



**TURUN
YLIOPISTO**

Laadukkaan hoitotyön kehittäminen

– Analyysi hoitotyön lähijohtajien toimeenpanotaidoista

Hoitotiede

Laatija:

Julia Rintakoski

21.5.2026

Turku

*Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu
Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.*

Pro gradu -tutkielma

Tutkinto-ohjelma, oppiaine: Hoitotiede

Tekijä: Julia Rintakoski

Otsikko: Laadukkaan hoitotyön kehittäminen – Analyysi hoitotyön lähijohtajien toimeenpanotaidoista

Ohjaaja: Professori, TtT Sanna Salanterä

Sivumäärä: 75 sivua, 64 liitesivua

Päivämäärä: 21.5.2026

Tämän tutkimuksen aiheena ovat hoitotyön lähijohtajien toimeenpanokompetenssit ja niiden yhteys hoidon laatuun. Laadukas hoitotyö määritellään terveydenhuollon ydintehtäväksi, joka perustuu kliiniseen tehokkuuteen, potilasturvallisuuteen ja potilaskeskeisyyteen. Tutkimuksen tarkoituksena on analysoida lähijohtajien, tässä tutkimuksessa osastonhoitajien ja apulaisosastonhoitajien, itse arvioimia kompetensseja suhteessa yksiköissä toteutuneeseen hoidon laatuun. Tutkimuksen tavoitteena on edistää johtamisosaamisen kehittämistä ja tarjota tietoa siitä, miten esihenkilöiden toimeenpanokyky heijastuu potilaskokemukseen. Lähtökohtana on näkemys lähijohtajista hoidon laadun kehittämisen avainasemassa.

Tutkimus toteutettiin monimenetelmällisenä kokonaisuutena, joka koostui kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta sekä empiirisestä kyselytutkimuksesta. Kirjallisuuskatsauksen aineisto käsitti 33 tieteellistä artikkelia vuosilta 2009–2024, ja tiedonhaku perustui sekä PICO- että PICo-malliin. Empiirinen aineisto kerättiin kyselyllä, johon osallistui 64 lähijohtajaa. Kompetenssien mittaamisessa hyödynnettiin kansainvälistä NCHL Health Leadership Competency Model 3.0 -mallia, ja avoimet vastaukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Hoidon laatua mitattiin potilaskeskeisellä NPS-arvolla (Net Promoter Score), jonka perusteella vastaajat jaettiin korkean laadun (Ryhmä A) ja matalamman laadun (Ryhmä B) yksiköihin.

Keskeiset tutkimustulokset osoittavat, että lähijohtajien vahvimpia kompetensseja ovat vastuullisuus, analyyttinen ajattelu ja kirjallinen viestintä, kun taas selvästi heikoimmiksi arvioitiin projektinhallinta ja yksikön suorituskyvyn mittaaminen. Korkean NPS-arvon yksiköissä (Ryhmä A) johtajat arvioivat osaamisensa vahvemmaksi lähes kaikilla osa-alueilla verrattuna Ryhmän B johtajiin. Johtopäätöksenä todetaan, että johtajan vahva toimeenpanokyky heijastuu suoraan yksikön tuloksiin, ja organisaatioiden tulisi tarjota kohdennettua koulutusta teknisiin hallintatyökaluihin sekä mentorointia erityisesti 2–5 vuotta työskennelleille johtajille. Jatkotutkimusehdotuksena esitetään kompetenssien korrelaation tarkastelua objektiivisiin laatumittareihin, kuten potilasturvallisuuspoikkeamiin, sekä itsearvioinnin kriittisyyden syvempää analysointia uran alkuvaiheessa.

Avainsanat: Hoitotyön laatu, hoitotyön lähijohtajat, itsearviointi, johtaminen, kompetenssi, NCHL-malli (Health Leadership Competency Model), Net Promoter Score (NPS), potilaskeskeisyys, potilasturvallisuus, PREM-mittari (Patient-Reported Experience Measure, toimeenpanokompetenssit

Master's Thesis

Subject: Nursing Science

Author: Julia Rintakoski

Title: Developing High-Quality Nursing Care – An Analysis of the Implementation Skills of Front-line Nurse Managers

Supervisor: Professor, PhD Sanna Salanterä

Number of pages: 75 pages, 64 appendix pages

Date: 21.5.2026

This study examines the execution competencies of front-line nurse managers and their connection to the quality of care. High-quality nursing care is defined as a core task of healthcare, based on clinical effectiveness, patient safety, and patient-centeredness. The purpose of the study is to analyze the self-assessed competencies of front-line managers, in this study ward managers and assistant ward managers, in relation to the quality of care realized in their units. The aim is to promote the development of leadership expertise and provide information on how the execution capacity of supervisors is reflected in the patient experience. The starting point is the view that front-line managers play a key role in developing the quality of care.

The research was conducted as a mixed-methods study consisting of a descriptive literature review and an empirical survey. The literature review material comprised of 33 scientific articles from 2009–2024, and the information search was based on both PICO and PICo models. Empirical data was collected through a survey involving 64 front-line managers. Competencies were measured using the international NCHL Health Leadership Competency Model 3.0, and open-ended responses were analyzed using inductive content analysis. Quality of care was measured using the patient-centered Net Promoter Score (NPS), based on which units were divided into high-quality (Group A) and lower-quality (Group B) units.

Key research results indicate that the strongest competencies of front-line managers are accountability, analytical thinking, and written communication, while project management and measuring unit performance were rated clearly the weakest. In high-NPS units (Group A), managers rated their expertise higher in almost all areas compared to managers in Group B. The conclusion is that a manager's strong execution capacity reflects directly on unit's results, and it is recommended that organizations should provide targeted training in technical management tools and mentoring, particularly for managers with 2–5 years of work experience. Suggestions for further research include examining the correlation between competencies and objective quality indicators, such as patient safety incidents, and a deeper analysis of the criticality of self-assessment in the early stages of a career.

Avainsanat: Quality of nursing care, front-line nurse managers, self-assessment, leadership, competency, NCHL model (Health Leadership Competency Model), Net Promoter Score (NPS), patient-centeredness, patient safety, PREM (Patient-Reported Experience Measure), execution competencies

Sisällysluettelo

1	Johdanto	8
2	Keskeiset käsitteet	9
2.1	Laadukas hoitotyö	9
2.2	Hoitotyön laadun kehittäminen	10
2.3	Lähijohtajien kompetenssit	11
3	Kirjallisuuskatsaus	13
3.1	Tiedonhaku	13
3.1.1	Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	14
3.1.2	Kirjallisuuden hakuprosessi	14
3.2	Tutkimusten laadunarviointi	17
3.3	Aineiston analyysi	17
3.4	Kirjallisuuskatsauksen tulokset	18
3.4.1	Lähijohtajien kompetenssit ja niiden tasot	19
3.4.2	Kompetenssien kehitystarpeet	20
3.4.3	Lähijohtajien kompetenssien yhteys laatuun	21
3.5	Yhteenveto tutkimuksista	22
4	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	24
5	Tutkimuksen empiirinen toteutus	25
5.1.1	Kohderyhmä ja otos	25
5.1.2	Aineiston keruu ja käytetyt mittarit	26
5.1.3	Aineiston analyysi	31
6	Tutkimustulokset	32
6.1	Hoitotyön lähijohtajien itse arvioima toimeenpanokompetenssien taso	33
6.1.1	Vastuullisuuskompetenssi	33
6.1.2	Saavutusorientaatiokompetenssi	35
6.1.3	Analyttisen ajattelun kompetenssi	36
6.1.4	Viestintätaidot 1: kirjoittaminen -kompetenssi	37
6.1.5	Viestintätaidot 2: puhuminen ja fasilitointi -kompetenssi	39
6.1.6	Aloitekykykompetenssi	40
6.1.7	Yksikön suorituskyvyn mittaamisen kompetenssi	41
6.1.8	Prosessin ja laadun parantamisen kompetenssi	42
6.1.9	Projektin hallintataidot -kompetenssi	44

6.1.10	Yhteenveto itsearvioidusta osaamisen tasosta ja taustatekijöiden vaikutuksesta	45
6.2	Itsearvioidun osaamisen vertailu taustatekijöittäin	46
6.2.1	Työkokemuksen kokonaispituus	46
6.2.2	Ylin suoritettu koulutusaste	47
6.2.3	Nykyinen tehtävänimike	48
6.2.4	NPS-arvon mukainen ryhmä	49
6.2.5	Yhteenveto itsearvioidun osaamisen keskiarvoista taustatekijöittäin	50
6.3	Hoitotyön lähijohtajien toimeenpanokompetenssien koettu merkitys hoitotyön laatuun kompetensseittain	51
6.3.1	Vastuullisuuskompetenssi	51
6.3.2	Saavutusorientaatio kompetenssi	52
6.3.3	Analyttisen ajattelun kompetenssi	53
6.3.4	Viestintätaidot 1: kirjoittaminen -kompetenssi	54
6.3.5	Viestintätaidot 2: puhuminen ja fasilitointi -kompetenssi	55
6.3.6	Aloitekykykompetenssi	56
6.3.7	Yksikön suorituskyvyn mittaamisen kompetenssi	57
6.3.8	Prosessin ja laadun parantamisen kompetenssi	58
6.3.9	Projektin hallintataidot -kompetenssi	59
6.3.10	Yhteenveto	61
6.4	Toimeenpanokompetenssien koettu merkitys hoitotyön laatuun taustatekijöittäin	61
6.4.1	Työkokemuksen kokonaispituus	61
6.4.2	Ylin suoritettu koulutusaste	63
6.4.3	Nykyinen tehtävänimike	64
6.4.4	NPS-arvon mukainen ryhmä	65
6.5	Aineiston laadulliset tulokset	67
6.5.1	Osallistujien toteuttamat toimet laadukkaan hoitotyön varmistamiseksi	67
6.5.2	Laadunvarmistustoimien toteuttamistiheys ja ajallinen ulottuvuus	68
6.5.3	Hoitotyön laatuun ja sen kehittämiseen vaikuttavia tekijöitä	69
7	Pohdinta	72
7.1	Tutkimustulosten tarkastelu	72
7.1.1	Kvantitatiiviset tulokset	72
7.1.2	Kvalitatiiviset tulokset	73
7.1.3	Empiirisen aineiston ja kirjallisuuskatsauksen tuloksien vertailu	74
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	76
7.3	Tutkimuksen eettisyys	77

8 Johtopäätökset	79
9 Jatkotutkimusehdotukset	81
Lähteet	83
Liitteet	88

KUVIO 1. MUKAILTU PRISMA FLOW-KAAVIO KIRJALLISUUSKATSAUS -TUTKIMUSTEN VALINNAN ETENEMISESTÄ (PAGE YM. 2021)	16
KUVIO 2. MUKAILTU PRISMA FLOW-KAAVIO JOHTAMISEN KOMPETENSSIMALLI -TUTKIMUSTEN VALINNAN ETENEMISESTÄ (PAGE YM. 2021)	27
KUVIO 3. NCHL-KOMPETENSSIMALLIN KEHITYKSEN VAIHEET (NATIONAL CENTER FOR HEALTHCARE LEADERSHIP 2018)	28
TAULUKKO 1. SISÄÄNOTTO- JA POISSULKUKRITEERIT	14
TAULUKKO 2. ARTIKKELEIDEN JAKAUTUMINEN ERI MAANOSIEN JA MAIDEN VÄLILLE	18
TAULUKKO 3. JOHTAMISMALLIT -KIRJALLISUUSTARKASTELUN TULOKSET	26
TAULUKKO 4. TUTKIMUKSEEN OSALLISTUNEIDEN KESKEISET TAUSTATIEDOT	32
TAULUKKO 5. TUTKIMUKSEEN OSALLISTUNEIDEN TAUSTATIEDOT NPS-RAJAUKSEN MUKAISISSA RYHMISSÄ	33
TAULUKKO 6. ITSE ARVIOITU LÄHIJOHTAJAN VASTUULLISUUSKOMPETENSSIN TASO	34
TAULUKKO 7. ITSE ARVIOITU LÄHIJOHTAJAN SAAVUTUSORIENTAATIOKOMPETENSSIN TASO	35
TAULUKKO 8. ITSE ARVIOITU LÄHIJOHTAJAN ANALYYTTISEN AJATTELUN KOMPETENSSIN TASO	37
TAULUKKO 9. ITSE ARVIOITU LÄHIJOHTAJAN VIESTINTÄTAIDOT 1: KIRJOITTAMINEN -KOMPETENSSIN TASO	38
TAULUKKO 10. ITSE ARVIOITU LÄHIJOHTAJAN VIESTINTÄTAIDOT 2: PUHUMINEN JA FASILITOINTI - KOMPETENSSIN TASO	39
TAULUKKO 11. ITSE ARVIOITU LÄHIJOHTAJAN ALOITEKYKYKOMPETENSSIN TASO	41
TAULUKKO 12. ITSE ARVIOITU LÄHIJOHTAJAN YKSIKÖN SUORITUSKYVYN MITTAAMISEN KOMPETENSSIN TASO	42
TAULUKKO 13. ITSE ARVIOITU LÄHIJOHTAJAN PROESSIN JA LAADUN PARANTAMISEN KOMPETENSSIN TASO	43
TAULUKKO 14. ITSE ARVIOITU LÄHIJOHTAJAN PROJEKTIN HALLINTATAIDOT -KOMPETENSSIN TASO	44
TAULUKKO 15. ITSEARVIOIDUN OSAAMISEN KESKIARVO TYÖKOKEMUKSEN KOKONAISPITUUDEN MUKAAN	47
TAULUKKO 16. ITSEARVIOIDUN OSAAMISEN KESKIARVO YLIMMÄN SUORITETUN KOULUTUSASTEEN MUKAAN	48
TAULUKKO 17. ITSEARVIOIDUN OSAAMISEN KESKIARVO NYKYISEN TEHTÄVÄNIMIKKEEN MUKAAN	49
TAULUKKO 18. ITSEARVIOIDUN OSAAMISEN KESKIARVO NPS-ARVON MUKAISEN RYHMÄN MUKAAN	50
TAULUKKO 19. SAAVUTUSORIENTAATIOKOMPETENSSIN KOETTU MERKITYS HOITOTYÖN LAADUN KANNALTA TAUSTAMUUTTUIJITTAIN	52

TAULUKKO 20. ANALYYTTISEN AJATTELUN KOMPETENSSIN KOETTU MERKITYS HOITOTYÖN LAADUN KANNALTA TAUSTAMUUTTUJITTAIN	54
TAULUKKO 21. VIESTINTÄTAIDOT 1: KIRJOITTAMINEN -KOMPETENSSIN KOETTU MERKITYS HOITOTYÖN LAADUN KANNALTA TAUSTAMUUTTUJITTAIN	55
TAULUKKO 22. VIESTINTÄTAIDOT 2: PUHUMINEN JA FASILITOINTI -KOMPETENSSIN KOETTU MERKITYS HOITOTYÖN LAADUN KANNALTA TAUSTAMUUTTUJITTAIN	56
TAULUKKO 23. YKSIKÖN SUORITUSKYVYN MITTAAMISEN KOMPETENSSIN KOETTU MERKITYS HOITOTYÖN LAADUN KANNALTA TAUSTAMUUTTUJITTAIN	58
TAULUKKO 24. PROSESSIN JA LAADUN PARANTAMISEN KOMPETENSSIN KOETTU MERKITYS HOITOTYÖN LAADUN KANNALTA TAUSTAMUUTTUJITTAIN	59
TAULUKKO 25. PROJEKTIN HALLINTATAIDOT -KOMPETENSSIN KOETTU MERKITYS HOITOTYÖN LAADUN KANNALTA TAUSTAMUUTTUJITTAIN	60
TAULUKKO 26. TOIMEENPANOKOMPETENSSIEN KOETTU MERKITYS HOITOTYÖN LAADUN KANNALTA TYÖKOKEMUKSEN KOKONAISPITUUDEN MUKAAN	62
TAULUKKO 27. TOIMEENPANOKOMPETENSSIEN KOETTU MERKITYS HOITOTYÖN LAADUN KANNALTA YLIMMÄN SUORITETUN KOULUTUSASTEEN MUKAAN	64
TAULUKKO 28. TOIMEENPANOKOMPETENSSIEN KOETTU MERKITYS HOITOTYÖN LAADUN KANNALTA NYKYISEN TEHTÄVÄNIMIKKEEN MUKAAN	65
TAULUKKO 29. TOIMEENPANOKOMPETENSSIEN KOETTU MERKITYS HOITOTYÖN LAADUN KANNALTA NPS- ARVON MUKAISEN RYHMÄN MUKAAN	66
TAULUKKO 30. OSALLISTUJIIEN TOTEUTTAMAT TOIMET LAADUKKAAN HOITOTYÖN AIKAANSAAMISEKSI	67
TAULUKKO 31. LAADUNVARMISTUSTOIMIEN TOTEUTTAMISTIHEYD JA AJALLINEN ULOTTUVUUS	68
TAULUKKO 32. HOITOTYÖN LAATUUN JA SEN KEHITTÄMISEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ	70

1 Johdanto

Tämä opinnäytetyö käsittelee hoitotyön lähijohtajien toimeenpanokompetensseja ja niiden yhteyttä hoidon laatuun. Laadukas hoitotyö on terveydenhuollon ydintehtävä, joka määritellään usein kliinisen tehokkuuden, potilasturvallisuuden ja potilaskeskeisyyden kautta (Leslie ym. 2022; Ottman-Salminen, Kaunonen, ja Rannisto 2022). Terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa yksiköitä varmistamaan hoidon laadun, ja tässä työssä lähijohtajat (osastonhoitajat ja apulaisosastonhoitajat) nähdään laadun kehittämisessä avainasemassa. Kasvava tietojohdaminen sekä uutisoinnit hoidon puutteista ovat lisänneet tarvetta mitata ja kehittää hoidon laatua systemaattisesti (Evans ym. 2009).

Laajemmassa mittakaavassa tutkimus kytkeytyy terveydenhuollon ammatilliseen johtamiseen ja organisaatiouudistuksiin, kuten vuoden 2023 alussa tulleeeseen Suomen hyvinvointialue- ja sote-uudistukseen, joka edellyttää vaikuttavuutta ja korkeaa palvelun laatua. Hoitotyön lähijohtajat luovat rakenteelliset ja vuorovaikutukselliset edellytykset, joiden puitteissa laadukas kliininen hoitotyö on mahdollista (Sillanpää 2023).

Tutkimus on tärkeä, koska kirjallisuuden mukaan lähijohtajien osaamisen puute on tunnistettu esteeksi hoidon laadun parantamiselle (Berger, Saut, ja Berssaneti 2020; Lo ym. 2021; Øyri ym. 2020). Vaikka tiedetään, että johtajan kompetensseilla on yhteys potilasturvallisuuteen ja -tyytyväisyyteen, on lähijohtajien toimeenpanokyvyssä havaittu kansainvälisesti selkeitä puutteita esimerkiksi talousosaamisen, projektinhallinnan ja strategisen ajattelun alueilla (Foxy ja Garner 2021).

Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida hoitotyön lähijohtajien toimeenpanokompetensseja ja hoitotyön laatua. Tavoitteena on edistää lähijohtajien kompetenssien kehittämistä ja tarjota tietoa siitä, miten itsearvioitu osaaminen on yhteydessä toteutuneeseen hoidon laatuun.

Tutkimusta ohjaavat seuraavat tutkimuskysymykset: Mikä on hoitotyön lähijohtajan itse arvioima toimeenpanokompetenssien taso? sekä Miten lähijohtajien toimeenpanokompetenssit ovat yhteydessä toteutuneeseen hoitotyön laatuun? Tutkielmassa hyödynnettiin tekoälytyökalua (NotebookLM) tukena aineiston jäsentämisessä ja ideoinnissa. Tekoälyä ei käytetty varsinaisen analyysin tai tutkimustulosten tuottamiseen. Kirjoittaja vastaa täysin työn sisällöstä.

2 Keskeiset käsitteet

2.1 Laadukas hoitotyö

Hoitotyön ydintehtävä on pyrkiä täyttämään terveystalveluiden tarpeet ja niihin liittyvät odotukset, sekä vahvistaa potilastyytyväisyyttä (Leslie ym. 2022). Laadukas hoitotyö parantaa hoidon lopputuloksia (Evans ym. 2009) ja siksi hoitotyön laatuun on syytä kiinnittää huomiota. Laadukkaan hoitotyön ytimessä on potilaan hoitaminen mahdollisimman tehokkaasti, turvallisesti ja potilaskeskeisesti (Ottman-Salminen, Kaunonen, ym. 2022). Laadukas hoitotyö määritellään useimmiten kuuden ulottuvuuden kautta: Kliininen tehokkuus, potilasturvallisuus, potilaskeskeisyys, hoidon koordinointi, tehokkuus ja oikea-aikaisuus/oikeudenmukaisuus (Øyri ym. 2020). Terveystalveluolaki (1326/2010) velvoittaa, että hoitotyön on oltava laadukasta ja terveystalveluon yksiköillä on oltava laadittuna laadunhallintasuunnitelma.

WHO (ei pvm.-a) määrittelee hoitotyön laadun niin, että laadukkaiden terveystalveluiden tulee olla tehokkaita, turvallisia ja ihmiskeskeisiä. Tehokkaalla tarkoitetaan, että hoito on näyttöön perustuvaa ja sitä tarjotaan terveystalveluita tarvitseville. Turvallisella vältetään aiheuttamasta vahinkoa ihmisille, joille hoito on tarkoitettu. Ihmiskeskeisyys tarkoittaa sitä, että otetaan hoitoa saavien yksilölliset mieltymykset, tarpeet ja arvot huomioon hoidossa. (World Health Organization ei pvm.-b) Laatu käsitetään hyvien kliinisten tulosten saavuttamisena, mutta myös toimivan hoitoympäristön luomisena ja tehokkaan järjestelmän ylläpitämisenä (Bender 2016; Iblasi ym. 2024).

Uutisoinnit puutteellisesta hoitotyön laadusta, hoidon epäkohtien tunnistamisen ja välttämisen mahdollistamista kustannussäästöistä sekä tietojohtamisen kasvamisesta, ovat nostaneet hoitotyön laadun mittaamisen kiinnostusta (Evans ym. 2009). On olemassa erilaisia hoidon laadun mittareita, joita Evans ym. (2009) kertoo tunnistettavan systemaattisen haun avulla jopa tuhansia. Osa mittaa hoitotyön laatua sen lopputuloksista, osa prosessien ja osa organisaation rakenteellisista tekijöistä käsin (Donabedian 1998; Evans ym. 2009).

Potilaskeskeiset laatumittarit voidaan jakaa potilaskokemuksen mittareihin (PREMs, patient-reported experience measures) ja potilaan terveyttä ja toimintakykyä raportoiviin mittareihin (PROMs, patient-reported outcomes measures). Potilaiden kokemusten käyttäminen hoitotyön laadun mittaamisessa on noussut tärkeäksi, kun aluksi hoidon laatua mitattiin vain esimerkiksi komplikaatioiden määriä seuraamalla. Potilaiden kokemukset ovat yksi

tärkeimmistä terveydenhuollon laadun peruspilareista potilasturvallisuuden ja kliinisten tuloksien rinnalla. Potilaskeskeisyyden tasoa voidaan mitata PREM-mittareilla, joista esimerkkinä on potilaiden suositteluindeksi, joista yksi on NPS (Net Promoter Score). (Groene ym., 2015; Hamilton ym., 2014.) Hoitotyön laatu johtaa potilaiden tyytyväisyyteen. Potilaiden tyytyväisyys taas johtaa potilaiden lojaaliuteen. (Debono ym. 2016; Singh ja Dixit 2020.)

Kliinisen työn johtamisen keskeisimmäksi tavoitteeksi mainitaan potilaan laadukas ja turvallinen hoito (Ottman-Salminen, Vikberg-Aaltonen, ym. 2022; Ottman-Salminen, Kaunonen, ym. 2022). Johtamisella luodaan edellytykset vaikuttavalle, laadukkaalle ja tulokselliselle hoitotyölle. Laadukkaan hoitotyön toteutuminen edellyttää tiettyjä rakenteellisia, prosessillisia ja vuorovaikutuksellisia tekijöitä, joita hoitotyön johtajat mahdollistavat. (Kantanen ym. 2017)

2.2 Hoitotyön laadun kehittäminen

Hoitotyön laatua tulisi kehittää systemaattisesti ja jatkuvasti keskittyen sekä organisaation rakenteisiin ja johtajuuteen että etulinjan hoitoprosessien uudelleensuunnitteluun (Bender 2016; Höög ym. 2016; Øyri ym. 2020). Laadukkaat hoitokäytännöt johtavat potilasturvallisuuden ja hoidon laadun paranemiseen. Parannukset keskittyvät usein hoitotyön laatuindikaattoreihin, kuten kaatumisten, painehaavojen, infektioiden ja haittatapahtumien vähenemiseen, potilastyytyväisyyden parantamiseen tai hoitajien vaihtuvuuteen vaikuttavien tekijöiden parantamiseen. Laatuindikaattoreiden käyttämisen tulisi olla systemaattista ja niitä tulisi arvioida säännöllisesti. (Bender 2016; Iblasi ym. 2024.) Laadukas hoitotyö nähdään potilaskeskeisenä ja potilaspalautteen käyttäminen on keskeinen osa laadun parantamista (Berger ym. 2020; Groene ym. 2015).

Hoitotyön johtajien on tärkeää tietää hoidon laadusta, jotta he voivat pohtia strategiaa sen parantamiseksi ja tiedostaa huonoa laatua aiheuttavat epäkohdat, joiden parantamiseen tulee panostaa (Berger ym. 2020; Groene ym. 2015; Lin ym. 2022). Hoitotyön johtajat ovat avainasemassa hoitotyön laadun kehittämisessä ja pätevät johtajat ovat välttämättömiä, jotta organisaatio voi saavuttaa tavoitteensa muuttuvassa ympäristössä (Berger ym. 2020; Kim ym. 2022; Lin ym. 2022). Hoitotyön johtajat osallistuvat aktiivisesti hoidon laadun parantamiseen prosesseja parantamalla, kuten parantamalla järjestelmän tehokkuutta, varmistamalla tarvittavien resurssien olemassaolo, suunnittelemalla parhaat mahdolliset hoitoprosessit sekä luomalla toimivaa ja turvallista hoitoympäristöä. Toimivan ja turvallisen hoitoympäristön

luominen näkyy tehostuneena viestintänä, tiimityönä ja tyytyväisyytenä hoitoprosesseihin. Nämä vaikuttavat henkilöstön sitoutumiseen ja tyytyväisyyteen ja siten vaikuttavat hoidon laadun paranemiseen. (Bender 2016; Iblasi ym. 2024).

Hoitotyön lähijohtajien kompetensseja parantamalla, saadaan aikaiseksi myös parempaa hoitotyön laatua. Kompetensseja voidaan parantaa tarjoamalla räätälöityjä koulutusohjelmia. Kliinisen johtajuuden on katsottu olevan keskeisin mekanismi hoitotyön laadun kehittämässä. (Bender 2016; Iblasi ym. 2024.) Tässä tutkimuksessa tutkitaan lähijohtajia osana hoitotyön laadun kehittämistä.

2.3 Lähijohtajien kompetenssit

Kompetenssilla tarkoitetaan pätevyyttä ja kelpoisuutta (Kotimaisten kielten keskus ja Kielikone Oy 2024). Kompetensseja luokitellaan lähteestä riippuen eri tavoin. On myös olemassa erilaisia kompetenssimalleja (Bender 2016; Dawes ja Topp 2022; González García ym. 2022; L'Ecuyer ym. 2016; Lo ym. 2021; Ottman-Salminen, Kaunonen, ym. 2022; Warshawsky ym. 2022). Kompetenssi on osaamista ja se on yleisesti määritelty odotetuksi suoritustasoksi, joka syntyy tietojen, taitojen, kykyjen ja harkinnan yhdistämisestä ja integroinnista. (Dawes ja Topp 2022.)

Kirjallisuuden perusteella on havaittu, että eri maissa lähijohtajien kompetensseissa on puutteita (Lo ym. 2021; Øyri ym. 2020). Tiedetään, että potilailta tulleella palautteella voidaan saada aikaiseksi laadukkaampaa hoitotyötä, mutta tämän hyödyntäminen sairaaloiden johtamisessa on rajoittunutta (Berger ym. 2020; Groene ym. 2015). Lähijohtajien on osattava hyödyntää laatumittareilla saatua tietoa sekä priorisoida ja muuttaa käytänteitä, joiden avulla voidaan saavuttaa laadukkaampaa hoitotyötä. (Berger ym. 2020; York ja McCarthy 2011.) On havaittu, että hoitotyön johtajien osaamisen puute on esteenä hoitotyön laadun parantamiselle (Øyri ym. 2020).

Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan hoitotyön lähijohtajat ovat arvioineet oman osaamisensa seuraavilla osaamisalueilla kohtalainen tai puuttuvaksi: tutkimusosaaminen (34 %), liikejohtaminen (36 %), suhteet työntekijöihin (36 %), hallintoon liittyvät asiat (38 %), henkilöstön resurssien johtaminen (38 %), riskinjohtaminen (34 %), talousoppi (44 %), projektin johtaminen (48 %), poliittinen osaaminen (50 %), työmarkkinaosaaminen (54 %), julkiset asiat ja viestintä (54 %), laillinen osaaminen (64 %) sekä kirjanpito (74 %).

Tutkimuksissa on havaittu, että paremmin suoriutuvilla osastoilla lähijohtajien paremmilla

viestintä-, sitouttamis- ja laadun sekä turvallisuuden priorisoimistaidoilla on yhteys hoidon parempaan laatuun verrattuna huonompitasoisiin osastoihin. (Foxy ja Garner 2021.)

Osaaminen voidaan jaotella yleiseen ja erityisosaamiseen, jossa yleinen on johtamisessa tarvittavat tiedot, taidot, arvot ja kyvyt, kun erityisosaaminen on kokemuseräistä, käytännön tietoa ja alan asiantuntijuutta (Kantanen ym. 2017). Tutkimusten perusteella on havaittu, että johtamiskokemuksella on suurempi vaikutus kompetensseihin kuin koulutuksella (Warshawsky ym. 2022). Toisessa tutkimuksessa huomattiin, että johtamiskoulutukseen osallistuminen korreloi tilastollisesti merkitsevästi johtajan kompetensseihin (Iblasi ym. 2024).

Hoitotyön lähijohtajien keskeinen tehtävä on varmistaa, että yksikössä on riittävä hoitohenkilöstömäärä ja osaavat resurssit (Iblasi ym. 2024; Kantanen ym. 2017). Hoitotyön lähijohtaja mahdollistaa kliinisen työn sujuvuuden hoitohenkilöstön osaamisresurssien ja toimintaprosessien johtamisella, mitkä ovat yhteydessä hoitotyön laatuun. (Kantanen ym. 2017) Johtajien on huomioitava etulinjan työntekijöiden tieto hoidon puutteista ja kuunneltava myös heidän ideansa parannuksiin. (Bender 2016). Hoitotyön johtajien ydinosaamista ovat kliininen johtajuus, hoitoympäristön hallinta sekä kliinisten tulosten hallinta ja laadun parantamiseksi on tunnistettava epäjohtonmukaisuuksia, puutteita ja vaihtelua, joihin voidaan kohdistaa laadun parannukseen liittyviä muutoksia (Bender 2016). Vuoden 2023 alussa tullut hyvinvointialue- ja sote-uudistus edellyttää eri organisaatiotasolla ammattimaista johtamista, jolla saadaan aikaiseksi vaikuttavuutta ja laadukasta palvelujen tuottamista (Sillanpää 2023).

3 Kirjallisuuskatsaus

Tämän kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on kuvata hoitotyön lähijohtajien kompetensseja/toimeenpanotaitoja aikaisemmissa tutkimuksissa ja onko niillä havaittu olevan yhteyttä hoidon laatuun. Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen sisältää neljä vaihetta: tiedonhaku, artikkelien laadunarviointi, synteesi valituista artikkeleista sekä analyysi (Aromataris ym. 2024.)

3.1 Tiedonhaku

Systemaattiset tietokantahaut kirjallisuuskatsausta varten toteutettiin syyskuussa 2024, jota päivitettiin vielä helmikuussa 2025.

Kirjallisuuskatsauksen hakustrategia perustui PICO-malliin (Population, Interest, Context), joka soveltuu erityisesti kvalitatiivisten tutkimusten jäsentämiseen. Mallia hyödynnettiin aiheen rajaamisessa ja keskeisten hakutermien määrittämiseksi:

- Population (P): hoitotyön lähijohtajat
- Interest (I): kokemukset kompetensseista ja niiden vaikutuksesta hoidon laatuun
- Context (Co): terveydenhuollon organisaatiot

Koska kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on mixed methods -lähestymistapa, hakustrategiaa täydennettiin PICO-mallilla (Population, Intervention, Comparison, Outcome), joka soveltuu kvantitatiivisten tutkimusten jäsentämiseen:

- Population (P): hoitotyön lähijohtajat
- Intervention (I): itsearvioidut kompetenssit ja toimeenpanotaidot
- Comparison (C): eri kompetenssitasot tai niiden puuttuminen (mikäli tutkimuksissa vertailtavissa)
- Outcome (O): hoitotyön laatu ja sen kehittäminen

PICO- ja PICO-mallien yhdistäminen mahdollisti sekä kvalitatiivisten että kvantitatiivisten tutkimusten systemaattisen tunnistamisen ja sisällyttämisen katsaukseen. Hakulauseke

muodostettiin näiden mallien pohjalta, ja se sisälsi johtajuuteen, kompetensseihin, hoidon laatuun ja kehittämiseen liittyviä käsitteitä. Hakulauseke testattiin ja sovellettiin kolmeen eri tietokantaan (CINAHL, Medic ja PubMed), ja sitä muokattiin tietokantakohtaisesti syntaksin ja hakusanojen mukaan. (Aromataris ym. 2024). Tietokantakohtaiset hakulausekkeet ja -tulokset on esitetty siitä koostetussa taulukossa, joka on esitettyinä liitteessä 1.

Haku kohdistettiin hakusanojen etsimiseen otsikosta tai tiivistelmästä osuvimpien artikkeleiden löytämiseksi.

3.1.1 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Kirjallisuuskatsauksen systemaattisen lähestymistavan mukaisesti ja sopivien tutkimusten löytämiseksi laadittiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka löytyvät taulukosta 2. Mukaan kirjallisuuskatsaukseen etsittiin artikkeleita, jotka kuvaavat hoitotyön lähijohtajien kompetensseja ja hoitotyön laatua sekä niiden mahdollisia vaikutuksia toisiinsa, vastaten tutkimuskysymyksiin. Katsauksen ulkopuolelle jätettiin artikkelit, jotka eivät koskeneet hoitotyön lähijohtajia tai laatua. Aineistoksi kelpuutettiin tieteelliset ja vertaisarvioidut artikkelit, jotka olivat saatavilla ilmaiseksi. Aineiston valintaan ei vaikuttanut tutkimusasetelmat tai käytetyt metodologiat. Lisäksi aineistolle tehtiin laadunarviointi, joka esitetty kohdassa 3.2. Tämän perusteella yhtäkään artikkelia ei jätetty pois.

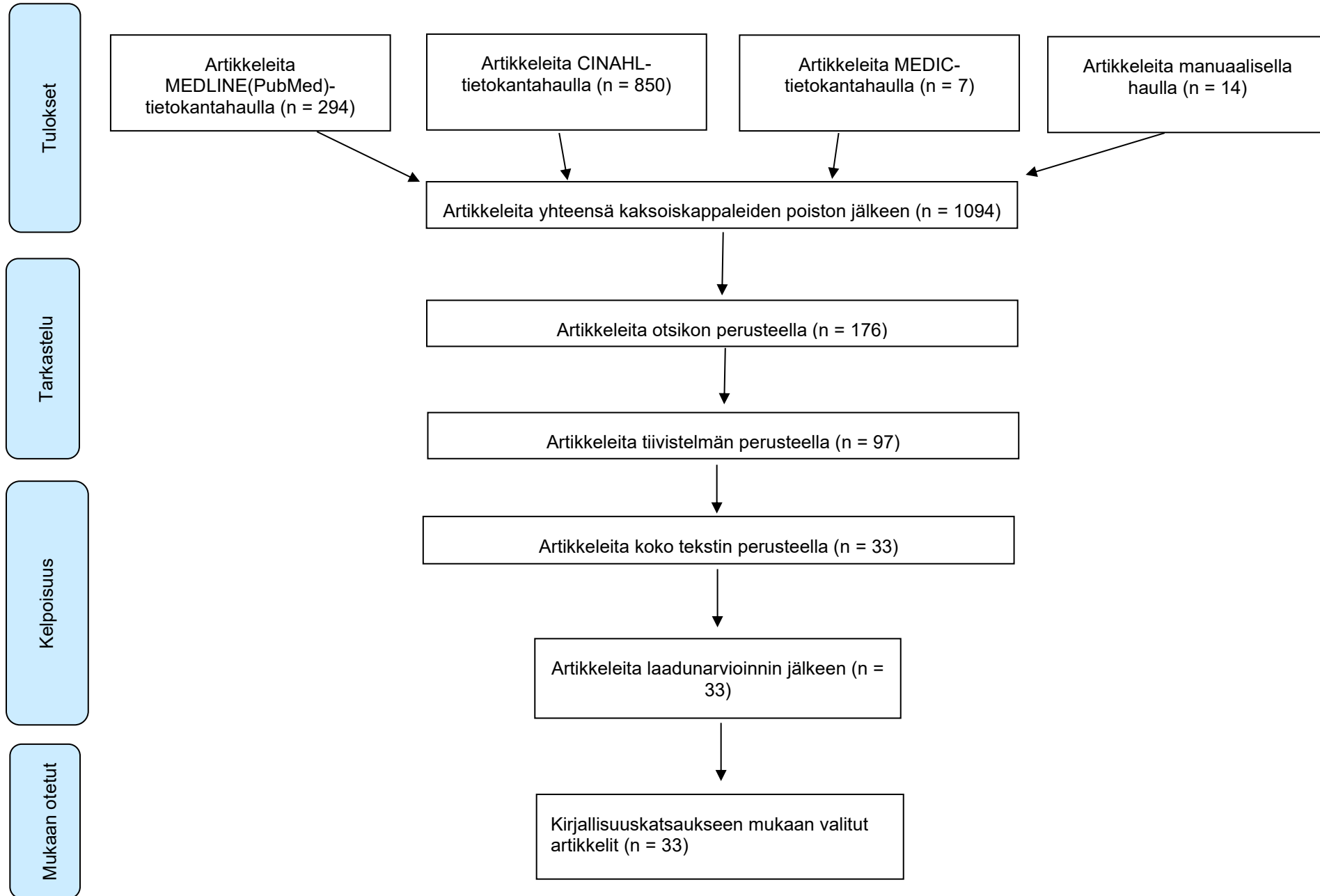
Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänotto kriteerit:	Poissulkukriteerit:
Julkaistu 2015–2025 Kielet: Suomi, englanti Hoitotyön lähijohtajia koskevat artikkeli Hoitotyön laatua koskevat artikkeli Vertaisarvioitu tutkimusartikkeli Kokoteksti saatavilla ilmaiseksi	Artikkelit, joissa lähijohtajat tai hoitotyön laatu mainitaan vain ohimennen, mutta ne eivät ole tutkimuksen keskiössä Opinnäytetyöt Kokoteksti maksumuurin takana tai ei saatavilla Artikkelit, jotka eivät läpäise laadunarviointia (= alle puolet kriteereistä täyttyy)

3.1.2 Kirjallisuuden hakuprosessi

Tietokantahaussa eniten viitteitä hakulauseke tuotti CINAHL-tietokannasta (N = 850), kun MEDLINE-tietokannasta viitteitä löytyi 294 ja MEDIC-tietokannasta 7. Kaikki viitteet (N = 1 151) käsiteltiin Mendeley-viitteidenhallintajärjestelmässä, jossa kaksoiskappaleiden poiston jälkeen jäljelle jäi 1 094 artikkelia. Artikkelit käytiin läpi taulukon 2. sisäänotto- ja

poissulkukriteerien perusteella. Otsikon perusteella mukaan valittiin 176 artikkelia. Otsikon mukaan valituista artikkeleista luettiin abstraktit, joiden perusteella lähempään tarkasteluun jäi 97 artikkelia. Kokotekstin perustella poissuljettiin vielä 65 artikkelia, joten lopulliseksi aineistoksi jäi 33 artikkelia. Mukaan otettujen artikkelien tiedonhaku ja valinnan eteneminen on kuvattu kuviossa 1 (Page ym. 2021).



Kuvio 1. Mukailtu PRISMA Flow-kaavio kirjallisuuskatsaus -tutkimusten valinnan etenemisestä (Page ym. 2021)

3.2 Tutkimusten laadunarviointi

Tutkimusten laadun arvioinnissa käytettiin järjestelmällisyyden varmistamiseksi Joanna Briggs Instituutin (JBI) suomenkielisiä tutkimusten arviointikriteeristöjä (Hoitotieteen tutkimussäätiö [HOTUS] 2018, 2019). Käytettävä tarkistuslista valittiin tutkimusasetelman mukaan. Pääosa tutkimuksista sai laadun arvioinnissa hyvät pisteet. Tutkimusten pisteytys arviointikriteeristöjen mukaan on esitetty liitteessä 2.

Useimmat artikkelit saivat korkeat pisteet (6–8/8 tai 10/11). Useimmat tutkimukset käyttivät kansainvälisesti hyväksytyjä laadunarviointikriteereitä, selkeitä otos- ja analyysimenetelmiä sekä perusteltuja tutkimusasetelmia. Monimenetelmällisyys ja tutkimusten kansainvälisyys lisäävät tulosten yleistettävyyttä.

Jossain laadullisissa tutkimuksissa oli puutteita tutkijan tai tutkijoiden refleksiivisyydessä ja kulttuuristen lähtökohtien sekä julkaisuharhan arvioinnissa ja raportoinnissa. Osassa määrällisistä tutkimuksista oli puutteita sekoittavien tekijöiden huomioinnissa tai seurannan kattavuudessa.

Laadunarvioinnissa artikkeli valittiin mukaan, mikäli laadunarvioinnin kriteereistä puolet tai yli täyttyi. Puolet kriteereistä varmistaa, että tutkimuksen perusrakenne ja raportointi ovat riittävän luotettavia, jotta tuloksia voidaan hyödyntää synteesissä. Liian tiukka kriteeristö voisi karsia pois arvokasta tietoa sisältäviä artikkeleita, joiden puutteet saattavat liittyä vain raportointitekniisiin seikkoihin, eivät itse tutkimuksen toteutukseen. Lisäksi toki pohdittiin, jääkö jokin laatukriteeri niin heikoksi tai puuttumaan kokonaan, jolloin artikkeli pitäisi jo sillä perusteella pudottaa pois kirjallisuuskatsauksesta.

Katsaukseen mukaan otetut 33 artikkelia läpäisivät seulonnan, eikä yhtäkään artikkelia lopulta hylätty pelkän laadunarvioinnin perusteella, koska ne kaikki ylittivät asetetun vähimmäistason.

3.3 Aineiston analyysi

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valituista artikkeleista on koottu taulukko, jossa on esitettyinä tutkimusten tarkoitus, otos, tutkimusasetelma ja -menetelmät, keskeiset tulokset sekä laadunarvioinnin pisteet (Liite 2).

Kirjallisuuskatsauksen aineisto koottiin ja jäseneltiin käyttämällä temaattista lähestymistapaa. Tämän menetelmän avulla pyrittiin luomaan tutkimuksista yhtenäinen analyysi sekä tunnistamaan aineistosta nousevat keskeisimmät teemat ja ilmiön ymmärtämisen kannalta tärkeät asiat. (Booth 2016.)

3.4 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valittiin 33 tutkimusartikkelia, joiden julkaisuvuosi oli väliltä 2009–2024, sekä yksi alkuperäisartikkeli vuodelta 1998. Artikkelit kattavat laajasti eri maita ja maanosia. Artikkelien jakautuminen eri maanosien ja maiden välille on esitettyinä taulukossa 2.

Taulukko 2. Artikkeleiden jakautuminen eri maanosien ja maiden välille

Maanosa	Maa	Artikkeleiden lukumäärä maittain	Maanosakohtainen artikkeleiden määrä yhteensä
Eurooppa	Iso-Britannia	4	12
	Suomi	3	
	Norja	3	
	Espanja	1	
	Ruotsi	1	
Pohjois-Amerikka	Yhdysvallat	9	10
	Kanada	1	
Aasia	Kiina	4	6
	Jordania	1	
	Etelä-Korea	1	
Oseania	Australia	3	3
Etelä-Amerikka	Peru	1	2
	Brasilia	1	

Monissa tutkimuksissa oli mukana useita maita ja osa oli kansallisia. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valituista artikkeleista laadullisia oli $n = 12$, määrällisiä oli $n = 13$ ja monimenetelmällisiä oli $n = 6$. Näiden lisäksi mukaan valittiin kaksi teoreettista katsausartikkelia. Tutkittavina oli potilaita $n = 7$, sairaanhoitajia $n = 8$, lähiesihenkilöä/johtajaa $n = 11$, asiantuntijoita sekalaisista ryhmistä (terveydenhuollon/sosiaalihuollon

ammattilaiset/johto/ministeriö/palveluntarjoajat/edunvalvojat/) n = 9 ja kolme kirjallisuuskatsausta.

3.4.1 Lähijohtajien kompetenssit ja niiden tasot

Iblasi ym. (2024) kuvaavat hoitotyön lähijohtajien kompetensseja olevan seitsemän eri ulottuvuutta: laadukkaan hoidon parantamisen soveltaminen, itsensä johtaminen, johtajuus, hengellisen hoitotyön edistäminen, informaatiotekniikan hyödyntäminen, henkilöstöresurssit ja ammatillinen kehitys sekä finanssijohtaminen. Bender (2016) kuvaava kliinisen johtamisen kompetensseja kolmen ydinosaamisen kautta, jotka ovat kliininen johtajuus (viestintä, suhteet, tiimien rakentaminen ja ylläpitäminen, henkilöstön sitoutuminen), hoitoympäristön johtaminen (hoitoprosessit), kliinisten tulosten hallinta (datan käyttö, laadun parantaminen, suorituskyky).

Lähijohtajien kompetenssien tasot kuvaavat sitä syvyyttä ja asiantuntemusta, jona lähijohtaja on saavuttanut tehtävässään (González García ym. 2022). Kompetenssitasoja on luokiteltu erilaisilla tavoilla kuten sanallisesti, numeraalisesti asteikolla tai kehitysvaiheina. González ym. (2022) artikkelissa määriteltiin kompetenssien taso seuraavasti: aloittelija (noudattaa sääntöjä ja suunnitelmia), edistynyt aloittelija (tarjoaa osittaisia ratkaisuja vieraisiin tai monimutkaisiin tilanteisiin), pätevä (osoittaa vahvaa kompetenssia), erittäin pätevä (osoittaa merkittävää kompetenssia) ja asiantuntija (osoittaa kompetenssimallin mukaista käyttäytymistä). Tutkimuksen mukaan korkeamman tason kompetenssi kuten asiantuntija, saavutetaan usein maisteri- tai tohtoriopinnoilla. (González García ym. 2022.) Numeerisesti Likert-asteikolla kompetenssien tasoa kuvattiin 1 (noviisi), 2 (edistynyt aloittelija), 3 (pätevä), 4 (erittäin pätevä) – 5 (asiantuntija) (Warshawsky ym. 2022). Kehitysvaiheina kuvattiin tasoja seuraavasti: eteneminen uskollisesta seuraajasta riippumattomaksi ajattelijaksi ja edelleen keskinäisriippuvaiseksi yhteistyökumppaniksi (Streeton ym. 2021.) Lähiesihenkilöiden eettistä osaamista kuvaavassa tutkimuksessa Yu ym. (2024) kuvasivat kompetenssien tasoa tilastollisin profiilein: matala, kohtalainen ja korkea.

Norjalaisessa tutkimuksessa havaittiin selviä eroja uusien ja kokeneiden johtajien välillä (Lysfjord, Gjevjon, ja Skarstein 2024). Uusilla johtajilla tarkoitettiin johtajia, jotka ovat toimineet johtotehtävässä alle 2 vuotta ja kokeneilla johtajilla tarkoitettiin johtajia, jotka ovat toimineet johtotehtävässä yli 10 vuotta. Uudet johtajat usein tunsivat epävarmuutta ja epäilivät omia kykyjään. Kokeneet johtajat keskittyivät strategiseen johtamiseen, tehtävien priorisointii ja työntekijöiden motivointiin. Tämä osoittaa, että kompetenssien kehitysprosessi

johtaa siirtymään itsensä kehittämistä kohti tiimin ja organisaation laajempaa strategista johtamista. (Lysfjord ym. 2024.)

Bender (2016) mainitsee, että lähijohtamisessa ongelmana näyttäytyi se, ettei organisaatiossa ymmärretä lähiesihenkilön kompetensseja ja niille ei annettu tarpeeksi aikaa. Tämä vaatii myös johdon tukea.

3.4.2 Kompetenssien kehitystarpeet

Kirjallisuudessa tunnistettiin useita keskeisiä kompetenssien kehitystarpeita ja puutteita, jotka koskevat erityisesti hoitotyön lähijohtajia ja ylemmän tason johtajia sekä organisaatiotason kehitysohjelmia. Kehitystarpeet voidaan jakaa aloittelevien johtajien perusosaamisen puutteisiin, kokeneempien johtajien strategisen tason tarpeisiin sekä organisaation yleisiin kyvykkyyssvajeisiin.

Aloittelevien lähijohtajien osalta tunnistettiin, että heiltä vie usein 5 vuotta saavuttaa peruskompetenssitaso roolissaan (Warshawsky ym. 2022). He tuntevat usein olevansa valmistautumattomia sekä epävarmoja johtamistehtävään ja epäilevät omia kykyjään. He kokevat konfliktien käsittelyn vaikeaksi ja haastavaksi ja ovat hallinnollisten tehtävien uuvuttamia. (Lysfjord ym. 2024.)

Warshawsky ym. (2022) tutkimus osoittaa, että tietyt kompetenssit kehittyvät hitaammin ja vaativat organisaation kehitysohjelmien kohdentamista niihin. Nämä kompetenssit ovat talousosaaminen, järjestelmien parantamisosaaminen sekä strateginen ajattelu (Warshawsky ym. 2022). Suomalaisessa tutkimuksessa Kantanen ym. (2017) kertovat, että hoitotyön lähijohtajien katsotaan tarvitsevan erityisosaamisen kehittämistä, mikä tulee huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa, koulutuksessa ja johtamisessa. Lähijohtajat kokevat, ettei heillä ole riittävästi aikaa hoitotyön johtamiseen ja kehittämiseen uusien tehtävien, lisääntyneiden vastuiden ja suurempien henkilöstöryhmien johtamisen ohessa (Kantanen ym. 2017). Kliinisen hoitotyön johtamisessa osastonhoitajien kuvaukset potilaan välittömään hoitoon liittyvästä kliinisen työn johtamisesta jäivät vähäisiksi, mikä on huolestuttavaa, koska se on hoitotyön ydintehtävä (Ottman-Salminen, Vikberg-Aaltonen, ym. 2022).

3.4.3 Lähijohtajien kompetenssien yhteys laatuun

Kliinisen työn johtamisen keskeinen tavoite on potilaan turvallinen ja laadukas hoito (Ottman-Salminen, Vikberg-Aaltonen, ym. 2022; Ottman-Salminen, Kaunonen, ym. 2022). Potilaskeskeinen hoito on yksi laadun kuudesta ulottuvuudesta (Øyri ym. 2020), ja sen tulee olla sisällytettyinä strategiseen johtamiseen (Groene ym. 2015).

Lähijohtajien kompetenssit ovat ennustava tekijä potilaan hoidon laadulle (Warshawsky ym. 2022). Yksi tärkeä johtajan tehtävä huolehtia riittävästä resursseista ja toimivasta työympäristöstä, jotta hoitajat voivat hoitaa potilaat hyvin (Iblasi ym. 2024; Ottman-Salminen, Kaunonen, ym. 2022). Nämä molemmat johtavat parempaan potilastyytyväisyyteen ja hoidon laatuun (Warshawsky ym. 2022). Hoitotyön johtajan johtamistyyli ja osaaminen voivat vaikuttaa suoraan potilaiden kokemaan hoidon laatuun (Lysfjord ym. 2024; Ottman-Salminen, Vikberg-Aaltonen, ym. 2022; Warshawsky ym. 2022).

Johtajan tulee osata luoda muutosta tukeva kulttuuri, kun hoitotyötä kehitetään laadukkaammaksi. On luotava toimintakulttuuri, jossa ei rankaista virheistä, vaan niistä opitaan. Ei etsitä syyllisiä, vaan syitä, jotka voidaan korjata ja muuttaa. (Berger ym. 2020; Øyri ym. 2020.) Bender (2016) artikkelissa mainitaan, että organisaatioissa, joissa laadun parantaminen ei onnistunut, esiintyi usein vastustusta myöntää hoitovirheitä. Kun lähijohtaja edistää positiivista toimintakulttuuria ja turvallista fyysistä ympäristöä, se tukee työntekijöiden hyvinvointia ja tyytyväisyyttä (Dawes ja Topp 2022; Wong 2024), joka on yhteydessä henkilöstön hyvinvointiin, vähäisempään hoitotyön laiminlyöntiin ja potilastyytyväisyyteen, jotka ovat yhteydessä parempaan hoitotyön laatuun (Ottman-Salminen, Vikberg-Aaltonen, ym. 2022; Warshawsky ym. 2022).

Lähijohtajan tulee huolehtia henkilöstön tukemisesta sekä osaamisen vahvistamisesta. Laadukas hoitotyö edellyttää ammattilaisia, jotka ovat sitoutuneita ja osaavia. Lähijohtajan on tärkeää rekrytoida sekä pitää organisaatiossa työntekijöitä, joilla on asianmukainen kliininen taitotaso. (Dawes ja Topp 2022.) Laadun parantamisessa haasteiksi nousevat resurssien puute sekä johtajan vähäinen aika kliinisen työn sisällön johtamiselle ja kehittämislle (Kantanen ym. 2017; Ottman-Salminen, Vikberg-Aaltonen, ym. 2022).

Kirjallisuudessa on havaittu, että johtamisen kompetensseja kehittämällä voidaan saada aikaan parempaa hoitotyön laatua, sillä ne parantavat johtajien kykyä käyttää laadunparannuksen työkaluja sekä monimutkaisten muutosten johtamiskykyä (Glasheen ym.

2022; Warshawsky ym. 2022). Lähijohtajille tarjottujen koulutuksien avulla on saatu aikaiseksi positiivista vaikutusta terveydenhuollon laatuun ja turvallisuuteen (Leggat ym. 2016). Johtamiskoulutusta saaneilla johtajilla oli merkittävästi korkeammat kompetenssien kokonaispisteet verrattuna niihin, jotka eivät olleet osallistuneet (Iblasi ym. 2024).

Lähijohtajien on osattava ja käytettävä laadun arviointityökaluja (Berger ym. 2020).

Tutkimuksissa on tunnistettu, että tietyillä kompetenssialueilla on suoraan yhteys laatuun ja potilasturvallisuuteen. Näitä alueita ovat: laatu ja turvallisuus, järjestelmätason parantaminen sekä kehittämisosaaminen. Hoitotyön lähijohtajan pitää ymmärtää

terveydenhuoltojärjestelmän laadusta, turvallisuudesta ja rakenteista sekä osata kehittää niitä ja niiden ympärillä olevia prosesseja, joilla kaikilla voidaan parantaa hoitotyön laatua.

(Bender 2016; González García ym. 2022; Kantanen ym. 2017; L'Ecuyer ym. 2016.)

Kokemuksella ei löydetty olevan merkitsevää korrelaatiota kompetenssien kokonaispisteisiin (Iblasi ym. 2024).

3.5 Yhteenveto tutkimuksista

Yhteenvetona kirjallisuuskatsauksen tuloksista voidaan todeta, että lähijohtajien kompetenssit ovat perusta organisaation kyvyille tuottaa korkealaatuista ja turvallista potilaan hoitoa.

Kompetenssit parantavat suoraan työympäristöä, mikä vähentää tekemättä jäänyttä hoitoa ja nostaa yleistä hoidon laatua.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset vahvistavat sitä, että hoitotyön lähijohtajien kompetensseilla on vaikutusta hoitotyön laatuun, mutta ne eivät yksistään selitä hoitotyön laatua. Hoitotyön kompetensseista johtamiskoulutusta saaneilla johtajilla on havaittu olevan korkeammat kompetenssien kokonaispisteet. Tutkimusten mukaan korkein asiantuntijataso saavutetaan usein maisteri- tai tohtoriopinnoilla. Johtajien välillä on selviä eroja kokemuksen perusteella: Uudet johtajat (< 2 vuotta) tuntevat usein epävarmuutta ja epäilevät kykyjään. Kokeneet johtajat (> 10 vuotta) kykenevät keskittymään strategiseen johtamiseen, priorisointiin ja henkilöstön motivointiin.

Tutkimukset osoittavat, että tietyt kompetenssit kehittyvät hitaammin ja vaativat organisaatiolta kohdennettuja kehitysohjelmia. Näitä ovat erityisesti talousosaaminen, järjestelmien parantamisosaaminen sekä strateginen ajattelu. On myös huomioitava, että katsauksen mukaan työkokemuksella ei kaikissa tutkimuksissa löydetty olevan suoraa merkitsevää korrelaatiota kompetenssien kokonaispisteisiin, mikä tuo vivahteikkautta

keskusteluun kokemuksen ja osaamisen suhteesta. Kuitenkin yhdessä tutkimuksessa tuotiin esiin, että tyypillisesti vie viisi vuotta saavuttaa peruskompetenssitaso. Lähijohtajat kokevat, ettei heillä ole riittävästi aikaa hoitotyön sisällön johtamiseen ja laadun kehittämiseen.

Esteenä ovat lisääntyneet hallinnolliset vastuut, suuret henkilöstöryhmät ja kiire.

Lähijohtajan kompetenssit ovat ennustava tekijä potilaan hoidon laadulle. Johtamistyyli ja osaaminen vaikuttavat suoraan potilastyytyväisyyteen ja potilasturvallisuuteen varmistamalla riittävät resurssit ja toimivan työympäristön. Tutkimuksissa on tunnistettu, että laatu- ja turvallisuusosaamisella, järjestelmätason parantamisosaamisella sekä kehittämisosaamisella on suoraan yhteys hoitotyön laatuun.

Kirjallisuuskatsaus edusti maantieteellisesti useita maanosia: Eurooppa (n = 12), Pohjois-Amerikka (n = 10), Aasia (n = 6), Oseania (n = 3) ja Etelä-Amerikka (n = 2). On kuitenkin huomioitava, että eri maissa lähijohtajan tehtävät eroavat toisistaan. Vertailu eri maiden välillä ei siis ole yksiselitteistä lähijohtajan tehtävien ja terveydenhuoltojärjestelmien erojen vuoksi.

Lisäksi ilmiötä on tarkasteltu eri henkilöryhmien kautta, mikä tuo esiin erilaisia painotuksia: esimerkiksi lähijohtajien itsearvioinnit korostavat usein hallinnollisia puutteita, kun taas hoitajien näkökulmasta korostuvat johtamistyylin vaikutukset päivittäiseen työympäristöön ja potilasturvallisuuteen. Tämä eri näkökulmien välinen sidos vahvistaa käsitystä siitä, että lähijohtajan toimeenpanokyky on moniulotteinen ilmiö, joka kytkeytyy sekä yksilölliseen osaamiseen että laajempaan organisaatiokulttuuriin.

Tämä tutkimus vastaa tunnistettuun tiedon aukkoon tuottamalla suoraa empiiristä näyttöä hoitotyön lähijohtajien toimeenpanokompetenssien ja potilaskeskeisen hoidon laadun (NPS) välisestä yhteydestä suomalaisessa terveydenhuollon toimintaympäristössä. Tämä tutkimus oli tarpeellinen, jotta voidaan tarjota tietoon perustuvia suosituksia lähijohtajien osaamisen kehittämiseksi sote-uudistuksen tuomien uusien vaikuttavuus- ja laatuvaatimusten keskellä. Tunnistamalla nämä osaamisvajeet sekä mahdolliset toimet laadun varmistamisessa ja niiden yhteys hoidon laatuun, organisaatiot voivat kohdentaa tukitoimia ja koulutusta siten, että ne vahvistavat lähijohtajien kykyä toimia laadunvarmistuksen perustana.

4 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on analysoida hoitotyön lähijohtajien toimeenpanokompetensseja ja hoitotyön laatua. Tutkimuksen tavoitteena on edistää hoitotyön lähijohtajien kompetenssien kehittämistä.

Tutkimuskysymykset:

1. Mikä on hoitotyön lähijohtajan itse arvioima toimeenpanokompetenssien taso?
2. Miten lähijohtajien toimeenpanokompetenssit ovat yhteydessä toteutuneeseen hoitotyön laatuun?

5 Tutkimuksen empiirinen toteutus

Tutkimuksen empiirinen osa toteutettiin lokakuu 2024 – elokuu 2025 aikana. Tutkimuslupa haettiin kohdeorganisaatiolta lokakuun 2024 aikana ja siihen haettiin vielä jatkoa uudelleen helmikuun 2025 aikana. Aineistonkeruu aloitettiin heti tutkimusluvan myöntämisen jälkeen ja aineiston laadullista analyysia toteutettiin samanaikaisesti aineistonkeruun kanssa.

Kvantitatiivinen osuus aineiston analyysista toteutettiin koko tutkimusaineiston kertymisen jälkeen.

5.1.1 Kohderyhmä ja otos

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kohdeorganisaation osastojen lähijohtajat. Lähijohtajalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa osastonhoitajia sekä apulaisosastonhoitajia huolimatta siitä, miten kohdeorganisaatiossa johtamistehtävät on määritelty.

Tutkimuksen mukaanottokriteerit: 1) Hoitotyöntekijöiden lähijohtaja yksiköstä, jossa NPS-arvo on julkaistu 2023 vuodelta vähintään 8 kuukauden ajalta. 2) Hoitotyöntekijöiden lähijohtaja (osastonhoitaja tai apulaisosastonhoitaja) kohdeorganisaation somatiikan tai psykiatrian toimialoilta (aikuisten tai lasten), pois lukien välinehuolto. Tässä tutkimuksessa myös apulaisosastonhoitajat luetaan kuuluviksi lähijohtajiin, vaikka kohdeorganisaatiossa tehtävä ei ole johtamistehtävä. Apulaisosastonhoitajia voi olla useampia, jolloin kaikki yksiköiden apulaisosastonhoitajat saavat vastata.

Kutsu osallistua lähetettiin kaikille tutkimukseen rekrytoitaville lähijohtajille. Vastaajan mukaanottokriteerien täyttyminen varmistettiin kyselyssä seuraavilla kahdella kysymyksellä: 1. Käytetäänkö yksikössäsi NPS-arvoa mittaamaan potilastyytyväisyyttä? 2. Kuulutko NPS-rajauksen mukaan ryhmään A vai B? Vaihtoehto En löydä yksikköäni tiedostosta tarkoitti, että kyseisestä yksiköstä ei ole saatavilla vuoden 2023 osalta vähintään 8 kuukauden ajalta NPS-arvoja. Jos kriteerit eivät täyttyneet, kyselyyn vastaaminen päättyi. Kohdeorganisaation vastuuhenkilö sai osastonhoitajien ja apulaisosastonhoitajien listat tutkimuslupaa vastaan kohdeorganisaation henkilöstöjohdosta. Tutkimukseen tavoiteltiin kyselyn kysymysten ja vastausvaihtoehtojen tulon mukaisesti $9 \times 2 \times 6 = 108$ vastausta (Vehkalahti 2014). Lopullinen otoskoko $n = 64$ määräytyi sen mukaan, kuinka monta mukaanottokriteeriä täyttävää lähijohtajaa saatiin osallistumaan tutkimukseen. Tutkimuksessa tarkastellaan kaikkia vastauksia, riippumatta siitä kumpaan NPS-rajauksen mukaiseen ryhmään vastaaja kuuluu.

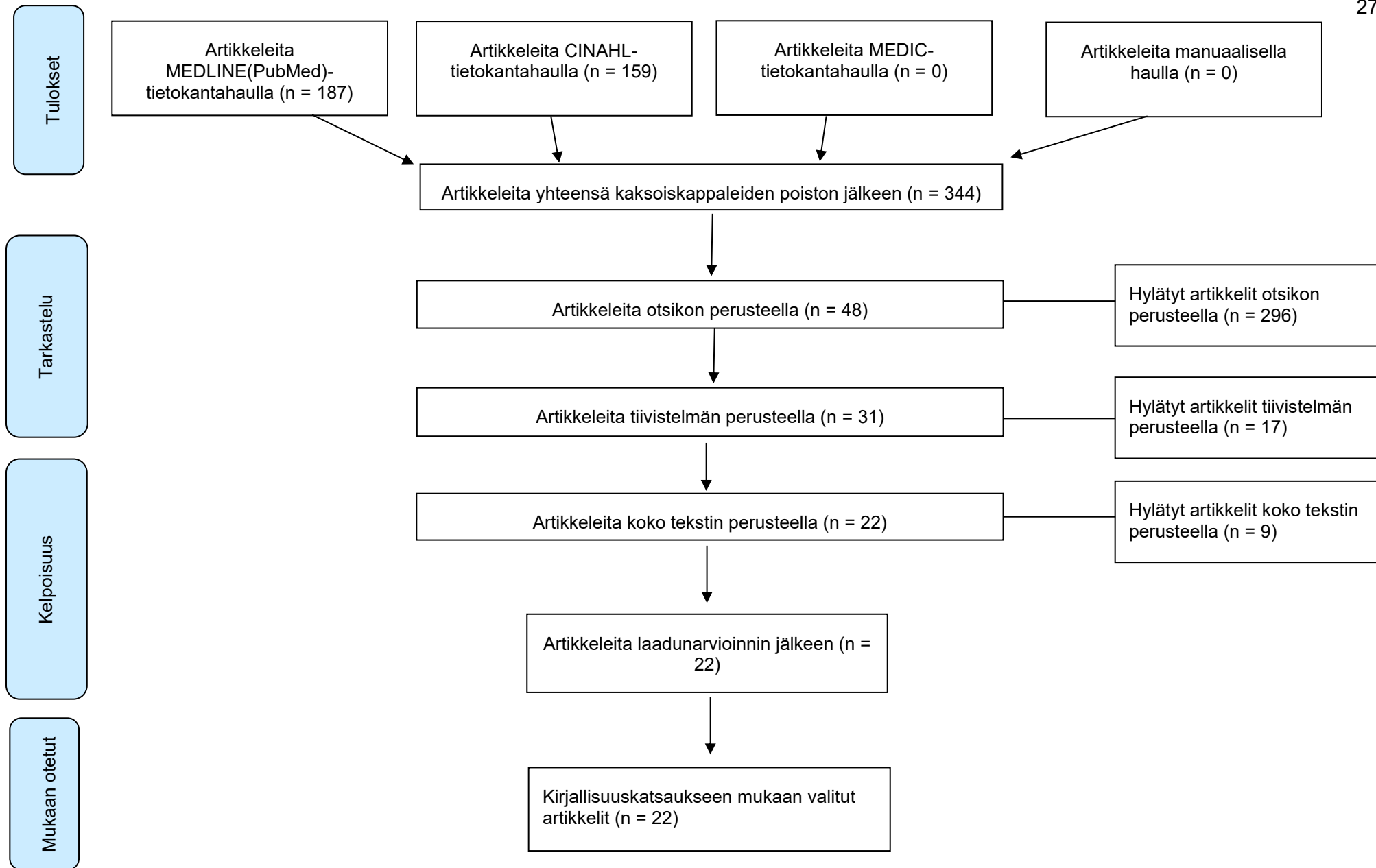
5.1.2 Aineiston keruu ja käytetyt mittarit

Tähän tutkimukseen valittiin hoitotyön organisaatioille Yhdysvalloissa National Center for Healthcare Leadership:n kehittämä Health Leadership Competency Model -osaamismalli (NCHL-malli). NCHL-mallista käytettiin sen viimeisintä versiota 3.0, joka on julkaistu vuonna 2018. Kysely kehitettiin tätä tutkimusta varten kyseisen johtamisen osaamismallin Health Leadership Competency Model pohjalta (Liite 3). Kyseinen malli on alkujaan englanninkielinen ja tutkija on suomentanut sen. Suomentamasta on käytetty kyselyn kysymysten pohjana. Mallin valintaa varten tehtiin erillinen kirjallisuushaku, joka esitettynä kuviossa 2. (Page ym. 2021), josta etsittiin johtamisen osaamismalleja. Valituista artikkeleista n = 22, katsottiin käytetty johtamismalli ja koottiin nämä taulukkoon 3.

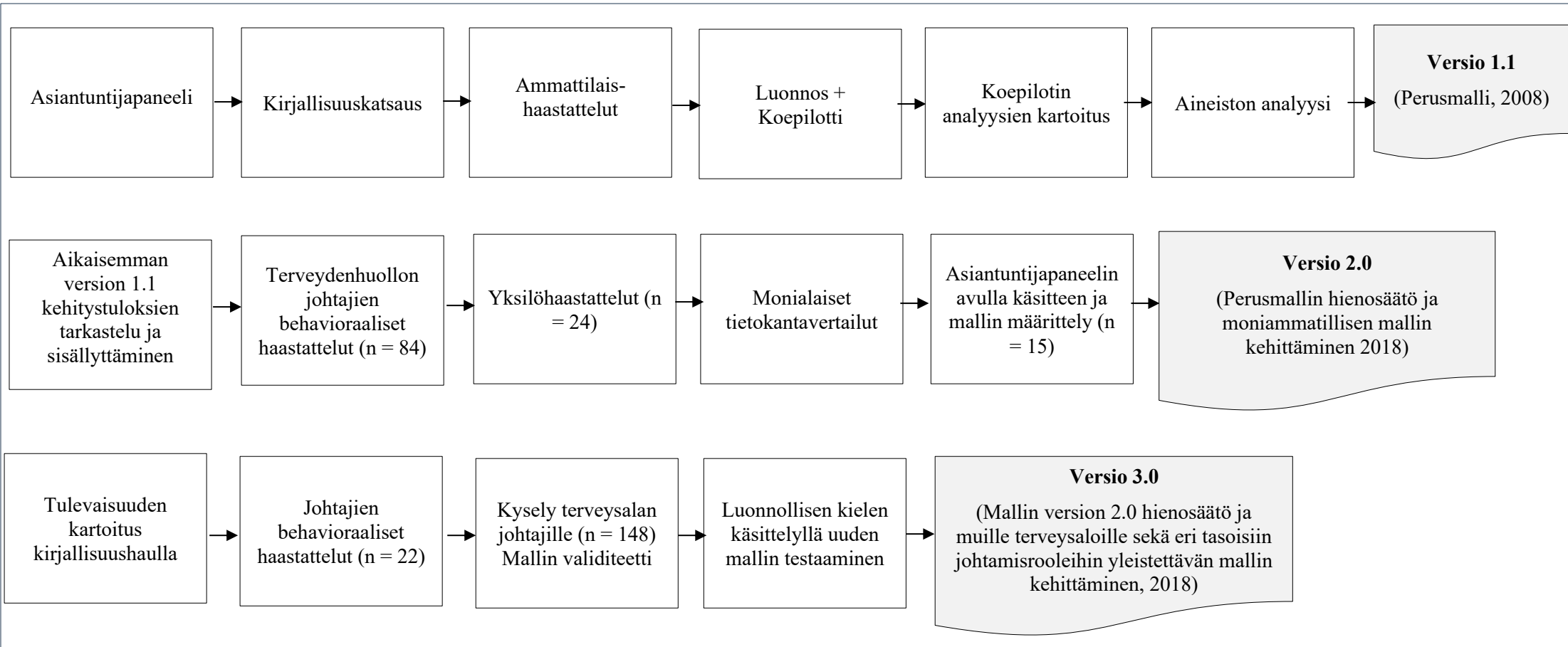
Kirjallisuustarkastelun perusteella valittua mallia on käytetty useimmissa hoitotyön johtamista tutkivissa tutkimuksissa eri maissa. Eri mallien käytön tarkastelu kirjallisuudesta on esitettynä taulukossa 3.

Taulukko 3. Johtamismallit -kirjallisuustarkastelun tulokset

Johtamisen kompetenssimalli	Cinahl	Pubmed	Yhteensä
Management Competency Framework (MCAP)	1		1
Activity Competency Model	1	1 (duplikaatti)	1
Clinical Nurse Leader (CNL) Competency framework	1	1 (duplikaatti)	1
NCHL	2	3 (1 duplikaatti)	4
Artikkeli kertoi uuden mallin kehittämisestä/kehitettiin uusi malli	3	5	8 (Jokaisessa oma kehitetty malli)
Diversity Competency Model		1	1
Dutch Medical leadership competency framework		1	1
Health Leadership Competency Model (HLCM)		1	1
Healthcare Quality Essentials Competency Framework		1	1



Kuvio 2. Mukailtu PRISMA Flow-kaavio johtamisen kompetenssimalli -tutkimusten valinnan etenemisestä (Page ym. 2021)



Kuvio 3. NCHL-kompetenssimallin kehityksen vaiheet (National Center for Healthcare Leadership 2018)

Health Leadership Competency Model -osaamismallin kehittämisen prosessikaavio on esitetty kuviossa 3. ja sen kehittämisessä on ollut mukana satoja terveydenhuollon johtajia. (National Center for Healthcare Leadership 2018.) Mallista on kehitetty ensimmäinen versio vuonna 2008 (Andrew N Garman ym. 2020). Josta tämä versio 3.0 on jatkokehitetty ja julkaistu vuonna 2018. Mallin 3.0 versiota varten on ensimmäisessä vaiheessa tehty systemaattinen kirjallisuushaku, jolla pyrittiin selvittämään tulevaisuuden visiota vuodelle 2030 niin hoitotyöstä kuin sen ulkopuolelta. Tulevaisuuden näkemykset käytiin läpi hoitotyön kehittämiseen osallistuvien johtajien kanssa. Tämän jälkeen toteutettiin perusteelliset behavioraaliset haastattelut eri organisaatioiden ja sen tasojen hoitotyön johtajille. Näiden pohjalta edellistä 2.0 mallia muokattiin ja lopullinen malli testattiin vielä kyselyllä, jonka täytti laajempi joukko hoitotyön johtajia. Näin varmistettiin mallin sisältövaliditeetti ja yleistettävyys. (Andrew N Garman ym. 2020; Andrew N. Garman, Standish, ja Wainio 2020; National Center for Healthcare Leadership 2018). NCHL-mallia on tutkittu ja todettu, että se on monta johtamisen osaamismallia yhdistävä malli (Garman, Standish, ja Kim 2018; Kim ym. 2022).

Kysely toteutettiin Turun yliopiston Webropol-työkalulla. Kyselyn runko on nähtävissä liitteessä 4. Kyselyn täyttämiseen arvioitiin menevän n. 15–20 minuuttia. Kyselyn aineistonkeruu oli auki tutkimusluvan keston ajan 15.5.-31.8.2025 eli 3,5 kuukautta.

Aineiston keräämiseksi kohdeorganisaatiolta oli nimetty vastuuhenkilö. Tutkija ohjasi ja informoi vastuuhenkilöä suullisesti ja kirjallisesti tutkimuksen kulusta sekä toimitti tutkittaville jaettavaksi seuraavat dokumentit: suostumusasiakirjat, joka sisälsi tutkimustiedotteen sekä kuvauksen tutkimuksessa tapahtuvasta henkilötietojen käsittelystä ja siihen liittyvistä oikeuksista. Kohdeorganisaation vastuuhenkilö jakoi oheiset dokumentit sekä kyselylinkin sähköpostitse kaikille rekrytoitaville lähijohtajille.

NPS-arvoa käytetään potilastyytyväisyydestä ja käyttäjäuskollisuudesta kertovana mittarina. Se on kansainvälinen ja sen on kehittänyt Reichheld vuonna 2003 (Stirling ym. 2019; York ja McCarthy 2011). NPS on käytössä kansainvälisesti ja useissa sairaaloissa ja eri osastoilla ja sitä käytetään tärkeänä strategisena mittarina, jolla saadaan palautetta potilailta, siihen onko parannustoimilla saatu vaikutusta aikaan. Sitä hyödynnetään erityisesti organisaatioiden johdon raportoinnissa ja toiminnan kehittämisessä. (Berger ym. 2020; Evans ym. 2009.). NPS on yksi potilaskeskeisyyden mittareista eli PREM-mittareista. Mittari kertoo hoitotyön laadusta potilaiden itsensä kertomana, mikä huomioi Yhdysvaltain kansallisen

lääketieteellisen akatemian laadun määritelmään kuuluvan potilaskeskeisyyden (Committee on Quality of Health Care in America 2001; Joint Commission Resources 2023). Myös Groene ym. (2015) mainitsevat, että potilaskeskeisyys on olennainen osa hoitotyön laatua. Skyrud & Bukholm (2021) toteavat artikkelissaan potilaita saadun palautteen olevan merkityksellistä hoidon laadun kannalta. Potilaskokemuksen mittareita on alettu käyttämään rutiininomaisesti mittaamaan hoidon laatua (Groene ym. 2015). Westbrook, Babakus, ja Grant (2014) osoittivat tutkimuksessaan, että eri laatutekijöiden yhteistuloksella on positiivinen vaikutus potilaiden suosittelemiseen. NPS perustuu yhteen kysymykseen, joka voidaan kysyä esimerkiksi muodossa ”kuinka todennäköisesti suosittelet sairaalaamme tai yksikköämme viime käyntisi perusteella ystävillesi tai perheellesi, jos he tarvitsisivat samankaltaista hoitoa tai tutkimusta?” (York ja McCarthy 2011). Kliinisen työn seurannassa on siirrytty esimerkiksi komplikaatioiden määrän seurannasta nykyään enemmän potilailta kysytyihin hoidon tuloksiin, joista yksi NPS on. Se sisältää mittauksen siitä, kuinka hoito on toteutunut. (Hamilton ym. 2014.)

NPS arvo annetaan numeraalisena asteikolla 0-10 (0 = Erittäin epätodennäköisesti ja 10 = erittäin todennäköisesti). Lopullinen NPS-arvo muodostuu potilaiden antamista arvioista, suosittelevien (NPS-arvo 9-10) ja arvostelijoiden (NPS-arvo 0-6) prosenttiosuuksien erotuksesta (Berger ym. 2020; Hamilton ym. 2014; Leslie ym. 2022; Stirling ym. 2019). NPS voi olla mitä vain -100 (kukaan ei suosittele) ja +100 (kaikki suosittelevat) väliltä. NPS-arvon ollessa yli +50 katsotaan, että palvelu on hyvää. (Hamilton ym. 2014; Stirling ym. 2019.) Esimerkiksi jos suosittelevia (NPS-arvo 9-10) on 50 potilaista ja 20 % on passiivisia (NPS arvo 7-8) sekä 30 % potilaista on arvostelijoita (NPS-arvo 0-6). Lasketaan lopullinen NPS-arvo: $50\% - 30\% = 20$, eli lopullinen NPS-arvo on 20.

NPS-arvojen tarkastelu toteutettiin siten, että tarkasteltiin vuoden 2023 NPS-arvoja niiden yksiköiden osalta, joista NPS-arvo on julkaistu 2023 vuodelta vähintään 8 kuukauden ajalta. NPS-arvoja tarkasteltiin koko vuoden 2023 arvoja käyttäen. NPS arvojen tarkastelun toteutti tutkija itse. NPS-arvoista muodostettiin taulukko, joka liitettiin osaksi kyselyä. Taulukosta kyselyyn vastaajat näkivät oman yksikkönsä keskiarvon muodossa ryhmä A tai ryhmä B. Ryhmän A:n muodostivat yksiköt, joiden NPS >50 ja ryhmä B:n muodostivat yksiköt, joiden NPS ≤50. Mikäli yksikköä ei löytynyt listalta, kyseisestä yksiköstä ei ollut saatavilla vuoden 2023 osalta vähintään 8 kuukauden ajalta NPS-arvoja

Ristiintaulukointia varten vastauksista tehtiin ryhmittely kahteen ryhmään yksikön saaman vuoden 2023 NPS arvon mukaan. Ensimmäisen ryhmän (ryhmä A) muodostivat esihenkilöt, joiden yksikön saaman vuoden 2023 NPS-arvo oli >50 ja toisen ryhmän (ryhmä B) muodostivat ne esihenkilöt, joiden yksikön saaman vuoden 2023 NPS-arvo oli ≤ 50 . NPS-arvo kysyttiin kyselyssä tutkittavalta itseltään muodossa ”Kuulutko NPS-rajauksen mukaan ryhmään A vai B?”, vastaaja katsoi ryhmän kyselyssä olevasta tiedostosta oman yksikkönsä kohdalta. Täten tutkijan ei tarvinnut kysyä kyselyssä taustatietona vastaajan yksikköä.

5.1.3 Aineiston analyysi

Taustatietona kyselyssä kerättiin vastaajan koulutustausta, työkokemuksen pituus lähijohtajana, tehtävänimike (osastonhoitaja vai apulaisosastonhoitaja) sekä lähijohtajan työskentely-yksikön NPS-arvo vuodelta 2023 muodossa ryhmä A ($NPS > 50$) tai ryhmä B ($NPS \leq 50$). Kyselyn toteuttamisen jälkeen, aineisto käytiin läpi ja poistettiin tiedot, josta vastaajan henkilöllisyys tai yksikkö voisi käydä ilmi.

Kyselyn avoimet vastaukset analysoitiin käyttäen kvalitatiivista induktiivista sisällönanalyysia (Latvala ja Vanhanen-Nuutinen 2001), joka kohdistuu aineiston ilmi sisältöihin. Aineiston sisällönanalysista on nähtävissä esimerkkejä teemoittelusta liitteessä 5.

Lähijohtajien kompetenssien ja laadun yhteyttä tarkasteltiin ristiintaulukoimalla eri muuttujat suhteessa koko vuoden 2023 NPS-arvoon. Muuttujina käytettiin kompetensseja sekä taustatiedoista koulutustaustaa, työkokemuksen pituutta sekä tehtävänimikettä.

Lähijohtajat arvioivat itse osaamistaan kunkin toimeenpanokompetenssin kohdalla käyttäen kuusiportaista asteikkoa. Arvioinnissa käytettiin seuraavia määritelmiä: 1 = Heikko, 2 = Melko heikko, 3 = Kohtalainen, 4 = Melko vahva, 5 = Vahva sekä 6 = En osaa sanoa. Tulosten tilastollisessa käsittelyssä eli minimi- ja maksimiarvojen sekä keskiarvojen (KA) laskennassa, on huomioitu ainoastaan asteikon arvot 1–5. Vastausvaihtoehto 6 (”En osaa sanoa”) on jätetty näiden laskelmien ulkopuolelle.

Toimeenpanokompetenssien merkitystä hoitotyön laadun kannalta arvioitiin seuraavasti. Jokaisen kompetenssin kohdalla vastaajilta kysyttiin: ”Koetko [kyseisellä]-kompetenssilla yleisesti olevan merkitystä hoitotyön laadun kannalta?”. Arviointi tehtiin kaksiportaisella Kyllä/Ei-asteikolla, jossa vastausvaihtoehdot olivat: Kokee merkitystä, Ei koe merkitystä. Tulokset on esitetty lähteissä prosentiosuuksina (%) siitä, kuinka suuri osa vastaajista koki kunkin kompetenssin merkitykselliseksi.

6 Tutkimustulokset

Tutkimukseen osallistui yhteensä $n = 64$ lähijohtajaa, joiden keskeiset taustatiedot on kuvattu taulukossa 4. Vastaajien työkokemuksen kokonaispituus vaihteli 10 kuukaudesta 420 kuukauteen eli 10 kuukaudesta 35 vuoteen, ja työkokemuksen keskiarvo oli 101,6 kuukautta eli n. 8,5 vuotta. 33 % vastaajista oli yli 10 vuotta työkokemusta. Koulutustasoltaan osallistujat olivat korkeasti koulutettuja, sillä suurimmalla osalla (70 %) oli ylempi korkeakouluaste ja 25 % alempi korkeakouluaste.

Vastaajista suurempi osa (55 %) työskenteli apulaisosastonhoitajina kuin osastonhoitajina 45 %. Kun osallistujia tarkasteltiin heidän yksikkönsä suositteluindeksin perusteella, valtaosa (89 %) kuului ryhmään A ($NPS > 50$) ja 11 % kuului ryhmään B ($NPS \leq 50$). NPS:n mukaan tarkasteltuna mukaanottokriteerit täyttävistä osastoista 88 % kuuluu ryhmä A:han, kun 12 % kuuluu ryhmä B:hen kaikkien osastojen NPS-lukuja tarkasteltaessa, joten tämän osalta vastaajat edustavat hyvin tutkittavaa joukkoa.

Taulukko 4. Tutkimukseen osallistuneiden keskeiset taustatiedot

Muuttuja	N (%)	Vaihtelu väli (kk)	Minimi (kk)	Maksimi (kk)	KA (kk)
Työkokemuksen kokonaispituus	–	10–420	10	420	101,6
$x < 2$ vuotta	15 (23 %)	10–23	10	23	16,00
$2 \leq x < 5$ vuotta	13 (20 %)	24–54	24	54	35,94
$5 \leq x < 10$ vuotta	15 (23 %)	72–108	72	108	83,27
$10 \leq x$ vuotta	21 (33 %)	120–420	120	420	220,20
Ylin suoritettu koulutusaste					
Alempi korkeakouluaste	16 (25 %)	–	–	–	–
Ylempi korkeakouluaste	45 (70 %)	–	–	–	–
Tutkijakoulutus	0 (0 %)	–	–	–	–
Jokin muu	3 (5 %)	–	–	–	–
Nykyinen tehtävänimike					
Osastonhoitaja	29 (45 %)	–	–	–	–
Apulaisosastonhoitaja	35 (55 %)	–	–	–	–
NPS-arvion mukainen ryhmä					
Ryhmä A ($NPS > 50$)	57 (89 %)	–	–	–	–
Ryhmä B ($NPS \leq 50$)	7 (11 %)	–	–	–	–

Taulukossa 5 esitetään tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot jaoteltuna NPS-rajauksen mukaisin ryhmiin A ($NPS > 50$) ja B ($NPS \leq 50$). Ryhmään A kuului valtaosa vastaajista ($n =$

57), kun taas ryhmään B kuului seitsemän vastaajaa. Koulutustaustaltaan ryhmät olivat hyvin samankaltaiset: ylempi korkeakouluaste oli suoritettuna 70 %:lla ryhmän A ja 71 %:lla ryhmän B vastaajista.

Työkokemuksen osalta ryhmien välillä oli havaittavissa eroja, sillä ryhmän B lähijohtajien työkokemuksen keskiarvo (115kk) oli korkeampi kuin ryhmän A (100kk). Erityisesti alle kahden vuoden työkokemuksella olevia vastaajia oli ryhmässä A 26 %, kun taas ryhmässä B heitä ei ollut lainkaan.

Tehtävänimikkeittäin tarkasteltuna ryhmässä A apulaisosastonhoitajia (56 %) oli enemmän kuin osastonhoitajia (44 %). Ryhmässä B tilanne oli päinvastainen, sillä siellä osastonhoitajien osuus (57 %) oli suurempi kuin apulaisosastonhoitajien (43 %).

Taulukko 5. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot NPS-rajauksen mukaisissa ryhmissä

Muuttuja	Ryhmä A n (%) / KA (min–max)*	Ryhmä B n (%) / KA (min–max)*
Koulutustausta		
Alempi korkeakouluaste (1)	14 (25 %)	2 (29 %)
Ylempi korkeakouluaste (2)	40 (70 %)	5 (71 %)
Tutkijakoulutus (3)	0 (0 %)	0 (0 %)
Jokin muu (4)	3 (5 %)	0 (0 %)
Työkokemus	-/100,02 (10–362 kk)	-/115,0 (29–420 kk)
x < 2 vuotta	15 (26 %) /15,63 (10–23 kk)	-
2 ≤ x < 5 vuotta	14 (25 %) /36,46 (24–51 kk)	4 (57 %) /38 (31–54 kk)
5 ≤ x < 10 vuotta	9 (16 %) /84,44 (72–108 kk)	2 (29 %) /78 (72–84 kk)
10 ≤ x vuotta	19 (33 %) /211,47 (120–362 kk)	1 (14 %) /420 (420–420 kk)
Tehtävänimike		
Osastonhoitaja	25 (44 %)	4 (57 %)
Apulaisosastonhoitaja	32 (56 %)	3 (43 %)

*Ryhmä A (NPS>50), ryhmä B (NPS≤50).

6.1 Hoitotyön lähijohtajien itse arvioima toimeenpanokompetenssien taso

6.1.1 Vastuullisuuskompetenssi

Vastuullisuudella tarkoitetaan kykyä pitää ihmiset vastuullisina suorituskäytännön standardeista tai varmistaa noudattaminen tehokkaasti ja asianmukaisesti käyttämällä oman aseman tai persoonallisuuden valtaa, pitäen mielessä organisaation pitkän aikavälin hyvän (National Center for Healthcare Leadership 2018).

Taulukossa 6 kuvataan lähijohtajien itsearvioiman vastuullisuuskompetenssin tasoa jaoteltuna taustamuuttujien perusteella. Vastuullisuus oli yksi korkeimmin arvioiduista kompetensseista, ja sen keskiarvot olivat lähes kaikissa ryhmissä yli neljän.

Työkokemuksen osalta korkeimman arvion osaamisestaan antoivat yli 10 vuotta työskennelleet lähijohtajat (KA 4,45), kun taas matalin itsearvioitu taso oli 2–5 vuotta työskennelleillä (KA 3,83).

Koulutustaustaa tarkastellessa ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet arvioivat vastuullisuuskompetenssinsa hieman korkeammaksi (KA 4,18) kuin alemman korkeakoulututkinnon suorittaneet (KA 4,00). Tehtävänimikkeiden välillä ei havaittu suurta eroa, sillä osastonhoitajien (KA 4,17) ja apulaisosastonhoitajien (KA 4,15) arviot olivat hyvin lähellä toisiaan.

Merkittävin ero itsearvioinnissa havaittiin yksiköiden suositteluindeksin perusteella muodostettujen ryhmien välillä. Ryhmän A (NPS > 50) lähijohtajat arvioivat vastuullisuuskompetenssinsa selvästi vahvemiksi (KA 4,23) kuin ryhmän B (NPS ≤ 50) vastaajat (KA 3,57).

Vastuullisuuskompetenssin kohdalla vahvin itsearvioitu kompetenssin taso oli "Jokin muu" - koulutustaustan omaavilla vastaajilla (KA 4,67) ja heikoin itsearvioitu kompetenssin taso oli Ryhmään B kuuluvilla vastaajilla (KA 3,57).

Taulukko 6. Itse arvioitu lähijohtajan vastuullisuuskompetenssin taso

Muuttuja	Minimi	Maksimi	KA
Työkokemuksen kokonaispituus			
x < 2 vuotta	3	5	4,21
2 ≤ x < 5 vuotta	3	5	3,83
5 ≤ x < 10 vuotta	3	5	4,09
10 ≤ x vuotta	3	5	4,45
Ylin suoritettu koulutusaste			
Alempi korkeakouluaste	3	5	4,00
Ylempi korkeakouluaste	3	5	4,18
Tutkijakoulutus	0	0	0
Jokin muu	4	5	4,67
Nykyinen tehtävänimike			
Osastonhoitaja	3	5	4,17
Apulaisosastonhoitaja	3	5	4,15

Muuttuja	Minimi	Maksimi	KA
NPS-arvion mukainen ryhmä			
Ryhmä A (NPS > 50)	3	5	4,23
Ryhmä B (NPS ≤ 50)	3	5	3,57

6.1.2 Saavutusorientaatiokompetenssi

Saavutusorientaatiolla tarkoitetaan kykyä huolehtia standardien ylittämisestä. Standardit voivat liittyä suorituskyykyyn (pyrkimys parantamiseen), objektiiviset mittarit (tulossuuntautuneisuus), muiden voittaminen (kilpailukyky). Tämä sisältää myös innovoimisen eli haastavien tavoitteiden asettamisen ja standardien luonteen uudelleenmäärittelyn. (National Center for Healthcare Leadership 2018.)

Taulukossa 7 kuvataan lähijohtajien itsearvioiman saavutusorientaatiokompetenssin tasoa taustamuuttujittain. Tulokset osoittavat, että työkokemuksella on selkeä yhteys osaamisarvioihin: korkeimman arvion osaamisestaan antoivat yli 10 vuotta työskennelleet lähijohtajat (KA 4,30), kun taas matalin itsearvioitu taso työkokemusryhmistä oli 2–5 vuotta työskennelleillä (KA 3,28).

Koulutustaustan mukaan tarkasteltuna alemman korkeakoulututkinnon suorittaneet arvioivat osaamisensa hieman vahvemiksi (KA 3,75) kuin ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet (KA 3,67). Tehtävänimikkeittäin tarkasteltuna osastonhoitajien itsearvioinnin keskiarvo (KA 3,86) oli korkeampi kuin apulaisosastonhoitajien (KA 3,60). Myös yksikön suositteluindeksin perusteella muodostetut ryhmät poikkesivat toisistaan: Ryhmän A (NPS > 50) lähijohtajat arvioivat saavutusorientaationsa vahvemiksi (KA 3,79) kuin Ryhmän B (NPS ≤ 50) vastaajat (KA 3,14).

Saavutusorientaatiokompetenssin kohdalla vahvin itsearvioitu kompetenssin taso oli yli 10 vuotta työskennelleillä lähijohtajilla (KA 4,30) ja heikoin itsearvioitu kompetenssin taso oli Ryhmään B kuuluvilla vastaajilla (KA 3,14).

Taulukko 7. Itse arvioitu lähijohtajan saavutusorientaatiokompetenssin taso

Muuttuja	Minimi	Maksimi	KA
Työkokemuksen kokonaispituus			
$x < 2$ vuotta	2	5	3,60
$2 \leq x < 5$ vuotta	2	4	3,28
$5 \leq x < 10$ vuotta	3	4	3,55

Muuttuja	Minimi	Maksimi	KA
10 ≤ x vuotta	3	5	4,30
Ylin suoritettu koulutusaste			
Alempi korkeakouluaste	2	5	3,75
Ylempi korkeakouluaste	2	5	3,67
Tutkijakoulutus	0	0	0
Jokin muu	4	5	4,33
Nykyinen tehtävänimike			
Osastonhoitaja	2	5	3,86
Apulaisosastonhoitaja	2	5	3,60
NPS-arvion mukainen ryhmä			
Ryhmä A (NPS > 50)	2	5	3,79
Ryhmä B (NPS ≤ 50)	2	4	3,14

6.1.3 Analyttisen ajattelun kompetenssi

Analyttisellä ajattelulla tarkoitetaan kykyä kehittää tilanteen, asian tai ongelman syvempää ymmärrystä jakamalla se osiin tai jäljittämällä sen vaikutuksia vaiheittain, eri ominaisuuksien tai näkökohtien systemaattisen vertailun, prioriteettien asettamisen rationaalisella perusteella, ja aikajärjestysten, syy-seuraussuhteiden tunnistamisen. (National Center for Healthcare Leadership 2018.)

Taulukossa 8 kuvataan lähijohtajien itsearvioiman analyttisen ajattelun kompetenssin tasoa taustamuuttujittain. Analyttinen ajattelu arvioitiin yhdeksi vahvimmista osa-alueista, ja useimmissa ryhmissä keskiarvot ylittivät tason neljä.

Työkokemuksen osalta korkeimman arvion osaamisestaan antoivat 5–10 vuotta työskennelleet lähijohtajat (KA 4,36), kun taas matalin itsearvioitu taso työkokemusryhmistä oli 2–5 vuotta työskennelleillä (KA 4,00).

Koulutustaustan mukaan tarkasteltuna ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet arvioivat osaamisensa hieman vahvemmaksi (KA 4,22) kuin alemman korkeakoulututkinnon suorittaneet (KA 4,19).

Tehtävänimikkeiden välillä havaittiin merkittävä ero: osastonhoitajat arvioivat analyttisen ajattelunsa selvästi vahvemmaksi (KA 4,48) kuin apulaisosastonhoitajat (KA 3,91). Myös yksiköiden suositteluindeksin perusteella muodostetut ryhmät poikkesivat toisistaan, sillä

Ryhmän A (NPS > 50) lähijohtajat arvioivat osaamisensa vahvemiksi (KA 4,23) kuin Ryhmän B (NPS ≤ 50) vastaajat (KA 3,71).

Analyttisen ajattelun kompetenssin kohdalla vahvin itsearvioitu kompetenssin taso oli osastonhoitajilla (KA 4,48) ja heikoin itsearvioitu kompetenssin taso oli "Jokin muu" - koulutustaustan omaavilla vastaajilla (KA 3,33).

Taulukko 8. Itse arvioitu lähijohtajan analyttisen ajattelun kompetenssin taso

Muuttuja	Minimi	Maksimi	KA
Työkokemuksen kokonaispituus			
x < 2 vuotta	2	5	4,07
2 ≤ x < 5 vuotta	3	5	4,00
5 ≤ x < 10 vuotta	3	5	4,36
10 ≤ x vuotta	3	5	4,30
Ylin suoritettu koulutusaste			
Alempi korkeakouluaste	3	5	4,19
Ylempi korkeakouluaste	2	5	4,22
Tutkijakoulutus	0	0	0
Jokin muu	3	4	3,33
Nykyinen tehtävänimike			
Osastonhoitaja	3	5	4,48
Apulaisosastonhoitaja	2	5	3,91
NPS-arvion mukainen ryhmä			
Ryhmä A (NPS > 50)	2	5	4,23
Ryhmä B (NPS ≤ 50)	3	5	3,71

6.1.4 Viestintätaidot 1: kirjoittaminen -kompetenssi

Viestintätaidot 1: kirjoittamisella tarkoitetaan kykyä käyttää kirjallista viestintää niin muodollisissa kuin epävirallisissa tilanteissa merkityksien välittämiseen, yhteisen ymmärryksen rakentamiseen ja asioiden tuottavaan eteenpäin viemiseen. (National Center for Healthcare Leadership 2018.)

Taulukossa 9 kuvataan lähijohtajien itsearvioiman viestintätaidot 1: kirjoittaminen - kompetenssin tasoa taustamuuttujittain. Kirjoitusviestinnän osaaminen arvioitiin kaikissa ryhmissä vahvaksi, ja keskiarvot olivat 4,00–4,67.

Työkokemuksen osalta korkeimman arvion osaamisestaan antoivat yli 10 vuotta työskennelleet lähijohtajat (KA 4,20), kun taas matalin itsearvioitu taso oli 5–10 vuotta työskennelleillä (KA 4,00). Koulutustaustan mukaan tarkasteltuna ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet arvioivat kirjoitusviestintänsä hieman vahvemaksi (KA 4,09) kuin alemman korkeakoulututkinnon suorittaneet (KA 4,00).

Tehtävänimikkeiden välillä havaittiin ero, sillä osastonhoitajien itsearvioinnin keskiarvo oli korkeampi (KA 4,14) kuin apulaisosastonhoitajien (KA 4,06). Myös yksiköiden suosittelemien perusteella muodostetut ryhmät poikkesivat toisistaan: Ryhmän A (NPS > 50) lähijohtajat arvioivat osaamisensa vahvemaksi (KA 4,11) kuin Ryhmän B (NPS ≤ 50) vastaajat (KA 4,00).

Viestintätaidot 1: kirjoittaminen -kompetenssin kohdalla vahvin itsearvioitu kompetenssin taso oli "Jokin muu" -koulutustaustan omaavilla vastaajilla (KA 4,67). Heikoin itsearvioitu kompetenssin taso (KA 4,00) jakautui useamman ryhmän kesken, joita olivat 5–10 vuotta työskennelleet, alemman korkeakoulututkinnon suorittaneet sekä Ryhmään B kuuluvat vastaajat.

Taulukko 9. Itse arvioitu lähijohtajan viestintätaidot 1: kirjoittaminen -kompetenssin taso

Muuttuja	Minimi	Maksimi	KA
Työkokemuksen kokonaispituus			
x < 2 vuotta	3	5	4,07
2 ≤ x < 5 vuotta	2	5	4,06
5 ≤ x < 10 vuotta	3	5	4,00
10 ≤ x vuotta	3	5	4,20
Ylin suoritettu koulutusaste			
Alempi korkeakouluaste	2	5	4,00
Ylempi korkeakouluaste	3	5	4,09
Tutkijakoulutus	0	0	0
Jokin muu	4	5	4,67
Nykyinen tehtävänimike			
Osastonhoitaja	2	5	4,14
Apulaisosastonhoitaja	3	5	4,06
NPS-arvion mukainen ryhmä			
Ryhmä A (NPS > 50)	2	5	4,11
Ryhmä B (NPS ≤ 50)	3	5	4,00

6.1.5 Viestintätaidot 2: puhuminen ja fasilitointi -kompetenssi

Viestintätaidot 2: puhumisella ja fasilitoinnilla tarkoitetaan kykyä käyttää puheviestintää niin muodollisissa kuin epävirallisissa tilanteissa merkityksien välittämiseen, yhteisen ymmärryksen rakentamiseen ja asioiden tuottavaan eteenpäin viemiseen. (National Center for Healthcare Leadership 2018.)

Taulukossa 10 kuvataan lähijohtajien itsearvioiman viestintätaidot 2: puhuminen ja fasilitointi -kompetenssin tasoa taustamuuttujittain. Tulokset osoittavat, että osaamisen keskiarvot olivat eri taustaryhmissä välillä 3,67–4,21.

Työkokemuksen osalta korkeimman arvion osaamisestaan antoivat yli 10 vuotta työskennelleet lähijohtajat (KA 4,15), kun taas matalin itsearvioitu taso työkokemusryhmistä oli 5–10 vuotta työskennelleillä (KA 3,73). Koulutustaustan mukaan tarkasteltuna alemman korkeakoulututkinnon suorittaneet arvioivat osaamisensa hieman vahvemmaksi (KA 4,00) kuin ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet (KA 3,96).

Tehtävänimikkeiden välillä havaittiin selvä ero, sillä osastonhoitajien itsearvioinnin keskiarvo (KA 4,21) oli korkeampi kuin apulaisosastonhoitajien (KA 3,74). Yksiköiden suositteluindeksin perusteella muodostetut ryhmät olivat lähellä toisiaan, mutta Ryhmän B (NPS ≤ 50) vastaajat arvioivat osaamisensa hieman korkeammaksi (KA 4,00) kuin Ryhmän A (NPS > 50) vastaajat (KA 3,95).

Viestintätaidot 2: puhuminen ja fasilitointi -kompetenssin kohdalla vahvin itsearvioitu kompetenssin taso oli osastonhoitajilla (KA 4,21) ja heikoin itsearvioitu kompetenssin taso oli "Jokin muu" -koulutustaustan omaavilla vastaajilla (KA 3,67).

Taulukko 10. Itse arvioitu lähijohtajan viestintätaidot 2: puhuminen ja fasilitointi -kompetenssin taso

Muuttuja	Minimi	Maksimi	KA
Työkokemuksen kokonaispituus			
x < 2 vuotta	3	5	3,80
2 ≤ x < 5 vuotta	3	5	4,00
5 ≤ x < 10 vuotta	3	5	3,73
10 ≤ x vuotta	3	5	4,15
Ylin suoritettu koulutusaste			
Alempi korkeakouluaste	3	5	4,00
Ylempi korkeakouluaste	3	5	3,96
Tutkijakoulutus	0	0	0

Muuttuja	Minimi	Maksimi	KA
Jokin muu	3	4	3,67
Nykyinen tehtävänimike			
Osastonhoitaja	3	5	4,21
Apulaisosastonhoitaja	3	5	3,74
NPS-arvion mukainen ryhmä			
Ryhmä A (NPS > 50)	3	5	3,95
Ryhmä B (NPS ≤ 50)	3	5	4,00

6.1.6 Aloitekykykompetenssi

Aloitekyvyllä tarkoitetaan kykyä tunnistaa ongelma, este tai mahdollisuus, tuoda se esiin sekä ryhtyä tarvittaviin toimiin sen hyödyntämiseksi tai ratkaisemiseksi. Aloitekyky korostaa ennakoivaa asioiden tekemistä, eikä pelkästään tulevien toimien ajattelemista. Mitä enemmän johtajalla on aloitekykyä, hän pystyy keskittymään nykyisten tilanteiden sijasta enemmän pitkän aikavälin, tulevaisuuden mahdollisuuksien tai ongelmien hyödyntämiseen. (National Center for Healthcare Leadership 2018.)

Taulukossa 11 kuvataan lähijohtajien itsearvioiman aloitekykykompetenssin tasoa taustamuuttujittain. Tulokset osoittavat, että osaamisen keskiarvot olivat eri taustaryhmissä välillä 3,43–4,33.

Työkokemuksen osalta korkeimman arvion osaamisestaan antoivat yli 10 vuotta työskennelleet lähijohtajat (KA 4,20), kun taas matalin itsearvioitu taso työkokemusryhmistä oli 2–5 vuotta työskennelleillä (KA 3,72). Koulutustaustan mukaan tarkasteltuna ”Jokin muu” -tutkinnon suorittaneet arvioivat osaamisensa vahvimaksi (KA 4,33), kun taas alemman korkeakoulututkinnon suorittaneiden arvio oli 3,63.

Tehtävänimikkeiden välillä havaittiin selvä ero, sillä osastonhoitajat arvioivat aloitekykynsä vahvemiksi (KA 4,21) kuin apulaisosastonhoitajat (KA 3,74). Myös yksiköiden suositteluindeksin perusteella muodostetut ryhmät poikkesivat toisistaan, sillä Ryhmän A (NPS > 50) lähijohtajat arvioivat osaamisensa vahvemiksi (KA 4,02) kuin Ryhmän B (NPS ≤ 50) vastaajat (KA 3,43).

Aloitekykykompetenssin kohdalla vahvin itsearvioitu kompetenssin taso oli ”Jokin muu” -koulutustaustan omaavilla vastaajilla (KA 4,33) ja heikoin itsearvioitu kompetenssin taso oli Ryhmään B kuuluvilla vastaajilla (KA 3,43).

Taulukko 11. Itse arvioitu lähijohtajan aloitekykykompetenssin taso

Muuttuja	Minimi	Maksimi	KA
Työkokemuksen kokonaispituus			
x < 2 vuotta	2	5	3,87
2 ≤ x < 5 vuotta	3	5	3,72
5 ≤ x < 10 vuotta	3	5	4,00
10 ≤ x vuotta	3	5	4,20
Ylin suoritettu koulutusaste			
Alempi korkeakouluaste	3	5	3,63
Ylempi korkeakouluaste	2	5	4,04
Tutkijakoulutus	0	0	0
Jokin muu	4	5	4,33
Nykyinen tehtävänimike			
Osastonhoitaja	3	5	4,21
Apulaisosastonhoitaja	2	5	3,74
NPS-arvion mukainen ryhmä			
Ryhmä A (NPS > 50)	2	5	4,02
Ryhmä B (NPS ≤ 50)	3	4	3,43

6.1.7 Yksikön suorituskyvyn mittaamisen kompetenssi

Yksikön suorituskyvyn mittaamisella tarkoitetaan kykyä ymmärtää ja käyttää tilastollisia sekä taloudellisia mittareita ja menetelmiä tavoitteiden asettamisessa ja kliinisen sekä organisaation suorituskyvyn mittaamisessa. Sisältäen myös sitoutumisen näyttöön perustuviin tekniikoihin ja niiden käyttöönottamiseen. (National Center for Healthcare Leadership 2018.)

Taulukossa 12 kuvataan lähijohtajien itsearvioiman yksikön suorituskyvyn mittaamisen kompetenssin tasoa taustamuuttujittain. Tulokset osoittavat, että tämän osaamisalueen keskiarvot olivat eri taustaryhmissä välillä 3,00–3,79.

Työkokemuksen osalta korkeimman arvion osaamisestaan antoivat yli 10 vuotta työskennelleet lähijohtajat (KA 3,75), kun taas matalin itsearvioitu taso työkokemusryhmistä oli alle kaksi vuotta työskennelleillä (KA 3,40). Koulutustaustan mukaan tarkasteltuna ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet arvioivat osaamisensa vahvemmaksi (KA 3,62) kuin alemman korkeakoulututkinnon suorittaneet (KA 3,50). Alhaisin arvio koulutusryhmistä oli ”Jokin muu” -tutkinnon suorittaneilla (KA 3,00).

Tehtävänimikkeiden välillä havaittiin selvä ero, sillä osastonhoitajat arvioivat osaamisensa yksikön suorituskyvyn mittaamisessa vahvemaksi (KA 3,79) kuin apulaisosastonhoitajat (KA 3,37). Myös yksiköiden suositteluindeksin perusteella muodostetut ryhmät poikkesivat toisistaan: Ryhmän A (NPS > 50) lähijohtajat arvioivat osaamisensa hieman korkeammaksi (KA 3,58) kuin Ryhmän B (NPS ≤ 50) vastaajat (KA 3,43).

Yksikön suorituskyvyn mittaamisen kompetenssin kohdalla vahvin itsearvioitu kompetenssin taso oli osastonhoitajilla (KA 3,79) ja heikoin itsearvioitu kompetenssin taso oli ”Jokin muu” -koulutustaustan omaavilla vastaajilla (KA 3,00).

Taulukko 12. Itse arvioitu lähijohtajan yksikön suorituskyvyn mittaamisen kompetenssin taso

Muuttuja	Minimi	Maksimi	KA
Työkokemuksen kokonaispituus			
x < 2 vuotta	2	5	3,40
2 ≤ x < 5 vuotta	1	5	3,50
5 ≤ x < 10 vuotta	3	5	3,55
10 ≤ x vuotta	2	5	3,75
Ylin suoritettu koulutusaste			
Alempi korkeakouluaste	1	5	3,50
Ylempi korkeakouluaste	2	5	3,62
Tutkijakoulutus	0	0	0
Jokin muu	2	4	3,00
Nykyinen tehtävänimike			
Osastonhoitaja	1	5	3,79
Apulaisosastonhoitaja	2	5	3,37
NPS-arvion mukainen ryhmä			
Ryhmä A (NPS > 50)	1	5	3,58
Ryhmä B (NPS ≤ 50)	2	5	3,43

6.1.8 Prosessin ja laadun parantamisen kompetenssi

Prosessin ja laadun parantaminen tarkoittaa kykyä analysoida ja suunnitella tai parantaa organisaation prosesseja, mukaan lukien korkean luotettavuuden, jatkuvan laadun parantamisen ja käyttäjäkeskeisen suunnittelun periaatteiden säilyttämisen. (National Center for Healthcare Leadership 2018.)

Taulukossa 13 kuvataan lähijohtajien itsearvioiman prosessin ja laadun parantamisen kompetenssin tasoa taustamuuttujittain. Tulokset osoittavat, että tämän osaamisalueen keskiarvot olivat eri taustaryhmissä välillä 3,57–4,33.

Työkokemuksen osalta korkeimman arvion osaamisestaan antoivat yli 10 vuotta työskennelleet lähijohtajat (KA 4,15), kun taas matalin itsearvioitu taso työkokemusryhmistä oli alle kaksi vuotta työskennelleillä (KA 3,80). Koulutustaustan mukaan tarkasteltuna ”Jokin muu” -tutkinnon suorittaneet arvioivat osaamisensa vahvimaksi (KA 4,33), kun taas alemman korkeakoulututkinnon suorittaneiden arvio oli ryhmän matalin (KA 3,63).

Tehtävänimikkeiden välillä havaittiin selvä ero, sillä osastonhoitajat arvioivat osaamisensa prosessin ja laadun parantamisessa vahvemaksi (KA 4,10) kuin apulaisosastonhoitajat (KA 3,83). Myös yksiköiden suositteluindeksin perusteella muodostetut ryhmät poikkesivat toisistaan: Ryhmän A (NPS > 50) lähijohtajat arvioivat osaamisensa vahvemaksi (KA 4,00) kuin Ryhmän B (NPS ≤ 50) vastaajat (KA 3,57).

Prosessin ja laadun parantamisen kompetenssin kohdalla vahvin itsearvioitu kompetenssin taso oli ”Jokin muu” -koulutustaustan omaavilla vastaajilla (KA 4,33) ja heikoin itsearvioitu kompetenssin taso oli Ryhmään B kuuluvilla vastaajilla (KA 3,57).

Taulukko 13. Itse arvioitu lähijohtajan prosessin ja laadun parantamisen kompetenssin taso

Muuttuja	Minimi	Maksimi	KA
Työkokemuksen kokonaispituus			
x < 2 vuotta	2	5	3,80
2 ≤ x < 5 vuotta	2	5	3,83
5 ≤ x < 10 vuotta	3	5	4,00
10 ≤ x vuotta	3	5	4,15
Ylin suoritettu koulutusaste			
Alempi korkeakouluaste	2	5	3,63
Ylempi korkeakouluaste	3	5	4,04
Tutkijakoulutus	0	0	0
Jokin muu	4	5	4,33
Nykyinen tehtävänimike			
Osastonhoitaja	3	5	4,10
Apulaisosastonhoitaja	2	5	3,83
NPS-arvion mukainen ryhmä			
Ryhmä A (NPS > 50)	2	5	4,00
Ryhmä B (NPS ≤ 50)	2	5	3,57

6.1.9 Projektin hallintataidot -kompetenssi

Projektin hallintataidoilla tarkoitetaan kykyä suunnitella, toteuttaa ja valvoa monivuotista, suurta projektia, johon liittyy merkittäviä resursseja, laajuutta sekä vaikuttavuutta. Tällainen on esimerkiksi uuden koko organisaation kattavan tietojärjestelmän käyttöönotto. (National Center for Healthcare Leadership 2018.)

Taulukossa 14 kuvataan lähijohtajien itsearvioiman projektinhallintataidot-kompetenssin tasoa taustamuuttujittain. Tämä osa-alue arvioitiin keskiarvollisesti yhdeksi heikoimmista kompetensseista, ja sen keskiarvot olivat eri taustaryhmissä välillä 3,00–3,74.

Työkokemuksen osalta korkeimman arvion osaamisestaan antoivat yli 10 vuotta työskennelleet lähijohtajat (KA 3,74), kun taas matalin itsearvioitu taso työkokemusryhmistä oli alle kaksi vuotta työskennelleillä (KA 3,08). Koulutustaustan mukaan tarkasteltuna ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet arvioivat osaamisensa hieman vahvemmaksi (KA 3,48) kuin alemman korkeakoulututkinnon suorittaneet (KA 3,38). Matalin arvio oli ryhmässä ”Jokin muu” (KA 3,00).

Tehtävänimikkeiden välillä havaittiin selvä ero, sillä osastonhoitajat arvioivat projektinhallintataitonsa vahvemmaksi (KA 3,71) kuin apulaisosastonhoitajat (KA 3,18). Myös yksiköiden suositteluindeksin perusteella muodostetut ryhmät poikkesivat toisistaan: Ryhmän A (NPS > 50) lähijohtajat arvioivat osaamisensa vahvemmaksi (KA 3,46) kuin Ryhmän B (NPS ≤ 50) vastaajat (KA 3,14).

Projektinhallintataidot-kompetenssin kohdalla vahvin itsearvioitu kompetenssin taso oli yli 10 vuotta työskennelleillä lähijohtajilla (KA 3,74) ja heikoin itsearvioitu kompetenssin taso oli ”Jokin muu” -koulutustaustan omaavilla vastaajilla (KA 3,00).

Taulukko 14. Itse arvioitu lähijohtajan projektin hallintataidot -kompetenssin taso

Muuttuja	Minimi	Maksimi	KA
Työkokemuksen kokonaispituus			
x < 2 vuotta	1	5	3,08
2 ≤ x < 5 vuotta	1	5	3,17
5 ≤ x < 10 vuotta	2	5	3,73
10 ≤ x vuotta	3	5	3,74
Ylin suoritettu koulutusaste			

Muuttuja	Minimi	Maksimi	KA
Alempi korkeakouluaste	1	5	3,38
Ylempi korkeakouluaste	1	5	3,48
Tutkijakoulutus	0	0	0
Jokin muu	2	4	3,00
Nykyinen tehtävänimike			
Osastonhoitaja	2	5	3,71
Apulaisosastonhoitaja	1	5	3,18
NPS-arvion mukainen ryhmä			
Ryhmä A (NPS > 50)	1	5	3,46
Ryhmä B (NPS ≤ 50)	1	4	3,14

6.1.10 Yhteenveto itsearvioidusta osaamisen tasosta ja taustatekijöiden vaikutuksesta

Taulukoiden 6–14 tulokset kuvaavat lähijohtajien itsearvioimaa osaamista yhdeksässä eri toimeenpanokompetenssissa. Hoitotyön lähijohtajat arvioivat osaamisensa tason vaihtelevan merkittävästi eri toimeenpanokompetenssien välillä. Yleisesti ottaen vahvimpina osaamisalueina näyttäytyivät vastuullisuus, analyyttinen ajattelu sekä kirjallinen viestintä, kun taas selvästi heikoimmiksi osaamisalueiksi arvioitiin projektinhallintataidot ja yksikön suorituskyvyn mittaaminen.

Vahvimmin arvioidun vastuullisuuskompetenssin keskiarvot olivat välillä 3,57–4,67, ja korkeimmat arviot antoivat ”Jokin muu” -koulutusryhmään kuuluvat sekä yli 10 vuotta työskennelleet vastaajat, kun taas Ryhmään B kuuluvat arvioivat tämän osaamisalueen heikoimmaksi. Analyyttisessä ajattelussa osastonhoitajat erottuivat erittäin vahvalla itsearvioinnilla keskiarvon ollessa 4,48, kun taas matalin arvio tuli ”Jokin muu” -ryhmältä. Kirjoitusviestinnän eli viestintätaitojen ensimmäisen osion arviot olivat kauttaaltaan korkeita, ja siinäkin korkein keskiarvo (4,67) oli ”Jokin muu” -ryhmällä heikoimman arvion (4,00) jakaantuessa usean eri taustaryhmän, kuten alemman korkeakoulututkinnon suorittaneiden ja Ryhmän B, kesken.

Heikoimmin arvioiduista kompetensseista projektinhallintataidot jäivät kokonaisuudessaan alhaisimmalle tasolle keskiarvojen ollessa välillä 3,00–3,74. Tässäkin osaamisalueessa yli 10 vuotta työskennelleet olivat itsearvioinnissaan vahvimpia, kun taas ”Jokin muu” -koulutustaustan omaavat kokivat osaamisensa heikoimmaksi. Yksikön suorituskyvyn

mittaaminen oli toinen osaamisalue, jossa arviot jäivät mataliksi; vahvin itsearvio (3,79) oli osastonhoitajilla ja heikoin (3,00) jälleen ”Jokin muu” -koulutusryhmällä.

Taustatekijöiden vaikutusta tarkasteltaessa pitkä työkokemus korreloi lähes poikkeuksetta korkeamman itsearvioidun osaamisen kanssa, mikä näkyi erityisen selvästi saavutusorientaatiossa yli 10 vuotta työskennelleiden (KA 4,30) ja 2–5 vuotta työskennelleiden (KA 3,28) välillä. Myös tehtävänimikkeellä oli selkeä yhteys tuloksiin, sillä osastonhoitajat arvioivat osaamisensa jokaisessa yhdeksässä kompetenssissa vahvemmasi kuin apulaisosastonhoitajat, ja merkittävin ero näiden välillä havaittiin analyttisessä ajattelussa. Yksikön NPS-ryhmän osalta Ryhmän A eli korkean suositteluindeksin yksiköiden johtajat arvioivat osaamisensa vahvemmasi lähes kaikilla osa-alueilla, lukuun ottamatta puhumista ja fasilitointia, jossa Ryhmän B johtajat antoivat itselleen hieman korkeamman arvion. Koulutustason osalta ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet arvioivat osaamisensa useimmilla osa-alueilla, kuten analyttisessä ajattelussa, kirjoittamisessa ja prosessien parantamisessa, hieman vahvemmasi kuin alemman tutkinnon suorittaneet.

6.2 Itsearvioidun osaamisen vertailu taustatekijöittäin

6.2.1 Työkokemuksen kokonaispituus

Taulukko 15 vetää yhteen lähijohtajien itsearvioiman osaamisen keskiarvot suhteutettuna työkokemuksen kokonaispituuteen kaikkien yhdeksän toimeenpanokompetenssin osalta. Tuloksista käy ilmi, että työkokemuksella on selkeä, lähes poikkeuksetta nouseva yhteys osaamisarviointiin, ja korkeimmat keskiarvot painottuvat lähes kaikissa kategorioissa yli 10 vuotta työskennelleiden ryhmään.

Kaikista kompetensseista vahvimmasi arvioitiin vastuullisuus, jonka keskiarvo oli korkein kokeneimmilla johtajilla (4,45) ja matalin 2–5 vuotta työskennelleillä (3,83). Myös analyttinen ajattelu ja kirjoitusviestintä (Viestintätaidot 1) arvioitiin kaikissa kokemusryhmissä vahvoiksi osa-alueiksi; analyttisen ajattelun korkein kompetenssin keskiarvo (4,36) saavutettiin 5–10 vuotta työskennelleiden ryhmässä. Sitä vastoin projektinhallintataidot arvioitiin läpi linjan heikoimmaksi kompetenssiksi, vaikka kokeneimmat arvioivatkin siinä osaamisensa (3,74) selvästi vahvemmasi kuin alle kaksi vuotta työskennelleet (3,08). Myös yksikön suorituskyvyn mittaaminen jäi arvioissa muiden kompetenssien alapuolelle keskiarvojen ollessa välillä 3,40–3,75.

Tuloksissa on kiinnostavaa se, että 2–5 vuotta työskennelleiden ryhmä arvioi osaamisensa usein matalammaksi kuin alle kaksi vuotta työskennelleet, mikä korostuu erityisesti vastuullisuuden, saavutusorientaation ja aloitekyvyn kohdalla. Suurin kokemuksen tuoma kasvu osaamisen itsearvioinnissa nähtiin saavutusorientaatiossa, jossa keskiarvo nousi 2–5 vuotta työskennelleiden 3,28:sta kokeneimpien 4,30:een. Kokonaisuutena taulukko osoittaa, että vaikka johtamiskokemus vahvistaa itsetuntoa kompetensseissa, teknisemmät hallinnan välineet, kuten mittaaminen ja projektinhallinta, koetaan haastavimmiksi työkokemuksen määrästä riippumatta.

Taulukko 15. Itsearvioidun osaamisen keskiarvo työkokemuksen kokonaispituuden mukaan

Kompetenssi	x < 2 vuotta	2 ≤ x < 5 vuotta	5 ≤ x < 10 vuotta	10 ≤ x vuotta
Vastuullisuus	4,21	3,83	4,09	4,45
Saavutusorientaatio	3,60	3,28	3,55	4,30
Analyttinen ajattelu	4,07	4,00	4,36	4,30
Viestintätaidot 1	4,07	4,06	4,00	4,20
Viestintätaidot 2	3,80	4,00	3,73	4,15
Aloitekyky	3,87	3,72	4,00	4,20
Yksikön suorituskyvyn mittaaminen	3,40	3,50	3,55	3,75
Prosessin ja laadun parantaminen	3,80	3,83	4,00	4,15
Projektin hallintataidot	3,08	3,17	3,73	3,74

6.2.2 Ylin suoritettu koulutusaste

Taulukossa 16 esitetään lähijohtajien itsearvioiman osaamisen keskiarvot jaoteltuna heidän ylimmän suoritettun koulutusasteensa mukaan. Tulokset osoittavat, että koulutustasolla on yhteys siihen, miten vahvaksi eri osaamisalueet koetaan, ja erot korostuvat erityisesti teknisemmissä kompetensseissa sekä viestinnässä.

Ylempi korkeakouluaste korreloi useimmissa tapauksissa alemman korkeakoulututkinnon kanssa samansuuntaisesti, mutta arviot olivat ylempään korkeakoulututkinnon suorittaneilla usein hieman korkeampia. Esimerkiksi analyttisessä ajattelussa (KA 4,22), aloitekyvyssä (KA 4,04) sekä prosessien ja laadun parantamisessa (KA 4,04) ylempään tutkinnon suorittaneet arvioivat osaamisensa vahvemiksi kuin alemman tutkinnon suorittaneet. Sen

sijaan alemman korkeakoulututkinnon suorittaneet antoivat itselleen hieman korkeamman arvion saavutusorientaatiossa (KA 3,75) sekä puheviestinnässä ja fasilitoinnissa (KA 4,00).

Ryhmä ”Jokin muu” erottui muista koulutusryhmistä huomattavalla tavalla, sillä heidän itsearviointinsa sisälsi sekä tutkimuksen korkeimpia että matalimpia keskiarvoja. Tämä ryhmä arvioi osaamisensa erittäin vahvaksi vastuullisuudessa (KA 4,67), kirjoitusviestinnässä (KA 4,67) sekä saavutusorientaatiossa, aloitekyvyssä ja laadun parantamisessa, joissa kaikissa keskiarvo oli 4,33. Toisaalta sama ryhmä arvioi osaamisensa selvästi heikoimmaksi analyttisessä ajattelussa (KA 3,33), yksikön suorituskyvyn mittaamisessa (KA 3,00) sekä projektinhallintataidoissa (KA 3,00). On huomattava, että tutkijakoulutuksen saaneita ei vastaajien joukossa ollut lainkaan, minkä vuoksi kyseisen sarakkeen arvot ovat nollia.

Kokonaisuutena taulukko 16 vahvistaa aiemmat havainnot siitä, että vastuullisuus ja analyttinen ajattelu ovat koulutustaustasta riippumatta vahvoja osaamisalueita, kun taas projektinhallintataidot sekä yksikön suorituskyvyn mittaaminen koetaan haastavimmiksi kaikilla koulutusasteilla. Erityisesti projektinhallinnassa ja mittaamisessa keskiarvot jäivät kaikkien koulutusasteryhmien kohdalla matalimmiksi muuhun osaamiseen verrattuna.

Taulukko 16. Itsearvioidun osaamisen keskiarvo ylimmän suoritettun koulutusasteen mukaan

Kompetenssi	Alempi korkeakoulu	Ylempi korkeakoulu	Tutkija	Jokin muu
Vastuullisuus	4	4,18	0	4,67
Saavutusorientaatio	3,75	3,67	0	4,33
Analyttinen ajattelu	4,19	4,22	0	3,33
Viestintätaidot 1	4	4,09	0	4,67
Viestintätaidot 2	4	3,96	0	3,67
Aloitekyky	3,63	4,04	0	4,33
Yksikön suorituskyvyn mittaaminen	3,5	3,62	0	3
Prosessin ja laadun parantaminen	3,63	4,04	0	4,33
Projektin hallintataidot	3,38	3,48	0	3

6.2.3 Nykyinen tehtävänimike

Taulukossa 17 esitetään lähijohtajien itsearvioiman osaamisen keskiarvot jaoteltuna heidän nykyisen tehtävänimikkeensä mukaan. Tulokset osoittavat selkeän suunnan: osastonhoitajat

arvioivat osaamisensa vahvemiksi jokaisessa yhdeksässä mitatussa kompetenssissa verrattuna apulaisosastonhoitajiin.

Osastonhoitajien itsearvioinneissa vahvin osaamisalue oli analyttinen ajattelu (KA 4,48), ja he arvioivat osaamisensa erittäin korkeaksi myös aloitekyvyssä (KA 4,21), puheviestinnässä ja fasilitoinnissa (KA 4,21) sekä vastuullisuudessa (KA 4,17). Osastonhoitajien matalin itsearvioitu osaaminen oli projektinhallintataidoissa (KA 3,71), vaikka sekin oli selvästi korkeampi kuin apulaisosastonhoitajilla.

Apulaisosastonhoitajien ryhmässä vahvimaksi kompetenssiksi nousi vastuullisuus (KA 4,15), joka oli samalla ainoa osa-alue, jossa heidän arvionsa oli lähes samalla tasolla osastonhoitajien kanssa. Seuraavaksi vahvimaksi he arvioivat kirjoitusviestinnän (KA 4,06). Heikoimmaksi osaamisalueekseen apulaisosastonhoitajat arvioivat projektinhallintataidot (KA 3,18) sekä yksikön suorituskyvyn mittaamisen (KA 3,37).

Suurimmat erot tehtävänimikkeiden välillä havaittiin analyttisessä ajattelussa, jossa osastonhoitajien arvio oli 0,57 yksikköä korkeampi, sekä viestintätaitoissa (puhuminen ja fasilitointi) ja aloitekyvyssä, joissa molemmissa ero oli 0,47 yksikköä osastonhoitajien keskiarvon ollessa korkeampi. Myös projektinhallintataidoissa ja suorituskyvyn mittaamisessa osastonhoitajat kokivat olevansa merkittävästi osaavampia.

Taulukko 17. Itsearvioidun osaamisen keskiarvo nykyisen tehtävänimikkeen mukaan

Kompetenssi	Osastonhoitaja	Apulaisosastonhoitaja
Vastuullisuus	4,17	4,15
Saavutusorientaatio	3,86	3,6
Analyttinen ajattelu	4,48	3,91
Viestintätaidot 1	4,14	4,06
Viestintätaidot 2	4,21	3,74
Aloitekyky	4,21	3,74
Yksikön suorituskyvyn mittaaminen	3,79	3,37
Prosessin ja laadun parantaminen	4,1	3,83
Projektin hallintataidot	3,71	3,18

6.2.4 NPS-arvon mukainen ryhmä

Taulukossa 18 kuvataan lähijohtajien itsearvioiman osaamisen keskiarvoja jaoteltuna yksikön suositteluindeksiin (NPS) perusteella. Tulokset osoittavat selkeän yhteyden yksikön

asiakassuositteluindeksin ja johtajan oman osaamisarvion välillä: korkean suositteluindeksin yksiköissä (Ryhmä A, NPS > 50) työskentelevät lähijohtajat arvioivat osaamisensa vahvemmaksi lähes kaikilla kompetenssialueilla verrattuna Ryhmän B (NPS ≤ 50) vastaajiin.

Ryhmässä A vahvimiksi kompetensseiksi nousivat vastuullisuus (KA 4,23) ja analyttinen ajattelu (KA 4,23). Ryhmässä B korkeimmat itsearvioidut osaamisen tasot olivat puolestaan kirjoitusviestinnässä (KA 4,00) sekä puhumisessa ja fasilitoinnissa (KA 4,00).

Merkittävin havainto taulukossa on se, että viestintätaidot 2 (puhuminen ja fasilitointi) oli ainoa osa-alue, jossa Ryhmän B johtajat arvioivat osaamisensa hieman vahvemmaksi (KA 4,00) kuin Ryhmän A johtajat (KA 3,95). Kaikissa muissa kahdeksassa kompetenssissa Ryhmän A johtajat kokivat osaamisensa paremmaksi. Suurimmat erot ryhmien välillä näkyivät vastuullisuudessa (ero 0,66 yksikköä) ja saavutusorientaatioissa (ero 0,65 yksikköä).

Molemmat ryhmät arvioivat projektinhallintataidot (Ryhmä A 3,46; Ryhmä B 3,14) sekä yksikön suorituskyvyn mittaamisen (Ryhmä A 3,58; Ryhmä B 3,43) kompetensseiksi, joissa itsearvioitu taso oli muihin verrattuna matalin.

Taulukko 18. Itsearvioidun osaamisen keskiarvo NPS-arvon mukaisen ryhmän mukaan

Kompetenssi	Ryhmä A*	Ryhmä B*
Vastuullisuus	4,23	3,57
Saavutusorientaatio	3,79	3,14
Analyttinen ajattelu	4,23	3,71
Viestintätaidot 1	4,11	4
Viestintätaidot 2	3,95	4
Aloitekyky	4,02	3,43
Yksikön suorituskyvyn mittaaminen	3,58	3,43
Prosessin ja laadun parantaminen	4	3,57
Projektin hallintataidot	3,46	3,14

*Ryhmä A (NPS>50, ryhmä B ≤50)

6.2.5 Yhteenveto itsearvioidun osaamisen keskiarvoista taustatekijöittäin

Taulukot 15–18 kokoavat yhteen lähijohtajien itsearvioiman osaamisen keskiarvot neljän eri taustamuuttujan mukaan tarkasteltuna. Tulokset osoittavat, että työkokemus, koulutustaso, tehtävänimike ja yksikön suositteluindeksi (NPS) ovat kaikki yhteydessä siihen, miten vahvaksi lähijohtajat arvioivat oman osaamisensa.

Työkokemuksen osalta havaitaan selkeä, lähes poikkeuksetta nouseva yhteys osaamisarvioihin, ja korkeimmat keskiarvot painottuvat lähes kaikissa kategorioissa yli kymmenen vuotta työskennelleiden ryhmään. Kahdesta viiteen vuotta työskennelleiden ryhmä arvioi osaamisensa usein matalammaksi kuin alle kaksi vuotta työskennelleet, mikä korostuu erityisesti vastuullisuuden, saavutusorientaation ja aloitekyvyn kohdalla.

Koulutustaustan mukaan tarkasteltuna ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet arvioivat osaamisensa useimmilla osa-alueilla, kuten analyttisessä ajattelussa, aloitekyvyssä ja prosessien parantamisessa, vahvemiksi kuin alemman tutkinnon suorittaneet. Ryhmä ”Jokin muu” erottui huomattavalla hajonnalla, sillä he antoivat itselleen tutkimuksen korkeimpia arvioita vastuullisuudesta ja kirjoittamisesta, mutta samalla matalimpia arvioita analyttisestä ajattelusta, suorituskyvyn mittaamisesta ja projektinhallinnasta.

Tehtävänimike on vahvasti sidoksissa osaamisarvioihin, sillä osastonhoitajat arvioivat osaamisensa vahvemiksi jokaisessa yhdeksässä mitatussa kompetenssissa verrattuna apulaisosastonhoitajiin. Suurimmat erot osastonhoitajien vahvemmassa itsearvoidussa osaamisessa näkyivät analyttisessä ajattelussa, puheviestinnässä ja fasilitoinnissa sekä aloitekyvyssä.

Yksikön suositteluindeksin osalta korkean suositteluindeksin yksiköiden (Ryhmä A) johtajat arvioivat osaamisensa vahvemiksi lähes kaikilla osa-alueilla. Ainoa poikkeus oli puheviestintä ja fasilitointi, jossa matalamman NPS-arvon Ryhmän B johtajat antoivat itselleen hieman korkeamman arvion. Kaikissa taustaryhmissä projektinhallintataidot ja yksikön suorituskyvyn mittaaminen arvioitiin keskiarvollisesti heikoimmiksi osaamisalueiksi.

6.3 Hoitotyön lähijohtajien toimeenpanokompetenssien koettu merkitys hoitotyön laatuun kompetensseittain

6.3.1 Vastuullisuuskompetenssi

Tässä osiossa kuvataan vastuullisuuskompetenssin koettua merkitystä hoitotyön laadun kannalta taustamuuttujittain. Tulokset osoittavat poikkeuksellisen suurta yksimielisyyttä, sillä jokainen tutkimukseen osallistunut lähijohtaja (100 %) koki vastuullisuudella olevan merkitystä hoitotyön laadun kannalta.

Tämä täydellinen konsensus vallitsee kaikissa vastaajaryhmissä riippumatta työkokemuksen pituudesta, ylimmästä suoritetusta koulutusasteesta tai nykyisestä tehtävänimikkeestä. Sekä

osastonhoitajat että apulaisosastonhoitajat pitivät kompetenssia poikkeuksetta merkityksellisenä, ja sama näkemys jaettiin myös yksikön suositteluindeksin perusteella muodostetuissa ryhmissä A ja B. Tulosten perusteella vastuullisuus koetaan kiistattomaksi ja keskeiseksi osaksi laadukkaan hoitotyön varmistamista.

6.3.2 Saavutusorientaatio kompetenssi

Taulukossa 19 kuvataan saavutusorientaatiokompetenssin koettua merkitystä hoitotyön laadun kannalta taustamuuttujittain. Tulokset osoittavat, että valtaosa vastaajista pitää saavutusorientaatiota merkityksellisenä tekijänä, vaikka näkemyksissä on enemmän hajontaa kuin vastuullisuuskompetenssin kohdalla.

Työkokemuksen osalta havaitaan, että kokemuksen karttuminen lisää kompetenssin arvostusta: vähintään viisi vuotta työskennelleistä jokainen (100 %) koki saavutusorientaation merkitykselliseksi, kun taas alle kaksi vuotta työskennelleiden ryhmässä osuus oli matalin (80 %). Koulutustaustan mukaan tarkasteltuna erot olivat pieniä, mutta ”Jokin muu” -ryhmä piti osa-aluetta poikkeuksetta tärkeänä (100 %), kun taas ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneilla osuus oli 93 %.

Tehtävänimikkeiden välillä havaittiin ero, sillä osastonhoitajien keskuudessa koettu merkitys oli korkeampi (97 %) kuin apulaisosastonhoitajilla (91 %). Myös yksikön suositteluindeksi oli yhteydessä koettuun merkitykseen: Ryhmän A lähijohtajista 95 % piti saavutusorientaatiota tärkeänä, kun taas Ryhmässä B vastaava osuus oli 86 %. Kokonaisuudessaan saavutusorientaatio nähdään vahvana laadun tekijänä, mutta epävarmuus sen merkityksestä painottuu lyhyempään työkokemukseen ja matalamman NPS-arvion yksiköiden johtajien ryhmiin.

Taulukko 19. Saavutusorientaatiokompetenssin koettu merkitys hoitotyön laadun kannalta taustamuuttujittain

Muuttuja	Kokee merkitystä %	Ei koe merkitystä %
Työkokemuksen kokonaispituus		
x < 2 vuotta	80 %	20 %
2 ≤ x < 5 vuotta	94 %	6 %
5 ≤ x < 10 vuotta	100 %	0 %
10 ≤ x vuotta	100 %	0 %
Ylin suoritettu koulutusaste		
Alempi korkeakouluaste	94 %	6 %

Muuttuja	Kokee merkitystä %	Ei koe merkitystä %
Ylempi korkeakouluaste	93 %	7 %
Tutkijakoulutus	-	-
Jokin muu	100 %	0 %
Nykyinen tehtävänimike		
Osastonhoitaja	97 %	3 %
Apulaisosastonhoitaja	91 %	9 %
NPS-arvion mukainen ryhmä		
Ryhmä A (NPS > 50)	95 %	5 %
Ryhmä B (NPS ≤ 50)	86 %	14 %

6.3.3 Analyyttisen ajattelun kompetenssi

Taulukossa 20 kuvataan analyttisen ajattelun merkitystä hoitotyön laadun kannalta taustamuuttujittain. Tulokset osoittavat, että analyttistä ajattelua pidetään lähes poikkeuksetta erittäin merkityksellisenä tekijänä hoitotyön laadun varmistamisessa.

Työkokemuksen osalta kaikki vähintään kaksi vuotta työskennelleet lähijohtajat (100 %) pitivät analyttistä ajattelua merkityksellisenä. Ainoastaan alle kaksi vuotta työskennelleiden ryhmässä esiintyi pientä hajontaa, sillä heistä 93 % koki kompetenssin merkitykselliseksi ja 7 % ei kokenut sillä olevan merkitystä.

Koulutustaustan mukaan tarkasteltuna alemman korkeakoulututkinnon suorittaneet sekä ”Jokin muu” -ryhmään kuuluvat pitivät analyttistä ajattelua poikkeuksetta merkityksellisenä (100 %). Ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneista 98 % jakoi tämän näkemyksen.

Tehtävänimikkeiden välillä oli pieni ero, sillä osastonhoitajat kokivat analyttisen ajattelun merkitykselliseksi täysimääräisesti (100 %), kun taas apulaisosastonhoitajilla vastaava osuus oli 97 %. Yksiköiden suositteluindeksin perusteella Ryhmän B (NPS ≤ 50) vastaajat kokivat kompetenssin täysin merkitykselliseksi (100 %), kun taas Ryhmässä A (NPS > 50) osuus oli 98 %.

Kokonaisuudessaan analyttinen ajattelu nähdään yhtenä keskeisimmistä laatuun vaikuttavista kompetensseista, ja sen merkityksestä vallitsee laaja yksimielisyys yli tehtävä- ja kokemusrajojen.

Taulukko 20. Analyttisen ajattelun kompetenssin koettu merkitys hoitotyön laadun kannalta taustamuuttujittain

Muuttuja	Kokee merkitystä n (%)	Ei koe merkitystä n (%)
Työkokemuksen kokonaispituus		
x < 2 vuotta	93 %	7 %
2 ≤ x < 5 vuotta	100 %	0 %
5 ≤ x < 10 vuotta	100 %	0 %
10 ≤ x vuotta	100 %	0 %
Ylin suoritettu koulutusaste		
Alempi korkeakouluaste	100 %	0 %
Ylempi korkeakouluaste	98 %	2 %
Tutkijakoulutus	-	-
Jokin muu	100 %	0 %
Nykyinen tehtävänimike		
Osastonhoitaja	100 %	0 %
Apulaisosastonhoitaja	97 %	3 %
NPS-arvion mukainen ryhmä		
Ryhmä A (NPS > 50)	98 %	2 %
Ryhmä B (NPS ≤ 50)	100 %	0 %

6.3.4 Viestintätaidot 1: kirjoittaminen -kompetenssi

Taulukossa 21 kuvataan kirjoitusviestinnän (Viestintätaidot 1) koettua merkitystä hoitotyön laadun kannalta taustamuuttujittain. Tulokset osoittavat, että valtaosa lähijohtajista pitää kirjallista viestintää merkittävänä osana hoitotyön laatua, vaikka vastaajaryhmien välillä esiintyy jonkin verran vaihtelua.

Työkokemuksen osalta kaikki 2–10 vuotta työskennelleet lähijohtajat (100 %) kokivat kirjoitusviestinnän merkitykselliseksi. Kaikkein kokeneimmat, yli 10 vuotta työskennelleet, suhtautuivat siihen muista poiketen hieman kriittisemmin, sillä heistä 90 % koki osa-alueen merkitykselliseksi ja 10 % ei kokenut sillä olevan merkitystä. Alle kaksi vuotta työskennelleistä 93 % piti kirjoittamista tärkeänä.

Koulutustaustan mukaan tarkasteltuna ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet (98 %) ja ”Jokin muu” -ryhmään kuuluvat (100 %) arvostivat kirjoitusviestintää enemmän kuin alemman korkeakoulututkinnon suorittaneet, joista 88 % koki sen merkitykselliseksi.

Tehtävänimikkeiden välillä havaittiin pieni ero, sillä osastonhoitajista 97 % koki kirjoitusviestinnän merkitykselliseksi verrattuna apulaisosastonhoitajiin (94 %).

Yksiköiden suositteluindeksin perusteella havaittiin, että Ryhmässä B (NPS \leq 50) vallitsi täysi yksimielisyys (100 %) kirjoitusviestinnän merkityksestä, kun taas Ryhmässä A (NPS $>$ 50) osuus oli 95 %. Kokonaisuudessaan kirjoitusviestintä nähdään erittäin tärkeänä kompetenssina, vaikka työkokemuksella ja koulutustasolla on vähäistä vaikutusta siihen, kuinka kriittisesti sen merkitystä arvioidaan suhteessa hoitotyön laatuun.

Taulukko 21. Viestintätaidot 1: kirjoittaminen -kompetenssin koettu merkitys hoitotyön laadun kannalta taustamuuttujittain

Muuttuja	Kokee merkitystä n (%)	Ei koe merkitystä n (%)
Työkokemuksen kokonaispituus		
x < 2 vuotta	93 %	7 %
2 ≤ x < 5 vuotta	100 %	0 %
5 ≤ x < 10 vuotta	100 %	0 %
10 ≤ x vuotta	90 %	10 %
Ylin suoritettu koulutusaste		
Alempi korkeakouluaste	88 %	13 %
Ylempi korkeakouluaste	98 %	2 %
Tutkijakoulutus	-	-
Jokin muu	100 %	0 %
Nykyinen tehtävänimike		
Osastonhoitaja	97 %	3 %
Apulaisosastonhoitaja	94 %	6 %
NPS-arvion mukainen ryhmä		
Ryhmä A (NPS > 50)	95 %	5 %
Ryhmä B (NPS ≤ 50)	100 %	0 %

6.3.5 Viestintätaidot 2: puhuminen ja fasilitointi -kompetenssi

Taulukossa 22 kuvataan puheviestinnän ja fasilitoinnin (Viestintätaidot 2) koettua merkitystä hoitotyön laadun kannalta taustamuuttujittain. Tulokset osoittavat, että kyseistä kompetenssia pidetään erittäin merkityksellisenä, ja sen tärkeydestä vallitsee laaja yksimielisyys eri vastaajaryhmien välillä.

Työkokemuksen osalta kaikki 2–10 vuotta työskennelleet lähijohtajat (100 %) pitivät puheviestintää ja fasilitointia merkityksellisenä hoitotyön laadun kannalta. Alle kaksi vuotta

työskennelleiden ryhmässä vastaava osuus oli 93 % ja yli 10 vuotta työskennelleillä 95 %. Koulutustaustan mukaan tarkasteltuna ”Jokin muu” -koulutuksen suorittaneet (100 %) ja ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet (98 %) arvostivat tätä osa-aluetta eniten, kun taas alemman korkeakoulututkinnon suorittaneista merkityksen koki 94 %.

Tehtävänimikkeiden välillä havaittiin ero, sillä osastonhoitajat pitivät puheviestintää ja fasilitointia poikkeuksetta (100 %) merkityksellisenä, kun taas apulaisosastonhoitajilla osuus oli 94 %. Yksiköiden suositteluindeksin perusteella muodostetussa Ryhmässä B vallitsi täysi yksimielisyys (100 %) kompetenssin merkityksestä, ja Ryhmässä A osuus oli lähes yhtä korkea eli 96 %. Kaiken kaikkiaan puheviestintä ja fasilitointi nähdään lähteiden mukaan kiinteänä osana laadukasta hoitotyötä, erityisesti osastonhoitajien ja pidempään tehtävässä toimineiden keskuudessa.

Taulukko 22. Viestintätaidot 2: puhuminen ja fasilitointi -kompetenssin koettu merkitys hoitotyön laadun kannalta taustamuuttujittain

Muuttuja	Kokee merkitystä n (%)	Ei koe merkitystä n (%)
Työkokemuksen kokonaispituus		
x < 2 vuotta	93 %	7 %
2 ≤ x < 5 vuotta	100 %	0 %
5 ≤ x < 10 vuotta	100 %	0 %
10 ≤ x vuotta	95 %	5 %
Ylin suoritettu koulutusaste		
Alempi korkeakouluaste	94 %	6 %
Ylempi korkeakouluaste	98 %	2 %
Tutkijakoulutus	-	-
Jokin muu	100 %	0 %
Nykyinen tehtävänimike		
Osastonhoitaja	100 %	0 %
Apulaisosastonhoitaja	94 %	6 %
NPS-arvion mukainen ryhmä		
Ryhmä A (NPS > 50)	96 %	4 %
Ryhmä B (NPS ≤ 50)	100 %	0 %

6.3.6 Aloitekykykompetenssi

Tässä osiossa kuvataan aloitekykykompetenssin koettua merkitystä hoitotyön laadun kannalta taustamuuttujittain. Tulokset osoittavat vastuullisuuskompetenssin tapaan poikkeuksellisen

suurta yksimielisyyttä, sillä jokainen tutkimukseen osallistunut lähijohtaja (100 %) koki aloitekyvyllä olevan merkitystä hoitotyön laadun kannalta.

Tämä täydellinen konsensus vallitsee kaikissa vastaajaryhmissä taustamuuttujasta riippumatta. Työkokemuksen pituudella ei ollut vaikutusta näkemykseen, sillä niin alle kaksi vuotta kuin yli kymmenen vuotta työskennelleet pitivät aloitekykyä merkityksellisenä. Samoin sekä alemman että ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet, osastonhoitajat, apulaisosastonhoitajat sekä molempiin NPS-ryhmiin (A ja B) kuuluvat johtajat olivat asiasta täysin yksimielisiä. Tulosten perusteella aloitekyky nähdäänkin kiistattomasti merkityksellisenä osana laadukasta hoitotyötä koko tutkitussa joukossa.

6.3.7 Yksikön suorituskyvyn mittaamisen kompetenssi

Taulukossa 23 kuvataan yksikön suorituskyvyn mittaamisen kompetenssin koettua merkitystä hoitotyön laadun kannalta taustamuuttujittain. Tulokset osoittavat, että suurin osa lähijohtajista pitää suorituskyvyn mittaamista merkityksellisenä hoitotyön laadulle, vaikka näkemyksissä on hajontaa eri taustaryhmien välillä.

Työkokemuksen osalta kaikki 2–10 vuotta työskennelleet lähijohtajat (100 %) pitivät suorituskyvyn mittaamista merkityksellisenä. Sen sijaan alle kaksi vuotta työskennelleistä 80 % ja yli kymmenen vuotta työskennelleistä 85 % koki kompetenssin merkitykselliseksi.

Koulutustaustan mukaan tarkasteltuna ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet (93 %) pitivät mittaamista merkityksellisempänä kuin alemman korkeakoulututkinnon suorittaneet (88 %). Ryhmässä ”Jokin muu” koettu merkitys oli selvästi matalin, sillä vain 67 % vastaajista piti sitä merkityksellisenä ja 33 % ei kokenut sillä olevan merkitystä.

Tehtävänimikkeiden välillä havaittiin selvä ero: osastonhoitajat pitivät yksikön suorituskyvyn mittaamista erittäin merkityksellisenä (97 %), kun taas apulaisosastonhoitajilla vastaava osuus oli 86 %. Yksiköiden suositteluindeksin perusteella Ryhmässä B (NPS ≤ 50) vallitsi täysi yksimielisyys (100 %) kompetenssin merkityksestä, kun taas Ryhmässä A (NPS > 50) osuus oli 89 %.

Kokonaisuutena yksikön suorituskyvyn mittaaminen nähdään tärkeänä osana laadunvarmistusta, mutta sen merkitys korostuu erityisesti osastonhoitajien, keskipitkän työkokemuksen omaavien ja matalamman NPS-arvion yksiköiden johtajien keskuudessa.

Taulukko 23. Yksikön suorituskyvyn mittaamisen kompetenssin koettu merkitys hoitotyön laadun kannalta taustamuuttujittain

Muuttuja	Kokee merkitystä n (%)	Ei koe merkitystä n (%)
Työkokemuksen kokonaispituus		
x < 2 vuotta	80 %	20 %
2 ≤ x < 5 vuotta	100 %	0 %
5 ≤ x < 10 vuotta	100 %	0 %
10 ≤ x vuotta	85 %	15 %
Ylin suoritettu koulutusaste		
Alempi korkeakouluaste	88 %	13 %
Ylempi korkeakouluaste	93 %	7 %
Tutkijakoulutus	-	-
Jokin muu	67 %	33 %
Nykyinen tehtävänimike		
Osastonhoitaja	97 %	3 %
Apulaisosastonhoitaja	86 %	14 %
NPS-arvion mukainen ryhmä		
Ryhmä A (NPS > 50)	89 %	11 %
Ryhmä B (NPS ≤ 50)	100 %	0 %

6.3.8 Prosessin ja laadun parantamisen kompetenssi

Taulukossa 24 kuvataan prosessin ja laadun parantamisen kompetenssin koettua merkitystä hoitotyön laadun kannalta taustamuuttujittain. Tulokset osoittavat, että valtaosa lähijohtajista pitää tätä osaamisaluetta erittäin merkityksellisenä, ja useissa vastaajaryhmissä vallitsee siitä täysi yksimielisyys.

Työkokemuksen osalta kaikki 2–10 vuotta työskennelleet lähijohtajat (100 %) kokivat prosessin ja laadun parantamisen merkitykselliseksi. Pientä hajontaa esiintyi alle kaksi vuotta työskennelleiden (93 %) ja yli kymmenen vuotta työskennelleiden (95 %) ryhmissä.

Koulutustaustan mukaan tarkasteltuna alemman korkeakoulututkinnon suorittaneet sekä ”Jokin muu” -ryhmään kuuluvat pitivät kompetenssia poikkeuksetta merkityksellisenä (100 %), kun taas ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneista 96 % oli tätä mieltä.

Tehtävänimikkeiden välillä ei havaittu eroa tässä kompetenssissa, sillä sekä osastonhoitajat että apulaisosastonhoitajat olivat yhtä mieltä sen merkityksellisyydestä (97 %). Yksiköiden

suosittelemuksin perusteella muodostetussa Ryhmässä B ($NPS \leq 50$) vallitsi täysi yksimielisyys (100 %) kompetenssin merkityksestä, kun taas Ryhmässä A ($NPS > 50$) osuus oli 96 %.

Kokonaisuudessaan prosessin ja laadun parantaminen nähdään yhtenä keskeisimmistä hoitotyön laatuun vaikuttavista tekijöistä, ja sen merkitys tunnustetaan laajasti riippumatta esimiesasemasta tai yksikön saamasta asiakaspalautteesta.

Taulukko 24. Prosessin ja laadun parantamisen kompetenssin koettu merkitys hoitotyön laadun kannalta taustamuuttujittain

Muuttuja	Kokee merkitystä n (%)	Ei koe merkitystä n (%)
Työkokemuksen kokonaispituus		
$x < 2$ vuotta	93 %	7 %
$2 \leq x < 5$ vuotta	100 %	0 %
$5 \leq x < 10$ vuotta	100 %	0 %
$10 \leq x$ vuotta	95 %	5 %
Ylin suoritettu koulutusaste		
Alempi korkeakouluaste	100 %	0 %
Ylempi korkeakouluaste	96 %	4 %
Tutkijakoulutus	-	-
Jokin muu	100 %	0 %
Nykyinen tehtävänimike		
Osastonhoitaja	97 %	3 %
Apulaisosastonhoitaja	97 %	3 %
NPS-arvion mukainen ryhmä		
Ryhmä A ($NPS > 50$)	96 %	4 %
Ryhmä B ($NPS \leq 50$)	100 %	0 %

6.3.9 Projektin hallintataidot -kompetenssi

Taulukko 25 kuvaa projektinhallintataitojen koettua merkitystä hoitotyön laadun kannalta eri taustamuuttujien mukaan tarkasteltuna. Tulokset osoittavat, että vaikka suuri enemmistö lähijohtajista pitää projektinhallintaa merkityksellisenä, tässä kompetenssissa esiintyy enemmän hajontaa ja kriittisempää arviointia kuin monessa muussa tutkimuksen osa-alueessa.

Työkokemuksen osalta havaitaan, että näkemys kompetenssin tärkeydestä on vahvimillaan keskipitkän kokemuksen ryhmissä: 5–10 vuotta työskennelleet lähijohtajat olivat täysin yksimielisiä (100 %) projektinhallinnan merkityksestä, kun taas alle kaksi vuotta

työskennelleiden ryhmässä koettu merkitys oli tutkimuksen matalin (73 %). Yli kymmenen vuotta työskennelleistä 90 % piti osa-aluetta merkityksellisenä ja 10 % ei kokenut sillä olevan merkitystä. Koulutustaustan mukaan tarkasteltuna ”Jokin muu” -koulutusryhmä piti projektinhallintaa poikkeuksetta tärkeänä (100 %), kun taas alemman korkeakoulututkinnon suorittaneista 88 % ja ylemmän tutkinnon suorittaneista 84 % jakoi tämän näkemyksen.

Tehtävänimikkeiden välillä on havaittavissa ero, sillä osastonhoitajat (90 %) pitivät projektinhallintataitoja merkityksellisempinä hoitotyön laadulle kuin apulaisosastonhoitajat (83 %). Erityisen mielenkiintoinen havainto tehtiin yksiköiden suositteluindeksin perusteella, sillä Ryhmässä B (NPS ≤ 50) vallitsi täysi yksimielisyys (100 %) kompetenssin merkityksestä, kun taas korkeamman suositteluindeksin Ryhmässä A (NPS > 50) osuus oli selvästi matalampi eli 84 %. Kokonaisuudessaan projektinhallinta nähdään tärkeänä laadun osatekijänä, mutta sen merkitys korostuu erityisesti osastonhoitajien, kokeneempien johtajien ja matalamman NPS-arvion yksiköiden kohdalla.

Taulukko 25. Projektin hallintataidot -kompetenssin koettu merkitys hoitotyön laadun kannalta taustamuuttujittain

Muuttuja	Kokee merkitystä n (%)	Ei koe merkitystä n (%)
Työkokemuksen kokonaispituus		
x < 2 vuotta	73 %	27 %
2 ≤ x < 5 vuotta	83 %	17 %
5 ≤ x < 10 vuotta	100 %	0 %
10 ≤ x vuotta	90 %	10 %
Ylin suoritettu koulutusaste		
Alempi korkeakouluaste	88 %	13 %
Ylempi korkeakouluaste	84 %	16 %
Tutkijakoulutus	-	-
Jokin muu	100 %	0 %
Nykyinen tehtävänimike		
Osastonhoitaja	90 %	10 %
Apulaisosastonhoitaja	83 %	17 %
NPS-arvion mukainen ryhmä		
Ryhmä A (NPS > 50)	84 %	16 %
Ryhmä B (NPS ≤ 50)	100 %	0 %

6.3.10 Yhteenveto

Taulukot 19-25 kuvaavat hoitotyön lähijohtajien arvioita yhdeksän eri toimeenpanokompetenssin merkityksestä hoitotyön laadun kannalta eri taustamuuttujilla tarkasteltuna. Tulokset osoittavat, että lähes kaikkia kompetensseja pidetään poikkeuksellisen tärkeinä laadun varmistamisessa, mutta näkemyksissä esiintyy vaihtelua erityisesti työkokemuksen ja tehtävänimikkeen mukaan.

Vastuullisuus (Taulukko 19) ja aloitekyky (Taulukko 24) olivat kompetensseja, joista vallitsi täydellinen yksimielisyys: 100 % kaikista vastaajista piti niitä merkityksellisinä hoitotyön laadun kannalta taustamuuttujista riippumatta. Myös analyyttinen ajattelu (Taulukko 21) koettiin erittäin keskeiseksi, sillä 93–100 % vastaajista piti sitä merkityksellisenä, ja kaikki yli kaksi vuotta työskennelleet sekä osastonhoitajat olivat tästä täysin yksimielisiä.

Viestintätaitojen osalta sekä kirjoitusviestintää (Taulukko 22) että puheviestintää ja fasilitointia (Taulukko 23) arvostettiin laajasti (88–100 %) [25–28]. Osastonhoitajat kokivat puheviestinnän merkityksellisyyden poikkeuksetta (100 %), kun taas apulaisosastonhoitajilla osuus oli hieman matalampi (94 %). Prosessien ja laadun parantaminen (Taulukko 26) nähtiin myös lähes universaalisti tärkeänä (93–100 %), ja molemmat esimiesasemat olivat tästä yhtä mieltä (97 %).

Eniten hajontaa ja kriittisempää arviointia esiintyi saavutusorientaation (Taulukko 20), yksikön suorituskyvyn mittaamisen (Taulukko 25) ja projektinhallintataitojen (Taulukko 27) kohdalla. Erityisesti alle kaksi vuotta työskennelleet arvioivat näiden merkityksen selvästi matalammaksi (esim. projektinhallinta 73 %) kuin kokeneemmat kollegansa. On myös mielenkiintoista, että Ryhmän B (NPS \leq 50) johtajat arvioivat useat teknisemmät osa-alueet, kuten projektinhallinnan ja suorituskyvyn mittaamisen, täysin merkityksellisiksi (100 %), kun taas korkeamman NPS:n Ryhmässä A vastaavat osuudet olivat matalampia.

6.4 Toimeenpanokompetenssien koettu merkitys hoitotyön laatuun taustatekijöittäin

6.4.1 Työkokemuksen kokonaispituus

Taulukko 26 kuvaa toimeenpanokompetenssien koettua merkitystä hoitotyön laadun kannalta suhteutettuna vastaajien työkokemuksen kokonaispituuteen. Tulokset osoittavat, että

työkokemuksella on selkeä yhteys siihen, miten merkityksellisinä eri osaamisalueet nähdään laadukkaan hoitotyön varmistamisessa.

Vastuullisuus ja aloitekyky nousevat taulukossa kaikkien työkokemusluokkien mielestä merkityksellisiksi laatutekijöiksi, sillä jokainen vastaaja (100 %) piti niitä merkityksellisinä työkokemuksen pituudesta riippumatta. Myös analyttistä ajattelua pidettiin erittäin tärkeänä, ja kaikki vähintään kaksi vuotta työskennelleet olivat sen merkityksestä täysin yksimielisiä (100 %), kun taas alle kaksi vuotta työskennelleistä vastaava osuus oli 93 %.

Työkokemuksen määrä korreloi useimpien kompetenssien arvostuksen kanssa siten, että merkityksen kokeminen vahvistuu uran edetessä, saavuttaen huippunsa 5–10 vuotta työskennelleiden ryhmässä, jossa vallitsi täysi 100 prosentin yksimielisyys jokaisen yhdeksän kompetenssin kohdalla. Erityisen suuri ero kokemuksen myötä näkyi projektinhallintataidoissa, joiden merkityksen tunnisti vain 73 % alle kaksi vuotta työskennelleistä, mutta 100 % 5–10 vuotta työskennelleistä. Samankaltainen nouseva trendi havaittiin saavutusorientaatioissa (80 % vs. 100 %) ja suorituskyvyn mittaamisessa (80 % vs. 100 %).

Mielenkiintoisena yksityiskohtana kaikkein kokeneimmat, yli 10 vuotta työskennelleet, suhtautuivat joihinkin osa-alueisiin hieman kriittisemmin kuin keskipitkän kokemuksen ryhmät. Tässä ryhmässä esimerkiksi kirjoitusviestinnän (90 %) ja yksikön suorituskyvyn mittaamisen (85 %) koettu merkitys oli hieman matalampi kuin 2–10 vuotta työskennelleillä, vaikka valtaosa piti niitä edelleen tärkeinä. Kokonaisuutena taulukko 28 osoittaa, että ammatillinen kokemus vahvistaa näkemystä toimeenpanokompetenssien tärkeydestä hoitotyön laadulle, mutta kaikkein kokeneimpien ja vasta-alkajien välillä on havaittavissa painotuseroja erityisesti teknisempien hallinnan välineiden kohdalla.

Taulukko 26. Toimeenpanokompetenssien koettu merkitys hoitotyön laadun kannalta työkokemuksen kokonaispituuden mukaan

Kompetenssi	x < 2 vuotta kokee merkitystä % / ei koe merkitystä %	2 ≤ x < 5 vuotta kokee merkitystä % / ei koe merkitystä %	5 ≤ x < 10 vuotta kokee merkitystä % / ei koe merkitystä %	10 ≤ x vuotta kokee merkitystä % / ei koe merkitystä %
Vastuullisuus	100 % / 0 %	100 % / 0 %	100 % / 0 %	100 % / 0 %
Saavutusorientaatio	80 % / 20 %	94 % / 6 %	100 % / 0 %	100 % / 0 %
Analyttinen ajattelu	93 % / 7 %	100 % / 0 %	100 % / 0 %	100 % / 0 %
Viestintätaidot 1	93 % / 7 %	100 % / 0 %	100 % / 0 %	90 % / 10 %

Kompetenssi	x < 2 vuotta kokee merkitystä % / ei koe merkitystä %	2 ≤ x < 5 vuotta kokee merkitystä % / ei koe merkitystä %	5 ≤ x < 10 vuotta kokee merkitystä % / ei koe merkitystä %	10 ≤ x vuotta kokee merkitystä % / ei koe merkitystä %
Viestintätaidot 2	93 % / 7 %	100 % / 0 %	100 % / 0 %	95 % / 5 %
Aloitekyky	100 % / 0 %	100 % / 0 %	100 % / 0 %	100 % / 0 %
Yksikön suorituskyvyn mittaaminen	80 % / 20 %	100 % / 0 %	100 % / 0 %	85 % / 15 %
Prosessin ja laadun parantaminen	93 % / 7 %	100 % / 0 %	100 % / 0 %	95 % / 5 %
Projektin hallintataidot	73 % / 27 %	83 % / 17 %	100 % / 0 %	90 % / 10 %

6.4.2 Ylin suoritettu koulutusaste

Taulukko 27 tarkastelee toimeenpanokompetenssien koettua merkitystä hoitotyön laadun kannalta suhteutettuna vastaajien ylimpään suoritettuun koulutusasteeseen. Tulosten perusteella koulutustasosta riippumatta lähes kaikkia kompetensseja pidetään erittäin merkityksellisinä, mutta tiettyjen osa-alueiden kohdalla näkemykset vaihtelevat koulutusasteryhmittäin. Vastuullisuus ja aloitekyky nousevat tutkimuksessa kaikkien ryhmien osalta merkityksellisenä koetuiksi laatutekijöiksi, joista vallitsee täysi 100 prosentin yksimielisyys kaikissa vastaajaryhmissä koulutustaustasta riippumatta.

Ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet painottavat erityisesti viestintätaitojen merkitystä, sillä sekä kirjoittaminen että puheviestintä ja fasilitointi saivat heidän ryhmässään 98 prosentin kannatuksen. Tämä ryhmä suhtautuu kuitenkin projektinhallintataitojen merkitykseen kaikkein kriittisimmin, sillä 16 prosenttia heistä ei kokenut niillä olevan merkitystä hoitotyön laadulle. Alemman korkeakoulututkinnon suorittaneilla on puolestaan täysi yksimielisyys analyyttisen ajattelun sekä prosessien ja laadun parantamisen merkityksestä, mutta heidän arvostuksensa kirjoitusviestintää, suorituskyvyn mittaamista ja projektinhallintaa kohtaan on hieman matalampi eli 88 prosenttia.

Ryhmä ”Jokin muu” erottuu muista olemalla täysin yksimielinen lähes kaikkien kompetenssien merkityksestä, mutta heidän näkemyksensä yksikön suorituskyvyn mittaamisesta on poikkeuksellinen; vain 67 prosenttia ryhmän jäsenistä koki sen merkitykselliseksi, mikä on koko taulukon matalin arvo. On huomattava, että tutkijakoulutuksen saaneita ei ollut vastaajien joukossa, joten heidän osaltaan tuloksia ei ole

voitu raportoida. Kokonaisuutena taulukko osoittaa, että korkeampi koulutusaste näyttää vahvistavan erityisesti viestinnän ja suorituskyvyn mittaamisen merkityksen ymmärtämistä laadun osatekijöinä.

Taulukko 27. Toimeenpanokompetenssien koettu merkitys hoitotyön laadun kannalta ylimmän suoritettun koulutusasteen mukaan

Kompetenssi	Alempi korkeakouluaste kokee merkitystä % / ei koe merkitystä %	Ylempi korkeakouluaste kokee merkitystä % / ei koe merkitystä %	Tutkijakoulutus kokee merkitystä % / ei koe merkitystä %	Jokin muu kokee merkitystä % / ei koe merkitystä %
Vastuullisuus	100 % / 0 %	100 % / 0 %	-	100 % / 0 %
Saavutusorientaatio	94 % / 6 %	93 % / 7 %	-	100 % / 0 %
Analyttinen ajattelu	100 % / 0 %	98 % / 2 %	-	100 % / 0 %
Viestintätaidot 1	88 % / 13 %	98 % / 2 %	-	100 % / 0 %
Viestintätaidot 2	94 % / 6 %	98 % / 2 %	-	100 % / 0 %
Aloitekyky	100 % / 0 %	100 % / 0 %	-	100 % / 0 %
Yksikön suorituskyvyn mittaaminen	88 % / 13 %	93 % / 7 %	-	67 % / 33 %
Prosessin ja laadun parantaminen	100 % / 0 %	96 % / 4 %	-	100 % / 0 %
Projektin hallintataidot	88 % / 13 %	84 % / 16 %	-	100 % / 0 %

6.4.3 Nykyinen tehtävänimike

Taulukko 28 tarkastelee toimeenpanokompetenssien koettua merkitystä hoitotyön laadun kannalta jaoteltuna vastaajien nykyisen tehtävänimikkeen mukaan. Tulokset osoittavat, että osastonhoitajat pitävät lähes kaikkia kompetensseja merkityksellisinä hoitotyön laadulle useammin kuin apulaisosastonhoitajat. Vastuullisuuden ja aloitekyvyn kohdalla molemmat esimiesryhmät ovat täysin yksimielisiä, sillä jokainen vastaaja kummassakin tehtävässä piti niitä merkityksellisinä hoitotyön laadun varmistamisessa.

Osastonhoitajat ovat täysin yksimielisiä myös analyttisen ajattelun sekä puheviestinnän ja fasilitoinnin merkityksestä, kun taas apulaisosastonhoitajien keskuudessa näiden osa-alueiden tärkeyden tunnisti hieman pienempi osa vastaajista eli analyttisen ajattelun kohdalla 97 prosenttia ja puheviestinnän kohdalla 94 prosenttia. Prosessin ja laadun parantaminen koetaan molemmissa ryhmissä yhtä tärkeäksi, sillä 97 prosenttia sekä osastonhoitajista että apulaisosastonhoitajista piti sitä merkityksellisenä hoitotyön laadun kannalta.

Merkittävimmät erot tehtävänimikkeiden välillä havaittiin teknisimmissä ja hallinnollisissa kompetensseissa, kuten yksikön suorituskyvyn mittaamisessa ja projektinhallinnassa. Osastonhoitajista 97 prosenttia piti suorituskyvyn mittaamista merkityksellisenä, kun taas apulaisosastonhoitajilla vastaava osuus oli 86 prosenttia. Myös projektinhallintataitojen merkityksessä oli ero osastonhoitajien 90 prosentin ja apulaisosastonhoitajien 83 prosentin välillä. Lisäksi saavutusorientaation koki tärkeäksi 97 prosenttia osastonhoitajista ja 91 prosenttia apulaisosastonhoitajista. Kokonaisuutena tulokset heijastavat sitä, että osastonhoitajat painottavat strategisia ja hallinnollisia kompetensseja laadun varmistajina hieman vahvemmin kuin apulaisosastonhoitajat.

Taulukko 28. Toimeenpanokompetenssien koettu merkitys hoitotyön laadun kannalta nykyisen tehtävänimikkeen mukaan

Kompetenssi	Osastonhoitaja kokee merkitystä % / ei koe merkitystä %	Apulaisosastonhoitaja kokee merkitystä % / ei koe merkitystä %
Vastuullisuus	100 % / 0 %	100 % / 0 %
Saavutusorientaatio	97 % / 3 %	91 % / 9 %
Analyttinen ajattelu	100 % / 0 %	97 % / 3 %
Viestintätaidot 1	97 % / 3 %	94 % / 6 %
Viestintätaidot 2	100 % / 0 %	94 % / 6 %
Aloitekyky	100 % / 0 %	100 % / 0 %
Yksikön suorituskyvyn mittaaminen	97 % / 3 %	86 % / 14 %
Prosessin ja laadun parantaminen	97 % / 3 %	97 % / 3 %
Projektin hallintataidot	90 % / 10 %	83 % / 17 %

6.4.4 NPS-arvon mukainen ryhmä

Taulukko 29 tarkastelee toimeenpanokompetenssien koettua merkitystä hoitotyön laadun kannalta jaoteltuna yksikön suositteluindeksiin (NPS) perusteella muodostettuihin ryhmiin A ($NPS > 50$) ja B ($NPS \leq 50$). Tulokset osoittavat mielenkiintoisen ilmiön, jossa matalamman suositteluindeksiin yksiköiden johtajat (Ryhmä B) korostavat lähes kaikkien kompetenssien merkitystä hoitotyön laadulle jopa vahvemmin kuin korkeamman NPS-arvon yksiköiden johtajat. Vastuullisuus ja aloitekyky nousevat tässäkin tarkastelussa laadun kannalta merkityksellisinä koetuiksi tekijöiksi, joista vallitsee täysi 100 prosentin yksimielisyys kummassakin ryhmässä.

Matalamman suositteluindeksin Ryhmässä B vallitsi poikkeuksellisen vahva konsensus, sillä saavutusorientaatiota lukuun ottamatta jokainen vastaaja (100 %) piti kaikkia muita kahdeksaa kompetenssia merkityksellisinä hoitotyön laadun kannalta. Erityisen huomionarvoista on, että teknisemmät ja hallinnollisemmat osa-alueet, kuten yksikön suorituskyvyn mittaaminen, prosessin ja laadun parantaminen sekä projektinhallintataidot, saivat tässä ryhmässä täyden 100 prosentin kannatuksen. Sitä vastoin korkeamman suositteluindeksin Ryhmässä A vastaavat luvut olivat selvästi matalampia, sillä projektinhallinnan koki merkitykselliseksi 84 prosenttia ja suorituskyvyn mittaamisen 89 prosenttia vastaajista.

Korkeamman suositteluindeksin Ryhmässä A analyttinen ajattelu (98 %), viestintätaidot (95–96 %) sekä prosessien parantaminen (96 %) koettiin erittäin tärkeiksi, vaikka aivan täyttää yksimielisyyttä ei saavutettu. Ainoa kompetenssi, jonka merkitystä Ryhmän A johtajat painottivat enemmän kuin Ryhmän B johtajat, oli saavutusorientaatio, jota piti merkityksellisenä 95 prosenttia vastaajista verrattuna Ryhmän B 86 prosenttiin. Kokonaisuutena tulokset viittaavat siihen, että yksiköissä, joissa suositteluindeksi on matalampi, johtajat kokevat toimeenpanokompetenssien hallinnan olevan erityisen kriittisessä roolissa hoitotyön laadun varmistamiseksi.

Taulukko 29. Toimeenpanokompetenssien koettu merkitys hoitotyön laadun kannalta NPS-arvon mukaisen ryhmän mukaan

Kompetenssi	Ryhmä A kokee merkitystä % / ei koe merkitystä %	Ryhmä B kokee merkitystä % / ei koe merkitystä %
Vastuullisuus	100 % / 0 %	100 % / 0 %
Saavutusorientaatio	95 % / 5 %	86 % / 14 %
Analyttinen ajattelu	98 % / 2 %	100 % / 0 %
Viestintätaidot 1	95 % / 5 %	100 % / 0 %
Viestintätaidot 2	96 % / 4 %	100 % / 0 %
Aloitekyky	100 % / 0 %	100 % / 0 %
Yksikön suorituskyvyn mittaaminen	89 % / 11 %	100 % / 0 %
Prosessin ja laadun parantaminen	96 % / 4 %	100 % / 0 %
Projektin hallintataidot	84 % / 16 %	100 % / 0 %

6.5 Aineiston laadulliset tulokset

6.5.1 Osallistujien toteuttamat toimet laadukkaan hoitotyön varmistamiseksi

Taulukossa 30. esitetyt toimet ovat sellaisia, joilla osallistujat pyrkivät varmistamaan ja kehittämään hoidon laatua. Ne vaihtelevat yksittäisistä rutiineista, kuten mittareiden seurannasta, laajempiin kokonaisuuksiin, kuten prosessien leanaukseen tai strategisten muutosten luotsaamiseen.

Taulukko 30. Osallistujien toteuttamat toimet laadukkaan hoitotyön aikaansaamiseksi

Pääkategoria	Alikategoriat
Seuranta, arviointi ja mittarit	Seuraa mittareita ja lukuja Raportoi mittareita ja lukuja Asiakaspalautteen kerääminen ja hyödyntäminen Hoitotyön toimintatapojen arviointi ja seuranta Ohjeiden noudattamisen seuranta ja valvonta Haittatapahtumailmoitusten käsittely Auditointien tekeminen Tulosten analysointi ja tulosanalyysin tekeminen Suorituskyvyn, tehokkuuden ja vaikuttavuuden mittaaminen Juurisyysanalyysin tekeminen
Viestintä ja vuorovaikutus	Tiedottaminen ja viestintä (suullinen, kirjallinen, monikanavainen) Palautteen antaminen (rakentava, suora, positiivinen) Viikkotiedotteen laatiminen Avoin keskustelu ja dialogi Ongelmien ja vaikeiden asioiden puheeksi otto Tiedon jakaminen ja siirtäminen Kuunteleminen ja henkilökunnan kuuleminen Taulupalaverit ja päivittäisen johtamisen taulun käyttö Kokousten, palaverien ja osastotuntien pitäminen Muistuttelu ja asioiden toistaminen
Henkilöstöjohtaminen ja osaaminen	Kehityskeskusteluiden pitäminen Perehdytys ja opastaminen Osaamisen varmistaminen

	Ylläpito ja seuranta Valmentava johtaminen ja mentorointi Henkilöstöressurssien ja osaamistasojen seuranta Motivointi ja kannustaminen Työkyvyn ja hyvinvoinnin tukeminen
Prosessien ja laadun parantaminen	Jatkuva parantaminen ja kehittäminen Leanaus (hoitoprosessien hiominen) Prosessien kuvaaminen, muokkaaminen ja tarkastelu Testaaminen ja pilotointi (matalalla kynnyksellä) Simulaatioharjoitusten järjestäminen Työnkulkujen ja toimintatapojen korjaaminen/muuttaminen Epäkohtiin ja virheisiin tarttuminen ja niiden selvittely Näyttöön perustuvan toiminnan jalkauttaminen
Suunnittelu, organisointi ja projektinhallinta	Päivittäisjohtaminen ja arjen organisointi Työvuorosuunnittelu (ml. yhteisöllinen suunnittelu) Töiden järjestely ja tehtävien priorisointi Projektien suunnittelu, aikatauluttaminen ja seuranta Muutosjohtaminen ja muutosten jalkauttaminen Resurssien (aika, raha, välineet) mahdollistaminen ja hallinta Verkostoituminen ja sidosryhmätyöskentely Ennakoiva ajattelu ja varautuminen (esim. vuosikello) Jalkautuminen osastolle ja potilastiloissa kulkeminen

6.5.2 Laadunvarmistustoimien toteuttamistiheys ja ajallinen ulottuvuus

Taulukossa 31. kuvataan osallistujien mainitsemien laadunvarmistustoimien toteuttamistiheyttä ja ajallista ulottuvuutta, jotka vaihtelevat päivittäisestä ja jatkuvasta toiminnasta aina ennakoivaan ja pitkän aikavälin suunnitteluun.

Taulukko 31. Laadunvarmistustoimien toteuttamistiheys ja ajallinen ulottuvuus

Pääkategoria	Alikategoriat
Päivittäinen ja jatkuva toiminta	Päivittäin Lähes päivittäin Useamman kerran päivässä

	Koko ajan Jatkuvasti Aina Osa arkea Arkipäiväisesti Reaaliajassa Säännöllisesti
Määritellyin aikavälein (syklit)	Viikoittain Kuukausittain vuosittain Vuosikelloa hyödyntäen Monivuotinen (esim. projekti)
Tilannekohtainen ja reaktiivinen	Aika-ajoin Tarvittaessa Usein Ei säännöllisesti Heti tai välittömästi Sitä mukaa (kun asioita ilmenee) Nopeasti muuttuvat tilanteet
Ennakoiva ja tulevaisuuteen suuntautunut	Etukäteen Ennakkoon Ennakoivasti Ennakoiva ajattelu Vähintään 10 kuukautta eteenpäin Olla aikaa edellä (esim. keväällä mietitään syksyä) Pitkän aikavälin suunnitelma Askel edellä

6.5.3 Hoitotyön laatuun ja sen kehittämiseen vaikuttavia tekijöitä

Taulukossa 32. kuvataan osallistujien tunnistamia inhimillisiä, taloudellisia ja rakenteellisia tekijöitä, jotka joko edistävät tai rajoittavat laadunvarmistuksen toteutumista. Nämä vaikuttavat tekijät vaihtelevat yksilöllisistä ominaisuuksista, kuten asenteesta ja osaamisesta,

organisaation resursseihin, viestinnän toimivuuteen sekä laajempiin rakenteellisiin ja systeemisiin puitteisiin, kuten toimintakulttuuriin ja prosesseihin.

Taulukko 32. Hoitotyön laatuun ja sen kehittämiseen vaikuttavia tekijöitä

Pääkategoria	Alikategoriat
Inhimilliset ja yksilölliset tekijät	Persoonan vaikutus Yksilön merkitys Motivointi Kilpailuasetelma Kyky vaikuttaa asioihin Osaaminen Kokemus Motivointi Asenne Vastuullisuus
Resurssit ja talous	Kiire Ajan puute Kustannustehokkuus Kustannuslaskelmat Henkilöstökapasiteetti Työkuorma Poissaolojen hallinta Käyttöaste Hoitotarvikkeiden optimointi Tarvittavat välineet
Viestintä ja vuorovaikutus	Sanat Puheviestintä Ilmaisuu ja esittämistapa Esihenkilöviestintä Saman ymmärryksen luominen
Rakenteelliset ja systeemiset tekijät	Toimintaympäristö Kulttuuri Prosessit Kankeus

	Syy-seuraussuhteet
--	--------------------

7 Pohdinta

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

7.1.1 Kvantitatiiviset tulokset

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että hoitotyön lähijohtajat tunnistavat vastuullisuuden ja analyttisen ajattelun ammatillisen osaamisensa vahvimmiksi osaamisalueiksi, mutta teknisemmät hallinnan työkalut, kuten projektinhallinta ja suorituskyvyn mittaaminen, kaipaavat vahvistusta. Tämä havainto on yhdenmukainen aiemman kirjallisuuden kanssa, jossa on tunnistettu kansainvälisesti selkeitä puutteita talousosaamisen, projektinhallinnan ja strategisen ajattelun alueilla (Foxy ja Garner 2021; Warshawsky ym. 2022). Painotus perinteisissä eettisissä ja laadullisissa arvoissa teknisten välineiden sijaan viittaa siihen, että systemaattinen hallinta saattaa näyttäytyä arjen työssä etäisenä (Bender 2016). On huomionarvoista, että vaikka lähes kaikki vastaajat pitivät vastuullisuutta ja aloitekykyä kiistattomina laadun tekijöinä (100 % yksimielisyys), teknisempien kompetenssien merkityksestä vallitsi suurempi hajonta. Tämä viittaa siihen, että hoitotyön johtamisessa painotetaan edelleen vahvasti perinteisiä eettisiä ja laadullisia arvoja, kun taas systemaattiset hallinnan ja mittaamisen välineet saattavat näyttäytyä etäisempinä arjen laadunvarmistuksessa. Erityisesti uransa alkuvaiheessa olevat johtajat arvioivat näiden teknisten taitojen merkityksen selvästi matalammaksi kuin kokeneemmat kollegansa, mikä voi kertoa tarpeesta tukea hallinnollisten työkalujen haltuunottoa heti johtajauran alussa.

Työkokemuksen yhteys osaamisen itsearviointiin noudattaa pääosin osaamistason nousua, mutta 2–5 vuotta työskennelleiden ryhmän kriittisempi suhtautuminen omaan osaamiseen on mielenkiintoinen havainto. Tämä ryhmä arvioi osaamisensa useissa kompetensseissa matalammaksi kuin alle kaksi vuotta työskennelleet, mikä saattaa heijastaa niin sanottua "tietoisen epäpätevyyden" vaihetta, jossa kokemuksen karttuessa ymmärrys tehtävän vaatimuksista kasvaa ja omaa osaamista tarkastellaan aiempaa kriittisemmin (Lysfjord ym. 2024). Sitä vastoin yli kymmenen vuotta työskennelleiden vahva luottamus omiin taitoihinsa, erityisesti vastuullisuudessa ja saavutusorientaatiossa, kertoo pitkän uran tuomasta varmuudesta ja kompetenssien sisäistämisestä. Sama yli kymmenen vuoden kokemuksen tuoma varmuus ja kompetenssien syvä sisäistäminen nousivat esiin kirjallisuudessa (Lysfjord ym. 2024; Warshawsky ym. 2022).

Tehtävänimike ja koulutustaso selittävät merkittävästi eroja johtajien osaamisprofiileissa, ja osastonhoitajien apulaisosastonhoitajia vahvempi itsearviointi läpi koko kompetenssikentän on tutkimuksen keskeisimpiä tuloksia. Tämä tukee kirjallisuuden mukaista käsitystä akateemisen koulutuksen merkityksestä vaativissa johtamistehtävissä (González García ym. 2022). Erityisen suuret erot analyttisessä ajattelussa ja aloitekyvyssä viittaavat siihen, että osastonhoitajan rooli vaatii ja kehittää strategisempaa otetta verrattuna apulaisosastonhoitajan usein operatiivisempaan työkuvaan. Myös ylemmän korkeakoulututkinnon yhteys vahvempaan analyttiseen ajatteluun ja prosessien parantamisaamiseen tukee käsitystä akateemisen koulutuksen merkityksestä vaativissa johtamistehtävissä. On kuitenkin huomioitava "Jokin muu" -koulutusasteryhmän suuri hajonta, joka osoittaa, että osaaminen voi painottua hyvin eri tavoin virallisen tutkintonimikkeen ulkopuolella ja tähän voi vaikuttaa paljon tutkinnon lisäksi myös kokemus.

Yksikön suositteluindeksin (NPS) ja osaamisarvioiden välinen yhteys tarjoaa arvokasta tietoa johtamisen vaikutuksesta koettuun laatuun. Korkean NPS:n yksiköiden (Ryhmä A) johtajat arvioivat osaamisensa vahvemmaksi lähes kaikilla osa-alueilla, mikä viittaa siihen, että johtajan vahva toimeenpanokyky heijastuu suoraan yksikön tuloksiin ja asiakastyytyväisyyteen. Yksikön suositteluindeksin (NPS) ja osaamisarvioiden välinen yhteys vahvistaa kirjallisuudesta sitä, että lähijohtajan vahva toimeenpanokyky heijastuu suoraan yksikön tuloksiin ja potilastyytyväisyyteen (Warshawsky ym. 2022). Samaan aikaan on tärkeää, että matalamman suosittelun yksiköiden johtajat (Ryhmä B) tunnistivat lähes kaikkien kompetenssien merkityksen laadulle jopa vahvemmin kuin Ryhmän A johtajat. Tämä saattaa kertoa siitä, että haastavammassa tilanteessa olevat johtajat tiedostavat osaamisen kehittämisen tarpeen ja kompetenssien kriittisyyden laadun parantamisen välineinä.

Tulosten perusteella laadukkaan hoitotyön varmistaminen ja kehittäminen näyttäytyy monitasoisena johtamistehtävänä, jossa yhdistyvät konkreettiset arjen rutiinit ja laajat strategiset kokonaisuudet. Osallistujien kuvaamat toimet osoittavat, että laatu ei synny ainoastaan yksittäisistä suorituksista, vaan se on jatkuvan seurannan, arvioinnin ja kehittämisen tulos.

7.1.2 Kvalitatiiviset tulokset

Keskeiseksi tekijäksi aineiston laadullisissa tuloksissa nousee viestinnän ja vuorovaikutuksen merkitys. Tulokset korostavat, että kyky avoimeen dialogiin, kuuntelemiseen ja rakentavan

palautteen antamiseen on perusta, jolle laadukas hoitotyö rakentuu. Erityisesti "saman ymmärryksen luominen" nousee vaikuttavaksi tekijäksi, mikä viittaa siihen, että johtajan on kyettävä sanoittamaan tavoitteet ja laatuvaatimukset tavalla, joka sitouttaa koko työyhteisön. Tämä on linjassa Benderin (2016) havaintojen kanssa, joiden mukaan jatkuva kliininen johtajuus edellyttää tehokasta viestintää ja ammattiryhmien välisten suhteiden vahvistamista. Kirjallisuudessa onkin painotettu, että johtajan kyky luoda syyllistämätön ja oppimista tukeva toimintakulttuuri on välttämätöntä hoidon laadun kehittämiseksi (Berger ym. 2020; Øyri ym. 2020).

Toiminnan ajallinen ulottuvuus paljastaa tarpeen taiteilla reaktiivisen arjen ja ennakoivan johtamisen välillä. Vaikka monet toimet ovat "päivittäisiä" ja "osa arkea", laadun pitkäjänteinen kehittäminen vaatii kykyä olla "askel edellä" ja suunnitella toimintaa jopa kymmenen kuukautta eteenpäin. Tämä ennakoiva ajattelu on kriittistä osaamista päinvastaiselle "tulipalojen sammuttamiselle" ja hektisyydelle, jotka tunnistettiin merkittäviksi vaikuttaviksi tekijöiksi. Vaikka aineisto korostaa ennakoivuutta, Øyri ym. (2020) toteavat, että systemaattinen laadunparannustyö (kuten PDSA-mallin käyttö) jää arjessa usein puutteelliseksi kiireen vuoksi. Tämä heijastuu myös tässä tutkimuksessa esiin nousseena haasteena, jossa hallinnolliset velvollisuudet vievät aikaa suunnitelmalliselta kehittämiseltä.

Resurssit ja talous muodostavat vääjäämättömät raamit, joiden sisällä laadunhallinta tapahtuu. Kiire, ajan puute ja henkilöstökapasiteetin haasteet on tunnistettu johtamisessa esteiksi, mikä on yhdenmukaista aiemman tutkimustiedon kanssa. Erityisesti raskas työkuorma ja riittämätön henkilöstömäärä on tunnistettu tekijöiksi, jotka aiheuttavat stressiä ja altistavat työvirheille (Wong 2024). Empiiriset tulokset viittaavat myös siihen, että inhimilliset ja yksilölliset tekijät, kuten asenne, vastuullisuus ja motivointi, voivat toimia merkittävinä voimavaroina näiden rajoitteiden keskellä. Myös osaaminen ja kokemus nähdään tekijöinä, jotka voivat kompensoida rakenteellista kankeutta.

7.1.3 Empiirisen aineiston ja kirjallisuuskatsauksen tuloksien vertailu

Kirjallisuuskatsauksen havaintojen ja empiirisen aineiston tulosten välillä on nähtävissä selkeitä yhtymäkohtia, jotka vahvistavat käsitystä lähijohtajien kompetensseista hoidon laadun perustana. Tulokset osoittavat, että hoitotyön lähijohtajien toimeenpanokyky heijastuu suoraan yksikön tuloksiin ja potilaskokemukseen (Warshawsky ym. 2022). Tuloksissa on nähtävissä myös mielenkiintoisia havaintoja.

Kirjallisuuskatsauksen mukaan lähijohtajien osaamisessa on puutteita erityisesti talousosaamisessa, projektinhallinnassa ja strategisessa ajattelussa (Foxx ja Garner 2021; Warshawsky ym. 2022). Empiirisen aineiston tulokset vahvistavat kirjallisuuden havaintoja, sillä projektinhallintataidot ja yksikön suorituskyvyn mittaaminen arvioitiin heikoimmiksi osaamisalueiksi. Vastaavasti vahvuuksiksi kirjallisuus nostaa laatu- ja turvallisuusosaamisen sekä tiimien rakentamisen ja esimerkiksi Bender (2016) artikkelissa tunnistettiin viestinnän ja tiimien rakentamisen olevan lähijohtamisen ydinosamisalueita. Vahvimmiksi osaamisalueiksi empiirisessä aineistossa nousivat vastuullisuus, analyyttinen ajattelu ja kirjallinen viestintä. Viestintä nousi siis sekä kirjallisuudessa, että empiirisessä aineistossa yhdeksi vahvimmista osaamisalueista. Tämä viittaa siihen, että hoitotyön johtamisessa korostuvat edelleen vahvasti perinteiset eettiset ja laadulliset arvot, kun taas teknisemmät hallinnan välineet saattavat näyttäytyä arjen työssä etäisempinä.

Kirjallisuuskatsauksen mukaan peruskompetenssitason saavuttaminen vie tyypillisesti noin viisi vuotta ja tietyt kompetenssit kuten talousosaaminen, järjestelmien parantamisosaaminen sekä strateginen ajattelu kehittyvät hitaammin. Uudet johtajat (< 2 vuotta) kokevat usein epävarmuutta, kun taas kokeneet (> 10 vuotta) keskittyvät strategiseen johtamiseen. (Warshawsky ym. 2022.) Empiirinen aineiston osalta havaitaan mielenkiintoinen ilmiö, jossa 2–5 vuotta työskennelleet arvioivat osaamisensa usein matalammaksi kuin alle kaksi vuotta työskennelleet. Tämä heijastaa aineiston mukaan "tietoisien epäpätevyiden" vaihetta, jossa ymmärrys työn vaativuudesta kasvaa (Lysfjord ym. 2024). Yli 10 vuotta työskennelleiden ryhmässä osaamisarviot olivat lähes kaikissa kategorioissa korkeimmat, mikä kertoo pitkän uran tuomasta varmuudesta ja kompetenssien sisäistämisestä. Tämä havainto työkokemuksen korreloimisesta itsearvioitun osaamisen kanssa, on linjassa aiempien havaintojen kanssa, joissa kokemuksen todettiin vaikuttavan kompetensseihin jopa koulutusta enemmän (Warshawsky ym. 2022). Kirjallisuudessa myös havaittiin, että kokeneet johtajat keskittyvät uusia kollegoitaan paremmin strategiseen johtamiseen (Lysfjord ym. 2024), mikä näkyy osaamisen kehittymisen itsearvioinneissa myös empiirisessä aineistossa.

Kirjallisuuskatsauksessa havaitaan, että lähijohtajien kompetenssit ovat ennustava tekijä hoidon laadulle ja potilastyytyväisyydelle (Warshawsky ym. 2022). Empiirisen aineiston tulokset osoittavat suoran yhteyden, sillä korkean NPS-arvon yksiköiden (Ryhmä A) johtajat arvioivat osaamisensa vahvemmaksi lähes kaikilla osa-alueilla kuin matalamman laadun yksiköiden johtajat. Erityisesti vastuullisuudesta ja aloitekyvystä vallitsi 100 prosentin

yksimielisyys niiden merkityksestä laadulle. Tämä vahvistaa käsitystä siitä, että johtajan vahva toimeenpanokyky heijastuu suoraan yksikön tuloksiin ja asiakastytyväisyyteen.

Kirjallisuuskatsauksen mukaan korkeamman tason kompetenssi ja asiantuntijuus saavutetaan usein ylemmän korkeakoulututkinnon kautta (González García ym. 2022). Empiirisessä aineistossa osastonhoitajat arvioivat osaamisensa vahvemiksi jokaisessa yhdeksässä kompetenssissa verrattuna apulaisosastonhoitajiin. Myös ylempi korkeakouluaste korreloi vahvemman analyttisen ajattelun ja prosessien parantamisosaamisen kanssa, mikä tukee akateemisen koulutuksen merkitystä vaativissa johtamistehtävissä.

Laadulliset tulokset korostavat viestinnän ja ”saman ymmärryksen luomisen” merkitystä, mikä on linjassa kirjallisuuden kanssa, jossa painotetaan johtajan kykyä luoda oppimista tukeva toimintakulttuuri (Berger ym. 2020; Øyri ym. 2020). Tässä tutkimuksessa tunnistetut esteet, kuten resurssipula, kiire ja ajan puute, ovat yhdenmukaisia aiemman tutkimustiedon kanssa, jonka mukaan hallinnolliset tehtävät vievät aikaa kliiniseltä johtamiselta ja laadun ennakoivalta kehittämiseltä (Kantanen ym. 2017; Ottman-Salminen, Vikberg-Aaltonen, ym. 2022).

Yhteenvedona voidaan todeta, että empiiriset tulokset antavat vahvaa tukea kirjallisuuskatsauksen havainnoille siitä, että johtajan toimeenpanokyky heijastuu suoraan yksikön saavuttamaan laatuun. Samalla empiirinen aineisto tarkentaa hallinnollisten ja teknisten työkalujen (kuten mittaamisen ja projektinhallinnan) olevan suurin haaste työkokemuksesta riippumatta. Laadulliset tulokset täydentävät tätä kuvaa korostamalla viestinnän ja ”saman ymmärryksen luomisen” kriittistä roolia laadun jalkauttamisessa työyhteisöön. Empiirinen aineisto vahvistaa lähijohtajien kompetenssien puutteita ja tarvetta tarjota kohdennettua koulutusta, sillä johtamiskoulutuksen on osoitettu nostavan merkittävästi kompetenssipisteitä ja kykyä käyttää laadunparannuksen työkaluja (Glasheen ym. 2022; Iblasi ym. 2024).

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta on vahvistettu käyttämällä sekä kirjallisuuskatsauksessa että empiirisessä osiossa vakiintuneita ja validoituja arviointimenetelmiä. Kirjallisuuskatsauksen osalta laadunvarmistuksessa hyödynnettiin Joanna Briggs Instituutin (JBI) kriteeristöjä, joiden avulla varmistettiin valitun aineiston menetelmällinen taso. Pääosa katsauksen artikkeleista saavutti korkeat laadupisteet (6–8/8 tai 10/11), mikä tukee synteessin pohjana käytetyn tiedon

luotettavuutta. Kirjallisuudesta tunnistetut yleisimmät puutteet, kuten tutkijoiden refleksiivisyyden raportointi tai sekoittavien tekijöiden huomioiminen, on pyritty huomioimaan tulosten tulkinnassa. Monimenetelmällisyys ja aineiston kansainvälinen kattavuus lisäävät tulosten yleistettävyyttä.

Empiirisessä osiossa käytetyn NCHL Health Leadership Competency Model 3.0 -osaamismallin luotettavuus perustuu sen laajaan kehitystyöhön, jossa on hyödynnetty satojen terveydenhuollon johtajien haastatteluja ja testausta. Mallin on todettu yhdistävän useita johtamisen osaamismalleja, mikä vahvistaa sen sisältövaliditeettia. Kyselytutkimuksen vastaajajoukko (n = 64) edusti kohdeorganisaatiota hyvin: esimerkiksi Ryhmään A kuuluvien vastaajien osuus (89 %) vastasi lähes täysin kaikkien mukaanottokriteerit täyttävien osastojen todellista jakaumaa (88 %).

Hoidon laadun mittarina käytettyyn NPS-arvoon liittyy kuitenkin tiettyjä rajoitteita, jotka on huomioitava tuloksia tulkittaessa. Potilaiden antamiin suositteluarvioihin voivat vaikuttaa heidän psykologinen ja emotionaalinen tilansa tai valmiiksi matalat odotukset hoidon laatua kohtaan. On myös mahdollista, että potilas antaa huonomman suositteluluvun siksi, ettei hän halua muiden joutuvan kokemaan raskasta hoitoprosessia, vaikka itse hoidon laatu olisi ollut korkea. On myös havaittu, että mikäli verrataan eri osastojen tai sairaaloiden mittareiden pisteytyksiä, tulisi käyttää mittareiden yhdistelmiä. (Hamilton ym. 2014.) Lisäksi Leslie ym. (2022) mukaan potilastyytyväisyyden mittarit, kuten NPS, voivat olla epäherkkiä tunnistamaan heikkolaatuista hoitoa, mikäli potilaiden odotukset laadusta ovat jo valmiiksi matalat.

Lisäksi on huomioitava ajallinen yhteys johtajan ja yksikön NPS-tulosten välillä. Johtaja ei välttämättä ole toiminut yksikössä koko tarkastellun mittausajanjakson ajan, tai hän on voinut aiemmin tai samanaikaisesti johtaa toista yksikköä, jonka laatuluvut ovat olleet erilaisia. Itsearviointiin perustuvassa tutkimuksessa on myös aina huomioitava subjektiivisuus, mikä tuli esiin erityisesti 2–5 vuotta työskennelleiden ryhmässä, jonka itsekriittisyys saattaa heijastaa realistisempaa kuvaa työn vaativuudesta kuin vasta-alkajilla.

7.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen toteutuksessa noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan eettisiä ohjeita hyvän tieteellisen käytännön toteuttamisesta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023). Kohdeorganisaation vastuuhenkilö toimitti suostumusasiakirjat, joka sisälsi

tutkimustiedotteen sekä kuvauksen tutkimuksessa tapahtuvasta henkilötietojen käsittelystä ja siihen liittyvistä oikeuksista, kirjallisena tutkimukseen osallistuville. Siinä kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimuksen keskeyttäminen tai osallistumisen peruuttaminen on mahdollista missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ilman seurauksia (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023). Mikäli tutkittava olisi peruuttanut suostumuksensa, hänestä siihen mennessä kerättyjä tietoja olisi käytetty osana tutkimusaineistoa.

Kysely toteutettiin Webropol-kyselytyökalulla Turun Yliopiston Webropol-ympäristössä. Suostumus tutkimuksessa kerättävien tietojen käytöstä osana tutkimusta kerättiin osallistujilta pakollisen kentän kautta, jonka yläpuolella oli linkki tietosuojaselosteelle. Linkki tietosuojaselosteelle löytyi myös kyselyn alusta.

Osallistumisesta ei koitunut tutkittaville kustannuksia. Tutkimuksesta ei myöskään aiheutunut tutkittaville merkittäviä riskejä, vahinkoja tai haittoja (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023), koska tutkimus ei kajonnut tutkittaviin. Tutkimuksen ei myöskään oletettu aiheuttavan suoraa hyötyä osallistujalle. Tutkija on Pro Gradu -tutkielmaa tekevä terveystieteiden maisteriopiskelija, jolla ei ollut rahoitusta tai sidonnaisuuksia.

Tutkija ei saanut tietää yksittäisen vastaajan yksikköä eikä nimeä. Tutkimuksen raportointi toteutettiin niin, että raportissa ei eritellä kohdeorganisaatiota tai yksittäisiä osastoja, vaan aineistoa käsitellään kokonaisuudessaan, jotta tutkittavien anonymiteetti ei vaarannu.

Tutkimusaineistoa säilytetään tietoturvallisesti Turun Yliopiston ylläpitämässä suojatussa sähköisessä Seafile-pilvipalvelussa salasanalla suojattuna ja hävitetään viisi vuotta tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Tutkija hävitti mahdollisen tutkimuksen aikana syntyvän kirjallisessa muodossa olevan aineiston asianmukaisesti sähköisen tallentamisen jälkeen.

EU:n tietosuojasetuksen(679/2016) 6 artiklan a-kohdan mukaisesti perusteena henkilötietojen käsittelystä tutkimuksessa on e-kohdan ja tietosuojalain (1050/2018) 4§:n 3 kohdan mukaisesti tieteellisen tutkimuksen yleisen edun takia. Pääsy tutkimusaineistoon on ainoastaan tutkijalla ja tutkimuksen ohjaajalla. Tutkimuksessa kerättyä aineistoa ei luovuteta ulkopuolisille tahoille, eikä aineistoa käytetä muuhun tarkoitukseen kuin tämän tutkimuksen toteuttamiseen.

Tutkielmassa hyödynnettiin tekoälytyökalua (NotebookLM) tukena aineiston jäsentämisessä ja ideoinnissa. Tekoälyä ei käytetty varsinaisen analyysin tai tutkimustulosten tuottamiseen. Kirjoittaja vastaa täysin työn sisällöstä.

8 Johtopäätökset

Lähijohtajat ovat avainasemassa hoitotyön laadun kehittämislle. Tutkimuksen avulla voidaan tunnistaa niitä kompetensseja, joiden yhteys hoitotyön laatuun havaitaan. Tällöin lähijohtajien osaamisen tasoa ja mahdollisia kehittämistarpeita voidaan tarkastella osana yksikön hoitotyön laadun kokonaisvaltaista kehittämistä. Ammattimainen ja osaava johtaminen on välttämätöntä, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet vaikuttavuudesta ja korkeasta laadusta voidaan saavuttaa.

Tutkimus osoittaa lähijohtajien osaamisen kehittämisen tarpeita. Tutkimuksen pohjalta jatkossa sairaalaorganisaatiot voivat pohtia lähijohtamisen osaamisen kouluttamista mahdollisesti johtamisen osaamismallien avulla. Näin lähijohtajien kompetenssien tason nousuun vaikuttamalla voidaan saada aikaiseksi vaikuttavampaa lähijohtamista.

Tutkimuksen tulosten ja niistä tehdyn pohdinnan perusteella voidaan esittää seuraavia konkreettisia kehittämisehdotuksia, jotka kohdistuvat erityisesti lähijohtajien osaamisen vahvistamiseen ja johtamisuran eri vaiheiden tukemiseen.

Kohdennettu koulutus teknisiin hallinnan työkaluihin, koska projektinhallintataidot ja yksikön suorituskyvyn mittaaminen arvioitiin heikoimmiksi osa-alueiksi kaikissa vastaajaryhmissä, organisaatioiden tulisi tarjota näihin osa-alueisiin pureutuvaa käytännönläheistä koulutusta. Erityisesti suorituskyvyn mittaamisen (esim. mittareiden seuranta ja raportointi) kytkeminen vahvemmin osaksi päivittäistä laadunhallintaa on keskeistä.

Mentorointiohjelmat 2–5 vuotta työskennelleille, koska tutkimuksessa havaittiin, että 2–5 vuotta työskennelleiden ryhmä arvioi osaamisensa usein matalammaksi kuin vasta-alkajat, mikä saattaa viitata kriittisyyden kasvuun ja tuen tarpeeseen tässä uravaiheessa. Mentorointi kokeneempien (yli 10 vuotta työskennelleiden) johtajien kanssa voisi auttaa ylittämään tämän vaiheen ja vahvistamaan ammatillista itsetuntoa.

Apulaisosastonhoitajien kompetenssien vahvistaminen, koska osastonhoitajat arvioivat osaamisensa vahvemmaksi jokaisessa kompetenssissa, tulisi apulaisosastonhoitajille tarjota mahdollisuuksia kehittää erityisesti analyttistä ajattelua ja aloitekykyään. Tämä tukisi myös sujuvampaa sijaistamista ja urakehitystä osastonhoitajan tehtäviin.

Laadunhallinnan työkalujen jalkauttaminen uran alkuvaiheessa, koska projektinhallinnan ja mittaamisen merkitystä tulisi painottaa jo perehdytysvaiheessa, sillä alle kaksi vuotta työskennelleet kokivat näiden merkityksen laadulle selvästi pienemmäksi kuin kokeneet kollegansa.

Siirtymä reaktiivisuudesta ennakoivaan johtamiseen: Laadun varmistaminen ei ole yksittäinen toimi, vaan se muodostuu jatkuvasta rutiinien ja strategisten kokonaisuuksien hallinnasta, joka ulottuu yksittäisestä mittareiden seurannasta laajempiin prosesseihin, kuten leanaamiseen tai muutosjohtamiseen. Keskeistä on siirtymä reaktiivisesta "tulipalojen sammuttamisesta" kohti ennakoivaa ja tulevaisuusorientoitunutta otetta, jossa toimintaa suunnitellaan parhaimmillaan kymmenen kuukautta eteenpäin.

Viestinnän rooli ”saman ymmärryksen luomisessa”: Tulokset korostavat, että laatuun vaikuttavat tekijät ovat monisyisiä ja ne kytkeytyvät inhimillisiin tekijöihin, kuten asenteeseen ja osaamiseen, mutta niitä rajoittavat vääjäämättä resurssit, kuten kiire ja ajan puute. Viestinnän merkitys nousee kriittiseksi tekijäksi laadun jalkauttamisessa, sillä johtajan on kyettävä luomaan työyhteisöön yhteinen ymmärrys tavoitteista.

9 Jatkotutkimusehdotukset

Tämä tutkimus tarjoaa pohjaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kansallisen laaturekisteritoiminnan hyödyntämiselle. Vuonna 2023 laaturekistereistä tuli lakisääteisiä, ja ne vakiintuivat osaksi pysyvää toimintaa aiemman projektimuotoisuuden sijaan. Tällä laaturekisteriin kerätyllä laatumittareiden voi myöhemmin kattavammin selvittää yhtenäisten laatumittareiden avulla eri hyvinvointialueiden tai yliopistollisten sairaaloiden tai muiden terveydenhuollon yksiköiden hoidon laatua ja mahdollisia siihen liittyviä tekijöitä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2025a, 2025b)

Tutkimuksen tulosten ja niistä tehdyn pohdinnan perusteella voidaan esittää seuraavia konkreettisia jatkotutkimusehdotuksia, jotka kohdistuvat erityisesti lähijohtajien osaamisen vahvistamiseen ja johtamisuran eri vaiheiden tukemiseen.

Itsearviointien kriittisyyden kasvu uran alkuvaiheissa: Olisi perusteltua tutkia laadullisin menetelmin, mitkä tekijät selittävät 2–5 vuotta työskennelleiden lähijohtajien kriittistä itsearviota. Onko kyseessä realistisemmän kuvan muodostuminen työn vaativuudesta vai kenties riittämätön tuki uran ensimmäisten vuosien jälkeen?

Toimeenpanokompetenssien yhteys objektiivisiin laatumittareihin: Tämä tutkimus keskittyi itsearvioituun osaamiseen ja NPS-lukuun. Jatkotutkimuksessa voitaisiin tarkastella, miten johtajien kompetenssit korreloivat objektiivisten laatumittareiden, kuten potilasturvallisuuspoikkeamien määrän, hoitoon liittyvien infektioiden tai henkilöstön vaihtuvuuden kanssa.

Koulutuksen vaikuttavuuden seuranta: Olisi hyödyllistä toteuttaa interventiotutkimus, jossa seurataan, miten kohdennettu projektinhallinnan tai analyttisen ajattelun koulutus vaikuttaa johtajien itsearvioituun osaamiseen ja yksikön tuloksiin pitkällä aikavälillä.

Osaamisen havainnointitutkimus: Koska itsearviointiin liittyy aina subjektiivisuutta, jatkotutkimuksessa voitaisiin käyttää havainnointia tai 360-arviointia (esim. alaisten ja ylemmän johdon näkemykset) antamaan monipuolisempi kuva lähijohtajien todellisesta toimeenpanokyvystä.

Ennakoivan johtamisen vaikuttavuus: Tutkimus voisi kohdistua tarkemmin siihen, miten "askel edellä" oleminen ja 10 kuukauden suunnittelujänne korreloivat konkreettisten

laatuvirheiden (esim. haittatapahtumailmoitusten määrään) ja henkilöstön kokeman työstressin kanssa.

Viestinnän laadullinen tutkiminen: Koska "saman ymmärryksen luominen" tunnistettiin keskeiseksi vaikuttavaksi tekijäksi, jatkotutkimus voisi selvittää, mitkä viestinnän muodot (suullinen vs. kirjallinen vs. monikanavainen) ovat tehokkaimpia tiedon jalkauttamisessa moniammatillisessa hoitoympäristössä ja minkälainen viestintä tukee saman ymmärryksen luomista.

Lähteet

- Aromataris, E., C. Lockwood, B. Pilla, ja Z. Jordan. 2024. ”JBI Manual for Evidence Synthesis”.
<https://synthesismanual.jbi.global>.
- Bender, Miriam. 2016. ”Clinical Nurse Leader Integration Into Practice: Developing Theory To Guide Best Practice”. *Journal of Professional Nursing* 32(1):32–40.
 doi:10.1016/j.profnurs.2015.06.007.
- Berger, S., AM Saut, ja FB Berssaneti. 2020. ”Using patient feedback to drive quality improvement in hospitals: A qualitative study”. *BMJ Open* 10(10). doi:10.1136/bmjopen-2020-037641.
- Booth, Andrew. 2016. ”Searching for qualitative research for inclusion in systematic reviews: A structured methodological review”. *Systematic Reviews* 5(1). doi:10.1186/s13643-016-0249-x.
- Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, D.C: National Academy Press.
- Dawes, Nathan, ja S. M. Topp. 2022. ”Senior manager leadership competencies for quality residential aged care: an Australian industry perspective”. *BMC Health Services Research* 22(1).
 doi:10.1186/s12913-022-07911-9.
- Debono, Deborah, Joanne F. Travaglia, Adam G. Dunn, Debra Thoms, Reece Hinchcliff, Jennifer Plumb, Jacqueline Milne, Noa Erez-Rein, Janice Wiley, ja Jeffrey Braithwaite. 2016.
 ”Strengthening the capacity of nursing leaders through multifaceted professional development initiatives: A mixed method evaluation of the ‘Take The Lead’ program.” *Collegian* 23(1):19–28. doi:10.1016/j.colegn.2014.09.005.
- Donabedian, A. 1998. ”The quality of care – how can it be assessed?” *Journal of the American Medical Association* 260.
- Euroopan parlamentti ja neuvosto. 2016. *Yleinen tietosuoja-asetus*.
- Evans, SM, JS Lowinger, PC Sprivulis, B. Copnell, ja PA Cameron. 2009. ”Prioritizing quality indicator development across the healthcare system: Identifying what to measure”. *Internal Medicine Journal* 39(10):648–54.
- Finlex. 2010. *Terveystieteiden tutkimuskeskus*.
- Finlex. 2018. *Tietosuojalaki*.
- Foxx, M., ja C. Garner. 2021. ”Qualifications of executive nurses for service on hospital boards”. *Journal of Nursing Administration* 51(12):626–29. doi:10.1097/NNA.0000000000001085.
- Garman, Andrew N, Sue Boren, David Masuda, ja Shital C. Shah. 2020. ”Mapping National Center for Healthcare Leadership Competencies to the CAHME Accreditation Competency Domains”. *Journal of Health Administration Education* 37(1):349–53.

- Garman, Andrew N., Melanie P. Standish, ja Dae Hyun Kim. 2018. "Enhancing efficiency, reliability, and rigor in competency model analysis using natural language processing". *The Journal of Competency-Based Education* 3(3):e01164. doi:10.1002/cbe2.1164.
- Garman, Andrew N., Melanie P. Standish, ja Joyce Anne Wainio. 2020. "Bridging worldviews: Toward a common model of leadership across the health professions". *Health care management review* 45(4):E45–55. doi:10.1097/HMR.0000000000000243.
- Glasheen, Jeffrey J., Ethan Cumbler, Dan Hyman, Patrick Kneeland, Gail Armstrong, Sarah Caffrey, Jennifer Wiler, Anne Fuhlbrigge, Douglas Jones, ja Read G. Pierce. 2022. "The Institute for Health care Quality, Safety, and Efficiency: A Comprehensive Approach to Improving Organization-Level Quality Performance". *American Journal of Medical Quality* 37(2):111–17. doi:10.1097/01.JMQ.0000753244.65493.a4.
- González García, Alberto, Arrate Pinto-Carral, Silvia Pérez González, ja Pilar Marqués-Sánchez. 2022. "A competency model for nurse executives." *International Journal of Nursing Practice (John Wiley & Sons, Inc.)* 28(5):1–11. doi:10.1111/ijn.13058.
- Groene, O., OA Arah, NS Klazinga, C. Wagner, PD Bartels, S. Kristensen, F. Saillour, A. Thompson, CA Thompson, H. Pfaff, Maral DerSarkissian, ja Rosa Sunol. 2015. "Patient Experience Shows Little Relationship with Hospital Quality Management Strategies". *PloS one* 10(7):e0131805. doi:10.1371/journal.pone.0131805.
- Hamilton, D. F., J. V Lane, P. Gaston, J. T. Patton, D. J. MacDonald, A. H. R W Simpson, C. R. Howie, Research Fellow, Orthopaedic Surgeon, Hon Senior Lecturer, Miqa Cqp, Research Co-ordinator, FRCS Eng, ja Professor of Orthopaedics. 2014. "Assessing treatment outcomes using a single question THE NET PROMOTER SCORE". *Bone Joint J* 95–622. doi:10.1302/0301-620X.96B5.
- Höög, Elisabet, Jack Lysholm, Rickard Garvare, Lars Weinehall, ja Monica Elisabeth Nyström. 2016. "Quality improvement in large healthcare organizations: Searching for system-wide and coherent monitoring and follow-up strategies". *Journal of Health Organization and Management* 30(1):133–53. doi:10.1108/JHOM-10-2013-0209.
- Iblasi, Abdulkareem S., Samer Makahleh, Yupin Aunguroch, Joko Gunawan, ja I. Gede Junamasta. 2024. "First-Line Nurse Managerial Competence and Its Influencing Factors in Public Jordanian Hospitals." *Nurse Media: Journal of Nursing* 14(2):175–84.
- Joint Commission Resources. 2023. *Definitions of Quality and Patient Safety final*.
- Kantanen, Kati. 2017. *Kuntasektorilla toimivien hoitotyön johtajien johtamisosaaminen ja sen muutos*. Tampere University Press.
- Kantanen, Kati, Marja Kaunonen, Mika Helminen, ja Tarja Suominen. 2017. "Kunta-alan hoitotyön johtajien johtamisosaamisen muutos". *Tutkiva Hoitotyö* 15(1):26–37.

- Kim, Dae Hyun, George Fitchett, Jami L. Anderson, ja Andrew N. Garman. 2022. "Management and leadership competencies among spiritual care managers". *Journal of Health Care Chaplaincy* 28(1):128–37. doi:10.1080/08854726.2020.1796076.
- Kotimaisten kielten keskus, ja Kielikone Oy. 2024. "Kompetenssi".
<https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/#/kompetenssi>.
- Latvala, E., ja L. Vanhanen-Nuutinen. 2001. "Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessit: Sisällönanalyysi". Ss. 21–43 teoksessa *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*, toimittanut S. Janhone ja M. Nikkonen. Juva: WSOY.
- L'Ecuyer, Kristine M., Bobbi J. Shatto, Rosemary L. Hoffmann, ja Matthew L. Crecelius. 2016. "The Certified Clinical Nurse Leader in Critical Care." *Dimensions of Critical Care Nursing* 35(5):248–54. doi:10.1097/DCC.0000000000000202.
- Leggat, Sandra G., Anne Smyth, Cathy Balding, ja Iain McAlpine. 2016. "Equipping clinical leaders for system and service improvements in quality and safety: An Australian experience". *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 40(2):138–43. doi:10.1111/1753-6405.12462.
- Leslie, HH, HY Lee, B. Blouin, ME Kruk, ja PJ García. 2022. "Evaluating patient-reported outcome measures in Peru: a cross-sectional study of satisfaction and net promoter score using the 2016 EnSuSalud survey". *BMJ quality & safety* 31(8):599–608. doi:10.1136/bmjqs-2021-014095.
- Lin, Q., H. Hao, D. Qin, ja D. Zhang. 2022. "Development and validation of a quality indicator system for outpatient service in Shenzhen, China". *International Journal for Quality in Health Care* 34(2). doi:10.1093/intqhc/mzac035.
- Lo, B., LM Nagle, P. White, M. Kleib, MA Kennedy, ja G. Strudwick. 2021. "Digital and informatics competencies: Requirements for nursing leaders in Canada". *Healthcare Management Forum* 34(6):320–25. doi:10.1177/08404704211015428.
- Lysfjord, Else Marie, Edith Roth Gjevjon, ja Siv Skarstein. 2024. "Challenges and Strategies in Nursing Leadership: A Qualitative Study on Leaders in Mental Health Care." *Nursing Reports* 14(4):3943–54.
- National Center for Healthcare Leadership. 2018. *Health Leadership Competency Model 3.0*.
- Ottman-Salminen, Mirja, Marja Kaunonen, ja Pasi-Heikki Rannisto. 2022. "Kliinisen työn johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa: integroitu kirjallisuuskatsaus". *Tutkiva Hoitotyö* 20(1):12–19.
- Ottman-Salminen, Mirja, Paula Vikberg-Aaltonen, Pasi-Heikki Rannisto, ja Marja Kaunonen. 2022. "Osastonhoitaja kliinisen työn johtajana sairaalaorganisaatioissa". *Tutkiva Hoitotyö* 20(2):12–19.
- Page, Matthew J., Joanne E. McKenzie, Patrick M. Bossuyt, Isabelle Boutron, Tammy C. Hoffmann, Cynthia D. Mulrow, Larissa Shamseer, Jennifer M. Tetzlaff, Elie A. Akl, Sue E. Brennan, Roger Chou, Julie Glanville, Jeremy M. Grimshaw, Asbjørn Hróbjartsson, Manoj M. Lalu, Tianjing Li, Elizabeth W. Loder, Evan Mayo-Wilson, Steve McDonald, Luke A. McGuinness, Lesley A. Stewart, James Thomas, Andrea C. Tricco, Vivian A. Welch, Penny Whiting, ja David Moher.

2021. "The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews". *BMJ* 372.
- Sillanpää, K. 2023. "Hoitotyön johtaminen tärkeämpää kuin koskaan".
<https://www.tehy.fi/fi/blogit/hoitotyon-johtaminen-tarkeempaa-kuin-koskaan>.
- Singh, Deepti, ja Kavaldeep Dixit. 2020. "Measuring Perceived Service Quality in Healthcare Setting in Developing Countries: A Review for Enhancing Managerial Decision-making". *Journal of Health Management* 22(3):472–89. doi:10.1177/0972063420963407.
- Skyrud, Katrine Damgaard, ja Ida Rashida Khan Bukholm. 2021. "Correlation between compensated patient claims and 30-day mortality". *International Journal for Quality in Health Care* 33(1). doi:10.1093/intqhc/mzaa111.
- Stirling, P., PJ Jenkins, ND Clement, AD Duckworth, ja JE McEachan. 2019. "The Net Promoter Scores with Friends and Family Test after four hand surgery procedures". *Journal of Hand Surgery: European Volume* 44(3):290–95. doi:10.1177/1753193418819686.
- Streton, Ann-Marie, Fleur Kitsell, Nichola Gambles, ja Rose McCarthy. 2021. "A qualitative analysis of vertical leadership development amongst NHS health-care workers in low to middle income country settings." *Leadership in Health Services (1751-1879)* 34(3):296–312. doi:10.1108/LHS-11-2020-0089.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2025a. "Terveydenhuollon kansalliset laaturekisterit".
<https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/arviointi-ja-seuranta/sote-tietopohja/terveydenhuollon-kansalliset-laaturekisterit>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2025b. "THL:n laaturekisteritoiminta jatkuu, mutta samalla selvitetään kansallisen vaikuttavuustiedon kokonaisuuden tarpeita". <https://thl.fi/-/thl-n-laaturekisteritoiminta-jatkuu-mutta-samalla-selvitetaan-kansallisen-vaikuttavuustiedon-kokonaisuuden-tarpeita>.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2023. "Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa". https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf.
- Vehkalahti, K. 2014. *Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät*. Helsingin yliopisto.
- Warshawsky, Nora E., Emily Cramer, Elizabeth M. Grandfield, ja Ann E. Schlotzhauer. 2022. "The influence of nurse manager competency on practice environment, missed nursing care, and patient care quality: A cross-sectional study of nurse managers in U.S. hospitals". *Journal of Nursing Management* 30(6):1981–89. doi:10.1111/jonm.13649.
- Westbrook, KW, E. Babakus, ja CC Grant. 2014. "Measuring Patient-Perceived Hospital Service Quality: Validity and Managerial Usefulness of HCAHPS Scales". *Health Marketing Quarterly* 31(2):97–114. doi:10.1080/07359683.2014.907114.
- Wong, Florence Mei Fung. 2024. "Job satisfaction in nursing: A qualitative inquiry into novice and experienced nurses' perspectives". *Nurse education in practice* 78.
 doi:10.1016/J.NEPR.2024.104018.

- World Health Organization. ei pvm.-a. "Quality of Care". Noudettu 9. syyskuuta 2023.
[://www.who.int/health-topics/quality-of-care](http://www.who.int/health-topics/quality-of-care).
- World Health Organization. ei pvm.-b. "Quality of care". Noudettu 26. toukokuuta 2022.
https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1.
- York, AS, ja KA McCarthy. 2011. "Patient, staff and physician satisfaction: A new model, instrument and their implications". *International Journal of Health Care Quality Assurance* 24(2):178–91. doi:10.1108/09526861111105121.
- Yu, Qiang, Ling Liu, Yusheng Tian, Xuting Li, Jiaxin Yang, Qiaomei Liu, Zengyu Chen, Meng Ning, Fan Wang, Yamin Li, ja Chongmei Huang. 2024. "Head nurse ethical competence and transformational leadership: a cross-sectional study". *BMC nursing* 23(1). doi:10.1186/S12912-024-02484-W.
- Øyri, SF, GS Braut, C. MacRae, ja S. Wiig. 2020. "Hospital managers' perspectives with implementing quality improvement measures and a new regulatory framework: A qualitative case study". *BMJ Open* 10(12). doi:10.1136/bmjopen-2020-042847.

Liitteet

Liite 1. Taulukko kirjallisuuskatsauksen tiedonhausta

Tietokanta	Päivämäärä	Hakulauseke	Tulokset
CINAHL	25.2.2025	Title or abstract: AB ((manager or management or leader or leadership) AND (competen* or skill*) AND (healthcare quality or quality of healthcare or quality of patient care or quality of service) AND (improve* or increase or enhance or promote or better)) OR AB ((manager or management or leader or leadership) AND (competen* or skill*) AND (healthcare quality or quality of healthcare or quality of patient care or quality of service) AND (improve* or increase or enhance or promote or better))	850
Medic	25.2.2025	(lähijohtaja* tai esimie* tai osastonhoitaja* tai johtajuu*) AND (kompetenssi* tai kompetentti tai osaami* tai taito* tai taidot) AND laadukas AND (hoitotyö* tai potilashoito tai potilashoido* tai hoido* tai hoito tai palvelu*) AND kehittämi*	7
PubMed	25.2.2025	((manager[Title/Abstract] OR leadership[Title/Abstract] OR leader[Title/Abstract] OR management[Title/Abstract]) AND (competenc*[Title/Abstract] OR	294

		<p>skill[Title/Abstract] OR skills[Title/Abstract] OR competent[Title/Abstract]) AND (healthcare quality[Title/Abstract] OR health care quality[Title/Abstract] OR quality of healthcare[Title/Abstract] OR quality of patient care[Title/Abstract] OR patient care quality[Title/Abstract] OR quality of service[Title/Abstract] OR service quality[Title/Abstract])) AND (improvement[Title/Abstract] OR improved[Title/Abstract] OR improve[Title/Abstract] OR better[Title/Abstract])</p>	
--	--	---	--

Liite 2. Taulukko kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Otos	Tutkimusasetelma, menetelmät	Keskeiset tulokset	Laadun-arviointi (JBI)
Määrälliset tutkimukset					
<p>Foxx, M., & Garner, C. 2021 Yhdysvallat</p>	<p>Dokumentoida sairaanhoitajajohtajien käsityksiä omista johtamista aidoistaan.</p>	<p>N = 50 johtavassa asemassa olevaa sairaanhoitajajohtajaa (hoitotyön johtajia, ylihoitajia), 86 % naisia, 54 % 45-64-vuotiaita, 92 % suorittanut ylemmän korkeakoulututkinnon, vähintään yhden vuoden kokemus johtotehtävässä.</p>	<p>Määrällinen poikkileikkaustutkimus. Toteutettiin verkkokyselyinä yhtenä ajanjaksona. Kyselyssä käytettiin American Hospital Associationin (AHA) kehittämää ja julkaisemaa "Center for Healthcare Governance (CHG) Assessment Tool©" -arviointityökalua. Työkalu sisälsi 23 keskeistä ominaisuutta, taitoa ja kokemuksen osa-alueita. Vastaajat arvioivat omaa osaamistaan kullakin osa-alueella 4-portaisella Likert-asteikolla (3 edistynyt, 2 hyvä, 1 kohtalainen, 0 ei lainkaan). Aineisto analysoitiin määrällisillä menetelmillä. Tulokset raportoitiin aggregoituina prosenttiosuuksina kullekin vastausvaihtoehdolle jokaisen 23 osa-alueen kohdalla.</p>	<p>Keskeiset tulokset osoittavat, että johtavassa asemassa olevilla sairaanhoitajilla on merkittävää osaamista monilla sairaalan johtokunnan työn kannalta kriittisillä alueilla. Tulokset voidaan jakaa osaamisen vahvuusalueisiin ja kehittämiskohteisiin.</p> <p>Vahvuusalueet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sairaanhoitajajohtajat arvioivat oman osaamisensa vahvaksi tai edistyneeksi erityisesti seuraavilla osa-alueilla: <ul style="list-style-type: none"> • Kliininen kokemus: Tämä oli selkein vahvuus (82 % vastaajista arvioi osaamisensa edistyneeksi) • Koulutus: Yli puolet (52 %) arvioi osaamisensa edistyneeksi. • Laatu, potilasturvallisuus ja suorituskyky: Lähes puolet (48 %) piti osaamistaan edistyneenä. Tämä on erityisen tärkeää, koska sairaaloiden johdon vastuu potilaiden hoidon laadusta on kasvanut. • Potilaiden ja terveydenhuollon edunvalvonta: 46 % arvioi osaamisensa edistyneeksi. • Terveydenhuollon hallinto ja politiikka: 44 % arvioi osaamisensa edistyneeksi. • Liiketoiminnan johtaminen: Yli kolmannes (36 %) piti osaamistaan edistyneenä. <p>Nämä tulokset osoittavat, että sairaanhoitajajohtajilla on juuri sellaista asiantuntemusta, joka liittyy suoraan hoidon laatuun, potilasturvallisuuteen ja operatiiviseen toimintaan – osa-alueisiin, jotka ovat yhä keskeisempiä johdon vastuulla.</p> <p>Kehittämiskohteet</p> <p>Tutkimus tunnisti myös osa-alueita, joilla sairaanhoitajajohtajien osaaminen oli heikompaa. Nämä liittyivät usein organisaation</p>	<p>7/8</p>

				<p>erikoistuneempiin toimintoihin. Heikoimmin arvioidut alueet olivat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lainsäädäntö: Suurin osa vastaajista arvioi osaamisensa vain kohtalaiseksi (46 %) tai olemattomaksi (18 %). • Kirjanpito: Vastaavasti 56 % arvioi osaamisensa kohtalaiseksi ja 18 % olemattomaksi. • Työmarkkinasuhteet: 26 % arvioi osaamisensa kohtalaiseksi ja 28 % olemattomaksi. <p>Tutkijat huomauttavat, että nämä ovat usein tehtäviä, joita hoitavat organisaatioissa omat asiantuntijansa. Heikompi osaaminen näillä alueilla ei siis välttämättä ole yllättävää, mutta yleinen ymmärrys niistä on silti tärkeää johtotyössä. Lisäksi tutkimuksessa suositellaan, että johtaville sairaanhoitajille suunnatussa koulutuksessa, erityisesti tohtoritasolla, tulisi painottaa muun muassa rahoitusta, strategista suunnittelua ja johtamista sekä hallitussuhteita ja poliittista osaamista.</p> <p>Yhteenvetona voidaan todeta, että sairaanhoitajajohtajilla on vahva perusta toimia sairaaloiden johtotehtävissä, erityisesti laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyen. Tuloksia voidaan hyödyntää perustelevaan heidän nimittämistään johtotehtäviin ja samalla tunnistamaan koulutustarpeita, jotka vahvistaisivat heidän valmiuksiaan entisestään.</p>	
<p>Groene, O., Arah, O. A., Klazinga, N. S., Wagner, C., Bartels, P. D., Kristensen, S., Saillour, F., Thompson, A., Thompson, C. A., Pfaff, H., DerSarkissia</p>	<p>Selvittää, onko sairaaloiden laadunhallintajärjestelmillä ja potilaskeskeisillä strategioilla yhteyttä potilaiden</p>	<p>N = 74 sairaalaa seitsemästä maasta (Tšekki, Ranska, Saksa, Puola, Portugali, Espanja ja Turkki). 79,7 % julkisia sairaaloita ja 44,5 % opetussairaaloita. Yhteensä 276 sairaalaosastoa osallistui tutkimukseen. 6 536 potilasta ja neljästä eri potilasryhmästä</p>	<p>Monitasoinen poikkileikkaustutkimus. Aineisto kerättiin yhden ajanjakson aikana monelta eri tasolta (potilas-, osasto- ja sairaalataso). Sairaalat valittiin osallistuvista maista yksinkertaisella satunnaisotannalla. Potilastasolta kerättiin paperipohjaisella kyselylomakkeella, joka sisälsi useita potilaiden kokemusta mittaavia osioita (PREMs) (yleinen</p>	<p>Keskeisin ja yllättävin tulos oli, että sairaaloiden laadunhallintastrategioilla, potilaiden osallistamisella laadunhallintaan tai potilaskeskeisillä toimintatavoilla ei havaittu merkittävää yhteyttä potilaiden hoitokokemuksiin.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laaja-alaisessa tilastollisessa analyysissä sairaalan laadunhallintajärjestelmän kypsyyden, potilaiden osallistumisen laadunhallintaan ja potilaskeskeisten strategioiden välillä ei löytynyt merkittäviä positiivisia yhteyksiä potilaiden raportoiimiin kokemuksiin. - Suurin osa testatuista malleista oli joko tilastollisesti ei-merkitseviä tai niiden vaikutuskoko oli niin pieni, ettei sillä ollut kliinistä tai käytännön merkitystä. - Ainoat tilastollisesti merkitsevät ja sisällöllisesti painavat löydökset olivat itse asiassa käänteisiä (negatiivisia). Sairaaloissa, joissa potilaat oli otettu mukaan laadunhallintaan, potilaskokemuspisteet olivat 	8/8

<p>n, M., & Sunol, R.. 2015 Iso-Britannia</p>	<p>kokemukseen hoidosta.</p>	<p>(sydäninfarkti 1379 potilasta, synnytykset 2088 potilasta, lonkkamurtuma 1503 potilasta, aivohalvaus 1566 potilasta).</p>	<p>potilaskokemus NORPEQ-mittari, kotiutukseen valmistautuminen HCT-mittari, koettu osallistuminen hoitoon: yksittäinen kysymys, sairaala suosittelu). Osastotasolta aineisto kerättiin osaston johtajille suunnatulla sähköisellä kyselyllä sekä ulkopuolisen arvioijan tekemällä auditoinnilla osastolla. Mittareina tässä oli potilaiden osallistuminen laadunhallintaan: 5-osiainen indeksi, potilaskeskeisen hoidon strategiat: ulkopuolisen arvioijan keräämä 4-osiainen mittari. Sairaالاتasolta aineisto kerättiin sairaalan laadunhallintapäällikölle suunnatulla sähköisellä kyselylomakkeella, joka sisälsi laadunhallintajärjestelmän kypsyys (QMSI)-mittarin. Aineiston analysoinnissa tutkimushypoteesien testaamiseen ja muuttujien välisten suhteiden mallintamiseen käytettiin suunnattuja syklittömiä kaavioita, tilastollisella mallinnusta (monimuuttujaiset lineaariset sekamallit), analyysissä vakioitiin eli</p>	<p>matalampia synnytysten ($b = -2.48$) ja lonkkamurtumien ($b = -4.62$) hoidossa.</p> <p>-Potilaiden kokemukset vaihtelivat eri potilasryhmien välillä:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Lonkkamurtuma- ja aivohalvauspotilaiden kokemukset olivat johdonmukaisesti heikoimpia kaikilla mittareilla. ◦ Sydäninfarktipotilaat raportoivat parhaita kokemuksia ja suosittelivat sairaalaa todennäköisimmin. ◦ Synnyttäneet naiset kokivat osallistuvansa parhaiten omaan hoitoonsa ja saavansa parasta ohjausta kotiutumiseen. <p>Tutkimukseen osallistuneissa sairaaloissa oli yleisesti ottaen käytössä huomattava määrä laadunhallintatoimia, mutta kehitettävääkin oli vielä.</p> <p>Johtopäätöksenä tutkimus osoitti, että potilaskeskeinen hoito ei ole vielä riittävästi integroitunut sairaaloiden laadunhallintajärjestelmiin. Sairaalan johdon strategiat ja potilaiden todelliset kokemukset vaikuttavat olevan toisistaan irrallaan. Tulokset viittaavat siihen, että sairaaloiden tulisi kehittää organisatorisia strategioita, joilla varmistetaan potilaskokemusten paraneminen samalla tavalla kuin on tehty kliinisen suorituskyvyn mittareiden osalta.</p>	
--	------------------------------	--	--	--	--

			kontrolloitiin useita sekoittavia tekijöitä eri tasoilla mallinnusstrategian mukaisesti SAS-ohjelmistolla.		
Hamilton, D. F., Lane, J. V., Gaston, P., Patton, J. T., MacDonald, D. J., Simpson, A. H. R. W., & Howie, C. R. 2014 Iso-Britannia	Määrittää ja arvioida Net Promoter Score (NPS) -mittaria lonkan ja polven tekonivelleikkauksissa. Tunnista ja analysoi tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaan antamaan suositukseen.	N = 6186 potilasta, jotka olivat saaneet joko lonkan tai polven tekonivelleikkauksen Skotlannissa. (Lonkan tekonivelleikkaus 3265 potilasta, polven tekonivelleikkaus 2921 potilasta). Keski-ikä 69,1 vuotta, 57,9 % naisia ja 42,1 % miehiä.	Prospektiivinen kohorttitutkimus. Aineisto kerättiin potilaiden täyttämällä kyselylomakkeilla ennen leikkausta sekä 6 ja 12 kuuakutta leikkauksen jälkeen postitse. Keskeiset mittarit: NPS (Net Promoter Score)/"Friends and Family Test" 5-portainen Likert-asteikko, yleinen tyytyväisyys erittäin tyytyväinen, tyytyväinen, epävarma ja tyytymätön, tyytyväisyys hoidon osaluksiin 6-portainen asteikko (kivunlievitys, kyky suoriutua päivittäisistä toiminnoista, odotusten täytyminen, kokemus sairaalahoidosta), kliiniset potilasraportoidut tulosprometrit (PROMs, OKS/OHS, SF-12). Aineisto analysoitiin kuvailevilla tilastoilla	Keskeiset tulokset osoittavat, että potilaiden suosittelemattomuutta (Net Promoter Score, NPS) selittävät pääasiassa kivunlievityksen onnistuminen, ennako-odotusten täytyminen ja sairaalajakemus. Lisäksi leikkauksen tyyppillä (lonkka vs. polvi) oli merkittävä vaikutus tuloksiin. Net Promoter Score (NPS) -tulokset • Yleinen NPS: Koko aineistossa tekonivelleikkauksille saatu NPS-tulos oli 60, mitä pidetään teollisuudessa erittäin hyvänä tuloksena. • Erot leikkaustyypeittäin: Tulokset erosivat merkittävästi lonkan ja polven tekonivelleikkausten välillä: ◦ Lonkan tekonivelleikkaus (THR): NPS = 71 ◦ Polven tekonivelleikkaus (TKR): NPS = 49 Logistisen regressioanalyysin avulla tunnistettiin neljä avaintekijää, jotka ennustivat 95 %:sti, suosittelisiko potilas leikkausta vai ei: 1. Ennako-odotusten täytyminen: Tämä oli vahvin yksittäinen ennustetekijä (todennäköisyysuhde, OR 2.57). Jos odotukset eivät täyty, potilas on huomattavasti todennäköisemmin tyytymätön arvostelija. 2. Sairaalajakemus: Potilaan kokemus sairaalahoidosta oli lähes yhtä tärkeä (OR 2.33). 3. Kivunlievitys: Onnistunut kivunlievitys oli kolmas merkittävä tekijä (OR 2.13). 4. Leikkauksen tyyppi: Potilaat, joille tehtiin polven tekonivelleikkaus, olivat yli kaksi kertaa todennäköisemmin arvostelijoita lonkkaleikkaukspotilaisiin verrattuna (OR 2.31)	9/9 (11) kaksi kohtaa ei sovellettavissa

			(mediaanit, kvartaalivälit), ryhmien vertailuna Kruskall-Wallis testillä, Mann-Whitney U-testi, ennustemallinuksella logistisella regressioanalyysillä, jossa mallin sopivuutta arvioitiin Hosmer-Lemeshow-testillä.	Tutkijat korostavat, että kliiniset mittarit, kuten potilaan ikä, sukupuoli, liitännäissairaudet tai potilasraportoidut tulosmittarit (PROMs), eivät selittäneet suositusvastauksia. Tämä osoittaa, että potilaan kokemus hoidon toteutuksesta on yhtä tärkeä kuin itse kliininen lopputulos. Suositteleva vs. Tyytyväisyys Vaikka yleinen tyytyväisyys ja suositteleva halukkuus korreloivat vahvasti keskenään, ne eivät ole sama asia. Vain noin 40 % toisen mittarin vaihtelusta voitiin selittää toisella, mikä viittaa siihen, että NPS mittaa eri ulottuvuutta potilaskokemuksesta. Suositteleva kysymys saattaa olla herkempi mittari hoidon laadulle, sillä potilas voi olla tyytyväinen omaan lopputulokseensa, mutta ei silti suosittele toiselle samaa prosessia.	
Iblasi, A. S., Makahleh, S., Aunguroch, Y., Gunawan, J., & Junamasta, I. G. 2024 Jordania	Analysoi da hoitotyön lähiesihenkilöiden pätevyyttä ja siihen vaikuttavien tekijöiden Jordania n terveydenhuoltojärjestelmän kontekstissa.	Satunnaisotanta. N = 130 lähiesihenkilöä kolmesta julkisesta sairaalasta Jordanian keskiosassa.	Poikkileikkaustutkimus, jossa tieto kerättiin yhdellä kertaa, kyselylomakkeella. Kyselylomake jaettiin verkossa ja siinä käytettiin 5-portaista Likert-asteikkoa. Aineisto analysoidiin tilastollisilla analyysimenetelmillä (keskiarvo, mediaani, moodi, keskihajonta, prosentiosuudet, osuudet, pearsonin korrelaatiokerroin, t-testi, varianssianalyysi, monimuuttujaregressioanalyysi).	Lähiesihenkilöiden pätevyys on korkealla tasolla Jordaniassa, keskiarvo 138,4. Vastaajat suhteellisen nuoria, keski-ikä ollessa 37,8 vuotta, korkeasti koulutettuja (74,6 %) oli suorittanut maisterin tutkinnon. Ikä tai työkokemus eivät korreloineet merkittävästi lähiesihenkilöiden pätevyteen. Pätevyteen merkittävimmin vaikuttavina tekijöinä löydettiin: Johtamiskoulutus, sukupuoli sekä siviilisääty. Niillä, jotka olivat osallistuneet viimeisen kahden vuoden aikana johtamiskoulutukseen, oli merkittävästi korkeammat pätevyyspisteet, kuin niillä, jotka eivät olleet osallistuneet. Naispuoliset lähiesihenkilöt saivat huomattavasti korkeampia pätevyyspisteitä kuin miespuoliset kollegansa. Siviilisäätyryhmien välillä oli merkittäviä eroja pätevyyspisteissä.	8/8

<p>Kantanen, K., Kaunonen, M., Helminen, M., & Suominen, T. 2017 Suomi</p>	<p>Kuvata johtamisosaamisen muutosta vuoden seuranta-ajan aikana sekä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä johtamisosaamiseen muutokseen.</p>	<p>Viiden erityisvastuualueen sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa. N = 175 lähijohtajaa ja n = 74 keski- ja ylempää johtajaa.</p>	<p>Prevalenssitutkimus, seurantakysely sähköisellä lomakkeella, aineiston analysointi tilastollisilla menetelmillä.</p>	<p>Vuoden seuranta-aikana hoitotyön lähi-, keski- ja ylempien johtajien johtamisosaaminen pysyi vakaana. Toimintaympäristöissä tapahtuneista muutoksista huolimatta johtajien osaamisessa ei tapahtunut merkitsevää muutosta. Mitatut taustatekijät eivät olleet yhteydessä hoitotyön johtajien johtamisosaamisen kehittymiseen vuoden aikana.</p>	<p>6/8 (11) kolme kohtaa ei sovellettavissa</p>
<p>Leslie, H. H., Lee, H-Y., Blouin, B., Kruk, M. E., & García, P. J. 2022 Peru</p>	<p>Vertailla kahta potilaiden raportointimittaria – perinteistä potilastyytyväisyyttä ja Net Promoter Score (NPS) -mittaria – ja arvioida</p>	<p>N = 13 434 potilasta, 184 eri hoitolaitoksesta. 60,5 % vastaajista oli naisia, 19 % oli 60-vuotiaita tai vanhempia, yli 40 %:lla oli vähintään jonkin verran korkea-asteen koulutusta.</p>	<p>Analyttinen poikkileikkaustutkimus. Aineisto kerättiin yhden ajanjakson aikana haastatteluilla avohoidon potilailta heti hoitokäynnin jälkeen. Aineisto kerättiin käyttämällä probabilistista, stratifioitua ja kaksivaiheista otantaa. Vaihe 1: Perun hoitolaitokset jaettiin ositteisiin tyyppin mukaan ja valittiin satunnaisesti suhteessa niiden potilasmääriin. Vaihe 2: Valituista hoitolaitoksista valittiin systemaattisella satunnaisotannalla</p>	<p>Keskeiset tulokset osoittavat, että vaikka potilastyytyväisyys ja Net Promoter Score (NPS) ovat yksilötasolla pääosin yhdenmukaisia, NPS on parempi ja luotettavampi mittari hoitolaitosten välisen suorituskyvyn arviointiin ja erotteluun.</p> <p>Yksilötason vertailu: NPS on herkempi mittari kuin tyytyväisyys</p> <ul style="list-style-type: none"> • Korkea yleinen tyytyväisyys vs. matalampi suosittelu: Potilaiden arviot olivat yleisesti melko korkeita, mutta mittarit erosivat toisistaan merkittävästi. 74 % potilaista oli tyytyväisiä saamaansa palveluun, mutta vain 17 % oli "suosittelijoita" (antoi arvosanan 9 tai 10 NPS-asteikolla) • Heikko korrelaatio: Vaikka mittarit olivat yleisesti samansuuntaisia, niiden välinen korrelaatio oli heikko. Mittarit mittaavat eri asioita. • NPS:n laajempi jakauma: Potilastyytyväisyyden vastaukset kasautuivat voimakkaasti yhteen vaihtoehtoon ("tyytyväinen"), kun taas NPS-vastaukset jakautuivat paljon laajemmalle asteikolle. Tämä tekee NPS:stä herkemman tunnistamaan vaihtelua potilaskokemuksissa. 	<p>8/8</p>

	<p>niiden hyödyllisyyttä terveystalvelujen laadun mittareina Perussa.</p>		<p>vähintään 15-vuotiaita potilaita. Mittareina käytettiin kahta potilaan raportoimaa mittaria: potilastytyväisyys ("Miten arvioisit tyytyväisyyttäsi palveluun, jonka sait tänään tässä hoitolaitoksessa", viisi vastausvaihtoehtoa, jotka luokiteltiin kolmeen ryhmään tyytyväinen, neutraali ja ei-tyytyväinen) ja NPS ("Jos sinun pitäisi suositella tämän hoitolaitoksen palveluita, minkä arvosanan antaisit asteikolla 1-10, jossa 1 on ei koskaan ja 10 on aina, vastaukset luokiteltiin vakiintuneen tavan mukaan kolmeen ryhmään: suositelijat (9-10), passiiviset (7-8) ja arvostelijat (1-6)). Aineisto analysoitiin käyttäen kuvailevia tilastoja (tyytyväisten ja suositelijoiden osuudet potilasryhmissä, mittareiden välistä yhteyttä arvioitiin Spearmanin korrelaatiokertoimella), assosiaatioiden mallinnus (potilaiden hoitokokemusten yhteyttä tyytyväisyyteen ja NPS-tulokseen analysoitiin monitasoisella ordinaalisella logistisella regressiomallilla),</p>	<p>Yhteys potilaan hoitokokemukseen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Molemmilla mittareilla yhteys hoitokokemukseen: Sekä tyytyväisyys että NPS olivat yhteydessä useimpiin potilaan raportoimiin hoitokokemuksen osa-alueisiin, kuten kommunikaatioon, arvokkuuteen, odotusaikoihin ja palvelun helppouteen. <p>Hoitolaitostason vertailu: NPS on luotettavampi ja erottelevampi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parempi luotettavuus (Reliability): NPS-mittarin sisäluokkakorrelaatio (ICC) oli huomattavasti korkeampi kuin tyytyväisyysmittarin (0,26 vs. 0,11). Tämä tarkoittaa, että NPS pystyy paremmin selittämään potilaskokemusten vaihtelua nimenomaan hoitolaitosten välisillä eroilla. • Pienempi otoskoko riittää: Paremman luotettavuuden ansiosta NPS-mittarilla riittää vain 7 potilaan otos hoitolaitosta kohden riittävän luotettavan tuloksen saamiseksi, kun taas tyytyväisyysmittarilla tarvitaan vähintään 20 potilasta. • Parempi erottelukyky (Discrimination): NPS kykeni erottelemaan paremmin ja heikommin suoriutuvia hoitolaitoksia toisistaan. Kun hoitolaitoksista 69 % luokiteltiin tyytyväisyysmittarilla "keskinkertaisiksi", NPS pystyi tämän ryhmän sisällä tunnistamaan selkeitä eroja potilaskokemuksissa. NPS-luokituksen perusteella heikommin ja paremmin sijoittuneiden hoitolaitosten välillä oli tilastollisesti merkitsevät erot kaikissa mitatuissa hoitokokemuksen osa-alueissa. <p>Johtopäätöksenä tutkimus osoitti, että vaikka molemmat mittarit heijastavat potilaiden kokemuksia, NPS on hyödyllisempi työkalu terveydenhuollon laadun parantamiseen hoitolaitostasolla, koska se on luotettavampi ja pystyy herkemmin tunnistamaan laatueroja pienemmälläkin potilasotoksilla.</p>	
--	---	--	--	--	--

			hoitolaitoksen analyyseilla, joissa laskettiin luotettavuus sisäluokkakorrelaatiolla, erottelukyky laskettiin vertaamalla miten NPS pystyi erottelemaan paremmin ja heikommin suorituvia hoitolaitoksia niiden joukosta, jotka tyytyväisyysmittarilla luokiteltiin keskitasoisiksi. Analyysit tehtiin Stata-ohjelmistolla.		
L'Ecuyer, K. M., Shatto, B. J., Hoffmann, R. L., & Crecelius, M. L. 2016 Yhdysvallat	Tarkoituksena on kuvailla sertifioidun kliinisen hoitotyön johtajan (CNL) roolia, koulutusta ja osaamista sekä esitellä tuloksia, joita CNL-johtajien toiminnalla on saavutettu.	Ei tarkkaa lukua käytettyjen artikkeleiden määrästä. Lähdeluettelossa 39 numeroitua viitettä.	Katsausartikkeli. Kirjallisuuskatsaus taustalla.	<p>Kirjallisuuskatsaus osoittaa, että sertifioidun kliinisen hoitotyön johtajan (Certified Clinical Nurse Leader, CNL) roolin käyttöönotto on yhteydessä merkittäviin parannuksiin potilashoidon laadussa, potilasturvallisuudessa, potilastyytyväisyydessä ja kustannustehokkuudessa.</p> <p>1. Kliinisen hoidon laadun ja potilasturvallisuuden parantuminen Useat tutkimukset osoittivat konkreettisia parannuksia CNL-roolin käyttöönoton jälkeen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Painehaavat: Esiintyvyys laski 12,5 %:sta 4,2 %:iin. • Kaatumiset: Vähenivät 1,93:sta 1,37:ään per 1000 potilaspäivää. • Ventilaattoriin liittyvä keuhkokuume: Esiintyvyys laski 21,7 %:sta 8,7 %:iin. • Laskimotukosten (VTE) ennaltaehkäisy: Toimenpiteiden noudattaminen parani kirurgisella teho-osastolla 61,1 %:sta 89,7 %:iin seitsemässä kuukaudessa. • Clostridium difficile -infektiot: Vähenivät 274 % yhdessä 637-paikkaisessa sairaalassa. • Kotiutusopetuksen kirjaaminen: Parani 13 %:sta 90 %:iin. <p>2. Tehokkuuden ja kustannussäästöjen lisääntyminen CNL-johtajien on osoitettu tuovan organisaatioille myös taloudellista hyötyä:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leikkausten peruutukset: Leikkausten peruuntuminen väheni 2 %, 	6/6

				<p>mikä johti noin 23 500 dollarin säästöihin vuodessa. Toisessa tutkimuksessa peruutukset vähenivät 3 %.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sairaalaan uudelleenkirjaukset: Sydämen vajaatoiminnasta johtuvat uudelleenkirjaukset vähenivät dramaattisesti 23,5 %:sta 7,1 %:iin kolmen vuoden aikana. • Hoitoajan pituus: Lyheni useissa tutkimuksissa. Yhdessä tutkimuksessa keskimääräinen hoitoaika laski 6,48 päivästä 5,34 päivään. • Kokonaiskustannussäästöt: Yksi laaja tutkimus pystyi osoittamaan 2,5 miljoonan dollarin kustannussäästöt CNL-roolin käyttöönoton myötä. <p>3. Potilastyytyväisyyden parantuminen CNL-roolin on osoitettu parantavan potilaskokemusta ja -tyytyväisyyttä:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CNL-johtajien toteuttamat toimenpiteet, kuten vuoronvaihtoportointi potilaan vierellä ja kotiutussoitot, paransivat potilaiden sitoutumista ja vähensivät uudelleenkirjauksia. • Eräessä tutkimuksessa CNL-roolin käyttöönotto oli yhteydessä tilastollisesti merkitsevästi parempaan potilastyytyväisyyteen liittyen sisäänkirjautumisprosessiin ($r = +0.63$), hoitotyöhön ($r = +0.75$) ja potilaiden informointiin ($r = 0.70$). <p>Kirjallisuuskatsauksen kokoamat tulokset osoittavat vahvasti, että CNL on maisteritasolle koulutettu asiantuntija, joka pystyy johtamaan hoitotyötä käytännön tasolla ja saavuttamaan mitattavia parannuksia terveydenhuollon laadussa, turvallisuudessa ja tehokkuudessa.</p>	
--	--	--	--	--	--

<p>Ottman-Salminen, M., Kaunonen, M., & Rannisto, P-H. 2022 Suomi</p>	<p>Kuvata kliinisen työn johtamista terveydenhuollon organisaatioissa. Miten terveydenhuollon organisaatioiden kliinistä työn johtamista on kuvattu kansainvälisissä tieteellisissä artikkeleissa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa kliinisen työn johtamisen osa-alueista terveydenhuollossa ja</p>	<p>N = 11 artikkelia. Australia (3 artikkelia), Englanti (3 artikkelia), Irlanti (2 artikkelia), Yhdysvallat (1 artikkeli), Norja (1 artikkeli) ja Etelä-Afrikka (1 artikkeli).</p>	<p>Integroitu kirjallisuuskatsaus. Haku tehtiin kolmesta kansainvälisestä tietokannasta (Academic Search Ultimate, CINAHL Complete, Medline). Aineisto analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysia.</p>	<p>Tutkimuksen keskeiset tulokset osoittavat, että kliinisen työn johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa rakentuu kolmesta pääalueesta.</p> <p>Nämä sisältöalueet ovat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kliinisen työn osaaminen <ul style="list-style-type: none"> - Tiedollinen ja taidollinen osaaminen - Työkokemus asiantuntijuusalueelta 2. Kliinisen työn johtamisen keinot <ul style="list-style-type: none"> - Henkilökohtaiset johtamisominaisuudet kuten positiiviset persoonalliset ominaisuudet - Johtamisosaaminen: konkreettiset johtamistaidot kuten koordinointi, muutosjohtaminen, tavoitteiden asettaminen, päätöksenteko, ongelmanratkaisu, vuorovaikutustaidot 3. Kliinisen työn johtamisen tavoitteet <ul style="list-style-type: none"> - Potilaan sujuva välitön ja väliillinen hoito: monitorointi, oikea ja turvallinen hoitojärjestys - Potilasturvallisuus: Potilaan laadukas ja turvallinen hoito <p>Yhteenvedona voidaan todeta, että aikaisemman tutkimuksen perusteella kliinisen työn johtaminen on lähellä potilaan päivittäistä hoitoa ja sen ytimessä on potilaan turvallisen ja laadukkaan hoidon varmistaminen.</p>	<p>10/11</p>
--	--	---	---	---	--------------

	esihenkilötyössä.				
Skyrud, K. D., & Bukholm, I. R. K. 2020 Norja	Testata ja selvittää, onko potilaiden tekemien potilasvahinkoilmoitusten ja sairaaloiden vakiintuneen laatumittarin, 30 päivän kuolleisuuden,	N = 19 norjalaista sairaanhoitopiiriä.	Ekologinen korrelaatiotutkimus. Aineisto kerättiin kahdesta eri rekisteristä (30 päivän kuolleisuus, potilasvahinkoilmoitukset) ajanjaksolta 2010–2017. Aineisto analysoitiin tilastollisilla analyysimenetelmillä: yhteys potilasvahinkoilmoitusten ja 30-päivän kuolleisuuden välillä tutkittiin Pearsonin korrelaatiokertoimella.	<p>Keskeinen tulos on, että potilaiden tekemien vahinkoilmoitusten ja sairaaloiden 30 päivän kuolleisuuden välillä on tilastollisesti merkitsevä yhteys (korrelaatio). Tämä viittaa siihen, että molemmat mittarit heijastavat sairaanhoitopiirin hoidon "piilevää laatua", vaikka ne saattavatkin mitata laadun eri ulottuvuuksia.</p> <p>Tutkimuksessa havaittiin erittäin vahva positiivinen korrelaatio 30 päivän sisällä kuolleiden potilaiden kokonaismäärän ja tehtyjen potilasvahinkoilmoitusten kokonaismäärän välillä (Pearsonin korrelaatiokerroin $r = 0,77$). Korrelaatio oli vieläkin voimakkaampi, kun verrattiin kuolleiden määrää vain hyväksytyihin (korvattuihin) vahinkoilmoituksiin ($r = 0,83$).</p> <p>Kun lukuja vakioitiin sairaalan toiminnan volyyymilla (esim. potilasmäärillä), tulokset olivat vaihtelevampia:</p> <p>Vakioitu 30 päivän kuolleisuus ei korreloinut potilasvahinkoilmoitusten määrän kanssa, kun ilmoitukset suhteutettiin sairaalasta kotiutettujen potilaiden määrään.</p> <p>Sen sijaan, kun vahinkoilmoitukset suhteutettiin hoitopäivien lukumäärään, havaittiin tilastollisesti merkitsevä positiivinen korrelaatio vakioitun 30 päivän kuolleisuuden kanssa ($r = 0,54$). Tämä tulos tukee</p>	8/8

	välillä korrelaatiota eli tilastollista yhteyttä Norjassa.			<p>oletusta, että pidemmät sairaalahoitajaksot lisäävät haittatapahtumien todennäköisyyttä, sillä riski kasvaa ajan myötä.</p> <p>Tutkimusjakson (2010–2017) aikana sekä potilasvahinkoilmoitusten määrä että 30 päivän kuolleisuus laskivat valtakunnallisesti Norjassa.</p> <p>Tulokset osoittavat, että potilaiden tekemät vahinkoilmoitukset – erityisesti korvatut ilmoitukset – voivat toimia hyödyllisenä terveydenhuollon laadun indikaattorina, joka täydentää vakiintuneita mittareita kuten 30 päivän kuolleisuutta.</p> <p>Koska vain pieni osa (noin 5 %) vahinkoilmoituksista liittyi kuolemaan, potilaiden ilmoitukset saattavat tuoda esiin laatuongelmia varhaisemmassa vaiheessa, ennen kuin ne johtavat vakaviin seurauksiin.</p>	
Stirling, P., Jenkins, P. J., Clement, N. D., Duckworth, A. D., & McEachan, J. E.. 2019 Iso-Britannia	Selvittää ja mitata Friends and Family Test (FFT) -mittariin perustuvaa Net Promoter Scorea (NPS) neljässä yleisessä käden alueen leikkauksessa.	N=810 potilasta, keski-ikä 63 vuotta, 46 %miehiä, 54 % naisia, (467 potilasta rannekanavaoireyhtymän leikkaus, 224 potilasta dupuytrenin taudin leikkaus, 103 potilasta napsusormen vapautusleikkaus, 16 potilasta ganglion tai limarakkulan poistoleikkaus)	<p>Prospektiivinen kohorttitutkimus. Tutkimus toteutettiin yhdessä keskuksessa. Aineisto kerättiin prospektiivisesti, taustatiedot kerättiin ennen leikkausta arviointiklinikalla ja seurantadata kerättiin leikkauksen jälkeen, keskimäärin 14 kuukauden kuluttua.</p> <p>Tutkimuksessa käytettiin useita mittareita potilastulosten arvioimiseksi (NPS/FFT, toimintakykymittari QuickDASH, tyytyväisyys kaksi erillistä VAS-asteikollista kysymystä, sosioekonominen asema Scottish Index of multiple deprivation-indeksillä).</p> <p>Aineisto analysoitiin tilastollisilla menetelmillä (kuvaileva tilasto:</p>	<p>Keskeiset tulokset osoittavat, että neljä yleistä käden alueen leikkausta saivat potilailta erittäin hyviä arvioita Net Promoter Score (NPS) -mittarilla mitattuna, ja että potilaan toimintakyvyn paraneminen ja tyytyväisyys sairaalokokemukseen olivat tärkeimmät tekijät, jotka ennustivat hyvää NPS-tulosta.</p> <p>NPS-arvot eri toimenpiteille: Kaikki nämä leikkaukset ovat potilaiden korkeasti arvostamia ja he suosittelevat niitä FFT (Friends and Family Test) -kyselyn perusteella. Erityisesti napsusormen, rannekanavaoireyhtymän ja Dupuytrenin taudin leikkaukset saivat NPS-arvon, jota pidetään teollisuudessa hyvänä suorituksena (yli 50).</p> <p>NPS-tulokseen vaikuttavat tekijät: Monimuuttuja-analyysi paljasti kaksi itsenäistä tekijää, jotka ennustivat potilaan antamaa NPS-arvoa: - Mitä enemmän potilaan toimintakyky parani leikkauksen myötä, sitä korkeamman NPS-arvon hän antoi. - Potilaat, joiden toimintakyky oli leikkausta ennen huonompi, antoivat todennäköisemmin korkeamman NPS-arvon leikkauksen jälkeen. Tyytyväisyys sairaalokokemukseen: Tällä oli myös vahva yhteys NPS-tulokseen ($r = 0,518$). Sen sijaan potilaan ikä, sukupuoli tai sosioekonominen asema eivät olleet yhteydessä NPS-tulokseen.</p> <p>Toimintakyvyn muutokset: • Toimintakyky (qDASH-pisteet) parani tilastollisesti merkitsevästi</p>	9/10 (11) yksi kohta ei sovelletta vissa

			keskiarvot, keskihajonta, mediaani ja kvartaaliväli, ryhmien vertailu Khiin neliö-testi, parittainen t-testi, Mann-Whitney U-testi, Kruskal-Wallis-testi, korrelaatioanalyysi Spearmanin korrelaatiokertoimella, ennustemallinnus multivariaattisella lineaariregressiomallilla).	<p>rannekanavaoireyhtymän leikkauksen ja napsusormen vapautusleikkauksen jälkeen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Dupuytrenin taudin leikkauksen jälkeen toimintakyvyssä ei tapahtunut merkittävää muutosta. Tästä huolimatta potilaat suosittelivat toimenpidettä (NPS 62), mikä korostaa, että toimintakykymittarit (PROMs) eivät yksinään kerro koko totuutta toimenpiteen arvosta potilaalle. <p>Tutkimuksen mukaan NPS on hyödyllinen lisä perinteisille toimintakyky- ja tyytyväisyysmittareille käden alueen kirurgiassa. Se yhdistää toiminnallisen lopputuloksen ja potilaan kokonaistyytyväisyyden yhdeksi, helposti ymmärrettäväksi luvuksi.</p>	
Warshawsky, N. E., Cramer, E., Grandfield, E. M. & Schlotzhauser, A. E. 2022 Yhdysvallat	Tutkia osastonhoitajan osaamisen, hoitajien työympäristön ja hoidon laadun välisiä yhteyksiä.	N = 541 osastonhoitajaa, 47 yhdysvaltalaisesta sairaalasta, 39,7 %:lla oli ylempi korkeakoulututkinto, Keski-ikä oli 45,2 vuotta, keskimääräinen työkokemus osastonhoitajana 6,7 vuotta.	<p>Määrällinen poikkileikkaustutkimus. Tutkimuksessa ehdotettiin ja testattiin rakenne-prosessi-tulosmallia ("structure-process-outcomes model"). Mallin mukaan osastonhoitajan osaaminen (rakenne) vaikuttaa hoitajien ammatilliseen työympäristöön (prosessi), mikä puolestaan vaikuttaa hoitotyön prosesseihin (tekemättä jäänyt hoitotyö) ja potilaiden hoidon laatuun (tulos).</p> <p>Aineisto kerättiin verkkokyselyllä osastonhoitajilta ja yhdistettiin heidän alaistensa hoitajien vastauksiin National</p>	<p>Keskeiset tulokset osoittavat, että osastonhoitajan osaaminen on merkittävä tekijä, joka vaikuttaa ketjureaktion kautta työympäristöön, hoitotyön laiminlyönteihin ja potilaiden hoidon kokonaislaatuun.</p> <p>Tulokset voidaan tiivistää kolmeen pääkohtaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Osastonhoitajan kokemuksella on suurempi vaikutus osaamiseen kuin koulutuksella. <p>Tutkimuksessa havaittiin, että sekä jatkokoulutus että työkokemus osastonhoitajana kehittävät osaamista. Kuitenkin kokemuksen vaikutus osaamiseen oli yli kaksi kertaa suurempi kuin ylemmän korkeakoulututkinnon vaikutus. Tämä korostaa "työssä oppimisen" merkitystä osastonhoitajan roolissa ja osoittaa, että osaamisen kehittyminen vaatii aikaa.</p> <ul style="list-style-type: none"> Osastonhoitajan kokemuksen vaikutus osaamiseen ($\beta = 0,408$) oli merkittävästi suurempi kuin koulutuksen vaikutus ($\beta = 0,174$). <ol style="list-style-type: none"> Osastonhoitajan osaaminen parantaa työympäristöä ja vähentää tekemättä jäänyttä hoitotyötä. <p>Analyyysi vahvisti tutkimuksen teoreettisen mallin, jossa pätevämmät osastonhoitajat luovat parempia ammatillisia työympäristöjä.</p> <ul style="list-style-type: none"> Pätevämpi osastonhoitaja → Parempi työympäristö: Osastonhoitajan 	8/8

		<p>Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI) - tietokannasta. Aineisto analysoitiin edistyneillä tilastollisilla menetelmillä, hypoteesoitua mallia testattiin monitasoisella polkuanalyysillä ja estimointiin käytettiin Bayesiläisellä polkuanalyysillä. Kuvailtiin deskriptiivisillä tilastoilla (keskiarvot, keskihajonnat, frekvenssit). Suoria ja epäsuoria vaikutuksia arvioitiin laskemalla polkukertoimia ja niiden uskottavuusvälejä.</p> <p>Mittarit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Osastonhoitajan osaaminen: Mitattiin Nurse Manager Competency Instrument for Research (NMCIR) -kyselyllä, joka sisältää 27 osiota. Vastausvaihtoehdot olivat 5-portaisella asteikolla noviisista asiantuntijaan. ◦ Työympäristö: Mitattiin hoitajien näkemyksiä käyttämällä Practice Environment Scale of the Nurse Work Index (PES-NWI) -mittaria, joka kattaa viisi osa-aluetta, kuten johtamisen, resurssien riittävyyden ja lääkärihoitaja-suhteet. 	<p>itsearvioitu osaaminen oli positiivisesti yhteydessä alaisten kokemaan työympäristön laatuun ($\beta = 0,210$).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parempi työympäristö → Vähemmän tekemättä jäänyttä hoitotyötä: Parempi työympäristö oli voimakkaasti yhteydessä vähäisempään määrään tekemättä jäänyttä hoitotyötä ($\beta = -0,492$). • Kokonaisvaikutus: Osastonhoitajan koulutuksella ja kokemuksella oli merkittävä epäsuora vaikutus tekemättä jääneen hoitotyön vähenemiseen. Tämä vaikutus välittyi osaamisen ja paremman työympäristön kautta. <p>3. Parempi työympäristö ja vähäisempi tekemättä jäänyt hoitotyö parantavat hoidon laatua</p> <p>Tutkimuksen malli osoitti selkeän polun työympäristöstä hoidon laatuun.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parempi työympäristö → Parempi hoidon laatu: Hyvä työympäristö oli vahvasti ja positiivisesti yhteydessä hoitajien arvioon hoidon laadusta ($\beta = 0,476$). • Vähemmän tekemättä jäänyttä hoitotyötä → Parempi hoidon laatu: Tekemättä jääneiden hoitotoimenpiteiden suuri määrä oli voimakkaasti yhteydessä huonompaan arvioon hoidon laadusta ($\beta = -0,490$). • Kokonaisvaikutus: Osastonhoitajan koulutuksella ja kokemuksella oli positiivinen epäsuora vaikutus potilaiden hoidon laatuun. Tämä vaikutusketju kulki osaamisen, parantuneen työympäristön ja vähentyneen tekemättä jääneen hoitotyön kautta. <p>Yhteenvetona voidaan todeta, että investoiminen osastonhoitajien osaamisen kehittämiseen on ratkaisevan tärkeää. Tulokset tarjoavat empiiristä näyttöä siitä, että pätevät osastonhoitajat ovat avainasemassa luomassa työympäristöjä, jotka tukevat laadukasta hoitotyötä ja parantavat potilastuloksia. Erityisesti kokeneiden osastonhoitajien menettämällä voi olla kauaskantoisia negatiivisia seurauksia.</p>	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> ◦ Tekemättä jäänyt hoitotyö (Missed nursing care): Mitattiin yksikkötason keskiarvona siitä, kuinka monta hoitotoimenpidettä (0–15) hoitajat raportoivat jättäneensä tekemättä edellisen työvuoronsa aikana aikapulan vuoksi. ◦ Hoidon laatu: Mitattiin hoitajien arviolla oman yksikkönsä hoidon laadusta neliportaisella asteikolla (huono, kohtalainen, hyvä, erinomainen) 		
Westbrook, K. W., Babakus, E., & Grant, C. 2014 Yhdysvallat	Arvioida HCAHPS -kyselyinstrumentin psykometrisiä ominaisuuksia – eli sen luotettavuutta (reliability) ja validiteettia (validity) – kun sitä käytetään potilaiden	N = 1030 potilaan vastausta kahdesta eri voittoa tavoittelemattomasta sairaalasta Etelä-Yhdysvalloissa. (Sairaala A: 649 vastaajaa, sairaala B: 381 vastaajaa).	Poikkileikkaustutkimus. Aineisto kerättiin postikyselyllä. Kysely lähetettiin potilaille 14–21 päivää kotiutumisen jälkeen. Tutkimuksessa käytettiin standardoitua HCAHPS-kyselyä, jonka 18 ydin-kysymystä mittaavat kahdeksaa eri potilaskokemuksen ulottuvuutta (kommunikaatio hoitajien kanssa, kommunikaatio lääkäreiden kanssa, henkilökunnan reagoitiherkkyys, kivunhoito, kommunikaatio lääkkeitä, kotiutusohjeet, sairaalan siisteys, ympäristön hiljaisuus), päätulosmuuttujina käytettiin yleisarviota sairaalasta (0 huonoin-10	Keskeiset tulokset kyseenalaistavat HCAHPS-kyselyinstrumentin psykometriset ominaisuudet, eli sen luotettavuuden ja validiteetin, vaikka kyselyä käytetään laajasti ja se on sidottu sairaaloiden rahoitukseen. Tutkimus paljasti merkittäviä puutteita mittarin tieteellisessä pätevyudessa ja osoitti, että kaikki sen osa-alueet eivät ole yhtä tärkeitä potilaan kokonaisarvion muodostumisessa. Tulokset voidaan jakaa kahteen pääryhmään: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mittarin psykometriset ongelmat <ul style="list-style-type: none"> • Heikko luotettavuus: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Useat HCAHPS-kyselyn monikysymyksiset osa-alueet eivät täyttäneet tieteellisen tutkimuksen luotettavuusvaatimuksia. ◦ Eriyisen heikko sisäinen yhtenäisyys (mitattuna Cronbachin alfalla) oli kotiutusohjeita ja lääkeinformaatiota mittaavilla asteikoilla molemmissa sairaaloissa. Myös henkilökunnan reagoitiherkkyttä mittaava asteikko alitti toisessa sairaalassa luotettavuuden vähimmäisrajan. ◦ Yksikään mittari ei yltänyt edes 0.90 luotettavuustasolle, jota pidetään välttämättömänä, kun tuloksilla on taloudellisia seuraamuksia. • Kyseenalainen validiteetti: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Konvergentti validiteetti: Suurin osa mittareista täytti konvergentin validiteetin vaatimukset, mutta kotiutusohjeita mittaava asteikko epäonnistui tässä selvästi. ◦ Diskriminantti validiteetti: Suurin osa monikysymyksistä 	6/8

	kokeman sairaalan palvelun laadun mittarina.		<p>paras mahdollinen), suosittehalukkuus neliportaisella asteikolla: ehdottomasti ei-ehdottomasti kyllä). Aineisto analysoitiin tilastollisilla menetelmillä (luotettavuuden arviointi Cronbachin alfa-kerroin, rakennevaliditeetin arviointi eksploratiivinen faktorianalyysi, konfirmatorinen faktorianalyysi, konvergentin ja diskriminantin validiteetin arviointi keskimääräisellä selitetyllä varianssilla, hypoteeseja testattiin rakenneyhtälömallinnuksella).</p>	<p>mittareista epäonnistui tiukassa diskriminantin validiteetin testissä. Tämä tarkoittaa, että mittarit eivät erottele riittävän hyvin eri laadun osa-alueita toisistaan, vaan mittaavat päällekkäisiä asioita. Esimerkiksi kommunikaatio hoitajien kanssa, reagoitiherkkyys ja lääkeinformaatio eivät erottuneet selkeästi toisistaan. Ainoastaan kommunikaatio lääkäreiden kanssa ja kivunhoito osoittivat selkeää erottelukykyä.</p> <p>2. Palvelun laadun osa-alueiden vaikutus potilaan kokonaisarvioon Rakenneyhtälömallinnus (SEM) osoitti, että eri HCAHPS-osa-alueilla oli vaihteleva vaikutus potilaan antamaan yleisarvioon sairaalasta ja hänen suosittehalukkuuteensa. Tulokset eivät olleet johdonmukaisia molemmissa tutkituissa sairaaloissa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vahvimmat ja johdonmukaisimmat ennustajat: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Kommunikaatio hoitajien kanssa: Tällä oli vahva ja tilastollisesti merkitsevä positiivinen vaikutus potilaan yleisarvioon molemmissa sairaaloissa. ◦ Kivunhoito: Myös onnistunut kivunhoito ennusti johdonmukaisesti parempaa yleisarviota molemmissa sairaaloissa. ◦ Yleisarvio sairaalasta: Tämä ennusti erittäin voimakkaasti potilaan halukkuutta suositella sairaalaa. • Heikot tai epäjohdonmukaiset ennustajat: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ympäristön hiljaisuus ja kotiutusohjeet eivät olleet tilastollisesti merkittävässä yhteydessä yleisarvioon kummassakaan sairaalassa. ◦ Sairaalan siisteys, kommunikaatio lääkäreiden kanssa, lääkeinformaatio ja henkilökunnan reagoitiherkkyys olivat merkitseviä vain toisessa tutkituista sairaaloista, mikä viittaa tulosten epäjohdonmukaisuuteen. <p>Tutkimuksen johtopäätöksenä HCAHPS-kyselyllä on vakavia psykometrisiä puutteita, jotka heikentävät sen käyttökelpoisuutta "kultaisena standardina" sairaaloiden laadun mittaamisessa ja vertailussa, erityisesti kun tuloksilla on taloudellisia seurauksia. Tulosten perusteella hoitajien kanssa käyty kommunikaatio ja kivunhoito ovat potilaan kokonaiskokemuksen kannalta tärkeimpiä tekijöitä.</p>	
--	--	--	---	--	--

<p>Yu, Q., Liu, L., Tian, Y., Li, X., Yang, J., Liu, Q., Chen, Z., Ning, M., Wang, F., Li, Y. & Huang, C. 2024 Kiina</p>	<p>Tunnista a osastonhoitajien eettisen osaamisen piilevät profiilit sekä tutkia eroja muutostohtajuudessa näiden tunnistettujen eettisen osaamisen profiilien välillä.</p> <p>Ymmärtää syvällisemmin osastonhoitajien eettisen osaamisen eri tyyppejä ja niiden yhteyttä muutostohtajuuteen, jotta</p>	<p>N = 329 osastonhoitajaa</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus. Aineisto kerättiin verkkopohjaisella kyselylomakkeella, joka sisälsi standardoituja mittareita (Ethical Competence Questionnaire, Head Nurse's Transformational Leadership Self-rating Scale). Aineisto analysoitiin tilastollisilla menetelmillä (keskihajonta, keskiarvo, one-way ANOVA, Kruskal-Wallis testit, Pearsonin korrelaatiot, Latentti profiili -analyysi (LPA)).</p>	<p>Keskeiset tulokset liittyvät osastonhoitajien eettisen osaamisen profiileihin ja niiden vahvaan yhteyteen muutostohtajuuteen.</p> <p>Osastonhoitajien eettisen osaamisen profiilit Latentti profiili -analyysin (LPA) avulla osastonhoitajat (N = 329) jaettiin kolmeen erilliseen alaryhmään heidän eettisen osaamisensa perusteella. Suurin osa osallistujista kuului keskimmäiseen ryhmään.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Matala eettinen osaaminen: 18,2 % (n = 60) osastonhoitajista. Heillä oli kaikilla viidellä eettisen osaamisen osa-alueella (esim. lakien ja säädösten tuntemus, eettinen pohdinta) matalimmat pisteet. 2. Kohtalainen eettinen osaaminen: suurin ryhmä 66,0 % (n = 217) osastonhoitajista. Heidän pisteensä olivat kaikilla osa-alueilla keskitasoa. 3. Korkea eettinen osaaminen: Pienimpään ryhmään kuului 15,8 % (n = 52) osastonhoitajista. He saavuttivat korkeimmat pisteet kaikilla eettisen osaamisen osa-alueilla. <p>Tutkimuksessa havaittiin myös, että kaikissa profiileissa osastonhoitajilla oli heikoin osaaminen lakien ja säädösten tuntemuksessa, mikä viittaa yleiseen koulutustarpeeseen tällä alueella.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Eettisen osaamisen yhteys muutostohtajuuteen Eettinen osaaminen oli merkittävästi ja positiivisesti yhteydessä muutostohtajuuteen. <ul style="list-style-type: none"> • Selkeä ero ryhmien välillä: Mitä korkeampi osastonhoitajan eettisen osaamisen profiili oli, sitä vahvempia olivat myös hänen muutostohtajuustaitonsa. • Erot olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p < 0.001$) sekä kokonaispisteissä että kaikilla muutostohtajuuden neljällä osa-alueella (yksilöllinen huomiointi, moraalinen inspiraatio, vision jakaminen, älyllinen stimulointi). <ol style="list-style-type: none"> 3. Taustatekijöiden vaikutus Analyysissä havaittiin myös, että tietyt demografiset tekijät olivat yhteydessä eettiseen osaamiseen ja muutostohtajuuteen: <ul style="list-style-type: none"> • Eettiseen osaamiseen vaikutti merkittävästi aiempi eettisen koulutuksen määrä. • Muutostohtajuuteen vaikuttivat merkittävästi koulutustaso, ammatillinen asema, kokemusvuodet osastonhoitajana sekä aiempi eettinen koulutus. <p>Yhteenvetona voidaan todeta, että osastonhoitajien eettinen osaaminen vaihtelee ja on jaettavissa selkeisiin profiileihin. Korkeampi eettinen</p>	<p>8/8</p>
---	---	--------------------------------	--	---	------------

	voidaan luoda tehokkaita ja yksilöllisiä johtamisen kehittämishankkeita.			osaaminen on vahvasti yhteydessä parempaan muutosjohtajuuteen, mikä korostaa eettisen koulutuksen merkitystä johtamistaitojen kehittämisessä.	
Laadulliset tutkimukset					
Bender, M. 2016 Yhdysvallat	Kehittää teoreettisen ymmärryksen ja mallin hoitotyön kliinisen johtajan (Clinical Nurse Leader, CNL) roolista ja käytännöstä.	N = 295 artikkelia. Tapausselostuksia, tutkimusartikkeleita, raportteja, jotka kuvaavat Clinical Nurse Leader (CNL) -roolin käyttöönottoa ja tuloksia eri organisaatioissa.	Kirjallisuuskatsaus, tulkinnallinen synteesi. Tekstejä analysoitiin käyttämällä grounded theory -menetelmiä.	Syntyi teoreettinen malli, joka selittää hoitotyön kliinisen johtajan (CNL) roolia, sen onnistuneen käyttöönoton edellytyksiä ja vaikutusmekanismeja hoidon laatuun. Mallissa CNL-toiminta esitetty neljänä osa-alueena: Valmistautuminen (hoidon puutteiden tunnistaminen, vahva ja monitasoinen johdon tuki, tehokas muutosjohtamisen strategia), rakenteet (hoitotyön prosessien uudelleensuunnittelu, pätevyysiin perustuva työnkuva, vastuu määritellyistä tuloksista), käytännön toiminnot (jatkuva kliininen johtajuus: tehokas viestintä, ammattiryhmien sisäisten ja eri ammattiryhmien välisten suhteiden vahvistaminen, tiimien rakentaminen ja ylläpito, henkilöstön sitouttamisen tukeminen), toiminnan tulokset (johtavat parantuneeseen hoitoympäristöön ja parantuneeseen hoidon laatuun). Hoidon laadun paraneminen näkyy muun muassa kaatumisten, painehaavojen ja infektioiden vähenemisenä sekä parantuneena potilastyytyväisyytenä.	6/6

<p>Berger, S., Saut, A. M., & Berssaneti, F. T. 2020 Brasilia</p>	<p>Selvittää, miten sairaalat käyttävät potilaspalautetta laadun parantamiseen tähtäävien toimenpiteiden ohjaamiseen.</p>	<p>N = 3 akkreditoitua sairaalaa Sao Paulosta, Brasiliasta. N = 9 johtajaa, kolme kustakin sairaalasta. Kaikilla haastatelluilla ylempi korkeakoulututkinto ja vähintään 2 vuoden työkokemus nykyisessä tehtävässään</p>	<p>Laadullinen monitapaustutkimus. Sairaalat valittiin tarkoituksenmukaisella otannalla. Johtajilta kerättiin aineistoa puolistrukturoidulla haastattelulla, jotka perustuivat ennalta määriteltyyn tutkimusprotokollaan ja koostui avoimista kysymyksistä. Protokolla oli jaoteltu kuuteen aiempaan kirjallisuuteen perustuvaan kategoriaan: 1) tavoitteet, 2) mahdollistava toimintaympäristö, 3) palautteen muodot, 4) harhat, validiteetti ja luotettavuus, 5) laadunparannusmenetelmät ja 6) organisatoriset prosessit. Haastattelujen lisäksi tutkijat analysoivat sairaaloiden dokumentteja, kuten potilaspalautelomakkeet, datakoosteet, toimenpidesuunnitelmat sekä prosessien ja parannustoimien standardit ja protokollat. Tutkijat analysoivat myös sairaaloiden julkista sekundääriaineistoa kuten institutionaalisia verkkosivuja, sosiaalisen median kanavia ja</p>	<p>Keskeisimmät tulokset osoittavat, että tutkimuksissa brasilialaisissa sairaaloissa potilaspalautetta käytettiin strategisesti laadun parantamiseen, toisin kuin aiempi kirjallisuus on usein antanut ymmärtää. Tulokset voidaan tiivistää kuuteen kategoriaan, jotka kuvaavat sairaaloiden hyviä käytäntöjä ja haasteita potilaspalautteen hyödyntämisessä.</p> <p>1. Tavoitteet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strateginen merkitys: Sairaaloilla oli selkeät, strategiseen johtamiseen sidotut tavoitteet potilaspalautteen keräämiselle, ja johto piti potilaan näkökulmaa tärkeänä. Potilaskokemus oli kirjattu jopa sairaalan strategiseen karttaan. • Haasteet: Suurimpana haasteena oli henkilöstön, erityisesti hoitohenkilökunnan, saaminen sitoutumaan palautteen hyödyntämiseen ja epäkohtiin puuttumiseen. Kulttuurin muuttaminen oli hidasta. <p>2. Mahdollistava toimintaympäristö</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ei-rankaiseva kulttuuri: Sairaalat pyrkivät aktiivisesti edistämään ei-rankaisevaa kulttuuria, jossa palautetta käsiteltiin oppimismahdollisuutena eikä virheiden etsimisenä. Johdon tuki oli tässä keskeistä. • Henkilöstön osallistaminen: Henkilöstön osallistuminen nähtiin perustavanlaatuisena laadunparannuksen onnistumiselle. Henkilöstöä tuettiin koulutuksella ja pitämällä heidät tietoisina palautteen avulla saavutetuista parannuksista. • Potilaiden rohkaiseminen: Potilaita kannustettiin antamaan palautetta monin eri tavoin, kuten sairaalan tiloissa olevilla julisteilla ja ohjeistuksella. <p>3. Palautteen muodot</p> <p>Sairaalat käyttivät monipuolisesti eri kanavia palautteen keräämiseen koko hoitopolun ajan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vapaaehtoinen palaute: Potilaat saattoivat antaa palautetta kasvokkain, puhelimitse, sähköpostilla, verkkolomakkeilla ja sosiaalisen median kautta (esim. Facebook, Twitter). • Potilaskyselyt: Sairaaloissa tehtiin säännöllisiä kyselyitä (esim. puhelimitse tai verkossa) joko otannalle tai kaikille potilaille pian hoidon jälkeen. • Epävirallinen palaute: Myös potilaiden suullisesti hoitohenkilökunnalle antama palaute tunnustettiin tärkeäksi, vaikka sen kirjaamisessa oli haasteita tiimin työkuorman vuoksi. <p>4. Harhat, validiteetti ja luotettavuus</p>	<p>7/10</p>
--	---	--	--	--	-------------

			<p>kuluttajien valitusten rekisteröintisivustoja. Aineisto analysoitiin laadullista sisällönanalyysimentelmää käyttäen. Analyysi oli deduktiivista eli se perustui ennalta määriteltyihin kuuteen teoriaohjaavaan kategoriaan. Haastattelujen otteet koodattiin näiden kategorioiden alle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tietoisuus harhoista: Sairaalat olivat tietoisia palautteeseen liittyvistä harhoista, kuten siitä, että potilaan emotionaalinen tai terveydellinen tila voi vaikuttaa vastauksiin. Myös vastaamatta jättämisen harha tunnistettiin: useimmiten vastaavat ne, joilla on valitettavaa. • Analyysimenetelmät: Sairaalat käyttivät tilastollisia analyysejä ja otoslaskentaa varmistaakseen, että ongelmat olivat edustavia, ja pyrkivät kohdentamaan kyselyitä tiettyihin hoidon osa-alueisiin saadakseen tarkempaa tietoa. <p>5. Laadunparannusmenetelmät</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systemaattinen käyttö: Sairaalat käyttivät vakiintuneita laadunparannuksen työkaluja ja menetelmiä palautteen analysointiin ja toimenpiteiden suunnitteluun. Näitä olivat esimerkiksi Plan-Do-Check-Act (PDCA) -sykli, Ishikawa- ja Pareto-kaaviot sekä Lean-metodologia. • Net Promoter Score (NPS) keskeisenä mittarina: NPS oli tärkein strateginen mittari, jolla arvioitiin parannustoimenpiteiden vaikutusta potilaiden suositteluhalukkuuteen. <p>6. Organisatoriset prosessit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturoidut prosessit: Palautteen käsittelylle oli määritelty selkeät prosessit ja vastualueet. Palaute käsiteltiin säännöllisesti johdon kokouksissa, ja sen avulla johdettiin konkreettisia toimenpiteitä ja projekteja. • Esimerkkejä parannuksista: Potilaspalautteen perusteella oli tehty sekä laajempia, data-analyysiin perustuvia parannuksia (esim. ruoan lämpötila, odotusajat, kotiutusprosessit) että pienempiä, yksittäisiin palautteisiin perustuvia muutoksia, jotka kuitenkin hyödyttivät monia (esim. peittojen tarjoaminen potilaille). 	
--	--	--	--	---	--

<p>Dawes, N., & Topp, S. M. 2022 Australia</p>	<p>Selvittää ja ymmärtää, mitä ylemmän johdon johtamistaidot ja henkilök ohtaiset ominaisuudet ovat välttämät tömiä laadukka an tehostetu n palvelua sumisen tuottamis eksi ja vahvista miseksi Australia ssa.</p>	<p>N = 12 ikääntyneiden hoitotyön asiantuntijaa Australiassa (palveluntarjoajien edunvalvoja 6 henkilöä, asiakkaiden/potilaid en edunvalvoja 3 henkilöä, tutkijoita 2 henkilöä, perusterveydenhuol lon verkoston edustajia 1 henkilö)</p>	<p>Laadullinen, eksploratiivinen tutkimus. Otos oli tarkoituksenmukaisesti valittu syvällisen tiedon saamiseksi, lumipallo-otannalla rekrytoitiin kaksi osallistujaa. Aineisto kerättiin syvähaastatteluilla, joissa käytettiin tarkentavia kysymyksiä kuten miksi, miten ja mitä. Haastattelut tehtiin videoyhteydellä ja puhelimitse. Haastattelut perustuivat ennalta laadittuun haastattelurunkoon, jossa käsiteltiin asiantuntijan roolia, hänen näkemystään ylemmän johdon ja hoidon laadun välisestä yhteydestä, laadukkaan hoidon tuottamisen haasteita sekä näiden haasteiden ratkaisemiseen vaadittavia johtamistaitoja. Aineisto analysoitiin käyttäen abduktiivista temaattista analyysiä. Lopulliset tulokset ryhmiteltiin viiden pääteeman alle: 1) työvoiman kehittäminen ja sitouttaminen, 2) hallinto ja liiketoimintaosaaminen, 3) terveysjärjestelmän tuntemus, 4) vastuullinen johtajuus ja 5) sääntelyyn ja poliittiseen ympäristöön vastaaminen.</p>	<p>Keskeiset tulokset osoittavat, että tehostetun palveluasumisen ylempi johto tarvitsee monimutkaisen yhdistelmän erilaisia taitoja laadukkaan hoidon varmistamiseksi Australian haastavassa toimintaympäristössä. Asiantuntijahaastattelujen perusteella tunnistetut johtamistaidot ryhmiteltiin viiteen pääteemaan.</p> <p>Viisi keskeistä johtamistaitojen aluetta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Työvoiman kehittäminen ja sitouttaminen <ul style="list-style-type: none"> • Rekrytointi ja pysyvyys: Tärkeimpänä pidettiin johtajan kykyä rekrytoida ja pitää palveluksessa ammattitaitoisia henkilöstöä, jolla on osaamista vastata ikääntyneiden monimutkaisiin terveydellisiin ja psykososiaalisiin tarpeisiin. • Ihmissuhdetaidot: Korostettiin suhteiden luomista ja ylläpitämistä henkilöstön kanssa. Tähän kuuluivat hyvät viestintätaidot, kuten empatia ja aktiivinen kuuntelu, jotka edistävät luottamusta ja avointa kommunikaatiota. Myös vertaistukiverkoston rakentaminen muiden organisaatioiden kanssa nähtiin tärkeänä. 2. Hallinto ja liiketoimintaosaaminen <ul style="list-style-type: none"> • Organisaatorakenteet: Johtajilla tulee olla taito luoda selkeät hallintorakenteet, jotka määrittelevät roolit ja vastuualueet sekä mahdollistavat tietoon perustuvan päätöksenteon. • Liiketoimintataidot: Talouden hallinta, henkilöstöjohtaminen ja myyntiosaaminen mainittiin kriittisinä taitoina palvelujen laadun ja kestävyuden varmistamiseksi. Myös strateginen suunnittelukyky ja innovatiivisuus olivat tärkeitä. 3. Terveysjärjestelmän tuntemus <ul style="list-style-type: none"> • Kliininen osaaminen: Asiantuntijat pitivät tärkeänä, että ylemmällä johdolla on riittävä kliininen ymmärrys ja taidot. Tämä auttaa tunnistamaan tehokkaita hoitomalleja ja varmistamaan, että asukkaiden kliinisiin tarpeisiin vastataan asianmukaisesti. Jos johdolta puuttuu terveydenhuollon tausta, asukkaiden tarpeet voivat jäädä huomiotta. • Kontekstin ymmärtäminen: Johtajien tulee ymmärtää tehostetun palveluasumisen erityispiirteet verrattuna muuhun terveydenhuoltoon, jossa keskiössä on elämänlaadun ylläpitäminen akuutin hoidon sijaan. 	<p>7/10</p>
---	--	---	--	--	-------------

				<p>4. Vastuullinen johtajuus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positiivisen organisaatiokulttuurin luominen: Tämä oli yksi eniten korostetuista taidoista. Siihen kuuluu tiimihengen edistäminen, turvallisen ja viihtyisän työympäristön luominen sekä henkilöstön hyvinvoinnin tukeminen. • Negatiivisen julkisuuskuvan hallinta: Erityisesti Australian kontekstissa johtajien on osattava johtaa henkilöstöä alan negatiivisen julkisuuskuvan keskellä ja ylläpitää työmotivaatiota sekä sitoutumista. <p>5. Sääntelyyn ja poliittiseen ympäristöön vastaaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sääntelyn tulkinta: Johtajilla tulee olla kyky tulkita ja soveltaa jatkuvasti muuttuvaa lainsäädäntöä ja sääntelyä käytännön toimintaan laadun ylläpitämiseksi. • Proaktiivisuus ja yhteistyö: Tämä edellyttää proaktiivista otetta ja kumppanuuksien luomista sääntelyviranomaisten kanssa pelkän vaatimustenmukaisuuden sijaan. Johtajien on oltava joustavia, sopeutuvaisia ja luovia ajattelijoita. Yhteenvedona asiantuntijat korostivat erityisesti taitoja, jotka liittyvät osaavan työvoiman rekrytointiin ja sitouttamiseen, ihmissuhteiden hallintaan sekä positiivisen organisaatiokulttuurin ja henkilöstön hyvinvoinnin edistämiseen. Tutkimus toi myös esiin huolen siitä, että Australiassa ei ole olemassa ammatillisen kehittymisen viitekehystä, joka ohjaisi näiden monimutkaisten taitojen hankkimista tai päivittämistä alalla. 	
--	--	--	--	--	--

<p>Höög, E., Lysholm, J., Garvare, R., Weinehall, L., & Nyström, M. E. 2016 Ruotsi</p>	<p>Selvittää esteitä ja haasteita, jotka liittyvät terveydenhuollon laadun parantamiseen ja organisaation kehittämiseen liittyviin seuranta- ja arviointiprosesseihin.</p>	<p>Otos n = 17 koostui avaintoimijoista, jotka edustivat eri johtamisen tasoja suuressa ruotsalaisessa terveydenhuolto-organisaatiossa.</p>	<p>Pitkittäinen tapaustutkimus. Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla haastatteluilla ja arkistomateriaalilla. Se oli osa laajempaa tutkimusprojektia, jossa selvitettiin vuosina 2008–2012 toteutetun, koko organisaation laajuisen "The Dynamic and Viable Organization" (DVO) -laadunparannusinterventio käyttöönottoa. Haastatteluita tehtiin 27 kappaletta. Haastattelujen pääteemoja olivat seurannan ja arvioinnin strategiat, suunnittelu ja hallinta; seurannan kohteet ja sisältö; sekä vaikutusten ja seurausten seuranta. Aineistoon kuului DVO-interventio koordinaatioryhmän kokospöytäkirjoja (13 asiakirjaa), yleistä informaatiota DVO:sta sekä DVO-foorumien esityslistoja (7 asiakirjaa). Tätä aineistoa käytettiin tapaustutkimuksen kuvauksen pohjana sekä muiden samanaikaisesti organisaatiossa tapahtuneiden interventioiden ja toimintojen tunnistamiseen.</p> <p>Analyyssimenetelmänä</p>	<p>Tuloksena löytyi laadunparannuksen seurannan ja arvioinnin painopistealueita sekä näihin prosesseihin kohdistuvia esteitä ja haasteita suuressa terveydenhuollon organisaatiossa.</p> <p>Tutkimuksessa tunnistettiin neljä keskeistä aluetta, joita vastaajien mielestä oli tärkeää seurata ja arvioida laadunparannuksen yhteydessä:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Visio ja tavoitteet, nämä tulee olla olemassa, selkeitä ja helposti mitattavia 2. Intervention toimenpiteet, systemaattinen seuranta ja arviointi vähäistä, lukuun ottamatta taloudellista seurantaa 3. Oppimis- ja muutosprosessit, asenteiden, kulttuurin ja työtapojen muutokset prosessien mittaamisessa huonosti tunnettuja ja käytössä 4. Hoidon tulokset ja organisaation tuloksellisuus, eniten korostettu kategoria, seuranta painottuu vahvasti talouteen ja tuotantoon, vaikka uusia laatu- ja terveystilanteita oltiin kehittämässä hitaasti <p>Tutkimuksessa tunnistettiin kolme toisiinsa liittyvää aluetta, joissa esiintyi merkittäviä seuranta- ja arviointiprosessien esteitä ja haasteita:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorointi: haasteet liittyivät mittareihin ja tiedonkeruuseen, käytössä olevat mittarit eivät tavoittaneet kaikkia tärkeitä tekijöitä kuten asenteita ja oppimista, seuranta oli liian harvoin tapahtuvaa ja epäsystemaattista 2. Prosessointi eli kerätyn tiedon koostaminen ja analysointi, liian suuri tietomäärä, jonka käsittelyyn ja analysointiin ei ollut riittävästi aikaa, osaamista tai resursseja 3. Palaute ja viestintä: Puute foorumeissa ja systemaattisissa käytännöissä, joissa seurantatuloksista voitaisiin keskustella ja reflektoida <p>Koko seuranta- ja arviointijärjestelmää koskevat haasteet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Puutteelliset rakenteet ja epäselvät vastuut 2. Koordinaation puute 3. Tarve kokonaisvaltaiselle lähestymistavalle <p>Lopuksi tutkimuksen tulokset on tiivistetty malliin, joka kuvaa seuranta- ja arviointijärjestelmän eri osa-alueita: mitä tulee seurata (1–4), mitkä järjestelmän osat ovat erityisen haastavia (A–C) ja mitkä ovat järjestelmän rakenteeseen ja hallintaan liittyvät ylemmän tason</p>	<p>6/10</p>
---	--	---	--	---	-------------

			<p>käytettiin sisällönanalyysia. Yhdistettiin sekä laadullisen että määrällisen sisällönanalyysin vahvuuksia.</p>	<p>haasteet. Mallin tarkoituksena on auttaa johtajia ja kehittäjiä analysoimaan ja suunnittelemaan seuranta- ja arviointijärjestelmiä.</p>	
<p>Lo, B., Nagle, L. M., White, P., Kleib, M., Kennedy, M. A., & Strudwick, G. 2021 Kanada</p>	<p>Pohtia Kanadasa tehtyä työtä hoitotyön johtajien digitaalisen terveyden ja informaatiikan osaamisen määrittämiseksi ja esittää näkemyksiä siitä, miten tätä</p>	<p>N = 15 artikkelia N = 23 hoitotyön johtajaa</p>	<p>Kommentari ja katsaus meneillään olevaan tutkimusohjelmaan. Asetelma on siis kuvaileva ja yhteen vetävä. Kirjallisuuskatsaus, jonka menetelmänä systemaattinen haku. Toisena vaiheena Delphi-tutkimus, jossa käytettiin Delphi-menetelmää asiantuntijoiden konsensuksen saavuttamiseksi. 23 kanadalaista hoitotyön johtajaa osallistui kolmeen ranking-kierrokseen.</p>	<p>Keskeiset tulokset ovat monivaiheisen tutkimusohjelman tuotoksia, jotka yhdessä muodostavat kokonais kuvan kanadalaisten hoitotyön johtajien digitaalisen terveyden ja informaatiikan osaamisvaatimuksista. Artikkelin kommentaari, joka kokoaa yhteen nämä tulokset.</p> <p>1. Kirjallisuuskatsauksen tulos: 11 osaamisteemaa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensimmäisessä vaiheessa tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa tunnistettiin ja syntetisoitiin olemassa oleva tutkimustieto hoitotyön johtajien informaatiikkaosaamisesta. • Tuloksena oli viitekehys, joka sisälsi 11 informaatiikan osaamisteemaa. Nämä teemat kattoivat sekä informaatiikan tietämyksen (esim. tietojärjestelmät) että taidot (esim. järjestelmien valinta) ja johtamistason taidot (esim. ihmissuhdetaidot). • Katsauksessa havaittiin myös, että aiemmissa tutkimuksissa ei ollut yhteisymmärrystä, sillä osaamisalueiden määrä vaihteli suuresti (11–304) eri lähteissä. <p>2. Delphi-tutkimuksen tulos: 24 priorisoitua osaamisaluetta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toisessa vaiheessa toteutettiin Delphi-tutkimus, johon osallistui 23 kanadalaista hoitotyön johtajaa. Tavoitteena oli saavuttaa yhteisymmärrys (konsensus) tärkeimmistä osaamisalueista Kanadan kontekstissa. • Keskeinen tulos oli lista 24 informaatiikan osaamisalueesta, jotka 	<p>6/6</p>

	osaamista voidaan hyödyntää nykyisten ja tulevien johtajien valmiuksien parantamiseksi digitaalisen terveyden hankkeissa.			<p>asiantuntijat arvioivat ensisijaisen tärkeiksi kanadalaisille hoitotyön johtajille.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nämä 24 osaamisaluetta kattavat laajasti terveydenhuollon tietoteknologian elinkaaren, mukaan lukien: <ul style="list-style-type: none"> Valinta ja suunnittelu: Esimerkiksi osallistuminen järjestelmien suunnitteluun. Käyttöönotto: Esimerkiksi muutosjohtamisen teknikoiden soveltaminen. Hyödyntäminen ja arviointi: Kyky tunnistaa arviointimittareita ja hyödyntää data-analytiikkaa kliinisessä ja operatiivisessa päätöksenteossa. Strateginen johtaminen: Digitaalisen terveyden edistäminen organisaation strategisessa suunnittelussa ja teknologiatrendien tunnistaminen. <p>Tutkimuksen pohjalta kehitetään ja validoidaan luotettava itsearviointityökalu, jolla hoitotyön johtajat voivat itse arvioida omaa osaamistaan suhteessa 24 määriteltyyn kompetenssiin ja tunnistaa ammatillisen kehittymisen tarpeita.</p>	
Lysfjord, E. M., Gjevjon, E. R., & Skarstein, S. 2024 Norja	Tutkia mielenterveyden uusien ja kokoneiden hoitotyön johtajien kokemien haasteita ja strategioita. Tavoitteena oli lisäksi tunnistaa tekijöitä, jotka	N = 20 hoitotyön johtajaa, jotka työskentelivät mielenterveyden parissa eri puolilla Norjaa. Uudet johtajat eli mentoroivat (alle 2 vuotta nykyisessä johtotehtävässä): 10 johtajaa, kokoneet johtajat eli mentorit (yli 10 vuoden kokemus johtotehtävistä) 10 johtajaa. Naisia 15, miehiä 5.	Kuvaileva tutkimus. Yksilölliset puolistrukturoidut haastattelut. Aineisto analysoitiin käyttämällä Braunin ja Clarken kuusivaiheista teemanalyysia. Uusien ja kokoneiden johtajien haastattelut analysoitiin ensin erikseen, jonka jälkeen niitä verrattiin toisiinsa. Saturaatio saavutettiin uusien johtajien ryhmässä kuuden ja kokoneiden ryhmässä seitsemän haastattelun jälkeen, mutta kaikki 20 haastattelua analysoitiin.	<p>Analyysissa tunnistettiin kolme pääteemaa uusille johtajille ja kaksi kokoneille johtajille:</p> <p>Uusien johtajien keskeiset tulokset: Uusien johtajien kokemukset kuvaavat heidän roolinsa haasteita ja tarpeita.</p> <ol style="list-style-type: none"> Uudet johtajat asettavat itselleen korkeat vaatimukset ja kokevat johtamisen vaativana ja stressaavana. <ul style="list-style-type: none"> He halusivat olla roolimalleja alaisilleen ja korostivat tarvetta olla selkeitä, demokraattisia, avoimia ja yhteistyötä edistäviä. He kokivat monet hallinnolliset tehtävät, kuten henkilöstön seurannan, delegointitehtävät, sairauspoissaolojen käsittelyn ja rekrytoinnin, erittäin kuormittaviksi. Monet tunsivat itsensä valmistautumattomiksi tehtävään ja kokivat, että heidät oli "heitetty työhön" ilman riittävää koulutusta tai tukea. Uudet johtajat tuntevat itsensä epävarmoiksi ja epäilevät omia kykyjään. <ul style="list-style-type: none"> He ilmaisivat halua saada enemmän kontrollia tilanteisiin ja omaan 	7/10

	<p>joko tukevat tai estävät heitä johtamistyössään.</p>			<p>rooliinsa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • He tunsivat epävarmuutta kyvystään selviytyä johtotehtävästään tehokkaasti ja halusivat tulla itsenäisemmiksi ja selkeämmiksi johtajina. • Samalla he kokivat tarvetta kehittää rauhallisuutta ja itseluottamusta roolissaan. <p>3. Uudet johtajat kokevat puutetta ammatillisesta tuesta johtajuudessa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monet tunsivat itsensä yksinäisiksi vaativien päätösten ja vastuun edessä, koska heiltä puuttui johdon ja kollegoiden tuki. • He ilmaisivat voimakkaan tarpeen verkostoitumiselle, jossa he voisivat keskustella ja jakaa kokemuksia muiden johtajien kanssa löytääkseen oman tapansa johtaa. • He kokivat saavansa liian vähän ohjausta johtamistyössään. <p>Kokeneiden johtajien keskeiset tulokset: Kokeneiden johtajien näkemykset keskittyivät strategiseen ajatteluun ja tiimin johtamiseen.</p> <p>1. Strateginen johtajuus on elintärkeää kokeneille hoitotyön johtajille.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kokeneet johtajat pitivät tärkeimpänä tehtävänä organisaation johtamista kohti sen tavoitteita. • He korostivat kykyä priorisoida tehtäviä ja tehdä tarvittaessa myös epäsuosittuja päätöksiä. • Sinnikkyys strategisten tavoitteiden saavuttamisessa nähtiin olennaisena ominaisuutena. <p>2. Resilientti ja työntekijöitä motivoiva johtaja on menestyksen edellytys.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kokeneet johtajat painottivat resilienssin ja kyvyn kohdata vastoinkäymisiä tärkeyttä. • He näkivät johtajan keskeisenä tehtävänä olla inspiroiva ja saada ihmiset toimimaan yhteisen vision eteen. • Työntekijöistä välittäminen, heidän tukemisensa ja saatavilla oleminen olivat olennaisia luottamuksen ja sitoutumisen rakentamisessa <p>Tutkimus osoittaa selvän eron uusien ja kokeneiden johtajien painopisteissä. Uudet johtajat keskittyivät selviytymiseen, oman roolin löytämiseen ja henkilökohtaiseen kasvuun, kun taas kokeneet johtajat suuntaavat huomionsa laajemmin organisaation strategiaan ja tiimin motivointiin.</p>	
--	---	--	--	---	--

<p>Ottman-Salminen, M., Vikberg-Aaltonen, P., Rannisto, P.-H. & Kaunonen, M. 2022 Suomi</p>	<p>Kuvata osastonhoitajien käsityksiä kliinisen työn johtamisesta sairaalao rganisaatioissa ja miten he kuvaavat omaa asemaansa kliinisen työn johtamisessa.</p>	<p>N = 21 osastonhoitajaa, kolmesta eri keskussairaalaasta. Kaikki osallistujat olivat naisia. Keski-ikä 54 vuotta ja esimiestyökokemusta keskimäärin 10,3 vuotta.</p>	<p>Ryhmähaastattelututkimus. 6 ryhmähaastattelua. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä induktiivisella sisällönanalyysillä ja asemointianalyysillä.</p>	<p>Keskeiset tulokset jakautuvat tutkimuskysymysten ohjaamina kahteen pääosaan: osastonhoitajien käsitykseen kliinisen työn johtamisen sisällöstä sekä heidän omaan asemaansa tässä tehtävässä.</p> <p>Kliinisen työn johtamisen osa-alueet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Osaamisresurssien johtaminen <ul style="list-style-type: none"> * Henkilöstöresurssien organisointi * Osaamisen johtaminen * Henkilöstöhallinnon tehtävät - Toimintaprosessien johtaminen <ul style="list-style-type: none"> * Toiminnan suunnittelu ja organisointi * Potilasprosessien kehittäminen ja laadun varmistaminen - Vuorovaikutusverkoston kehittäminen ja ylläpito <ul style="list-style-type: none"> * Henkilöstön tukeminen * Tiedottaminen ja kumppanuudet * Vuorovaikutus potilaiden ja läheisten kanssa <p>Osastonhoitajan asema kliinisen työn johtamisessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keskiössä ja "risteysasemana": yksikön toiminnan keskiössä, monesta suunnasta tulevien vaatimusten ja odotusten kohteena - Mahdollistaja ja taustatuki: huolehtii resursseista ja järjestelyistä, jotta kliininen työ sujuu - Vastuunkantaja - Monipuolinen ja kiireinen työ 	<p>8/10</p>
<p>Streeton, A.-M., Kitsell, F., Gambles, N. & McCarthy, R. 2021 Iso-Britannia</p>	<p>Kuvata ja arvioida IGH-ohjelmaa (Improving Global Health) ja sen vaikutuksia osallistujien</p>	<p>N = 39 IGH-ohjelmaan osallistujaa ja osallistujien kirjoittamat johtamisen kehittämisen yhteenvedot. Lääkäreitä, johtajia, fysioterapeutteja, sairaanhoitajia.</p>	<p>IGH-ohjelman jälkeen osallistujia pyydettiin refleктоimaan omaa johtajuutensa kehittymistä suhteessa NHS:n terveydenhuollon johtamismallin yhdeksään osa-alueeseen. Aineisto analysoitiin käyttämällä teema-analyysiä ja avointa koodausta. Koodauksessa käytettiin induktiivista</p>	<p>Keskeiset tulokset voidaan jakaa kahteen pääryhmään: osallistujien ulkoiseen käyttäytymiseen ja vuorovaikutukseen liittyviin muutoksiin sekä heidän sisäisessä ajattelussaan ja tunteissaan tapahtuneisiin muutoksiin. Osallistujat raportoivat muutoksia tavassaan ajatella, käyttäytyä ja nähdä maailma.</p> <p>Kaksi yleisintä kehityksen aluetta olivat oman minäkuvan kehittyminen ja kokemus tiimin jäsenten kehittämisestä.</p> <p>1. Käyttäytyminen ja vuorovaikutus - ulkoinen maailma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiimin kehittäminen: Useimmat osallistujat kuvasivat kehittäneensä paikallista tiimiä opettamalla ja mentoroimalla. He kannustivat tiimin 	<p>6/10</p>

	johtamisen kehittymiseen.		<p>lähestymistapaa eli teemat ja koodit johdettiin suoraan aineistosta ilman ennalta määrättyä viitekehystä.</p>	<p>jäseniä vastuunkantoon ja itsenäisyyteen, mikä edistää kollektiivista johtajuutta. Osallistujat inspiroivat paikallista tiimiä ja loivat uskoa siihen, että muutos on mahdollista.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sopeutumiskyky: Monet osallistujat kokivat, että ohjelma pakotti heidät sopeutumaan monin tavoin, esimerkiksi työskentelemään joustavasti ja luovasti uudessa kulttuurisessa ja taloudellisessa ympäristössä. • Kommunikaatio: Monet raportoivat kommunikaatiotaitojensa parantuneen. He oppivat käyttämään erilaisia viestintätapoja (myös sanattomia) ja sopeuttamaan viestinsä eri yleisöille. He harjoittelivat myös palautteen antamista ja vastaanottamista kulttuurisensitiivisesti. • Rajojen ylittäminen: Monet oppivat ylittämään erilaisia esteitä, kuten kulttuurisia ja hierarkkisia rajoja. He kehittivät "syväkuuntelun" taitoja ja oppivat haastamaan vallitsevaa tilaa (status quo). Monet kohtasivat myös muutosvastarintaa ja oppivat käsittelemään sitä. • Yhteistyö: Monet osallistujat oppivat työskentelemään yhteistyössä eri osastojen ja organisaatioiden kanssa. He painottivat kuuntelun ja saavutusten juhlistamisen tärkeyttä positiivisten suhteiden rakentamisessa. • Konfliktien käsittely: Jotkut osallistujat oppivat ennakoimaan ja kohtaamaan konflikteja. He alkoivat nähdä konfliktit mahdollisuutena muutokseen ja oppivat tasapainottelemaan eriävyyksien käsittelyn ja suhteiden säilyttämisen välillä. <p>2. Ajatukset ja tunteet - Sisäinen maailma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minäkuvan kehittyminen: Tämä oli yleisin teema. Osallistujat kuvasivat itseluottamuksensa ja itsevarmuutensa kasvaneen. He tunsivat pystyvänsä paremmin ilmaisemaan mielipiteensä ja lähestymään valta-asemassa olevia ihmisiä. Ohjelma antoi aikaa pohtia omia arvoja, rajoja ja tavoitteita. Lisäksi monet kokivat tunneälänsä kehittyneen. • "Big picture" -ajattelu: Monet osallistujat saivat paremman ymmärryksen koko terveydenhuoltojärjestelmästä – aina julkisesta terveydenhuollosta hallituksen politiikkaan. He alkoivat nähdä järjestelmän monimutkaisena ja muuttavana kokonaisuutena. • Strateginen ajattelu: Monet saivat kokemusta strategisesta ajattelusta. He oppivat tuomaan tiimejä yhteen yhteisen tavoitteen eteen ja hallitsemaan eri sidosryhmien kilpailevia intressejä. 	
--	---------------------------	--	--	---	--

				<p>Tutkijoiden mukaan tulokset osoittavat, että osallistujissa tapahtui sekä horisontaalista johtajuuden kehitystä (esim. uusien teknisten taitojen, kuten laadunparannusmenetelmien, oppiminen) että vertikaalista johtajuuden kehitystä, mikä tarkoittaa muutosta ajattelutavassa. Ohjelman osallistujat oppivat kohtaamaan haasteita, käsittelemään epäselvyyttä ja ymmärtämään maailmaa muiden näkökulmista.</p>	
--	--	--	--	--	--

<p>Vaughn, V. M., Saint, S., Krein, S. L., Forman, J. H., Meddings, J., Ameling, J., Winter, S., Townsend, W. & Chopra, V. 2019 Yhdysvallat</p>	<p>Tunnista a ja kuvata niitä organisaatiotekijöitä, jotka ovat ominaisia heikosti menestyville eli laadunparantamisessa kamppaileville terveydenhuollon organisaatioille.</p>	<p>N = 30 artikkelia (laadullisia tutkimuksia)</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus laadullisista tutkimuksista. Analyysimenetelmänä käytettiin viitekehukseen perustuvaa synteisiä, jolla yhdisteltiin teemoja alkuperäisistä laadullisista tutkimuksista. Aineistosta poimittiin analyysiin suoria sitaatteja, yhteenvetolainauksia ja kirjoittajien tulkintoja.</p>	<p>Keskeisenä tuloksena tunnistettiin viisi pääaluetta, jotka ovat ominaisia laadunparantamisessa kamppaileville terveydenhuollon organisaatioille:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Huono organisaatiokulttuuri (yleisin, kaikissa 30 tutkimuksessa)- Rajoitettu sitoutuminen ja omistajuus- Yhteistyön puute- Hierarkisuus- Etäinen johtajuus 2. Riittämätön infrastruktuuri (27/30 tutkimuksessa)- Vähäiset laadunparannusjärjestelmät- Riittämätön henkilöstö ja suuri vaihtuvuus- Heikot tietotekniset palvelut- Yleinen resurssipula 3. Epäyhtenäisen mission ja vision puute (21/30 artikkelia)- Ristiriitaisena- Ulkoisesti motivoituneena- Huonosti määriteltynä tai keskinkertaisuutta heijastavana 4. Järjestelmätason shokit- Johtajien vaihtuvuus- Organisaatiomuutokset- Uuden potilastietojärjestelmän käyttöönotto- Taloudelliset vaikeudet tai skandaalit 5. Toimimattomat ulkoiset suhteet Seitsemän tutkimusta toi esiin, että heikosti menestyvillä organisaatioilla oli huonot suhteet muihin terveydenhuollon toimijoihin, sidosryhmiin tai hallintoelimiin. Myös yhteistyö potilaiden ja yhteisön kanssa oli vähäistä. Tämä oli erityisen ongelmallista organisaatioille, joiden taloudellinen suoriutuminen oli riippuvaista ulkoisesta yhteistyöstä. Tutkijat totesivat, että organisaatioilla oli usein vaikeuksia monella osa-alueella samanaikaisesti. 	<p>10/11</p>
---	--	--	--	--	--------------

<p>Wong, F. M. F. 2024 Kiina</p>	<p>Selvittää ja saada syvällistä ymmärrystä niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat sairaalaympäristössä työskentelevien aloittelevien ja kokeneiden sairaanhoitajien työtyytyväisyyteen</p>	<p>N = 8 sairaanhoitajaa, neljä aloittelevaa ja neljä kokenutta, ikä 22–52 vuotta, 5 naista ja 3 miestä</p>	<p>Laadullinen, kuvaileva asetelma, jossa käytettiin fenomenologista lähestymistapaa. Tutkimuksen teoreettisena pohjana toimi Herzbergin kaksifaktoriteoria, jonka mukaan työtyytyväisyyteen vaikuttavat kahdenlaiset tekijät (hygieniatekijät ja motivaatiotekijät). Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla haastattelulla. Käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa. Aineisto analysoitiin Colaizzin metodilla.</p>	<p>Keskeisenä tuloksena tunnistettiin neljä pääteemaa, jotka vaikuttavat sekä aloittelevien että kokeneiden sairaanhoitajien työtyytyväisyyteen. Nämä teemat jaettiin Herzbergin kaksifaktoriteorian mukaisesti hygienia- (ulkoisiin) ja motivaatiotekijöihin (sisäisiin).</p> <p>Hygienia- eli ulkoiset tekijät Nämä tekijät liittyvät työolosuhteisiin, ja niiden puute aiheuttaa tyytymättömyyttä.</p> <p>1. Raskas työkuorma ja riittämätön henkilöstö: yleinen tyytymättömyyttä aiheuttava tekijä</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sekä aloittelevat että kokeneet hoitajat tunsivat itsensä stressaantuneiksi ja ylikuormittuneiksi raskaan työmäärän ja henkilöstöpulan vuoksi. • Aloittelevat hoitajat kokivat uupumusta ja stressiä huonon hoitaja-potilas-suhteen vuoksi, mikä johti myös työvirheisiin. • Kokeneet hoitajat totesivat, että kiireisellä ja alimiehitetyllä osastolla on mahdotonta suorittaa kaikkea hoitotyötä. Lisäksi hallinnolliset tehtävät veivät aikaa potilastyöltä. • Aloittelevat hoitajat kokivat työkuorman ja henkilöstövajeen stressitekijöinä, kun taas kokeneet hoitajat näkivät ne haasteina. <p>2. Tukeva työympäristö: ratkaisevan tärkeä työtyytyväisyydelle ja se jaettiin kolmeen alateemaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suhteet potilaisiin, perheisiin ja kollegoihin: Kaikki osallistujat korostivat hyvien ihmissuhteiden ja tiimityön merkitystä työtyytyväisyydelle. Vahva hoitaja-potilas-suhde auttoi ymmärtämään potilaan tarpeita ja loi tyytyväisyyden tunnetta. Perheiden osallistaminen hoitoon koettiin sekä potilasta lohduttavana että hoitajien työtaakkaa keventävänä. • Selkeät ja yhdenmukaiset käytännöt ja ohjeet: Erityisesti aloittelevat hoitajat korostivat selkeiden ohjeiden tärkeyttä uuteen työympäristöön sopeutumisessa ja tehtävien tehokkaassa suorittamisessa. Kokeneet hoitajat näkivät ohjeiden edistävän tehokasta tiimityötä ja ammatillista kasvua. • Tukeva mentorointi: Mentorointi oli korvaamattoman tärkeää. Aloitteleville hoitajille mentori tarjosi ohjausta ja tukea uudessa ympäristössä. Kokeneille hoitajille mentorina toimiminen oli puolestaan mahdollisuus kehittää omia johtamis- ja hallintotaitojaan, mikä lisäsi heidän omaa työtyytyväisyyttään. 	<p>8/10</p>
---	---	---	---	---	-------------

			<p>Motivaatio- eli sisäiset tekijät Nämä tekijät liittyvät työn sisältöön ja lisäävät aktiivisesti työtyytyväisyyttä.</p> <p>3. Ammatillinen koulutus osaamisen lisäämiseksi Jatkuva koulutus lisäsi sekä aloittelevien että kokeneiden hoitajien osaamista, itseluottamusta ja työtyytyväisyyttä.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aloittelevat hoitajat kokivat, että lisäkoulutus auttoi heitä parantamaan taitojaan potilaiden hoidossa. • Kokeneet hoitajat pitivät jatkuvaa ammatillista koulutusta välttämättömänä tietojen ja taitojen päivittämisessä, mikä mahdollisti parhaan mahdollisen hoidon tarjoamisen. <p>4. Autonomia käytännön työssä: tärkeä työtyytyväisyyttä lisäävä tekijä, mutta sen merkitys vaihteli kokemuksen mukaan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aloittelevat hoitajat näkivät autonomian ammatillisena auktoriteettina ja keinona saada tunnustusta ja kunnioitusta. Heille autonomia osoitti, että heihin luotettiin ja heidän katsottiin olevan kykeneviä suorittamaan tehtäviä. • Kokeneet hoitajat painottivat, että autonomian tulee perustua osaamiseen ja aitoon potilaan hoitamiseen. Heidän näkemyksensä mukaan autonomia ei ole itseisarvo, vaan se ansaitaan osoittamalla pätevyyttä ja omistautumista. <p>Johtopäätöksenä voidaan todeta, että hygieniatekijöillä (ulkoisilla tekijöillä), kuten työkuormalla ja työympäristöllä, oli suurempi vaikutus työtyytyväisyyteen kuin motivaatiotekijöillä (sisäisillä tekijöillä). Parantaakseen sairaanhoitajien työtyytyväisyyttä johdon tulisi keskittyä työolosuhteiden parantamiseen, riittävän henkilöstön ja resurssien varmistamiseen sekä koulutusmahdollisuuksien tarjoamiseen osaamisen ja autonomian lisäämiseksi.</p>	
--	--	--	---	--

<p>Zhao, J., Wang, B.-L., Qin, X., Liu, Y. & Liu, T. 2024 Kiina</p>	<p>Selvittää, tiivistää ja arvioida Kiinan viiden huippusuoriutuvan sairaalan johtamisen ominaispiirteitä ja yhteisiä käytäntöjä.</p>	<p>N = 82 (8 johtajaa, 39 päällikköä, 19 lääkäriä ja 16 sairaanhoitajaa) viidestä huippusuoriutuvasta sairaalasta Kiinassa.</p>	<p>Tapaustutkimus, jossa käytetty yhdistelmä tutkimuksen elementtejä. Tutkimuksessa hyödynnettiin kansainvälisesti tunnustettua Baldrige Performance Excellence Framework (BPEF) -viitekehystä sekä kokonaisvaltaisen laadunhallinnan (Total Quality Management) periaatteita. Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla haastattelulla sekä kerättiin sairaaloiden tehokkuusindikaattoreita ja suorituskyvyn arviointituloksia Kiinan terveystilastojen vuosikirjasta, sairaaloiden virallisilta verkkosivuilta ja sairaaloiden itse ilmoittamista tiedoista. Haastatteluaineisto analysoitiin käyttäen teoreettista teema-analyysia ja sisällönanalyysia.</p>	<p>Keskeiset tulokset kiteytyvät "kaksipilariseen sairaalakulttuuriin", joka on Kiinan huippusuoriutuvien sairaaloiden menestyksen ytimessä. Tämä kulttuuri rakentuu kahdelle peruspilarille: potilaiden tarpeiden asettaminen etusijalle ja henkilöstökeskeinen lähestymistapa.</p> <p>Tulokset on jäsennelly Baldrige Performance Excellence Framework (BPEF) -viitekehysten mukaisesti kolmeen pääteemaan:</p> <p>Teema 1: Ylemmän johdon rooli</p> <p>1. Missio, visio ja arvot: Tutkittujen sairaaloiden johtajat asettivat suuren painoarvon selkeille periaatteille.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Missio: "Potilaskeskeisyys, potilaiden palveleminen ja kansan hyödyttäminen". ◦ Visio: "Maailmanluokan sairaalan rakentaminen kiinalaisilla erityispiirteillä". ◦ Arvot: Hoiva, palvelu, innovaatio, tieteellinen tarkkuus ja erinomaisuuteen pyrkiminen. Nämä periaatteet luovat pohjan yhtenäiselle ja myötätuntoiselle hoitoympäristölle. <p>2. Henkilöstön kehittäminen: Johtajat panostivat vahvasti henkilöstöön.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ He perustivat koulutusosastoja, jotka tarjosivat kattavaa kliinisten taitojen ja tutkimusmenetelmien opetusta. ◦ Käytössä oli selkeät urakehitysmallit ja kannustinjärjestelmät (palkka, kunnianosoitukset, ylennykset). ◦ Työympäristöä optimoitiin tarjoamalla resursseja ja viihtyisyyttä parantavia tiloja, kuten kuntosaleja ja psykologista neuvontaa. Säännölliset työtyytyväisyyskyselyt auttoivat parantamaan olosuhteita. <p>3. Toiminnan tuloksellisuus: Johtajat keskittyivät sairaalan suorituskyvyn jatkuvaan parantamiseen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ He asettivat selkeät tulostavoitteet ja mittarit (esim. hoidon laatu, potilastyytyväisyys) ja seurasivat niitä säännöllisesti. ◦ Henkilöstön suoritusta arvioitiin määrällisillä mittareilla tehokkuuden ja motivaation lisäämiseksi. <p>Teema 2: Organisaatio ja hallinto</p> <p>1. Organisaatorakenne ja viestintä: Johtamisen perustana oli selkeä rakenne ja tehokas viestintä.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Käytössä oli hierarkkinen johtamismalli ja kollektiivinen päätöksentekojärjestelmä tärkeissä asioissa. ◦ Johtajat paransivat osastojen välistä kommunikaatiota ja yhteistyötä säännöllisillä tapaamisilla. <p>2. Toimintafilosofia: Toimintaa ohjasi potilaskeskeisyys ja tehokkuus.</p>	<p>6/10</p>
---	---	---	---	---	-------------

				<ul style="list-style-type: none"> ◦ Nykyaikaisen yritysjohtamisen työkaluja sovellettiin sairaalaympäristöön toiminnan tehostamiseksi. ◦ Resurssien käyttöä optimoitiin hienosäädetyllä hallinnalla ja määrällisillä arviointimenetelmillä. <p>3. Laatu ja potilasturvallisuus: Potilasturvallisuuskulttuurin edistäminen oli keskeistä.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Sairaaloissa oli erilliset laadunhallintaosastot ja tieteelliset laadunhallintajärjestelmät. ◦ Henkilöstöä kannustettiin aktiivisesti raportoimaan poikkeamista ja virheistä, jotta niistä voitaisiin oppia. <p>Teema 3: Sosiaalinen vastuu</p> <p>Huippusairaaloiden johtajat korostivat vahvasti sosiaalista vastuuta ja julkista hyvää.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kohtuulliset maksut: Perusterveydenhuollon palveluiden hinnat pidettiin kohtuullisina laajan saatavuuden varmistamiseksi. • Lääketieteellinen apu: Kaikki sairaalat tarjosivat ilmaisia tai alennettuja palveluita vähävaraisille potilaille. • Kansainvälinen ja kotimainen avustustyö: Sairaalat antoivat laajaa lääketieteellistä apua Kiinan köyhille alueille sekä muihin matalan ja keskitulon maihin. • Yhteisöpalvelut: Sairaalat osallistuivat aktiivisesti yhteisöjen terveyspalveluihin ja terveyskasvatukseen. <p>Yhteenvedona, tutkimus osoittaa, että Kiinan menestyneimpien sairaaloiden johtajuus perustuu vahvaan, kaksipilariseen kulttuuriin, joka tasapainottaa potilaiden ja henkilöstön tarpeet. Lisäksi johtajat painottavat tehokasta toiminnanohjausta, suorituskyvyn mittaamista ja laajan sosiaalisen vastuun kantamista.</p>	
Øyri, S. F., Braut, G. S., Macrae, C., & Wiig, S. 2020 Norja	Tutkia sairaalajohtajien näkemyksiä uuden laadunparannusasetuksen toimeenpanosta ja	N = 20 sairaalajohtajaa, laatuasiantuntijaa kolmesta eri sairaalasta, jotka kuuluivat kahteen eri alueelliseen terveyspiiriin Norjassa	Laadullinen tapaustutkimus. Tapausta tarkasteltiin kolmella tasolla: makrotaso (lainsäätäjät), mesotaso (valvojat ja mikrotaso (sairaalat)). Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla kasvokkain, jossa käytettiin avoimia haastattelukysymyksiä.	Keskeiset tulokset jakautuvat neljään pääteemaan, jotka nousivat esiin sairaalajohtajien haastatteluista. Päättulos on, että vaikka sairaaloissa on tapahtunut viime vuosina merkittäviä rakenteellisia ja kulttuurisia muutoksia laadunparannustyössä, uusi laadunparannusasetus ei yksinään ollut johtanut muutoksiin johtajien käytännön työssä. Tässä ovat neljän teeman keskeiset tulokset: 1. Mukautumiskyky sairaalajohdossa ja käytännön työssä • Joustavuus on välttämätöntä: Johtajat pitivät uuden asetuksen yleisluontoista ja joustavaa muotoilua hyvänä asiana. Se antoi heille mahdollisuuden sopeuttaa laadunparannustoimia paikalliseen kontekstiin, mikä on välttämätöntä sairaalaympäristön	6/10

	<p>sen seurauksena syntyneistä työkäytännöistä.</p>		<p>Aineisto analysoitiin käyttäen laadullista sisällönanalyysia. Aineistosta nousi esiin neljä pääteemaa. Tuloksia tulkittiin resilienssiteorian ja mukautumiskyvyn käsitteiden avulla.</p>	<p>monimutkaisuuden ja ennakoimattomuuden vuoksi. He katsoivat, että "yhden koon ratkaisut" eivät toimi, koska improvisointi on aina tarpeen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kliininen autonomia on keskeistä: Erityisesti lääkäreiden autonomia on tärkeä tekijä, joka on otettava huomioon. Johtajat totesivat, että hallinnolliset määräykset ilman osallistamista eivät toimi, vaan henkilöstö täytyy saada mukaan muutokseen. <p>2. Toimeenpanon ponnistelut ja haasteet laadunparannuksessa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asetus ei muuttanut käytäntöjä: Vaikka johtajat pitivät asetuksen korostamaa johtamisvastuuta tärkeänä, he eivät kokeneet sen suoraan muuttaneen heidän toimintaansa. Muutoksia ei tehty vain siksi, että uusi asetusta oli tullut voimaan. • PDSA-mallin haasteet: Asetuksen edellyttämä PDSA-malli (Plan, Do, Study, Act) oli ennestään tuttu, mutta sen systemaattinen käyttö ei ollut vakiintunut käytäntöön. Erityisesti toimenpiteiden arviointi ja seuranta koettiin haastavaksi ja usein puutteelliseksi. • Ajan ja resurssien puute: Keskeinen haaste oli, että johtajilla oli jo liikaa velvollisuuksia, eikä systemaattiselle laadunparannustyölle jäänyt riittävästi aikaa. Myös osaamisen ja motivaation puute nousivat esiin esteinä. <p>3. Systeemiset muutokset</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rakenteelliset uudistukset: Sairaaloissa oli viime vuosina tapahtunut merkittäviä rakenteellisia muutoksia. Oli perustettu uusia laatu- ja potilasturvallisuusyksiköitä, neuvostoja ja kokouskäytäntöjä. Myös poikkeamien raportointijärjestelmiä ja toimintaohjeiden dokumentointia oli kehitetty. • Kulttuurin muutos: Kaikki haastateltavat raportoivat kulttuurisesta muutoksesta suhtautumisessa laadunparannustyöhön. Potilasturvallisuudesta oli tullut keskeinen puheenaihe, ja asenteet jatkuvaa parantamista kohtaan olivat muuttuneet myönteisemmiksi. Tämä muutos oli tapahtunut jo ennen uutta asetusta, ja asetusta nähtiin osana tätä laajempaa systeemistä kehitystä. <p>4. Oppimisen mahdollisuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luottamus ja turvallinen ilmapiiri: Johtajat korostivat, että luottamus ja turvallinen työympäristö ovat edellytyksiä poikkeamien raportoinnille ja oppimiselle. Henkilöstön on voitava luottaa siihen, että heitä tuetaan virheiden sattuessa. • Oppimisen haasteet: Oppiminen poikkeamista ja onnistumisista koettiin yleisesti haastavaksi aikapulan ja joskus myös motivaation puutteen vuoksi. Tiedon jakaminen osastojen ja sairaaloiden välillä oli 	
--	---	--	---	--	--

				<p>vaikeaa, eikä sille ollut vakiintuneita järjestelmiä.</p> <p>Yhteenvedon voidaan todeta, että vaikka uusi asetus ei yksinään ollut muutoksen ajuri, se oli osa laajempaa systeemistä ja kulttuurista muutosta kohti systemaattisempaa laadun ja turvallisuuden parantamista Norjan sairaaloissa.</p>	
<p>Glasheen, J. J., Cumbler, E., Hyman, D., Kneeland, P., Armstrong, G., Caffrey, S., Wiler, J., Fuhlbrige, A., Jones, D., & Pierce, R. G. 2022 Yhdysvallat</p>	<p>Tutkia kattavan ja pitkäkestoisien laatu- ja turvallisuusohjelmien (IHQSE) yhteyttä koko organisaation tason laatumittareiden ja julkisten laatuarviointien paranemiseen</p>	<p>Koostuu useista eri ryhmistä, jotka osallistuivat kuuteen erilaiseen koulutusohjelmaan Institute for Healthcare Quality, Safety, and Efficiency (IHQSE) vuosina 2013–2020. Koulutusohjelmiin osallistui yhteensä 1960 henkilöä. Certificate Training Program (CTP): Tähän lippulaivaohjelmaan osallistui 391 henkilöä, jotka muodostivat 109 kliinisen johtamisen tiimiä. Ohjelma oli suunnattu yksiköiden, klinikoiden tai ohjelmien johtajille (lääkärihoitaja/hallintopari).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introductory Training Program (ITP): Tähän 	<p>Retrospektiivinen korrelaatiotutkimus. Monimenetelmällinen: koulutusohjelman kuvaus, itsearvioitujen pätevyysien mittaus (5-portainen Likert-asteikko), organisaation laadun analyysiä (julkisesti raportoidut laatumittarit kuten CMS Star Rating, Healthgrades America's Best Hospitals).</p> <p>Tutkimuksen keskiössä on Institute for Healthcare Quality, Safety, and Efficiency (IHQSE) -koulutusohjelma. Aineistoa analysoitiin tilastollisilla menetelmillä (khiin neliö - testi), kuvailevalla analyysillä (kuvailevat taulukot), sanallisia esimerkkejä.</p>	<p>Tutkimuksessa havaittiin</p> <ul style="list-style-type: none"> - Koulutusohjelmaan osallistuneiden osaamisen merkittävää kasvua <ul style="list-style-type: none"> • Kyky käyttää laadunparannuksen työkaluja nousi 24 prosentista 84 prosenttiin. • Kyky johtaa organisaatiomuutosta nousi 25 prosentista 87 prosenttiin. • Kyky tunnistaa ja käyttää dataa parannustyössä nousi 45 prosentista 88 prosenttiin. • Kyky käyttää potilasturvallisuuden työkaluja nousi 48 prosentista 93 prosenttiin - Sairaalan laadun ja sijoitusten paranemista <ul style="list-style-type: none"> • CMS Star Rating: Sairaalan arvio parani asteittain kahdesta tähdestä (alin 20 %) vuonna 2016 neljään tähteen (yliin 25 %) vuonna 2020 • Healthgrades America's Best Hospitals: Sairaala nousi 100 parhaan sairaalan listalle ensimmäistä kertaa vuonna 2018 ja pysyi siellä vuosittain vuoteen 2020 asti • Lastensairaala säilytti jatkuvasti korkean sijoituksensa 10 parhaan sairaalan joukossa (US News Hospital Honor Roll) koko tutkimusjakson ajan, mikä osoittaa kykyä ylläpitää huippulaatua - Konkreettisia laadunparannusprojekteja sekä niiden tuloksia <ul style="list-style-type: none"> • Koulutusohjelmien aikana toteutettiin lähes 500 laadunparannusprojektia, jotka vaikuttivat suoraan kliinisiin tuloksiin ja toiminnan tehokkuuteen <p>Esimerkkejä projektien tuloksista ovat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoitoaikojen lyheneminen useilla potilasryhmillä (esim. lonkkamurtuma, palliatiivinen hoito, neurokirurgia). • Vastaanottoaikojen odotusaikojen lyheneminen useilla klinikoilla. • Uudelleen sairaalaan ottojen puolittuminen perheläketieteen klinikalla. • Merkittävät parannukset mikrobilääkkeiden käytössä (antimicrobial 	7/9

	<p>peruskoulutukseen osallistui 694 henkilöä, jotka olivat pääasiassa etulinjan hoitohenkilökuntaa ja muita työntekijöitä.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clinical Leadership Development Program (CLD): Johtamiskoulutukseen osallistui 267 klinikkoo, jotka olivat usein uransa alkuvaiheessa olevia, johtotehtäviin pyrkiviä ammattilaisia. • Quality Safety Academy (QSA): Erikoistuville lääkäreille ja fellow-tutkijoille suunnattuun akatemiaan osallistui 456 henkilöä. • Lean Training Program (LTP): Lean-menetelmiin keskittyvään koulutukseen osallistui 99 henkilöä. • 6S Training Program: 		<p>stewardship).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miljoonien dollarien kustannussäästöt sekä lasten että aikuisten sairaanhoidossa 	
--	--	--	---	--

		<p>Työpaikan tehokkuuteen keskittyvään koulutukseen osallistui 44 henkilöä</p> <p>Lisäksi tutkimuksessa käytettiin laajempaa, organisaatiotason dataa kahdesta sairaalasta, University of Colorado Hospital (UCH) ja Children's Hospital Colorado (CHCO), analysoimalla niiden julkisesti raportoituja laatusijoituksia usean vuoden ajalta.</p>			
--	--	--	--	--	--

<p>González García, A., Pinto-Carral, A., Pérez González, S., & Marqués-Sánchez, P. 2022 Espanja</p>	<p>Kehittää pätevyysmalli hoitotyön johtajille (nurse executives) Espanjan terveydenhuoltojärjestelmään.1. Määrittää hoitotyön johtajilta vaadittavat pätevyudet.2. Kuvata näiden pätevyksien vaadittua kehitystaso.3. Kuvata tarvittava koulutus kunkin pätevyuden kehittämissä.4. Arvioida ehdotetun mallin rakenteel</p>	<p>N = 50 asiantuntijaa. 12 eri ryhmästä, jotka edustivat terveydenhuollon johtoa sekä kliinistä ympäristöä (terveysministeriö 3 hlöä, alueellisen terveysosaston johtajat 5 hlöä, hoitotyön neuvostot 3 hlöä, tieteelliset seurakunnat 4 hlöä, sairaalan ylin johto 8 hlöä, hoitotyön johtajat 5 hlöä, keskitason ja alemman tason hoitotyön johtajat 5 hlöä, kliinisen työn tekijät 7 hlöä, sairaanhoidon opiskelijat 2 hlöä, tutkijat ja opettajat 4 hlöä, ammattiliitot 3 hlöä, lakimiehet 1 hlö), 64 % (32) naista ja 36 % (18) miestä, 68 % (34) maisterin tutkinto ja 28 % (14) tohtorin tutkinto</p>	<p>Monimenetelmätutkimus. Ydin Delfoi-menetelmä, jota täydennettiin ja validoitiin tilastollisilla menetelmillä (mm. pääkomponenttianalyysi, PCA). Kirjallisuuskatsaus loi perustan Delfoi-kyselyille. Pätevyksien arvioinnissa, kehitystason ja koulutuksen arvioinnissa käytettiin kyselylomakkeita, joissa 5- tai 6-portainen Likert-asteikko.</p>	<p>Asiantuntijaneeli saavutti yli 80 % konsensuksen 51 pätevydestä, jotka muodostavat hoitotyön johtajille suunnatun pätevyysmallin. Nämä pätevyudet jaettiin kuuteen ulottuvuuteen niiden ominaispiirteiden perusteella:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Johtaminen: Sisältää 8 pätevyyttä, kuten analyyttinen ajattelu, päätöksenteko ja strateginen johtaminen. 2. Viestintä ja teknologia: Sisältää 7 pätevyyttä, kuten viestintätaidot, kuuntelu ja tietojärjestelmien hallinta. 3. Johtajuus ja tiimityö: Sisältää 15 pätevyyttä, kuten johtajuus, muutosjohtaminen ja konfliktien hallinta. 4. Terveydenhuoltojärjestelmän tuntemus: Sisältää 7 pätevyyttä, kuten terveyspolitiikan tuntemus, laatu ja potilasturvallisuus. 5. Hoitotyön osaaminen: Sisältää 7 pätevyyttä, kuten kliiniset taidot, hoitotyön tutkimus ja ammatillisuus. 6. Persoonallisuus: Sisältää 7 pätevyyttä, kuten strateginen näkemys, emotionaalinen älykkyys ja rehellisyys. <p>Eriyksen tärkeiksi pätevyyksiksi nousivat päätöksenteko, johtajuus ja viestintä.</p> <p>Asiantuntijat määrittivät konsensuksella (vähintään 80 % oli samaa mieltä), että hoitotyön johtajilta vaadittavien 51 pätevyuden taso vaihtelee "osaavasta" (competent) "erittäin osaavaan" (very competent) ja "asiantuntijaan" (expert).</p> <p>PCA osoitti, että mallin eri ulottuvuudet ovat sisäisesti johdonmukaisia ja laadukkaita.</p>	<p>6/6</p>
---	---	--	---	--	------------

	linen validiteet ti.				
--	----------------------------	--	--	--	--

<p>Kim, S. K., Hwang, Y. S., Ock, M., & Jo, H. S. 2023 Etelä-Korea</p>	<p>Kehittää kotiutuvi en potilaide n siirtymäv aiheen hoidon (transitio nal care service, TCS) laadun paranta miseksi konkreett isia palveluit a ja arviointi- indikaatt oreita.</p>	<p>N = 30 asiantuntijaa (terveydenhuolto 7 hlöä, lääketiede 8 hlöä, hoitotyö 7 hlöä, sosiaalityö 7 hlöä), jotka olivat mukana hankkeessa tai joilla oli työkokemusta tai tutkimuskokemusta kotiutettujen potilaiden siirtymävaiheen hoidosta. Mukavuusotanta.</p>	<p>Monimenetelmätutkimus. Kirjallisuuskatsaus, Delfoi- menetelmä (laadullinen asiantuntijakonsensusukseen pyrkivä), strukturoitu kyselylomake, jossa 10- portainen Likert-asteikko, tilastolliset analyysimenetelmät (keskiarvo, keskihajonta, kvartiiliväli, sisällön validiteettisuhde.</p> <p>Tutkijat sovelsivat OECD:n ja Ison-Britannian NHS:n laadunhallinnan viitekehyksiä ja jakoivat arviointi-indikaattorit kolmeen pääkategoriaan: tehokkuus, potilasturvallisuus ja potilaskeskeisyys.</p>	<p>Tulokset voidaan jakaa kolmeen pääosaan: sairaalahoitojakson aikana arvioitavat asiat, siirtymävaiheessa tarjottavat palvelut ja hoidon laadun arviointi-indikaattorit.</p> <p>Sairaalajakson aikana arvioitavat asiat, joilla korkea prioriteetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Omaishoitajan olemassaolo ja tarve: Selvitettiin tärkeimmäksi yksittäiseksi asiaksi. • Toimintakyky ja päivittäiset toiminnot (ADL): Potilaan selviytyminen päivittäisistä perustoiminnoista. • Kotihoidon palveluiden tarve: Tarve kotisairaanhoidolle tai muille kotiin vietäville palveluille. • Lääketieteellisten laitteiden tarve: Tuleva tarve esimerkiksi inhalaattorille tai verensokerimittarille ja niiden käytön opastus • Potilasturvallisuuteen liittyvät riskit: Erityisesti kaatumis- ja murtumariski sekä potilaan ajantasaisen lääkityslistan tarkistaminen <p>Siirtymävaiheen (kotiutusta edeltävä ja sen jälkeinen aika) palvelut, joilla korkea prioriteetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koulutus hätätilanteiden varalle: Potilaan ja omaisten kouluttaminen oireiden äkilliseen pahenemiseen ja hätätilanteisiin reagoimisessa oli korkeimmalla prioriteetilla • Tiedonanto taloudellisesta tuesta: Informaation ja ohjauksen tarjoaminen sosiaaliturvaetuuksien, kuten toimeentulotuen, hakemisesta • Omahoitovalmiuksien tukeminen: Potilaan taitojen vahvistaminen oman sairauden hoidossa ja oireiden hallinnassa • Yhteys yhteisön palveluihin: Yhteyden luominen esimerkiksi kotisairaanhoidon palveluihin ja muihin sosiaalipalveluihin <p>Hoidon laadun arviointi-indikaattorit, joilla on korkea prioriteetti:</p> <p>A. Tehokkuus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 päivän sairaalaan uudelleenkirjausten väheneminen oli asiantuntijoiden mielestä tärkein tehokkuuden mittari • Päivystyskäyntien väheneminen ja ehkäistävissä olevien sairaalahoitojaksojen väheneminen <p>B. Potilasturvallisuus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lääkkeiden haittavaikutusten väheneminen oli korkeimmalla prioriteetilla. • Kaatumisten ja painehaavojen esiintyvyyden väheneminen. 	<p>6/6</p>
--	--	---	---	---	------------

				<p>C. Potilaskeskeisyys:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potilaskokemuksen arviointi kotiutuksen jälkeen nousi tärkeimmäksi mittariksi. • Potilaiden ja heidän omaishoitajiensa tyytyväisyys saatuun palveluun ja omaishoitajien taakan keventäminen. 	
<p>Leggat, S. G., Smyth, A., Balding, C., & McAlpine, I. 2016 Australia</p>	<p>Arvioida "Clinical Leadership in Quality and Safety" -koulutusohjelman (intervention) tehokkuutta kliinisen johtajuuden kehittämissä terveyde</p>	<p>Määrälliseen osioon (kyselylomakkeet ja koulutusohjelma) osallistui N = 60 terveydenhuollon ammattilaista (lääkäreitä 7, hoitajia 33, muita terveysalojen ammattilaisia 22). Osallistujat työskentelivät monenlaisissa julkisen sektorin organisaatioissa (akuuttihoito, pitkäaikaishoito, perusterveydenhuolto). 15 ilmoitti</p>	<p>Monimenetelmätutkimus. Pitkittäistutkimus, jossa verrataan tilannetta ennen ja jälkeen intervention. Kyselylomake (validoituja, standartoituja mittareita: Leadership Practices Inventory (LPI), Psychological Empowerment Scale, General Self-Efficacy Scale, Assessing Emotions Scale, Patient Safety Attitudes and Skills Scales), tilastolliset menetelmät (t-testejä, kuvailevat tilastot), puolistrukturoidut haastattelut, sisällön</p>	<p>Tuloksena todettiin, että "Clinical Leadership in Quality and Safety" -koulutusohjelma onnistui kehittämään terveydenhuollon ammattilaisten kliinistä johtajuutta sekä laatuun ja turvallisuuteen liittyviä taitoja ja osaamista.</p> <p>Määrälliset tulokset (kyselylomake ennen ja jälkeen koulutusohjelman):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Osallistujien itsearvioidut johtamistaidot paranivat merkittävästi <ul style="list-style-type: none"> ◦ Merkittävää parannusta tapahtui kaikilla viidellä johtamisen osa-alueella: prosessien haastaminen, yhteisen vision inspirointi, muiden toimintamahdollisuuksien edistäminen, esimerkin näyttäminen ja sydämen rohkaiseminen - Osallistujien kokema psykologinen voimaantumisen lisääntyi merkittävästi <ul style="list-style-type: none"> ◦ Parannusta tapahtui erityisesti osaamisen ja vaikuttavuuden tunteissa, mikä viittaa siihen, että osallistujat tunsivat itsensä pätevämmiksi ja pystyvänsä vaikuttamaan asioihin organisaatiossaan ohjelman jälkeen - Emotionaalinen älykyys parani tilastollisesti merkitsevästi ◦ Parannus liittyi erityisesti taitoihin, jotka koskivat muiden tunteiden 	7/9

	<p>nhuollon ammattilaisilla, jotta he pystyisivät parantamaan palveluiden laatua ja turvallisuutta omissa organisaatioissaan ja laajemmassa terveydenhuoltojärjestelmissä</p>	<p>toimivansa johtotehtävissä. Laadulliseen osioon (haastattelut) osallistui N = 52 (28 koulutusohjelmaan osallistujaa ja 24 heidän organisaationsa edustajaa).</p>	<p>analyysi, asiantuntija-arviointi.</p>	<p>tunnistamista (esim. ilmeistä tai äänensävyistä) ja omien tunteiden hallintaa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Osallistujien potilasturvallisuuteen liittyvät taidot paranivat merkittävästi <ul style="list-style-type: none"> ◦ He raportoivat parantuneita taitoja erityisesti virheiden syiden analysoinnissa, kollegan tukemisessa virhetilanteessa sekä virheen paljastamisessa potilaalle <p>Laadulliset tulokset (haastattelut):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Laatu- ja turvallisuusosaamisen vahvistuminen: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ohjelma muutti osallistujien tapaa harjoittaa ammattiaan ja olla vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa. ◦ Osallistujat kokivat saaneensa näyttöön perustuvaa tietoa, jonka avulla he pystyivät perustelemaan ehdotuksiaan ja toimimaan tehokkaampina laadun ja turvallisuuden puolestapuhujina. 2. Systeemiajattelun ja johtajuusajattelun omaksuminen: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ohjelma auttoi osallistujia ymmärtämään "suurta kuvaa" ja näkemään oman työnsä osana laajempaa organisaation ja terveydenhuoltojärjestelmän kontekstia. ◦ He oppivat siirtymään pois omista "kliinisistä silloistaan" ja toimimaan yhteistyössä muiden kanssa. Koulutusohjelmaan osallistuneiden organisaatioiden edustajat raportoivat, että osallistujista tuli "mestareita" vertaistensa keskuudessa. 3. Konkreettiset parannukset työpaikalla: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Jokainen osallistuja toteutti työpaikallaan laatuun tai turvallisuuteen liittyvän projektin. ◦ Nämä projektit saivat aikaan merkittäviä ja tunnistettavia muutoksia käytännöissä. Esimerkkejä onnistuneista projekteista olivat: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lääkitysvirheiden merkittävä väheneminen ja sairaalaan uudelleenkirjausten lasku. ▪ Tehottomasta potilassiirrosta johtuvien kliinisten vaaratapahtumien väheneminen. ▪ Moniammatillisen yhteistyön ja potilastiedonkulun parantuminen <p>Koulutusohjelma paransi osallistujien henkilökohtaisia johtamistaitoja, mutta antoi heille myös valmiudet toteuttaa konkreettisia ja vaikuttavia laadun ja turvallisuuden parannuksia omissa työympäristöissään.</p>	
--	---	---	--	--	--

<p>Lin, Q., Hao, H.-S., Qin, D., & Zhang, D.. 2022 Kiina</p>	<p>kehittää ja testata laadun indikaattorijärjestelmän avohoitopalvelujen arviointiin Kiinan terveydenhuolto-ektorilla potilaan näkökulmasta</p>	<p>Fokusryhmähaastattelut n = 8 monialaista asiantuntijaa Delfoi-asiantuntijapaneeli 1. kierros n = 10 asiantuntijaa, 2. kierros n = 8 asiantuntijaa Potilaskysely n = 228</p>	<p>Monimenetelmä tutkimus. Kirjallisuuskatsaus, pohjana käytettiin SERVQUAL-mallia. Kirjallisuuskatsauksen jälkeen järjestettiin asiantuntijakokous, jossa kahdeksan monialaisen asiantuntijan fokusryhmä validoi ja täydensi indikaattoreita (29 indikaattoria, jotka jaettiin kuuteen ulottuvuuteen (Turvallisuus, Aineelliset puitteet, Luotettavuus, Reagointivalmius, Vakuuttavuus ja Empatia). Seuraavaksi karsittiin ja painotettiin indikaattoreita. Tässä käytettiin menetelmänä kaksikerroksista Delfoi-menetelmää sähköpostikyselyllä. Asiantuntijat arvioivat kunkin indikaattorin tärkeyttä ja sovellettavuutta (22 indikaattoria säilytettiin ja yksi uusi lisättiin, yhteensä 23 indikaattoria). Tämän jälkeen indikaattorijärjestelmää esiteltiin potilaille jaetun kyselylomakkeen avulla. Potilaat arvioivat kunkin indikaattorin tärkeyttä, omia odotuksiaan sekä kokemaansa palvelun laatua 9-portaisella Likert-</p>	<p>Tutkimuksen päätuloksena syntyi kaksitasoinen laatuindikaattorijärjestelmä avohoitopalvelujen arviointiin Kiinassa potilaan näkökulmasta. Tämä järjestelmä koostuu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kuudesta pääulottuvuudesta: Turvallisuus, Aineelliset puitteet, Luotettavuus, Reagointivalmius, Vakuuttavuus ja Empatia. - 23 yksittäisestä indikaattorista: Nämä indikaattorit tarkentavat kutakin pääulottuvuutta. Esimerkiksi "Turvallisuus"-ulottuvuus sisältää indikaattoreita kuten "fyysinen ympäristö on turvallinen" ja "sairaalla on kohtuulliset tartuntojen torjuntatoimenpiteet" <p>Laatutekijöiden painoarvot: Asiantuntijapaneelin avulla määriteltiin eri laatualueiden suhteellinen tärkeys. Potilasturvallisuus nousi selvästi tärkeimmäksi osa-alueeksi, saaden painoarvon 0.286. Seuraavaksi tärkeimmät olivat Vakuuttavuus ja Empatia. Pienimmät painoarvot saivat Luotettavuus ja Aineelliset puitteet.</p> <p>3. Indikaattorijärjestelmän luotettavuus ja validiteetti: Tutkimus osoitti, että kehitetty kyselylomake on sekä luotettava että validi työkalu laadun mittaamiseen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luotettavuus: Potilaskyselyn luotettavuus oli erinomainen. Cronbachin alfa -arvot olivat 0.96 (indikaattorin tärkeys), 0.94 (koettu palvelun laatu) ja 0.96 (odotettu palvelun laatu), jotka kaikki ylittävät hyvän luotettavuuden rajan (0.7). • Validiteetti: Kyselyn rakennevaliditeetti oli hyvä. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) -testin arvot olivat 0.94, 0.93 ja 0.95, jotka ylittävät faktorianalyysille sopivan tason (0.6). Bartlettin testi osoitti myös aineiston sopivan faktorianalyysiin ($P < 0.001$). <p>4. Delfoi-prosessin onnistuminen: Asiantuntijapaneelin työskentely oli onnistunutta, mikä takasi indikaattorien relevanssin. Asiantuntijoiden auktoriteettikerroin oli molemmilla kierroksilla korkea (0.88), mikä osoittaa heidän asiantuntemuksensa ja varmistaa tulosten tarkkuuden. Lisäksi asiantuntijoiden mielipiteiden yhteneväisyys parani toisella kierroksella, mikä viittaa konsensuksen saavuttamiseen.</p>	<p>4/6 (8)</p>
---	--	--	---	--	----------------

			asteikolla. Nämä vastaukset analysoitiin tilastollisilla menetelmillä (luotettavuuden testaus Cronbachin alfa -kertoimella ja validiteettia Kaiser-Meyer-Olkin testillä sekä Bartlettin testillä.		
--	--	--	---	--	--

<p>York, A. S., & McCarthy, K. A 2011 Yhdysvallat</p>	<p>Esitellä uusi asiakastytyväisyyden mittausmenetelmä – Reichheldin "Ultimate Question" (UQ) – ja verrata sitä perinteisiin tekniikoihin.</p>	<p>N = 173 satunaisesti valittua potilasta neljältä eri avohoidon klinikalta Yhdysvalloissa N = 20 lääkäreitä ja 34 muuta henkilöstön jäsentä</p>	<p>Tutkimusartikkeli, jossa esiteltiin ja vertailtiin uutta (UG) kyselymenetelmää olemassa olevaan menetelmään (AMGA). Potilaille esitettiin kasvotusten heti potilaan palvelukokemuksen jälkeen kysymys: "Asteikolla 0–10, kuinka todennäköisesti suosittelisit tuotetta tai palvelua kollegalle, perheenjäsenelle tai ystävälle?" (UG). Potilaille, jotka arvioivat kokemuksensa alle arvosanalla 9 (passiiviset ja detraktorit), esitettiin avoin seurantakysymys: "Mitä yhtä tai kahta asiaa voisimme tehdä nostaaksemme arvosanasi yhdeksään tai kymmeneen?". Yhden klinikan potilaita haastateltiin lisäksi puhelimitse käyttäen samaa protokollaa. Protokollaa sovellettiin myös muihin sidosryhmiin: Lääkärit ja muut henkilöstön jäsenet. UQ-tuloksia verrattiin samanaikaisesti kerättyihin tietoihin perinteisellä menetelmällä (AMGA). Lääkärit jakoivat potilaille kyselylomakkeen käynnin aikana ja pyysivät täyttämään ne ja</p>	<p>Tutkimuksen keskeiset tulokset osoittivat, että Reichheldin Ultimate Question (UQ) -menetelmä tarjoaa perinteisiin menetelmiin verrattuna toiminnallisempaa ja yksityiskohtaisempaa palautetta, ja se voidaan integroida organisaation laadunhallinnan aloitteisiin.</p> <p>1. UQ-menetelmän tehokkuus ja samankaltaisuus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samankaltaiset arviot matalammin kustannuksin: UQ-löydökset viittaavat siihen, että se tarjoaa samankaltaisia arvioita olemassa oleviin mittausmalleihin verrattuna, mutta alhaisemmin kustannuksin. • Korkea tyytyväisyystaso: Kaikissa neljässä klinikassa saavutettiin suhteellisen korkea tyytyväisyystaso. Aggregoidut UQ-pohjaiset potilastytyväisyyspisteet kaikilta neljältä klinikalta osoittivat, että 89 prosenttia haastatelluista potilaista oli promoottoreita (suosittelijoita) ja vain 3 prosenttia detraktoreita (mustamaalajia). <p>2. Erot UQ- ja AMGA-menetelmien välillä</p> <p>Vaikka UQ ja AMGA -kyselyt tunnistivat samat yleiset ongelma-alueet, niiden välillä havaittiin useita eroja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piste-eroavaisuudet: Tutkijat havaitsivat eroja kahden mallin välillä yleisissä asiakastytyväisyyspisteissä (esim. UQ-promoottorit vs. AMGA-potilaat, jotka arvioivat klinikan "erinomainen"). Nämä erot saattoivat johtua kahdesta eri luokitusasteikosta ja otoseroista. • Toiminnallisuuden ero: UQ-kyselyistä saatu tieto oli yksityiskohtaisempaa ja siten toiminnallisempaa kuin perinteisten kyselyiden tulokset. Perinteiset menetelmät (kuten AMGA) usein raportoivat pisteitä, joita käytettiin suoritustulosten raportointiin ja seurantaan, mutta ne olivat marginaalisesti hyödyllisiä palvelujen parantamiseksi. <p>3. Laadullisen palautteen arvo</p> <p>UQ-menetelmän suurin arvo piili sen laadullisessa seurantakysymyksessä, joka tuotti spesifejä parannusehdotuksia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spesifit toimintakohteet: UQ:n avoimet seurantakomentit olivat klinikkakohtaisia ja pystyivät paikantamaan tarkat laadun parantamisen alueet. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Esimerkiksi Diverse-klinikan potilaiden ehdotukset koskivat käyttöaikojen laajentamista, nopeampia vastausaikoja puheluihin ja uuden, esteettisesti miellyttävämmän rakennuksen tarvetta. ◦ New-klinikalla potilaiden ainoa huolenaihe oli odotusaika lääkärille. ◦ Growing-klinikalla ehdotukset koskivat ajanvarausmuutoksista ja laboratoriotuloksista ilmoittamista, sekä ajanvarauksen vaikeutta. • Tietojen jakaminen ja sitouttaminen: UQ-seurantakysymys antoi 	<p>6/10</p>
---	--	---	---	---	-------------

			<p>palauttamaan. AMGA-protokolla koostui kymmenestä kysymyksestä, jotka koskivat muun muassa ajanvarausaikaa, sijainnin kätevyyttä, toimistossa odotusaikaa ja lääkärin teknisiä taitoja/kohtelua.</p> <p>Vastaukset seurantakysymykseen luokiteltiin kuvaaviin "älykkäisiin kokonaisuuksiin" koodausjärjestelmän avulla. Tulokset raportoitiin prosenttiosuutena niistä potilaista, jotka arvioivat tekijät erinomaisiksi, erittäin hyväksi, hyväksi, kohtalaisiksi tai huonoiksi viisiportaisella asteikolla, ja niitä verrattiin alueelliseen vertaisryhmään.</p>	<p>haastateltaville mahdollisuuden ehdottaa mitä parannetaan ja miten parannetaan, hyödyntäen samalla kaikkien klinikassa mukana olevien kollektiivista tietoa.</p> <p>4. Laajennettu sidosryhmäpalaute UQ-protokollaa pystyttiin helposti muokkaamaan keräämään tietoa muilta sidosryhmiltä, mikä oli merkittävä tulos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lääkärin ja henkilöstön näkemykset: Kyselyyn osallistui 20 lääkäriä ja 34 muuta henkilöstön jäsentä. Koska potilastytyväisyys perustuu usein epäsuoriin vihjeisiin, on tärkeää kiinnittää huomiota henkilöstön ja lääkärin huolenaiheisiin. • Henkilöstön huolenaiheet (esimerkkejä): <ul style="list-style-type: none"> ◦ Diverse-klinikan henkilöstö ehdotti uutta klinikkalaitosta ja nykyaikaisia laitteita, lisähenkilöstöä kiireisiin aikoihin ja korotettuja palkkoja. ◦ Embedded-klinikan lääkärit ilmaisivat huolensa hallinnollisista ja liiketoiminnan johtamiseen liittyvistä ongelmista, kuten ristiriitaisista rooleista opettavan sairaalan henkilökuntana sekä siitä, etteivät he voi suoraan kontrolloida klinikoitaan organisaatiokysymysten vuoksi. ◦ Growing-klinikan henkilöstö mainitsi epäkunnioituksen ja onnellisuuden puutteen työyhteisössä. Lääkärit toivoivat lisääntyntä keskittymistä käytännön rakentamiseen ja enemmän osallistumista pitkän aikavälin strategiseen päätöksentekoon. <p>5. Strategiset ja taloudelliset vaikutukset Tutkimus vahvisti UQ-mallin strategisen arvon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toiminnan ja taloudellisen tuloksen yhteys: UQ-menetelmän tulokset liittyvät tiiviisti toiminnalliseen ja taloudelliseen suorituskyykyyn, mukaan lukien vahva korrelaatio Net Promoter Score -pisteiden ja yrityksen keskimääräisen kasvuvauhdin välillä. • TQM ja CQI -aloitteiden ohjaaminen: Kerätty palaute on toiminnallista ja sitä voidaan käyttää suoraan strategisten parannusten tekemiseen, jotka vaikuttavat liiketoimintaan ja lopulta lisäävät kannattavuutta. UQ tarjoaa työkalut ja prosessin tyytyväisyyskyselyiden yhdistämiseksi laadun parantamisen prosesseihin. 	
--	--	--	--	--	--

<p>Donabedian, A. 1998 Yhdysvallat</p>	<p>Määritellään ja kuvataan terveydenhuollon laadun arvioinnin perusteet ja menetelmät.</p>	<p>ei koske tutkimusta, katsausartikkeli</p>	<p>Teoreettinen ja käsitteellinen katsaus</p>	<p>1. Terveydenhuollon laadun kolmiosainen viitekehys: Tämä on artikkelin merkittävin ja tunnetuin tulos. Donabedian esittää, että terveydenhuollon laatua voidaan arvioida kolmen toisiinsa liittyvän näkökulman kautta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rakenne: Viittaa puitteisiin, joissa hoitoa annetaan. Tähän kuuluvat tilat, laitteet, henkilöstön määrä ja osaaminen sekä organisaation hallinnolliset ja taloudelliset rakenteet. Hyvien rakenteiden oletetaan lisäävän hyvän hoitoprosessin todennäköisyyttä. • Prosessi: Kuvaa terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden toimintaa hoidon aikana. Tämä sisältää diagnoosin tekemisen, hoitosuunnitelman laatimisen ja sen toteuttamisen. Prosessi on suurin tapa arvioida hoidon laatua. • Tulos: Viittaa potilaan terveydentilassa tapahtuneisiin muutoksiin, jotka ovat seurausta saadusta hoidosta. Tähän sisältyy myös potilaan tyytyväisyys hoitoon. Tuloksia pidetään usein laadun lopullisena mittarina. <p>2. Laadun kaksiosainen määrittely: Artikkelin alussa laatu jaetaan kahteen keskeiseen elementtiin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekninen suorituskyky: Lääketieteellisen ja teknisen osaamisen soveltaminen potilaan ongelmiin. • Potilaan ja ammattilaisen välinen vuorovaikutus: Sosiaaliset ja psykologiset näkökulmat, jotka vaikuttavat potilaskokemukseen ja hoidon onnistumiseen. Kirjoittaja korostaa, että nämä kaksi osa-aluetta ovat erottamattomia ja vaikuttavat toisiinsa. <p>3. Rakenne-Prosessi-Tulos-yhteyden tärkeys: Keskeinen tulos on oivallus, että nämä kolme osatekijää eivät ole erillisiä, vaan niiden välisten syy-seuraussuhteiden ymmärtäminen on laadun arvioinnin ytimessä. Laadunarvioinnin validiteetti perustuu vahvasti tieteelliseen näyttöön näiden yhteyksien olemassaolosta. Esimerkiksi hyvä rakenne (koulutettu henkilökunta) johtaa todennäköisemmin hyvään prosessiin (oikea diagnoosi), mikä puolestaan johtaa todennäköisemmin hyvään tulokseen (potilas paranee).</p> <p>4. Laadunarvioinnin mittareiden ja kriteerien luokittelu: Donabedian esittää, että laadun mittaamiseen tarvitaan kriteereitä, jotka voivat olla joko implisiittisiä (asiantuntijan subjektiivinen arvio) tai eksplisiittisiä (ennalta määritellyt, yksityiskohtaiset säännöt). Nämä kriteerit ja standardit tulee johtaa tieteellisestä näytöstä, ja niiden tulee olla päteviä ja luotettavia.</p> <p>5. Tiedonlähteiden määrittely laadunarvioinnille: Artikkelitunnistaa</p>	<p>6/6</p>
---	---	--	---	---	------------

				keskeiset lähteet, joista laadunarviointiin tarvittavaa tietoa voidaan kerätä. Näitä ovat muun muassa potilasasiakirjat, potilaiden ja ammattilaisten haastattelut ja kyselyt sekä suora havainnointi	
--	--	--	--	---	--

<p>Evans, S. M., Lowinger, J. S., Sprivulis, P. C., Copnell, B., & Cameron, P. A. 2009 <i>Australia</i></p>	<p>Ehdottaa selkeää, jäseneltä yä kuusivaiheista prosessia terveydenhuollon laatuindikaattoreiden valinnan ja kehittämisen priorisointiin sekä kansallisella tasolla.</p>	<p>ei koske tutkimusta, katsausartikkeli</p>	<p>Katsaus ja ehdotus uudeksi viitekehykseksi. Esitellään uusi käsitteellinen viitekehys ja systemaattinen prosessi terveydenhuollon laatuindikaattoreiden kehittämiseen ja priorisointiin.</p>	<p>päätulos on ehdotus jäsenelystä, kuusivaiheisesta prosessista, jonka tarkoituksena on ohjata laatuindikaattoreiden valintaa sekä kansallisella että paikallisella tasolla. Tämä kuusivaiheinen prosessi on artikkelin ydin:</p> <p>Vaihe 1: Tunnista ongelma, johon mittauksia tarvitaan. Laadun mittaaminen tulee kohdentaa selkeästi määriteltyyn ongelmaan. Kirjoittajat luokittelevat ongelmat kuuteen tyyppiin: • Sairausperusteiset (esim. tietty sairaus tai toimenpide). • Potilasryhmäperusteiset (esim. iäkkäät tai lapset). • Hoitomuotooperusteiset (esim. tehohoito tai avohoito). • Organisaatiooperusteiset (esim. kliininen hallintorakenne). • Yleiset ongelmat (esim. lääkitysturvallisuus tai infektioiden torjunta). • Ammattikuntaperusteiset (esim. henkilöstön saatavuus ja osaaminen).</p> <p>Vaihe 2: Tunnista näkökulma, josta mitataan. On tärkeää määrittellä, kenen näkökulmasta laatua arvioidaan, sillä eri sidosryhmillä (potilas, klinikko, hallinto, päättäjät) on erilaiset tarpeet. Esimerkiksi kansallisen tason indikaattorit eroavat paikallisesti käytettävistä indikaattoreista.</p> <p>Vaihe 3: Keskity siirtymävaiheisiin terveydenhuoltojärjestelmässä. Parannusmahdollisuudet löytyvät usein hoitoketjun siirtymävaiheista (esim. siirto akuuttihoidosta kuntoutukseen). Siksi laatua tulee mitata koko hoitopolun ajalta, mukaan lukien ennaltaehkäisy, akuuttihoito ja kroonisten sairauksien hoito.</p> <p>Vaihe 4: Tunnista mittari (indikaattori). Indikaattorin tyyppi valitaan Donabedianin mallin pohjalta: • Rakenneindikaattorit: Kuvaavat järjestelmän resursseja ja ominaisuuksia. • Prosessindikaattorit: Mittaavat hoitokäytäntöjen noudattamista. Näitä pidetään usein hyödyllisinä, koska ne antavat selkeää palautetta ja ohjaavat korjaaviin toimiin. • Tulosindikaattorit: Mittaavat hoidon vaikutuksia potilaan terveydentilaan tai tyytyväisyyteen. Niiden käyttö on kuitenkin haastavaa, koska monet tekijät voivat vaikuttaa tuloksiin hoidon laadun lisäksi.</p> <p>Vaihe 5: Priorisoi indikaattoreiden valinta. Kaikki indikaattorit eivät ole yhtä hyödyllisiä, joten niiden valinnassa tulee käyttää selkeitä arviointikriteereitä. Kirjoittajat esittävät neljä kriteeriluokkaa: • Tärkeys ja relevanssi. • Tieteellinen hyväksyttävyyden (esim. validiteetti ja luotettavuus). • Käytettävyyden (esim. selkeys ja ymmärrettävyys). • Toteutettavuus (esim. kohtuulliset kustannukset ja tiedon saatavuus).</p>	<p>6/6</p>
--	---	--	---	---	------------

				<p>Vaihe 6: Testaa indikaattori. Teoreettisesti hyvä indikaattori on testattava käytännössä, jotta sen toimivuus, mitattavuus, hyödyllisyys, validiteetti ja luotettavuus kliinisessä ympäristössä voidaan varmistaa. Yhteenvetona voidaan todeta, että artikkelin keskeinen tulos on systemaattinen ja johdonmukainen malli, joka auttaa terveydenhuollon toimijoita valitsemaan strategisesti tärkeitä laatuindikaattoreita epäjohdonmukaisen ja päällekkäisen mittaamisen sijaan.</p>	
--	--	--	--	--	--

Liite 3. NCHL-malli ja suomennokset

NCHL-mallin sisältämät kompetenssit		
Osa-alue	Kompetenssi	Selite
<p>Boundary spanning = Optimizing relationships between a leader's span of control and the departments, organizations, communities, and/or broader networks within which it operates.</p> <p>Rajojen ylittäminen = Kyky optimoida suhteita johtajan valvontapiiriin ja niiden osastojen, organisaatioiden, yhteisöjen ja/tai laajempien verkostojen välillä, joissa se toimii.</p>	Community Collaboration	The ability to align one's own and the organization's priorities with the needs and values of the community, including its cultural and ethnocentric values, and to move health forward in line with population-based wellness needs and national health agenda.
	Yhteisöllinen yhteistyö	Kyky sovittaa omat ja organisaation prioriteetit yhteisön tarpeiden ja arvojen kanssa, mukaan lukien sen kulttuuriset ja etnosentriset arvot, ja edistää terveyttä väestöpohjaisten hyvinvointitarpeiden ja kansallisen terveystarpeiden mukaisesti.
	Organizational Awareness	The ability to understand and learn the formal and informal decision-making structures and power relationships in an organization or industry (e.g., stakeholders, suppliers). This includes the ability to identify who the real decision makers are and the individuals who can influence them, and to predict how new events will affect individuals and groups within the organization.
	Organisatorinen tietoisuus	Kyky ymmärtää ja oppia organisaation tai toimialan muodollisia ja epävirallisia päätöksentekorakenteita ja valtasuhteita. Tämä sisältää kyvyn tunnistaa todelliset päätöksentekijät ja henkilöt, jotka voivat vaikuttaa heihin, ja ennustaa, miten uudet tapahtumat vaikuttavat yksilöihin ja ryhmiin organisaatiossa.
	Relationship & Network Development	The ability to establish, build, and sustain professional contacts for the purpose of building networks of people with similar goals and that support similar interests.
	Suhteiden ja verkostojen kehittäminen	Kyky luoda, rakentaa ja ylläpitää ammatillisia kontakteja verkostojen rakentamiseksi, jotka tukevat samankaltaisia tavoitteita ja etuja.

<p>Execution = <i>Translating vision and strategy into actions supporting optimal organizational performance.</i></p>	<p>Accountability</p> <p>Vastuullisuus</p>	<p>The ability to hold people accountable to standards of performance or ensure compliance by effectively and appropriately using the power of one's position or personality, with the long-term good of the organization in mind.</p> <p>Kyky pitää ihmiset vastuullisina suorituskyyvyn standardeista tai varmistaa noudattaminen tehokkaasti ja asianmukaisesti käyttämällä oman aseman tai persoonallisuuden valtaa, pitäen mielessä organisaation pitkän aikavälin hyvän.</p>
<p>Toimeenpano = Vision ja strategian muuttaminen toiminnaksi, joka tukee organisaation optimaalista suorituskyykyä.</p>	<p>Achievement Orientation</p> <p>Saavutusorientaatio</p>	<p>A concern for surpassing standards of excellence. Standards may involve past performance (striving for improvement); objective measures (results orientation); outperforming others (competitiveness); challenging goals, or redefining the nature of the standards themselves (innovation).</p> <p>Kyky huolehtia standardien ylittämisestä. Standardit voivat liittyä suorituskyykyyn (pyrkimys parantamiseen), objektiiviset mittarit (tulossuuntautuneisuus), muiden voittaminen (kilpailukyky). Tämä sisältää myös innovoimisen eli haastavien tavoitteiden asettamisen ja standardien luonteen uudelleenmäärittelyn.</p>
	<p>Analytical Thinking</p> <p>Analyttinen ajattelu</p>	<p>Developing a deeper understanding of a situation, issue, or problem by breaking it down or tracing its implications step-by-step. It includes organizing the parts of a situation, issue, or problem systematically; making systematic comparisons of different features or aspects; setting priorities on a rational basis; and identifying time sequences, causal relationships, or if-then relationships.</p> <p>Kyky kehittää tilanteen, asian tai ongelman syvempää ymmärrystä jakamalla se osiin tai jäljittämällä sen vaikutuksia vaiheittain, eri ominaisuuksien tai näkökohtien systemaattinen vertailu, prioriteettien asettaminen rationaalisella perusteella, ja aikajärjestysten, syy-seuraussuhteiden tunnistamisen.</p>
	<p>Communication Skills 1 – Writing</p> <p>Viestintätaidot 1 – kirjoittaminen</p>	<p>The ability to use written communications in formal and informal situations to convey meaning, build shared understanding, and productively move agendas forward.</p> <p>Kyky käyttää kirjallista viestintää niin muodollisissa kuin epävirallisissa tilanteissa merkityksien välittämiseen, yhteisen ymmärryksen rakentamiseen ja asioiden tuottavaan eteenpäin viemiseen.</p>

	<p>Communication Skills 2 – Speaking & Facilitating</p> <p>Viestintätaidot 2 – puhuminen ja fasilitointi</p>	<p>The ability to use spoken communications in formal and informal situations to convey meaning, build shared understanding, and productively move agendas forward.</p> <p>Kyky käyttää puheviestintää niin muodollisissa kuin epävirallisissa tilanteissa merkityksien välittämiseen, yhteisen ymmärryksen rakentamiseen ja asioiden tuottavaan eteenpäin viemiseen.</p>
	<p>Initiative</p> <p>Aloitekyky</p>	<p>Identifying a problem, obstacle, or opportunity and taking action in light of this identification to address current or future problems or opportunities. Initiative emphasizes proactively doing things and not simply thinking about future actions. Levels of proficiency relate to the time scale of focus, moving from addressing current situations to acting on long-term future opportunities or problems.</p> <p>Kyky tunnistaa ongelma, este tai mahdollisuus, tuoda se esiin sekä ryhtyä tarvittaviin toimiin sen hyödyntämiseksi tai ratkaisemiseksi. Aloitekyky korostaa ennakoivaa asioiden tekemistä, eikä pelkästään tulevien toimien ajattelemista. Mitä enemmän johtajalla on aloitekykyä, hän pystyy keskittymään nykyisten tilanteiden sijasta enemmän pitkän aikavälin, tulevaisuuden mahdollisuuksien tai ongelmien hyödyntämiseen.</p>
	<p>Performance Measurement</p> <p>Suorituskyvyn mittaaminen</p>	<p>The ability to understand and use statistical and financial metrics and methods to set goals and measure clinical as well as organizational performance; commits to and deploys evidence-based techniques.</p> <p>Kyky ymmärtää ja käyttää tilastollisia sekä taloudellisia mittareita ja menetelmiä tavoitteiden asettamisessa ja kliinisen sekä organisaation suorituskyvyn mittaamisessa. Sisältää myös sitoutumisen näyttöön perustuviin tekniikoihin ja niiden käyttöönottamiseen.</p>
	<p>Process & Quality Improvement</p> <p>Prosessin ja laadun parantaminen</p>	<p>The ability to analyze and design or improve an organizational process, including incorporating the principles of high reliability, continuous quality improvement, and user-centered design.</p> <p>Kyky analysoida ja suunnitella tai parantaa organisaation prosesseja, mukaan lukien korkean luotettavuuden, jatkuvan laadun parantamisen ja käyttäjäkeskeisen suunnittelun periaatteiden säilyttämisen.</p>

	Project Management Projektinhallintataidot	The ability to plan, execute, and oversee a multi-year, large-scale project involving significant resources, scope, and impact. Examples include the construction of a major building, implementation of a new enterprise-wide information system, or development of a new service line. Kyky suunnitella, toteuttaa ja valvoa monivuotista, suurta projektia, johon liittyy merkittäviä resursseja, laajuutta sekä vaikuttavuutta. Tällainen on esimerkiksi uuden koko organisaation kattavan tietojärjestelmän käyttöönotto.
Relations = Leading, through example and actions, to create an organizational climate that values employees from all backgrounds, provides a healthy and energizing environment in which to work, and encourages everyone's ongoing development.	Collaboration	The ability to work cooperatively and inclusively with other individuals and/or teams they do not formally lead; working together, as opposed to working separately or competitively.
	Yhteistyö	Kyky työskennellä yhteistyössä ja osallistavasti muiden henkilöiden ja/tai tiimien kanssa, joita ei muodollisesti johda. Osaamista työskennellä yhdessä sen sijaan että työskenneltäisiin erikseen tai kilpailumielisesti.
	Impact & Influence	The ability to persuade, convince, influence, or impress others (individuals or groups) in order to get them to go along with or to support one's opinion or position. The "key" is understanding others' interests and motivations, in order to have a specific impact, effect, or impression on them and/or convince them to take a specific course of action.
Suhteet = Johtamista esimerkin ja toimien kautta luomaan organisaatiokulttuuri, joka arvostaa kaiken taustaisia työntekijöitä, tarjoaa terveellisen ja energisoivan työympäristön sekä kannustaa jokaista jatkuvaan kehittämiseen.	Vaikutus ja vaikuttaminen	Kyky suostutella, vakuuttaa, vaikuttaa tai tehdä vaikutus muihin niin yksilöihin kuin ryhmiin saadakseen heidät mukaan tai tukemaan johtajan mielipidettä. Tärkeää on ymmärtää muiden kiinnostuksia ja motivaatioita, jotta voidaan saada haluttu vaikutus tai vaikutelma aikaiseksi ja/tai saada heidät ryhtymään tiettyihin toimiin.
	Interpersonal Understanding Ihmissuhdetaito	The ability to accurately hear and understand the unspoken or partly expressed thoughts, feelings, and concerns of others, especially those who may represent diverse backgrounds and very different worldviews. Levels of proficiency relate to the increasing complexity and depth of understanding, as well as openness to perspectives very different from one's own. Kyky kuulla ja ymmärtää tarkasti muiden sanomattomia tai osittain ilmaistuja ajatuksia, tunteita ja huolenaiheita. Eryteisesti niiden, jotka edustavat erilaisia taustoja ja maailmankatsomuksia. Osaamisen taso liittyy kasvavaan monimutkaisuuteen ja ymmärryksen syvyyteen sekä avoimuuteen hyvin erilaisille näkökulmille, jotka eroavat omasta näkemyksestä.

	<p>Talent Development</p> <p>Osaamisen kehittäminen</p>	<p>The ability to build the breadth and depth of the organization's human capability and professionalism, including supporting top-performing people and taking a personal interest in coaching and mentoring high-potential leaders.</p> <p>Kyky rakentaa organisaation ihmisten kyvykkyyden ja ammattitaidon laajuutta ja syvyyttä. Sisältäen huippusuorittajien tukemisen ja henkilökohtaisen kiinnostuksen korkean potentiaalin johtajan valmennukseen ja mentorointiin.</p>
	<p>Team Leadership</p> <p>Tiimijohtaminen</p>	<p>The ability to lead groups of people toward shared visions and goals, from forming a team that possesses balanced capabilities, to setting its mission, values, and norms, and holding team members accountable individually and as a group for results.</p> <p>Kyky johtaa ihmisiä kohti yhteisiä visioita ja tavoitteita, muodostamalla tiimi, jolla on tasapainoiset kyvyt sekä asettamalla sen missio, arvot ja normit, ja pitämällä tiimin jäsenet vastuullisina tuloksista niin yksilöinä kuin ryhmänä.</p>
<p>Transformation = Creating and implementing compelling and inclusive change processes in support of improving health quality, efficiency, and access.</p> <p>Muutos = Vakuuttavien ja osallistavien muutosprosessien luominen ja toteuttaminen terveyden laadun, tehokkuuden ja saatavuuden parantumiseksi.</p>	<p>Change Leadership</p> <p>Muutosjohtaminen</p> <p>Information Seeking</p> <p>Tiedonhaku</p>	<p>The ability to energize stakeholders and sustain their commitment to changes in approaches, processes, and strategies.</p> <p>Kyky energisoida sidosryhmiä ja ylläpitää heidän sitoutumistaan lähestymistapojen, prosessien ja strategioiden muutoksiin.</p> <p>An underlying curiosity and desire to know more about things, people, and issues, including the desire for knowledge and staying current with health, organizational, industry, and professional trends and developments. It includes pressing for more precise information; resolving discrepancies by asking a series of questions; and scanning for potential opportunities or information that may be of future use, as well as staying current and seeking best practices for adoption.</p> <p>Uteliaisuus ja halu tietää enemmän asioista ja ihmisistä sekä ongelmista mukaan lukien halu saada tietoa ja pysyä ajan tasalla terveydenhuollon, organisaation, teollisuuden ja ammatillisten trendien ja kehityksen kanssa. Sisältäen tarkempien tietojen vaatimisen, ristiriitojen ratkaisemisen useiden kysymysten kautta, mahdollisuuksien tai tietojen etsimisen, joista voi olla tulevaisuudessa hyötyä sekä parhaiden käytäntöjen löytämisen ja omaksumisen käytäntöön.</p>

	<p>Innovation</p> <p>Innovaatio</p>	<p>The ability to approach one's work and the organization in new and breakthrough ways, including applying complex concepts, developing creative new solutions, or adapting previous solutions in promising new ways.</p> <p>Kyky lähestyä työtään ja organisaatiota uudella ja läpimurtavilla tavoilla, sisältäen monimutkaisten käsitteiden soveltamisen, luovien uusien ratkaisuiden kehittämisen tai aikaisempien ratkaisuiden muuttamisen.</p>
	<p>Strategic Orientation</p> <p>Strateginen suuntautuminen</p>	<p>The ability to consider the business, demographic, ethno-cultural, political, and regulatory implications of decisions and develop strategies that continually improve the long-term success and viability of the organization.</p> <p>Kyky ottaa huomioon päätösten liiketoiminta-, demografiset, vähemmistökulttuuriset, poliittiset ja lainsäädännölliset vaikutukset. Kyky kehittää strategioita, jotka jatkuvasti parantavat organisaation pitkän aikavälin menestystä ja elinkelpoisuutta.</p>
<p>Values = Understanding and utilizing personal, professional, and organizational values to guide decision-making.</p> <p>Arvot = Ymmärtää ja hyödyntää henkilökohtaisia, ammatillisia ja organisaation arvoja päätöksentekoa ohjaavina.</p>	<p>Professional & Social Responsibility</p> <p>Ammatillinen ja sosiaalinen vastuu</p>	<p>The demonstration of ethics, sound professional practices, social accountability, and community stewardship. Acting in ways that are consistent with one's values and what one says is important.</p> <p>Tuoda ilmi ja olla esimerkki eettisyydestä, hyvistä ammatillisista käytännöistä, sosiaalisesta vastuullisuudesta ja yhteisön hoitamisesta. Toimia tavoilla, jotka ovat yhtenäiset omien arvojen ja puheiden kanssa.</p>

<p>Health system awareness & Business literacy = Understanding the health system's current business and operating frameworks as well as the dynamic context within which they operate (e.g., community, competitive, human resources, financial, legal, policy, and environmental).</p> <p>Tietoisuus terveysjärjestelmästä ja liiketoiminnan lukutaito</p> <p>= Ymmärtää terveysjärjestelmän nykyisten liiketoiminta- ja toimintakehykset sekä muuttuvan ympäristön, jossa toimitaan esimerkiksi henkilöresurssit, taloudellinen, oikeudellinen, poliittinen ympäristö.</p>	<p>Financial Skills</p> <p>Taloudelliset taidot</p>	<p>The ability to understand and explain financial and accounting information, prepare and manage budgets, and make sound longterm investment decisions.</p> <p>Kyky ymmärtää ja selittää taloudellisia ja kirjanpitolietoja. Kyky osata laatia ja hallita budjetteja sekä tehdä pitkällä aikavälillä toimivia hankintapäätöksiä.</p>
	<p>Human Resource Management</p> <p>Henkilöstöhallinto</p>	<p>The ability to implement staff development and other management practices that represent contemporary best practices, comply with legal and regulatory requirements, and optimize the performance of the workforce, including performance assessments, alternative compensation and benefit methods, and the alignment of human resource practices and processes to meet the strategic goals of the organization.</p> <p>Kyky toteuttaa henkilöstön kehittämistä ja muita tämänhetkisiä parhaita johtamiskäytäntöjä. Kyky noudattaa lakisääteisiä vaatimuksia, optimoida työvoiman suorituskykyä sisältäen suoritusarvioinnit, vaihtoehtoiset palkitsemis- ja etuuskäytännöt sekä henkilöstökäytäntöjen ja prosessien yhdenmukaistamisen organisaation strategisten tavoitteiden saavuttamiseksi.</p>
	<p>Information Technology Management</p> <p>Tietotekniikan hallinta</p>	<p>The ability to see the potential for administrative and clinical technologies to support process and performance improvement. Actively sponsors the continuous seeking of enhanced technological capabilities.</p> <p>Kyky nähdä hallinnollisten ja kliinisten teknologioiden mahdollisuudet tukea prosesseja sekä parantaa suorituskykyä. Pitää yllä aktiivisesti kehittyvien teknologisten valmiuksien etsimistä.</p>

<p>Self-awareness & Self-development = Ongoing habits and actions taken to continuously improve self-knowledge, interpersonal effectiveness, and well-being.</p> <p>Itsetietoisuus ja itsensä kehittäminen = Itsetuntemuksen, ihmissuhteiden, ihmissuhdetaitojen ja hyvinvoinnin jatkuva parantaminen.</p>	<p>Self-Awareness</p> <p>Itsetietoisuus</p>	<p>The ability to have an accurate view of one's own strengths and development needs, including the impact that one has on others. A willingness to address development needs through reflective, self-directed learning, and by trying new approaches.</p> <p>Kyky saada tarkka näkemys omista vahvuuksistaan ja kehitystarpeistaan sisältäen itsensä vaikutukset muihin. Halu vastata kehitystarpeisiin refleктоivan ja itseohjautuvan oppimisen kautta sekä kokeilemalla uusia lähestymistapoja.</p>
	<p>Self-Confidence</p> <p>Itseluottamus</p>	<p>belief in one's own capability to successfully accomplish their work. This includes confidence in one's ability as expressed in increasingly challenging circumstances, and confidence in one's decisions or opinions.</p> <p>Usko omaan kykyyn suorittaa työnsä menestyksekkäästi. Tähän sisältyy luottamus omiin kykyihinsä yhä haastavammissa olosuhteissa sekä luottamus omiin päätöksiin ja mielipiteisiin.</p>
	<p>Well-Being</p> <p>Hyvinvointi</p>	<p>Establishes habits supporting well-being, and creates a work climate supportive of the total health of oneself and others. This includes role-modeling healthy habits and practices, and monitoring internal and external environments for opportunities to improve health.</p> <p>Muodostaa hyvinvointia tukevia tapoja ja luoda työilmapiiri, joka tukee omaa sekä muiden kokonaisterveyttä. Tämä sisältää terveellisten tapojen ja käytäntöjen roolimallina olemisen sekä sisäisen ja ulkoisen ympäristön seurannan, jolla voidaan havaita mahdollisuuksia parantaa hyvinvointia.</p>

Liite 4. Käytetty kyselyrunko

Taustatiedot

- Käytetäänkö yksikössäsi NPS-arvoa mittaamaan potilastyytyväisyyttä (Kyllä/Ei)
- Kuulutko NPS-rajauksen mukaan ryhmään A vai B? (vastaaja pystyi tarkastamaan oman yksikkönsä osalta tiedon kysymykseen linkitetystä tiedostosta) (Ryhmä A/ Ryhmä B/ En löydä yksikköäni tiedostosta)
- Ylin suoritettu koulutusaste (Alempi korkeakouluaste/ Ylempi korkeakouluaste/ Tutkijakoulutus/ Jokin muu (mikä):
- Työkokemuksen kokonaispituus lähijohtajana (kuukausina, puolen kuukauden tarkkuudella)
- Nykyinen tehtävänimikkeesi (Osastonhoitaja/ Apulaisosastonhoitaja)

Seuraavat kysymykset koskivat jokaista kompetenssia (vastuullisuus, saavutusorientaatio, analyttinen ajattelu, viestintätaidot 1- kirjoittaminen, viestintätaidot 2 – puhuminen, aloitekyky, suorituskyvyn mittaaminen, prosessin ja laadun parantaminen, projektin hallintataidot):

Esim. Vastuullisuus = Kyky pitää ihmiset vastuullisina suorituskyvyn standardeista tehokkaasti ja asianmukaisesti käyttämällä oman aseman ja persoonallisuuden valtaa, pitäen mielessä organisaation pitkän aikavälin hyvän.

- Koetko, että vastuullisuus-kompetenssi on sinulla heikko, melko heikko, kohtalainen, melko vahva vai vahva? (Heikko/ Melko heikko/ Kohtalainen/ Melko vahva/ Vahva/ En osaa sanoa)
- Koetko vastuullisuus-kompetenssilla yleisesti olevan merkitystä hoitotyön laadun kannalta? (Kyllä/ Ei)
 - o Mikäli vastasi edelliseen kysymykseen ”Kyllä” kysytään: ”Miten vastuullisuus-kompetenssi ilmenee käytännön johtamistyössäsi?”

Liite 5. Esimerkkejä laadullisen aineiston teemoittelusta

Välillä tuntuu, että asioita hoidetaan jopa vähän myöhässä, eikä asioihin ole mahdollista reagoida aiemmin, aikaa on liian vähän.	Välillä tuntuu, että asioita hoidetaan jopa vähän myöhässä eikä asioihin ole mahdollista reagoida aiemmin, aikaa on liian vähän	Ajan puute	vaikuttava tekijä	resurssit
Kissa pöydälle ajoissa ja ennakoiva ajattelu helpottaa johtamista, kunhan saa muut kollegat samaan ajatukseen mukaan.	Kissa pöydälle ajoissa ja ennakoiva ajattelu helpottaa johtamista	Ennakoiva ajattelu	tekemisen aikajänne	ennakoiva ja tulevaisuuteen suuntautunut
	, kunhan saa muut kollegat samaan ajatukseen mukaan	kyky vaikuttaa asioihin	vaikuttava tekijä	yksilöllinen tekijä
Kaikki on hyvä miettiä etukäteen ja huolellisesti suunnitella, ennen kuin ryhtyy toimeen.	Kaikki on hyvä miettiä etukäteen	Ennakoiva ajattelu	tekemisen aikajänne	ennakoiva ja tulevaisuuteen suuntautunut
	ja huolellisesti suunnitella, ennen kuin ryhtyy toimeen	suunnittelu	toimet	suunnittelu
Suorituskykyä ja tavoitetasoja seurataan potilastietojärjestelmää ja muita tietojohdamisen lähteitä hyödyntäen, viikoittain ja näitä raportoiden.	Suorituskykyä ja tavoitetasoja seurataan potilastietojärjestelmää ja muita tietojohdamisen lähteitä hyödyntäen	Seuraa mittareita ja lukuja	toimet	Seuranta, arviointi ja mittarit
	, viikoittain	viikoittainen	tekemisen aikajänne	määritellyin aikavälein (syklit)

	ja näitä raportoiden.	raportoi mittareita ja lukuja	toimet	seuranta, arviointi ja mittarit
Pidämme hoitajien ja lääkärin kanssa yhdessä yhteistyöpalavereja vuosittain, jotta laajempia prosesseja voidaan parantaa	Pidämme hoitajien ja lääkärin kanssa yhdessä yhteistyöpalavereja	Toimintaympäris tö	vaikuttav a tekijä	rakenteellise t ja systemiset tekijät
	vuosittain	vuosittainen	tekemise n aikajänne	määritellyin aikavälein (syklit)
	, jotta laajempia prosesseja voidaan parantaa	Prosessien muokkaaminen ja tarkastelu	toimet	Prosessien ja laadun parantamine n