

Johtaminen avainasemassa muutoksessa

Tehyn näkemyksiä sosiaali- ja terveysalan
johtamisesta



■
Tarja Honkalampi

Johtaminen avainasemassa muutoksessa

Tehyn näkemyksiä sosiaali- ja terveysalan
johtamisesta

Maailmassa ei ole suuria ihmisiä,
on vain suuria haasteita, joita tavalliset
ihmiset ovat nousseet kohtaamaan.

William Frederick Halsey, Jr.

Tehy ry

Tarja Honkalampi

Johtaminen avainasemassa muutoksessa
Tehyn näkemyksiä sosiaali- ja terveysalan johtamisesta



Tehyn julkaisusarja F: 2/2009

Tehy ry

ISBN 978-951-9172-67-5

Painopaikka: Multiprint Oy, Helsinki 2009

Alkusanat

Tehyn liittokokouksessa 2005 nostettiin vahvasti esille esimiestyö ja johtaminen. Kokousedustajat näkivät välttämättömänä, että Tehyllä on linjaukset sosiaali- ja terveysalan johtamisesta, jotka ovat tukena esimiehille ja johtajille sekä välittävät muille alalla toimiville ja ulkoisille sidosryhmille yhtenäisen Tehyn näkemyksen.

Valmistelutyö käynnistyi vuonna 2006. Vuonna 2007 päivitettiin Tehyn suositukset sosiaali- ja terveysalan kelpoisuuksista, Valmisteluprosessin aikana on käyty läpi Tehyn vuosien varrella tekemiä ehdotuksia, kannanottoja ym. materiaalia. Johtajuus ja esimiestyö on ollut tärkeällä sijalla Tehyn toiminnassa koko ajan.

Tehyn johtajuusstrategiaa on valmisteltu yhteistyössä Tehyn yhteistyöjäsenjärjestöjen, Tehyn hallinnon, akateemisten ja esimiesjaoston kanssa. Oma panoksensa oli myös Tehyn viestinnällä tekstin saattamiseksi julkaistavaan muotoon. Kirjoittamisprosessiin on osallistunut asiantuntijaryhmä, jossa oli Tehyn toimihenkilöiden lisäksi aktiivisia johtamis- ja esimiestyössä toimivia tehyläisiä. Tämä johtajuusstrategia on hyväksytty Tehyn hallituksessa maaliskuussa 2009.

Suuret kiitokset yhteistyöstä ja panoksesta yhteisten näkemysten muotoiluun.

*Tarja Honkalampi
Tehyn kehittämissyksikön johtaja*

Helsingissä 22.4.2009

*Kehittämissyksikkö
Tehy ry*

SISÄLLYS

JOHTAJUUSSTRATEGIAN TAUSTAA

| | |
|---------------------------|---|
| Valmistelun lähtökohdat | 5 |
| Toimintaympäristö | 5 |
| Arvot ja eettinen perusta | 7 |

JOHTAMINEN TÄNÄÄN

| | |
|----------------------|---|
| Nimikkeiden merkitys | 8 |
| Taustaa | 8 |
| Myytit murtuvat | 9 |

TEHYN JOHTAJUUSSTRATEGIA

| | |
|---|----|
| Päämäärä | 12 |
| Sitoutuminen | 12 |
| Kriittiset menestystekijät | 13 |
| Organisaatorakenne ja toiminnan arviointi | 13 |
| Henkilöstön osaaminen, työhyvinvointi ja työnjako | 14 |
| Esimiehen oma työhyvinvointi | 15 |
| Tutkimus- ja tuotekehitys ja innovaatiot | 15 |

JOHTAMISEN LAATU JA TYYLI

| | |
|---|----|
| Syväjohtaminen | 16 |
| Prosessien johtaminen | 16 |
| Turvallisuus on työhön kuuluva perusoikeus, ennakointi on taloudelliset kannattavaa | 17 |
| Johtamistoiminnan selkeyttäminen ja uudistaminen | 18 |
| Perustehtävän johtaminen | 18 |
| Henkilöstöjohtaminen | 18 |
| Talouden johtaminen | 18 |
| Yhteistyö ja verkottuminen | 18 |
| Johtamisen onnistumisen edellytyksiä | 18 |

LIITTEET

| | |
|---|----|
| 1 Terveydenhuollon tieto-ohjaus ja tietojohdaminen | 20 |
| 2 Talous sosiaali- ja terveydenhuollossa | 24 |
| 3 Kooste Mercurin tekemästä terveydenhuollon johtajuustutkimuksesta | 27 |
| 4 Kirjallisuutta | 29 |

Valmistelun lähtökohdat

Tehyn näkemyksen mukaan johtajat ovat avainhenkilöitä sosiaali- ja terveysalalla. Koulutetun hoitohenkilöstön johtajat ovat toimintaperiaatteiden ja – tavoitteiden näkökulmasta erityisessä avainasemassa, koska he johtavat suurinta osaa henkilöstövoimavaroista ja päivittäisestä toiminnasta. Hoitotyötaustaiset johtajat ovat kyvykkäitä ja halukkaita johtamaan laajasti koko sosiaali- ja terveysalan organisaation toimintaa. Terveystyötaustaiset ammattihenkilötausta yhdistettynä johtamiskoulutukseen, osaamiseen ja näkemykseen on vahva pohja strategiselle johtamiselle koko organisaatiossa.

Olemme taloudellisen taantumun kourissa ja nyt on kansalaisten kannalta entistä tärkeämpää pitää kiinni sosiaali- ja terveysalan hyvinvointitavoitteiden toteutumisesta. Pysymme nyt ja tulevaisuudessa tarjoamaan väestön tarvitsemat palvelut, mutta se edellyttää muutosta toimintatavoissa ja johtamisessa.

Tämän kannanoton tavoitteena on edistää sosiaali- ja terveysalan toiminnan tuloksellisuutta ja tuoda esille tehyläisten johtajien osaaminen ja merkitys. Henkilöstöllä on tärkeä merkitys toiminnan kehittämisessä ja johtamisen tukemisessa sekä uusien innovaatioiden tuottamisessa sekä toimeenpanossa. Muutoksessa tarvitaan sekä kansalaiskeskustelua että päätösten toimeenpanoa. Muutoksessa olevat hyvinvointipalvelut tarvitsevat yhteiset suuntaviivat ja prioriteetit, jotka ovat suurilta linjoiltaan kaikkialla yhdenmukaiset.

Johtamisen käsitteet ovat muuttumassa. Aiemmin puhuttiin hallinnosta ja työnjoh-

dosta ja termeillä viitattiin organisaation eri portaisiin ja eri esimiesten johtamiseen. Osastonhoitajat olivat työnjohtajia, ylihoitajat keskihoitoa, hallintoylihoitajat strategista johtoa. Nykyisin on siirrytty käyttämään termiä johtaminen kaikilla esimiesportailla. Johtamista tarvitaan kaikilla näillä tasoilla.

Toimintaympäristö

Sosiaali- ja terveysalan on sanottu olevan kriisissä koko tämän vuosikymmenen ajan. Huomiota on kiinnitetty palvelujen saatavuuteen, organisaatorakenteisiin, rahoitukseen, johtamiseen, tietojärjestelmiin, yhtenäisiin hoitokäytäntöihin, ammattihenkilöiden työnjakoon, koulutetun hoitohenkilöstön saatavuuteen lähitulevaisuudessa jne. Uusimpien tietojen valossa palvelut toimivat keskimäärin kohtuullisesti ja eri mittareilla mitattuna löytyy sekä huippuyksiköitä että niitä jotka ovat vielä matkalla parempaan. Sosiaali- ja terveysalalla on monia yhteisiä alueita esimerkiksi terveyden edistämässä ja ikäihmisten hoidossa. Asiakkaan/potilaan kannalta on merkityksellistä, että toimivat hoito- ja palveluketjut ovat kaikkien tahojen yhteinen tahto ja tavoite.

Eniten toimintaa vaikeuttaa kansallisella tasolla yhtenäisen näkemyksen puute periaatteellisista linjauksista kuten kuntien ja valtion suhteesta rahoituksessa ja ohjauksessa. Jo tehtyjen ja tulossa olevien lainsäädäntömuutosten myötä sosiaali- ja terveysala on ollut muutoksessa ja muutos tulee jatkumaan. Muutoksia aiheuttaa myös EU:sta tule-

va säätely. Suomessa ei vielä ole yhtenäistä näkemystä siitä millainen palvelujärjestelmä meillä halutaan olevan viiden tai kymmenen vuoden kuluttua. Määrittelevätkö lainsäädäntömuutokset tämän muutoksen vai menneenkö nyt toimintamallilla, jossa syntyneet käytännöt siunataan lainsäädännöllä? Monet kokevat turhautumista ja pettymystä, jos heidän rakentamansa malli ei olekaan se, mikä jatkossa tulee virallistettua.

Terveyden edistämisen merkitys on kaikille selvää, mutta mahdollistavatko järjestelmät kansalaisille ympäristön, jossa heillä on hyvän elämän edellytykset. Kunnat saavat informaatiota siitä, mitä väestö sairastaa ja mihin terveyden edistämässä pitäisi voimavaroja kohdentaa, mutta olemassa olevaa tietoa ei osata vielä hyödyntää terveyspalvelujen oikeaan kohdentamiseen. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden tieto ja osaaminen on tärkeää hallinnonrajat ylittävässä yhteistyössä. Tavoitteena lienee, että palvelujen käyttö ja tarve vähenee tulevaisuudessa, jolloin terveydenhuollossa voidaan keskittyä potilaisiin, joita terveyspalvelujen avulla voidaan auttaa. Peruspalveluista erityisesti sosiaalipuolella tulee esille kansalaisten turvattomuus ja paha olo, joka ilmenee mm. kasvavina päihdeongelmina ja lastensuojelupalveluiden ja toimeentulotuen tarpeen kasvuna. Nämä samat ongelmat lisäävät myös terveyspalveluiden käyttöä.

Suomen perustuslaissa määritellään sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen julkisen vallan vastuulle. Kansalaiset haluavat verorahoilleen vastinetta ja kyselyiden mukaan olisivat jopa valmiita maksamaan lisää veroja, jos ne kohdistettaisiin terveyspalveluihin. Mitä lisärahaa saa? On totta, että sosiaali- ja terveyspalveluissa on aliresursointia ja siksi kansalaiset ovat eriarvoisessa asemassa hoidon saatavuuden ja laadun suhteen. Mutta toisaalta lisäraha voi kadota yksityisten yritysten kassaan, jos julkisella puolella ei ole todellista käsitystä siitä, millä rahalla palvelut voidaan

tuottaa, jos ne organisoidaan paremmin. Palveluiden osien kilpailuttaminen voi johtaa siihen, että kenelläkään ei ole kokonaisvastuuta palveluiden tuottamisesta. Pakkotilanteessa tehdyt hätäratkaisut tulevat aina kalliiksi.

Kunta- ja palvelurakennehankkeen tavoitteet ovat positiivinen esimerkki yrityksestä parantaa palvelujen saatavuutta organisoimalla ne uudelleen. Palvelurakenteiden muuttamisessa on jatkossa keskityttävä palvelujen sisällön kehittämiseen. Nyt päätöksentekokunnissa on keskittynyt asukaspuhjan kasvatamiseen ja palvelutuotannon keskittämiseen sekä maantieteellisten rajojen yhdistämiseen. Määrän kasvattamisella ei taata laatua, mikäli terveys- ja sosiaalipalvelujen tuottamistapa ei arvioida perusteellisesti uudelleen.

Isoilla ja merkittävälläkään uudistuksilla ei saavuteta toivottuja tuloksia, jos tavoitteet eivät ole kaikkien tiedossa tai jos periaatteellisia linjauksia ei ole selkeästi tehty. Toisaalta hämmennystä aiheuttaa se, että uudistamistyössä ei aina pysytä alkuperäisten periaatteellisten linjausten takana. Valtava toimijajoukko on sekä rikkaus että haaste eikä asiantuntijaorganisaatioiden toimintaa voida muuttaa käskyttämällä, vaan ainoastaan siten, että henkilöstö sitoutuu muutoksen toteuttamiseen. Tästä valitettavana esimerkkinä on kunta- ja palvelurakennemuutos hallintohimmeleinen.

Palvelujen alueelliseen suunnitteluun veloitetaan laissa. Sairaanhoidopiirit vastaavat alueellaan palvelujen järjestämissuunnitelmista ja tekevät suunnitelmat yhteistyössä kuntien kanssa. Todellisuudessa neuvottelut käydään sairaanhoidopiirien neuvottelijoiden ehdoilla, koska kuntien ko. henkilöstöllä ei ole sellaisia tietoja käytettävissään, jotka edesauttaisivat neuvotteluja aidosti kuntalaisten parhaaksi. Tietoa olisi kyllä saatavissa, mikäli neuvottelijoilla olisi osaamista tietojen hankkimiseen. Käynnistymässä on erityisvastuualueiden yhteisen strategian tekeminen. Näillä

laajoilla suunnitelmilla vaikutetaan alueelliseen palvelujen tarjontaan, työnjakoon ja palvelujen saatavuuteen sekä potilaan valinnan vapauteen palvelujen käytössä.

Terveys- ja sosiaalialan johtamisen kannalta on tärkeää, että Suomessa on yhtenäiset sitovat toimintaperiaatteet ja tavoitteet koko palvelujärjestelmää koskien. Johtajien on tiedettävä vallan ja vastuun rajat, kuka siis käyttää isännän ääntä? Tällä on suora yhteys toiminnan tulokseen ja sitä kautta palkitsemisjärjestelmään. Voiko johtaja julkisissa hyvinvointipalveluissa epäonnistuessaan tehtävässään menettää virkansa tai toisinpäin, jos hän hoitaa tehtävänsä hyvin, niin saako hän muuta kannustusta kuin lisää työtä? Voisivatko johtotehtävät olla määräaikaista, jolloin johtajien olisi ansaittava tuloksellisella työllään jatkosopimus itselleen? Terveys- ja sosiaalipalvelujen kestävä johtaminen ei voi enää nojata historiallisiin hierarkioihin ja asenteisiin, vaan toiminnan todellisiin vastuusuhteisiin. Niitä, jotka johtavat toimintaa, tulee kaikilla johtamisen tasoilla myös taloudellisesti palkita toiminnastaan.

Arvot ja eettinen perusta

Terveydenhuollon päämääränä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksen lievittäminen. Terveydenhuollossa ollaan jatkuvasti tekemisissä ihmiselämän peruskysymysten kanssa. Etiikka tulee konkreettiseksi ja käytännölliseksi, kun on kysymys terveydestä ja sairaudesta, syntymästä ja kuolemasta, hyvästä elämästä sekä ihmisen haavoittuvuudesta ja rajallisuudesta. Potilaiden tarpeiden ja rajallisten henkilöresurssien välinen ristiriita aiheuttaa henkilöstölle eettistä kuormitusta, koska he eivät pysty tekemään työtä siten kuin he ammatillisen osaamisensa perusteella haluaisivat.

Ammattikunnilla on omia tarkennettuja eettisiä periaatteitaan, mutta yhteisesti niitä voidaan kuvata seuraavilla ETENEn määrittelemillä periaatteilla. Sosiaali- ja terveysalan eettisiä periaatteita ovat: oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammatitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri ja yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto.

Tärkeäksi eettiseksi periaatteeksi on nousut myös yhteiskuntavastuullisuus, jota voidaan soveltaa toiminnan taloudellisuutena ja eettisyytenä mm. yhteisten voimavarojen taloudellisessa käytössä. Työssä ja työpaikoilla tulee yhä useammin esille eri kulttuurien kohtaaminen ja siihen liittyvät eettiset toimintatavat esimerkiksi eettisten periaatteiden noudattaminen rekrytoinnissa.

Taustaa

Ihmisten toimintaa ohjaavat totutut tavat, asenteet, mielikuvat ja sosiaaliset verkostot. Johtamisen kannalta tämä tarkoittaa toimintakulttuurin tiedostamista ja jokaisen työntekijän työn arvostamista. Vahvimmat ja äänekäimmät puolustavat nykyisiä asemiaan, heidät täytyy saada vakuuttuneiksi yhteisistä tavoitteista ja sitoutumaan ensisijaisesti organisaation tavoitteisiin omien tavoitteidensa lisäksi.

Asiakkuuden käsite on moniselitteinen sosiaali- ja terveysalan palvelujen tuottamisessa. Kuntalainen on luovuttanut osan asiakkuudestaan kunnalliselle päätöksentekijälle, jolloin nämä edustavat jossain määrin asiakkaan ääntä palvelujen tuottamisessa, erityisesti asiakasvaatimuksia määriteltäessä. Paradoksaalista on se, että vuorostaan asiakas tyytyväisyyttä tiedustellaan palvelun välittömältä käyttäjältä, potilaalta. Menestyksellisen toiminnan lähtökohtana on yhteensovittava poliitikkojen määrittelemät asiakasvaatimukset palveluille ja toisaalta palvelujen käyttäjien tyytyväisyys saatuihin palveluihin. Palveluja tulee kuitenkin kehittää niin, että kaikki palveluiden tarpeessa olevat voivat niitä käyttää. Asiakaskyselyissä eivät tule esille kuntalaisryhmät, jotka eivät käytä palveluja esim. siitä syystä etteivät ole päässeet palveluiden piiriin rajoitetun palvelutarjonnan johdosta. Uusi terveydenhuoltolaki asettaa asiakkaan toiminnan kehittämisen keskiöön, jolloin tämäkin asia tulisi huomioida.

Kaikilla kansalaisilla on käsitys terveydenhuollon toiminnasta omien kokemustensa

perusteella. Periaatteellisia tavoitteita asetettaessa ei siis riitä, että saadaan työkalut muuttamaan vaan pitää saada myös palvelujen käyttäjät muuttamaan omaa toimintatapaansa. Ei siis riitä, että periaatteet hyväksytään yleisesti vaan ne pitää hyväksyä myös silloin kun ne koskevat itseä tai läheisiä. Terveydenhuollon johtajien tulee aktiivisesti tuoda esille moderneja käsityksiään terveydenhuollon johtamisesta eri tilanteissa, tiedotusvälineissä ja erityisesti omassa työssään sekä kuntien päättäjinä.

Nimikkeiden merkitys

Nimikkeen pitäisi kuvata tehtävää ja siihen liittyvää vastuuta ja valtaa siis asemaa organisaatiossa. Nimike kuvaa myös ammatin arvostusta ja urakehitystä. Perinteisiä ammatteja kuvaavista nimikkeistä, kuten lääkäri ja sairaanhoitaja, ei voida luopua, koska terveydenhuollossa potilaalla on oikeus tietää kuka häntä hoitaa. Johtamisnimikkeillä kuten ylilääkäri ja ylihoitaja on myös arvoa, koska ne kertovat potilaille että toimintaa johtaa henkilö, joka haluaa potilaan parasta ja pystyy arvioimaan toiminnan sisältöjä ja järjestämistapoja myös potilaan kannalta. Tämä tarkoittaa potilasturvallisuutta ja laadunvarmistamista.

Johtamisnimikkeillä on merkitystä ammattikunnan sisäisen arvostuksen ja ammattidentiteetin kannalta. Kansainvälisesti sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen vaihtelee merkittävästi, mutta ylihoitaja ja ylilääkäri nimikkeet yhdistävät näitä ammattikuntia.

Toisaalta ylimmässä johdossa ja erityisesti isoissa organisaatioissa on tärkeää, että johtajat osaavat ottaa laajasti huomioon jatkuvasti muuttuvassa toimintaympäristössä esimerkiksi kuntien näkökulman ja moniammatillisen asiantuntijajoukon tarpeet työntekijöinä. Tämä tarkoittaa mm. oikeudenmukaista kohtelua ja hyvää työympäristöä sekä potilaiden hoidon tarpeesta lähtevää resurssointia. Mitä lähemmäs kliinisen työn johtamista mennään, sitä suurempi merkitys on ammattialan koulutuksen ja työ asettamien vaatimusten tuntemisella.

Muutostilanteissa on tärkeää, että henkilöstö voi luottaa johtajiin. Yksi edellytys tälle on, että strategisessa johdossa on suurimman ammattiryhmän edustus eli koulutetun hoitohenkilöstön edustus. Johtoryhmässä kaikilla johtajilla tulee olla johtajakoulutus, omat ydinosaaamisalueensa, riittävästi aikaa kohtaamis- ja kehittämistyölle sekä hallintoasioiden hoitamiseen. Sitä kautta luodaan yhteinen tavoitetila, käsitteistö ja kieli eri henkilöstöryhmien kanssa. Muutokset onnistuvat silloin, kun henkilöstö ymmärtää muutoksen tarpeellisuuden ja heillä on mahdollisuus sitoutua ja vaikuttaa siihen.

Nimikkeillä on merkitystä eikä niitä pidä muuttaa kevyin perustein. Johtava hoitaja, ylihoitaja tai hoitotyön johtaja ovat edelleen käyttökelpoisia nimikkeitä. Kuitenkin koulutetun hoitohenkilöstön johtajissa on henkilöitä, jotka näkevät nimikkeiden ylläpitävän vanhoja raja-aitoja ja jopa estävän osaavien johtajien urakehitystä sekä oikeudenmukaista palkkausta. Tällöin on tarkoituksenmukaista ottaa käyttöön muita nimikkeitä, mutta organisaatioissa tulee kuitenkin huolehtia siitä, että koulutetun hoitohenkilöstön osaamisen ja työn kehittämisen johtaminen on kirjattu selkeästi johtajien vastuualueisiin organisaation kaikilla tasoilla.

Nimikkeiden tulee olla loogisia ja niiden tulisi samoissa tehtävissä eri organisaatiois-

sa vastata toisiaan. Yhteistyön mahdollistamiseksi nimikkeiden pitää myös kuvata tehtävää riittävän hyvin. Verkostojen rakentaminen kollegoihin edellyttää tietoa siitä, kuka asioita hoitaa vieraassa organisaatiossa. Hoitotyön esimiehille ja johtajille on otettu uusia nimikkeitä käyttöön organisaatiokohtaisesti, jolloin loogisuus on kadonnut. Uusimpia nimikkeitä ovat mm. johtajaylihoitaja, hoitotyön johtaja, hoitotyön päällikkö, hoitotyön kehittämisspäällikkö, henkilöstön kehittämisspäällikkö, ja nämä sijoittuvat eri tasoille eri organisaatioissa.

Tehyn hallitus on linjannut suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon kelpoisuussiksi vuonna 2006. Ylimmästä johdosta alkaen on keskeistä määritellä selkeästi johtajien vastualueet ja arvostaa näiden henkilöiden työtä niin palkkauksellisesti kuin muutenkin.

Myytit murtuvat?

Arkikielessä myytilä tarkoitetaan tarunomaista asiaa, kuvitelmaa, uskomusta, harhakäsitystä tai jotain järkiperusteita vailla olevaa. Onko meillä sosiaali- ja terveydenhuollossa myyttejä, joita olisi ehkä syytä murtaa tai ainakin kyseenalaistaa?

”Kallein hoito on aina parasta”

Potilaan kannalta tärkeintä on se, että hoito vaikuttavaa. Valtakunnallisilla Käypä hoito – suosituksilla pyritään vaikuttaviin ja yhdenmukaisiin hoitoihin. Tuskin kukaan haluaa maksaa lisää veroja sen vuoksi, että hoidot valitaan hintojen perusteella.

”Yksityinen on parempi kuin julkinen”

Palvelujen laatu ei riipu tuottamistavasta vaan resursseista, toiminnan toteuttamisesta ja tavoitteista. Yksityiset yritykset tavoittelevat voittoa, jolloin kannusteet toiminnan järjestämiseen ovat olemassa. Julkisella puolella

on myös hyviä ja toimivia esimerkkejä, mutta niistä ei juurikaan puhuta. Avoimeen keskusteluun ei myöskään ole tuotu sitä, että osa henkilöstöstä työskentelee sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Pitäisi pohtia, miten työntekijät panostavat päätyöhönsä, jos heillä on voimavaroja antaa työpanostaan myös yksityiselle sektorille. Houkuttelevassa työpäikässä kehitetään työn sisältöä ja työskentelyolosuhteita yhdessä henkilöstön kanssa.

Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyötä ja rinnakkaiselo on pyritty edistämään monin tavoin mm. kansallisessa terveyshankkeessa, palveluseteliden käyttöön otolla ym. Monikanavainen rahoitusjärjestelmä estää eri tuotantotapojen muodostumisen omaleimaisiksi ja voi haitata jopa innovatiivisten ratkaisujen käyttöönottoa. Suomessa julkisella ja yksityisellä ei ole rahoituksen näkökulmasta selvää eroa.

”Erikoislääkärin hoito on aina parempaa kuin terveyskeskuslääkärin”

Terveyskeskuslääkärillä on laaja yleislääketieteen osaaminen. Potilas ohjataan aina erikoislääkärille, jos hoito vaatii sitä. Jos haluaa suoraan erikoislääkäriin pitää ensin tietää, minkä alan erikoislääkärille hakeutua. Suomessa lääketieteen erikoisaloja on 49 ja lisäksi 32 erityispätevyyttä. Erikoislääkärikin lähettää toiselle lääkärille, kun huomaa ettei potilaan vaiva ole hänen alaansa. Haluaako joku maksaa siitä, että käy lääkärin luona toisensa jälkeen kunnes oikea löytyy? Oikea hoito mahdollisimman nopeasti on kuitenkin tärkeintä sekä potilaan että yhteiskunnan kannalta.

”Ammattitaito menee hukkaan terveyskeskuksessa”

Ammattihenkilöiden koulutusjärjestelmässä ensimmäiset käytännön jaksot ovat perusterveydenhuollossa ja siitä edetään yhä erikoistuneempiin hoitoihin. Perustutkinnoissa ei kuitenkaan tavoitella erityisosaamista

vaan laaja-alaista potilaan hoidon osaamista ja asiakkaan kohtaamista. Tämä on vanhanaikaisen hoidon porrastuksen luoma arvoasetelma. Työn vaativuuteen vaikuttavat sekä työn laaja-alaisuus että syvä erikoisosaaminen. Perusterveydenhuollon laaja-alaisuuden lisäksi siellä käytännössä hoidetaan monia terveysongelmia, joita ennen hoidettiin erikoissairaanhoidossa.

Maan hallitusohjelmaan on kirjattu tahtotila perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Tätä työtä tehdään mm. Toimiva terveyskeskus – ohjelmassa. Imagon muuttumiseen tarvitaan asenteiden muuttumista, mutta myös lisäresursseja toiminnan kaikilla tasoilla.

”Hoitajan kuuluu tehdä kaikki ne työt mitä kukaan muu ei tee”

Koulutettu hoitohenkilöstö kokee, ettei heillä ole riittävästi aikaa potilashoittoon. Järkevä työnjako ja siinä pitäytyminen on kaikkien oikeus ja velvollisuus. Kuuluuko hoitajan siis tyhjentää roskiksia tai huolehtia siitä että potilasasiakirjojen lääkemääräykset ovat ajan tasalla? Tärkeitä tehtäviä, mutta lääkemääräykset voi kirjoittaa vain lääkäri, joka vastaa myös niiden oikeellisuudesta. Monilla ammattiryhmillä on työmitoitukset, joita myös noudatetaan. Tämä on läpinäkyvää toimintaa, johon terveydenhuollon työnjakomalleilla myös pyritään.

Koulutetun hoitajan työpanosta tulisi käyttää oikein organisoimalla toimintaa itsenäisiin hoitajavastaanottoihin. Työ pitää jakaa osaamisen mukaan monille eri ammattiryhmille, jolloin osaaminen on oikeassa käytössä. Terveystenhuollossa ei edelleenkään osata tai haluta tunnistaa ja tunnustaa eri koulutusalojen ja -asteiden osaamista. Myöskään koulutusten kehittymistä ei ole nähty hoitohenkilöstön rekrytoinnissa. Esimerkiksi lähihoitajien työpanosta tullaan tarvitsemaan erikoissairaanhoidossa ja perusterveyden-

huollossa yhä enemmän iäkkäiden ja huonokuntoisten potilaiden hoidon kehittyessä.

”Kaikista asioista tarvitaan lääkärin mielipide”

Potilaan diagnostiikan ja siihen liittyvän tutkimuksen ja hoidon määrää lääkäri. Hoitajat ovat kuitenkin jatkuvassa kontaktissa potilaaseen ja hoidon aikana on monia päätöksiä, joilla toteutetaan lääkärin määräämää kokonaisuhoitoa. Hoitajat eri yksiköihin valitsee hoitotyön johtaja, jonka tulisi tuntee koulutuksen antamat valmiudet ja osata arvioida muuttuvassa palvelurakenteessa lisä- ja täydennyskoulutustarpeet. Osaava esimies myös tukee ja kannustaa hoitajia ammatilliseen kehittymiseen. Henkilöstön osaamisen varmistaminen on potilaan kannalta yksi palveluketjun tärkeä laatulementti.

”Jonot eivät koskaan lopu”

Ihmisten hoitotarpeet ovat rajattomat, mutta kuka heitä hoitaa jos rahat loppuvat? Terveystenhoitossa on orastavaa keskustelua myös priorisoinnista, mutta keskustelua käydään vielä hyvin pienellä joukolla ja ymmärtäen priorisoinnin käsite hyvin eri tavoin. Alueelliset palvelujen järjestämissuunnitelmat ja erityisvastuualueen tekeillä olevat strategiat ovat osittain myös priorisointia, sillä niissä sovietaan työnjaosta ja hoitojen keskittämisestä osaamisen mukaan ja tuloksellisuuden parantamiseksi. Jonokeskustelu tulisi myös tehdä avoimeksi. Mitä jonolla tarkoitetaan? Kuka jonoista vastaa? Kuka jonottaa ja millä ehdoilla? Voiko jonoja käyttää hyväksi omien etujen saavuttamiseksi organisaatiotasolla.

TEHYN JOHTAJUUSSTRATEGIA

Päämäärä

Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottaminen tuloksellisesti ja vaikuttavasti on sidoksissa johtamisosaamiseen. Tehyläiset sosiaali- ja terveysalan johtajat ovat arvostettuja johtamisen osaajia ja he profiloituvat työorganisaatioissa sekä toimintaympäristössä kansallisesti ja kansainvälisesti. Heidän asemansa on tunnustettu. Heidän johtamansa organisaatiot ovat haluttuja, terveellisiä ja turvallisia, osaamista kehittäviä sekä työtyytyväisyyttä korostavia yksiköitä. Työpaikoilla koetaan työniloa ja työssä jaksamista tuetaan. Tehyläisten johtajien toiminta perustuu tutkittuun tietoon, joka on perusta johtamiskäytännöille, päätöksenteolle ja muutosten toteuttamiselle.

Sitoutuminen

Johtajuusstrategia on Tehyn näkemys onnistuneesta ja vaikuttavasta sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisesta. Se antaa tehyläisille sosiaali- ja terveydenhuollon johtajille suunnan ja päämäärän johtamistyössä ja sen kehittämisessä. Tehyn johtajuusstrategia toimii johtamisen tukena. Se vastaa tarpeisiin myös sosiaali- ja terveydenhuollon muuttuvissa rakenteissa ja toimintatavoissa, siinä on vahva tulevaisuusorientaatio.

Terveydenhuollon johtamisen tulee olla läpinäkyvä ja perustua olemassa oleviin tietoihin kuntalaisten terveydentilasta ja palveluiden tarpeesta. Strategisen ja operatiivisen johtamisen tueksi tulee hyödyntää toiminta-alueen väestön terveystietoja.

Johtamisella vaikutetaan palveluiden saatavuuteen, palveluiden käyttäjien turvallisuuteen sekä henkilöstöön. Tehyläisten johtajien asema on tunnustettua ja näkyvää organisaatioiden joka tasolla. He ovat vastuussa ja johtavat sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksia. Tehyläisillä johtajilla on vastuu, mahdollisuus ja velvollisuus varmistaa hoidon vastaavuus potilaan, asiakkaan ja kuntalaisten tarpeisiin.

Tehyläiset sosiaali- ja terveydenhuollon johtajat ovat vastuussa henkilöstön osaamisen varmistamisesta ja kehittämisestä sekä työhyvinvoinnista. Laadun varmistaminen ja potilasturvallisuuden sekä työturvallisuuden ja -terveyden edistäminen ovat heille tärkeitä. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisosaaminen perustuu näyttöön ja oppivan organisaation toimintaperiaatteisiin.

Tehyllä ja sen yhteistyöjäsenjärjestöillä on yhteiset näkemykset sosiaali- ja terveysalan johtamisesta. Tehyläiset sosiaali- ja terveysalan johtajat toimivat Tehyn esimiesjaostossa, hallinnon jaostossa ja Tehyn akateemisten jaostossa sekä ovat mukana kansallisissa ja kansainvälisissä työryhmissä, jaostoissa ja neuvottelukunnissa kehittämässä ja suunnittelemassa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden rakenteita, toimintaa ja työtä.

Tehy on vahva vaikuttaja sosiaali- ja terveysalan johtamisosaamisessa ja sen kehittämisessä. Tehy tekee edunvalvontatyötä tehyläisten johtajien palkkatasa-arvon toteuttamiseksi ja palkkauksen kehittämiseksi työn vaatavuutta vastaavaksi.

Tehyläiset sosiaali- ja terveysalan johtajat ovat näkyviä ja helposti lähestyttäviä.

Tehyläinen sosiaali- ja terveysalan johtaja on vahva osaaja ja rohkea ja riskejä arvioiva johtaja, joka toimii yhdessä henkilöstönsä kanssa potilaiden hyvän hoidon turvaamiseksi.

Kriittiset menestystekijät

Perinteisillä tuotanto-organisaatioilla on jo pitkään ollut strategiset päämäärät, jotka ohjaavat toimintaa ja auttavat keskittymään siihen, mitä parhaiten osataan. Sosiaali- ja terveysalalla tarkoituksena on huolehtia väestön palveluista ja useimmiten osaava henkilöstö on nostettu keskeiseksi menestystekijäksi. Palvelujen rajaton kysyntä ja uuden teknologian tuottamat entistä paremmat hoitomahdollisuudet ovat kuitenkin hämärtäneet käytännössä henkilöstön todellista nostamista menestystekijäksi. Organisaatiomallin ja sen toimivuuden merkitystä ei myöskään ole jatkuvista muutoksista huolimatta vielä ymmärretty tarpeeksi. Sosiaali- ja terveysalan toiminnan erityispiirteenä on, että palvelut tuotetaan ja kulutetaan pääosin samanaikaisesti.

Tulosjohtamisen soveltamisen aikana yksiköiden itsenäinen toiminta korostui kokonaisuuden kustannuksella. Tämän vastapainoksi on menty toiseen äärimmäisyyteen ja keskusteluun yksijohtajuudesta. Nykyisissä monimutkaisissa ja muuttuvassa toimintaympäristössä toimivissa organisaatioissa tarvitaan kuitenkin monipuolista osaamista, jota ei kyllään yksittäisellä ihmisellä voi olla.

Yksijohtaja-järjestelmiä ei käytännössä ole olemassa. Organisaatioita on johdettava kokonaisuutena, jolloin resursseista ja niiden jakamisesta päätetään ylimmässä johdossa. Yksi johtaja esimerkiksi toimitusjohtaja ei päättää asioista kokonaan yksin vaan hänen tukeunaan on johtajista koostuva johtoryhmä, joka yhdessä miettii päätöksiä ja niiden vaikutuksia eri näkökulmista.

Tuottavuuden kannalta tulevaisuudessa entistä tärkeämpiä ovat aineettomat investoinnit: tutkimus- ja tuotekehitys ja innovaatiot, organisaatorakenne, henkilöstön osaaminen ja työssä jaksaminen sekä työn organisointi. Kaikkiin näihin liittyy innovaatioita, joten johtamisella on suuri merkitys.

Organisaatorakenne ja toiminnan arviointi

Keskeisiä periaatteita organisaatorakenteita määriteltäessä tulee olla terveyden edistämisen, väestön terveyserojen kaventaminen, hoidon laatu ja potilasturvallisuus sekä toiminnan vaikuttavuus/tuloksellisuus että tuottavuus. Organisaation rakennetta ja toimivuutta tulee tarkastella sekä palvelujen käyttäjien näkökulmasta että henkilöstön kannalta. Keskeisiä tekijöitä ovat palvelujen saatavuus, muutoskyky, organisaation vetovoimaisuus henkilöstön kannalta sekä viestintä ja tiedonvälitys.

Palvelujen saatavuus vaikuttaa oleellisesti palvelujen käyttöön. Siitä syystä organisaatorakenteita ja palvelupisteiden määrää tulee aina arvioida palvelujen käyttäjien näkökulmasta. Palvelujen tarvetta voidaan arvioida tilastojen perusteella. Hoitopäätöksilainsäädäntöön liittyvät jonoasettamiskriteerit ovat priorisointia, mikä tulee myös tulevaisuudessa tehdä avoimesti ja yhtäläisin perustein koko Suomessa.

Organisaation toiminnan arviointiin tulee kehittää mittareita, jotka mahdollistavat tarpeellisten muutosten toteuttamisen hallitusti. Mittareiden tuottaman tiedon relevanttisuutta pitää arvioida jatkuvasti. Esimerkiksi kyselytutkimuksiin liittyy aina tiettyä harhaa: mitä, miten ja keneltä kysytään. Valitettavan usein mittareiksi nimetään pelkkä informaation kerääminen, kun taas informaatiosta tulee mittari vasta silloin, kun sille asetetaan jokin selkeä vaatimustaso ja toiminnan tulok-

sia verrataan asetettuun vaatimustasoon. Mit-tareiden tulisi olla suhdelukuja, jotka kuvaa-vat resursseja, hoidon tuloksia tms. suhteessa johonkin.

Valtakunnallinen ja alueellinen yhteistyö on välttämätöntä esimerkiksi organisaatioi-den toimivan työjaon kannalta. Organisaati-on kyky vastata muuttuviin olosuhteisiin ja tarpeisiin sekä kyky kehittää vaihtoehtoisia tuotantotapoja on tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalan keskeinen haaste. Paikallistason toimintamalleilla tuetaan väestön kykyä ja halua ottaa vastuuta omasta hyvinvoinnistaan.

Henkilöstön kannalta vetovoimainen työ-paikka mahdollistaa osaamisen kehittämisen ja urakehityksen ja työn vaativuuden mukai-sen palkkauksen. Muita edellytyksiä veto-voimaiselle työpaikalle ovat terveellinen ja turvallinen työympäristö, henkilöstön vai-kuttamismahdollisuudet kaikilla organisaa-tiotasoilla ja työn, vapaa-ajan sekä perheen yhteensovittaminen.

Viestintä ja tiedonvälitys ovat keinoja, jot-ka edistävät organisaation tavoitteiden toteu-tumista ja yhteisöllisyyttä. Epäonnistunut tai puutteellinen viestintä voi vaikeuttaa tavoite-ten toteutumista. Viestinnässä on oleellista huomioida vuorovaikutuksellisuus ja varmista oikeiden tietojen saatavuus.

Henkilöstön osaaminen, työhyvinvointi ja työnjako

Henkilöstön osaaminen ja sen hyödyntämi-nen on sosiaali- ja terveydenhuollon organi-saatioissa kriittinen menestystekijä. Johtaji-en ja esimiesten osaamiseen ja kehittymiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Tähän liit-tyy myös johtamisen ja esimiestyön oikean-lainen resurssointi ja selkeä vallan- ja vas-tuunjako. Esimiesten tehtäväkuvien pitää olla tiedossa ja esimiesten tulee olla läsnä ja työn-tekijöiden saavutettavissa riittävästi. Jokaisen

työntekijän pitää tietää odotukset, jotka hänen tehtävänsä on asetettu ja niitä tulee tarkastel-la vuosittain kehityskeskusteluissa. Palautteen antaminen ja vastaanottaminen sekä esimies-tuki ovat osa arkea.

Hyvinvoiva henkilöstö on hyvän hoidon edellytys. Oikein mitoitettu henkilöstö, koke-mus työsuhteen varmuudesta, mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä, oikeudenmukai-suus ja rakentava ongelmien ratkaisumalli sekä luottamuksen ilmapiiri ovat avaintekijöitä hyvinvoivassa työyhteisössä. Työntekijöi-den esittämiin muutosehdotuksiin suhtaudu-taan rakentavasti. Määräaikaista työvoimaa kohdellaan samoin periaattein kuin vakituis-ta henkilöstöä.

Työnjakomallien kehittäminen ja selkiyte-tyt valta- ja vastuusuhteet ovat tärkeitä raken-netekijöitä toiminnan sujuvuuden ja henki-löstön työtyytyväisyyden kannalta. Hoidon laadun ja turvallisuuden näkökulmasta työn-jaon kehittämisessä on syytä noudattaa yhtei-siä pelisääntöjä ja osaamisen varmistamisen menetelmiä.

Johtajien ja esimiesten systemaattisen perehdyttämisen ja jatkuvan täydennys- ja lisäkoulutuksen tulee olla suunnitelmal-lista. Koulutuksen määrällisen seurannan lisäksi tulee luoda menettelytapoja myös koulutuksen vaikuttavuuden arvioinnille työ-yhteisöissä. Johtamisosaamiseen liittyvät ver-kostojen hallinta, moniammatillisten tiimien johtaminen sekä toimintaympäristön muu-toksen jatkuva arviointi sekä tiedon hallin-ta. Toiminnan erityispiirteenä on, että tiimit muodostuvat potilaan/asiakkaan tarpeista lähtien, jolloin tiimeillä ei ole välttämättä kiin-teää kokoonpanoa. Käytännössä tämä tar-koittaa, että tiimin jäsenillä on eri esimiehet, jolloin koko organisaation yhteiset toiminta-periaatteet ja käytännöt ovat erittäin tärkeitä.

Näkyvien parannusten aikaansaamiseksi tulee kehittämistyön olla jatkuvaa ja osa organisaation normaalia toimintaa. Koko

henkilöstön osaamista on hyödynnettävä kehittämiskohteiden määrittelyssä. Kehittämiskohteiden tulee olla kaikkien tiedossa ja ne on perusteltava niin, että kaikki ymmärtävät kehittämistavoitteet. Sosiaali- ja terveystieteiden organisaatioissa kehittämiskohteita ovat esim. potilaspalautteiden hyödyntäminen toiminnan kehittämisessä, henkilöstömitoituksessa käytettävät mittarit, työprosessien ja palveluketjujen arviointi, toiminnan ohjaus sekä potilasturvallisuuden ja työturvallisuuden integrointi. Henkilöstön mukaan ottaminen toiminnan suunnitteluun on osa arjen työtä kaikilla tasoilla. Henkilöstövoimavaratekijöiden kuten vireyden kokeminen tai työhön syventyminen on todettu auttamaan työn vaatimusten kohtaamisessa. Esimiestyön parempi resurssointi parantaa henkilöstön kokemaa arvostusta ja yhteisiin päämääriin sitoutumista. Esimiestyöhön sopivuus tulee arvioida riittävän hyvin ja yhteisillä kriteereillä ennen valintaa tehtävään. Hoitohenkilöstön työn johtamiseen tarvittavista mittareista tulee sopia ja niitä tulee käyttää valtakunnallisesti.

Työpaikan viralliset yhteistoimintajärjestelmät tulee nähdä esimiestyötä tukevin järjestelminä. Kun työnantajan ja henkilöstön välillä on sovittu tietyistä menettelytavoista ja pelisäännöistä, ovat nämä hyvänä tukena esimiestyössä muutostilanteissa. Työterveyshuollon rooli ja tuki voivat auttaa esimiestyössä mm. arvioitaessa henkilöstön työssä jaksamista tai työyhteisön tilaan liittyvissä ongelmatilanteissa.

Esimiehen oma työhyvinvointi

Esimiehillä on samanlaiset oikeudet oman työhyvinvointinsa ja jaksamisensa varmistamiseen kuin muillakin työyhteisössä toimivilla. Jokaisen työyhteisössä tulee kokea olevansa arvokas ihmisenä ja työntekijänä. Esimiehillä on oikeus käydä kehityskeskusteluja oman

osaamisensa kehittämiseksi ja esimiehenä kehittymiseen. Heillä on oikeus tulla kohdelluksi oikeudenmukaisesti ja puolueettomasti työyhteisössä.

Tutkimuksella on todettu, että lähiesimiehet kuormittuvat monien työyhteisössä esiintyvien ristiriitaisten paineiden alla. Tehyläisten esimiesten osaamista ristiriitojen rakentavaan käsittelyyn tulee turvata riittävästi koulutuksella ja taata mahdollisuus työnohjaukseen. Kollegoiden tuella on suuri merkitys omien voimavarojen säätelyssä. Työntekijöiden alaistaitoja tulee myös kehittää.

Tutkimus- ja tuotekehitys ja innovaatiot

Tutkimuskohteita on tarpeen arvioida sekä potilaan hoidon kehittymisen että organisaation toiminnan kehittymisen kannalta. Tutkimustoimintaan käytettävät resurssit ovat investointeja tulevaisuuteen. Tutkimus- ja kehittämistoiminnasta saatuja tuloksia tulee hyödyntää systemaattisesti.

Innovaatio on myös arkihavainnosta nouseva uusi toimintamalli.

Terveystieteiden tuottavuutta voidaan parantaa mm. keskittymällä isojen volyymien potilasryhmien hoidon järjestämistapoihin, kalliiden hoitojen projektointiin, päällekkäisyyksien eli välisuoritteiden poistamiseen hoitoketjuissa, toimivan perusterveydenhuollon turvaamiseen, toimiviin tietojärjestelmiin sekä vanhustenhuollon organisointiin.

Jotta onnistuttaisiin, tarvitaan sekä valtakunnallista ohjausta ja koordinaatiota, että alueellista ja paikallista yhteistyötä ja yhteen hiileen puhaltamista työyksiköissä eli ammatitaitoista johtamista terveydenhuollossa. Terveystieteiden tietojohdamisen, tieto-ohjauksen ja terveysteknologian hyödyntämisen tulee näkyä myös terveydenhuollon johtajien koulutuksessa.

JOHTAMISEN LAATU JA TYyli

Syväjohtaminen

(Lähde: V. Nissinen 2006. Syväjohtaminen)

Syväjohtamisen malli on silta teorian ja käytännön välillä, se mallintaa olemassa olevaa käsitystä erinomaisesta johtamisesta. Syväjohtaminen luo painopisteen johtajan kehittymiseen ja liittyy sen ihmisten johtamiseen. Johtajana kehittyminen edellyttää johtajan omaa kriittistä ajattelua, jatkuvaa oppimista ja palautetta muilta. Toimintaympäristön muutos on jatkuvaa ja siksi vain kehittyvät organisaatiot menestyvät. Esimiehen on kyettävä toimimaan oppimisen esimerkkinä.

Syväjohtamisen mallia hyödynnettäessä muodostuu johtajalle työyhteisöstä kerätyn palautteen perusteella henkilökohtainen johtamisprofiili. Arvioitavina ovat johtamisvalmius, -käyttäytyminen ja -vaikutus. Valmiutta kuvaa johtamisen ammattitaito, johtamiskäyttäytymistä mallinnetaan kolmella pääulottuvuudella: syväjohtaminen, kontrolloiva johtaminen ja passiivinen johtaminen. Johtamisen vaikutuksista malli sisältää: tehokkuuden, tyytyväisyyden ja yrittämisen halun.

Johtajuus on tiettyyn toimintaympäristöön liittyvä inhimillisen toiminnan jatkumo. Toisessa päässä tätä jatkumoa ovat arvomme, periaatteemme ja kollektiivinen muistimme, ketä ja mitä me olemme. Vastaavasti toisessa päässä jatkumoa on tulevaisuus ja sitä jäsentävät tavoitteet, ketä ja mitä haluamme olla. Johtajuus on ihmisten välistä vuorovaikutusta keskellä tätä jatkumoa, siltana menneestä tulevaan. Todellista johtajuutta ei voi erottaa ihmisenä olemisen ja kasvamisen haasteista.

Prosessien johtaminen

Prosessimainen tuotanto- ja palveluketjujen kuvaaminen on ollut teollisuudessa toiminnanohjauksen lähtökohdaksi laatu- ja järjestelmien tuomana toimintamallina. Terveyspalvelujen tuottamisessa suurinta osaa palveluketjuista ja palvelujen tuottamistavasta ei ole varsinaisesti suunniteltu prosessin tavoitteiden kannalta, vaan ne ovat muotoutuneet linjaorganisaation vuosikymmenien toiminnan pohjalta, koukeroisina, epäloogisina ja toiminnallisia päällekkäisyyksiä sisältäen.

Linjaorganisaatioissa on vertikaali rakenne, jossa korostuvat kapeat erityistehtävät, tiukka hierarkia, vertikaali viestintä ja raportointi, vähäinen työryhmäpohjainen toiminta ja keskistetty päätöksenteko. Vertikaalisessa organisaatiossa korostetaan tehokkuutta, voidaan siten pohtia onko se todellista vai näennäistä.

Prosessipohjainen organisaatorakenne ja johtaminen korostavat oppimista. Rakenteessa vallitsee jaetut tehtävät, hajautettu päätösvalta, madallettu hierarkia ja tiimipohjainen toiminta malli. Toiminnan organisointi tehdään määriteltyjen ydinprosessien ympärille, entisten funktioiden sijalle. Tiimityöskentely ja prosessin toimijat koordinoivat asetettujen tavoitteiden saavuttamista. Tiimejä toimii useilla eri tasoilla ja johtamisen keinoin varmistetaan, että toimijoilla on riittävä koulutus, työvälineet ja päätösvalta. Tiimit tuottavat uusia innovaatioita ja toimintatapoja omalla vastuualueellaan ja ratkaisevat oman alueensa haasteet tiimijohtajan kanssa yhdessä. Prosesseja mitataan kokonaisuutena, asetettujen tavoitteiden lähtökohdista lähtien. Toimin-

ta perustuu avoimuuteen, luottamukseen ja yhteistyöhön. Prosessipohjaisen organisaation vahvuudet ovat tiimityön kehittyminen, jokaisen toimijan huomio on arvotuotantoketjussa ja sen lopputuloksessa, edistää joustavuutta ja nopeaa reagointia asiakastarpeisiin. Ongelmina saattaa olla ydinprosessien määrittelemättömyys, joka edellyttäisi selkeitä muutoksia toimintakulttuurissa, työtehtävien sisällöissä, johtamiskulttuurin muutoksessa.

Prosessiajattelussa linkitetään tavoitteet, prosessi ja sen resurssit toimimaan yhteisten tavoitteiden mukaisesti. Prosessijohtamisessa lähtökohtana on prosessien tunnistaminen ja kuvaaminen. Tavoitteet toiminnalle asetetaan strategiselta tasolta prosessi-, osaprosessi-, toiminto- ja yksilötasolle. Vastaavasti prosessien ohjausta ja kehittämistä varten rakennetaan toimiva mittaristo. Tavoitetasojen linjaus selkiyttää johtajien ja lähiesimiesten työtehtäviä ja vastuuta.

Prosessien kuvaukset, tavoitteet, toiminnan edellyttämät resurssit, osaamisen kartoitukset ja tiedottaminen, ovat lähtökohta organisaation strategisessa suunnittelussa ja muutosten määrittelyssä. Prosessien tavoitteita ohjaavat asiakkaalle tärkeät seikat (asiakasvaatimukset) ja organisaation taloudellisen toiminnan reunaehdot ja näin työn sisältö suunnitellaan toteuttamaan asetettuja tavoitteita. Johtoryhmätaso linjaa niukkojen resurssien allokoointia prosessien kesken koko organisaation strategisten tavoitteiden mukaan.

Prosessimaisesti johdettu organisaatio asettaa kaikilla toiminnan tasoilla asiakkaan keskiöön. Tulee määritellä organisaation ulkoiset asiakkaat sekä tutkia systemaattisesti läpi prosessin muodostavien henkilöiden ketjun sisäiset asiakkuudet. Näiden kartoitusten kautta pystytään määrittelemään tehtävien sisällöt, poistamaan päällekkäisyydet ja selkiytetään toiminnalle asetettuja vaatimuksia.

Älykkäällä prosessin suunnittelulla pienennetään organisaatorakenteesta tulevia jar-

ruttavia tekijöitä. Jos prosessit ovat älykkäästi suunniteltuja niin:

- henkilöiden roolit ovat selkeitä kussakin prosessissa
- tehtävät ja tavoitteet on suunniteltu prosessien tavoitteiden kannalta
- tekijöillä on oikeat tiedot ja taidot tehtäviinsä prosessissa
- koneet, laitteet ja järjestelmät tukevat tekemistä
- tekijät tietävät tehtävänsä
- tietävät miksi jotkin asiat ovat tärkeitä
- tietävät osuutensa asiakaslupauksissa
- tekijöitä palkitaan ja kannustetaan prosessin kannalta tärkeissä seikoissa

Turvallisuus on työhön kuuluva perusoikeus, ennakointi on taloudellisesti kannattavaa

Työturvallisuudesta huolehtiminen kuuluu osaksi laadukasta ja hyvin toimivaa nykyäikaista työpaikkaa. Koska sosiaali- ja terveydenhuollon työhön liittyy useita vaaratekijöitä, on työn hyvällä suunnittelulla, vaarojen hallinnalla, turvallisella työympäristöllä ja hyvällä turvallisuusjohtamisella suuri merkitys. Sillä on merkitystä myös alan vetovoimaisuuden vahvistamisessa. Turvallisuusjohtamisen tulee olla luonteeltaan ennakoivaa, vuorovaikutteista ja luottamusta herättävää. Sosiaali- ja terveydenhuollon työpaikkojen riskitekijöiden arviointi on koko työorganisaation turvallisen toiminnan lähtökohta

Jatkuvassa muutoksessa kokeneetkin työntekijät tarvitsevat uusien työmenetelmien ja työtapojen turvallisuuden varmistamiseksi esimiehen antamaa opetusta ja ohjausta. Kun lähitulevaisuudessa henkilöstön vaihtuvuus sosiaali- ja terveydenhuollon työpaikoilla lisääntyy, hyvien työtapojen ja käytäntöjen ns. hiljaisen tiedon siirtämisen tulee olla osa turvallisuusjohtamista.

Johtamistoiminnan selkiyttäminen ja uudistaminen

Erikokoisissa ja erilaisia sosiaali- ja terveysalan palveluita tuottavissa organisaatioissa johtamisen osa-alueet muodostuvat vaihtelevasti. Prosessimaisessa organisaatiossa on sekä nimettyjä prosessin omistajia että linjaorganisaatiossa olevia johtajia. Näiden tehtävät ja rajapinnat tulee määritellä selkeästi. Kaikissa organisaatioissa tulee määritellä johtamisvastuut: perustehtävän, henkilöstö- ja talousjohtamisen sekä yhteistyön ja verkottumisen alueille.

Perustehtävän johtaminen

Johtajan keskeisiä tehtäviä on huolehtia siitä, että työssä voidaan keskittyä perustehtävään. Tämä edellyttää riittäviä resursseja, henkilöstön osaamisen kehittämistä ja henkilöstön hyvinvoinnista huolehtimista. Johtajalla tulee olla substanssiosaamista.

Henkilöstöjohtaminen

Henkilöstön johtaminen keskitetään pois ammattiryhmäkohtaisesta johtamisesta henkilöstön kokonaisjohtamiseen. Tavoitteena on tuottavuuden ja tuloksellisuuden parantaminen. Keskeisenä keinona näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen, tiimityö ja työjaon kehittäminen. Henkilöstöjohtamisen keskeisenä arvona on oikeudenmukaisuus.

Talouden johtaminen

Talous suunnitellaan, toiminta johdetaan ja toteutetaan yhteistyössä ja budjetissa pysyen. Budjetti perustuu tosiasioihin väestön palve-

lutarpeesta ja organisaation toimintaperiaatteista. Kaikelle suunnitellulle toiminnalle on oltava riittävät resurssit budjetissa.

Yhteistyö ja verkottuminen

Yhteistyö sosiaali- ja terveysalan kesken paikallisesti on tiivistä ja myös muiden kuntasektorin toiminta-alueiden kanssa jatkuvaa. Valtakunnalliseen verkostoitumiseen on ns. virallisia foorumeita, mutta ne eivät ole yksinään riittäviä. Verkostoituminen oman ammatti-, toimialan ja organisatorisen aseman perusteella on johtajille hyödyllistä. Järjestöt ovat myös hyviä yhteistyökumppaneita ja tukijoita. Paikalliseen ja alueelliseen hyvinvointi- ja terveyspoliittiseen päätöksentekoon vaikuttaminen on kaikille toimijoille yhteinen haaste.

Oppilaitos- ja yliopistoyhteistyö antaa välineitä sekä lisä-, että täydennyskoulutukseen, rekrytointiin ja koulutustarpeen ennakointiin.

Johtamisen onnistumisen edellytyksiä

Operatiivinen johtaminen, lyhyen ja pitkän ajan suoritustavoitteiden saavuttaminen sekä ammattitoiminnan asianmukaisuus:

- sopivan kokoinen johtamissalkku
- systemaattinen rekrytointi, perehdyttäminen ja täydennyskoulutus
- tehtäväkuvien kirjaaminen
- osaamisen johtaminen
- alaistensa työhyvinvoinnista ja työturvallisuudesta ja -terveydestä huolehtiminen
- alaistaidot
- eettisten periaatteiden toteutuminen työyksikössä ja työssä

Johtajana toimiminen:

- johtamiskoulutus
- riittävä substanssiosaaminen
- systemaattinen urapolku, osaamispääoman jatkuva tukeminen johdoin tasolta
- luottamus esimiehen ja alaisten välillä molemmin puolin
- omasta jaksamisesta huolehtiminen
- työn jakaminen
- vuorovaikutus- ja yhteistyötaitoja
- erimielisyyksien selvittäminen työyhteisössä
- läsnäolon taitoa
- kielitaitoa
- taito käyttää tutkittua tietoa toiminnan kehittämisessä
- vertaiskeskustelut, mentorointi

Johtamisympäristöön liittyvät haasteet:

- muutosten johtaminen
- monikulttuurisuuden ymmärtäminen voimavarana ja siihen liittyvien haasteiden kohtaaminen
- alueellinen yhteistyö, verkostoituminen
- oman palvelutoiminnan esiintuominen päätöksenteossa ja viestinnässä
- kansainvälinen toiminta

LIITE 1

Terveydenhuollon tieto-ohjaus ja tietojohdaminen

Tieto-ohjauksella ja tietojohdamisella tarkoitetaan tiedon siirtämistä informaatiojärjestelmien (tietoteknologia) ja päätöksentekojärjestelmien (johtaminen) avulla asiantuntijaorganisaatioiden käyttöön. Terveydenhuollossa korostuu yhteisöllinen asiantuntijuus, joka on enemmän kuin yksilöasiantuntijuuksien summa. Se merkitsee eri ammattien ja organisaatioiden rajojen ylittämistä, innovatiivista ongelmien ratkaisukykyä ja pitkäjänteistä toiminnan suunnittelua.

Tavoitteellinen terveydenhuollon johtaminen, suunnittelu, ennakointi ja arviointi edellyttävät, että terveydenhuollon johtajat perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa sekä yksityisellä sektorilla seuraavat väestön terveydentilan kehitystä, palvelujen käyttäjistä saatavia tietoja sekä toimintaan tarvittavia resursseja.

Terveyspalvelujen tuottajien toiminnasta ja palvelujen käyttäjistä on saatavana paljon yksityiskohtaista tietoa, jota ei hyödynnetä terveydenhuollon johtamisessa riittävästi. Tietoja voidaan hyödyntää esim. toimintaa suunniteltaessa, resursseja uudelleen kohdennettaessa tai palkkauksen kehittämisessä. Terveydenhuollon yksiköissä on käytössään erilaisia henkilöstöjohtamisen työkaluja ja työaikaohjelmistoja, joiden tietoja voitaisiin yhdistellä potilastietojärjestelmistä saataviin raportteihin.

Tällä hetkellä Suomessa on erittäin kattavat tiedot erikoissairaanhoidossa hoitetuista potilaista. Perusterveydenhuollossa on menossa mittava uudistus potilaiden tietojen keskitetystä varastoimisesta ja hyödyntämisestä, joka onnistuessaan mahdollistaa terveydenhuollon kokonaisvaltaisen seurannan, suunnittelun ja arvioinnin perus- ja erikoissairaanhoidossa.

Tietojohdamisen ongelmat

Ongelmana terveydenhuollon tietojohdamisessa tällä hetkellä on se, että tiedot ovat vaikeasti saatavilla ja hajallaan eri tietokannoissa ja rekistereissä. Suuresta tietomassasta on vaikeaa saada puristettua johtamiseen tarvittavaa olennaista tietoa irti. Terveydenhuollon johtajat eivät osaa tehdä olennaisia kysymyksiä toiminnan tietojohdamisen kannalta ja terveydenhuollon kokonaisuuksien hahmottamista pidetään vaikeana. Nykyiset tietoteknologiatyökalut ovat suhteellisen vaikeakäyttöisiä ja toimintaa johtavilla ei ole riittävästi aikaa, tietoa ja taitoa paneutua ohjelmistojen käyttämiseen.

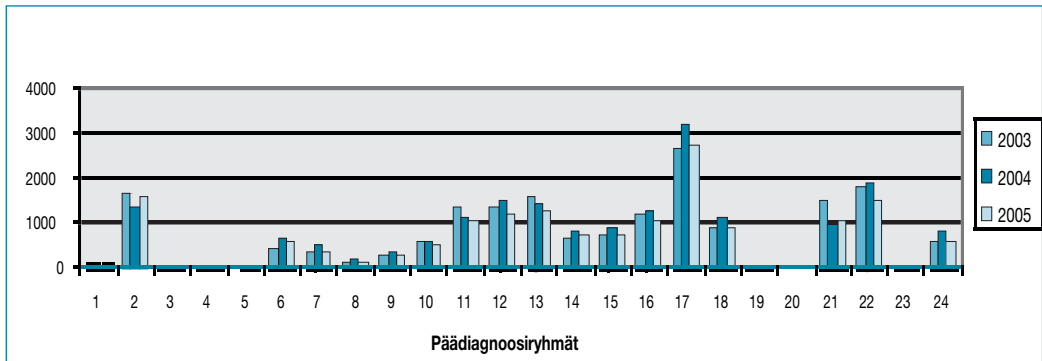
Tietojohdamiseen perustuva traditio terveydenhuollon johtamisessa on uutta, vaikka vahvan asiantuntijaorganisaation johtaminen sitä edellyttää. Käytössä olevia ohjelmistoja ei ole suunniteltu tieto-ohjaukseen ja tietojohdamiseen terveydenhuollossa. Tuloksellinen ja tehokas johtaminen edellyttää myös toiminnan ennakointia ja siihen tietojohdamisessa ei vielä löydy helppoja työkaluja.

Terveydenhuollossa käytössä olevat ohjelmistot

Huolimatta tiedossa olevista ongelmista terveyspalvelujen käyttötilastot ja potilastietojärjestelmät tarjoavat kuitenkin jo nyt välineen terveydenhuollon tietojohdantamiseen. Tiedot ovat kattavia, tietosisällöt ovat laajoja ja tilastot ovat varsin luotettavia. Tiedot osoittavat toiminnan suunnan ja antavat perusteluja päätöksenteon pohjaksi.

Perusterveydenhuollossa voidaan eri kausallisten ohjelmistojen (esim. Pegasos, Effica) avulla seurata esim. toimipisteiden käyntitilastoja (Kuva 1). Lääkäriin vastaanot-

tokäyntien syiden ja diagnoosien seurannalla saadaan helposti kuva väestön sairastavuudesta. Väestön terveyspalvelujen käyttöä voidaan seurata sairausryhmittäin, ikäryhmittäin ja selvittää palvelujen kattavuutta väestössä. Henkilöstöä voidaan kouluttaa potilaiden hoidon tarpeen mukaan tilastoista saatavien tietojen perusteella. Järjestelmiä käytetään myös sosiaalitoimen vanhustyössä, joka mahdollistaa yhteistyön terveys- ja sosiaalitoimen kesken ja hoitoketjujen toimivuuden. Järjestelmien tieto on kaikkien hoitoon osallistuvien käytössä, joka mahdollistaa moniammatillisen yhteistyön.



Kuva 1 Lääkäriin vastaanottokäyntien lukumäärä päädiagnoosiryhmittäin vuosina 2003–2005 esimerkkikunnassa (13 000 as.). (Effica)

Päädiagnoosiryhmät:

- 1 Ruuansulatuselinten infektiot
- 2 Hengitystieinfektiot (virus)
- 3 Malignit neoplasmat
- 4 Verta muodostavien ja immuunijärjestelmien taudit
- 5 Hyvänlaatuiset kasvaimet
- 6 Sisäeritys- ja aineenvaihduntaan liittyvät taudit
- 7 Mielenterveyshäiriöt
- 8 Päihderiippuvuus
- 9 Hermoston taudit
- 10 Silmän taudit
- 11 Korvataudit
- 12 Verenkiertoelinten taudit
- 13 Ylemmät hengityselinten taudit
- 14 Alemmat hengityselinten taudit
- 15 Ruuansulatuselinten taudit
- 16 Ihon ja ihonalaiskudosten taudit
- 17 Tuki- ja liikuntaelintautit
- 18 Gynekologiset taudit
- 19 Raskauteen liittyvät taudit

- 20 Synnynnäiset epämuodostumat
- 21 Oireet ja muut ryhmittelemättömät
- 22 Onnettomuudet ja myrkytykset
- 23 Merkittävät traumat
- 24 Muut terveyspalvelujen käytön syyt

Erikoissairaanhoidossa hoidettujen potilaiden tietoja ja niiden aiheuttamia kustannuksia voidaan tarkastella siihen tarkoitetuilla kaupallisilla ohjelmistoilla. Esimerkiksi Ecomed on Datawell Oy:n ohjelmisto, jolla on kohtalaisen hyvä raportointikapasiteetti. Ohjelmistolla voidaan tehdä esim. toimintaraportteja eri yksikkötasoilla tietyltä ajanjaksolta halutuilla muuttujilla. Raporttien tiedot ovat hyödynnettävissä kuntatasolla esim. terveyspalvelujen suunnittelussa tai yksikkötasolla mm. henkilöstöresurssien suunnittelussa tai henkilöstökoulutusta suunniteltaessa.

Ko. ohjelmistojen käyttö on kuitenkin vielä vähäistä terveydenhuollon johtajien keskuudessa organisaation eri tasoilla. Vaikka monet ohjelmistojen ominaisuuksista ovat puutteellisia, niin ne antaisivat jo nyt välineen johtajille vertailla esim. hoitomallien vaihtoehtoja, niiden kustannuksia ja poikkeamia kustannuksissa.

Tietokannat

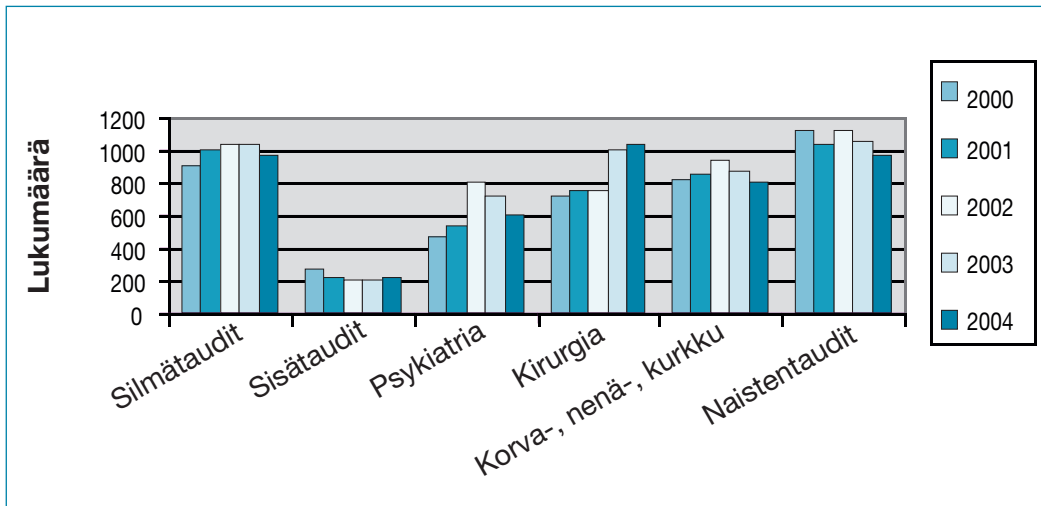
Terveydenhuollon palveluista on saatavana hoitoilmoitusrekisteritietoa Stakesista. Tietokantojen perustana on hoitoilmoitusjärjestelmä (hilmo). Kaikkien käytössä ovat maksuttomat tietokannat Terveys-Netti ja Teema-Netti. Netti-Hilmo -tietokannat sisältävät tietoa suomalaisesta sosiaali- ja terveydenhuollosta. Tarjolla on tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon laitoshoidon ja asumispalvelujen käytöstä sairaanhoitopiirien ja kuntien kannalta tarkasteltuna. Terveys-Netissä on tarjolla kaikille tiedon tarvitsijoille sairaanhoitopiiri-kohtaisia tietoja ICD-10- ja toimenpiderekordien pääluokkatasolla. Teema-Netistä löytyy tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon laitoshoidosta ja

asumispalveluista asiakasryhmittäin (ikäkryssit, kehitysvammaiset, päihdeongelmaiset jne.). Tiedot on saatavissa maakunnittain, sairaanhoitopiireittäin tai erityishuolto-alueittain. Kymmenen suurimman kunnan osalta tietoja saa myös kuntatasolla.

Kuntien terveys- ja sosiaalipalveluja voidaan seurata kaikille kansalaisille avoimesta ja maksuttomasta web-pohjaisesta Sotkanet-indikaattoripankista, josta esimerkkinä aikasarja yksityislääkärisäkäynneistä (Ks. kuva 2 s. 23). Sotkanet-verkkopalvelu on Stakesin tuottama palvelu sosiaali- ja terveysalan päättäjille ja asiantuntijoille suunnittelun, seurannan ja päätöksenteon tueksi. Maksuttomassa tietopalvelussa on kaikista Suomen kunnista väestön hyvinvointia ja terveyttä koskevia tietoja vuodesta 1990 alkaen. Tietoja voidaan hyödyntää myös seutu- ja maakunnan, läänin, sairaanhoitopiirin ja koko maan tasoilla. Palvelu tarjoaa tiedot helposti ja nopeasti niin numeroina, graafisina kuvioina kuin karttoinakin suomeksi, ruotsiksi tai englanniksi. Maksullisissa Laitos- ja Kunta-Netti -tietokannoissa pureudutaan tiedoissa syvemmälle tasolle: laitosnetissä sairaanhoitopiiri-kohtaiset tiedot ovat poimittavissa tarkalla diagnosti- ja toimenpiderekorditasolla, kuntanetissä on kuntakohtaisia tietoja koodistojen pääluokkatasolla. Laitokset voivat ostaa palveluja Stake-silta oman toiminnan tueksi.

Tuloksellisuushankkeet ja tietojohdantamisen siirtyminen terveydenhuollossa

On erittäin tärkeää, että terveydenhuollon johtajat eri organisaatio- ja tasoilla osallistuvat terveydenhuollon tietojärjestelmiin liittyviin moninlaisiin kehittämissuunnitelmiin. Nyt tietoteknologiaan ja tietojohdantamiseen liittyviä hankkeita tehdään useasti sellaisten henkilöiden toimesta, joilla ei ole riittäviä tietoja terveydenhuollon johtamisesta tai kliinisestä johtamisesta organisaation eri tasoilla.



Kuva 2. Yksityislääkäriiskäyntien lukumäärä kuudella erikoisalalla esimerkkikunnassa (10 000 as.) vuosina 2000–2004. (Sotkanet)

Meneillään olevissa tietojärjestelmien kehittämishankkeissa pyritään löytämään webselaimiin pohjautuvia malleja, joissa dataa hyödynnetään tehokkaasti käyttäjän tarpeiden mukaan. Tulevaisuudessa tietojen päivittäminen tietokantaan tapahtuu reaaliajassa, joka mahdollistaa myös tiedon käyttämisen operatiiviseen terveydenhuollon johtamiseen. Erityisen merkittäväksi tulee ennakoivan tiedon käyttö, jota voidaan hyödyntää esim. henkilöstö ja muita resursseja suunniteltaessa. Merkittävä apu tieto-ohjauksesta on hoitohenkilöstön koulutus suunnitelmien tekemisessä ja hoitohenkilöstön osaamisen seurannassa.

Terveydenhuollon tietojohdamisen voi aloittaa selvittämällä, mitä ohjelmistoja ja potilastietojärjestelmiä omassa laitoksessa on jo olemassa ja mitkä ovat niiden käyttökapasiteetit. Nykyiset potilastietojärjestelmät sisältävät runsaasti raporttimalleja, joista saa apua johtamiseen. Monissa ohjelmistoissa ovat

raportit helposti muunneltavissa ja muokattavissa ja jos sitä ei osaa itse tehdä voi kysyä ohjelmistojen pääkäyttäjiltä lisätietoa. On erittäin tärkeää, että aktiivisesti hakeutuu tiedon lähteille tieto-ohjaukseen liittyvien ja tietoteknologiakurssien avulla ja hakee osaamista ohjelmistojen pääkäyttäjiltä ja muilta tietotekniikkaan perehtyneiltä henkilöiltä.

Tieto-ohjaus tarjoaa terveydenhuollon johtamiseen välineen talouden ja resurssien ennakkointiin ja optimointiin. Hoitotyön prosesseja pystytään tieto-ohjauksen avulla analysoimaan ja kehittämään optimaalisiksi hoidon laadun, vaikuttavuuden ja kustannuksien suhteen. Tietoa voidaan hyödyntää oman työn ja potilaiden hoidon kehittämisessä, kun kaikki terveydenhuollossa toimijat ovat sitoutuneet kattavaan ja systemaattiseen kirjaukseen.

Päivi Ovaskainen
Tehyn alueasiamies (FT, THM)

LIITE 2

Talous sosiaali- ja terveydenhuollossa: tuottavuus, vaikuttavuus ja aineeton pääoma

Yhteiskunnassamme korostetaan yhä enemmän tuottavuutta ja tehokkuutta. Erityisesti tämä tulee ajankohtaiseksi lähivuosien aikana, kun väestö vanhenee ja työikäisten määrä ei enää kasva. Jotta taloudellinen kasvu olisi mahdollista ja materiaallinen hyvinvointi lisääntyisi tulevaisuudessakin, on välttämätöntä että tuottavuus nousee.

Tuottavuus on käsitteenä hankala, koska sitä voidaan oikeastaan mitata yksiselitteisesti vain silloin, kun tarkastelussa on yksi tuote tai jos tuotteiden suhteelliset hinnat pysyvät muuttumattomana eikä tapahdu kvalitatiivisia muutoksia. Tällöin tuottavuudella tarkoitetaan sitä, mitä tuotetaan suhteutettuna tuotantotekijöiden käyttöön prosessissa. Tuottavuuden nousu tarkoittaa sitä, että suhde nousee, jolloin tietyllä panosmäärällä saadaan suurempi määrä lopputuotetta.

Nykyään laadulliset muutokset tuotteissa ja palveluissa ovat kuitenkin hyvin merkittäviä ja tavallisia. Esimerkiksi autot tulevat koko ajan laadukkaammiksi, ja on jopa mahdollista sanoa kuinka paljon parempi 2009 vuosimallin Mercedes on verrattuna vuosimalliin 1995. Sellaista laatukehitystä tapahtuu useimmissa tuotteissa mutta erityisen tärkeitä ne ovat terveydenhuollossa ja sairaanhoidossa, jossa hoitomenetelmät, lääkkeet ja lääketiede kehittyvät. Tämän kehityksen ansiosta elinikä pidentyy ja elämänlaatu nousee.

Julkinen tuotanto, sen arvo ja terveydenhuolto

Kaikkien tuotteiden arvoa on vaikea arvioida, vaikka yleensä tuotteiden arvona BKT-laskelmissa käytetään markkinahintaa. Jul-

kisen sektorin tuotanto arvioidaan kuitenkin tuotantopanosten hintojen perusteella, koska yleensä julkisen sektorin tuotantoa ei myydä markkinoilla eikä tuotannolla näin ole markkinahintaa. Näin ollen laskelmissa ei arvioida, onko julkisen sektorin tuotantoa oikeastaan lisätty vai ei. Arvioidaan vain kuinka tuotantotekijöiden käyttö on muuttunut.

Suurinta osaa terveyteen liittyvistä palveluista ei myydä markkinoilla Suomessa, vaan niitä tuotetaan julkisella sektorilla. Kuluttajat eivät siis arvioi näiden palvelujen arvoa tekeillä päätöksillä vaan julkinen sektori tuottaa tai ostaa palveluja verorahoilla.

Lähtökohtaisesti ongelma on kuitenkin se, että kansalaisten on vaikea arvioida terveysalan palvelujen arvoa. Jotkut valinnat erilaisten tuotteiden ja palveluiden välillä ovat helppoja, kuten jos haluaa ostaa ja syödä vaikkapa appelsiinin tai banaanin. Tällöin ihmiset voivat yleensä helposti päätellä, mikä maistuisi parhaiten juuri heille juuri silloin, eikä päätöksellä ehkä ole muita vaikutuksia. Terveyteen liittyvien valintojen osalta vaikutukset näkyvät ainakin valitsijalle vasta pitkän ajanjakson jälkeen ja valintaa tehdessään ihminen joutuu luottamaan ammattihenkilöiden neuvoihin. Joskus potilas ei edes saa tehdä valintaa itse vaan koulutettu ammattihenkilö tekee valinnan hänen puolestaan.

Kansalaisten rajoittuneet kyvyt tehdä oikeita päätöksiä terveytensä suhteen näkyy esimerkiksi siinä että tupakointi on vielä hyvin yleistä, vaikka on paljon tutkittua tietoa tupakoinnin terveyshaitoista. Ihmiset syövät myös liian rasvaista ruokaa ja liian vähän hedelmiä ja vihanneksia. Toisaalta näyttää joskus siltä, että nuoren ja sairaan ihmisen kohdalla sekä potilas että läheiset olisivat halukkaita tekemään melkein mitä vain tervehtymisen puolesta.

Jos terveydenhuoltoon liittyviä palveluita myytäisiin vain markkinoilla ja kuluttajat joutuisivat ostamaan ne itse suoraan omilla

rahoillaan, on hyvin todennäköistä että monet ostaisivat liian vähän. Ainakin ennalta ehkäisevien toimenpiteiden kysyntä olisi varmasti liian vähäistä, koska hyödyn näkeminen niistä olisi monille vaikeaa. Ei siis ole sattumaa, että terveydenhuoltoon liittyvät palvelut tuotetaan julkisilla varoilla. Tällaisesta toiminnasta, jossa julkinen sektori on tehnyt valintoja kansalaisten puolesta, käytetään termiä ”paternalistinen”.

Mittarit terveydenhuollossa ja niiden puutteellisuus

Koska terveydenhuollon tuotannolla ei ole markkina-arvoa tai ainakaan se ei anna täydellistä kuvaa palvelujen vaikutuksista, tarvitaan muita mittareita toiminnan arviointia varten. Usein käytetään mittareita, jotka liittyvät potilaan terveydentilaan hoitotoimenpiteiden jälkeen. Kuitenkin hoidon ja palveluiden vaikutukset näkyvät vasta pitkän ajan kuluttua.

Koska vaikutukset näkyvät usein vasta pitkän ajan kuluttua, on haasteellista kehittää toimivia terveydenhuollon mittareita, joiden avulla hoitoa voidaan arvioida. Menetelmiä on pystyttävä käyttämään hoitotyössä. Kehittämisen on oltava tarkasti harkittua, pitkäjänteistä ja valvottua, jotta menetelmien toimivuus pystytään varmistamaan. Kun menetelmät on kerran kehitetty ja arvioitu, ne voidaan ottaa laajemmin käyttöön myös muissa terveydenhuollon yksiköissä.

Menetelmien vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus

Hoitomenetelmien arvioinnissa keskeisiä käsitteitä ovat vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Vaikuttavuus on menetelmien vaikutus potilaiden terveyteen ja kustannusvaikuttavuudella tarkoitetaan sitä, että vertailussa on otettu huomioon myös menetelmien kustannukset. Tarkkojen mittareiden löytäminen voi olla ongelmallista, koska mit-

tarit mittaavat usein vain osan vaikutuksista ja tuloksissa voi siksi olla tulkinnanvaraa ja epävarmuutta.

Palkitseminen ja sen vaikutukset

Hoitoalalla korostetaan yhä enemmän tehokkuutta ja kustannuksia. Paljon enemmän tulisi kuitenkin kiinnittää huomiota myös laatuun ja palveluiden vaikuttavuuteen. Palkkausjärjestelmissä (samoin kuin kilpailuttamisessa) on tärkeä tietää, mitä oikeastaan halutaan ja mihin suuntaan halutaan mennä. Palkitsemisesta voi todeta yleisesti, että sitä saadaan mistä palkitaan. Tyypillinen ongelma palkitusjärjestelmissä on, että mittarit, joiden perusteella palkitaan, ovat puutteellisia ja että lopputuloksena palkitaan vain osa työntekijöiden työstä. Jos palkkaus sidotaan hyvin voimakkaasti suoriutumisen mittareihin, se voi johtaa tilanteeseen, jossa työntekijät priorisoivat työtehtävät väärin ja tärkeät asiat jäävät tekemättä (Holmström ja Milgrom, 1991). Jotta näin ei tapahtuisi, on tärkeää, että tulospalkkauksen mittareiden seurannan lisäksi seurataan toimintaa myös muuten ja puututaan mahdollisiin epäkohtiin. Voi olla hyvin järkevää sitoa palkitsemista osittain esimerkiksi siihen, kuinka hyvin noudatetaan sellaisia menetelmiä, jotka on todettu potilaiden terveyttä tehokkaasti edistäviksi.

Sosiaalihuolto ja terveydenhuolto

Sosiaalihuollon osalta voi tehdä hyvin samankaltaisia johtopäätöksiä kuin terveydenhuollossa. Periaatteessa sosiaalihuollossa on paljon hoitoa, jonka painopisteenä on terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen. Tietyille väestöryhmille sosiaalihuollossa on hyvin tärkeä ennaltaehkäisevä rooli, joka vähentää muiden palveluiden kuten esimerkiksi sairaanhoidon tarvetta. Siksi on tärkeää, että toiminnassa panostetaan ennaltaehkäisyyn.

Osoptimointi ja yhteistyö

Erityisiä ongelmia tuottavat organisaatiot, joissa on enemmän kuin yksi toimiala tai yksi yksikkö, joka tuottaa palveluita ja näin mahdollisuus osoptimointiin. Osoptimoinnilla tarkoitetaan sitä, että yhdessä yksikössä ei huomioida kustannuksia, joita se aiheuttaa tai epäonnistuu ehkäisemään muissa yksiköissä. Eri yksiköiden mittareiden ja tavoitteiden pitäisi olla sellaisia, että ne kannustavat yksikköä huomaamaan myös muiden yksiköiden kustannuksia. Samalla tavoin on tärkeää, että

kun kehitetään sosiaalihuoltoa, terveydenhuoltoa tai erikoissairaanhoidon huomioidaan myös muut toimialat ja kokonaisuus. Toimialojen pitäisi tukea toisiaan. Käytännön tasolla tämä toteutuu järkevien tavoitteiden ja mittareiden avulla sekä yhteistyön kautta. Sujuva yhteistyö ilman korkeita kynnyksiä on kokonaistaloudellisen tehokkuuden edellytys.

*Kenneth Snellman
Tehyn asiamies (KTT)*

LIITE 3

Johtamisen nykytila terveydenhuollossa

MI-Healthcare Barometri 2008

Mercuri Internationali kartoitti yhteistyössä, Tehyn, Suomen Lääkäri- ja Hammaslääkäriliiton sekä Kainuun maakuntayhtymän kanssa johtamisen nykytilaa terveydenhuollossa 29.9–10.10. 2008. Selvityksen otoskoko oli yli 10 000 terveydenhuollon ammattilaista sekä yksityisellä, että julkisella sektorilla. Tehyn jäseniä otoksessa oli 74% ja heidän vastausprosenttinsa oli 30,6%, keskiarvon ollessa koko otoksesta 29,7%. Käytettävä mittari oli tehty verkostoyhteistyössä osallistujien kesken, jolla pyrittiin varmistamaan kysymysten ymmärrettävyyttä eri ammattiryhmien kesken.

Kartoituksessa haettiin vastauksia kysymyksiin, miksi johtaminen on tärkeää terveydenhuollossa, tarkasteltiin terveydenhuollon organisaatioita johtamisympäristönä sekä verkostojen hallinnan vaatimuksia johtamisosaimiselle. Mittarin arvosanat asettuivat kolmelle eri sektorille, 1-3 välillä oli kriittinen taso, joka edellyttäisi välittömiä toimenpiteitä. Arvosana 4 on välttävällä tasolla ja edellyttäisi pikaisia toimenpiteitä asioiden korjaamisessa. Tasolla 5-7 voidaan katsoa edustavan hyvää tasoa, jolloin organisaation kuitenkin tulisi toimia aktiivisesti voidakseen ylläpitää tätä toimintatasoa. Tutkimustuloksissa ei ollut mitään merkittävää eroa yksityisen tai julkisen sektorin välillä, lukuun ottamatta joitakin ensisijaisia kehittämiskohteiden järjestystä joten niitä ei jäljempänä enää eritellä. Tulokset olivat myös samankaltaisia huolimatta ammattiryhmästä. Selvityksen joissakin tuloksissa on nähtävissä merkittävä ero johdon ja työntekijöiden välillä, ammattiryhmistä riippumatta

Päätöksenteko – asijahtaminen

Vastaajaryhmästä riippumatta työtehokkuuden suunnitelmallinen kehittäminen ja työprosessien toiminnan sujuvuuden mittaaminen koettiin merkitykseltään vähäisenä. Työntekijät kokivat, että päätösten perustelu henkilöstölle oli heikkoa, eikä koettu organisaation kehittämisen kohdistuvan oikeisiin asioihin. Hyvällä tasolla kymmenestä kysymyksestä oli ainoastaan tieto työyhteisön tavoitteista. Pikaisten toimenpiteiden kohteena tulisi olla selkeät tulevaisuuden suunnitelmat, asiakas- ja potilastyytyväisyyden mittaaminen. Nämä olivat keskeisimpinä asiakokonaisuuksina. Päätöksenteko-asijahtaminen osiossa erosivat johtajien ja lähiesimiehien näkemykset työntekijöiden näkemyksistä joiltakin osin jopa merkittävästi, erityisesti johtajat näkivät positiivisesti (>5) tulevaisuuden suunnitelmien olemassaolon, asiakas- ja potilastyytyväisyyden kartoitukset, henkilöstötyytyväisyyden mittaukset, kehittämisen kohdistumisen oikeisiin asioihin sekä päätösten perustelun henkilöstölle.

Ensisijaiset kehittämiskohteet johtavassa asemassa olevien mielestä ovat; johtamistyön ammattimaisuus, selkeät tulevaisuudensuunnitelmat sekä organisaation eri toimintojen yhteistyön hyvä toimivuus. Lähiesimiesten mielestä järjestys oli; kehittäminen kohdistuu oikeisiin asioihin, esimiestyö tulisi olla ammattimaista ja tehdyt päätökset tulee perustella henkilöstölle hyvin. Työntekijöiden mielestä; ensisijaisesti johtamistyössä tulee toimia ammattimaisesti, organisaation kehittämisen tulee kohdistua oikeisiin asioihin ja tehdyt päätökset tulee perustella henkilöstölle hyvin.

Päätösten toimeenpano ja henkilöjohtaminen työyhteisössä

Johtamiskulttuurin tuki työntekijöille oli selvityksen mukaan vähäinen ja koettiin, että johtaminen ei perustu riittävään ennakkointiin. Työntekijät ja asiantuntijat kokivat saavansa hyvin vähän palautetta työsuorituksistaan, eikä heidän mielipiteillään koettu olevan merkitystä. Kaikki edellä mainitut asiat sijoittuivat kriittiselle tasolle. Välttävällä tasolla olivat käsitykset mahdollisuudesta kehittyä työssä, käytössä olevat laitteet ja työvälineet, tarvittava tuki työssä selviytymiseen sekä kaikkien osaamisen hyödyntäminen. Mikään kysymyksestä ei noussut hyvälle tasolle työntekijöiden mielestä, mutta johtajat olivat arvioineet työssä käytettävät laitteet ja välineet sekä johtamiskulttuurin ja mahdollisuuksien antamisen kaikille hyvälle tasolle. Näissä vastauksissa työntekijöiden näkemykset olivat selvästi heikommat kuin esimiesten ja johtajien.

Ensisijaiset kehittämiskohteet johdon mielestä olisi ihmisten kokemus arvostuksesta työntekijänä, kaikilla olisi tuki selviytyäkseen työtehtävistä menestyksellisesti, sekä kaikkien osaamisen hyödyntäminen. Esimiehet kokivat ensisijaiseksi ihmisten arvostamisen työntekijöinä, toisena ihmisten mielipiteiden merkityksen ja kuuntelun sekä vaikuttamisen kehittämistoimenpiteisiin ja kolmantena palautteen antamisen työsuorituksista. Työntekijöiden näkökulmasta keskeisin asia on työntekijöiden arvostaminen, sitten mielipiteiden merkitys sekä kuuntelu ja vaikuttaminen kehittämistoimenpiteisiin ja lopuksi palautteen saannin työsuorituksista.

Avoimet kommentit

Avoimia vastauksia ja kommentteja oli kaikkiaan 4640 kappaletta. Yli puolet avoimista vastauksista ja kommenteista kohdistuivat johtamisyhteyden puutteeseen, noin 16% liittyi johtamisen motiiveihin ja noin 5% koski johtamistyyliä, johtajan profiilia sekä vuorovaiikutustaitoja. Avoimissa kommenteissakaan ei ollut eroja julkisen tai yksityissektorin välillä, vaan molemmissa ryhmissä oli nähtävänä johtamisyhteyden puute johdettaviin.

Yhteenveto

Selvityksen pohjalta nousee useita eri asioita, joita pitäisi selvittää edelleen esimerkiksi opinnäytteinä yliopistoissa tai ammattikorkeakouluissa. Selvityksen erityinen arvo on siinä, että eri ammattiryhmät näkivät asioiden kehittämiseen liittyvät kohteet hyvin samankaltaisina, jolloin työyhteisöissä asioiden eteenpäin vienti osana organisaatioiden strategiaa olisi mahdollisuus. Selvityksen kysymykset olivat vielä melko yleisellä tasolla, mutta antavat hyvän kokonaiskuvan henkilöstön ja asioiden johtamisesta terveydenhuollossa. Terveydenhuollossa keskeinen työväline on vuorovaikutus ja ohjaus, joten ottamalla käyttöön nämä välineet myös työyhteisön sisäisessä toiminnassa päästään jo kehittämään niitä osa-alueita, jotka selvityksessä saivat heikon arvion.

*Marja-Kaarina Koskinen
MSc BMS
Tutkimuspäällikkö
Tehy*

Aalto, P., Karhe, L., Koivisto, A-M. & Välimäki, M. (2005). Sähköisiä tietokantoja voi hyödyntää henkilöstömitoituksessa. Tutkiva hoitotyö. Tutkiva hoitotyö 3 (2),18-23.

Aalto, P. & Salin, S. (2007). Hoitotyön strateginen johtaminen sairaanhoitopiireissä. Pro terveys 35 (3), 20-22.

Aalto, P., Salin, S., Syvänen, T. & Tuomisto, E. (2007). Kuka johtaa tulevaisuuden hoitotyötä? Pro terveys 35 (1), 4-6.

Ashorn, U. & Lehto, J. (toim.) (2008). Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Stakes. Jyväskylä.

Daft, R.L. (2004). Organization Theory and Design. Thomson. UK.

Etene - Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. (2001). Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Etene - julkaisu 1.

Hakanen, J. (2004). Työuupumuksesta työn imuun: työhyvinvointitutkimuksen ytimessä ja reuna-alueilla. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 27. Työterveyslaitos. Helsinki.

Heikka, H. (2008). Sosiaali- ja terveystajajan työn sisältö ja kompetenssit. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Acta Universitatis Ouluensis, D Medica 968. Oulu: Oulu University Press.

Holmstrom, Bengt & Milgrom, Paul, 1991. "Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership, and Job Design," Journal of Law, Economics and Organization, vol. 7(0), sivut 24-52, Special I.

Huovari, J. & Maliranta, M. (2008). Tuottavuuden aineettomat lähteet esiin. Tieto&trendit 6. Tilastokeskus. Helsinki.

Ihminen on kaiken mitta. Människan är mått på allting. Tehyn toimintaohjelma vuosiksi 2005–2009. Tehys verksamhetsprogram för åren 2005–2009. Tehy. Helsinki.

Jones, G.R. (2004). Organizational Theory, Design and Change. Prentice Hall. UK.

Kaistila, M. (2005). Hyvä esimiestyö. Työturvallisuuskeskus ja Kuntien eläkevakuutus. Helsinki.

Kanste, O.(2005). Moniulotteinen hoitotyön johtajuus ja hoitohenkilöstön työuupumus terveydenhuollossa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Acta Universitatis Ouluensis, D Medica 815. Oulu: Oulu University Press.

Kuosmanen, L. (toim.) (2005). Terveydenhuollon esimiehen opas kuntasektorilla työskenteleville. Tehyn julkaisusarja F 3/2005. Tehy. Helsinki.

Länsisalmi, H., Kivimäki, M., Aalto, P. & Ruoranen, R. (2006). Innovation in Health Care: A Systematic Review of Recent Research. Nursing Science Quarterly 19 (1), 66-72.

Majoinen, K. (2008). Rakennamme yhdessä. Ovien avaamisen ja kysymien taito – opas kuntaliitoskuntien lähiesimiehille. Suomen Kuntaliitto, Työsuojelurahasto, Työturvallisuuskeskus, FCG Efeko Oy. Helsinki.

Munnukka, T. & Aalto, P. (2002). Minun hoitajani. Näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nissinen, V. (2007). Syväjohtaminen. Talentum Media Oy. Helsinki.

Ovaskainen, P. (2005). Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytön seuranta ja ennakointi kuntanäkökulmasta. Väitöskirja. Sarja- Ser. C osa- tom. 227. Scripta lingua fen-

nica edita. Lääketieteellinen tiedekunta. Kansanterveystieteen osasto. Turun yliopisto. Turku: Painosalama Oy.

Ovaskainen, P., Kortekangas, P., Ojanlatva, A. & Rautava, P. (2007). Health care planning in Finland using databases. *Journal of Finnish Society of Futures Studies, Futura* 26 (2), 67–77.

Ovaskainen, P., Rautava, P., Ojanlatva, A., Pääkkilä, J. & Päivärinta, R. (2003). Analysis of Primary health care utilisation in south-western Finland – A tool for management. *Health Policy* 66, 229–238.

Ovaskainen, P., Rautava, P., Ojanlatva, A., Pääkkilä, J. & Päivärinta, R. (2004). Analysing the use of hospital care services in Finland. *International Journal of Health Planning and Management* 19, 287–297.

Ovaskainen, P., Rautava, P., Suominen, S. & Vahlberg, T. (2003). Tietokannat erikoissairaanhoidon käytön seurannassa ja suunnittelussa esimerkkinä Turku, Paimio ja Sauvo. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 40, 255–263.

Pokki, H. (1998). Raportti. Vastuullinen vakanssi: Kysely ylihoitajille ja johtaville hoitajille. Sarja B: Selvityksiä. *Terveystieteiden tutkimuskeskus* 8/1998. Helsinki.

Pusa, A.-K. (2007). The Right Nurse in the Right Place - Nursing Productivity and Utilisation of the RAFAELA Patient Classification System in Nursing Management (Oikea hoitaja oikeassa paikassa. Hoitotyön tuottavuus ja RAFAELA hoitoisuusluokitus-järjestelmän hyödyntäminen hoitotyön johtamisessa). Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet. Kuopion yliopisto.

Rehnback, K. (2005). Työhyvinvointia alais- taidoilla ja esimiestyön hallinnalla. Kuntien eläkevakuuus. Helsinki.

Ruoholinna-Jakonen, T. (2004). Dokumentoinnista aitoon dialogiin. Tutkimus terveydenhuollon osastonhoitajien käsityksistä hyvästä hoitotyön johtamisesta. Pro-Gradu

tutkielma. Kasvatustieteen tiedekunta. Kasvatustieteen maisterin koulutusohjelma. Tampereen yliopisto.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus ja taloussuunnitelma vuosille 2009-2012.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2007:65. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki.

Suonsivu, K. (2004). Puun ja kuoren välissä. Hoitotyön johtajan tehtävät ja asema. *Tehyn julkaisusarja A. Tutkimuksia* 1/2004. Tehy. Helsinki.

Tehtävien ja työnjakojen muutokset terveydenhuollon ja työelämän kehityksessä. *Muistio* 2.9.2008. Kunnallinen työmarkkinalaitos ja kunta-alan työmarkkinaosapuolet.

Tehyn johtajuuteen liittyvät kannanotot vuosilta 2005–2008.

Tehyn tavoitteet seuraavalle hallituskaudelle. Ihminen on kaiken mitta. Tehy.

Tekes (2008). Aineeton pääoma ja talouskasvu (Tekesin katsaus 230/2008). Toim.: Janne Huovari.

Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallisen tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2003:18. Helsinki.

Tervo-Heikkinen, T. (2008). Nursing effectiveness in specialized care hospitals (Hoitotyön vaikuttavuus erikoissairaanhoidossa). Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Kuopion yliopisto.

Vesterinen, P. (toim.) (2006). Työhyvinvointi ja esimiestyö. Aavaranta-sarja. Johtamistaidon Opisto. Helsinki.

Viitanen, E., Kokkinen, L., Komu, A., Simonen, O., Virtanen, J.V. & Lehto, J. (2007). Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kunnallisanalyyttisen tutkimusjulkaisu. Helsinki.

Vuorinen, R. (2008). Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Tam-

pereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Acta Universitatis Tamperensis; 1358. Tampere: Tampere University Press.

Väänänen, L. (2005) Osastonhoitajan työ, johtamisosaaminen ja koulutus Suomessa 1950 luvulta nykyaikaan. Pro gradu - tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja - talouden laitos. Kuopion yliopisto.

Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Aalto, P., Ijäs, S. & Luojus, K. (2004). Hoitotieteellinen

tutkimus ja koulutusyhteistyö sairaanhoitopiirin ja yliopiston välillä – esimerkkejä Pirkanmaalta ja Etelä-Pohjanmaalta. Pro terveys 6, 4-7.

Merasto, M. (1997). Valta, vastuu, velvollisuus – kysely hoitohenkilöstön johtajille 2/1997. (Järkeä ja tunteita ihmisen hyväksi). Tehyn julkaisusarja A. Tutkimuksia 2/1997.

Johtaminen avainasemassa muutoksessa

Tehyn näkemyksiä sosiaali- ja terveysalan johtamisesta

Sosiaali- ja terveyshuolto elää jatkuvassa muutoksen tilassa. Toimintatapoja ja organisaatioita uudistetaan niin kunnissa, sairaanhoitopiireissä kuin yksityistenkin tuottamissa palveluissa. Tehyssä on jo pitkään oltu huolissaan maamme sosiaali- ja terveyspalveluiden ammattimaisesta johtamisosaamisesta näissä muuttuvissa tilanteissa.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottaminen tuloksellisesti ja vaikuttavasti on sidoksissa johtamisosaamiseen. Koulutetut hoitohenkilöstön johtajat ovat avainhenkilöitä sosiaali- ja terveysalalla, koska he johtavat suurinta osaa henkilöstövoimavaroista ja päivittäisestä toiminnasta. Hoitohenkilöstön johtajien työ perustuu tutkittuun tietoon, joka on perusta johtamiskäytännöille, päätöksenteolle ja muutosten toteuttamiselle. Muutoksen johtamisessa korostuvat uusien toimintatapojen jalkauttaminen yksiköihin sekä henkilöstö- ja taloudellisten voimavarojen kohdentaminen.

Toimivat hoito- ja palveluketjut ovat kaikkien - niin potilaiden kuin hoitohenkilöstön että päättäjien yhteinen etu. ”Johtaminen avainasemassa muutoksessa” on Tehyn johtajuusstrategia - näkemys onnistuneesta ja vaikuttavasta sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisesta.

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

