

Sote-uudistuksen muutosjohtaminen avoterveydenhuollossa: Ylihoitajien kokemukset

Terveystieteiden koulutus

Pro gradu -tutkielma

Joanna Isomäki

11.5.2026

Turku

Pro gradu -tutkielma

Oppiaine: Hoitotiede

Tekijä: Joanna Isomäki

Otsikko: Sote-uudistuksen muutosjohtaminen avoterveydenhuollossa: Ylihoitajien kokemukset

Ohjaajat: Professori, TtT Riitta Suhonen & dosentti, TtT Sanna Koskinen

Sivumäärä: 103 sivua, 4 liitesivua

Päivämäärä: 11.5.2026

Muutosjohtaminen on keskeistä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksissa, sillä niihin liittyy usein laajoja ja monimutkaisia muutoksia organisaatioiden toiminnassa. Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelut siirtyivät hyvinvointialueille vuoden 2023 alusta. Aiemmat tutkimukset ovat keskittyneet hoitotyön johtajien muutosjohtamiskokemusten tutkimiseen, mutta sote-uudistuksen muutosjohtamiseen liittyvää tutkimusta on tehty vain vähän.

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli kuvata avoterveydenhuollon ylihoitajien kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen eli sote-uudistuksen muutosjohtamisesta, sekä muutosjohtamisen myötävaikuttaneista tekijöistä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa todellisista kokemuksista ja syventää ymmärrystä sote-uudistuksen muutosjohtamisesta avoterveydenhuollossa keskeisten toimintojen ja hoitotyön johtajien eli ylihoitajien kokemusten kannalta, jotta hyvinvointialueiden muutosjohtajia voidaan tukea ja muutosten jalkauttamista kehittää.

Tutkimusasetelmana käytettiin kuvailevaa tutkimusta, joka toteutettiin haastattelemalla puolistrukturoidun yksilöhaastattelun avulla yhden hyvinvointialueen avoterveydenhuollon ylihoitajia (n=7). Haastattelut toteutettiin marraskuussa 2024 ja tammikuussa 2025. Tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä refleksiivisellä temaattisella analyysillä.

Tutkimustulokseksi muodostui neljä pääteemaa: rooli muutosten johtamisessa, muutosjohtaminen hallinnon alaisuudessa, muutosjohtamisen keinot sekä muutosjohtamista myötävaikuttavat tekijät. Tutkimustulosten mukaan sote-uudistuksen muutosjohtamiseen vaikuttavat avoterveydenhuollon ylihoitajien käsitykset omasta roolistaan muutosten johtajana, käynnistäjänä ja arvioitsijana, sekä henkilöstön odotukset ylihoitajan johtajuudesta. Kokemuksiin muutosten johtamisesta vaikuttivat myös mahdollisuudet vaikuttaa hyvinvointialueella avoterveydenhuoltoa koskeviin päätöksentekoihin, johon vaikuttivat valtion ohjaus, valtionrahoitus sekä politiikka. Lisäksi muutosjohtamiseen ovat vaikuttaneet asia- ja ihmisjohtamiseen liittyvät eri muutosjohtamisen keinot. Tutkimustulosten mukaan muutosjohtamista myötävaikuttavat keinot ovat ylihoitajien verkosto, yhtenäiset toimintamallit ja käytänteet sekä muutosmyönteinen henkilöstö.

Sote-uudistuksen painopiste kohdistuu hyvinvointialueiden avoterveydenhuoltoon, joka korostaa keskijohdon roolia muutosten johtajana. Ylihoitajien mahdollisuuksiin johtaa laaja-alaisia muutoksia hyvinvointialueilla edellyttävät hallintorakenteiden selkeyttämistä, päätöksentekomahdollisuuksien vahvistamista, sekä ylihoitajien johtajuuden tukemista hyvinvointialueen strategisella tasolla.

Avainsanat: muutosjohtaminen, sote-uudistus, ylihoitaja, avoterveydenhuolto

Master's Thesis

Subject: Nursing Science

Author: Joanna Isomäki

Title: Change Management of the Social and Health Care Reform in Primary Health Care: Nurse Leaders' Experiences

Supervisors: PhD, Professor Riitta Suhonen & PhD, Docent Sanna Koskinen

Number of pages: 103 pages, 4 appendix pages

Date: 11.5.2026

Change management is central to structural reforms in social and health care, as these often involve extensive and complex changes in organizational operations. In Finland, social, health care and emergency services were transferred to wellbeing services counties at the beginning of 2023. Previous studies have focused on examining the change management experiences of nurse leaders, but little research has been conducted on change management in the context of the health and social services reform.

The purpose of this master's thesis was to describe the experiences of nurse leaders of primary health care regarding change management in the social and health care reform, as well as the factors that influenced this change management process. The objective of the study is to generate new knowledge about real-world experiences and deepen understanding of change management in the social and healthcare reform within primary health care from the perspective of key functions and nurse leaders, so that change managers in wellbeing services counties can be supported and the implementation of changes can be improved.

The research design employed a descriptive study, which was conducted by interviewing nurse leaders (n=7) of primary health care within a single wellbeing services county using semi-structured individual interviews. The interviews were conducted in November 2024 and January 2025. The research data was analyzed using data-driven reflexive thematic analysis.

The findings fielded four main themes: the role in change management, change management under administrative oversight, means of change management, and factors contributing to change management. According to the findings, change management in the social and health care reform is influenced by the views of nurse leaders in primary health care regarding their own role as a change manager, initiators, and evaluators of change, as well as by staff expectations regarding the leadership of nurse leaders'. Experiences with change management were also influenced by opportunities to influence decision-making regarding primary health care within the wellbeing services county, which were influenced by government guidance, state funding, and policy. In addition, change management has been influenced by various change management methods related to management and leadership. According to the findings the methods contributing to change management include the network of nurse leaders, consistent operating models and practices, and staff open to change.

The focus of the social and health care reform is on primary health care in the wellbeing services county, which emphasizes the role of middle management as change managers. For nurse leaders' to be able to lead broad-based changes in the wellbeing services county, it is necessary to clarify administrative structures, strengthen decision-making authority, and support the leadership of nurse leaders' at the strategic level of wellbeing services county.

Keywords: change management, social and health care reform, nurse leader, primary health care

Sisällysluettelo

1	Johdanto	6
2	Tausta	8
2.1	Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistaminen	8
2.1.1	Sote-uudistuksen historia	8
2.1.2	Sote-uudistus vuodesta 2023	10
2.1.3	Hyvinvointialueet	12
2.2	Avoterveydenhuolto perusterveydenhuollon toimintaympäristönä	17
2.2.1	Avoterveydenhuollon vastaanottotoiminnan järjestäminen	18
2.2.2	Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystyö -ohjelma	20
2.3	Muutoksen luonne ja muutosprosessin keskeiset piirteet	22
2.3.1	Muutosjohtaminen	24
2.3.2	Muutoksen johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa	36
2.4	Tutkimustieto sote-uudistuksen muutosjohtamisesta	39
2.4.1	Tiedonhaku	39
2.4.2	Aikaisemmat tutkimukset sote-uudistuksen muutosten johtamisesta	41
2.5	Yhteenveto taustasta	46
3	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	48
4	Tutkimusmenetelmät	49
4.1	Tutkimusasetelma	49
4.2	Tutkimuksen kohderyhmä ja rekrytointi	49
4.2.1	Haastateltavien taustatiedot	50
4.3	Aineistonkeruumenetelmä	51
4.4	Aineiston analyysi	52
5	Tutkimustulokset	57
5.1	Rooli muutosten johtamisessa	58
5.2	Muutosjohtaminen hallinnon alaisuudessa	60
5.3	Muutosjohtamisen keinot	64
5.4	Muutosjohtamista myötävaikuttavat tekijät	73
6	Pohdinta	76
6.1	Tutkimustulosten tarkastelu	76
6.1.1	Kokemukset sote-uudistuksen muutosjohtamisesta	76

6.1.2	Kokemukset muutosjohtamista myötävaikuttavista tekijöistä	83
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	84
6.3	Tutkimuksen eettisyys	88
7	Johtopäätökset	91
	Jatkotutkimusehdotukset	91
	Lähteet	92
	Liitteet	104
	Liite 1. Tiedote tutkimuksesta	104
	Liite 2. Haastattelurunko	106
	Liite 3. Suostumuslomake	107

Taulukot

TAULUKKO 1. SUOMALAISEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄN UUDISTUKSET (MUKAILLEN RAUTIAINEN YM. 2020, S. 20–21)	10
TAULUKKO 2. SOTE-UUDISTUKSEN TAVOITTEET (STM 2019)	11
TAULUKKO 3. SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON VALTAKUNNALLISET TAVOITTEET 2023–2026 (STM 2024D)	12
TAULUKKO 4. TULEVAISUUDEN SOSIAALI- JA TERVEYSKESKUS 2020–2023 -OHJELMAN TAVOITTEET (STM 2024A)	21
TAULUKKO 5. MUUTOKSEN HEDELMÄLLISEN MAAPERÄN TEKIJÄT (KALLANKARI 2019, S. 30–31)	28
TAULUKKO 6. KIRJALLISUUSHAUN SUUNNITTELU PICO-MENETELMÄLLÄ	40
TAULUKKO 7. MUKAANOTTO- JA POISSULKUKRITEERIT	40
TAULUKKO 8. TIEDONHAKU JA -TULOKSET	41
TAULUKKO 9. ESIMERKKI ALKUPERÄISILMAUKSEN KOODAUKSESTA	55
TAULUKKO 10. YLIHOITAJIEN KOKEMUKSIA SOTE-UUDISTUKSEN MUUTOSJOHTAMISESTA KUNNAT PÄÄ- JA ALATEEMAT	57

Kuviot

KUVIO 1. PDCA-MALLI ELI DEMINGIN YMPYRÄ, MUUTOKSEN YMPYRÄMALLINEN PROSESSI	24
KUVIO 2. KOTTERIN KAHDEKSANVAIHEINEN MUUTOSPROSESSI (KOTTER 1996, S. 18 MUKAILLEN)	30
KUVIO 3. LEWININ KOLMIVAIHEINEN MUUTOSMALLI (VAKKALA 2012, S. 55 MUKAILLEN)	31
KUVIO 4. MUUTOSJOHTAMISEN KESKEISET TEKIJÄT (KALLANKARI 2019, S. 155 MUKAILLEN)	32
KUVIO 5. TEMAATTISEN ANALYYysin VAIHEET (BRAUN & CLARKE 2006, S. 87)	54

1 Johdanto

Suomalainen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä koki valtakunnallisesti merkittävimmän rakenne- ja hallintouudistuksen vuoden 2023 alussa (Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2025a; Paatela & Tynkkynen 2024), kun sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu siirrettiin noin 300 kunnalta ja kuntayhtymältä 21 hyvinvointialueelle (STM 2024d). Sote-uudistuksenakin tunnetun uudistuksen keskeisenä tavoitteena on ollut varmistaa yhdenvertaiset palvelut, kaventaa kansalaisten hyvinvointi- ja terveyseroja, hillitä terveydenhuollon kustannusten kasvua (STM 2025a), sekä siirtää toiminnan painopistettä korjaavista palveluista ennaltaehkäiseviin palveluihin ja erityispalveluista peruspalveluihin (Tynkkynen ym. 2025). Valtakunnallisten strategisten tavoitteiden lisäksi hyvinvointialueiden tehtävä on yhtenäistää alueensa palvelukriteereitä, toimintakäytäntöjä ja tietojärjestelmiä, sekä samanaikaisesti järjestää uudelleen henkilöstön työnkuvia ja toimintatapoja (Londén ym. 2023).

Sote-uudistus on tuonut alan eri sektoreille laajoja muutoksia kaikille organisaation tasoille, joiden hallitseminen ja johtaminen edellyttää uudenlaista osaamista, osaamisen systemaattista kehittämistä ja johtamista (STM 2016). Tämän tutkimuksen tarkastelun kohteena on erityisesti peruspalveluihin kohdistuneiden muutosten johtaminen avoterveydenhuollon kontekstissa, joka on myös sote-uudistuksen tavoitteiden näkökulmasta merkittävä kehittämisalue sote-alan palvelujärjestelmässä (Rautiainen ym. 2020). Avoterveydenhuollon palveluiden ja toimintamallien uudistaminen ei tapahdu itsestään valtion ohjauksen, hyvinvointialueen strategisten linjausten ja päätöksentekijöiden tasolla, vaan sote-uudistuksen muutosten tulee tapahtua myös sote-palvelukentän arjessa. Onnistunut muutos ei ole sattumaa, vaan edellyttää systemaattista muutosjohtamista (Viitala & Jylhä 2025).

Tässä tutkimuksessa tarkastelu kohdistuu avoterveydenhuollon vastaanottotoiminnan toimintamallien uudistuksien muutosjohtamiseen sote-uudistuksen jälkeisessä ajassa. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata avoterveydenhuollon ylihoitajien kokemuksia sote-uudistuksen muutosjohtamisesta, sekä muutosjohtamiseen myötävaikuttavista tekijöistä. Tutkimuksen tavoitteena on

tuottaa uutta tietoa todellisista kokemuksista ja syventää ymmärrystä sote-uudistuksen muutosjohtamisesta avoterveydenhuollossa sen keskeisten toimintojen ja hoitotyön johtajien eli ylihoitajien kannalta, jotta hyvinvointialueiden keskijohtajia voidaan tukea muutosten johtamisessa sekä kehittää muutosten onnistunutta jalkauttamista.

Tässä pro gradu -tutkielmassa on hyödynnetty tekoälypohjaista ChatGPT -kielimallia (GPT-4, OpenAI). Tekoälyä on käytetty sisällön jäsentelyyn sekä kielenhuollon ja muotoilun tukena, kuten vaihtoehtoisten ilmaisujen ja lauserakenteiden luomiseen. Lopulliset valinnat sekä tutkimusaineiston analyysi ovat tutkijan oman harkinnan ja arvion tulosta. Tutkija vastaa tutkielman sisällöstä ja sen tieteellisestä luotettavuudesta kokonaisuudessaan.

2 Tausta

2.1 Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistaminen

2.1.1 Sote-uudistuksen historia

Suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää on uudistettu yli 50 vuoden ajan (taulukko 1). Uudistuksia ovat muovanneet jatkuvat muutospaineet, joiden taustalla ovat muun muassa pitkäaikaissairauksien lisääntyminen, väestön ikääntyminen, kansainvälistyminen sekä diagnostiikan ja teknologian kehittyminen (Chydenius ym. 2016), sekä kansalliset ja kansainväliset sosiaali- ja terveydenhuollon poliittiset linjaukset (Laulainen ym. 2020). Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistamisesta puhutaan myös sote-uudistuksena, jolla tarkoitetaan sosiaali- ja terveystalouden hallinnon uudistamista makrotasolla, eli koko yhteiskunnan tasolla tapahtuneeksi sote-palvelujärjestelmän yhdistymiseksi. (Luukkonen 2018; Rautiainen ym. 2020.)

Sote-uudistuksen ja julkisen terveydenhuoltojärjestelmän lähtökohtana voidaan pitää vuonna 1972 säädettyä kansanterveyslakia (66/1972), jonka myötä 1900-luvun kunnanlääkärijärjestelmä jäi historiaan, ja tilalle tulivat kuntien organisoimat terveyskeskukset. Kuntalaiset saivat nyt yhdestä, samasta rakennuksesta perusterveydenhuollon eri palveluja, kuten yleislääkärin vastaanoton, neuvolan, hammashuollon, kouluterveydenhuollon ja vuodeosaston, joissa kansalaisten terveydenhoito painottui ehkäisevään terveydenhuoltoon ja avoterveydenhuoltoon. Kansanterveyslaki velvoitti kuntia järjestämään väestölle terveydenhuollon palveluja joko yksin tai yhdessä naapurikuntien kanssa. (Hakosalo 2010; Luukkonen 2018; Hiilamo & Salin 2020; Taskinen & Hujala 2020.) Kunnat ovat taloudellisesti itsehallinnollisia, ja terveystaloudet järjestettiin kunnan omilla verotusoikeuden, asiakasmaksujen ja valtionosuusjärjestelmän tuotoilla (Paatela ym. 2025a).

Seuraavat uudistukset seurasivat perässä vuosikymmen kerrallaan. 1980-luvun alkupuolella voimaan astui VALTAVA-uudistus, joka sisälsi sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtionosuuslain (677/1982) sekä sosiaalihuoltolain (710/1982). 1990-luvulla pyrittiin vahvistamaan kuntien itsehallinnollista asemaa, lisäämään kuntien palvelutuotannon tehokkuutta, palvelukykyä ja taloudellisuutta,

purkamaan normeja sekä kehittämään suunnittelujärjestelmiä vapaakuntakokeilun avulla. Myös kuntien asemaa ja itsehallintoa vahvistettiin kuntalailla (365/1995) vuonna 1995. (Rautiainen ym. 2020.)

2000-luvulle siirryttäessä sosiaali- ja terveystalveluiden hallintoa uudistettiin useamman hallituskauden aikana. Vanhasen hallitus käynnisti vuonna 2005 PARAS-hankkeen, jonka tarkoituksena oli järjestää sote-palvelut yhdessä, vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjalla. Hanke kuitenkin päättyi vuonna 2012. Vuonna 2011 Kataisen hallitus suunnitteli omaa sote-uudistusmallia, jolla pyrittiin siirtämään sote-palveluiden järjestäminen kuntien sijaan kuntayhtymille tai alueellista itsehallintoa edustaville maakunnille. (Rautiainen ym. 2020.)

Kun Kataisen hallituksen sote-uudistusmalli kaatui vuonna 2015 perustuslakikysymyksiin, Sipilän hallitus ryhtyi samana vuonna laatimaan esitystä (HE 15/2017) maakuntajakoon perustuvasta sote-uudistuksesta. Uudistuksessa perustettaisiin 18 itsehallinnollista maakuntaa, jotka hoitaisivat niille laissa säädettyjä tehtäviä, ja jossa ylimpänä päättävänä toimielimenä toimisi vaaleilla valittava maakuntavaltuusto. Maakuntien perustamisen lisäksi uudistuksessa korostuivat sote-palveluiden yhteensovittaminen, sekä myöhemmin asiakkaan valinnanvapaus, jolla tarkoitetaan asiakkaan oikeutta valita palveluntuottaja, sen toimipiste sekä häntä hoitavat ammattihenkilöt tai ammattihenkilöiden moniammatillinen ryhmä. (Rautiainen ym. 2020; Leppänen ym. 2024.)

Pyrkimykset sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän yhteensovittamiseksi ei ole ollut pelkästään Suomen eri hallitusten tahtotila, vaan palveluiden integroinnista on kansainvälisesti todettu olevan hyötyä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmille, kuten hoidon laadun ja palveluiden saatavuuden kehittymiselle, asiakastyytyvyyden edistämiseksi ja sote-kustannusten kasvun hillitsemiseksi (Paatela ym. 2024). Sipilän hallituksen sote-uudistuksen tavoitteena oli luoda sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä, joka pystyisi yksinkertaisemmin vastaamaan ihmisten palvelutarpeisiin, kaventamaan ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantamaan palvelujen yhdenvertaisuutta, saatavuutta ja vaikuttavuutta sekä hillitsemään kustannusten kasvua. Lisäksi maakuntauudistuksen piti luoda selkeämpi työnjako valtion aluehallinnon, 18 maakunnan ja kuntien välille, sekä yhteensovittaa valtion aluehallinto ja maakuntahallinto. Sipilän hallituksen esittämän maakunta- ja

sote-uudistuksen suunniteltiin tulevan voimaan vuonna 2021, mutta valinnanvapausjärjestelmään liittyvien perustuslakiongelmien (PeVL 26/2017, PeVL 15/2018 ja PeVL 65/2018) sekä Sipilän hallituksen ennen aikaisen eron myötä sote-uudistuksen suunnitelmat raukesivat vuonna 2019. (Rautiainen ym. 2020; Leppänen ym. 2024.)

Sote-uudistuksia ja -hankkeita on suunniteltu, testattu, kumottu ja uudelleenrakennettu vuosikymmenien aikana useita kertoja eri hallituskausien aikana. Suurin osa niistä on kuitenkin onnistunut huonolla menestyksellä, osin hallitusten vajanaisten suunnittelujen ja osin ennakoimattomuuden vuoksi. Vaikka sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistamista varjostavat epäonnistuneet uudistusyritykset, ovat ne osaltaan myös edistäneet Rinteen/Marinin hallituksen vuonna 2023 voimaan astuneen sote-uudistuksen suunnittelua. Rinteen/Marinin hallituksen suunnittelemaa sote-uudistusta voidaankin pitää aikaisempien hallitusten sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistamisen lopputuloksena. (Rautiainen ym. 2020; Tynkkynen ym. 2025.)

Taulukko 1. Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistukset (mukaillen Rautiainen ym. 2020, s. 20–21)

Uudistus	Alkamisvuosi	Päättymisvuosi
Kansanterveyslaki	1972	2022
VALTAVA-uudistus	1982	1992
Vapaakuntakokeilu	1989	1996
Kuntalaki	1995	2015
PARAS-kehittämishanke	2005	2012
Kataisen ja Stubbin hallituksen sote-uudistus	2011	2015
Sipilän hallituksen sote-uudistus	2015	2019
Rinteen/Marinin hallituksen sote-uudistus	2023	

2.1.2 Sote-uudistus vuodesta 2023

Rinteen/Marinin hallituksen esitys sote-uudistuksesta hyväksyttiin eduskunnassa 23.6.2021, ja astui voimaan 1.1.2023. Sote-uudistus muovaa sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen uudistamisen lisäksi koko Suomen julkisen sote-alan palvelujen järjestämistä, palvelukokonaisuuksien yhteensovittamista eli integrointia sekä lainsäädäntöä. Vuonna 2019 Rinteen hallitus, ja myöhemmin jatkajanaan Marin,

laativat esityksen (HE 241/2020) sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiseksi, joka pohjautuu Sipilän hallituksen sote-uudistussuunnitelmiin. (Leppänen ym. 2024; Tynkkynen ym. 2025.)

Sote-uudistukselle laadittiin laaja-alaiset tavoitteet (taulukko 2), joilla pyritään vastaamaan suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän haasteisiin, kuten väestön hyvinvointi- ja terveyseroihin, palvelujen saatavuusongelmiin, sekä ennakoimaan ja vastaamaan väestörakenteen muutoksiin ja tarjoamaan yhdenvertaista palvelua kaikkialla Suomessa. (STM 2019; Leppänen ym. 2024.) Suomalainen väestö ikääntyy, ja sitä myöden palvelutarve kasvaa ja monisairastavuus lisääntyy. Vuoteen 2040 mennessä sote-menojen ennustetaan kasvavan noin 20 prosenttia. Haasteena ovat myös syntyvyyden lasku, työikäisen väestön määrän väheneminen, sekä jo vallitseva sote-henkilöstöpula. (Holster ym. 2025.)

Taulukko 2. Sote-uudistuksen tavoitteet (STM 2019)

1. Kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja
2. Turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut kaikille suomalaisille
3. Parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta erityisesti perustasolla
4. Turvata ammattitaitoisen työvoiman saantia
5. Vastata yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin
6. Hillitä kustannusten kasvua

Sote-uudistuksen tavoitteiden lisäksi suomalaista sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ohjaavat Valtioneuvoston valtakunnalliset strategiset tavoitteet. Vuonna 2022 Valtioneuvosto vahvisti ensimmäiset sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2023–2026 (taulukko 3). Valtakunnalliset tavoitteet ovat strategisia tavoitteita, jotka ovat keskeinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista ohjeistusta ja ohjaavat koko Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Sote-järjestämislain (612/2021) 22 §:n mukaan Valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi valtakunnalliset strategiset tavoitteet yhdenvertaisen, kustannusvaikuttavan ja laadukkaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle. Ensimmäisiä valtakunnallisia tavoitteita on yhteensä kahdeksan, jotka jaettiin neljän yläperiaatteen alle: yhdenvertaisuus, kustannusvaikuttavuus, yhteistyö ja tieto. (STM 2024d.)

Taulukko 3. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet 2023–2026 (STM 2024d)

Yläperiaate	Tavoite
Yhdenvertaisuus	Selkeä palvelujärjestelmä, palveluverkko ja palveluohjaus lisäävät peruspalvelujen saatavuutta, jatkuvuutta ja yhteensovittamista.
	Sote-henkilöstön riittävyyden, saatavuuden ja pysyvyyden varmistamiseen on luotu edellytykset.
Kustannusvaikuttavuus	Toiminta on taloudellisesti kestävä ja kustannusten kasvua hidastetaan suhteessa palveluntarpeen kasvuun.
	Toiminnan ohjauksessa ja johtamisessa painotetaan vaikuttavuusperustaisuutta.
Yhteistyö	Hyvinvointialueiden ja kuntien sekä muiden toimijoiden välillä on toimivat yhteistyörakenteet, joissa painottuu ennaltaehkäisy.
	Joustava ja kriinkestävä palvelujärjestelmä turvaa väestön terveyttä, hyvinvointia ja riittävää toimeentuloa koko maassa.
Tieto	Palvelujärjestelmään sekä perusterveyden- ja sosiaalihuollon palveluihin liittyvä tutkimus- ja kehittämistoiminta vahvistuu.
	Kansallisesti ja yhteistyöalueittain suunniteltu tiedonhallinta ja digitalisaatio tukevat tavoitteiden saavuttamista ja asukaslähtöistä toiminnan uudistamista.

Yhtenä keskeisimpänä keinona sote-uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseksi ovat sote-palvelujen perus- ja erikoistason palvelujen siirtäminen yhden järjestämisvastuullisen johdon ja rahoituksen alle. Näihin tavoitteisiin vastatakseen Rinteen/Marinin hallituksen sote-uudistukseen sisällytettiin hyvinvointialueuudistus, joka jatkossa vastaisi julkisen terveydenhuollon sote-palveluiden järjestämisestä. (Leppänen ym. 2024; STM 2024c.)

2.1.3 Hyvinvointialueet

Vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä siirtyi kunnilta ja kuntayhtymiltä 21 itsehallinnolliselle hyvinvointialueelle 1.1.2023 alkaen, joiden tehtävä on vastata niille lailla säädettyjen (Laki hyvinvointialueiden järjestämisestä 612/2021) tehtävien hoitamisesta, asukkaiden oikeuksien toteutumisesta, palvelukokonaisuuksien integroimisesta sekä palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta. Hyvinvointialueiden aluejako perustui lähtökohtaisesti Suomen maakuntajakoon, mutta Uudenmaan alueelle tehtiin niin kutsuttu erilliskäyttö, jossa Uudenmaan alue jaettiin neljään hyvinvointialueeseen. Lisäksi perustason sote-palvelujen ja pelastustoimen järjestämisestä vastaa hyvinvointialueen sijaan Helsingin kaupunki, ja erikoissairaanhoidosta Helsingin ja

Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS). Myös Ahvenanmaa jätettiin pois hyvinvointialuejaosta, ja se järjestää oman alueensa perustason sote-palvelut. Hyvinvointialueet voivat tuottaa palvelut itse, yhteistoiminnassa toisen hyvinvointialueen kanssa tai ostaa ne yksityiseltä palveluntuottajalta. (Leppänen ym. 2024; STM 2024e; Tynkkynen ym. 2025; STM 2025b.)

Hyvinvointialuetta johdetaan poliittisella johtamisella sekä operatiivisella eli ammattijohtamisella. Poliittisesta ja strategisesta johtamisesta vastaa aluevaltuusto, joka on hyvinvointialueen ylin päätäntäelin. Hyvinvointialueen asukkaat valitsevat aluevaltuuston hyvinvointialueella toimitettavissa aluevaaleissa. Hyvinvointialueen asukasluvun perusteella aluevaltuustoon valitaan 59–89 valtuutettua, joiden toimintakausi on neljä vuotta. Aluevaltuutetut vastaavat hyvinvointialueen toiminnasta kokonaisuutena, sen talousratkaisuista, hyvinvointialuestrategiasta, organisaatorakenteesta sekä siitä, minkälaisia käytännön toimintamalleja hyvinvointialueella noudatetaan. Aluevaltuuston keskeisin ohjausväline hyvinvointialueen toiminnan pitkäaikaisessa ohjaamisessa ja johtamisessa ovat hyvinvointialuestrategia yhdistettynä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelustrategiaan. Aluevaltuuston lisäksi hyvinvointialuetta johtaa aluehallitus sekä aluehallituksen alaisuudessa toimiva hyvinvointialuejohtaja, jonka aluevaltuusto valitsee. Aluevaltuuston tehtävänä on valita hyvinvointialuejohtaja sekä asettaa aluehallitus, joka johtaa aluevaltuuston päätösten valmistelua, toteuttamista, hyvinvointialueen toimintaa, hallintoa ja taloutta. Aluehallitus valvoo aluevaltuuston päätösten valmisteluista, täytäntöönpanosta ja laillisuudesta, sekä vastaa hyvinvointialueen toiminnan integroimisesta, palvelujen saatavuudesta ja saavutettavuudesta, omistajaohjauksesta, henkilöstöpolitiikasta sekä sisäisen valvonnan, riskienhallinnan ja sopimushallinnan järjestämisestä. Hyvinvointialuejohtaja toimii aluehallituksen niin kutsuttuna esittelijänä, jolla on oikeus käyttää puhevaltaa aluehallituksen puolesta, sekä saada nähtäväkseen hyvinvointialueen viranomaisilta saatuja tietoja. Aluevaltuuston tekemien päätösten jalkauttamisesta käytäntöön ovat vastuussa aluehallitus sekä henkilöstöorganisaatioissa työskentelevät viranhaltijat, kuten hyvinvointialuejohtaja sekä muut ylimmät virkahenkilöt. (Laki hyvinvointialueesta 611/2021; Leppänen ym. 2024; Paatela ym. 2025a.)

Hyvinvointialueiden rahoitusjärjestelmä muodostaa keskeisen taustan sote-uudistuksen toimivuuteen ja palveluiden järjestämiseen kohdistuvalle keskustelulle ja kritiikille. Vuonna 2023 sote-palveluiden rahoitus siirrettiin noin 300 kunnalta valtiolle, eli osaksi valtion budjettia. Tämä muutti palvelujärjestelmän periaatetta merkittävästi, sillä aikaisemmin kunnat pystyivät lisäämään sote-palveluiden rahoitusta esimerkiksi priorisoimalla sote-palveluja muiden toimialojen kustannuksella, tai nostamalla kunnallisveroa. (Tynkkynen ym. 2025.) Hyvinvointialueen rahoitus perustuu julkisen talouden suunnitelmassa päätettyyn valtionrahoitukseen, joka säädetään hyvinvointialueiden rahoituslaissa (617/2021). Hyvinvointialueilla ei ole verotusoikeutta, mutta valtionrahoituksen lisäksi hyvinvointialueet saavat tuottoa tuottamistaan sosiaali- ja terveystalouksista perittävistä asiakasmaksuista, myyntituotoista sekä pelastustoimen maksu- ja myyntituottojen osuudesta. Myös valtion avustusta ja muuta erillisrahoitusta on mahdollisuus myöntää hyvinvointialueelle. Valtionrahoitus on yleiskatteellista, eli hyvinvointialueen aluevaltuusto voi itse päättää miten käyttää rahat. Rahoitus koostuu siirtymätasauksista sekä laskennallisesta rahoitusmallista, joka huomioi hyvinvointialueiden asukasmäärän, alueelliset sote-palvelutarpeet sekä olosuhde-erot, kuten asukasmäärän, asukastiheyden, yliopistosairaalalisän, vieras-, saamen- ja kaksikielisyyden sekä saaristoisuuden. Pelastustoimen rahoituksessa huomioidaan lisäksi alueelliset riskitekijät. Siirtymätasauksilla tarkoitetaan sitä erotusta, joka hyvinvointialueen nykyisestä laskennallisesta rahoituksesta poikkeaa kuntien aiemmin käytetystä rahasta sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palveluiden järjestämisestä: jos hyvinvointialueen kustannukset ovat suuremmat kuin laskennallisen mallin alueelle kohdentama rahoitus, muutosta tasataan siirtymätasauslisällä, ja taas pienemmät hyvinvointialueen kustannukset tasataan siirtymätasausvähennyksellä. Vuonna 2025 laskennallinen rahoitus kaikille hyvinvointialueille on 26,3 miljardia euroa sekä hyvinvointialueiden yhteenlaskettua alijäämää 67,1 miljoonaa euroa, jolloin lopulliseksi valtionrahoitukseksi kaikille hyvinvointialueille muodostuu 26,2 miljardia euroa. Vuonna 2025 alijäämää oli yhteensä 11 hyvinvointialueella kaikista 21 hyvinvointialueesta. (HE 241/2020; Valtiovarainministeriö 2025.)

Hyvinvointialueet ovat itsehallinnollisia alueita (Leppänen ym. 2024; Tynkkynen ym. 2025). Leppänen ym. (2024) kuvailevat hyvinvointialueiden valtion ohjauksen olevan

niin sanottua pehmeää ohjausta ja keskittyvän hyvinvointialueiden strategiseen ohjaukseen, sillä ohjaus ei ole hyvinvointialueita sitovaa, vaikkakin ohjauksen perusteet nojaavat lainsäädäntöön. Hyvinvointialuelaki (611/2021) määrittelee hyvinvointialueiden olevan itsehallinnollisia alueita, joilla on toimivalta päättää alueensa sote-palveluiden järjestämistavoista sekä valtionrahoituksen kohdentamisesta. Pratchett (2004) määrittelee itsehallinnollisen eli autonomisen alueen kolme ulottuvuutta: 1) vapaus valtiosta ja muusta paikallishallintoa ylemmän tason hallinnosta (*freedom from central interference of higher authorities*), 2) vapaus vaikuttaa erilaisten tavoitteiden saavuttamisen toimintamalleihin (*freedom to effect particular outcomes*) sekä 3) vapaus ilmaista paikallista identiteettiä toiminnassa ja päätöksenteossa (*reflection of local identity*). Laissa ei määritellä hyvinvointialueiden itsehallintoa samalla tavoin kuin kunnallista itsehallintoa, mutta hyvinvointialuelaki (611/2021) luo perustan hyvinvointialueiden omalle alueelliselle päätöksenteolle, jonka keskeiset elementit ovat asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuus, hallinnon järjestäminen, taloudenhoito sekä hyvinvointialueen tehtävien ja sen hallinnon yleisten perusteiden lakisääteisyys (Leppänen ym. 2024; Paatela ym. 2025a). Hyvinvointialuelain (611/2021) 3. luvussa säädetään hyvinvointialueiden ohjauksessa, seurannasta ja laillisuusvalvonnasta, jota toteuttavat valtioneuvoston valtiovarainministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö sekä sisäministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö voivat antaa hyvinvointialueelle sote-järjestämistä koskevia toimenpidesuosituksia, mutta suositukset eivät ole hyvinvointialueita sitovia. (Leppänen ym. 2024.)

Hyvinvointialueiden itsehallinnon todellinen laajuus on herättänyt kritiikkiä ja keskustelua. Eduskunnan perustuslakivaliokunnan lausunnon (PeVL 17/2021) mukaan hyvinvointialueiden itsehallinto jää varsin ohueksi valtion ohjauksen, tehtävien järjestämistapaa koskevien rajoitusten ja valtiosta riippuvaisen rahoitusmallin vuoksi. Myös Tanner ym. (2025) sekä Viherkenttä (2021) yhtyvät näkemykseen hyvinvointialueiden rajoittuneesta itsehallinnosta, sillä laki määrittelee hyvinvointialueiden järjestämän palveluiden sisällön ja määrän eli laadun sekä saatavuuden vähimmäistason, josta hyvinvointialueiden ei ole paikallisesti mahdollista poiketa. Hyvinvointialueella on siis mahdollisuus tuottaa sote-palveluja lain vaatimaa vähimmäistasoa laajempaan ja laadukkaampaan, mutta vaihtoehto jää lähinnä teoreettiseksi valinnaksi sekä rajoittuu pääasiassa palveluverkoston ja

palvelujen tarjoamistapojen päättämiseen hyvinvointialueiden taloudellisen tilanteen vuoksi. Huomionarvoista pohdittavaa onkin, onko hyvinvointialueen viranomaisilla todellista vaikutusvaltaa ja mahdollisuuksia käyttää sitä, jos viranomaisten tehtävät ja niiden toteuttamistapa ovat sitovasti ennalta määriteltynä (Tanner ym. 2025).

Yhtenä hyvinvointialueiden itsehallintoa heikentävänä piirteenä on esitetty myös alueiden verotusoikeuden puuttuminen. Viherkenttä (2021) kuvaa verotusoikeuden puuttumisen tekevän alueen itsehallinnosta näin osin näennäisen. Hyvinvointialueet kokevat, ettei niillä ole taloudellista liikkumavaraa, eikä täten mahdollisuutta kehittää alueen palveluita (Tynkkynen ym. 2025). Tiukka talouskuri on ajanut hyvinvointialueita ahtaalle sekä pakottaa alueet tekemään epämiellyttäviä ratkaisuja säästösyistä, kuten henkilöstön yhteistoimintaneuvotteluja ja palveluiden supistamista (Launio ym. 2025; Savolainen ym. 2025). Esimerkiksi 1.4.2025 mennessä hyvinvointialueet sulkivat tai suunnittelivat suljettavaksi yhteensä 133 terveysasemaa kustannuspaineiden vuoksi. Haagan ym. (2025) SoteDataLab-hankkeessa havaittiin terveysasemien sulun vaikuttavan suoraan noin 860 000 asukkaaseen. Sote-uudistuksen vuosia kestänyt uudistusprosessi, ennakoitua suurempi kustannusten kasvu sekä valtion talouden heikko tilanne ovat pakottaneet hyvinvointialueet keskittymään ennen kaikkea talouden sopeuttamiseen siitäkin huolimatta, että palvelujärjestelmä vaatii myös resursseja ja kehittämistä organisaatiomuutoksen alkuvaiheessa (Paatela & Tynkkynen 2025a).

Hyvinvointialueiden talousongelmien ratkaisuksi on ehdotettu hyvinvointialueiden verotusoikeutta, esimerkiksi ansiotuloihin kohdistuvaa, tasautettua verotusta (Viherkenttä 2021), joka on herättänyt keskustelua puolesta ja vastaan. Eduskunnan perustuslakivaliokunta toteaa lausunnossaan (PeVL 26/2017 vp) maakunnallisilla itsehallinnoilla olevan Suomen perustuslain 121 §:n 4 momentin mukaan perusteltu oikeus itsenäiseen verotukseen. Parlamentaarinen maakuntaverokomitea (Valtioneuvosto 2021) puolestaan katsoi selvityksessään, että hyvinvointialueiden verotusoikeutta tulee harkita vasta kun hyvinvointialueiden rahoitusmallin toimivuudesta on saatu riittävästi näyttöä, ja jos hyvinvointialueiden tehtäväkenttää laajennetaan. Viherkenttä (2021) esittää, että hyvinvointialueiden verotusoikeus tehostaisi sote-palveluja sekä vastuuttaisi aluevaltuustoa olemaan niin sanotusti tilivelvollisia äänestäjilleen verorasituksen tasosta sekä tuotetuista palveluista. Täysin

suora ratkaisu hyvinvointialueiden verotusoikeus ei kuitenkaan ole, sillä hyvinvointialueiden veropohjat voivat poiketa toisistaan merkittävästi, joka jo itsessään on ongelmallinen kansalaisten yhdenvertaisuudenkin näkökulmasta (Viherkenttä 2021; Holster ym. 2025). Valtionrahoitusmallin lisäksi Paatela ja Tynkkynen (2025a) arvioivat hyvinvointialueiden olevan riippuvaisia myös muuttuvan politiikan kontekstista, sillä valtion vaihtelevat päätökset sekä eri hallituskausien muuttuvat teemat, painotukset ja tavoitteet julkisesta terveydenhuollosta ja sen menojen rahoittamisesta haastavat hyvinvointialueiden kykyä onnistua tehtävässään. Voidaankin siis todeta, että vaikka hyvinvointialueet ovat itsehallinnollisia alueita, lakisääteinen järjestämisvastuu sekä valtionrahoitus pitävät hyvinvointialueen tiukasti valtionohjauksessa (Tynkkynen ym. 2025).

Tiukasta sääntelystä ja valtionrahoituksesta huolimatta hyvinvointialueiden välillä on huomattavia eroja. Ne eroavat toisistaan asukasmääriltään, alueellisilta erityispiirteiltään, taloudelliselta tilanteeltaan, toimintaedellytyksiltään, toimintatavoiltaan (Viherkenttä 2021; Paatela ym. 2025), palveluvalikoimien saatavuudeltaan, uudistumisen vaiheiltaan (Tynkkynen ym. 2025) ja taloudelliselta organisoitumiseltaan (Paatela ym. 2025). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistaminen on laaja-alainen ja mittava kokonaisuus, jonka toimeenpano ja jalkauttaminen käytäntöön vie aikaa. Pelkästään hyvinvointialueiden strategisten linjauksen laatiminen ei tarkoita hyvinvointialueen pääsemistä haluttuihin tavoitteisiin, vaan tähän vaaditaan operatiivista johtajuutta eri yksiköissä, toimialoilla ja tulosalueilla. Hyvinvointialueiden eri tilanteet ja aluepiirteet asettavat kullekin alueelle omia erityishaasteita (Tynkkynen ym. 2025), jonka vuoksi myös hyvinvointialueiden johtohenkilöiden kohtaamat haasteet vaihtelevat alueittain.

2.2 Avoterveydenhuolto perusterveydenhuollon toimintaympäristönä

Julkinen terveydenhuolto jaetaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuoltoon, joiden eritasoiset tehtäväalueet määritellään terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan väestön terveydentilan seurantaa, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, päivystystä, kotisairaanhoidon, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveyden hoitoa ja päihde- ja riippuvuushoitoa siltä osin kuin niitä ei järjestetä erikoissairanhoidossa, sekä

avoterveydenhuoltoa. (Terveystieteiden tutkimuskeskus STM 2024b; STM 2024c; Terveystieteiden tutkimuskeskus STM 2024b.) Tässä luvussa keskitytään avoterveydenhuollon vastaanottotoimintaan ja sen järjestäytymisen määrittelemiseen sote-uudistuksen aikana.

2.2.1 Avoterveydenhuollon vastaanottotoiminnan järjestäminen

Avoterveydenhuollosta puhutaan eri lähteissä myös avosairaanhoidona. Sillä kuitenkin tarkoitetaan samaa, perusterveydenhuollossa järjestettävää yleislääketieteentasoista vastaanottotoimintaa. (Mölläri ym. 2018.) Vuonna 2023 avoterveydenhuollon käyntejä oli yhteensä 29,8 miljoonaa mukaan lukien läsnä- ja etäasioinnit, ja niitä käytti yhteensä 4,3 miljoonaa asiakasta eli 70 prosenttia väestöstä (THL 2024c). Avoterveydenhuollossa toteutettua palvelua ovat päivystysluontoiset kiirevastaanotot sekä ennalta sovitut, kiireettömät vastaanottopalvelut, joissa annetaan potilaan tarvitsemaa hoitoa tämän terveysongelman tai sairauden vuoksi (Mölläri ym. 2018). Avoterveydenhuollon palveluja ja vastaanottotoimintaa tuotetaan pääsääntöisesti hyvinvointialueen sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksissa (STM 2024e). Sote-keskusten lisäksi suppeampia sote-palveluja tuotetaan myös pienemmissä palvelupisteissä, kuten sote-asemilla ja sote-palvelupisteissä (Seppänen 2024; Keski-Suomen hyvinvointialue 2024).

Avoterveydenhuollon vastaanottotoimintaa toteuttavat terveydenhuollon eri ammattilaiset, kuten lääkärit, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja muut terveydenhuollon ammattilaiset. Itsenäisen vastaanottotoiminnan lisäksi ammattilaiset toteuttavat avoterveydenhuollossa erilaisia tutkimuksia, seulontoja ja toimenpiteitä, sekä tarjoavat puhelimitse ohjausta ja neuvontaa. (Peltonen 2009.) Vaikka avoterveydenhuollon vastaanottotoiminta nojaa pääasiassa yleislääkäreiden tekemään diagnostiikkaan ja määrittelemään hoitoon, sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla on merkittävä rooli avoterveydenhuollon palveluiden tarjonnassa. Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat ovatkin toteuttaneet sekä ennen että jälkeen sote-uudistuksen yli puolet avoterveydenhuollon lääkäri- ja hoitajavastaanoitoista ja etäasioinneista. (Hetemaa ym. 2025.)

Terveystieteiden tutkimuskeskus STM 1326/2010) 57 § edellyttää, että jokaisella terveydenhuollon toimintayksiköllä, kuten avoterveydenhuollon terveystieteiden tutkimuskeskuksella, tulee olla nimettynä

vastaava lääkäri, joka johtaa ja valvoo toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoitoa. Laki ei suoraan edellytä toimintayksikölle hoitotyön johtajaa, mutta hoitotyön henkilöstön johtaminen vaatii hoitotyön sisällön tuntevia hoitotyön johtajia, jotka ovat tuottamisvastuussa sosiaali- ja terveystalvveluista (Pölkki & Häggman-Laitila 2015). Hoitotyön henkilöstön lähiesihenkilönä toimii osastonhoitaja, ja hoitotyön johtamisesta vastaa keskijohdossa toimiva ylihoitaja (Meriläinen ym. 2016; Rissanen & Hujala 2017; Terkamo-Moisio ym. 2021).

Sote-uudistus on vaikuttanut merkittävästi sote-alan työntekijöihin ja heidän työnsuviinsä. Perusterveydenhuollossa ammattilaisten työnjako on ollut jo kauan murroksessa, ja sote-uudistuksen toimeenpano on saattanut vauhdittaa työn sisältöön ja toimenkuviin liittyviä muutoksia, kuten digitalisaation ja etäpalveluiden käyttöönottoa. Muutokset ovat aiheuttaneet tarvetta osaamisen kehittämislle. (Tynkkynen ym. 2025.) Hetemaan ym. (2025) mukaan avoterveydenhuollossa työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten, erityisesti lääkäreiden, työnsuva on muuttunut selkeästi sote-uudistuksen aikana. Jokaista potilasta ei ole tarpeen ohjata lääkärin vastaanotolle, vaan entistä useammin potilaiden ensivaiheen hoito pyritään järjestämään joko hoidon tarpeen arvioinnin aikana puhelimitse, tai hoitajavastaanotolla. Potilas voidaan myös ohjata suoraan sen ammattilaisen vastaanotolle, josta hän eniten hyötyy, kuten fysioterapeutin suoravastaanotolle. (Hetemaa ym. 2025; HE 74/2022.) Erilaisilla avoterveydenhuollon toimintamallien muutoksilla, kuten lääkäreille kuuluvien tehtävien siirtämisellä muille terveydenhuollon ammattilaisille, on pyritty sujuvoittamaan avoterveydenhuollon vastaanottotoimintaa sekä parantamaan hoitoon pääsyä. Jo ennen sote-uudistusta avoterveydenhuollon sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tehtävänkuvaa on laajennettu itsenäisillä vastaanotoilla, hoitajavetoisilla kiirevastaanotoilla sekä mahdollistettu hoitajien erikoispätevyys rajatulla lääkkeenmääräämisöikeudella. (Syrjä ym. 2019.) Hetemaan ym. (2025) mukaan osaltaan hoitajavetoista vastaanottotoimintaa ovat lisänneet myös avoterveydenhuoltoon liittyvät haasteet, kuten heikko resurssikehitys sekä lääkäripula.

Sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on ollut parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta erityisesti perusterveydenhuollossa (taulukko 2). Tähän on pyritty vastaamaan muun muassa digitaalisten palvelujen käyttöönötolla, toimintamallien

uudistuksella sekä avoterveydenhuollon palveluja koskevan lainsäädännön uudistamisella (STM 2022). Terveysdenhuoltolain (1326/2010) 51 §:n mukaan 1.9.2023 alkaen potilaan tulee saada arkipäivisin virka-aikana saman päivän aikana yhteys avoterveydenhuollon palvelupisteeseen. Samalla laissa määritettiin, että jatkossa nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt, kuten lähihoitajat, saavat toteuttaa hoidon tarpeen arviointia 31.8.2027 asti, ja jatkossa hoidon tarpeen arviointia tekevät ainoastaan laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt.

Terveysdenhuoltolaissa (1326/2010) on tiukennettu myös hoitotakuun enimmäisaikaa sote-uudistuksen aikana. Ennen sote-uudistusta hoitotakuu kiireettömään hoitoon pääsemiseksi oli lain mukaan kolme kuukautta. Eduskunnan hyväksynnän (HE 74/2022) jälkeen hoitotakuuta koskevaa lakia kiristettiin, ja 1.9.2023 alkaen kiireettömään hoitoon tulee päästä seuraavan 14 vuorokauden aikana hoidon tarpeen arvioinnista. (STM 2023.) Marttilan ym. (2024) raportissa todetaan lääkärille pääsyn nopeutuneen lakimuutoksen jälkeen, mutta enimmäisajan ylityksiä oli kaikilla hyvinvointialueilla. Kuitenkin säästösyihin vedoten Orpon hallitus esitti (HE 134/2024) hoitotakuun laskemista siten, että alle 23-vuotiaiden hoitotakuu säilyy toteutettavaksi 14 vuorokaudessa, ja yli 23-vuotiaiden hoitotakuu palautettaisiin kolmeen kuukauteen. Esityksen hyväksynnän jälkeen uusi hoitotakuu astui voimaan 1.1.2025.

2.2.2 Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystakeskus -ohjelma

Sote-uudistuksen yhtenä keskeisempänä tavoitteena on ollut siirtää painopistettä ehkäisevään työhön ja vahvistaa perusterveydenhuollon palveluja (taulukko 2). Tavoitteen saavuttamiseksi Marinin hallituskaudella vuonna 2020 STM käynnisti Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystakeskus -ohjelman sote-uudistuksen valmistelun ja sisällöllisen toimeenpanon tueksi. Ohjelman tarkoitus oli ottaa käyttöön uudenlainen, ihmisten tarpeiden mukaisesti rakentuva laaja-alainen sosiaali- ja terveystakeskus, jossa hyödynnetään uudenlaista työnjakoa, tarjotaan eri ammattilaisten ja erityistason konsultaatioita sekä hyödynnetään digitalisointia. Sote-keskus tarjoaisi eri sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, kuten perusterveydenhuollon, suun terveydenhuollon, sosiaalityön ja muun sosiaalihuollon palveluita, kotihoidon palveluita, perustason mielenterveys- ja päihdepalveluja, avokuntoutuspalveluja, kansansairauksien ehkäisyä, neuvolapalveluita ja muita ehkäiseviä palveluita sekä sähköisiä palveluita. Niissä työskentelisi lääketieteen, hammaslääketieteen ja

hoitotyön sekä sosiaalityön ja sosiaalihuollon ammattilaisia, sekä toimintaterapeutteja, psykologeja, fysioterapeutteja, ravitsemusterapeutteja ja puheterapeutteja. Näistä matalan kynnyksen tulevaisuuden sote-keskuksissa yhdistetään uudenlainen sosiaalihuollon ja terveydenhuollon integraatio. Sote-keskuksen ei välttämättä tarvitse olla yksi, yhteinen rakennus, vaan hyvinvointialueet suunnittelevat tilat ja palvelut asukkaiden tarpeiden mukaisesti. (STM 2024a.)

Ohjelma toteutettiin kaikilla 21 hyvinvointi- ja yhteistyöalueilla alueellisilla kehittämishankkeilla vuosina 2020–2023. Sen alueellista toimeenpanoa ohjelmoi ja tuki THL, sekä ohjelmatyön strategisesta johtamisesta vastasi STM, jotta kaikissa hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveyskeskuksissa olisi käytössä valtakunnallisesti yhtenäiset ja asukkaiden tarpeisiin vastaavat, integroidut toimintamallit. Ohjelmaa tuettiin valtionavustuksilla yhteensä 223 miljoonalla eurolla, jotka suunnattiin jokaiselle maakunnan alueen kunnan ja kuntayhtymän yhteiseen perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kehittämisen hankekokonaisuuteen. (STM 2021; STM 2024a; THL 2024a; Muurinen & Koivisto 2024.) Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmalle laadittiin viisi keskeistä tavoitetta, joilla ohjattiin palvelujen sisältöä ja toimintatapojen uudistamista (taulukko 4).

Taulukko 4. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2023 -ohjelman tavoitteet (STM 2024a)

1. Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen.
2. Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakkoivaan työhön.
3. Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen.
4. Palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistaminen.
5. Kustannusten nousun hillitseminen.

Ohjelman *ensimmäinen tavoitteen* palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantamisella pyritään varmistamaan, että perusterveyden- ja sosiaalihuollon palvelut ovat jokaisen saavutettavissa oikea-aikaisesti. Hyvinvointialueiden hankkeet vahvistivat hoitoon pääsyä muun muassa varmistamalla hoitotakuun toteutumista, kehittämällä ammattilaisten yhteistyötä ja työnjakoa, moniammatillisia toimintamalleja kuten omalääkäri- ja omahoitajamalleja, digitaalisia palveluita ja etävastaanottoja sekä parantamalla asiakas- ja palveluohjausta. Ohjelman *toisella tavoitteella* pyritään siirtämään toiminnan

painopistettä raskaista eli erikoissairaanhoidon palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön perusterveydenhuoltoon. Hyvinvointialueiden hankkeet ovat pyrkineet tavoitteeseen vahvistamalla hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä perusterveydenhuollon ehkäisevää työtä, kuten asiakasohjausta ja -neuvontaa, kohdennettuja hyvinvointitarkastuksia, sekä toimimalla yhteistyössä kolmannen sektorin toimijoiden ja kunnan toimialojen kanssa. *Kolmannella tavoitteella* parantaa palveluiden laatua ja vaikuttavuutta pyritään tehostamaan sote-palveluiden näyttöön perustuvaa tutkimusta ja palvelua, kuten lisäämällä käytännöntutkimusta ja vahvistamalla toimintamallien ja palveluiden vaikuttavuutta. Ohjelman *neljännellä tavoitteella* pyritään varmistamaan palveluiden monialaisuutta ja yhteentoimivuutta muun muassa integroimalla sosiaalipalveluja ja terveydenhuoltoa sekä perus- ja erityistason palveluja, jossa eri ammattiryhmien välinen yhteistyö on mahdollisimman sujuvaa ja saumatonta. Ohjelman *viidennellä tavoitteella* pyritään hillitsemään kustannusten nousua vastaamalla edellä mainittuihin tavoitteisiin, sillä potilaiden saadessa oikea-aikaista palvelua ja parantamalla hoidon saatavuutta ja jatkuvuutta ennaltaehkäistään samalla ongelmien syvenemistä ja kasautumista. Myös digitalisaation lisäämisellä ja painopisteen siirtämisellä perusterveydenhuoltoon hillitään kustannusten nousua pitkällä tähtäimellä, sekä näyttöön perustuvilla tutkimuksilla ja palveluilla lisätään kustannusvaikuttavuutta. (STM 2024a.)

2.3 Muutoksen luonne ja muutosprosessin keskeiset piirteet

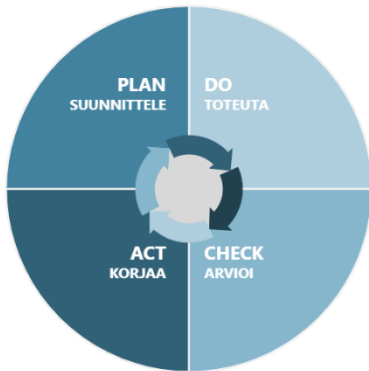
Antiikin kreikkalaisen filosofin Herakleitosin lausahdus ”*Et voi astua kahdesti samaan virtaan*” havainnollistaa ajattomana kuvauksena muutosten luonnetta, miten mikään muu ei ole pysyvää paitsi muutos. Nykypäivän organisaatiot pyrkivät jatkuvasti sopeutumaan toimintaympäristön eri muutoksiin, kuten palvelutuotteiden tai asiakkaiden tarpeiden uudistamiseen, organisaatioiden yhdistymiseen eli integrointiin, sekä muuttamalla organisaation rakenteita, järjestelmiä tai toimintatapoja (Juuti & Virtanen 2009; Kallankari 2019; Viitala & Jylhä 2025). Näiden muutosten tunnistaminen, ennakointi, suunnittelu sekä muutoksiin sopeutuminen ovat välttämättömiä taitoja, jotta organisaatio voi selviytyä muutoksesta ja kykenee toimimaan tehokkaasti (Akingbola ym. 2019).

Muutokset sekä niiden laajuus ja luonne ovat erilaisia. Muutos voi olla jatkuva, rajaton prosessi, tai sillä voi olla tarkka aikaraja. Sen voi käynnistää sisäiset tekijät,

tai se voi olla ulkoisten tekijöiden aikaansaama tai pakottama. Tyypillisesti muutokset ovat kehittämistä tai uudistamista, mutta muutos voi olla myös supistamista tai keskeyttämistä. (Viitala & Jylhä 2025.) Muutoksen kohde ja laajuus voi vaihdella yksilötason päivittäisen toiminnan kehittämisestä ja muutoksesta, mikrotasosta, koko organisaatiota eli mesotasoa koskeviin muutoksiin, tai ne voivat kohdistua laajoihin, valtakunnallista tai kansainvälistä toimintaympäristöä, makrotasoa, koskeviin rakenteellisiin muutoksiin. (Kallankari 2019.) Organisaation sisällä tapahtuvat muutokset voivat liittyä organisaation sisäisiin rakenteisiin, eri järjestelmiin ja laitteisiin, muuttamiseen paikkakunnalta toiselle, palvelutuotteiden tai asiakaspalvelun uudistamiseen ja kehittämiseen sekä organisaatioiden integrointiin (Juuti & Virtanen 2009; Kallankari 2019; Viitala & Jylhä 2025). Taas sote-uudistuksen kaltaisen, laajan rakenneuudistuksen vaikutukset ulottuvat koko Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään, vaikuttaen samalla valtakunnallisen järjestelmätason rakenteisiin, organisaatioihin sekä terveydenhuollon ammattilaisiin ja muihin toimijoihin (Hujala & Taskinen 2020). Viitala ja Jylhä (2025) toteavat muutoksen olevan aina oppimisprosessi, sillä muutosta ei pystytä suunnittelemaan etukäteen eikä tiedetä sen lopputulosta. Usein muutokset myös epäonnistuvat (Viitala & Jylhä 2025), ja vain 20 prosenttia muutoksista toteutuvatkin onnistuneesti (Kallankari 2019).

Vaikka muutosta voidaan yksinkertaisimmillaan kuvata siirtymisenä lähtötilanteesta tavoitetilaan, muutos harvoin etenee täysin ennalta määrättyjen vaiheiden mukaisesti tai lineaarisesti (Kallankari 2019; Viitala & Jylhä 2025). Kallankari (2019) kuvailee muutosta etenevänä prosessina, jonka aikana muutosta suunnitellaan, arvioidaan ja johon reagoidaan tarpeen mukaan. Muutokseen ja sen prosessiin vaikuttavan moninaisuuden, laajuuden ja luonteen vuoksi on kehitetty erilaisia muutosmalleja muutoksen toteuttamisen tueksi. (Kallankari 2019.) Tunnetuin muutosmalli maailmalla on Demingin laatusykli, joka tunnetaan myös PDCA-mallina: suunnittele muutos ja määrittele sen tavoitteet (*plan*), toteuta haluttu muutos (*do*), arvioi muutoksen suunta (*check*) ja korjaa toimintatapaa (*act*). Kuvio 1 havainnollistaa nelivaiheista PDCA-mallia, jossa muutos esitetään ympyrämallisena prosessina, jonka syklit seuraavat toisiaan, tai voivat samanaikaisesti limittäin palata edelliseen vaiheeseen. Sykliä aikana muutoksen toteuttaja pystyy kehittämään ja arvioimaan

toimintaansa, eikä muutosprosessia tarvitse välttämättä aloittaa aina alusta. (STM & Kuntaliitto 2014; Kallankari 2019.)



Kuvio 1. PDCA-malli eli Demingin ympyrä, muutoksen ympyrämallinen prosessi

2.3.1 Muutosjohtaminen

Johtamista koskevia teorioita, näkökulmia ja malleja on kehitetty runsaasti 1900-luvulta lähtien (Rissanen & Hujala 2017; Viitala & Jylhä 2025). Johtamisteoriat ymmärretään selitysyriyksiksi, jolla tiede pyrkii ymmärtämään johtamista (Rissanen & Hujala 2017), ja joiden avulla johtajat pystyvät hyödyntämään eri toimintamalleja haasteiden kohtaamiseen, organisaation suorituskyvyn ja tiimien yhteistyön parantamiseen sekä henkilöstötyytyväisyyden lisäämiseen (Sikalgar ym. 2025). Usein johtamisteorioiden, -näkökulmien ja -mallien käsitteitä käytetään hajanaisesti. Kirjallisuudessa viitataan usein johtamisnäkökulmaan, johtamissuuntauksiin ja ”johtamis-ismeihin”, mutta niillä tarkoitetaan kuitenkin samaa: tietyn johtamisen alueen, kuten strategian, osaamisen tai muutoksen tarkastelua. Erilaiset johtamisnäkökulmat tarkastelevat johtamista esimerkiksi laadun kehittämisen näkökulmasta (laatujohtaminen), strategian luomisen, toimeenpanon ja arvioinnin kannalta (strateginen johtaminen), organisaation tavoitteen ja tulosten pohjalta (tavoite- ja tulosjohtaminen), ajantasaisen tiedon kannalta (tiedolla johtaminen) sekä muutoksen läpiviennin näkökulmasta (muutosjohtaminen). (Rissanen & Hujala 2017.) Tässä tutkielmassa keskitytään jälkimmäisen johtamisnäkökulman, muutosjohtamisen tarkasteluun.

Muutosjohtamisesta (*change management, change leadership*) käsitteenä ei ole olemassa yhtä, täsmällistä määritelmää, sillä muutosjohtaminen on yleistä (Lindell

2017; Taskinen 2017; Vakkala 2012). Se merkitsee kuitenkin monitasoisen muutoksen jalkauttamista ja tukemista organisaatiossa (Viitala 2005), muutosprosessin johtamista, ohjaamista ja kontrolloimista (Juuti & Virtanen 2009; Juppo 2011), sekä systemaattista toimintaa (Kallankari 2019; Viitala & Jylhä 2025), jolla sovelletaan muutosprosessin vaiheita ja työkaluja muutoksen inhimillisen puolen johtamiseen halutun muutoksen toteuttamiseksi (Galli 2018). Muutoksen luonteen ja muutosprosessin dynamiikan ymmärtäminen mahdollistaa muutosjohtajalle muutosprosessin etenemisen jäsentämisen, valitsemaan ja luomaan sen vaiheille sopivat strategiat ja järjestelmät (Juppo 2011; Phillips & Klein 2023), sekä tunnistamaan ihmisten johtamisen ja asiajohtamisen tarpeen muutoksen johtamisessa (Kallankari 2019).

Mitä moniulotteisemmasta muutoksesta on kyse, ja mitä laajemmin sen vaikutukset kohdistuvat organisaation henkilöstöön, sen korostuneempaa on onnistuneen muutosjohtamisen tarve (Kallankari 2019) ja sitä suuremmat kapasiteettivaatimukset muutosjohtajalla tulee olla (Stenvall & Virtanen 2012). Käytännön ja omaksutun ajattelutavan vuoksi muutosjohtamista toteuttaa usein organisaation johtohenkilö (Vakkala 2012). Muutosjohtajan vastuualueet riippuvat taas siitä, millä organisaatiotasolla hän toimii: ylimmässä johdossa, keskijohdossa tai lähijohdossa. Organisaation ylin johto vastaa ensisijaisesti muutoksen ja yhteistyön strategiasta ja rakenteista, kun taas keski- ja lähijohto vastaavat toimintamallien implementoinnista eli jalkauttamisesta käytäntöön ja osallistuvat organisaation kehittämiseen. Keski- ja lähijohdon muutosjohtajilta edellytetään kokonaisuuksien hallintaa, verkostoitumis- ja viestintätaitoja, tuntemusta organisaation eri toimijoista ja toimialoista sekä tuntemusta työntekijöiden substanssiosaamisesta. He myös tyypillisesti toimeenpanevat ylimmän johdon asettamat muutostavoitteet ja johtavat muutosta toimintaympäristössä ja arjen kentällä. (Laulainen ym. 2020.)

Perinteisesti muutoksen johtamisen kenttä jaotellaan kahteen muutosprosessiin, joita muutosjohtaja voi hyödyntää muutoksen luonteen mukaisesti: asioiden johtamiseen (*management*) ja ihmisten johtamiseen (*leadership*). Käytännön johtamistyössä asiajohtaminen ja ihmisjohtaminen ovat kuitenkin toisistaan riippuvaisia ja niihin liittyvät toiminnot toteutuvat usein päällekkäin. (Juppo 2011; Stenvall & Virtanen 2012; Rissanen & Hujala 2017.) Asiajohtamisessa korostuvat muutoksen varsinainen

toteuttaminen, toiminnan johtaminen, pysyvyyden tavoittelemineen, muutoksen suunnittelu, tavoitteiden asettaminen, ja ennustettavuus, sekä muutokseen liittyvä budjetointi, organisointi, resurssien ja laitteiden hankkiminen, valvonta, muutoksen etenemisen seuranta ja ongelmanratkaisu (Juppo 2011; Kallankari 2019). Pienissä, paikallisissa muutoksissa, kuten järjestelmien ja laitteiden hankinnassa riittää usein pelkästään asajohtaminen, mutta uusien laitteiden käyttöönotto koskettaa henkilöstöä, jolloin vaaditaan ihmisjohtamista (Kallankari 2019).

Johdettaessa laajoja ja kompleksisia muutoksia, jotka koskettavat koko organisaatiota ja sen eri tasoja, korostuu ihmisjohtamisen merkitys (Kallankari 2019). Kirjallisuuden ja muutosjohtamisteoreetikoiden mukaan muutoksen todellinen aikaansaava voima on organisaatiossa työskentelevät ihmiset, sillä usein muutokset kohdistuvat henkilöstön toimintatapojen muuttamiseen (Ouedraogo & Ouakouak 2018; Kallankari 2019; Viitala & Jylhä 2025; Burke 2023; Kotter 1996).

Saksalaissyntyisen sosiaali- ja organisaatiopsykologin Kurt Lewinin mukaan muutoksen kohteena ei tule kuitenkaan pitää yksilöä ja tämän toimintatapoja, vaan laajempaa järjestelmän osaa, kuten organisaatiokulttuuria. Lewinin mukaan muutoksen onnistuneen jalkauttamisen avainasemassa ovat yhteisön normit, sillä niin kauan kuin yhteisön normit ja toimintatavat ovat muuttumattomat, yksilö vastustaa muutosta sitä voimakkaammin, mitä enemmän hänen odotetaan poikkeavan yhteisön normeista. Jos yhteisön normiin saadaan muutos, myös yksilön ja yhteisön normien välisestä suhteesta johtuva vastarinta häviää. (Burke 2023.)

Organisaatiokulttuuri on osa organisaation aineetonta pääomaa (Varis 2012), joka tarjoaa laajenevan näkökulman organisaation sosiaaliseen todellisuuteen (Kinnunen 2017). Se ilmenee organisaation arvoina, normeina, asenteina, traditioina ja uskomuksina (Varis 2012) sekä tapana, jolla koko henkilöstö toimii organisaatiossa (Burke 2023). Organisaation henkilöstö työskentelee joka päivä organisaation kulttuurijärjestelmässä, jolla voi olla yllättävän paljon vaikutuksia yksilön ja työyhteisön ajattelumalleihin ja tapoihin (Kinnunen 2017). Organisaatiokulttuurin ominaisuuksiin vaikuttavat organisaation historia ja henkilöstön aikaisemmat kokemukset asioiden hoitamisesta organisaatiossa (Burke 2023), esimerkiksi työyhteisön ilmapiirin on vaikea muuttua avoimeksi, jos organisaation historiassa on vallinnut kulttuuri, jossa ikävien viestien tuojia syytetään.

Muutoksen johtajan on keskeistä tuntea organisaation kulttuuria ja sen historiaa, sillä jos hän jättää organisaatiokulttuurin kokonaan huomiotta johtaessaan muutosprosessia, muutos usein epäonnistuu (Varis 2012). Organisaatiossa vallitseva kulttuuri voi olla muutoksen onnistumiselle merkittävä voimavara ja muutosta fasilitoiva, eli helpottava tekijä, tai se voi olla myös haittaava ja hidastava tekijä, joka asettaa muutoksen onnistumiselle merkittäviä esteitä (Varis 2012).

Organisaatiokulttuurin uudistaminen ja muuttaminen on vaikeaa ja monimutkaista, joka voi kestää vuosia (Juppo 2011; Kinnunen 2017; Harrington 2018), etenkin jos työyhteisö on tyytyväinen nykytilanteeseen eikä muutokselle nähdä tarvetta (Burke 2023). Kinnunen (2017) esittää, ettei muutoksen johtaja ja esihenkilö pysty kontrolloimaan yksilöiden arjen toimintaa johtamisjärjestelmän avulla, vaan organisaatiokulttuurin muuttaminen onnistuu ainoastaan muuttamalla ryhmän sisäisiä osakulttuureja, esimerkiksi tuomalla tavoitteellisella tavalla ajattelevia uusia jäseniä ryhmään, keskustelemalla ja sopimalla avoimesti, hajottamalla vanha ryhmä ja koostamalla se uudelleen tai vaihtamalla lähijohtaja. Myös Paatelan ja Tynkkysen (2025b) mukaan hyvinvointialueelle siirtyminen on ollut laaja organisaatiokulttuurinen muutos, jolloin eri palvelutasoilla työskentelevien ammattilaisten yhteistyötä voidaan tukea organisaatiokulttuuria edistävillä toimilla, kuten pyrkiä poistamaan professioiden välisiä jännitteitä ja omaksumalla jopa uudenlaista ammatillista identiteettiä. Kallankari (2019) esittää oppaassaan organisaation yhdeksän tekijää (taulukko 5), jotka edistävät muutokselle suotuisaa maaperää ja muutoksen toteuttamista helpottavaa kulttuuria.

Taulukko 5. Muutoksen hedelmällisen maaperän tekijät (Kallankari 2019, s. 30–31)

1. Muutosmyönteinen ja joustava henkilöstö, jolla aikaa ja mahdollisuuksia kehittämiselle
2. Hyvinvoiva henkilöstö
3. Muutosmyönteinen, kehittämisaktiivinen ja vuorovaikutteinen esihenkilö
4. Osallistumisen mahdollistaminen
5. Organisaation selkeät ja avoimet arvot, visiot ja tavoitteet
6. Oikea-aikainen ja jatkuva viestintä
7. Henkilöstön osaamisen tunnistaminen
8. Organisaation aiemmat kokemukset onnistuneista muutoksista
9. Ylimmän johdon muutosmyönteisyys, resurssien tarjoaminen, tuki esihenkilölle ja yhtenäinen muutosviestintä

Ihmisjohtaminen edellyttää houkuttelevan vision luomista muutoksesta ja henkilöstön sitouttamista muutokseen sen tavoitteen toteutumiseksi (Vakkala 2012; Dumas & Beinecke 2018; Kallankari 2019). Haastavinta tehtävässä onkin, kuinka saada ihminen tai ihmisryhmä hyväksymään uusi visio ja tekemään tarvittavat muutokset mukavuusalueensa ulkopuolella. Muutosjohtajien tehtävä on motivoida henkilöstöä sitoutumaan ja panostamaan muutoksen onnistumisen varmistamiseksi, sekä auttaa henkilöstöä voittamaan muutoksesta nousevat pelot ja muutosvastarinta.

(Ouedraogo & Ouakouak 2018.) Muutokseen sitoutumista haastaa myös se, että muutosprosessi etenee jokaisen mielessä yksilöllisesti, sillä siihen vaikuttavat aikaisemmat kokemukset muutoksista, muutoksesta saatu tieto, käsitys toteuttavasta muutoksesta ja sen vaikutuksista (Kallankari 2019). Tunnettu muutosjohtaja ja Harvardin yliopiston professori Kotter (1996) on esittänyt, että muutoshankkeiden onnistuminen edellyttääkin 70–90 prosenttia ihmisten johtamista, ja vain 10–30 prosenttia asioiden johtamista.

Kuten johtamisteorioissakin, myös muutosjohtamisen tueksi on kehitetty erilaisia muutosjohtamisen malleja muutosprosessien edistämiseksi, muutoksen johtamiseen liittyvien toimintamallien yhdistämiseksi ja onnistuneen muutoksen saavuttamiseksi (Kallankari 2019). Muutosjohtamismallit kuvaavat, mitkä toimet ovat välttämättömiä muutoksen toteuttamiseksi, sekä missä järjestyksessä ja muutosprosessin vaiheissa ne tulee toteuttaa. Muutokset ovat tyypillisesti erilaisia, kaoottisia ja niitä toteutetaan

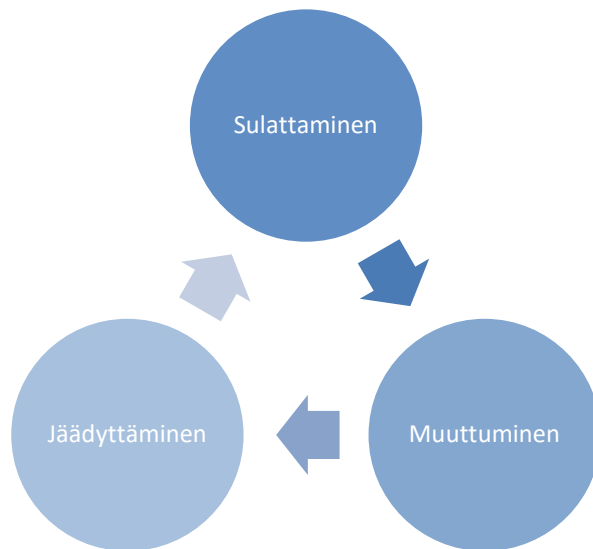
eri konteksteissa, jonka vuoksi ei ole yhtä, oikeaa ja pätevää muutosjohtamismallia, joka soveltuisi täydellisesti jokaisen muutosprosessin strategiaksi. Niitä voidaan kuitenkin hyödyntää muutoksen johtamisessa sekä harkita eri lähestymistapoja ja malleja muutoksen eri konteksteissa. (Phillips & Klein 2023.) Vaikka muutosjohtamismalleissa on eroavaisuuksia niiden näkökannoissa ja painopisteissä (Vakkala 2012), monissa muutosjohtamismallien vaiheissa ja strategioissa esiintyy kuitenkin yhtäläisyyksiä (Phillips & Klein 2023), kuten alkutilanteen hahmottamisessa ja heräämisessä, muutostarpeen rakentamisessa ja muutoksen ohjaamisessa (Dumas & Beinecke 2018). Yhdet tunnetuimmista muutosjohtamisen teorioista ovat Kotterin kahdeksanportainen muutosmalli ja Lewinin kolmivaiheinen muutosmalli, jotka esitellään seuraavaksi lyhyesti.

John P. Kotterin (1996) kahdeksanvaiheinen prosessi (kuvio 2) kuvastaa onnistuneen muutoksen kahdeksan kriteeriä ja askelmaa, joilla voidaan välttää tyypillisimmät muutosprosessin sudenkuopat ja virheet ottamalla henkilöstö mukaan muutoksen toteuttamiseen (Kotter 1996; Lindell 2011). Kotterin prosessia on käytetty laajasti yritysmaailmassa sekä sovellettu sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä (Carman ym. 2019). Muutosprosessin ensimmäisten (1.–4.) vaiheiden aikana tarkoitus on purkaa yrityksen nykyistä tilannetta. Seuraavien kolmen (5.–7.) vaiheen aikana henkilöstölle esitellään uusia toimintatapoja ja viimeisessä vaiheessa uudet toimintamallit juurrutetaan yrityskulttuuriin. (Kotter 1996.)



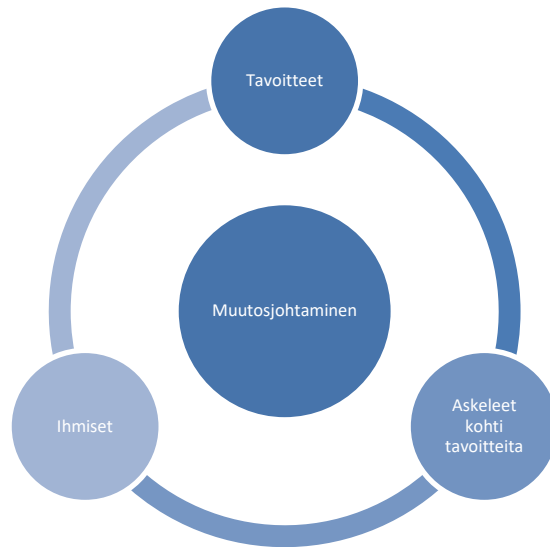
Kuvio 2. Kotterin kahdeksanvaiheinen muutosprosessi (Kotter 1996, s. 18 mukaillen)

Toimintatutkimuksen kehittäjänä ja muutosteorioiden oppi-isänä tunnetun Kurt Lewinin (1947) kolmivaiheista muutosmallia pidetään ensimmäisenä varsinaisena muutosjohtamisen teoriana. Lewin piti ryhmätoimintaa muutoksen onnistumisen edellytyksenä, sillä yhteisön normien muuttamisella saadaan aikaiseksi pidempikestoisia muutoksia kuin yksilön rutiinin muutoksilla. Syklimäisen kolmivaiheisen muutosmallin (kuvio 3) ensimmäisessä vaiheessa horjutetaan ja sulatetaan (*unfreezing*) organisaation tasapainoa ja henkilöstön vanhoja malleja, jotta opitusta käyttäytymisestä uskalletaan päästää irti ja uusi toimintamalli saa tilaa ja se voidaan omaksua menestyksekkäästi. Mallin toisessa vaiheessa toteutetaan organisaation muuttuminen (*moving*), jolloin kehitetään uusia toimintamalleja ja pyritään ottamaan huomioon kaikki muutokseen vaikuttavat voimat, tunnistamaan ja arvioimaan muutosta kokeilujen ja erehdyksien kautta. Viimeisessä vaiheessa muutos ja uudet toimintamallit pyritään vakiinnuttamaan ja jäädäyttämään (*refreezing*) organisaatioon, jotta vanhoihin toimintamalleihin ja käyttäytymiseen ei enää palattaisi. (Burnes 2004; Vakkala 2012.)



Kuvio 3. Lewinin kolmivaiheinen muutosmalli (Vakkala 2012, s. 55 mukaillen)

Kirjallisuudessa on esitetty siis erilaisia teorioita, malleja ja tutkimuksia muutoksen johtamisen tueksi. Muutosjohtamismalleissa esiintyy yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia riippuen, mistä näkökulmasta muutoksen johtamista tarkastellaan, millä keinoin muutoksia toteutetaan ja mitä tekijöitä johtamisessa korostetaan. Muutosjohtamisen teorioissa ei ole yhtä, vallitsevaa teoriaa tai toteutustapaa, sillä muutosjohtamisteorioiden kenttä on rakentunut eri tasoista ja haaroista (Vakkala 2012). Kallankari (2019) esittää, että yksinkertaisimmillaan muutosjohtaminen edellyttää kolme keskeistä tekijää muutoksen jalkauttamiseksi: tavoitteet, toimenpiteet ja ihmiset (kuvio 4). Nämä kolme keskeistä tekijää esitellään seuraavissa kappaleissa.



Kuvio 4. Muutosjohtamisen keskeiset tekijät (Kallankari 2019, s. 155 mukaillen)

Muutoksen koko kehyksen ja perustan luovat muutoksen tavoite ja tarkoitus, joilla perustellaan muutoksen tarve (Stouten ym. 2018; Kallankari 2019). Mitä suuremmasta organisaatiosta tai laajemmasta muutoksesta on kyse, sitä tärkeämpää on muutoksen suunnittelu ja muutoksen tarpeen selkeyttäminen organisaation jäsenille. Muutoksen suunnittelu edellyttää muutoksen tarkoituksen ja tavoitteiden määrittämisen, lähtötilanteen selvittämisen, muutoksen innovoinnin ja innostavan vision luomisen, alustavien toimenpiteiden ja viestintäsuunnitelman laatimisen, resurssien ja aikataulun luomisen, sekä arvioinnin siitä, millä keinoin muutosta toteutetaan organisaatiossa ja millaisia realistisia vaikutuksia muutoksella tulee olemaan henkilöstöön (Kallankari 2019). Muutosta suunniteltaessa on hyvä hyödyntää henkilöstön osaamista sekä ottaa henkilöstö mukaan muutoksen suunnitteluun, sillä täten voidaan edistää henkilöstön sitoutumista muutokseen jo sen suunnittelusta lähtien (Bordia ym. 2004; Kallankari 2019; Paatela & Tynkkynen 2025b), ja monesti henkilöstöllä on paras käsitys siitä, miten muutostoimet vaikuttavat konkreettisesti työn arkeen (Kallankari 2019; Paatela & Tynkkynen 2025b). Henkilöstön mukaan ottaminen muutoksen suunnitteluun voi osoittautua hankalaksi hyvinvointialueen tapaisessa, rakenteisesti hierarkkisessa ja suuressa organisaatiossa, ellei muutoksen johtajat ja ylemmät johtohenkilöt ole perehtyneet muilla organisaatiotasoilla työskentelevän henkilöstön toimintatapoihin ja työhön (Paatela & Tynkkynen 2025b).

Muutosjohtajan on vaikea johtaa muutosta ja luoda muutosvisiota henkilöstölle, jos muutoksen johtajalla itsellään ei ole uskoa, ymmärrystä tai tietoa käsiteltävästä muutoksesta, sen tarkoituksista ja tavoitteista. Suunniteltaessa muutosta tulisi kirkastaa sekä itselleen että henkilökunnalle muutoksen tarkoitus, tavoite ja visio edistääkseen muutoksen onnistumista. (Juppo 2011; Stouten ym. 2018; Kallankari 2019.) Muutos aiheuttaa sitä vähemmän pelkoa ja muutosvastarintaa, mitä enemmän siitä tiedetään (Van Den Heuvel ym. 2015; Stouten ym. 2018; Kallankari 2019).

Innostavalla muutosvisiolla luodaan mielikuvaa ja unelmaa siitä, millainen organisaatio on tulevaisuudessa, mitä muutoksella voidaan saavuttaa ja millä keinoin. Mitä innostuneempi henkilöstö on muutosvisiosta, sitä helpompaa on sitouttaa henkilöstö muutokseen. (Stenvall & Virtanen 2012; Kallankari 2019.)

Ohjaava, ylhäältä käynnistetty ja tehtävien kontrollointi on harvoin hyödyllinen keino henkilöstön sitouttamiseksi muutokseen (Dumas & Beinecke 2018). Henkilöstön sitoutumista muutokseen helpottaa muutoksen konkretian hahmottaminen, kuten tiedottaminen siitä, milloin ja mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan, sillä muutos vaikuttaa juuri heidän arkensa toimintaan. Toimenpidesuunnitelma tekee näkyväksi sen, mitä muutosprosessin aikana tapahtuu ja millaisia haasteita tai kysymyksiä muutosprosessin aikana tulisi ratkaista. Alustavia toimenpiteitä tukee selkeä suunnitelma, jossa toimenpiteillä on asetettu aikataulu sekä vastuuhenkilöt, jotka arvioivat ja reagoivat muutostoimenpiteisiin ja tarvittaessa muuttavat alkuperäistä suunnitelmaa. Nimeämällä vastuuhenkilöt tuetaan muutosprosessin selkeyttä ja tehdään näkyväksi kunkin toimijan rooli ja vastuutehtävät muutosprosessin toimenpiteissä. Aikataulun asettamisella taas luodaan muutoksen raamit; missä ajassa muutos konkreettisesti etenee, milloin käynnistetään muutoksen seuraava vaihe ja milloin muutos on tarkoitus saada implementoitua osaksi käytäntöön. (Kallankari 2019.)

Muutosjohtamisen toisessa keskeisessä tekijässä keskitytään muutoksen käynnistämiseen ja toteuttamiseen, eli askeliin kohti muutoksen tavoitteiden toteuttamista. Muutoksen käynnistämisvaiheessa on keskeistä huomioida muutosviestintä sekä henkilöstön osallistaminen samanaikaisesti jo varhaisessa vaiheessa (Sung & Kim 2021; Kallankari 2019), sillä huolellisesti käynnistetty muutos luo edellytykset henkilöstön sitoutumiselle ja motivoimiselle sekä edistää henkilöstön saamista mukaan muutokseen. Muutoksen käynnistyessä henkilöstön osallistamista

voidaan vahvistaa tiedottamalla selkeästi henkilöstön vaikutusmahdollisuuksista muutoksen suunnitteluun, toteuttamiseen ja lopputulokseen, sekä esittämällä avoimia kysymyksiä henkilöstön näkemyksistä ja ajatuksista muutokseen. (Kallankari 2019.) Pelkkä tiedon siirtäminen henkilöstölle ei ole kuitenkaan riittävä toimenpide muutosprosessin eteenpäin viemiseksi, vaan sitä tulee muokata, jäsentää ja tuottaa siten, että muutoksen syyt, toimintatavat ja oletetut vaikutukset ovat henkilöstölle ymmärrettäviä (Juppo 2011).

Motivoituminen ja sitoutuminen muutokseen ei onnistu kuitenkaan ilman muutoksen ymmärtämistä, sillä epätietoisuus muutoksesta luo ihmisissä pelkoa, epävarmuutta, tulkinnanvaraisuutta, spekulointia ja muutosvastarintaa (Bordia ym. 2004; Harrington 2018; Kallankari 2019). Muutoksen käynnistäminen tapahtuu usein muutoksesta tiedottamisella muutostyökokouksessa tai tiedotustilaisuudessa, jossa muutoksen alkaminen ja käynnistyminen tehdään henkilöstölle näkyväksi ja viralliseksi. Muutoksen ymmärtämiseksi sekä sen suunnitteluun ja toteuttamiseen henkilöstö tarvitsee ajantasaista ja asianmukaista tietoa käsiteltävästä muutoksesta, josta viestitään keskustelevasti ja tiedotetaan riittävän usein, esimerkiksi sähköpostitse viikkotiedotteilla tai organisaation intranetissä. Muutosviestintä ja -tiedottaminen ovat kriittisen tärkeä työkalu muutosjohtamisen tueksi ja mainittujen haitallisten seurausten ehkäisemiseksi, kuten myös tapa, jolla viestintä toteutetaan. (Harrington 2018; Kallankari 2019.) Yksisuuntainen tiedottaminen ilman henkilöstön osallistamista saattaa lisätä tietoa muutoksesta, mutta sillä ei usein saavuteta ymmärrystä tai sitoutumista. Esimerkiksi keskustelufoorumien ja osallistavien ryhmätyömenetelmien avulla henkilöstöä osallistetaan keskusteluun, joissa on mahdollista vaikuttaa muutokseen, keskustella muutoksesta ja esittää siihen liittyviä kysymyksiä. (Bordia ym. 2004; Harrington 2018; Kallankari 2019.) Asian todellinen ymmärtäminen edellyttää ajattelemista (Kallankari 2019).

Muutoksen varsinainen voima sekä muutosjohtamisen viimeinen keskeinen tekijä ovat muutosta toteuttavat ihmiset eli organisaation henkilöstö. Kuten aikaisemmin esiteltiin, muutosprosessia edistetään asajohtamisella sekä ihmisjohtamisella, johon vaikuttavat organisaatiokulttuurista kumpuavat vaikutukset, sekä ihmisen yksilölliset piirteet, tunteet, toimintatavat, arvot, motivaatio, uskomukset ja asenteet.

Muutosjohtamisen tavoitteena on saada henkilöstö mukaan osaksi muutosta

vaikuttamalla henkilöstön mielenprosesseihin, sekä johtamalla ja valmentamalla heitä. Jokaisen työntekijän käyttäytymiseen, reagoimiseen ja tunteisiin muutosprosessin aikana vaikuttavat hänen omat käsityksensä, asenteensa ja ymmärryksensä muutoksesta, ja siksi jokaisen työntekijän mielenprosessi muutoksesta etenee yksilöllisesti omaa tahtiaan. (Kallankari 2019.)

Muutosjohtamisen kannalta on tärkeää ymmärtää muutoksesta aiheutuvien tunteiden ja mielenprosessin dynamiikka, miten ne vaikuttavat ihmisten toimintaan, ja miten muutosvastarinta tulee kohdata. Tieto muutoksesta voi käynnistää yksilöissä negatiivisia tunnereaktioita, jolloin kyky vastaanottaa ja ymmärtää informaatiota heikkenee. Tämän vuoksi muutosjohtajan on tärkeää ymmärtää ja tuntea tunnereaktioiden vaikutukset muutosprosessien hallinnassa. (Van Den Heuvel ym. 2015; Kallankari 2019.)

Usein ihmiset eivät vastusta itse muutosta, vaan muutoksesta aiheutuvia seurauksia omaan työhön, työympäristöön ja olosuhteisiin. Muutosvastarinta ilmenee negatiivisina tunnereaktioina, kuten pelkona, kieltämisenä, aggressiona, välinpitämättömyytenä ja itsesuojeluna. (Viitala & Jylhä 2019; Kallankari 2019.)

Varsinkin pakotettujen ja ylhäältä alaspäin ohjatuiden muutosten on tunnistettu aiheuttavan voimakastakin muutosvastarintaa, sillä muutos voi aiheuttaa dramaattisia muutoksia yksilön työrutiineihin ja ympäristöön (Laumer ym. 2016), kun taas henkilöstön sisältä tuotu muutos tyypillisesti sitouttaa henkilöstöä muutokseen, sillä muutos koetaan vastaavan henkilöstön arvoja ja etuja (Harrington 2018). Jokainen kokee muutoksesta koituvat tunnereaktiot kuitenkin yksilöllisesti: toiset voivat innostua uudesta ja olla lähtökohtaisesti muutosmyönteisempiä (Viitala & Jylhä 2019), ja toiset, jotka suosivat vakaata ja turvallista työympäristöä ja stressaantuvat herkästi siihen kohdistuvista muutoksista, vastustavat muutoksia voimakkaammin (Laumer ym. 2016).

Ihmiset pyrkivät suojelemaan itseään tilanteissa, joissa turvallista ja vakaata työympäristöä uhkaa tuntematon muutos. Täten negatiiviset tunnereaktiot ja pelot ovat hyvinkin luonnollisia reaktioita, joihin on tärkeää reagoida nopeasti ja faktapohjaisesti, sekä selvittää syyt muutosvastarinnalle, esimerkiksi keskustelemalla henkilökohtaisesti työntekijän tai työyhteisön kanssa. (Kallankari 2019.) Sen sijaan, että henkilöstön muutosvastarinta kohdattaisiin muutoksen esteenä ja haitallisena

tekijänä, organisaation tulisi oppia käsittelemään kriittiset näkemykset rakentavana palautteena ja hyödyntää muutosprosessin ohjaamisessa. Muutos, joka ei herätä henkilöstössä kritiikkiä ja vastustusta, voi epäonnistua juuri henkilöstön muutoksen arvioinnin ja reflektoinnin puutteen vuoksi. (Van Den Heuvel ym. 2015; Kallankari 2019.) Syyt muutosvastarinnalle voivat olla riittämätön tieto muutoksesta ja sen vaikutuksista, pelko ja epäluulo tulevaisuudesta tai luottamuksen puute organisaatioon, esihenkilöön tai muutoksen johtajaan. Tarjoamalla tietoa ja ymmärrystä muutoksesta sekä keskustelemalla vuorovaikutuksellisesti henkilöstön kanssa pystytään edistämään muutoksen hyväksymistä, sitoutumaan muutokseen, lisäämään henkilöstön hallinnan tunnetta muutoksesta sekä lopulta omaksumaan muutos organisaation toimintamalleihin. (Bordia ym. 2004; Taskinen 2017; Kallankari 2019.)

2.3.2 Muutoksen johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa

Muutoksen johtamiseen vaikuttavat muutoksen laajuuden ja luonteen lisäksi organisaation toimintaympäristö. Toisin kuin useimmat liikeyritykset, julkinen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä sekä muut valtion virastot toimivat lakisääteisten tehtävien ja yhteiskunnallisen vastuun pohjalta, eivätkä strategisten ja markkinalähtöisten tavoitteiden ajamana (Kuoppakangas 2013; Burke 2023). Johtamisella on keskeinen merkitys sote-uudistuksen kaltaisten laajojen hallinto- ja rakenneuudistusten toimeenpanossa ja muutoksen johtamisessa, sillä johtamisella konkretisoidaan tavoitteiden toteutumista arjen toimintaan sekä varmistetaan, että muutosprosessi etenee suunnitellusti (Haveri ym. 2025). Laajojen ja suurien rakenteellisten järjestelmien uudistaminen sekä siihen liittyvien muutosten johtaminen on haasteellinen tehtävä sote-alan johtajille. Sote-palvelujärjestelmän uudistaminen vaatii panostusta palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittämiseen, johtamiseen, eri toimijoiden roolien ja työnjaon selkeyttämiseen. (Tynkkynen ym. 2025.) Sote-alan johtajat ovat vastuussa muutoksesta johtuvien uusien rutiinien, roolien ja vastuualueiden kehittämisestä, sekä arjen toiminnan organisoinnista (Laukka ym. 2020). Sote-alan integraation tulee tapahtua sisällön uudistamisessa, kuten tietojärjestelmissä, organisaatiokulttuureissa, johtamisessa, palvelukonsepteissa, taloudessa, laatukulttuurissa, ammatillisissa koulutusjärjestelmissä, potilasymmärryksessä (Taskinen & Hujala 2020; Paatela ym.

2025c) sekä ammattilaisten, sidosryhmien ja sektoreiden välisen kumppanuuden ja yhteistyön vahvistamisessa (Paatela ym. 2025c).

Erityisesti suurissa organisaatioissa, kuten hyvinvointialueilla, muutosten johtaminen voi olla hyvinkin haasteellista, sillä usein asiat ja niiden hallinnointi on hajautettua eri yksiköihin, osastoihin, tiimeihin ja yksittäisille asiantuntijoille (Kallankari 2019). Myös johtajien rajallinen tietämys muutosjohtamismalleista ja poliittisista syistä johtuvat muutosaloitteet voivat hankaloittaa muutoksen jalkauttamista sote-alalla (Beasley ym. 2020; Olkkonen ym. 2024). Suuret organisaatiot asettavat haasteita myös suuren henkilöstömäärän johtamisessa, jonka vuoksi vanha, professiosidonnainen osaaminen ei ole enää riittävää nykypäivän sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän rakenteiden ja hallinnon uudistuessa (Lammintakanen & Rissanen 2017).

Muutosjohtaminen on keskeistä johtamisosaamista terveydenhuoltoalalla alaan liittyvien nopeiden muutosten ja suuren volyymin vuoksi, mutta usein muutospyrkimykset myös epäonnistuvat muutosväsymyksen ja riittämättömän muutoksenhallinnan vuoksi (Harrison ym. 2021). Sote-alan johtajalta edellytetään sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden ja käsitteistön tuntemusta ja hallitsemista (Rissanen & Lammintakanen 2017), sekä yhteisen hyvinvointialueidentiteetin johtamista muuttuneessa toimintaympäristössä (Paatela & Tynkkynen 2025b). Olkkosen ym. (2024) tutkimuksen mukaan muutosjohtaminen sote-alalla on jatkuvaluontoista, jolloin organisaation tulisi kiinnittää huomiota terveydenhuollon ammattilaisten jaksamiseen, työvoiman saatavuuteen sekä veto- ja pitovoiman varmistamiseen. Muutoksen onnistumiseksi sote-alan muutosjohtajalta edellytetään oman roolin ymmärrystä, riittävää ja asianmukaista osaamista sekä konkreettisia keinoja muutoksen jalkauttamiseksi, kuten säännöllistä, avointa ja oikea-aikaista muutosviestintää henkilöstölle. (Olkkonen ym. 2024.)

Aikaisempien tutkimusten mukaan hoitotyön johtajien eli ylihoitajien asema terveydenhuollon organisaatiossa on keskeinen, sillä suurin osa terveydenhuollon työntekijöistä on hoitohenkilökuntaa (Skogøy ym. 2026). Niinihuudan ja Häggman-Laitilan (2022) mukaan ihmissuhdetaitoja ja kannustavaa johtamistyyliä hyödyntävä ylihoitaja voi maksimoida hoitohenkilökunnan pysyvyyttä sekä edistää terveydenhuollon organisaation toimivuutta ja tehokkuutta. Ylihoitajien työtehtävä on monimutkainen, sillä heidän tulee varmistaa potilasturvallisuus, hoitaa hallinnollisia

vaatimuksia sekä tukea henkilöstöä (Skogøy ym. 2026). Merkittävä osa ylihoitajien työajasta kuluu myös päivittäisjohtamiseen, samalla kun organisaatio, henkilöstö ja asiakkaat odottavat ylihoitajilta entistä enemmän ammattimaista johtamisaamasta, kuten henkilöstövoimavarojen suunnittelua ja johtamista, hoitotyön kehittämistä, toiminnan suunnittelua ja johtamista, talouden johtamista sekä viestintää ja yhteistyötä eri toimijoiden kanssa (Terkamo-Moisio ym. 2021).

Aikaisempien sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden integraatioiden on todettu olevan monimutkainen toteutus, johon vaikuttavat niin poliittiset kuin strategiset ja sosiokulttuuriset integraatiohaasteet, sekä mahdolliset konfliktit organisaatitasolla. Jatkuvat muutokset ja toimenpiteet ovat usein ongelmallisia, eikä henkilöstön asenteet ja toimet aina tue toivottuja muutoksia. (Karreinen ym. 2025.) Myös erilaiset kriisit ja muuttuva maailma, kuten koronapandemia, hoitajapula, palveluiden digitalisoituminen ja hallintorakenteiden uudistukset edellyttävät terveydenhuollolta resilienssiä eli muutosjoustavuutta (Janhonen ym. 2025), sekä terveydenhuollon johtajilta kykyä käsitellä ja johtaa muutoksia. Ylihoitajan johtajuudessa avainasemassa ovat kriisinhallinta, tehokas viestintä sekä lyhyen ja pitkän aikavälin tarpeiden priorisointi. Samalla ylihoitajan tulee pyrkiä sovittamaan hoitotyön tavoitteet organisaation tavoitteisiin, vaatia tarvittavia resursseja sekä ratkaista eri toiminnallisia ongelmatilanteita yhteistyön avulla. (Skogøy ym. 2026.) Lisääntyneet odotukset ja terveydenhuoltoalaan kohdistuvat haasteet kasvattavat vaatimuksia sekä korostaa tarvetta selkeyttää ylihoitajien tehtäväkuvia (Terkamo-Moisio ym. 2021; Skogøy ym. 2026).

Sote-alan toimintaympäristö ja asiakasryhmä asettavat johtamiselle erityisiä vaatimuksia muihin aloihin verrattuna potilasturvallisuuteen, laatutavoitteisiin ja hoitotyön ammattietiikkaan liittyvien edellytysten vuoksi (Salmela ym. 2012; Kallankari 2019). Tyypillisesti alalla muutoksia toteutetaan olemassa olevan henkilökunnan avulla, joka toteuttaa muutostoimenpiteitä ilman lisäresurssia oman perustyön ohella (Kallankari 2019), esimerkiksi potilastietojärjestelmän yhtenäistäminen hyvinvointialueella voi viedä huomattavan määrän resursseja ja aikaa henkilöstön muista työtehtävistä (Paatela & Tynkkynen 2025b). Palvelutuotannon jatkuvuus tulee olla turvattuna jatkuvasti, eikä toiminnan laatu saa häiriintyä muutosprosessien vuoksi (Kallankari 2019).

2.4 Tutkimustieto sote-uudistuksen muutosjohtamisesta

2.4.1 Tiedonhaku

Tutkimuksia vuonna 2023 käynnistyneestä sote-uudistuksesta ja siihen liittyvästä johtamisesta sekä muutosjohtamisesta hyvinvointialueilla on saatavilla vasta rajallisesti. Tätä tutkimusta varten haluttiin kuitenkin kartoittaa saatavilla olevat tutkimukset tietokantahaulla, johon hyödynnettiin PICO-menetelmää. PICO-menetelmää hyödynnetään kirjallisuushakujen suunnittelussa (Siltanen ym. 2023). Kohdepopulaatioksi (P) määriteltiin johtajat, interventioksi (I) sote-uudistus ja kontekstiksi (Co) perusterveydenhuolto (taulukko 6).

Taulukko 6. Kirjallisuushaun suunnittelu PICO-menetelmällä

Kohdepopulaatio	Interventio	Konteksti
Johtaja Hoitotyön johtaja Ylihoitaja Muutosjohtaja Leader Manager Nurse leader Nurse manager Change manager Change leader	Sote-uudistus Sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden uudistus Sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden hallinto- ja rakenneuudistus Finnish social and healthcare reform Finnish social and healthcare system reform	Perusterveydenhuolto Avoterveydenhuolto Terveyskeskus Primary health care Health care centre

PICO-menetelmän keskeisimmän kohderyhmän, intervention ja kontekstin perusteella muodostettiin hakusanat- ja lausekkeet, joiden avulla suoritettiin PubMed-, CINAHL- ja Web of Science -tietokantahaut (taulukko 8). Sote-uudistuksen tuoreen luonteen vuoksi hakusanat- ja lausekkeet pyrittiin pitämään mahdollisimman avoimina, jonka vuoksi hakusanoina käytettiin johtajaa, eikä rajattu koskettamaan hoitotyön johtajaa, ylihoitajaa tai muutosjohtajaa. Kirjallisuushaun mukaanotto- ja poissulkukriteerit (taulukko 7) määritettiin ennen varsinaisen tiedonhaun suorittamista.

Tietokantahakujen julkaisuajan rajaukseksi asetettiin alkaen 1.1.2023 eli sote-uudistuksen alkamisajankohta.

Taulukko 7. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
- Käsittelee johtajuutta hyvinvointialueilla tai sote-uudistuksesta - Käsittelee ammattilaisten tai johtajien kokemuksia sote-uudistuksesta tai johtamisesta - Tieteellinen tutkimusartikkeli - Julkaistu vuoden 2023 jälkeen - Suomen- tai englanninkielinen tutkimus - Saatavilla kokotekstinä maksutta	- Käsittelee hyvinvointialueiden asiakkaiden kokemuksia - Pro gradu -tutkielmat ja opinnäytetyöt - Tutkimuksesta on saatavilla ainoastaan otsikkotiedot tai abstrakti

Taulukko 8. Tiedonhaku ja -tulokset

Tietokanta ja hakupäivä	Hakusanat	Hakutulokset
PubMed 21.3.2026	("Finnish social and healthcare reform" OR "Finnish social and health care reform" OR "social and healthcare reform in Finland" OR "social and health care reform in Finland" OR "social and healthcare system" OR "social and health care system") AND ("leadership" OR leader* OR manage* OR management")	n=32 Rajaukset: alk. 2023
CINAHL 21.3.2026	((("Finnish social and healthcare reform" OR "Finnish social and health care reform" OR "social and healthcare reform in Finland" OR "social and health care reform in Finland" OR "social and healthcare system" OR "social and health care system")) AND ("leadership" OR leader* OR manage* OR management"))	n=3 Rajaukset: alk. 01/2023
Web of Science 21.3.2026	("Finnish social and healthcare reform" OR "Finnish social and health care reform" OR "social and healthcare reform in Finland" OR "social and health care reform in Finland" OR "social and healthcare system" OR "social and health care system") AND ("leadership" OR leader* OR manage* OR management")	n=20 Rajaukset: alk. 2023
Yhteensä		n=55

Sote-uudistuksen ajankohtaisuuden vuoksi tietokantahaun vähäinen tulosmäärä (n=55) oli osin odotettavissa. Tietokantahaun täydentämiseksi tutkimuksia haettiin myös manuaalisella haulla tutkimusartikkeleiden lähdeluetteloista sekä Google Scholar- ja Volter-hakukoneista. Tietokantahausta (taulukko 8) valittiin kokotekstin perustella neljä tutkimusta (Karreinen ym. 2025; Paatela ym. 2025b; Paatela ym. 2025c; Kihlström ym. 2026) ja manuaalisella haulla kolme tutkimusta (Paatela ym. 2024; Erhola 2025; Paatela & Tynkkynen 2024).

2.4.2 Aikaisemmat tutkimukset sote-uudistuksen muutosten johtamisesta

Kirjallisuushaulla valitut tutkimukset (n=7) olivat kaikki toteutettu Suomessa vuosien 2024–2026 aikana, ja niissä käsiteltiin henkilöstön, lähijohtajien (Kihlström ym. 2026), keskijohtajien (Karreinen ym. 2025) ja ylemmän johdon (Paatela ym. 2024; Paatela & Tynkkynen 2024; Erhola 2025; Paatela ym. 2025b; Paatela ym. 2025c) kokemuksia ja näkemystä sote-uudistuksen muutosten johtamisesta hyvinvointialueilla. Kaikki tutkimukset olivat laadullisia haastattelututkimuksia.

Aikaisempien tutkimusten (Karreinen ym. 2025) mukaan hyvinvointialueiden keskijohtajat suhtautuvat integroituun hoitoon myönteisesti ja pitävät sitä hyödyllisenä sekä tehokkaana niin henkilöstölle kuin johtajille. Keskijohtajat kokevat heillä olevan tärkeä rooli muutoksen edistämisessä ja keskeinen tehtävä henkilöstön tukemisessa muutosten toteuttamisessa päivittäisessä työssä, sekä visioiden luomisessa ja kehittämisessä rakenteiden ja prosessien monialaisen yhteistyön edistämiseksi. Integroidun toimintamallin toteuttamisen koettiin edellyttävän ajattelu- ja toimintatapojen muutosta etulinjan työssä, joka taas vaatii keskijohtajien mukaan tilaa yhteisille keskusteluille, tiedon jakamista, yhteiseen ymmärryksen saavuttamista ja jatkuvaa oppimista toisilta, sekä yhdessä luotujen ja hyväksytyjen prosessien sekä toimintamallien luomista. (Karreinen ym. 2025.)

Kihlströmin ym. (2026) tutkimuksen mukaan terveyskeskuksen henkilöstö koki sote-uudistuksen toteuttamis- ja jalkauttamistavoilla ja keinoilla olevan keskeinen merkitys sote-uudistuksen onnistumiselle ja hyväksymiselle perusterveydenhuollossa. Henkilöstö koki sote-uudistuksen ja sen strategisten tavoitteiden, erityisesti perusterveydenhuollon vahvistamisen, olevan tarpeellista ja tärkeää hyvinvointialueilla. Myös Paatelan ym. (2025c) tutkimuksessa hyvinvointialueiden ylimmän johdon edustajat ovat tunnistaneet ennaltaehkäisevän hoidon ja perusterveydenhuollon vahvistamisen olevan sote-uudistuksen yksi keskeisimmistä tavoitteista. Kihlströmin ym. (2026) tutkimuksen mukaan hyvinvointialueille siirtyessä tilanne on näyttäytynyt kuitenkin päinvastaisena, joka on aiheuttanut terveyskeskuksen henkilöstössä lannistumisen ja pettymyksen kokemuksia, tunteen perusterveydenhuollon arvostuksen puutteesta, sekä pelkoa työntekijöiden sitoutumisesta perusterveydenhuollossa työskentelyyn.

Hyvinvointialueen uusi johtorakenne on vaikuttanut terveyskeskuksen henkilöstön mukaan myös ilmapiiriin, sillä johtoportaan koettiin olevan etäinen ja hankalasti saavutettavissa, eikä henkilöstöllä ole ollut keinoja tai mahdollisuutta antaa palautetta tai esittää huolenaiheita suoraan johdolle tai hallinnolle. Henkilöstön kokemusten mukaan etäisen kulttuurin koettiin heikentävän henkilöstön työilmapiiriä, ja ettei terveyskeskuksiin myöskään kohdistettu riittävästi resursseja. Sote-uudistuksen jalkauttamisen kuvailtiin olleen ylhäältä alaspäin ohjautuvaa, joka heikensi mehenkisyiden kokemusta ja aiheutti tunteita siitä, miten henkilöstö työskentelee

hallinnon puolesta. Kihlströmin ym. (2026) mukaan negatiivista palautetta ei kuitenkaan tulisi leimata pelkästään muutosvastarinnaksi, vaan oireeksi siitä, ettei henkilöstöä ole otettu asianmukaisesti mukaan uudistuksen toteuttamiseen.

Kihlströmin ym. (2026) mukaan terveyskeskuksen henkilöstö on kohdannut eri haasteita ja muitakin epämiellyttäviä tunteita hyvinvointialueille siirryttäessä. Sote-uudistuksen jälkeen henkilöstö on kokenut huolta ja epävarmuutta työntekijään itseensä vaikuttavista muutoksista, kuten palkanmaksuista ja työsopimusten jatkamisesta uuden työnantajan alaisuudessa (Kihlström ym. 2026), kun taas hyvinvointialueen ylimmän johdon edustajien kokemusten mukaan resurssien, kuten talouden ja henkilöstösijoitusten, jakaminen hyvinvointialueen sisällä on tärkeää sote-uudistuksen integraation kannalta (Paatela ym. 2025c).

Kihlströmin ym. (2026) tutkimuksessa tunnistettiin myös sote-uudistukseen myötävaikuttaneita tekijöitä. Terveyskeskuksen henkilöstö koki sote-uudistuksen jalkauttamiseen myötävaikuttaneen työympäristön eri vahvuudet, kuten päivätyö, työyhteisön huumori, monipuolinen työnkuva, vertaistuki ja kollegiaalisuus, vähäinen hierarkkisuus ja työskentely rinnakkain. Sote-uudistuksen koettiin myös laajentaneen henkilöstön verkostoja avoterveydenhuollossa, kuten asiantuntijahoitajien (esim. diabeteshoitajat) ja hoitotyön johtajien kesken, sekä muodostaneen eri johtoryhmiä ja verkostotapaamisia palvelualueella. Kihlströmin ym. (2026) mukaan poliittisten päättäjien tulisi tunnistaa terveydenhuollon ammattilaisten kriittisen tärkeä rooli perusterveydenhuollon selkärankana, ja nostaa heidät näkyvämpään asemaan uudistusten toteutusprosessien aikana, jotta uudistusten jalkauttaminen toteutuu.

Paatelan ym. (2025b) mukaan hallinnon on tunnistettu olevan terveydenhuoltojärjestelmän keskeinen toiminto, joka toimii perustana rahoitukselle, resurssien hankinnalle ja palvelujen tuottamiselle. Se ohjaa päätöksentekoprosesseja ja vallankäyttöä, ja siten vaikuttaa terveydenhuoltojärjestelmien tehokkuuteen ja toimivuuteen. Hallinnolla on tärkeä rooli myös uudistusten aikana, mutta johon liittyy erilaisia haasteita, kuten roolien ja vastuiden epäselvyyttä, riittämättömät resurssit muutosten jalkauttamiseen, kilpailevat poliittiset tavoitteet, muuttuva päätöksentekojärjestely, epäselvät tulokset uudistuksesta sekä sidosryhmien puutteellinen osallistuminen. Paatelan ym. (2025b) mukaan hyvinvointialueiden eri rooleihin ja vastuualueisiin kaivattiin selkeyttämistä,

sillä strategisissa asemissa olevien päätöksentekijöiden, kuten aluehallituksen, toiminta sekoittui usein operatiivisten virkamiesten toimintaan. Roolien selkeyttämisen lisäksi havaittiin ylimmän johdon kokemuksien perusteella valtionrahoituksen olevan riittämätöntä ja jopa epärealistista suhteessa hyvinvointialueiden velvoitteisiin ja kansallisiin tavoitteisiin. Valtiolla koettiin olevan vahva rooli ja intressi hyvinvointialueiden ohjaamisessa, sillä sosiaali- ja terveyspalvelut kattavat merkittävän osan valtion budjetista. Ylimmän johdon mukaan tämä pakottaa hyvinvointialueet keskittymään ensisijaisesti talouteen ja alijäämän kattamiseen, jonka vuoksi muut sote-uudistuksen strategiset ja kansainväliset tavoitteet jäävät toissijaiselle huomiolle. (Paatela ym. 2025b.)

Valtionrahoituksen koettiin vaikuttavan myös hyvinvointialueiden todelliseen itsehallintokykyyn. Vaikka hyvinvointialueet ovat nimetyksi itsehallinnollisia, hyvinvointialueiden todellisten valta-asemien koettiin olevan hämärät. Hyvinvointialueiden koettiin olevan toistaiseksi riippuvaisia valtiotasolla tehdyistä päätöksistä ja reagoivan niihin, sen sijaan että ne käyttäisivät todellista, itsenäistä päätöksentekoa. Myös aluehallituksen edustajat kokivat pettymystä roolistaan, sillä aluehallituksen tehtävä on toistaiseksi painottunut epämiellyttävien säästötoimien tekemiseen palveluiden kehittämisen ja vahvistamisen sijaan. (Paatela ym. 2025b.)

Erholan (2025) mukaan henkilöstön sitouttamiseksi ja palveluiden väliseen tiiviiseen yhteistyöhön edellytetään vahvaa muutosjohtamista. Sekä Tynkkynen ym. (2025) että Erhola (2025) tunnistavat sote-uudistuksen etenemisen haasteiksi alueittain hitaat, poliittiset päätöksenteot muutosprosessien aikana, johon ovat vaikuttaneet päätöksentekijöiden vakiintumattomat roolit, sekä vaikeudet irtaantua kuntalähtöisestä päätöksenteosta. Erholan (2025) mukaan toinen merkittävä haaste sote-uudistuksen etenemiselle on johtajien riittämättömät muutosjohtamistaidot, joita edellytetään sote-uudistuksen kaltaisen muutoksen toimeenpanossa, sekä henkilöstön sitouttamiseksi muutokseen. Tutkimuksessa esitetään kehittämis ehdotuksena muun muassa johtajien ja johtamisrakenteiden selkeyttäminen, muutosjohtamisen ja sote-uudistuksen toimeenpanon johtamiskyvyn vastaaminen samalla tasolla muutoksen kokoluokan kanssa, johtajien kokemuksen ja osaamisen hyödyntäminen, henkilöstön osallistaminen sekä tiedotus riittävän ymmärryksen saamiseksi muutostilanteesta ja tulevaisuuden näkymistä,

organisaatiokulttuurin ennakoitu ja pitkäjänteinen kehittäminen sekä henkilöstötyytyväisyyden kehittäminen. (Erhola 2025.)

Paatela ja Tynkkynen (2025a) esittävät, että sote-uudistuksen kaltainen, makrotasolla vaikuttava muutos ei yksinään riitä turvaamaan sote-alan integraation toteutumista, vaan hallinnollisen integraation lisäksi hyvinvointialueen johdon tulee ymmärtää muutoksen toteuttamista johtamisen näkökulmasta, sekä kiinnittää huomiota taloudellisten, organisatoristen, kulttuuristen ja toiminnallisten muutosten edistämiseen. Sote-uudistuksen laajuuden, kompleksisuuden, palvelujärjestelmien ja toimintaprosessien uudistumisen sekä organisaatioiden integroimisen vuoksi myös johtaminen sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla vaatii johtamiskyvykkyyttä (Erhola 2025), ymmärrystä integraation toteuttamisen tavoista meso- ja mikrotasolla (Paatela ym. 2024), sekä jatkuvaa johtajuuden uudistumista (Erhola 2025).

Paatelan ja Tynkkynen (2024) tutkimuksessa hyvinvointialueiden ylimmät johtajat uskoivat sote-uudistuksen tavoitteiden olevan toteutettavissa, mutta muutoksen jalkauttamista ja tavoitteiden toteuttamista värittävät hyvinvointialueiden realiteetit, kuten valmisteluvaiheen ajanpuute, sirpalemainen ja hajautunut lähtötilanne kuntapohjaisilla hyvinvointialueilla, harjoittelu uudenlaisen itsehallinnollisen päätöksenteon parissa, sekä hyvinvointialueiden toimintaa ja sote-uudistuksen tavoitteiden toteuttamista hankaloittava lainsäädäntö. Hyvinvointialueiden ylimmän johdon edustajat kohtasivat sote-uudistuksen käynnistyessä muutosprosessille tyypillisiä haasteita, kuten muutosvastarintaa, henkilöstön kuormittumista ja haasteita muutosviestinnän toteuttamisessa. Haastateltavien mukaan muutos on edellyttänyt viranhaltijoilta uudenlaista osaamista ja kokemusta, jossa korostuu johtamisen merkitys muutosten jalkauttamisessa strategisella ja operatiivisella tasolla. (Paatela & Tynkkynen 2024.)

Paatelan ym. (2025c) tutkimuksessa hyvinvointialueiden ylimmän johdon mukaan integraation toteuttaminen on edellyttänyt ymmärrystä palveluketjuista ja -kokonaisuuksista, kokemusta yhteensovitetuista palveluista sekä tuen tarjoamista ja antamista operatiiviselle tasolle. Hyvinvointialueilla pystyttiin myös kunta-aikaa enemmän hyödyntämään henkilöstön osaamista ja kokemusta, sillä esimerkiksi pienempien kuntien työntekijät ovat enemmän yhteistyössä muiden lähikuntien kollegoiden kanssa, sekä johdolla voi olla enemmän mahdollisuuksia tukeutua

työssään tiimin apuun tai parityöskentelyyn. (Paatela ym. 2025c.) Työskentelyn samalla, isolla hyvinvointialueella koettiin tarjonneen tiivistä vuoropuhelua ja yhteistyötä muiden toimijoiden parissa, kuten yhteisten johtoryhmätyöskentelyjen, poikkihallinnollisten ja ”käytäväkeskustelujen” parissa (Paatela ym. 2024), sekä edistäneen myös sote-uudistuksen integraatiota sekä lähi- ja keskijohtajien (Paatela ym. 2025c) että ylimmän johdon näkökulmasta (Paatela ym. 2024).

Yhteistyö eri toimijoiden kanssa ja sen edistäminen koettiin tärkeänä johtamiskeinona sote-uudistuksen onnistuneessa integroinnissa. Hyvinvointialueiden ylimmän johdon näkemysten mukaan yhteistyötä tulisi kehittää ulkoisten sidosryhmien, eri palvelualojen johtajien, ammattilaisten sekä asiakkaiden kanssa, sekä edistää ”alhaalta ylöspäin” -johtamistyyliä kehitettäessä palveluiden toimivuutta palveluidenkäyttäjille. (Paatela ym. 2025c.) Henkilöstön ja ylimmän johdon välinen kuilu on tunnistettu integraatiota heikentäväksi tekijäksi, jota tulisi pyrkiä kaventamaan perehtymällä ammattilaisten toimintakäytäntöihin, arvostamalla ammattilaisten osaamista organisaation sisällä sekä tarjoamalla henkilöstölle mahdollisuutta osallistua oman palvelualansa suunnitteluun ja integrointikäytäntöjen rakentamiseen (Paatela ym. 2025c; Kihlström ym. 2026). Myös yhteisen ja käytännönläheisen vision luominen sote-uudistuksen tavoitteista koettiin tärkeäksi osaksi integraation toteutumiseksi (Paatela ym. 2025c).

2.5 Yhteenveto taustasta

Vuoden 2023 alussa toteutettiin suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän rakenne- ja hallintouudistus, joka integroi sote-palveluiden järjestämisvastuun noin 300 kunnalta 21 hyvinvointialueelle. Sote-uudistus on edellyttänyt toimintamallien uudistamista järjestelmän eri tason ammattilaisilta sekä johtajilta erityisesti perusterveydenhuollossa. Vaikka muutosten on tunnistettu olevan sote-alalla arkipäiväistä sekä niiden jalkauttamista ja johtamista on totuttu toteuttamaan omilla resursseilla, sote-uudistuksen kaltainen rakenneuudistus on vaikuttanut jokaisen sote-alan ammattilaisen ja johtajan työarkeen sekä vaatinut uusien toiminta- ja palvelumallien omaksumista ja sisäistämistä.

Aikaisemmat tutkimukset ovat tunnistaneet laajojen rakenteellisten järjestelmien uudistamisen ja niiden johtamisen olevan haasteellinen tehtävä sote-alan johtajille

(Tynkkynen ym. 2025), joka vaatii systemaattista muutosjohtamista, muutoksen toteuttamiseen vaikuttavien tekijöiden tunnistamista sekä ymmärtämistä (Viitala & Jylhä 2025; Olkkonen ym. 2024). Sote-uudistuksen integraatioiden ja muutosten johtamista on tutkittu vasta vähän, ja tutkimukset ovat painottuneet ylemmän johdon kokemusten ja näkökulmien tarkasteluun (Paatela ym. 2024; Paatela & Tynkkynen 2024; Erhola 2025; Paatela ym. 2025b; Paatela ym. 2025c). Sen sijaan toimintamallien ja muutosten jalkauttamista terveydenhuollon palvelukentällä ja käytännön tasolla ei ole vielä tarkasteltu. Sote-uudistuksen strategisissa tavoitteissa korostetaan perusterveydenhuollon vahvistamista ja avoterveydenhuollon palveluiden kehittämistä ja hoidon saatavuutta, jonka vuoksi on perustelua kohdentaa tutkimusfokusta avoterveydenhuollon keskijohtajien kokemuksiin sote-uudistuksen integraatioiden ja toimintamallien muutosten johtamisesta. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistaminen, organisaatioiden yhteensovittaminen ja niiden toimeenpaneminen sote-alan toimintaympäristössä on vaativaa erityisesti muutosjohtamisen kannalta. Vaikka hyvinvointialueet ovat aloittaneet toimintansa, sote-uudistuksen muutosten jalkauttaminen käytännön toimintaan ja sen johtamiseen on hyvinvointialueilla vasta alkanut (Rautiainen ym. 2020).

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata avoterveydenhuollon ylihoitajien kokemuksia sote-uudistuksen muutosjohtamisesta hyvinvointialueiden muodostumisen jälkeen sekä muutosjohtamiseen myötävaikuttaneista tekijöistä.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa todellisista kokemuksista ja syventää ymmärrystä sote-uudistuksen muutosjohtamisesta avoterveydenhuollossa sen keskeisten toimintojen ja hoitotyön johtajien eli ylihoitajien kannalta, jotta hyvinvointialueiden muutosjohtajia voidaan tukea ja muutosten jalkauttamista kehittää.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä kokemuksia avoterveydenhuollon ylihoitajilla on sote-uudistuksen muutosjohtamisesta?
2. Mitkä tekijät ovat myötävaikuttaneet avoterveydenhuollon ylihoitajien muutosjohtamiseen?

4 Tutkimusmenetelmät

4.1 Tutkimusasetelma

Tämän tutkimuksen tutkimusasetelma on laadullinen kuvaileva tutkimus, joka soveltuu haluttaessa kuvata todellista elämää (Hirsjärvi ym. 2009) sekä ymmärtää ihmisen käyttäytymistä, tunteita ja kokemuksia tietystä ilmiöstä (Holloway & Galvin 2024; Gray & Grove 2021). Laadullista tutkimusasetelmaa sovelletaan varsinkin terveydenhuoltoalan tutkimuksiin, kun kohteena ovat käsitykset, kokemukset, muutokset, ajatukset ja konfliktit (Holloway & Galvin 2024). Laadullinen tutkimusasetelma sopii tähän pro gradu -tutkielmaan, sillä kohteena ovat avoterveydenhuollon ylihoitajien merkitykselliset kokemukset sote-uudistuksen muutosjohtamisesta ja siihen myötävaikuttavista tekijöistä.

4.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja rekrytointi

Tämän tutkimuksen osallistujat olivat erään hyvinvointialueen avoterveydenhuollon ylihoitajia (n=7). Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin ne henkilöt, joilla tiedettiin olevan tietoa ja asiantuntemusta tutkittavasta ilmiöstä. Tässä pro gradu -tutkielmassa avoterveydenhuollon ylihoitajat ovat tutkimuksen kannalta tärkeä ja kiinnostava kohderyhmä, sillä he ovat asemansa vuoksi toteuttaneet sote-uudistuksen muutosjohtamista avoterveydenhuollossa. Tutkimuksessa ei ollut mahdollista tutkia Suomen kaikkien hyvinvointialueiden avoterveydenhuollon ylihoitajien kokemuksia, vaan lähempään tarkasteluun valittiin yhden hyvinvointialueen avoterveydenhuollon ylihoitajat. Tutkimuksen kohderyhmän otanta toteutettiin täten harkinnanvaraisella näytteellä. Harkinnanvaraisella näytteellä tutkimukseen rekrytoidaan ne henkilöt, joilla tiedetään olevan kokemusta tutkittavasta ilmiöstä tai tietoa aiheesta (Gray & Grove 2021; Puusa ym. 2020).

Aineistonkeruuprosessi käynnistyi tutkimusluvan hakemisella ja saamisella kohdeorganisaatiolta. Pro gradu -tutkielman aiheesta informoitiin hyvinvointialueen hallintoylihoitajaa, jolta saatiin ylihoitajien sähköpostiosoitteet sekä kutsu avoterveydenhuollon ylihoitajien Teams-kokoukseen. Kokouksessa tutkimuksen tekijä kertoi ja esitteli pro gradu -tutkielman aihetta PowerPoint-esityksen avulla. Tämän jälkeen tutkimuksen tekijä lähetti kaikille avoterveydenhuollon ylihoitajille

(N=8) sähköpostitse kutsu tutkimukseen, tiedotteen tutkimuksesta (Liite 1), haastattelurungon (Liite 2) sekä pyynnön ottaa tutkimuksen tekijään yhteyttä haastatteluajankohdan sopimiseksi. Tutkimuksen tekijän pyynnöstä hallintoylihoitaja muistutti kerran ylihoitajia pro gradu -tutkielmasta. Sähköpostin kautta saatujen tietojen avulla ylihoitajat pystyivät tutustumaan haastattelun teemoihin ja kysymyksiin ennen varsinaista haastattelua (Tuomi & Sarajärvi 2018). Kaikki ylihoitajat (N=8) ottivat yhteyttä haastatteluajankohdan sopimiseksi, mutta yksi osallistuja keskeytti tutkimuksen ennen varsinaista haastattelua. Lopulliseksi tutkimusjoukoksi muodostui seitsemän avoterveydenhuollon ylihoitajaa.

4.2.1 Haastateltavien taustatiedot

Haastattelun aluksi kartoitettiin osallistujien (n=7) taustatiedot: tutkinnot, työkokemusvuodet, alaisten lukumäärä ja aikaisempia kokemuksia muutosjohtamisesta. Suurin osa osallistujista (n=6) oli sairaanhoitajataustaisia; yksi osallistuja oli myös terveydenhoitaja, sekä yksi oli taustaltaan röntgenhoitaja. Kaikilla osallistujilla oli lisäksi muita tutkintoja tai lisäkoulutuksia: kahdella osallistujalla oli vanhamuotoinen erikoissairaanhoitajan koulutus, kahdella ylempi ammattikorkeakoulututkinto sekä neljällä terveystieteiden maisterin tutkinto. Osallistujilla oli työkokemusta hoitotyön alalta keskimäärin 28 vuotta: lyhin työkokemus oli 17 vuotta ja pisin 43 vuotta. Kokemusvuosia hoitotyön johtajana osallistujilla oli keskimäärin 16 vuotta: lyhin kokemus hoitotyön johtajana oli viisi vuotta ja pisin 27 vuotta. Suurin osa osallistujista (n=6) oli toiminut nykyisessä työtehtävässään avoterveydenhuollon ylihoitajana koko hyvinvointialueen olemassaolon ajan eli kaksi vuotta. Yhdellä osallistujalla työkokemusta nykyisestä työtehtävästä oli vuosi. Osallistujilla oli alaisena keskimäärin noin 65 hoitotyöntekijää: suurin määrä alaisia oli noin 85 työntekijää, vähiten noin 50 työntekijää.

Kaikki osallistuneet olivat kokeneita muutosjohtajia, joilla oli aikaisempaa kokemusta muutosjohtamisesta terveydenhuollon eri palvelualueilla ja eri tasoilla ennen nykyistä virkaa hyvinvointialueen ylihoitajana vuodesta 2023. Kaikilla oli kokemusta muutosjohtamisesta osastonhoitajan tai apulaisosastonhoitajan asemassa, osalla oli kokemusta muutosjohtamisesta myös ylihoitajana tai palvelupäällikkönä. Osallistujilla oli muutosjohtamiskokemusta myös terveydenhuoltoalan ulkopuolelta sekä esihenkilötyöstä ulkomailla. Osalla osallistujista oli kokemusta erilaisten viitekehysten

kehittämisestä, riskien arvioinneista, yhdistymisneuvotteluihin osallistumisesta ja ehdotusten esittämisestä sote-lautakunnalle ja poliittisille päättäjille. Osalla osallistujista oli muutosjohtamiskokemusta myös terveyskeskuksen uudelleenorganisoinnista (kuntayhtymien terveyskeskusten lopettaessa), digitaalisten työkalujen jalkauttamisesta, kiirevastaanottotoiminnan organisoinnista sekä resurssien hallintaan liittyvistä työkaluista.

4.3 Aineistonkeruumenetelmä

Tutkimuksen aineisto kerättiin puolistrukturoidulla yksilöhaastattelulla (Liite 2). Haastatteluja käytetään eniten laadullisten tutkimusten aineistonkeruumenetelmänä, sillä ne kohdistuvat haastateltavan tietoisuuden ja ajattelun sisältöihin, sekä tarjoavat keinon kerätä aineistoa ihmisten antamista, subjektiivisista merkityksistä ja tulkinnoista. Kerätyllä aineistolla tutkija pyrkii löytämään tutkittavaa ilmiötä koskevia uskottavia päätelmiä. Haastattelu on myös sopiva aineistonkeruumenetelmä, kun tutkimuksessa halutaan haastatella pieni määrä ihmisiä. (Gray & Grove 2021; Naz ym. 2022; Puusa ym. 2020.)

Puolistrukturoitu haastattelu on yksi yleisimmin käytetyistä haastattelutyypeistä sen monipuolisuuden ja joustavuuden vuoksi (Gray & Grove 2021; Kallio ym. 2016). Puolistrukturoidussa haastattelussa tutkija on laatinut haastattelukysymykset etukäteen, ja ne esitetään jokaiselle haastateltavalle samassa järjestyksessä. Menetelmä tarjoaa tutkijalle täysin strukturoitua haastattelua enemmän joustavuutta, sillä osallistujat pystyvät lisäämään omia näkemyksiään tutkimuksen keskeisiin ja etukäteen määriteltyihin aiheisiin – jopa sellaista, mitä tutkija ei ole osannut itse huomioida haastattelua laatiessa. (Puusa ym. 2020.) Lisäksi tutkija voi vapaasti improvisoida tai muuttaa kysymysten ja kehotusten sanamuotoa sen perusteella, miten haastateltava vastasi edelliseen kysymykseen (Kallio ym. 2016). Tutkija muotoilee jatkokysymykset huolellisesti ja pyrkii avoimuuteen, jotta haastateltavan näkökulma todella nousee vastauksissa esille (Gray & Grove 2021).

Tämän tutkimuksen haastattelurungon teemat ja kysymykset muotoituivat tutkimuskysymysten perusteella sekä perehtymällä aikaisempiin tutkimuksiin (ks. kappale 2.4.1) ja kirjallisuuteen (Kallankari 2019; Olkkonen ym. 2024). Lisäksi haastattelurunkoon sisällytettiin Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman

tavoitteet (taulukko 4), jotta osallistuja voi tarkastella ja kertoa haastattelutilanteessa tarkentavasti sote-uudistuksen muutosjohtamiskokemuksistaan. Haastattelurunkoon ei sisällytetty ohjelman viimeistä tavoitetta, kustannusten nousun hillitsemistä, sillä tutkielman kohderyhmän päättävältä ei ulotu hyvinvointialueen kustannusten laatumiseen.

Tutkimuksen seitsemästä haastattelusta kuusi toteutettiin marraskuun 2024 aikana ja yksi haastattelu tammikuussa 2025. Kaikki haastattelut toteutettiin rauhallisessa ympäristössä pääosin ilman keskeytyksiä. Kaksi osallistujaa haastateltiin kasvokkain heidän toimipaikassaan ja neljä haastattelua toteutettiin Zoom-videoyhteydellä. Yksi Zoom-haastattelu jouduttiin keskeyttämään haastattelun alussa huonon kuuluvuuden vuoksi, joten haastattelu suoritettiin puhelimitse. Haastatteluiden nauhoittaminen on edellytys uskottavien johtopäätösten muodostamiseksi (Puusa ym. 2020).

Haastattelussa kaikille osallistujille esitettiin haastattelurungon (Liite 2) kysymykset. Haastattelun edetessä esitettiin tarvittaessa tarkentavia jatkokysymyksiä.

Haastattelut tallennettiin Turun yliopistosta lainatulla kasettinauhurilla. Haastattelut kestivät keskimäärin noin yhden tunnin. Pisin haastattelu kesti 1 tunnin ja 38 minuuttia sekä lyhin 43 minuuttia.

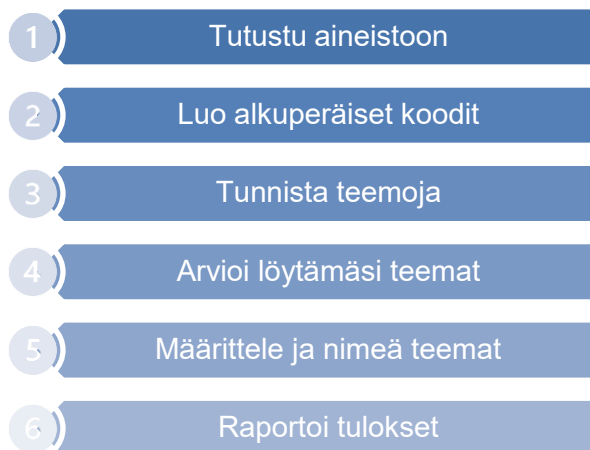
Ennen varsinaista haastattelua osallistujille kerrattiin tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset. Osallistujia muistutettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta, luottamuksellisuudesta sekä oikeudesta keskeyttää haastattelu missä tahansa sen vaiheessa. Kuitenkin siihen asti kerättyä tietoa voitaisiin hyödyntää tutkimuksessa. Zoom-videoyhteyden kautta toteutetuissa haastatteluissa esitettiin suostumuslomake (Liite 3) näyttöjaon avulla, johon osallistujat antoivat tietoon perustuvan suullisen suostumuksen. Kasvokkain toteutetuissa haastatteluissa osallistujat allekirjoittivat suostumuslomakkeen. Kaikki osallistujat suostuivat tutkimukseen, haastattelun nauhoittamiseen ja sen hyödyntämiseen tätä pro gradu -tutkielmaa varten.

4.4 Aineiston analyysi

Laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena on tiivistää aineistoa kadottamatta sen sisältöä, luoden aineistoon selkeyttä ja tuottaen uutta ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä (Eskola & Suoranta 1998). Tämän tutkimuksen haastatteluista muodostuvaa

aineistoa analysoitiin aineistolähtöisellä refleksiivisellä temaattisella analyysillä (Braun & Clarke 2006, 2019), jolla kuvataan sote-uudistukseen muutosjohtamiseen liittyviä kokemuksia ylihoitajien kertomana. Yksilöhaastatteluiden jälkeen nauhoitukset litteroitiin eli aukikirjoitettiin sanatarkasti mahdollisimman nopeasti, jotta haastattelut olisivat parhaiten muistissa. Litteraateista koostuva aineisto (127 sivua) analysoitiin hyödyntäen NVivo-analyysityökalua, joka mahdollistaa käyttäjää hallitsemaan, lajittelemaan, analysoimaan ja työstämään erilaisia, laadullisia tutkimusaineistoja (NVivo 2019), kuten tässä tutkimuksessa litteroituja haastatteluja. Työkalua käytettiin aineiston organisointiin sekä koodien ja teemojen luomiseen, joka helpotti kokonaiskuvan hahmottamista, samankaltaisten koodien liitääntä sekä koodien tarkastelua alkuperäisessä kontekstissa.

Temaattista analyysia käytetään usein laadullisten tutkimusten menetelmänä (Saunders ym. 2023; Braun & Clarke 2006; Tuomi & Sarajärvi 2018). Sen avulla voidaan laatia laajaa, monipuolista temaattista kuvausta tutkimuksen aineistosta, joka avaa lukijalle käsityksen tutkimuksen tärkeistä tai vallitsevista teemoista. Analyysimenetelmä sopii hyvin tutkimuksille, joissa raportoidaan yksilöiden kokemuksia, merkityksiä ja todellisuutta. Braun ja Clarke (2006) esittävät temaattisen analyysin olevan erityisen hyödyllinen menetelmä silloin, kun tutkimuksen intressiä on tutkittu vähän, tai kun tutkittavina ovat henkilöt, joiden näkemyksiä aiheesta ei juuri tunneta. Menetelmän ydin on etsiä toistuvia merkityskuvioita eli teemoja tutkimusaineistosta. Induktiivisessa lähestymistavassa teemat tunnistetaan itse aineistosta. (Braun & Clarke 2006.) Myöhemmin Braun ja Clarke (2019) kehittivät temaattisen analyysin tueksi refleksiivisen temaattisen analyysimenetelmän, joka korostaa ja huomioi tutkijan refleksiivisyyden ja roolin koko tutkimusprosessin ajan (ks. kappale 6.2). Tässä tutkimuksessa aineistoa analysoidaan aineistolähtöisellä, refleksiivisellä temaattisella analyysillä.



Kuvio 5. Temaattisen analyysin vaiheet (Braun & Clarke 2006, s. 87)

Temaattinen analyysi koostuu kuudesta eri prosessivaiheesta, jotka kuvataan kuviossa 5 Braunin ja Clarcken (2006) mallia mukaillen. Vaikka Braunin ja Clarcken (2006) temaattisen analyysin prosessia esitetään lineaarisena, se on refleksiivinen prosessi, jossa tutkija palaa takaisin ja siirtyy eri vaiheiden välillä (Saunders ym. 2023; Nowell ym. 2017). Temaattisen analyysin ensimmäisessä vaiheessa aukikirjoitettuun aineistoon tutustuttiin huolellisesti lukemalla se useaan kertaan läpi. Braun ja Clarke (2006) suosittelevat myös tunnistamaan ja kirjaamaan ylös aineistosta nousevia ideoita, havaintoja ja muistiinpanoja, joiden ympärille kootaan teemaan liittyvä kokonaisuus. Muistiinpanot aineiston sisällöstä ja kiinnostavista aiheista merkittiin NVivo-ohjelmaan.

Seuraavassa vaiheessa tutkimuksen tekijä pyrki löytämään aineistosta kiinnostavia piirteitä ja tutkimuskysymyksiin liittyviä alustavia koodeja. Braun ja Clarke (2006) neuvovat luomaan mahdollisimman monta, potentiaalista koodia kuin mahdollista, sillä myöhemmässä analyysin vaiheessa nämä voivat osoittautua tärkeiksi. (Braun & Clarke 2006; Tuomi & Sarajärvi 2018.) Alkuperäistä ilmausta voidaan koodata eri teemalla, koodata kerran tai olla koodaamatta niin monta kertaa, kuin tutkija pitää tätä merkityksellisenä tutkimuskysymyksiin, -tavoitteisiin ja -aiheeseen nähden. Yleisenä ohjeena pidetään, että koodauksien kannalta merkitykselliset tekstikatkelmat ovat pidempiä kuin muutama sana, mutta lyhyempiä kuin yksi kappale. (Braun & Clarke 2006; Saunders ym. 2023.) Analyysissa muodostettiin koodeja, jotka kuvastavat sisällöltään haastateltavan ajatuskokonaisuuden

käsiteltävästä aiheesta. Yhdestä ajatuskokonaisuudesta saattoi muodostua useampia eri koodeja (taulukko 9). Koodeja etsittiin systemaattisesti koko litteroidusta aineistosta. Sitaateista poistettiin täytesanoja, kuten *niinku*, *tota* ja *sillee*. NVivo-työkalulla koodeja muodostettiin värjäämällä ajatuskokonaisuuksia, jotka koodattiin ja nimettiin siten, että koodin nimi vastaisi mahdollisimman tarkasti alkuperäisen ilmaisun ominaisuutta ja merkitystä. Aineistosta muodostui yhteensä 185 alkuperäistä koodia.

Taulukko 9. Esimerkki alkuperäisilmauksen koodauksesta

Alkuperäisilmaus	Muodostetut koodit
"Mä välillä kysyinkin, että 'No kukas nämä hommat on muuten ennen tehnyt?'. Että tuli johtajaa ja päällikköä aika paljon, tuntuu että meillä on varsinainen hallintohimmeli. Ja se mikä musta on tosi surullista on se, että tuntuu että se päätöksenteko on ihan helkkarin vaikeaa täällä. Ymmärrän toki, että on iso organisaatio ja kankea, mutta kyllä pitää myös siellä virkamiesten pystyä ottamaan vastuutta päätöksenteosta."	- Hyvinvointialueen monimutkainen hallintorakenne - Hankaloitunut päätöksenteko - Ylemmän johdon päätöksenteot

Temaattisen analyysin kolmannessa vaiheessa aloitetaan teemoittelu. Tutkimuksen tekijä analysoi koodeja ja etsii niistä yhtäläisyyksiä, jotta eri koodeja voidaan yhdistää yleisiksi, alustaviksi teemoiksi. Teemojen tulee olla selkeästi havaittavissa, toisista teemoista eriävä, toistua koko aineistossa ja olla merkityksellisiä tutkimuskysymysten kannalta. Tutkimuksen tekijä voi muodostaa teemoista yleisiä pääteemoja, tai sen sisällä olevia alateemoja. (Braun & Clarke 2006; Saunders ym. 2023.) Braun ja Clarke (2006) suosittelevat hyödyntämään visuaalisia työkaluja temaattisen kartan luomiseksi, joilla voidaan helpottaa koodien lajittelua teemoiksi. Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin NVivon ajatuskarttaa, joka helpotti koodien hahmottamista ja jäsentelyä sisällöllisesti yhtenäisiin teemoihin. Vaiheen päätteeksi laadittiin kokoelma ehdolla olevista, potentiaalisista teemoista ja alateemoista, jotta saatiin parempaa käsitystä yksittäisten teemojen merkityksistä.

Neljännessä vaiheessa tarkastellaan ja tarkennetaan ehdotettuja teemoja sekä täydennetään mahdollisia puuttuvia koodeja. Braun ja Clarke (2006) ohjaavat lukemaan kaikki kootut otteet kunkin teeman osalta ja arvioimaan, muodostaako teeman sisältö yhtenäisen kuvion. Teemojen arviointiin osallistuu mahdollisesti koko

tutkimusryhmä, jotta kaikki pääsevät lopulliseen yhteisymmärrykseen lopullisista teemoista. Kun jokainen ehdotettu teema kuvastaa riittävästi koodatun aineiston rajoja, arvioidaan yksittäisten teemojen pätevyyttä suhteessa koko aineistoon. Aineiston tulee tukea teemaa, ja jokaisen teeman tulee olla merkityksellinen tutkimuskysymyksen kannalta. Teeman nimeämisessä kannattaa käyttää laajaa, teeman sisältöä edustavaa käsitettä. (Braun & Clarke 2006; Saunders ym. 2023.) Tässä tutkimuksessa teemoja arvioitiin yhdessä ohjaajien kanssa. Alustavat, ehdotetut teemat valittiin myös lopullisiksi teemoiksi, mutta teemojen nimiä muokattiin ja paranneltiin vielä kuvastamaan mahdollisimman ytimekkäästi niiden sisältöä.

Temaattisen analyysin viidennessä vaiheessa keskitytään lopullisten teemojen tarkasteluun ja määrittelyyn. Vaiheessa tulee paitsi tarkentaa kunkin teeman ydin sekä määritellä, mitä näkökohtaa teema tallentaa aineistosta, myös tarkastella teemaa suhteessa muihin teemoihin. Näin varmistetaan teemojen keskinäinen eroavaisuus sekä vältetään teemojen sisällöllinen päällekkäisyys.

Tarkennusprosessissa tulee myös arvioida, muodostuuko teemalle alateemoja, joilla voidaan jäsentää monimutkaista ja laajaa teemaa sekä osoittaa teeman merkityshierarkisuus. Viimeisessä eli kuudennessa vaiheessa tutkimuksen tekijä raportoi lopulliset teemat ja niiden yksityiskohtaisen analyysin. Braun ja Clarke (2006) ohjaavat käyttämään raportoinnissa eläväisiä sitaatteja aineistosta, jotka kuvaavat teeman sisällöllistä ydintä. Visuaalisilla havainnollistuksilla, kuten teema- ja ajatuskartoilla, voidaan auttaa raportoitavien teemojen hahmottamista lukijalle. (Braun & Clarke 2006; Saunders ym. 2023.) Tämän tutkimuksen tulosten raportoinnissa esitellään pää- sekä alateemat ja niiden määritelmät, joilla pyritään vastaamaan tutkimuskysymyksiin.

5 Tutkimustulokset

Haastatteluaineiston temaattisella analyysillä tunnistettiin neljä pääteemaa vastaamaan tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksiin. Kolme ensimmäistä pääteemaa vastaavat ensimmäiseen tutkimuskysymykseen avoterveydenhuollon ylihoitajien kokemuksista sote-uudistuksen muutosjohtamisesta. Tutkimustulosten mukaan ylihoitajilla oli kokemuksia *roolistaan muutosten johtamisessa, muutosjohtamisesta hallinnon alaisuudessa ja muutosjohtamisen keinoista*. Tutkimuksen toiseen tutkimuskysymykseen vastasi tutkimustulosten neljäs pääteema, *muutosjohtamista myötävaikuttavat tekijät* (taulukko 10). Pääteemoille kehittyi yhteensä 13 alateemaa, jotka esitellään kappaleiden alaluvuissa. Tuloksissa esiintyvät sitaatit ovat tutkimukseen osallistuneiden avoterveydenhuollon ylihoitajien suoria lainauksia (H=haastateltava).

Taulukko 10. Ylihoitajien kokemuksia sote-uudistuksen muutosjohtamisesta kuvaavat pää- ja alateemat

Pääteemat	Alateemat
Rooli muutosten johtamisessa	Käsitykset ylihoitajan roolista muutoksissa Osastonhoitajien tukeminen muutoksessa
Muutosjohtaminen hallinnon alaisuudessa	Valtiovallan vaikutus toimintakenttään Vaikutusmahdollisuudet muutosjohtamiseen hyvinvointialueella
Muutosjohtamisen keinot	Mittareiden käyttö ja seuranta Resurssien kohdentaminen ja toimintamallien uudelleenorganisointi Henkilöstön koulutukset Tiedottaminen ja keskusteleminen muutoksesta Henkilöstön osallistaminen muutokseen Muutosjohtamisen teorioiden tunteminen ja hyödyntäminen
Muutosjohtamista myötävaikuttavat tekijät	Ylihoitajien kollegiaalisuus ja tukiverkosto Yhtenäiset käytännöt ja tavoitteet Muutosmyönteinen henkilöstö

5.1 Rooli muutosten johtamisessa

Osallistujien kokemuksiin sote-uudistuksen muutosjohtamisesta avoterveydenhuollossa vaikuttivat heidän subjektiiviset kokemuksensa ja käsityksensä omasta johtamisroolistaan sote-uudistuksen muutosten jalkauttamisessa, sekä mitä avoterveydenhuollon keskihohtajalta odotetaan henkilöstön tukemisessa muutoksissa. Henkilöstöllä tarkoitettiin avoterveydenhuollon osastonhoitajia ja hoitohenkilökuntaa.

Käsitykset ylihoitajan roolista muutoksissa

Osallistujien johtamisrooliin muutoksessa vaikuttivat heidän käsityksensä avoterveydenhuollon ylihoitajan roolista ja tehtävästä sote-uudistuksen muutosjohtamisessa. Osallistujat kuvailivat omaa rooliaan ylihoitajana muun muassa päätöksentekijänä, kehittäjänä, muutoksen käynnistäjänä, tiedonvälittäjänä, kuuntelijana sekä arvioitsijana. Ylihoitajan rooli sote-uudistuksen muutosjohtamisessa avoterveydenhuollossa koettiin erityisesti keski johdossa toimivana johtajana ja tiedonvälittäjänä, jonka odotetaan kuuntelevan sekä henkilöstöä että ylempää johtoa, ja toimivan näiden tasojen tiedonvälittäjänä suuntaan ja toiseen. Avoterveydenhuollon ylihoitajalla koettiin olevan merkittävä ja tärkeä rooli muutosjohtamisessa ja sote-uudistuksen toimintamallien jalkauttamisessa avoterveydenhuoltoon.

H1: Ylihoitajan rooli on ehkä se päätöksentekijä ja alullepanija ja semmoinen tarkkailija ja seuraaja.

H4: Keskeinen rooli olla se, sanotaan tiedonvälittäjä. Kuuntelija molempiin suuntiin. Ja ylihoitajalla pitää olla selkeä kokonaisuus... Käsitys, mitä on se kokonaisuus. Eli pidän ylihoitajan roolia siinä, siinä kyllä tärkeänä.

H5: Ylihoitajan rooli on ollut jalkauttaa yhtenäisiä linjauksia sinne käytäntöön, käytännön hoitotyöhön. Ja osallistuu sitä kautta yhteiseen keskusteluun. Ehkä se olisi se, kiteytettynä se rooli, eli niitten yhtenäisten tapojen jalkauttamista.

Myös sote-uudistuksella koettiin olleen vaikutusta avoterveydenhuollon ylihoitajan rooliin. Yksi osallistuja kuvaili, miten sote-uudistuksen muutosjohtaminen on kehittänyt hänen rooliaan ylihoitajana ja hoitotyön johtajana.

H2: Tavallaan se, mikä uusi rooli on sote-uudistuksen myötä itselle tullut, niin toki se on kasvattanut itseäni johtajana, hoitotyön johtajana.

Osallistujat kokivat tehtäväkseen pyrkiä tasapainoilemaan henkilöstön ja ylemmän johdon välissä, samalla viestien ylemmälle johdolle hoitotyöntekijöiden kokemasta työtaakasta ja muutosten runsaasta määrästä sekä puolustamaan henkilöstön jaksamista ja toisaalta välittämään osastonhoitajille pehmeästi organisaation uusista muutoksista ja linjauksista. Yksi osallistuja kuvaili, kuinka ylihoitajat toimivat niin sanotusti puun ja kuoren välissä.

H2: Toki siinä tilanteessa aina täytyy rauhoitella [...] ja olla ymmärtäväinen sitä kohtaan, että tämä on kovaa vauhtia. Mennään koko ajan eteenpäin ja sitten tavallaan se, että sinne työntekijän, osastonhoitajan suuntaan on yrittänyt sitä inhimillisyyttä ja armollisuutta luoda. Ja sitten taas toiseen suuntaan, missä niitä tulee niitä määräyksiä ja ohjeiden muutoksia, niin sinne suuntaan pyrkinyt viestittää sitä, että nyt tahti on liian kova et nyt ei enää tässä kohtaa, ei oteta enempää vastaan. Ehkä niin sanotusti puun ja kuoren välissä, että toiseen suuntaan pitää vähän silitellä ja toiseen suuntaan sitten olla kovempi. Kyllä se vähän on ollut haasteellista.

Osastonhoitajien tukeminen muutoksessa

Osallistujat toivat usein esille varsinkin vastuun ja velvoitteensa osastonhoitajien tukemisesta, ohjaamisesta ja johtamisesta, sillä avoterveydenhuollon osastonhoitajat eli lähiesihenkilöt ovat ylihoitajien suoria alaisia. Osallistujat kuvailivat ylihoitajan velvoitteen olevan osastonhoitajien tsemppaamista, heidän ammatillista ohjaamista ja johtajana toimimista. Ylihoitajan tehtävänkuvan kuvailtiin olevan osastonhoitajien tukemista muutosten jalkauttamisessa ja lähiesihenkilötehtävissä. Osastonhoitajan ja ylihoitajan tehtävä- ja vastuurajan erottelu muutoksenjohtamisessa koettiin tukevan ja selkeyttävän muutosjohtamista avoterveydenhuollon kentällä, sillä sen avulla vältettiin mahdolliset ristiriitaisuudet viestinnässä ja tiedonjakamisessa. Ylihoitajien odotetaan toimivan taustalla osastonhoitajien ja hoitotyöntekijöiden tukena muutoksen jalkauttamisessa kenttätasolla, sekä välittää organisaatiotavoitteet avoterveydenhuollon kentälle.

H3: Nyt minähän olen puolestapuhuja ja käyn sitä keskustelua osastonhoitajien ja apulaisosastonhoitajien kanssa. Käydään keskustelua myös siitä resurssista, mitä se on ja mihin sitä tarvitaan, miten tää homma toimii.

H7: Mä olen se kovempi ihminen, ja se osastonhoitaja on saanut olla lempeämpi. Et kun hänellä on tiukka paikka, niin hän tulee sanomaan näin. Eli mä tuen silloin sitä osastonhoitajaa selviytymään siitä työstä. Hänen täytyy kuitenkin jatkaa hoitajien kanssa sitä työtä siellä. Mä olen kuitenkin niin kaukana.

5.2 Muutosjohtaminen hallinnon alaisuudessa

Osallistujien kokemusten mukaan sote-uudistuksen muutosjohtaminen avoterveydenhuollossa on vahvasti sidoksissa ylempien tahojen, kuten työnantajan eli hyvinvointialueen sekä valtiovallan asettamiin rajoihin. Muutosjohtaminen hallinnon alaisuudessa muodostui kahdesta alateemasta, jotka ovat valtiovallan vaikutus hyvinvointialueiden toimintakenttään sekä vaikutusmahdollisuudet muutosjohtamiseen hyvinvointialueella.

Valtiovallan vaikutus hyvinvointialueiden toimintakenttään

Osallistujat kokivat valtiovallalla ja poliittisilla päättäjillä olevan merkittävästi valtaa ja vaikutusta sote-uudistuksen muutosjohtamiseen hyvinvointialueella. Valtiovalta ja poliittiset päättäjät vaikuttivat suoraan hyvinvointialueiden taloudellisiin resursseihin ja täten sote-uudistuksen strategisten tavoitteiden jalkauttamiseen ja muutosjohtamiseen sote-palveluiden toimintakentälle. Osallistujat kokivat, ettei hyvinvointialueiden saama valtionrahoitus vastaa sote-uudistuksen strategisten tavoitteiden suuruutta, eikä jatkuvasti kehittyvää digitalisoitumista tai hoito- ja lääketiedettä. Osa osallistujista koki valtiovallan ja hallituksen päätöksenteon ohjaavan julkisen terveydenhuollon kehitystä yksityiseen terveydenhuoltomalliin, jonka ei koettu tukevan sote-uudistuksen nykyisten tavoitteiden toteutumista.

H4: No tällä hetkellä valtiolla heikko rahatilanne. Ja se heijastuu suoraan tänne toimintoihin. Se on tiedossa ollut asia, mun mielestä ihan valtiolla saakka. [...] Uudistuksien tekemiseen menee rahaa.

H5: Ja nyt toki nää, tiukentuvat rahoitukset, ja kaikki tällainen asettaa taas paineita, joista saattaa tulla sellaisia tekijöitä, mitkä vielä enemmän estää sen (sote-)uudistuksen toteutumista.

H3: Me ollaan aika ison asian edessä. Tuntuu, että näiden kaikkien sote-uudistusten ynnä muiden asioiden kanssa, niin me ollaan niin jäätävässä rahapulassa. Ja kuitenkin lääketiede menee eteenpäin, teknologia menee koko ajan eteenpäin, hoitotyö menee eteenpäin. Ja jotta me saadaan se sopeutumaan tähän taloudelliseen tilanteeseen, niin se on aika iso haaste.

Osallistujat kuvailivat hyvinvointialueiden olevan valtiotason määräysten alaisina, vaikka hyvinvointialueet ovatkin itsehallinnollisia alueita. Valtion ohjauksen kuvailtiin vaikuttavan suoraan hyvinvointialueiden toimintakenttään sekä rajoittavan hyvinvointialueiden mahdollisuuksia toteuttaa sote-uudistuksen strategisten tavoitteiden jalkauttamista hyvinvointialueen haluamalla keinoilla.

H2: Poliittinen päätöksenteko on meillä vahvana, mikä vaikuttaa meidän tekemiseen ja siihen meidän toimintaan.

H3: Valtiovalta, tuntuu että se on nyt kauhean tiukka monessa asiassa. Se ei anna sitä mahdollisuutta.

Vaikutusmahdollisuudet muutosjohtamiseen hyvinvointialueella

Osallistujat kuvasivat vaikutusmahdollisuuksiaan toteuttaa joustavasti ja laaja-alaisesti sote-uudistuksen muutosjohtamista arvoterveydenhuollossa. Osallistujien kokemusten mukaan mahdollisuuksiin toimia muutosjohtajana vaikuttavat hyvinvointialueen ja ylemmän johdon päätökset sote-uudistuksen strategisten tavoitteiden jalkauttamisesta, siihen tarjotuista resursseista sekä avoterveydenhuollon keskijohdolle tarjotuista mahdollisuuksista toteuttaa muutosjohtamista.

Osallistujat kertoivat vaikutusmahdollisuuksien muutosjohtajana toimimiseen olevan nyt rajatummalla hyvinvointialueen alaisuudessa kuin kunta-aikana, vaikka sote-uudistusta pidettiin yleisesti tärkeänä sen yhtenäistäessä esimerkiksi kunta-aikaisia henkilöstön tehtäväkuvauksia. Tämän lisäksi sote-uudistuksen koettiin tuovan säästöjä sekä helpottavan myös avoterveydenhuollon ylihoitajien tehtävätaakkaa siirryttäessä yhteen organisaatioon.

H4: Selvästi mennään sitä kohti, mitä toivoin. Että jokainen kunta ei enää tee esimerkiksi omia tehtäväkuvauksia henkilöstölle. Jokainen terveystakeskus ei tee enää omia lääkehoitosuunnitelmia, ei ostopalvelusuunnitelmia. Ja osastonhoitajan ja ylihoitajan ei tarvitse lähteä hakemaan sitä tietoa, että mikä se olikaan tämän asian takana oleva laillisuusperusteet ja ne mitä meidän pitää tehdä, vaan että me saadaan niihin yhteiset ohjeistukset ylempää ja se on todella hyvä. Se tulee helpottamaan ja sitten me saadaan säästöjä ihan varmasti.

Osallistujien kokemusten mukaan mahdollisuudet vaikuttaa avoterveydenhuollon päätöksiin, ja muutosjohtamisen resursseihin ovat hyvinvointialueella rajallisemmat

kuin kaupungin alaisuudessa työskenneltäessä. Osallistujat kertoivat, kuinka työskennellessään kaupungin palveluksessa he pystyivät esittämään avoterveydenhuoltoon liittyviä ehdotuksia suoraan sote-lautakunnalle, sekä tuomaan esille avoterveydenhuollolle tärkeitä näkökulmia. Osallistujat kokivat osallistumisen ja vaikuttamismahdollisuuksien avoterveydenhuoltoa koskeviin päätöksentekoihin olevan hankalampaa hyvinvointialueen alaisuudessa.

H1: Se päätös niistä muutoksista tulee paljon kauempaa. Enää ei ole itse esittelemässä sote-lautakunnalle, että mikä on syy ja mitä me halutaan tehdä.

H5: Että paljon sellaisia, toisen kautta siihen sote-uudistukseen ja sen ideologiaan liittyviä tällaisia asioita, mitkä mä ennen oisin voinut ja tein suoraan. Niin nythän niin ei voi tehdä. Vaan nyt pitää miettiä, että hei, että se pitää pyöräyttää sen koko pyörän läpi.

H2: Tuntuu, että poliittisella päätöksenteolla on isompi rooli, kun oli kaupungin aikana. Se ehkä nyt näyttäytyy ainakin tässä tehtävässä, että sillä on isompi merkitys.

Osallistujat kokivat sote-uudistuksen muutosjohtamisen avoterveydenhuollossa tapahtuvan hyvinvointialueen asettamissa rajoissa ja raameissa, jolloin ylihoitajan mahdollisuudet toimia muutosjohtajana koettiin rajoittuneeksi. Vaikka ylhäältä asetettujen ohjeistusten koettiin myös helpottavan avoterveydenhuollon ylihoitajan tehtävää, koettiin muutosjohtamisen toteutuvan ylemmän johdon asettamissa raameissa. Yksi osallistuja kuvaili, miten ylihoitajilla on vaikutusmahdollisuuksia toteuttaa muutosjohtamista omalla sote-keskusalueellaan, mutta rajallisesti. Toisen osallistujan kertomana keskijohdolla, kuten ylihoitajilla, ei ole lainkaan vaikutusvaltaa sote-uudistuksen tavoitteiden toteuttamiseen, vaan sote-uudistuksen nähtiin olevan poliitikoiden hallinnoimaa.

H7: Omassa alueessa sulla on ehkä mahdollisuus tietyllä tavalla vaikuttaa, niitten raamien puitteissa mitä on. Kyllä se aika ylhäältä päin tulee.

H1: Ei me yksittäisinä esihenkilöitten esihenkilöinä, niin ei meillä ole minkäännäköistä vaikutusvaltaa siihen, miltä itse sote-uudistus näyttää. Kyllä se on poliitikot, jotka sitä päätöstä tekee.

Osallistujat esittivät ideoita sote-uudistuksen strategisten tavoitteiden jalkauttamiseksi, kuten yhteistyön kolmannen sektorin kanssa. Yksi osallistuja toi esille, miten hyvinvointialueen tarjoamat resurssit esimerkiksi ennaltaehkäiseviin

palveluihin ovat ristiriidassa hyvinvointialueen strategian kanssa, eikä avoterveydenhuollon ylihoitajille tarjota mahdollisuutta toteuttaa strategisten tavoitteiden mukaisia muutoksia.

H7: Mä ehdotin että voisiko sen (tilan) varata esimerkiksi kolmannen sektori palvelulle, et ne voisi tulla sinne, kuten Muistikeskuksesta ja Sydänkeskuksesta. 'Me ei ruveta sellaisista maksamaan vuokraa'. Mä sanoin että meidän strategiassakin lukee, että tehtäisiin kolmannen sektorin kanssa yhteistyötä, ajatelkaa kuinka hienoa kun ne olisi täällä kerran viikossa tai kahdessa. Mietin et meidän strategiassa lukee hienosti tällaisia juttuja, mut sit me ei mahdollisteta sitä.

Osallistujien kokemusten mukaan ylemmän johdon tuki ja kollektiivinen sitoutuminen tehtyihin päätöksiin koettiin tärkeäksi kankeaksikin kuvaillussa hyvinvointialueella. Tehdyt päätökset aiheuttivat kuitenkin kritiikkiä, sillä osallistujat kokivat päätösten jäävän usein keskeneräisiksi ja hajanaisiksi, koska muutosten jalkauttamiseen ei vastuutettu ketään.

H3: Sitä kun puhuttiin, että tehtäisiin näin ja noin ja niin, mut.. Ne jää kaikki vähän lillumaan. [...] Ei se riitä, että okei, me keskustellaan. No mitä me ollaan oikeasti päätetty? Jos katsoo niitä muistioitakin, no joo, tällaisesta puhuttiin näin ja näin. [...] Ei ole ketään oikein vastuutettu siitä.

Osallistujat pitivät henkilöstön sitouttamista ja osallistamista muutokseen yhtenä tärkeimpänä osatekijänä muutoksen onnistuneelle jalkauttamiselle, mutta osallistujat kokivat useiden eri tekijöiden hankaloittavan tehtävää. Osallistujien kokemusten mukaan ylemmältä taholta määrättyjen uudistusten ja muutosten jalkauttaminen avoterveydenhuoltoon koettiin hankalana niiden kiireellisyyden, tutkimusten hyödyntämättömyyden ja muutosten suunnitelmattomuuden vuoksi. Osa osallistujista koki, ettei avoterveydenhuollon ylihoitajille tarjottu mahdollisuutta muutosjohtamiselle ja henkilöstön sitouttamiselle muutokseen.

H7: Pitäisi olla sitä tutkimustietoa myös, et mikä on ollut hyvä järjestelmä ja mistä on saatu hyviä tuloksia. Nyt tulee vähän sellainen [...] hätä, että tuloksia tarvitsee saada heti paikalla ja kauhealla kiireellä, ja sitten ei huomatakaan kaikkia sudenkuoppia. Ja mä näen, kuinka me emme ota henkilökuntaa mukaan, niin eihän ne muutokset mene läpi. Meidän pitäisi saada ne ihmiset sieltä sitoutumaan, mut ei täällä ole siihen mahdollisuutta.

H2: Ja itse huomannut sen omassa työssä, [...] että asiat muuttuvat ihan hirveällä tahdilla. Mikä tänään on totta, niin se ei välttämättä ole parin päivän päästä enää ollenkaan.

Muutosten kiireellisyys, runsaus ja vaihtelevuus koettiin myös kuormittavan ja hankaloittavan sote-uudistuksen muutosjohtamista avoterveydenhuollossa. Vaihtelevat muutokset, jotka tuli toteuttaa kiireessä aiheuttivat osallistujien kokemusten mukaan epävarmuutta ja muutosväsymystä. Muutosten kiireellisyyttä kokivat henkilöstö, osastonhoitajat ja ylihoitajat itse. Yksi osallistuja kuvaili, miten avoterveydenhuollon hoitohenkilökunta ei ehdi perehtyä hyvinvointialueen kehittämiin prosessimalleihin ja muutoksiin kiireen vuoksi. Tämä taas koettiin hidastavana yhdenmukaisten toimintamallien toteutumisessa, kuten hoidon tarpeen arvioinnissa. Osallistujat kertoivat avoterveydenhuollon henkilöstön työn ja erityisesti hoidon tarpeen arvioinnin sisältävän runsaasti eri asioiden ja ohjeistusten muistamista, jota muutosten runsaus ja niistä syntyvä paine kuormittaa henkilöstöä entisestään. Muutosten kiireellisyyden, vaihtelevuuden ja runsauden koettiin johtuvan hyvinvointialueen ylemmän johdon päätöksenteosta.

H2: Kyllä se henkilöstö on tietysti ollut aika lailla, että tää on ollut raskasta aikaa. Tuntuu, että meille tulee muutoksia (hyvinvointialueen) aikana ihan valtavasti. Ne voi olla pieniä tai isoja, mut jokaista ei pysty sisäistämään tai opettelemaan.

H7: Avoterveydenhuollon hoitajilla on niin paljon erilaisia, muistettavia asioita omasta prosessista siellä puhelimessa, kun tehdään hoidon tarpeen arviota. Voidaanko me edes olettaa, että se hoitaja muistaa ne kaikki mitä siel (hyvinvointialueella) on? Ja se on sellainen asia, mikä meidän tarvitsisi kaikkien tiedostaa, meillä on todella hienot prosessit. Me ei tiedetä niitä, ja vaikka me tiedettäisiin, niin me ei muisteta sitä, kun meillä on niin kova kiire ja paine. Se olisi ihan eri asia kun meillä olisi aikaa keskustella. Mut ei me ehditä siellä, siinä on niin kova kiire ja sekin pitää tiedostaa.

5.3 Muutosjohtamisen keinot

Ylihoitajien sote-uudistuksen muutosjohtamisen kokemuksiin vaikuttivat ylihoitajien käyttämät keinot muutosjohtamiseksi ja muutosjohtamisen tueksi. Jotta osallistujien kokemukset muutosjohtamisen keinoista painottuisivat erityisesti sote-uudistuksen muutosjohtamiseen, haastattelurunkoon sisällytettiin Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelman tavoitteet (taulukko 4). Haastatteleamalla Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelman tavoitteiden toteuttamisesta osallistujat pystyivät refleктоimaan muutosjohtamiskokemuksia sote-uudistuksen edistämisestä avoterveydenhuollon kontekstissa. Pääteemaan muodostui kuusi alateemaa, jotka esitellään seuraavaksi.

Mittareiden käyttö ja seuranta

Yhtenä muutosjohtamisen keinona ja apuvälineenä olivat osallistujien kokemusten mukaan tiedon kerääminen ja seuranta erilaisilla avoterveydenhuollon palvelutietojen keräämiseen tarkoitetuilla mittareilla. Osallistujien kokemusten mukaan erilaiset mittarit, kuten hoidon jatkuvuuden seuranta avoterveydenhuollon vastaanottokäynneillä (COCI, Continuity of Care -indeksi), kolmannen vapaana olevan kiireettömän vastaanottoaikojen mediaanin (T3-aika) ja terveyskeskukseen saapuvien puheluiden määrien seuranta tukevat ylihoitajien sote-uudistuksen muutosjohtamista. Osallistujien kokemusten mukaan avoterveydenhuollon palvelutietojen keräämiseen tarkoitettut mittarit kuvastavat yksikön ajantasaista ja todellista toimintaa, sekä auttavat ohjaamaan ja kehittämään hyvinvointialueen yhtenäisiä toimintamalleja eri yksiköissä, esimerkiksi terveyskeskuksen takaisinsoitto määräajassa sekä hoitotakuun toteutumisessa.

H5: Hoidon tarpeen arvioinnin puhelujen päivittäinen seuranta. Eli kun se on (hyvinvointialueen) tasoista, se nähdään koko ajan. Tai T3-aikojen eli kolmannen kiireettömän ajan, mikä niitten tilanne (hyvinvointialueella) on. [...] Nähdään enemmän sitä, mitä meidän oikeasti kuuluu tehdä ja mitä meiltä vaaditaan.

H1: Tilastot on yksi asia. Tarkastellaan COC-indeksiä, että mikä meillä on tilanne. Että kuinka usein potilaat pääsee samalla ammattilaiselle. Ja se omatiimimalli on ihan oleellinen, että saataisiin parannettua niitä COC-indeksejä.

Lyhyissä seurantajaksoissa avoterveydenhuollon neuvonnassa työskentelevää henkilöstöä oli myös ohjattu pitämään yksinkertaista tukkimiehen kirjanpitoa todellisen asiakaskohtaamismäärän ja hoidon tarpeen arvioinnin tuloksen selvittämiseksi.

H6: Esimerkiksi nyt viime viikolla meillä oli neuvontatyöryhmässä ihan tällainen tukkimiehen kirjanpitoseuranta, että kuinka moni siellä käy ja olisiko asia voitu hoitaa esimerkiksi etänä tai kokonaan jotain muuta kautta. Jotta me tunnistettaisiin, mikä on se todellinen tilanne.

Osallistujat kokivat mittarit ja tilastoinnit hyödylliseksi muutosjohtamisen keinoksi, mutta määrälliset mittarit saivat myös kritiikkiä. Osallistujat toivat esille, että hoidon laatuun ja vaikuttavuuteen tarkoitettut mittarit ovat rajalliset ja keskittyvät pääasiassa määriin, kuten puheluiden määriin ja hoitoon pääsyn odotusaikoihin. Osallistujat

toivoivat parempia työkaluja ja mittareita hoitotyön laadun sekä vaikuttavuuden arvioimiseksi.

H7: Esimerkiksi puhelintilastot on erinomainen asia.

H2: Toki meillä on joitain hoitotyön mittareita, miten laatua ja vaikuttavuutta ehkä pystytään osittain arvioimaan, mutta tähän me kaivataan kyllä vielä parempia työkaluja. Meillä on sellaiset mittarit mitä me tarkkaillaan, ne on enemmänkin määrään liittyviä. Esimerkiksi meidän puheluiden määrä tai T3-ajat, eli kuinka nopeasti on ensimmäiset vapaat (vastaanottoajat) siellä saatavilla.

Resurssien kohdentaminen ja toimintamallien uudelleenorganisointi

Sote-uudistuksen jälkeisenä aikana ylihoitajat ovat toteuttaneet ja johtaneet hyvinvointialueen sisäisiä toimintatapoja avoterveydenhuollon kentällä. Muutokset ovat vaatineet avoterveydenhuollon ylihoitajilta toimintamallien suunnittelua ja niiden uudelleenorganisointia, avoterveydenhuollon arjen koordinointia sekä resurssien kohdentamista uusille toimintamuutoksille ja niiden jalkauttamiselle. Osallistujat esittivät esimerkkejä muutosjohtamisen keinoista ja niiden resurssoinniksi. Yksi osallistuja kertoi kokemuksistaan muun muassa kausirokotusten uudelleenorganisoinnista, joita ennen sote-uudistusta järjestettiin yhdessä kunnan perheneuvolan ja avoterveydenhuollon kanssa. Kausirokotusten uudelleenorganisointi on edellyttänyt sitä, että ylihoitajat ovat suunnitelleet ja organisoineet, kuinka pelkästään avoterveydenhuolto järjestää asiakkaille kausirokotukset pienemmällä henkilöstömäärällä, ja miten kausirokotukset toteutetaan käytännössä. Yhtenä ratkaisuna on hyödynnetty hybridimallia, jossa asiakkaat varaavat ajan netistä kausirokotukselle.

H5: Viime syksynä oli tällainen hybridimalli. Nyt on selkeämmin lähdetty ohjeistamaan ja suunnittelemaan sitä etukäteen, että se tehdään avoterveydenhuollon omana työnä, koska ei ollut enää mahdollista saada niitä muiden sektoreiden, perhekeskusten työntekijöitä osallistumaan siihen.

Sote-uudistuksen tavoitteiden, kuten palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantamiseksi on hyödynnetty sairaanhoitajavetoisia vastaanottoja avoterveydenhuollossa sekä tules- eli tuki- ja liikuntaelinvaivojen, kuten uuden selkäkipupotilaan ohjaamista fysioterapeuttien suoravastaanotolle lääkärin kiirevastaanotolle ohjaamisen sijaan. Uudet

toimintamallit, kuten tules-potilaiden ohjaaminen suoravastaanotolle fysioterapeuteille, ovat edellyttäneet ylihoitajilta hoitohenkilöstön ohjeistamista hoidon tarpeen arvioinnissa. Osallistujien kokemusten mukaan sairaanhoitajavetoisen vastaanoton jalkauttaminen on vaatinut terveyskeskustoiminnan kehittämistä sekä uudelleenorganisointia ja uuden toimintamallin edellytyksien luomista ja mahdollistamista. Sairaanhoitajavetoisen toiminnan, kuten vastaanottotyön ja hoidon tarpeen arvioinnin, tueksi ylihoitajat ovat olleet kehittämässä konsulttilääkäritoimintaa, jolloin sairaanhoitaja pystyy helposti konsultoimaan etälääkärinä.

H1: Tää sairaanhoitajavetoisuuden lisääminen on se oleellisin. [...] Ollaan kehitetty toimintaa sillä, että meillä on konsulttilääkäritoiminta, että sairaanhoitajien on sekä HTA:ssa että vastaanotolta mahdollisimman helppo konsultoida lääkäriä, etälääkärinä. Se on ehkä oleellisin toimintatavan muutos, mitä tässä (hyvinvointialueen) aikana on ollut. Luodaan edellytykset sille, että sairaanhoitaja pystyy toimimaan mahdollisimman itsenäisesti, mutta kuitenkin niin, että he tietävät että heillä on se lääkärin tuki siellä taustalla.

Palveluiden yhdenvertaista saatavuutta pyrittiin parantamaan myös resurssien kohdentamisella ja tasaamisella, sekä selkeyttämällä henkilöstön tehtävärooleja. Osallistajat kertoivat kohtaavansa usein resurssihaasteita, jota voidaan pitää yhtenä palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden haasteena. Yksi osallistuja kertoi esimerkkinä kahden jalkaterapeutin palveluiden tasaamista kolmelle eri paikkakunnalle, joka edellytti resurssien kohdentamista ja tasaamista siten, että kaikilla alueen potilailla olisi yhtäläinen mahdollisuus päästä jalkahoitajalle. Myös hoitotarvikejakeluun liittyvät tehtävänjaot on määritelty ja rajattu selkeästi tiettyjen avoterveydenhuollon ammattilaisten hoidettavaksi.

H5: Yhdenvertaisuutta pitää potilailla olla. Kun me tarjotaan tiettyjä palveluita alueella, niin meillä pitää olla samaa palvelua tarjolla. Eli meillä on kaksi jalkaterapeuttia, toisen työhuone on (paikkakunta 1) ja toisen työhuone on (paikkakunta 2). Ja siinä onkin alueen kaikki jalkaterapeutit. Eli sitten tää 1/3 pitää ohjata potilaita käymään jommallakummalla näistä jalkaterapeuteista arviossa. Tasataan niitä resursseja, eli lähdetään katsomaan että okei, jos nämä saa tällaista palvelua, niin kyllä kaikkien alueen potilaiden pitää saada mahdollisuus samankaltaiseen palveluun. Ei voi olla niin, että 2/3 saa ja 1/3 ei saa. Lähteä sillä tavalla tasoittamaan niitä.

Osallistuja kertoi myös, kuinka hoitosuunnitelmien laadintaan on pitänyt kehittää uusi, hoitajavetoinen menetelmä lääkäripulan vuoksi.

H5: Ja periaatteessahan hoitosuunnitelman pitäisi olla moniammatillinen. Tällä alueella on ollut huomattava lääkäripula, jonka johdosta me ei juurikaan näihin hoitosuunnitelmiin mitään lääkäriä mukaan saada. Vaan se menee niin päin, että hoitaja lähtee täyttämään sen ja haetaan potilaalle mainitut diagnoosit aiemmin. Jos ei löydy, niin pyydetään se diagnoosi ja näytetään se hoitosuunnitelma sitten lääkärille. Eli käytännössä hoitajavetoisesti, että hoitaja tekee ja lääkäri tsekkaa ja kuittaa sen.

Osallistajat ovat sote-uudistuksen muutosjohtamisessa huomioineet myös ehkäisevää ja ennakoivaa avoterveydenhuoltoa, palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistamista sekä palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantamista. Monialaisten ja yhteen toimivien palveluiden varmistamiseksi avoterveydenhuollossa on hyödynnetty sairaanhoitajien monialaisuutta, kuten diabetes-, haava- ja unihoitajien sekä lääkkeenmäärittämiseen erikoispätevöityneiden eli niin kutsuttujen lämä-hoitajien erikoisosaamista. Osallistajat kuvailivat erikoisosaamisten hyödyntämisen avoterveydenhuollossa tärkeäksi, sillä ne lisäävät toimivuutta ja kohdentavat potilaat oikeille erikoisosaajille. Yksi osallistuja kertoi, ettei jokaisessa terveyskeskuksessa ole saatavilla lämä-hoitajaa, ja tämän vuoksi potilas päätyy lääkärille.

H2: Meidän hoitotyöntekijät tekee valtavasti erilaista erikoisosaamista. On diabetesosaamista, haavahoitajia, jalkaterapeutteja, unihoitajia, elintapaohjaajia, sydänhoitajia. Työntekijöitä, jotka toki osaavat sen koko kentän, mutta voivat olla suuntautuneet johonkin tiettyyn palveluun. Unohtamatta meidän lämä-hoitajia. Nämä kaikki lisää myös toimivuutta, että mahdollisimman laajasti tavoittaa, ja tarjota myös sellaista erikoisosaamista. Silloin me voidaan niitä potilaita segmentoida paremmin, että kuka sen osaa parhaiten hoitaa.

Henkilöstön koulutukset

Osallistujien kokemusten mukaan erilaiset henkilöstölle suunnatut koulutukset tukevat muutosjohtamista ja toimivat yhtenä työkaluna sote-uudistuksen tavoitteiden toteutumiseksi. Osallistajat kuvailivat perustelewansa henkilöstölle ja osastonhoitajille koulutusten tärkeyttä ja tarkoitusta, ja kannustavansa osallistumaan erilaisiin koulutuksiin, kuten hyvinvointialueen järjestämiin, avoterveydenhuollon henkilöstölle suunnattuihin verkkokoulutuksiin, esimerkiksi hoidon tarpeen arviointikoulutukseen.

Koulutuksiin pääsyn mahdollistaminen koettiin myös tärkeäksi. Osallistujat kokivat osastonhoitajien roolin olevan myös tärkeä henkilöstön kannustamisessa koulutuksiin, sillä osastonhoitajilla koettiin olevan paras tuntemus henkilöstöstä ja heidän intresseistään erilaisia koulutuksia kohtaan, esimerkiksi unihoitaja- ja elintapaohjauskoulutuksiin.

H1: Koulutukset ei ole vielä tiedossa, että milloin nämä koulutukset ensi vuodelle on. Mutta olen antanut ukaasin, että jokaisen on niihin osallistuttava osastonhoitajista, että he pystyvät lähtemään niitä viemään yhteistyössä henkilökuntansa kanssa eteenpäin. Koulutuksen mahdollistaminen on nyt ihan ensimmäinen mitä täytyy käynnistää.

H2: Mutta toki meillä on esimerkiksi mihin me ollaan panostettu, on unihoitajat, heidän kouluttautuminen ja heidän työpanoksen lisääminen ja se jatkuu ensi vuonnakin. Ja sitten meillä on tämä elintapaohjaajien lisääminen, että meillä oli pilotit tässä muutamilla terveysasemilla ja nyt sitä laajennetaan muillekin. Se on yksi sellainen keino.

Tiedottaminen ja keskusteleminen muutoksesta

Osallistujien kokemusten mukaan tiedottaminen ja keskusteleminen muutoksesta yhdessä henkilöstön kanssa oli tärkeä työväline sote-uudistuksen ja hyvinvointialueiden tavoitteiden onnistumiseksi ja jalkauttamiseksi. Muutoksesta informoiminen ja sen perusteleminen koettiin kriittiseksi keinoksi, jotta jokainen avoterveydenhuollon henkilöstön jäsen saa tarvitsemaansa tietoa muutoksesta, sen syistä ja mahdollisista vaikutuksista työnkuvaan. Osallistujat kertoivat keskustelewansa vastavuoroisesti tulevasta muutoksesta erikseen osastonhoitajien sekä koko avoterveydenhuollon henkilöstön kanssa yhteisissä yksikkökohtaisissa palaverissa säännöllisesti, sekä kasvotusten kokoushuoneissa että Teams-sovelluksen välityksellä.

H6: Ihan keskustelemalla, perustelemalla ja tietoa jakamalla. Että kaikki tavallaan vähän tietäisi, miksi näitä asioita tehdään näin ja minkä muutoksen se vaatii, jotta me pääsemme siihen [hyvinvointialueen] sanelemaan tavoitteeseen.

H1: Mut sit jos on sellainen asia, mitä se henkilökuntakin kokee, että oikeasti on tarpeellinen. Heille pystytään perustelemaan, että mitä tehdään, miksi tehdään, mitä etuja se tuo. Tavallaan muutosta ei mun mielestä voi tehdä ilman keskustelua.

Muutoksesta tiedottaminen ja keskusteleminen yhteisissä avoterveydenhuollon yksikön palaverissa olivat osallistujien kokemusten mukaan erinomainen tilaisuus sekä ylihoitajalle toteuttaa muutosjohtamista, mutta myös tilaisuus henkilöstön jäsenille esittää kysymyksiä liittyen muutokseen, sekä tuoda esille omia näkemyksiään siihen liittyen. Yksi osallistuja toi myös esille, kuinka liian suurikokoiset palaverit voivat toimia esteenä henkilöstön vapaalle keskustelulle ja kysymysten tuomiselle.

H5: Sama niissä palaverissa, että pyritään siihen että jokainen saa sanoa tässä palaverissa, että 'Hei, mikä on se sun näkemys tähän asiaan?'. Pyrkimys pitää ne palaverit sellaisina, että siinä tulee se keskustelu siitä aiheesta ja työstä. Koska melkein jokainen on oikeasti, mielellään haluaa kertoa siitä omasta työstään. Ja just hänen näkökulma, mielipiteitään ja näkemyksiään siitä. Mut jos sä teet liian suuria palaveriteita, niin sehän ei mahdollista sitä, että ihmiset oikeasti pystyy tuomaan just mun näkökulmaa.

Yhden osallistujan kokemuksen mukaan osastokokouskäytänteet eivät ole tarpeeksi monialaiset, vaan tarvitsevat kehittymistä vastavuoroisemmiksi, jossa huomioitaisiin paremmin moniammatillinen yhteistyö. Osallistujan kokemuksen mukaan muutosjohtajalla itsellään ja tämän toimintatavoilla on merkittävä vaikutus siihen, tulevatko osastokokouksissa kaikki ammattilaiset huomioiduksi, ja pääsevätkö eri terveydenhuoltoalan ammattilaiset tutustumaan toisiinsa ja kertomaan osaamisestaan.

H7: Ei yks kehittämispäivä ratkaise kaikkea. Tarvitsisi muokata sitä osastokokousta, miten se saadaan vastavuoroiseksi, ja miten me saadaan moniammatillinen yhteistyö.

Henkilöstön osallistaminen muutokseen

Osallistujat kokivat henkilöstön osallistamiseen muutoksiin olevan tehokas muutosjohtamisen keino, joka koettiin jopa kriittisen tärkeäksi keinoksi muutoksen onnistuneelle jalkauttamiselle. Henkilöstön osallistamista toteutettiin erilaisten kehittämispäivien, työpajojen ja eri asiantuntijahoitajien yhteisten palaverien avulla. Henkilöstön osallistumista tuettiin myös arjessa tekemällä näkyväksi ja julkaisemalla ajankohtaista tietoa nykytilanteesta, kuten päivittäisjohtamisen taulun ja erilaisten tilastotietojen avulla.

H1: Ollaan pidetty työpajoja, kehittämispäiviä henkilökunnan kanssa. Missä he tuo omia ideoita ja ajatuksia ja toiveita siitä toiminnasta esiin. Kyllä mä koen, että se on sen keskustelun mahdollistaja.

H5: Mun mielestä yks hyvä keino on myös se, että ensin mietitään itse, sitten kiertämään, ja sitten pareittain ja neljittäin, ja laitetaan ideaa seinälle. Mut se vaatii aina aikaa. Mut ne on niitä keinoja, mitkä mun mielestä on tosi hyviä osallistamisen aikaansaamiseksi. Ja se että tehdään niitä asioita näkyviksi, esimerkiksi ne valkotaulut, mihin pistetään tänään paikallaolijat, kuka tekee mitäkin. Laitetaan pientä tilastotietoa siitä, miten meillä tänään on mennyt. Kaikki tällaiset osallistumiset on mun mielestä mitä meidän ehdottomasti pitää tehdä.

Osallistujien kokemusten mukaan henkilöstön osallistaminen muutokseen vaatii aikaa toteutuksen suunnittelulle, kuten työvuorolistojen laatimista ja kehittämispäivän ohjelman ja asiasisällön suunnittelua. Osallistajat ja muut esihenkilöt järjestivät erilaisia kehittämispäiviä ja työpajoja henkilöstön työajalle, joiden tarkoituksena on aktivoida ja innostaa henkilöstöä ideoimaan sekä kehittämään muutoksen jalkauttamista yksikön toimintamalleihin. Yksi osallistuja kuvaili, miten tärkeää on ottaa kehittämispäiviin mukaan jokainen henkilöstön jäsen, sillä yksikön toimintamallien kehittämistä ja muutosten jalkauttamista ei pidetä ainoastaan esihenkilöiden tehtävänä, vaan myös henkilöstön vastuuna ja velvollisuutena. Osallistamalla henkilöstöä muutokseen erilaisten työpajojen ja kehittämispäivien avulla tuettiin samalla henkilöstön sitoutumista muutokseen, sillä henkilöstö pystyy itse vaikuttamaan millä keinoin muutos ja toimintamalli implementoidaan käytännön työhön.

Henkilöstön osallistamisella koettiin myös muita hyötyjä, kuin vain muutoksen onnistunutta jalkauttamista. Myös eri hoitotyön asiantuntijoille, kuten diabetes-, astma-, haava-, elämäntapaohjaaja-, uni- sekä rajattuun lääkkeenmääräämiseen erikoispätevyityneille hoitajille järjestettiin omia, yhteisiä palavereja, jolloin asiantuntijahoitajat pystyivät tutustumaan hyvinvointialueen toisiin, saman erikoisalan asiantuntijahoitajiin. Henkilöstöä osallistettiin palaverien aikana keskustelemaan ja pohtimaan yhdessä ratkaisuja yhtenäisten toimintamallien jalkauttamiseksi. Osallistumisen koettiin olevan myös keino muutosvastarinnan torjumiselle.

H5: Nää kaikki diabeteshoitajat, plus osastonhoitajat ja minä, me ollaan kokoonnuttu eri paikoissa. Samoin me ollaan tehty haavanhoitajien kanssa, astmahoitajien ja lämä-hoitajien kanssa. Eli tehty tällaisia samaan erikoisosaamiseen, tai sitä tehtävää tekevien yhteisiä palavereja. Jotta se

keskustelu siitä, että hei, miten teillä, mihin me nyt tästä mennään yhdessä ja miten me lähdetään tätä viemään eteenpäin. Mä on siitä mieltä, että se on yksi tehokas ja hyvä jalkauttamisen keino. Koska jos sä et tee sitä, että ihmiset on tuttuja toisilleen, edes siinä asiassa samaa tekeviä, niin sä joudut ikään kuin pisteinä viemään sen, niin se on tehokkaampaa että keskustellaan yhdessä. Sitten tulee se, että okei, jokin muuttuu, niin siellä voi olla sitä muutosvastarintaa jossain kohtaa. Mutta kun he yhdessä pohtii ja miettii, niin sieltä löydetään niitä eteenpäin menemisen keinoja.

Yhden osallistujan kokemusten mukaan henkilöstön osallistamista muutokseen ei ole hyödynnetty riittävästi, sillä jotkin toimintamallit ja muutokset ovat ylemmältä taholta määrättyjä, eikä henkilöstöä ole otettu mukaan muutoksen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Tämän myötä henkilöstö on saattanut kokea, ettei muutos ole jalkautunut onnistuneesti. Osallistujan kokemuksen mukaan myös ylihoitajat ovat saaneet puutteellista tietoa muutoksesta, joka on hankaloittanut henkilöstön osallistamisessa muutokseen. Myös henkilöstön liian suurta määrää pidettiin muutokseen osallistamista hankaloittavana tekijänä.

H7: Muutokset on lähtenyt käyntiin, mutta eihän ne ole henkilökunnan näkökulmasta onnistuneita sen takia, kun me ei olla päästy ottamaan heitä mukaan keskusteluihin ja suunnitteluihin, että on tullut vain ylhäältä alas. Välillä tulee sellaisiakin muutoksia, mitä me ei edes kerrottu, tai edes osattu kertoa. [...] Se ei riitä, että osastonhoitaja on tehnyt sen muutoksen, jos ei se henkilökunta ole mukana.

H6: Tällä hetkellä alaismäärä on niin suuri, että ihan täysin jokaisen osallistaminen ei ole mahdollista.

Muutosjohtamisen teorioiden tunteminen ja hyödyntäminen

Osa osallistujista toi esille muutosjohtamisen mallien ja teorioiden tuntemisen, joita he ovat hyödyntäneet työssään sote-uudistuksen muutosten johtamisessa. Muutoksen teorioiden tunteminen sekä hyödyntäminen muutosjohtamisessa pidettiin tärkeänä muutosjohtamisen työkaluna, sillä ne helpottavat muutosprosessin vaiheiden tunnistamisessa, ennaltaehkäisevät muutoksen epäonnistumista, auttavat valmistautumaan ja reagoimaan henkilöstön muutosvastarintaan sekä hallitsemaan muutoksen emotionaalista kuormitusta.

H4: Se, missä muutosta tehdään, se on hirveän tärkeä asia, että yksikkö on toimiva. Kun siellä jokaiselle on perustehtävä selvä ja selkeä. Yksikön kulttuuri on keskustelevalta, ja yksikön esihenkilö ja osastonhoitaja on osa tiimiä. Plus kun puhutaan avoterveydenhuollon yksiköistä, niin mietitään

lääkäreitä ja hoitajia tietenkin ja muita kuten fysioterapeutteja. Kun tehdään yhdessä työtä ja on keskustelevala kulttuuri, niin silloin kehittäminen on helppoa. Mutta ensin on oltava toimiva työyhteisö, eli se työväline pitää olla. [...] Peruspilareiden pitää olla ensin paikallaan. Muutosta on hyvin vaikeaa tehdä, ellei jopa mahdotonta, ellei ole toimiva työyhteisö.

H5: Katsonut erilaisia muutosjohtamisen malleja, mun mielestä se on tosi hyödykästä, että tietää niistä. [...] Sun pitää sen teorian kautta ymmärtää, että okei, nyt on menossa tää vaihe. [...] Mun mielestä on olennaista olla muutosjohtajaosaamista niillä henkilöillä, jotka toteuttavat sitä muutosta käytännön tasolla.

5.4 Muutosjohtamista myötävaikuttavat tekijät

Neljännessä pääteemassa esitetään vastauksia toiseen tutkimuskysymykseen: *”Mitkä tekijät ovat myötävaikuttaneet avoterveydenhuollon ylihoitajien muutosjohtamiseen?”*. Haastatteluissa osallistujille esitettiin suora kysymys, mitkä tekijät ovat myötävaikuttaneet heidän muutosjohtamiseensa ylihoitajina. Pääteema Muutosjohtamista myötävaikuttavat tekijät muodostui kolmesta alateemasta, jotka esitellään seuraavaksi.

Ylihoitajien kollegiaalisuus ja tukiverkosto

Osallistujat kokivat ylihoitajien kollegiaalisuuden ja tukiverkoston yhtenä myötävaikuttavimpana tekijänä muutosjohtamisessa. Hyvinvointialueeseen siirtymisen myötä osallistujat kertoivat saaneensa oman työyhteisön ja ylihoitajakollegoita, kun taas kaupungin alaisuudessa ylihoitajat työskentelivät pääsääntöisesti yksin. Osallistujat kertoivat avoterveydenhuollon ylihoitajien tiiviistä yhteistyöstä, josta ylihoitajat saavat tukea muutosjohtamiseensa avoterveydenhuollon kentällä. Ylihoitajakollegaa pystyi konsultoimaan helposti, vaihtamaan uusia kehitysideoita ja -malleja sekä pyytämään neuvoa käytännöllisiin asioihin, kuten omatiimimallin jalkauttamiseen. Osallistujien kokemusten mukaan myös ylilääkäriltä ja omalta esihenkilöltä saatu tuki koettiin myötävaikuttavaksi tekijäksi avoterveydenhuollon ylihoitajien muutosjohtamisessa.

H5: Mutta toki kollegat. Ennen vanhaan jokainen oli siellä vähän kuin omassa terveystieteiskeskussään. Oli se sitten minkä tahansa, mutta saatto olla kovin vähän niitä yhteistyökumppaneita. [...] Ja nyt kun mietitään, että me ollaan avoterveydenhuolto, me ollaan viikoittain kokouksessa yhdessä. Meillä on ylihoitajien kanssa yhteiset kokoukset, me pystytään Teamsilla

nopeasti kontaktoimaan toinen toisiaan. ”Hei, miten teidän alueella tehdä yhteistyötä?” Katsotaan yhdessä asioita jotka vaikuttaa siihen, miten sä myös sitä muutosjohtamista pystyt tekemään, kun sä saat myös sitä kollegiaalista tukea ja vinkkejä toisilta.

H2: Kollegoiden tuki on ollut sellainen, minkä kokee että on ollut tosi tärkeä. Vuoropuhelu erilaisten yhteistyökumppaneiden kanssa, ja vuoropuhelu ihan niitten työkavereiden kanssa ja eri ammattialojen edustajien kanssa.

Yhtenäiset käytännöt ja tavoitteet

Yhtenäisten käytäntöjen ja tavoitteiden koettiin myötävaikuttaneen muutosjohtamista, joiden koettiin edistävän organisaatioon eli hyvinvointialueeseen sitoutumista ja yhteisten päämäärien tavoittelua. Yksi osallistuja kuvaili hyvinvointialuetta laivaksi, jonka kääntämiseksi tarvitaan jokaisen ylihoitajan ja avoterveydenhuollon johtoryhmän jäsenen sitoutumista hyvinvointialueen strategisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Yhteisiä käytäntöjä ja tavoitteita kuvattiin peruseriaatteena, jota ilman muutoksen implementointi epäonnistuu. Yksi osallistuja esitti esimerkkinä hoidon tarpeen arvioinnin verkkokoulutuksen, joka jalkautettiin hyvinvointialueen jokaiseen yksikköön, jossa toteutetaan hoidon tarpeen arviointia. Yhtenäisen koulutuskäytännön jalkauttamisen koettiin myötävaikuttavan ”laivan” kääntymistä oikeaan suuntaan, eli sote-uudistuksen tavoitteiden toteutumiseksi. Osallistujien kokemusten mukaan yhtenäisillä, sovituilla käytännöillä ja tavoitteilla oli myös muutosvastarintaa ehkäiseviä vaikutuksia, sillä organisaation yhtenäisiin linjauksiin vedoten muutosta oli helpompi perustella ja jalkauttaa henkilöstölle. Yksi osallistuja kuvaili yhtenäisten käytäntöjen antavan ylihoitajalle ”isommat hartiat”, sillä muutoksen ja päätösten takana toimii hyvinvointialue eikä ylihoitaja yksittäisenä henkilönä.

H3: Kun me tehdään niitä päätöksiä, mihin päin meidän tätä laivaa pitää viedä. Ja sitten me käydään sitä keskustelua ja me löydetään se yhteinen sävel. Mä puhun nyt vaikka siitä meidän ylihoitajatiimistä ja meidän avoterveydenhuollon johtoryhmästä. Kun ne löytyy sieltä ja koska meissä pitää kaikissa näkyä se, että me ollaan sitoutuneita tähän. Jollei sitä ole [...], eihän siitä tule mitään.

H5: Joku asia viedään yhdessä. Vaikka hoidon tarpeen arvioinnin verkkokoulutus, siihen tehtiin avoterveydenhuoltoon oma koulutus ja kaikki jalkautti sen. Et kaikkien pitää käydä se jatkossakin, ketkä terveydenhuollossa hoidon tarpeen arviointia tekee.

Muutosmyönteinen henkilöstö

Motivoituneella ja sitoutuneella ja muutosmyönteisellä henkilöstöllä koettiin olevan merkittävä rooli muutoksen onnistuneessa jalkauttamisessa. Osa osallistujista koki oman henkilöstön olevan jo itsessään motivoitunut ja kehitysmuönteinen, joka koettiin muutosjohtamista helpottavaksi ja myötvävaikuttavaksi tekijäksi. Osallistujien kokemusten mukaan ylihoitajien tulee osallistaa henkilöstöä muutokseen, joka myös sitouttaa henkilöstön muutokseen. Yksi osallistuja myös kuvaili, kuinka muutoksen onnistuneeseen jalkauttamiseen tarvitaan ruohonjuuritasolta ylöspäin tapahtuvaa muutosprosessia, eli henkilöstön mukaan ottamista muutoksen toteuttamiseen.

H7: Muutosjohtaminen tarvitsee henkilökunnan mukaan, se ei saa tulla ylhäältä alas. Se lähtisi mieluummin toisinpäin. [...] Meidän pitää saada henkilökuntaa mukaan niihin muutoksiin.

H3: Mä ajattelen että avoimin mielen, ja mun mielestä se, että pitää kuunnella sitä henkilöstöä. [...] Ne mitkä muhun on kylvetty siellä avoterveydenhuollon ryhmässä, niin mä en voi vaan marssia sen kanssa tuonne henkilöstön eteen, että näin me tehdään. Vaan se, että nyt meidän pitäisi pyrkiä tällaiseen, miten me tästä edetään? Ja sama nyt mä mietin meidän kehittämispäivää, [...] niin me tavallaan pistetään se väki töihin sitä kautta, että miettikää. No osallistaminen, koska se on se, millä ne myös sitoutuu.

6 Pohdinta

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämä tutkimus tuotti kuvauksen avoterveydenhuollon ylihoitajien kokemuksista sote-uudistuksen muutosjohtamisesta hyvinvointialueiden muodostumisen jälkeen sekä muutosjohtamiseen myötävaikuttavista tekijöistä. Tuloksena muodostui neljä pääteemaa, jotka tuovat uutta tietoa ja syvällisempää ymmärrystä sote-uudistuksen muutosjohtamisesta avoterveydenhuollossa keskeisten toimintojen ja hoitotyön johtajien eli ylihoitajien näkökulmasta. Tutkimus luo pohjaa tuleville tutkimuksille sote-uudistuksen muutosjohtamisesta. Tulokset perustuivat erään hyvinvointialueen seitsemän avoterveydenhuollon ylihoitajan haastatteluun, jotka analysoitiin aineistolähtöisen, refleksiivisellä temaattisella analyysillä.

6.1.1 Kokemukset sote-uudistuksen muutosjohtamisesta

Ensimmäinen tutkimuskysymys tarkasteli avoterveydenhuollon ylihoitajien kokemuksia sote-uudistuksen muutosjohtamisesta. Tutkimustulosten mukaan ylihoitajat kokivat sote-uudistuksen muutosjohtamiseen vaikuttavan keskeisesti ylihoitajien rooli muutoksen johtajana, muutosjohtaminen hallinnon alaisuudessa sekä muutosjohtamisen keinot. Kaikilla tutkimuksen osallistujilla oli aikaisempaa kokemusta muutosjohtamisesta ennen sote-uudistusta ja hyvinvointialueelle siirtymistä, jonka vuoksi osallistujat vertasivat muutosjohtamista usein kunta-ajan kokemuksiin, vaikka tutkimusaihe ja haastattelurungon kysymykset keskittyivätkin sote-uudistukseen ja hyvinvointialueen aikaiseen toimintaan. Muutosjohtamisen vertailukuvat kunta-aikaan kuitenkin lisäsivät osallistujien kertomusten perspektiiviä ja kontekstuaalisuutta, sekä mahdollisti osallistujille muutosjohtamiseen liittyvien kokemusten vertailun sekä odotusten ja eroavaisuuksien tarkastelun.

Tutkimustulosten ensimmäisessä pääteemassa tarkasteltiin ylihoitajien käsityksiä omasta roolistaan muutosten johtamisessa ja osastonhoitajien tukemisessa. Ylihoitajat kokivat avoterveydenhuollon keskijohtajalla olevan merkittävä ja moninainen rooli muutoksissa. Ylihoitajat kokivat, että heillä on velvoite ja vastuu erityisesti avoterveydenhuollon osastonhoitajien tukemisessa esihenkilötehtävissä, ohjaamisessa, johtamisessa ja sote-integraation muutosten jalkauttamisessa.

Tutkimushavainnot omasta roolistaan ja sen merkityksellisyyden kokemisesta vahvistavat aikaisempia tutkimustuloksia perusterveydenhuollon muutosjohtajan roolista muutoksen onnistumisessa (Baeza ym. 2008; Heino & Taskinen 2012; Boyal & Hewison 2016; Javanparast ym. 2018; Aragonès ym. 2022; Karreinen ym. 2025). Aikaisemmat tutkimukset ovat tunnistaneeet perusterveydenhuollon keskijohtajalla olevan merkittävä rooli onnistuneiden muutosten jalkauttamisessa, sillä he toimivat lähellä palvelujen tuottamista ja pystyvät arvioimaan muutosten toimivuutta (Javanparast ym. 2018). Ylihoitajien käsitykset oman roolin tärkeydestä ja merkityksellisyydestä muutosten johtamisessa voivat osaltaan selittyä osallistujien aikaisemmista kokemuksista sekä onnistuneesta muutoksen johtamisesta ja keskijohtajana toimimisesta kunta-aikana. Karreisen ym. (2025) tutkimuksessa sote-uudistuksen johtamisen todetaan vaativan kokemusta muutosten toteuttamisesta ja muutosprosesseista laajemmassa ympäristössä, systeemistä ajattelutapaa sekä kykyä johtaa ja muovata omaa johtamiskäyttäytymistä. Voidaan siis ehdottaa, että hyvinvointialueilla tarvitaan keskijohtajaa, jolla on aikaisempaa, laaja-alaista kokemusta toiminta-alueen muutosjohtamisesta, ja jonka johtajuutta voidaan tukea esimerkiksi johtamiseen liittyvillä lisäkoulutuksilla.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan ylihoitajien ja osastonhoitajien tehtävä- ja vastuurajojen erottelun tunnistettiin tukevan ja selkeyttävän muutoksen johtamista avoterveydenhuollon kentällä, jonka koettiin samalla vähentävän mahdollisia ristiriitoja muutostiedotuksessa sekä tuovan järjestystä mahdollisiin epäselvyyksiin. Aikaisempien tutkimusten mukaan perusterveydenhuollon muutosjohtajan roolin sekä tehtävä- ja vastuualueiden selkeän määrittämisen on todettu vähentävän muutosprosessin epäselvyyksiä (Newton ym. 2000; Baeza ym. 2008; Javanparast ym. 2018; Aragonès ym. 2022; Karreinen ym. 2025). Vastaavasti taas henkilöstön näkökulmasta epäselvät roolit ja päätösvastuut voivat herättää epäluottamusta (Zitting ym. 2020). Vaikka johtajaroolien selkeän määrittämisen koettiin myötävaikuttavan ylihoitajien ja osastonhoitajien johtajuuteen, keinoja tai toimintamalleja roolien selkeyttämiseksi ei tuotu esille. Tämä voi selittyä sillä, että vaikka hyvinvointialueilla on uudenlainen hallintorakenne ja muuttuneet johtamiskäytännöt muistuttavat vanhaa, kunta-aikaista johtamismallia. Voidaan siis ajatella, että vaikka avoterveydenhuollon henkilöstö työskentelee suuremmassa organisaatiossa ja hyvinvointialueen johtajia on enemmän kuin kunta-aikana, heidän

lähiesihenkilönsä ja tämän esihenkilö ovat voineet pysyä samana, samoin kuin käsitykset tehtäväkuvista. Avoterveydenhuollon henkilöstön näkökulmasta tarkasteltuna ei kuitenkaan tule olettaa, että johtamisrakenteet ovat tuttuja esimerkiksi uusille avoterveydenhuollon hoitotyöntekijöille, vaan lähi- ja keskiesihenkilöiden roolien selkeyttämiseksi voidaan tarjota tiedotusta uusille työntekijöille, tai osastokokouksen pitämistä muullekin henkilöstölle.

Tutkimustulosten toinen pääteema käsittelee ylihoitajien kokemuksia sote-uudistuksen muutosten johtamisesta hallinnon alaisuudessa, jossa merkittävä tutkimushavainto oli osallistujien kokemat vähäiset mahdollisuudet muutosten johtamiseksi omalla toimintakentällään. Keskeisimpänä tuloksena ylihoitajat kokivat rajoittuneita mahdollisuuksia vaikuttaa avoterveydenhuoltoa koskeviin päätöksentekoihin, jonka yhdistettiin olevan seurausta sekä hyvinvointialueen sisäisistä päätöksentekoprosesseista, että ulkoisista, poliittisista valtiotason tekijöistä.

Ylihoitajat kokivat hyvinvointialueen hallintorakenteen yleisesti suurena, hankalasti tavoitettavana ja hierarkkisenä, jonka koettiin heikentäneen ylihoitajien mahdollisuuksia vaikuttaa avoterveydenhuoltoa koskeviin päätöksentekoihin. Tutkimustulosten mukaan johtamismalli hyvinvointialueella koettiin olevan ylhäältä alaspäin ohjautuvaa, jolloin uudet linjaukset saatettiin usein tuoda ylihoitajille tietoon keskeneräisinä, hajanaisinä ja välillä täysin yllättäen. Ylihoitajien kokemusten mukaan tämän koettiin heikentävän avoterveydenhuollon henkilöstön sitoutumista muutoksiin, jos henkilöstöä ei ollut hyödynnetty ja otettu mukaan toimintamallien suunnitteluun. Vaikka ylihoitajat toivoivat osallisuutta ja mahdollisuutta vaikuttaa avoterveydenhuoltoa koskeviin muutoksiin ja päätöksentekoihin, vastuu päätöksistä koettiin olevan ylemmällä johdolla, jolta samalla myös koettiin ohjauksen tarvetta yhtenäisiin linjauksiin ja toimintamalleihin.

Myös aikaisemmat tutkimukset tukevat näitä havaintoja, sillä hierarkkisen ja byrokraattisen perusterveydenhuollon ympäristön on tunnistettu hidastavan ja estävän muutoksen jalkauttamista (Baeza ym. 2008; Heino & Taskinen 2012; Zitting ym. 2020). Hyvinvointialueita koskevissa tutkimuksissa avoterveydenhuollon henkilöstön on tunnistettu kokevan muutosten toteuttamis- ja jalkauttamistavoilla, sekä muutokseen ja sen suunnitteluun osallistumisella olevan tärkeä merkitys sote-uudistuksen muutosten hyväksymiselle ja onnistuneelle jalkauttamiselle (Kihlström

ym. 2026; Paatela ym. 2025b; Erhola 2025). Kihlströmin ym. (2016) tutkimuksessa avoterveydenhuollon henkilöstö kokee hyvinvointialueen ylemmän johdon etäisenä ja hankalasti saavutettavana, jolloin henkilöstöllä ei ollut todellista mahdollisuutta esittää palautetta suoraan hyvinvointialueen ylemmälle johdolle. Muissa kotimaisissa tutkimuksissa hyvinvointialueiden hitaan päätöksenteon tunnistettiin johtuvan toimielinten vakiintumattomista rooleista ja haasteista irtaantua vanhasta, kuntalähtöisestä päätöksentekomallista (Erhola 2025; Tynkkynen ym. 2025), sekä hyvinvointialueiden vasta alkaneesta muotoutumisesta ja uudenlaisen päätöksentekoprosessin hakemisesta (Paatela & Tynkkynen 2024). Aikaisemmat tutkimukset ovat tunnistaneet hyvinvointialueiden päätöksentekokyvyssä, rakenteissa (Paatela & Tynkkynen 2024) sekä vastuu integraation johtamisen ja toimeenpanon tarkentamisessa olevan vielä kehitettävää (Paatela ym. 2024).

Myös kansainväliset tutkimukset tukevat tämän sekä aikaisempien kotimaisten tutkimusten tuloksia. Ulkoisten paineiden, taloudellisten rajoitusten ja jatkuvan muutoskiireen vuoksi hoitotyön johtajilla ei ole mahdollisuutta osallistua strategiseen toimintaan tai hyödyntää roolinsa koko potentiaalia hoitotyön strategisen panoksen tuottamisessa (Boyal & Hewison 2016). Keskijohtajien kokemusten mukaan valtion ohjaamien terveydenhuoltouudistusten on todettu aiheuttavan haasteita, sillä ne on koettu määräävinä, jatkuvina muutosprosesseina, joissa vuoropuhelu, viestintä ja osallistuminen sekä keskijohtajien vaikutusvalta muutokseen on vähäistä. Australialaisen tutkimuksen mukaan sote-alan uudistukset, joista puuttuu perustelut ja selkeä viestintä uudistuksen tavoitteista voivat johtaa henkilöstön motivaation puutteeseen ja haluttomuuteen sekä epävarmuuteen. (Javanparast ym. 2018.)

Keskijohtajien kokemat valtion ohjaaman sote-palvelujärjestelmän uudistuksen haasteet voivat selittyä sillä, että hyvinvointialueet hakevat vielä päätöksentekoprosessin selkeytymistä. Tämän tutkimuksen sekä kotimaisten ja kansainvälisten tutkimustulosten valossa voidaan päätellä, että valtionohjaamissa sote-palvelujärjestelmän uudistuksissa hyvinvointialueiden tulisi kehittää keskijohtajien osallisuutta muutosten suunnittelussa jo strategisella tasolla, parantaa keskijohtajien mahdollisuuksia osallistua oman substanssialueensa päätöksentekoon, selkeyttää johtamisrakenteita, viestiä muutoksista selkeästi sekä tukea avoterveydenhuollon keskijohtajia muutosten johtamisessa. Myös tutkimuksen

alussa esitellyt eri muutosjohtamisteoriat (luku 2.3.1.) tukevat henkilöstön osallistamista muutosten suunnitteluvaiheessa muutoksen sitouttamisen edistämiseksi, joita hyvinvointialueiden tulisikin hyödyntää strategisella ja ylemmän johdon tasolla muutosten onnistuneeksi jalkauttamiseksi. Ylihoitajilla on runsaasti laaja-alaista kokemusta, tietoa sekä muutosjohtamistaitoa avoterveydenhuollon operatiivisesta johtamisesta, jota hyvinvointialueen tulisi paitsi hyödyntää muutossuunnitteluissa, että mahdollistaa heidän osallisuuttansa avoterveydenhuoltoa koskevissa päätöksentekoprosesseissa.

Ylihoitajat kokivat myös politiikan ja valtionohjauksen säätelevän hyvinvointialueiden toimintaa huolimatta niiden itsehallinnollisuudesta, ja valtionrahoituksen täten säätelevän hyvinvointialueen resursseja ja palveluja. Ylihoitajat toivat esille innovatiivisia kehitysideoita strategisten tavoitteiden, kuten ennaltaehkäisevien palveluiden vahvistamiseksi, mutta resurssivajeen ja rajallisten päätöksentekomahdollisuuksien vuoksi ideat eivät saaneet tuulta alleen. Myös aikaisemmat tutkimukset (Paatela ym. 2025b; Kihlström ym. 2026) tukevat tutkimushavaintoa, sillä riittämättömien resurssien sekä hyvinvointialueiden keskittyminen säästötoimiin ja alijäämän kattamiseen on tunnistettu aiheuttavan haasteita sote-uudistuksen strategisten tavoitteiden jalkauttamiselle ja sote-palveluiden kehittämiseksi. Mahdollisesti hyvinvointialueiden valtionrahoitusmalli ja hyvinvointialueisiin kohdistuvat ohjaustoimet tulevat pysymään vielä pitkään ennallaan, jonka vuoksi hyvinvointialueet tulevat jatkamaan budjetoinnin kohdentamista aluevaltuuston parhaaksi katsomallaan tavalla. Kuitenkin muuttuvat hallitusohjelmat, valtionbudjetti ja sote-alan rahoitus voivat tarjota tulevaisuudessa positiivisia näkymiä hyvinvointialueille ja avoterveydenhuoltoa koskeville uudistuksille ja resurssoinnille.

Tutkimustulosten kolmantena pääteemana ovat avoterveydenhuollon ylihoitajien keinot muutosten johtamisessa, jotka olivat sote-uudistuksen muutosten toimeenpanon käytännön keinoja, toimintamalleja ja työkaluja avoterveydenhuollon toimintakentällä. Viitaten tutkimuksen alussa (luku 2.3.1.) esitettyyn muutosjohtamisen teoriaan ylihoitajien käyttämät keinot sote-integraation toteuttamiseksi olivat monipuolisia, ja ne koostuivat sekä asiajohtamisen keinoista, kuten mittareiden käytöstä, että ihmisjohtamisen keinoista, kuten henkilöstön

osallistamisesta ja muutosten tiedottamisesta. Avoterveydenhuollon toimintamallien muutokset olivat osin keskeneräisiä tai vasta suunnitteilla, minkä vuoksi haastateltavien kertomuksissa ilmeni 'tulevaisuus- ja ihannepuhetta' eikä aina niinkään kerrontaa jo toteutetuista käytännön toimista.

Tutkimustulosten mukaan ylihoitajat ovat toteuttaneet sote-uudistuksen strategisia tavoitteita edistäviä toimintamalleja avoterveydenhuollon kentälle, jotka osaltaan ovat parantaneet palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, oikea-aikaisuutta ja jatkuvuutta, ehkäisevää ja ennakoivaa työtä sekä varmistaneet palveluiden laatua. Ylihoitajat kokivat myös eri muutosjohtamisen teorioiden tuntemisen tarjoavan tärkeitä edellytyksiä muutoksen onnistuneelle jalkauttamiselle sekä tyypillisempien sudenkuoppien välttämiseksi.

Tutkimustulosten mukaan eri mittarit ja tiedonkeruut koettiin hyödylliseksi muutosjohtamiskeinoksi, jotka tarjoavat yksikkökohtaista, ajantasaista ja todellista tietoa toiminnasta sekä hyvinvointialueelle että avoterveydenhuollon henkilöstölle. Vaikka ylihoitajat eivät nimellisesti maininneet käyttävänsä tiedolla johtamista, he hyödynsivät avoterveydenhuollosta kerättyä tietoa johtamisen tukena esimerkiksi muutosviestinnässä. Asiajohtamisen näkökulmasta ylihoitajat käyttivät samoja mittareita ja työkaluja kuin muutkin kollegat, jonka voidaan ajatella johtuvan samasta hyvinvointialueesta ja työnantajan pyytämästä datankeruusta. Ylihoitajat pitivät tilastojen keräämistä ja mittareiden käyttämistä yleisesti hyvinä työkaluina johtamisen tukena ja tiedon lisäämiseksi, mutta nämä eivät tukeneet hoitotyön laadun arviointia. Myös Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden keskuksen yksi tavoitteista on ollut parantaa palveluiden laatua ja vaikuttavuutta (taulukko 4), jolloin tarvitaan laatua arvioivia mittareita. Aikaisempien tutkimusten mukaan hoitotyön laatumittareita on kansainvälisesti käytössä vähän ja rajoitetusti, mikä selittyy mittausmenetelmien eroista sekä standardoitujen määritelmien puutteesta (Gormley ym. 2024). Voi olla, että hoitotyön laadun arviointiin kehitettyjä mittareita joudutaan vielä odottamaan hoitotieteen ja muiden tieteenalojen saralta, ennen kuin hyvinvointialueet pystyvät ottamaan laadunarviointimittareita käyttöön. Tämä edellyttää hyvinvointialueilta myös riittäviä resursseja, sekä järjestelmällistä muutossuunnitelmaa ja koulutuksia uusien mittareiden jalkauttamiseksi käytäntöön.

Ylihoitajat kertoivat tuovansa henkilöstölle esille hyvinvointialueen strategisia näkökulmia sekä talouspuolen tietoa, kun taas aktiivinen muutosjohtaminen arjessa jäi osastonhoitajalle. Aikaisemmat tutkimukset ovat tunnistanee hoitotyön johtajien käyttävän hoitohenkilöstön sitouttamiseksi erilaisia johtamiskeinoja, riippuen millaista johtamistyyliä hoitotyön johtaja kokee itselleen sopivimmaksi (Blok ym. 2021). Blokin ym. (2021) mukaan perinteiseen johtamistyyliin kuuluvat tiedon jakaminen henkilöstölle, alhaalta ylöspäin -johtamistyyli ja yleinen henkilöstön tukeminen; palvelevaa johtajuutta toteuttavat hoitotyön johtajat tarjosivat henkilöstölle enemmän aikaa, tukea ja resursseja, jotta henkilöstö pystyi tekemään parhaansa; valmentavalla johtajuudella hoitotyön johtajat panostivat tiettyihin työntekijöihin ottamalla huomioon työntekijän ammatilliset kehitykset ja etenemisen alalla; sekä ohjaavalla johtajuudella henkilöstöä ohjattiin selkeillä toimintaohjeilla ja vain rajatuilla vaihtoehdoilla, odottaen välitöntä noudattamista ja vähäistä joustavuutta. (Blok ym. 2021.) Voidaan siis ajatella, että vaikka hyvinvointialueelle siirryttäessä ylihoitajat toimivat saman organisaation alaisuudessa, ylihoitajien johtamistyyliissä, aktiivisen roolin ottamisessa muutosten johtamisessa ja avoterveydenhuollon henkilöstön sitouttamisessa on eroavaisuuksia. Aikaisempien tutkimusten mukaan hoitotyön johtajat tyypillisesti omaksuvat yhden johtamistyylin, mutta myös vaihtelevat tyylejä tilanteen mukaisesti (Vesterinen 2013). Eri johtamistyyliillä voidaan vaikuttaa organisaatioon kykyyn kehittyä, sen suorituskykyyn, sekä sitouttaa henkilöstöä organisaatioon, lisätä työtyytyväisyyttä ja parantaa hoidon laatua (Wu ym. 2024). Tämän vuoksi sote-järjestelmäuudistuksissa hyvinvointialueiden johtajien tulisikin huomioida soten suurin voimavara eli henkilöstö, ja edistää henkilöstön sitoutumista hyödyntämällä eri johtamistyyliä, jotka rohkaisevat ja motivoivat henkilökuntaa.

Vaikka ylihoitajien käyttämät asia- ja ihmisjohtamiskeinot näyttäytyivät monipuolisena ja he kertoivat kuuntelevansa avoterveydenhuollon henkilöstön palautteita, murheita ja muita asioita, henkilöstön tunnereaktioiden huomioiminen muutosprosessien aikana jäi haastatteluissa vähemmälle huomiolle. Sote-uudistuksen kaltaiset suuret terveydenhuoltojärjestelmän organisaatiomuutokset sekä työntekijän aseman tai identiteetin menetys voivat aiheuttaa yksilöissä voimakkaita tunnereaktioita ja jopa suruprosessin, jolloin hoitotyön johtajien tulisi toimia yksilön tukena (Salmela ym. 2013). Ylihoitajat kertoivat toteuttaneensa uudelleenorganisointia ja kohdentaneensa resursseja eri yksiköiden välillä, mutta eivät tuoneet ilmi, miten yksilön tunnereaktiot

työpisteen vaihdosta huomioitiin. Tämä voi selittyä osin epämieluisan puheenaiheen välttelemisellä, tai sillä ettei ylihoitaja toimi yksilön lähiesihenkilönä, jolloin ylihoitaja odottaa osastonhoitajan hoitavan ihmisjohtamisen ja yksilön tunteiden huomioimisen. Sote-uudistuksen kannalta palveluiden yhdenvertainen saatavuus edellyttää resurssien uudelleenorganisointia, mutta muutosjohtamisen näkökulmasta tarkasteltuna ihmisjohtajuudella voidaan sitouttaa työntekijää jatkamaan organisaatiossa, sekä tukea yksilöiden jaksamista ja työhyvinvointia muutosten keskellä. Ratkaisuna voidaan ehdottaa ihmisjohtamiseen liittyvien koulutusten tarjoamista hyvinvointialueen keskijohtajille.

Tutkimustulosten mukaan ylihoitajat käyttivät eri muutosjohtamiskeinoja, osallistuivat osastokokouksiin ja pyrkivät osallistamaan henkilöstöä työpajojen avulla. Ylihoitajat kokivat muutosviestinnän ja muutoksesta keskustelemisen olevan yksi kriittisimmistä muutosjohtamisen keinoista, jota kuitenkin hankaloittivat muutosten runsaus, kiire sekä henkilöstön suuri määrä. Aikaisemmat tutkimukset ovat tunnistaneeet hyvinvointialueiden keskijohtajien tarvitsevan muutosten johtamiseksi tilaa yhteisille keskusteluille, tiedon jakamiselle ja yhteisen ymmärryksen saavuttamiselle (Karreinen ym. 2025). Muutosviestinnässä johtajan tulee tuoda henkilöstölle selkeästi esille, miksi muutos on tärkeä ja mitä sillä voidaan saavuttaa (Zitting ym. 2020). Kuten edellä esitettiin, ylihoitajat kokevat saavansa muutosjohtamisen tueksi rajallisesti resursseja, joka heijastuu myös muutosviestinnän eteenpäin viemiseen avoterveydenhuollon kentällä. Toisaalta huomionarvoista on myös aikaisempi huomio vaihtelevista johtamistyyleistä, sillä osa ylihoitajista pysytteli tarkoituksellisesti etäämpänä, eikä täten toimi aktiivisesti muutosviestijänä. Muutosviestintää voidaan edistää suunnitelmallisuuden, resurssoinnin sekä osastokokouksiin käytetyn ajan lisäämisellä.

6.1.2 Kokemukset muutosjohtamista myötävaikuttavista tekijöistä

Tulosten mukaan muutosjohtamista myötävaikuttavia tekijöitä ovat olleet hyvinvointialueelle siirryttäessä ylihoitajien uusi verkosto ja kollegiaalisuus muiden ylihoitajien kanssa, ylihoitajat toimiessa yhteistyössä sekä saadessa kollegoilta tarvittaessa neuvoa, apua ja vertaistukea eri tilanteissa. Myös johtoryhmän, ylilääkäreiden ja oman esihenkilön tuki muutosten johtamisessa koettiin tärkeäksi. Toisena tärkeänä myötävaikuttavana tekijänä ylihoitajat kokivat toimintamallien ja

käytäntöjen yhtenäistymisen sekä yhteiset tavoitteet, joiden koettiin luovan selkeyttä ja me-henkisyyttä avoterveydenhuollon palvelualueelle. Tutkimustulosten mukaan myös muutosmyönteisen, motivoituneen ja sitoutuneen henkilöstön koettiin myötävaikuttavan muutosjohtamista, jolloin muun henkilöstön sitouttamisen muutokseen koettiin samalla helpottuvan.

Tutkimustulokset sote-uudistuksen muutosjohtamista myötävaikuttavista tekijöistä vahvistavat osaltaan aikaisempia tutkimustuloksia johdon näkökulmasta, joissa johtajien yhteistyö, vuoropuhelu ja ryhmätyöskentelyt koettiin myötävaikuttaviksi tekijöiksi (Paatela ym. 2024; Paatela ym. 2025c). Tutkimushavainnosta voidaan päätellä, että ylihoitajien muutosjohtamista myötävaikuttavia tekijöitä tulisi jatkossakin ylläpitää. Tukemalla keskijohtajien muutosjohtamista ja ylläpitämällä muutosjohtamista myötävaikuttavia tekijöitä strategisella tasolla, hyvinvointialue voi paitsi vaikuttaa suoraan keskijohtajien työhyvinvointiin, myös epäsuorasti edistää henkilöstön sitoutumista muutokseen.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on osa hyvää tutkimuskäytäntöä, jolla osoitetaan tutkimuksen riippumattomuus satunnaisista ja epäolennaisista tekijöistä. Luotettavuuden arvioinnilla tutkija osoittaa perusteet, jonka mukaan tutkimusta voidaan pitää luotettavana. (Puusa ym. 2020.) Tämän tutkimuksen aineisto soveltuu laadulliseen tutkimukseen, jonka luotettavuutta arvioitiin neljän kriteerin avulla: **uskottavuuden** (*credibility*), **johdonmukaisuuden** (*dependability*), **siirrettävyyden** (*transferability*) ja **vahvistettavuuden** (*confirmability*).

Tutkimuksen **uskottavuutta** voidaan arvioida tarkastelemalla niitä toimintoja, jotka lisäävät uskottavien tulosten ja tulkintojen syntymisen todennäköisyyttä (Lincoln & Guba 1985). Tutkimuksen uskottavuutta pyrittiin vahvistamaan jo tutkimussuunnitelman laatimisessa valitsemalla huolellisesti tutkimusaihe, kohderyhmä, aineistonkeruu- ja analysointimenetelmä. Tutkimusprosessin toteutti yksi tutkija, joka sai tarvittaessa ohjausta ja tukea tutkimuksen ohjaajilta tutkimuksen eri vaiheisiin, kuten tutkimusaiheen valinnassa, koodauksessa, teemojen nimeämisessä ja raportoinnissa. Lisäksi tutkimuksen kohderyhmän rekrytointiin saatiin tukea kohdeorganisaation hallintoylihoitajalta.

Tutkimuksen otantamenetelmäksi valittiin harkinnanvarainen otanta, joten haastateltavien asiantuntijuus vahvisti tutkimuksen uskottavuutta (Elo ym. 2014), sillä avoterveydenhuollossa toimivia ylihoitajia voitiin pitää parhaina sote-uudistuksen muutosjohtamisen asiantuntijoina. Haastateltaville myös lähetettiin tutkimuksen haastattelurunko etukäteen, jotta heidän oli mahdollista valmistautua haastatteluun.

Tutkimuksen uskottavuutta pyrittiin vahvistamaan tutkimukseen sopivan aineistonkeruumenetelmän valinnalla (Elo ym. 2014; Nowell ym. 2017).

Puolistrukturoidun yksilöhaastattelun arvioitiin soveltuvan parhaiten tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi, sillä se mahdollistaa subjektiivisten kokemusten jakamisen (Puusa ym. 2020). Haastattelutilanteessa tutkija vältti käyttämästä johdattelevia kysymyksiä induktiivisen tiedon keräämiseksi (Elo ym. 2014).

Laadittuun haastattelurunkoon ja sen kysymyksiin saatiin ohjausta tutkimuksen ohjaajilta, mutta haastattelurunkoa ei esitettävä, joka saattaa heikentää tutkimuksen uskottavuutta. Haastattelukysymykset muotoiltiin mahdollisimman avoimiksi sekä sote-uudistuksen ja avoterveydenhuollon kontekstiin kohdentuviksi, jotta ne kannustaisivat haastateltavia tuottamaan monipuolista kerrontaa muutosjohtamiskokemuksista omassa toimintayksikössään. Haastattelurungosta jätettiin tarkoituksella pois liian laajat ja monitulkintaiset kysymykset, kuten ”Miten olet muutosjohtanut sote-uudistusta?”, sillä haastateltavat eivät toimi hyvinvointialueen strategisessa johdossa eivätkä vastaa rahoituksista tai sote-uudistuksen kokonaisvaltaisesta onnistumisesta hyvinvointialueella. Haastattelukysymykset muotoiltiin koskettamaan haastateltavien omaa toimialaa, ja täten herättämään kertomuksia ja kokemuksia sekä yleisestä muutosjohtamiskokemuksesta että haastateltavien käytännön keinoista muutosten jalkauttamisessa. Haastattelurunkoon sisällytettiin Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelman tavoitteita, jotka parhaiten kuvastavat avoterveydenhuoltoon kohdistuneita sote-uudistuksen jälkeisiä muutoksia.

Haastateltavien suorat sitaattit edustavat haastateltavien omaa ääntä sekä suoraan annettua tietoa. Ne antavat myös lukijalle mahdollisuuden arvioida ja tarkastella tutkijan luomia tulkintoja. Tutkimustulosten raportoinnissa pyrittiin valitsemaan ne sitaattit, jotka edustavat pääteeman sisältöä parhaiten, sekä välttämään sitaattien liikkakäyttöä tulosten ymmärrettävyyden ja selkeyden parantamiseksi. Raportoinnissa

esitettiin sitaatteja jokaiselta haastateltavalta, joka vahvistaa tutkimuksen uskottavuutta. (Elo ym. 2014; Nowell ym. 2017.) Suorien sitaattien rajaaminen raportoinnissa osoittautui haastavaksikin, sillä tutkijana on usein vahva pyrkimys päästä esittämään lukijalleen haastatteluaineiston moninaisuutta ja rikkautta.

Tutkimustulosten uskottavuutta saattoi heikentää tutkimuksen suorittaminen, analysointi ja raportointi yhden tutkijan toimesta. Tutkimusprosessin aikana tutkija sai tarvittaessa kuitenkin ohjausta, tukea ja palautetta tutkimuksen ohjaajilta, joka taas tukee tutkimuksen uskottavuutta. Analyysiprosessin ja koodauksen aikana tutkija pyrki jatkuvasti keskittymään ja peilaamaan aineistoa tutkimuskysymyksiin, jotta aineisto vastaisi tutkimuksen tarkoitukseen, eikä esimerkiksi tutkijan omiin intresseihin. Tutkijan tulee olla myös itsekriittinen ja pystyä tarkastelemaan omaa henkilökohtaisia kokemuksiaan ja suhdettaan tutkimusaiheeseen ja siihen vaikuttaviin vinoumiin. (Nowell ym. 2017.) Aineistoanalyysin menetelmänä käytettiin Braunin ja Clarken (2019) refleksiivistä temaattista analyysia, jossa tutkija tarkastelee rooliaan tutkittavaan aiheeseen, tekemiinsä ratkaisuihin ja asemaansa tutkittavalla kentällä. Koodausprosessin aikana tutkija tekee vuoropuhelua ja reflektoi aineistoa suhteessa omiin ennakkokäsityksiin, sekä tarkastelee ja kyseenalaistaa oletuksia, joita tekee koodatessa ja tulkitessa aineistoa. (Braun & Clarke 2019.) Tämän pro gradu -tutkimusaiheen valitsemiseen ovat vaikuttaneet tutkijan henkilökohtaiset intressit, ura sairaanhoitajana avoterveydenhuollossa, projektityöskentely hyvinvointialueen Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelman kehittäjäverkostossa sekä yleinen kiinnostus muutosjohtamista kohtaan. Tutkija on tietoisesti pyrkinyt haastatteluiden ja tulosten analysoinnin aikana tunnistamaan, refleктоimaan ja välttämään omista näkemyksistä ja kokemuksista johtuvat vinoumat, sekä pyrkinyt toimimaan ja analysoimaan tuloksia objektiivisesti koko tutkimusprosessin aikana. Tutkijan henkilökohtainen mielenkiinto tutkimusaihetta kohtaan voi osaltaan myös vahvistaa tutkimuksen uskottavuutta, sillä mielenkiintoinen tutkimusaihe sitouttaa tutkimusprosessiin.

Tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa huolellinen tutustuminen tutkimusaineistoon riittävällä ajalla, sekä NVivo-analyysityökalun hyödyntäminen aineiston koodauksessa ja teemoittelussa. Nauhoitetut haastattelut kuunneltiin useita kertoja hidastettuna mahdollisimman nopeasti haastattelutilanteen jälkeen.

Haastatteluaineistoista kerättyjen lauseiden ja sitaattien koodaaminen NVivo-analyysityökalun avulla tutkija pystyi visualisoimaan ja tunnistamaan luotettavammin aineiston asiayhteyksiä, kokonaisuuksia ja teemoja. (Nowell ym. 2017.) Koodeista muodostuvat teemat eivät synny itseksensä passiivisesti, odottaen tutkijan tunnistavan ja noukkivan ne aineistosta, vaan ne ovat luovia, tulkitsevia tarinoita tutkijan teoreettisten oletusten, analyyttisten resurssien, taitojen sekä aineiston sisällön vuorovaikutuksesta (Braun & Clarke 2019). Samasta aineistosta eri tutkijat voivat päätyä tekemään erilaisia tulkintoja (Tuomi & Sarajärvi 2018), jonka vuoksi tutkimuksen ja tutkimustulosten uskottavuutta pyrittiin vahvistamaan esittämällä aineiston suoria sitaatteja. Tutkijan suorittama analyysi ja tulkinnat aineistosta pyrittiin rakentamaan haastateltavien antamista tiedoista.

Tämä tutkielma sote-uudistuksen muutosjohtamisesta ajoittuu merkittävään aikaan, jolloin hyvinvointialueet ovat vielä kehitysvaiheessa, muutosjohtaminen on osaltaan vielä käynnissä sekä uudet toimintamallit hakevat vielä muotoaan. Tutkimuksen **johdonmukaisuutta** arvioidaan tarkastelemalla tutkittavaa ilmiötä, sitä koskevaa teoriaa ja valittujen tutkimusmenetelmien yhdenmukaisuutta, sekä miten tutkimustulokset vastaavat aineistoa (Rytivaara ym. 2022). Tutkimuksen keskiössä olivat avoterveydenhuollon ylihoitajien kokemukset sote-uudistuksen muutosjohtamisesta. Tutkimuksen taustaosuudessa (2. luku) esitettiin tutkimuksen pääkäsitteet: avoterveydenhuolto, sote-uudistus sekä muutosjohtaminen. Kahta viimeistä käsitettä käsiteltiin myös sosiaali- ja terveydenhuoltoalan kontekstissa tutkimuksen taustoituksen johdonmukaisuuden vahvistamiseksi. Tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymysten mukaisesti valittu aineistonkeruumenetelmä eli yksilöhaastattelu vahvistaa uskottavuuden lisäksi myös johdonmukaisuutta, kuten myös huolellisesti suunniteltu ja toteutettu tutkimusprosessi. Tutkimuksen käsitteiden, tutkimuskysymysten, aineistonkeruun, tutkimusmenetelmien, raportoinnin ja johtopäätösten arvioitiin olevan johdonmukaisesti valittuja suhteessa toisiinsa. Laajan 127 sivun haastattelumateriaalin analysointimenetelmäksi valittiin temaattinen analyysi, sillä sitä pidetään hyödyllisenä erityisesti suuren tietomäärän keskeisten ominaisuuksien yhteenvedon, sekä selkeän ja järjestäytyneen raportin luomiseksi (Nowell ym. 2017). Tutkimuksessa esitetään myös esimerkki alkuperäisilmauksen koodauksesta (taulukko 9), joka osaltaan vahvistaa tutkimuksen johdonmukaisuutta.

Tutkimuksen **siirrettävyydellä** arvioidaan, missä määrin yhdessä kontekstissa saadut tutkimustulokset voidaan soveltaa vastaaviin ryhmiin ja ympäristöön (Holloway & Wheeler 2013; Elo ym. 2014; Rytivaara ym. 2022). Vaikka muutosjohtaminen ilmiönä voidaan todeta olevan hyvin ajankohtainen edelleen jokaisella hyvinvointialueella ja avoterveydenhuollossa, tutkimustuloksia ei voida pitää täysin siirrettävinä kaikille hyvinvointialueille. Hyvinvointialueet ovat vasta aloittaneet toimintansa, ja niiden lähtökohdat, tilanteet, aluepiirteet ja erityishaasteet ovat tutkitusti erilaisia keskenään (Croell ym. 2023; Tynkkynen ym. 2025). Aineistonkeruun ajankohta oli noin kaksi vuotta hyvinvointialueiden aloitettua, sekä hyvinvointialueiden aluepiirteet ja tilanteet (esim. hyvinvointialueen väestömäärän muutokset, alueiden mahdolliset yhteistoimintaneuvotteluihin liittyvät muutokset) ja niihin vaikuttavat tekijät (kuten istuva hallitus, valtionrahoitus, hyvinvointialueiden resurssit) voivat muuttua lyhyessäkin ajassa, jonka vuoksi tässä tutkimuksessa esitettyjen tutkimustulosten ja teemojen voidaan uskoa kehittyvän eri ajankohtana ja eri hyvinvointialueilla. Tutkimuksen siirrettävyyttä vahvistettiin haastattelemalla saman palveluryhmän ja saman hierarkiatasolla toimivien muutosjohtajien kokemuksia.

Tutkimuksen **vahvistettavuudella** viitataan tutkimuksen toteutukseen, jolla tutkija osoittaa tutkimustulosten ja johtopäätösten pohjautuvan tutkimusaineistoon eikä tutkijan ennakko-oletuksiin ja käsityksiin (Holloway & Wheeler 2013). Tutkimuksen vahvistettavuutta voidaan lisätä kahden tai useamman riippumattoman henkilön välisellä yhdenmukaisilla tulkinnoilla tutkimuksen sisällöstä ja merkityksellisyydestä (Elo ym. 2014). Tämän tutkimuksen vahvistettavuutta lisättiin tutkimuksen pääkäsitteiden, tutkijan taustan, kohderyhmän ja kohdeorganisaation eli hyvinvointialueen perustelemisella. Aineistonkeruu ja aineistoanalyysi toteutettiin yhden tutkijan toimesta refleksiivisellä temaattisella analyysillä, mutta tutkimusprosessin aikana saatiin neuvoa ja tukea tutkimuksen ohjaajilta.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksessa noudatettiin sen kaikissa vaiheissa eli suunnittelussa, toteutuksessa ja raportoinnissa Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) laatimaa hyvää tieteellistä käytäntöä (HTK) (TENK 2023) ja ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettisiä periaatteita (TENK 2019), sekä Turun yliopiston ja kohdeorganisaation

edellyttämiä tietoturvaan liittyviä ohjeita. Tutkimukselle ei tarvinnut hakea eettistä ennakkoarviointia, sillä tutkittavat osallistuivat tutkimukseen tietoon perustuvasti, eikä heihin kohdistunut tutkimukseen osallistumisen vuoksi henkistä haittaa, turvallisuushakaa tai puututtu heidän fyysiseen koskemattomuuteensa. Kohdeorganisaatio myönsi tutkimusluvan syyskuussa 2024.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijalla on erityinen velvollisuus suojata tutkimukseen osallistuneiden jakamia henkilötietoja. Tutkimukseen osallistuneiden henkilötietoja käsittelivät ainoastaan tutkimuksen tekijä sekä tutkimuksen ohjaajat. (Kyngäs ym. 2020). Tutkimuksessa kerättyjä suoria henkilötietoja (tutkittavan nimi, sähköpostiosoite ja toimipiste) käytettiin ainoastaan haastatteluajankohdan sopimiseen. Tutkimustuloksia raportoidessa huomioitiin, ettei yksittäisen tutkittavan henkilöllisyyttä pystytä tunnistamaan eikä tutkittavan toimipiste paljastu. Tutkimustuloksia raportoidessa sitaateissa ilmenevät nimet ja paikkakunnat poistettiin. Tutkimuksessa ei myöskään paljasteta kohdeorganisaatiota. Henkilötietojen säilytyksessä ja käsittelyssä noudatettiin tietosuojalakia (1050/2018) ja Euroopan unionin yleistä tietosuoja-asetusta (EU 679/2016). Tutkimukseen osallistuneiden yksityisyyttä suojeltiin sekä haastatteluaineistoa ja kerättyjä henkilötietoja säilytettiin ja käsiteltiin luottamuksellisesti. Aineisto säilytettiin Turun yliopiston salasanasuojatussa Seafire-palvelussa, joka on vain tutkijan käytössä olevassa pilvitallennustilassa. Haastatteluaineistoa säilytetään vain tutkimusprosessin ajan, jonka jälkeen haastattelut hävitetään tietoturvallisesti. Aukikirjoitettua aineistoa käsittelivät ainoastaan tutkimuksen tekijä sekä tutkimuksen ohjaajat.

Tutkittavia rekrytoidessa haastateltaville lähetettiin sähköpostitse tutkimustiedote (Liite 1) tutkimuksen tarkoituksesta ja toteuttamistavoista, tietosuojaseloste, haastattelurunko (Liite 2), sekä vastuullisten tutkijoiden yhteystiedot, mikäli tutkittavat tarvitsivat lisätietoa tutkimuksesta. Tutkimustiedotteessa tutkittavia pyydettiin ottamaan tutkimuksen tekijään yhteyttä sähköpostitse haastatteluajankohdan sopimiseksi. Tutkittaville kerrattiin suullisesti ennen haastattelun aloittamista, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, haastattelu tullaan nauhoittamaan sekä haastattelun voi keskeyttää missä tahansa vaiheessa, mutta siihen asti kerättyä haastatteluaineistoa voidaan hyödyntää osana tutkimusaineistoa.

Osallistujien tuli hyväksyä osallistumisensa tutkimukseen allekirjoittamalla suostumuslomake (Liite 3), tai antamalla suullinen suostumus Zoom-videoyhteydessä. Kaikki tutkimukseen ilmoittautuneet osallistuivat haastattelututkimukseen, eikä kukaan keskeyttänyt haastattelua suostumuksen annettuaan.

7 Johtopäätökset

Julkinen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on käynyt läpi historiallisen suuren hallinto- ja rakenneuudistuksen, jossa avoterveydenhuollolla on tärkeä tehtävä uudistuneiden ja yhdistyneiden sote-palvelujen tarjonnassa. Avoterveydenhuollon ja siihen kohdistuneiden uudistusten toimeenpanossa korostuvat keskijohtajien rooli muutosten johtajana. Avoterveydenhuollon ylihoitajat toimivat rajapinnassa, ja heillä on tarvittavaa kykyä, keinoja, tahtotilaa ja ideoita sote-palveluiden kehittämisen, integroinnin ja jalkauttamisen onnistumiselle. Keskijohtajien mahdollisuudet johtaa laaja-alaisia muutoksia edellyttävät kuitenkin huomiota ja toimivallan lisäämistä hyvinvointialueelta. Sote-uudistuksen yksi keskeisimmistä strategisista tavoitteista on parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta erityisesti perustasolla, jonka vuoksi avoterveydenhuollon keskijohtajien mahdollisuuksia kehittää ja johtaa palveluiden muutoksia tulee tukea strategisellakin tasolla.

Jatkotutkimusehdotukset

Sote-uudistuksen muutosten johtamiseen liittyy useita jatkotutkimusehdotuksia, sillä aihetta on tutkittu vasta rajallisesti. Jatkotutkimuksissa tulisi syventää ja laajentaa tietoa sote-uudistuksen kaltaisen, laajan rakenneuudistuksen ja toimintamallien muutosjohtamisesta. Tässä tutkimuksessa kokemuksia sote-uudistuksen muutosjohtamisesta kerättiin hyvinvointialueilta noin kahden vuoden toiminnan jälkeen. Tutkimus voidaankin toistaa esimerkiksi viiden tai kymmenen vuoden päästä.

Tulevaisuudessa tutkimusta voidaan laajentaa muihinkin hyvinvointialueen johtotason henkilöihin, kuten lähi- ja keskijohtajiin sekä muihin johtamistyötä tekeviin ammattilaisiin, jotka johtavat uusien sote-integraation toimintamallien muutoksia. Heitä voisi haastatella kokemuksistaan joko sote-uudistuksesta ja muutosjohtamisesta tai sote-uudistuksen muutosjohtajalta vaadittavista kompetensseista. Mielenkiintoista olisi tarkastella aihetta myös muiden hyvinvointialueiden, tai peräti kaikkien 21 hyvinvointialueen, avoterveydenhuollon ylihoitajien näkökulmasta. Tutkimus voidaan laajentaa koskemaan myös muita palvelualueita kuin avoterveydenhuoltoa, esimerkiksi kaikkia sote-palvelun palvelualueita.

Lähteet

- Akingbola, K., Rogers, S. E. & Baluch, A. (2019). *Change Management in Nonprofit Organizations: Theory and Practice* (1st ed. 2019.). Cham: Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-14774-7>
- Aragonès, E., López-Cortacans, G., Cardoner, N., Tomé-Pires, C., Porta-Casteràs, D. & Palao, D. (2022). Barriers, facilitators, and proposals for improvement in the implementation of a collaborative care program for depression: A qualitative study of primary care physicians and nurses. *BMC Health Services Research*, 22, 446. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07872-z>
- Baeza, J. I., Fitzgerald, L. & McGivern, G. (2008). Change capacity: the route to service improvement in primary care. *Quality in Primary Care*, 16(6), 401–407.
- Beasley, L., Grace, S. & Horstmanshof, L. (2020). Responding and adapting to change: an allied health perspective. *Leadership in Health Services*, 33(4), 339–349. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi:2443/10.1108/LHS-07-2019-0050>
- Blok, A. C., Anderson, E., Swamy, L. & Mohr, D. C. (2021). Comparing nurse leader and manager perceptions of and strategies for nurse engagement using a positive deviance approach: A qualitative analysis. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1476–1485. <https://doi.org/10.1111/jonm.13301>
- Bordia, P., Hobman, E., Jones, E., Gallois, C. & Callan, V. J. (2004). Uncertainty during Organizational Change: Types, Consequences, and Management Strategies. *Journal of Business and Psychology*, 18(4), 507–532. <https://doi.org/10.1023/b:jobu.0000028449.99127.f7>
- Boyal, A. & Hewison, A. (2016). Exploring senior nurses' experiences of leading organizational change. *Leadership in Health Services*, 29(1), 37–51. <https://doi.org/10.1108/LHS-03-2015-0005>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Burke, W. W. (2023). *Organization Change : Theory and Practice* (Sixth edition). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc. US.
- Burnes, B. (2004). Kurt Lewin and the Planned Approach to Change: A Re-appraisal. *Journal of Management Studies*, 41(6), 977–1002. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2004.00463.x>
- Chydenius, M., Saarinen, A. & Tynkkynen, L-K. (2016). Terveystieteen valinnanvapaus eduskuntapuolueiden ohjelmassa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 53(4), 242–257. <https://journal.fi/sla/article/view/59669>

- Croell, K., Hetemaa, T., Knape, N., Leipälä, J., Louet-Lehtoniemi, T., Nieminen, J., Ridanpää, H., Suomela, T., Syrjä, V. & Syrjänen, T. (2023). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa: Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, kevät 2023. Päätösten tueksi 1/2023. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-049-1>
- Dumas, C. & Beinecke, R. H. (2018). Change leadership in the 21st century. *Journal of Organizational Change Management*, 31(4), 867–876. <https://doi.org/10.1108/JOCM-02-2017-0042>
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*, 4(1). <https://doi.org/10.1177/2158244014522633>
- Erhola, M. (2025). Hyvinvointialuereformin etenemisen ja siihen liittyvän ohjauskokonaisuuden kehittämistyö: Alivaltiosihteerin toimeksiannon ensimmäisen tehtävän loppuraportti. Valtioneuvoston julkaisuja 2025:56. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-944-1>
- Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Galli, B. J. (2018). Change Management Models: A Comparative Analysis and Concerns. *IEEE Engineering Management Review*, 46(3), 124–132. <https://doi.org/10.1109/EMR.2018.2866860>
- Gormley, E., Connolly, M. & Ryder, M. (2024). The development of nursing-sensitive indicators: A critical discussion. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 7, 100227. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100227>
- Gray, J. R. & Grove, S. K. (2021). *Burns and Grove's the practice of nursing research : appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9th edition.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Haaga, T., Morén, A., Väisänen, V., Kivimäki, A., Mauno, V. ym. (2025). Vajaan miljoonan suomalaisen lähin terveysasema on sulkemisuhan alla. Voidaanko terveysasema korvata digiklinikkatoiminnalla? SoteDataLab. Tutkimusblogi 20.3.2025. Viitattu 1.9.2025. Saatavilla: <https://sotedatalab.fi/uutinen/vajaan-miljoonan-suomalaisen-lahin-terveysasema-on-sulkemisuhan-alla-voidaanko-terveysasema-korvata-digiklinikkatoiminnalla/>
- Hakosalo, H. (2010). Lääkäri, yhteiskunta ja yhteisö. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2010, 126(13), 1544–51. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98920>
- Harrington, H. J. (2018). *Innovative Change Management (ICM): Preparing Your Organization for the New Innovative Culture* (1st ed., Vol. 1). Oxford: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351248556>
- Harrison, R., Fischer, S., Walpola, R. L., Chauhan, A., Babalola, T., Mears, S. & Le-Dao, H. (2021). Where Do Models for Change Management, Improvement and Implementation Meet? A Systematic Review of the Applications of Change

- Management Models in Healthcare. *Journal of Healthcare Leadership*, 13, 85–108. <https://doi.org/10.2147/JHL.S289176>
- Haveri, A., Jalonen, H., Keskimäki, I., Saari, J., Tynkkynen, L-K., Pekurinen, M., Kortelainen, M., Lyytikäinen, T., Ristikari, T., Sorsa, V-P. & Leppinen, S. (toim.) (2025). Hyvinvointialueuudistuksen väliarviointi. Valtioneuvoston julkaisuja 2025:109. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-022-6>
- Heino, H. & Taskinen, H. (2012). Lähijohtaja muutosjohtajana terveydenhuollon organisaatiossa - edistävät ja estävät tekijät. *Premissi: terveyst- ja sosiaalialan johtamisen erikoisjulkaisu*, 6(7), 51–57.
- Hetemaa, T., Satokangas, M., Väisänen, V., Launio, S. & Sinervo, T. (2025). 'Perusterveydenhuolto', teoksessa Tynkkynen, L-K., Paatela, S., Aalto, A-M., Keskimäki, I., Nykänen, E., Peltola, M., Sinervo, T., Tammi, T. & Viita-aho, M. (toim.). Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>
- Hiilamo, H. & Salin, S. (2020). 'Uudistuva palvelujärjestelmä', teoksessa Laaksonen, H., Laitinen, H. & Hiilamo, H. *Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä* (1. painos.). Sanoma Pro Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. & Sinivuori, E. (2009). Tutki ja kirjoita (15., uudistettu painos). *Kustannusosakeyhtiö Tammi*.
- Holloway, I., & Galvin, K. (2024). Qualitative research in nursing and healthcare (Fifth edition.). *Wiley-Blackwell*.
- Holloway, I. & Wheeler, S. (2013). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare* (3rd ed.). Newark: Wiley.
- Holster, T., Haula, T., Honkatukia, J., Laukkanen, M-L. & Lavaste, K. (2025). 'Hyvinvointialueiden rahoitus ja tarvetekijät', teoksessa Tynkkynen, L-K., Paatela, S., Aalto, A-M., Keskimäki, I., Nykänen, E., Peltola, M., Sinervo, T., Tammi, T. & Viita-aho, M. (toim.). *Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>
- Hujala, A. & Taskinen, H. (toim.) (2020). Uudistuva sosiaali- ja terveysala. *Tampere University Press*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>
- Janhonen, K., Karreinen, S., Paananen, H., Rantamäki, A. & Viita-Aho, M. (2025). Kriisinkestävä terveysjärjestelmä oppii ja uusiutuu. *Yhteiskuntapolitiikka* 90(5–6), 514–520. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20251202113563>
- Javanparast, S., Maddern, J., Baum, F., Freeman, T., Lawless, A., Labonté, R. & Sanders, D. (2018). Change management in an environment of ongoing primary health care system reform: A case study of Australian primary health care services. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(1), e76–e88. <https://doi.org/10.1002/hpm.2413>

- Juppo, V. (2011). Muutoksen johtaminen suomalaisessa yliopistouudistuksessa rehtoreiden näkökulmasta. Väitöskirja. Acta Wasaensia 235. Julkisjohtaminen 15. Vaasa: Vaasan yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-476-335-6>
- Juuti, P. & Virtanen, P. (toim.) (2009). *Organisaatiomuutos*. Helsingissä: Otava.
- Kallankari, S. (toim.) (2019). Muutoksen johtaminen arjessa: opas sosiaali- ja terveydenhuoltoon (1. painos.). Helsinki: Duodecim.
- Kallio, H., Pietilä, A.-M., Johnson, M. & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>
- Karreinen, S., Paatela, S., Paananen, H., Huhtakangas, M., Satokangas, M., Jalonen, H. & Tynkkynen, L.-K. (2025). Making integrated care happen: Middle managers' views on leadership for promoting multidisciplinary collaboration at the early stage of the Finnish social and healthcare reform. *Health Policy (Amsterdam)*, 160, 105320. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105320>
- Keski-Suomen hyvinvointialue. (2024). Järjestämislinjausten mukainen sote-palveluverkko. Palveluverkko-esitys – laaja materiaali. Pdf-dokumentti. Viitattu 12.10.2025. Saatavilla: [https://www.hyvaks.fi/sites/default/files/2024-05/20240503%20Keski-Suomi Sosiaali-%20ja%20terveyspalvelujen%20palveluverkkoesitys laaja%20materiaali.pdf](https://www.hyvaks.fi/sites/default/files/2024-05/20240503%20Keski-Suomi%20Sosiaali-%20ja%20terveyspalvelujen%20palveluverkkoesitys%20laaja%20materiaali.pdf)
- Kihlström, L., Viita-aho, M., Keskimäki, I. & Tynkkynen, L.-K. (2026). How health workers experience health system reform: A qualitative study from Finland. *Health Policy (Amsterdam)*, 163, 105499. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105499>
- Kinnunen, J. (2017). 'Organisaatiokulttuuri ja johtaminen', teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) *Sosiaali- ja terveysjohtaminen* (3., uudistettu painos.). Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kotter, J. P. (1996). Muutos vaatii johtajuutta. *Helsinki: Rastor*.
- Kuoppakangas, P. (2013). Adopting the Municipal Enterprise Form in Finland: Core Dilemmas in the Transformation of Public Healthcare Organizations. *Public Organization Review*, 13(2), 155–165. <https://doi.org/10.1007/s11115-013-0228-9>
- Kyngäs, H., Mikkonen, K. & Kääriäinen, M. (Eds.). (2020). *The Application of Content Analysis in Nursing Science Research* (1st ed. 2020.). Cham: Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-30199-6>
- Lammintakanen, J. & Rissanen, S. (2017) 'Sosiaali- ja terveysjohtaminen 2020-luvulla', teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.). *Sosiaali- ja terveysjohtaminen* (3., uudistettu painos.). Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- Laukka, E., Huhtakangas, M., Heponiemi, T. & Kanste, O. (2020). Identifying the Roles of Healthcare Leaders in HIT Implementation: A Scoping Review of the Quantitative and Qualitative Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2865.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17082865>
- Laulainen, S., Zitting, J. & Niiranen, V. (2020). 'Henkilöstön ja johtajien osaamisvaatimukset integroituvissa palveluissa', teoksessa Hujala, A. & Taskinen, H. (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. *Tampere University Press*. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>
- Laumer, S., Maier, C., Eckhardt, A. & Weitzel, T. (2016). User Personality and Resistance to Mandatory Information Systems in Organizations: A Theoretical Model and Empirical Test of Dispositional Resistance to Change. *Journal of Information Technology*, 31(1), 67–82. <https://doi.org/10.1057/jit.2015.17>
- Launio, S., Reissel, E. & Hetemaa, T. (2025). 'Erikoissairaanhoido', teoksessa Tynkkynen, L-K., Paatela, S., Aalto, A-M., Keskimäki, I., Nykänen, E., Peltola, M., Sinervo, T., Tammi, T. & Viita-aho, M. (toim.) Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>
- Leppänen, P., Sorvettula, J., Valli-Lintu, A. & Alma Talent, kustantaja. (2024). *Hyvinvointialue : järjestäminen, hallinto ja talous*. Helsinki: Alma Talent.
- Lincoln Y. & Guba E. (1985). *Naturalistic inquiry*. USA: Sage Publications.
- Lindell, J. (2011). Muutos systeemittömästi ymmärrettävässä organisaatiossa. *Hallinnon Tutkimus* 30(1), 56–71.
<https://journal.fi/hallinnontutkimus/article/view/99347>
- Lindell, J. (2017). Muutosjohtajuuden pirullinen puoli. Väitöskirja. Acta Wasaensia 375. Vaasan yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-476-745-3>
- Londén, P., Typpö, L., Eronen, A., Pelotsalmi, J. & Haikari, J. (2023). Sosiaali- ja terveyspalvelut hyvinvointialueilla. Sosiaalibarometri 2023:3. SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry. Helsinki. Saatavilla: <https://www.soste.fi/wp-content/uploads/2023/10/Sosiaalibarometri-2023-osa-3-Sosiaali-ja-terveyspalvelut-hyvinvointialueilla.pdf>
- Luukkonen, J. (2018). Matkalla maakunnallisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin: Tutkimus maakunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymien syntyprosesseista. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 2163. Tampere University Press. Tampere. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0789-9>
- Marttila, T., Mahkonen, R. & Pyrhönen, K. (2024). Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa keväällä 2024: Hoitotakuun tiukentuminen nopeutti hoitoonpääsyä lääkärille. Tilastoraportti 28/2024. *Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2024060343152>

- Meriläinen, M., Koivisto, K., Sirviö, P. & Tensing, M. (2016). 'Hoitotyön johtaminen', teoksessa K. Koivisto & Sandelin, P. (toim.) Sairaanhoidajakoulutusta 120 vuotta Oulussa – Aputyöstä asiantuntijaksi -juhla-julkaisu. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 33.
<http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2016112930047>
- Muurinen, H. & Koivisto, J. (2024). Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden - ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi: Loppuraportti. Työpäpaperi 47/2024. *Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos*.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-347-8>
- Mölläri, K., Saukkonen, S-M. & Kovanen, L. (2018). Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanoton asiakkaiden käyntisyyt vuonna 2017. Tilastoraportti 23/2018. *Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos*.
<https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018060825552>
- Naz, N., Gulab, F. & Aslam, M. (2022). Development of qualitative semi-structured interview guide for case study research. *Competitive Social Science Research Journal*, 3(2), 42–52.
<https://cssrjournal.com/index.php/cssrjournal/article/view/170/72>
- Newton, J., Graham, J., McLoughlin, K., Moore, A. & McTavish, D. (2000). Change in primary health care: new wine in old bottles? *Journal of Management in Medicine*, 14(1), 37–47. <https://doi.org/10.1108/02689230010340471>
- Niinihuhta, M. & Häggman-Laitila, A. (2022). A systematic review of the relationships between nurse leaders' leadership styles and nurses' work-related well-being. *International Journal of Nursing Practice*, 28(5), e13040.
<https://doi.org/10.1111/ijn.13040>
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E. & Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- NVivo. (2019). NVivo Basics Workbook & Using NVivo and EndNote For Literature Reviews. Viitattu 29.12.2024. Saatavilla:
https://ienrol.flinders.edu.au/uploads/files/NVivo_Basics_workbook.pdf
- Olkkonen, L., Petäjä, U.-K. & Terkamo-Moisio, A. (2024). Terveystieteidenhuollon henkilöstön ja johtajien kokemuksia muutoksen johtamisesta. *Hoitotiede*, 36(4), 335–349.
- Ouedraogo, N. & Ouakouak, M. L. (2018). Impacts of personal trust, communication, and affective commitment on change success. *Journal of Organizational Change Management*, 31(3), 676–696. <https://doi.org/10.1108/JOCM-09-2016-0175>
- Paatela, S. & Tynkkynen, L-K. (2024). "Sote-uudistus ei oo ollenkaan vielä ohi, vaan se on vasta alkanut": ylimmän johdon näkemyksiä hyvinvointialueiden

- toiminnan alkuvaiheista. Tutkimuksesta tiiviisti 8/2024. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-271-6>
- Paatela, S., Karreinen, S. & Tynkkynen, L-K. (2024). Ylimmän johdon näkemyksiä integraation etenemisestä ja edellytyksistä hyvinvointialueilla. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2024. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-272-3>
- Paatela, S., Paananen, H. & Tynkkynen, L-K. (2025a). 'Hyvinvointialueiden organisaatiot, päätöksenteko ja itsehallinto', teoksessa Tynkkynen, L-K., Paatela, S., Aalto, A-M., Keskimäki, I., Nykänen, E., Peltola, M., Sinervo, T., Tammi, T. & Viita-aho, M. (toim.) Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>
- Paatela, S., Huhtakangas, M. & Tynkkynen, L-K. (2025b). Governance of a health and social service system after two years of a large-scale reform: a qualitative study in Finland. *Journal of Health Organization and Management*, 1–17. <https://doi.org/10.1108/JHOM-01-2025-0055>
- Paatela, S., Karreinen, S., Huhtakangas, M. & Tynkkynen, L.-K. (2025c). Upper-level leaders' perceptions of integrating health and social care services after the structural reform in Finland: a qualitative study. *Journal of Integrated Care (Brighton, England)*, 33(1), 18–33. <https://doi.org/10.1108/JICA-06-2024-0031>
- Paatela, S. & Tynkkynen, L-K. (2025a). 'Hyvinvointialueiden valtion ohjaus', teoksessa Tynkkynen, L-K., Paatela, S., Aalto, A-M., Keskimäki, I., Nykänen, E., Peltola, M., Sinervo, T., Tammi, T. & Viita-aho, M. (toim.) Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>
- Paatela, S. & Tynkkynen, L-K. (2025b). 'Integraation johtaminen hyvinvointialueilla', teoksessa Tynkkynen, L-K., Paatela, S., Aalto, A-M., Keskimäki, I., Nykänen, E., Peltola, M., Sinervo, T., Tammi, T. & Viita-aho, M. (toim.) Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>
- Palonen, M. & Kylmä, J. (2022). Avoin haastattelu ja teemahaastattelu aineistonkeruumenetelminä laadullisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede*, 34(4), 281–294.
- Peltonen, E. (2009). Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa: vertaileva tutkimus. Kuopion yliopiston julkaisuja. E, yhteiskuntatieteet, 168. https://erepo.uef.fi/bitstream/123456789/9031/1/urn_isbn_978-951-27-1078-2.pdf

- Phillips, J. & Klein, J. D. (2023). Change Management: From Theory to Practice. *TechTrends*, 67(1), 189–197. <https://doi.org/10.1007/s11528-022-00775-0>
- Pratchett, L. (2004). Local Autonomy, Local Democracy and the “New Localism.” *Political Studies*, 52(2), 358–375. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.2004.00484.x>
- Puusa, A., Juuti, P. & Aaltio, I. (2020). Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. *Gaudeamus*.
- Pölkki, T. & Häggman-Laitila, A. (2015). Hoitotyön johtamisen linjaukset ja sote-uudistus. Pääkirjoitus. *Tutkiva Hoitotyö*, 13(1), 3.
- Rautiainen, P., Taskinen, H. & Rissanen, S. (2020). 'Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmien uudistaminen – virstanpylväitä menneestä ja suuntaa tulevasta', teoksessa Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.) *Uudistuva sosiaali- ja terveysala*. Tampere: Tampere University Press. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>
- Rissanen, S. & Hujala, A. (2017). 'Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen lähtökohdat', teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) *Sosiaali- ja terveysjohtaminen* (3., uudistettu painos.). Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Rytivaara, A., Lätti, J., Härkönen, S. & Wallin, A. (2022). 'Suuntaviivoja eläytymismenetelmätutkimusten luotettavuuden arviointiin', teoksessa Härkönen, S., Lätti, J., Rytivaara, A. & Wallin, A. (toim.) *Kasvatuksen muuttuvat työ- ja toimintaympäristöt: 10 eläytymismenetelmätutkimusta*. Tampere: Tampere University Press. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-034-2>
- Salmela, S., Eriksson, K. & Fagerström, L. (2012). Leading change: a three-dimensional model of nurse leaders' main tasks and roles during a change process. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 423–433. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05802.x>
- Salmela, S., Eriksson, K. & Fagerström, L. (2013). Nurse Leaders' Perceptions of an Approaching Organizational Change. *Qualitative Health Research*, 23(5), 689–699. <https://doi.org/10.1177/1049732313481501>
- Saunders, C. H., Sierpe, A., von Plessen, C., Kennedy, A. M., Leviton, L. C., Bernstein, S. L., ... Thomeer, R. P. (2023). Practical thematic analysis: a guide for multidisciplinary health services research teams engaging in qualitative analysis. *BMJ (Online)*, 381, e074256–e074256. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-074256>
- Savolainen, N., Kilpeläinen, K., Wiss, K., Tasala, T., Ylitörmänen, T. & Kauppinen, T. (2025). 'Hyvinvointialueen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koordinaatio ja edellytykset yhdyspintatyölle', teoksessa Tynkkynen, L-K., Paatela, S., Aalto, A-M., Keskimäki, I., Nykänen, E., Peltola, M., Sinervo, T., Tammi, T. & Viita-aho, M. (toim.) *Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset*

- palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>
- Seppänen, A. (2024). Sote-keskuspalvelut kolmelle tasolle Varsinais-Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 79, e40099. www.laakarilehti.fi/e40099
- Sikalgar, F. R., Bangera, D., Kumar, M. P., Bhuvaneshwari, Paul, Y. & Muralidharan, S. (2025). A Review of Leadership Theories in Healthcare. *Journal of Pharmacy & Bioallied Science*, 17(Suppl 1), S163–S165. https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_1907_24
- Siltanen, H., Hamari, L., Heikkilä, K., Marin, K., Parisod, H. & Holopainen, A. (2023). Hoitosuosittelun laadinta – käsikirja suositustyöryhmille. Versio 3.0. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö.
- Skogøy, K., Johnsen, A. M. & Honkavuo, L. (2026). “Just Dive Right In!” Nurse Leaders’ Experiences of Challenging Times in Clinical Settings: A Phenomenological Study. *Journal of Healthcare Leadership*, 18, 569107. <https://doi.org/10.2147/JHL.S569107>
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto. (2014). Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3489-4>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2016). Johtaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa – monialaisen ja ammattiryhmäkohtaisen toiminnan käytännöt ja rakenteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:68. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3851-9>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2019). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistaminen. Toimivat peruspalvelut ja sote-rakenneuudistus, 9/2019. Viitattu 30.8.2025. Saatavilla: https://vm.fi/documents/10623/9444692/Sote-uudistus_STM_092019.pdf/8f657f69-9949-aea4-bf9c-1b0d8c570afa/Sote-uudistus_STM_092019.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2021). Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2023: Ohjelma ja hankeopas. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 2021:7. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5655-1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2022). Hoidon jatkuvuusmalli: Omalääkäri 2.0 – selvityksen loppuraportti. *Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita* 2022:17. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9884-1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2023). Kiireettömään hoitoon pääsyä koskevat säännökset tiukentuvat 1.9.2023 alkaen. Viitattu 12.10.2025. Saatavilla: https://stm.fi/documents/1271139/150188883/Hoitotakuu_ohjekirja_2023.pdf/5b3e07e9-8764-9ba1-7a6e-ef4b8e8fe34f/Hoitotakuu_ohjekirja_2023.pdf?t=169088376443

- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024a). Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus - ohjelma 2020–2023. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2024:23. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8438-7>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024b). Terveyspalvelut. Päivitetty 17.1.2024. Viitattu 30.8.2025. Saatavilla: <https://stm.fi/terveyspalvelut>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024c). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut. Päivitetty 12.11.2024. Viitattu 30.8.2025. Saatavilla: <https://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024d). Valtakunnalliset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 2024:2. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5424-3>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024e). Sosiaali- ja terveyskeskukset. Päivitetty 15.10.2024. Viitattu 2.9.2025. Saatavilla: <https://stm.fi/terveyskeskukset>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2025a). Hyvinvointialueet vastaavat sote-palvelujen ja pelastustoimen järjestämisestä. Päivitetty 12.6.2025. Viitattu 26.8.2025. Saatavilla: <https://stm.fi/hyvinvointialueet>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2025b). Hyvinvointialueet kartalla. Päivitetty 25.6.2025. Viitattu 24.9.2025. Saatavilla: <https://stm.fi/hyvinvointialueet-kartalla>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2026). Selvitys hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun toteutumisesta 2025. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2026:9. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-7510-1>
- Stenvall, J. & Virtanen, P. (2012). *Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen: kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet*. Helsinki: Tietosanoma.
- Stouten, J., Rousseau, D. M. & De Cremer, D. (2018). Successful Organizational Change: Integrating the Management Practice and Scholarly Literatures. *The Academy of Management Annals*, 12(2), 752–788. <https://doi.org/10.5465/annals.2016.0095>
- Sung, W. & Kim, C. (2021). A Study on the Effect of Change Management on Organizational Innovation: Focusing on the Mediating Effect of Members' Innovative Behavior. *Sustainability*, 13(4), 2079. <https://doi.org/10.3390/su13042079>
- Syrjä V., Parviainen L. & Niemi A. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2019 – Ulkoistukset, henkilöstö, työpanokset ja tehtäväsiirrot. *Tutkimuksesta tiiviisti* 51, 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-442-4>

- Taskinen, H. (2017). 'Organisaatiomuutosten johtaminen', teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) *Sosiaali- ja terveystoiminta* (3., uudistettu painos.). Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Taskinen, H. & Hujala, A. (2020). 'Integraatio – sosiaali- ja terveystoimintajärjestelmien uudistamisen ydintä', teoksessa Hujala, A. & Taskinen, H. (toim.). Uudistuva sosiaali- ja terveystoiminta. *Tampere University Press*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>
- Tanner, L., Saarni, S. & Nykänen, E. (2025). Hyvinvointialueen itsehallinnon rajoilla. Miten oikeus riittäviin terveystoimintajärjestelmiin rajaa hyvinvointialueen paikallista itsehallintoa?. *Lakimies*, 123(2), 254–281. <https://journal.fi/lakimies/article/view/147312>
- Terkamo-Moisio, A., Leino-Kilpi, H., Kaakinen, P., Palonen, M., Peltonen, L-M., Vaartio-Rajalin, H. & Häggman-Laitila, A. (2021). Hoitotyön johtamisen tehtävänkuvat ja johtamisosaaminen jatkuvan oppimisen opintokokonaisuuteen osallistuvilla opiskelijoilla. *Hoitotiede*, 33(4), 220–230.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024a). Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystoiminta -ohjelma. Viitattu 31.5.2025. Saatavilla: <https://thl.fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveystoiminta-ohjelma>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024b). Sote-palvelut. Päivitetty 15.1.2024. Viitattu 30.8.2025. Saatavilla: <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/kehittyva-palvelujarjestelma/sote-palvelut>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024c). Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit 2023. Tilastoraportti 35/2024. Viitattu 20.10.2025. Saatavilla: <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveystoimintajarjestelma/perusterveydenhuolto>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (Uudistettu laitos.) Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavilla: https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2020.pdf
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2023). Tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavilla: https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf
- Tynkkynen, L-K., Paatela, S., Aalto, A-M., Keskimäki, I., Nykänen, E., Peltola, M., Sinervo, T., Tammi, T. & Viita-aho, M. (toim.) (2025). Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen

- alkuvuosina. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>
- Vakkala, H. (2012). Henkilöstö kuntauudistuksessa. Psykologinen johtamisorientaatio muutoksen ja henkilöstövoimavarojen johtamisen edellytyksenä. Acta nro 238. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Valtioneuvosto. (2021). Parlamentaarisen maakuntaverokomitean mietintö. Valtioneuvoston julkaisu 2021:15. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-880-2>
- Valtiovarainministeriö. (2025). Hyvinvointialueiden rahoitusmalli ja rahoituksen määräytyminen. Koulutusmateriaali 20.8.2025. Saatavilla:
[https://vm.fi/documents/10623/0/Hyvinvointialueiden%20rahoitusmalli%20ja%20rahoituksen%20m%C3%A4%C3%A4r%C3%A4ytymisen%20\(3\).pdf/b64ff5e-e-8c9e-4e1f-8e99-478e3f0f8614/Hyvinvointialueiden%20rahoitusmalli%20ja%20rahoituksen%20m%C3%A4%C3%A4r%C3%A4ytymisen%20\(3\).pdf?t=1755849202658](https://vm.fi/documents/10623/0/Hyvinvointialueiden%20rahoitusmalli%20ja%20rahoituksen%20m%C3%A4%C3%A4r%C3%A4ytymisen%20(3).pdf/b64ff5e-e-8c9e-4e1f-8e99-478e3f0f8614/Hyvinvointialueiden%20rahoitusmalli%20ja%20rahoituksen%20m%C3%A4%C3%A4r%C3%A4ytymisen%20(3).pdf?t=1755849202658)
- Van Den Heuvel, S., Schalk, R. & Van Assen, M. A. L. M. (2015). Does a Well-Informed Employee Have a More Positive Attitude Toward Change? The Mediating Role of Psychological Contract Fulfillment, Trust, and Perceived Need for Change. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 51(3), 401–422.
<https://doi.org/10.1177/0021886315569507>
- Varis K. (2012). Organisaatiokulttuurin ja johtajuusidentiteetin merkitys matriisiorganisaatiomuutoksessa. Case-tutkimus. Väitöskirja. Jyväskylän studies in business and economics 116. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4949-5>
- Vesterinen, S. (2013). *Osastonhoitajien johtamistyyliä osana johtamiskulttuuria*. Väitöskirja. Acta University Oulu D Medica1200, 2013. Oulun yliopisto, Oulu.
<https://urn.fi/urn:isbn:9789526201245>
- Viherkenttä, T. (2021). Tulisiko hyvinvointialueilla olla verotusoikeus? *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 117(2), 190–202.
- Viitala, R. (2005). Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Helsinki: Inforviestintä.
- Viitala, R. & Jylhä, E. (2025). *Johtaminen: keskeiset käsitteet, teoriat ja trendit*. Helsinki: Edita Publishing Oy. Sanoma Pro.
- Wu, Y., Awang, S. R., Ahmad, T. & You, C. (2024). A systematic review of leadership styles in healthcare sector: Insights and future directions. *Geriatric Nursing*, 59, 48–59. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.06.033>
- Zitting, J., Hietapakka, L., Laulainen, S., Niiranen, V. & Sinervo, T. (2020). Henkilöstön luottamus organisaatioon ja johtajiin sosiaali- ja terveystalouden organisaatiomuutoksessa. *Janus*, 28(2), 168–184.
<https://doi.org/10.30668/janus.75187>

Liitteet

Liite 1. Tiedote tutkimuksesta



TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Sote-uudistuksen muutosjohtaminen avoterveydenhuollossa: Ylihoitajien kokemukset

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Hyvä avosairaanhoidon ylihoitaja,

Opiskelen Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella pääaineenani hoitotiede. Tämä tiedote koskee pro gradu -tutkielmaani aiheesta *Sote-uudistuksen muutosjohtaminen avoterveydenhuollossa: Ylihoitajien kokemukset*. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata avoterveydenhuollon ylihoitajien kokemuksia sote-uudistuksen muutosjohtamisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä tutkittavan ilmiön syvällisempää ymmärrystä sekä tuottaa uutta tietoa avoterveydenhuollon ylihoitajien muutosjohtamisen kokemuksista, jota voidaan hyödyntää avoterveydenhuollon organisaatiomuutosten toteuttamisessa ja ylihoitajien muutosjohtamistyössä.

Teitä pyydetään tutkimukseen, koska toimitte avoterveydenhuollon ylihoitajana tutkimuksen kohteena olevalla hyvinvointialueella.

Tutkimuksen kulku

Tutkimusaineisto kerätään yksilöhaastatteluina. Haastattelun osallistujat valitaan virka-asemansa perusteella xxxxxxxx hyvinvointialueelta. Haastattelu toteutetaan joko yhdessä sovittavassa paikassa, esim. työpaikallanne, tai tarvittaessa videoyhteyden avulla Zoom-sovelluksella. Haastattelut nauhoitetaan. Haastattelutilanne kestää noin yhden tunnin.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, keskeyttää tutkimuksen tai peruuttaa antamanne suostumuksen osallistua tutkimukseen milloin tahansa. Keskeyttäessänne tutkimukseen osallistumisesi tai peruuttaessa antamanne suostumuksen, teistä siihen asti kerätty tieto voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Tutkimuksen tietosuoja

Tutkimuksessa noudatetaan Tietosuojalakia (1050/2018), Euroopan unionin tietosuojasetusta (2016/679) sekä tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeistoa tutkimuksen etiikasta ja tutkimusaineiston käsittelystä. Haastatteluaineisto käsitellään sen kaikissa tutkimusvaiheissa ehdottoman luottamuksellisesti. Aukikirjoitettua aineistoa käsittelevät ainoastaan tutkimuksen tekijä sekä ohjaajat. Aineisto säilytetään tietokoneella salasanaa suojattuna ja vain tutkijan käytössä olevassa pilvitallennustilassa. Haastatteluaineistoa säilytetään vain tutkimusprosessin ajan, jonka jälkeen haastattelut hävitetään tietoturvallisesti. Tuloksia raportoidessa huomioidaan, ettei yksittäisen haastateltavan henkilöllisyyttä pystytä tunnistamaan eikä haastateltavan toimipiste paljastu.

Tutkimukseen osallistuminen

Mikäli haluatte osallistua tutkimukseen, pyydän Teitä ottamaan tutkimuksen toteutuksesta vastaavaan Joanna Isomäkeen yhteyttä **sähköpostitse (jkisom@utu.fi) viimeistään 08.10.2024 mennessä**. Voimme sopia haastatteluajankohdan ja -paikan.

Mikäli teillä on kysyttävää tutkimukseen liittyen, vastaan mielelläni kysymyksiinne sähköpostitse tai puhelimitse.

Yhteistyöterveisin,

Joanna Isomäki

Liite 2. Haastattelurunko

HAASTATTELURUNKO

Taustatiedot

1. Tutkinnot ja valmistumisvuosi
2. Kokemus hoitotyössä työskentelystä ___ vuotta
3. Kokemus hoitotyön johtajana ___ vuotta
4. Työkokemus nykyisessä tehtävässä ___ vuotta
5. Alaisten (hoitotyöntekijöiden) määrä

Haastatteluteemat

1. **Aikaisemmat kokemukset muutoksen johtamisesta**
 - Kertoisitko aikaisemmista kokemuksistasi muutoksen johtamisesta, ennen vuoden 2023 sote-uudistusta?
 - Mitä ajattelet muutoksen johtamisesta yleisesti?
 - Millainen sote-uudistus on ollut mielestäsi?
 - Mitä ajattelet sote-uudistuksesta perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa?
 - Minkälainen rooli ylihoitajilla on mielestäsi muutoksen johtamisessa perusterveydenhuollon avosairaanhoidon puolella?
2. **Muutoksen johtaminen sote-uudistuksen aikana**
 - Miten kuvailisit sote-uudistuksen muutosjohtamista perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa?
 - Millä keinoin olet toteuttanut muutosjohtamista:
 - a) yhdenvertaisen saatavuuden osalta?
 - b) oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantamisen osalta?
 - c) ehkäisevän ja ennakkoivaan työhön panostamisen osalta?
 - d) palveluiden laadun ja vaikuttavuuden varmistamisen osalta?
 - e) palveluiden monialaisuuden ja toimivuuden vahvistamisen osalta?
 - Miten henkilöstö on kohdannut muutokset?
 - Millä keinoin olet osallistanut ja sitouttanut henkilöstöä muutokseen?
 - Minkälaisia muutoksia sote-uudistus on tuonut johtamisosaamiseesi?
3. **Muutosjohtamista myötävaikuttavat tekijät**
 - Mitkä tekijät ovat myötävaikuttaneet kokemuksesi mukaan ylihoitajan muutosjohtajuutta?

Liite 3. Suostumuslomake

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Sote-uudistuksen muutosjohtaminen avoterveydenhuollossa: Ylihoitajien kokemukset

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt tutkimuksesta kertovan tiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta: **Sote-uudistuksen muutosjohtaminen avoterveydenhuollossa: Ylihoitajien kokemukset** ja sen yhteydessä suoritettavasta haastatteluista, nauhoitetun materiaalin käsittelystä ja säilyttämisestä. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiin. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumista tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistuminen tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Minulla on oikeus, milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Tiedostan, että minusta siihen asti kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Annan suostumuksen siihen, että osallistun tutkimukseen **Sote-uudistuksen muutosjohtaminen avoterveydenhuollossa: Ylihoitajien kokemukset**

Paikka: _____

Aika: _____ 2024

Nimi: _____

Nimenselvennys: _____

Suostumus vastaanotettu

Paikka: _____

Aika: _____ 2024

Suostumuksen vastaanottaja: _____

Nimenselvennys: _____