

VAASAN YLIOPISTO
HALLINTOTIETEIDEN TIEDEKUNTA

Maija Aho-Koivula

HOITOTYÖN JOHTAJIEN ASEMA JA JOHTAMISTEHTÄVÄT
SAIRAALAORGANISAATIOSSA

Sosiaali- ja terveys-
hallintotieteen
pro gradu -tutkielma

VAASA 2009

SISÄLLYSLUETTELO

	sivu
KUVIOLUETTELO	2
TAULUKKOLUETTELO	2
TIIVISTELMÄ	5
1. JOHDANTO	7
2. JOHTAMINEN	11
2.1. Organisaatio	11
2.2. Johtaminen organisaation rakenteen näkökulmasta	16
2.3. Johtaminen organisaation prosessien näkökulmasta	20
2.4. Johtaminen organisaation henkilöstön näkökulmasta	23
3. JOHTAMINEN SAIRAALAORGANISAATIOSSA	29
3.1. Julkisen organisaation erityispiirteet	29
3.2. Sairaalaorganisaation erityispiirteet	33
3.2.1. Sairaalaorganisaation rakenne	33
3.2.2. Sairaalaorganisaation tehtävät	36
3.2.3. Sairaalaorganisaation henkilöstö	39
3.3. Johtaminen hoitotyössä	41
3.3.1. Hoitotyön johtajien asema sairaalaorganisaatiossa	42
3.3.2. Hoitotyön johtamistehtävät sairaalaorganisaatiossa	44
4. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, TUTKIMUSASETELMA JA -METODI	57
4.1. Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimusongelmat	57
4.2. Tutkimusmenetelmä, aineisto ja tutkimuksen luotettavuus	58
5. TUTKIMUKSEN TULOKSET	72
5.1. Tutkimukseen osallistuneiden hoitotyön johtajien taustatiedot	72

5.2. Hoitotyön johtajien asema sairaalaorganisaatiossa	74
5.3. Hoitotyön johtamistehtävät	80
6. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	92
LÄHDELUETTELO	98
LIITTEET	
LIITE 1. Taustatietolomakkeet 1 ja 2.	114
LIITE 2. Taustatietolomake 3.	115
LIITE 3. Työajanseurantalomake.	118
LIITE 4. Hallintosääntövertailu.	119
KUVIOLUETTELO	
Kuvio 1. Tutkimuksen vaiheet ja eteneminen.	61
Kuvio 2. Sairaanhoidopiirien A ja B tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden ikä, työkokemus hoitotyössä ja ylihoitajan tehtävissä vuonna 2003.	73
Kuvio 3. Sairaanhoidopiirien A ja B ylihoitajien työajanseurannan havainnoinnit.	74
Kuvio 4. Sairaanhoidopiirien A ja B ylihoitajien (yh) toiminta-aluejako tulosalueittain ja -yksiköittäin ja hoitotyön johtamisen rakenne vuonna 2003.	76
TAULUKKOLUETTELO	
Taulukko 1. Toimintojen prioriteettien pääluokat Brodyn (1993: 203) mukaan.	64
Taulukko 2. Hoitotyön johtamistehtävien havainnointitutkimuksen mittari.	66
Taulukko 3. Sairaanhoidopiirien A ja B ylihoitajien työajanseurannan hoitotyön johtamistehtävien pääluokkien havainnointiaineisto ja Fisherin Z -testin tulokset.	69
Taulukko 4. Sairaanhoidopiirien A ja B vastaajien taustatiedot ja työajanseurannan tiedot.	72
Taulukko 5. Sairaanhoidopiirien A ja B ylihoitajien nimeämät lähimmät esimiehet ja alaiset.	77
Taulukko 6. Sairaanhoidopiirien A ja B ylihoitajien näkemykset tulosalueiden ja -yksiköiden johtamistehtävien vastuista.	79

Taulukko 7. Ylihoitajien arvioinnit johtamistehtävien toistumisen useudesta.	81
Taulukko 8. Ylihoitajien arvioinnit johtamisosaamisen tasosta johtamistehtävittäin.	82
Taulukko 9. Ylihoitajien arvioinnit johtamistehtävien tärkeydestä.	83
Taulukko 10. Sairaanhoidopiirien A ja B ylihoitajien työajanseurannan havainnointien prioriteetit.	83
Taulukko 11. Sairaanhoidopiirien A ja B ylihoitajien työajanseurannan havainnoinnit tulosalueen ja -yksikön johtamistehtävistä.	84
Taulukko 12. Sairaanhoidopiirien A ja B ylihoitajien työajanseurannan havainnoinnit henkilöstötoimintojen johtamistehtävistä.	85
Taulukko 13. Sairaanhoidopiirien A ja B ylihoitajien työajanseurannan havainnoinnit koulutuksen, kehittämisen ja laadunhallinnan johtamistehtävistä.	86
Taulukko 14. Sairaanhoidopiirien A ja B ylihoitajien työajanseurannan havainnoinnit sisäisen ja ulkoisen viestinnän ja yhteistyön johtamistehtävistä.	88
Taulukko 15. Sairaanhoidopiirien A ja B ylihoitajien työajanseurannan havainnoinnit oman työajan organisointiin käytetystä työajasta.	89

VAASAN YLIOPISTO**Hallintotieteiden tiedekunta**

Tekijä	Maija Aho-Koivula	
Pro gradu -tutkielma:	Hoitotyön johtajien asema ja johtamistehtävät sairaalaorganisaatiossa	
Tutkinto:	Hallintotieteiden maisteri	
Oppiaine:	Sosiaali- ja terveyshallintotiede	
Valmistumisvuosi:	2009	Sivumäärä: 119

TIIVISTELMÄ:

Tämän tutkimuksen lähtökohtana on sosiaali- ja terveysministeriön terveydenhuollon toimivuutta käsittelevä arviointiraportti (STM 1998b), jonka mukaan terveydenhuollon johtamisessa on havaittavissa johtamisvaje ja vallan ja vastuun jaon epäselvyys. Hoitotyön johtaminen on myös ollut kriittisen arvioinnin kohteena. Sitä on pidetty perinteisiin sitoutuneena ja kykenemättömänä näkemään ulkoisen ympäristön haasteita. Hoitotyön johtaminen on etsinyt asemaansa sairaalaorganisaatiossa, mistä ovat olleet osoituksena johtosääntökiistat sairaalaorganisaatioiden siirtyessä tulosjohtamisjärjestelmään.

Tämän tutkimuksen tutkimusongelmaksi määritettiin teoreettisen viitekehyksen pohjalta seuraavat tutkimusongelmat: Mitä on johtaminen sairaalaorganisaatiossa, tarkasteltuna erityisesti hoitotyön johtamisen näkökulmasta? Tutkimuksen pääongelma jakautui edelleen kahteen tarkentavaan alaongelmaan, jotka olivat: Millainen on hoitotyön johtajien asema sairaalaorganisaatiossa? Mitkä ovat hoitotyön johtajien johtamistehtävät sairaalaorganisaatiossa? ja Miten hoitotyön johtajien käyttämä työaika jakautuu suhteessa hoitotyön johtamistehtäviin sairaalaorganisaatiossa?

Keskeisenä teoreettisena viitekehyksenä on järjestelmäteoreettinen näkökulmaa sairaalaorganisaation johtamiseen, missä yhteiskunnallinen ohjaus vaikuttaa organisaation johtamistehtäviin ja niiden esiintymiseen. Hoitotyön asemaa ja johtamistehtäviä tarkastellaan hallintosäännön ja ylihoitajien määrittämänä esimies- ja alaisuutena. Hoitotyön johtamistehtävät määritettiin STM:n informaatio-ohjauksen pohjalta. Tutkimusmetodinä oli vertaileva hallintotieteellinen tutkimusmetodi. Vertailtavina kohteina olivat kahden sairaanhoitopiirin ylihoitajien asema hallintosäännössä ja heidän näkemykset asemastaan sairaalaorganisaatiossa. Toisena tutkimuskohteena olivat hoitotyön johtamistehtävät ja niiden esiintyminen hoitotyön johtamisen käytännössä. Johtamistehtävien esiintymistä tutkittiin strukturoidulla itsehavainnointiin perustuvalla työajanseurannalla (work-sampling).

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että tulosjohtamismallin mukaisessa hallintosääntöä ei tunnustettu eikä johtamisjärjestelmä ollut läpinäkyvää. Tulosjohtamisen mukaista vastuuta ei tunnustettu. Professionien vallan mukainen johtamisjärjestelmä näkyy edelleen vallan ja vastuun määrittämisessä. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvan hoitotyön kansallisen tavoite- ja toimintaohjelman hoitotyön johtamistehtävät eivät tule esiin työajanseurannan tuloksissa. Talouden ja toimintatilastojen seuranta ei liioin noussut esiin ylihoitajien käytännön työssä. Henkilöstökulujen seuranta ei noussut esiin vaikka hoitohenkilöstö on suurin yksittäinen kustannustekijä. Henkilöstön koulutus- ja kehittäminen näyttöön perustuva hoitotyö ja laadunhallinta muodostivat vain marginaalisen osan ylihoitajien työajasta. Hoitotyön johtamisen kehittämisen haasteet ovat tulevaisuudessa talouden ja näyttöön perustuva hoitotyön johtaminen.

AVAINSANAT: Johtaminen, tulosjohtaminen, sairaalaorganisaatio, hoitotyön johtajien asema, hoitotyön johtamistehtävät

1. JOHDANTO

Tämän tutkielman lähtökohtana on Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön (STM) ja Suomen Kuntaliiton vuonna 1997 yhdessä käynnistämä terveydenhuollon kehittämisprojekti. Kehittämisprojektin tuloksena julkaistiin kaksi selvitysmiesraporttia terveydenhuollon toimivuudesta. Ensimmäinen selvitysmiesraportti keskittyi asiakkaan asemaan terveydenhuoltojärjestelmässä (STM 1998a) ja toinen terveydenhuollon toimivuuteen (STM 1998b). Terveydenhuoltojärjestelmän toimivuutta oli jo aiemminkin arvioitu Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman raportissa (STM 1993). Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (STM 2002) jatkoi terveydenhuoltojärjestelmän toiminnallista arviointia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on ollut jo 1990 -luvun alusta lähtien uudistusten ja arvioinnin kohteena. Uudistukset ovat osaltaan liittyneet laajempaan julkisen sektorin hallinnon reformiin, jonka tavoitteena on ollut toiminnan tehostaminen, kustannusten kasvun hillintä, byrokratian ja asiantuntijavallan vähentäminen. Keskeisin muutos terveydenhuoltopolitiikassa oli rahoituksen jakoperusteiden ja -tavan uudistaminen, palvelutuotantoa säätelevien normien minimointi ja lääkintöhallituksen lakkauttaminen. (Lehto 2003: 237.) Rahoitusjärjestelmän uusimista edelsi erikoissairaanhoidon lain voimaantulo vuonna 1991 ja sen myötä yli 100 erikoissairaanhoidon kuntaliittoa lakkautettiin ja tilalle perustettiin 21 sairaanhoitopiiriä (STM 1998b: 15). Makrotason muutosten lisäksi 1990 -luvun lamavuosina terveydenhuollon sairaalaorganisaatiot siirtyivät linjaorganisaatiosta tulosjohtamisjärjestelmään. Tavoitteena oli tuloksellisuuden parantaminen, johtajuuden selkiyttäminen ja työntekijöiden sitouttaminen organisaation tavoitteisiin.

Terveydenhuoltojärjestelmän rakenteellinen ja toiminnallinen uudistaminen on jatkunut Kansallisella projektilla terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (STM 2002). Kansallisen projektin tavoitteena on sairaanhoitopiirien vaativan erikoissairaanhoidon päällekkäisen palvelutuotannon keskittäminen suurempiin toiminnallisiin yksiköihin. Lisäksi em. selvityksessä ehdotetaan vapaaehtoiselta pohjalta tapahtuvaa sairaanhoitopiirien toiminnallista ja hallinnollista yhdistämistä. Rakenteiden uudistamisen lisäksi

kiinnitetään huomio hoitoon pääsyn turvaamiseen, laadun hallintaan, terveydenhuollon henkilöstön osaamiseen ja johtamiseen. (STM 2002: 6–8.)

Terveydenhuoltojärjestelmä on osa julkista palvelutoimintaa, jonka tavoitteena on tuottaa kansalaisille terveydenhuollon peruspalvelut (Määttä & Ojala 2000: 14). Verovaroin tuotetun julkisen palvelutoiminnan tehtäväalue määritetään lainsäädännöllä. Julkinen toimintaympäristö ohjaa säädöksin alajärjestelmien rakenteita ja toimintaa. Julkisten palveluorganisaatioiden toimintaa ohjataan normi-, resurssi-, asiakas- ja informaatio-ohjauksella. (Uusitalo & Lönnfors 1999: 5–6.) Ohjausjärjestelmän tavoitteena on taata kansalaisille yhtäläiset palvelut maan joka osassa. Normi- ja resurssi-ohjauksesta on siirrytty kohti asiakas- ja informaatio-ohjausta jo 1980 -luvulta lähtien (Lehto 2003: 237). Asiakasohjauksen tavoitteena on asiakkaiden aseman ja palvelujen laadun parantaminen. Informaatio-ohjaus toteutetaan tuottamalla tilastoja, raportteja ja laatimalla valtakunnallisia suosituksia. Arviointiraportit ovat myös osa valtakunnallista informaatio-ohjausta. (Uusitalo & Lönnfors 1999: 5–6.)

STM:n arviointiraportin (1998b: 18–53) mukaan terveyden- ja sosiaalihuollon järjestelmä on pääosin kunnossa. Järjestelmän vahvuutena on maanlaajuinen kattavuus ja kuntien vastuulla oleva alueellinen palvelujärjestelmä. Järjestelmän heikkoutena on laitospainotteisuus, palvelujen päällekkäisyys, yhteistyö sekä palvelujen saatavuus ja laatu. Tämän tutkimuksen näkökulmasta kiinnostavia olivat arvioinnit sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden rakenteiden byrokraattisuudesta, valta- ja vastuusuhteiden epäselvyyksistä ja joustamattomuudesta. Valta- ja vastuusuhteiden epäselvyydet tulevat esiin ammattikuntien välisinä johtotehtävien jakoa koskevin ristiriitoina. Monilinjaisen johtamisjärjestelmän selkiyttäminen keinona em. raportissa esitetään toiminnallisen ja taloudellisen vastuun keskittämistä sekä päätösvallan siirtämistä toimintaprosesseista vastaaville että johtoryhmä- ja tiimityön kehittämisellä. Johtamisen kehittäminen nähdään yhtenä tärkeimmistä keinoista terveydenhuollon strategisten tavoitteiden saavuttamiseksi.

Arviointiraportissa terveydenhuollon toimivuudesta johtamisen heikkoutena esitetään lääkäreiden johtamisosaamisen puutetta (STM 1998b: 51). Kritiikkiä terveydenhuollon

johtajuuden puutteesta on kohdistettu myös johtamiseen hoitotyössä. Kankaan (1999: 92–104) mukaan terveydenhuollon johtosääntökiistat ovat vaikuttaneet omalta osaltaan järjestelmän toimivuuteen. Johtaminen hoitotyössä on hierarkkista ja moniportaista ja se perustuu tiedostomattomaan traditioon ja statuksen säilyttämiseen. 1990 -luvun johtamisjärjestelmän muutoksen seurauksena ylihoitajien asema jäi epäselväksi (Sinkkonen 1994: 192). Terveydenhuollon toimintaympäristössä tapahtuu jatkuvasti sekä rakenteellisia että toiminnallisia muutoksia. Valta- vastuu- ja johtosääntökiistat ovat edelleen olemassa, johtamiselle hoitotyössä on haettu uutta suuntaa, jossa korostuu asiantuntijuus ja ammatillinen toiminta. Hoitotyön suunta - strategia laatuun ja tuloksellisuuteen oli ensimmäinen kansallinen hoitotyön strategia, jossa tarkastellaan hoitotyön käytännön, johtamisen, koulutuksen ja tutkimuksen kehittämistä (Perälä 1997). Strategian tavoitteena oli vahvistaa hoitotyön henkilöstön sitoutumista Terveyttä kaikille vuoteen 2000 - ohjelman (STM 1993) tavoitteisiin. Vuonna 2003 valmistui Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä, joka oli ensimmäinen kansallinen hoitotyön tavoite ja toimintaohjelma (STM 2003a).

Tutkielman tavoitteet, tarkoitus ja rakenne

Tämän tutkielman tavoitteena on tarkastella johtamista sairaalaorganisaatiossa erityisesti hoitotyön näkökulmasta. Tutkielman teoreettisen viitekehyksessä organisaatiota ja johtamista tarkastellaan rakenteiden, prosessien ja henkilöstön näkökulmista. Organisaatiota ja johtamista tarkastellaan osien muodostamana kokonaisuutena. Terveydenhuoltojärjestelmä ja sairaalaorganisaation ovat osa yhteiskunnallista palvelutoimintaa. Näkökulma johtamiseen hoitotyössä on hallintotieteellinen ja siinä keskitytään johtamiseen julkisessa toimintaympäristössä. Tutkimuksen kohderyhmänä ovat kahden sairaanhoitopiirin hoitotyön keskijohdon toimijat eli ylihoitajat.

Tutkimus jakautuu kahteen alueeseen: hoitotyön johtajien asemaan ja johtamistehtäviin sairaalaorganisaatiossa. Hoitotyön johtajien asemaa tarkastellaan vertailemalla kahden sairaanhoitopiirin hallintosääntöjä ja hoitotyön johtajien näkemyksiä asemastaan organisaatiossa vallan ja vastuun suhteen. Hoitotyön johtamistehtävät ovat toinen tarkastelukohta. Teoreettisessa osassa tarkastellaan hoitotyön johtamistehtäviä järjestelmän

näkökulmasta. Hoitotyön johtamistehtävät perustuvat sekä normiohjaukseen (lainsäädäntöön) että informaatio-ohjaukseen (ohjeet, suositukset), näiden lisäksi tulevat tulosjohtamisjärjestelmän tehtävät. Sosiaali- ja terveysministeriön informaatio-ohjauksesta nostetaan hoitotyön kansallinen toiminta- ja tavoiteohjelma vuosille 2004–2007 (STM 2003a) hoitotyön johtamistehtävien määrittäjäksi. Tutkimuksen kolmantena ongelma-alueena on selvittää miten hoitotyön johtajat käyttävät työaikansa suhteessa hoitotyön johtamistehtäviin. Tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat sairaalaorganisaatio, johtaminen, tulosjohtaminen, hoitotyön johtajien asema ja hoitotyön johtamistehtävät.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että hoitotyön johtaminen etsii yhä paikkaansa terveydenhuollon järjestelmässä. Rakennenäkökulmasta tulokset osoittivat, että rakenne on tärkeä johtamisen elementti, jonka avulla voidaan selkiyttää ja tuottaa tuloksia johtamistyöhön. Tulosjohtaminen ja johtamisen järjestelmä sairaalaorganisaatiossa tarvitsevat edelleen selkiyttämistä ja hoitotyön aseman, johtamisen alan ja tehtävien määrittämistä. Hoitotyön johtajat toimivat edelleen vanhan tradition pohjalta. Perinteiset tavat näkyivät johtamistehtävien esiintymisessä. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuva hoitotyön kansallinen tavoite- ja toimintaohjelman (STM 2003a) hoitotyön johtamisen toiminta-alueet eivät tule esiin päivittäisessä johtamisessa. Kiinnostavaa olisi jatkossa selvittää ovatko STM selvitysraportit terveydenhuollon toimivuudesta vaikuttaneet johtamisen toimintakäytäntöihin vuoden 2003 jälkeen. Oman mielenkiintoisen tutkimuskölkulman muodostaisi myös sairaanhoitopiirien hallintosääntöjen vertailu ja niissä tapahtuneet valta- ja vastuusuhteiden muutokset normi- ja informaatio-ohjauksen aikakautena.

Tämän pro gradu -tutkielman empiirinen tutkimusosa on toteutettu vuonna 2003. Tutkielman aloittamisen ja lopullisen valmistumisen aikana terveydenhuoltojärjestelmässä on tapahtunut lukuisia muutoksia. Vuoden 2009 alussa STM:n virastojen ja laitosten nimet muuttuivat. Tässä tutkielmassa käytetään vuoden 2003 aikaisia nimiä ja lyhenteitä. Tutkielman tulokset kuvaavat vuoden 2003 aikaista tilannetta hoitotyön johtamisen asemassa ja tehtävissä. Sinänsä tutkielman tulokset luovat mahdollisuuden vertailevalle jatkotutkimukselle etenkin kun useimmissa sairaanhoitopiireissä hallintosääntöjä on uudistettu vuoden 2003 jälkeen.

2. JOHTAMINEN

Johtamisen -käsitettä on kuvattu aktiivisena toiminta organisaatiossa ja sen tavoitteena on saada ihmiset asettamaan tavoitteita, tekemään työtä ja saavuttamaan tuloksia. Johtaminen on vaikuttamista ja taitoa saada muut toimimaan organisaation tavoitteiden saavuttamiseksi. Johtaminen on kaikille organisaatioille ominainen ja olennainen tehtävä ja sen tarkoituksena on varmistaa organisaation perustehtävän toteutuminen. (Drucker 2000: 20.) Johtaminen on organisaation olemassaolon kannalta olennainen toiminto ja toimintana se on laaja osatoiminnoista muodostuva kokonaisuus. Druckerin (2000: 22, 54) mukaan organisaatio on työkalu, joka auttaa yhdessä työskenteleviä ihmisiä tekemään työtään tuottavasti. Johtaminen tapahtuu organisaation määrittämässä kontekstissa. Johtaminen tapahtuu organisaation sisällä mutta sen tuloksia arvioidaan sekä organisaation sisä- että ulkopuolelta. Johtamisen käsitteen tarkastelemisen ydin on ymmärtää organisaatio osien muodostamana kokonaisuutena.

Organisaatioteoriat ovat Hatcin (1997: 9) mukaan teorioita, joiden päämielenkiinnon kohteena ovat organisaatio ja siinä tapahtuvat ilmiöt. Organisaatioteoriat tarkastelevat organisaatiota erilaisista näkökulmista ja niillä on erilaisia painotuksia. Juuti (1989: 7) on todennut, että johtamis- ja organisaatioteoriat ja -mallit kykenevät kuvaamaan vain tietyn osan organisaation ja johtamisen kokonaisuudesta. Tässä tutkimuksessa johtamisen tarkastelu aloitetaan selvittämällä organisaatiota systeemi- ja kontingenssiteorian ja eri organisaatiokoulukuntien näkökulmista.

2.1. Organisaatio

Etzionin (1964: 9–10) mukaan termi organisaatio viittaa suunniteltuihin yksikköihin, jotka on määrätietoisesti rakennettu eräiden tavoitteiden saavuttamista varten. Organisaatiot ovat sosiaalisia yksiköjä, joita rakennetaan jatkuvasti erityyppisiin päämääriin pyrkimiseksi. Organisaation on sekä taloudellinen että sosiaalinen järjestelmä, joka toimii avoimena ympäristönsä kanssa vuorovaikutuksessa olevana organaana. (Juuti 1989: 207–209; Drucker 2000: 22, 375; Kourтели 2000: 408.) Organisaatio on työkalu, joka

auttaa yhdessä työskenteleviä ihmisiä tekemään työtään tuottavasti. Vuorovaikutuksen mukaisesti organisaatio osallistuu aktiivisesti oman toimintaympäristönsä ja ympäristön tapahtumien muokkaamiseen. (Sarala & Sarala 1996: 11–15.) Organisaatioympäristöllä tarkoitetaan kaikkea sitä, mitä on organisaation rajojen ulkopuolella ja mikä voi jollain tavalla vaikuttaa organisaatioon (Nikkilä 1992: 57). Organisaatio on dynaaminen, monitahoinen ja monisyinen todellisuus, jota rytmittävät ja säätelevät monet psykologiset ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyvät tekijät sekä infrastruktuuri (Strömmer 1999: 109; Kourteli 2000: 412).

Systeemi- eli järjestelmäteoria ja kontingenssi- eli tilanneteoria näkyvät edellä esiteytyissä organisaation kuvauksissa. Systeemiteoreettinen tarkastelu huomioi organisaatiota kokonaisvaltaisesti ja organisaatio nähdään osajärjestelmien muodostamana kokonaisuutena. Organisaation toimintaympäristö voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen ympäristöön. (Etzioni 1964: 9–11.) Sisäinen ympäristö muodostuu toisiinsa yhteydessä olevista ala- tai osajärjestelmistä, joilla on oma tehtävänsä organisaatiokokonaisuudessa. Ulkoista ympäristöä voidaan tarkastella kahdesta tasosta. Ympäristö voidaan nähdä ensiksi sosiaalisena eli yleisenä ympäristönä, joka käsittää ympäröivän yhteisön, sen tekniikan, talouden, arvot, normit ja poliittisen järjestelmän. Toiseksi sitä voidaan tarkastella toimintaympäristönä eli erityisympäristönä, jolla tarkoitetaan sitä kokonaisuuden osaa, jonka kanssa organisaation on panos- ja tuotosvaihdantasuhteessa ja joka vaikuttaa organisaatioon suhteellisen välittömästi. (Nikkilä 1992: 57; Kourteli 2000: 408.)

Järjestelmäteorian mukaan organisaatio voi olla avoin tai suljettu. Suljetussa järjestelmässä ympäristö on stabiili, jolloin organisaatio keskittyy oman sisäisen tasapainon ylläpitämiseen. Avoimessa järjestelmässä organisaation on olemassa vain osana ympäristöä ja organisaation selviytyminen edellyttää organisaation merkityksen ja päämäärän sovittamista ympäristön osana. Teorian mukaan organisaation sisäisen ja ulkoisen ympäristön yhteensopimattomuus johtaa epäonnistumiseen. (Jones & Ryan 2002: 164.) Kontingenssiteorian mukaan organisaatio on jatkuvasti muuttuva sekä rakenteellisesti että toimintatavoiltaan. Avoin järjestelmä reagoi jatkuvasti ympäristöstä tulevaan syötteeseen muuntaen ne omaan toimintaansa ja antamalla takaisin oman palautteensa. (Bassett & Carr 1996: 37; Takala 1999: 149–159.)

Organisaatioympäristö voi olla vakaa tai dynaaminen. Dynaaminen organisaatioympäristö edellyttää joustavaa organisaatorakennetta sekä nopeaa tiedonkulkua että eri tasojen ja asiantuntijoiden välistä yhteistoimintaa. Organisaatioympäristön muuttuessa yhä turbulentimmaksi myös organisaatioilta vaaditaan jatkuvaa uudistumista ja oppimista. Organisaatio hakee ulkoista palautetta ja muuttaa toimintaansa, rakennetta ja tehtäväjärjestelyjä joustavasti. (Juuti 1989: 108, 233, 241.) Strömmerin (1999: 28) mukaan erilaiset toimintaympäristöt asettavat organisaatioille erilaisia vaatimuksia mikä edellyttää organisaation sisäiseltä järjestelmältä muutosherkkyyttä. Organisaatio on riippuvainen ympäristön voimavaroista selviytyäkseen ja toisaalta toteuttaakseen omaa tarkoitustaan (Harmon & Mayer 1986: 158; Juuti 1989: 208).

Organisaation alajärjestelmät

Etzionin (1970: 40) mukaan organisaatiot perustuvat useiden kerrostumien yhdistelmään, jotka eroavat toisistaan erikoistumisen asteessa. Organisoinnilla tarkoitetaan alajärjestelmien järjestämistä ja järjestelyä toimivaksi kokonaisuudeksi ja siihen liittyy tarkoituksenmukaisuuden käsite (Tiusanen 2001: 32).

Organisaation alajärjestelmiä voidaan tarkastella eri suunnilta. Strömmer (1999: 27) on jäsentänyt organisaation kokonaisjärjestelmää rakenteiden, prosessien ja inhimillisten osajärjestelmien tasoihin. Organisaatiota voidaan tarkastella myös organisaatioiden välisinä, organisaation sisäisinä ja organisaation ja ihmisten välisinä alueina (Harmon & Mayer 1986: 19–28). Hersey'n & Blanchardin (1990: 8–10) mukaan organisaatio muodostuu inhimillis-sosiaalisesta, hallinnollis-rakenteellisesta, informaatio-päätöksenteko ja taloudellisteknologisesta osajärjestelmästä. Drucker (2000: 189–198) näkee organisaation toimintojen, päätöksenteon, vallan ja vuorovaikutuksen suhteina. Takalan (1999: 150–151) mukaan kontingenssiteoria jakaa organisaation alajärjestelmät strategiseen valvontaan, toiminnalliseen, inhimilliseen ja johdon järjestelmiin. Salmisen (1995: 17–18) mukaan organisaatio muodostuu sosiaalisesta rakenteesta ja toimintarakenteesta, organisaation osallistujista eli yksilöistä, tavoitteista, teknologiasta ja organisaation ympäristöstä.

Bolman ja Deal (1991) ovat tarkastelleet organisaatioteorioita ja muodostaneet niistä neljä kehystä, jotka ovat: rakenne, inhimilliset voimavarat, poliittinen ja symbolikehys. Rakennekehyksessä ovat organisaation tavoitteet, roolit ja menetelmät, jotka korostavat organisaatorakenteiden vastaavuutta tavoitteiden ja ympäristön vaatimusten kanssa. Inhimillisten voimavarojen kehyksessä kuvataan ihmisten ja organisaatioiden molempuolista riippuvuutta. Poliittisessa kehyksessä tuodaan esiin valta, konfliktit ja niukkojen voimavarojen jakaminen sekä edelleen vallankäyttö, koalitiot ja konfliktien hallinta. Symbolikehyksessä painottavat asioiden ja ilmiöiden saamat tulkinnat, ihmisten sitoutuminen organisaatioon, informaatiojärjestelmä ja kulttuuri.

Organisaatiokoulukunnat tarjoavat eri näkökulmia organisaation kokonaisuuden ja sen osien muodostaman kokonaisuuden jäsentämiseen. Klassinen organisaatioteoreettinen koulukunta tarkastelee organisaatiota työn- ja vastuunjakoon liittyvinä kysymyksinä. Työnjako tulisi tapahtua tarkoituksen perusteella eli tiettyyn prosessiin liittyvä työ tulisi ryhmittää yhteen. (Juuti 1989: 228.) Tieteellinen liikkeenjohto keskittyi työntutkimukseen ja -optimointiin etsien parasta työsuorituksen menetelmää. Organisaatioon luotiin hierarkia, jolla valvottiin alempien tasojen toimintaa. Tavoitteena oli löytää sellainen organisaatorakenteen muoto, jossa organisaation sisäinen tehokkuus olisi mahdollisimman hyvä. Byrokratia organisaatiomuotona pyrki niinkään rationaalisuuteen, ennustettavuuteen ja tehokkuuteen. Klassisen organisaatioteorian heikkoutena oli, ettei se huomionnut ihmistä ja organisaatio oli mekanistinen. (Juuti 1989: 239–240; Strömmer 1999: 27; Hasenfeld 1992: 29, 190.) Teknologialla ja organisaation koolla on merkitystä organisaatorakenteeseen ja hierarkiaan. Teknoliateoreetikot ovat tutkineet teknisten työmenetelmien ja tuotantojärjestelmien vaikutusta organisaation toimintaan todeten, että organisaatiot ovat melko samantyyppisiä samaa teknologiaa käyttävissä yrityksissä. Talousteoreettinen näkemys organisaatioista korostaa voiton maksimointia ja kilpailua muiden organisaatioiden kanssa. (Honkanen 1989: 21.)

Päätöksentekoteoria tuo toisen näkökulman organisaation alajärjestelmiin keskittyen organisaation päätöksentekoon ja työn järjestelyyn. Päätöksenteon merkitystä korostava suuntaus painotti organisaatioiden erilaisuutta ja päätöksenteon rationaalisuuden rajoituksia. Organisaatiossa oli vertikaalinen, valtaan perustuva ja päätöksentekoa korostava

työjako. Teorian mukaan yleinen päätöksenteko keskittyy huipulle, menettelytapoihin liittyvä keskitasolle ja työsuoritukseen liittyvä alimmille tasoille. (Etzioni 1970: 38–49; Takala 1999: 134.)

Ihmissuhdekoulukunnan tavoitteena oli luoda organisaatio, missä ihminen voi toteuttaa ja kehittää itseään samalla kun hän tavoittelee organisaation päämääriä. Ihmissuhdekoulukunnan behavioristinen ja organisaatiohumanistinen suuntaus tarkastelivat organisaatioiden epävirallisia puolia kuten asenteita sekä ihmisten ja ryhmien välisiä vuorovaikutussuhteita. Humanistinen suuntaus painotti ihmisten motivaatiota ja itsensä toteuttamista organisaatiossa. (Strömmer 1999: 25–26; Juuti 1989: 230–231.)

Rakennekoulukunnan näkemyksen mukaan organisaatio on suuri mutkikas sosiaalinen yksikkö, jossa monet ihmiset ovat keskenään vuorovaikutussuhteessa. Konfliktit ovat osa organisaation arkipäivää ja niiden salliminen ja käsitteleminen luo mahdollisuuden myönteisiin vaikutuksiin itse organisaation järjestelmässä. (Etzioni 1970: 67–70.) Koulukunnan mukaan organisaation tarpeiden ja sen jäsenten tarpeiden välinen ristiriita korostuu erityisesti valvonnassa. Koulukunta toi lisäksi esiin formaalit ja informaaliset suhteet ja erilaisten ryhmien olemassaolon organisaatiossa. Rakennefunktionaalinen lähestymistapa korosti organisaation toiminnallisten osien merkitystä kokonaisuudessa ja siinä pyrittiin yhdistämään sekä inhimilliset että rakenteelliset tekijät (Takala 1999: 112–116, 132–154). Organisaatioteorioiden ja -mallien tavoitteena on auttaa jäsentämään ja luomaan järjestystä sekä kehittämään omaa toimintaa ja koko organisaatiota (Sarala ym. 1996: 12–13).

Organisaation rakenteet edustavat makronäkökulmaa organisaation johtamisessa kun taas prosessit ja inhimilliset osajärjestelmät edustavat mikronäkökulmaa organisaation toiminnallisessa ytimessä. Henkilöstö on organisaation inhimillinen resurssi ja siinä tarkastellaan henkilöstöön liittyviä toimia sekä yksilön ja organisaation välisiä suhteita. (Salminen 1995: 8–9.) Organisaation johtamista tarkastellaan jatkossa kolmesta näkökulmasta, jotka ovat rakenne, prosessit ja henkilöstö.

2.2. Johtaminen organisaation rakenteen näkökulmasta

Organisaatorakenne kuvastaa alajärjestelmien suhteita toisiinsa sekä valta ja hierarkiasuhteita. Tilanneajattelun mukaisesti Drucker (1999: 191) toteaa, ettei ole olemassa yhtä ainoa oikeaa organisaatorakennetta vaan organisaatio luo itselleen sille parhaiten sopivan järjestelmän. Strömmerin (1999: 108–110) mukaan rakenteessa painottuu organisatorinen näkökulma, jossa tarkastellaan organisaation toiminnallisia kokonaisuuksia, vallan- ja vastuunjakoa, informaatiovirtoja ja rakenteiden joustavuutta. Rakenne on johtamisen väline, joka tehokkaimmillaan mahdollistaa vastaamisen toimintaympäristön muutospaineisiin. Rakenne kuvaa sitä, miten ihmiset ovat järjestäytyneet tehtäviin ja toisiinsa nähden päästäkseen heille asetettuihin tavoitteisiin.

Organisaatorakenteen tulee olla yhteensopiva organisaation strategian kanssa muodostaen johtamisen toimintakentän (Stömmer 1999: 108; Drucker 2000: 29). Rakennenäkökulma painottaa organisaation tavoitteita, rooleja ja menetelmiä sekä organisaatorakenteiden vastaavuutta tavoitteiden ja ympäristön kanssa. Kaikilla organisaatioilla on tavoitteita, päämääriä, rajoitteita, auktoriteetin tasoja, kommunikaatiojärjestelmiä, koordinoitumekanismeja ja organisaatiolle ominaisia sääntöjä ja ohjeita. Rakenne on siis muutakin kuin laatikoita ja linjoja, jotka on järjestetty hierarkkisesti organisaatiokartaksi. Bolmannin ja Dealin (1991: 45–46) mukaan rakenteella on tärkeä merkitys organisaation suorituskyvyille.

Druckerin (2000: 22–29) mukaan tavoitteet, teknologia ja strategia säätelevät organisaatorakennetta. Organisaatorakenteeseen liittyy hänen mukaansa edelleen muutamia periaatteita. Ensimmäinen on organisointia koskeva periaate eli organisaation tulee olla läpinäkyvä. Läpinäkyvyydellä tarkoitetaan, että ihmisten täytyy tuntea ja sisäistää organisaatorakenne, jossa heidän on määrä tehdä työtä. Toinen periaate on, että jollakulla organisaation jäsenellä tulee olla valtuudet tehdä lopullinen päätös tietyllä alueella. Kolmanneksi jonkun on otettava kriisitilanteessa ohjaket käsiinsä ja neljänneksi vallan rinnalle tarvitaan vastuuta. Johdon tulee etsiä, kehittää ja testata tehtävään soveltuvaa organisaatorakennetta. Strömmerin (1999: 108) mukaan organisaatiot joutuvat muut-

tamaan usein rakennetaan. Tämän vuoksi tarkastelun painopiste tulisi olla prosesseissa ja toiminnassa, joita tukemaan kehitetään tilanteeseen sopiva rakenne.

Juutin (1989: 209–211) mukaan jokaisella organisaatiolla on rakenteensa, jossa on määritelty toiminnot ja niiden väliset suhteet. Rakenteen luomisella mahdollistetaan ihmisten ja ryhmien välinen yhteistyö ja otetaan kantaa työnjakoon. Organisaation johto määrittelee rakenteen. Organisaatorakenteessa toiminnalliset kokonaisuudet ovat toisiinsa nähden vertikaalisesti ja horisontaalisesti järjestyneitä. Vertikaalinen rakenne ilmenee päällekkäisissä tasoissa eli hierarkiatasojen määrässä ja järjestyksessä. Horisontaalinen erilaistuminen kuvaa yksikköjen, osastojen ja ihmisryhmien välisten toiminnallisten kokonaisuuksien välistä suhdetta ja osien keskinäistä yhteensopivuutta, integraatiota ja koordinaatiota sekä rinnakkaisia tehtäväkokonaisuuksia tai tehtäviä, jotka ovat vaativuudeltaan tai asemaltaan suurin piirtein samantasoisia. (Takala 1999: 149, 152–153; Juuti 1989: 211–212; Strömmer 1999: 111.)

Organisaatorakenteen vertikaalisuuden ja horisontaalisuuden lisäksi voidaan päätöksentekoon liittyen lisätä keskityksen, hajautuksen ja muodollisuuden asteet. Hajautuksen ja keskityksen asteella tarkoitetaan päätöksenteko-oikeutta. Keskitetyissä organisaatioissa vain jotkut tekevät päätöksiä ja voivat olla mukaan valmistelussa. Hajautus tarkoittaa päätöksenteon delegointia alemmille hierarkiatasoille. (Juuti 1989: 212–213.) Druckerin (1999: 211, 219) mukaan hajauttaminen terminä on harhaanjohtava, koska jokainen organisaatio tarvitsee voimakkaan ohjauksen asettamalla selkeät, tarkoituksenmukaiset ja korkeat tavoitteet organisaatiokokonaisuudelle.

Muodollisuudella tarkoitetaan sitä, missä määrin organisaatiossa oletetaan noudatettavan kirjallisia sääntöjä ja pysyvää määräätyksiä ja missä määrin työt on standardoitu (Juuti 1989: 213). Druckerin (2000: 44–52) mukaan johtamisen rajat määräytyvät juridisesti ja poliittisesti. Johtamisen painopiste on organisaation sisällä mutta organisaatiota ei voi johtaa suljetun järjestelmän oppien mukaisesti vaan osana laajempaa yhteiskuntajärjestelmää. Etzionin (1970: 16) mukaan useimmat organisaatiot ovat vähemmän autonomisia kuin ensi silmäykseltä näyttää. Organisaatioon kohdistuu ulkopuolista valvontaa ja toisaalta organisaatio valvoo omaa sisäistä toimintaansa. Valvontakeinoja

käytetään Etzionin (1970: 88, 105–106) mukaan kaikissa organisaatioissa vahvistamaan toimintavaatimusten asettamia normeja. Organisaation toiminta-alan laajuudella on merkitystä valvonnan määrään ja asteeseen. Normatiivinen valvonta korostuu erityisesti sellaisissa organisaatioissa, joilla on suuri vaikutusala ja jotka asettavat normeja organisaation ulkopuoliseen toimintaan. Organisaation ja sen jäsenten tarpeiden välinen jännitys on ilmeisintä juuri organisatorisen valvonnan alueella. Yhteiskunnan poliittinen järjestelmä, lainsäädäntö, sidosryhmät, ja arvot vaikuttavat organisaation muodollisuuden asteeseen. Yhteiskunnan valvonta ja ohjaus ovat organisaation arkipäivää vaikuttaen organisaation rakenteeseen toimintaprosesseihin ja henkilöstöön. Ympäristöajattelun mukaisesti organisaation tulee toimia sopuosoinnussa ja yhteistyössä ympäröivän yhteiskunnan ja ulkoisen valvonnan ja normien kanssa. (Salminen 1995: 8.)

Organisaatiomallit kuvaavat organisaation järjestäytynyttä työnjakoa, valta ja vastuusuhteita. Strömmer (1999: 116) jakaa organisaatorakenteet byrokraattis-rationaaliiseen, prosessi- ja projektiorganisaatioon, tiimi- ja verkosto-organisaatioon. Byrokraattis-rationaalisia organisaatioita ovat klassiset organisaatio-rakenteet: linja-, linja-esikunta-, toimintokohtainen ja matriisirakenne. Linjaorganisaatio on Juutin (1989: 214–219) mukaan organisaatorakenteen perusmalli. Siinä valta- ja vastuusuhteet on helposti rajattavissa. Linja-esikuntaorganisaatiossa asiantuntijat muodostavat palvelevan ja avustavan erillisen elimen, joka on kuitenkin kehityksen myötä muuttunut toimintaa ohjaavaksi ja aiheuttanut valta- ja vastuusuhteiden hämärtymistä. Toimintokohtaisessa eli funktionaalisisessa organisaatorakenteessa rakenteen perustana on samaa toimintaa toteuttavan yksikön muodostaminen, se on muodollinen ja hierarkkinen. Erikoistumisen aste on toimintokohtaisessa organisaatiossa korkea. Funktionaalisen organisaation heikkoutena on yksikköjen välinen kilpailu.

Tulosjohtaminen organisaation rakenteen näkökulmasta

Tulosjohtamismalli on Lumijärven ja Salon (1996: 13) mukaan moniaineksinen johtamismalli, jossa perinteisten johtamiskoulukuntien tietämystä pyritään yhdistämään uuteen johtamissynteesiin. Tulosityksikköorganisaation perusmalli muodostuu pienistä ja joustavista yksiköistä. Etuna on, että yhden johtajan alaisuudessa ovat kaikki ne toimin-

not, joita tarvitaan yhden tuotteen toimittamiseen. Salmisen (1995: 131) mukaan tulosjohtamisessa johtaminen ymmärretään laajasti ja siinä on erotettavissa useita ulottuvuuksia. Peruskriteerinä on tulosten suhde asetettuihin tavoitteisiin. Tuloksellisuus -käsite pitää sisällään tuottavuuden, taloudellisuuden, vaikuttavuuden, laadun ja palvelukyvyn. Tulosohjausjärjestelmä edellyttää tavoitteiden yhteensovittamista, sopimista ja monessa portaassa tapahtuvaa tavoitteiden asettamista. (Lumijärvi ym. 1996: 18–19.) Nissinen (1989: 54) kuvaa tulosjohtamista menetelmänä ja ajattelutapana, jossa halutaan ratkaista organisaation johtamiseen, kehittämiseen ja suunnitteluun liittyvät kysymykset kokonaisuutena. Tulosjohtamisen kokonaisviitekehys muodostuu viidestä keskeisestä osasta: kulttuurin muutosprosessista, tulosten ja voimavarojen suunnittelusta, tulosten aikaansaamisesta asioita ja ihmisiä johtamalla, tulosten ja voimavarojen mittaamisesta ja kehittämisestä.

Tulosjohdetun organisaation rakenne tulisi muodostaa niin, että tulosityksiköt muodostaisivat suoraan osan koko yrityksen tuloksesta. Niillä tulisi olla riittävästi päätösvaltaa ja muista erillinen tehtävä. (Hopkins 1979: 164; Vuorela 1993: 21.) Mäkelän (1994: 36) mukaan tulosityksikköorganisaation käyttöönoton perimmäisenä tarkoituksena on voittaa funktionaalisen ja sektorijakoisen organisaation jäykkyys. Tulosityksiköiden toimintaa ohjataan tulostavoitteilla, jotka eivät koske suoritteiden määriä vaan kokonaistulosta ja yksiköiden suhdetta toimintakenttäänsä. Tulosjohdetun organisaation rakennetta on myös kuvattu hierarkkiseksi ja pyramidimaiseksi, missä pyramidin huipulla on johtaja hänen alaisuudessaan alayksiköiden johtajat. Valta on keskittynyt eri tasojen johtajille, jotka hallinnoivat koko yksikköä. (Passl 1993: 137.)

Tulosorganisaatiossa jokaisella johdon tasolla on omat johtamistehtävänsä. Organisaatorakenne muodostuu johtoryhmästä, tulosalueista, tulos- ja vastuuyksiköistä. Tulosjohtamisessa huomio kiinnittyy organisaation osiin ja pienempien yksiköiden tuloksellisuuteen. Tulostavoitteet kehitetään organisaation osayksiköille, joiden resurssien käyttöä kontrolloidaan. (Nissinen 1990: 47.) Tuloskeskustelut muodostavat tärkeän osa henkilöstön sitouttamisessa organisaation tavoitteisiin (Rodgers & Hunter 1992: 27). Tuloksellisuuteen liittyy myös henkilöstön palkitseminen tulospalkkauksella, jota voidaan pitää kannustinjärjestelmänä. Tulosjohtamisen idea on yksiköille ja yksilöille työn

tarkoituksen kirkastaminen. (Nissinen 1990: 47.) Tulosjohtamismallissa on kuitenkin todettu olevan päällekkäisyyksiä pienten yksiköiden pyrkiessä laajentamaan toimintaa aluettaan. Lisäksi tulosityksikköorganisaatioissa esiintyy jatkuvaa tasapainottelua keskusjohdon ja yksiköiden välillä. (Juuti 1989: 218–219.)

2.3. Johtaminen organisaation prosessien näkökulmasta

Organisaation prosesseilla tarkoitetaan toisiinsa liittyvien toimintojen ja tehtävien muodostamaa kokonaisuutta. Toimintaprosessit ovat ryhmä loogisesti yhteenkuuluvia toimintoja ja päätöksiä, joilla hallitaan resursseja. Toiminto määritetään edelleen joukoksi tehtäviä. (Hannus 1993: 41, 47; Toni & Tonchia 1996: 222.) Lumijärven, Kiiskisen ja Särkilahden (1995: 9–10, 22) mukaan prosesseilla tarkoitetaan liiketoiminto- ja ydin toimintoketjuja. Prosessiorganisaatioissa organisoidutaan toimintoketjuittain ja johtamisen tarkoituksena on johtaa toimintoja ja hallita toimintoketjuja. Organisaation nähdään systeeminä, jossa yksittäinen työtehtävä nähdään osana kokonaista tuotantoprosessia. Tavoitteena on jokaisen yksittäisen henkilön ajattelun muuttaminen niin että he ajattelevat enemmän prosessia kuin yksittäistä työtehtävää. (Tuomi 2000: 249.)

Druckerin (1999: 6–7) mukaan johtamisen kolme aluetta ovat liiketoiminnan johtaminen eli toiminnan johtaminen, johdon ja henkilöstön johtaminen. Näitä kolmea johtamisen aluetta voidaan tarkastella erikseen, mutta päivittäisessä johtamisessa niitä on vaikea erottaa toisistaan. Liiketoiminnan johtaminen on Druckerin (1999: 16) mukaan ensisijaista, koska yritys on ekonomisen instituutio. Johtajien perustehtävä on johtaminen ja sitoutuminen yrityksen tavoitteisiin, heillä on oltava riittävästi valtaa ja heidän tulee ohjata ja valvoa suoritustavoitteita.

Johtaminen on oma prosessinsa. Johtamista voidaan tarkastella päätöksenteon prosessina, joka muodostuu useista rinnakkaisista ja päällekkäisistä prosesseista. Etzionin (1970: 49) mukaan päätöksenteko on jaoteltu osiin niin, että korkeammalla tasolla mahdollisuudet päätöksentekoon ovat suuremmat kuin alemmilla hierarkian tasoilla. Organisaation toiminta on tehokasta, jos yleinen päätöksenteko keskittyy huipulle, menettelyta-

poihin liittyvä keskitasolle ja varsinaisten työsuoritusten alimmille tasoille. Johtamisen tasot ovat strateginen, johtotaso ja operationaalinen taso ja myös johtoryhmä, ylin johto, keskijohto ja työnjohtotasot. (Ruohotie & Honka 1999: 195–196.)

Ylimmän johdon tehtävänä on strateginen johtaminen, joka jakautuu liiketoimintastrategiaan ja henkilöstöstrategiaan. Liiketoimintastrategialla määritetään yleinen suunta ja tavoitteet organisaatiolle, henkilöstöstrategia määrittelee minkälaisilla henkilöstöresursseilla yritys saavuttaa asettamansa tavoitteet. (Sydänmaanlakka 2000: 127–128.) Organisaation ylimmän johdon tehtävä on ohjata organisaatiota toimimaan asettamiensa tavoitteiden tai sille asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Strategisen johtamisen kaksi keskeistä tehtävää ovat toiminnassa noudatettava strategian määrittäminen ja toiminnan organisointi. Lisäksi johdon tehtävä on yhdistää eri alojen osaajien työpanos yhteisen strategisen linjauksen taakse. Organisaation menestys perustuu viimekädessä siihen kuinka hyvin se pystyy toteuttamaan liiketoiminnan ydintehtävät. Ulkoisen ja sisäisen toimintaympäristön mahdollisuuksien ja uhkien määrittäminen muodostaa organisaation kilpailustrategian. Toimintaympäristön analysointi merkitsee myös ulkopuolisen kontrollin ja rajoitteiden analysointia. (Kauhanen 1997: 11–12.)

Ylimmän johdon tehtävät asettuvat strategiaan ja johtajien johtamiseen. Funktionaalisessa organisaatiossa tehtäväkokonaisuudet muodostavat omat prosessinsa. Johtaminen voidaan nähdä omana prosessinaan, millä tarkoitetaan sitä, että johtamista voidaan tarkastella toimintojen ketjuna. Temmes, Kiviniemi ja Peltonen (2001: 20) tarkastelevat johtamista johtamistoimintojen mukaan. Johtamistoimintojen prosessinäkemyksessä perustuu toimintojen suunnittelun, päätöksenteon, toimeenpanon ja valvonnan hahmottamiseen ketjuna etenevänä prosessina. Esimiestoiminnan funktioita ja johtajan tehtäviä on kuvattu POSDCORB (Planning, Organizing, Staffing, Directing, Co-ordinating, Reporting, Budgetin) -elementtien avulla. Elementit kuvaavat niitä tehtäviä, joiden avulla organisaation päämäärät saavutetaan. POSDCORB -elementit muodostuvat suunnittelusta, organisoinnista, henkilöstön hankinnasta, ohjauksesta ja johtamista, yhteistyöstä, raportoinnista ja budjetoinnista. Suunnittelu on päämäärien ja tavoitteiden asettamista organisaatiolle, organisointi on resurssien yhdistämistä eli integroimista. Motivointi on suunnittelun ja organisoinnin ohella merkittävä työntekijöiden suoritukseen vaikuttava

tekijä. (Gulick ja Urwick 1937, lainaus teoksessa Salminen 2004: 27–28.) Valvonta sisältää palautteen tuloksista ja se sisältää myös seurannan, jotta tavoitteiden saavuttamista voidaan arvioida (Hersey & Blanchard 1990: 6–7).

Tulosjohtaminen organisaation prosessien näkökulmasta

Tulosjohtamista kuvataan jatkuvuuteen perustuvana prosessina. Tulosorientoituminen on tavoite- ja tehtäväkeskeistä ja sitä voidaan pitää järjestelmälähtöisenä ajatteluna ja strategiana. Tulosjohtamisessa voidaan erottaa strategisen suunnittelun prosessi, sopiminen ja toimeenpano toteutusprosessina, henkilöstön motivointi ja sitouttaminen prosessina, seuranta ja tuloksellisuuden arviointi- ja palauteprosessi. (Salminen 1995: 134.) Tulosjohtamisen strateginen prosessi perustuu kolmeen tekijään: tavoitteiden asettamiseen, tavoitteiden saavuttamiseen ja tulosten mittaamiseen (Passl 1993: 138). Tavoitteiden asettamiseen liittyy prioriteettien ja posterioriteettien asettaminen (Rodgers & Hunter 1992: 27). Punaisena lankana tulosjohtamisessa on prosessin ulottaminen läpi koko organisaation aina yksilötasolle saakka. Osallistavalla johtamisella pyritään edistämään sitoutumista tavoitteisiin. Jokaisella organisaation tasolla tehdään organisaation strategian mukaiset yksikötason tavoitteet, jotka ulotetaan kehityskeskustelujen kautta yksilötasolle. Tulosjohtamisen prosessissa strateginen ja päivittäinen johtaminen muodostavat jatkumon. (Asikainen 1990: 54, 62, 68.) Tulosjohtamisen epäonnistumisen suurimpana syynä pidetään johtajien heikkoa sitoutumista ja osallistumista sekä prosessin ohjausta ylhäältä käsin (Rodgers & Hunter 1992: 27). Toisaalta tulosjohtamisjärjestelmän hylkäämisen syynä on ollut puuttuva suunnitelmallisuus ja tulosjohtamisaikataulun noudattamattomuus (Hollman & Tansik 1992: 678).

Operationaalisella tasolla johtaminen merkitsee ydin- ja tukiprosessien muodostamien kokonaisuuksien toiminnallista johtamista. Toiminnan ja työn johtaminen merkitsee varsinaista tuotannollisten prosessien johtamista. Tuotannon johtamisessa korostuu asiantuntijuus ja osaaminen sekä toisaalta tuotannon tehokkuusvaatimukset eli tavoitteiden saavuttaminen. Yhteistyö, koordinaatio ja integraatio ovat keskeisiä saumattomien ketjujen aikaansaamiseksi. Järvisen (2001: 27–28) mukaan toiminnan keskeisenä lähtökohtana on perustehtävä, jolla tarkoitetaan tietämystä siitä miksi tämä paikka on ole-

massa, mitä pitäisi tehdä ja aikaansaada. Jokaisen organisaation jäsenen tulisi toimia perustehtävän mukaisesti ja ymmärtää oman tehtävänsä yhteys tuotanto- ja palveluprosesseihin ja nähdä osuutensa osana koko yrityksen toimintaa. Tulosjohtamisen prosessin ensimmäisessä vaiheessa korostuu yhteisen tavoiteperustan asettaminen, joka kuluu perustehtävään ja prosessin kehittämiseen (Nissinen 1990: 50).

Prosessien johtamisella tarkoitetaan kokonaisten toimintoketjujen ja palveluprosessien kehittämistä määrittämällä organisaation ydin ja tukiprosessit (Sarala ym. 1996: 39–40). Ydin- tai perustehtävän johtamiseen tarvitaan substanssin hallintaa, joka edellyttää johtajalta sekä substanssiosaamista että johtamistaidollisia vaatimuksia. Strategisen osaamisen johtamisella tarkoitetaan sekä tiedon ja oppimisen strategista tasoa, jossa uudistuminen edellyttää jatkuvaa tiedon hankintaa, analysointia ja soveltamista. Operatiivisella tasolla toteutuu käytännön tietoaineksen siirto varsinaiseen tuotantoon. (Kirjavainen & Laakso-Manninen 2000: 153, 195–197.) Operationaalisen tason johtaminen on päivittäistä johtamista.

2.4. Johtaminen organisaation henkilöstön näkökulmasta

Organisaatiota kuvattiin alkuvaiheessa ihmisten muodostamana sosiaalisena yhteisönä, jonka tarkoituksena yhdessä työtä tekemällä saavuttaa organisaation asettamat tavoitteet. Drucker (1999: 259–264) toteaa, että organisaation ja ihmisten välinen suhde on kaksisuuntainen. Ihmiset tarvitsevat organisaatiota omien tarpeiden toteuttamiseksi ja organisaatiot tarvitsevat ihmisiä tavoitteiden saavuttamiseksi. Henkilöstö on voimavara, jonka avulla liiketoimintastrategia ja tuotannolliset prosessit toteutetaan.

Inhimillisten voimavarojen teoriat painottivat ihmisten ja organisaatioiden molemminpuolista riippuvuutta toisistaan. Ne korostavat ihmisten tavoitteiden, kykyjen ja arvojen ja toisaalta organisaation heille antamien roolien ja suhteiden yhteensovittamista. Organisaatiot tarvitsevat ideoita, energiaa ja kykyjä, ihmiset tarvitsevat uraa, palkkaa ja mahdollisuutta työhön. Organisaation ja ihmisten tarpeiden kohdatessa toisensa hyötyvät kumpikin, ihmiset löytävät tarkoituksenmukaisen ja tyydyttävän työn ja organisaatio

saa ihmisten osaamisen, kyvyt ja työpanoksen käyttöönsä. Keskeisenä johtamisen tavoitteena on luoda harmonia yksilön ja organisaation tarpeiden kesken. (Bolman & Deal 1991: 121,130.)

Brodyn (1993: 122–124, 136–138) mukaan henkilöstön johtamistehtäviä ovat vuorovaikutus, kommunikaatio ja konfliktien käsittely sekä myös valvonta. Kommunikaatio edellyttää läsnäoloa ja toisaalta myös mahdollisuutta epämuodolliseen keskusteluun ja palautteen antamiseen. Sovittaakseen yhteen ihmisten ja organisaatioiden tarpeet johtajan tulee mahdollistaa vuorovaikutustilanteiden syntyminen, jolloin myös mahdolliset konfliktit voidaan käsitellä. Strateginen johtaminen kommunikaation avulla on tapa vähentää epävarmuutta, joskin kahdensuuntaiseen kommunikaation pääseminen edellyttää molemminpuolista avoimuutta (Sheenan 2005: 195).

Trussin (1999: 56–57) mukaan organisaation sisäinen ja ulkoinen ympäristö, strategia, rakenne ja kulttuuri vaikuttavat henkilöstöjohtamisen muotoutumiseen ja toimimiseen. Schein (1987: 25–26, 69–70, 322) on todennut, että kulttuuria tulisi tarkastella jonkin itsenäiseksi määritellyn ja vakiintuneen yksikön ryhmäkokemuksena opitun tuloksen ominaisuutena. Organisaatiolla on sekä oma kaiken kattava kulttuurinsa että alakulttuureja. Ihmisten luodessa organisaation luojat luovat myös sille ominaisen kulttuurin. Organisaation kehittyessä kulttuurista tulee enemmänkin syy kuin seuraus, jolloin kulttuuri vaikuttaa strategiaan, rakenteeseen, menettelytapoihin ja ryhmän jäsenten väliseen vuorovaikutukseen. Organisaatiokulttuurin merkitys korostuu dynaamisessa nopeasti muuttuvassa toimintaympäristössä. Organisaation peruskäsitys omasta toiminta-ajatuksista ja olemassaolon tarkoituksesta liittyy hengissä säilymiseen sekä käsitykseen organisaation tehtävästä laajassa kokonaisuudessa.

Johtajuutta on jaoteltu asioiden ja ihmisten johtamiseen termien management ja leadership kautta. Henkilöstöjohtamisen sisältää sekä managementia että leadershipiä. Lehto (2001: 33) toteaa näistä kahdesta termistä, että management toimii paradigmassa eli kaavan tai mallin puitteissa ja leadership työskentelee paradigmojen välissä. Management ja leadership -jaottelu perustuu johtamisfunktioihin ja tehtäväjaotteluun (Salmi-nen 1995: 109). Managementtina voidaan pitää henkilöstöasioiden hallintaa sekä niitä

tehtäviä ja toimintoja, joita organisaatioilta edellytetään lainsäädännön ja yhteiskunnallisen valvonnan taholta.

Asioiden johtaminen, management, koostuu prosesseista, joilla monimutkainen ihmisten ja tekniikoiden muodostama järjestelmä pidetään käynnissä. Ihmisten johtaminen tai johtajuus, leadership, koostuu joukosta prosesseja, joilla organisaatiot alun perin perustetaan tai joilla niitä muutetaan olosuhteita vastaaviksi. Kotterin (1997: 23) mukaan johtajuudessa määritetään, miltä tulevaisuuden tulisi näyttää, koordinoidaan ihmiset tuon vision taakse ja kannustetaan heitä tekemään visiosta totta. Temmes (1991: 21) katsoo, että leadershipin avulla pyritään organisaation piirissä olevat inhimilliset voimavarat saamaan mahdollisimman täydellisesti organisaation käyttöön. Leadership koostuu tuotannon tehostamisesta, työn tekemisen vaatimien edellytysten luomisesta, joihin sisällytetään työvälaineet, resurssit, sekä tiedot ja taidot, joita työ edellyttää (Suutari 1996: 14). Johtamisen jaottelua managementiin ja leadershipiin pidetään keinotekoisena, niiden välinen ero on epäselvä ja erottaminen päivittäisessä johtamisessa on lähes mahdotonta (Strömmer 1999: 69; Suutari 1996: 13; Drucker 1999: 14).

Strömmerin (1999: 12, 15–16) mukaan henkilöstöjohtamisen kenttä jaetaan kolmeen osaan johtajuuteen (leadership), työelämän suhteiden hoitamiseen (industrial relations) ja henkilöstövoimavarojen johtamiseen (human resource management). Henkilöstöjohtamisen päätehtävät voidaan edelleen jakaa neljään alueeseen: strategiseen henkilöstöjohtamiseen, yrityksen infrastruktuurin johtamiseen, henkilöstön ohjaukseen ja tukemiseen, uudistamisen ja muutoksen johtamiseen. Henkilöstöjohtaminen on osa yrityksen liiketoimintastrategiaa ja sen tulee tukea organisaation liiketoimintastrategiaa. Päämäärä säätelee liiketoimintastrategian ja rakenteen. mukaan henkilöstöstrategia on osa liiketoimintastrategiaa. Henkilöstöstrategia perustuu liiketoimintastrategian mukaisiin voimavaroihin, osaamiseen ja työvoimaan tarpeeseen. Henkilöstöstrategiaa toteutetaan operatiivisella tasolla henkilöstöpolitiikan avulla. (Drucker 2000: 19; Strömmer (1999: 52–53.)

Strömmerin (1999: 17) mukaan henkilöstöpolitiikka on operatiivisen tason toimintaa, jonka avulla määritetään käytännön tason toimenpiteet. Henkilöstöpolitiikan osa-alueita

ovat rekrytointi-, kehittämis- ja palkkapolitiikka. Human Resource Management (HRM) eli henkilöstövoimavarojen johtaminen ja Personnel Management eli henkilöstön johtaminen ovat aktiviteettien sarjoja, joiden tavoitteena on lisätä henkilöstön sitoutumista tehtäviinsä ja luoda edellytykset tuottavalle ja motivoituneelle työskentelylle. Henkilöstötoiminnot ovat ydinprosessien tukijärjestelmiä. Henkilöstötoiminnoilla turvataan työntekijöiden juridinen asema, oikeudet, velvollisuudet ja hyvinvointi. Henkilöstötoimintoihin kuuluvat rekrytointi, työsopimuskäytännöt, palkka- ja palkitsemisjärjestelmät, perehdyttäminen, koulutus- ja kehittämistoiminnot, työsuojelu- ja yhteistoimintamenetely sekä työsuhteen päättäminen. Henkilöstötoiminnot sisältävät myös hallinnollisia rutiineja kuten työsuhteasioiden hoidon ja palkanlaskennan. Sädevirran (2004: 30) mukaan henkilöstötoiminnot käsittävät erilaisia toiminnallisia aktiviteetteja ja näiden aktiviteettien suunnittelua, koordinoimista ja valvontaa. Näitä aktiviteetteja hän nimeää henkilöstöjohtamisen osaprosesseiksi. Henkilöstötoiminnan ydinaktiviteetteja ovat henkilöstöhankinta, henkilöstön tuloksellisuuden arviointi sekä henkilöstön kehittäminen ja palkitseminen.

Yhtenä johtamisen prosesseista oli strategisen johtamisen prosessi, missä liiketoimintastrategia ja henkilöstöstrategia tähtäävät organisaation tavoitteiden toteuttamiseen. Beaumontin (1992: 23) mukaan HRM eli Human Resource Management (henkilöstövoimavarojen johtaminen) muodostuu kolmesta tasosta. Strategisella tasolla määritetään toimintapolitiikka ja asetetaan tavoitteet. Johdon tasolla keskitytään prosesseihin ja niiden toimintaedellytyksiin ja toiminnan (operationaalisella) tasolla keskitytään päivittäiseen johtamiseen. HRM -johtamisessa on kaksi suuntausta kova ja pehmeä. Kova suuntaus liitetään strategiseen ja tilannekohtaiseen lähestymistapaan ja pehmeä suuntaus humanistiseen lähestymistapaan. Pehmeän lähestymistavan avulla pyritään vaikuttamaan ihmisen motivaatioon, sitoutumiseen ja kehittymiseen. Kova HRM taas suuntaa tuotannon tehostamiseen ja tavoitteiden saavuttamiseen. Erot kovan ja pehmeän HRM tehokkuuden välillä eivät ole selkeät. HRM toimimattomuuden syynä ovat johdon asenteet ja riittämätön tuki. (Kane & Crawford 1999: 496, 511–512.)

Henkilöstöhallinto on yksi henkilöstöjohtamisen osa-alueista. Palm ja Voutilainen (1977: 22–23) ovat todenneet, että oleellista henkilöstöhallinnossa on sen perustuminen

tutkittuihin yritystoiminnan, henkilöstön ja yritys ympäristön tarpeisiin, ulkopuolisten laki- ja sopimusperusteiden noudattamiseen, aktiivisuuteen, tulevan kehityksen ennakointiin ja yrityskohtaisesti ajoissa luotuun toimintavalmiuteen, tavoitteellisuuteen ja suunnitelmallisuuteen sekä yrityksen, henkilöstön että yritys ympäristön kannalta. Henkilöstöhallintoa voidaan pitää organisaation virallisen henkilöstötoiminnan osana. Organisaation muodollisuuden aste näkyy erityisesti henkilöstöhallinnossa. Muodollisuuden vaikuttaa erityisesti yhteiskunnan ja ulkoisen ympäristön muiden järjestelmien organisaatioon kohdistama valvonta ja ohjaus. Aiemmin todettiin, että organisaatiot ovat vähemmän itsenäisiä kuin mitä oletetaan (Etzioni 1970: 16). Henkilöstöjohtamisen lainsäädännölliset puitteet muodostuvat toimintakehikon koko organisaatiota koskevalle toimintamallille. Lainsäädännön noudattaminen sitoo sekä työntekijää että työnantajaa ja niiden tavoitteena on työntekijän oikeudenmukainen, tasa-arvoinen ja inhimillinen kohtelu. Toisaalta työntekijä sitoutuu noudattamaan sopimuksia ja tekemään tuottavaa työtä. Työmarkkinajärjestelmä säätelee yrityksen ja työntekijöiden välistä suhdetta muodostaen palkka- ja muiden ehtojen minimivaatimukset. (Strömmer 1999: 231–232.)

Etziönin (1970: 102) mukaan valvonta ja kontrolli esiintyvät aina erityyppisissä organisaatioissa henkilöstön valinnassa (rekrytoinnissa). Organisaatiot tekevät tietoisia valintoja ja hakevat organisaation vaatimukset täyttävää henkilöstöä. Hänen mukaansa hyötyorganisaatiot ovat erittäin valikoivia jäsentensä suhteen. Se miten organisaatio valikoi jäseniään vaikuttaa valvonnan tarpeeseen ja siihen kuinka paljon voimavaroja ja ponnistuksia vaaditaan, jotta organisaatio voisi ylläpitää tavoitteidensa kannalta riittäväksi katsottua kontrollia. Laaksosen (2003: 62–65) mukaan rekrytoinnissa on kyse oikeiden ihmisten palkkaamisesta heille sopiviin töihin.

Tulosjohtaminen henkilöstön johtamisen näkökulmasta

Ihmisten motivointi ja sitouttaminen organisaation tavoitteisiin nähdään tulosjohtamisprosessissa henkilöstön voimavarojen ohjauksena tulostavoitteiden saavuttamiseksi. Tulosjohtamisprosessissa kehityskeskustelut ovat toisaalta henkilön osaamisen arviointia, ja toisaalta henkilöstön kehittämisen suunnittelua seuraavaa tulosjohtamiskautta varten. Pää tavoitteena voidaan pitää organisaation ja yksikön kokonaistuloksen saavut-

tamista. Henkilökohtaisen tulostoimintasuunnitelman perusajatuksena on määrittää avaintulokset, tulostavoitteet, seurantatapa, avaintehtävät ja aikabudjetti. Tavoitteiden tulisi myös olla realistisia ja arvioitavia ja suhteutettuja ajankäyttöön. Ajankäytön hallinta on osa tuloksellisuutta. (Koontz 1977: 20; Nissinen 1989: 65–68.) Henkilöstön kehittämisen keskeisenä tekijänä ovat sekä organisaation tarpeet että yksilön oma kehittymishalu. Kehityskeskustelun tavoitteena on muutoksen aikaansaaminen, osaamisen kehittäminen että motivaation ja työilmapiirin kehittäminen. (Laaksonen 2003: 62–65.) Ajan hallinta (time-management) on keskeinen tekijä arvioitaessa työn tuottavuutta (Brody 1993: 198). Drucker (1999: 128, 340) kiinnittää huomion myös johtajan omaan ajankäyttöön ja johtamistaitojen kehittämiseen sekä omaan suoritusarviointiin.

Henkilöstöjohtaminen voidaan nähdä keskeisenä työkaluna hallita ja tukea ihmisten toimintaa. Henkilöstövoimavarojen johtamisella tai henkilöstöjohtamisella viitataan ensisijaisesti johtamispainotukseen, jossa organisaation menestys saavutetaan ihmisten toiminnan avulla eli huomioimalla ihmiset ja heidän kykynsä. (Syväjärvi & Stenvall 2003: 339.) Henkilöstöjohtamisen merkityksen kasvun taustalla voidaan nähdä myös organisaatioiden toimintaympäristön ja asiasisältöjen kehityksen vaatimukset organisaatioiden kehittämiseksi. Merkitys korostuu erityisesti toimintojen ja osaamisen eriytyessä, tehtävien haasteellisuuden ja yleisen kilpailun kasvaessa. Henkilöstöjohtajuuden merkitys korostuu muutosten yhteydessä.

3. JOHTAMINEN SAIRAALAORGANISAATIOSSA

3.1. Julkisen organisaation erityispiirteet

Organisaatiot jaetaan perinteisesti yksityisiin ja julkisiin. Julkisen ja yksityisen järjestelmän eroja on määritetty ympäristötekijöiden, organisaation ja ympäristön välisen vaihdon, sisäisten rakenteiden, prosessien ja henkilöstön mukaan. Julkinen sektori voidaan ymmärtää omana erityisympäristönään. Ympäristössä korostuu erityisesti yhteiskunta ja sen poliittinen järjestelmä, poliittinen tahto ja lainsäädännön antamat velvoitteet (Heffron 1989: 12–13). Kiviniemen (1989: 9) mukaan julkinen sektori eroaa yksityisestä sektorista seuraavien tekijöiden perusteella: toimintaa ohjaavat yhteiskuntapoliittiset tavoitteet, julkisen sektorin toiminta on säädös- ja budjettisidonnaista, organisaatorakenne on moniportaista ja julkisten palvelujen valtakunnallista ohjausta toteutetaan useilla eri hallinnonaloilla, minkä vuoksi palvelurakenteet ovat lohkoutuneet ja erikoistuneet.

Määttä ja Ojala (2000: 14–15) määrittävät valtionyhteisön kuntien ja valtion muodostamaksi monitasoiseksi ja -alaiseksi kokonaisuudeksi, joka jakautuu kolmeen osaan:

- 1) ydinvaltioon eli perinteiseen julkiseen hallintoon (yleinen järjestys, turvallisuus ja kansalaisten perusoikeudet)
- 2) julkiseen palvelutoimintaan (kuntien ja valtion palvelut kansalaisille, yhteisöille ja yrityksille)
- 3) julkiseen markkinaehtoiseen liiketoimintaan (valtion ja kuntien yhtiöt ja liikelaitokset).

Julkisen toiminnan perusajatuksena on turvata kansalaisille peruspalvelut. Julkinen hallinto on yhteiskunnan ja sitä edustavien tahojen päätöksillä aikaansaatu järjestelmä, jonka mukaisesti valtio, ministeriöiden sektorikohtaiset järjestelmät ja kunnat toiminnan järjestäjinä, muodostavat julkisen palvelutoiminnan kokonaisuuden.

Vartolan (1977: 47–50) mukaan legitimiisyys on keskeinen kysymys julkisten organisaatioiden toiminnassa. Julkisorganisaation rakenteelle on ominaista poliittinen päätök-

senteko ja sen mukainen organisaatorakenne. Yhteiskunnallisten toimielinten asema ja tehtävät määritetään laeilla ja asetuksilla. Ministeriöiden toimialasta ja asioiden jaosta säädetään joko lailla tai valtioneuvoston asetuksella. Yhteiskuntapoliittiset päämäärät, tavoitteet ja strategiat vaikuttavat julkisorganisaation toimintaprosesseihin, resurssien käyttöön ja toimintamalleihin. Poliittisten toimielinten tehtävänä on tavoitteiden asettaminen ja toiminnan yleisistä suuntaviivoista päättäminen, resursointi sekä arvovalintojen tekeminen. Poliittisten päämäärien ohjaamisessa organisaatioissa yksilöillä on rajoitetut mahdollisuudet päätöksentekoon (Tarter & Hoy 1998: 220).

Temmes (1991: 18) toteaa julkisen hallinnon olevan johtamisen kohteena erityislaatuisen ilmiö ja perimmäisenä syynä tähän hän näkee eron yrityksen ja viraston autonomisuudessa. Julkisorganisaatioiden rakenteet on säädetty ja niiden autonomisuutta rajoittaa perustuslaki ja niiden valtaa ja toimintaa rajoittavat sektorikohtaiset lait ja asetukset. Muodollisuuden vaatimukset näkyvät myös parlamentaarisen valvonnan muodossa. Julkisorganisaatioissa muodollisuuden astetta voidaan pitää jo organisaatioiden rakenteiden tarkastelussa säädellympänä kuin yksityisissä organisaatioissa. Julkisorganisaatioiden autonomiaa rajoittaa myös poliittis-hallinnollisen rakennejärjestelmän ohjaus ja valvonta. Tyypillisesti julkisorganisaation toimintaa leimaa Perustuslain 2.3 § vaade julkisen vallan käytön ja julkisen toiminnan perustumisesta lakiin ja niiden noudattamisesta.

Kuntalaki määrittää kuntien hallinnolliset rakenteet ja päätöksenteon. Kuntayhtymät noudattavat toiminnassaan kuntalakia ja ovat organisoituneet lain mukaisesti perussopimuksella. Kuntien ja kuntayhtymien välinen suhde on omistajasuhde. Perustussopimuksen mukaisesti omistajakuntien edustajat toimivat kuntayhtymän valtuustossa ja hallituksessa kuntien strategisten tavoitteiden ja niiden pohjalta laaditun kuntayhtymän yhteisen strategian mukaisesti. (Kuntalaki 365/1995.) Kuntayhtymät voivat olla joko vapaaehtoisia tai pakollisia. Pakollisia kuntayhtymiä ovat sairaanhoitopiirit, erityis- huoltopiirit ja maakuntienliitot, joiden osuus on noin viidennes kaikista kuntayhtymistä.

Kunnallinen päätöksentekojärjestelmä koostuu luottamushenkilöistä ja viranhaltijoista. Se voidaan kuvata kolmitasoisena järjestelmänä, jossa legiislatiivinen taso tarkoittaa

kunnanvaltuustoa, administratiivinen taso kunnanhallitusta, lautakuntia ja johtavia viranomaisia ja operatiivinen taso toimintayksikköjä. Päätöksenteolle on ominaista monivaiheisuus ja kokousmenettely. Päätöksentekoympäristö on keskusjohtoinen. Kunnallinen päätöksenteko on lainsäädännön ohjaamaa ja se on sidoksissa kunnallistalouteen ja rahoitusratkaisuihin. (Laamanen 1994: 40–41.)

Päätöksenteko ohjataan myös hallintolalla (434/2003), joka on hallinnon toimintaa säätelevä yleislaki. Sen tarkoituksena on edistää ja toteuttaa hyvää hallintoa sekä oikeusturvaa hallintoasioissa. Lakia sovelletaan kattavasti kunnallisissa viranomaisissa. Laissa on kolme keskeistä asiakokonaisuutta 1) viranomaisen toiminnan yleisesti hyväksyttävät hyvän hallinnon perusteet, 2) hallintoasioissa noudatettavat menettelylliset vaatimukset, jotka vaikuttavat yksityisen asemaan ja oikeussuojaan hallinnon päätöksenteossa, sekä 3) asiakirjojen lähettämisen ja tiedoksiannon menettelyvaatimukset. (Harjula 2003.) Hallintolakia sovelletaan kaikissa viranomaisissa ja lähtökohtana on, että hallintolaki kattaa kaikki hallinnon toimintamuodot, osittain myös julkisten palvelujen tuottamisen. Hallintolakia sovelletaan myös valtion liikelaitoksissa, julkisoikeudellisissa yhdistyksissä sekä yksityisissä niiden hoitaessa julkisia hallintotehtäviä. Hallintoasian käsittelynä pidetään siis myös julkisia palveluja ja etuja sekä sosiaalisia oikeuksia koskevaa viranomaisen päätöksentekoa. (HE 77/2004.)

Julkinen valta myös ohjaa yhteiskunnallisten palveluorganisaatioiden toimintaa. Julkisen vallan ohjauksen keinoja ovat normi-, resurssi-, informaatio- ja asiakasohjaus. Lait ja asetukset edustavat normiohjausta, resurssiohjaus perustuu eduskunnan hyväksymän budjetin määrärahoihin. Informaatio-ohjauksessa palvelun järjestäjiä ja tuottajia ohjataan toiminnan seurannan ja arvioinnin, tiedon tuottamisen ja välittämisen keinoin muuttamaan toimintaansa yhteiskunnallisten päämäärien saavuttamiseksi. Asiakasohjauksella tarkoitetaan perusoikeusuudistuksen taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia. (Uusitalo & Lönnfors 1999: 5–6.)

Julkisten palvelujen erityispiirteet vaikuttavat palvelujen tuottamistapaan. Vuori (1995: 147) toteaa, että julkisen organisaation olemassaoloa on helppo perustella hyvinvointi-ideologialla ja yksityisen organisaation taloudellisella tuottavuudella. Julkiset palvelut

perustuvat pääosin lakeihin ja asetuksiin, ja niiden määrää ja osittain myös laatua ohjataan säännöksin. Palvelujen järjestämisvastuut on säädetty laeilla. Lakisääteisesti osoitetaan myös tavat, joilla sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät voidaan järjestää. (Huuskonen, Ijäs & Lehtoranta 2002: 7.) Julkisten palvelujen tuottavuus ja taloudellisuus ovat nousseet merkityksellisesti esiin eri ministeriöiden ohjeistuksissa. Kansalaisten verovaroilla tuotetuilta palveluilta halutaan sekä kustannustehokkuutta että vaikuttavuutta. Julkisten organisaatioiden toiminnan vaikuttavuuden arvioinnin vaikeus liittyy heikosti määritettyihin missioihin ja toiminnan prioriteetteihin ja vähäiseen palautteeseen (Gzell 2000: 60–61).

Sekä valtion että kuntien henkilöstöön kohdistuu sääntelyä. Julkisorganisaatioiden henkilöstön normiperustainen ohjaus tapahtuu laeilla, joita ovat virkamieslaki (750/1994), L viranomaisen toiminnan julkisuudesta (621/1999), L työntäjän ja henkilöstön välisestä yhteistoiminnasta kunnissa (449/2007), hallintolaki (434/2003), L julkisyhteisöjen henkilöstöltä vaadittavasta kielitaidosta (424/2003), kielilaki (423/2003), henkilötietolaki (523/1999), L kunnallisista viranhaltijasta (304/2003), kunnallinen virkaehtosopimuslaki (669/1970) lisäksi sektorikohtaisissa laeissa on viran- ja toimenhaltijoihin kohdistuvaa sääntelyä. Julkisorganisaatioiden henkilöstön sääntely perustuu virka- tai toimikelpoisuuksiin. Virkamieslaki ja laki kunnallisista toimihenkilöistä määrittävät kulloinkin virkoihin asetettavat kelpoisuusehdot. Julkisen organisaation esimiehet ovat viranhaltijoita, joiden tehtäviin kuuluu valmistelu ja esittely poliittisille toimielimille. Viran- ja toimenhaltijan tärkein erottava piirre on päätöksenteko ja siihen liittyen hallintolaki. Julkisorganisaation johtotehtävissä olevien viranhaltijoiden toimintaa ohjaa hallintolaki, joka säädökset perustuvat kansalaisten yhdenvertaiseen ja oikeudenmukaiseen kohteluun ja virkamiehen jääviyteen.

Yhteenvetona julkisen ja yksityisen toimintaympäristön eroista voidaan todeta, että julkisorganisaatiot ovat ja rakentavat rakenteensa, toimintaprosessinsa ja henkilöstönsä tiettyjen normien perustaan. Julkisen organisaation toiminta-alue on suhteellisen selvästi rajattu, eikä se voi yksityisen yrityksen tavoin muuttaa tehtäväkenttäänsä. Julkinen organisaatio ei voi valita asiakkaitaan tai keskittyä tiettyihin asiakasryhmiin. Perustuslain

mukaisesti julkisten palvelujen tulee taata kaikkien kansalaisten perusoikeuksien toteutuminen. Julkisilla palveluilla on lisäksi alueellisen kattavuuden vaatimus.

Poliittinen ja yhteiskunnallinen toimintaympäristö vaikuttaa julkisiin organisaatioihin yksityisiä voimakkaammin ja edellyttää julkisorganisaatioilta normiperusteista toimintamenettelyjä. Julkisten organisaatioiden on oltava herkkiä poliittiselle ohjaukselle, minkä vuoksi julkisten organisaatioiden johdon ja henkilöstön on ymmärrettävä poliittisen ohjauksen merkitys. Johtamisen näkökulmasta suurimmat erot ovat strategisessa johtamisessa, jossa poliittiset päämäärät ohjaavat julkista palvelutoimintaa. Henkilöstöjohtamisessa oman merkityksensä julkiseen organisaatioon tuo henkilöstöön kohdistuva lainsäädäntö ja valvonta. Yksityisen ja julkisen organisaation henkilöstöjohtamisen merkittävin ero lienee nimenomaan lainsäädäntö ei niinkään se mitä tehtäviä tai miten henkilöstöjohtaminen toteutetaan yksityisessä tai julkisessa organisaatiossa.

3.2. Sairaalaorganisaation erityispiirteet

3.2.1. Sairaalaorganisaation rakenne

Terveyspalvelujen perustana on perustuslakiin kirjattu oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin (PL 731/1999: 19.3 §). Julkisella vallalla eli valtiolla ja kunnilla on kokonaisvastuu perusoikeuksien toteuttamisesta. Terveysterveystoimintajärjestelmän rakennetta voidaan tarkastella kolmesta tasosta. Strategisen johtamisen tasoa edustavat eduskunta (terveyspoliittiset päämäärät), sosiaali- ja terveysministeriö ja sen alaiset virastot, laitokset ja alueellisella tasolla lääninhallitukset (suunnittelu, ohjaus ja valvonta). Toimintatasoa edustavat kunnat, joille on säädetty terveydenhuollon järjestämisvastuu. Toimintaa toteuttavalla tasolla ovat kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon kuntayhtymät.

Kuntayhtymällä tarkoitetaan vähintään kahden kunnan välistä ja tiettyä tehtävää hoitavaa kuntien yhteenliittymää. Kuntayhtymä toiminnan perustana on kuntien välinen, kunnanvaltuustojen hyväksymä yhteinen perussopimus, jossa kunnat itse määrittävät

kuntayhtymän organisaatorakenteen. Lain mukaan kuntayhtymillä on laajat vapaudet itsenäisesti järjestää hallintonsa ja päättää toimielinten asettamisesta. Tyypillisin toimielinten määrä on kaksi, joista yleisin yhdistelmä on yhtymävaltuusto ja -hallitus. Näiden lisäksi kuntayhtymällä voi olla muitakin toimielimiä kuten lautakuntia, johtoryhmiä ja neuvottelukuntia. (Pekola-Sjöblom 2000: 24–25, 46–47; Harjula & Prättälä 2000: 477–478.)

Kuntayhtymät luokitellaan pakollisiin ja vapaaehtoiseen kuntayhtymiin. Pakollinen jäsenyys erikoissairaanhoidon ja erityishuollon kuntayhtymiin perustuu toisaalta taloudellisiin tekijöihin, riittävän suureen väestöpohjaan sekä riittävien ja tasapuolisten palvelujen saantiin maan eri osissa. Pakkojäsenyys ei kuitenkaan merkitse palvelujen ostovoitetta kuntayhtymältä. (Harjula & Prättälä 2000: 478.) Kansanterveyslakiin perustuvat kuntayhtymät ovat luonteeltaan vapaaehtoisia. Pakollisten kuntayhtymien (sairaanhoitopiirit, erityishuoltopiirit ja maakuntienliitot) osuus on noin viidennes kaikista kuntayhtymistä ja niiden keskimääräinen asukasluku kuntayhtymää kohden on noin 300.000 asukasta. (Pekola-Sjöblom 2000: 31, 44, 77.)

Kuntayhtymä voi kuntalain mukaan itsenäisesti järjestää hallintonsa ja päättää toimielinten asettamisesta. Perussopimuksen mukaan päätösvaltaa käyttää joko yhtymäkokous tai muu perussopimuksessa määritetty toimielin. Sairaanhoitopiireissä 95 % on ylimpänä päättävänä toimielimenä yhtymävaltuusto. Perustussopimuksessa sovitaan siitä, mikä toimielin käyttää kuntayhtymän puhevaltaa, toimii edunvalvojana, edustaa ja tekee sopimukset. Yhtymähallituksen ja -valtuuston suhde noudattaa peruskunnan periaatteita ja säädöksiä. (Harjula & Prättälä 2000: 491–492; Pekola-Sjöblom 2000: 67–68.)

Kuntayhtymissä noudatetaan kuntalain ja hallintolain mukaista päätöksentekomenettelyä. Kuntayhtymän hallinto järjestetään johtosäännöllä, jossa määritetään luottamushenkilöiden ja henkilöorganisaation rakenne. Pakollisia johtosääntöjä ovat hallintosääntö ja virkasääntö. Hallintosäännössä määritetään yhtymän hallinto- ja päätöksentekomenettely. Viranhaltijan asema, toimivalta ja tehtävät määritetään virkasäännössä. Valtuuston harkinnassa on määräysten yksityiskohtaisuus sekä toimivallan ja tehtäviä jaon laajuus. (Harjula & Prättälä 2000: 320–321.) Julkisorganisaatioiden rakenne on järjestetty tu-

losjohtamismallin mukaisesti. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymät muodostuvat toiminnallisten kokonaisuuksien mukaisesti tulosalueista ja tulosityksiköistä. Organisaatiot määrittävät hallintosäännössä tulosalueiden ja -yksiköiden rakenteen ja johtavien henkilöiden valtasuhteet, vastuut sekä tehtävät.

Terveydenhuoltojärjestelmän ja sairaalaorganisaation valvontaa toteuttivat vuonna 2003 lääninhallitukset. Lääninhallitukset olivat ainoa valtion aluetason ohjaus- ja valvontaorganisaatio. Lääninhallituksella on valtiosuuslainsäädännön perusteella ohjaus- ja valvontavalta kansanterveystyön, erikoissairaanhoidon, terveydensuojelun, sosiaalihuollon, kehitysvammaisten erityishuollon, opetustoimen ja pelastustoimen erityislainsäädännön kautta. (Harjula & Prättälä 2000: 128–129.) Lääninhallitus tehtävät määritetään hallinnonalojen erityislainsäädännössä (Lääninhallituslaki 22/1997).

Uusitalon ja Lönnforsin (1999: 5–6) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa käytetään sekä normi-, resurssi-, asiakas- että informaatio-ohjausta. Normiohjaus tapahtuu lainsäädännön kautta. Valtion resurssiohjaus toteutuu sekä valtiosuusjärjestelmän että sosiaali- ja terveydenhuollon perustamishankkeille myöntämien tukien muodossa. Vuonna 2003 Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) toimii asiantuntijavirastona, jonka tehtävänä on sosiaali- ja terveystieteiden seuranta, arviointi ja tiedon tuottaminen suunnittelua ja päätöksentekoa varten. (Oulasvirta, Ohtonen, Stenvall 2002: 108.) Informaatio-ohjaus on osittain korvannut normi- ja resurssiohjauksen. Tiedolla ohjaamisen keinoja ovat suositukset, kehittämishankkeet ja -projektit, materiaalin tuottaminen ja niiden käytön edistäminen ja tiedonvälitys. Informaatio-ohjauksen toteuttajana on Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämis- ja arviointikeskuksen. Montrosen ja Marcoxin (1991: 49) mukaan terveydenhuollon organisaatioiden uutena imperatiivina on informaatio-ohjaus, mikä merkitsee muutoksia perinteiseen tapaan toiminnan tulosten raportoinnissa ja merkityksen arvioinnissa. Organisaatioiden tulisi kehittää oman toiminnan arviointia varten riittävä toiminnan tuloksia arvioiva tilastollinen informaatioaineisto ja myös kouluttaa johtajat tuon aineiston hyödyntämiseen johtamisessa.

3.2.2. Sairaalaorganisaation tehtävät

Julkisten palvelujen tuottamisen prosessit ovat pääsääntöisesti lakiin ja sen velvoitteiden noudattamiseen liittyviä prosesseja. Tuomi (2000: 257) toteaa, että julkisella sektorilla on prosessien tuottamisessa suurempi vastuu kuin pelkkä asiakasnäkökulma. Asiakastyytyväisyyden lisäksi tärkeitä ovat yhteiskunnallinen vastuu ja demokratian vaatima vastuullisuus terveyspalveluprosessien tuottamisesta. Terveystuotojärjestelmän pääprosessit tuodaan esiin kansanterveyslaissa (66/1972), erikoissairaanhoitolaissa (1062/1989), mielenterveyslaissa (1116/1990) ja erityishuoltolaissa (519/1977).

Terveystuotojärjestelmän ohjaus tapahtuu sekä lakisäänteisesti että suositusten, ohjeistojen ja selvitysten kautta. Kansanterveyslaki ja -asetus asettavat kunnille terveyspalveluihin liittyviä velvoitteita. Erikseen on säädetty erikoissairaanhoitolaissa, mielenterveyspalveluista, tartuntatauti- ja hoidosta sekä työterveyshuollosta. Erikoissairaanhoitolaissa (1062/1989) mukaan sairaanhoitopiirin tehtävänä on järjestää alueensa erikoissairaanhoito tuottamalla väestön tarpeisiin perustuvia erikoissairaanhoito palveluja, jotka täydentävät terveyskeskusten perusterveydenhuollon palveluja. Sairaanhoitopiiri vastaa terveyskeskusten laboratorio- ja röntgenpalvelujen ja muiden vastaavien erityispalveluiden kehittämisestä ja laadun valvonnasta. Edellisten toimintojen lisäksi sairaanhoitopiiri huolehtii tehtäväalueensa tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta yhteistyössä terveyskeskusten kanssa. Palvelujen yhteensovittaminen ja yhteistyö terveyskeskusten kanssa on määritetty erikoissairaanhoito tehtäväalueeksi. Lisäksi ohjeistuksella säädetään yliopistollisten erityisvastuualueiden vaativien hoitojen järjestämisestä.

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) korostetaan itse palvelujen tuottamistapaan liittyviä laadullisia tekijöitä. Tuottamistapaan ja laatuun kuuluvat seuraavat tekijät: potilaan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun, hoitoon pääsystä, tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta koskevasta suunnitelmasta, tiedonsaantioikeudesta, potilaan itsemääräämisoikeudesta, alaikäisen potilaan asemasta, kiireellisestä hoidosta ja tiedonsaannista, toimivallasta ja potilasasiakirjoihin käsittelystä ja salassapitovelvollisuudesta. Edelleen laissa säädetään muistu-

tusmenettelystä terveyden- ja sairaanhoitoa valvoville viranomaisille sekä potilasasiain toiminnasta. Potilasvahinkolaisissa (585/1986) määritetään korvausoikeuden edellytykset palvelujen tuottamiseen liittyvissä vahingoista. Vahingonkorvauslaissa (412/1974) määritetään työnantajan ja julkisyhteisön sekä työntekijän ja virkamiehen korvausvastuut.

Edellä mainitut lait ovat osaltaan terveystalouden tuottamisen laatuun liittyviä tekijöitä ja niitä voidaan pitää palvelujen tuottamisen normiohjauksena. Valtakunnalliset laadunhallintasuositukset ovat informaatio-ohjauksen välineitä, joiden avulla terveystaloutta tuottavia organisaatioita ohjataan täyttämään potilaslain velvoitteet. Toisaalta ohjeistuksella pyritään takaamaan maanlaajuisesti kansalaisten tasapuoliset mahdollisuudet hyvään hoitoon. Informaatio-ohjaukseen liittyvät myös Stakesin ja Kuntaliiton tilastot ja terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta ja potilaiden hoitoon pääsystä säädettyissä aikarajoissa.

STM:n, Stakesin ja Suomen Kuntaliiton laadunhallintasuositukset ovat informaatio-ohjauksen välineitä, joiden tavoitteena on antaa kunnille ja palveluja tuottaville organisaatioille konkreettisia hyväksi miellettyjä toiminta kokonaisuuksia. Laadunhallinnan informaatio-ohjausta ovat seuraavat julkaisut: Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnasta (STM 1996), Julkisten palvelujen laatustrategia (Suomen Kuntaliitto & Valtiovarainministeriö 1998), Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000 -luvulle (STM, Stakes & Suomen Kuntaliitto 1999), Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä (STM 2003a), Laadunhallinta -suosituksia ovat myös hyvät toiminta- ja hoitokäytäntö -tyyppiset ohjeistot (Outinen & Mäkelä 1999: 30–33). Laadunhallintana voidaan pitää myös arviointiraportteja Sosiaali- ja terveysministeriön terveydenhuollon kehittämissuunnitelman selvitysmiesraportteja asiakkaan asema terveydenhuollossa (STM 1998a) ja terveydenhuollon toimivuudesta (STM 1998b).

Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan valtakunnallisen suunnittelun tarve on lisääntynyt toisaalta palvelujen ja hoitomuotojen kehittymisen että väestön ikääntymisen myötä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman eli valtakunnallisen suunnitelman merkitys on muuttunut ja se on saanut poliittista painoarvoa hallituksen

sosiaali- ja terveystieteiden tavoiteohjelman muodossa. Tavoitteena on, että lääninhallitukset ja Stakes yhdessä kuntien kanssa toimivat asetettujen terveystieteiden tavoitteiden toteuttamiseksi. Ohjelman toteutumista arvioidaan hallituksen antamassa sosiaali- ja terveystietokertomuksessa. (Nylander & Nenonen 1999: 38.)

Terveydenhuoltojärjestelmän kehittäminen on oma prosessinsa. STM:n (2002: 6) kansallisen projektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi mukaan hyvin toimiva perusterveydenhuolto on koko terveydenhuoltojärjestelmän perusta. Ennaltaehkäisevä työ on perusterveydenhuollon keskeisimpiä tehtäviä. Ennaltaehkäisevä työ ja kansalaisten oma vastuu terveydestä ja terveellistä elintavoista vähentävät palvelujen kysynnän kasvua ja suuntaa palvelujen tarvetta kevyisiin, avohoitopainotteisiin hoitoihin. Kansalaisten tasa-arvoon perustuvan kiireettömän hoitoon pääsyn kriteereiden tavoitteena on potilaan aseman parantaminen ja alueellinen tasa-arvo. Lisäksi kiinnitetään huomio henkilöstön saatavuuteen ja osaamisen varmistamiseen. Erikoissairaanhoidon toiminnallinen yhteistyö ja työnjako toteutetaan erityisvastuualueittain. Palvelujen päällekkäisyyksien purkaminen nähdään tärkeänä kansallisena terveystieteiden tuottamisen tavoitteena. Terveydenhuoltojärjestelmän ja palvelujen kehittämiseen tähtäävän kansallisen projektin tavoitteena on terveyden edellytysten turvaaminen, terveystieteiden ja erikoissairaanhoidon toimintatapojen ja työn organisoimisen että rakenteiden kehittäminen.

Sairaanhoidopiirin kuntayhtymien johtaminen on oma prosessinsa. Organisaatio itse määrittää johtamisjärjestelmänsä ja kuinka toiminta operationaalisella tasolla organisoidaan. Tulosjohtamismallin mukaisesti toimivat kuntayhtymät noudattavat hallintosäännössä määritettyä päätöksentekoprosessia. Hallintolaki (434/2003) kattaa kaikki hallinnon toimintamuodot. Valtioneuvoston päätöksen (HE 72/2002) mukaan tulee erityisesti kiinnittää huomio palvelujen riittävyyteen ja saatavuuteen sekä alueelliseen kattavuuteen. Tulosjohtamisjärjestelmän mukaisesti tulosalueet vastaavat palvelujen tuottamisesta, riittävyydestä ja resurssien ohjauksesta strategisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Toimeenpano ja toteutus ovat tulosalueiden ja -yksiköiden johtamisen keskeisiä tehtäviä eli varsinaisen tuotannollisten prosessien johtamista.

3.2.3. Sairaalaorganisaation henkilöstö

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen tehtävänä on pitää yllä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (L 559/1994) ja asetuksen (A 559/1994) mukaista valvontaa ja rekisteriä sairaanhoitotoimen harjoittamisesta. Terveydenhuollon ammattihenkilöstö jakautuu kolmeen koulutus- ja ammatinharjoittamistasoon. Laillistetut ammatinimikkeet koostuvat lääkärit, proviisorit, psykologit, farmaseutit, sairaanhoitajat, kätilöt ja terveydenhoitajat. Ammattihenkilön velvollisuus on lain mukaan pitää yllä ammattitaitoaan. Lupa ammatissa toimimiseen voidaan lain mukaan myöntää ulkomailla opiskelleille mikäli pätevyysvaatimukset täyttyvät. Ammatillisten oppilaitosten velvollisuutena on koulutuksen vastaavuuden tarkistaminen. Lakiin liittyy myös riittävän kieli- taidon vaatimus. Nimikesuojatuissa ammateissa toimivat perushoitajat, hammashoitajat, jalkojenhoitajat, lähihoitajat, lääkintävahtimestari-sairaankuljettajat, mielenterveyshoitajat psykoterapeutit, sairaalafyysikot, sairaalakemistit, sairaalamikrobiologit ja sairaalalubiologit. Nimikesuojatussa ammatissa voivat toimia myös henkilöt, joilla on riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito.

STM:n (2003a: 15, 29) mukaan säänneltyjen ammattien vaatimukset on otettava huomioon rekrytoinnissa, perehdytyksessä ja johtamisessa sekä terveystalan koulutuksessa. Terveydenhuollon henkilöstön riittävyys ja osaaminen ovat tulevaisuuden terveydenhuoltojärjestelmän haasteita. Henkilöstöjohtamisen toiminnot eivät kuitenkaan poikkea julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Ainoa ero voidaan nähdä lainsäädännössä henkilöstön muodollisen pätevyyden vaatimuksissa ja viran- ja toimenhaltijan suhteessa julkiseen toimintajärjestelmään. Kaikissa organisaatioissa henkilöstötoiminnot muotoutuvat samoista elementeistä. Johtopäätöksenä henkilöstöjohtamisesta voidaan todeta, että henkilöstöjohtamisen erityispiirteet erikoissairaanhoidossa muodostuvat itse substanssista eli erikoissairaanhoidon osaamisesta, alalle ominaisesta sopimuskäytännöstä, valtakunnallisesti hyväksytyistä työhön ja työsopimukseen liittyvistä ehdoista ja työntekijöiden velvollisuuksista.

Henkilöstön osaamisen merkitys on nostettu palvelusektorilla tärkeäksi tuotannolliseksi resurssiksi. Osaaminen korostuu koulutuksen ja laadunhallinnan ohjeistuksissa. Julkisen

toimintaympäristön henkilöstön liittyy muodollisia vaatimuksia kuten viran tai toimen edellyttämä pätevyys, jolla tarkoitetaan ammatillisen pätevyyden osoittamista tutkintojen tai muun virkaa tai toimeen määrätyn pätevyyden mukaisesti. Julkisessa organisaatiossa muodollisen pätevyyden vaatimukset on tarkoin määritettävä viran tai toimen hakuprosessissa. Viran tai toimen täyttämiseen vaaditaan tietty muodollinen prosessi, jonka perusteet ovat laissa kunnallisesta viranhaltijasta (304/2003) ja valtion virkamieslaissa (750/1994). Määttä & Virtanen (2000: 132–133) ovat todenneet, että julkinen organisaatio ei eroa yrityksestä juurikaan tuotannontekijäresurssien (henkilöstön, koneet ja laitteet, kiinteistöt, materiaalit) suhteen. Julkisissa organisaatioissa työskentelevien ihmisten osaaminen vaikuttaa ratkaisevasti julkisten palveluiden toimivuuteen ja tehokkuuteen. Julkisissa organisaatioissa keskitytään osaamiseen sekä laatu- että tuottavuustekijänä.

Drucker (2002: 74–75) luonnehtii sairaalaorganisaatio kompleksisiksi asiantuntijaorganisaatioiksi, jotka ovat nopeinten kasvavia organisaatioita kaikissa kehittyneissä maissa. Keskikokoisessa sairaalaorganisaatiossa voi työntekijämäärä nousta aina 3000. Sairaalaorganisaation työntekijät edustavat niin hallinnon, talouden, teknologian, tukipalveluiden ja lukuisia lääketieteen ja hoitotyön spesialiteetteja, joilla on omat säännöt ja ohjeet sekä omat koulutus- ja pätevyysvaatimukset. Uralla eteneminen mahdollisuudet poikkeavat muista organisaatioista, joka on omalta osaltaan johtanut erikoistumisen yhä suppeampiin toimintakokonaisuuksiin. Erikoistuminen johtaa kuitenkin uusiin vaatimuksiin substanssiasiantuntijoiden johtamisessa ja toiminnan koordinoinnissa.

Sairaalaorganisaatiossa toimintaa toteuttavat monet eri professiot, joilla on omat tehtäväalueensa palveluiden tuottamisessa. Sairaalaorganisaatioita luonnehditaan asiantuntijaorganisaatioiksi. Professionaalisessa organisaatiossa valta perustuu asiantuntijuuteen Ståhlbergin (1992: 8–24) mukaan tieto ja tiedon lisääntyminen luo professionille yhteiskunnallisen aseman. Julkisen sektorin professiot edustavat valtaa ja johtamista. Yhteiskunta tarvitsee professionaalisia organisaatioita toteuttamaan vaativia, korkeaa osaamista edellyttäviä tehtäviä. Professionaalisissa organisaatioissa johto jää näkymättömäksi, operationaalisen tason hallitessa. (Abernethy & Stoelwinder 1990: 20; Mintzberg 1989: 173.) Professoiden autonomiaa uhkaava sairaalaorganisaation rakenteellinen uu-

distaminen on luonut jännitteitä hallinnon ja professioiden välille. Sekä rakenne että professioilta puuttuva organisaation tavoitteisiin sitoutuminen ovat tehokkaan johtamisen este. (Abernethy ym. 1990: 18.) Professioiden sisällä on eritasoisia alaprofessioita, joiden kesken vallitsee erilaisia näkemyksiä vallasta ja arvostuksesta. Alaprofessioiden omat tarkoitusperät lisäävät organisaation epäyhtenäisyyttä. (Cavén 1999: 136; Abernethy ym. 1990: 21.)

3.3. Johtaminen hoitotyössä

Hoitotyö -käsitteellä tarkoitetaan sellaista ammatillista toimintaa, jonka tarkoituksena on auttaa ihmistä edistämään terveyttään ja tulemaan toimeen sairautensa ja sen aiheuttamien rajoitusten kanssa elämän eri vaiheissa (Perälä 1997: 17). Hoitotyön peruskäsitteitä ovat ihminen, terveys, ympäristö ja hoitotyön toiminta. Näihin käsitteisiin liitetään edelleen käsitteiden väliset prosessit, ihmisten väliset suhteet, hoitotyön vaikuttamiskeinot ja hoitotyön prosessit. Hoitotyön toiminnan perustana ovat arvot, käsitys ihmisestä ja terveydestä, oikeudelliset normit ja ammattietiikka. Keskeisenä arvona hoitotyössä on ihmisarvon kunnioittaminen. (Åstedt-Kurki 1992: 12–13.) Hoitoprosessilla tarkoitetaan saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvien palvelutapahtumien muodostamaa suunnitelmallista toimintasarjaa. Hoitotyötä säätelevät oikeudelliset normit ja lait, perusoikeussäännökset, kansainväliset ihmisoikeussopimukset, moraalinormit sekä kansalliset ja kansainväliset ammatilliset sopimukset. (Perälä 1997: 21, 29.)

Tutkimuksen keskeisenä teemana on tarkastella julkisen toimintaympäristön ohjauksen vaikutusta sairaalaorganisaation johtamisessa ja johtamisessa hoitotyössä. Hoitotyön johtamisen rakenteen tarkastelu rajataan sairaanhoitopiirin kuntayhtymään. Hoitotyön johtamista tarkastellaan Sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin informaatio-ohjauksen sekä hoitotyön johtamista käsitelleiden tutkimusten kehyksessä.

3.3.1. Hoitotyön johtajien asema sairaalaorganisaatiossa

Hoitotyön johtajien aseman keskeiset rakenteelliset muutokset liittyvät tulosjohtamisjärjestelmän käyttöönottoon 1990 -luvulla, jonka tavoitteena oli palvelujärjestelmän tuloksellisuuden parantaminen, johtajuuden selkeyttäminen ja työntekijöiden sitouttaminen organisaation tavoitteisiin. Sinkkosen (1994: 195) mukaan johtamisjärjestelmän muutos linjaorganisaatiosta tulosjohtamiseen merkitsi ylihoitajan virallisen asemavallan poistumista. Johtajuudessa on hänen mukaansa erotettu kolme vallan lähdettä, jotka ovat virallinen asema, karisma ja asiantuntijuus. Asiantuntijuuteen perustuva valta merkitsee muutosta sekä hoitotyön johtajalta vaadittavista ominaisuuksista että johtamistehtävissä. Sinkkosen (1994: 192) mukaan tulosjohtaminen merkitsi tehtävien ja toimivallan siirtoa ylihoitajilta osastonhoitajille, ylilääkärin tuloa tulosyksikön johtajaksi ja näistä johtuvaa ylihoitajien aseman heikkenemistä. Terveystieteiden ammattijärjestö Tehyn tekemän selvityksen mukaan hoitohenkilöstön asema, päätöksentekomahdollisuudet ja toimivallan epäselvyys tarvitsevat selkeyttämistä (Pokki, Merasto & Hämmäläinen 1997). Sairaalaorganisaatiossa johtosääntökiistat ovat kahden ammattiryhmän lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan välisiä vallanjaon näkemyseroja.

Professioiden asema sairaalaorganisaatiossa on ollut hyvin vahva ja suurin syy valta- ja vastuusuhteiden epäselvyyteen. Terveystieteiden johtajat ovat professionaalisia virkamiesjohtajia, jossa ammattilaisroolit ja substanssinosaaminen korostuvat. (Viitanen & Konu 2006: 51–53.) Professionaalisuuden piirteitä ovat itsenäinen asema, jota vain professio kontrolloi, tietoon perustuva asiantuntijuus ja auktoriteetti, senioriteettiin perustuva eteneminen, oma ammattikulttuuri, eettinen normisto ja edunvalvonta. Isoissa terveystieteiden organisaatioissa professionaalisuus menee organisaation ammatillisen johtajuuden edelle. Sairaalan funktionaalinen organisoituminen noudattaa lääketieteellisiä spesialiteetteja ja edelleen näiden subspecialiteetteja. Funktionaalisen organisaation heikkoutena on yksiköiden välinen kilpailu, joka sairaalaorganisaatiossa ilmenee lojaalisuutena omalle spesialiteetille ja sen etujen ajamisena. Professionaalisuuden seurauksena kokonaisuuden johtaminen jää ylimmän johdon tehtäväksi. (Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen & Lehto 2007: 11–15.) Vartolan (2005: 108) mukaan julkisen hallinnon uudistaminen on ollut inkrementalista ja perustunut eteen tulleiden ongelmien

ratkaisuihin. Vanha perinteinen professionaalinen rakenne on uudistamispyrkimyksistä huolimatta säilyttänyt asemansa.

Hoitotyön johtamisen kritiikki alkoi 1990 -luvulla. Hoitotyön johtamista kuvattiin hierarkkiseksi ja muodolliseksi. Osaltaan muodollisuus katsottiin perustuvan julkisorganisaation rakenteellisiin vaatimuksiin sekä toisaalta koko hoitotyön toimintaa leimaavaan historialliseen perinteeseen (Kangas 1999: 92). Julkisyhteisöjen organisaatiomuutosten haasteena on vahva hierarkkinen ja ammatillinen perinne, halu pitäytyä tutussa ja turvallisessa toimintatavassa, virkamiesten erottamattomuus ja ahtaat toimenkuvat (Asikainen 1990: 59). Hoitotyön asemaa on luonnehdittu ”mustan aukon” teoriolla, jonka mukaan hoitotyössä ei nähdä ympäröivään yhteiskuntaan ja johon ympäristö ei näe. (Sorvettula 1992: 13; Kangas 1999: 92). Hoitotyön ”musta aukko” voidaan ajatella kuvaavan hoitotyötä suljettuna järjestelmänä. Anja Seppälä (1994: 40–41) luonnehtii terveydenhuollon ja hoitotyön hallinnon ja johtamisen nykytilaa prismaattiseksi. Hänen mukaansa hoitotyön johtamisen mahdollisuudet ovat uuden ja vanhan johtamisjärjestelmään koordinoinnissa ja erityisesti organisaation ongelmien ja ristiriitojen ratkaisijana ja uhkien selvittäjinä.

Hoitotyön kansallisen tavoite- ja toimintaohjelman (STM 2003a: 73–75) mukaan hoitotyön henkilöstörakenne käsittää ylimmän, keski- ja lähijohtamisen ja varsinaisen operatiivisen henkilöstön. Hoitotyön lähijohtajat eli osastonhoitajat vastaavat operatiivisesta johtamisesta, lyhyen ja pitkän ajan suoritustavoitteiden saavuttamisesta sekä ammattitoiminnan asianmukaisuudesta. Hoitotyön keskijohto eli ylihoitajat huolehtivat henkilökunnan osaamisesta ja sen kehittämisestä, toimintaedellytysten luomisesta sekä näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisestä. Ylimmässä strategisessa johdossa hallintoylihoitajat ja johtavat ylihoitajat ovat vastuussa organisaation tehtävän ja toiminnan perustasta, niiden laajemmista toimintaedellytyksistä, strategisesta johtamisesta sekä suhteista sidosryhmiin. Strategisen johdon tehtävänä on luoda toimintaa kehittäviä tavoitteita, määritellä toimintaa ohjaavia eettisiä periaatteita ja kehittää henkilöstön identiteettiä organisaation muutosvaatimuksia vastaaviksi.

3.3.2. Hoitotyön johtamistehtävät sairaalaorganisaatiossa

Hoitotyön prosessit voidaan kuvata tietoperustan mukaisena laillistettuna ammattitoimintana, jonka tavoitteena on terveyspalveluiden tuottaminen organisaation tavoitteiden mukaisesti. Kokonaisprosessi erikoissairaanhoidossa on lain mukaisesti vastata kansalaisten terveystarpeisiin. Hoitotyön toiminnan ohjaus toteutuu sekä organisaation ulkopuolisella että organisaation sisäisellä ohjauksella. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan sairaalaorganisaation hoitotyön johtamistehtäviä kansallisen informaatio-ohjauksen näkökulmasta.

Hoitotyön johtajalta edellytetään, että he yhdistävät hoitotyötä, johtamista ja hallintoa koskevat tietonsa ja rakentavat kestäviä laaja-alaisia teorioita, jotka tyydyttävät hoitopalveluja saavien ihmisten tarpeet. Edelleen hoitotyön johtamista voidaan ymmärtää vain suhteessa siihen toiminnalliseen kokonaisuuteen, jonka osana se toimii ja jonka tavoitteita se pyrkii toteuttamaan. Hoitotyön johtamisen tarkastelu edellyttää kokonaiskuvaa koko terveydenhuoltojärjestelmästä sekä tiedosta, jota se tarvitsee. (Seppälä 1994: 41–42.)

Työministeriön (1995) tuottamassa terveydenhuoltoalan ammattien kuvauksessa ylihoitajan työtehtäviksi määritettiin seuraavia tekijöitä: Ylihoitaja johtaa, valvoo ja koordinoi sairaalan hoitotyötä ja hoitohenkilöstön toimintaa toimien hoitotyön asiantuntijana. Ylihoitaja osallistuu sairaalan toimintasuunnitelmien ja kustannuslaskennan laatimiseen ja seuraa toimintasuunnitelmien, talousarvion sekä asetettujen tavoitteiden toteutumista ja määrärahojen käyttöä. Hoitotyön osalta ylihoitaja valvoo hoitohenkilökunnan tarvetta ja vastaa sen sijoittamisesta sekä huolehtii hoitohenkilöstön henkilöstöasioista ja täydennyskoulutuksesta. Tehtäviin kuuluu myös hoitotyön ja sen tutkimuksen kehittäminen, laadun varmistuksesta huolehtiminen, opiskelijoiden harjoittelun järjestäminen sekä hoitoon osallistuvien tahojen yhteistyön kehittäminen.

Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvan hoitotyön kansallinen tavoite ja toimintaohjelma vuosille 2004–2007 (STM 2003a) linjaa edelleen konkreettisia hoitotyön johtamisen elementtejä. Ohjelman tavoitteena on Terveys 2015 -kansanterveysohjelman

(STM 2001) ja terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan kansallisen hankkeen (STM 2002) tukeminen. STM suosittaa kuntia ja sairaanhoitopiirejä ohjelman toteuttamiseen Maailman terveysjärjestön (WHO) velvoitteiden täyttämiseksi ja hoitotyön ammattilaisten osallistumisesta terveyspolitiikan suunnitteluun ja toimeenpanoon. Kansallisen tavoite- ja toimintaohjelman (STM 2003a: 11, 13–14, 75) mukaan hoitotyön johtamisen keskeisiä kehittämisalueita ovat asiakaslähtöisten palvelujen johtaminen, henkilöstön hyvinvoinnin ja osaamisen johtaminen sekä rekrytointistrategioiden kehittäminen, näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen, toiminnan laadun, vaikuttavuuden ja kustannus seurannan johtaminen sekä paikalliseen ja alueelliseen hyvinvointi- ja terveyspoliittiseen päätöksentekoon vaikuttaminen.

WHO:n (1988) työryhmä on esittänyt yksitoistaosaisen hoitotyön johtamistoimintojen lukiituksen. Johtamistoiminnot olivat: hoitotyön organisaatorakenteen määrittäminen, terveyspolitiikan muotoutuminen, voimavarojen ja palvelujen suunnittelu, standardien määrittely ja laadun parantaminen, voimavarojen kohdentaminen ja ohjaus hoitotyössä, tiedonkulun varmistaminen ja kommunikointi, taloushallinto, henkilöstöhallinto, koulutus ja kehittäminen, jatkuva valvonta, seuranta ja arviointi hoitotyössä, koordinointi ja yhteistyö. Pohjoismainen hoitotyön johtamisosaamista tarkastellut tutkimus lisäsi listaan systeemiteoriaan perustuen terveydenhuoltojärjestelmän ja hoitotyön roolin terveydenhuoltojärjestelmässä (Lorenzon, Sinkkonen, Lichtenberg, Jensdottir, Hamran, Johansson & Engfeldt 2001: 19–20).

Grönroosin ja Perälän (2004: 20) mukaan terveydenhuollon ylihoitajien tehtäväalueita ovat strateginen suunnittelu ja johtaminen, hallinnolliset tehtävät, kliininen johtaminen, hoitotyön sisällön ja työyhteisön kehittäminen, suhteiden hoidon oman työyksikön sisällä ja ulkopuolella, oman asiantuntijuuden käytön, taloushallinto sekä koulutuksen suunnittelu ja toteutus. Kansainvälisen hoitotyön johtamistehtäviä vertailleen tutkimuksen mukaan Suomessa ei ole yhtenäistä näkemystä hoitotyön johtamistehtävistä. Hoitotyön johtajat Suomessa priorisoivat näyttöön perustuvan hoitotyön, tutkimuksen ja informaation käsittelyyn prioriteetin matalalle. Tärkeimmäksi johtamistehtäväksi priorisoitiin leadership -tyyppiset johtamistoiminnot. Perinteisellä hoitotyön johtamistavalla ei ole vaikuttavuutta tämän päivän kustannustehokkaissa organisaatioissa. Organisaatio

tion elinvoimaisuuden säilyttäminen edellyttää koordinaatiota eri toimijoiden ja yksiköiden kanssa sekä valmiutta rakenteellisiin ja toiminnallisiin muutoksiin. (Guo & Anderson 2005: 18–19.) Erityisenä huolenaiheena kansainvälisessä tutkimuksessa nähtiin ongelmat kansainvälisten terveystieteiden tavoitteiden eteenpäin viemisessä (Hennessey & Hicks 2003: 447–448).

Kansallisessa hoitotyön strategiassa (STM 2003a) asetettiin tavoitteet ja toimenpideehdotukset hoitotyön käytännön, johtamisen, koulutuksen ja tutkimuksen kehittämiseksi. Näkökulma hoitotyön johtamisen haasteisiin oli käytännön hoitotyön toiminnan tukemisessa. Raportissa tuodaan esiin seitsemän hoitotyön johtamisen haastetta, jotka olivat: johtamisen uudistaminen, palvelukokonaisuuksien ja verkostojen johtaminen, terveyttä edistävän ja eriarvoisuutta vähentävän terveystieteiden luominen, tutkimukseen perustuvan käytännön ja laadunhallinnan kehittäminen, hoitotyön tietojärjestelmien kehittäminen ja kustannustietoisuuden vahvistaminen.

Tulosjohtaminen ja johtamisen kehittäminen hoitotyössä

Johtamisen kehittäminen nähdään Sosiaali- ja terveysministeriön arviointiraportissa tärkeänä tehtävänä organisaation tuloksellisuuden parantamiseksi (STM: 1998b). Terveystieteiden organisaatiot toimivat muuttuvassa haasteellisessa toimintaympäristössä. Muuttuva toimintaympäristö ja sen haasteet edellyttävät terveydenhuollon organisaatioiden johtajilta taitoa ulkopuolisen ympäristön tutkimiseen, kehitystrendien seuraamiseen ja kehityksen suunnan ennustamiseen. Taloudelliset tekijät vaikuttavat nopeasti sekä julkiseen että yksityiseen terveydenhuoltoon. Em. raportin mukaan hoitotyön johtajien vastuulla on merkittävä osa henkilöstön, talouden ja teknologian resursseista. Hoitotyön johtajilla on todettu olevan puutteita talousosaamisessa ja kyvyssä nähdä ulkoista ympäristöä ja sen muutoksia (Edwards & Roemer 1996: 11, 16–17). Rahoitusvaikeudet ovat olleet suurin syy terveydenhuollon rakenteiden uudistamisessa. Uudistusten tarkoituksena on ollut hillitä kustannusten kasvua ja toisaalta saada enemmän vastinetta taloudellisille panostuksille. (Kokko 1998: 432.) Taloudelliset vaikutukset näkyvät sairaalaorganisaatioissa suhteellisen nopeasti. Kuitenkin vaikka yhteiskunnalliset terveystieteelliset ja taloudelliset päätökset heijastuvat myös hoitotyöhön, sairaalo-

den hoitotyön johdon on todettu toimivan erilaisen "maksajajärjestelmän" ehdoilla. Yhteiskunnalliset taloudelliset vaikutukset eivät vaikuta hoitotyön johtamistoimintoihin vaan taloutta johdetaan organisaation sisäisenä asiana. (Buerhaus, Clifford, Fay, Miller, Sporing & Weissmann 1996: 21–29.)

Tulosjohtamisen soveltaminen sairaalaorganisaation edellyttää selkeitä tavoitteita, jotka ovat mitattavissa ja tukevat sairaalan missiota. Tavoitteiden tulisi olla sekä yksikköjä että henkilöstön ammatillista suoritusta arvioivia. (Hand & Hollingsworth 1975: 50–51.) Tulosjohtamisen katsotaan parantavan sairaalaorganisaation suunnitelmallisuutta, toiminnan kontrollointia sekä suoritusarviointia. Tulosjohtamisen tärkeimpinä tavoitteina ovat olleet taloudelliset tavoitteet, sairaalan toiminnallisten tavoitteiden jäädessä useimmiten asettamatta. (Covaleski & Dirsmith 1981: 414.) Nojosen (1999: 125–126) mukaan hoitotyöhön sovellettuna tulosjohtaminen tarkoittaa mahdollisimman hyvää, potilaan hoidon tarpeista lähtevää hoitotyötä. Hoitotyön johtajien tehtävissä painottuvat substanssin johtaminen ja kehittäminen sekä muutoksen ohjaaminen, johon liittyvät henkilöstön kohdentamis- ja motivaatiotehtävät. Henkilöstöhallinnon tehtävät siirtyvät suureksi osaksi osastonhoitajille kuten henkilöstön valinta ja sijoittelu. Hoitotyön johtajien tehtäväalueeseen liittyy tulevaisuudessa ympäristösuhteet ja terveystalouteen vaikuttaminen. Muutospaineista keskeisempänä ovat taloudellisen toimintaympäristön muutokset ja niihin vastaaminen. Hewisonin ja Griffithsin (2004: 471) mukaan hoitotyön johtajien tulee kehittää sekä leadership että management -taitoja kyetäkseen vastaamaan toimintaympäristön muutoksiin.

Hoitotyön kansallisen tavoite- ja toimintaohjelman (STM 2003a: 73–75) mukaan hoitotyön keskijohto eli ylihoitajat huolehtivat henkilökunnan osaamisesta ja sen kehittämisestä, toimintaedellytysten luomisesta sekä näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisestä. Ylihoitajat ovat lähijohtajien ja henkilöstön valmentajia ja mentoreita, jotka ohjauksen avulla yhdistävät eri yksiköissä olevaa osaamista toimiviksi ja työtä kehittäviksi kokonaisuuksiksi. Ylimmässä eli strategisessa johdossa hallintoylihoitajat ja johtavat ylihoitajat ovat vastuussa organisaation tehtävän ja toiminnan perustasta, niiden laajemmista toimintaedellytyksistä, strategisesta johtamisesta sekä suhteista sidosryhmiin. Strategisen johdon tehtävänä on luoda toimintaa kehittäviä tavoitteita, määrittellä toi-

mintaa ohjaavia eettisiä periaatteita ja kehittää henkilöstön identiteettiä organisaation muutosvaatimuksia vastaaviksi. Tehyn näkemyksen mukaan esimiehellä on sekä toiminnallinen että taloudellinen vastuu. Tehtävät käsittävät talousarvion ja toimintasuunnitelman valmistelun ja seurannan, kehittämisen, alaisten työn ohjauksen ja valvonnan sekä henkilöstöhallinnollisia tehtäviä ja tiedonvälityksen. (Sassi 2005: 7.)

Johtamisen kehittäminen merkitsee myös ylihoitajien ja osastonhoitajien välisen työnjaon kehittämistä. Ylihoitajilla ja osastonhoitajilla on halukkuutta laajentaa toimintaansa toinen toistensa työalueille. Työalueen uudelleen muotoilu edellyttää yhteisten suuntaviivojen löytämistä. (Pokki ym. 1997.) Narisen (2000) mukaan ylihoitajien ja osastonhoitajien näkemykset johtamistehtävistä tulevaisuudessa poikkesivat toisistaan henkilöstö- ja taloushallinnon tehtävissä. Hallinnollisten tehtävien delegoinnit ylihoitajilta osastonhoitajille vaihtelivat vastaajittain, organisaatioittain ja yksiköittäin. Myös Simmsin, Pricen ja Pfoutzin (1985: 241–242) tutkimuksen mukaan hoitotyön johtajien hallinnolliset tehtävät ja vastuut vaihtelivat eri toimintasektoreilla. Erot olivat havaittavissa erityisesti akuuttihoitotyön ja pitkäaikaissairaanhoidon yksiköiden hoitotyön johtamiskäytännöissä.

Palvelukokonaisuuksien ja verkostojen kehittäminen

Palvelukokonaisuuksien ja verkostojen kehittäminen edellyttää koordinointia ja yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kesken. Palvelukokonaisuuksien kehittäminen sairaalaorganisaatioissa merkitsee tulosalueiden ja yksiköiden toimintojen yhteensovittamista potilaiden palveluprosessien toimintojen yhteensovittamiseksi. Erikoissairaanhoidon palveluprosessit perustuvat erikoissairaanhoidolakiin. Terveydenhuollon järjestelmien (kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon) päällekkäisyydet ja vaativan palvelutuotannon järjestäminen nostettiin esiin kansallisessa projektissa terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (STM 2003a). Palveluprosessien kehittäminen on osa kansallista hanketta, joihin sairaalaorganisaatioissa kuten koko terveysjärjestelmässä panostetaan hankkeittain. Hankekohtaisia ovat olleet valtakunnalliset hankkeet tietojärjestelmien kehittämisestä ja saumattomista palveluketjuista. Hankkeisiin osallistumisen vastuut määritellään organisaatiokohtaisesti määrärahojen puitteissa. Rahoitus

on sekä hankekohtaista että määräaikaista. Koko järjestelmän sitouttaminen palvelujärjestelmän uudistamiseen on jatkotyön asia. Vastuu yhteistyön tehostaminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken on määritetty erikoissairaanhoidon toimijoille. Palveluketjujen kehittämällä haetaan sekä tuotannollista tehokkuutta, taloudellisuutta että asiakkaan saaman palvelun laadun parantamista (Banaszak-Holl, Berta, Bowman, Baum & Mitchell 2002: 262–263).

Organisaatio näkökulmasta saumattomalla palveluketjulla tarkoitetaan saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaa ja organisaatorajat ylittävää palveluprosessien kokonaisuutta. Asiakasnäkökulmasta saumattomat palveluketjut tarkoittavat sellaista asiakkaan yhtäaikaisesti ja perättäisesti käyttämien sosiaali- ja terveysterveystoimien kokonaisuutta, jotka asiakkaan kokemuksen mukaan liittyvät toisiinsa. (Lehto 1999: 42–43.) Saumattomat palveluketjut muodostuvat prosesseista, joiden tunnistaminen on ensiaskeleita kehitystyössä. Prosessien kehityshankkeita ovat hankaloittaneet sekä terveydenhuollon erikoisalaladonnaisuus ja professionaalisuus. Prosessien on ajateltu olevan erikoisalaladonnaisia ja niiden välillä uskotaan olevan niin suuria eroja, että yhteisten prosessien löytäminen on koettu vaikeaksi. (Tuomi 2000: 255.) Sairaalaorganisaation vertikaaliset rakenteet nähdään palveluprosessien kehittämisen haasteina. Asiakaslähtöisten rakenteiden kehittämistä ovat hankaloittaneet myös professioiden väliset ja sisäiset suhteet (Lehto 1999: 44–45). Saumattomat palveluketjut ylittävät sekä yksikkö- että organisaatorajat. Kehitystyö edellyttää yhteistyötä terveydenhuoltojärjestelmän toimijoiden kesken. STM:n (1998a) mukaan asiakkaan aseman parantamiseksi tulisi kehittää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä. Palveluketjujen kehittämisen tavoitteena on palveluiden saatavuuden ja laadun parantaminen.

Hoitotyön henkilöstön johtamistehtävät

Henkilöstötoiminnot ovat hoitotyön johtamisen ja organisaation strategisten tavoitteiden saavuttamisen arkipäivää. Hoitotyössä tärkeimpänä johtamistehtävänä nähdään rekrytointi ja osaavan henkilöstön saatavuuden varmistaminen (STM 1998b). Perinteisesti henkilöstötoiminnot ovat sairaalaorganisaation keskijohdon suurin yksittäinen tehtäväalue. Henkilöstökustannukset ovat sairaalaorganisaatioiden suurin menoerä, josta pää-

osa koostuu suurimman ammattiryhmän eli hoitohenkilökunnan palkoista. Henkilöstökulujen osuus on noin 70 % koko sairaalaorganisaation toimintakuluista.

Sairaalaorganisaatioita luonnehditaan asiantuntijaorganisaatioiksi, joissa henkilöstön tieto ja osaaminen ovat organisaation tärkein tuotannollinen tekijä. Henkilöstön osaamisen on nostettu palvelusektorilla tärkeäksi tuotannolliseksi resurssiksi. Julkisissa organisaatioissa työskentelevien ihmisten osaaminen vaikuttaa ratkaisevasti julkisten palveluiden toimivuuteen, tehokkuuteen ja laatuun. Julkisissa organisaatioissa keskitytään osaamiseen sekä laatu- että tuottavuustekijänä. (Määttä & Virtanen 2000: 132–133.)

Syvjärven ja Stenvallin (2003: 341) mukaan yksityisen ja julkisen organisaation henkilöstöjohtajuuden välillä ei ole loogista eroavaisuutta. Inhimillisten voimavarojen manageristinen suuntaus on rationaalista, määrällistä ja strategista. Humanistisessa suuntauksessa korostuu osaamisen johtaminen, ihmisten sitoutuminen työhön ja työssä viihtyminen. Hoitotyön johtajien päätehtävänä on inhimillisten voimavarojen johtaminen (Simms ym. 1985: 241).

Hoitotyön johtajien johtamisrooleissa on sekä management että leadership -ulottuvuudet. Management ulottuvuus käsittää valvonnan, resurssien koordinoinnin ja ohjaamisen sekä päivittäisen johtamisen. Leadership ulottuvuudessa korostetaan henkilöstön tukemista. Hyvä johtamistaito edellyttää näiden kahden ulottuvuuden tasapainoa, painotukset voivat vaihdella tilannesidonnaisesti. (Millward & Bryan 2005: 22.) Pokin (1998: 23–24) mukaan hoitohenkilökunta odottaa hoitotyön johdolta sekä tukea, kannustusta että vaikutusmahdollisuutta toimintojen kehittämisessä ja päätöksenteossa. Ylihoitajien on odotettu edustavan hoitohenkilökuntaa ja sen näkemyksiä sekä tukevan työn sisällön kehittämistä, hoidon ja työelämän laadun ja hoitokäytäntöjen muutosten eli substanssin kehittämistä. Uusi tuloksellisuuteen ja managerialismiin suuntautunut organisaatiokulttuuri aiheuttaa jännitystä leadership -orientoituneissa hoitotyön johtajissa. Kehitys on johtanut tilanteeseen, jossa hoitotyön lähijohtajat eli osastonhoitajat edustavat management -tyyppistä johtamista ja keskijohto leadership -johtamista, mikä on omiaan aiheuttamaan konfliktia sekä henkilöstön että hoitotyön keski- ja lähijohtajien kesken. (Stanley 2006: 31–32.) Management ja leadership -johtamisen muutos henkilöstöhallin-

nosta henkilöstöjohtamiseen on ollut inkrementtalista ja useimmiten muutos hyväksytään ylemmällä organisaation tasolla mutta alemman tason on tasapainoiltava taloudellisten ja tuotannollisten vaatimusten kanssa (Sheenan 2005: 204–206).

Terveydenhuollon hoitotyön tulevaisuuden johtamistehtävissä oletetaan korostuvan muutoksen hallinta, osaamisen johtaminen ja tutkimustyö (Merasto 2005: 8). Mathenan (2002: 136–138) mukaan hoitotyön johtajien tehtävänä on muutoksen johtamisen lisäksi kulttuurin, työyhteisön ja yhteistyön kehittäminen, joiden tavoitteena on työhyvinvoinnin edistäminen. Työhyvinvointia edistävän Veto -ohjelman (STM 2003b) tavoitteena on työolosuhteiden ja työntekijöiden hyvinvoinnin edistäminen. Hoitotyön henkilöstön ikääntyminen ja eläköityminen edellyttävät johtajilta työntekijöiden terveyden ja toimintakykyyn huomioimista ja tarvittaessa työntekijän uudelleensijoittamista organisaatiossa. Buerhausin (1999: 55) mukaan hoitohenkilöstön ikääntyessä myös halukkuus siirtyä lyhennettyyn työaikaan lisääntyy, minkä vuoksi tarvitaan uusia houkuttimia henkilöstön pysymisessä aktiivisessa työssä. Toisaalta lyhennettyyn työaikaan siirtyminen edellyttää valmiuksia erilaisten työaikojen yhteensovittamisesta ja osaamisen varmistamista. Edelleen Buerhaus (2003: 191) toteaa, että alan vetovoimaisuutta tulisi parantaa henkilöstön riittävyyden varmistamiseksi.

Strömmer (1999: 16–18) näkee henkilöstötoiminnot yrityksen ydinprosessien tukijärjestelmänä, jonka avulla luodaan edellytykset ydintoimintojen toteutumiselle. Henkilöstöjohtamisen kenttä on myös hyvin säädeltyä, jonka vuoksi johtajien on tunnettava hyvin työelämää säätelevä lainsäädäntö ja työehtosopimusjärjestelmä. Henkilöstövoimavarojen johtaminen ei julkisessa organisaatiossa poikkea yksityisestä muuten kuin ammattihenkilöiden lainsäädännöllisissä velvoitteissa (Määttä & Virtanen 2000: 133). Kauhasen (1997: 137) mukaan työsuhdeasioiden hoito hajautettiin tulosjohtamisen myötä tulosyksiköihin. Henkilöstöhallinnon tehtävät ovat siirtyneen suureksi osaksi ylihoitajilta osastonhoitajille. Työsuhdeasioiden hoitoon kuuluvat tehtävät ovat normiperusteisia ja ne koskevat sekä julkista että yksityistä sektoria. Narisen (2000: 16) mukaan osastonhoitajat tuntevat itsensä nykyään enemmän osastonjohtajiksi, mikä kuvastaa myös osaltaan osastonhoitajan roolin muuttumista management -johtajiksi ja resurssien kohdentajiksi. Management ja leadership -henkilöstöjohtamisen ero voidaan nähdä yli-

hoitajan ja osastonhoitajan rooleissa, missä ylihoitaja edustaa leadership -tyyppistä ja osastonhoitaja management -tyyppistä johtajuutta. Tehtävien taso määrittää sen, miten johtaja työskentelee ja toiminnot, mitä hän johtaa. Lähijohtajien merkitys korostuu toiminnan tehostamisessa ja tavoitteiden saavuttamisessa ja sitoutumisessa organisaation tavoitteisiin. (Block & Manning 2007: 94.)

Terveydenhuoltohenkilöstön saatavuus ja rekrytointi asettavat haasteita hoitotyön johdolle. Ylihoitajat arvioivat osaamisensa erityisen hyväksi työntekijöiden haastattelussa ja valinnassa (Simms ym. 1985: 241–242). Kansallisessa hoitotyön ohjelmassa edellytetään alan toimijoilta rekrytointistrategioiden kehittämistä ja henkilöstösuunnittelua (STM 2003a). Strömmeriä (1999) mukailen hoitotyön henkilöstöjohtamisen tehtävät ovat strategisen johtamisen alueella henkilöstön saatavuuden ja osaamisen varmistamisessa. Valtakunnallisessa tavoite- ja toimintaohjelmassa pidetään yhtenä terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuden takaajana riittävää henkilöstöä ja osaamista (STM 2003a). Strateginen henkilöstöjohtaminen merkitsee hoitotyön johtamisen kentässä sekä valtakunnallisten strategisten tavoitteiden että kuntien ja kuntayhtymien strategisten tavoitteiden mukaista toimintaa, jonka tavoitteena on tulosjohtamismallin mukaisesti henkilöstön sitouttaminen toiminnallisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Riittävän henkilöstön saatavuuden varmistamiseksi tulee luoda rekrytointijärjestelmä, jonka avulla voidaan sekä varmistaa osaaminen että uudistaa terveydenhuollon rakenteellista uudistamista (Buerhaus 1999: 54–55).

Koulutuksen ja kehittämisen johtamistehtävät

Terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutusvelvoite mainitaan sekä ammatinharjoittamislaisissa että erikoissairaanhoitolaissa. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöä ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa ja perehtymään sitä koskeviin säädöksiin ja määräyksiin. Laissa on lisäksi vaatimus riittävästä kielitaidosta. Erikoissairaanhoitolaki velvoittaa sairaanhoitopiirejä huolehtimaan alueellisesta koulutuksesta. Valtakunnallisessa suunnitelmassa henkilöstön osaamiseen kiinnitetään huomio asettamalla täydennyskoulutuksen valtakunnalliset tavoitteet, joiden mukaan tehtävästä tai koulutuk-

sesta riippuen on asetettu määrällinen 3-10 päivän täydenniskoulutusvelvoite. Täydenniskoulutuksella tarkoitetaan sellaista koulutusta, joka pitää ajan kehityksen tasalla työntekijän toimen tai ammattiaseman edellyttämää ammattitehtävien hoitamista. Ammatillisella täydenniskoulutuksella voidaan parantaa toiminnan vaikuttavuutta, palveluiden laatua, potilasturvallisuutta ja asiakastyytyvää sekä edistää henkilöstön sitoutumista työhön. Henkilöstön kehittämisohjelmien tarkoitus on tuottaa hyötyä organisaatiolle ja edistää organisaation tavoitteiden saavuttamista. (STM 2004: 20–28.) Kansanterveyslakiin (992/2003) ja erikoissairaanhoidolakiin (993/2003) lisättyjen säännösten mukaan terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymien tulee huolehtia siitä, että terveydenhuollon henkilöstö peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvasta riippuen osallistuu riittävästi heille järjestettyyn täydenniskoulutukseen. Täydenniskoulutuksen tarkoituksena on ylläpitää, saattaa ajan tasalle ja lisätä työntekijän ammattitaitoa ja osaamista.

STM:n täydenniskoulutusasetus (1194/2003) koskee koulutuksen sisältöä, laatua, määrää, järjestämistä, seuranta ja arviointia. Täydenniskoulutuksen toteutumista seurataan henkilöstökoulutusrekisterillä ja henkilöstöraportoinnilla. Suositukseen liittyy myös täydenniskoulutuksen vaikuttavuuden arviointi. Arvioinnin tulisi olla sekä työntekijä että organisaatiolähtöistä osaamista arvioivaa. Arvioitavia kohteita voivat olla hankittujen tietojen taitojen ja asenteiden vaikutukset työtoimintaan. Keskeisenä kriteerinä arvioinnissa tulee olla potilaiden hoidon laadun parantaminen, jota voidaan arvioida asiakaspalautteiden perusteella. (STM 2004: 5, 38–39.) Niitä voidaan soveltaa myös yksityisessä terveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa. Jatkuva ammatillinen kehittyminen on sekä yksilön että organisaation kannalta merkittävää. Ammatillisen kehittämisen tulisi tähdätä organisaation tavoitteiden mukaiseen osaamiseen. Ammatillisen osaamisen johtaminen edellyttää systemaattista ja strategista koulutuksen suunnittelua. Johtajien tulisi luoda oppimista, uudistumista ja tiedon jakamista ylläpitävä ilmapiiri. (Lammintakanen, Kivinen & Kinnunen 2008: 557–558.)

Koulutukseen ja kehittämiseen liittyy myös alalle ominainen kapea-alainen erikoistuminen, jonka vuoksi henkilöstön sijoittuminen terveydenhuollon eri sektorilla rajoittuu. Organisaation tulisikin kannustaa ylläpitämään ammatillista perusosaamista eikä vain

rajoittunutta sektorikohtaista erikoisosaamista (Atmarow, Brown, Pinder & Renvoize 1998: 210–211). Perusosaamistaitojen ylläpitäminen mahdollistaa organisaatiomuutosten yhteydessä vaadittavien uusien taitojen nopean oppimisen ja vähentää henkilöstön epävarmuuden tunnetta uusissa yksiköissä ja muuttuvissa tehtävissä (Hill & McNulty 1998: 8–10). Tulevaisuuden organisaatiomuutosten johtaminen on siis myös henkilöstön perusosaamistaitojen ylläpitämistä, koulutusta ja kehittämistä. Työvoiman saatavuus asettaa myös haasteet täydennyskoulutukselle. Aikaisempi kapea-alainen sektorikohtainen erikoisosaaminen edellyttää perehdytysohjelmaa että henkilökohtaista koulutussuunnitelmaa. Oman haasteensa tuovat ulkomailta tulevat terveydenhuollon työntekijät, joiden koulutukseen liittyy terveydenhuoltojärjestelmän ja maan kulttuurin omaksuminen. (Sherman 2007: 8.)

Näyttöön perustuvan hoitotyön ja laadun kehittäminen

Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen (evidence based nursing) ja hoitotyön laadun parantaminen nähdään STM (2003a) tulevaisuuden hoitotyön johtamisen haasteena. De Grootin (2005: 37–38) mukaan näyttöön perustuva hoitotyön johtaminen tulee olemaan tulevaisuuden johtamisen vaatimus. Näyttöön perustuvalla käytännöllä tarkoitetaan tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa päätöksentekoa ja käytännön toteuttamista. Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarkoitetaan myös yleensä tutkimustiedon hankkimista, järjestelmällistä, kriittistä ja harkittua käyttöä yksittäisten asiakkaiden, potilaiden, potilasryhmien tai väestön hoidossa ja sitä koskevassa päätöksenteossa (Sinkkonen 2000: 4).

Näyttöön perustuvan hoitotyön esteenä pidetään sekä näyttöön perustuvan tutkimuksen puutetta, vaikutusten arvioinnin vaikeutta käytännön hoitotyössä sekä hoitotyön perinteistä kulttuuria (Davenport 2000: 206). Ylihoitajat näkevät itsensä edellytysten luojina, koordinaattoreina ja tutkimustiedon välittäjinä (Outinen, Liukko, Mäki & Siikander 2001: 12–13). Edellytysten luominen merkitsee oppivan ympäristön luomista ja yksilöiden rohkaisemista omien oppimispotentialien löytämiseen (Macneil 2001: 249). Näyttöön perustuvan hoitotyön vieminen käytäntöön edellyttää kuitenkin hoitotyön johtajien voimakasta panosta sekä uuden kulttuurin että johtamistaitojen kehittämistä (Cannon

2007: 16–17). Ylihoitajien toimintaa tutkimustiedon välittämisestä ja käytön edistämisestä on kuvattu termein "tiedottaja" ja "tiedotustilaisuuksien järjestäjä" (Outinen ym. 2001: 12–13). Hoitotyöntekijöiden on kuitenkin todettu lukevan vähän tutkimustietoa, jonka seurauksena tutkimustulosten hyödyntäminen on jäänyt vähäiseksi (Sinkkonen 2000: 10–12). Ylihoitajat ovat nähneet suurimpana esteenä tutkimustulosten hyödyntämiselle sen, että tutkijat eivät kykene kehittämään toimintatapoja tulosten käyttöönotolle (Eriksson, Nordman & Myllymäki 2000: 72–73). Sinkkosen ja Taskisen (2002: 135–136) johtamisosaamisen vaatimuksia ja johtamisosaamista käsitelleen tutkimuksen mukaan ylihoitajien johtamisosaamisen taso oli heikointa näyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen johtamisessa. Em. tutkimuksen mukaan kymmenestä heikoimman osaamisen alueesta kahdeksan koski näyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen johtamista.

Laadun kehittäminen edellyttää systemaattisuutta ja yhdenmukaisuutta. Suurin osa laadunhallinnan menettelytapa- ja toimintaohjeista on laadittu henkilökunnan (91 %) toimesta. (Outinen ym. 2001: 14). Hoitotyön keskijohdon osallistuminen laadunhallinnan toimintaohjeistojen kehitysryhmiin ja asiantuntijahoitajien työn tukeminen edesauttaa käytännön hoitotyön laadun kehittämistä. Keskijohdon tulisi myös aktivoida potilaita laadunarviointiin ja osallistua palautteidensa arviointiin. (Wright 2007: 56–57.) Hoitotyön organisaatiokohtaisten käytäntöjen keskinäisen vertaamisen eli benchmarkingin avulla pyritään etsimään parhaita toimintatapoja. Benchmarking edellyttää yhteistyötä alan muiden toimijoiden kanssa ja asiantuntijaverkostojen kehittämistä ja ylläpitämistä. (Jasper 2006: 330.)

Yhteenveto hoitotyön asemasta ja johtamistehtävistä sairaalaorganisaatiossa

Hoitotyö on osa terveydenhuoltojärjestelmän ammatillista toimintaa, jonka tehtävänä on omalta osaltaan tuottaa julkisen terveydenhuoltojärjestelmän palveluja. Julkisen terveydenhuoltojärjestelmän palvelutoiminta muodostuu eri ammattinimikkeellä olevien toimijoiden yhteistyöstä. Yhteisenä tavoitteena on taata kansalaisille perustuslain mukaiset julkisen terveydenhuoltojärjestelmän palvelut. Hoitotyötä ohjataan sekä lainsäädännöllä, valtakunnallisten terveystieteiden tavoitteiden että STM:n ja Stakesin informaatio-ohjauksella. Hoitotyön johtamisen asema terveydenhuollon järjestelmässä on

organisaatioiden itsensä eli sairaanhoitopiirien poliittis-hallinnollisen päätöksenteon asia. Hoitotyön johdon virallista asemaa tulee tarkastella organisaatiokohtaisesti hallinto- ja virkasäännöistä. Valtakunnallista normia hoitotyön johtamisen asemasta sairaalaorganisaatiossa ei ole määritetty, perinteisesti hoitotyön johdon tasot ovat strateginen, keski- ja lähijohto.

Hoitotyön johtamisen prosessit muodostuvat tulosjohtamisen prosessista, erikoissairaanhoitolain säädöksistä, täydennyskoulutusveloitteesta, näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisestä, laadunhallinnasta ja yhteistyöstä terveydenhuoltojärjestelmän toimijoiden kesken. Henkilöstötoiminnot muodostavat merkittävän osan johtamisessa hoitotyössä. Henkilöstötoiminnot ovat sekä kovan että pehmeän henkilöstövoimavarojen johtamisen toimintoja. Hoitotyön johtamisessa keskijohto on suuntautunut leadership -tyyppiseen johtamistoimintaan ja tutkimukset ovat suuntautuneet muutoksen johtamiseen ja henkilöstöön. Management -tyyppiseen johtajuuteen liitetään talous- ja tavoitejohtaminen, sitoutuminen budjettiin ja toimintatavoitteisiin, mikä edellyttää toiminnan tilastollista seuranta ja jatkuvaa arviointia. Talouden ja budjetin seuranta liittyy myös henkilöstötoimintoihin, henkilöstömenojen muodostaessa suurimman osan julkisen terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon menoista.

Yhteiskunnan asettamat henkilöstön osaamisen tavoitteet edellyttävät koulutustarpeen arviointia ja suunnittelua. Potilaiden hoitoon pääsyn uudet kriteerit edellyttävät jatkuvaa tilastollista seuranta hoitotakuun toteutumisesta säädetyissä rajoissa sekä tuotannon ohjaamista. Laatuvaatimukset nousevat esiin sekä potilaslaissa että STM:n suosituksissa terveyspalvelujen laadusta ja palvelujen ja palveluketjujen kehittämisestä. Henkilöstön osuus tuotannollisten tavoitteiden saavuttamisesta nousee erityisesti esiin hoitotyössä. Osaaminen, täydennyskoulutus ja näyttöön perustuva hoitotyö ovat tekijöitä, joiden kautta varmistetaan potilaiden hoidon laatu ja palveluiden vaikuttavuus. Terveydenhuollon johtajien kehittämistarpeet ovat erityisesti henkilöstön johtamisessa, henkilöstön osaamisen ja koulutuksen kehittämisessä sekä taloushallinnon johtamisosaamisessa että yhteistyössä alan toimijoiden kesken.

4. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, TUTKIMUSASETELMA JA -METODI

4.1. Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen lähtökohtana oli julkisen terveydenhuollon toimivuuteen ja johtamiseen kohdistettu kritiikki. Teoreettinen viitekehys eteni makrotasolta mikrotasolle. Aluksi tarkasteltiin yleisesti organisaatiota ja johtamista rakenteiden, prosessien ja henkilöstön näkökulmista. Seuraavaksi siirryttiin terveydenhuoltojärjestelmään ja edelleen sairaalaorganisaatioon. Tarkastelulla pyrittiin tuomaan esiin järjestelmäteoreettinen näkökulma yhteiskunnallisten palveluorganisaatioiden asemasta ja tehtävistä sekä niitä säätelevistä tekijöistä. Toimintojärjestelmän tarkastelussa siirryttiin edelleen sairaalaorganisaation yhteen alajärjestelmään eli hoitotyöhön. Teoreettisen viitekehysten tavoitteena oli selvittää mitä on johtaminen sairaalaorganisaatiossa erityisesti hoitotyön näkökulmasta. Terveydenhuollon organisaatioista tutkimusalueeksi rajattiin sairaanhoitopiiri ja edelleen sen toimijoista hoitotyön keskijohto eli ylihoitajat. Teoreettisen viitekehysten pohjalta nostettiin empiiriseen tutkimukseen kaksi tarkastelukohdetta: hoitotyön johtajien asema ja johtamistehtävät.

Terveydenhuoltojärjestelmän byrokraattisuus, valta- ja vastuusuhteiden epäselvyydet ja joustamattomuus nähtiin yhtenä syynä järjestelmän toimimattomuuteen. Valta- ja vastuusuhteisiin liittyneet johtosääntökiistat ovat lähtöisin 1990 -luvun johtamisjärjestelmän muutoksesta terveydenhuoltojärjestelmän organisaatioiden siirryttäessä linjaorganisaatiosta tulosjohtamisjärjestelmään. Teoreettisen viitekehysten rakenteiden tarkastelu toi esiin arvioitavina tekijöinä muodollisuuden, horisontaalisen ja vertikaalisen järjestäytymisen sekä rakenteen läpinäkyvyyden. Rakenne on yksi johtamisen väline. 1990 -luvun alun tutkimusten ja kirjallisuuden mukaan tulosjohtamisen nähtiin heikentäneen hoitotyön johtajien asemaa sairaalaorganisaatiossa. Sairaalaorganisaation johtamismallin muutoksesta tuli vuonna 2003 kuluneeksi yli kymmenen vuotta; johtosääntökiistat ovat kuitenkin yhä todellisuutta tämän hetken terveydenhuollon organisaatioissa.

Hoitotyön johtamista on kritisoitu perinteisiin sitoutuneeksi. Lisäksi hoitotyötä luonnehditaan "mustaksi aukoksi", jonka mukaan hoitotyö ei näe ympäröivää yhteiskuntaa

eikä sen haasteita. Hoitotyön johtamistehtäviä tarkasteltiin teoreettisessa viitekehyksessä järjestelmäteoreettisesti erityisesti toimintaympäristön ohjauksen näkökulmasta. Avoin organisaatio reagoi ympäristön muutoksiin ja muuttaa toimintaansa vastatakseen siihen kohdistuviin odotuksiin. Terveystieteiden tutkimuskeskityksen siirtyessä normi- ja resurssiohjauksesta asiakas- ja informaatio-ohjaukseen saivat toimijat niin kunnat kuin sairaalaorganisaatiokin mahdollisuuden toiminnan järjestämiseen parhaaksi katsomallaan tavalla. Teoreettisen viitekehyksen pohjalta laadittiin hoitotyön johtamistehtävät. Hoitotyön johtamistehtävät muodostuvat johtamisteoriasta, tulosjohtamisjärjestelmästä, henkilöstöjohtamisesta että varsinaisesta substanssin johtamisesta. Substanssin johtamistehtävissä nousee erityisesti esiin STM:n ja Stakesin informaatio-ohjaus ja niiden haasteissa johtamiselle hoitotyössä. Hoitotyön johtamistehtävien toteutumista tutkittiin empiirisessä tutkimusosassa otospohjaisesti strukturoidulla työajanseurannalla.

Tutkimuksen pääongelmaksi määritettiin:

Mitä on johtaminen sairaalaorganisaatiossa, tarkasteltuna erityisesti hoitotyön johtamisen näkökulmasta?

Tutkimuksen pääongelma jakautuu kolmeen tarkentavaan alaongelmaan, jotka ovat:

1. Millainen on hoitotyön johtajien asema sairaalaorganisaatiossa?
2. Mitkä ovat hoitotyön johtajien johtamistehtävät sairaalaorganisaatiossa?
3. Miten hoitotyön johtajien johtamistyöhön käyttämä työaika jakautuu suhteessa hoitotyön johtamistehtäviin sairaalaorganisaatiossa?

4.2. Tutkimusmenetelmä, aineisto ja tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen tutkimusmenetelmä jakautuu kuten ongelma-alueetkin kahteen tutkimusmenetelmään. Hoitotyön johtajien asemaa sairaalaorganisaatiossa -ongelmaan haetaan vastausta hallintosääntövertailulla ja empiirisellä kyselyllä hoitotyön keskijohdon näkemyksistä asemastaan organisaatiossa esimies-alaisuutena sekä heidän näkemyksiä johtamistehtävien vastuista. Tutkimuksen toisen ongelma-alueen hoitotyön johtamistehtävien esiintymisestä johtamistyössä sairaalaorganisaatiossa tutkimusmetodina

käytetään randomisoitua ja strukturoitua työajanseurantaa (work sampling). Työajanseuranta on poikkileikkaus tiettynä ajanjaksona esiintyvistä hoitotyön johtamistehtävistä. Strukturoidun työajanseurannan mittarina käytetään teoreettisen viitekehyksen pohjalta laadittua hoitotyön johtamistehtävien luokitusta.

Vertaileva tutkimusmetodi

Tässä tutkimuksessa käytetään vertailevaa hallintotieteellistä tutkimusmetodia. Tutkimusasetelma on kahden tapauksen vertailu. Raginin (1987: 69) mukaan vertailu voi olla tapaus- tai muuttujaorientoitunutta mutta se voi olla myös näiden yhdistelmä. Tapaus- ja muuttujaorientoituneessa yhdistelmämenetelmässä tutkija käyttää kumpaakin päästrategiaa ratkaistakseen määritetyn ongelman. Vertailut, joissa käsitellään yksilöä tai ryhmiä ovat sopivia tapausvertailulle. Tapausvertailussa tarkastellaan tapausten yhtäläisyyksiä ja eroja. Tapausvertailulle on tyypillistä ominaispiirteiden runsaus ja kvalitatiivinen tutkimusote. (Salminen 1999: 41, 56.) Tapaus-orientoituneessa vertailussa tapausten määrä on pieni, se on holistista käsitellen tapauksia kokonaisuuksina eikä osina. Vertailu voi kohdistua organisaatioon tai tiettyyn toimintaan. Tapaus voi olla yksilö, ryhmä, organisaatio, joka on yleensä jostain syystä muista erottuva. Tapausvertailu on erilaisuutta korostavaa ja kontekstisidonnaista. Muuttuja-orientoitunut vertailu on tilastovertailua ja se etsii yleistettävyyttä. (Salminen 1999: 40.)

Vertailututkimuksessa on kaksi erilaista käyttötapaa: analyttinen ja illustratiivinen. Vertailun illustratiivisella käytöllä tarkoitetaan teoriaan kytkeytyvää vertailua, jossa käsitteen tai teorian ilmenemistä tarkastellaan vastakkaisissa yksiköissä. Analyttinen vertailu perustuu kahden toisiaan vastaavien eli samankaltaisten yksiköiden vertaamiseen keskenään. Vertailu edellyttää kuvaavien ja selittävien muuttujien määrittämistä. Vertailutasona on järjestelmien osajärjestelmien välinen poikkileikkaus. (Salminen 1999: 42–43.)

Vertailevan tutkimuksen deskriptiolla tarkoitetaan vertailtavien kohteiden kuvaamista. Vertailtavat kohteet kuvataan systemaattisesti, jonka jälkeen seuraa aineiston luokittelu. Luokittelun tavoitteena on poistaa joukkoon kuulumattomat tapaukset. Luokittelu tapah-

tuu kohteiden ominaispiirteiden tarkastelulla. (Salminen 1999: 38.) Taustatietojen avulla voidaan pois sulkea sellaiset tapaukset, jotka eivät kuulu joukkoon. Tavoitteena on vertailla mahdollisimman samankaltaisia yksiköitä ja alajärjestelmiä. Vertailun edellytyksenä on, että yksiköt ovat vertailtavissa keskenään. Osien ja kokonaisuuksien tulee edelleen edustaa samaa kokonaisuutta. Lisäksi vertailtavien muuttujien merkitys tulee säilyä vertailutilanteessa ja käsitteiden tulee olla suhteellisen universaaleja. Tiedon keräämiseen liittyy yhtäläisen menettelytavan vaatimus. (Ragin 1987: 51–52.)

Vertailuasetelma tässä tutkimuksessa on kahden tapauksen vertailu. Tutkimus on tapaututkimus, jossa vertaillaan kahden sairaanhoitopiirin hoitotyön keskijohtoa. Vertailu perustuu tapausten yhtäläisyyksien ja erojen systemaattiseen tarkkailuun. Tutkimus on kvantitatiivinen. Eroja tarkastellaan havaintojen prosentuaalisena jakautumisena tutkimusaineistossa. Vertailevan tutkimuksen vaiheet ovat: ongelman ja teorian valinta, aineiston valmistelu ja hankinta, deskriptio, luokittelu ja alustava analyysi, johtopäätösten tekeminen ja tutkimustulosten kirjoittaminen ja julkisiksi saattaminen. (Salminen 1999: 37–39.) Tämän tutkimuksen vaiheet etenivät kuvion 1 mukaisesti.



Kuvio 1. Tutkimuksen vaiheet ja eteneminen.

Työajanseuranta

Työajanseuranta osoittaa mihin työaika käytetään. Ajanhallinta (time management) on osa oman työn suunnittelua ja toiminnan kohdistamista organisaation tuloksen kannalta oikeisiin asioihin. Claessensin, van Eerden, Rutten ja Roen (2005: 255, 270–271) mukaan time-managementin tutkimukset ovat vuosien 1982 ja 2004 välisenä aikana selvittäneet ajanhallinnan vaikutuksia työtyytyväisyyteen, terveyteen, stressinhallintaan ja ajankäytön kontrollointiin. Em. mukaan ajankäytön tutkimuksen tulisi siirtyä tarkempaan työajankäytön analysointiin kuten ihmisten työajankäytön suunnitelmiin, toimintojen priorisointiin ja työpäivän aktiviteettien toteutumiseen. Aktiviteettien toteutumiseen liittyvää empiiristä tutkimusta on vain vähän saatavissa.

Oshagbemin (1995: 19) mukaan aika on rajallinen taloudellinen resurssi, jonka vuoksi johtajien työajan allokoinnilla on merkitystä heidän ja yrityksen tuottavuudelle. Brodyn (1993: 197–198) mukaan johtajien työajan käyttöön liittyy useita ajankäytönongelmia, jotka heikentävät keskittymistä prioriteeteiltaan tärkeimpiin tehtäviin organisaation tavoitteiden saavuttamiseksi. Suoritusarvioinnin pääasiallinen tarkoitus on parantaa organisaation suorituskykyä, taloudellisuutta ja kustannus-vaikuttavuutta, tehokkuutta ja palvelujen laatua. Ensiaskeleena suoritusarvioinnissa on organisaation tarkoituksen määrittäminen, työn tavoitteiden ja tarkoituksen erittely. Suoritusarvioinnin tavoitteena on julkisorganisaatioissa johdon sitouttaminen tiettyjen yhteiskunnallisten tavoitteiden saavuttamiseksi. (Shand 1994: 13–14.)

Johtajien työajankäytön analysoinnissa voidaan käyttää suoraa tai epäsuoraa menetelmää. Epäsuora menetelmä perustuu kalenterin käyttöön, jota kuitenkin pidetään epäluotettavana. Suoria ajankäytön tutkimusmenetelmiä ovat työajan käytön havainnointimenetelmät. Havainnointi voidaan suorittaa joko itsehavainnointina tai ulkopuolisen henkilön toimesta. Kirjaaminen voi olla luokittelematonta päiväkirja -tyyppistä havainnointia tai strukturoitua havainnointia käyttämällä valmista toimintoluokitusta. Strukturoidussa havainnoinnissa havainnoitavat asiat on luokiteltu ja ennalta määritetty. Havainnoinnissa voidaan keskittyä vain tiettyihin toimintoihin kuten tuottamaton työaikaan tai määriteltyihin kokonaisuuksiin. Määriteltyjä kokonaisuuksia voivat olla jotkin

johtamisen alueet tai vain osa niistä. Päiväkirja -menetelmässä tutkittava kirjaa päivittäiset tehtävänsä lomakkeelle. Seuranta kestää yleensä yhdestä kahteen viikkoon. (Osahagbemin 1995: 23–24; Devilbiss & Self 1978: 19–20.)

Työajan ulkopuolisen havainnoinnin ja itsehavainnointi tutkimusmenetelmien välistä luotettavuudesta löytyi yksi vertaileva tutkimus. Carroll ja Taylor (1968: 360–363) olivat toteuttaneet vertailevan tutkimuksen käyttämällä kumpaankin havainnointimenetelmää samanaikaisesti. Työajanseurantatutkimuksen tulokset poikkesivat vain vähän toisistaan, poikkeama oli suurimmillaan 3 % luokitellussa aineistossa. Lisäksi todettiin, että johtajien työajankäytön ulkopuolisen havainnoinnin ongelmana oli, ettei havainnoija useinkaan pysty pelkästään seuraamalla analysoimaan mitä aktiviteettia johtaja on parhaillaan tekemässä. Ulkopuolien havainnoija joutuu usein kysymään havainnoitavalta mitä toimintoa tai tehtävää hän on tekemässä. Vertailevan työajanseurantatutkimuksen johtopäätöksenä oli, että itsehavainnointimenetelmää voidaan pitää suositeltavana vaihtoehtona organisaation johtotasolla. Brody (1993: 197–198) esittää ajanhallinnan tarkkailun itsehavainnointi -menetelmän käyttöönottoa johtajan työsuorituksen itse arvioinnin ja työsuorituksen kehittämisen menetelmänä. Työajanseurannan tavoitteena on ensisijaisesti työntekijän oman työajan hallinta, mutta sitä voidaan käyttää myös arvioitaessa toimintojen kohdentumisena organisaation tulosten kannalta tärkeisiin tehtäviin.

Työajanseuranta voidaan järjestää jatkuvana seurantana, otospohjaisesti tai kyselyyn perustuen. Jatkuvassa seurannassa työntekijä kirjaa päivittäisen työajan käyttönsä. Satunnaistetun työajanseurannan havainnointien useus voidaan laskea havainnointien taivitemäärän ja työpäivien määrästä seuraavan esimerkin mukaisesti:

$$22 \text{ työpäivää} = 176 \text{ tuntia}$$

$$500 \text{ havainnointia} / 176 \text{ tuntia} = 2,8 \text{ havainnointia/ tunti.}$$

Havainnointien määrä riippuu myös työn luonteesta. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan parantaa käyttämällä ajastettua merkinantoa. (Devilbiss & Self 1978: 20.) Brodyn (1993: 198–199) mukaan 15 minuutin välein tapahtuvalla toimintojen havainnoinnilla pystytään osoittamaan sekä työajan käyttö ja että toimintojen prioriteetit. Prioriteetin määrittämisellä arvioidaan työpäivän arvo organisaation tavoitteiden kannalta. Brodyn

(1993: 199–203) toimintojen prioriteetit perustuvat sekä kiireellisyyteen että tärkeyteen. Korkein prioriteetti on toiminnolla, joka täyttää sekä kiireellisyyden että tärkeyden kriteerit ja antaa organisaation mission kannalta parhaan tuloksen. Toimintojen seuraaminen ja tulosten tarkastelun tavoitteena on ajankäytön suunnittelu ja työajan kohdentaminen prioriteeteiltaan tärkeimpiin tehtäviin. Toimintojen prioriteetit on määritetty neljään luokkaan. Prioriteettien määrittämisen tavoitteena on eliminoida työstä luokan D toiminnot eli tuottamaton työ. (ks. Taulukko 1.)

Taulukko 1. Toimintojen prioriteettien pääluokat Brodyn (1993: 203) mukaan.

Prioriteetti	Selitys
A Korkein prioriteetti	Toiminto on sekä tärkeä että kiireellinen, koska se mahdollistaa parhaan tuloksen ja mahdollistaa organisaation tavoitteen saavuttamisen
B Keskitason prioriteetti	Toiminto on tärkeä, mutta ei kiireellinen, se on tarpeellinen tietyn tavoitteen saavuttamiseksi
C Matala prioriteetti	Toiminnolla on vain marginaalinen merkitys tärkeän tavoitteen saavuttamiseksi
D Ei lainkaan merkitystä	Toiminto ei ole tärkeä eikä kiireellinen, se voidaan siirtää, minimoida, delegoida tai jopa jättää tekemättä

Työajanseurantalomakkeena käytettiin Brodyn (1993: 199) esittämää mallia (ks. Liite 3). Strukturoidun lomakkeen etuna on sekä ajan jäsentäminen että kirjaamisen helppous. Strukturoidun lomakkeen käyttö työajanseurannassa edellyttää sekä ulkopuolisessa havainnoinnissa että itsehavainnoinnissa koulutusta havainnoinnista, kirjaamisesta, havainnoinnin useudesta ja tarkkuudesta. Strukturoitu lomake myös auttaa kerätyn aineiston käsittelyssä ja tilastollisessa analysoinnissa.

Mittarin laatiminen

Mittari koostui kolmesta taustatietolomakkeesta ja hoitotyön johtamistehtävien työajanseurantalomakkeesta ja johtamistehtävien luokitukselta (ks. Liitteet 1–3). Taustatietolomakkeen 1 kerättiin tiedot vastaajista ja hoitotyön johtajien näkemyksestä asemastaan organisaatiossa esimies-alaisuutena. Taustatietolomakkeella 2 kerättiin tiedot sairaanhoitopiirien vertailtavuuden analysointia varten. Taustatietolomakkeella 3 kerättiin yli-

hoitajien näkemykset työajanseurannan johtamistehtävien tärkeydestä, useudesta, omasta osaamisesta ja tehtävien vastuista. Varsinainen työajanseurantalomake on taulukossa 2. sivulla 66.

Hoitotyön johtamistehtävien luokitus ja mittarin laatiminen

Hoitotyön johtamistehtävien luokitus valmistui lopulliseen muotoonsa esittelytilaisuuksissa. Alustavasti oli laadittu yhdeksästä osa-alueesta koostuva hoitotyön johtamistehtävien luokitus. Johtamistehtävien luokitus käytiin esittelytilaisuudessa yksityiskohtaisesti läpi ja ylihoitajien kannanotot hoitotyön johtamistehtävien mittauskohteista kirjattiin. Ylihoitajien kiinnostus oman työn sisällöstä ja työajan käytöstä tuotti melko suuren joukon tarkentavia lisäyksiä. Hoitotyön johtamistehtävät lähetettiin sähköpostitse tarkistettavaksi ja saadun palautteen jälkeen muodostettiin lopullinen työajanseurannan itsehavainnoinnin mittari. Ylihoitajien vaikutusmahdollisuus oman työajanseurannan arviointitutkimuksen mittauskohteisiin toisaalta paransi mittauksen luotettavuutta, toisaalta variaatioiden määrän lisääntyminen vaikeuttaa havainnoijaa kohdistamaan toiminta oikeaan johtamistehtävään. Pääasiallinen tutkimuksen havainnointikohde oli kuitenkin pääluokittainen johtamistehtävien arviointi, joten tehdyt lisäykset eivät vaikuttaneet havainnointien jakautumiseen johtamistehtävien pääluokkiin vaan edistivät ylihoitajien omaa työajan hallintaa.

Hoitotyön johtamistehtävät luokiteltiin yhdeksään pääluokkaan, jotka määritettiin tulosjohtamismallin mukaisista johtamistehtävistä, henkilöstövoimavarojen johtamisesta, koulutuksen ja kehittämisen johtamisesta, viestinnän ja yhteistyön johtamisesta ja oman toiminnan johtamisesta. Tehtyjen lisäysten jälkeen luokituksesta tuli kattava joskin hyvin laaja. (ks. Taulukko 2.)

Taulukko 2. Hoitotyön johtamistehtävien havainnointitutkimuksen mittari.

Johtamistehtävien luokat	Johtamistehtävät
1. Strategisen johtamisen prosessi	1.1. Organisaation sidosryhmien odotukset ja päämäärät (kunnat, valtuusto ja hallitus) 1.2. Toimintaympäristön sisältämät mahdollisuudet ja uhat (valtio, kuntien talous, lainsäädäntö) 1.3. Organisaation omat sisäiset vahvuudet ja heikkoudet (henkilöstörakenne, taloudelliset voimavarat) 1.4. Strateginen suunnitelma ja toiminnan suunnittelu 1.5. Muu, mikä?
2. Tulosalueen toiminnan suunnittelu ja seuranta	2.1. Toimintasuunnitelman ja -tavoitteiden laatiminen 2.2. Kustannuslaskenta 2.3. Uusien tilojen ja tilojen saneerausten suunnittelu 2.4. Suoritteiden ja tavoitteiden toteutuminen (tilastot, rekisterit ja vertailutieto) 2.5. Taloushallinto/ toimintakulujen ja budjetin toteutuman seuranta 2.6. Tulosalueiden kokoukset 2.7. Muu, mikä?
3. Tulosyksikön toiminnan suunnittelu ja seuranta	3.1. Toimintasuunnitelman ja -tavoitteiden laatiminen 3.2. Kustannuslaskenta 3.3. Uusien tilojen ja tilojen saneerausten suunnittelu 3.4. Suoritteiden ja tavoitteiden toteutuminen (tilastot, rekisterit ja vertailutieto) 3.5. Taloushallinto/ toimintakulujen ja budjetin toteutuman seuranta 3.6. Tulosyksiköiden kokoukset 3.7. Muu, mikä?
4. Henkilöstötoiminnot	4.1. Henkilöstösuunnitelma (tarve, toimenkuvat, työanalyysi ja työn kehittäminen, työnkierto, vastuut) ja henkilöstötilinpäätös 4.2. Henkilöstökulujen seuranta 4.3. Henkilöstön hankinta ja työntekijöiden haastattelu ja valinta 4.4. Työsopimusten solmiminen 4.5. Pehdyttäminen 4.6. Työaika ja työvuorolistat 4.7. Virkaehto- ja työsopimusten tulkinnat ja selvittely 4.8. Työn vaatavuuden arviointi 4.9. Työntekijöiden palkat ja palkkaneuvottelut 4.10. Työkykyä ylläpitävä toiminta 4.11. Henkilöstön vaihtuvuus (eläköityminen, henkilöstön vähentäminen, työsuhteen irtisanominen ja purku) 4.12. Henkilöarviointi (tulos- ja kehityskeskustelut, henkilökohtaiset urasuunnitelmat ja osaamisrekisteri) 4.13. Henkilöstövoimavarojen päivittäinen ohjaus (henkilöstön tarve, määrä, laatu, uudelleen järjestely ja organisointi) 4.14. Yhteistoiminta kokoukset ja vastaavat 4.15. Muu, mikä?

5. Koulutus ja kehittäminen
- 5.1. Laajat koko sairaanhoitopiiriä käsittävät projektit ja hankkeet
 - 5.2. Tulosalueen projektit ja kehittämishankkeet
 - 5.3. Tulosyksiköiden projektit ja kehittämistehtävät
 - 5.4. Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen
 - 5.5. Palvelukokonaisuuksien ja verkostojen kehittäminen
 - 5.6. Terveyttä edistävä ympäristö
 - 5.7. Täydennyskoulutus
 - 5.8. Alueellinen koulutus
 - 5.9. Koulutussuunnitelmien laatiminen
 - 5.10. Hoitotyön tietojärjestelmien kehittäminen (vaikuttavuuden, laadun ja kustannusten hallinnan apuvälineet)
 - 5.11. Omien johtamistaidollisten valmiuksien ja substanssiosaamisen kehittäminen
 - 5.12. Muu, mikä?
6. Laadunhallinta
- 6.1. Laadun parantamisohjelmien kehittäminen
 - 6.2. Standardien käyttö tulosten ja laadun arvioinnissa (asiakas-palautteet)
 - 6.3. Muu, mikä?
7. Sisäinen ja ulkoinen viestintä
- 7.1. Sisäinen tiedottaminen
 - 7.2. Suora viestintä lähimmän esimiehen, alaisen kanssa ja tiedotustilaisuudet
 - 7.3. Välitetty viestintä (kirjeet ja kirjalliset tiedotteet)
 - 7.4. Ulkoinen tiedottaminen (yhteydet paikallisiin ja valtakunnallisiin tiedotusvälineisiin)
 - 7.5. Sähköinen viestintä
 - 7.6. Viestintä puhelimitse
 - 7.7. Muu, mikä?
8. Yhteistyö tulosalueen, -yksikön ja sidosryhmien toimijoiden kanssa
- 8.1. Toiminnan koordinointi ja yhteistyö lähimpien alaisten kanssa (käynnit yksiköissä, osastokokoukset)
 - 8.2. Yhteistyö tulosalueiden moniammatillisissa työryhmissä
 - 8.3. Toiminta tulosyksiköiden moniammatillisissa työryhmissä
 - 8.4. Yhteistyö ja neuvottelut oman ammattiryhmän kanssa
 - 8.5. Yhteistyö ammattijärjestöjen ja luottamusmiesten kanssa
 - 8.6. Yhteistyö oppilaitosten ja yliopistojen kanssa
 - 8.7. Yhteistyö terveyskeskusten ja muiden sosiaali- ja terveysalan toimijoiden kanssa
 - 8.8. Yhteistyö kolmannen sektorin toimijoiden kanssa (potilasjärjestöt)
 - 8.9. Sairaanhoitopiirien välinen yhteistyö
 - 8.10. Yhteistyö Kelan, työvoimatoimiston ja muiden viranomaisien kanssa
 - 8.11. Yhteistyö kuntien ja valtion kanssa (STM, Stakes, lääninhallitus)
 - 8.12. Yhteistyö yksityissektorin kanssa
 - 8.13. Muu, mikä?
 - 8.14. Yhteistyö hallintosihteerin kanssa
9. Oman toiminnan organisointi
- 9.1. Oman työn organisointi ja aikataulutus
 - 9.2. Toimintaympäristön ylläpito
 - 9.3. Henkilökohtaiset tauot
 - 9.4. Matkat, siirtyminen työpisteestä toiseen
 - 9.5. Muu, mikä?

Työajanseurannan toteutus ja aineiston hankinta

Vertailtavuus edellyttää tutkimuksen toteuttamista yhtäläisesti kummassakin sairaanhoitopiirissä. Hoitotyön johtamistehtävien työajanseuranta toteutettiin kummassakin sairaanhoitopiirissä samanaikaisesti. Tutkimusajankohdaksi valittiin 31.3.2003–13.4.2003. Seurantapäivät jaksotettiin kahdelle viikolle. Vertailtavuus edellyttää yhtäläistä menettelytapaa aineiston keräämisessä. Tutkimuksen tarkoitus, tutkimusmenetelmä ja mittari esiteltiin esittelytilaisuuksissa, jotka pidettiin sairaanhoitopiiri A:ssa 4.3.2003 ja B:ssä 5.3.2003. Seurantapäivät määritettiin esittelytilaisuudessa. Tilaisuuden aikana määritettiin puuttuville seurantapäiville korvaavat havainnointipäivät, tavoitteena oli saada kattava ja vertailukelpoinen aineisto. Havainnointipäivien kriteereinä oli välitön läsnäolo sairaanhoitopiirissä ja varsinaisessa työtehtävässä. Havainnointipäiviksi ei hyväksytty koko päivän kestävä koulutus. Vuosilomien tai muiden poissaolojen vuoksi puuttuvat seurantapäivät määritettiin seurantajakso edeltäneeltä ja sitä seuranneelle viikolle. Varsinaisena seuranta-aikana (viikot 14 ja 15) havainnoiteja kertyi 2027 (75 %) ja hajautettuina seurantapäivinä 684 (25 %). Tavoitteena työajanseurannan havainnoinnissa oli poikkileikkauksen kohdentaminen samaan ajanjaksoon sekä kattavan havainnointiaineiston saaminen.

Työajanseurannan havainnoinnin koulutus järjestettiin kummassakin sairaanhoitopiirissä erikseen. Ylihoitajien toivomuksesta seurantalomakkeeseen lisättiin toimintoluokkiin kohta; Muu, mikä? Ylihoitajat olivat kiinnostuneita omasta työajankäytöstään ja mahdollisuudesta omien työajankäyttöön liittyvien intressien kirjaamiseen. Omat kiinnostuksen kohteet olivat esimerkiksi konfliktien käsittelyyn käytetty aika, siirtymiset eri toimipisteisiin, tiettyihin yksikköihin käytetty työaika ja tehtävien hoito sähköpostitse. Tarkennuksilla myös pystyttiin tuloksia analysoitaessa kohdentamaan toimintoja oikeisiin toimintoluokkiin. Havainnoista 305 (11 %) oli ilman tarkempaa sanallista erittelyä. Työpäivän kestoksi arvioitiin kahdeksan tuntia. Havainnoiteja laskettiin kertyväksi 160 viiden päivän aikana yhtä havainnoitavaa kohden. Havainnointi toteutettiin itsehavainnointimenetelmällä strukturoidulle työajanseurannanlomakkeelle. Havainnointi toteutettiin 15 minuutin välein.

Aineisto tallennettiin Excel -taulukkolaskentaohjelmaan ja käsittelyä jatkettiin edelleen Statistica -ohjelmalla. Aineisto anonymisointi toteutettiin korvaamalla sairaanhoitopiirit ja vastaajat koodeilla. Aineisto ristiintaulukoitiin ja puuttuvat kirjaukset tarkistettiin. Tilasto-ohjelmaa käytettiin laskettaessa tilastollisia tunnuslukuja aineiston yhtäläisyyksistä ja eroista käyttämällä kahden toistaan riippumattoman näytteen prosenttijakauman Fisherin Z -testiä. Fisherin Z-testi laskettiin Excel -taulukkolaskuohjelmalla kaavan $Z = \frac{p_{(ShpB-ShpA)}}{SE * p_{(ShpB-ShpA)}}$ avulla. (Stark 2004.) Z -testin ainut poikkeama oli kohdassa Standardien määrittely ja laadun parantaminen (-1,7199). Z -testin tulosta verrattiin taustatietoihin ja aineistoon. Poikkeaman syynä oli, että sairaanhoitopiiri B:ssä ilman esimiesasemaa olleella ylihoitajalla oli tehtäväalueenaan myös laadunhallinta. (ks. Taulukko 3.)

Taulukko 3. Sairaanhoitopiirien A ja B ylihoitajien työajanseurannan hoitotyön johtamistehtävien pääluokkien havainnointiaineisto ja Fisherin Z -testin tulokset.

Hoitotyön johtamistehtävät	Shp A	Shp B	Yhteensä	p(Shp A)	p(ShpB)	p(Shp AB)	Z >1,645
Strategisen johtamisen prosessi	64	22	86	5 %	2 %	3 %	-0,5615
Tulosalueen toiminnan suunnittelu ja seuranta	61	40	101	4 %	3 %	4 %	-0,1878
Tulosyksikön toiminnan suunnittelu ja seuranta	149	131	280	11 %	10 %	10 %	-0,0395
Henkilöstötoiminnot	375	446	821	27 %	33 %	30 %	0,0638
Koulutus ja kehittäminen	257	175	432	19 %	13 %	16 %	-0,1479
Standardien määrittely ja laadun parantaminen	43	2	45	3 %	0 %	2 %	-1,7198
Sisäinen ja ulkoinen viestintä	131	118	249	10 %	9 %	9 %	-0,0292
Yhteistyö tulosalueen-, yksiköiden ja sidosryhmien kanssa	128	206	334	9 %	15 %	12 %	0,2006
Oman toiminnan organisointi	160	203	363	12 %	15 %	13 %	0,1114
Yhteensä	1368	1343	2711	100 %	100 %	100 %	

Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti

Tutkimukseen luotettavuus edellyttää vertailtavien yksiköiden vertailtavuuden analyysiä. Tässä tutkimuksessa vertaillaan kahden samankaltaisen yksikön A ja B hoitotyön johtamisen ilmiön toimintojen esiintymistä kahdessa sairaanhoitopiirissä. Tutkimuseettisistä syistä johtuen tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitopiiristä käytetään koodinimiä sairaanhoitopiiri A ja B ja lyhenteitä shp A ja shp B. Sairaanhoitopiirien hoito-

työn johtajien lukumäärä on pieni ja heidän henkilöisyytensä on tunnistettavissa tutkimustuloksia esiteltäessä. Sairaanhoidopiirien vuoden 2003 käytännön mukaan tutkimuslupaa anottiin kummankin sairaanhoidopiirin hallintoylihoitajilta, jotka ylihoitajia kuultuaan antoivat luvan tutkimuksen suorittamiseen. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Tutkimuseettiset kysymykset nousivat esiin tutkimuksen tuloksia analysoitaessa. Taustamuuttujien ja epäsuorien tunnisteiden, kuten toiminta-aluejako, sairaanhoidopiirin sijaintipaikkakunta, määrä vaikuttivat päätökseen anonymisoinnista. Vaikkakaan tutkimus ei käsitellyt henkilötietolain mukaisia arkaluonteisia asioita, tunnistettavuus saattaisi loukata tutkimukseen osallistuneiden yksityisyyttä. Kvalitatiivinen aineisto anonymisoitiin sekä sairaanhoidopiirien (shp) nimien korvaamisella koodeilla shp A ja shp B että ylihoitajien nimien korvaamisella vastaajanumeroina. Tutkimuksen tuloksia esiteltäessä anonymisuus huomioitiin vertailemalla aineistoa sairaanhoidopiireittäin eikä henkilöittäin. Sairaanhoidopiirien tulosjohtamismallin mukaiset nimet yhtenäistettiin käyttämällä tulosjohtamiskirjallisuuden mukaisia nimikkeitä tulosalue ja tulosyksikkö.

Vertailevaan tutkimukseen luotettavuuden ja vertailtavuuteen kuuluu aineiston luokittelu ja kuvaaminen. Kuvaamisella eli deskriptiolla joko suljetaan pois tai otetaan joukkoon siihen ennalta määriteltyjen ehtojen täyttävät tapaukset. Kohderyhmän vertailtavuutta on arvioitu kappaleessa 5.1. Tutkimukseen osallistuneiden hoitotyön johtajien taustatiedot. Tutkimukseen osallistuneiden ylihoitajien taustatiedot osoittavat, että kyseessä on suhteellisen homogeeninen joukko sekä ikään että työkokemukseen hoitotyössä ja ylihoitajana verrattuna. Koulutuksessa oli jonkin verran poikkeamaa. Tärkeämpi tutkimuksen luotettavuuden ja vertailtavuuden kriteeri on taustatietojen tehtävien ja toimialan analysoinnissa. Taustatietojen perustella suljettiin tutkimuksesta pois kaksi vastaajaa, joilta puuttui esimiesasema organisaatiossa. Tutkimusten tulosten käsittelyssä käytiin kuitenkin vuoropuhelua työajanseurannan havainnointiaineiston kanssa arvioimalla oliko pois sulkemisella vaikutuksia tutkimuksen tulokseen ja sen luotettavuuteen.

Toinen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttava tekijä on sairaanhoidopiirien vertailtavuus. Vertailtavaksi valittiin kaksi toiminnaltaan vastaavaa sairaanhoidopiiriä. Ympäristön ohjausjärjestelmän näkökulmasta suomalaiset sairaalaorganisaatiot ovat ja toimi-

vat samanlaisten ehtojen alaisuudessa vaikka ne sijaitsisivat eri lääneissä tai eri yliopistollisella erityisvastuualueella.

Sairaanhoitopiirien taustatiedot ovat lyhyesti seuraavat: Sairaanhoitopiirin alueen väestöpohjat ovat 200.000 ja 270.000 asukasta. Sairaanhoitopiirit kuuluvat eri yliopistollisiin erityisvastuualueisiin. Pääosa alueen kunnista on pieniä ja kummassakin sairaanhoitopiirissä oli vuonna 2003 27 jäsenkuntaa. Kumpikin sairaanhoitopiirit on organisoitunut tulosjohtamismallin mukaisesti. Sairaanhoitopiirien henkilökunta määrät olivat noin 2300 ja 2900 työntekijää, joista hoitotyöntekijöitä osuudet olivat shp A:ssa 60 % ja shp B:ssä 55 %. Sairaanhoitopiirien toimipaikat sijaitsivat shp A:ssa kahdella paikkakunnalla ja shp B:ssä neljällä paikkakunnalla. Sairaanhoitopiirien palvelutarjonta poikkeaa vain vähän toisistaan. Shp B:ssä on shp A:n palvelujen lisäksi sädehoidon ja foniatrian erikoissairaanhoidon palvelut. Shp B alueella toimii yliopisto. Vertailun lähteenä on käytetty sairaanhoitopiirien A ja B toimintasuunnitelmia vuosille 2004 - 2007, toimintakertomuksia vuodelta 2003 ja taustatietolomaketta 2. Toimintarakenteeltaan sairaanhoitopiirit olivat hyvin samankaltaisia.

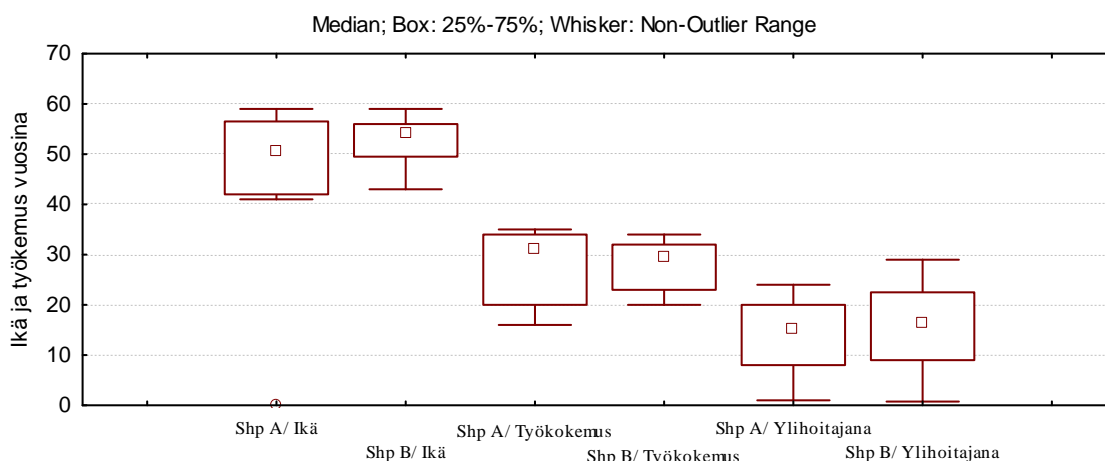
5. TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1. Tutkimukseen osallistuneiden hoitotyön johtajien taustatiedot

Tutkimukseen osallistui kahdesta sairaanhoitopiiristä 20 ylihoitajaa. Kaikkiaan ylihoitajan tehtävä ammattinimikkeellä sairaanhoitopiireissä A ja B oli yhteensä 21 henkilöä vuonna 2003. Tutkimuksesta ulkopuolelle rajattiin sairaanhoitopiirin strategiseen johtoon kuuluvat hallintoylihoitajat sekä ylihoitajat, joiden tehtäviin ei kuulunut hoitotyön johtaminen. Tutkimukseen mukaan otettujen ylihoitajien ikärakenne, työkokemus hoitotyöstä ja ylihoitajan tehtävissä vastasivat toisiaan. Shp A:ssa ylihoitajilla oli alan työkokemusta 27,6 vuotta ja shp B:ssä 27,9 vuotta. Vastajat olivat olleet hoitotyössä keskimäärin 27,5 vuotta ja nykyisessä tehtävässä 14,8 vuotta. (ks. Kuvio 2.) Ylihoitajien koulutuksessa oli sairaanhoitopiireittäin eroja. Shp B:n ylihoitajilla oli enemmän korkeakoulututkintoja kuin Shp A:n ylihoitajilla. Lisäksi shp B:n ylihoitajista neljä oli suorittanut aiemman hallinnollisen tutkinnon lisäksi ylemmän korkeakoulututkinnon. Seurattu työaika oli kaikkiaan 677 tuntia ja havainnointeja kertyi Shp A:ssa 1368 ja Shp B:ssä 1343. (ks. Taulukko 4.) Työajanseuranta toteutettiin 24.3. – 17.4.2003 välisenä aikana.

Taulukko 4. Sairaanhoitopiirien A ja B vastaajien taustatiedot ja työajanseurannan tiedot.

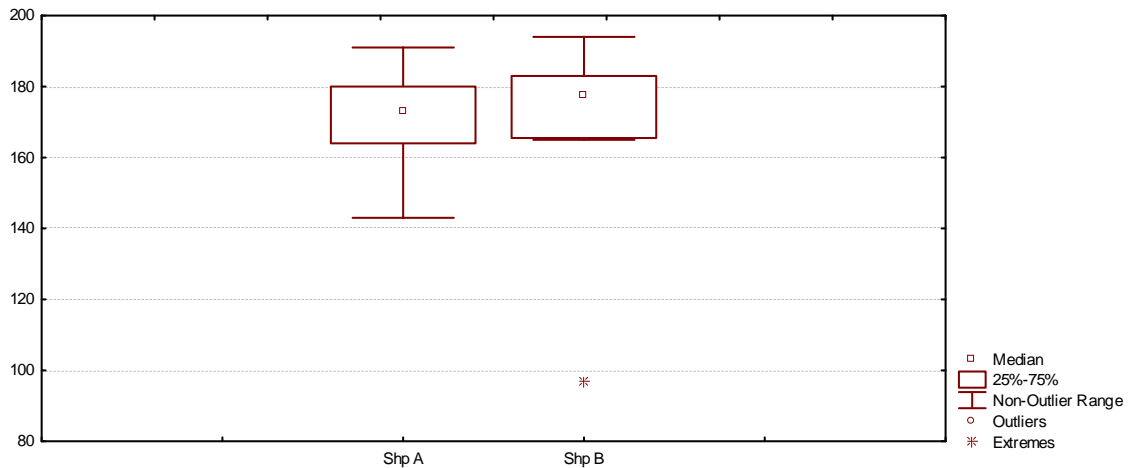
	Shp A	Shp B	Yhteensä
Vastaajien määrä	8	8	16
Ylempi korkeakoulututkinto (ThM, TtM, HTM)	2	5	7
Vanhan tutkintovaatimusten mukainen koulutus (SHJ)	6	7	13
Vanhan tutkintovaatimuksen mukainen koulutus ja ylempi korkeakoulututkinto		4	4
Työajan havainnointien määrä	1368	1343	2711
Havainnointipäivien lukumäärä	40	38	78
Havainnoitu työaika (t:min)	342:00	335:45	677:45
Havainnointien keskiarvo vastaajaa kohden	171	167	169
Havainnointijakson työtuntien keskiarvo vastaajaa kohden (t:min)	42:45	41:57	42:21



Kuvio 2. Sairaanhoidopiirien A ja B tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden ikä, työkokemus hoitotyössä ja ylihoitajan tehtävissä vuonna 2003.

Havainnointipäivien kriteeriksi asetettiin välitön läsnäolo sairaanhoidopiirissä. Koulutuspäivän tai muun vastaava koko päivän kestävä tapahtuma rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle. Mittauspäivät määritettiin esittelytilaisuudessa ja ne hajautettiin kahdelle viikolle kattaen kaikki viikonpäivät. Kaikkiaan kahdessa sairaanhoidopiirissä havainnoitiin 78 työpäivää. Sairaanhoidopiiri B:ssä yhden vastaajan seuranta-aika oli kolme päivää tavoitteen viisi sijasta. Otosta voidaan pitää kattavana poikkileikkauksena ylihoitajien työajankäytöstä hoitotyön johtamistehtäviin.

Havainnointien määrät työajanseurantajaksolla jakautuivat sairaanhoidopiireittäin vastaajittain kuvion 3. mukaisesti. Keskimäärin yhtä vastaajaa kohden tuli 169 havaintoa. Kummassakin sairaanhoidopiirissä oli yksi ylihoitaja jonka havainnointien määrät olivat yli 190 mikä vastaa työajassa yli 47 tuntia. 75 % havainnoinneista oli 163 ja 182 välillä. Havainnoinnit jakautuivat tasaisesti sairaanhoidopiireittäin. Vain yhdellä ylihoitajalla havainnointien määrä poikkesi oleellisesti muiden ylihoitajien havainnointien määrästä.



Kuvio 3. Sairaanhoidopiirien A ja B ylihoitajien työajanseurannan havainnoinnit.

5.2. Hoitotyön johtajien asema sairaalaorganisaatiossa

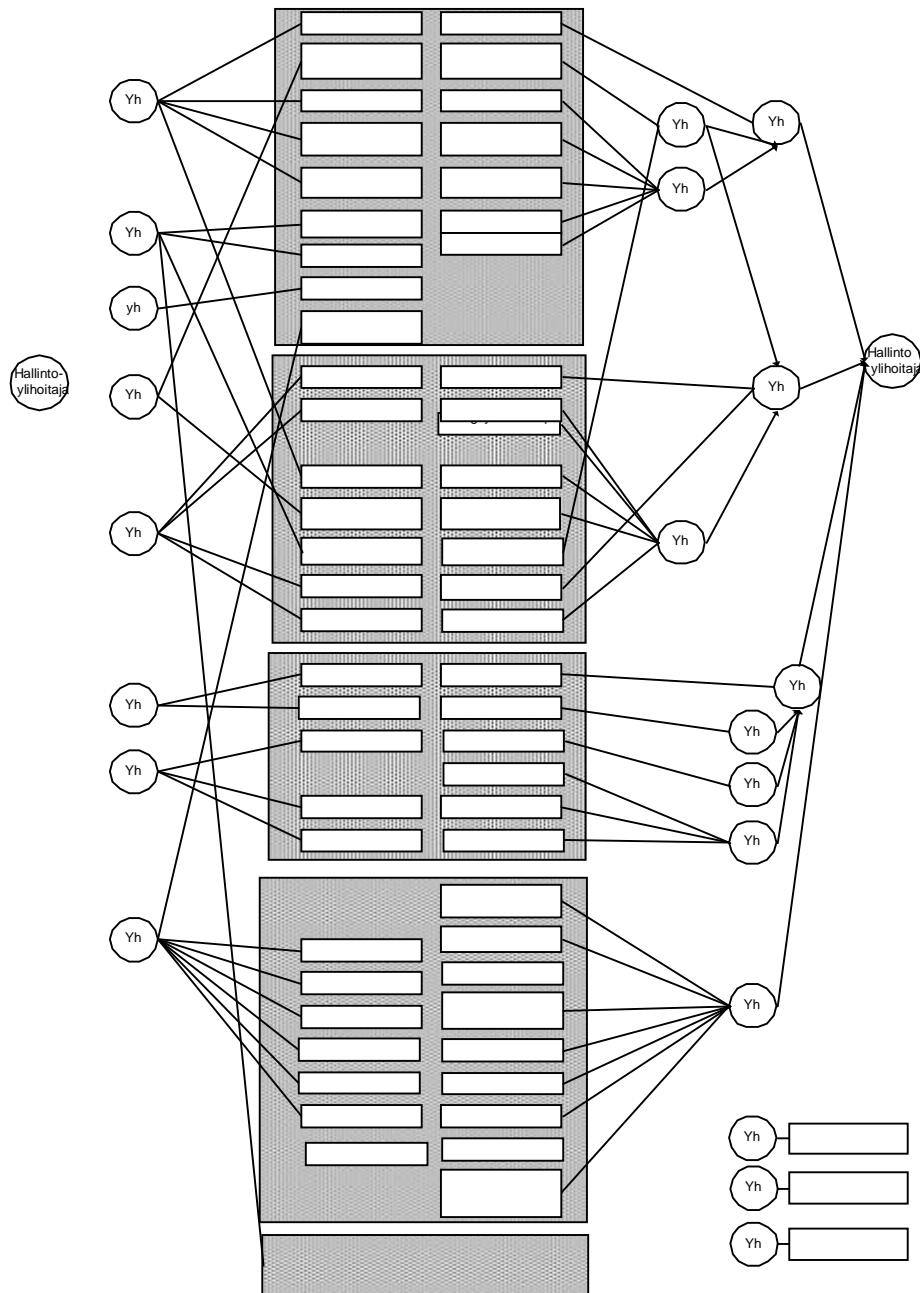
Ylihoitajien asemaa sairaanhoidopiirissä analysoinnissa käytettiin sairaanhoidopiirien A ja B vuoden 2003 voimassa olleita hallintosääntöjä. Sairaanhoidopiirit olivat organisoi-
tuneet tulosjohtamismallin mukaisesti. Virallisten lähteiden lisäksi ylihoitajien organi-
soitumisen kuvaamisessa käytettiin myös tutkimusajankohtana voimassa olleita toi-
minta-aluejakoja. Sairaanhoidopiirien A ja B hallintosäännöistä poimittiin ylihoitajaa,
osastonhoitajaa tai hoitotyötä koskevat maininnat. Ylihoitajat toimivat operatiivisella,
konservatiivisella, psykiatrisella, sairaanhoidollisten/ lääkinälliset palveluiden ja tuki-
palvelujen tulosalueilla. (ks. Liite 4.)

Hallintosääntövertailun mukaan shp B:n hallintosäännössä hallintoylihoitajan vastuulla
oli hoitotyö ja sen tehokas ja tuloksellinen järjestäminen. Hallitus määrittää tulosalueen
ylihoitajan tehtäviin yhden alueen ylihoitajista. Edelleen vastuukuvauksin on määritetty
sekä ylihoitajan että osastonhoitajien vastuut, suhteet ja raportointivelvoitteet. Tulosalu-
een ylihoitaja vastaa hoitotyöstä ja sen tehokkaasta ja tuloksellisesta järjestämisestä ja
sekä raportoi tuloksesta tulosalueen johtajalle ja hoitotyöstä hallintoylihoitajalle. Yli-
hoitajien ja osastonhoitajien vastuut oli määritelty samojen periaatteiden mukaisesti or-
ganisaation eri tasoilla. Tulosalueen johtaja päättää ylihoitajien toiminta-aluejaosta.
Delegoinneista päättävät tulosalueen ja -yksiköiden johtajat. Sairaanhoidopiiri B:ssä yli-
hoitajien vakanssit olivat toimialueilla. (ks. Liite 4.)

Shp A:ssa ylihoitajien virallista asemaa ei ole hallintosäännössä selkeästi määritetty. Hallintoylihoitajan ja ylihoitajien välinen suhde oli myös määrittämättä. Shp A:n hallintosäännön mukaan hallintoylihoitaja osallistuu sairaanhoitotoiminnan johtamiseen. Vastuualueeksi oli määritetty erityisesti hoitotyön kehittämien, termiä johtamien ei hallintosäännössä ole käytetty. Ylihoitajilla ei liioin ole virallisesti määritettyä asemaa tulosalueiden tai -yksiköiden johtoryhmissä. Hallintosäännön mukaan johtoryhmissä tulee olla hoitotyön edustus, joka siis voi olla mikä tahansa hoitotyön tehtävissä toimiva tulosalueen tai -yksikön työntekijä. Ylihoitajien vakanssit olivat kuntayhtymähallinnon tulosalueella, jonka tulosaluejohtajana toimii sairaanhoitopiirin johtaja. Shp A:ssa oli nimellisesti olemassa tulosalueen koordinoiva ylihoitaja, jonka asemaa ei kuitenkaan ole virallisesti määritetty. (ks. Liite 4.)

Ylihoitajien organisoitumista tarkasteltiin laatimalla taustatietojen perusteella kuvion 4 mukainen ylihoitajien toiminta-aluejako tulosalueittain ja -yksiköittäin. Kuvioista 4 on poistettu tulosityksiköiden nimet tutkimuseettisistä syistä. Shp B:n ylihoitajista yhdellä oli vastuullaan kahden tulosalueen yksikköjä. Muut seitsemän ylihoitajaa toimivat tulosalueiden sisällä. Kolmella ylihoitajalla shp B:ssä ei ollut lainkaan vastuullaan tulosityksikköjä. Näistä kaksi ylihoitajaa osallistui tutkimukseen, mutta he eivät ole mukana tutkimusaineistossa.

Shp A:n neljän ylihoitajan tulosityksiköt sijaitsivat ainoastaan yhdellä tulosalueella. Kolmella ylihoitajalla oli tulosityksiköitä kahdessa eri tulosalueessa ja yhdellä ylihoitajalla neljällä tulosalueella. (ks. Kuvio 4.) Ylihoitajien toiminta-alueet ylittivät usean tulosalueen rajat. Toiminta-alue jaon syynä voi olla pitkä historiallinen perinne, ja pysyvyyden säilyttämien. Tulosjohtamismallin etuna todettiin olevan se, että saman johtajan alaisuudessa ovat kaikki toiminnot, joita tarvitaan tuotteen toimittamiseen (Lumijärvi ym. 1996: 13). Ylihoitaja, jonka toiminta-alueella on useita tulosalueita, tarvitsee laajan ja kattavan substanssiosaamisen hallitakseen kaikkien erikoissairaanhoidon tuotteiden toimitusprosessit.



Kuvio 4. Sairaanhoidopiirien A ja B ylihoitajien (yh) toiminta-aluejako tulosalueittain ja -yksiköittäin ja hoitotyön johtamisen rakenne vuonna 2003.

Organisaatorakenteen valta- ja vastuusuhteiden läpinäkyvyyttä selvitettiin tutkimuksen empiirisessä osassa pyytämällä vastaajia määrittämään esimies- ja alaisuushteet. (ks. Taulukko 5.) Tutkimuksen tulosten mukaan shp A:n ylihoitajat määrittivät hallintoylihoitajan lähimmäksi esimieheksi. Varsinaisen esimiehen määrittäminen sairaanhoitopiiri A:ssa on pulmallinen, koska ylihoitajat ovat sairaanhoitopiirin johtaja alaisen kuntayhtymähallinnon viranhaltijoita. Kaikki kahdeksan shp A:n ylihoitajaa nimesi hallin-

toylihoitajan lähimmäksi esimiehekseen. Tämä ei kuinka saa tukea hallintosäännöstä. Lähimmäksi alaiseksi ylihoitajat nimesivät osastonhoitajat ja vastaavat ammattinimikkeet. Hallintosääntö ei kuitenkaan tue tätäkään alaisuuden tulkintaa. Hallintosäännön mukaisesti ylihoitaja päättää sijaisten ottamisesta ja muista virka- tai toimitukseen liittyvistä henkilöstöhallinnollisista asioista. Hallintosäännön mukaan tulosityksikköjohtaja päättää työntekijän ottamisesta, mikä on tehtävä sairaanhoidollisten tulosityksiköiden osalta ylihoitajan esittelyn pohjalta. Hallintosäännössä ei kuitenkaan veloiteta tulosalue- ja tulosityksikköjohtajaa delegoimaan henkilöstöasioita ylihoitajalle. Tulosalueiden ja -yksiköiden johtajilla on valta tehdä delegointipäätökset ja myös määrittää mitä tehtäviä delegoidaan. Ylihoitajien toiminta-aluejakoa ei vaadita määritettäväksi missään toimielimessä, vaan jako on toteutettu keskinäisen sopimuksen mukaisesti hallintoylihoitajan johdolla. Ylihoitajien ja tulosalue- ja yksikköjohtajien välinen suhde on epäselvä.

Taulukko 5. Sairaanhoitopiirien A ja B ylihoitajien nimeämät lähimmät esimiehet ja alaiset.

Lähin esimies	Shp A	Shp B	Yhteensä
Hallintoylihoitaja	8		8
Tulosalueen johtaja		1	1
Tulosalueen ylihoitaja, ylilääkäri		1	1
Tulosaluejohtaja, ylilääkäri työpari		2	2
Ylilääkäri		3	3
Ylilääkäri, hallintoylihoitaja		1	1
Yhteensä	8	8	16
Lähin alainen	Shp A	Shp B	Yhteensä
Osastonhoitajat	6	5	11
Osastonhoitajat/ muut yksikköjen esimiehet	2	2	4
Osastonhoitajat, ylihoitajat		1	1
Yhteensä	8	8	16

Sairaanhoitopiiri B:n ylihoitajat nimesivät lähimmäksi esimiehekseen ylilääkäriin, toimialueen ylihoitajan, hallintoylihoitajan. (ks. Taulukko 5.) Hallintosäännön mukaan ylihoitajien asema shp B:ssä oli määritetty suhteessa tulosalueen ja tulosityksikön johtajaan. Tulosalueen ylihoitajia on kaikkiaan neljä, heillä on raportointi vastuu toiminnan tuloksesta tulosalueen johtajalle ja hallintoylihoitajalle hoitotyön sisällöstä. Tulosalueen

muut ylihoitajat raportoivat toiminnan tuloksesta tulosyksikön johtajalle ja hoitotyöstä tulosalueen ylihoitajalle. Tulosalueen johtaja päättää ylihoitajien yksikköjaosta. Shp B:ssä vastaajien näkemykset esimiesasemasta noudattivat osin hallintosääntöä, joskin tulosalueen ylihoitajan asemaa esimiehenä ei selkeästi ole tunnustettu.

Terveydenhuoltojärjestelmän vastuusuhteiden epäselvyys nostettiin tutkimuksessa toiseksi arvioinnin kohteeksi. Tulosjohdetun organisaation vastuuta tarkasteltiin strategisen johtamisen, tulosalueen ja -yksikön tasoilta. Kysymykset vastuista koskivat toimintasuunnitelman ja -toimintatavoitteiden laatimista, toimintatilojen suunnittelua, suoritteiden ja tavoitteiden toteutumien seuranta, toimintakulujen ja budjetin toteutumien seuranta ja kokouksia. Vastuuta kysyttiin avoimella kysymyksellä "Vastuu toiminnasta/kenelle tehtävä on määrätty?" Vastuun määrittäminen oli liitetty taustatietolomakkeen kysymyksiin toimintojen tärkeydestä, arviosta omasta osaamisesta ja toiminnon toistumisen useudesta. Avoimet vastaukset luokiteltiin.

Sairaanhoitopiirin strateginen johtamisen vastuuta tarkasteltiin neljältä osa-alueelta: Organisaation sidosryhmien odotukset ja päämäärät, toimintaympäristön mahdollisuudet ja uhat, organisaation omat vahvuudet, ja strateginen suunnitelma ja toiminnan suunnittelu. Pääsääntöisesti strateginen johtaminen miellettiin sairaanhoitopiirien johtoryhmien ja hallituksen tehtäväksi (78% vastauksista). Näkemykset vastuusta jakaantuivat kuitenkin myös keskijohdon toimijoille kuten tulosaluejohtajalle, ylilääkärille ja ylihoitajalle. Teoreettisessa viitekehyksessä kuntayhtymien strategisen johtamisen vastuu on organisaation johdon ylemmille tasolla johtoryhmällä, hallituksella ja valtuustolla.

Tulosalueen ja -yksikön johtaminen oli määritetty myös tulosjohtamismallin mukaisesti toiminnan suunnitteluun ja seurantaan, kustannuslaskentaan, suoritteiden ja tavoitteiden toteutumiseen, toimintakulujen ja budjetin seurantaan ja kokouksiin. Tulosalueen- ja yksikön vastuut esitetään yhdistettynä taulukossa 6. Johtoryhmä tai johto määritettiin pääasiallisesti vastuulliseksi toimijaksi. Professionien asemaa tulosalueiden ja yksiköiden johdossa kuvaa sekä toiseksi eniten määritetty ylilääkäri, ylihoitaja tai tulosalue- ja tulosyksikköjohtaja ja ylihoitaja -nimikeparit. Eri ammattinimikkeitä oli esitetty vastuullisiksi toimijoiksi erilaisina yhdistelminä, mikä saattaa osaltaan johtua johtoryhmien kokoonpanosta. Johtamistoiminnan vastuuta kartoittava kysymys toi esiin vastuiden ha-

jautumisen useille toimijoille tulosalueiden ja -yksiköiden tasolla ja vastuiden epäselvyyden tulosjohdetussa professionaalisessa organisaatiossa.

Taulukko 6. Sairaanhoidopiirien A ja B ylihoitajien näkemykset tulosalueiden ja -yksiköiden johtamistehtävien vastuista.

Ylihoitajien nimeämät vastuulliset toimijat	Tulosalueen toiminnan vastuut		Tulosyksikön toiminnan vastuut		Yhteensä
	Shp A	Shp B	Shp A	Shp B	
Johtoryhmä tai johto	15	11	18	6	50
Yliääkäri, ylihoitaja		9	1	15	25
Tulosaluejohtaja, ylihoitaja	5	10			15
Johtoryhmä, johto ja ylihoitaja	13	1			14
Tulosyksikköjohtaja, ylihoitaja		3		9	12
Tulosaluejohtaja	8	3			11
Yliääkäri		2	6		8
Yliääkäri, ylihoitaja ja osastonhoitaja		1	2	3	6
Johtoryhmä, johto ja ylihoitaja ja osastonhoitaja			6		6
Tulosalueen johtaja, ylihoitaja				6	6
Tulosyksikön johtoryhmä, johto useat toimijat			5		5
Tulosyksikköjohtaja		1		2	3
Johtoryhmä tai johto, yliääkäri ja ylihoitaja			2		2
Tulosyksikön johtoryhmä, johto, tulosyksikkö johtaja			1		1
Esimiehet				1	1
Muut toimijat organisaation sisällä	1				1
Tulosalueen johtoryhmä, nimetyt henkilöt		1			1
Hoitotyön esimiehet			1		1
Yhteensä	42	42	42	42	168

Yhteenveto hoitotyön johtajien asemasta sairaalaorganisaatiossa

Yhteenvetona voidaan todeta, että ylihoitajat pääsääntöisesti määrittivät toiminnan vastuun useammalle eri ammattinimikkeelle tai kollektiivisesti "johtoryhmä tai johto" määritteellä. Sekä horisontaalisesti että vertikaalisesti nimettiin usean tason toimijoita aina strategiseen johtamisen tasolta tulosyksikkötasolle. Strateginen johtaminen on poliittis-hallinnollisen päätöksenteon asia, missä toimijat ovat valtuusto ylimpänä ja hallitus sekä virkamiestasolla sairaanhoidopiirin johtoryhmä. Vastuu toiminnasta ja päätöksistä ei sairaanhoidopiirissä näytä olevan läpinäkyvää. Toiminnoista vastaavien nimeäminen näyttää olevan ongelmallista. Tulosjohtamismallin mukaista vastuuta ei ole yksiselitteisesti hahmotettu. Moniportainen ja moniammatillinen toiminta ja toisaalta perinteinen linjajohtamiskulttuuri saattaa heijastua edelleen vastuiden määrittämisessä. Terveys-

huoltojärjestelmää vaivaava johtamisvaje ja johtajuuden puute näkyy tuloksissa vastuiden määrittämisen kirjavuutena ja kykenemättömyytenä varsinaisen vastuuhenkilön määrittämisessä. Sairaanhoidopiirien eroista voidaan todeta, että shp A:ssa hallintosäännön pyrkimyksenä on yksilinjainen tulosjohtamismalli. Shp B:ssä hallintosääntö edustaa jaettava johtajuutta.

Organisaatorakenteen tavoitteena on mahdollistaa ihmisten ja ryhmien välinen yhteistyö, lisäksi rakenteen tulee olla läpinäkyvä. Hoitotyön johtajien asema ei shp A:ssa ole läpinäkyvää eikä sitä ole määritetty hallintosäännössä horisontaalisesti eikä vertikaalisesti. Sekä shp A:ssa että B:ssä STM:n (1998b) arviointiraportin mukainen monilinjainen ja moniportainen johtamisjärjestelmä näkyy vastauksissa. Toisaalta monilinjainen johtajuus on määritelty sairaanhoidopiiri B:ssä joten se on hallintosäännön mukaista toimintaa.

5.3. Hoitotyön johtamistehtävät

Hoitotyön johtamistehtävät määritettiin teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Keskeisinä olivat tulosjohtamisen prosessi että STM:n ja Stakesin hoitotyön suositukset ja ohjeet. Toimintoluokat kuvaavat niitä tehtäviä, joita hoitotyössä nähdään tärkeinä. Taustatietoina kerättiin ylihoitajien näkemykset tehtävän tärkeydestä, arvio omasta osaamisesta ja tehtävän useudesta. Ylihoitajien arviota johtamistehtävän useudesta, tärkeydestä ja arviosta osaamisesta verrattiin havainnointien määrään. Useuden määrittämisessä haluttiin selvittää mitkä kerran vuodessa tai kerran puolessa vuodessa esiintyvät johtamistehtävät mahdollisesti jäävät havainnointien ulkopuolelle. Tehtävän tärkeyttä verrattiin työajanseurannan yhteydessä määritettyihin prioriteetin tasoihin A - D.

Ylihoitajien arviot johtamistehtävien toistumisen useudesta

Taustatietolomakkeessa kerättiin ylihoitajien arviot johtamistehtävien toistumisen useudesta asteikolla: kerran vuodessa, kerran puolessa vuodessa, kerran kuukaudessa, kerran viikossa ja päivittäin. Eniten arvioitiin olevan kerran kuukaudessa tapahtuvia johtamistehtäviä. Tulosjohtamiseen liittyvät johtamistehtävät arvioitiin toistuvan pääsääntöisesti

kerran kuukaudessa tai harvemmin. Eniten arvioitiin olevan kerran kuukaudessa tapahtuvia johtamistehtäviä. Kerran vuodessa tai kerran puolessa vuodessa esiintyvät strategisen johtamisen, standardien määrittäminen ja laatutyö sekä yhteistyö terveydenhuoltojärjestelmän muiden toimijoiden kanssa. Henkilöstöjohtamisen toimintoja arvioitiin myös esiintyvän päivittäin eniten rutiininomaisia tehtäviä kuten työsopimusten solmimisia. Sisäiseen ja ulkoiseen viestintään ja yhteistyöhön lähimpien alaisten kanssa arvioitiin vievän eniten päivittäistä työaika. (ks. Taulukko 7.) Tavoitteena oli selvittää mitkä johtamistehtävät useimmiten toistuvat ylihoitajien päivittäisessä työssä ja verrata tuloksia työajanseurannan havainnoiteihin.

Taulukko 7. Ylihoitajien arvioinnit johtamistehtävien toistumisen useudesta.

Arvioinnit johtamistehtävien useudesta toimintoluokittain	Kerran vuodessa	Kerran puolessa vuodessa	Kerran kuukaudessa	Kerran viikossa	Päivittäin	tyhjä	Yhteensä
Strategisen johtamisen prosessi	11	18	22	5	4	4	64
Tulosalueen toiminnan suunnittelu ja seuranta	21	12	48	7	4	3	95
Tulosityksikön toiminnan suunnittelu ja seuranta	25	12	48	9	2		96
Henkilöstötoiminnot	21	35	62	46	22	22	208
Koulutus ja kehittäminen	31	33	47	31	18	15	175
Standardien määrittäminen ja laadun parantaminen	8	11	8	1	2	2	32
Sisäinen ja ulkoinen viestintä	7	11	8	7	59	4	96
Yhteistyö tulosalueiden, -yksiköiden ja sidosryhmien kanssa	33	27	77	28	19	8	192
Kaikki yhteensä	157	159	320	134	130	58	958
	16 %	17 %	33 %	14 %	14 %	6 %	100%

Hoitotyön johtamistehtävien johtamisosaaminen

Hoitotyön johtajat arvioivat oman osaamisensa heikoimmaksi koulutuksen ja kehittämisen johtamistehtävissä sekä yhteistyössä eri alojen toimijoiden kanssa. Vastuksista suurin osa painottui vaihtoehtoon osaan hyvin paljon tai osaan hyvin. Heikoimmaksi ylihoitajat arvioivat osaamisensa yhteistyössä yksityissektorin kanssa ja muiden sairaanhoitopiirien kanssa. Henkilöstötoiminnoissa ylihoitajat arvioivat osaamisensa pääsääntöisesti hyväksi tai erittäin hyväksi. Ylihoitajien näkemykset osaamisesta vastaavat Lorenzonin ym. (2001) johtamisosaamista kartoittaneen tutkimuksen tulosten kanssa. Koulutuksen ja kehittämisen osaaminen on toisaalta yhteydessä toimintojen esiintymi-

seen johtamisen käytännössä. Parhaimmaksi ylihoitajat arvioivat osaamisensa tulosityksiköiden koulutuksessa ja kehittämissä ja heikoiten laajojen koko sairaanhoitopiirien projektien ja hankkeiden suhteen. Tietojärjestelmien kehittäminen arvioitiin myös heikommaksi kuin itse substanssin osaamisen koulutus ja kehittäminen tulosityksikön ja tulosalueen tasoilla. Arvioinnit osaamisesta eivät poikenneet sairaanhoitopiirien kesken. (ks. Taulukko 8.)

Taulukko 8. Ylihoitajien arvioinnit johtamisosaamisen tasosta johtamistehtävittäin.

Toimintoluokka	Tiedän erittäin paljon	Tiedän hyvin paljon	Tiedän melko paljon	Tiedän jonkin verran	En osaa mitään	Tyhjä	Yhteensä
Strateginen johtaminen	9	32	21	2			64
Tulosalueen toiminnan suunnittelu ja seuranta	14	55	21	5			95
Tulosityksikön toiminnan suunnittelu ja seuranta	26	56	10	3		1	96
Henkilöstötoiminnot	73	99	28	3		5	208
Koulutus ja kehittäminen	37	70	43	24		2	176
Laadunhallinta	5	10	9	8			32
Sisäinen ja ulkoinen viestintä	36	38	17	5			96
Yhteistyö	34	64	64	27	2	1	192
Kaikki yhteensä	234	424	213	77	2	9	959
	24 %	44 %	22 %	8 %	0 %	1 %	100 %

Ylihoitajien arviot hoitotyön johtamistehtävien tärkeydestä ja prioriteeteista

Johtamistehtävien tärkeys määritettiin pääsääntöisesti tasoille erittäin tärkeä tai tärkeä (91%). Jokseenkin tai sitä matalammalle tärkeysasteelle arvioitiin alle 10 % johtamistehtävistä. 63 % havainnoinneista kirjattiin prioriteeteiltaan kiireellisiin ja tärkeisiin tehtäviin (A) ja 26 % tärkeisiin mutta ei niin kiireellisiin (B) johtamistehtäviin. Havainnoinneista 9 % oli jätetty määrittämättä, joista suurin osa oli matka-aikaa tai omaa henkilökohtaista aikaa. Kohtaan D eli prioriteetiltään tuottamattomaan työhön ei havaintoja kertynyt kuin kymmenen eikä kohtaan C eli vähemmän tärkeää mutta jonkin verran merkitykselliseen tehtävään tullut kuin 2 % havainnoinneista. Johtamistehtävittäin vertailtiin prioriteettien määrittämistä. Sairaanhoitopiirien välillä ei ollut eroa johtamistehtävien priorisoinnissa. Teoreettisen viitekehyksen mukaan johtamistehtävien tärkeyttä tulee arvioida suhteessa toiminnan tuloksellisuuteen, ydintehtävien määrittämiseen ja sen mukaiseen toimintaan (Kauhanen 1997: 11–12; Nissinen 1990: 47; Drucker 1999:

16; Brody 1993: 203). Sairaalaorganisaation henkilöstön osaaminen on nostettu avainasemaan tuloksen aikaansaamisessa ja päätehtävänä inhimillisten voimavarojen johtamisessa (STM 2003b; Simms ym 1985: 241). Prioriteeteista korkeimmalle asetettiin henkilöstön ja koulutuksen ja kehittämisen johtamistehtävät, jotka saivat eniten prioriteettitasoa A havaintoja. (ks. Taulukot 9. ja 10.)

Taulukko 9. Ylihoitajien arvioinnit johtamistehtävien tärkeydestä.

Arvio johtamistehtävien tärkeydestä johtamislukittain.	Erittäin tärkeä	Tärkeä	Melko tärkeä	Jokseenkin tärkeä	Ei tärkeä	Tyhjä	yhteensä
Strategisen johtamisen prosessi	49	11	2			2	64
Tulosalueen toiminnan suunnittelu ja seuranta	68	24	3		1		96
Tulosyksikön toiminnan suunnittelu ja seuranta	76	20					96
Henkilöstötoiminnot	153	39	6	3	3	4	208
Koulutus ja kehittäminen	117	41	11	6		1	176
Standardien määrittäminen ja laadun parantaminen	20	10		2			32
Sisäinen ja ulkoinen viestintä	68	19	4	5			96
Yhteistyö tulosalueiden, -yksiköiden ja sidosryhmien kanssa	80	76	28	7		1	192
Kaikki yhteensä	631	240	54	23	4	8	960
	66 %	25 %	6 %	2 %	0 %	1 %	100 %

Taulukko 10. Sairaanhoidopiirien A ja B ylihoitajien työajanseurannan havainnointien prioriteetit.

Hoitotyön johtamisen toimintoluokat ja ylihoitajien arviot prioriteeteista	A	B	C	D	Tyhjä	Yhteensä
Strategisen johtamisen prosessi	16	41			29	86
Toimialueen/ tulosalueen toiminnan suunnittelu ja seuranta	48	43	1		9	101
Vastuualue/ tulosyksikön toiminnan suunnittelu ja seuranta	179	99	1		1	280
Henkilöstötoiminnot	640	149	4	3	25	821
Koulutus ja kehittäminen	280	129	2		21	432
Standardien määrittely ja laadun parantaminen	39	6				45
Sisäinen ja ulkoinen viestintä	138	78	10		23	249
Yhteistyö tulosalueen-, yksiköiden ja sidosryhmien kanssa	213	105	8		8	334
Oman toiminnan organisointi	148	49	22	10	134	363
Kaikki yhteensä	1701	699	48	13	250	2711
	63 %	26 %	2 %	0 %	9 %	100 %

Tulosjohtamisen johtamistehtävät

Tulosjohtamismallin mukaisiin johtamistehtäviin käytettiin havainnoidusta työajasta 17 %. Tulosalueiden ja -yksiköiden havainnot yhdistettiin ja niistä muodostettiin kolme ryhmää: toimintasuunnitelma ja -tavoitteet, toiminnan seuranta ja arviointi, kokoukset. (ks. Taulukko 11.) Tulosjohtamistehtävistä eniten havainnoiteja kertyi tulosalueiden ja -yksikköjen kokouksiin. Shp A:n ylihoitajien toimialuejako (ks. Kuvio 4. sivulla 76.) selittää osaltaan hieman suurempaa havainnointien osuutta kokouksiin osuneista havainnoinneista. Suoritteiden ja tavoitteiden sekä talouden seuranta muodosti 1 % havainnoidusta työajasta. Henkilöstökulujen seurantaan osui vain kolme havaintoa. Tutkimusten mukaan ylihoitajien työssä tulisi tulevaisuudessa korostumaan taloushallinnon ja kustannusten hillintä (Narinen 2000; Lorenzon ym. 2001; Simms ym.1985). Linjaorganisaation esikuntaelinten tehtävät voivat osaltaan selittää ylihoitajien työajanhavainnointien osumista kustannusten seurantaan. Kolmanneksi syynä voi myös olla johtamisosaamisen puute taloushallinnon tehtävissä (Lorenzon ym. 2001; Edwards ym. 1996; Mathena 2002). Toisaalta ylihoitajien johtajuus painottuu leadership -tyyppiseen toimintaan, missä ylihoitajat näkevät työnsä enemmänkin työn tekemisen mahdollistajina ja mentoreina.

Taulukko 11. Sairaanhoidopiirien A ja B ylihoitajien työajanseurannan havainnoinnit tulosalueen- ja yksikön johtamistehtävistä.

Tulosalueen ja -yksikön johtamistehtävät	Shp A	Shp B	Yhteensä	p(Shp A) N=1368	p(ShpB) N=1343	p(Shp AB) N=2711	Z
Toimintasuunnitelmat ja -tavoitteet	51	39	90	4 %	3 %	3 %	-0,110
Toiminnan seuranta ja arviointi (Suoritteiden ja tavoitteiden seuranta, toimintakulut ja budjetin seuranta ja kustannuslaskenta)	14	23	37	1 %	2 %	1 %	0,216
Tulosalueiden ja -yksiköiden kokoukset	119	80	199	9 %	6 %	7 %	-0,172
Yhteensä	184	142	326	13 %	11 %	12 %	-0,098

Henkilöstötoiminnot

Havainnoidusta työajasta 30 % oli henkilöstötoimintoja. Ylihoitajien arviointi henkilöstötoimintojen toistumisen useudesta olivat jonkin verran suurempia kuin mitä työajanseuranta osoitti. Työsopimusten laatiminen ja solmiminen vaihtelivat vastaajittain, mikä osittain selittyy tehtävän siirtämisellä osastonhoitajille. Shp A:n ja B:n välinen ero henkilöstön hankinnassa selittyy shp B:ssä menossa olleesta henkilöstövalinnasta ja siihen liittyneistä haastatteluista. (ks. Taulukko 12.) Henkilöstökulujen seuranta ei ylihoitajien työajanhavainnoinneissa tule esiin. Sairaanhoidopiirien henkilöstöstä yli puolet on hoitohenkilöstöä ja henkilöstökuluista suurin osa muodostuu hoitohenkilöstön palkoista. Henkilöstövoimavarojen ohjaus sisälsi tehtäviä, jotka liittyivät sairaslomiin, vuosilomasijaisten tarpeeseen, lisähenkilökunnan hankkimiseen ja varahenkilöstön käyttöön. Henkilöstötoiminnot ovat perinteistä ylihoitajan tehtäväaluetta. Henkilöstön työkykyä ylläpitävä toimintaohjelma ei liioin näytä tulevan esiin tässä aineistossa. Näyttää siltä, että henkilöstötoiminnot ovat siirtyneet tai siirtymässä alemmalle organisaatiotasolle.

Taulukko 12. Sairaanhoidopiirien A ja B ylihoitajien työajanseurannan havainnoinnit henkilöstötoimintojen johtamistehtävistä.

Henkilöstötoimintojen johtamistehtävät	Shp A	Shp B	Yhteensä	p(Shp A) N=1368	p(ShpB) N=1343	p(Shp AB) N=2711	Z
Henkilöstösuunnittelu	23	49	72	2 %	4 %	3 %	0,3091
Henkilöstövoimavarojen ohjaus	52	63	115	4 %	5 %	4 %	0,0998
Henkilöstön hankinta, rekrytointi	86	145	231	6 %	11 %	9 %	0,2238
Työsopimukset, työaika, palkat ja palkkaneuvottelut, työn vaativuuden arviointi, YT -kokoukset	124	146	270	9 %	11 %	10 %	0,0852
Henkilöarviointi ja kehityskeskustelut	73	42	115	5 %	3 %	4 %	-0,258
Työkykyä ylläpitävä toiminta	17	1	18	1 %	0 %	1 %	-1,36
Yhteensä	375	446	821	27 %	33 %	30 %	0,0639

Koulutuksen, kehittämisen ja laadunhallinnan johtamistehtävät

Koulutuksen ja kehittämisen johtamistehtävissä kiinnitettiin erityisesti huomio täydennyskoulutusvelvoitteeseen ja siihen tulleisiin havainnointeihin. Sairaanhoidopiirien välinen ero koulutuksessa ja kehittämisessä selittyy ylihoitajien työnjaolla ja shp B:ssä erik-

seen tehtävään nimetystä ylihoitajasta. Ylihoitajaa ei kuitenkaan voitu ottaa mukaan aineistoon puuttuvan esimiesaseman vuoksi. Aineistosta poisjätetyn ylihoitajan koulutukseen ja kehittämiseen havainnointien määrä oli 58, joista suurin osa (67 %) kohdistui terveyttä edistävä sairaala -hankkeeseen ja loput yksiköiden koulutusten järjestämiseen. Sairaanhoidopiirien välinen ero koulutuksen ja kehittämisen kohdalla ei tämä huomioon ole niin merkittävä. (ks. Taulukko 13.)

Taulukko 13. Sairaanhoidopiirien A ja B ylihoitajien työajanseurannan havainnoinnit koulutuksen, kehittämisen ja laadunhallinnan johtamistehtävistä.

Koulutuksen ja kehittämisen johtamistehtävät	Shp A	Shp B	Yhteensä	p(Shp A) N=1368	p(ShpB) N=1343	p(Shp AB) N=2711	Z
Koko sairaanhoidopiiriä käsittävät projektit ja hankkeet	81	76	157	6 %	6 %	6 %	-0,012
Tulosalueiden ja yksiköiden projektit ja hankkeet	60	22	82	4 %	2 %	3 %	-0,520
Täydennyskoulutus, alueellinen koulutus ja yksiköiden sisäinen koulutus	103	33	136	8 %	2 %	5 %	-0,611
Muu koulutus	13	44	57	1 %	3 %	2 %	0,446
Yhteensä	257	175	432	19 %	13 %	16 %	-0,148
Laadun parantamisohjelmien kehittäminen	41	2	43	0,0300	0,0015	0,0159	-1,684
Standardien käyttö tulosten ja laadun arvioinnissa (asiakaspalautteet)	2		2	0,0015	0,0000	0,0007	-1,189
Yhteensä	43	2	45	0,0314	0,0015	0,0166	-1,72

Alueellisen koulutuksen velvoite sisältyy erikoissairaanhoitolakiin, järjestämisvastuu on määritetty sairaanhoidopiirille. Täydennyskoulutus ja alueellinen koulutus ovat normiperusteisia velvoitteita. Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen perustuu STM:n (2003a) suositukseen. Se missä määrin eri tulosjohtamistasojen koulutukset ja kehittämistehtävät ovat päällekkäisiä ja mihin tarpeeseen ne perustuvat, ei tässä tutkimuksessa selvitetty. Näyttäisi kuitenkin siltä, että kirjavuus eri tason koulutuksissa, hankkeissa ja projekteissa voisi kaivata selkiyttämistä.

Edelleen kehittämisen alueella voidaan miettiä miten laadunhallinta ja laatutyö on organisoitu sairaanhoidopiireissä. Hoitotyön laadun kehittäminen toteutetaan erilaisilla ja eritasoisilla hankkeilla ja projekteilla. Osa projekteista saattaa olla laajoja useiden sairaanhoidopiirien välisiä hankkeita ja toiset yksiköiden suppeita laadun kehittämispro-

jekteja. Ylihoitajat määrittivät vastuut laatutyöstä erikseen nimetyille henkilölle kuten projektisihteerille tai vastaavalle. Terveyspalveluissa 89 % laatutyöhön osallistujista oli henkilökuntaa ja lähiesimiehiä (Outinen ym. 2001). Hoitotyön projekteissa on ollut nähtävissä, että hyvätkin kehittämistoimet jäävät raportteihin. Hoitotyön johdolta edellytetään systemaattisuutta ja aktiivisuutta, näkyvää tukea sekä kannanottoa parannettavien prosessien määrittelyssä. (Nojonen 1999: 133.) Näyttöön perustuva hoitotyö ja laatutyö nähtiin tärkeänä hoitotyön johtamisalueena, vastuu määritettiin kuitenkin lähiesimiestasolle tai erikseen nimetyille henkilölle.

Koulutukseen ja kehittämiseen käytetyn työajan havaintoja kertyi 19 %. Suurin osa havainnoista kohdistui projekteihin ja kehittämishankkeisiin. Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämiseen havaintoja kertyi 1 % ja palvelukokonaisuuksien kehittämiseen vain muutama havainto. Toimintojen kehittäminen toteutetaan projektien ja hankkeiden muodossa. Ylihoitajat arvioivat myös osaamisensa heikoimmaksi niissä aluissa, joihin kohdistui vähiten havaintoja työajan seurantajaksolla. Suurimman osan projektityöstä veivät erittelyn mukaan hoitoisuus ja terveyden edistämisen -projektit (4 %). Laadun kehittämistyö toteutetaan myös projekti- ja hankeluonteisesti. Vastuu -kyselyssä projekteista vastaavat erikseen nimetyt henkilöt, useimmiten projekti- ja hankesihteerit. Ylihoitajien osuus projekteissa ja hankkeissa oli osallistuminen seuranta- tai ohjausryhmiin. Laatutyön osuus jäi hyvin vähäiseksi eikä seurantajakson aikana esiintynyt johtamistehtäviä laadun arvioinnista eikä asiakaspalautteista.

Sisäinen ja ulkoinen viestintä ja yhteistyö sidosryhmien kanssa

Viestinnässä oli sairaanhoitopiirien välillä eroa. Shp A:ssa käytettiin enemmän sähköistä viestintää kun taas shp B:ssä painottui välitön viestintä lähiesimiesten ja alaisten kanssa. Yhteistyö oman ammattikunnan ja osastonhoitajien kanssa tapahtui säännöllisten kokousten muodossa.

Erikseen havainnoitiin ylihoitajien käyntejä yksiköissä (välitön läsnäolo). Shp B:ssä ylihoitajien käynnit yksiköissä muodostivat 5 % havainnoinneista ja shp A:ssa 3 %. Vastaavasti yhteistyötä oman ammattikunnan kanssa oli havainnoitu useammin shp

B:ssä kuin shp A:ssa (ylihoitaja- ja osastonhoitajakokoukset). (ks. Taulukko 14.) Oletettavaa olisi ollut, että yhteistyö shp A:ssa olisi ollut tiheämpää toiminta-aluejaosta johtuen. Brodyn (1995: 135) mukaan informaalin yhteydenpito alaisten kanssa voi tapahtua MBWA -management by walking around eli kävelemällä johtamisella. Johtaja on näkyvillä tavattavissa ja mahdollistamassa epämuodolliset keskustelut alaisten kanssa. Toisaalta MBWA voi joistakin tuntua kontrolloinnilta ja vartioinnilta. Pokin (1997) mukaan ylihoitajalta edellytetään näkyvyyttä yksiköissä.

Taulukko 14. Sairaanhoidopiirien A ja B ylihoitajien työajanseurannan havainnoinnit sisäisen ja ulkoisen viestinnän ja yhteistyön johtamistehtävistä.

Sisäinen ja ulkoinen tiedottaminen ja yhteistyö	Shp A	Shp B	Yhteensä	p(Shp A) N=1368	p(ShpB) N=1343	p(Shp AB) N=2711	Z
Sisäinen ja ulkoinen tiedottaminen (kirjalliset tiedotteet)	4	10	14	0,3 %	0,7 %	0,5 %	0,346
Viestintä lähimmän alaisen kanssa	6	42	48	0,4 %	3,1 %	1,8 %	0,611
Sähköinen viestintä	83	37	120	6,1 %	2,8 %	4,4 %	-0,404
Viestintä puhelimitse	38	29	67	2,8 %	2,2 %	2,5 %	-0,110
Yhteensä	131	118	249	9,6 %	8,8 %	9,2 %	-0,029
Toiminnan koordinointi ja yhteistyö lähimpien alaisten kanssa (käynnit yksiköissä, osastokokoukset)	24	62	86	1,8 %	4,6 %	3,2 %	0,370
Yhteistyö ja neuvottelut oman ammattiryhmän kanssa ja hallintosihteerin kanssa	46	121	167	3,4 %	9,0 %	6,2 %	0,374
Muu yhteistyö	58	23	121	4,2 %	1,7 %	4,5 %	-0,472
Yhteensä	128	206	334	9,4 %	15,3 %	12,3 %	0,201

Oman työajan organisointi

Hoitotyön johtajien oman työajan organisoinnissa ja suunnittelussa matkojen osuus oli jonkin verran suurempi shp A:ssa kuin shp B:ssä. Osaltaan tämä voi johtua shp A:n ylihoitajien toiminta-aluejaosta ja toimimisesta useilla tulosalueilla. Shp B:ssä toiminta oli neljässä eri laitoksessa, toiminta-aluejaon keskittyminen tulosalueittain lienee kuitenkin vaikuttanut matkoihin ja siirtymiseen aikaan. Henkilökohtaiset tauot olivat kunnallisen virka- ja työehtosopimuksen mukaisia. Laskennallisesti 5% työajasta on henkilökohtaista aikaa.

Oman työn organisointiin oli Brodyn (1993: 207–208) mukaan tärkeä johtamisen tehokkuuteen vaikuttava toiminto. Toimintojen priorisointi liittyy tehokkaaseen ajankäytön hallintaan. Johtajan tulisi ajoittain tehdä oma työajankäytön analyysi ja mahdollisesti vain havainnoida sellaisia tekijöitä, jotka ovat "ajansyöjiä". Shp A:ssa toiminnan organisointi voi johtua toiminnan kirjautumisesta sähköiseen kalenteriin kokouskutsujen ja muiden toimintakäytännön siirtyessä sähköiseen muotoon. (ks. Taulukko 15.) Sähköiseen viestintään käytettyä aikaa on usein vaikea tunnistaa jonkin toiminnan toteuttamiseksi. Sähköinen viestintä korvaa manuaalisen järjestelmän kynän ja paperin, joka mieluiten mielletään asioiden järjestämiseksi ja hoitamiseksi. Sähköpostiin käytetty aika sinänsä kiinnosti ylihoitajia.

Taulukko 15. Sairaanhoidopiirien A ja B ylihoitajien työajanseurannan havainnoinnit oman työajan organisointiin käytetystä työajasta.

Oman toiminnan organisointi	Shp A	Shp B	Yhteensä	p(Shp A) N=1368	p(ShpB) N=1343	p(Shp AB) N=2711	Z
Oman työn organisointi/ aikataulu	3	48	51	0,2 %	3,6 %	1,9 %	0,744
Toimintaympäristön ylläpito	5	22	27	0,4 %	1,6 %	1,0 %	0,507
Henkilökohtaiset tauot	69	71	140	5,0 %	5,3 %	5,2 %	0,030
Matkat, siirtyminen työpisteestä toiseen	83	62	145	6,1 %	4,6 %	5,3 %	-0,120
Yhteensä	160	203	363	11,7 %	15,1 %	13,4 %	0,111

Yhteenveto hoitotyön johtamistehtävistä, tärkeydestä, osaamista ja tehtävien toistumisen useudesta

Hoitotyön johtamistehtäviä tarkasteltiin neljän ulottuvuuden kautta. Taustatiedoissa määritettiin hoitotyön johtajien käsityksiä johtamistehtävien toistumisen useudesta, käsityksistä omasta johtamisosaamisesta ja johtamistehtävien tärkeydestä ja prioriteeteista. Taustatietojen avulla haluttiin arvioida johtamistehtävien esiintymistä käytännössä. Tilastollisesti ei sairaanhoidopiirien välillä ollut merkittävää eroa hoitotyön johtamistoimintojen esiintymisessä. Hoitotyön johtamistehtävät olivat tulosjohtaminen, henkilöstötoiminnot, koulutuksen, kehittämisen ja laadunhallinnan johtamistehtävät, sisäinen ja ulkoinen viestintä ja yhteistyö sidosryhmien kanssa ja oman toiminnan organisointi ja osaaminen.

Tulosjohtamisen tehtävät muodostuivat perinteisistä johtoryhmien kokouksista ja niihin osallistumisesta. Käsitteet tulosjohtamisen vastuista vaihtelivat. Toiminnan tulosten ja talouden seuranta ei noussut esiin hoitotyön johtajien päivittäisessä työssä. Linja-esikuntaorganisaation mukaiset yksiköt kuten taloustoimisto vastaavat edelleen toiminnan arvioinnista. Vertaus sairaalan toimimisesta erilaisen "maksajärjestelmän" ehdoilla näyttää todentuvan (Buerhaus ym. 1996: 21–29). Toisaalta aikaisempien tutkimusten mukaan hoitotyön johdolla on todettu olevan puutteita taloushallinnon osaamisessa (Lorenzon 2001; Edwards ym 1996; Mathena 2002).

Hoitotyön johtamisen tehtävät näyttävät tutkimuksen mukaan keskittyvän perinteisesti henkilöstötoiminnoissa työsuhteiden solmimiseen ja työsuhteeseen liittyvien asioiden käsittelyyn. Henkilöstökulujen tai toiminnan tilastollinen seuranta ei tulojohtamismallin mukaisesti ole merkittävä tekijä ylihoitajien työssä. Johtamistehtävien toistumisen useus arvioitiin useimmissa johtamistoiminnoissa esiintyvän kerran kuussa mikä voi osaltaan vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. Oletettavaa olisi, että henkilöstökulujen seuranta olisi noussut merkittävämmiin esiin.

Näyttöön perustuvasta hoitotyön merkitystä korostetaan hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmassa (STM 2003a). Näyttöön perustuvan hoitotyön ja laadunhallinnan siirtymisen projekti- ja hankekohtaiseksi vaikuttaa ylihoitajien osallistumiseen johtamistehtävän hoitoon. Työajanseurannalla ei kuitenkaan pystytä osoittamaan kaikkea johtamistehtäviä, joten ylihoitajien oma arvio tehtävän toistumisen useudesta nousee tuloksen merkittävyyden arvioinnissa tärkeään rooliin. Ylihoitajien oman arvion mukaan vastuu tehtävistä on nimetyillä henkilöillä ja tehtävä on siirtynyt keskijohdolta asiantuntijoille, jotka ovat useimmiten yksiköiden henkilökuntaa.

Osastonhoitajien ja ylihoitajien välinen johtamistehtävien jako ei liioin nouse esiin työajanseurannassa vaan vastuiden kuvaamisessa. Useimmiten lähinnä henkilöstöä oleva päivittäinen johtaminen määritettiin osastonhoitajien vastuulle. Henkilöstöjohtaminen ja henkilöstöresurssien johtaminen näyttää siirtyneen ainakin päivittäisessä johtamisessa osastonhoitajien tehtäväksi. Hoitotyön johtaminen näyttää ainakin työajanseurannan mukaan siirtyneen lähijohtajien tehtäväksi.

Toiminnan koordinointi ja kehittäminen eivät nouse esiin työajan seurannassa, toisaalta työajan seurannalla ei kyetä havainnoimaan kaikkea johtamisen tehtäväalueita. Tehtävien prioriteetin määrittäminen on sekä tulosjohtamisessa että oman työajanhallinnassa merkittävä tuotannollinen tekijä (Brody 1993; Drucker 1999; Koontz 1977). Tulosjohtamisen heikkoutena todettiin olleen johtajien sitoutumattomuus organisaation tavoitteisiin, ja olleen suurin syy tulosjohtamisjärjestelmän hylkäämiseen (Rodgers ym. 1992).

6. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sairaalaorganisaation johtamista erityisesti hoitotyön näkökulmasta. Tutkimus rajattiin hoitotyön johtajien asemaan ja johtamistehtäviin sairaalaorganisaatiossa. Tutkimuksessa haluttiin selvittää miten hoitotyön johtajien asema on määritetty kahdessa tulosjohdetussa sairaanhoitopiirissä ja miten hoitotyön johtajat itse määrittävät asemansa esimies-alaisuutena. Tulosjohtamisen perusajatuksena on keskittää valta yhdelle johtajalle, jonka alaisuudessa on kaikki se työ, joka perustuu samaan toimintakokonaisuuteen. Valta- ja vastuusuhteiden määrittäminen liittyi myös tulosjohtamisen horisontaalisuuteen, vertikaalisuuteen ja rakenteen läpinäkyvyyden arviointiin. Terveysthuoltojärjestelmä vaikuttaa ensisilmäyksellä selkeältä kokonaisuudelta. Tarkempi analysointi kuitenkin osoitti sairaalaorganisaation johtamisen kompleksiseksi ja monitahoiseksi ilmiöksi.

Terveysthuoltojärjestelmän rakenteellinen uudistaminen alkoi 1990 -luvun alusta lähtien. Rakenteelliset ja johtamisjärjestelmän muutokseen liittyneet professioiden, erityisesti lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan, valtakäsitteet on todettu vaikuttaneen järjestelmän johtamiseen ja olevan yksi syy tehottomaan toimintaan. Terveysthuoltojärjestelmän rakenteellinen uudistaminen jatkuu edelleen. Oman haasteensa terveysthuoltojärjestelmälle asettavat kunnat ja niiden taloudellinen tilanne. Kustannusten hillitseminen oli yksi tärkeimmistä perusteista järjestelmän rakenteelliseen muutokseen. Toisena tärkeänä tekijänä muutokseen on palvelujen saatavuus, palvelujen tuottamisen tehokkuus ja palvelujen laatu.

Tutkimuksen luotettavuuteen ja tulosten arvioinnin liittyi oleellisesti tutkijan kolmenkymmenen vuoden työkokemus hoitotyössä ja julkisessa sairaalaorganisaatiossa. Sairaalaorganisaation johtamisen ja hoitotyön substanssin tutkiminen tuo esiin vaatimuksen tutkijan objektiivisuudesta tutkimusaiheeseen nähden. Vuoropuhelu omien subjektiivisten käsitysten ja kokemusten sekä tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen ja aineiston kesken laajensivat tietämystä asioiden taustoista ja johtamisen ongelmista. Muutosten syyt ja seuraukset ja tämän päivän johtamisen jännitteet on nähtävissä pitkän historiallisen kehityksen seurauksena. Profioiden asema oli vahva linjaorganisaatiossa ja se on

vahva myös nykyisessä tulosjohdetussa sairaalaorganisaatiossa. Profiessioiden alaprofessiot lisäävät edelleen jännitystä ja valtapyrkimyksiä.

Tulosjohtaminen on edelleen vallitseva johtamismalli sairaalaorganisaatioissa. Tulosjohtamisen alkuvuosina olleet johtosääntökiistat ovat edelleen todellisuutta. Terveysthuoltojärjestelmän rakenteellinen uudistaminen jatkuu ja visiot sairaanhoitopiirien määrän vähentämisestä ja palvelurakenteen uudistamisesta tuovat väistämättä eteen myös hallintosääntöjen uudistamisen. Teoreettisessa viitekehyksessä tarkasteltiin rakenteen merkitystä organisaation johtamisen näkökulmasta. Rakenne todettiin olevan tärkeä johtamisen väline, jolla mahdollistetaan yhteistyö ja otetaan kantaa valta- ja vastuusuhteisiin.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin sairaalaorganisaation johtamista ja erityisesti tarkasteltiin johtamista hoitotyössä. Hoitotyön johtajien asema liittyy hoitotyön profession pyrkimys nostaa muodollista asemaansa sairaalaorganisaatiossa. Hallintosääntövertailua hoitotyön muodollisesta asemasta sairaalaorganisaatiossa ei ole tehty. Tutkimukset ovat liittyneet tulosjohtamisjärjestelmän aiheuttamiin muutoksiin hoitotyön johtajien asemasta organisaatiossa. Hoitotyön johtamisen tutkimus on suuntautunut hoitotyön johtamisosaamiseen ja hoitotyön johtajien rooliin painottuen leadership -johtamisominaisuuksiin.

Hallintosääntövertailu osoitti, että tulosjohdetuissa sairaalaorganisaatioissa hoitotyön asema oli määritetty hyvin eritasoisesti. Hallintosääntövertailun yhtäläisyydet ja erot oli huomattavissa pelkästään poimimalla hallintosäännöistä lauseet hoitotyöstä ja hoitotyön johtajien ammattinimikkeistä. Tulosjohtamisen soveltaminen professionaaliseen sairaalaorganisaatioon oli nähtävissä hallintosäännöissä. Toisessa sairaanhoitopiirissä oli hallintosäännössä nähtävissä jaettu johtajuus kahden profession kesken. Toisessa sairaanhoitopiirissä oli hallintosäännössä nähtävissä pyrkimys puhdasoppisen yksilinjaisen tulosjohtamisjärjestelmään. Hallintosääntöjen ja hoitotyön johtajien käsityksiä johtamistehtävien vastuista tehty kysely toi uudelleen esiin profession aseman sairaalaorganisaatiossa ja johtamistehtävien vastuiden määrittämisen kirjavuuden. Pohdintaan nousi

vat seuraavat asiakokonaisuudet: ammattinimikkeet ja tulosjohtaminen, johtaminen horisontaalisella ja vertikaalisella tasolla ja perinteet johtamistyössä.

Tulosjohtamisjärjestelmän mukaisesti johtamisesta vastaavat määrääjäksi nimetyt henkilöt. Sairaalaorganisaation ammattinimikkeet perustuvat professioiden senioriteetin mukaiseen ylenemiseen ja vanhaan ammattinimikkeistöön. Ylilääkäri -ammattinimike ei merkitse saamaa kuin tulosalue- tai tulosyksikköjohtaja, tulosjohtamisjärjestelmän mukaisesti vain yksi henkilö voi olla tulosaluejohtaja. Tulosyksikön johtaja voi joissain tapauksissa olla myös joku muu kuin ylilääkäri. Kollektiivinen määritelmä "johtoryhmä tai johto" johtamisen vastuusta kuvaa osaltaan rakenteen läpinäkyvyyden puuttumista sairaalaorganisaation johtamisessa.

Hoitotyön johtajien ylimmän, keski- ja lähijohdon ammattinimikkeistö on selkeä ja käsitykset suhteesta alaisiin olivat myös yksimieliset. Esimiesaseman määrittäminen oli kuitenkin epämääräistä ja kirjavaa kummassakin sairaanhoitopiirissä. Toisessa sairaanhoitopiirissä ylihoitajat mielsivät hallintoylihoitajan yksimielisesti lähimmäksi esimieheksen, näin varmaan olikin käytännön tasolla, mutta hallintosääntö ei kuitenkaan vahvistanut hallintoylihoitajaa ylihoitajien esimieheksi. Kysymykseen tuleekin olemassa olevien käsitysten ja entisen linjaorganisaation mukainen asetelma ja toisaalta mielletäänkö tiettyjen tehtävien delegoinnit (kuten vuosilomat, virkavapaudet) esimiestehtäväksi vai vain päätöksen delegoinniksi, varsinaisen esimiestehtävän kuitenkin muodollisesti säilyessä varsinaisella esimiehellä. Sama kysymys tulee esiin myös suhteessa tulosalueen hoitohenkilökuntaan, jos päätökset on rajattu tiettyihin työsopimusehtoihin liittyviin kokonaisuuksiin ja muodolliseen päätöksentekoon.

Horisontaalisen ja verikaalisen tason vertailu ositti tulosalueen ja -yksikön tasolla vastuullisten toimijoiden useuden. Vastuiden määrittämisen yhteydessä yhä useammat hoitotyön johtamistehtävät oli kuvattu sekä osastonhoitajan että ylihoitajan vastuulle. Osaltaan tämä voi johtua tehtävien jakoon liittyvänä muutoksena ja aikaisempien tulevaisuus skenaarioiden nykyisenä todellisuuden kuvauksena. Kysymykseen tuleekin ajatus, jonka mukaan vastuu hoitotyön johtamistehtävistä on siirtymisestä jaettuun joh-

tajuuteen, missä ylihoitajat edustavat leadership -painotteista johtamista ja osastonhoitajat asioiden ja tehtävien johtamista ja vastuun kantoa toiminnan tuloksesta.

Hoitotyön johtamistehtävien työajanseurannan havainnointi toi oman mielenkiintoisen näkökulman ylihoitajien työhön. Tarkastelu näkökulma oli erityisesti Sosiaali- ja terveysministeriön informaatio-ohjauksen esiintymisessä hoitotyön johtamistehtävissä. Tarkasteltavat kokonaisuudet olivat täydennyskoulutusvelvoite ja terveydenhuollon henkilöstön osaaminen, näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen, laadunhallinta ja palvelujen laatu sekä palveluverkostojen kehittäminen. Mitkään näistä tekijöitä eivät tulleet merkittävästi esiin kevään 2003 työajanseurannan havainnointitutkimuksen aikana. Toisaalta em. tekijät ovat toisiinsa nähden päällekkäisiä. Täydennyskoulutus, henkilöstön osaaminen ja näyttöön perustuva hoitotyö ovat toisiinsa kiinteästi liittyviä ja niiden erottaminen toisistaan voi olla vaikeaa päivittäisessä toiminnassa. Kysymys lieneekin näiden asioiden koordinoinnista yhteiseksi koulutus- ja kehittämissuunnitelmaksi.

Koulutusjärjestelmän kirjavuus alueellinen koulutus, täydennyskoulutus, tulosalueiden ja -yksiköiden oma koulutus ja niihin panostaminen eivät välttämättä lisää koulutuksen vaikuttavuutta. Oman lisänsä tuo näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen ja laadun parantamishankkeet. Kaikkien tavoite on hoitotyön kehittäminen mutta panostukset jokaiseen erikseen eivät välttämättä tuota tulosta. Missä määrin em. tehtävät ovat toisiinsa nähden päällekkäisiä? Kokonaisuuden hallinta ja kehittämisen koordinointi ei tässä yhteydessä näytä esiintyvän kovinkaan systemaattisena toimintana. Kehittämistehtävät on edelleen hajautettu määräraikaisesti erikseen nimetyille vastuuhenkilöille, jolloin tehtävä ei enää jatku määrärajan päätyttyä. Ylihoitajien työtehtävissä korostetaan koordinointia. Koordinoinnin mittaaminen työajanseurannan havainnointitutkimuksessa on kuitenkin vaikeaa. Ylihoitajien työajan havainnoissa ei koulutukseen osoitettu työaika näyttäisi osoittavan koulutuksen koordinointia ja kehittämistehtävän hallintaa.

Sairaalaorganisaatioilta edellytetään tuloksellisuutta ja kustannusten hallintaa. Aikaisempien tutkimusten mukaan johtamisosaaminen koettiin heikoimmaksi taloushallinnossa. Työajanseurannan havainnointitutkimuksen tulosten mukaan ylihoitajat eivät käyttäneet työaika tilastojen ja toimintalukujen seurantaan. Henkilöstökustannusten

seuraaminen ei liioin tullut esiin tutkimuksen tuloksissa. Henkilöstökustannukset ovat suurin yksittäinen kustannusryhmä sairaalaorganisaatiossa. Entisessä linjaorganisaatiossa taloushallinto kuten henkilöstöhallintokin oli keskitetty erilliselle linja-esimiesorganisaatiolle. Tulosjohtamisen myötä taloudellinen ja tuotannollinen vastuu siirtyi tuulosalueille ja -yksiköille. Mahdollisesti taloushallinnon rooli on edelleenkin säilynyt johtamisjärjestelmän muutoksesta huolimatta perinteisessä linjaorganisaation mukaisessa toimintayksikössä.

Henkilöstötoimintojen esiintyminen oli oma kokonaisuutensa. Ylihoitajat näkevät itsensä muutoksen johtajina, toiminnan mahdollistajina, tukijoina ja mentoreina. Ylihoitajien käynnejä eli näkyvyyttä yksiköissä havainnoitiin erikseen. Ominaista ylihoitajan osallistumisessa yksiköiden toimintaan oli osallistuminen yksikköjen kokouksiin. Samoin ylihoitajien keskinäinen yhteistyö ja vuorovaikutus toteutuivat enimmäkseen yhteisissä kokouksissa. Ylihoitajan toimintaa tältä osin voidaan pitää muodollisena osallistumisena yksikön henkilöstö tukemisessa. Sairaanhoidopiirien välillä oli eroja ylihoitajien käynneissä yksiköissä.

Johtopäätöksenä hoitotyön johtajien asemasta ja johtamistehtävistä sairaalaorganisaatiossa voidaan todeta, että hoitotyön johtamisen uudistaminen ei tämän tutkimuksen tulosten mukaan ole edistynyt. Hoitotyön johtajien asema on edelleen epäselvä eivätkä hoitotyön johtajat tunnista muodollista asemaansa organisaatiossa. Johtaminen on edelleen linjaorganisaation ja professioiden perinteiden mukaista. Hoitotyön kehittämislinjaus asiantuntijajohtajuuteen ei liioin näytä edistyneen. Asiantuntijajohtajuudessa painotetaan koulutusta ja kehittämistä, jotka eivät kuitenkaan tule esiin työajan havainnointitutkimuksessa. Asiantuntijuus ja kehittäminen ovat siirtymässä erikseen nimetyille määräaikaisille toimijoille. Osastonhoitajat vastaavat yhä suuremmassa osin yksiköiden toiminnan kokonaisuudesta.

Johtaminen hoitotyössä tarvitsee edelleen selkiyttämistä sekä muodollisen aseman että eri professioiden välillä. Näkökulma johtamisessa tulisi olla terveystalouden johtaminen eikä professiokohtaisessa asiantuntijuudessa. Hoitotyön johtamistehtävien priori-

sointi edellyttää ylihoitajilta systemaattista oman työn keskeisten tehtävien määrittämistä osana terveyspalvelujen tuottamista.

LÄHDELUETTELO

Abernethy, Margaret & Johannes Stoelwinder (1990). The Relationship between Organisation Structure and Management Control in Hospitals: An Elaboration and Test of Mintzberg's Professional Bureaucracy Model. *Accounting, Auditing & Accountability Journal* 3: 3, 18–33.

Asikainen, Rauno (1990). Tulosjohtamisen I aallon tarkoitus, kuvaus ja etenemisprosessi. Teoksessa: Luova tulosjohtaminen julkishallinnossa, 52–75. Toim. Rauno Asikainen & Jouko Nissinen. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Atmarow, Gabrielle, Adam Brown, Jane Pinder & Edward Renvoize (1998). Education health educators: a survey of hospital staff completing certificate in health education course. *Health Manpower Management* 24: 6, 209–211.

Banaszak-Holl, Jane, Whitney Berta, Dilys Bowman, Joel Baum & Will Mitchell (2002). The Rice of Human Service Chains: Antecedents to Acquisitions and Their Effects on the Quality of Care in US Nursing Homes. *Managerial & Decision Economics* 23: 4/5, 261–282.

Bassett, Glenn & Adrian Carr (1996). Role Sets and Organization Structure. *Leadership & Organization Development Journal* 17: 4, 37–45.

Beaumont, Phil (1992). The US Human Resource Management Literature: A Review. Teoksessa: *Human Resource Strategies*, 20–37. Toim. Graeme Salaman, Sheila Cameron, Heather Hamblin, Paul Iles, Christopher Mabey & Kenneth Thompson. London: Sage.

Block, Mary & Linda Manning (2007). A systemic approach to developing frontline leaders in healthcare. *Leadership in Health Services* 20: 2, 85–96.

- Bolman, Lee & Terrence Deal (1991). *Reframing Organizations: Artistry, Choice, and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Brody, Ralph (1993). *Effectively Managing Human Service Organizations*. Newbury Park: Sage Publications Inc.
- Buerhaus, Peter, Joyce Clifford, Mary Fay, Judith Miller, Eileen Spring, & Gail Weissmann (1996). Executive Nurse Leadership: The Harvard Nursing Research Institute's Conference Summary. *Journal of Nursing Administration* 26: 3, 21–29.
- Buerhaus, Peter (1999). Is a Nursing Shortage on the Way? *Nursing Management* 30: 2, 54–55.
- Buerhaus, Peter (2003). Is The Current Shortage Of Hospital Nurses Ending? *Health Affairs* 22: 6, 191–198.
- Cannon, Sharon (2007). Making Research Come Alive at the Bedside. *Nursing Management* 38:10, 16–17.
- Carroll, Stephen & William Taylor (1968). A Study of Validity of a Self-observational Central-signaling Method of Work Sampling. *Personnel Psychology* 21, 359–364.
- Cavén, Outi (1999). *Sujutusta ja pyöritystä: Tutkimus byrokratian merkityksestä sosi-aali- ja terveydenhuollon asiakastyössä*. Turku: Painosalama Oy.
- Claessens, Brigitte, Wendelien van Eerde, Christel Rutte, & Robert Roe (2005). A Review of Time Management Literature. *Personnel Review* 36: 2, 255–276.
- Covaleski, Mark & Mark Dirsmith (1981). MBO and Goal Directedness in a Hospital. *Academy of Management Review* 6: 3, 409–418.

- Davenport Elisabeth (2000). Clinical Guidelines and Translation of Texts into Care: Overcoming Professional Conflicts Concerning Evidence-based Practice. *Journal of Documentation* 56: 5, 505–519.
- De Groot, Holly (2005). Evidence-Based Leadership: Nursing's New Mandate. *Nurse Leader* 3: 2, 37–41.
- Devilbiss, J.L. & Phyllis Self (1978). Work Analysis by Random Sampling. *Bullet of the Medical Library Association* 66: 1, 19–23.
- Drucker, Peter (1999). *The Practice of Management*. Oxford: Butterworth-Heineman.
- Drucker, Peter (2000). *Johtamisen haasteet*. Juva: WSOY.
- Drucker, Peter (2002). They're Not Employees, They're People. *Harvard Business Review* 80: 2, 70–77.
- Edwards, Patricia & Linda Roemer (1996). Are Nurse Managers Ready for Current Challenges of Healthcare? *Journal of Nursing Administration* 26: 9, 11–17.
- Eriksson, Katie, Tina Nordman & Inger Myllymäki (2000). *Trojjan hevonen: Evidenssiin perustuva hoitaminen ja hoitotyö hoitotieteellisestä näkökulmasta*. Helsinki: Biomedicum Helsinki -säätiö.
- Etzioni, Amitai (1964). *Modern organizations*. Prentice-Hall: Engelwood Cliffs (NJ).
- Etzioni, Amitai (1970). *Nykyajan organisaatiot*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Gazell, James (2000). Drucker on Effective public management. *Journal of Management History* 6: 1, 48–62.

- Gröönroos, Eija & Marja-Leena Perälä (2004). Johtamistutkimus terveydenhuollossa - kirjallisuuskatsaus. Stakes aiheita 22. Helsinki: Stakes monistamo.
- Guo, Kristina & Dawn Anderson (2005). The New Health Care Pradigm: Roles and competencies of leaders in the service line management approach. *Leadership in Health Services* 18: 4, 12–20.
- Hand, Herbert & Thomas Hollingsworth (1975). Tailoring MBO to Hospitals. *Business Horizons* 18: 1, 45–52.
- Hannus, Jouko (1993). Prosessijohtaminen: Ydinprosessien uudistaminen ja yrityksen suorituskyky. Espoo: HM & V Research.
- Harjula, Heikki (2003). Hallintolaki: Yleiskirje 23/80/2003. Kuntaliitto.
- Harjula, Heikki & Kari Pränttälä (2000). Kuntalaki: Tausta ja tulkinnat. Helsinki: Kauppakaari.
- Harmon, Michael & Richard T. Mayer (1986). *Organization Theory for Public Administration*. Glenview: Scott, Foresman and Company.
- Hasenfeld, Yeheskel toim. (1992). *Human Service Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Hatch, Mary Jo (1997). *Organization Theory: Modern, Symbolic and Postmodern Perspectives*. New York: Oxford UP.
- HE 72/2002. Hallituksen esitys Eduskunnalle hallintolaiksi ja laiksi hallintolainkäyttölain muuttamisesta.
- HE 77/2004. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.

- Heffron, Florence (1989). *Organization Theory and Public Organizations: The Political Connection*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Hennessy, Deborah & Carolyn Hicks (2003). The Ideal Attributes of Nurses in Europe: A Delphi Study. *Journal of Advanced Nursing* 43: 5, 441–448.
- Hersey, Paul & Kenneth Blanchard (1990). *Tilannejohtaminen: Tuloksiin ihmisten avulla*. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Hewison, Alistair & Maggie Griffiths (2004). Leadership Development in Health Care: A Word of Caution. *Journal of Health Organization and Management* 18: 6, 464–473.
- Hill, Sandra & Des McNulty (1998). Overcoming cultural barriers to change. *Health Manpower Management* 24: 1, 6–12.
- Hollman, Robert & David Tansik (1992). A Life Cycle Approach to Management by Objectives. *Academy of Management Review* 2: 4, 678–683.
- Honkanen, Henry (1989). *Organisaation ja työyhteisön kehittäminen*. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Hopkins, David (1979). Improving MBO Through Synergistics. *Public Personnel Management* 8: 3, 163–169.
- Huuskonen, Juha, Niko Ijäs & Olavi Lehtoranta (2002). *Julkisten palveluiden laadunarviointi: Arviointikehikko ja näkökulma*. Saarijärvi: Gummerus Oy.
- Jasper, Melanie (2006). Editorial: Making Managers and Leaders of Nursing. *Journal of Nursing Management* 14: 5, 329–331.

- Jones, Robert & Chuck Ryan (2002). Matching Process Choice and Uncertainty: Modeling quality management. *Business Process Management Journal* 8: 2, 161–168.
- Juuti, Pauli (1989). Organisaatiokäyttäytyminen: Johtamisen ja organisaation toiminnan perusteet. Aavaranta-sarja n:o 18. Helsinki: Otava.
- Järvinen, Pekka (2001). Onnistu esimiehenä. Helsinki: WSOY.
- Kane, Bob & John Crawford (1999). Barriers to effective HRM. *International Journal of Manpower* 20: 8, 494–515.
- Kangas, Riitta (1999). Hoitotyön johtaminen muutoksessa. Teoksessa: Hoitotyötä johtamaan, 92–107. Toim. Riitta Simoila, Riitta Kangas & Jouko Ranta. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Kauhanen, Juhani (1997). Henkilöstövoimavarojen johtaminen. Helsinki: WSOY.
- Kirjavainen, Paula & Ritva Laakso-Manninen (2000). Strategisen osaamisen johtaminen: Yrityksen tieto ja osaaminen kilpailuedun lähteeksi. Helsinki: Edita.
- Kiviniemi, Markku (1989). Julkiset palvelut ja organisaatorakenteet. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Kokko, Simo (1998). Jäävuori-ilmiö terveydenhuollossa. *Yhteiskuntapolitiikka* 63: 5-6, 432–444.
- Koontz, Harold (1977). Making MBO Effective. *California Management Review* 20:1, 5–13.
- Kotter, John (1997). Muutos vaatii johtajuutta. Helsinki: Rastor.

- Kourteli, Liana (2000). Scanning the Business Environment: Some Conceptual Issues. *Benchmarking: An International Journal* 7: 5, 406–413.
- Laamanen, Ritva (1994). Kuntien toimintastrategiat ja päätöksenteko: Tutkimus kuntien strategisesta käyttäytymisestä valtionosuusuudistuksen jälkeen. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1994: 8*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Laaksonen, Hannele (2003). Henkilöstötoiminnot työyhteisön voimistamisen välineinä? *Hallinnon tutkimus* 1, 55–67.
- Lammintakanen, Johanna, Tuula Kivinen & Juha Kinnunen (2008). Human Resource Development in Nursing: Views of Nurse Managers and Nursing Staff. *Journal of Nursing Management* 16: 5, 556–564.
- Lehto, Juhani (1999). Saumaton palveluketju mosaiikkimaisessa järjestelmässä. Teok- sessa: *Hyvinvointivaltion palveluketjut*, 33–48. Toim. Susanna Nouko-Juvonen, Pekka Ruotsalainen & Irma Kiikkala. Helsinki: Tammi.
- Lehto, Juhani (2003). Terveysthuoltopoliittikkaa uusilla säännöillä. *Sosiaalilääketie- teen aikakauslehti* 40, 237–244.
- Lehto, Sakari T. (2001). *Onnellako? Entä nyt? Suomalaisen johtamisen haasteita*. Saa- rijärvi: Gummerus Oy.
- Lorenzon, Margarethe, Sirkka Sinkkonen, Anne Lichtenberg, Anna Birna Jensdottir, Gundrun Hamran, Britt Johansson & Lena Engfeldt (2001). Knowledge and skill requirements for nurse leaders in the primary health care services in Nordic Countries. Oslo: Oslon yliopisto.
- Lumijärvi, Ismo & Sari Salo (1996). *Valtionhallinnon tulosohtausjärjestelmä parla- mentaarisen ohjauksen ja valvonnan näkökulmasta*. Vaasa: Vaasan yliopisto.

- Lumijärvi, Olli-Pekka, Satu Kiiskinen & Tuija Särkilahti (1995). Toimintolaskenta käytännössä: Toimintolaskenta johtamisen apuvälineenä. Espoo: Weilin + Göös.
- Macneil, Christina (2001). The supervisor as a facilitator of informal learning in work teams. *Journal of Workplace Learning* 13: 6, 246–253.
- Mathena, Katherine (2002). Nursing Manager Leadership Skills. *Journal of Nursing Administration* 32: 3, 136–142.
- Merasto, Merja (2005). Tehyläisen esimiehen rooli. Teoksessa: Terveysthuollon esimiehen opas kuntasektorilla työskenteleville, 8–10. Toim. Lauri Kuosmanen. *Tehyn julkaisusarja F: 3/2005*. Helsinki: Multiprint Oy.
- Millward, Lynne & Karen Bryan (2005). Clinical Leadership in Health Care: A Position Statement. *Leadership in Health Services* 18: 2, 13–25.
- Mintzberg, Henry (1989). *Mintzberg on Management: Inside Our Strange World of Organizations*. New York: Free Press.
- Montrose, Gary & Kenneth Marcoux (1991). Management by Information: A New Imperative. *Computers in Healthcare. ABI/ INFORM Global* 12, 49–54.
- Mäkelä, Tapio (1994). *Tulosjohdettu sairaala: Tulosjohtaminen ja tulosjohtamiskoulutus Tampereen yliopistollisessa sairaalassa*. Tampereen yliopisto, hallintotiede A, Tutkimuksia 6. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Määttä, Seppo & Petri Virtanen (2000). Tietoa, osaamista, hallinnollisia rakenteita ja asiakaslähtöisyyttä? Aineeton pääoma julkisella sektorilla. *Hallinnon tutkimus* 2, 130–148.
- Määttä, Seppo & Timo Ojala (2000). *Tasapainoisen onnistumisen haaste: Johtaminen julkisella sektorilla ja balanced scorecard*. Helsinki: Edita.

- Narinen, Arja (2000). Terveysthuollon osastonhoitajien työn sisältö tällä hetkellä ja tulevaisuudessa: Tutkimus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osastonhoitajien sekä ylihoitajien mielipiteistä. Helsinki: Helsingin yliopiston verkkopalvelut.
- Nikkilä, Juhani (1992). Hallintotyön ympäristö: Kohti tuloksellista ja palvelevaa hallintoa. Helsinki: VAPK-kustannus.
- Nissinen, Jouko (1989). Tulosajattelusta allokontiin: Henkilökohtainen ohje- ja harjoituskirja. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Nissinen, Jouko (1990). Tulosjohtamisen menestystarina 80 -luvulla ja sen kehitysaallot uudella vuosikymmenellä. Teoksessa: Luova tulosjohtaminen julkishallinnossa, 41–51. Toim. Rauno Asikainen & Jouko Nissinen. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Nojonen, Kaija (1999). Tehokas toiminta hyvän laadun takeena. Teoksessa: Hoitotyötä johtamaan, 124–137. Toim. Riitta Simoila, Riitta Kangas & Jouko Ranta. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Nylander, Jouko & Kari Nenonen (1999). Tilastot ja rekisterit ohjauksen välineenä. Teoksessa: Stakes sosiaali- ja terveysalan informaatio-ohjaajana: Kokemuksia ja kehitysnäkymiä, 35–42. Toim. Hannu Uusitalo. Helsinki: Stakes.
- Oshagbemi, Titus (1995). Management development and managers' use of their time. *Journal of Management Development* 14: 8, 19–34.
- Oulasvirta, Lasse, Jukka Ohtonen & Jari Stenvall (2002). Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus: Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2002: 19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

- Outinen, Maarit & Marjukka Mäkelä (1999). Laatumyösmentely ja hyvät käytännöt. Teoksessa: Stakes sosiaali- ja terveystalan informaatio-ohjaajana: Kokemuksia ja kehitysnäkymiä, 30–35. Toim. Hannu Uusitalo. Helsinki: Stakes.
- Outinen, Maarit, Matti Liukko, Tiina Mäki & Satu Siikander (2001). Laatu kannattaa - mikä kannattaa laatutyötä? Selvitys laadunhallinnasta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Aiheita 8/2001. Helsinki: Stakes.
- Palm, Aarno & Eero Voutilainen (1977). Henkilöstöhallinto. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Passl, Wolfgang (1993). Can management by objectives and total quality management be reconciled? *Total Quality Management* 4: 2, 135–141.
- Pekola-Sjöblom, Marianne (2000). Kuntaliitoista kuntayhtymiin: Tutkimus kuntayhtymien kehityspiirteistä, organisaatiosta ja kuntayhtymäjohtajien näkemyksistä. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Perälä, Marja-Leena toim. (1997). Hoitotyön suunta: Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Pokki, Hilikka, Merja Merasto & Mika Hämäläinen (1997). Hoitohenkilökunnan asema ja johtaminen. Sarja C: Muistioita 1/1997. Tehy ry.
- Pokki, Hilikka (1998). Vastuullinen vakanssi: Kysely ylihoitajille ja johtaville hoitajille. Tehyn julkaisusarja B: Selvityksiä 8. Tehy ry.
- Ragin, Charles C. (1987). *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*. Berkley: University of California Press.
- Rogers, Robert & John Hunter (1992). A Foundation of Good Management Practice in Government: Management by Objectives. *Public Administration Review* 52: 1, 27–39.

- Ruohotie, Pekka & Juhani Honka (1999). Palkitseva ja kannustava johtaminen. Helsinki: Edita.
- Salminen Ari (1995). Hallintotiede: Organisaatioiden hallinnolliset perusteet. Helsinki: Painatuskeskus.
- Salminen, Ari (1999). Vertailevan metodin tutkimuksellinen perusta? Johdatusta hallintotieteellisen vertailun metodologiaan. Tutkimuksia 223. Hallintotiede 25. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Salminen, Ari (2004). Julkisen toiminnan johtaminen: Hallintotieteen perusteet. Helsinki: Edita.
- Sarala, Urpo & Anneli Sarala (1996). Oppiva organisaatio: Oppimisen laadun ja tuottavuuden yhdistäminen. Tampere: Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus.
- Sassi, Marjut (2005). Terveystieteiden esimiehen valta, vastuu ja tehtävät. Teoksessa: Terveystieteiden esimiehen opas kuntasektorilla työskenteleville, 6–8. Toim. Lauri Kuosmanen. Tehyn julkaisusarja S 3/2005. Tehy ry.
- Schein, Edgar (1987). Organisaatiokulttuuri ja sen johtaminen. Espoo: Weilin+Göös.
- Seppälä, Anja (1994). Näkökulma hoitotyön johtamiseen. Teoksessa: Hoitotyön vuosikirja 1995: Vastaako yhteiskunta haasteisiin?, 39–45. Toim. Helvi Willman, Seija Halme, Irma Kiiikkala & Tuire Parviainen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Shand, David (1994). Performance Management in Government: Performance Measurement and Result-oriented Management. Pariisi: OECD.
- Sheenan, Cathy (2005). A model for HRM strategic integration. Personnel Review 34: 2, 192–209.

- Sherman, Rose (2007). Leadership development needs of manager who supervise foreign nurses. *Leadership in Health Services* 20: 1, 7–15.
- Simms, Lillian, Sylvia Price & Susan Pfoutz (1985). Nurse Executives: Functions and Priorities. *Nursing Economics* 3, 238–244.
- Sinkkonen, Sirkka (1994). Hoitotyön johtaminen muuttuvassa ympäristössä. Teoksessa: *Muutos ja johtajuus: Näkökulmia terveydenhuollon murrokseen*, 190–200. Toim. Sirpa Salo & Seppo Leisti. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Sinkkonen, Sirkka (2000). Näyttöön perustuvan hoitotyön haasteet ylihoitajille. *Ylihoitajalehti* 28: 5, 4–14.
- Sinkkonen, Sirkka & Helena Taskinen (2002). Johtamisosaamisen vaatimukset ja taso perusterveydenhuollon hoitotyön johtajilla. *Hoitotiede* 14: 3, 129–141.
- Sorvettula, Maija (1992). Hoitotyön johtamisen lähtökohtia. Teoksessa: *Hoitotyön johtamisen näkökulma*, 9–30. Toim. Anneli Jalas, Riitta Kangas, Irina Karpov, Maija Kohopää, Leena Koponen & Karin Långstedt. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Stanley, David (2006). Role Conflict: Leaders or Managers. *Nursing management* 13: 5, 31–35.
- Stark, Philip (2004). SticiGui. Saatavissa 17.1.2004 ja 22.9.2009
<http://.stat.berkeley.edu/users/stark/SticiGui/Text/index.htm>.
- STM (1993). *Terveyttä kaikille vuoteen 2000: Uudistettu yhteistyöohjelma. Raportteja 1993:2*. Helsinki: Painatuskeskus.

- STM (1996). Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa: Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. Helsinki: Stakes.
- STM (1998a) Terveydenhuollon kehittämisprojektin arviointiraportti 1: Asiakkaan asema terveydenhuollossa. Helsinki: Stakes.
- STM (1998b) Terveydenhuollon kehittämisprojektin arviointiraportti 2: Terveydenhuollon toimivuus. Helsinki: Stakes.
- STM (2001). Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Helsinki: Edita Oyj.
- STM (2002). Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työryhmämuistioita 2002:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2003a). Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä: Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Julkaisuja 2003:18. Helsinki: Edita Prima Oy.
- STM (2003b). Veto-ohjelma (2003–2007). Valtakunnallinen toimenpideohjelma työssäoloajan jatkamisesta, työssä jaksamisesta ja kuntoutuksesta. Monisteita 2003:7.
- STM (2004). Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. Helsinki: Edita Prima Oy.
- STM, Stakes & Suomen Kuntaliitto (1999). Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000 -luvulle. Jyväskylä: Gummerus.
- Strömmer, Riitta (1999). Henkilöstöjohtaminen. Helsinki: Edita.

- Ståhlberg, Krister (1992). *Professiokratia ja hallinto*. Teoksessa: Ihminen, hyvinvointi-valtio, valta ja osallisuus, 8–24. Toim. Riitta Haverinen & Maisa Maaniittu. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Raportteja 79. Helsinki: VAPK -kustannus.
- Suomen Kuntaliitto & Valtiovarainministeriö (1998). *Julkisten palvelujen laatustrategia*. Helsinki: Edita.
- Suutari, Vesa (1996). *Comparative Studies on Leadership Beliefs and Behavior of European Managers*. Acta Wasaensia No. 50. Business Administration 19. Management and Organisation. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Sydänmaalakka, Pentti (2000). *Älykäs organisaatio: Tiedon, osaamisen ja suorituksen johtaminen*. Helsinki: Kauppakaari Oyj.
- Syväjärvi, Antti & Jari Stenvall (2003). *Henkilöstövoimavarat työntekijöiden organisaatiotoiminnan arvioinnin ja johtamisen näkökulmasta*. Hallinnon tutkimus 4, 338–351.
- Sädevirta, Jukka (2004). *Henkilöstöjohtamisen ja sen tutkimuksen kehittyminen: Henkilöstöhallinnollisesta johtamisesta ihmisvoimavarojen johtamiseen*. Tykes raportteja 35. Helsinki: Työministeriö.
- Tarter, John & Wayne Hoy (1998). *Toward a Contingency Theory of Decision Making*. Journal of Educational Administration 36: 3, 212–228.
- Takala, Tuomo (1999). *Liikkeenjohdon kehityshistoria*. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Temmes, Markku (1991). *Julkinen johtaminen*. Helsinki: VAPK-kustannus.
- Temmes, Markku, Markku Kiviniemi & Pauliina Peltonen (2001). *Hallinto uudistuu, uudistuuko johtaminen? Johtamisen kehittämisen arviointiraportti*. Tutkimukset ja selvitykset 4/2001. Helsinki: Valtiovarainministeriö.

- Tiusanen, Olavi (2001). Uudistava ja uudistuva johtaminen esimiestyössä. Helian julkaisusarja A:4. Helsinki: Edita.
- Toni de A. & S. Tonchia (1996). Lean organization, management by process and performance measurement. *International Journal of Operations & Production Management* 16: 2, 221–236.
- Truss, Catherine (1999). Soft and Hard Models of Human Resource Management. Teoksessa: *Strategic Human Resource Management: Corporate Rhetoric and Human Reality*, 40–58. Toim. Lynda Gratton, Veronica Hailey, Philip Stiles & Catharine Truss. Oxford: Oxford UP.
- Tuomi, Ville (2000). Prosessipohjaisen laatujohtamisen soveltuminen julkiseen hallintoon. *Hallinnon tutkimus* 3, 244–261.
- Työministeriö (1995). Terveystieteiden alan ammatteja. Työministeriö/ Tietopalvelu- ja ammattitietoyksikkö.
- Uusitalo, Hannu & Terhi Lönnfors (1999). Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Teoksessa: *Stakes sosiaali- ja terveystieteiden informaatio-ohjaajana: Kokemuksia ja kehitysnäkymiä*, 5–6. Toim. Hannu Uusitalo. Helsinki: Stakes.
- Vartola, Juha (1977). Organisaation ohjausjärjestelmä julkisessa hallinnossa. Espoo: Weilin+Göös.
- Vartola, Juha (2005). Näkökulmia byrokraatiaan. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Viitanen, Elina & Anne Konu (2006). Jaettu johtajuus sosiaali- ja terveydenhuollossa? Teoksessa: *Terveystieteiden tutkimuksen päivät 2006: Yksilö vai rakenteet*, 51–53. Toim. Eija Hiltunen. Stakesin työpapereita 26. Helsinki: Valopaino Oy.

- Viitanen, Elina, Lauri Kokkinen, Anne Konu, Outi Simonen, Juha Virtanen & Juhani Lehto (2007). Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Kunnallissalan kehittämissäätiö.
- WHO (1988). Strenghtening Ministeries of Health for Primary Health Care. Geneva, Swirzerland: WHO.
- Wright, Stephen (2007). Developing Nursing: The Contribution to Quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 20: 1, 53–60.
- Vuorela, Terho (1993). Toiminnan arvioinnin tutkimusotteiden kehitys. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Vuori, Jari (1995). Kenen terveydenhuolto? Julkinen ja yksityinen vertailussa. Vaasa: Ankkurikustannus Oy.
- Åsted-Kurki, Päivi (1992). Terveys, hyvin vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. *Acta Universitas Tamperensis A*: 349. Tampere: Tampereen yliopisto.

LIITE 2. Taustatietolomake 3.

Tärkeimmäksi kokemani johtamisen alueet		Arvio tärkeydestä					Arvio omasta osaamisesta					Useus					Vastuu
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Vastuu toiminnasta/ virkanimike kenelle määritetty
Strategisen johtamisen prosessi																	
shp strategia																	
1.1	Organisaation sidosryhmien odotukset ja päämäärät (kunnat, valtuusto, hallitus)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1.2	Toimintaympäristön sisältämät mahdollisuudet ja uhat (valtion, kuntien talous, lainsäädäntö)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1.3	Organisaation omat, sisäiset vahvuudet ja heikkoudet (henkilöstörakenne, taloudelliset voimavarat)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1.4	Strateginen suunnitelma ja toiminnan suunnittelu	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Toimialueen/ tulosalueen toiminnan suunnittelu ja seuranta																	
2.1	Toimintasuunnitelman ja –tavoitteiden laatiminen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
2.2	Kustannuslaskenta	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
2.3	Uusien tilojen/ saneerausten suunnittelu	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
2.4	Suoritteiden ja tavoitteiden toteutuminen (tilastot, rekisterit ja vertailutieto)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
2.5	Taloushallinto/ Toimintakulujen ja budjetin toteutuma seuranta	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
2.6	Toimialueiden/ tulosalueiden kokoukset	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Vastuualueen / tulosityksikön toiminnan suunnittelu ja seuranta																	
3.1	Toimintasuunnitelman ja –tavoitteiden laatiminen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
3.2	Kustannuslaskenta	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
3.3	Uusien tilojen/ saneerausten suunnittelu	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
3.4	Suoritteiden ja tavoitteiden toteutuminen (tilastot, rekisterit ja vertailutieto)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
3.5	Taloushallinto/ Toimintakulujen ja budjetin toteutuma seuranta	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
3.6	Vastuualueiden/ tulosityksiköiden kokoukset	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Henkilöstötoiminnot																	
4.1	Henkilöstösuunnitelma (henkilöstötarve, toimenkuvat, työn analyysi ja työn kehittäminen, työnkierto, vastuut) ja henkilöstölininpäätös	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
4.2	Henkilöstökulujen seuranta	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
4.3	Henkilöstön hankinta Työnhakijoiden haastattelu ja valinta	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
4.4	Työsopimusten solmiminen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
4.5	Perehdyttäminen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
4.6	Työaika, työvuorolistat	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	

4.7	Virkaehtosopimus tulkinta ja selvittely	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
4.8	Työn vaativuuden arviointi	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
4.9	Työntekijöiden palkat, palkkaneuvottelut	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	

		Arvio tärkeydestä					Arvio omasta osaamisesta					Useus					Vastuu		
		1=ei tärkeä 2=jokseenkin tärkeä 3=melko tärkeä 4=hyvin tärkeä 5=erittäin tärkeä					1=en tiedä mitään 2=tiedän jonkin verran 3=tiedän melko paljon 4=tiedän hyvin paljon 5=tiedän erittäin paljon						1=kerran vuodessa 2=kerran ½ vuodessa 3=kerran kk:ssa 4=kerran vko: ssa 5=päivittäin						Vastuu toiminnasta/ virkanimike kenelle määritetty
4.10	Työkykyä ylläpitävä toiminta	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
4.11	Henkilöstön vaihtuvuus (eläkkeet, henkilöstön vähentäminen, työsuhteen irtisanominen ja purku)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
4.12	Henkilöarviointi (tulospalkitus- ja kehityskeskustelut, henkilökohtaiset urasuunnitelmat ja osaamisrekisteri)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
4.13	Henkilöstövoimavarojen ohjaus (henkilöstön tarve, määrä, laatu, uudelleen järjestely ja organisointi)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
Koulutus ja kehittäminen																			
5.1	Laajat koko shp käsittävät projektit ja kehittämistehtävät	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
5.2	Toimialueen, tulosalueen projektit ja kehittämistehtävät	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
5.3	Vastuualueiden / tulosyksiköiden projektit ja kehittämistehtävät	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
5.4	Näyttöön perustuvan hoitoyön kehittäminen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
5.5	Palvelukokonaisuuksien ja verkostojen kehittäminen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
5.6	Terveyttä edistävä hoitoympäristö	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
5.7	Täydennyskoulutus	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
5.8	Alueellinen koulutus	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
5.9	Yksiköiden koulutussuunnitelmat ja totutus	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
5.10	Tietojärjestelmien kehittäminen hoitotyössä (vaikuttavuuden, laadun ja kustannusten hallinnan apuvälineinä)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
5.11	Omien johtamistaidollisten valmiuksien ja substanssiosaaminen kehittäminen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
Standardien määrittely ja laadun parantaminen																			
6.1	Laadun parantamisohjelmien kehittäminen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
6.2	Standardien käyttö tulosten ja laadun arvioinnissa (asiakaspalautteet)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
Sisäinen ja ulkoinen viestintä																			
7.1	Sisäinen tiedottaminen (kirjalliset ja suulliset tiedotteet ja toimeksiannot)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
7.2	Suora viestintä lähimmän esimiehen, alaisen kanssa, tiedotustilaisuudet	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
7.3	Välitetty viestintä (kiertokirjeet, kirjalliset tiedotteet)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
7.4	Ulkoinen tiedottaminen (yhteydet paikallisiin ja valtakunnallisiin tiedotusvälineisiin)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
7.5	Sähköinen viestintä	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
7.6	Viestintä puhelimitse	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			

		Arvio tärkeydestä					Arvio omasta osaamisesta					Useus					Vastuu
Yhteistyö tulosalueen, -yksiköiden ja sidosryhmien kanssa		1=ei tärkeä	2=jokseenkin tärkeä	3=melko tärkeä	4=hyvin tärkeä	5=erittäin tärkeä	1=en tiedä mitään	2=tiedän jonkin verran	3=tiedän melko paljon	4=tiedän hyvin paljon	5=tiedän erittäin paljon	1=kerran vuodessa	2=kerran ½ vuodessa	3=kerran kk:ssa	4=kerran vko:ssa	5=päivittäin	Vastuu toiminnasta/ virkanimike kenelle määrätty
8.1	Toiminnan koordinointi ja yhteistyö lähimpien alaisten kanssa (käynnit yksiköissä, osastokokoukset)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
8.2	Toiminta vastuualueiden ja -yksiköiden moniammatillisissa työryhmissä	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
8.3	Yhteistyö toimi-/ tulosalueiden moniammatillisissa työryhmissä	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
8.4	Yhteistyö ja neuvottelut oman ammattiryhmän kanssa (hoitotyön kokoukset)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
8.5	Yhteistyö ammattijärjestöjen ja luottamusmiesten kanssa	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
8.6	Yhteistyö oppilaitosten ja yliopistojen kanssa	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
8.7	Yhteistyö terveyskeskusten ja muiden sosiaali- ja terveysalan toimijoiden kanssa	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
8.8	Yhteistyö kolmannen sektorin toimijoiden (potilasjärjestöjen) kanssa	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
8.9	Sairaanhoidopiirien välinen yhteistyö	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
8.10	Yhteistyö Kelan, Työvoimatoimiston ja muiden viranomaisorganisaatioiden kanssa	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
8.11	Yhteistyö valtion ja kuntien kanssa	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
8.12	Yhteistyö yksityissektorin toimijoiden kanssa (liikeyritykset, lääke, tavarantoimittajat)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Johtamisalueet, jotka puuttuivat luettelosta																	

LIITE 3. Työajanseurantalomake.

Työajanseurantalomake		shp	shp	
Nimi		Päivä ___/___/2003		
		Työaika ___:___ - ___:___,		
Toiminnan kohdentaminen toimialaa/alueeseen Tulosalueeseen/-yksikköön	Kirjaa 15 min välein toimintakoodi. Mikäli sopivaa toimintakoodia ei löytynyt luettelosta kirjaa mitä tehtävää olit tekemässä (esim. henk.koht. käynti työterveyshuollossa) HUOM: JOS TOIMINTAAN SISÄLTYY KONFLIKTIEN/ RISTIRIITOJEN KÄSITTELYÄ MERKITSE : KOODI / konfliktien selvittely	Toiminnan prioriteettitaso A= toiminta oli tärkeä ja kiireellinen B= toiminta oli tärkeä mutta olisi voitu tehdä muuna aikana C= toiminta oli vähemmän tärkeä mutta jonkin verran merkityksellinen D= toiminta ei ollut tarpeellinen eikä kuulunut tehtäviini		
Klo	Toimiala/tulosyksikkö	Toiminta Koodi / työtehtävä	Keskeytykset Kpl/ 15 min	Toiminnan prioriteettitaso
7:00				A B C D
7:15				A B C D
7:30				A B C D
7:45				A B C D
8:00				A B C D
8:15				A B C D
8:30				A B C D
8:45				A B C D
9:00				A B C D
9:15				A B C D
9:30				A B C D
9:45				A B C D
10:00				A B C D
10:15				A B C D
10:30				A B C D
10:45				A B C D
11:00				A B C D
11:15				A B C D
11:30				A B C D
11:45				A B C D
12:00				A B C D
12:15				A B C D
12:30				A B C D
12:45				A B C D
13:00				A B C D
13:15				A B C D
13:30				A B C D
13:45				A B C D
14:00				A B C D
14:15				A B C D
14:30				A B C D
14:45				A B C D
15:00				A B C D
15:15				A B C D
15:30				A B C D
15:45				A B C D
16:00				A B C D
16:15				A B C D
16:30				A B C D
17:00				A B C D
Työpäivän arviointi ympyröi parhaiten päivää kuvaava vaihtoehto kiireinen – melko kiireinen – normaali – melko rauhallinen - rauhallinen				

LIITE 4. Hallintosääntövertailu.

Sairaanhoitopiirien A ja B hallintosäännöissä esiintyneet hoitotyön johtamista ja ylihoitajien asemaa koskevat lauseet.

Vuosi 2003	Sairaanhoitopiiri A	Sairaanhoitopiiri B
Voimassa olleet säännöt	Hallintosääntö Virkasääntö Luottamushenkilöiden palkkio- sääntö Käyttö- ym. rahastojen säännöt	Hallintosääntö Virkasääntö Tarkastussääntö Luottamushenkilöiden palkkio- sääntö
Hallintosäännön mukainen ylihoitajien asema ja vas- tuut	Hallintoylihoitaja osallistuu sairaa- nhoitotoiminnan johtamiseen ja vastaa siinä tehtävässä erityisesti hoitotyön kehittämistä (Hall.24§) Lääketieteellisen tulosityksikön joh- toryhmässä tulee olla hoitotyön edustus (Hall 27§) Lääketieteellisen tulosalueen johto- ryhmässä on oltava hoitotyön edustus (Hall 30§) Hallitus päättää ... ylihoitajan va- linnasta. Tulosityksikköjohtaja päättää myös työsopimussuhteisen työntekijän ottamisesta. Sairaanhoitokunnan tulosityksikön hoitohenkilökunnan osalta päätös on tehtävä asianomai- sen ylihoitajan esittelyn pohjalta. Esittelyyn on sisällyttävä myös päätoekehdotus. (Hall 42§) Ylihoitajan ratkaisuvallasta henkilö- töasioissa: -sijaisten ottaminen -vuosilomat -virkavapaudet ja työloimat lisä-, yli-, lauantai- ja sunnuntaityö- hön ja varallaoloon (Hall 44§) Tehtävien delegointi on määritetty tulos/ toiminta-alueiden johtajille Hall 28.10.96 §212, sääntöuudistus .tmk 23.10.96 §4	Hallintoylihoitaja vastaa hoitotyöstä sekä sen tehokkaasta ja tulokselli- sista järjestämisestä. Hallintoyli- hoitaja raportoi johtajaylilääkärille. (Hall 18§) Toimialueiden johto: Hallitus ni- meää operatiivisen, konservatiivi- sen, psykiatrian ja lääkinnällisten palvelujen toimialueelle kullekin toimialueen ylihoitajan tehtäviin määrääjäksi yhden kyseisen toimi- alueen ylihoitajista. Hallitus voi myös nimetä hallintoylihoitajan toimimaan jonkin edellä mainitun toimialueen ylihoitajana (Hall 21§) Toimialueen ylihoitaja vastaa hoi- totyöstä sekä sen tehokkaasta ja tuloksellisesta järjestämisestä. Toi- mialueen ylihoitaja raportoi toimin- nan tuloksesta toimialueen johta- jalle ja hoitotyön sisällöstä hallinto- ylihoitajalle (Hall 22§) Vastuualueiden johto: Ylihoitaja vastaa hoitotyöstä sekä sen tehokkaasta ja tuloksellisesta järjestämisestä. Ylihoitaja raportoi toiminnan tuloksista vastuualueen johtajalle ja hoitotyön sisällöstä toimialueen ylihoitajalle. Toimialu- een johtaja päättää minkä vastuu- alueiden hoitotyöstä kukin ylihoi- taja vastaa (Hall 25§) Vastuuyksikön johto: Vastuuyksikön osastonhoitaja tai muu vastaava viranhaltija vastaa hoitotyöstä sekä sen tehokkaasta ja tuloksellisesta järjestämisestä. Osastonhoitaja raportoi hoitotyön sisällöstä ylihoitajalle (Hall 29). Tehtävien delegointi on määritetty toiminta/ vastuualueiden johtajille.

Lähteet: Sairaanhoitopiirien A ja B voimassaolevat hallintosäännöt vuodelta 2003.