

Sairaanhoitajaliitto: Sairaanhoitajille on luotava kattavat kliiniset erikoistumisvaihtoehdot ja valtakunnallisesti yhtenäiset erikoistumiskoulutukset on käynnistettävä

Sairaanhoitajaliitto ja allekirjoittaneet vaativat, että sairaanhoitajille luodaan kansallisesti määritellyt, yhtenäiset kliiniset erikoistumiskoulutusvaihtoehdot sekä laajoihin että niitä suppeampiin tärkeisiin erikoisosaamisalueisiin.

Tällä hetkellä saatavilla oleva erikoistumiskoulutustarjonta ei vastaa työelämän tarpeita. Tarjonta on vaihtelevaa ja monelle erikoisalalle ei ole tarjolla lainkaan koulutusta.

Vaikka moniammatillinen yhteistyö on tärkeää, kaikki erikoistumiskoulutus ei voi olla moniammatillista ja hoitotyön kliinisen syväosaamisen ulkopuolelle keskittyvää. Käytännön hoitotyön vaatimukset edellyttävät sairaanhoitajilta hoitotyön syväosaamista ja sen jatkuvaa kehittämistä, johon tarvitaan omia erikoistumiskoulutusvaihtoehtoja.

Suomessa sairaanhoitajat ovat tällä hetkellä kouluttautumismahdollisuuksien osalta hyvin eriarvoisessa asemassa, sillä koulutuksiin pääsy ja mahdollisuudet erikoistua ovat riippuvaisia työnantajasta. Eri työnantajat tukevat eri tavoin työntekijöitään olemassa oleviin erikoistumiskoulutuksiin ja muihin täydennys- tai lisäkoulutuksiin. Tästä syystä Sairaanhoitajaliiton ja allekirjoittaneiden mielestä erikoistumiskoulutusten tulee jatkossa olla valtion tukemia. Mielestämme on kohtuutonta edellyttää, että sairaanhoitaja joutuu itse maksamaan koulutuksesta, jota hän tarvitsee alati kehittyvän ja yhä vaativamman työnsä hoitamiseen ja oman asiantuntijuutensa vahvistamiseen.

Sairaanhoitajaliitto korostaa, että sairaanhoitajien jatkokoulutusmahdollisuuksien avulla turvataan hoitotyön laatu ja potilasturvallisuus. Jatkokoulutusmahdollisuudet tukevat myös työntekijän työssä jaksamista, työhön sitoutumista sekä hoitotyön ammatin veto- ja pitovoimaisuutta, kun sairaanhoitaja kokee saavansa lisävalmiuksia vaativan työnsä hoitamiseen.

Erikoistumiskoulutusten järjestäminen

- **Erikoistumiskoulutukset tulee suunnitella ja järjestää** väestön terveystarpeiden ja työelämän tarpeiden pohjalta. Erikoistumiskoulutuksilla tulee olla yhtenäiset, valtakunnalliset opetussuunnitelmat. Sairaanhoitajan erikoistumiskoulutusta tulisi seurata urapolku aina yamk- ja tohtoritutkintoihin asti, kuten nyt on suunniteltu palliatiivisen hoitotyön urapolulla. Tällä hetkellä erikoisosaaminen hankitaan pitkälti aikaa vievän työssäoppimisen kautta ja työnantajat kouluttavat itse jonkin verran erikoisosaajia, minkä johdosta kokemus ja koulutus eivät takaa yhtenäistä ja tunnustettua osaamista.
- **Erikoistumiskoulutuksen opettamisen laatu ja taso** tulee varmistaa. Tässä voidaan hyödyntää myös hoitotyön kliinisiä erikoisosaajia. Heillä on syväosaamista ja tietoa siitä, millaista osaamista kyseisellä erikoisalalla tarvitaan.
- **Erikoistumiskoulutukseen tulee sisältyä** myös kliinistä harjoittelua, joka tulee mahdollistaa palkallisena. Harjoittelu voi tapahtua esimerkiksi työpaikkojen vaihtoina eri erikoisalojen välillä ja perustamalla erikoistumisvakansseja samoin kuin on toimittu lääkäreiden erikoistumisen mahdollistamiseksi.

- **Tarvittavien erikoisalojen määrittelyssä** tulee huomioida, kuinka laajoja tai suppeita määriteltyjen erikoisalojen on mielekäästä olla ja esimerkiksi sitä, kuinka laajoja kokonaisuuksia voidaan ottaa haltuun 30 opintopisteen puitteissa. Erikoisalakohteisesti tulee voida harkita, onko 30 opintopistettä sopiva laajuus vai vaaditaanko joidenkin erikoisalojen opinnoilta suurempaa opintopistemäärää.
- **Erikoistumiskoulutuksen järjestämistapaa** mietittäessä tulee pohtia hyvänä vaihtoehtona niin sanottua Ruotsin mallia. Siihen kuuluu 11 pysyvää erikoistumiskoulutusala ja niiden lisäksi yksi avoin malli, jossa yksittäinen yliopisto voi tarpeen mukaan tarjota edellisten lisäksi jonkin muun suppean erikoistumiskoulutuksen.
Yhtenä vaihtoehtona voisi olla myös mahdollisuus syventyä eri erikoisosaamisalueiden sisällä joillekin erikseen määritellyille suppeammille erikoisaloille.
- **Hoitotyön erikoisosaaminen tulee tunnistaa ja tunnustaa nykyistä paremmin.** Nykyisessä tilanteessa tutkintonimikkeen puuttumisen myötä puuttuvat myös tunnustettu pätevyys sekä työn vaativuutta ja koulutustasoa vastaava palkkaus, ja usein myös koulutusta vastaava toimi tai työnkuva. Myös potilailla on oikeus tietää, milloin heitä hoitavalla henkilöllä on sellaista erikoisosaamista, jota heidän hoitonsa edellyttää.
Hoitotyön vaativuus on lisääntynyt viimeisen kahden vuosikymmenen aikana merkittävästi lääketieteen ja hoitomenetelmien kehittyessä sekä hoitomahdollisuuksien laajentuessa. Osa sairaanhoitajista toimii nykyisin hoitajavastaanotoilla, joilla työ on itsenäistä. Sairaanhoitajilta vaaditaankin eri erikoisaloilla entistä spesifimpää ja itsenäisempää syväosaamista, jonka tulisi rakentua rinnakkain työkokemuksen ja yhtenäisen erikoistumiskoulutuksen kanssa.

Systemaattiset ja valtakunnallisesti yhtenäiset kliiniset urapolut sekä hoitotyön erikoisosaajien virallinen tunnustaminen ja rekisteröinti lisäisivät alan vetovoiman lisäksi työhön sitoutumista, osaamisen tasalaatuisuutta, toiminnan yhdenmukaisuutta, läpinäkyvyyttä, väestön luottamusta asiantuntijatoimintaan sekä ennen kaikkea potilasturvallisuutta.

3.5.2021

Nina Hahtela, puheenjohtaja, Sairaanhoitajaliitto

Kannanotossa ovat mukana:

Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus)

Astma- ja allergiahoitajat ry

Diabeteshoitajat ry

Hallintoylihoitaja ry

Hivpoint

Lastenneurologian hoitajat ry (Lane)

MET Alliance of Finland ry

Suomen Anestesiahoitajat ry

Suomen Endoproteesihoitajat ry

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry



Sairaanhoidajat

Suomen HIV/aids -sairaanhoidajayhdistys ry.
Suomen Hygieniahoidajat ry
Suomen korva-, nenä- ja kurkkutautien hoitajat ry
Suomen leikkausosaston sairaanhoidajat ry FORNA ry,
Suomen neurohoitajat ry (FANN)
Suomen Parkinsonhoitajat ry
Suomen Reumahoitajayhdistys ry
Suomen Syöpäsairaanhoidajat ry
Suomen Verisuonihoidajayhdistys ry
Terveystieteiden osastonjohtajat ry
Tutkimushoidajat Ry
Valtakunnallisen opiskelijaohjauksen (ValOpe) kehittämisverkosto
Suomen avannehoitajat ry
Suomen gastroenterologiahoitajat ry
Suomen Hematologiset hoitajat ry
Suomen kardiologiset hoitajat SKH ry
Suomen kivuntutkimusyhdistyksen hoitotyön toimikunta
Suomen Traumahoitajayhdistys
Suomen unihoitajaseura ry
Suomen urologiset hoitajat - URHOT r.y.





Sairaanhoidajaliiton raportti selvityksestä Kuka sairaanhoidajien asioista päättää?

1. Kyselyn tausta ja tarkoitus

Tällä selvityksellä haluttiin saada tietoa siitä, kuka sairaanhoitajien asioista päättää Suomessa. Määrällisen kyselyn tarkoituksena oli kuvata keskeisimpien henkilöstöhallinnollisten asioiden päätöksenteon tasoja sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Taustatietokysymyksiä kysyttiin työnantajatahoa, organisaation toimialaa, työpaikkaa, työtehtävää ja vastaajan oman esihenkilön johtamistehtävää. Kysymykset koskivat

- päätöksentekoportaitten lukumäärää vastaajan työorganisaatiossa, kun tehdään päätöksiä sairaanhoitajan asioista (esihenkilöstä ylimpään päättävään portaaseen)
- sitä, kuka päättää sairaanhoitajan työsuhteeseen, työelämään ja työyksikköön liittyvistä kyselyyn poimituista asioista
- vastaajan vaikutusvaltaa sairaanhoitajien asioihin silloin, kun ei itse ole kyseisen asian virallinen päätöksentekijä
- kokemusta siitä, onko vastaajan organisaatiossa turhia väliportaita päätöksenteossa
- kokemusta siitä, kuinka organisaatiossasi otetaan sairaanhoitajia mukaan heitä koskevaan päätöksenteon valmisteluun
- sitä, millä tasoilla vastaajan organisaatiossa on sairaanhoitajataustaisia johtajia päättämässä sairaanhoitajien asioista
- sitä, miten hyvin vastaajan mielestä hänen työorganisaatiossaan hoitotyön johtajat saavat sairaanhoitajien ja hoitotyön äänen kuuluviin ja mukaan sairaanhoitajia koskevaan päätöksentekoon
- vastaajan taloudellista vastuuta johtamistehtävässä
- vaikutusvallan ja vastuun tasapainoa vastaajan johtamistyössä

Lopuksi oli avoin kysymys: Haluatko sanoa vielä jotain sairaanhoitajien asioiden päätöksenteosta ja hoitotyön johtamisesta organisaatiossasi.

2. Selvityskyselyn toteutus ja analysointi

Selvityskysely toteutettiin määrällisenä webropol-kyselynä ajalla 18.12.-31.12.2021.

Kyselylinkkiä jaettiin Sairaanhoitajaliiton jäsenkirjeessä ja verkkosivulla sekä sosiaalisessa mediassa. Tulokset analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin.

3. Vastaajat ja taustatiedot

Kyselyyn vastasi kaikkiaan 73 hoitotyön esihenkilöä ja johtajaa.

Työntantajatahokseen vastaajista 47 % ilmoitti kuntaliiton, kuntayhtymän, sairaanhoitopiirin tai vastaavan. Kunnalla tai kaupungilla olit töissä 37 % vastaajista. Yksityinen työnantaja oli 11 %:lla vastaajista ja säätiö, järjestö tai yhdistys 6 %:lla vastaajista.

Vastaajista toimi erikoissairaanhoidossa 37 % ja perusterveydenhuollossa 22 %, sosiaalihuollossa 15 %, yhdistetyissä perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa 11 % sekä yhdistetyssä erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa 3 %. Vastaajista 7 % työskenteli muissa sosiaali- ja terveystaluuissa. Muu-kohdassa (4 %) oli mainittu ensihoito ja terveys- tai hyvinvointipalvelut.

Työpaikka vajaan neljänneksellä (23 %) oli yliopistosairaala, 16 %:lla hoiva- tai hoitokoti tai muut ikäihmisten asumispalvelut tai hoitolaitokset, 14 %:lla alue-, keskus- tai kaupunginsairaala, 11 % terveys- tai hyvinvointikeskus, 7 %:lla terveyskeskussairaala, 8 %:lla psykiatrinen sairaala- tai muu päihde- tai mielenterveyspalvelut, 10 %:lla kotihoito, kotisairaanhoido tai kotisairaala, 2 %:lla kehitysvammahuolto tai pelastuslaitos. Lisäksi 7 % vastaajien työpaikka oli muu yksityinen sosiaalihuoltopalvelu tai lastenkoti.

Vastaajista reilu puolet (52 %) oli osastonhoitajia tai vastaavia. Apulaisosastonhoitajia vastaajista oli 10 % ja ylihoitajia 11 %. Lisäksi vastaajista 8 % toimi tiimiesimiehenä. Johtavia hoitajia oli 5 %, hallinto- tai johtajaylihoitajia 3 % ja johtajia 3 % sekä muita 8 % (mm. ensihoitoesimies, kehityspäällikkö, vastaava ohjaaja).

Osastonhoitajaa vastaavia nimikkeitä oli eniten: yksikön johtaja, yksikön esimies, esimies, hoitotyön esimies, hoitotyön johtaja, palveluvastaava, palvelupäällikkö, palveluesimies, kotihoidon esimies ja kotihoidon ohjaaja. Ylihoitajaa vastaavana nimikkeenä oli mainittu palvelupäällikkö. Hallintoylihoitajien ja johtavien hoitajien lisäksi nimikkeiksi mainittiin myös johtavat ylihoitajat, johtajaylihoitajat, hoitotyön johtajat ja avohoidon johtajat. Lisäksi johtajanimikkeiden lisäksi mainittiin vastuualuejohtaja ja toiminnanjohtaja.

4. Vastaajien omat esihenkilöt

Vastaajien omana esihenkilönä oli hieman yli viidenneksellä (21 %) organisaation johtaja ja vajaan viidenneksellä (19 %) ylihoitaja. Johtava ylihoitaja tai johtava hoitaja oli esihenkilönä 10 %:lla, ylilääkäri 7 %:lla, johtava lääkäri 7 %:lla, johtava ylihoitaja tai johtava hoitaja 7 %:lla ja osastonhoitaja 8 %:lla vastaajista.

Johtajien, hallintoylihoitajien ja johtavien hoitajien esihenkilöinä (n=8) oli puolella vastaajista ylilääkäri tai johtava lääkäri tai organisaation hallitus ja puolella organisaation johtaja. Kahdeksasta ylihoitajasta kahdella oli esimiehenä johtava ylihoitaja tai johtava hoitaja, lopuilla organisaation johtaja tai toimialuejohtaja tai ylilääkäri. Johtajat olivat yhtä sosiaalityöntekijää lukuun ottamatta lääkäreitä.

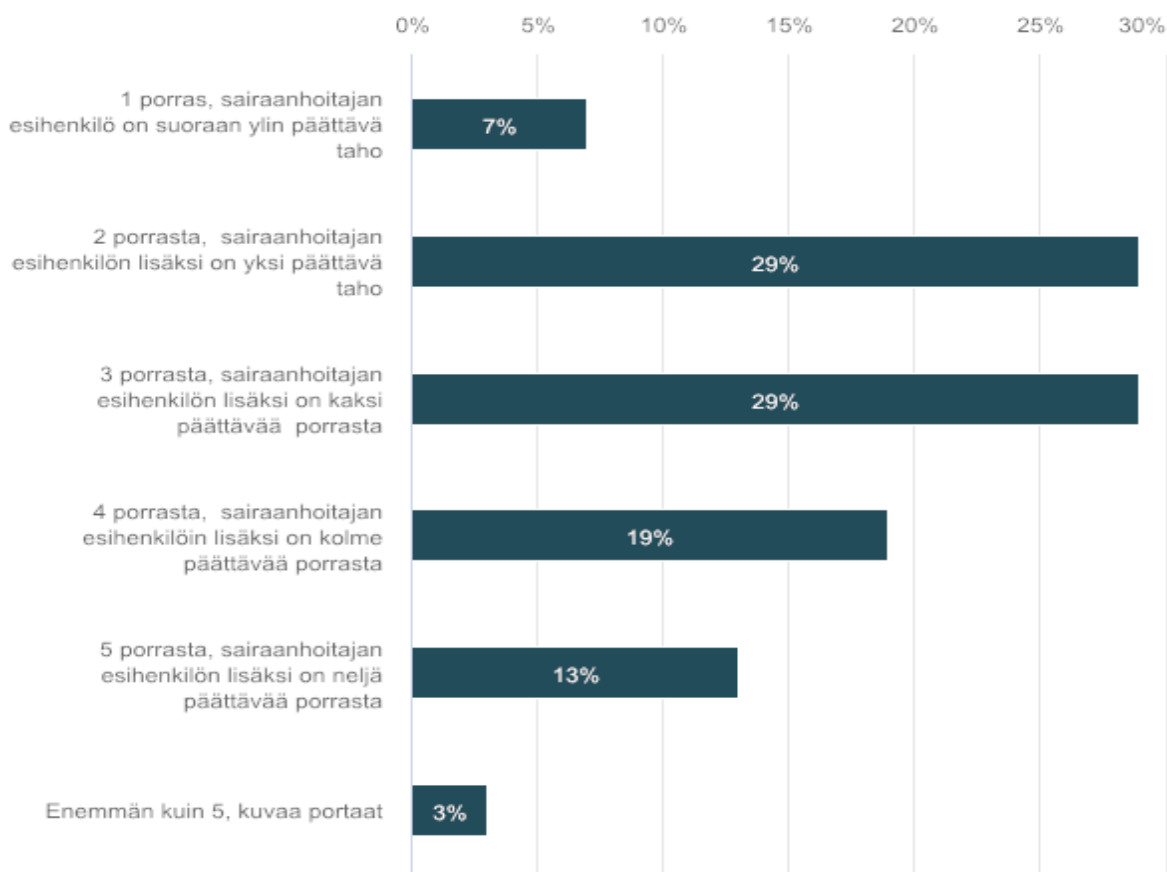
Osastonhoitajien (n=38) esihenkilö oli 40%:lla ylihoitaja, mutta 13 %:lla organisaation johtaja, 11 % johtava ylihoitaja tai johtava hoitaja, 11 %:lla toimialuejohtaja tai budjettivastuullisen alueen johtaja, 11 %:lla johtava lääkäri tai ylilääkäri. Muiksi (13 %) vastaajien esihenkilöiksi mainittiin mm. palvelujohtaja, koordinoiva hoitotyön esimies, tulosaluejohtaja sekä erilaisia päällikkönimikkeellä olevia esihenkilöitä. Seitsemästä apulaisosastonhoitajasta neljällä oli esihenkilönä osastonhoitaja ja kolmella organisaation johtaja, johtava lääkäri tai ylilääkäri.

Organisaation johtajien, toimialajohtajien tai vastaavien pohjakoulutuksiksi mainittiin terveystieteiden tohtori tai maisteri, hallintotieteiden maisteri, kaupallinen ja johtamiskoulutus, sosionomi, geronomi, sosiaaliohjaaja, ekonomi ja diplomi-insinööri ja hammaslääkäri.

5. Päätöksentekoportaiden lukumäärä sairaanhoitajan asioista päätettäessä

Sairaanhoitajien esihenkilöt eivät tee useinkaan päätöksiä, vaan sairaanhoitajien asioista päätöksen tekoa organisaatioissa tehdään monella tasolla ja useimmiten esihenkilön jälkeen on vielä 1–3 päättäjäportista (Kuvio 1).

Kuvio 1. Sairaanhoitajien asioista päättävien tahojen (päättöportaatt) lukumäärä hoitotyön esihenkilöiden ja johtajien työorganisaatioissa



Vain 7 % sairaanhoitajien esihenkilöistä oli suoraan päättävänä taho. Yli puolet vastaajista kuvasi päätöksenteon portaita olevan heidän organisaatioissaan 2–3. Lähes joka viides vastasi, että päätöksiä tehdään viidellä päätöksentekoportilla ja 3 % vastasi, että päätöksentekoportaita oli enemmän kuin viisi. Esimerkkinä yli viiden päätösportaatan päätöksen teosta esitettiin seuraava: osastonhoitaja- ylihoitaja-yliääkäri-palvelujohtaja-toimialuejohtaja-toimitusjohtaja tai hoitotyöhallinto, linjajohto, yhtymähallinto, tulosaluejohto, kuntayhtymän hallinto ja poliittiset

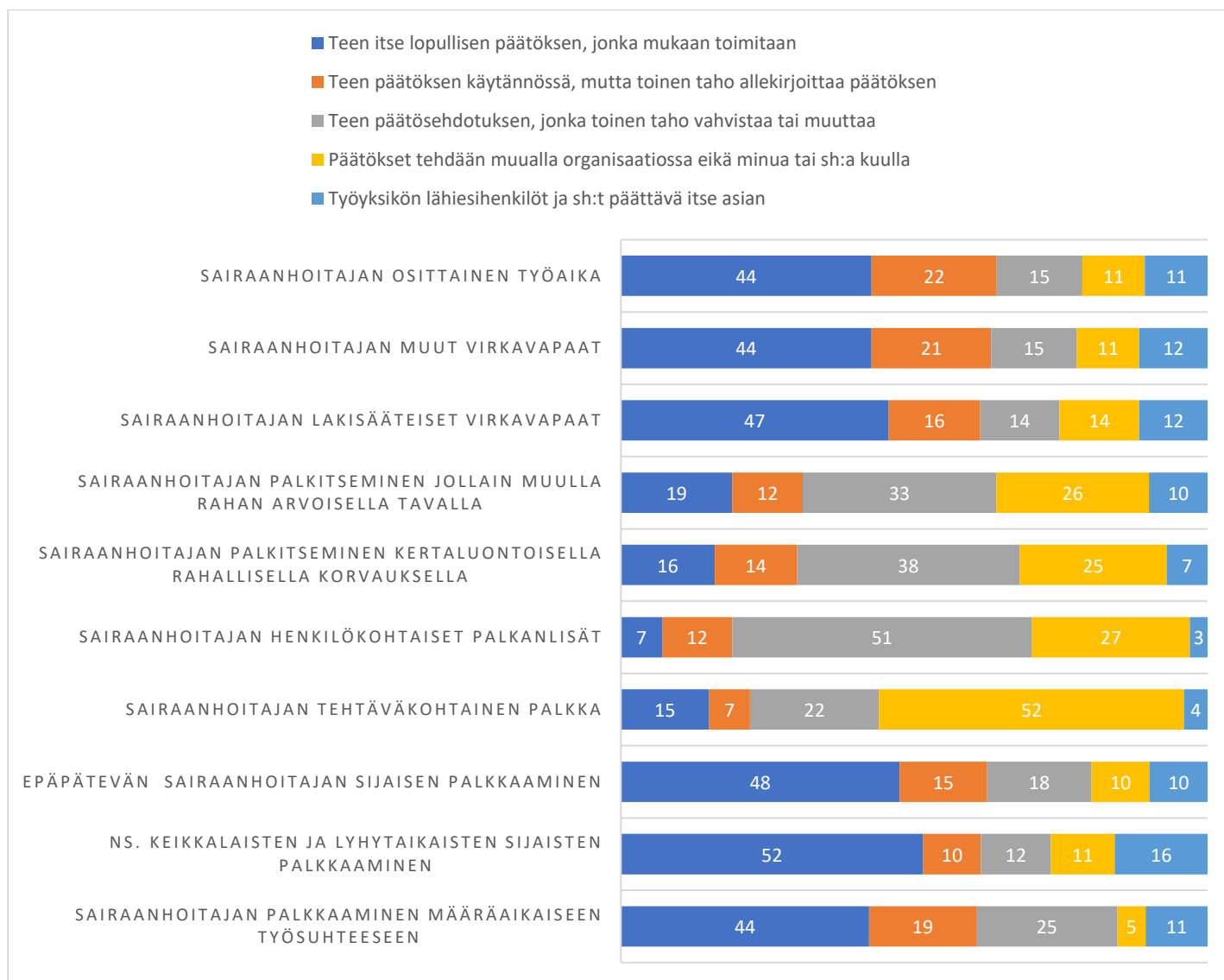
päätäjät. Kaikkia sairaanhoitajien asioita ei edes päätetä työorganisaatioissa, vaan päätökset tehdään kunnallisessa ja poliittisessa päätöksenteossa.

Vastaajien tehtävät eivät vaikuttaneet siihen, montako porrasta he arvioivat olevan päätöksen teossa.

6. Päätöksenteko sairaanhoitajan työsuhteeseen liittyvistä asioista

Vastaajat tekivät eniten itse päätöksiä lyhytaikaisten sijaisten ja määräaikaisten sairaanhoitajien ja sijaisten palkkaamisesta ja sairaanhoitajien lakisääteisistä ja muista virkavapaista sekä osittaisesta työajasta. Näissäkin päätökset teki itse 44–52 % vastaajista (Kuvio 2).

Kuvio 2. Sairaanhoitajien työsuhteeseen liittyvien päätösten teko (%) hoitotyön esihenkilöiden ja johtajien vastaamana (n=73).



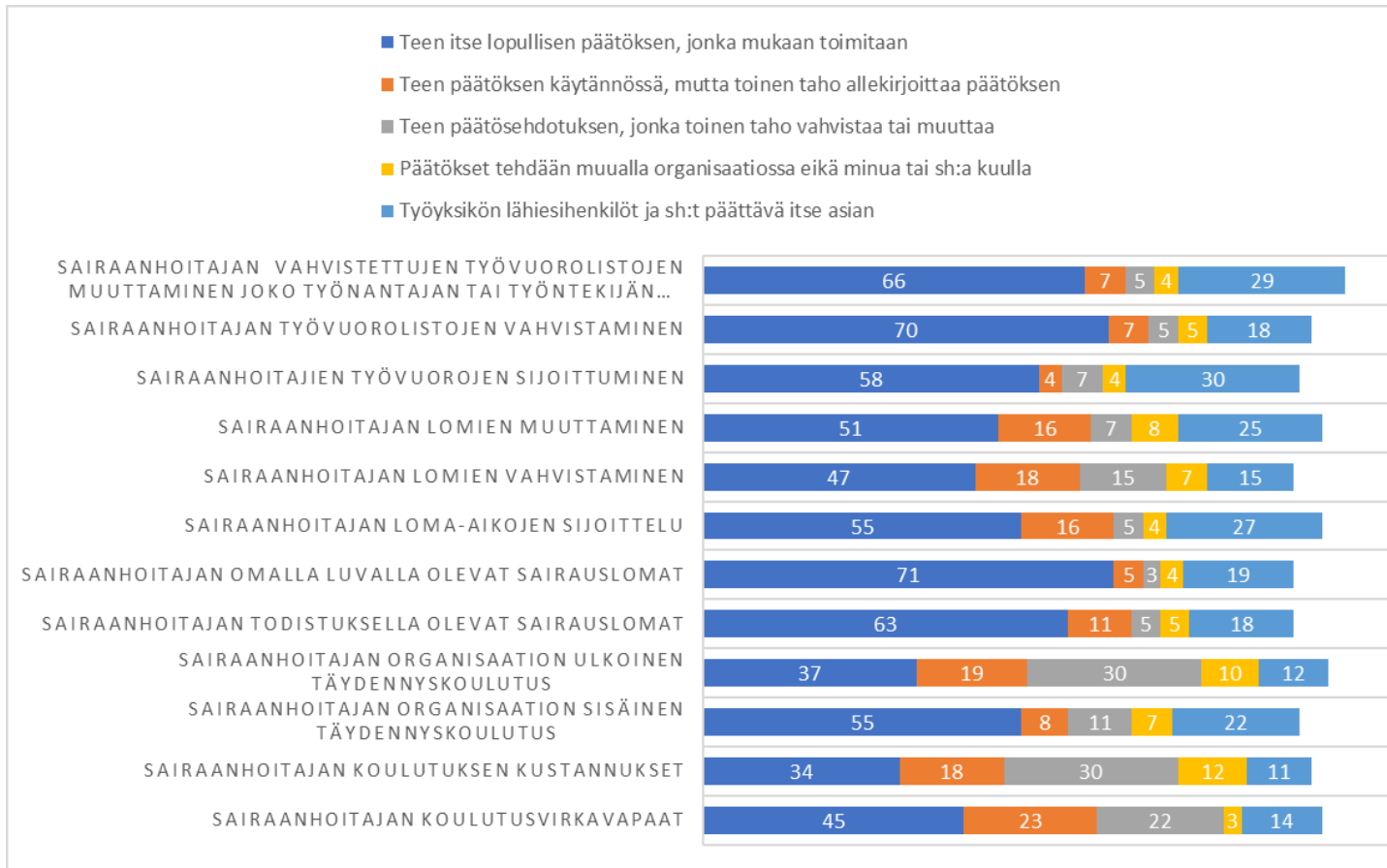
Kuvion 2 tuloksia tarkastellen voi päätellä, että päätöksistä suuri osa tehtiin jossain muualla kuin vastaajien itsensä tai lähiesihenkilöiden toimesta. Sairaanhoitajien henkilökohtaisista palkanlisistä ja palkitsemista päätettäessä tavallisinta oli käytäntö, että vastaaja teki päätösehdotuksen, mutta toinen taho vahvisti tai muutti sen. Sairaanhoitajan tehtäväkohtaisessa palkan päättämisessä päätökset tehtiin useimmiten muualla organisaatiossa vastaajia kuulematta. Myös noin joka neljännen vastaajan työorganisaatioissa palkitsemisia koskevat päätökset tehtiin vastaajia kuulematta. Keikkalaisista ja lyhytaikaisten sijaisten palkkaamisesta saivat päättää lähiesihenkilöt sairaanhoitajien kanssa 16 % vastaajan työorganisaatioissa.

Ylihoitajien, hallintoylihoitajien ja johtajien tai vastaavien kesken tarkasteltuna, he tekivät päätöksiä jonkin verran enemmän itse, mutta heistäkin suurin osa ei tehnyt itse päätöstä sairaanhoitajien tehtäväkohtaisesta palkasta, henkilökohtaisista palkanlisistä tai rahallisesta palkitsemisesta vaan päätöksen allekirjoitti joku muu. Heistäkin ei myöskään aina edes kuultu näistä asioista päätettäessä.

7. Päätöksenteko sairaanhoitajan työelämään liittyvistä asioista

Sairaanhoitajien työelämään liittyvissä asioissa vastaajat tekivät eniten itse päätöksiä sairauslomien ja työvuorolistojen suhteen. Kuten kuviosta 3 näkyy, näidenkin työelämään liittyvien asioiden kohdalla päättäjäkäytännöt vaihtelivat.

Kuvio 3. Sairaanhoitajien työelämään liittyvien päätösten teko (%) hoitotyön esihenkilöiden ja johtajien vastaamana (n=73).



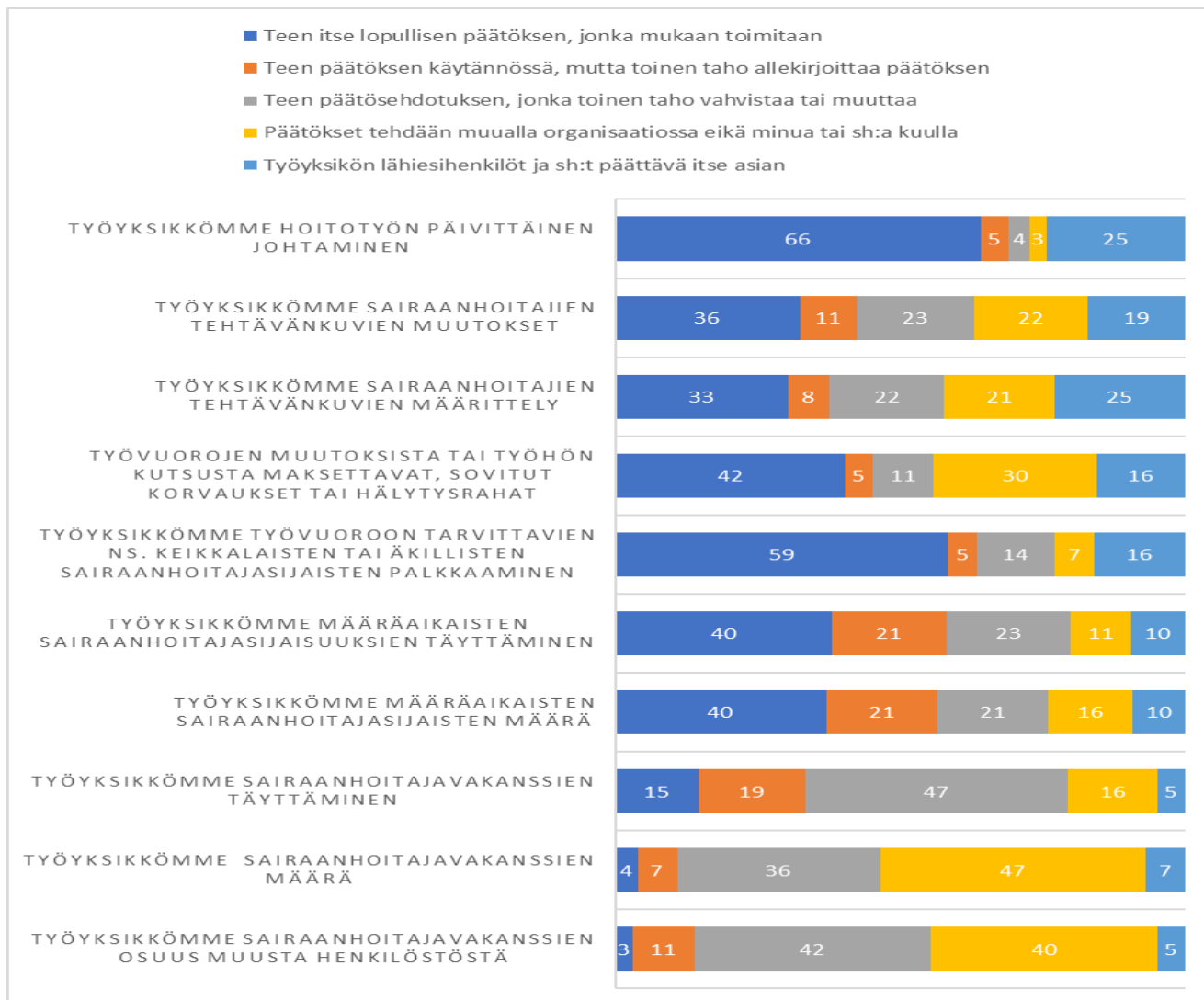
Työvuoroihin, sairauslomiin, lomiin ja koulutukseen liittyviä päätöksiä teki 11–30 % lähiesihenkilöistä sairaanhoitajien kanssa. Etenkin lomiin ja koulutuksiin liittyviä päätöksiä tehtiin kohtalaisen usein muualla ja 3–10 %:ssa siten, että vastaajia tai yksikön sairaanhoitajia ei edes kuulla.

Ylihoitajien, hallintoylihoitajien ja johtajien tai vastaavien kesken tarkasteltuna, he tekivät päätöksiä sairaanhoitajien työelämään liittyvistä asioista jonkin verran enemmän itse, mutta heistäkin muutamat lähettivät päätösehdotuksensa allekirjoitettavaksi tai päätösehdotuksensa vahvistettavaksi tai muutettavaksi asioissa, jotka koskivat omalla ilmoituksella olevia sairauslomia tai vuosiloma- ja koulutuspäätöksiä. Silloin kuin nämä organisaatioiden ylemmät hoitotyön johtajat eivät tehneet itse päätöksiä, mainitsivat he päätöksen tekijöiksi tai päätösluvan antajiksi esimerkiksi toiminnanjohtajan tai HR-ylihoitajan.

8. Päätöksenteko sairaanhoitajan työyksikköön liittyvistä asioista

Hoitotyön päivittäiseen johtamisen päätökset olivat suurimmaksi osaksi vastaajien tai lähiesihenkilöiden (sairaanhoitajien kanssa) vastuulla (Kuvio 4).

Kuvio 4. Sairaanhoitajien työyksikköön liittyvien päätösten teko (%) hoitotyön esihenkilöiden ja johtajien vastaamana (n=73).



Työyksikön päivittäisen johtamisen päätöksissä 12 % vastaajista ei tehnyt itse näitä päätöksiä, vaan lopulliset päätökset vahvistettiin tai tehtiin muualla. Vähiten vastaajat tekivät päätöksiä sairaanhoitajavakanssien määrästä tai sairaanhoitajien osuudesta henkilöstörakenteessa sekä vakanssien täyttämisestä. Näihin vastaajilla oli suurimmaksi osaksi ainoastaan mahdollisuus ehdottaa päätöstä tai sitten päätökset tehtiin jossain muualla kuulematta vastaajia tai sairaanhoitajia. Lähiesihenkilöillä oli myös vähiten päätösvaltaa näihin asioihin. Tehtävänkuvien muutoksissa ja määrittelyssä, sovituisissa hälytysrahapäätöksissä ja työvuorojen sairaanhoitajasijaispäätöksissäkin noin puolet vastanneista hoitotyön esihenkilöistä ja johtajista vastasi päätösten tehtävän jollain muulla taholla.

Muita päätöksentekotasoja nimettiin sairaanhoitajavakanssien osuudesta päättämiseen: johtava ylihoitaja, organisaation johtaja, kunnanhallitus, henkilöstöhallinto, henkilöstökeskus, soten johtoryhmä, sairaanhoitoalueen johtaja, linjajohtaja, johtoryhmä, toimialueen johto, tulosalueen hallinto, ylihoitaja, perusturvalautakunta, valtuusto, muutosjohtaja ja vanhuspalveluiden johtaja. Vastauksissa tuli myös ilmi, etteivät kaikki edes tiedä, kuka asiasta edes päättää.

Sairaanhoitajien tehtävänkuvien määrittelystä päättäviksi muiksi tahoiksi nimettiin apulaisosastonhoitajien ja osastonhoitajien lisäksi henkilöstökeskus, muutosjohtaja, vanhuspalveluiden johtaja, toimialuejohtaja, tulosaluejohtaja, toiminnan johtaja, ylilääkäri, linjajohtaja, johtaja ja hallitus. Tehtävänkuvista päätettiin myös yhteistoiminnallisesti.

Työvuorojen muutoksista tai työhön kutsusta maksettavista, sovituista korvauksista tai hälytysrahoista päättäviä muita tahoja olivat apulaisosastonhoitajien ja osastonhoitajien ja ylihoitajien lisäksi HR-henkilö, hallinnonylilääkäri, johtoryhmä, henkilöstöjaosto, johtoryhmä, kunnanvaltuusto, toiminnanjohtaja, linjajohtaja ja sote-johto. Vastaajat kuvasivat myös, että päätös korvauksista on tehty yhteistyöneuvottelussa ja HR-vastaavien ja johdon kanssa ja korvaukset maksetaan kriteerien mukaisesti. Maksuista tehdään kuitenkin muodollisia päätöksiä.

Määräaikaisten sairaanhoitajasijaisuuksien muiksi päättäjiksi nimettiin osastonhoitajien ja ylihoitajien lisäksi HR-ylihoitaja, resurssikeskus, muutosjohtaja, linjajohtaja, kuntoutuksen johtaja, liiketoimintajohtaja, johtaja, ylilääkäri, perusturvajohtaja, lastenkodinjohtaja ja toiminnanjohtaja. Työyksikön työvuoroon tarvittavien äkillisten sairaanhoitajasijaisten palkkaamisesta päättäviksi tahoiksi nimettiin apulaisosastonhoitajien, osastonhoitajien ja ylihoitajien lisäksi resurssikeskus, johtaja, vastaava ohjaaja ja ylilääkäri.

Vastaajien työyksiköiden sairaanhoitajavakanssien tai vastaavien tehtävien täyttämisestä vastaaviksi muiksi tahoiksi nimettiin osastonhoitajan, ylihoitajan ja johtavan ylihoitajan lisäksi kunnanhallitus, henkilöstöhallinto ja henkilöstöjaosto, vanhuspalveluiden johtoryhmä, kaupunginjohtaja (uudet vakanssit), kaupungin hallitus, sairaanhoitoalueen johtaja, muutosjohtaja, tulosalueen hallinto, kuntoutuksen johtaja, johtoryhmä, perusturvajohtaja, perusturvalautakunta, johtaja, johtava lääkäri, toiminnanjohtaja, linjajohtaja, palvelujohtaja, kunnanhallitus, lastenkotitoiminnan päällikkö, toimialuejohtaja

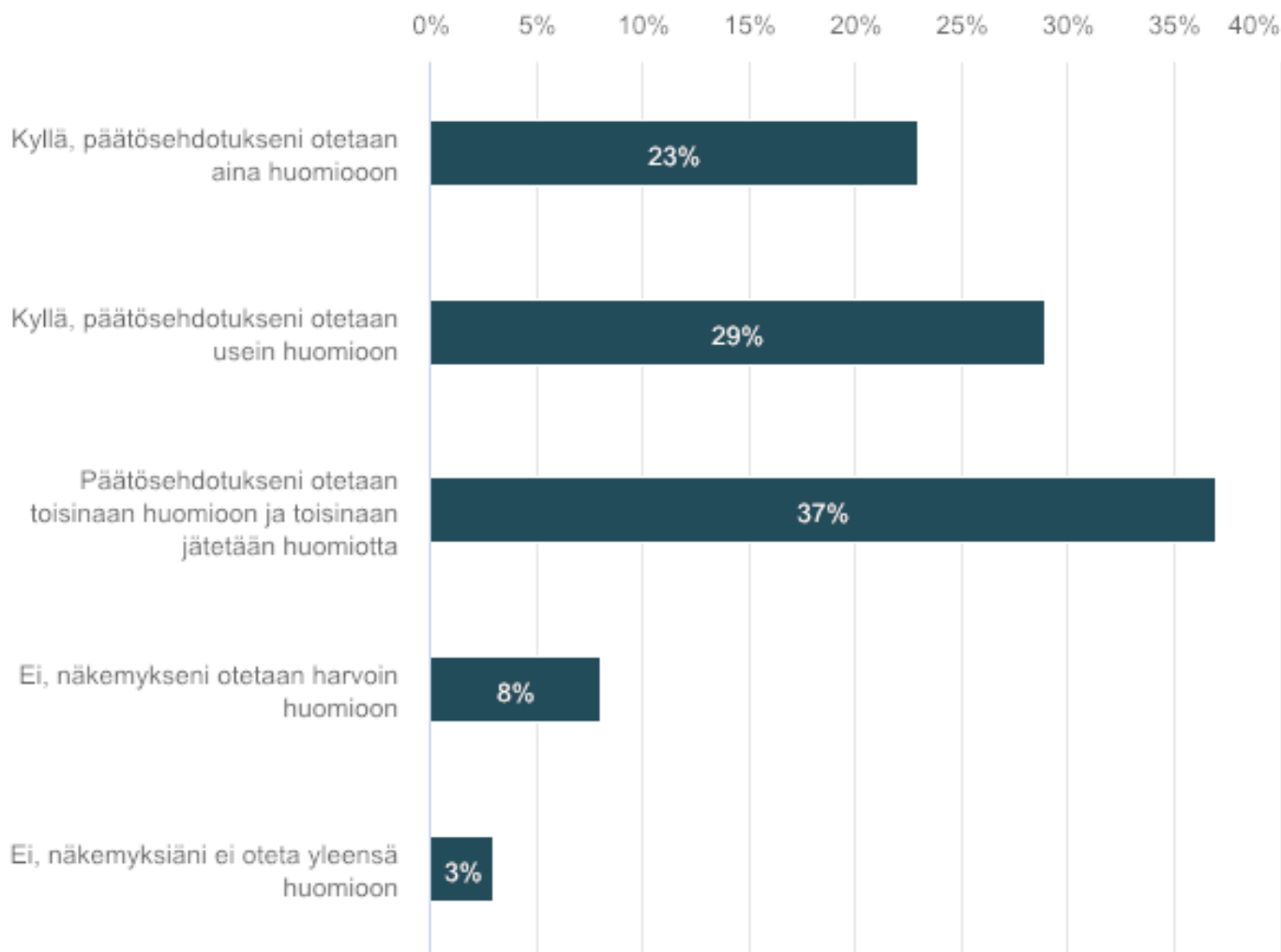
Työyksiköiden määräaikaisten sairaanhoitajasijaisten määrästä päättäviksi muiksi tahoiksi listattiin osastonhoitajan ja ylihoitajan lisäksi resurssikeskus, muutosjohtaja, johtoryhmä, johtaja, ylilääkäri, HR-johtaja ja lastenkodin johtaja.

Työyksikköjen sairaanhoitajien tehtävänkuvien muutoksista päättäviksi tahoiksi nimettiin apulaisosastonhoitajien, osastonhoitajien ja ylihoitajien lisäksi henkilöstökeskus, linjajohtaja, johtoryhmä, johtaja, toiminnanjohtaja, hallitus, lastenkotitoiminnan päällikkö

9. Hoitotyön esihenkilöiden ja johtajien vaikutusvalta sairaanhoitajien asioihin silloin, kun muu tekee virallisen päätöksen

Vastaajat kuvasivat omaa vaikutusvaltaansa päätöksiin, joissa he itse eivät ole virallisia päätöksentekijöitä (Kuvio 5).

Kuvio 5. Hoitotyön esihenkilöiden ja johtajien näkemysten huomiointi sairaanhoitajia koskevassa päätöksenteossa.

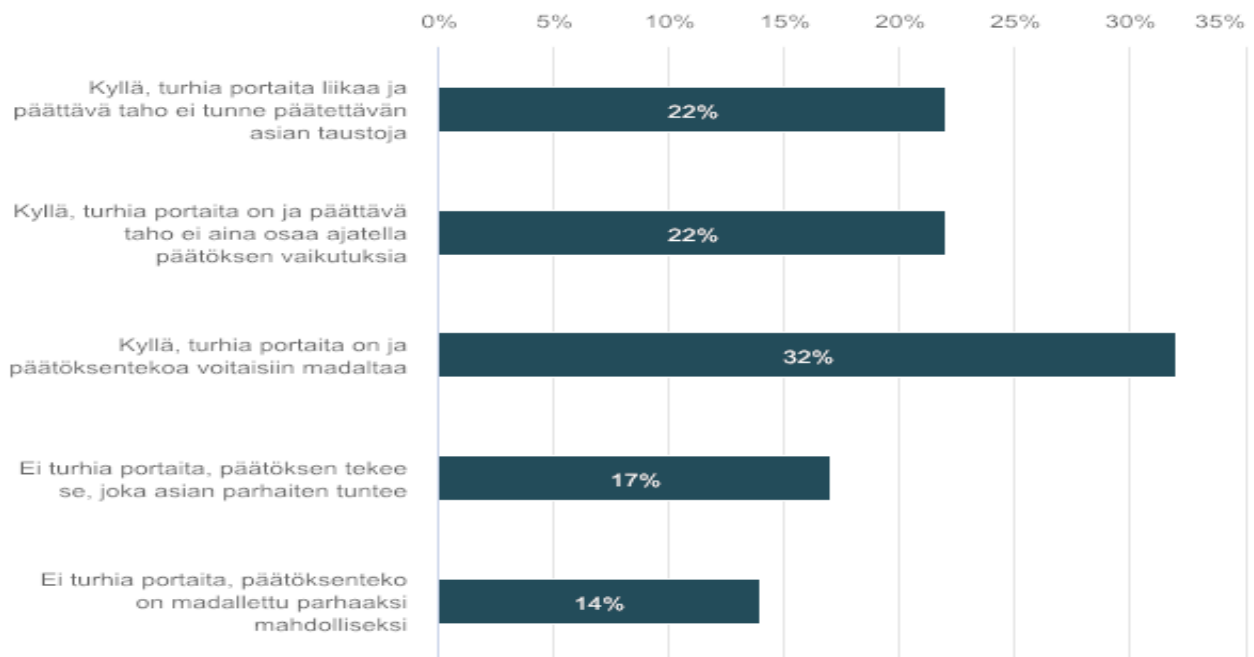


Yli kolmasosa vastaajista koki, että heidän päätösehdotuksensa otetaan toisinaan huomioon ja toisinaan jätetään huomiotta. Vajaa neljännes vastaajista koki, että heidän päätösehdotuksensa otetaan aina huomioon. Hieman useampi kuin joka neljäs koki, että heidän päätösehdotuksensa otetaan usein huomioon. Vastaajista 8 % koki, että heidän näkemystään otetaan harvoin huomioon ja 3 %:n näkemyksiä ei yleensä oteta huomioon.

10. Turhat väliportaat päätöksenteossa

Vajaa kolmannes vastanneista hoitotyön esihenkilöistä ja johtajista oli sitä mieltä, että turhia väliportaita ei ole heidän työorganisaatioissaan (Kuvio 6).

Kuvio 6. Hoitotyön esihenkilöiden ja johtajien mielipiteet siitä, onko sairaanhoitajan asioita päätettäessä turhia väliportaita (n=73).



Yli kaksikolmasosa vastaajista koki, että päätöksenteossa turhia portaita. Lähes kolmasosa vastaajista oli sitä mieltä, että päätöksentekoa voitaisiin madaltaa. Hieman enemmän kuin joka viides oli sitä mieltä, että päättävä taho ei tunne päätettävän asian taustoja. Samoin viidennes oli sitä mieltä, että päättävä taho ei aina osaa ajatella päätöksen vaikutuksia.

Vastaajat kuvasivat esimerkkejä monimutkaisesta päätöksenteosta. Johtamisjärjestelmässä on epäselvyyksiä klinisen johdon ja organisaation johdon välillä. Keskitetyn henkilöstöpäällikkötason tai vastaavan päättäjätason koettiin olevan liian kaukana käytännöstä, jolloin ei osata ajatella toimintaa riittävästi käytännön kannalta. Esimerkeissä kuvattiin myös sitä, että hoitotyön johtajalla ei ole päätösvaltaa, vaikka hän kuitenkin käytännössä johtaa toimintaa:

”Yliääkäri päättävä eikä käytännössä osallistu mitenkään, johtava hoitaja ohjeistaa kaikkia jatkuvasti, mutta hänellä ei ole mitään päätösvaltaa.”

”Kyselyn aikana huomasin, etten aina tiedä, kuka päättää. Xjohtajana ei ole valtaa suoraan päätöksen tekoon. Jos ei ole kyse rahasta, niin saan tehdä itsenäisiä päätöksiä.”

Päätöksentekoon on syntynyt päällekkäisyyttä ja turhaa byrokratiaa:

”Turhaa päällekkäistä työtä, paras kokonaisnäkemys on itsellä hoitotyön ylimpänä johtajana, kannan asioista myös vastuun niin kyllä päätöksenteko kuuluisi myös minulle. Perustasolla liikaa ja turhia asioita kierrätetään poliittisten elinten tai useiden eri sote-viranhaltijoiden kautta.”

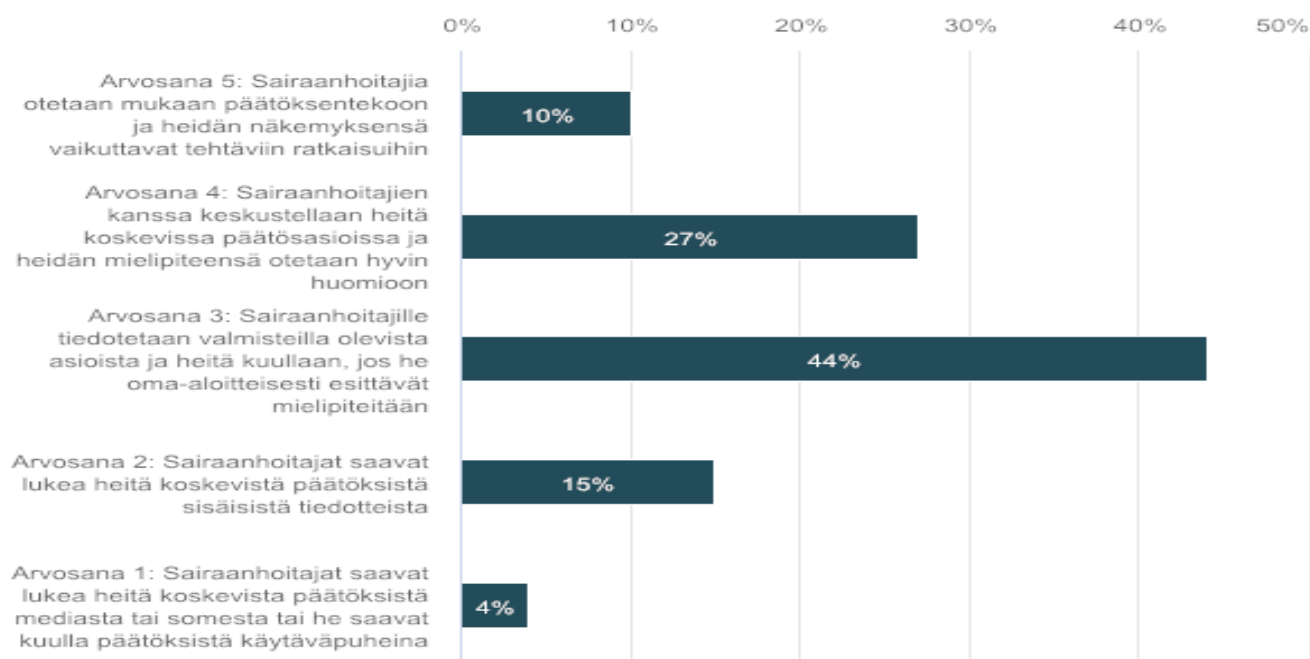
”Esim. työntekijän irtisanouduttua/eläköidyttävä tms. täytyy toimeen hakea täyttölupa kunnanhallitukselta, jonka jälkeen toimi voidaan laittaa vasta avoimeen hakuun. Hakuprosessin esitys menee aina perusturvalautakunnan päätettäväksi (kokous kerran kuukaudessa), jonka

jälkeen odotettava valitusaika ennen työn vastaanottamista. Eli irtisanoutumisesta menee lähes 2kk , ennen kuin uusi työntekijä voi aloittaa ja sen aikaa työpaikka on vajaalla resurssilla.”

11. Sairaanhoitajien mukaanotto heitä koskevaan päätöksenteon valmisteluun

Vastaajat antoivat sairaanhoitajien päätöksentekoon mukaanotolle arvosanan (ka) 3.2 (mediaani 3). Kuviossa 7 nähdään vastaajien antamien arvosanojen jakauma.

Kuvio 7. Hoitotyön esihenkilöiden ja johtajien arvosanat sairaanhoitajien mukaanotosta sairaanhoitajia koskevaan päätöksentekoon.

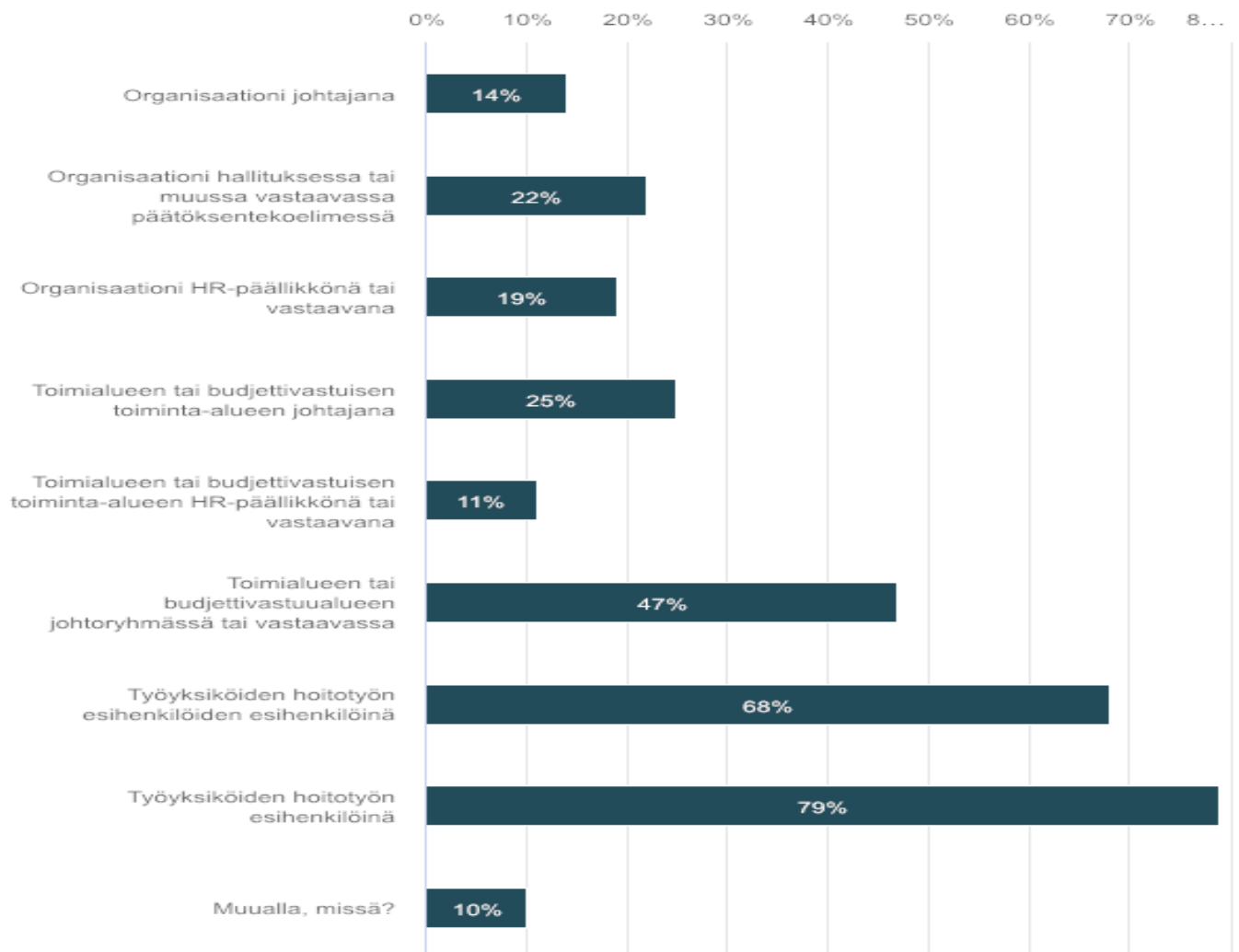


Sairaanhoitajia ei oteta mukaan heitä koskevan päätöksen teon valmisteluun riittävästi. Vain joka kymmenes vastaaja arvioi, että sairaanhoitajia otetaan mukaan päätöksentekoon ja sairaanhoitajat voivat vaikuttaa tehtäviin päätöksiin. Reilu neljäsosa oli sitä mieltä, että sairaanhoitajien mielipiteitä otetaan hyvin huomioon. Vajaa puolet arvioi, että sairaanhoitajille tiedotetaan asioista ja heitä kuullaan, jos he tuovat näkemyksiään itse esiin. Vajaa viidennes koki, että sairaanhoitajat saavat vasta lukea heitä koskevista päätöksistä sisäisistä tiedotteista mediasta tai somesta tai kuulla niistä huhupuheina.

12. Sairaanhoitajataustaisten johtajien sijoittuminen päätöksentekoon

Vastaajien työorganisaatioissa sairaanhoitajataustaisia johtajia oli eniten esihenkilöinä ja heidän esihenkilöinä (Kuvio 8).

Kuvio 8. Sairaanhoitajataustaisten johtajien sijoittuminen hoitotyön esihenkilöiden ja johtajien työorganisaatioissa.

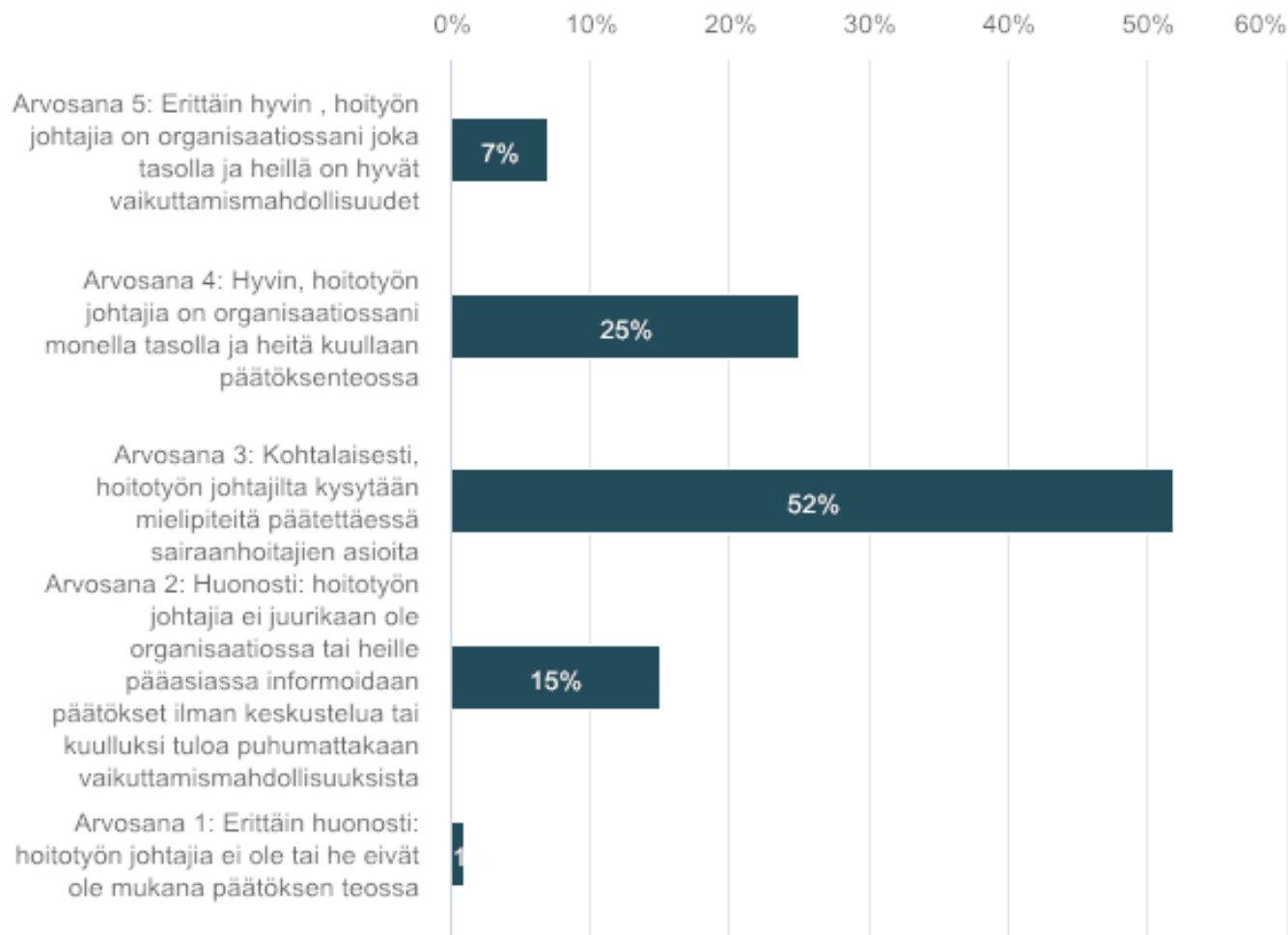


Vajaalla puolella vastaajista sairaanhoitajataustaisia johtajia oli toimialueen tai vastaavan johtoryhmissä. Joka neljännen vastaajan työorganisaatiossa sairaanhoitajataustaisia johtajia oli toimialueen tai budjettivastuun toiminta-alueen johtajina. Lähes joka viidennen vastaajan organisaatiossa sairaanhoitajataustaisia oli HR-päällikköinä tai vastaavina. Organisaation johtajana oli sairaanhoitajataustainen 14 % vastaajista. Muissa tehtävissä sairaanhoitajataustaisia johtajia mainittiin olevan esimerkiksi asiantuntijatehtävissä, kliinisenä opettajana, koulutuskoordinaattorina, kehittämiskoordinaattorina, kehittämisspäällikkönä, työsuojelupäällikkönä ja rekrytoinnissa.

13. Hoitotyön johtajien onnistuminen sairaanhoitajien ja hoitotyön äänen esiintuonnissa ja päätöksentekoon osallistamisessa

Hoitotyön esihenkilöt ja johtajat antoivat arvosanaksi hoitotyön johtajille arvosanan (ka) 3,2 (mediaani 3) siitä, miten hyvin he ovat onnistuneet saamaan sairaanhoitajien ja hoitotyön äänen kuuluviin ja mukaan päätöksentekoon (Kuvio 9).

Kuvio 9. Hoitotyön esihenkilöiden ja johtajien arvostamat hoitotyön johtajille onnistumisesta sairaanhoitajien ja hoitotyön ääneen esiintuonnissa.

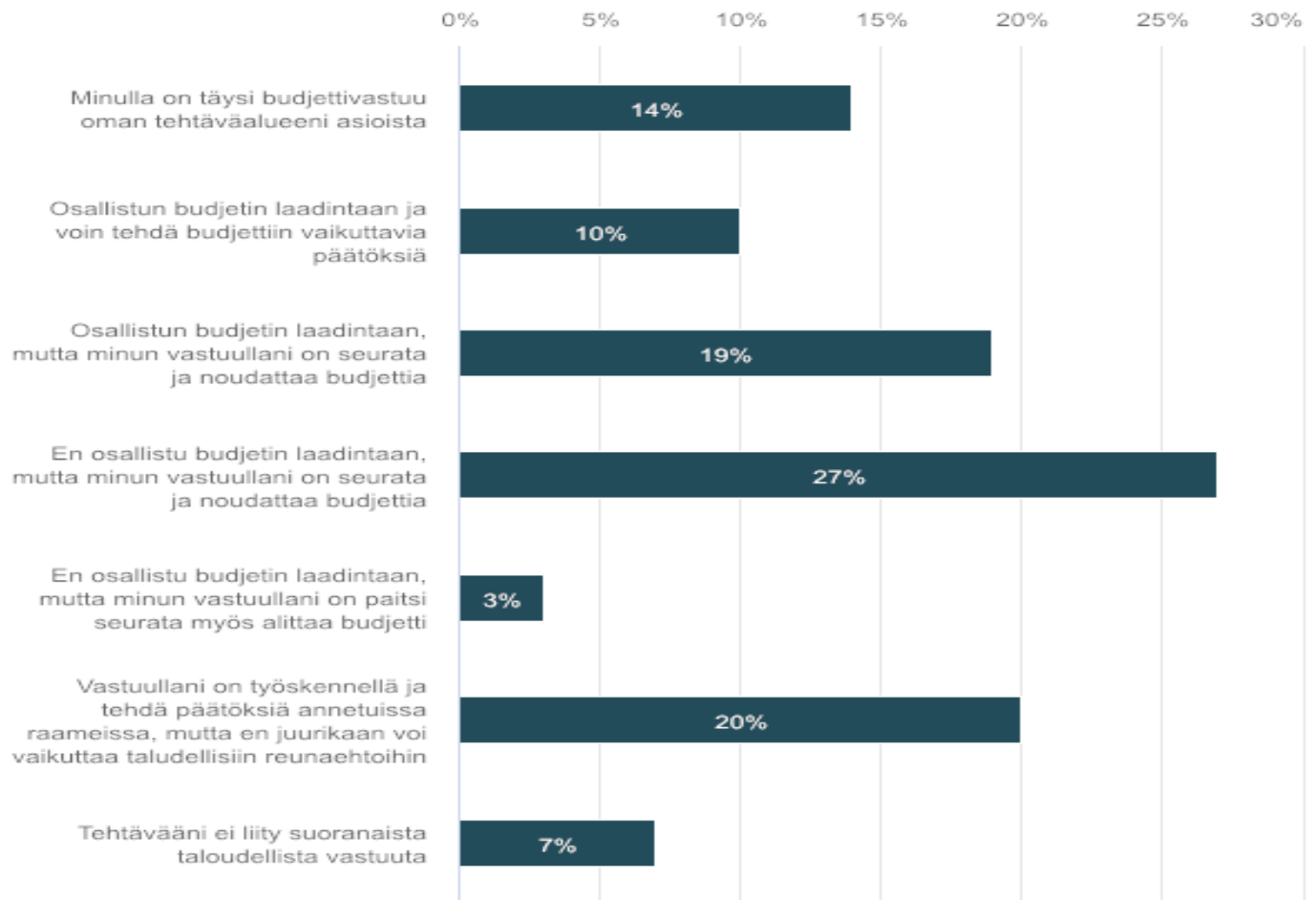


Yli puolet arvioivat hoitotyön johtajien onnistumisen kohtalaiseksi ja vajaa kolmannes hyväksi tai erittäin hyväksi. Huonon tai erittäin huonon arvostuksen (1-2) antoi 16 % vastaajista.

14. Hoitotyön esihenkilöiden ja johtajien taloudellinen vastuu johtamistehtävässä

Vastaajista 43 % osallistuu itse budjetin laadintaan, mutta vain 14 % vastasi omaavansa täyden budjettivastuun (Kuvio 10).

Kuvio 10. Hoitotyön esihenkilöiden ja johtajien taloudellinen vastuu omassa työorganisaatiossaan.



Reilu neljännes vastasi, etteivät he osallistu budjetin laadintaan, mutta kuitenkin seuraavat ja noudattavat budjettia. Viidennes koki, etteivät he voi vaikuttaa talouden reunaehtoihin, vaan tekevät päätöksiä annetuissa raameissa. Suoranaista taloudellista vastuuta ei kokenut 7 % vastaajista.

15. Hoitotyön esihenkilöiden ja johtajien kokemus vaikutusvallan ja vastuun tasapainosta

Vastaajat arvioivat oman vaikutusvaltansa ja vastuun tasapainonsa arvosanalla (ka) 3,1 (mediaani 3). Vastaajista 40 % arvioi vaikutusvaltansa ja vastuunsa tasapainon kohtalaiseksi. Hyväksi (20 %) tai erittäin hyväksi (12 %) tasapainon arvioi vajaa kolmannes, kun reilu neljännes arvioi sen tyydyttäväksi (21 %) tai välttäväksi (7 %).

16. Hoitotyön esihenkilöiden ja johtajien kommentteja sairaanhoitajien asioiden päätöksenteosta ja hoitotyön johtamisesta

Avoin kysymys (n=32)

Terveydenhuoltoalan johtaminen pitkälti hierarkkista ja päätöksenteko hidasta – uudistumisella saavutettu selkeyttä ja hyvää yhteistyötä

Useissa vastauksissa toistui toteamus, että terveydenhuoltoalalla on vielä hierakinen, vanhanaikainen ja tehoton johtamissysteemi, jossa päätöksenteko on hidasta ja monikerroksista.

”Aivan sama mitä tekee, niin täytyy kysyä lupaa joko ylilääkäriltä tai ylihoitajalta.”

Yksi hierarkiasta luopumisen haaste on eri ammattiryhmät, joiden johtamisessa on omat haasteensa. Edelleen mietitään, kuka voi johtaa ketäkin. Toisaalta johtamiskuvioiden monimutkaisuus tuo haasteita kokonaisuuden hallintaan, kun hoitotyön ammattilaiset ja lähiesimiehet ovat esimerkiksi eri johdon alaisina. Vastaaja on sitä mieltä, että siinä kärsii hoitotyön kokonaisuuden johtaminen eri yksiköissä.

Toiminnan etukäteissuunnittelua myös peräänkuulutetaan. Etukäteissuunnittelun puute saattaa kertoa toiminnan tuntemisen puutteesta. Etukäteissuunnitelma on kuin tiekartta, jolle riittää pelkkä hyväksyntä suunnitelman käyttöönotosta ja jokainen tietää, miten toimitaan. Etukäteissuunnittelulla säästyttäisiin monenlaiselta turhalta byrokratialta ja sähläämiseltä.

Hallintoa ja päätöksentekoa voisi vastaajien mielestä jakaa alemmille portaille yksiköihin ja tiedottaa paremmin budjetista, jotta yksiköt voisivat myös taloudellisesti vastata toiminnastaan. Päätöksen tekoa olisi vastaajan mukaan järkevää siirtää enemmän arjen asiantuntijoille.

Niissä organisaatioissa, joissa hoitotyön edustajilla on tasavertainen vastuu muiden kanssa, on saavutettu selkeyttä. Tämä on edellyttänyt luopumista vanhoista byrokraattisista johtamiskuvioista ja omien alueiden hallintavaateista.

”Mielestäni perusterveydenhuollon hoitotyön johtajana minua kuullaan ja arvostetaan todella paljon. Mielipidettäni kuullaan ja kysytään, tiimimme toimii saumattomasti. Saamme paljon aikaiseksi ja työtämme arvostetaan.”

Epäasiallisen käytöksen nollatoleranssi ei koske ylempää johtoa?

Esiin tuotiin myös epäasiallinen käytös johtajatasolla. Siihen on vaikea puuttua. Vastaaja kertoi tapauksesta, jossa valtaa käyttävän mieltymykset eivät muiden kanssa ja toisia johtotehtävissä olevia henkilöä kohdellaan huonosti. He eivät voi valittaa, koska heidät siirrettäisiin toisiin tehtäviin. Siirrot ovat keino rankaista ja valikoida johtajaa miellyttäviä henkilöitä, mikä aiheuttaa jännitystä työilmapiiriin mutta samalla myös heikentää osallistumismahdollisuuksia.

Kasvatvat organisaatiot, laajenevat vastuut ja niukkenevat valtuudet

Organisaatiot ovat kasvaneet yhdistämisten myötä. Isossa organisaatiossa yksittäiset toimintayksiköt saattavat jäädä väkisinkin pienelle huomiolle. Päätökset tehdään yleisten

linjausten mukaan ja harvoin niissä pystytään riittävästi huomioimaan erillistä yksiköitä erityistarpeineen ja ominaisuuksineen. Isoissa organisaatioissa paikallistason johtajia ei kuunnella ja kuulla tarpeeksi. Johtoportaan ei tunneta välttämättä alempien johtajien tai esihenkilöiden työtä, vaan työtä ja vastuuta lisätään koko ajan.

Useat vastaajat nostivat esiin sen, että **heidän valtuutensa ja vaikutusmahdollisuutensa ovat kaventuneet rajusti viimeisten vuosien myötä, mutta vastuut ja vaatimukset ovat lisääntyneet:**

”Sama näkyy mielestäni hoitajien työssä. En pysty enää palkitsemaan heitä hyvästä työstä. Kiitos tuntuu hoitajista sana helinältä, kun koko ajan kuitenkin silmukka kiristyy, vaatimukset lisääntyneet ja työpaine kasvaa. Tämä ehkä on tällä hetkellä lähiesimiehenä toimimisessa rankinta, kun et pysty millään helpottamaan omien hoitajien painetta, paitsi kuuntelemalla. Alkaa omatkin paukut loppumaan.”

”Nykyisin lähiesimiesten valtuuksia päättää sairaanhoitajien toimenkuvista, hoitoideologiasta, etuuksista, käytännöistä jne. on kavennettu todella rajusti. ”

Raha hallitsee päätöksentekoa. Vastauksissa nostettiin esiin se, että sairaanhoitajan ja lähijohtajan ajatuksia kuullaan, mutta mikään ei saa lisätä kustannuksia. Taloudellinen vastuu lähiesimiehellä suuri, mutta varsinainen vaikutusvalta ja päätöksentekomahdollisuudet puuttuvat. Hoitotyön johtajat näkevät sairaanhoitajien työelämän haasteet, mutta saattavat kokea olevansa voimattomia näiden edessä:

”Koen suurta epäkohtaa sairaanhoitajien palkkauksesta. Palkka on yksinkertaisesti surkea. Emme saa alalle omistautuneita edes enää opiskelemaan sairaanhoitajan ammattia. Moni hyvä sairaanhoitaja vaihtaa alaa tai jää kokonaan pois työstä huonon palkkauksen vuoksi ja tämä on todella nyt otettava vakavasti. Sijaisia ei minulla ole enää lainkaan, johdan n. 100 terveydenhuollon ammattilaista kotihoidossa sekä tehostetussa palveluasumisessa.”

Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yhdistymisen myötä myös erilaiset kulttuurit ja johtamisvaatteet kasvavat. Sairaanhoitajataustaisia esihenkilöitä ja johtajia tarvitaan myös uusilla palvelukentillä.

”Lastensuojelussa ja erityisesti lastenkotitoiminnassa viimeisten vuosien aikana sairaanhoitajien määrä hoitotyöntekijöissä on kasvanut nopeasti, koska monialaista osaamista tarvitaan yhä enemmän. Kuitenkin terveydenhuollon koulutuksen saaneita ihmisiä on vielä vähän lähiesihenkilöinä sekä erityisesti korkeammilla portilla. ”

Päätösvalta sosiaali- ja terveydenhuollon asioihin on poliittisessa päätöksenteossa- muuttaako Sote-uudistus tilannetta

Perusterveydenhuollossa on poliittisilla elimillä vielä iso vaikutusvalta ja intressi henkilöstön ja toiminnan rakenteisiin, vaikka politiikassa pitäisi keskittyä eri asioihin ja antaa valtaa vastuun lisäksi oman organisaation johtaville viranhaltijoille mm. henkilöstöjohtamisen ja operatiivisen toiminnan johtamisesta.

”Soteuudistukselta odotan tähän muutosta! Jos hoitotyön johdossa ei ole hoitotyön asiantuntijaa päätöksenteossa näkyy organisaatioissa, ettei hoitotyön tekijöiden asemaa tai hoitotyöntekijöiden

tai heidän esihenkilöiden osallisuutta päätöksentekoon ei juurikaan huomioida ja muut sote-ammattilaiset kyllä vahvasti tuodaan esille ja ovat edustettuina. ”

Vahvuutta ja rohkeutta hoitotyön johtajille

Vastauksissa nostettiin esiin tärkeä huomio: hoitotyön johtajien tulisi johtaa selkeämmin tiedolla, näyttöön perustuen ja olla vahvoja, rohkeita ja vaativampia.

”Meidän hoitotyön johtajien tulee olla itse aktiivisia, rohkeita ja vahvasti edistää sairaanhoitajien asioiden sujuvaa päätöksentekoa. Itse koitan siirtää kaikki hoitotyön arjen päätöksenteot lähelle sinne potilasta sairaanhoitajille ja heidän esihenkilöilleen, sekä antaa heidän osallistua päätöksentekoon ja kehittää työtä. Minä itse kannan vastuuni isommista ja laajoista kokonaisuuksista, niistä raameista, että ne ovat kunnossa sekä tulevaisuudesta että suunta on selkeä ja positiivinen.”