1368). Avovastausten mukaan alin korotus oli 20 euroa ja korkein 400 euroa.

Vastaajista lähes puolet (48 %) oli yrittänyt itse neuvotella palkkaansa ylöspäin viimeisen kolmen vuoden kuluessa. Kuvio 8.



Kuvio 8. Vastaajien yritykset neuvotella palkankorotuksesta kolmen viimeisen vuoden aikana. (n = 1378)

Niistä vastaajista (n = 668), jotka olivat neuvotelleet palkankorotuksesta joka kolmas (35 %) oli onnistunut saamaan korotuksen. Yksityissektorin vastaajat (60 %) onnistuivat useammin palkkaneuvotteluissa kuin julkisen sektorin vastaajat (30 %).

Avovastausten perusteella lähiesimiesten palkka nousi keskimäärin 171 € (25–600 €). Keskijohdolla palkka nousi keskimäärin 291 € (50–1 200 €). Ylimmän strategisen johdon korotus oli keskimäärin 385 € (100–1 000 €). Osalle vastaajista palkankorotus oli määräaikainen liittyen lisävastuuseen tai tehtäväkuvan laajenemiseen. Työn vaativuuden arviointijärjestelmää hyödynnettiin yleisesti palkan uudelleen arvioinnissa.

Joka viides vastaaja (21 %, n = 1381) ilmoitti, että hänen esimiehensä oli pyrkinyt aktiivisesti nostamaan vastaajan palkkaa. 64 %:n osalta esimies ei ole ollut aktiivinen osapuoli palkankorotuksen suhteen. Vastaajien käsityksen (74 %, n = 1378) mukaan myös luottamusmies ei pyrkinyt kovin aktiivisesti neuvottelemaan heidän palkastaan. Ainoastaan 8 % arvioi luottamusmiehen roolin aktiiviseksi omassa palkkaedunvalvonnassaan.

Pohdinta ja Tehyn näkemykset

Hoitohenkilöstön johtajat ja esimiehet ovat yksi Tehyn avainryhmistä. Tehy on selvittänyt hoitohenkilöstön johtajien asemaa ja johtamista mm. vuosina 1997, 1998 ja 2004. Lisäksi vuoden 2009 liittokokoukselle valmisteltiin asiakirja: *Johtaminen avainasemassa muutoksessa. Tehyn näkemyksiä sosiaali- ja terveysalan johtamisesta*. Selvityksen ajankoh-taisuutta tukevat sosiaali- ja terveydenhuollon erilaiset muutokset, erityisesti vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki ja sen asettamat vaatimukset moniammatilliselle johtamiselle. Muutosten kohteena ovat niin itse organisaatiot kuin niiden tapa toimia ja tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Tavoitteena on mm. vastata taloudellisiin haasteisiin toimintojen tehostamisella ja palvelujen keskittämällä. Muutospaineita lisäävät myös uuden teknologian käyttöönottoaminen ja uusien toimintatapojen implementointi. Oman jännitteensä muutoksiin on tuonut pitkään jatkunut sote-uudistuksen valmistelu. Kaikilla näillä on ollut ja on jatkossakin vaikutusta hoitohenkilöstön johtajien ja esimiesten asemaan, tehtäviin ja palkkaukseen.

Selvityksen tavoitteena oli kuvata tehyläisten johtajien ja esimiesten kokemuksia heidän asemastaan, tehtävistä, muutoksista ja palkkauksesta. Selvityksen otos oli 3 868 ja kysely toteutettiin syksyllä 2012. Siihen vastasi 1 386 henkilöä, joten vastausprosentti oli 36. Vastausprosentti on alhainen, mutta vastausten kertymistä seurattiin reaaliaikaisesti ja vastaukset näyttivät vakiintuneen 400 vastauksen jälkeen. Vastauksia saatiin eri puolilta Suomea sekä julkisella että yksityisellä sektorilla työs-

kenteleviltä jäseniltä. Tuloksia voidaan pitää suuntaa antavana.

Selvitys osoitti, että sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuneet muutokset olivat vaikuttaneet laajasti johto- ja esimiestehtävissä olevien asemaan, vastuuseen ja tehtäviin. Muutoksia olivat ohjanneet lainsäädännölliset, rakenteelliset ja organisaation sisäiset tarpeet ja vaatimukset.

Hakulisen ym. (2012) systemaattinen kirjallisuuskatsaus terveydenhuollon muutostutkimuksista vuosilta 2000–2010 osoittaa, että tutkimukset painottuvat sisäisiin muutoksiin kuten organisaatiokulttuuriin ja muutosjohtamiseen. Myös muutoskokemukset ovat nousseet yhdeksi tutkimusaiheeksi.

Kevan tilastojen mukaan vuonna 2010 vaakuutettuina olleista osastonhoitajista ja ylihoitajista jää eläkkeelle vuosina 2010–2030 lähes 80 % (Keva 2012). Myös tämän selvityksen aineisto osoitti, että johtajien ja esimiesten keski-ikä on tällä hetkellä 51–60 vuotta. Vastaus-ten perusteella näyttää siltä, että eläkkeelle jäävän johtajan tai esimiehen tilalle ei välttämättä rekrytoida uutta henkilöä. Joka viides vastaaja ilmoitti, että heidän organisaatiois-saan hoitotyön johtajien vakansseja on vähen- netty viimeisen kolmen vuoden aikana. Tieto on tärkeä, kun pohditaan uusien johtajien ja esimiesten rekrytointia ja johtamiskoulutuk- sen tarvetta. Erityisen haasteellista johtamis- koulutuksen hankkiminen on pääkaupunki- seudulla, josta puuttuu terveydenhuollon joh- tamisen yliopistokoulutus.

Hoitohenkilöstö muodostaa suurimman osuuden sosiaali- ja terveydenhuollon henki-

löstöstä. Toimialan rakenteellisten ja toiminnallisten uudistusten toteuttamiseksi johtamisosaamisen ja -käytäntöjen uudistaminen on välttämätöntä (STM 2009) Terveyshuoltolaki (2010) edellyttää moniammatillista johtamista. Kuitenkin joka kolmas vastaaja ilmoitti, että heidän organisaationsa strategisessa johdossa ei ole hoitotyön johtajaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tuloksellisuuden ja kustannustehokkuuden näkökulmasta kysymys kuuluu, miten ja kenen toimesta tätä suurinta henkilöstövoimavaraa käytetään ja kehitetään? Kehittämisen ja yhteistyön pohja tulee lainsäädännöstä, sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisesta kehittämisohjelmasta (Kaste 2012–2015) ja sen osahankkeista.

Hoitotyön ja hoitohenkilöstön johtaminen edellyttää vahvaa johtamisosaamista ja hyvää kliinistä osaamista. Aineiston perusteella urapolku johtamistehtäviin, erityisesti ylimmän strategisen johdon tasolla, kulkee iän, koulutuksen ja kokemuksen kautta. Tässä aineistossa ei ollut yhtään alle 30-vuotiasta ylimmässä johdossa, mutta 49 % alle 50-vuotiaita. Julkisella sektorilla ylimpään johtoon kuuluvilla 75 %:lla oli joko ylempikorkeakoulu- tai tohtorin tutkinto. Tämä antaa erinomaiset valmiudet viedä läpi erilaisia muutoksia ja vastata esimerkiksi terveydenhuoltolain vaatimuksiin moniammatillisesta johtamisesta ja kehittämisestä.

Vastausten perusteella voidaan todeta, että lähiesimiesten, keskijohdon ja ylimpään johtoon kuuluvien tehtävissä on osin samankaltaisuuksia. Työtehtäviin ja niiden painotuksiin vaikuttavat mm. henkilön asema, organisaation koko, alaisten määrä, toimintaympäristö sekä sektori. Vastaukset kuvaavat kokemuksia ja näkemyksiä omasta työtehtävästä hoitotyön johtamisen eri tasoilla. Ylimmän ja keskijohdon tehtävissä painottuu hoitotyön kehittämisen ja johtamisen kokonaisvastuu sekä työryhmytyöskentely ja sidosryhmytyöskentely. Kuvausten perusteella lähiesimiesten

tehtävissä korostuvat yhä enemmän henkilöstöhallinnon erilaiset rutiinitehtävät ja osallistuminen kliiniseen potilastyöhön. Tuloksellisen toiminnan näkökulmasta on aiheellista miettiä kohdistuuko lähiesimiesten työaika oikeaan kohteeseen silloin, kun he osallistuvat potilastyöhön. Lähiesimiesten tehtävänä on tukea omaa henkilöstöään heidän perustehtävässään.

Tehyn näkemyksen mukaan hoitohenkilöstön johtamisella on suuri merkitys vetovoimaisen työympäristön rakentamisessa, laadukkaan ja turvallisen hoitotyön toteuttamisessa sekä koulutetun hoitohenkilöstön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä sosiaali- ja terveysalalla. Hoitohenkilöstön johtajat ja esimiehet ovat avainhenkilöitä, sillä he johtavat suurinta henkilöstöryhmää ja sen osaamista. He varmistavat henkilöstön saatavuuden, pysyvyyden ja hyvinvoinnin. Meneillään olevissa muutoksissa on huolehdittava, että hoitohenkilöstön esimiesten ja johtajien asema sekä hoitohenkilöstön johtaminen määritellään selkeästi ja johtamisosaamista hyödynnetään laadukkaiden, tuloksellisten ja asiakaslähtöisten palvelujen kehittämiseksi.

Onnistuneet työsuoritukset, vastuun ottaminen, tavoitteiden saavuttaminen ja osaamisen kehittäminen ovat tutkimusten mukaan korostuneet henkilöstön palkkauksessa. Tätä tukevat myös selvityksen avovastaukset, sillä osa vastaajista kuvasi palkkauksen nousseen muutosprosessitilanteissa. Toisaalta osa vastaajista koki, että palkkaus ei kuitenkaan ota huomioon riittävän hyvin työtehtävissä tai tehtäväkuvan laajentumisessa tapahtuvia muutoksia. Omasta palkasta neuvottelemineen on vielä vähäistä, vaikkakin ne vastaajat, jotka olivat neuvotelleet omasta palkastaan, onnistuivat siinä. Korotukset olivat 25–1 200 euroa. Yksityissektorin vastaajat olivat aktiivisempia oman palkkansa suhteen.

Tämän selvityksen perusteella tulospalkkaus ei ole vielä kovinkaan yleinen osa palk-

kausjärjestelmää sosiaali- ja terveysalalla, vaikka työehtosopimukset sen mahdollistavat. Tässäkin on vaihtelua sektoreiden välillä. Yksityissektorilla tulospalkkausjärjestelmä on yleisempää. Valtaosa vastaajista kertoo, että palkka on noussut ainakin yleiskorotuksen verran viimeisen kolmen vuoden aikana. Vastaajien käsityksen mukaan luottamusmiehet eivät ole olleet kovinkaan aktiivisia esimiesten ja johtajien palkkauksen suhteen. Tämä on Tehylle ja tehyläisille luottamusmiehille tärkeä tieto. Tehyssä onkin jo käynnistetty työluottamusmiesten ja tehyläisten esimiesten ja johtajien yhteistyön verkostoitumisen, viestinnän ja edunvalvonnan tehostamiseksi.

Tehy osallistuu eri yhteistyökumppaneiden kanssa kansallisen hoitotyön johtamisen strategian luomiseen, jossa on tavoitteena vahvistaa koulutetun hoitohenkilöstön asemaa selkiyttämällä hoitotyön johtajien tehtävät ja hoitohenkilöstön johtaminen.

Lopuksi sosiaali- ja terveysministeri Paula Risikon sanoin: ”Nyt ja tulevaisuudessa tarvitaan johtamista, joka saa työntekijät kokemaan työnsä merkitykselliseksi ja mahdollistaa oman osaamisen jatkuvan kehittämisen. Erilliset julkisen johtamisen kriteerit tarvitaan, koska julkisen sektorin toiminta perustuu lainsäädäntöön, ja säädökset velvoittavat myös riippumattomuuteen, tasapuoliseen kohteluun ja läpinäkyvään toimintaan. Laatuksiteerien avulla julkinen sektori varautuu tulevaisuuteen ja yhteiskunnallisiin muutoksiin, jotka vaativat myös uudistumista. Uudistumisen on tapahtuttava henkilöstön hyvinvoinnista huolehtien. Johtaminen on yhä enemmän tulevaisuuden ennakointia ja kokonaisuuden hahmottamista.”

Selvityksen pohjalta voidaan nostaa seuraavat vaatimukset

- *Sosiaali- ja terveysalan johtamisen kaikilla tasoilla on oltava hoitohenkilöstön johtajia ja esimiehiä. He johtavat suurinta henkilöstöryhmää.*
- *Johtaminen on ammatti, joka vaatii johtamiskoulutusta ja -osaamista.*
- *Hoitohenkilöstön johtajien ja esimiesten palkkauksen on vastattava työn vaativuutta. Palkan on oltava samalla tasolla kuin muilla vastaavalla vaativuustasolla olevilla asiantuntijaryhmillä.*
- *Johtamiselle ja kehittämiselle tulee olla riittävästi työaika.*
- *Lähiesimies ei ole kliinisen potilastyön varahenkilö!*

- Ailasmaa, R. 2014. Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2011. Tilastoraportti. THL. www.thl.fi.
- Collin, K., Paloniemi, S., Herranen, S. 2012. Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoitossa. Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella. Jyväskylän yliopisto. Työsuojelurahasto.
- Hakulinen, H., Lammintakanen, J., Rissanen, S., 2012. Terveystieteiden tutkimus 2000–2010-kirjallisuuskatsaus. Hallinnon tutkimus 1, 19–35.
- Heikka, H. 2008. Sosiaali- ja terveysjohtajan työn sisältö ja kompetenssit. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos, Terveystieteiden tiede. Oulun Yliopisto D Medica 968.
- Heiskanen, A. 2013. Läpimurto. Taltuta tuhoajat. Talentum. Helsinki.
- Honkalampi, T (toim.) 2009. Johtaminen avainasemassa muutoksessa. Tehyn julkaisusarja F 2. Multiprint Oy, Helsinki.
- Isosaari, U. 2008. Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatioissa. Tarkastelu lähijohtamisen näkökulmasta. Acta Waasaensia No 188. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 4. Vaasan Yliopisto.
- KEVA. 2012. Kunta-alan eläkepoistumaennuste 2012–2030. Keva. Helsinki.
- Koskinen, M-K., Nordström, S. 2013. Tiedolla ja taidolla sosiaali- ja terveydenhuollon työelämään. Tehyläistä koulutuspolitiikkaa 2013–2017. Tehyn julkaisusarja F 2. Multiprint Oy, Helsinki.
- Korpela, M., Kankkunen P., Suominen T., Doran D. 2010. Hoitotyön lähijohtajien arviot omasta ja vastuuyksiköidensä hoitotyöntekijöiden työn hallinnasta ja heille annettusta tuesta. Hoitotiede 22(2), 83–95.
- Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus. (KVTES) 2012. K. Kuntatyöntekijät, Helsinki.
- Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (272/2005)
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994)
- Laki yksityisistä sosiaalipalveluista (922/2011)
- Lith Pekka 2013. Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Raportti yksityisestä palvelutarjonnasta ja yritysten kasvusta sekä julkisista hankinnoista ja toiminnan kehittämistä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Työ- ja elinkeinoministeriön raportteja 34/2013, Helsinki.
- Matveinen, P., Knape, N. 2013. Terveystieteiden menot ja rahoitus 2011. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Julkaisu 6/2013. THL.
- Nurminen, R. (toim.) 2011. Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoitossa. Turun Ammattikorkeakoulu. Raportteja 113. Turku.
- Palkkausopas 2012. Sarja F: Muut. 1/2012. Tehy. Helsinki.
- Parviainen, P., Lillrank, P., Ilvonen, K. 2005. Johtaminen terveydenhuollossa. Käytännöt, vastuut, valvonta. Talentum. Tampere.
- Pietikäinen, E., Heikkilä, J., Reiman, T. 2012. Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen. VTT Technology 58. Kopia Oy, Kuopio.

- Ruuska, A.2013. Palkitsemisdiskurssit terveydenhuollon strategisessa henkilöstövoimavarojen johtamisessa. Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Kuopio.
- Salminen, A. 2004. Julkisen toiminnan johtaminen. Hallintotieteen perusteet. Edita. Helsinki.
- Salminen, A. 2005. Hallintotiede. Organisaatioiden hallinnolliset perusteet. Edita, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (STM) 2014. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen kattavasti viidelle alueelle. Tiedote 62/2014. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1878324>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (STM) 2013. Selvityshenkilöryhmän ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamiseksi. Raportteja ja muistioita 2013:7. STM.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (STM) 2012:1- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012–2015. Julkaisuja 2012:1. STM.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (STM) 2012:20. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012–2015. Toimeenpanosuunnitelma. Julkaisuja 2012:20. STM.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (STM) 2012:7. Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintojen pohjalta. Raportteja ja mietintöjä 2012:7. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-18410.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (STM) 2012:21. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012. Raportteja ja muistioita 2012:21 STM.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (STM) 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Julkaisuja 2009:18. STM.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011) Viitattu 3.3.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>.
- Suonsivu, K. 2004. Puun ja kuoren välissä. Hoitotyön johtajan tehtävät ja asema. Tehyn julkaisusarja A. Tehy. Helsinki.
- Tehy-sopimus. 2008. Tehyläisten palkankorotukset kunta-alalla. Tehyn ja Kunnallisen työmarkkinalaitoksen välinen virka- ja työehtosopimus. Tehyn julkaisusarja F:1/2008.
- Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326)
- Terveyspalvelualan työehtosopimus. Viittaus 21.3.2014. <http://www.finlex.fi/data/tes/stes1603-PT24TervpalTSN1202.pdf>
- Vesterinen, S., 2013. Osastonhoitajien johtamistyyli osana johtamiskulttuuria. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Acta University Ouluensis, D 1200. Juvenes Print Tampere.
- Yksityisen sosiaalialan työehtosopimus. Viittaus 21.3.2014. <http://www.finlex.fi/data/tes/stes3742-PT41Yksosala1202.pdf> http://www.tyoelama2020.fi/tyoelama_2020_-hanke. Viitattu 21.1.2014.

Johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Tehyläiset esimiehet ja johtajat ovat osa moniammatillista johtamista ja samalla avainhenkilöitä, jotka johtavat suurinta henkilöstöryhmää ja sen osaamista. Tuloksellisuuden näkökulmasta on ratkaisevaa, kuinka tätä voimavaraa käytetään ja kehitetään.

Muutoksissa tarvitaan johtamisosaamista sekä riittävästi työaikaa johtamiseen ja kehittämistyöhön. Urapolku johtamistehtäviin, erityisesti ylimmän strategisen johdon tasolla, kulkee aineiston perusteella iän, koulutuksen ja kokemuksen kautta. Julkisella sektorilla ylimpään johtoon kuuluvista 75 %:lla oli joko ylempi korkeakoulu- tai tohtorin tutkinto. Tämä antaa erinomaiset valmiudet muutosten läpiviemiseen ja vastaa siten esimerkiksi terveydenhuoltolain vaatimuksiin moniammatillisesta johtamisesta ja kehittämisestä.

Tehyn näkemys on, että johtamisella on suuri merkitys vetovoimaisen työympäristön rakentamisessa. Se varmistaa henkilöstön saatavuuden, pysyvyyden ja hyvinvoinnin.

Tehyn julkaisusarja: A: Tutkimusraportteja • B: Selvityksiä • C: Muistioita • D: Tilastoja • E: Videot • F: Muut julkaisut
Tehyn selvitykset: www.tehy.fi/vaikuttajana/julkaisut ja tilastot

