



VAASAN YLIOPISTO

ULLA ISOSAARI

Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatioissa

*Tarkastelu lähijohtamisen
näkökulmasta*

ACTA WASAENSIA NO 188

SOSIAALI- JA TERVEYSHALLINTOTIEDE 4

UNIVERSITAS WASAENSIS 2008

Esitarkastajat

Professori Juhani Lehto
Terveystieteen laitos
33014 Tampereen yliopisto

Professori Juhani Nikkilä
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos
PL 5000
90014 Oulun yliopisto

Julkaisija Vaasan yliopisto	Julkaisuajankohta Huhtikuu 2008	
Tekijä(t) Isosaari, Ulla	Julkaisun tyyppi Monografia	
	Julkaisusarjan nimi, osan numero Acta Wasaensia, 188	
Yhteystiedot Vaasan yliopisto Hallintotieteiden tiedekunta PI 700 65101 Vaasa	ISBN 978-952-476-217-5	
	ISSN 0355-2667	
	Sivumäärä 290	Kieli suomi
Julkaisun nimike Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatioissa: Tarkastelu lähijohtamisen näkökulmasta		
Tiivistelmä <p>Terveydenhuollon perinteiset organisaatiomallit byrokratia ja professionaalinen organisaatio ovat joutuneet antamaan tilaa tulosajatteluun perustuvalla rakenteella ja johtamisella. Seurauksena on ollut tehtävien siirtäminen yksiköiden tasolle, mikä on tuonut lähijohtamisen keskeiseen asemaan. Organisaatioiden valtarakenteita tarkastellaan tässä tutkimuksessa vallan lähteiden ja Mintzbergin vallan jaottelun kautta. Tilivelvollisuuden tarkastelun lähtökohtana on Romzeikin, Dubnickin ja Ingrahamin jaottelu.</p> <p>Tutkimuksen keskeiset kysymykset ovat mitä valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollossa tarkoittavat ja minkälaisia terveydenhuollon organisaatiot ovat valta- ja tilivelvollisuustyyppiltään lähijohtamisen kautta tarkasteltuna? Tutkimuksen empiirinen osuus toteutettiin survey-tutkimuksena 10 sairaanhoitopiirin alueella sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Kohderyhminä olivat kaikki lähijohtajat ja otos sisätautien, kirurgian ja psykiatrian sekä perusterveydenhuollon avo- ja laitoshoidon henkilökunnasta. Vastaajien määrä oli 1197 ja vastausprosentti 38. Aineisto analysoitiin tilastollisesti muodostaen summamuuttujia ja tarkastelemalla arvoja taustamuuttujien luokissa. Muuttujien välisiä yhteyksiä tutkittiin korrelaation, non-parametrisen varianssianalyysin ja taulukkoelaboraation avulla.</p> <p>Tuloksena voidaan todeta, että tietynlainen organisaatiorakenne tukee tietyn valta- ja tilivelvollisuustyyppien syntymistä. Rakenteeltaan byrokraattiselle organisaatiolle luontevin valtatyyppi on instrumentti tai suljettu systeemi ja byrokraattinen tilivelvollisuus. Professionaalinen organisaatio puolestaan liittyy luonnollisesti meritokraattiseen valtarakenteeseen, mutta myös poliittiseen areenaan ja ammatilliseen tilivelvollisuuteen. Tulosorganisaatiolla on yhteys poliittiseen areenaan, meritokratiaan ja poliittiseen tilivelvollisuuteen. Terveydenhuollon toiminnan sisältö luo oikeudellista tilivelvollisuutta riippumatta organisaation rakenteesta. Vallan ja tilivelvollisuuden tyyppien yhteyttä tutkittaessa voitiin havaita, että instrumentti ja suljettu systeemi ovat yhteydessä byrokraattiseen tilivelvollisuuteen, mutta meritokratialla ei ollut yhteyttä ammatilliseen tilivelvollisuuteen.</p>		
Asiasanat julkinen terveydenhuolto, valta, tilivelvollisuus, lähijohtaminen		

Publisher University of Vaasa	Date of publication April 2008	
Author(s) Isosaari, Ulla	Type of publication Monography	
	Name and number of series Acta Wasaensia, 188	
Contact information University of Vaasa Faculty of Public Administration PO Box 700 FI-65101 Vaasa	ISBN 978-952-476-217-5	
	ISSN 0355-2667	
	Number of pages 290	Language Finnish
Title of publication Power and Accountability in Health Care Organizations: Contemplation from the First-line Management Perspective		
Abstract <p>In traditional health care organization models, bureaucracy and professional organisation have yielded in result based management. It has led to the delegation of tasks at the unit level and put first-line management in focus. In this study organisation power structures are examined through the sources of power and Mintzberg's configurations of organization power. The starting point for the examination of accountability is Romzek's, Dubnic's and Ingraham's classification. The aim of this study is to examine what power and accountability mean in health care, and what types of power and accountability health care organizations represent when looked at through fist-line management. What factors are connected to it and what is the relationship between organization accountability and power types? The empirical study was executed with a survey of 10 Finnish hospital districts both in specialized and primary care. Respondents were all first-line managers and a sample of staff members from internal disease, surgical and psychiatric units and outpatient and primary care units. The number of respondents was 1197 and the response percentage was 38. The data was analysed statistically by building sum variables and examining their values in background variable groups. The connections between variables were studied with correlation analysis, Kruskall-Wallis test and table elaboration.</p> <p>As a result, it can be seen that a certain kind of organization structure supports the generation of a certain power and accountability type. A bureaucratic organization generates an instrument or closed system organization and bureaucratic accountability, a professional organization generates meritocracy, but also political arena and professional accountability, and a result-based organization has a connection to political arena and meritocracy and political accountability. In health care, the content of the service determines strong legal accountability regardless of the organization structure. When examining the connection between power and accountability types, it becomes evident that the instrument and closed system was connected to bureaucratic accountability, but meritocracy does not create professional accountability.</p>		
Keywords public health care, power, accountability, first-line management		

ESIPUHE

Kun aloitin väitöskirjatyön, ajattelin, että tämä saa olla elämässäni projekti, jonka ei tarvitse tulla valmiiksi. Innostus tutkimiseen vei kuitenkin mukanaan. Kiitän lämpimästi professori Pirkko Vartiaista ohjauksesta, kannustuksesta ja lujasta uskosta työn eri vaiheissa. Osaava ohjaaja luo myönteisen ilmapiirin, jossa tutkimuksen tekeminen on palkitsevaa. Työn esitarkastajia professori Juhani Lehto ja professori Juhani Nikkilää kiitän asiantuntevista kommentteista ja kehittämissuhteista. Lisäksi kiitos professori Nikkilälle lupautumisesta työni vastaväittäjäksi. Suuri kiitos myös dosentti Olli Wuorelle asiantuntevasta opastuksesta työn empirisen osuuden ja tutkimusmenetelmien suhteen.

Tutkimuksen tekemisen kannalta innostava työyhteisö on tärkeä. Kiitos kaikille työtovereilleni hallintotieteiden tiedekunnassa mielenkiintoisista keskusteluista vuosien varrella. Erityinen kiitos oman oppiaineeni sosiaali- ja terveyshallintotieteen edustajille ja HYMY-tutkimusryhmän jäsenille.

Väitöskirjatyön etenemisen kannalta taloudellisella tuella on myös suuri merkitys. Se mahdollistaa irrottautumisen muusta työstä ja keskittymisen tutkimukseen. Suuret kiitokset tästä mahdollisuudesta Kunnallisalan kehittämissäätiölle. Lisäksi kiitos hallintotieteiden tiedekunnalle mahdollisuudesta käyttää tutkimusapulaista aineiston tallentamisessa ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirille lomakekyselyn organisoinnista ja kustantamisesta.

Erityisesti haluan kiittää kaikkia kyselytutkimukseen vastanneita terveydenhuollon ammattilaisia. Arvostan suuresti, että raskaan ja vaativan työne ohessa ehditte paneutua tutkijan kysymyksiin.

Kiitos Vaasan yliopiston julkaisutoimikunnalle, joka hyväksyi tutkimuksen julkaisusarjaansa, Tarja Salolle painoasun tarkistuksesta, Timo Saloselle nettikyselyn ohjauksesta, Anna Martikaiselle englanninkielisten yhteenvetojen kieliasun tarkistuksesta sekä puolisololleni Arto Isosaarelle työn oikolukemisesta.

Lopuksi kiitän vanhempiani, ystäviäni ja sukulaisiani mielenkiinnosta ja myötäelämisestä tämän pitkän prosessin aikana, jossa yllätyksiltäkään ei ole voinut välttyä. Suurin kiitos kuitenkin omalle perheelleni, puolisololleni Artolle, lapsilleni Mikalle ja Minnalle puolisoineen ja kuopukselle Eevakaisalle. Ilman teitä tämä ei olisi ollut mahdollista; eikä tällä olisi mitään merkitystä.

Isossakyrössä 21.2.2008

Ulla Isosaari

Sisällys

ESIPUHE	VII
KUVIOT.....	XI
TAULUKOT	XIV
1 VALTA, TILIVELVOLLISUUS JA JULKISEN TERVEYDENHUOLLON YKSIKÖIDEN JOHTAMINEN TUTKIMUKSEN KOHTEENA.....	1
1.1 Tutkimuksen taustaa	1
1.2 Tutkimuksen tavoitteet, rajaukset ja kysymyksenasettelu.....	5
1.3 Tutkimuksen aineistot ja metodi.....	9
2 LÄHIJOHTAMINEN JULKISESSA TERVEYDENHUOLLOSSA	11
2.1 Julkinen terveydenhuolto toimintaympäristönä.....	11
2.2 Terveydenhuollon kehitys Suomessa.....	13
2.3 Julkisen terveydenhuollon organisaatiot ja johtaminen.....	17
2.3.1 Byrokratia	17
2.3.2 Professionalismi ja asiantuntijaorganisaation johtaminen .	20
2.3.3 Tulosorganisaatio ja tulosjohtaminen	28
2.3.4 Terveydenhuollon organisaatorakenteiden vertailua	36
2.4 Lähijohtaminen	38
2.4.1 Johtaminen johtamisjärjestelmän alimmalla tasolla	39
2.4.2 Lähijohtaminen julkisessa terveydenhuollossa.....	45
2.5 Yhteenvedo	53
3 VALTA JA TILIVELVOLLISUUS LÄHIJOHTAJAN ASEMAN NÄKÖKULMASTA	56
3.1 Organisaatio valtakontekstina.....	56
3.1.1 Vallan lähteet organisaatiossa.....	58
3.1.2 Valtajärjestelmät	65
3.1.3 Organisaation valtatyytit	70
3.1.4 Lähijohtajan asema valtatyytityytityksen valossa	73
3.2 Tilivelvollisuus julkisissa terveydenhuollon organisaatioissa.....	75
3.2.1 Tilivelvollisuuden dimensiot.....	77
3.2.2 Tilivelvollisuuden tyytit	78
3.2.3 Tilivelvollisuus ja vastuu terveydenhuollon lähijohtamisessa	89
TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN ASETELMA	91
4.1 Tutkimusasetelma	91
4.2 Tutkimusaineisto.....	95
4.3 Tutkimusaineiston analyysi	97
4.3.1 Muuttujat.....	97
4.3.2 Analyysimenetelmät	100
4.4 Tutkimuksen luotettavuus.....	102

5	TUTKIMUSTULOKSET	109
5.1	Taustatiedot	109
5.1.1	Organisaatiomuuttajat	110
5.1.2	Yksikkömuuttajat	111
5.1.3	Yksilömuuttajat	112
5.2	Valta	120
5.2.1	Päätöksenteko	121
5.2.2	Harkinta	144
5.2.3	Resurssien hallinta.....	150
5.2.4	Tiedon ja verkostojen hallinta	156
5.2.5	Yhteenveto.....	164
5.3	Vastuu ja tilivelvollisuus	169
5.3.1	Henkilökunnan ja lähijohtajien vastausten tarkastelua.....	170
5.3.2	Summamuuttujien muodostaminen vastuun ja tilivelvollisuuden osioista	174
5.3.3	Vastuu.....	176
5.3.4	Tilivelvollisuus	181
5.3.5	Yhteenveto.....	188
5.4	Tilivelvollisuuden tyyppien suhde organisaation valtatyypeihin	192
5.5	Yleisiä huomioita	197
6	LOPPUTARKASTELU	201
6.1	Teorian suhde empiriaan	201
6.2	Johtopäätökset	201
6.3	Pohdinta ja jatkotutkimusintressit	215
	SUMMARY.....	219
	LÄHTEET	223
	LIITTEET.....	239

KUVIOT

Kuvio 1.	Julkisen terveydenhuollon lähijohtamisen alue johtamistoiminnan kokonaisuudessa	5
Kuvio 2.	Tutkimusasetelma.....	7
Kuvio 3.	Hallinnon rooli professionaalisessa organisaatiossa ja sen tukiyksikössä	24
Kuvio 4.	Sosiaali- ja terveystieteiden ohjausjärjestelmä (STM 2002a: 15).....	30
Kuvio 5.	Johtaminen koko organisaation ja yksikön kannalta (Mintzberg 1980: 55).....	40
Kuvio 6.	Lähijohtajan toimintapiiri (mukailtu Peace & Reynolds 2003: 138).....	45
Kuvio 7.	Wrongin valtapuu: Vaikutusvallan, vallan ja arvovallan väliset suhteet (Wrong 1988: 24).....	57
Kuvio 8.	Yksilön ja organisaation tavoitteiden yhdistämiskeinoja kuvaava jatkumo (Mintzberg 1983: 161) ja yksilön vastaus vaikutusvaltaan (Handy 1978: 130–131).....	66
Kuvio 9.	Vastuun, auktoriteetin, delegoinnin ja tilivelvollisuuden suhde organisaatiossa (Grohar-Murray & DiCroce 1997: 181).....	77
Kuvio 10.	Vallan käsitteen operationalisointi	92
Kuvio 11.	Tilivelvollisuuden käsitteen operationalisointi.....	94
Kuvio 12.	Vastausprosentteja sairaanhoitopiiriin, vastaajan aseman ja kyselytavan mukaan tarkasteltuna	110
Kuvio 13.	Vastausprosentteja sairaanhoitopiiriin koon, väestönkehityksen ja miljoonapiiriin kuulumisen mukaan sekä vastaajan ammattikunnan ja aseman mukaan jaoteltuna.....	113
Kuvio 14.	Kaikkien vastanneiden keski-ikä sukupuolen ja ammattiryhmän mukaan (v).....	114
Kuvio 15.	Henkilökuntakyselyyn vastanneiden sukupuolijakauma ammattiryhmittäin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoitossa	115
Kuvio 16.	Lähijohtajakyselyyn vastanneiden sukupuolijakauma ammattiryhmittäin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoitossa	116
Kuvio 17.	Kuinka suuri osuus vastaajista arvioi päätösvallan toiminnan johtamisen, henkilöstöhallinnon ja resurssien johtamisen osa-alueilla olevan yksikössä (%)	128
Kuvio 18.	Kuinka suuri osuus henkilökunnasta ja lähijohtajista arvioi päätösvallan resurssien johtamisen alueella olevan yksikössä (%).....	129
Kuvio 19.	Kuinka suuri osuus vastaajista sairaanhoitopiireittäin arvioi päätösvallan henkilöstöhallinnon osa-alueella olevan yksikössä (%).....	130
Kuvio 20.	Kuinka suuri osuus lähijohtajista erikokoisissa yksiköissä arvioi päätösvallan toiminnan johtamisen ja henkilöstöhallinnon osa-alueella olevan yksikössä (%)	131
Kuvio 21.	Kuinka suuri osuus hoitajista ja lääkäreistä arvioi päätösvallan mainituissa asioissa olevan yksikössä (%)	132

Kuvio 22.	Kuinka suuri osuus vastaajista sukupuolen mukaan jaoteltuna arvioi päätösvallan mainituissa asioissa olevan yksikössä (%).....	132
Kuvio 23.	Kuinka suuri osuus vastaajista vastaajan koulutuksen mukaan ryhmiteltynä arvioi päätösvallan mainituissa asioissa olevan yksikössä (%)	133
Kuvio 24.	Henkilökunnan ja lähijohtajien näkemyksiä siitä, missä asioissa lähijohtajalla tulisi olla enemmän päätösvaltaa	135
Kuvio 25.	Henkilökunnan ja lähijohtajien vastausten keskiarvot päätösvallan osatekijöistä.....	138
Kuvio 26.	Päätöksentekoa kuvaavien summamuuttujien keskiarvojen tarkastelua sairaanhoitopiireittäin lähijohtajien ja henkilökunnan ryhmissä	141
Kuvio 27.	Päätöksentekoa kuvaavien summamuuttujien keskiarvojen tarkastelua osastoittain lähijohtajien ja henkilökunnan ryhmissä ..	142
Kuvio 28.	Päätöksentekoa kuvaavien summamuuttujien keskiarvojen tarkastelua ammattikunnittain lähijohtajien ja henkilökunnan ryhmissä	143
Kuvio 29.	Päätöksentekoa kuvaavien summamuuttujien keskiarvot sukupuolen mukaan jaoteltuna lähijohtajien ja henkilökunnan ryhmissä	144
Kuvio 30.	Lähijohtajien ja henkilökunnan arviot lähijohtajan harkinnan käytöstä vastaajien sukupuolen, korkeimman koulutustason ja ammattikunnan mukaan ryhmiteltynä.....	146
Kuvio 31.	Lähijohtajien harkinnan käyttö vastaajan iän, terveydenhuoltoalalla työskentelyajan, johtajakokemuksen ja hallinnollisten tehtävien määrän mukaan jaoteltuna, vastaajina lähijohtajat	147
Kuvio 32.	Henkilökunnan mukaan lähijohtajan tehtäviä määrittelevät asiakirjat	149
Kuvio 33.	Lähijohtajien mukaan lähijohtajan tehtäviä määrittelevät asiakirjat	149
Kuvio 34.	Resurssihin liittyvien muuttujien keskiarvoja henkilökunnan ja lähijohtajien vastauksissa.....	151
Kuvio 35.	Resurssien hallinnan muuttujien keskiarvoja sairaanhoitopiireittäin lähijohtajien ja henkilökunnan aineistossa.....	152
Kuvio 36.	Resurssien hallinnan muuttujien keskiarvoja koulutuksen mukaan ryhmiteltynä lähijohtajien ja henkilökunnan aineistossa	154
Kuvio 37.	Resurssien hallintaan liittyvien muuttujien keskiarvoja lähijohtajien ja henkilökunnan vastaajaryhmissä sukupuolen ja ammattiryhmän mukaan jaoteltuna	155
Kuvio 38.	Tiedon ja verkostojen hallintaa koskevien muuttujien keskiarvoja henkilökunnan ja lähijohtajien ryhmissä.....	158
Kuvio 39.	Tiedon ja verkostojen hallintaa koskevien muuttujien keskiarvoja sukupuolen ja ammattikunnan mukaan jaoteltuna lähijohtajien ja henkilökunnan ryhmissä.	159
Kuvio 40.	Tiedon ja verkostojen hallintaa koskevien muuttujien keskiarvoja sairaanhoitopiireittäin lähijohtajien ja henkilökunnan ryhmissä ...	161

Kuvio 41.	Tiedon ja verkostojen hallintaa koskevien muuttujien keskiarvoja osastoittain lähijohtajien ja henkilökunnan ryhmissä.....	163
Kuvio 42.	Lähijohtajan vallan osatekijöiden tarkastelu summamuuttujien keskiarvojen avulla henkilökunnan ja lähijohtajien aineistossa....	164
Kuvio 43.	Henkilökunnan ja lähijohtajien arviot lähijohtajan vastuunotosta vastuun eri osa-alueilla, vastausten keskiarvot.....	178
Kuvio 44.	Vastuun summamuuttujien keskiarvojen tarkastelua sairaanhoitopiireittäin lähijohtajien ja henkilökunnan aineistoissa	179
Kuvio 45.	Vastuun summamuuttujien keskiarvoja ammattikunnan ja sukupuolen mukaan jaoteltuna lähijohtajien ja henkilökunnan aineistoissa.....	180
Kuvio 46.	Tilivelvollisuuden summamuuttujien arvoja henkilökunnan ja lähijohtajien aineistossa, vastausten keskiarvot.	181
Kuvio 47.	Poliittinen ja oikeudellinen tilivelvollisuus ikäryhmittäin lähijohtajien ja henkilökunnan aineistoissa	184
Kuvio 48.	Tilivelvollisuuden alueen summamuuttujien arvoja sairaanhoitopiireittäin lähijohtajien ja henkilökunnan aineistoissa	185
Kuvio 49.	Byrokraattisen, ammatillisen ja toiminnan johtamisen tilivelvollisuuden keskiarvoja sukupuolen ja ammattikunnan mukaan jaoteltuna lähijohtajien ja henkilökunnan aineistoissa.....	186
Kuvio 50.	Poliittisen ja oikeudellisen tilivelvollisuuden keskiarvoja sukupuolen ja ammattikunnan mukaan jaoteltuna lähijohtajien ja henkilökunnan aineistoissa.....	186
Kuvio 51.	Tilivelvollisuuden keskiarvoja lähijohtajan hallinnollisten tehtävien määrän mukaan jaoteltuna, vastaajina lähijohtajat	187
Kuvio 52.	Lähijohtajan tärkeimmät tilivelvollisuuden kohteet henkilökunnan lähijohtajien ja henkilökunnan arvioimana (kuinka monta % vastaajista asetti tahon tärkeimmäksi)	188
Kuvio 53.	Lähijohtajan vastuun ja tilivelvollisuuden tarkastelu summamuuttujien keskiarvojen avulla henkilökunnan ja lähijohtajien aineistoissa.....	189
Kuvio 54.	Valta- ja tilivelvollisuustyyppien korrelaatiotarkastelussa käytetyt summamuuttujat	193
Kuvio 55.	Valtaa kuvaavien summamuuttujien suhde vastuun summamuuttujiin henkilökunnan aineistossa.....	194
Kuvio 56.	Valtaa kuvaavien summamuuttujien suhde tilivelvollisuuden summamuuttujiin henkilökunnan aineistossa.....	194
Kuvio 57.	Valtaa kuvaavien summamuuttujien suhde vastuun summamuuttujiin lähijohtajien aineistossa.....	195
Kuvio 58.	Valtaa kuvaavien summamuuttujien suhde tilivelvollisuuden summamuuttujiin lähijohtajien aineistossa.....	195
Kuvio 59.	Terveystuollon organisaatioiden valtatyyppien suhde vastuun ja tilivelvollisuuden tyyppisiin	196

TAULUKOT

Taulukko 1.	Byrokratian, managerialismin ja professionalismin ideaalityypit (mukailtu Flynn 1999: 25).....	37
Taulukko 2.	Johtajuusmallit, niiden sijainti organisaatiossa ja niiden taitovaatimukset (mukailtu Katz & Kahn 1978: 539).....	41
Taulukko 3.	Vallan tyypit vallan lähteiden kautta tarkasteltuna	74
Taulukko 4.	Tilivelvollisuusjärjestelmät (Romzek & Dubnick 1987: 229; Romzek & Ingraham 2000: 242).....	79
Taulukko 5.	Yhteen veto tilivelvollisuuden tyypeistä (Koppell 2005: 96–99; Romzek & Dubnick 1987: 230; Romzek & Ingraham 2000: 242).....	89
Taulukko 6.	Organisaation valtatyyppien kriteerit empirian tarkastelussa	93
Taulukko 7.	Tutkimuksessa mukana olleet sairaanhoitopiirit ja terveystieteiden määrä sairaanhoitopiireittäin	95
Taulukko 8.	Vastausten jakautuminen osastoittain	111
Taulukko 9.	Vastausprosentit ammattikunnan ja aseman mukaan.....	112
Taulukko 10.	Vastanneiden keski-ikä ja lukumäärät (suluissa) osastoittain ...	114
Taulukko 11.	Henkilökuntakyselyyn ja lähijohtajakyselyyn vastanneiden ammattikoulutus korkeimman ilmoitetun koulutuksen mukaan (%).....	117
Taulukko 12.	Vastaajien työskentelyaika terveydenhuoltoalalla osaston ja koulutustason mukaan vuosissa (n).....	118
Taulukko 13.	Yleisimmät ammatti-/virkanimikkeet henkilökunta- ja lähijohtajakyselyssä koulutustason mukaan, % (n).....	119
Taulukko 14.	Lähijohtajan työskentelyaika johtotehtävissä osaston ja ammattiryhmän mukaan jaoteltuna, vuotta (n).....	119
Taulukko 15.	Hallinnollisten tehtävien osuus lähijohtajan työajasta osaston ja ammattiryhmän mukaan jaoteltuna, % (n)	120
Taulukko 16.	Yksikköä koskevien päätettävien asioiden ryhmittely	121
Taulukko 17.	Henkilökunnan näkemys siitä, kuka viime kädessä päättää yksikköä koskevista asioista (%).....	123
Taulukko 18.	Lähijohtajien näkemys siitä, kuka viime kädessä päättää yksikköä koskevista asioista (%).....	124
Taulukko 19.	Henkilökunnan ja lähijohtajien käsitys lähijohtajan päätösvallan riittävydestä (%)	134
Taulukko 20.	Vaikutusvallan syntyyn vaikuttavien tekijöiden pääkomponenttiratkaisu.....	136
Taulukko 21.	Vaikutusvallan syntyyn vaikuttavien tekijöiden pääkomponenttianalyysin rotatoitu matriisi	137
Taulukko 22.	Kysymyksen 16 pääkomponenttiratkaisu.....	139
Taulukko 23.	Kysymyksen 16 rotatoitu matriisi	140
Taulukko 24.	Tehtävien kirjallinen määrittely	148
Taulukko 25.	Resursseja koskevan osion pääkomponenttiratkaisu.....	150
Taulukko 26.	Resursseja koskevan osion rotatoitu matriisi	150
Taulukko 27.	Tiedon ja verkostojen hallintaa koskevan osion pääkomponenttiratkaisu.....	156

Taulukko 28.	Tiedon ja verkostojen hallintaa koskevan osion rotatoitu matriisi	157
Taulukko 29.	Vastuuta koskevan osion pääkomponenttiratkaisu henkilökunnan ja lähijohtajien aineistossa	171
Taulukko 30.	Vastuuta koskevan osion rotatoitu matriisi henkilökunnan ja lähijohtajien aineistoissa	172
Taulukko 31.	Vastuuta koskevien pääkomponenttiratkaisujen vertailua henkilökunnan ja lähijohtajien aineistossa	173
Taulukko 32.	Tilivelvollisuutta koskevan osion pääkomponenttiratkaisu henkilökunnan aineistossa	173
Taulukko 33.	Tilivelvollisuutta koskevien pääkomponenttiratkaisujen vertailua henkilökunnan ja lähijohtajien aineistossa	174
Taulukko 34.	Vastuuta koskevan osion pääkomponenttiratkaisu	175
Taulukko 35.	Tilivelvollisuutta koskevan osion pääkomponenttiratkaisu.....	175
Taulukko 36.	Tilivelvollisuutta koskevan osion rotatoitu matriisi	176
Taulukko 37.	Terveysthuollon organisaatioiden tyypillisten rakenteiden yhtymäkohdat vallan tyyppisiin.....	202
Taulukko 38.	Terveysthuollon organisaatioiden tyypillisten rakenteiden yhtymäkohdat tilivelvollisuuden tyyppisiin	204
Taulukko 39.	Terveysthuollon yksiköiden valtatyytit vallan lähteiden kautta tarkasteltuna kyselyaineiston perusteella	207
Taulukko 40.	Valtatyyppien esiintymiseen yhteydessä olevat tekijät terveysthuollon organisaatioissa.....	208
Taulukko 41.	Vastuun ottamisen määrään yhteydessä olevat tekijät terveysthuollon organisaatioissa vastuun eri osa-alueilla.....	211
Taulukko 42.	Tilivelvollisuustyyppien esiintymiseen yhteydessä olevat tekijät terveysthuollon organisaatioissa	212
Taulukko 43.	Nollahypoteesien toteutuminen empiirisen aineiston perusteella	215

1 VALTA, TILIVELVOLLISUUS JA JULKISEN TERVEYDENHUOLLON YKSIKÖIDEN JOHTAMINEN TUTKIMUKSEN KOHTEENA

1.1 Tutkimuksen taustaa

Suomessa terveydenhuollon palvelujen järjestäminen kuuluu ensisijaisesti kuntien vastuulle. Valtion rooliin kuuluu terveystalouden ohjaus ja terveydenhuollon yleisistä toimintaedellytyksistä huolehtiminen. Kunta-valtiosuhteessa tapahtui merkittävä muutos 1990-luvun alkupuolella valtionosuusuudistuksen yhteydessä. Uudistuksella vahvistettiin kuntien itsenäistä asemaa. (STM 2002a: 3, Möttönen & Niemelä 2005: 37.)

Terveydenhuollossa valtionosuusuudistus yhdessä laman kanssa sai aikaan säästöpaineita, jotka jäivät laman väistyttyä pysyviksi. Terveydenhuolto joutuu kamppailemaan niukentuvien resurssien ja lisääntyvän palvelujen kysynnän kanssa. Palvelujen tarpeen lisääntyminen johtuu sekä väestön ikääntymisestä että uuden teknologian ja hoitomuotojen kehityksestä. (Metsämuuronen 1998: 8; Kangas 1999: 95; Pekurinen 2007: 15). Sosiaali- ja terveydenhuolto muodostavat yhdessä kuntien laajimman toimialan, ja sen kehityksellä on keskeinen ja kasvava merkitys kuntien talouteen (STM & Kuntaliitto 2007: 2). Yksin terveydenhuollon kulut kunnissa ovat lisääntyneet 50 % vuodesta 1997 (Repo 2007).

Vaikka suomalainen terveydenhuolto on kansainvälisessä vertailussa tehokas (Pekurinen 2007: 11), niukkuus asettaa paineita koko terveydenhuollon hallintojärjestelmälle ja johtamiselle (Wickström, Laine, Pentti, Elovainio & Lindström 2000: 70). Terveydenhuolto on toimintaympäristönä erityinen useasta syystä. Terveydenhuollon toiminta on tarkasti laeissa säädelty. Yhteiskunnalliset muutokset näkyvät terveydenhuoltosektorilla varsin nopeasti esimerkiksi palveluiden käyttäjien tarpeiden muuttumisena (Pelttari 1999: 184). Toiminnassa on otettava huomioon sekä hyvän hallinnon periaatteet¹ että terveydenhuollon toiminnan omat vaatimukset, kuten luottamuksellisuus, eettisyys ja intymiteetti.

Yksilön tasolla terveydenhuollon asiakkaiden tarpeet ja ongelmat ovat muuttuneet ja ovat edelleen muuttumassa. Perinteiset käsitykset elämästä, siinä esiintyvistä ongelmista ja ongelmien oikeista ratkaisuista, eivät päde elämänmuodon muuttu-

¹ Tasapuolisuus, laillisuus, puolueettomuus, asiantuntijuus, palveluperiaate ja tuloksellisuus sekä neuvontavollisuus, asiallisen kielenkäytön vaatimus ja yhteistyö (HL 2).

essa (Rauste-von Wright & von Wright 1994: 168). Kansalaisten odotukset ja arvot ovat muuttuneet individualismia, tiedonsaantia ja itsemääräämisoikeutta korostaviksi². Kansalaiset haluavat maksamilleen verorahoille vastinetta. Eri kansalaisryhmät ovat kuitenkin erilaisessa asemassa sekä terveydentilansa että terveyspalveluiden käytön suhteen (Kangas 1999: 95; STM 2006: 7; Pekurinen 2007: 11). Tilanteelle on lisäksi ominaista terveyden ja toimintakyvyn edellytysten määräytyminen suurelta osin sosiaali- ja terveydenhuollon vaikutuspiirin ulkopuolelta. (Lehto 2001: 22.)

Terveydenhuollon organisaatioiden perinteinen organisaatorakenne on byrokraatia, jossa lääkärikunta muodostaa oman asiantuntijaorganisaationsa. Johtaminen on erityisesti hoitajien kohdalla ollut autoritaarista ja lääkäreiden kohdalla asiantuntijaorganisaation johtamista. Tulosjohtaminen on aiheuttanut sosiaali- ja terveydenhuollossa tehtävien ja osittain myös taloudellisen vallan delegointia hierarkiassa alaspäin (Strömmer 1999: 113). Muutos koskee koko julkista hallintoa, jossa pyrkimyksenä on ollut vallan ja vastuun antaminen etulinjaan asioissa, joissa hallinto kohtaa kansalaisen (Valtioneuvoston kanslian asiantuntijaryhmä 1995: 5). Erityisesti lähijohtajien tehtäväkenttä on laajentunut ja toimintaympäristö muuttunut. Lähijohtajien tehtävät ovat monipuolistuneet ja tulleet vaativammiksi. Toiminnassa painottuvat entistä enemmän tuloksen ja kehityksen aikaansaaminen sekä henkilökunnan jaksamisen ja oppimisen turvaaminen. (Mettiäinen, Laakso & Raatikainen 2003: 69.)

Terveydenhoitotyö on vaarassa menettää, ja on jo osittain menettänytkin, houkuttelevuutensa. Terveydenhuollon viimeaikaiset työolotutkimusten tulokset eivät innosta hakeutumaan alalle, jossa työntekijät uupuvat raskaan työtaakan alle. Työyhteisöjen tilanne ei kuitenkaan ole yksiselitteinen. Laadukkaat työyksiköt ovat tuloksellisia ja toimintakykyisiä, kun taas sosiaalisesti kriisiytyneissä työyhteisöissä on keskimääräistä matalampi työelämän laatu ja tuloksellisuus. Yksi merkittävä tekijä menestymisen tai kriisiytymisen takana on, miten työyhteisöä johdetaan. (Nakari & Valtee 1995: 35–38.)

Osa hoitajista jättää työpaikkansa, koska lähijohtamisessa on vakavia puutteita. Työntekijät eivät sitoudu työhönsä, koska esimies ei ole pystynyt luomaan yhteisymmärryksen, kunnioituksen ja avoimen kommunikaation ilmapiiriä. Onnistunut lähijohtaminen lisää organisaation tuloksellista toimintaa, mutta esimies voi myös olla kehityksen jarru. Olennaista on lähijohtajan aseman vähäinen arvostus ja sen

² Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) tuli voimaan vuonna 1993. Laki antaa potilaalle oikeuden valita hoitonsa ja osallistua oman hoitosuunnitelmansa laadintaan.

myötä vähäinen rooli. (Baker 2000: 48–51; Pahkala S., Bragge, Laippala & K. Pahkala 2000: 275; Solovy 2002: 32.) Lähijohtajan merkitys on työntekijän kannalta suurempi kuin organisaation yleisen toimintapolitiikan tai menettelytapojen. Jos yhteistyö lähijohtajan kanssa ei suju, sitä on lähes mahdotonta korjata muilla organisaation toimenpiteillä. Työntekijät tulevat organisaatioon töihin, mutta irtisanoutuessa vastapuoli on johtaja, ei organisaatio. (Friedrich 2001: 26–28.)

Vuosina 1990–2000 terveydenhuollon henkilöstön määrä väheni kokonaisuudessaan 3 %. Vuosituhannen vaihteen jälkeen henkilöstön määrä on lähtenyt nousuun. (Stakes 2001; Stakes 2002; Stakes 2003.) Suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle odotettavissa on kuitenkin työvoimapula, ja on entistä tärkeämpää saada nykyiset työntekijät pysymään työpaikoillaan ja houkutella uutta työvoimaa alalle.

Terveydenhuollon johtaminen on ollut Suomessa kritiikin kohteena jo pitkään. Kritiikki on kohdistunut hallinnon moniportaisuuteen ja jäykkyyteen, tavoitteiden epäselvyyteen, talousarvioiden ylityksiin, asiakaspalvelun pulmiin, ammattikuntien välisiin kiistoihin sekä yhteistyön ongelmiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken. Terveydenhuoltoa arvostellaan johtajuuden puutteesta tai ammattitaidottomasta esimiestyöstä. (Simoila 1999: 9.)

Vaikka ympäröivässä yhteiskunnassa on tapahtunut merkittäviä muutoksia, terveydenhuollon johtamisessa ei ole juurikaan tapahtunut uudistumista. Vaikka uusia johtamismalleja on tuotu muilta aloilta, vanhat toimintamallit ovat säilyneet lähes muuttumattomina. Tuloksena on ollut päällekkäisyyttä ja epäselvyyksiä ulkoisen paineen kasvaessa. Palvelujärjestelmän muuttuessa myös johtamisen pitäisi uudistua. (Kinnunen & Vuori 1999: 50–51.) Tulos- ja laatujohtaminen eivät ole muuttaneet organisaatioissa toimivien ihmisten ajattelu- tai toimintatapoja, vaan hierarkian joka portaalla toimii ihmisiä, jotka haluavat noudattaa rutiiniluonteisia tapojaan (Välimäki 1998: 30; Eriksson-Piela 2003: 186). Terveydenhuollon johtajien toiminta perustuu usein traditioon, jota toistetaan automaattisesti ilman harkintaa. Osittain muuttumattomuus johtuu työyhteisöjen kyvyttömyydestä irtaantua rutiineista. Ne käyttävät suhteettomasti voimavaroja pyrkiessään pitämään tavanomaisia toimintatapoja yllä, eikä näin innovatiiviselle johtamiselle jää tilaa. (Kangas 1999: 101.)

Johtaminen terveydenhuollon laajentamisen aikana on varsin erilaista kuin supistamisen aikana. Monet nykyisistä ja tulevista ongelmista on pystyttävä selvittämään ilman resurssilisäyksiä. (Simoila 1999: 14.) Eryteisesti lama-ajan aiheuttamat supistamistarpeet ja uudenlainen taloudellisiin arvoihin nojaava ajatusmaailma ovat tuoneet esiin terveydenhuollon johtajien johtamisvälineiden puutteellisuuden. Muuttuneessa tilanteessa uudenlaisten johtamistaitojen puuttuessa johta-

jat ovat astuneet askeleen taaksepäin ja palanneet vanhoihin käytäntöihin. Johtaminen on muuttunut vähemmän yhteistyökykyiseksi, ja käyttöön on otettu käskytyt ja vallan käyttö. Työntekijät ovat kokeneet johtamisen byrokraattiseksi, ja erityisesti lähijohtajiin kohdistetaan suuria odotuksia, koska heille on siirtynyt runsaasti päätösvaltaa. (Suonsivu 2003: 225–226, 229, 231–232.)

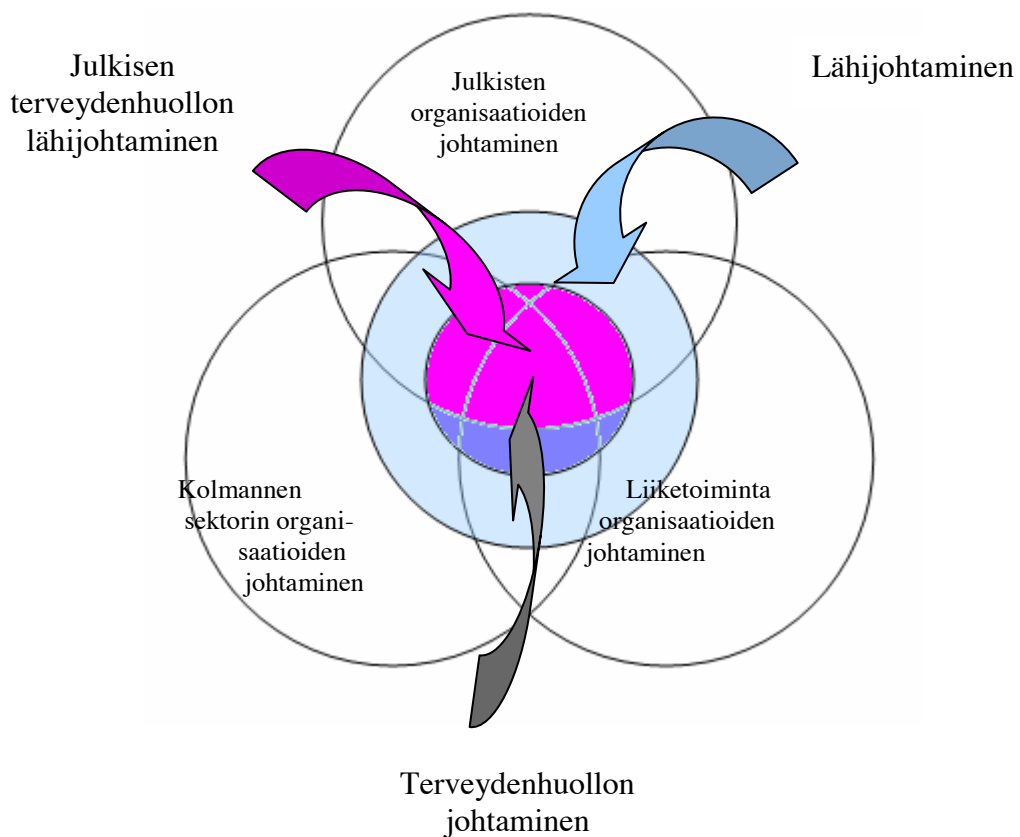
Terveysthuollon johtamisen ongelmat eivät kuitenkaan johdu yksin resurssien niukkuudesta (Simoila 1999: 10). Tulevaisuudessa johtamisen sisältöala laajenee entisestään ja myös johtajien työnjako tulee tarkastelun alle. Terveysthuollon johdon asema, päätöksentekomahdollisuudet ja toimivalta kaipaavat selkiyttämistä (Merasto 1997: 26). Muutoksen aikaansaaminen edellyttää lisää tieteellistä tutkimusta terveysthuollon johtamisesta. Näin voidaan kehittää terveysthuollon johtamiseen uusia, muilla toimintasektoreilla kehitetyistä malleista poikkeavia malleja. (Kinnunen & Vuori 1999: 50–51.)

Lähijohtajan asema palvelutuotannossa palvelun antajan ja vastaanottajan rajapinnassa on haasteellinen. Lähijohtaja joutuu tasapainoilemaan potilaiden/asiakkaiden, henkilökunnan ja organisaatiosta ylhäältä tulevien paineiden välillä. Lähiesimiehen toiminta vaikuttaa keskeisesti alaisensa yksikön toimintaan tarjotun palvelun laadun ja henkilökunnan työhyvinvoinnin kautta (Nakari 2003: 190). Lähijohtamisen tutkiminen on aiheellista, koska lähiesimiehet osallistuvat olennaisesti organisaation muutosten implementointiin, mutta ovat myös itse muutoksen kohteina (Tienari, Quack & Theopald 1998: 5).

Näkökulmana valta ja tilivelvollisuus pureutuvat lähiesimiehen aseman ongelmaksiin. Terveysthuollossa toimivien lähijohtajien vaikutus on laaja. Heidän toimintansa vaikuttaa siihen, kuinka hyvin tai huonosti työyksiköt toimivat (Jankola 1989). Lähijohtajat ovat vastuussa toiminnan ja palvelun lopullisesta muodosta (Scahrtau 1997: 12). Heillä on rajoitettu auktoriteetti, ja heihin kohdistetaan epäyhtenäisiä vaatimuksia. Kuitenkin heillä on täysi vastuu toiminnan sujumisesta. (Drakenberg 1997a: 8.) Johtajan valta riippuu organisaation rakenteesta ja on organisaatiokulttuurin muovaamaa (Henderson & Atkinson 2003: 103). Työntekijöiden työssä jaksamiseen vaikuttaa merkittävästi esimieheltä saatu arvostus, tunnustus ja sosiaalinen tuki, mutta myös esimies itse odottaa tukea ja arvostusta sekä työntekijöiltä että omilta esimiehiltään (Silvennoinen 2002: 1295).

1.2 Tutkimuksen tavoitteet, rajaukset ja kysymyksenasettelu

Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella terveydenhuollon julkisten organisaatioiden valta- ja tilivelvollisuuskysymyksiä yksiköiden johtamistoiminnan kautta. Tutkimus on luonteeltaan perustutkimusta, jolla ei ole suoraan käytännön terveydenhuollon toimintaan liittyviä tavoitteita. Tutkimuksen lähtökohtana on, että kaikessa johtamistoiminnassa on yhteisiä elementtejä, mutta myös kontekstille ominaisia piirteitä (ks. kuvio 1). Julkisten, liiketoiminta- ja kolmannen sektorin organisaatioiden johtamisessa on kaikelle johtamistoiminnalle yhteisen lisäksi omat erityispiirteensä. Kaikilla sektoreilla toimii lähijohtajia, ja terveydenhuolto toimii kaikkien kolmen sektorin alueella.



Kuvio 1. Julkisen terveydenhuollon lähijohtamisen alue johtamistoiminnan kokonaisuudessa³

³ Huom! Sektoreiden koko ei edusta niiden volyyymiä.

Terveydenhuolto-organisaatioiden johtamista, ja tarkemmin lähijohtamista, lähes­tytään alalle tyypillisten organisaatorakenteiden kautta, koska rakenteet luovat pohjan johtamistoiminnalle (ks. esim. Nikkilä 1992: 60). Terveydenhuollon orga­nisaatioissa vaikuttavat rinnakkain perinteinen byrokraattisen organisaatoraken­teen luoma autoritatiivinen johtaminen ja hierarkia, professionaalisen organisaati­on asiantuntijoiden johtaminen ja managerialismin myötä tulosjohtaminen. Ter­veydenhuollon lähijohtaminen määräytyy sekä alalle tyypillisistä johtamisen piir­teistä että lähijohtamisen omista piirteistä käsin.

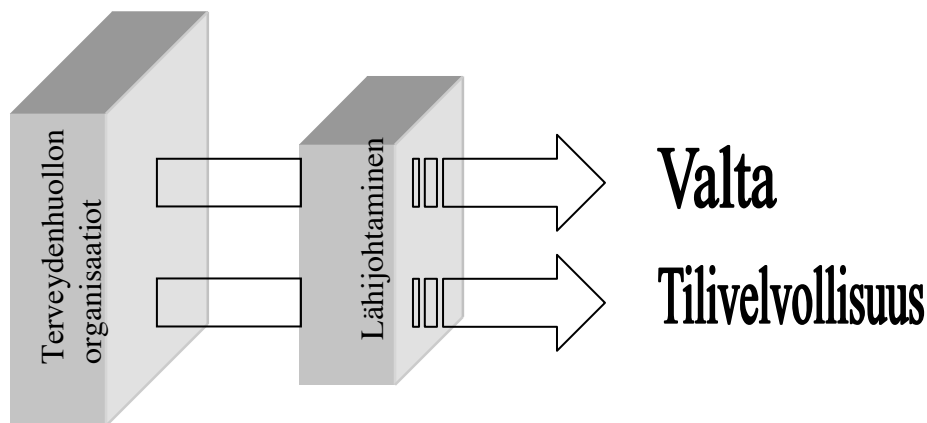
Organisaatiossa valta on kykyä vaikuttaa organisaation tulokseen (Mintzberg 1983: 4). Olennaista on vallan lähde ja käytetyt vaikutusvallan menetelmät. Val­lankäytön seurauksena sen kohteet valitsevat tapansa sopeutua vallankäyttöön ja heille muodostuu asenne organisaation vallankäyttöä kohtaan. Sopeuttaakseen jäsenensä vallankäyttöön organisaatio käyttää erilaisia sosialisatiomenetelmiä. Organisaation sisäisen valtajärjestelmän kohdatessa ulkoapäin tulevat vaikutteet muodostuu organisaation valtatyyppi. Valtatyyppiä voidaan tarkastella organi­saation kokonaisuudessa tai, kuten tässä tutkimuksessa, yksiköiden johtamistoiminnan kautta.

Tilivelvollisuus ja vastuu ovat vallan luonnollisia seurauksia. Tilivelvollisuus (*accountability*) tarkoittaa ulkoista ulottuvuutta, tilille vaatimista ja perusteluel­vollisuutta. Vastuu (*responsibility*) ilmaisee sisäistä ulottuvuutta, henkilökohtaista syyllisyyttä, moraalia ja ammatillista etiikkaa.

Terveydenhuolto on yksi hyvinvoinnin osa-alue. Yleiskäsitteenä se tarkoittaa ko­ko väestölle saatavilla olevia sairaanhoidollisia ja sairauksia ehkäiseviä palveluja. (Lehto, Kananoja, Kokko & Taipale 2003: 31, 35.) Tutkimuksen alue rajautuu julkisen ja erityisesti kunnallisen terveydenhuollon alueelle, koska pääosa Suo­men terveydenhuollon järjestämisestä on annettu kuntien tehtäväksi. Julkisista organisaatioista vain pieni osa on valtion hallinnoimia, eikä niitä ole tarkastelussa mukana, joskin niiden todellisuus tuskin poikkeaa suuresti muusta julkisesta ter­veydenhuollosta.

Terveydenhuollon yksiköt tarkoittavat tässä tutkimuksessa sekä erikoissairaan­hoidon että perusterveydenhuollon yksiköitä. Lähijohtaminen tarkoittaa tässä tut­kimuksessa johtamistoimintaa yksiköissä eli sitä johtamisen tasoa, jossa ollaan lähimpänä työntekijää. Käytännössä tämä tarkoittaa terveydenhuollossa osaston­lääkärinä (myös apulaisylilääkäri tai osatoiminnasta vastaava lääkäri) ja osaston­hoitajaa. Perusterveydenhuollossa lääkäreiden osalta osastonlääkäri-nimike on harvinainen ja näin ollen lähijohtajalääkäri on oman tulosalueensa vastuuhenkilö. Pienissä terveyskeskuksissa varsinaisia lähijohtajalääkäreitä ei ole ollenkaan. Tutkimuksen asetelma on hahmoteltu kuviossa 2.

Käsillä oleva tutkimus edustaa kriittistä realismia, jonka mukaan teoriat ovat parhaimmillaankin likimääräisiä. Olennaista on kuitenkin, että tutkittava todellisuuden osa on olemassa riippumatta tutkijan uskomuksista. Tutkimuksen tiedonkeruumenetelmä on kysely. Vallan ja tilivelvollisuuden tarkastelu perustuu kvantitatiivisen aineiston analyysiin tilastollisin menetelmin. Tavoitteena ei ole ainoastaan peittävän lain malli, vaan muuttujien välisen yhteyden löytäminen. (Raatikainen 2004: 72, 83. 121.) Tutkimuksen tiedonkäsitys ja tutkimusote sopivat teorian testaamiseen empiirisen aineiston avulla.



Kuvio 2. Tutkimusasetelma

Vallan tutkimuksessa on kolme näkökulmaa: rakenteellinen, yksilöllinen ja ihmisten välinen (Thylefors 1992: 36). Valta voidaan arvioida määräävien tekijöidensä kautta. Tällöin tutkitaan mikä aikaansaa valtaa. Toinen tapa on arvioida valtaa sen seurausten kautta. Tilanteiden tunnistaminen ja sen erottaminen, kuka niistä hyötyy, auttaa näkemään valtarakenteita. (Pfeffer 1981: 44, 48–49.) Valtaa voidaan arvioida myös sen symbolien kautta. Vaikka vallan seuraukset organisaatiossa kätkettäisiinkin, vallan jakautuminen halutaan näkyväksi titteleillä ja erityiseduilla (parkkipaikat, ruokailutilat, auto, toimisto). Symboleja käytetään erityisesti erottamaan vertikaaliset tasot. Symbolit ratifioivat valta-aseman ja antavat lisää valtaa. (Pfeffer 1981: 50.)

Valtaa voidaan tutkia myös maineensa perusteella kysymällä suoraan organisaation jäseniltä. Tällöin kuitenkin oletetaan, että organisaation jäsenet ovat tietoisia vallasta, ovat halukkaita ilmaisemaan sen ja että kysely itsessään ei luo valtaa organisaatiossa. Valtaa voidaan arvioida myös edustuksellisten indikaattorien kautta. Edustuksellisuus tarkoittaa organisaation jäsenten roolia eri elimissä, jois-

sa heillä on mahdollisuus kontrolloida tietoa, resursseja tai muuta päätöksentekoa. (Pfeffer 1981: 54–55, 57.)

Tässä tutkimuksessa liikutaan rakenteellisen näkökulman alueella. Vallan rakenteita tutkitaan kysymällä organisaation jäseniltä. Vallan ilmenemistä ei kuitenkaan kysytä suoraan vaan sen määräävien tekijöiden ja seurausten kautta. Vallan ja tilivelvollisuuden aspekteja tarkastellaan lähijohtajien ja henkilökunnan kokemuksina ja havaitsemina. Perusteluna vallan tutkimiseen rakenteen kautta on vallan näkeminen ensisijaisesti rakenteellisena ominaisuutena (ks. esim. Pfeffer 1981: 3).

Tilivelvollisuuden tyyppejä voidaan tutkia selvittämällä missä määrin tilivelvollisuutta koetaan olevan eri tahoille. Vastuun tuntemista tai ottamista puolestaan voidaan selvittää kysymällä missä määrin henkilö kokee olevansa vastuussa mainituista asioista.

Tutkimuksen pääkysymykset ovat:

1. *Mitä valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollossa tarkoittavat?*
2. *Minkälaisia terveydenhuollon organisaatiot ovat valta- ja tilivelvollisuustyyppiltään lähijohtamisen kautta tarkasteltuna?*

Toinen pääkysymys tarkentuu seuraaviin alakysymyksiin:

- a) *Mitä valtatyyppiä terveydenhuollon yksiköt edustavat, ja mitkä tekijät ovat yhteydessä valtatyyppien esiintymiseen?*
- b) *Mitä tilivelvollisuuden tyyppiä terveydenhuollon organisaatiot edustavat, ja mitkä tekijät ovat yhteydessä vastuun ottamisen alueiden esiintymiseen ja tilivelvollisuuden tyyppien esiintymiseen terveydenhuollon yksiköissä?*
- c) *Ovatko terveydenhuollon organisaatioiden valtatyyppit yhteydessä vastuun alueisiin ja tilivelvollisuuden tyyppeihin?*

Tutkimuksen ensimmäinen pääkysymys on luonteeltaan teoreettinen ja vastaus siihen saadaan teoria-aineistosta pääluvussa 2. Tutkimuksen toiseen pääkysymykseen alakysymyksineen vastataan empiirisen aineiston avulla muodostaen hypoteeseja. Ensimmäiseen alakysymykseen vastataan luvussa 5.2, toiseen alakysymykseen luvussa 5.3 ja kolmanteen alakysymykseen luvussa 5.4.

1.3 Tutkimuksen aineistot ja metodi

Aineistot

Terveydenhuollon organisaatioita ja johtamista on tarkasteltu organisaatioteoreettisen ja johtamiskirjallisuuden sekä alan tutkimuksen avulla. Vallan ja tilivelvollisuuden käsitteistöä on tutkittu pääasiassa organisaatioihin liittyen, mutta sivuten myös muuta alueen kirjallisuutta ja tutkimusta. Teoreettisen tiedon kokoamisessa on pyritty löytämään erityisesti yhteyksiä terveydenhuollon alueeseen.

Tutkimuksen empiirinen aineisto kerättiin survey-kyselyn avulla loka-marraskuussa 2005. Tutkimus toteutettiin kymmenen sairaanhoitopiirin alueella sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Sairaanhoitopiirit valittiin edustamaan mahdollisimman kattavasti koko maata. Valintaperusteina oli sairaanhoitopiirin koko (väestöpohja), väestömäärän kehitys ja sairaanhoitopiirin sijainti.

Kyselyyn vastasi kaksi ryhmää: terveydenhuollon yksiköiden henkilökunta ja lähijohtajat. Lähijohtajille tarkoitettu kysely lähetettiin kaikille tutkimusalueen lähijohtajille, ja henkilökunnan kysely lähetettiin erikoissairaanhoidossa otokselle (25) kolmen suurimman erikoisalalan, sisätaudit, kirurgia ja psykiatria, hoitajista ja kaikille kyseisten erikoisalojen ei-esimiesasemassa oleville lääkäreille. Perusterveydenhuollossa henkilökunnan kysely lähetettiin valittujen terveystieteiden avoterveydenhuollon ja vuodeosaston henkilökunnalle sekä kaikille näiden terveystieteiden ei-esimiesasemassa oleville lääkäreille. Vastauksia oli yhteensä 1197 ja vastausprosentti 38.

Menetelmät

Kyseessä on poikkileikkaustutkimus, joka toteutettiin lomake- ja nettikyselynä. Tutkimuksen tarkoituksena oli testata teoreettisen konstruktion esiintymistä terveydenhuollon organisaatioissa ja löytää vallan ja tilivelvollisuuden suhteen erityyppisiin organisaatioihin yhteydessä olevia tekijöitä taustamuuttujien avulla.

Aineiston keräämisen ja käsittelyn ote on kvantitatiivinen. Empiirinen aineisto käsiteltiin tilasto-ohjelman avulla tilastollisilla menetelmillä. Aineistosta muodostettiin summamuuttujia pääkomponenttianalyysin avulla. Summamuuttujien arvoja tarkasteltiin taustamuuttujien ryhmissä käyttäen yksisuuntaisen varianssianalyysin nonparametrista vaihtoehtoa, Kruskal Wallis -testiä. Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin lisäksi korrelaation ja osittaiskorrelaation avulla. Lisäksi käytettiin luokiteltujen muuttujien ristiintaulukointien merkitsevyyden testaamiseen χ^2 -testiä ja kolmannen muuttujan vakioimista taulukkoelaboraation avulla.

Vaikka aineisto oli laaja, monimuuttujamenetelmien käytön esteeksi muodostui, että normaalijakaumaoletus ei täyttynyt.

Tutkimusraportin rakenne

Tutkimuksessa käsitellään aluksi julkisen terveydenhuollon kontekstia julkisen toiminnan luonteen ja terveydenhuollon organisaatioiden ja niiden johtamisen historian kautta. Seuraavaksi käydään läpi terveydenhuollon organisaatioissa tyypillisimminkin esiintyvät organisaatiomallit byrokratia, professionaalinen organisaatio ja tulosorganisaatio sekä niissä tapahtuva johtamistoiminta. Pääluvun kaksi viimeinen osa käsittelee lähijohtamista, sen erityispiirteitä ja lähijohtamista erityisesti terveydenhuollossa.

Luvussa kolme pureudutaan organisaation vallan lähteisiin, valtajärjestelmiin ja organisaatioiden valtatyyppeihin. Toinen keskeinen aihe on tilivelvollisuus, sen dimensiot ja organisaatioiden tilivelvollisuustyypit. Luvussa neljä kuvataan tutkimuksen empiirinen asetelma ja luvussa viisi tutkimustulokset. Viimeinen pää-luku sisältää keskeiset tutkimustulokset ja niiden avulla tehdyt johtopäätökset.

2 LÄHIJOHTAMINEN JULKISESSA TERVEYDENHUOLLOSSA

2.1 Julkinen terveydenhuolto toimintaympäristönä

Julkisella hallinnolla tarkoitetaan kunnallista, valtiollista tai yleensä yhteiskunnallista toimintaa. Julkisen hallinnon periaatteita ovat kansanvaltaisuus (legitimiteetti), laillisuus, oikeusturva ja yhdenvertaisuus. Julkinen johtaminen saa erityispiirteensä siitä ympäristöstä, jossa johtaminen tapahtuu. (Salminen 1998: 15.) Se eroaa muusta johtamisesta siinä, että sen peruslähtökohtana on julkisen palvelutuotannon näkeminen ensisijaisena. Tavoitteena ei ole tuotto vaan palvelu (Harmon & Mayer 1986: 23). Toimintaa ohjaavat julkisen palvelun eettiset säännöt. (Waine & Henderson 2003: 51.) Lisäksi julkisen palvelun tulee olla tasapuolista, neutraalia ja ennustettavaa (Temmes 1992: 53) sekä avointa, demokraattisesti kontrolloitavaa ja kansalaisten arvioitavissa ja arvosteltavissa (Salminen 1998: 15). Lisäksi julkisuus-ullottuvuuteen liitetään julkinen tilivelvollisuus ja toiminnan poliittinen luonne rationaalisuuden sijaan. Julkinen toiminta ja päätöksenteko koskettavat kansalaisia laajasti. (Appleby 1978: 105.)

Suomessa terveydenhuollon järjestäminen kuuluu kuntien vastuulle. Vain pieni osa palveluista hoidetaan valtion tai yksityisten palveluntuottajien toimesta. Julkisen terveydenhuollon ja hyvinvointivaltion taustalla on ajatus, että ihmisten perustarpeiden tyydyttämiseen ja siinä ilmenevien ongelmien poistamiseen tarkoitettujen palvelujen järjestäminen markkinoilla, eli vapaan kilpailun vallitessa, on epätäydellistä ja epäoikeudenmukaista. Tämän johdosta ne tulee järjestää vapaaseen kilpailuun perustuvien markkinavoimien ulkopuolella julkisen sektorin toimesta. (Sinkkonen & Nikkilä 1988: 68; Nikkilä 1998: 13.)

Terveydenhuollolla on omat erityispiirteensä, joihin yhteiskunnan toimenpiteiden on sovellettava. Terveysteen ja sairautteen liittyy epävarmuus. Vaikka joitain sairauksia voidaan jossain määrin ennustaa, yksittäisen ihmisen sairastumisesta on vaikea ennakoida. Yllättävät menot saattaisivat muodostua kohtuuttomiksi, jos asiakas joutuisi kustantamaan ne itse. Epävarmuus aiheuttaa vaikeuksia myös palvelujärjestelmän suunnittelussa. (Sintonen & Pekurinen 2006: 66–67.)

Terveyspalvelujen kuluttajien ja niiden tarjoajien välillä vallitsee tiedon epäsuhde. Palvelujen tuottajalla on yleensä kuluttajaan nähden runsaasti enemmän tietoa, ja

usein palvelun tuottajan on arvioitava palvelun tarve⁴. (Sintonen & Pekurinen 2006: 118–119.) Terveydenhuollon asiakkuus tekee ihmisestä usein riippuvaisen palvelun antajasta, ja tilanne antaa mahdollisuuden vallan väärinkäyttöön. Toiminnassa on turvattava palveluiden käyttäjän ihmisarvo, oikeudet ja elämänlaatu. Erityisen haasteen toiminnalle asettavat asiakkaan tahdon vastaiset toimenpiteet, jotka joskus ovat välttämättömiä ja työntekijän velvollisuus. Asiakasta on suojeltava toisaalta hänen omalta vahingolliselta käyttäytymiseltään, mutta toisaalta otettava huomioon yksilön oikeudet. Rajanveto on usein vaikeaa. (Aldgate & Dimmock 2003: 7, 9–10.)

Terveydenhuolto on erityinen myös henkilöstön suhteen. Organisaatioissa on runsaasti ammattiryhmiä, työyhteisöjä ja työntekijöitä (Grohar-Murray & DiCroce 1997: 159; Simoila 1999: 12–13). Tämän vuoksi yhteistyön merkitys korostuu. Vanhat ammattikuntapohjaiset rakenteet ja yhteistyön muodot antavat vähän tilaa keskustelulle ja estävät moniammatillisten yhteistyömuotojen kehittymisen. Yhteistyötä vaikeuttaa lisäksi yksilöllisen asiantuntemuksen korostaminen. Jos työntekijät mieltävät itsensä itsenäistä työtä tekeviksi, vapaiksi ja riippumattomiksi, näkemys osallisuudesta laajempaan kokonaistoimintaan kärsii ja aiheuttaa jännitteitä johtamiseen. (Simoila 1999: 12–13.) Erityistä on myös johtoasemien ammattiryhmäkohtaisuus (Eriksson-Piela 2003: 194).

Työ terveydenhuollossa on ihmissuhdetyötä. Työllä on tästä johtuen aina kaksi dimensiota. Terveydenhuollon ammattilaiselta edellytetään oman erityisalan sisällöllisiä tietoja ja taitoja. Koska työ tapahtuu aina vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa, se edellyttää myös ihmisen toiminnan ja sen säätelyn ymmärtämistä ja vuorovaikutustaitojen hallintaa. Ammatissa toimivan henkilön toiminnassa heijastuvat aina hänen yksilölliset käsityksensä ja uskomuksensa työn kohteesta ja itsestään työn toteuttajana. Ihmissuhdeammattissa ongelma onkin usein, että työn orientaatiopohja koetaan jäsentymättömäksi ja epämääräiseksi. Työn koetuksi orientaatioperustaksi jää vain 'mu-tu'-malli, joka on ollut omiaan synnyttämään työhön turhautumista. (Rauste-von Wright & von Wright 1994: 168, 170).

Johtaminen on aina vuorovaikutusprosessi, ja terveydenhuollon koulutus antaa valmiuksia ihmisten, erityisesti potilaiden/asiakkaiden, kohtaamiseen. Johtamisessa on kyse kuitenkin erilaisesta tavasta olla yhteydessä ihmisiin. Erityisesti kommunikointi on vaativampaa uudenaikaisissa toimintaympäristöissä ja uudentyyppisissä organisaatioissa. Näistä esimerkkeinä verkosto-organisaatio ja yksilö-

⁴ Syntyy agenttisuhde, eli palvelun kuluttajan on luotettava tarjoajan apuun. Samalla syntyy mahdollisuus tarjoajan luomaan kysyntään. (Sintonen & Pekurinen 2006: 119–120.)

vastuinen hoitotyö. (Telaranta 1997: 179.) Esimiehen ja alaisen suhteella on aina merkitystä palvelun saajalle. Ihmisten kanssa työskenneltäessä ei saa tapahtua virheitä. Korkea henkilökohtainen vastuu aiheuttaa turvautumisen organisaatioon puolustuksena. Organisaation säännöt vapauttavat vastuun tuomasta ahdistuksesta. (Thylefors 1992: 29–30.)

Terveydenhuollon johtamisen ongelmana on ristiriita toiminnan sujumisen ja tulojen saavuttamisen välillä. Managerialismin tulo terveydenhuollon palveluihin saattaa johtaa toiminnan itsensä ylikorostamiseen, vaikka kiinnostuksen kohteena tulisi olla toiminnan avulla saatavat vaikutukset. Linkolan (2002: 3295–3296) mukaan terveydenhuollon potilastyötä tekeviä ei voi käskyttää heidän vakaan käsityksensä vastaisesti motivaation ja työn laadun kärsimättä. Terveydenhuollon johtaminen on inhimillistä palvelutoimintaa, ei palveluteollisuutta. Työ on kamppailua uhrautuvan hoivaidentiteetin ja tulosvastuisen ammatti-identiteetin välillä (Eriksson-Piela 2003: 187). Weiner (1994: 21) liittyy johtamisen terveydenhuollossa arvoihin ja kuvaa inhimillisten palvelujen johtamista seuraavasti:

”Human service managers do not operate in a vacuum; they are the keepers and shapers of the modern welfare state. As such they need to have a clear vision of the ideological framework within which they operate. Regardless of personal political-economic philosophy, when accepting a position in human services management, one accepts a commitment to bring the highest quality of life to all inhabitants of our nation, particularly those with the greatest need.”

Liike-elämän mallit ovat tulleet yhä vaikutusvaltaisemmiksi terveydenhuollossa. Muualta lainatut mallit kuitenkin edellyttävät neutraliteettia hoidossa. Kun kysymys kuitenkin on ihmisten terveydestä ja sitoutumisesta terveydenhuollon arvoihin, voidaanakin kysyä, onko se ylipäätään mahdollista. Koko inhimillinen käsityskyky on peräisin historian ja kulttuurin muovaamasta kontekstista. Tärkeää on kyky ratkaista ongelmat tiedon, taitojen ja kokemuksen systemaattisella käytöllä ja tunnustamalla inhimillisen ymmärryksen rajat. (Skye, Meddings & Dimmock 2003: 214–215, 220.) Sinkkonen, Kinnunen ja Paunonen (1986: 10) nostavat esiin kysymyksen tulosjohtamisen vaikutuksista terveydenhuollossa autoritaarisuutta ja johtajavaltaisuutta lisäävänä ja demokraattisuutta vähentävänä tekijänä.

2.2 Terveydenhuollon kehitys Suomessa

Terveydenhuollon ensimmäinen organisaatiomuoto Suomessa oli sairaala, joista ensimmäinen perustettiin Turkuun vuonna 1759. Terveydenhuoltoa on kuitenkin valvottu valtiovallan toimesta jo 1600-luvulta lähtien. Hallinnointiin otettiin mal-

lia Ruotsista, ja ensimmäinen keskusvirasto, Lääkintäkollegio, perustettiin vuonna 1811. Nimi muuttui Lääkintöylihallitukseksi 1827 ja Lääkintöhallitukseksi 1878. Vuonna 1968 terveyden- ja sairaanhoitoa koskevat asiat siirrettiin sisäasiainministeriöltä sosiaaliministeriölle, jonka nimi muutettiin sosiaali- ja terveysministeriök-
si. Myös Lääkintöhallitus siirtyi uuden ministeriön alaisuuteen. (Pesonen 1980: 8–17, 53, 135, 323, 695.)

Sairaaloiden hallinto järjestettiin 1940-luvulla piiri- ja osastojen mukaan. Maa jaettiin keskussairaalapiireihin (Keskussairaallaki 1943/413), tuberkuloosipiireihin (1948/649) ja mielisairaanhuoltopiireihin (1952/187). Erillisestä piiri- ja osastojen luovuttuina 1980-luvulla, ja tuberkuloosin ja mielenterveyspotilaiden hoito jaettiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yksiköihin. Muutoksen yhteydessä keskussairaalapiiri-nimitys muutettiin sairaanhoitopiiriksi. (Sinkkonen & Nikkilä 1988: 33–35.)

Sairaalaorganisaatioiden sisällä 1950- ja 60-luvulla rakenne muotoutui taylorismin periaatteiden mukaan. Terveydenhuollon ammatit erikoistuivat ja muodostivat hierarkian; sairaalat eriytyivät lääketieteen erikoisalojen mukaan ja osastot suppeiden erikoisalojen mukaan. Ihmisen hoitaminen eriytyi sairauden mukaisiin osiin, ja hallinto eriytyi muusta toiminnasta. Sairaalityö muuttui sairauskeskeiseksi tehtävien suorittamiseksi. Hoitotyö jakautui hierarkkisesti eritasoisiin tehtäviin, joiden mukaan myös niitä suorittava henkilökunta eriytyi. (Telaranta 1997: 15.)

Kunnallisen terveydenhuollon hallinnon organisointi käynnistyi 1800-luvun puolenvälin jälkeen. Kunnat ottivat hoitaakseen terveyspalvelujen järjestämisen ja toteuttamisen. Perusterveydenhuollossa voidaan puhua varsinaisesta organisoitumisesta vasta kansanterveystyön voimaantumisen jälkeen perustettujen kansanterveystyön kuntainliittojen yhteydessä. Aikaisemmin avoterveydenhuolto hoidettiin valtion piirilääkärijärjestelmän avulla 1740-luvulta 1930-luvun loppuun saakka. (Sinkkonen & Nikkilä 1988: 39–40.) Piirilääkärijärjestelmän rinnalle 1883 alkaen kehittyi kuntien järjestämä kunnanlääkärijärjestelmä (Pesonen 1980: 164, 257).

Merkittävän lisän avoterveydenhuollon kehittämiseen toi 1944 laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista, kunnankätilöistä ja kunnallisista terveystieteistä. He olivat ohjaussuhteessa lääninkätilö- ja lääninterveystieteidenlaitokseen, joka muuttui 1975 terveydenhuollon tarkastajan viroiksi. Piirilääkärijärjestelmän lakkauttaminen aloitettiin 1943 ja perustettiin lääninlääkärien virat. (Sinkkonen & Nikkilä 1988: 41–42.) Myös perusterveydenhuollossa toteutettiin tehtäväkeskeistä työnjakomallia. Esimerkiksi terveydenhoitajan työ eriytyi äitiys- ja lastenneuvolatyöksi, kouluterveydenhuolloksi, työterveyshuolloksi ja vanhustenhuolloksi. (Telaranta 1997: 15.)

Kokonaisuudessaan historiallisen kehityksen tuloksena perusterveydenhuollon järjestämisvastuu kuuluu kunnille tai kuntien muodostamille kuntayhtymille ja erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu kuntien muodostamille sairaanhoitopiirin kuntayhtymille. Tehtäväkeskeinen työnjakomalli on yhä olemassa käytännön työssä, joskin kehittyneempänä. Nykyisin puhutaan yksilövastuisesta hoitotyöstä ja kokonaisvaltaisuudesta. Hoitotyön kohde on ihminen kokonaisuudessaan, ei vain sairaus. Avoterveydenhuollossa tehtäväkeskeisyydestä on pyritty pois jakamalla työ väestövastuuperiaatteen mukaan alueellisiin kokonaisuuksiin.

Muutokset organisaatioissa ovat aiheuttaneet muutoksia myös johtamisessa, sillä kysymyksessä on usein ollut työnjakoon liittyvä rakenteellinen muutos. Toiset muutokset ovat korostaneet erikoisalalan mukaista jaottelua ja toiset taas alueellista jaottelua. Organisoimista ei kuitenkaan ole yleensä toteutettu vain yhden periaatteen mukaan, vaan yleensä sovelletaan samanaikaisesti useita työnjaon perusteita (Sinkkonen & Nikkilä 1988: 46).

Erityisen merkittävää nykyiselle terveydenhuollon johtamiselle on ollut kuntien itsehallinnon vahvistuminen valtionosuusuudistuksen myötä. Kunnilla on oikeus määrittellä itsenäisesti omistamiensa sairaaloiden ja terveyskeskusten sisäinen hallintorakenne. Johtosäännöillä määritellään jakautuminen osastoihin ja vastuualueisiin sekä yksikköjen ja henkilöiden toimivaltasuhteet ja työnjako. Tämä on myös johtanut johtosääntökiistoihin ja ammattiryhmien, lähinnä lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan, välisiin ristiriitoihin. Nämä johtosääntökiistat voidaan nähdä professionalismin kielteisinä piirteinä. (Sinkkonen & Nikkilä 1988: 48.)

Suomessa lääkäreiden ensimmäisiä hallinnollisia virkoja olivat piirilääkärien virat. Lääkäreiden erikoistuminen lääketieteen erikoisaloiden mukaan tapahtui vähitellen 1800-luvun puolesta välistä alkaen. Sairaaloissa toimi vain yksi lääkäri, kunnes vuonna 1882 alkaen perustettiin alilääkärien virkoja. (Pesonen 1980: 8–9, 447.) Sairaaloitten koon kasvaessa lääkärikuntaakin oli enemmän. Sairaaloitten johtoon voitiin asetuksen nojalla (242/1938) 1938 alkaen nimittää ylilääkäri. Vuoden 1948 keskussairaalalaki antoi ensimmäisen kerran mahdollisuuden palkata sairaalanjohtajaksi henkilön, jolla ei ollut lääkärin koulutusta. Sairaaloitten johtavana lääkäriminä toimiminen ei vielä 1970-luvulla merkinnyt valintaa kliinisen uran ja hallinnon välillä. Kokopäiväisiä hallinnon virkoja alettiin perustaa sairaaloihin 1970-luvulla ja terveyskeskuksiin 1970-luvun lopulla ja 1980-luvulla, ja hallinnollisissa tehtävissä toimivien lääkäreiden määrä kasvoi nopeasti. (Hermanson 1989: 26–27, 33.)

Sairaanhoitajien koulutuksen historia alkaa Suomessa 1800-luvun lopulta. Koulutus noudatti Nightingalen (1820–1910) oppeja. Nightingale määritteli kuitenkin sairaanhoitajan epäitsenäisenä suhteessa lääkäriin⁵. Sairaanhoitajan oli tarkoitus toimia lääkärin työn ulokkeena: valvoa sairaan vuoteen vierellä vuorokauden ympäri. Kokonaisuudessaan hoitajien nykyinen asema on rakentunut yhtäältä lääkärin määräysvallan ja tutkimustiedon puitteissa toimimisesta sekä toisaalta itse määrittelystä ja otetusta toiminnallisesta autonomiasta. Kaksinaisuus johdettu – johtaja kulkee läpi vuosien. (Sorvettula 1998: 56, 63, 131, 203, 417.)

Johtajuus terveydenhuollossa hoitajien osalta kehittyi vuosisadan alun henkilökohtaiseen karismaan perustuvasta johtajuudesta vähitellen koulutuksessa, hallinnossa tai järjestöissä hankittuun asemaan perustuvaan johtajuuteen. Hoitotyön johtajien rooli on muuttunut hoitajien työroolin ja työnjaon muuttumisen mukana. 1960- ja 70-luvuilla kehitys johti sairaanhoitajien etääntymiseen potilaan vuoteen viereltä. Sairaanhoitajien ajateltiin osallistuvan vaativimpiin sairaanhoidollisiin tehtäviin ja työryhmän johtamiseen. (Sorvettula 1998: 332.) Ajalle leimallista oli yleisohjeiden tiukka noudattaminen. Johtaminen oli paremminkin normien noudattamista. Koordinointi tapahtui ammattinimikkeiden pohjalta ja virallisten valta-asemien ehdoilla. Tuloksellisuus ei ollut juurikaan kiinnostuksen kohteena. Päämielenkiinto oli menettelytavoissa ja työn yksityiskohtaisessa kontrolloinnissa. (Kinnunen & Vuori 1999: 38.)

Sairaanhoitajien professionalisoitumisen viimeisin käänne on ollut tieteellisen koulutuksen aloittaminen. Sairaanhoitajat itse esittivät sairaanhoitajan olevan 'akateemisesti koulutettu ensiasteen asiantuntija ja asiakaskohtaisen terveystalvun koordinoija'. (Sorvettula 1998: 332.) Tälle ajatukselle vastakkainen näkemys on kiinnostus välittömään hoitotyöhön ja nykyinen suuntaus koko henkilökunnan mahdollisimman korkeaan kouluttamiseen sekä tiimityö.

⁵ Säännöistä olennaisin oli sairaanhoitajan asema tietyissä asioissa ehdottomasti lääkärin alaisuudessa ja toisissa ehdottomasti ylihoitajan alaisuudessa (Sorvettula 1998: 43–45).

2.3 Julkisen terveydenhuollon organisaatiot ja johtaminen

2.3.1 *Byrokratia*

Terveydenhuolto-organisaatioiden perinteinen rakenne on ollut hierarkkisen organisaatiorakenteen byrokraattinen malli. Sen mukaan terveydenhuollon organisaatioiden toiminta-ajatus, tärkeimmät rakennepiirteet ja suuret toimintalinjat on määritelty koko maassa yhdenmukaisesti normien avulla. Vallankäyttö ja valvonta on järjestetty linjavastuuperiaatteen mukaan siten, että käskyvalta ja valvontavelvollisuus kulkevat ylemmältä tasolta alemmalle, jolla on raportointivelvollisuus ylöspäin. Jokainen asema sisältää tietyn vastuun, ja työntekijällä on oltava sopivat tehtävän edellyttämät taidot. Muut valta- ja ohjaussuhteet on ilmaistu erillisillä normeilla. (Sinkkonen & Nikkilä 1988: 94, Seden 2003: 109.) Byrokratiasa valta ja vastuu ovat läheisessä yhteydessä sääntöjen tuntemiseen ja käyttöön (Morgan 1990: 144). Salmisen (1998: 16–17) mukaan organisaatiolla ja hallinnolla on taipumus synnyttää hierarkkisuutta, jonka avulla voidaan valvoa ja johtaa yksilöiden toimintoja. Byrokraattinen lähestymistapa perustuu ajatukseen, että työntekijöille on sanottava, mitä he tekevät, ja valvottava, että he tekevät työn. Koska toiset työntekijät ovat kyvykkäämpiä, he saavat auktoriteettiaseman. (Tapen 1989: 197.)

Weberin mukaan byrokratia on laillisen hallinnan rationaalisin hallintomuoto. Byrokratian syntyedellytys on asiantuntijoita edellyttävien erityistehtävien kehittyminen. Rationaalisen toimivallan käytön perussääntöjen mukaan virallisten asioiden hoito on säännöin sidottua ja toimivallan käyttöalue selvästi rajattu. Organisaatio on järjestetty sisäisen hierarkian pohjalta, ja toimintaa säätelevien normien hallinta edellyttää hallintohenkilöstön erityiskoulutusta. Rationaalisessa toiminnassa hallintohenkilöstö ei omista tuotanto- tai hallintovälineitä, eikä heillä ole omistusoikeutta virka-asemaansa. Hallinnon päätökset ja säännöt laaditaan kirjallisina. (Salminen & Kuoppala 1985: 59–60.)⁶

Tarkasteltaessa terveydenhuollon organisaatioita byrokratian ideaalityypin (ks. Salminen & Kuoppala 1985: 60) valossa voidaan havaita yhtäläisyyksiä. Terveydenhuollon organisaatioissa on tarkka työnjako eri ammattiryhmien välillä. Henkilöstön asema määräytyy auktoriteettihierarkian mukaan. Organisaation toiminta perustuu sääntöihin ja määräyksiin. Niissä on kirjallisesti määritelty hyväksyttävä

⁶ Ks. myös linjaorganisaation periaatteet (Dalton 1966: 14).

ja ei-hyväksyttävä käytös, toimintapolitiikka, menettelytavat, toimenpidesuosituksset, käyttöohjeet, hoitoketjut ja laatuun liittyvät toimet. Terveysthuollon organisaatioissa on myös pyrkimys tekniseen kompetenssiin siten, että tietyn ammattitaidon omaavat palkataan tiettyihin tehtäviin. (Tappen 1989: 196.) Ideaalityyppi ei kuitenkaan koskaan voi toteutua täydellisesti reaali maailmassa, vaan sen tarkoitus on auttaa tarkastelemaan organisaation piirteitä.

Byrokraattinen organisaatio edustaa jatkuvuutta, turvallisuutta ja pysyvyyttä. Se on kuitenkin hidas tilanteissa, joissa tapahtuu yllättäviä nopeita muutoksia. Terveysthuollon organisaatioissa byrokratiaa ei ole pystytty kokonaan purkamaan. Kuitenkin organisaatioita on pyritty muuttamaan byrokratian sisällä. (Telaranta 1997: 22.) Hoitajien työn osalta byrokratian sisäisiä muutoksia ovat muun muassa siirtyminen yksilövastuiseen hoitotyöhön, ammattinimikkeiden hierarkian poistaminen (erikoissairaanhoidon nimikkeen poisto) ja keskijohdon organisoiminen pienryhmämallin mukaan tai projektityöskentelyksi. Näillä toimenpiteillä pyritään madaltamaan hierarkiaa ja poistamaan byrokratiaa ja hallinnointia. Tärkein muutos tulisi kuitenkin tapahtua organisaatiossa työskentelevien henkilöiden asenteissa. (Telaranta 1997: 26.) Terveysthuollon organisaatioissa byrokratia on työnjolla turvannut lääkäreiden valta-aseman. Lääkärit ovat pystyneet säilyttämään professionaalisen autonomian muihin ammatteihin nähden. (Abbott 1988: 151.)

Mintzbergin (1989: 132, 142–143, 148) organisaatiotyypityksessä byrokratiaa vastaa lähinnä koneorganisaatio/konebyrokratia. Koneorganisaation ongelma on, että suurin osa ihmisistä ei halua työskennellä äärimmilleen strukturoidussa työssä. Koneorganisaatio aiheuttaa myös koordinoitua ongelmia, koska sitä ei ole luotu käsittelemään ristiriitoja. Myös kommunikointi on ongelmallista. Koska ongelmien käsittely on keskitasolla heikkoa, joutuu ylin johto puuttumaan toimintaan suoralla valvonnalla. Ympäristön aiheuttamat paineet kasautuvat yleensä organisaation huipulle.

Sairaalat muistuttavat jossain määrin teollisuusorganisaatioita, ja joskus niitä jopa kritisoidaan siitä, että potilasta kohdellaan enemmänkin objektina kuin ihmisenä. Erona teollisuusorganisaatioon on kuitenkin, että sairaaloissa ei ole yhtä komentoketjua, vaan kysymyksessä on paremminkin vallan tasapaino useiden vaikuttajien kesken. Erona on myös kaksi ammattilaisryhmää operatiivisella tasolla: lääkärit ja hoitajat. Teollisuudessa ammattilaiset toimivat yleensä toimihenkilöinä. Terveysthuollossa ammattilaiset saavat tyydytystä omista taidoistaan, ja suhde organisaatioon on ekspressiivinen, mutta he ovat vahvasti sitoutuneet myös omaan ammattilaisryhmäänsä. Kolmas ero teollisuusorganisaatioon on terveysthuollon organisaation jäsenten vahva usko siihen, että organisaatio voi auttaa asiakastaan. Terveysthuollon organisaatiot ovat heterogeeninen kokoelma am-

mattilaisia, puoliammattilaisia ja ammattitaidottomia työntekijöitä. Organisaatioissa on useita auktoriteettiketjuja, jotka ovat osin samansuuntaisia mutta myös risteävät. (Katz & Kahn 1978: 162–163.)

Hierarkkinen järjestelmä on organisaation säilymisen ja tehokkuuden kannalta paras organisaatioissa, joissa yksilöiden tehtävät vaativat vain vähän luovuutta, eikä heiltä vaadita identifioitumista organisaation tavoitteisiin. Myös organisaatioissa, joiden ympäristön vaatimukset ovat niin selkeät ja sisältö ilmeinen, tiedottaminen organisaation sisällä ei ole tarpeellista. (Katz & Kahn 1978: 329–330.)

Jaques'n (1996: 245–246) mukaan hierarkiaa ei voi syyttää organisaatioiden ongelmista. Kysymyksessä on puutteellinen ymmärrys hierarkiasta ja ihmisluonnosta. Hänen mukaansa ei tarvita uutta matalampaa organisaatiota, vaan ymmärrystä siitä, miten johtamishierarkia toimii. Hierarkia ei ole syntynyt sattumalta, vaan se on ainut tapa, jolla organisaatio voi palkata suuren määrän työntekijöitä ja silti säilyttää työn vastuullisuuden (*accountability*). Ongelma ei ole niinkään löytää vaihtoehtoinen järjestelmä, vaan saada hierarkia toimimaan. Hierarkian ongelmana on organisaation tasojen määrä. asiat menevät liian monen tason kautta. Hierarkkisessa organisaatiossa johtajat ja alaiset ovat kokemuksiltaan ja taidoiltaan liian lähellä toisiaan. Näin tehokas johtaminen estyy ja suhteet kiristyvät. Alaisten työlle ei anneta sille kuuluvaa arvoa. Esiin tulevat ihmisten huonot puolet, kuten ahneus, uratietoisuus, epäsensitiivisyys ja itsetietoisuus.

Hierarkian toimivuuden kannalta olisi keskeisintä pyrkiä siihen, että työntekijällä on vastuu työn tekemisestä valmiiksi. Auktoriteetti tulisi olla toisarvoinen seikka, jonka määrä vastaisi ainoastaan vastuun määrää. Jaques mainitsee sairaalat esimerkkinä byrokraattisen organisaation kaikesta huonosta. Sairaalat toimivat hänen mukaansa ainoastaan, koska henkilökunnalla on niin vahva ammatillinen omistautuminen. (Jaques 1996: 247.)

Byrokratiaa on kritisoitu aikansa hedelmänä (ks. Ouchi 1981: 63, 196), eikä se välttämättä ole paras tapa terveydenhuollon organisaation rakenteena. Byrokratia sopii parhaiten rutiinisuorituksiin⁷ ja tehtäviin joissa on vähän muutoksia. Byrokratian suhde professionalismiin taas tulee esiin esimerkiksi ammatillisen autonomian kysymyksissä. Terveydenhuollon toimintaympäristö on huomattavasti monisäikeisempi kuin pelkkä organisaation oma hierarkia. Toimintaan vaikuttaa laaja verkosto muita toimijoita. Myös itse toiminnan ja asiakkaiden moninaisuus vaatii monimuotoisempaa organisaatiota. Byrokratia voi johtaa siihen, että johtaja

⁷ Ks. edellä Katz & Kahn 1978: 329–330.

etääntyy käytännön työstä. Tuloksena työntekijät ja asiakkaat alkavat toimia epävirallisella tasolla. (Coulshed 1990: 30–31, Seden 2003: 113.)

Terveydenhuollon byrokraattinen järjestelmä on tottunut pysyvyyteen, ja sen uudistaminen on vaativa ja hidas prosessi. Terveydenhuollon organisaatioiden hierarkiassa on konebyrokraattiaan kuuluvia innovatiivisuutta estäviä piirteitä, kuten muodollisia menettelytapoja, tehtäväkeskeistä työnjakoa ja päätösvallan keskitämistä. Lisäksi byrokraattiaan saattaa liittyä entisiä säilyttäviä mekanismeja ja periaatteita, kuten toimintavarmuus, ennustettavuus, julkisuus ja virkamiesten oikeudellinen asema. (Miettinen 1999: 85; ks. myös Caiden 1991: 128.)

Terveydenhuollon organisaatioissa byrokraatian ongelma on myös päätösten kasvottomuus. Vastuu hajoaa monelle tasolle, ja lopulta on vaikea tietää, kuka oikeasti on vastuussa potilaan/asiakkaan kokonaishoidosta. Voimakkaasti byrokraattisessa organisaatiossa työntekijä ei koe voivansa vaikuttaa ja seurauksena on vieraantuminen ja voimattomuus. Pitkälle viety työnjako lisää vastuun katoamista. Kukaan ei ole vastuussa lopputuloksesta. Voidaankin kysyä, onko mahdollista tuntea onnistumista työstä, jonka tulos jää epäselväksi. (Tappen 1989: 197.)

2.3.2 *Professionalismi ja asiantuntijaorganisaation johtaminen*

Terveydenhuollon organisaatioihin liittyy olennaisesti kysymys asiantuntijuudesta ja professionalismista⁸. Asiantuntijuus on professionalismien ydin. Se polveutuu kertyneestä monimutkaisesta, tarpeellisen ja tärkeän tiedon varastosta, jonka vuoksi ammattilaiset ovat arvostettuja. Ammattilaisten oletetaan käyttävän tätä tietoa altruistisesti ja yhteiseksi hyväksi. Luotettavat asiantuntijat pyrkivät tilanteeseen, jossa he voivat riippumattomasti käyttää kykyjään. Autonomian vaatimus kumpuaa näkemyksestä, että ammattilaisuuden harjoittaminen on riippumaton ajatusprosessi, josta vastuu on henkilökohtainen. Ihanteellisesti he ovat erilaisia kuin muut ihmiset: heitä ei vaivata resurssirajoituksilla, kelpoisuusriteereillä eikä vastuu-/tilivelvollisuuskysymyksillä; he ovat viileitä, luottavaisia, päättäväisiä ja herkkiä. (Davies 2003: 193–194.)⁹

Suomalaisen yhteiskunnan professioiden kehitys alkoi 1600-luvulla luokkarakenteen muuttuessa pysyväksi. Tunnusomaista oli professioiden vahva sitoutuminen valtioon ja yhteiskunnan johtaviin luokkiin. Venäjän vallan aikaan 1800-luvun

⁸ Termi *professional* on tässä ymmärretty lähinnä ammattilaisuutena ja termit *specialist* ja *expert* kuvaavat asiantuntijaa. Termi *professional* käännetään usein myös asiantuntijaksi.

⁹ Ks. myös Sveiby (1990: 51–53); Exworthy & Halford (1999: 1).

alussa yhteiskunnan byrokratiakeskeisyys muodostui professionaalisen järjestelmän perusrakenteeksi. Yliopistokoulutusta edellyttävien ammattikuntien ryhmä eriytyi voimakkaasti muista ammateista. Valtiokeskeisyys näkyi professioiden kentän sijainnissa lähes kokonaisuudessaan julkisen sektorin alueella, ja myös koulutus oli puhtaasti valtiollista. Julkinen virka oli professionaalisen uran perustyyppi. Erityisesti lääkärin ammatin arvostus nousi voimakkaasti Collegium Medicumin perustamisen jälkeen. Vasta uudenlainen kansalaisyhteiskunta uudelleenmuokkasi ammattien kenttää. Vuosisadan lopulla myös yksityinen praktiikka professionaalisten ammatinharjoittajien uratyypinä alkoi yleistyä. Syntyi uusia ammattikuntia, kuten sairaanhoitajat, ja kuilu formaalin koulutuksen ammattikuntien ja olemassa olevien muiden ammattien välillä alkoi madaltua. (Konttinen 1993: 19, 23–24, 28–31, 37–38.)

Ammattilainen on amatööriin vastakohta. Amatööri työskentelee huvin tai idealismin takia. (Thylefors 1992: 11.) Ammattilaisella puolestaan on vahva tunne henkilökohtaisesta vastuusta. Korkeat toiveet ammatillisen työn suhteen vaativat vahvaa uskoa itseen ja päätösten tehokkuuteen. Ammattilaiset eivät ole nöyriä, vaan kokevat omavoimaisuutta, ja muita pidetään hyödyttöminä. Vaarana on sosiaalinen eristäytyminen, ylimielisyys ja toisten panoksen mitätöiminen. Ammattilaisen pyrkimys autonomiaan perustuukin juuri toisten panoksen mitätöintiin, vaikka ammatilaisen autonominen työskentely vaatii useimmiten muiden huomattavaa työpanosta.¹⁰ (Davies 1995: 60; Davies 2003: 194.)

Abbott'n (1988: xii) mukaan professionalismi on modernien yhteiskuntien tapa institutionalisoida erityisosaaminen. Professio on suljettu asiantuntijoiden joukko, joka käyttää salaista tietoa tiettyihin tapauksiin. Ammattilaisilla on huolellisesti laadittu ohje- ja koulutusjärjestelmä. Pääsy ryhmään on mahdollista kokeiden tai muiden vaatimusten kautta. Ammattilaisia yhdistävät tietyt käyttäytymis- ja eetti-

¹⁰ Tähän liittyy identiteetin ja ammatti-identiteetin käsitteet. Identiteetti määräytyy oleellisesti parinsa kautta, esimerkiksi lapsi – vanhempi, työntekijä – työnantaja. Oma itse ja muut (*self/other*) ovat suhteessa toisiinsa ja määritellään toistensa kautta. (Davies 2003: 190–191.) Ammatti-identiteettiä rajaavia 'muuta' ovat Daviesin (2003: 194) mukaan: 1) epäpätevät (*the incompetent other*), 2) näkymättömät (*the invisible other*) ja 3) tarpeettomat (*the unnecessary other*). Ammatti-identiteetin muodostuminen vaatii *epäpätevän* läsnäoloa, joka terveydenhuollossa on esimerkiksi potilas. *Näkymättömiä* terveydenhuollon ammattilaisen ympäristössä taas saattavat olla muodollista pätevyyttä vailla olevat työntekijät tai opiskelijat, jotka usein osallistuvat potilaan/asiakkaan hoitoon, mutta jäävät vaille huomiota. *Tarpeettomia* ammattilaisen näkökulmasta ovat esimerkiksi ne henkilöt, jotka johtavat ammattilaisia. Klassinen ammatti-identiteetti keskittyy kahden väliseen suhteeseen asiakkaan/potilaan kanssa. Ammattilainen pysyy mielellään kaukana liiketoiminnasta, byrokratiasta ja politiikasta. Tarpeettomia ovat kaikki ne, joilla ei ole yhteyttä professioon, mutta tekevät sillä voittoa ja ilmeisesti haluavat valtaa. (Davies 2003: 195–196.)

set säännöt, ja heidän tehtäviään ohjaavat sisäistetyt menettelytavat sekä erityistiedon varasto. Heidän erityistehtävänsä eivät perustu teknokraattisiin sääntöihin. Ammattilaisten työssä on runsaasti harkintavaltaa ja sitä valvoo suoraan sellainen henkilö, jolla on tietoa ja taitoa myös suorittaa tehtävä. Näin asiantuntijajärjestelmä vie valtaa muodolliselta auktoriteetilta. (Mintzberg 1983: 164.) Professionalismin ydin on abstrakti tieto, ei taito sinänsä. Ammatin kontrolli on juuri tämän abstraktin tiedon kontrollointia. Ammatilaisen työ ei ole rutiinityötä, vaan toiminta on tapauskohtaista, ja hänellä on siihen yksinoikeus. (Abbott 1988: 7–8)¹¹

Professionalismin piirteet voidaan koota seuraavasti (Thylefors 1992: 11)¹²:

- monopoli erityiseen tutkimuspohjaiseen tietoon, joka on saatavissa muodollisen koulutuksen kautta
- ammattimonopoli, joka taataan legitimoinnilla¹³
- tutkimuksen ja tiedon tuotannon kontrollointi
- ammattietikka, joka usein sisältää epätsekkyyttä ja yleisen hyvän ajatuksen
- kehittynyt järjestötoiminta, joka on avoin vain koulutuksen saaneille
- itsenäisyys.

Ammattilaisten sisäisessä kerrostumassa ammattilaisten ammatilaisia ovat vertausten korkeimmalle arvostamat henkilöt, jotka työskentelevät ainoastaan ammatitehtävissä. Puhtainta ammattilaistyötä on akateeminen työ, jossa ei olla tekemisissä asiakkaan kanssa. Alimmassa kastissa ovat ammatilaiset, joilla on suora kontakti asiakkaaseen. Arvoasteikossa he ovat alimpana, koska ammatillinen tieto on sovitettava yhteen asiakkaan todellisuuden kanssa. Paradoksaalista onkin, että ammatilaiset ihailevat akateemisia työntekijöitä, jotka työskentelevät tiedon parissa, mutta yleisö ihailee käytännön työntekijöitä, jotka ovat suoraan tekemisissä asiakkaan kanssa. Alkuperäisestä tehtävästä palvelun etulinjassa, josta legitimi-teetti on peräisin, muodostuu alemman statuksen työntekijöiden ja paraprofessioiden kenttä. (Abbott 1988: 118–119.)

Professionaalisen organisaation tavoite on ammatillinen (Etzioni 1975: 51). Ammattilaisten valvomisen organisaatiossa on sosiaalisen vallan ja sitoutumisen varassa. Ammattikunta muodostaa epävirallisen ja ammattijärjestöt virallisen kont-

¹¹ Ks. professionalisoitumisesta tarkemmin Abbott (1988: 15).

¹² Ammatilaisen piirteitä ovat kuvanneet myös Sveiby 1990: 51–53, Exworthy & Halford 1999: 1 ja Davies 1995: 59–60.

¹³ Ammattilaisten ryhmä ei ole enää ulkopuolisten arvioinnin, ohjailun tai kritiikin kohteena. Ammatilaiset määrittelevät itse ammatinharjoittamisen kriteerit ja mittapuut. Itsemääräämisoikeus näkyy laatuvaatimusten asettamisena, eettisinä periaatteina sekä kurinpidollisina toimenpiteinä niitä jäseniä kohtaan, jotka eivät noudata sääntöjä. (Lindqvist 1997: 85.)

rolliverkoston. Epävirallinen kontrolli on usein siirtynyt ammattikunnalta ammatillisorganisaatiolle, jossa valvonta on annettu samassa organisaatiossa työskenteleville kollegoille. Ammatilliselle vertainen on yleisemmin *'significant other'* kuin esimies. Ammatilliset toimivat erilaisissa asemissa organisaatiossa. Mitä ylempänä asema organisaatiossa on, sitä enemmän se sisältää valtaa valvoa muita. (Etzioni 1975: 357–358, 361.)

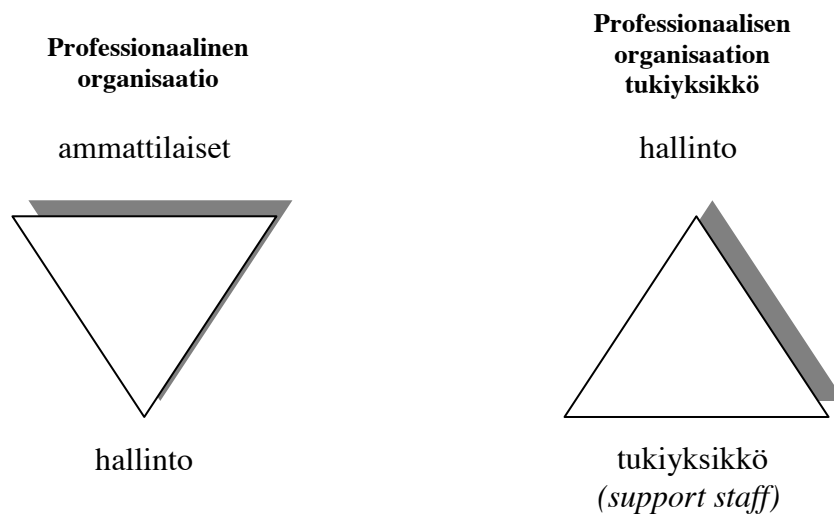
Professionaalinen byrokratia voidaan nähdä liittoumatyyppisenä meritokratiana. Se on organisaatio, jossa ammatilliset saavat mahdollisuuden harjoittaa ammattiin autonomisesti jakaen fyysiset olosuhteet ja avustavan henkilökunnan. Organisaation rakenne on byrokraattinen, mutta desentralisoitu. Professionaalinen byrokratia eroaa konebyrokratiasta siinä, että työn standardit tulevat organisaation ulkopuolelta järjestöiltä. Professionaalinen organisaatio nojaa vahvasti ammattiauktoriteettiin; erikoisosaamisen valtaan. Hallinto palvelee asiantuntijoita esimerkiksi valvomalla avustavan henkilökunnan työtä, selvittämällä asiantuntijoiden välisiä ristiriitoja ja hoitelemalla ulkopuoliset vaikuttajat¹⁴. (Mintzberg 1983: 393; Mintzberg 1989: 174–176.) Autonomisuutta rajaavat yhtäältä lainsäädäntö ja organisaation säännöt, toisaalta yleisön tyytyväisyys vastaanottamaansa palveluun. (Lindqvist 1997: 86.)

Etzioni (1964: 78–89, 86–87) jakaa organisaatiot varsinaisiin professionaalisiin organisaatioihin (*full-fledged professional organizations*), puolittaisiin professionaalisiin organisaatioihin (*semi-professional organizations*) ja muun tyyppisten organisaatioiden asiantuntijatehtäviä hoitaviin erikoisorganisaatioihin. Etzionin mukaan varsinainen professionaalinen organisaatio on sellainen, jossa työntekijöistä valtaosa on saanut pitkäaikaisen ammattikoulutuksen. Hän luokittelee sairaalat varsinaisiin professionaalisiin organisaatioihin, mutta katsoo kuitenkin sairaanhoitajien olevan puolittaisen professionaalisen koulutuksen saaneen alistetussa asemassa¹⁵. Puolittaisissa professionaalisisissa organisaatioissa työntekijöillä on vähemmän autonomiaa ja työ on huolellisesti raportoitava esimiehelle.

¹⁴ Etzionin (1964: 76–77, 92) mukaan hallinnon vaatima auktoriteetti on vastakkainen tiedon ja sen soveltamisen individualistisuudelle. Asiantuntijan toiminnan oikeutus on, että hän toimii parhaan tiedon perusteella, kun taas hallinnollisen toimenpiteen lopullinen oikeutus on siinä, että se tapahtuu organisaation sääntöjen ja määräysten mukaisesti ja esimiehen hyväksymänä. Näin ollen hallintomiehellä on professionaalisisissa organisaatioissa toissijainen asema ja asiantuntijoilla on pääasiallinen valta. Toisaalta hallinto voi edustaa neutraliteettia tai lopullista auktoriteettia ristiriitatilanteissa.

¹⁵ Ks. myös Freidson 1970: 76. Freidsonin mukaan sairaanhoitajat ovat paraprofessio, jonka autonomiaa rajoittaa dominoiva professio, lääketiede.

Toiminnan tasolla professionaalinen organisaatio on lokeroinut tehtävät (*pidgeon-holing*). Esimerkiksi lääkärin tehtävä on tehdä diagnoosi ja määrätä hoito, joka toteutetaan. Tukiyksikön (*support staff*) tehtävä on avustaa suorittavaa tasoa. Teknostrukturi tai keskijohto eivät ole merkittävässä roolissa.¹⁶ Ammatillaiset hoitavat itse myös hallinnon tehtäviä joko osa-aikaisesti tai hallinnon merkittävässä asemassa ammattikunnan edustajina. (Mintzberg 1989: 177, 179.) Kuvioon 3 on kuvattu hallinnon asema professionaalisisessa organisaatiossa ja sen tukiyksikössä.



Kuvio 3. Hallinnon rooli professionaalisisessa organisaatiossa ja sen tukiyksikössä

Professionaalinen organisaatio on demokraattinen ja autonominen. Päätöksenteko on ammattilaisten harkinnan tai kollektiivisen valinnan tulosta. Ammatillisilla on korkea motivaatio, ja he ovat omistautuneet työlleen ja asiakkailleen. Samalla autonomia ja demokratia ovat ongelmallisia lähinnä koordinoinnissa. Toiminta on tehokasta suorittavan portaatin standardisoinnin kautta, mutta koordinointi tukiyksikön kanssa aiheuttaa ristiriitaa vertikaalisen hierarkian ja ammatillisen erityisosaamisen horisontaalisen hierarkian välillä. Myös ammattilaisten kesken saattaa syntyä koordinoitio ongelmia, koska jokainen suorittaa tehtäviään omassa lokerosaan. Myös ammatillista harkintaa voidaan käyttää väärin omaa erikoisalaa korostamalla ja haluttomuudella toimia 'omia' vastaan¹⁷. Yhteistyön puute saattaa nä-

¹⁶ Ks. Mintzbergin (1983: 118) kuvaus organisaation sisäisistä vaikuttajista.

¹⁷ Ks. Lääkäriliiton kollegiaalisuussäännöt (Suomen Lääkäriliitto 2005b: 175–176).

kyä innovatiivisuuden vähäisyytenä. Ongelmat saattavat aiheuttaa valvonnan tarvetta ulkoa päin perinteisin menetelmin, ja vastuu siirtyy hallinnolle, jolloin työn tehokkuus kärsii. Hallinto ei tuota varsinaista palvelua, mutta voi estää pätevää ammattilaista suorittamasta sitä. Yhteiskunnan mahdollisuudet vaikuttaa professionaaliin organisaatioihin ovat lähinnä talouden valvonta ja lainsäädäntö. Uudistukset ovat myös mahdollisia muuttamalla ammattilaisten koulutusta. (Mintzberg 1989: 182, 188–192.)

Professionaalisen organisaation piirteet näkyvät terveydenhuollon organisaatioissa lääketiedekeskeisyytenä. Muut ammattiryhmät ovat lääketieteelle alisteisia. Vallankäyttö korostuu epävarmoissa olosuhteissa. Erityisesti lama-ajan poikkeukselliset olosuhteet ovat korostaneet tätä piirrettä. Säästöjen nimissä lääkärinkunta on voinut säädellä esimerkiksi erityistyöntekijöiden käyttöä ja on siten saattanut edesauttaa joidenkin ammattiryhmien toteamisen tarpeettomiksi. Näin moniammatillinen yhteistyö kärsii. (Nieminen 1995: 51–52.)

Terveydenhuollon organisaatiot voidaan nähdä myös palveluorganisaatioina, jotka muodostavat asiantuntijaorganisaationa erityisen ryhmän professionaalisia byrokraatioita. Näissä eri alojen asiantuntijat eivät ole täysin integroituneet organisaation päätehtäviin, vaan toimivat asiantuntijasaarekkeina. Näin organisaation johtaminen on ensisijaisesti palveluksia käyttävien asiakkaiden tarpeista lähtevää palvelujohtamista. (Temmes 1992: 87)

Professionaalisen organisaation ongelmat liittyvät yhteiskunnallisten prosessien psykiatrisointiin. Tämä aiheuttaa professionaalisen ja byrokraattisen vallan kasvun. Jako tietoyhteiskuntaan ja palveluyhteiskuntaan tulee selvemmäksi, kun teoreettisin käsittein tarinoivat tietoyhteiskunnan asiantuntijat saavat lisää valtaa. Huomio kiinnitetään prosessien osallistujiin, ei itse prosesseihin. Semiprofessionaalisten ammattien harjoittajat jäävät vaille valtaa vaikuttaa yhteiskunnalliseen päätöksentekoon. (Cohen 1985: 166–167; Rauste-von Wright & von Wright 1994: 165.)

Toinen professionaalisten organisaatioiden ongelma on liiallinen sisänpäinlämpiävyys ja ulkoisen kontrollin puute, joka korruptoi suljettuja professionaalisia ja koneorganisaatioita. Samalla ne saattavat ajautua kohti poliittista muotoa. Erityisesti professionaalisissa organisaatioissa kilpailu valta-asemasta aiheuttaa politisointia. Politisoituessaan organisaatio muuttuu tehottomaksi, koska aika menee muuhun kuin perustehtävän toteuttamiseen. Vaarana on omien intressien sekoittuminen organisaation intresseihin. (Perrow 1965: 914, 957). Byrokratian ja pro-

fessionalismin välillä voidaan kuitenkin saavuttaa hatara liitto. Näin auktoriteetti korvaa asiantuntijuuden ja organisaatio muuttuu instrumentiksi¹⁸. (Mintzberg 1983: 291–293, 412–413, 415.)

Ammattikuntaintressit aiheuttavat jatkuvia epärationaalisia valtataisteluja organisaation sisällä. Ammattikunnat ovat myös helposti muutosta vastustavia voimia, joiden tavoitteena on saavutettujen etujen puolustaminen. Ammattikunnat voivat käyttää erityisasemaansa vallatakseen organisaation noudattamaan intressejään. (Temmes 1992: 134.) Professiot kehittävät toimintojaan ensisijaisesti omista intresseistään lähtien (Valtioneuvoston kanslian asiantuntijaryhmä 1995: 46). Ammattilaisorganisaatioiden vaarana on kaikkietävyys ja tunne pätevyydestä muissakin kuin omaa erityisalaa koskevissa asioissa. (Gulick 1937a: 10–11.)

Professionaalisen organisaation johtamistehtävissä korostuu asiantuntijoiden koordinointi, sillä pitkälle viety erikoistuminen lisää koordinaation tarvetta. Vaikka tilanne aiheuttaakin jännitteitä, ammattilaisella on kuitenkin paremmat mahdollisuudet ymmärtää työn luonnetta kuin ei-ammattilaisella. Ammattilaisen hallintoon siirtymistä varjostaa kollegojen ajatus siirtymisestä 'vihollisen puolelle'. Hallinnossa ammattilainen joutuu ottamaan huomioon ammattilaisuudelle vastakkaisia intressejä, ja hän on vaarassa menettää ammattilaisen autenttisuuden. Asema aiheuttaa ristiriitaa ammatillisen lojaaliuden ja hallinnon vaatimusten välille. Vaarana on aina kollegojen tai oman erikoisalalan suosiminen. (Gulick 1937a: 10; Moore 1970: 210–211, 214–215.)

Hoitotyön johtamisessa on läsnä kaksi eri ulottuvuutta: asiantuntijuus ja johtajuus. Ammattilaisten esimiehet on yleensä valittu ammattilaisten joukosta. Causerin ja Exworthyn (1999: 84) mallissa johtamista ei yksinkertaisesti jaeta ammattilaisen ja johtajan dikotomisiin rooleihin, vaan kyseessä on monimutkaisempi suhde näiden ulottuvuuksien välillä. Typologia esittää kolme mallia:

1. Käytännön työtä tekevä asiantuntija (*practising professional*), joka osallistuu päivittäiseen toimintaan. Osalla voi olla valvontatehtäviä, mutta ei varsinaista johtajan roolia (*quasi-managerial role*).
2. Asiantuntijajohtaja (*managing professional*). Asiantuntijoiden ryhmästä nostettu johtaja, joka johtaa päivittäistä työtä. Sisältää kaksi ryhmää: käytännön työhön osallistuva asiantuntijajohtaja ja ei-käytännön työhön osallistuva asiantuntijajohtaja.

¹⁸ Ks. kappale 3.1.5.

3. Yleisjohtaja (*general manager*). Taustalla professio tai ei.

Merkittävää on, että edellä mainittujen roolien auktoriteetti perustuu useimmissa tapauksissa joko aikaisempaan tai nykyiseen asemaan asiantuntijana, mikä hoitotyössä tarkoittaa hoitotyön ammattilaisena toimimista. Ammattilaisuudelle on ominaista sisäinen kerrostuminen. Ammattilaisten yhdessäpitävä voima on ollut yhtäläinen kompetenssi, mutta johtamistehtävät rikkovat tämän yhtenäisyyden.¹⁹ (Causer & Exworthy 1999: 85.)

Temmeksen (1992: 135) mukaan julkisen asiantuntijaorganisaation johtaminen on identiteettikriisissä, koska eriytynyttä julkista johtamista ei arvosteta tai nähdä ammattina. Asiantuntijaorganisaation johtaminen on erilaista kuin klassinen liikkeenjohtoteoria olettaa. Klassisen teorian mukaan johtajalla on automaattisesti yliote, koska hänellä on eniten tietoa tai hän ainakin valvoo tietovirtaa. Asiantuntijaorganisaatioissa näin ei ole. Johtajan on mahdotonta tietää tai valvoa kaikkea. Suuri osa toiminnasta tapahtuu tilanteissa, joihin esimies ei pääse mukaan. Asiantuntijajohtamisen funktiot ovatkin: toimivan henkilöstöidean luominen, taitava rekrytointi, työntekijöiden kehitysmahdollisuuksista huolehtiminen, tutkimus- ja kehitystyön ohjaaminen sekä organisaation tieto- ja rakennepääoman vaaliminen. (Sveiby 1990: 10, 102–103.)

Asiantuntijaorganisaation johtamisen ongelma voitaisiin ratkaista siten, että johtaja ei olisi ollenkaan. Todellisen johtajan puuttuminen kuitenkin aiheuttaa organisaation ohjautumisen sisäisen valtarakenteen mukaan, ja epävirallinen organisaatio ottaa vallan. (Sveiby 1990: 48.) Temmes (1992: 137) näkee asiantuntijaorganisaation johtajalta vaadittavan erikoislahjakkuutta. Johtajan auktoriteetti ei voi perustua vain asemaan tai senioriteettiin, vaan hänellä on oltava karismaa ja tunnustettua asiantuntemusta.

Julkisen sektorin asiantuntijajohtamisen ongelmana on ollut ajatus siitä, että ei ole ollut sopivaa olla päällikkö. Johtajien puuttuessa mallit on jouduttu ottamaan elinkeinoelämästä. Sveiby (1990: 185, 191) näkee julkisen sektorin asiantuntijaorganisaatioiden johtamisen ongelmien johtuvan siitä, että niillä ei ole selkeää toiminta-ajatusta eikä näin ollen mitattavissa olevia tavoitteita. Mikäli toiminta-ajatusta on, se saattaa olla ristiriidassa henkilöstöidean kanssa (tarjotaan sekä palve-

¹⁹ Sekä Fayol että Urwick olivat jo aikanaan huolissaan professionalismin korostuksesta. Kun teknisiä taitoja ja kokemusta pidetään riittävinä esimiesasemaan, hallinnollinen osaaminen jää toisarvoiseksi, ja se ajatellaan voitavan hankkia työn ohessa. (Urwick 1937: 121.) Myös Gulick (1937a: 10) toteaa ammattilaisella olevan taipumus olettaa olevansa auktoriteetti ja omaavansa parhaan tiedon myös alueella, jolla hänellä ei ole kompetenssia.

lua että suoritetaan valvontaa). Julkisessa organisaatiossa asiakkuus on epäselvä. Onko asiakas palvelun käyttäjä vai sen maksaja? Sen lisäksi keskustelua eivät käy asiakkaat ja palvelunantajat vaan heidän edustajansa. Asiakkaalla ei ole valtaa, vaan hänen statuksensa on alimpana. Jos ei tiedetä, kuka on asiakas, ei voida tietää, onko palvelun laatu hyvää. Julkisen sektorin usko suurtuotannon etuihin koostuu asiantuntijajoukkoihin, jotka yrittävät päästä eroon rutiinistyöstä siirtämällä sen 'halvempien' ammattiryhmien tehtäväksi. Työnjako tapahtuu pääasiassa pysyvästi. (Sveiby 1990: 193–194, 231–233.)

Terveydenhuollossa on aika-ajoin käyty keskustelua johtajien ammatillisen taustan välttämättömyydestä. Suomessa terveydenhuollon johtajat ovat lähes kaikilla tasoilla professioista nousseita. Yleisjohtajien lisääntyminen saattaa vähentää hoitotyön johtajien mahdollisuutta osallistua ylimpään päätöksentekoon. Hoitotyön ylin johto on vähentynyt ja tehtäviä siirretty lähijohtajille. Hoitajien koulutuksen siirrolla korkeakouluihin on pyritty tietopohjan ja johtamistaitojen kehittämiseen ja näin ammatin profiilin nostamiseen. (Causer & Exworthy 1999: 91–92.) Toisaalta ammattilaisia pidetään sopivalla lisäkoulutuksella erityisen sopivina keski-johtoon, koska siinä ollaan tekemisissä ammattityön kanssa. Näin he pystyvät yhdistämään ammatilliset ja johtamistaidot tavalla, johon ei-ammattilaiset eivät pysty. (LeTourneau & Curry 2003.)

2.3.3 *Tulosorganisaatio ja tulosjohtaminen*

Tulosohjauksellisuuden vaikutus alkoi näkyä julkisella sektorilla 1980-luvun jälkipuoliskolla, ja se korvasi osittain tavoitejohtamisen. Terveydenhuollossa erityisesti sairaanhoitopiireihin siirryttäessä mallia haettiin liike-elämästä. Lumijärvi ja Salo (1996: 9–12) pitävät tulosohjausta säädösohjauksen ja resurssiohjauksen vaihtoehtona. Tulosohjauksen keskeisiä elementtejä ovat toimintojen hajautus keskusjohteisuuden sijaan, desentralisaatio ja yksikköperusteinen ajattelutapa²⁰. Kysymyksessä on strategisen ohjauksen uusi muoto, jossa operatiivista päätöksentekoa siirretään toimeenpanon yhteyteen. Siinä missä tavoitejohtaminen liittyi tasaiseen taloudelliseen kasvuun ja uusien hyvinvointipalveluiden rakentamiseen, tulosjohtamisen käyttöönotto liittyi taloudellisesti synkkään ajanjaksoon, jossa korostui supistamispolitiikka.

Tulosohjauksen käyttöönoton yhteydessä tehtiin myös valtiosuusuudistus ja normiohjausta purettiin. Myös privatisointipyrkimykset nousivat esiin. Tulosoh-

²⁰ Vrt. Mintzberg (1989: 155–157) monimuotoinen (*diversified*) organisaatio.

jaus on kuitenkin privatisoinnista riippumaton toimintamalli. Privatisointi simuloi markkinakäyttäytymistä, kun taas tulohjauksen vahvistaa ja motivoi tuloksellisuuden parantamiseen. Julkisessa hallinnossa tulohjauksen tähtää julkisten varojen tehokkaampaan ohjaukseen ja käyttöön sopimusten ja luottamuksen kautta. Markkinanäkökulma tuo johtamisen tehostamiseen markkinapakon. (Lumijärvi & Salo 1996: 12–13.)

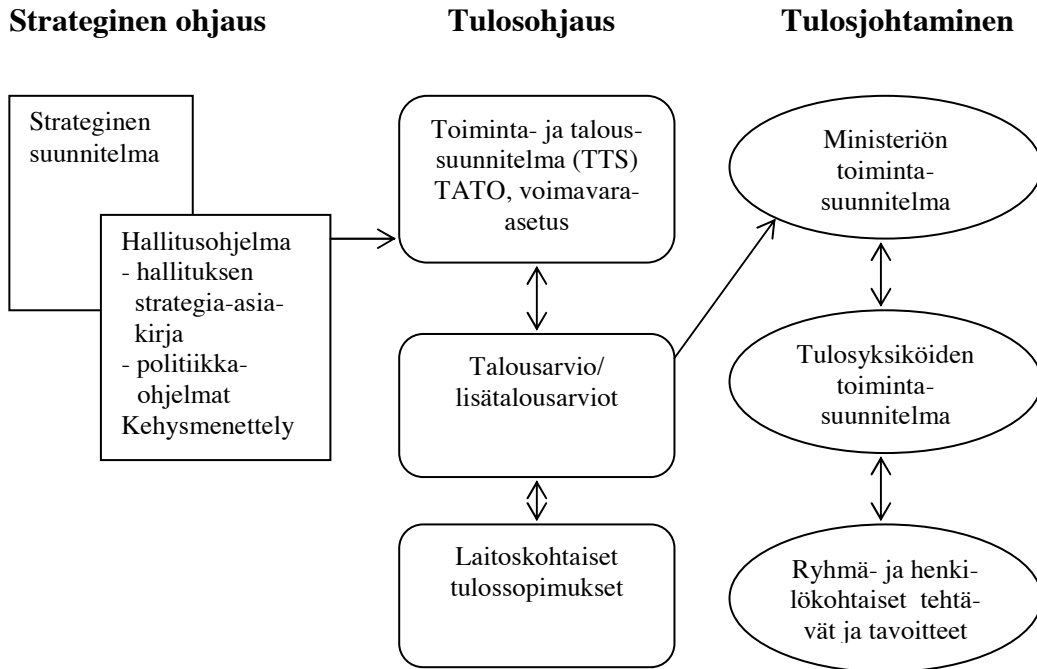
Terveydenhuollossa tulohjauksen käyttöönottoon vaikutti pyrkimys pois keskusjohtaisen järjestelmän jäykkyydestä ja byrokraattisuudesta. Alueelliset ja toiminnalliset erityispiirteet jäivät huomioimatta. Sairaalat kaipasivat parempia mahdollisuuksia käyttää hyväkseen toimintaa suuntaavaa palautetietoa ja toimintavallan delegoimista. Kontrolliin keskittyvä keskusjohtoinen rakenne oli tarkoituksenmukainen hyvinvointipalvelujen perustamisvaiheessa. (Mäkelä 1994: 27–28.)

Tulohjauksen ja tulosjohtamisen ovat erillisiä käsitteitä. Tulohjauksjärjestelmää kokonaisuudessaan voidaan tarkastella usealla tasolla (ks. kuvio 4). Mikrotasolla tulohjauksen asettaa tulostavoitteet ja luo objektiivisen arviointijärjestelmän. Esimiesten päivittäisjohtaminen taas tähtää resurssien oikea-aikaiseen kohdistamiseen oikeisiin tavoitteisiin ja henkilökunnan sitouttamiseen tulostavoitteiden saavuttamiseksi. Ryhmä- ja henkilökohtaiset tehtävät ja tavoitteet sovitaan vuosittain esimies-alaiskeskusteluissa. Metatasolla tulohjauksen tarkoittaa ministeriön ja sen alaisen hallinnon ohjaussuhdetta siten, että virastot ja laitokset toimivat mahdollisimman tehokkaasti. Laajimmillaan makrotasolla tulohjauksen tarkoittaa koko valtionhallinnon toimintaa eli lähinnä eduskunnan ja valtioneuvoston osallistumista hallituksen strategia-asiakirjan, politiikkaohjelmien ja valtion talousarvion kautta. (Lumijärvi & Salo 1996: 16–17; STM 2002a: 15–19.)

Organisaation tasolla tulohjauksen lähtökohtana on strateginen suunnittelu, toiminta-ajatuksen selkiyttäminen ja halutun vision täsmentäminen toimintaohjeistoksi. Tulohjauksen jakaa organisaation rakenteen tulosvastuiseksi johdetuiksi kokonaisuuksiksi eli tuloyksiköiksi²¹. Organisaatio määrittelee tuloksellisuuskriteeristön ja rakentaa tulostavoitteiden, joka kuvaa tuloksellisuuden kehittymistä. Konkreettisessa toiminnassa tulosajattelu näkyy vuosittaisen suunnittelu- ja budjetointiprosessin yhteydessä kirjattavina tulosindikaattoreina ja tulostavoitteina. Tulossopimuksessa sovitaan myös tulospalkkioiden käytöstä. Toiminnan tasolla tulohjauksen näkyy huomion siirtämisenä tekemisestä tuloksiin. Esimiehen tehtävä

²¹ Yksiköittäminen tausta-ajatuksena on, että selkeille yksiköille toiminnallisten ja taloudellisten tavoitteiden asettamisen onnistuu paremmin. Niille voidaan delegoida valtaa valita keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. (Möttönen 1999: 1118.)

on luoda edellytykset ja tukea tuloksiin pääsemistä. Suoraa valvontaa vähennetään ja korostetaan työntekijän omaa vastuuta. (Lumijärvi & Salo 1996: 18–21.)



Kuvio 4. Sosiaali- ja terveystieteiden ohjausjärjestelmä (STM 2002a: 15)

Organisaation taloudellisen mallin suosio on saanut myös useat terveydenhuollon organisaatiot ottamaan käyttöön mekaanisia toimintatapoja ja pitkälle menevää erikoistumista (Katz & Kahn 1978: 159). Tulosajattelu ja tulosorganisaatorakenne ovat jossain määrin vaikeasti sovitettavissa julkisen terveydenhuollon organisaatioihin. Tulosajattelussa pyrkimys on tehokkuuteen, ”*the greatest benefit for the cost*”²². Kuitenkin ongelmana on, miten tehokkuus esiintyy käytännössä. Todellisuudessa esiin saadaan suurin mitattavissa oleva hyöty mitattavissa olevin kustannuksin. Tuloksissa painottuu näkyvä, todistettu, laskettu tehokkuus. Syynä tähän on se, että kustannuksia on helpompi mitata kuin hyötyjä. (Mintzberg 1989: 330–332.)

²² Tehokkuus on Gulickin (1937b: 192) mukaan myös hallintotieteen lopullinen päämäärä; työn tekeminen mahdollisimman vähällä työvoimalla ja materiaalilla.

Koska taloudelliset kustannukset ovat helpommin mitattavissa kuin sosiaaliset kustannukset, pyrkimys tehokkuuteen voi lisätä sosiaalisia kustannuksia, joita pidetään ulkoisina, yhteiskunnan vastuulla olevina kustannuksina. Koska taloudelliset hyödyt ovat helpommin mitattavissa kuin sosiaaliset hyödyt, tehokkuus ajaa organisaation kohti taloudellista moraalialia, joka johtaa sosiaaliseen moraalittomuuteen. Mitattavissa oleva ohittaa ei-mitattavan hyödyn. (Mintzberg 1989: 330–332.)²³

Tulosajattelu lisää sektoroituneisuutta. Huomio kiinnitetään ensisijassa omiin tuloksiin ja niiden seurantaan, ja asioiden monipuolinen tarkastelu vaikeutuu ja vähenee. Seurauksena on suoritteiden korostuminen muiden asioiden jäädessä vähemmälle huomiolle. (Valtioneuvoston kanslian asiantuntijaryhmä 1995: 31.) Julkisen terveydenhuollon organisaatioissa tulosityksikön tulos tarkoittaa pysymistä menobudjetin raameissa. Raamit saadaan laskennallisesti arvioimalla tulevaa toimintaa. Raamit ovat oikeastaan sopimuksia. Tulos muodostuu lopulta siitä, miten lähelle oikeaa osataan arvata. (Linkola 2002: 3295–3296.)

Managerialismilla tarkoitetaan Ojalan (2003: 27) mukaan yksilöjohtamisen edellytysten lisäämistä ja yksilöjohtamisen alan laajentamista korostavaa ideologiaa. Se on New Public Managementin keskeinen elementti, mutta kapea-alaisempi. Keskeistä managerialismissa on tilivelvollisuuden toteutuminen tuloksellisuuden kautta hierarkkisen tilivelvollisuuden sijaan. Managerialismin avulla on pyritty hierarkian, jäykkyyden ja sääntöjen sijaan joustavuuteen, responsiivisuuteen, yksilön ja ryhmän empowermantiin ja asiakkaan palvelemiseen (Shafritz & Ott 1996: 485).

Julkishallinto on voinut hyödyntää liikkeenjohdon teoriaa ja käytäntöä vasta 1980-luvulla. Liikkeenjohdon aineksen soveltaminen julkiseen johtamiseen joudutaan yleensä rakentamaan jäsentymättömän teorian varaan. Tilanteen etuna on, että näin yksityissektorin esikuvasta ei muodostu pakkopaitaa, vaan ideoita voi ottaa käyttöön selektiivisesti ja varioiden. Ongelmatilanteet kuitenkin kuvastavat julkisen johtajuuden ongelmia, joiden taustalla ovat epäselvän toiminta-ajatuksen ja strategioiden puutteet. (Temmes 1992: 123, 149.)

Kun terveydenhuollon yhteydessä puhutaan managerialismista, tarkoitetaan usein terveydenhuollon palvelujen järjestämistavan muutoksia liike-elämästä lainattujen tekniikoiden avulla. Managerialismin tulo terveydenhuoltoon on tuonut alalle liike-elämästä tuttuja metodeja. Managerialistinen lähestymistapa sisältää kilpai-

²³ Mintzberg on kirjoittanut aiheesta myös 1983: 270–272.

lun, toiminnan mittaamisen, monitoroinnin ja 'value for money' -ajattelun. (Waine & Henderson 2003: 49.) Tulosjohtamisella pyritään eroon standardeihin perustuvasta lähestymistavasta, ja alaisille ja yksiköille annetaan enemmän itsenäistä päätösvaltaa. Yksiköille annetaan haasteita, joihin ne itse kehittävät ratkaisun. (Mäkelä 1994: 38.)

Terveydenhuollossa managerialismi on tullut merkittävästi esiin erityisesti tulosjohtamisen soveltamisessa toimintaan. Tulosjohtaminen ei ole täsmällisesti määritelty käsite, vaan pikemminkin prosessi, jossa toistuvat suunnittelu, päivittäisjohtaminen ja valvonta. Tavoitteena on ollut selkeyttää työtä ohjaavia arvoja, lisätä kustannustietoista ajattelua, tehostaa tiedonkulkua, motivoida henkilöstöä, laajentaa päätöksentekoon osallistumista ja lisätä henkilöstön henkilökohtaista toimintavapautta. (Mäkelä 1994: 178–179.) Tulosjohtamisessa on keskeistä organisaation päämäärän selkiyttäminen. Samalla määritellään toiminnan tulos ja asetetaan selkeät tavoitteet. Ideaalimalli korostaa myös henkilökunnan osallistumista tavoitteiden asetteluun (Mäkelä 1994: 181). Jotta tavoitteeseen pääsyä voitaisiin arvioida, organisaatiossa on oltava seurantajärjestelmät ja monitorointia. Toimintaa verrataan huippuyksiköiden toimintaan (*best practice*). (Waine & Henderson 2003: 58–59.)

Tulosjohtaminen on teoriaperustaltaan käytännön liikkeenjohdon ideoihin perustuva. Prosessimaisuuden ohella se korostaa tavoiterationaalisuutta, johdon esikuvamaisuutta motivoimisessa, johdon sitoutumista sekä informaatio- ja palautejärjestelmien tärkeyttä. Lisäksi se on saanut vaikutteita kontingenssiteoriasta korostaen päivittäisjohtamistavoissa tilanne- ja ympäristösidonnaisuutta. Siinä on myös piirteitä ihmissuhdeajattelusta (tuloskeskustelut, kumppanuus, henkilöstön mukaan saaminen) ja tieteellisen liikkeenjohdon opeista (tuloksellisuuspalkkiot, palkkauksen sitominen suorituksiin, tuloskulttuuri). (Lumijärvi & Salo 1996: 14.) Toisaalta tulosjohtamisen soveltamisessa sen perusideaan on kytketty uusia elementtejä sitä mukaa, kun niitä on kehitetty johtamisen alueella. Näin ollen tulosjohtamisen soveltamisalaa on jatkuvasti laajennettu. (Möttönen 1999: 1117.)

Tulosjohtamisen keskeisiä piirteitä ovat esimiesten ja alaisten sopimista korostava johtamismenettely, tavoitteelliseen ohjaukseen perustuva eri toimijoiden välinen ohjaus- ja johtamissuhde, strategisten ja operatiivisten asioiden erottamiseen perustuva toimijoiden tehtäväjako, pyrkimys päätöksentekojärjestelmään, jossa korostuu tavoitteiden saavuttaminen ja rationaalisuus, autonomisiin yksiköihin perustuva organisaatorakenne sekä organisaatiokulttuurin muuttaminen tuloskulttuuriksi. Päätösvalan delegointia on perusteltu sillä, että päätöksenteon hajautumisen yhteydessä siirtynyt valtaa voidaan korvata ylemmille organisaatio-

tasoille antamalla heille tehtäväksi toiminnan tavoitteiden laatiminen ja seuranta. (Möttönen 1999: 1117–1118.)

Kaikessa terveydenhuollon toiminnassa on keskeistä, mitä saadaan aikaan ja mitä vaikutuksia toimenpiteillä on yksilö- ja yhteisötasolla. Johtamisen kannalta palautteen saaminen on olennaista. Huomion kiinnittäminen toiminnan tuloksiin auttaa suuntaamaan ja muotoilemaan toimintaa toivottuun suuntaan. Hyvän lopputuloksen saavuttaminen edellyttää usein laajaa yhteistyötä. Tavoitteisiin pyrkivä johtaminen on käytännön toiminnasta lähtevää johtamista, jossa erityisillä toimenpiteillä pyritään määritelyihin ja arvioitaviin lopputuloksiin. (Pinnock & Dimmock 2003: 257–258.)

Toiminnan tulokseen keskittymisen ehdoton hyöty on kaikkien mukana olevien tietojen ja taitojen esiin pääseminen. Palvelun käyttäjien näkökulmasta keskustelu siirtyy tarpeista ja ammattikuntien määrittelemistä palveluista kaikkien osapuolien yhdessä määrittelemiä tuloksia kohti. Yhteisen tavoitteen määrittely toki vaatii konsensusta, jonka saavuttamisessa johtajalla on keskeinen rooli. Kun yhteiset realistiset tavoitteet on sovittu, suunnittelu voi keskittyä organisaation mahdollisuuksiin ja keinoihin saavuttaa tulokset. Johtajan tehtävä ei ole prosessin kontrollointi ylhäältä, vaan osapuolien sitouttaminen yhteiseen päämäärään. (Pinnock & Dimmock 2003: 262–263.)

Liike-elämästä peräisin oleva tulosjohtamisen termistö ja mittaustavat eivät välttämättä tunnu soveltuvan terveydenhuoltoon. Kuitenkin omien henkilökohtaisten ja ammatillisten arvojen ja organisaation päämäärän yhdistäminen palvelun käyttäjää hyödyttävällä tavalla on terveydenhuollon tulosajattelun ydin. Kun toiminnan tavoiteltu tulos on selvillä, jokainen organisaation toiminta voidaan arvioida suhteessa siihen. Tulokset on myös aina suhteutettava käytettävissä oleviin resursseihin. (Pinnock & Dimmock 2003: 263.)

Tulosjohtaminen ei kuitenkaan ole ongelmatonta. Kysymykset päämääristä, arvoista ja tulosvastuusta ovat keskeisiä, kun mietitään voidaanko yksityisen sektorin malleja hyödyntää (Flynn 1999: 28). Organisaation tavoitteet on usein ilmaistua liian yleisellä tasolla, ja tuloksen mittaaminen on mahdotonta. Lisäksi on mahdollista, että organisaatio ei voi itse vaikuttaa tavoitteiden saavuttamiseen. Olennaista esimiestyön kannalta on osata päättää, mitä toimintaa ja milloin kannattaa mitata. Ylenmääräinen, tarpeeton mittaaminen on esimiehen ja organisaation resurssien tuhlaamista. Mittaamisen ongelmaksi saattaa muodostua mittaustulosten yksipuolinen käyttö. Olennaista on se, mihin verrataan. Mittaus sinänsä ei aina ilmaise tehdyn työn laatua. Omaa toimintaa voidaan arvioida suhteessa toisiin samankaltaisiin yksiköihin (*benchmarking*) tai arvioinnissa tukeudutaan luotettavaan tut-

kimustietoon (*evidence-based*). (Pinnock & Dimmock 2003: 279; Waine & Henderson 2003: 59–61.)

Tulosjohtamisen käsitteistö ei ole ollut terveydenhuoltoon riittävän avara tai sisältöltään riittävän syvä. Erityisesti numeerinen tulosten mittaaminen sotii eettisiin kysymyksiin liittyviä pehmeitä tunnuslukuja vastaan. Eettiset kysymykset ovat jääneet taloudellisten lukujen varjoon, ja silloin toiminnan pohja irtautuu eettisistä perusteistaan. Vaarana on myös tulosjohtamisjärjestelmien, samoin kuin muiden uudistusten, ottaminen käyttöön muiden kuin terveydenhuollon johtajien aloitteesta. Mallit ikään kuin otetaan käyttöön ulkoapäin, eivätkä terveydenhuollon johtamisjärjestelmät ole valmistautuneita uudistuksiin. (Parviainen & Sarvimäki 1999: 76.) Tulosjohtaminen edellyttää selkeää vallitsevan organisaatiokulttuurin muutosta, ja tämä tekee sen käyttöönotosta vaativan.

Uudentyyppinen managerialismi on löysännyt siteitä johtamisen ja organisaation välillä. Painotus on siirtynyt yleisiin johtamistaitoihin, jotka ovat käyttökelpoisia laajasti julkisella ja yksityisellä sektorilla. Johtamisessa painotus on henkilökohtaisissa ominaisuuksissa ja taidoissa. Tavoite on myös valtaistaa muita. Johtajilla on edelleen asema hierarkiassa, mutta toimintatavat eivät ole enää byrokraattisia. Seurauksena on kuitenkin ollut lateraalisen solidaarisuuden sirpaloituminen. Vaikka johtamistaidot ovat lisääntyneet sekä ammattilaisilla että johtajilla, eivät kuitenkaan kaikilla. Seurauksena on ammattikuntien koherenssin heikentyminen. Syynä ovat olleet ammattikuntiin kohdistunut yleinen asenne sekä lainsäädännön suoma tiettyjen ammattien monopoli. Managerialismin merkittävin kehitys on ollut, että ammattilaisia ei enää nähdä homogeenisena ryhmänä. (Exworthy & Halford 1999: 133–136.)

Koska terveydenhuollon organisaatioissa on vahvat professionaaliset perinteet, niiden johtamisessa managerialismi vaatii uutta ajattelua. Managerialismi tuo uusia vaatimuksia terveydenhuollolle, ja työntekijöillä ja palvelun käyttäjillä saattaa olla erilaiset odotukset. (Waine & Henderson 2003: 67, 72.) Julkisella sektorilla esitettiin yleisjohtaja-ajatuksia jo 1920-luvulla, mutta professionalismismi pysyi edelleen vallassa. Managerialismi on kuitenkin uudelleen 1980-luvulta alkaen voimistunut. Uuden tyyppinen managerialismi on tuonut uuden tyyppisen johtamisen. Se korostaa innovaatioita, luovuutta ja empowermentia. Uusi managerialismi korostaa henkilön ominaisuuksia ja kompetenssia sääntöjen tuntemisen ja byrokraattisten menettelytapojen sijaan. Uusi managerialismi voi olla uhka professionalismille. Ammattilaisille saattaa herätä epäily omista kyvyistään yritysmaaisessa kulttuurissa, ja tilanne pakottaa heidät laajentamaan johtamisosaamistaan. (Exworthy & Halford 1999: 5, 12.)

Liikkeenjohdon teoria on aina suodatettava julkisten organisaatioiden erityispiirteiden kautta. Tavoitteena tulisi olla julkisten asiantuntijaorganisaatioiden teoria ja käytäntö, jossa liikkeenjohdon teoriasta poiketen painotettaisiin näiden organisaatioiden institutionaalista asemaa ja vastuuta. Kehitystyössä tulisi onnistua yhdistämään institutionaalinen ja työyhteisöllinen näkökulma. Tulevaisuudessa suositeltavia innovaatioita olisivat asiakassuhteisiin perustuvan toimintatavan omaksuminen, asiantuntijajaritysten johtamisen metodiikan omaksuminen, asiantuntijajaritysten henkilöstöpoliittisten innovaatioiden soveltaminen sekä organisaatio-kulttuurisen keinovalikoiman hyväksikäyttö. (Temmes 1992: 156, 159, 161.)

Tulosjohtamisen vaikutuksia on tutkittu Suomen terveydenhuollossa, ja tulokset ovat sekä myönteisiä että kielteisiä. Sinkkonen (1994: 13) on selvittänyt tulosjohtamisen vaikutuksia hoitohenkilökunnan asemaan. Raportti toteaa ylihoitajien aseman heikentyneen, mutta vastaavasti osastonhoitajien aseman vastuun kasvaneen ja työtehtävien lisääntyneen. Vastuun kasvamisesta ei tosin ole huomioitu palkassa, eivätkä vaikutusmahdollisuudet ole parantuneet vastuun myötä. Tulosjohtaminen lisäsi hoitohenkilökunnan taloustietoutta, mutta työyksiköiden välillä havaittiin kilpailua. Ristiriitoja ammattiryhmien välillä tulosjohtaminen ei poistanut. Tulosjohtamisen suhde hoidon laatuun oli kaksijakoinen. Yhtäältä laadun kehittäminen koettiin tärkeäksi, mutta toisaalta tulosjohtamisen ja laadun kehittämisen pelättiin olevan ristiriidassa keskenään.

Myös Mäkelä (1994: 182–184, 186–190) on tutkinut tulosjohtamisen käyttöönoton vaikutuksia Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa. Yleisesti muutos koettiin positiivisena, mutta vaihtelu oli suurta yksiköiden välillä. Positiivinen piirre oli henkilökunnan kustannustietoisuuden kasvu. Kuitenkin ennestään hankalat esimies-alaisuudet kärjistyivät, ja vanhat käyttäytymismallit ja vaikutuskanavat lakkasivat toimimasta. Vaikka yksiköiden liikkumavaraa pyrittiin lisäämään, uusi järjestelmä koettiin pikemminkin vanhaa järjestelmää täydentävänä kuin sitä korvaavana. Suorittava henkilökunta koki edelleen vaikutusmahdollisuutensa rajallisina. Esimies-alaisuudet muodostuivat erityisen merkittäviksi tiedonvälityksen sekä vaikuttamisen ja osallistumisen kannalta. Vain toimivissa ja luottamuksellisissa esimies-alaisuhteissa oli mahdollista tehtävien laajamittainen delegointi. Tulos- ja kehityskeskusteluiden aloittamisen kynnys oli korkea. Tämän tyyppinen esimies-alaiskommunikointi ei sisälly perinteiseen johtamiseen.

K. Pahkala, S. Pahkala, Puolijoki ja Laippala (2001: 317–322) ovat tutkineet tulosjohtamisen toteutumista ennustavia tekijöitä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Tutkijat esittävät johtopäätöksensä, että hyvin toteutettu tulosjohtamiskoulutus, yleinen kehittämismyönteisyys ja vahva työhön liittyvien arvojen tiedostaminen luovat perustan tulosjohtamiseen sitoutumiselle. Tulosjohtamisen

heikkoa toteutumista taas ennustavat epäselvät vastuukysymykset, ammattitaidon kehittämismahdollisuuksien puute, heikko työhön liittyvien arvojen tiedostaminen sekä puutteellinen vuorovaikutus esimiehen kanssa.

Myös Möttönen (1999: 1119, 1121) toteaa, että tulosjohtamisen myötä organisaatioiden tulostietoisuus ja taloudellisuusajattelu ovat lisääntyneet. Tulosjohtamisen seurauksena johtaminen on tullut ammattimaisemmaksi. Tulosjohtamisen myönteiset vaikutukset näkyvät lisäksi päätöksenteon siirtymisenä lähemmäs kansalaisia ja palveluajattelun leviämisenä. Henkilöstöasioissa päätösvaltaa on siirretty työyhteisötasolle, mutta henkilöstöhallinto on edelleen liian irrallaan muusta toiminnasta. Tulosjohtamisen ongelmia ovat myös puutteet tavoitteiden asettamisessa ja niiden saavuttamisen seurannassa. Tehokkuusajattelu on ollut liian määräävässä asemassa, eikä tulosjohtaminen näy tavoitteittensa mukaisesti työpaikoilla.

Pfefferin (1981: 95) mukaan yksityisen sektorin päätöksentekostrategioiden käyttäminen julkisella sektorilla on yleensä epäonnistunut. Julkisen ja yksityisen sektorin ero on siinä, missä määrin organisaatiossa vallitsee konsensus päämääristä ja käytetystä teknologiasta. Yksityisen sektorin tavoite, voiton maksimointi, on selkeä läpi koko organisaation. Julkisella sektorilla yksityissektorin menetelmiä otetaan käyttöön erityisesti silloin, kun resursseista on pulaa. Se saa aikaan päätöksenteon entistä kiivaamman politisoitumisen. Käyttöön saatetaan ottaa menetelmiä, jotka olettavat tavoitteiden yhteneväisyyden. Oikeampi tapa olisi käyttää politisointiin sopivia päätöksentekomenetelmiä. (Osborne & Gaebler 1996: 534.)

2.3.4 Terveysthuollon organisaatorakenteiden vertailua

Professionalismissa ja byrokratiassa voidaan havaita yhtäläisyyksiä. Molempia leimaavat vahvasti kontrolli, täydellisen hallinnan orientaatio, valvonta ja erikoistuminen. Järjestystä pyritään luomaan implementoimalla abstrakti päätöksentekoprosessi ja luomalla hierarkkisia suhteita. Asiakaskuntaan pyritään pitämään etäisyyttä persoonattomuuden avulla. Asiantuntijatietoa käytetään säilyttäen salaperäisyys ja kunnioitus. Lisäksi molemmat järjestelmät vaativat avustavaa henkilökuntaa, jotka useimmiten ovat naisia. (Davies 1995: 61.)

Järjestelmissä on myös eroavaisuuksia. Byrokratiassa kontrolli näkyy virkamiehen tavassa hoitaa virkaansa kurin ja valvonnan alaisena, kun taas ammattilainen on sitoutunut alansa substanssiin, asiantuntijuuden harjoittamiseen. Byrokratiassa asioiden hoito on säännöin sidottu, mutta ammattilainen halveksii organisaatiota ja sen sääntöjä. Byrokratiassa päätöksenteossa toimivallan alue on tarkoin rajattu, kun taas professionaalisessa organisaatiossa se on monimutkaisempaa. Byrokratiassa toiminta on rutiinitehtävien suorittamista, kun ammattilainen paneutuu tapa-

usten yksityiskohtiin ja yksilöllisyyteen. Byrokratiaa leimaa joustamattomuus ja virkahierarkia, kun taas ammattilaisorganisaatio on joustava ja toimii autonomisesti. (Salminen & Kuoppala 1985: 60; Davies 1995: 56.)

Tulevaisuudessa tärkeintä tulee olemaan organisaation sopivuus tarkoitukseensa, ei organisaatorakenne sinänsä. Organisaation tavoitteiden ja rakenteen välinen epäsopivuus voi aiheuttaa jännitteitä johtamisessa, työntekijöiden keskuudessa ja palvelun käyttäjissä. Muodolliseen rakenteeseen saattaa liittyä epämuodollisia sopimuksia ja järjestelyitä. Silloin lähijohtajan asema on toimia välittäjänä. Yhtäältä lähijohtaja on vastuussa sääntöjen ja määräyksien noudattamisesta, jolloin tuloksena on rutiinitoimintaa. Toisaalta he valvovat työntekijöitä, jotka saattavat yhdessä asiakkaidensa kanssa vaatia toimintavapautta ja joustavuutta. (Seden 2003: 112, 114.)

Taulukko 1. Byrokratian, managerialismin ja professionalismin ideaalityypit (mukailtu Flynn 1999: 25)

	Byrokratia	Managerialismi	Professionalismi
Legitimitetin lähde	Hierarkia, erityistehtävät	Hierarkkinen auktoriteetti	Erityistaidot
Tavoitteet/päämäärät	Tehokkuus	Vaikuttavuus/ voiton maksimointi	Tehokkuus/ tekninen kompetenssi
Kontrollimuoto	Kirjalliset säännöt/ rajattu toimivalta	Säännöt/ mukautuminen	Luottamus/riippuvuus
Asiakkaat	Yksilöt	Yhtiöt	Yksilöt
Referenssiryhmä	Byrokraattiset esimiehet	Byrokraattiset esimiehet	Vertaiset ammattilaiset
Säännökset	Hierarkkiset	Hierarkkiset	Kollegiaaliset/ itsesääteily

Terveydenhuollossa, tulevaisuudessa ja jonkin verran jo nykyään, on käytössä verkostoihin pohjautuvaa työskentelymalli. Organisaation tasolla verkostoituminen merkitsee löyhempää rakennetta, jossa organisaatiot syttyvät ja sammuvat tilanteen mukaan. Organisaatio ei ole enää tuotantolaitos, vaan hankkii tarvitsemansa palvelut muilta verkoston jäseniltä. Hoitotyön tasolla esimerkkinä verkostoitumisesta on yksilövastuinen hoitotyö omahoitajineen, jossa hoitaja ja potilas

muodostavat perusyksikön, joka verkostoituu potilaan tarpeiden mukaan. (Telaranta 1997: 30.)

Taulukossa 1 tarkastellaan Flynnin idean pohjalta byrokratian, managerialismin ja professionalismin ideaalityyppejä. Vaikka managerialismia on pidetty varsin joustavana johtamissuuntauksena verrattuna byrokraattiseen johtamiseen, ideaalityyppien vertailussa professionalismi näyttää joustavammalta kuin managerialismi. Mäkelän (1994: 38) mukaan professioiden autonomia ja keskinäinen kiistely saattaa merkitä uhkaa tulosjohtamiselle ja tulosten saavuttamisen arvioinnille. Markkinavetoisissa johtamismalleissa korostetaan yksilöjohtajan vastuuta. Asioiden johtaminen korostuu, mutta erityisesti terveydenhuollon organisaatioissa myös ihmisten johtaminen on tärkeää. Tulospalkkauksen soveltaminen on käytännössä ollut terveydenhuollon yksiköissä vähäistä, vaikka tuloskeskusteluja onkin jossain määrin käyty. (Kinnunen & Vuori 1999: 42.)

2.4 Lähijohtaminen

Lähijohtaminen on osa organisaation johtamisjärjestelmää muodostaen sen alimman tason. Käsite on otettu käyttöön erityisesti terveydenhuollossa viimeisen 10 vuoden aikana, ja esimerkiksi hoitajien koulutuksessa ensimmäiset lähijohtamisen koulutusohjelmat aloitettiin 1990-luvun lopulla. Lähijohtaja voidaan rinnastaa termeihin esimies ja työnjohtaja ja toimintana lähijohtaminen termeihin esimiestyö ja työnjohtaminen. (Isosaari 2006: 45) Englannin kielessä lähijohtaminen vastaa lähinnä termejä *front-line* ja *first-line manager/management*, ja erityisesti terveydenhuollossa osastonhoitajista on käytössä useita termejä: *charge nurse*, *ward manager*, *ward siter* (Iso-Britannia), *head nurse*, *clinical coordinator/director*, *first-line nurse manager*, *unit/nurse manager* (USA) (Surakka 2006: 22–23).

Organisaatioiden johtamisjärjestelmä voidaan jakaa kahteen (ks. Mintzberg 1996: strateginen huippu ja keskijohto) tai kolmeen (ks. Katz ja Kahn 1978: ylin, keski- ja lähijohto) tasoon. Staehlen ja Schirmerin (1992) keskijohdon määritelmän (keskijohto = työntekijät, joiden alapuolella on vähintään kaksi hierarkkista tasoa) avulla lähijohtaja voidaan määritellä työntekijäksi, jonka alapuolella on vähintään yksi hierarkkinen taso. Tämä tarkoittaa käytännön terveydenhuollossa osastonhoitajia ja -lääkäreitä, ja lähijohtaminen on näin ollen heidän johtamistyötään yksiköiden tasolla.

2.4.1 Johtaminen johtamisjärjestelmän alimmalla tasolla

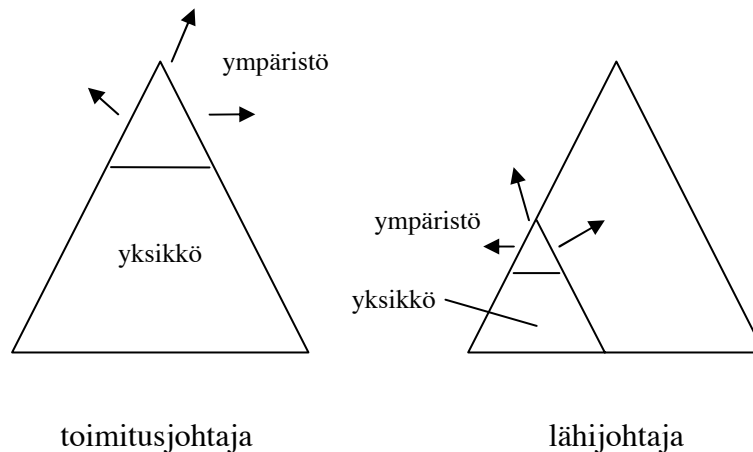
Lähijohtajan toimintaympäristö on lähellä toiminnan ydintä. Lähijohtajan toiminnassa ihmiset nähdään ennen kaikkea yksilöinä, kun taas ylemmän johdon tasolla ihmiset nähdään ryhminä. Lähijohtajan asemassa on olennaista konkreettinen, subjektiivinen ja implisiittisesti looginen tieto, joka koskee erityisesti omaa yksikköä. Ylemmällä tasolla käsiteltävä tieto on abstraktia, objektiivista ja eksplisiittisesti loogista. (Argyris 1990: xii.)

Lähijohtaja kuuluu kahteen organisaation alajärjestelmään: johtamisrakenteeseen ja omaan yksikköön. Tämä kahdessa järjestelmässä mukana oleminen saattaa aiheuttaa ristiriitoja, mutta yhdessä ne muodostavat lähijohtajan roolin. (Katz & Kahn 1978: 198; Argyris 1990: 93.) Lähijohtaja on mukana kahdessa eri maailmassa, joilla on eri arvot. Organisaation kannalta hyväksyttäviä arvoja ovat huolellisuus, sitoutuminen, kova työ, etenemistavoitteet ja kyseenalaistamaton lojaalius. Työntekijöiden arvomaailmassa hyväksytään poissaolot, vaihtuvuus, heikko sitoutuminen, apatia, hidastelu ja varovainen lojaalius työnantajaa kohtaan. Lähijohtajan on toimittava linkkinä näiden välissä edustaen työnantajan muodollista intressiä. (Argyris 1990: 93, 96.) Lähijohtaja eroaa työntekijöistä tekemällä tiettyjä toimintoja työnantajan puolesta ja ylemmästä johdosta puutteellisen autonomian johdosta (Della Rocca 2001: 57).

Edellä mainittujen kahden tason lisäksi lähijohtajan on osallistuttava organisaation toimintaan horisontaalisesti. Hänen on toimittava yhteistyössä samalla tasolla olevien kollegojen kanssa, vaikka kyseessä on kilpailuasetelma. Terveystieteiden tutkimuksessa voidaan lisätä vielä yksi merkittävä taso; potilas ja hänen omaisensa ja intressiryhmänsä. Sen lisäksi, että lähijohtajan on toimittava tehokkaasti näillä kaikilla tasoilla, hänen on kyettävä liikkumaan tasolta toiselle nopeasti ja usein. (Schartau 1993: 51.)

Johtajan työ on luonteeltaan lyhytkestoista, vaihtelevaa ja sirpaloitunutta. Sitä leimaavat jatkuvat keskeytykset. Tehtävissä on pitkällä aikavälillä säännöllistä vaihtelua, mutta ei lyhyellä tähtämellä. Mitä alemmas hierarkiassa mennään, sitä lyhytkestoisemmiksi tehtävät muuttuvat. Tämä johtuu tehtävien luonteesta. Alemmalla tasolla on annettava etusija välittömille toimenpiteille. Informaatiota on saatava välittömästi ja tapahtumiin on reagoitava viipymättä. Työssä joudutaan turvautumaan suurelta osin suulliseen tiedonvälitykseen ja ennalta suunnitelmattomiin kokouksiin. Johtaminen on oikeuksien ja velvollisuuksien sekoitus. Suurinta osaa työstä ei ole mahdollista kontrolloida, mutta kontrollin määrä on usein johtajasta itsestään kiinni. (Mintzberg 1980: 31, 35, 38, 48.)

Mintzbergin (1980: 55, 95) mukaan johtajan kymmenen roolia²⁴ ovat yleisiä kaikilla johtamisen tasoilla. Johtajan tehtävä on varmistaa, että toiminta palvelee sen perustehtävää riippumatta siitä, johtaako hän koko organisaatiota vai sen yksikköä. (Ks. kuvio 5.) Johtajan on suunniteltava ja ylläpidettävä toiminnan vakaus ja oltava vastuussa strategian laadintajärjestelmästä. Johtajan on myös varmistettava, että toiminta palvelee sitä valvovien päämääriä, ja oltava tiedon linkki ympäristön ja yksikön välillä.



Kuvio 5. Johtaminen koko organisaation ja yksikön kannalta (Mintzberg 1980: 55)

Ylemmän ja alemman tason johtajan työssä on Mintzbergin (1980: 110–113) mukaan eroa orientaationsa perusteella. Mitä lähempänä operatiivista tasoa lähijohtaja työskentelee, sitä enemmän toiminta on yksityiskohtiin menevää, tarkkaan harkittua ja vähemmän abstraktia. Alemmalla tasolla on huolena työprosessien sujuvuuden ylläpito, ja toiminta on näin reaaliaikaista. Toiminta keskittyy enemmän itse työtehtäviin. Ylemmällä tasolla tietoa kerätään strategian muodostusta varten. Alemmalla tasolla ristiriitojen ja häiriöiden käsittelijän sekä neuvottelijan roolit korostuvat. Työ on katkonaisempaa ja enemmän sirpaloitunutta. Huomio kiinnittyy enemmän päivittäisasioihin ja erityisseikkoihin kapealla alueella. Kuitenkin mahdollisuus oman työn kontrollointiin on yhtä huono kaikilla johtamisen tasoilla, mutta samalla kontrollin mahdollisuus on kaikilla yhtä hyvä. Työntekijän on itse päätettävä, kontrolloiko työ häntä vai hän työtä.

²⁴ Ks. Mintzbergin (1980: 56, 92–93) johtajan roolit.

Johtajan käyttäytyminen organisaatiossa voidaan jakaa kolmeen tyyppiin tai tasoon. 1) Johtaja osallistuu rakenteellisten muutosten ja toimintapolitiikan muotoiluun, 2) johtaja täydentää olemassa olevan rakenteen epätäydellisyyttä tai improvisoi tai 3) johtaja käyttää muodollista olemassa olevaa rakennetta pitääkseen organisaation liikkeessä ja tehokkaana. Näistä vaativin tehtävä on rakenteen ja toimintapolitiikan muotoilu ja tämä tapahtuukin johtamisen ylimmällä tasolla. Olemassa olevan rakenteen muokkaaminen toimintaan sopivaksi tapahtuu organisaation keskitasolla, ja alin esimiestaso käyttää johtamistaitojaan rakenteen hyödyntämiseen sellaisenaan mahdollisimman hyvin. Alimmalla tasolla rakenteeseen vaikuttamismahdollisuudet ovat vähäisemmät. Erilaisen johtajuuden tarpeesta on seurauksena, että jokaisella tasolla tarvitaan erilaista kognitiivista tyyliä, eriaistista tietoa ja erilaista mielenlaatua. Johtaminen on siis erilaista organisaation eri tasoilla, ja näin ollen johtamistaidot, jotka sopivat ylimmälle tasolle, saattavat olla sopimattomia alimmalla tasolla.²⁵ (Ks. taulukko 2.) (Katz & Kahn 1978: 536–537.)

Taulukko 2. Johtajuusmallit, niiden sijainti organisaatiossa ja niiden taitovaatimukset (mukailtu Katz & Kahn 1978: 539)

		Kyvyt ja taidot	
Johtajuusprosessi	Tyypillinen organisaatiotaso	Kognitiivinen	Affektiivinen
Organisaatio: Muutos, luominen ja rakenteen eliminointi	Ylin porras	Systeeminäkökulma	Karisma
Lisääminen: Rakenteen täydentäminen	Keskitaso: keskeiset roolit	Alayksikön näkökulma: kaksisuuntaisen orientaatio	Ensisijaisten ja toissijaisten suhteiden yhdistäminen: ihmishuuhdetaidot
Hallinto: Olemassa olevan rakenteen käyttäminen	Alemmat tasot	Tekninen tieto ja järjestelmän sääntöjen ymmärtäminen	Huomio tasapuolisuuteen palkkioiden ja sanktioiden käytössä

²⁵ Vrt. Mintzberg edellä. Mintzbergin mukaan johtajalla on samat roolit kaikilla tasoilla, mutta painotus erilainen.

Keskeistä on, että johtajan on käytettävä tasolleen sopivia kykyjä. Ylimmällä tasolla johtajalla on oltava systeeminäkökulma. Hänen tehtävänsä on yhdistää organisaation toiminta sen ulkopuolisiin yhteyksiin siten, että toiminta on tarkoituksenmukaista sekä koko organisaation että sen alayksiköiden kannalta. Tämän kaltaiset tehtävät ovat otollisia karisman synnylle. Keskitasolla johtaja kehittää tapoja, joilla implementoida organisaation toimintapolitiikkaa ja saavuttaa tavoitteita. Olennaista on osata yhdistää organisaation alemman ja ylemmän tason näkemykset ja vaatimukset niin, että hyöty koituu koko organisaatiolle. Keskitasolla vaaditaan erityisesti ihmissuhdetaitoja. Keskijohdon asemaan kuuluu kaksoisrooli esimiehenä ja alaisena. (Katz & Kahn 1978: 542, 546–548.)

Johtaminen alimmalla tasolla on hallintoa, jossa johtajuudessa ollaan lähellä nolatasoa. Toiminta ei kuitenkaan ole täysin mekaanista sääntöjen ja määräysten toimeenpanoa. Se voi olla huolimatonta tai tehokasta, hyödyllistä tai virkaintoista. Lähijohtajan vaikutusvalta perustuu tehtäviin liittyvään tekniseen tietoon, määräysten ymmärtämiseen ja niiden oikeudenmukaiseen, johdonmukaiseen ja tasapuoliseen käyttöön. Heidän vastuullaan on huolehtia, että henkilökunnalla on tarkoituksenmukaista materiaalia, oikeat työvälineet ja oikeat ohjeet työn suorittamiseksi. Organisaation määräysten ja ohjeiden vahvuus perustuu selkeään ja oikeudenmukaiseen palkkioiden ja rangaistusten käyttöön sekä oikeaan harkintaan siten, että myös määräysten henki toteutuu. Huono lähijohtaminen aiheuttaa organisaatiolle kalliita ja epäadekvaatteja kompensatiomuotoja. Ylemmän johdon jättäminen huomioimatta saattaa johtaa hallinnon toimintaan organisaation toimintapolitiikasta irrallaan. Tämä voi johtaa kokonaisuuden kannalta huonoon lopputulokseen. (Katz & Kahn 1978: 557–558, 569–570.)

Lähijohtajat nähdään usein esimerkiksi laadunhallinnassa muutosta vastustavana voimana, mutta he voivat olla muutoksen kantava voima. He voivat toimia linkkinä, joka liittää kaiken yhteen. (Roth 1998: 6, 9.) Kaikkien johtamisen tasojen kohdalla onnistunut johtajuus riippuu siitä, miten johtajuutta jaetaan. Johtajuutta voidaan jakaa delegoimalla, osallistavalla päätöksenteolla, vaikutusmahdollisuuksilla sekä tiedonvälityksellä. Erityisesti hierarkkista organisaatorakennetta voidaan madaltaa ottamalla alaisia mukaan päätöksentekoon omaa toimintaansa koskevissa kysymyksissä. (Katz & Kahn 1978: 571–572.)

Toiminnan tasolla ylimmän johdon työ on enemmän suunnittelua ja organisointia kuin keskijohdossa. Keskijohdon toiminta on taas enemmän johtamista ja valvontaa kuin alimman johdon työssä. Alimman johdon tehtäviin kuuluu johtaminen ja motivointi. Funktioita ei kuitenkaan voi erottaa toisistaan, vaan kaikilla johtamisen tasoilla tehdään jossain määrin samoja asioita, mutta painotus on erilainen.

Viime kädessä jokainen organisaatio määrittelee itse johtamistasonsa. (Killen 1977: 5–6.)

Terveysthuollossa tehokas lähijohtaja pyrkii vaikuttamaan muihin niin, että he työskentelisivät yhdessä tuottavalla ja tyydyttävällä tavalla. Johtajalla on oltava selkeät tavoitteet, adekvaatit tiedot ja taidot sekä kykyä kriittiseen ajatteluun. Hänellä on oltava itsetuntemusta, että hän pystyy havaitsemaan sekä henkilökunnan että muiden ihmisten tarpeet. Lähijohtajan on kommunikoidava selkeästi ja tehokkaasti sekä toimittava tilanteiden vaatimalla tavalla. Vaikka ulospäin lähijohtajan työ saattaa näyttää helpommalta kuin esimerkiksi hoitajan työ, johtaja on kuitenkin vastuussa koko hoidosta ja riippuvainen henkilökunnasta, jotta työ tulee tehtyä kunnolla. (Tappen 1989: 57, 87–88.)

Lähijohtajan toiminta on tärkeä määräävä tekijä keskivertotyöntekijän suhteelle työhön. Näin se on kriittinen linkki tuotantoketjussa. Usein lähijohtajien työ ei ole tyydyttävää, koska vallan ja vastuun suhde ei ole selkeästi määritelty (Schartau 1993: 52). He eivät toteuta organisaation toimintapolitiikkaa ja vastustavat tai aliarvioivat uudistuksia tai kehitystyötä. Ongelma piilee asemassa, joka kehittää avuttomuutta. Lähijohtajat ovat ”*people in the middle*”, ja tämä asema on ongelman lähde. Lähijohtaja saattaa olla umpikujassa ilman etenemismahdollisuuksia. He toimeenpaneuvat ohjelmia tai toimintapolitiikkaa, johon he eivät itse ole päässeet vaikuttamaan. Alaiset saattavat tehdä työn vaikeaksi etenkin, jos lähijohtaja on itse ylennyt asemaansa henkilökunnan joukosta. Kuitenkin lähijohtajan työtä arvioidaan samojen sääntöjen mukaan, vaikka työtä saattaa rajoittaa aivan toisenlaiset säännöt. Tämä aiheuttaa avuttomuutta ja voimattomuutta. (Schartau 1993: 54; Kanter 1996: 403.)

Lähijohtaja pyrkii saavuttamaan vaikutusvaltaa organisaation ylemmän johdon suhteen, koska sen avulla hän voi saavuttaa alaistensa kunnioituksen. Lähijohtajan valta on kuitenkin rajallinen, ja hän joutuu käyttämään hyväksi olemassa olevia rakenteita niiden muuttamisen sijaan. (Schartau 1993: 59.) Organisaation pyramidirakenne tekee lähijohtajasta portinvartijan alaisen menestykselle. Näin lähijohtajasta tulee helposti huomion kohde. (Argyris 1990: 103.) Lähijohtajan johtamistoimintaan vaikuttavat taustatekijät, johtamiskäytös ja sen seuraukset. Taustatekijöitä ovat tilanteen luonne, johtajan ominaisuudet ja alaisten ominaisuudet. Johtamiskäytöksessä voidaan erottaa organisaation ylemmän johdon määräämä johtamiskäytös, johtajan todellinen johtamiskäytös ja alaisten odottama johtamiskäytös. Jos johtaminen on linjassa alaisten odotusten kanssa, johtamistoiminta on helpompaa kuin silloin, kun alaisten ja ylimmän johdon odottama johtamiskäytös ovat ristiriidassa. Kokonaisuudessaan lähijohtajan työstä suurin osa on suoraa interaktiota johtajan ja alaisten välillä. (Drakenberg 1997b: 123.)

Lähijohtajat joutuvat miettimään, kuinka selviytyä toiminnasta ja saada tuloksia aikaan, ja samalla sovittaa päivittäisiä vaatimuksia hoidon kokonaisnäkemykseen. Käytännössä lähijohtajalla ja henkilökunnalla saattaa olla kilpailevat toimintalinjat. Tämä tulee erityisesti esiin moniammatillisissa tiimeissä. (Aldgate & Dimmock 2003: 17.) Lähijohtaja toimii olennaisessa asemassa organisaation toimintapolitiikan implementoijana. Hän kokoaa esiin tulleet huomiot toimintapolitiikan muuttamiseksi ja sovittaa organisaation taholta tulevat vaatimukset huolehtimalla henkilökunnan tuen tarpeesta ja koulutuksesta. (Waine & Henderson 2003: 50.)

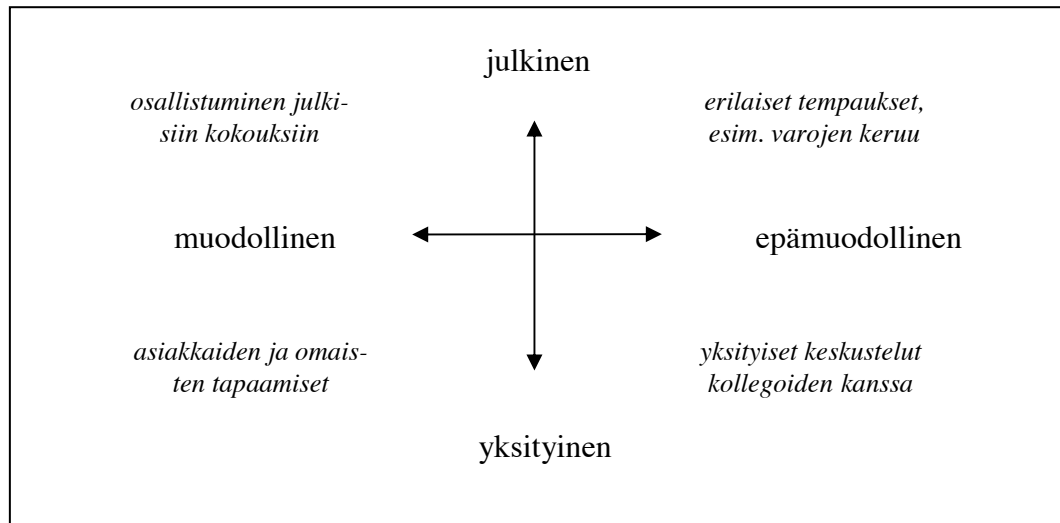
Lähijohtaja osallistuu päätöksentekoon. Hän hoitaa osan tehtävistä itse, ja osa hoidetaan ylemmällä tasolla. Hän allokoii resursseja, suunnittelee ja implementoi. Lähijohtaja hoitaa suhteita muihin yksiköihin ja ympäristöön, neuvottelee ja luo verkostoja. Hänen vastuullaan on oman yksikön strategian muodostaminen linjassa koko organisaation strategian kanssa. Lähijohtaja on myös esikuva. Lähijohtajan tehtävänä on tiedonvälitys omaan yksikköön, organisaatioon ylöspäin sekä komentoketjun ulkopuolelle. Hän käsittelee toiminnassa esiintyvät poikkeukset ja konfliktit. (Mintzberg 1996: 240.)

Johtaja on vastuussa työntekijöiden työstä ja siitä, että se tuottaa lisäarvoa. Hän myös vastaa suunnan näyttämisestä, tiimien ylläpidosta sekä alaisten mukaan saamisesta. Johtajalla on oltava riittävästi auktoriteettia, että alaiset voivat suorittaa tehtävänsä. Hänellä tulee olla valta tehdä työtoimeksiantoja, palkita työstä organisaation politiikan mukaan sekä esittää siirtoa, jos joku on kykenemätön toimimaan tehtävässään. (Jaques 1996: 249.)

Johtajan johtamistaidoilla ja valinnoilla on suuri merkitys yksikölleen. Mitä paremmin johtaja ymmärtää työtään ja itseään, sitä herkemmin hän osaa kuunnella organisaatiota. Johtajan työssä on keskeistä tiedon jakaminen. Näin voidaan välittää organisaation arvoja. Johtajan on tiedostettava pinnallisuus; osa tehtävistä vaatii syvempää perehtymistä ja erityishuomiota, osa voidaan delegoida. Tehtävässä on myös pyrittävä löytämään muutoksen ja vakauden tasapaino. (Mintzberg 1980: 175–179.) Johtajan taidoista kriittisimpiä ovat epävarmuuden ja epäselvyyden sietokyky sekä kyky kohdata ja hallita ristiriitoja (Pfeffer 1981: 354).

Käytännöstä ohjautuva lähijohtaja pyrkii luomaan kulttuurin, joka ottaa huomioon palvelun käyttäjän, henkilökunnan hyvinvoinnin, osallistavan päätöksenteon, kokemuksen, tiedon, tutkimuksen sekä koulutuksen ja ammatillisen kehittymisen tärkeyden. (Aldgate & Dimmock 2003: 24). Lähijohtajan tulee tiedostaa henkilökunnan keskeinen asema tiedon välittäjänä asiakkaalta organisaatioon (Connelly & Seden 2003: 41). Lähijohtamisen sisältö vaihtelee ammatillisesti ulottuvuuksilla muodollinen – epämuodollinen ja yksityisyyden suhteen ulottuvuuksilla yksi-

tyinen – julkinen (Peace & Reynolds 2003: 138). Kuvio 6 kuvaa näitä ulottuvuuksia ja auttaa hahmottamaan lähijohtajan toimintaympäristöä. Lähijohtaja joutuu siirtymään alueelta toiselle useasti yhden työpäivän aikana. Hän keskustelee asiakkaan tai omaisen kanssa salassa pidettävistä hoitoon liittyvistä kysymyksistä, mutta jo seuraavassa hetkessä hän saattaa joutua paneutumaan työntekijän ongelmiin.



Kuvio 6. Lähijohtajan toimintapiiri (mukailtu Peace & Reynolds 2003: 138)

2.4.2 Lähijohtaminen julkisessa terveydenhuollossa

Terveydenhuollossa lähijohtaminen tapahtuu toimintayksiköissä. Lähijohtajina toimivat sekä lääkärit että hoitajat. Lääkäreiden virkanimike ei kerro kuitenkaan tarkasti asemasta organisaatiossa. Erikoissairaanhoidossa yksiköiden tason johtamistoiminnasta vastaa useimmiten osastonlääkäri tai osastonylilääkäri, mutta joskus apulaisyylilääkäri tai jopa ylilääkäri²⁶. Perusterveydenhuollossa osastonlääkäri-nimike on harvinaisempi ja esiintyy vain suurissa terveyskeskuksissa. Käytetympi nimike on osatoiminnasta vastaava lääkäri. Pienissä terveyskeskuksissa johtami-

²⁶ Virkanimike perustuu enemmän palkkaustekniikkaan kuin asemaan.

nen keskittyy useimmiten yksin johtavalle lääkärille.²⁷ Hoitajien lähijohtaja on osastonhoitaja²⁸.

Lääkärit lähijohtajina

Terveydenhuollon toiminnassa lääkäreiden lähijohtaminen on hoitajien lähijohtamista huomattavasti epäselvempi kokonaisuus. Lääkäreiden hallinnollista roolia on kaiken kaikkiaan tutkittu niukasti²⁹. Vielä vähemmän on tutkittu lääkäreitä lähijohtajina³⁰. Lääkäreiden asema terveydenhuollossa on ollut ja on edelleen dominoiva. Lääkärin työtä luonnehtii, kuten terveydenhuollon työtä yleensäkin, epävarmuus. Lääkärin työn luonteesta johtuen varsinainen päätöksenteko ja epävarmuuden sietäminen ovat kuitenkin lääkärijohtajalle helppoja. (Nissinen-Paatsamala 2002: 4857.)

Lääkärikunta edustaa vahvaa professionalismia, ja siirtyminen johtajan asemaan on hyvin yleisesti tuonut mukanaan rooli- ja toimintakulttuuriristiriitoja. Lääkäreiden perinteisesti korostamia periaatteita ovat professionaalinen autonomia, yksilökeskeinen työ, itsemääräämisoikeuden korostus ja näyttöön perustuva toiminta. Johtajan roolissa varsinkin uuden julkisjohtamisen periaatteiden mukaan joudutaan pohtimaan julkista tilivelvollisuutta, resurssien allokoimista, systemiajattelua, tiimityötä ja toiminnan tehokkuutta. Toimintaohjeet, arviointi ja valvonnan lisääntyminen koetaan vallan rajoittamisena ja uhkana perinteiselle autonomialle. Ongelman syntymisen lähtökohta on siinä, että lääkärin koulutus tähtää yksilöön, ei organisaation tasolle. (Mäntyranta 1993: 50–52; Doolin 2001: 232; Edwards ym. 2002: 835–836; Davies & Harrison 2003: 647; Degeling ym. 2003: 649; Edwards ym. 2003: 609.)

Lääkäreiden johtamistoimintaa hallitsee edelleen ammatillinen erityisosaaminen, ja johtajuus jää sivuosaan. Osasyynä on johtamiskoulutuksen puuttuminen, mutta myös haluttomuus johtajan tehtäviin. Omalla erikoisalallaan päteväksi tunnustetun lääkärin on vaikea olla pitämättä itseään myös erinomaisena johtajana. Johtajan roolia minimoidaan. Toisaalta lääkärijohtajalla on pyrkimys osallistua myös

²⁷ Engl. *clinical director, clinical manager, doctor-manager*.

²⁸ Engl. *ward sister, ward manager, charge nurse, first-line nurse manager, unit manager*

²⁹ Suomessa muun muassa Hermanson 1989, Tuomiranta 2002, Lehto, Viitanen & Autio 2003. Kansainvälisesti LeTourneau & Curry 2003, Doolin 2001, Ham & Alberti 2002, Edwards, Kornacki & Silversin 2002, Davies & Harrison 2003, Edwards, Marshall, McLelland & Abbasi 2003, Degeling, Maxwell, Kennedy & Coyle 2003, Forma, Viitanen & Lehto 2004, Viitanen ym. 2006.

³⁰ Suomessa Viitanen, Willi-Peltola & Lehto 2002, Viitanen & Lehto 2004, kansainvälisesti Hadley & Forster 1995.

kliiniseen työhön säilyttääkseen uskottavuutensa ja luotettavuutensa ammattikunnan sisällä. (Mäntyranta 1993: 54–55, 59; Lindqvist 1997: 87–89; Vuori 2000: 878–879; Doolin 2001: 240, 242; Viitanen, Lehto, Tampusi-Jarvala, Mattila, Virjo, Isokoski, Hyppölä, Kumpusalo, Halila, Kujala & Vänskä 2006: 92.)

Tulevaisuudessa lääkärikunnan naisistuminen saattaa vaikuttaa myönteisesti tavoitteeseen laajentaa kliininen tulosvastuu kapeasta ammatillisesta vastuusta yhdistettyyn johtamistehtävään, joka sisältää sekä kliinisen toiminnan että resurssien hallinnan. Olennaista on keskittyä terveydenhuollon hoitoprosessiin, jonka fokuksena on potilas. (Mäntyranta 1993: 54–55, 59.) Tilanteen parantamiseksi lääkärinkoulutukseen tulisi lisätä monitieteisyyttä, johtamisosaamista, terveydenhuollon hallinnon tutkimusta sekä johtamisen ja kliinisen työn yhteistä arviointia. (Nash 2003: 652–653). Johtamiskoulutuksen liittäminen lääkärinkoulutukseen jo varhaisessa vaiheessa korostaisi asian tärkeyttä, ennaltaehkäisisi vääriä asenteita ja korostaisi holistista ajattelua terveydenhuollon johtamisessa (Hadley & Forster 1995: 37).

Lehto, Viitanen ja Autio (2003: 5209–5213) ovat tutkineet, ovatko johtajiksi valikoituneet lääkärit erilaisia kuin johtajiksi valikoitumattomat kollegat. Tutkimuksen tuloksena ilmeni, että johtajaksi valikoitumisen todennäköisyyttä lisäsivät johtamiseen liittyvä täydennyskoulutus, nopea erikoistuminen sekä miessukupuoli. Tutkimukseen osallistuneet osastonlääkärit ilmoittivat hallinnollisen työn vievän viikossa keskimäärin kaksi tuntia, kun potilastyössä kului 36 tuntia. Tutkijat esittävät, että lääkäriyden ja johtajuuden ristiriita johtuu osittain siitä, että johtajuudelle ei anneta tilaa. Tilannetta ei korjata ainoastaan koulutuksella, vaan toimenkuvia muuttamalla. Osastonlääkäriin edellytetään osallistuvan varsinaiseen lääkärintyöhön, kun muilla terveydenhuollon johtajilla on koko työaika käytettävissä johtamiseen³¹ (Nissinen-Paatsamala 2002: 4857). Osastonhoitajalla ja osastonlääkärillä on myös hyvin erilainen motivaatio johtajuuteen (Viitanen & Lehto 2004: 17). Lääkäreillä on usein asenne, että johtaminen ei ole työtä ollenkaan (Järvi 2000: 4175).

Perusterveydenhuollossa lääkäreiden lähijohtaminen on vielä epämääräisempi käsite kuin erikoissairaanhoidossa. Suuremmat terveyskeskukset lähestyvät organisaatioltaan erikoissairaanhoidon mallia. Pienissä terveyskeskuksissa lääkäreitä on kuitenkin vain muutama, ja näin ollen sama henkilö voi olla yhden kunnan terveydenhuollon tulosalueen johtaja ja samalla lähiesimies kollegoilleen ja hoitohenkilökunnan osastonhoitajille. Varsinaisia osastonlääkäriä nimikkeellä olevia

³¹ Tosin myös osastonhoitajat osallistuvat hoitotyöhön, ks. Narinen 2000.

työntekijöitä terveyskeskuksissa ei Suomen Lääkäriliiton selvityksen mukaan ole (Suomen Lääkäriliitto 2003: 16). Kuitenkin pikainen katsaus avoimna oleviin lääkärin virkoihin (www.mol.fi) osoittaa, että myös terveyskeskuksissa on avoimna olevia osastonlääkärien vakansseja. Lähijohtajalääkärin alaisten määrittäminen on tehtävä jokaisessa terveyskeskuksessa erikseen. Missä määrin lääkäri sitten näissä olosuhteissa tuntee itsensä lähijohtajaksi ja kenelle, on hämärän peitossa. Ylemmällä tasolla olevista johtajalääkäreistäkin vain vähän yli puolet identifioi itsensä johtajiksi (Lehto ym. 2003: 5213).

Kaikkiaan lääkäreiden hallinnollinen ura ei ole juurikaan suunniteltu, vaan siirtyminen hallinnollisiin tehtäviin tapahtuu sattumalta, ennakoimatta ja osittain vastentahtoisesti. Hallinnon taidot kehittyvät lääkäreillä vähitellen kokemuksen kautta pikemminkin kuin teorian ja opiskelun kautta. Terveystenhuollon organisaatioiden hierarkiassa lääkäri on ammattityöntekijä siihen saakka, kunnes hän siirtyy ylilääkäriksi tai johtavaksi lääkäriksi. Vasta sitten tehtäväkuva olennaisesti muuttuu. Terveyskeskuksissa hallintoon siirtyminen tapahtuu lyhyemmän virkahierarkian kautta. (Hermanson 1989: 154–156.)

Vuonna 2005 osastonlääkäri-nimikkeellä työskenteli sairaaloissa 1137 lääkäriä (Suomen Lääkäriliitto 2005a: 14). Osastonlääkäreiden johtamistyö painottuu kliiniseen työhön ja asiantuntijana toimimiseen. Kuten edellä todettiin, osastonlääkäreiden esimiestehtävä osoittautui epäselväksi ja johtajuus koettiin viran mukanaan tuomana pakollisena lisänä. (Viitanen ym. 2002: 3755–3757.)

Osastonlääkärin virkaan pääsyvaatimuksena on asianomaisen alan erikoislääkärin tutkinto, samoin kuin terveyskeskusten ylilääkärien ja apulaisyllilääkärien virkoihin. Hallinnollisen pätevyyden hankkiminen riippuu työntekijän omasta kiinnostuksesta. Perusterveydenhuollossa johtavalta lääkäriltä tai ylilääkäriltä vaaditaan yleensä kokemusta hallinnollisista tehtävistä. Varsinaista hallinnon pätevyyttä ei vaadita. (Ks. esim. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2004; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2006; HUS 2007.) Tulosityksiköiden johtoon on mahdollista hakeutua myös muulla terveydenhuoltoalan koulutuksella (pätevyysvaatimukset on yleensä asetettu organisaation säännöissä tai erillisessä kelpoisuusrekisterissä³²).

Lääkäreiden hallinnon koulutus on alkanut täydennyskoulutuksena. Koulutuksen aloitti Sairaalahallinnon Koulutussäätiö (SAHKO). Säätiö kuitenkin purettiin vuonna 1972 ja koulutus siirtyi Sairaalaliitolle. Lääkäriliitto on järjestänyt omaa hallinnollista täydennyskoulutusta 1960-luvulta alkaen. 1970-luvulta alkaen hal-

³² Ks. edellä mainitut lähteet.

linnollinen täydennyskoulutus on siirtynyt yliopistoille ja järjestöille. Lääkäreiden hallinnollista koulutusta on pyritty institutionalisoimaan sisällyttämällä erikoislääkärin tutkintoon hallinnon opintoja ja aloittamalla vuonna 1979 suppeaan erikoisalaan verrattavien hallinnon pätevyksien myöntäminen erikoislääkäreille. Lääkäreiden hallinnon koulutusjärjestelmä on kuitenkin edelleen hajanainen. (Hermanson 1989: 35–37.)

Osastonlääkäri on koulutukseltaan erikoislääkäri, joka on lääketieteen lisensiaatin opintojen jälkeen suorittanut erikoisalasta 5–6 vuoden erikoislääkärin koulutusohjelman. Erikoiskoulutuksen ajan lääkäri toimii yliopiston hyväksymässä erikoisalan koulutukseen tarkoitettussa virassa, toimessa tai tehtävässä. Opintoihin kuuluu vähintään 80 tunnin kurssimuotoinen teoreettinen koulutus. Opiskelija osallistuu oman oppimisen ja koulutuksen toimivuuden kehittämiseen ja arviointiin sekä suorittaa valtakunnallisen erikoisalakohdaisen kuulustelun. Kaikkien erikoisalojen koulutukseen sisältyy 20 tuntia yleisiä hallinnon opintoja. (A erikoislääkärin tutkinnosta 678/1998; Helsingin yliopisto 2004.)

Lääkärin peruskoulutus ja erikoistuminen eivät anna riittävästi valmiuksia hallinnollisiin ja esimiestehtäviin. Lääkäreiden hallinnon pätevyyteen johtava koulutus lakkasi 2002 vuoden lopussa, ja uudenmuotoinen koulutus alkoi vuoden 2003 alusta. Lääkäriliiton lääkäreiden johtamiskoulutuksen tulevaisuuden suunnittelemiseksi perustama työryhmä ehdotti uudeksi hallinnon koulutukseksi noin kaksi vuotta kestävää prosessimaista koulutusta. Koulutuksen painopisteen toivottiin siirtyvän johtamistaitoihin, ja koulutusvaatimuksista ehdotettiin poistettavaksi vaatimus erikoislääkäreiden kahden vuoden hallinnollisesta työkokemuksesta. (Järvi 2001: 3677.)

Varsinaisen hallinnon pätevyyden voi uuden koulutuksen mukaan suorittaa erikoislääkärin tutkinnon jälkeen. Koulutuksessa jokaiselle opiskelijalle laaditaan henkilökohtainen suunnitelma käytännön palvelusta ja teoreettisesta koulutuksesta. Käytännön palvelu tarkoittaa kahden vuoden työskentelyä kokopäivätoimisessa lääkärin työssä, johon liittyy riittävästi johtamisvastuuta tai muita koulutuksen tavoitteisiin liittyviä työtehtäviä. Käytännön palvelun yhteydessä veloitetaan osallistumaan toimipaikkakoulutukseen, mikäli se liittyy koulutuksen tavoitteisiin. Teoreettista kurssimuotoista opetusta edellytetään 220 tuntia. Opetus tulee sisältää sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoa, julkista hallintoa, johtamistaitoa ja henkilöstöhallintoa sekä taloushallintoa ja terveystaloustieteen käsitteitä. Pätevyyden saa suorittamalla valtakunnallisen kuulustelun. (Hallinnon pätevyys 2004.)

Hoitajat lähijohtajina

Toisin kuin osastonlääkärin, osastonhoitajan työstä on olemassa useita kuvauksia. Työtä on kuvattu oppikirjoissa (ks. esim. Välimäki 1998; Henderson & Atkinson 2003; Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku 2005), väitöstutkimuksissa (Narinen 2000; Surakka 2006), kirjallisuudessa (Jankola 1988) sekä useissa koti- ja ulkomaisissa artikkeleissa (ks. esim. Duffield 1992; Carroll & Adams 1994; Chase 1994; Willmot 1998; Duffield & Franks 2001; Sinkkonen & Taskinen 2002; Mettiäinen ym. 2003; Bondas 2006.)

Hoitajien ryhtyminen johtotehtäviin on osittain aktiivista, mutta usein myös passiivista ajautumista tai joutumista. Motivoivana tekijänä voi olla idealistinen halu saada jotain aikaan tai oma hyöty ja vallan tavoittelu. Hyvin usein kyse on kuitenkin sattumasta tai joutumisesta johtotehtäviin. (Duffield & Franks 2001: 89; Bondas 2006: 335–337.)

Hoitajalähijohtajien tehtävien sisältö riippuu yksiköstä ja sen koosta. Esimerkiksi hoitotyöhön osallistumisen osuus vaihtelee suuresti. Surakan (2006: 36) katsauksen mukaan vaihtelu oli eri tutkimuksissa 21–63 %. Pienissä yksiköissä hallinnollisten tehtävien määrä on vähäisempi ja osastonhoitaja osallistuu hoitotyöhön (Sovie 1994: 30). Jankola (1989: 2) painottaa osastonhoitajan työn suuntautumista enemmän varsinaiseen johtamistyöhön, kuten suunnitteluun, seurantaan, arviointiin, työyhteisön kehittämiseen, taloudellisuuteen ja henkilöstön motivoimiseen ja kannustamiseen, eikä niinkään varsinaiseen potilaiden hoitoon. Siirtymistä onkin tapahtunut kliinisestä hoitotyöstä toiminnan ja henkilöstön johtamiseen (Willmot 1998: 419; Duffield & Franks 2001: 87; Mettiäinen ym. 2003: 70). Muutos hoitajaesimiehestä osaston johtajaksi kuitenkin siirtää taitavat asiantuntijat pois potilastyöstä ja samalla roolimalli häviää (Willmot 1998: 420). Hoitajajohtajien ainutlaatuista panosta ei välttämättä osata tuoda esiin (Duffield & Franks 2001: 89).

Osastonhoitajan vastuulla on kokonaan tai osittain yksikön resursseista huolehtiminen, uuden henkilökunnan rekrytointi ja valinta, henkilökunnan kehittämisestä ja kompetenssista huolehtiminen, hoidon laadusta huolehtiminen hallituin kustannuksin, tutkimukseen pohjautuvien hoitomenetelmien käyttö, potilaiden, omaisten ja lääkäreiden pitäminen tyytyväisinä sekä henkilökunnan ohjaaminen ja tukeminen (Sovie 1994: 30; Willmot 1998: 420). Lisäksi osastonhoitajan rooliin kuuluu lakien ja muiden määräysten noudattaminen, strateginen suunnittelu sekä koordinointi ja yhteistyö organisaation muiden yksiköiden ja ammattikuntien kanssa (Oroviogioicoechea 1996: 1276). Olennaista on taito yhdistää kliinisen hoitotyön realiteetit tehokkaaseen päätöksentekoon (Duffield & Franks 2001: 87). Osastonhoitajan tehtävää kuvataankin ympärivuorokautiseksi vastuuksi yksikön toimin-

nasta. Tehtävä on keskeinen potilaiden, perheiden, lääkäreiden, henkilökunnan ja hallinnon kannalta. (Herrin & Prince 1994: 42.)

Osastonhoitajan työ on käytännössä henkilöstö- ja taloushallintoa, työnjohtotehtäviä sekä yhteistyö- ja kehittämistehtäviä (Narinen 2000: 148). Menestyminen osastonhoitajan tehtävässä vaatii taitoa yhdistää eri teorioita (Carrol & Adams 1994: 16; Herrin & Prince 1994: 43). Työ vaatii ihmissuhde- ja johtamistaitoja, taloudellista ja teknistä osaamista sekä kykyä yhteistyöhön ja kehittämiseen (Herrin & Prince 1994: 43–44; Orovioigoicoechea 1996: 1273; Mettiäinen ym. 2003: 68; Ollila 2006: 216). Ihanteellisimmillaan osastonhoitajalla on sisäistettynä käsitys itsestään johtajana. Työn keskeinen sisältö on kääntää hallinnon tasolla asetetut tavoitteet ja päämäärät käytännön toiminnaksi. Se vaatii kliinisen taidon ja johtamistaidon yhdistämistä. (Sanders, Davidson & Price 1996: 42.)

Osastonhoitajakoulutus alkoi Suomessa vuonna 1957, jolloin varsinainen sairaanhoitajakoulutus lyhennettiin 3-vuotisesta 2,5-vuotiseksi, ja erikoiskoulutus erotettiin yhdeksän kuukauden mittaiseksi erikoiskoulutukseksi, joka antoi erikoishoitajan ja osastonhoitajan kelpoisuuden. Pääsyvaatimuksena oli terveydenhuollon opistoasteen tutkinto (sairaanhoitaja, lääkintävoimistelija, röntgenhoitaja, laboratorionhoitaja, toimintaterapeutti). Korkea-asteen jatkokoulutuksia olivat hallinnollinen ja sairaanhoidon opettajan tutkinto. (OPM 1990: 4; Sorvettula 1998: 272, 414.)

Terveydenhuollon koulutus uudistettiin keskiasteen uudistuksen yhteydessä vuonna 1987, jolloin perustettiin erilliset terveydenhuollon peruslinjat ja ylioppilaspohjaiset linjat. Koulutus rakenne oli kaksiportainen. Uusi opistotasoinen koulutus, johon siis erikoistuminen sisältyi, ei antanut enää osastonhoitajan pätevyyttä. Vanhamuotoinen erikoiskoulutus jatkui 31.5.1994 saakka. Terveydenhuollon hallinnon koulutus (ylihoitaja) siirrettiin 1979 alkaen yliopistoihin. (OPM 1990: 5–6, 10; Manninen, Mertokoski & Sarvikas 1998: 147–148; Tiilikkala 2004: 61.) Koska uusi sairaanhoitajakoulutus ei enää antanut osastonhoitajan pätevyyttä, totesi Terveydenhuollon osastonhoitajatoimikunta mietinnössään erillisen osastonhoitajakoulutuksen välttämättömäksi. Toimikunta esittikin osastonhoitajakoulutuksen aloittamista aikuiskoulutuksena siten, että koulutus käynnistyisi 1992 aluksi 50 aloituspaikalla nousten 250 aloituspaikkaan vuosittain ja vuoteen 2010 mennessä 350 aloituspaikkaan. Koulutusta antaisivat terveydenhuolto-oppilaitokset (19 ov), ja opintoihin sisältyisi myös korkeakoulutasoisia opintoja (21 ov). (OPM 1990: 41–43.)

Terveydenhuollon hallinnon ja lähijohtotyön koulutus alkoi kuitenkin vasta vuonna 1994 kahdeksassa terveydenhuolto-oppilaitoksessa. Terveyden- ja sosiaalihuoltoalan ammattijärjestö Tehy asetti projektiryhmän 1994 selvittämään osas-

tonhoitajakoulutukseen liittyviä kysymyksiä. Tavoitteena oli ottaa asiaan kantaa ja perustella kannanotto. Tuolloin Tehy koki tarpeelliseksi määrittellä osastonhoitajuutta ja sen koulutusta uudelleen, koska hallinnon ja lähijohdon koulutus vaati määrittelyä koulutusrakenteissa, opistoasteen koulutuksen saaneiden jatkokoulutusmahdollisuudet olivat epäselvät eivätkä osastonhoitajien virkoihin asetetut pääsyvaatimukset olleet enää ajan tasalla koulutuksen kanssa. (Tehy 1994: 2, 4.)

Projektiryhmä päätyy esittämään terveydenhuollon kandidaatin koulutusta parhaaksi vaihtoehdoksi osastonhoitajan tehtävään. Muiksi vaihtoehdoiksi esitettiin tiedekorkeakoulujen ja ammattikorkeakoulujen jatkolinjoja. Projektiryhmä ei kuitenkaan pitänyt jo aloitettua hallinnon ja lähityönjohdon jatkolinjaa riittävänä kestoaltaan tai sisällöltään, vaan näki sen lähinnä täydennyskoulutuksena silloisille osastonhoitajille. Kannanotossa todetaan koulutustarpeesta, että vuonna 1990 osastonhoitajatoimikunnan esittämiä aloituspaikkamääriä ei tarvita. (Tehy 1994: 7, 15.)

Ammattikorkeakoulujen jatko-opintokokeilu alkoi vuonna 2002 ja asetuksen muutos (423/2005) vakiinnutti jatkotutkinnot. Ammattikorkeakoulujen jatkotutkinnoilla on tarkoitus syventää ammatillista osaamista. Opintoihin kuuluvaa johtamisaluetta ei ole tarkemmin määritelty, mutta jatkotutkinto ei ole hallinnon koulutus eikä tutkinnon suorittaneiden ole tarkoitus sijoittua osastonhoitajiksi. Jatko-opintoihin pääsyvaatimuksena on aikaisempi ammattikorkeakoulututkinto sekä vähintään kahden vuoden työkokemus. (OPM 2000: 10, 12, 15, Liite 3; Laki ammattikorkeakoulun jatkotutkinnon kokeilusta 645/2001; OPM 2004a)

Tämän hetken osastonhoitajakoulutuksen tilanne on edelleen epäselvä. Osastonhoitajan työhön tarvittavaa pätevyyttä ei ole yhtenäisesti määritelty missään. Kuntien itsehallinto antaa kunnille ja kuntayhtymille mahdollisuuden laatia virantäytöihin omat pätevyysvaatimuksensa. Käytännössä vaihtelu on välillä maisterin tutkinto – vanha erikoissairaanhoidajan tutkinto/pitkä työkokemus (OPM 2004b: 35). Koulutusta on järjestetty lähinnä ammattikorkeakoulujen erikoistumisohjelmoina 30–60 opintopisteen laajuisina (Asetus ammattikorkeakouluopinnoista 256/2001, 3 §, 5 §).

Opetusministeriö asetti tammikuussa 2003 työryhmän valmistelemaan sosiaali- ja terveysalan ammatillista johtamiskoulutusta. Selvityksen taustalla oli Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (STM 2002b). Selvityksessä kartoitettiin sen hetkinen johtamiskoulutustilanne ja tulevaisuuden tarpeet. Mietinnön ehdotus on lähijohtajaopintojen kohdalla ammatillinen jatko- tai erikoistumisopinnot, joihin sisältyy moniammatillisia johtamisopinnoita (20 ov) tai moniammatilliset (20 ov) johtamisopinnot täydennyskoulutuksena. (OPM 2004b: 47.) Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä puolestaan

todetaan, että osastonhoitajakoulutus olisi välittömästi käynnistettävä. Maisterin tutkintoa ei kuitenkaan pidetä oikeana osastonhoitajan koulutuksena. Vaarana on turhautuminen, koska työ on käytäntöön painottuvaa, ja yliopistotason koulutusta pidetään siihen liian teoreettisena. Sopivaksi koulutukseksi osastonhoitajille katsotaan ammattikorkeakoulun erikoistumiskoulutus tai yleinen johtamiskoulutus. (Uotila 2004: 57.)

Tilastojen (Stakes 2004: 152–153) mukaan vuonna 2003 kunnallisella alalla toimi Suomessa 5530 osastonhoitajaa. Määrä on laskenut tasaisesti vuodesta 1990, jolloin osastonhoitajia oli 1270 enemmän. Osastonhoitajien tarve työmarkkinoilla on lisääntynyt. Kun avoimiin 159 osastonhoitajan paikkaan oli vuonna 1997 työvoimatoimistossa 75 hakijaa, vastaavat luvut vuonna 2002 olivat 750/56. (Työhallinto 2004.)

2.5 Yhteenveto

Suomessa terveydenhuolto on valtaosaltaan julkisen sektorin toimintaa ja siihen sovelletaan julkisen toiminnan periaatteita. Terveydenhuollon organisaatioiden tavoite on palvella asiakkaitaan, ovat he sitten yksityisiä henkilöitä tai yhteisöjä. Terveydenhuollon organisaatioiden toimintaan luo omaleimaisuutensa terveyteen ja sairauteen liittyvä epävarmuus ja palvelun antajan ja vastaanottajan tiedon epätasapaino. Terveydenhuollossa toimii runsaasti eri henkilöstöryhmiä, ja johtamiselle on tyypillistä ammattiryhmäkohtaisuus.

Terveydenhuolto on perinteiltään muodostunut taylorismin periaatteiden pohjalta jakaen toiminnan erikoisaloihin. Toiminnalle on ollut ominaista vahva sairauskeskeisyys ja rakenteen hierarkkisuus. Muutosta on tapahtunut lähinnä pyrkimyksenä kokonaisvaltaisempaan asiakkaiden kohtaamiseen, moniammatillisuuteen ja yksilövastuuseen hoitotyöhön. Hoitajien perinteinen lääkärikunnalle alisteinen asema on jossain määrin muuttunut hoitajien korkeakoulutuksen kautta ammatin pyrkiessä kohti aitoa professiota.

Terveydenhuollon organisaatioiden perinteinen malli on byrokratia, jossa säännöin ja määräyksin määritellään toimivallan alueet. Vastuu jakautuu linjavastuuperiaatteen mukaan. Byrokraattisen rakenteen ongelma on sen jäykkyys ja hitaus. Syynä on joko hierarkia itsessään tai sen toimimattomuus.

Professionaalisen organisaation tavoite on ammatillinen. Ammatillaiset pyrkivät ammattinsa harjoittamiseen yksilöinä. Organisaation koossa pitävä voima on sosiaalinen valta ja sitoutuminen. Professionaalisisessa organisaatiossa hallinnon rooli on vähäinen keskittyen lähinnä ammattilaisten välisten ristiriitojen ja valtataiste-

luiden selvittämiseen ja ammatin harjoittamiselle välttämättömien olosuhteiden luomiseen. Terveystieteiden huollossa professionalismi ilmenee perinteisenä lääketieteellisen keskeisyytenä. Asiantuntijaorganisaation johtamisessa on tärkeää koordinaatio. Johtajuus perustuu asemaan, senioriteettiin ja auktoriteettiin sekä karismaan ja tunnustettuun asiantuntemukseen.

Tulosohjaus, tulosorganisaatio ja tulosjohtaminen ovat 1980-luvun lopulla liikelämmästä terveydenhuoltoon omaksuttuja käsitteitä. Perimmäisenä pyrkimyksenä on ollut julkisten varojen tehokkaampi ohjaus. Tulosorganisaatorakenteen omaksumista on seurannut desentralisointi, sektoroituneisuus ja oman edun tavoittelu. Tulosajattelun myönteisiä piirteitä ovat huomion kiinnittäminen todellisiin aikaansaannoksiin, pyrkimys tulosten yhtenäiseen määrittelyyn sekä päätösvallan delegointi lähemmäs suorittavaa porrasta. Haittapuolia taas ovat olleet mitattavien ominaisuuksien korostuminen ei-mitattavien vaikutusten sijaan, tavoitteiden liian yleinen ilmaisu, tarpeeton mittaaminen ja terveydenhuollon toimintaan päälle liimatut termit ja toimintamallit.

Lähijohtaminen tarkoittaa johtamistoimintaa organisaatiossa tasolla, jonka alapuolella on vähintään yksi hierarkkinen taso. Lähijohtajan toimintakenttä on työyksilöiden ja pääasiassa omaa yksikköä koskevan tiedon parissa. Lähijohtaja kuuluu johtamisjärjestelmään sen alimpana tasona, mutta osallistuu myös käytännön toimintaan yksikössään.

Lähijohtajan työ on luonteeltaan lyhytkestoista ja sirpaleista. Työssä etusija on välittömällä toimenpiteillä. Lähijohtajan johtamisroolit ovat samat kuin johtamisen muilla tasoilla, mutta painotus on erilainen. Olennaista on taito soveltaa johtamista tasolle sopivaksi käyttämällä sääntöjä ja määräyksiä oikein. Lähijohtaja on yksikkönsä suunnan näyttävä, tiimien ylläpitävä ja tiedon välittäjä. Tehtävä on merkittävä, koska se määrittää työntekijän suhdetta työhön. Tehtävässä on lisäksi tyypillistä nopea siirtyminen alueelta toiselle.

Lääkäreiden hallinnollinen ura ei yleensä ole suunniteltu. Lääkäreiden toiminnassa korostuvat professionaalinen autonomia, yksilökeskinen työ ja itsemääräämisoikeus. Johtajan roolissa on kuitenkin kiinnitettävä huomiota julkiseen tilivelvollisuuteen, resurssien allokoimiseen ja toiminnan tehokkuuteen. Tämä voi olla uhka autonomialle. Näin johtajuus jää sivuosaan ammatillisen erityisosaamisen hallitessa toimintaa. Toimiminen kliinisissä tehtävissä on välttämätöntä uskottavuuden säilyttämiseksi ammattilaisten keskuudessa. Osastonlääkärin ja osastonylilääkärin koulutus on yleensä erikoislääkärin tutkinto. Hallinnon pätevyys hankkiminen on oman kiinnostuksen varassa.

Myös osastonhoitajien kohdalla tehtävään joutuminen on osittain ajautumisen, osittain hakeutumisen tulosta. Tehtävän sisältö vaihtelee kokonaan hallinnollisesta työstä kliinispainotteiseen työhön. Osastonhoitajan tehtävä sisältää henkilöstö- ja taloushallintoa, työnohjohtehtäviä sekä yhteistyö- ja kehittämistehtäviä. Tehtävä vaatii ihmissuhde- ja johtamistaitoja, taloudellista ja teknistä osaamista sekä kykyä yhteistyöhön ja kehittämiseen. Osastonhoitajan, kuten lähijohtajan yleensäkin, tehtävänä on muuttaa hallinnon tasolla asetetut tavoitteet käytännön toiminnaksi. Osastonhoitajien koulutus on tällä hetkellä epäyhtenäistä vaihdellen sairaanhoitajan erikoistumisopinnoista maisterin tutkintoon.

3 VALTA JA TILIVELVOLLISUUS LÄHIJOHTAJAN ASEMAN NÄKÖKULMASTA

3.1 Organisaatio valtakontekstina

Valta ei ole suosittu keskustelunaihe, koska se usein yhdistetään voimaan, raakuuteen, epäeettisyyteen ja manipulatioon. Valta, vaikutusvalta ja poliittinen aktiiviteetti ovat kuitenkin olemassa, vaikka niistä ei puhuttaisi. Ne ovat väistämättömiä ja tärkeitä osia hallinnollisessa toiminnassa ja myös johtamisessa. (Pfeffer 1981: x.) Vallan tutkiminen on keskittynyt paljolti yksilöön. Toinen ääripää on vallan tutkiminen organisaatioiden välillä. Vaikka yksilöön liittyvä valtatutkimus ei tässä ole huomion kohteena, kuitenkin yksilöiden valtapelin kautta myös rakenteellinen valta syntyy tai muuttuu (Thylefors 1992: 37).

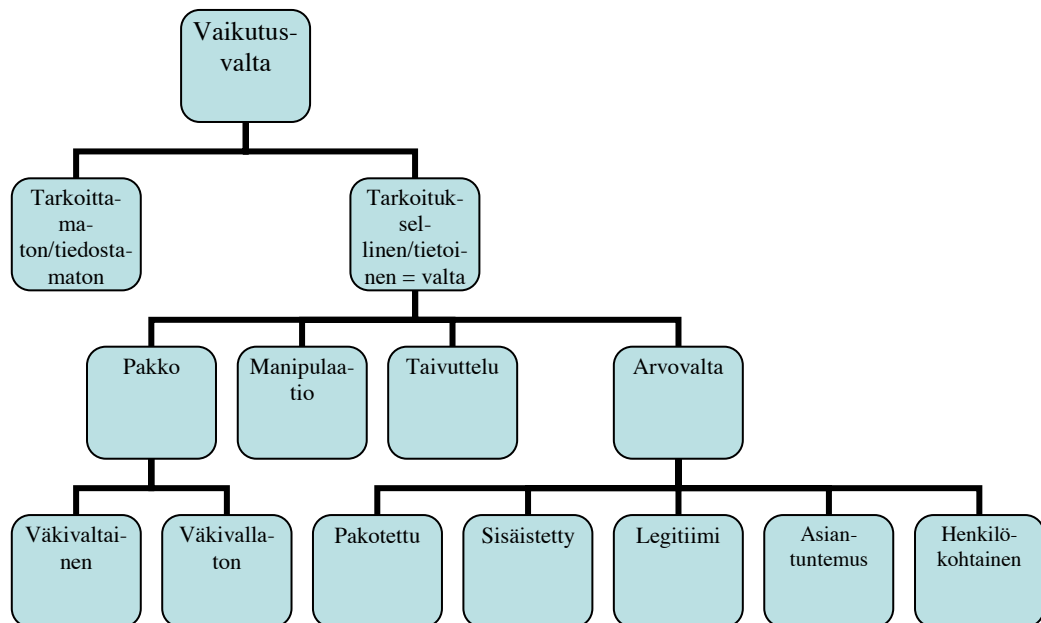
Organisaatiot ovat yksilöiden ja koalitioiden monimutkaisia järjestelmiä, joissa jokaisella on omat intressit, uskomukset, arvot, preferenssit ja näkökulmat. Yhteenliittymät kilpailevat jatkuvasti rajallisista resursseista, ja konfliktit ovat väistämättömiä. Valta, politiikka ja vaikutusvalta ovat organisaatioelämän tärkeitä tosiasioita. Erikoistuminen ja työnjako jakavat organisaation pieniin itsenäisiin yksiköihin. Osa tehtävistä on organisaation kannalta kriittisempiä kuin toiset tehtävät, ja näin jotkut yksiköt saavat enemmän valtaa (Pfeffer 1981: x). Yhteenliittymien valtasuhteiden muuttuessa myös organisaation tavoitteet muuttuvat. (Shafritz & Ott 1996: 352–353.)

Hobbesin (1999: 92–93) mukaan valta on ihmisen nykyinen mahdollisuus saavuttaa jokin tuleva asia. Hän jakaa vallan luonnolliseen ja instrumentaaliseen valtaan. Luonnollinen valta perustuu ihmisen henkilökohtaisiin ominaisuuksiin, kuten järkevyyteen tai ulkomuotoon. Instrumentaalinen valta taas on se, mikä saavutetaan näiden ominaisuuksien avulla, kuten esimerkiksi rikkaus, maine ja ystävät. Valta on suhteellista; se on olemassa vain suhteessa toisiin ihmisiin. Suhteellisuuden lisäksi vallan yleisiin piirteisiin kuuluu vallan pyrkimys tasapainoon (Handy 1978: 113, 120). Vallankäyttöön kuuluu olennaisesti myös sen vastustaminen. Vastustamisen ensisijainen tarkoitus on rajoittaa vallan käyttöä. Vastustus voi olla suoraa tai epäsuoraa. Tehokkain puolustus vallankäyttöä vastaan on hankkia itse valta-asema. Vallalle on tyyppillistä sille ominainen piiri. Jos sitä käytetään alansa ulkopuolella, se muuttuu illegitiimiksi. (Galbraith 1983: 72–73.)

Kun tietty toimintatapa tai vallan jakautuminen muotoutuu ajan kuluessa ja tietty vaikutusvalta hyväksytään, on kysymyksessä auktoriteetti. Legitiimi valta eli auktoriteetti on odotettua ja toivottua, ja se lisääntyy käytössä. Virallisissa organisaatio-

tioissa normit ja odotukset tekevät vaikutusvallan käytöstä hyväksytyä. Kun valta muuttuu auktoriteetiksi, sitä ei vastusteta. Auktoriteetti säilyy niillä resursseilla ja sanktioilla, joilla se on luotu, mutta myös sosiaalisen paineen ja sosiaalisten normien ansiosta. Organisaation alemmillakin tasoilla on runsaasti valtaa, joka perustuu erityistietoon itse työstä ja tietoon, jota ylemmillä tasoilla ei ole. (Pfeffer 1981: 3–6.) Auktoriteetti tarkoittaa oikeutta antaa määräyksiä ja valtaa vaatia täsmällistä tottelemista. Auktoriteetti voi olla peräisin asemasta (muodollinen auktoriteetti) tai henkilön persoonasta (hankittu auktoriteetti). Auktoriteetti ei kuitenkaan koskaan voi syntyä irrallaan vastuusta, vaan vastuu on auktoriteetin luonnollinen seuraus. (Fayol 1996: 53.)

Johtamisessa vallan elementit ovat läsnä, sillä valta antaa pohjan, jonka perusteella toiminta on mahdollista. Henkilön toimintapotentiaali voi olla organisaation määräämää tai henkilöstä itsestään johtuvaa. Valta antaa mahdollisuuden onnistua ja saavuttaa menestystä. Organisaatioissa toimittaessa valta saa vaikutteita organisaation normeista ja arvoista. Yksilön on itse päätettävä kuinka niitä parhaiten käytetään. (Kakabadse, Ludlow & Vinnicombe 1987: 213.)



Kuvio 7. Wrongin valtapuu: Vaikutusvallan, vallan ja arvovallan väliset suhteet (Wrong 1988: 24)

Wrong (1988: 4) (ks. kuvio 7) määrittelee vallan tarkoitukselliseksi/tietoiseksi vaikutusvallaksi erotuksena tarkoittamattomasta/tiedostamattomasta vaikutusvallasta. Valta jakautuu voimakeinoihin (*force*), manipulaatioon, painostukseen (*persuasion*) ja auktoriteettiin. Voimakeinot, manipulaatio ja painostus ovat olemassa vain näkyvinä tosiasiallisessa käytössä, eikä niillä ole latenttia tai potentiaalista aspektia. Voimakeinot voivat olla fyysisiä (väkivaltaisia tai väkivallattomia) tai psyykkisiä. Voimankäyttö ja sen uhka yhdistetään usein yhteiseksi pakkovallan (*coercion*) käsitteeksi. Voimakeinot ovat yleensä tehokkaampia estämään ihmisiä tekemästä jotain kuin kannustamaan heitä jonkun asian tekemiseen. Kun vallankäyttäjä kätkee todelliset tarkoituksensa, kyseessä on manipulaatio. Painostuksesta on kyse silloin, kun painostuksen kohde hyväksyy painostajan näkemyksen perustelujen ja taivuttelun jälkeen. Kyseessä ei kuitenkaan ole pakko, vaan painostuksen kohde voi esittää vasta-argumentteja. (Wrong 1988: 24–28, 32.)

Auktoriteetin ydin on käskyjen antaminen. Jos painostuksessa henkilö hyväksyy painostajan välittämän tiedon menettelynsä perustaksi, auktoriteetissa ei ole kyse tiedon sisällöstä vaan sen lähteestä. Auktoriteetti on onnistunutta käskemistä ja kieltämistä. Auktoriteetti voidaan jakaa viiteen luokkaan. Se voi olla pakottavaa, jolloin siihen liittyy voimankäytöllä uhkaaminen. Toinen auktoriteetin muoto on sisäistetty, jossa pyritään vaikuttamaan suostuttelemalla ja palkkioita tarjoamalla. Legitiimi auktoriteetti perustuu vallankäyttäjän tunnustettuun oikeuteen käyttää valtaa ja vallan kohteen velvollisuuteen totella. Asiantuntemukseen perustuva auktoriteetti tarkoittaa erityiseen tietoon tai kykyyn perustuvaa valtaa. Tyypillinen esimerkki on 'lääkäriin määräys'. Henkilökohtainen auktoriteetti perustuu vallan kohteen haluun miellyttää tai palvella toista hänen henkilökohtaisten ominaisuuksiensa takia. (Wrong 1988: 35, 41, 44, 49, 52–53, 60; Vartiainen 2004: 14–15.)

Organisaatio voidaan nähdä muotojen portfoliona tai voimien järjestelmänä. Organisaatiot ovat voimien yhdistelmiä, joissa erilaiset voimat vaikuttavat sen rakenteissa. Jos joku voima on hallitseva, organisaatio ottaa sen mukaisen muodon. Yritysmäisessä organisaatiossa korostuu johtaminen, professionaalisessa organisaatiossa taito ja erityisosaaminen, innovatiivisessa organisaatiossa oppiminen, monimuotoisessa organisaatiossa keskittyminen, koneorganisaatiossa tehokkuus, ideologisessa organisaatiossa yhteistyö ja poliittisessa organisaatiossa kilpailu. (Mintzberg 1989: 256–258, 265.)

3.1.1 *Vallan lähteet organisaatiossa*

Locken (1995: 114, 117) ajatuksin vapaa mies tekee itsestään palvelijan myymälä itsensä joksikin aikaa tekemään jotain palvelusta saadakseen vastikkeeksi palkkaa. Isännällä on kuitenkin vain tilapäinen valta, joka ei ole enempää kuin tehtyyn

sopimukseen sisältyy. Kansalaisyhteiskuntaan liittyminen valtion kansalaisena tarkoittaa yksilön luopumista omasta vallastaan omia yksityisiä tuomioita toteuttamaan. Näin hän on antanut valtiolle oikeuden käyttää pyydettyä hänen voimiaan. Näin voisi ajatella myös organisaatiossa työntekijän liittymisen organisaatioon tarkoittavan sopimusta työnantajan kanssa siitä, että organisaatio saa käyttöönsä hänen työpanoksensa sopimuksen puitteissa.

Kaikissa vallan muodoissa on olennaista sen lähde³³. Mitä vahvempi vallan pohja on, sitä suurempi valta sillä saavutetaan. Kaikki vallankäyttö alansa ulkopuolella heikentää valtaa. (French & Raven 1996: 383.) Lähteen lisäksi on merkitystä myös käytetyillä vaikutusvallan menetelmillä. Kattavin, erityisesti organisaation vallanlähteiden luettelo, on Morganin esitys (1990: 159), joka kuvaa toimijoiden välisiä suhteita organisaatiokontekstissa. Vallan lähteet on tässä ryhmitelty neljään kategoriaan.

³³ Kakabadse ym. (1987: 214–225) luettelevat vallan lähteitä. *Palkitsemisvalta* on mahdollisuus vaikuttaa toisten saamiin palkkioihin. *Pakkovalta* on valta palkata, erottaa tai ojentaa toisia. *Legitiimi valta* on asemaan perustuvaa valtaa arvioida, valvoa ja organisoida toisten työmäärää. *Henkilökohtainen valta* on valtaa, joka saavutetaan henkilökohtaisilla luonteenpiirteillä. *Asiantuntijavalta* on taitojen, tiedon ja ammatillisen pätevyyden tuomaa valtaa. *Tiedon valta* on tosiasioiden tietämistä ja päättämistä missä määrin tätä tietoa annetaan muille. Tieto voi koskea organisaatiota tai henkilökohtaisia asioita. *Yhteydenpitovalta* on kontaktien hankkimista ja verkoston rakentamista (konferenssit, tapaamiset, tukiryhmät ja ammattiliitot). French ja Raven (1996: 375–378, 380) kuvaavat sosiaalisen vaikutuksen tarkoittavan sitä, että vaikutus henkilöön syntyy sosiaalisen agentin (henkilö, rooli, normi, ryhmä tai sen osa) välityksellä. *Palkitsemisvalta* (*reward power*) riippuu agentin kyvystä hallita positiivisia arvoja ja poistaa tai vähentää negatiivisia arvoja. Voimakkuus riippuu todennäköisyydestä, jolla agentti pystyy edun toimittamaan. *Pakkovallassa* (*punishment power*) myös agentilla on oltava mahdollisuus vaikuttaa. *Legitiimi valta* tarkoittaa, että vallankäytön kohde hyväksyy agentin vaikutusvallan legitimiiksi oman sisäisen arvojärjestyksensä perusteella. Vallan perusta voi tällöin olla kulttuurisissa arvoissa, sosiaalisen rakenteen hyväksymisessä tai legitimoivan agentin määräämänä (esimerkiksi delegoitu valta). *Samastumisvalta* (*refrent power*) tarkoittaa, että henkilö haluaa olla ja ajatella kuten agentti. *Asiantuntijavalta* (*expert power*) vaikuttaa vastaanottajan kognitiiviseen rakenteeseen.

Päätösvalta

- Muodollinen auktoriteetti
- Päätöksentekoprosessin kontrollointi

Harkinta

- Organisaation rakenteen, sääntöjen ja määräysten käyttö
- Toiminnan vaihetta määrittelevät rakenteelliset tekijät

Resurssien hallinta

- Niukkojen resurssien kontrollointi
- Kyky sietää epävarmuutta
- Tekniikan kontrollointi

Tiedon ja verkostojen hallinta

- Tiedon ja informaation kontrollointi
- Sidosten kontrollointi
- Henkilöiden väliset liittoumat, verkostot ja epävirallisen organisaation kontrollointi
- Vastaorganisaatioiden kontrollointi³⁴
- Symboliikan ja merkitysten hallinta
- Sukupuoli ja sukupuolisuhteiden hallinta

Päätösvalta

Johtamisessa on aina kysymys päätöksenteosta. Päätöksenteko edellyttää kaikkien vaihtoehtoisten toimintamallien ja niiden toteuttamisen kaikkien seurausten esiintuomista. Kun kaikki toimintavaihtoehdot ja niiden kuviteltavissa olevat seuraukset ovat selvillä, voidaan niiden kesken tehdä vertailua ja valinta. Päätöksenteon pohjaksi on kerättävä tietoa vaihtoehtoista. Toiminnan seuraukset on pystyttävä arvottamaan, koska toimintatavan valinta on tehtävä jonkun arvojärjestelmän mukaan, jota vasten seuraukset voidaan arvioida. Tämä on rationaalisen päätöksenteon edellytys. (Simon 1957: 67–68, 73; Nikkilä 1992: 60–61.)

Päätös on objektiivisesti rationaalinen, jos se on todellisesti oikea tietyssä tilanteessa. Se on subjektiivisesti rationaalinen, jos se maksimoi saavutuksen kohteesta olevan tiedon perusteella. Päätös on tietoisesti rationaalinen siinä määrin kuin keinot ja päämäärät ovat tietoista prosessia ja tarkoituksellisen rationaalinen siinä määrin kuin keinot ja päämäärät tuodaan tarkoituksellisesti yhteen. Päätös on organisationaalisesti rationaalinen, jos se on yhdensuuntainen organisaation päämäärien kanssa, ja henkilökohtaisesti rationaalinen, jos se on yhdensuuntainen yksilön omien tavoitteiden kanssa. (Simon 1957: 75.)

Rationaalisuutta kuitenkin rajoittaa sen vaatimus täydellisestä tiedosta päätöksenteon pohjana ja aavistus seurauksista. Seuraukset ovat kuitenkin vasta tulevaisuudessa, ja näin mielikuvitus korvaa kokemuksen niiden arvoista. Arvot on mahdol-

³⁴ Morgan tarkoittaa vastaorganisaatioilla esimerkiksi ammattiyhdistysliikettä.

lista kuitenkin arvata vain epätäydellisesti. Lisäksi rationaalisuus vaatii kaikkien vaihtoehtoisten toimintatapojen esiin tuomista, kun todellisuudessa vain osa vaihtoehtoista tulee mieleen. (Simon 1957: 81.)

Auktoriteetti on organisaatioissa välttämätön tehottomuuden ja kaaoksen välttämiseksi. Terveydenhuolto-organisaatioissa lääkäreiden ja hoitajien auktoriteetti potilasta kohtaan ei kuitenkaan varsinaisesti ole auktoriteettiaseman käyttämistä vaan episteemistä auktoriteettia, jossa määräykset eivät itse asiassa ole sitovia. Tämän takaa potilaan itsemääräämisoikeus. Episteeminen auktoriteetti varmennetaan sertifioimalla. Sertifioinnilla yhteiskunta takaa ammattilaisen monopoliaseman, mutta vastapalvelukseksi hänen on toimeenpantava episteemistä auktoriteettia tavoitellakseen yhteisen hyvän tiettyä osa-aluetta eli terveyttä. Operatiivinen auktoriteetti puolestaan on terveydenhuolto-organisaatioissa välttämätön organisaation johtamisessa kohti koko organisaation kollektiivista hyötyä. Koska terveydenhuollon ammattilaiset on auktorisoitu toteuttamaan vain yhtä yhteisen hyvän osaa, heitä ei voi määrätä alistamaan tätä organisaation yhteiselle edulle. Operatiivinen auktoriteetti voi kuitenkin käyttää auktoriteettiaan ammatillista autonomiaa kunnioittavalla tavalla, ja ammattilaiset voivat toimia niin, että sekä organisaation yhteinen hyvä ja ammatillinen autonomia toteutuvat. (Meaney 1999: 334–336, 342–343.)

Harkinta

Päätöksentekoon kuuluu olennaisesti harkinta. Harkinta johtamisessa tarkoittaa johtajan kykyä tai mahdollisuutta vaikuttaa organisaation tärkeisiin tuloksiin valitsemalla vaihtoehtojen välillä ja päättämällä miten toimintapolitiikka implementoidaan (Rourke 1984: 35–36). Harkinta on tehtäväympäristön, sisäisen organisaation ja johtamisen luonteen tuoma toiminto. Harkinta liittyy päätösten eettisiin piirteisiin (Simon 1957: 51). Johtajan harkintavallan käytön suhteen on keskeistä harkintamahdollisuuksien tunnistaminen. (Carpenter & Golden 1997: 187–188.)

Harkinnan konteksti vaikuttaa yksikkötasolla harkintavaltaan. Kun organisaation ylempi hallinto on hajanaista, yksikön harkintavalta lisääntyy, ja päinvastoin. Kyseessä olevan asian huomioarvo vaikuttaa harkintaan siten, että korkean huomioarvon asioissa harkintavalta pidetään ylemmällä tasolla. Yksikön kannalta tehtävän monimutkaisuus tuo tarpeen saada enemmän joustoa toteutukseen, kun taas yksinkertaisissa asioissa siihen ei ole tarvetta. Myös yksikön tilanteella on merkitystä. Vakaa yksikkö pystyy suurempaan harkintaan kuin epävakaa, jossa mahdollisuus harkinnan väärinkäyttöön kasvaa. (Krause 2000: 6–9.)

Harkintaa voidaan tarkastella tilanteesta johtuvien tekijöiden kautta. Tarkastelua rajoittaa kuitenkin yksilöiden taipumukset tulkita tavallisia strategisia tilanteita eri

tavoin. Tulkinta riippuu tapauksesta sinänsä, rajauksista ja johtajan työhistoriasta (Kahneman & Tversky 1979: 288; Dearborn & Simon 1958: 142–143). Tilanteiden vahvuus vaihtelee vahvasta heikkoon. Vahvat tilanteet johtavat tavanomaisiin tulkintoihin ja yhteisymmärrys sopivasta vasteesta saavutetaan helposti. Laajasti hyväksytyt säännöt ohjaavat toimintaa. Heikoissa tilanteissa identtisiin tilanteisiin on olemassa eri tulkintoja ja persoonallisuuksien erot vaikuttavat päätöksentekoon ja käytökseen. (Mischel 1986: 497.)

Harkintaan vaikuttaa yksilön yleinen käsitys siitä, mitä hän kontrolloi tai miten ympäristö kontrolloi häntä (kontrollin lokus). Ulkoa ohjautuvien yksilöiden elämän tapahtumat eivät ole heidän omissa käsissään, vaan onni ja kohtalo määrittävät tulevaisuuden. Sisältä ohjautuvien yksilöiden kohtalo on heidän omissa käsissään. (Carpenter & Golden 1997: 190, lainaus teoksesta Rotter 1966: 609–621.) Kontrollin lokus on stabiili, yksilöllinen ero, joka ei muutu tilanteesta toiseen. Sisältä ohjautuvat johtajat ovat tietoisempia harkinnan astetta määräävistä seikoista, ja he tunnistavat harkinnan mahdollisuuksia paremmin. Ulkoa ohjautuvan johtajan toimintaa hallitsee muuttumattomuus ja heikompi kyky tunnistaa harkinnan mahdollisuuksia kaikissa tilanteissa. (Carpenter & Golden 1997: 191.)

Johtajalla on valtaa vain silloin, kun se tunnustetaan. Valta on yksilöiden välinen käsite (relatiivisuus), kun taas harkinnan tunnistaminen yksilön sisäinen käsite. Vallan determinantteja organisaatiossa ovat hierarkkinen asema, kyky vähentää epävarmuutta ja mahdollisuus osallistua kriittisiin tapahtumiin (French & Raven 1996: 378–380; Katz & Kahn 1978: 141–142, 323–324). Koska valta on näin osittain asemasta peräisin, sillä on kausaalinen yhteys harkinnan tunnistamiseen. Johtaja, joka tunnistaa vähän mahdollisuuksia harkintaan on todennäköisesti vähemmän mukana organisaation merkittävässä asioissa, kun taas johtaja, joka tunnistaa runsaasti harkinnan mahdollisuuksia osallistuu muutoksiin tai pyrkii muuten osallistumaan tärkeisiin asioihin. Johtajan luottamus omaan potentiaaliinsa rohkaisee häntä toimintaan, ja tämä toiminta liittyy valtaan. (Carpenter & Golden 1997: 192.)

Harkintamahdollisuuksien tunnistaminen voi liittyä johtajan valtaan myös muilla tavoin. Johtajan valta on sosiaalinen konstruktio. Työntekijän, joka on valmis uhraamaan aikaa, työtä ja taitoja organisaation kriittisiin asioihin, katsotaan yleensä omaavan valtaa. Myös innovatiivisten ehdotusten tekeminen ja näkyvillä oleminen saavat aikaan käsityksen vallasta. Lisäksi yksilöitä, jotka koettelevat vaikutusvallan rajoja, pidetään vaikutusvaltaisempina kuin niitä, jotka pysyttelevät sivussa. Yhteenvetona voidaan kuitenkin todeta, että yksilöt, jotka tunnistavat runsaasti harkinnan mahdollisuuksia, omaavat valtaa hierarkkisesta asemastaan riippumatta. Valta voi olla tuloksena omasta käytöksestä tai muiden tämän käy-

töksen havaitsemisesta. Olennaista on se, että henkilö itse tunnistaa mahdollisuutensa, koska jos mahdollisuuksia ei tunnista, myös toiminta on epätodennäköisempää. (Carpenter & Golden 1997: 192–193.)

Resurssien hallinta

Resursseihin liittyvä valta perustuu siihen, että jotkut resurssit organisaatiossa ovat kriittisempiä tai vaikeampia saada. Valta on sillä, joka tarjoaa näitä resursseja, joita voivat olla raha, maine, legitimizeetti, palkkiot ja sanktiot, erityisosaaminen tai kyky käsitellä epävarmuutta. Tärkeä vallan lähde on rahallisten resurssien tarjoamiseen liittyvä valta. Raha liittyy kiinteästi muihin resursseihin ja sitä voidaan varastoida. Myös tilapäinen resurssiväljyys (*slack*) antaa inkrementaalisisessa budjettikäytännössä lisäyksen tarjoajalle merkittävän valta-aseman. Tällä ylimääräisellä lisäresurssilla on yleensä taipumus jäädä pysyväksi, mikä saa aikaan organisaatioiden kasvutaipumuksen. Lisäresurssit antavat organisaatiolle mahdollisuuden muutokseen ja uusiin toimintoihin, ja sen vuoksi niistä ollaan valmiita taistelemaan. Resurssiriippuvuus voidaan myös tarkoituksellisesti luoda, jotta esimerkiksi organisaation ulkopuolinen taho saa pienelläkin resurssien hallinnalla merkittävän vallan organisaatiossa. (Pfeffer 1981: 101, 104–106.) Resurssien valta liittyy palkitsemisvaltaan.

Organisaatiossa toimijoiden valta riippuu siitä, mikä heidän tehtävänsä on organisaatiossa (rakenne määrää vallan) ja heidän taidostaan tässä tehtävässä. Organisaation tehtävien erikoistuminen saa aikaan vallan erilaistumista, koska kriittisemmät tehtävät tuovat enemmän valtaa. Valtaa on myös kyky osoittaa ja vakuuttaa muille oma tärkeys ja arvo. Valta johtuu siitä, että omistaa jotain, jota joku muu haluaa tai tarvitsee, ja että voi kontrolloida toimintaa tai resursseja siten, että vaihtoehtoja saada haluttu on vähän tai ei ollenkaan. (Pfeffer 1981: 98–101.)

Epävarmuuteen sopeutumiseen liittyvä valta on suhteessa resurssiriippuvuuteen. Epävarmuuteen sopeutumiskyky on organisaation kriittinen resurssi, ja sillä on valtaa, joka pystyy hallitsemaan muuttuvat tilanteet. Olennaista tässä yhteydessä on myös korvaamattomuus eli onko epävarmuutta hallitseva korvattavissa. Valtaa on erityisesti sellaisilla henkilöillä, jotka tarjoavat epävarmuuden hallinnan kriittisen resurssin organisaatiolle ja ovat vaikeasti korvattavissa. Erityisesti valta lisääntyy, kun epävarmuuden hallintaan johtava tieto on monopolisoitu. Tässä tullaankin erityisasiantuntemuksen tuoman vallan alueelle. Tunnusomaista on tällaisten henkilöiden oma kieli ja symbolit (*special jargon*), jotka saavat asiantuntijuuden näyttämään vaikeasti saavutettavalta. Vallan säilyminen taataan estämällä sellaisten yksilöiden, joilla olisi tarvittava tieto, pääsy organisaatioon. (Pfeffer 1981: 109–114.)

Organisaation toimijoilla on mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekoon kontrolloimalla päätöksenteon edellytyksiä, kontrolloimalla vaihtoehtoja sinänsä tai tietoja niistä. Organisaatioyksikön on mahdollista kasvattaa valta-asemaansa konsensuksen avulla. Yksikön esiintyessä ulospäin yhtenäisenä rintamana, se pystyy saamaan muiden luottamuksen ja näin enemmän resursseja. Epävarmuuden hallinta tuottaa myös yksikkötasolla enemmän valtaa. (Pfeffer 1981: 115, 122–124.) Suoran valvonnan ja virkatien lisäksi on olemassa muitakin kontrollin lähteitä. Työntekijän toimintaympäristössä saattaa esiintyä vertaisten epävirallista painostusta, palkkioita ja rangaistuksia. (Etzioni 1964: 86.) Epävirallista valtaa edustavat ideologia, karisma ja poliittinen järjestelmä (Mintzberg 1983: 121).

Tiedon ja verkostojen hallinta

Valtasuhteiden ymmärtäminen on suunnitteluprosessissa hyödyllistä. Suunnittelussa erityisesti tieto voi toimia vallan lähteenä. Valta voi olla teknisessä tiedossa, jolla pyritään ratkaisemaan teknisiä ongelmia. Valtaa voi antaa vaikutuskanavien tunteminen, joilla voidaan vastata organisaation tarpeisiin. Suunnitteluprosessiin osallistuja voi saada merkittävän aseman ottamalla huomioon poliittisen pluralismin ja osallistamalla sivuun jääviä ryhmiä. Tieto voi toimia vallan lähteenä myös legitimoimalla olemassa olevan valtarakenteen (struktuurialismi). Strukturalismia voidaan estää osallistamalla kansalaisia suunnitteluprosessiin. (Forester 1989: 29–34.)

Aseman tuoma valta on luonteeltaan legitiimiä. Sen keskeinen sisältö on mahdollisuus päästä organisaation näkymättömiin vallan välineisiin. Näitä ovat tieto, oikeus päästä mukaan erilaisiin verkostoihin sekä oikeus organisoida asioita. Asiantuntijavalta on peräisin niiltä, jotka ovat vallankäytön kohteina. Se on verrannollista ja katoaa, jos esiin tulee toinen henkilö, jonka asiantuntemus on suurempi. Myös henkilökohtainen valta on peräisin sen kohteelta. Henkilökohtaista valtaa voidaan nimittää myös karismaksi. Negatiivinen valta on kykyä estää, hidastaa, vääristää tai keskeyttää asioita. (Handy 1978: 114–121.)

Sidosten kontrollointi tarkoittaa mahdollisuutta hallita organisaation eri osien tai ulkopuolisten välisiä sidoksia esimerkiksi lähentämällä tiettyjä yksiköitä toisiinsa tai eristämällä toisistaan. Vastaorganisaatioiden kontrollointi tarkoittaa mahdollisuutta hallita esimerkiksi ammattiyhdistystä, joka toimii organisaation vastavoimana. (Morgan 1990: 169, 175.)

Yksilön valtaan organisaatiossa vaikuttaa hänen asemansa organisaation virallisessa ja epävirallisessa kommunikaatioverkossa. Organisaation toimijat eroavat myös henkilökohtaisissa kyvyissä, poliittisissa taidoissa ja halussa käyttää näitä taitoja. Henkilön on tunnettava organisaation valtarakenne, päätöksentekoproses-

sit ja uskottava omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa. Valta organisaatiossa on seurausta rajoituksista ja resurssisuhteista. Yksilön kannalta nousee merkittäväksi taito tuoda esiin omaa kykyään käsitellä näitä ongelmia ja tietoa. (Pfeffer 1981: 130–135.)

3.1.2 Valtajärjestelmät

Käyttäytyminen organisaatiossa voidaan nähdä valtapelinä, jolla eri vaikuttajat pyrkivät hallitsemaan organisaation päätöksentekoa ja toimenpiteitä. Näin ajatellen vallan yleinen perusta on riippuvuus ja epävarmuus. Valta on sillä, joka pysyy resurssien, teknisten taitojen tai organisaatiolle kriittisen tiedon hallintaan. Kun henkilö on organisaatiolle elintärkeä, keskeisessä asemassa ja korvaamaton, organisaatio tulee hänestä riippuvaiseksi. Valta voi myös olla peräisin laillisista etuoikeuksista, joilla virallinen valta on määrätty jollekin. Valtaa tuo myös pääsy sellaisen henkilön piiriin, jolla on edellä mainitut vallan perusteet. Vallasta pääsee tällöin osalliseksi suhteilla tai käymällä vaihtokauppaa. (Mintzberg 1983: 22–24.)

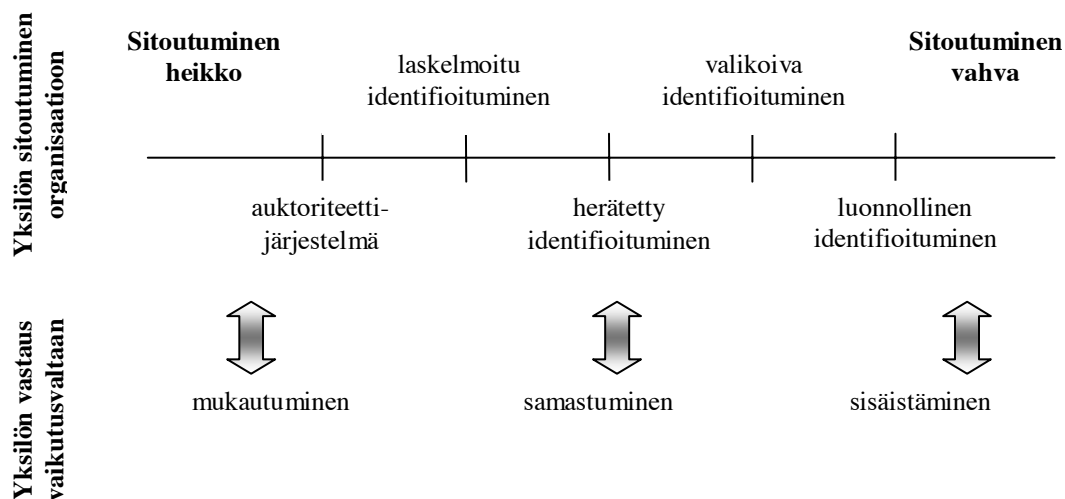
Vallan perusta ei kuitenkaan yksin riitä. On myös toimittava oikein, että voisi olla vaikuttaja. Jos vallan lähde on virallinen, toimintaa tarvitaan vähemmän. Toiminnassa tarvitaan poliittisia taitoja; kykyä käyttää vallan perustaa tehokkaasti. Valtapeliin osallistuvat organisaation sisäiset vaikuttajat, muodostaen sen sisäisen valtarakenteen (*internal coalition*), sekä ulkopuoliset vaikuttajat (*external coalition*). Ulkopuolisia vaikuttajia ovat omistajat, kumppanit (tavarantoimittajat, asiakkaat), työntekijäjärjestöt, yleisö (kansalaiset) sekä organisaation ulkopuolelta tuleva johto. Sisäisen rakenteen muodostavat ylin johto, työntekijät, linjajohtajat, suunnittelu- ja kehittämisshenkilöstö sekä tukihenkilöstö (keittiö, huolto, postitus). (Mintzberg 1983: 26–27.)

Organisaatiossa on useita vallan järjestelmiä. Järjestelmät voivat toimia yhteisymmärryksessä keskittäen vallan organisaation sisään. Joskus taas järjestelmät hajottavat valtaa. Jos yksi järjestelmä on vahva, toiset ovat heikkoja. Vallan järjestelmät kuitenkin palvelevat organisaation tarpeita laajasti. Organisaatioiden valtajärjestelmiä ovat *auktoriteetti-, ideologinen, ammattilais- ja poliittinen järjestelmä*. (Mintzberg 1983: 219, 234.)

Auktoriteettijärjestelmä tarkoittaa asemaan sidottua valtaa, jota voidaan delegoida tai siirtää. Se toimii byrokraattisen valvontajärjestelmän avulla luoden persoonattomia standardeja. Työn sisältö standardisoidaan säännöin, menettelytavooin ja työnkuvauksin. Työntekijän suoritukset standardisoidaan suunnittelu- ja kontrollijärjestelmillä. Työntekijän tiedot ja taidot standardisoidaan valinnan ja koulutuksen avulla. (Mintzberg 1983: 140–146.) Auktoriteettijärjestelmän henkilökohtai-

nen valvonta tarjoaa tarvittavan suunnatun vastuun ja toimii erityisesti kriisiaikoina. Byrokraattinen valvonta taas tarjoaa vakautta ja säännöllisyyttä ja pyrkii tehotomuuden voittamiseen. (Mintzberg 1983: 222–223.)

Organisaation *ideologinen järjestelmä* on näkymätön. Se on tyypillisimmillään uusissa organisaatioissa, joissa aluksi on yhteinen tehtävä tai tunne siitä. Vähitellen organisaatiolle kehittyy oma historia, ja traditio alkaa vaikuttaa käyttäytymiseen. Yksilö identifioituu organisaatioon joko luonnollisesti, ihastumalla sen tehtävään, tai valikoivasti rekrytoinnin ja ylennysten kautta. Identifikaatio voidaan myös herättää tai se voi olla laskelmoitua, jolloin henkilön oman edun mukaista on hyväksyä organisaation ideologia, vaikka itse ei olisikaan samaa mieltä. (Mintzberg 1983: 151–159.)



Kuvio 8. Yksilön ja organisaation tavoitteiden yhdistämiskeinoja kuvaava jatkumo (Mintzberg 1983: 161) ja yksilön vastaus vaikutusvaltaan (Handy 1978: 130–131)

Yksilön sitoutuminen organisaatioon vaihtelee heikosta vahvaan kuvion 8 tapaan. Vahvinta identifioituminen organisaatioon on silloin, kun se on luonnollista. Auktoriteettijärjestelmällä puolestaan saadaan aikaan varsin heikko sitoutuminen. Kun organisaation ideologiajärjestelmä on vahva, sen auktoriteettijärjestelmä, poliittinen järjestelmä sekä asiantuntijajärjestelmä ovat heikkoja. Kun ideologia on vahva, sitoutuminen ja luottamus organisaation joka tasolla ovat vahvoja ja valta ja-

kautuu tasaisesti. Ideologinen järjestelmä saa toimijat ajattelemaan koko organisaation tarpeita. (Mintzberg 1983: 162, 223.)

Kuvioon 8 on yhdistetty yksilön vastaus vaikutusvaltaan. Yksilö voi mukautua pakon edessä organisaation järjestelmään, mutta seurauksena on työn tekeminen puutteellisella sitoutumisella. Mukautumisen aikaansaaminen käy nopeasti, mutta sen ylläpito vaatii jatkuvaa valvontaa. Luottamus ei liity mukautumiseen. Samastuminen liittyy henkilön karismaan ja vetovoimaan. Samastumalla henkilö ottaa ihannoimansa henkilön ajatuksen omakseen sisäistämättä sitä. Ihannoinnin kohteen on kuitenkin säilytettävä vetovoimansa. Seurauksena on tottelevaisuutta mutta ei aloitteellisuutta. Riippuvaisuus ihannoidusta henkilöstä tekee joustamattomaksi. Organisaation kannalta paras vaihtoehto on sisäistäminen. Sisäistäminen on itseään ylläpitävää, eikä kohde tunne olleensa vaikutusvallan kohteena. Sisäistäminen vaatii paljon aikaa. (Handy 1978: 130–131.)

Auktoriteettijärjestelmä jättää huomattavaa harkintavaltaa organisaation sisäisille vaikuttajille, ja näin epävirallisen ja poliittisen vallan on mahdollisuus voimistua. Monimutkaisissa organisaatioissa työtä ei voi kuitenkaan koordinoida ja valvoa samoin byrokratian tai henkilökohtaisen valvonnan keinoin. *Ammattilaisjärjestelmä* on vahvasti autonominen³⁵. Ammatilliset koordinoivat työtä keskenään tiedolla, taidolla ja yhteisymmärryksessä. Koska koulutus on ulkopuolisten käsissä ja työssä on runsaasti harkintavaltaa, auktoriteettijärjestelmä heikkenee. Valvontaa käytetään vähemmän. Linjajohtajat ovat henkilökohtaisessa valvonnassa ja tukihenkilökunta on byrokraattisessa valvonnassa. Organisaatiossa on enemmän asiantuntijoiden epävirallista vaikutusvaltaa, joka perustuu tietoon ja taitoon. (Mintzberg 1983: 163–165.)

Ammattilaisjärjestelmässä myös ideologinen järjestelmä heikkenee, koska asiantuntijavalta tarkoittaa, että valta on yksilöillä ja pienillä ryhmillä. Kun ideologia on organisaatiossa tasa-arvoistava voima, asiantuntijuus on vallan erilaistumista; vallan jakoa asiantuntijuuskapasiteetin mukaan. Asiantuntijajärjestelmälle on keskeistä nokkimisjärjestys joko ei-ammattilaisten ja ammattilaisten välillä tai jopa oman ammattiryhmän sisällä. (Mintzberg 1983: 165.)

Ammattilaisuus ei sinänsä tuo valtaa, vaan tehtävän on oltava organisaation toiminnan kannalta kriittinen. Organisaation on oltava riippuvainen yksilön tiedoista tai taidoista. Ollakseen kriittinen tehtävän on vaadittava harvinaista ja erityistä asiantuntijuutta. Vain ne, joilla on vaikeasti korvattavaa asiantuntijuutta, saavat

³⁵ Professionalismista tarkemmin edellä kappaleessa 2.3.2.

valtaa. Ammatillisjärjestelmää tarvitaan varmistamaan, että valta on siellä missä organisaation tieto ja taito on. Auktoriteettijärjestelmä antaa vallan asemalle ja ideologinen järjestelmä kaikille uskojille. (Mintzberg 1983: 166–167, 224.)

Ammattilaisten valta tulee asiantuntijuuden kautta. Heillä on myös mahdollisuus ryhmänä käyttää poliittista järjestelmää organisaation sisällä tai ammattiyhdistyksen kautta myös organisaation ulkopuolelle. Ammatillisryhmien keskeinen pyrkimys on säilyttää autonomiansa hallinnon ja organisaation ulkopuolisten suhteen. Eri ammattiryhmillä saattaa olla eri tavoitteet. Ammatilliset ovat suoraan tekemisissä asiakkaan kanssa, ja tämä henkilökohtainen suhde voi tehdä palvelusta toiminnan päämäärän. Seurauksena voi olla tilanne, jossa operatiivinen taso pyrkii noudattamaan asiakkaan tarpeita, ja hallinto pyrkii abstraktimpiin tehokkuuden ja kasvun tavoitteisiin. (Mintzberg 1983: 132–134.)

Ammatillinen valta on kykyä säilyttää toimivalta-asema silloin, kun järjestelmän voimat antavat ymmärtää, että ammatin olisi jo pitänyt menettää se. Toimivalta-asema on mahdollista säilyttää pitämällä alaiset holhouksessa toiminnallisella työnjaolla. Kysymyksessä ei ole vain vallan voittaminen, vaan myös kyky estää ennakoita kilpailutilanne. Subjektiiivinen virka-asema voi itsessään tuoda valtaa, mutta myös virka-asemaan kuuluvat objektiiviset aspektit voivat sitä vahvistaa (esimerkiksi lain määräämät pakkotoimet). (Abbott 1988: 136–137.)

Toimenkuvilla ja työtehtävien luonteella on ammatillista asemaa ylläpitävä luonne. Institutionaaliset rakenteet ja niiden puhuma ammattikieli ylläpitävät sosiaalisia jakoja ammattiryhmien välillä. Kyseessä on institutionaalinen valta, mutta myös kielenkäyttöön kytkeytyvä määrittelyvalta. Esimerkiksi puhe koulutuspuhujasta antaa toisille rajoittamattoman toimintakentän, mutta sitä käytetään myös sulkemaan toimijoita karsinoihin, joissa toimenkuvien rajoja ei saa ylittää. Terveystieteiden organisaatiot ovat hierarkkisia asiantuntijaorganisaatioita, joissa virkahierarkia legitimoitetaan tutkinto- ja kelpoisuusvaatimusjärjestelmään perustuvilla säädöksillä. Niitä pidetään voimakkaasti yllä puheessa arkikäytännöistä. Omasta työstä ja päätösvaltaasta puhutaan aina suhteessa muiden ammattiryhmien työhön ja päätösvalttaan. Erityistietämykseen perustuva kompetenssi ei muuta valta-asemia hierarkiassa. Esimerkiksi sairaanhoitajat suhteuttavat tietämystään jatkuvasti lääkärien tietämykseen. Mitä alemmalla tasolla ollaan, sitä voimakkaampi on tunne hierarkian olemassaolosta. (Eriksson-Piela 2003: 190–196.)

Organisaation *poliittinen järjestelmä* tarkoittaa käyttäytymistä legitiimin vaikutusvallan ulkopuolella. Se on käyttäytymistä, joka on suunniteltu hyödyttämään yksilöä tai ryhmää organisaation kokonaisuuden kustannuksella. Poliittinen järjestelmä on tarpeen korjaamaan legitiimien järjestelmien puutteita tuottaen joustavuutta, jota muut järjestelmät eivät tarjoa. Se myös takaa kaikkien näkökohtien

esiin tulemisen. Poliittisella järjestelmällä on myös dysfunktionsa, sillä se voi olla organisaatiota hajottava voima. (Mintzberg 1983: 172, 225, 227.) Poliitiikka on vallan alalaji, epävirallinen valta, joka on luonteeltaan laitton. Poliitiikka syntyy organisaatioissa, kun ihmiset ajattelevat eri lailla ja haluavat toimia eri lailla. Tästä aiheutuva jännite on ratkaistava politiikan keinoin. (Morgan 1990: 148.)

Organisaation politiikka tarkoittaa niitä organisaation sisällä tapahtuvia toimintoja, joilla hankitaan, kehitetään ja käytetään valtaa ja muita resursseja toivotun tuloksen saavuttamiseksi epävakaisissa tilanteissa. Jos valta on potentiaalisen vaikutusvallan varasto, jonka kautta tapahtumiin voidaan vaikuttaa, politiikka tarkoittaa niitä toimintoja, joiden avulla valtaa luodaan ja käytetään organisaatiossa. Valta on järjestelmän ominaisuus levossa, politiikka on vallan tutkimista toiminnassa. (Pfeffer 1981: 7.)

Organisaation tarkasteleminen poliittisena järjestelmänä auttaa näkemään, kuinka kaikki organisaation aktiviteetti on intressiperusteista. Vallan ja organisaation suhde tulee näin selvemmin esille. Organisaation rationaalisuuden myyttiä voidaan tutkia lähemmin ja havaita, että organisaatio on oikeasti sekä kilpailua että yhteistyötä. Organisaation näkeminen poliittisena järjestelmänä saattaa kuitenkin lisätä politisoitumista ja korostaa liikaa yksilön valtaa ja tärkeyttä väheksyen järjestelmädynamiikkaa, joka kuitenkin määrää mikä tulee poliittiseksi. (Morgan 1990: 195, 197–198.)

Verrattaessa byrokraattista ja poliittista organisaatiota, eroa voi olla vaikea havaita. Byrokraattiset teoriat olettavat, että kontrollin avulla itseintressi voidaan eliminoida päätöksenteosta. Talousteoriat väittävät, että erityisesti tulospalkkaus aikaansaa organisaation tavoitteiden omaksumisen. Poliittisen teorian oletus on, että kontrolli tai sosialisatio ei ole täysin tehokas tavoitteenasettelussa. Se näkee organisaation jakautuneena intressiryhmiin ja alakulttuureihin, joiden välillä konfliktit ovat normaaleja. Toiminta on kaupankäynnin ja kompromissin tulosta. Kun preferenssit ovat ristiriidassa, lopputulos määräytyy valtasuhteiden mukaan. Valtaa käytetään toisten vastustuksen murtamiseen ja oman ajatuksen läpiviemiseen. Niinpä on olennaista ymmärtää, ketkä osallistuvat päätöksentekoon ja mikä määrää kunkin kannan ja vallan³⁶. Kuitenkin standardimenettelytapojakin tarvitaan vähemmän tärkeissä päätöksissä. Ne luovat käytäntöjä muullekin päätöksenteolle, ja säännöistä tulee vallan välineitä. (Pfeffer 1981: 24, 28–32.)

³⁶ Myös Mintzberg (1983: 22) korostaa organisaatioiden ymmärtämisen lähtevän siitä tiedosta, mitä tarpeita kukin tyydyttää ja miten käyttää valtaa tarpeiden tyydyttämiseen.

3.1.3 *Organisaation valtatyyppit*

Mintzberg on yhdistänyt organisaation sisällä vallitsevan valtarakenteen³⁷ organisaation ulkopuolelta tulevaan vaikutusvalttaan. Näin hän on saanut 15 eri yhdistelmää, joista kuitenkin kuusi esiintyy luonnostaan. Nämä organisaatiotyypit ovat: instrumentti, suljettu systeemi, autokratia, missio-organisaatio, meritokratia ja poliittinen areena.

Instrumentti-organisaatiossa ulkoinen vaikutus on dominoiva, ja sillä on selkeä viesti. Se pyrkii vallan keskittämiseen sekä vastuussa että tilivelvollisuudessa. Organisaatio on olemassa vain ulkoisia tarpeita varten. Instrumentin sisäinen valtarakenne on byrokraattinen ja responsiivinen. Tavoitteet ovat operationaalisia, ja ne muotoillaan standardeiksi. Instrumenttiorganisaation keskijohto edustaa määrättyjä toimintoja, ja se on heikko suhteessa ylimpään johtoon. Henkilökohtaisen kontrollimahdollisuuden käyttö on minimaalista. Koska lähijohtajat eivät voi vaikuttaa tavoitteiden asetteluun, he pyrkivät saamaan suuremman osan materiaalisista palkkioista. Tyypillistä on kosta vaikutusvallan puute alaisille. (Mintzberg 1983: 321–326.) (Vrt. Normatiivinen organisaatio Etzioni 1975: 40.)

Suljetussa systeemissä sisäinen valtarakenne on vahva. Sen motiivit ovat utilitaarisia, ja palkkiot on sidottu menestykseen. Organisaation ulkoiset vaikuttajat ovat passiivisia ja usein riippuvaisia organisaatiosta. Organisaatio sinänsä muistuttaa instrumenttia: sillä on selvät operationaaliset tavoitteet, sen ympäristö on vakaa, sen operatiiviset tehtävät ovat rutiinia. Sitoutuminen suljetussa systeemissä on laskelmoivaa, ja sen perusteena on hyöty itselle. Koska organisaation ulkopuolinen valvonta puuttuu, järjestelmä ei ole niin byrokraattinen ja keskittynyt kuin instrumentissa. Valtaa on jaettu linjaan ja sitä valuu keskijohdolle. Osa keskijohdon saamasta vallasta on virallista, osa epävirallista ilmeten poliittisena pelinä. Suljettu systeemi saattaa olla rakenteeltaan myös divisioonamallinen, jossa divisioonat toimivat instrumentteina. (Mintzberg 1983: 334, 336–337, 342–343.)

Autokratiassa johtaja on ainut vallan keskus. Hän valvoo organisaation sisäistä elämää henkilökohtaisesti, ja alemmat johtamisen tasot ovat tarpeettomia. Autokratia on tyypillinen pienissä yrityksissä, nuorissa organisaatioissa tai perustajan johtamissa organisaatioissa. Muissakin organisaatioissa autokratia saattaa tulla esiin kriisin yhteydessä, jolloin on toimittava nopeasti ja päättäväisesti. Diktatuuri on autokratian äärimmäinen muoto. (Mintzberg 1983: 355–366.)

³⁷ Organisaation sisäiset valtarakenteet (*IC=internal coalition*): henkilöitynyt (*personalized IC*), byrokraattinen (*byrocratized IC*), ideologinen (*ideologic IC*), ammatillinen (*professional IC*) ja politisoitunut (*politicized IC*) (ks. tarkemmin Mintzberg 1983: 235–241).

Missio-organisaatiossa kaikki toiminta tähtää yhteisen tavoitteen saavuttamiseen. Kaikki mukana olijat uskovat vahvasti yhteiseen päämäärään, eikä heillä ole henkilökohtaisia utilitaarisia motiiveja. Missio-organisaatiossa johtaja on usein karismaattinen henkilö, mutta erotuksena autokratian keskitettyyn valtaan, missio-organisaatiossa johtaja valtaistaa muita organisaation jäseniä. Organisaatio sinänsä on byrokraattinen, mutta vailla valvontaa ja muodollisia rakenteita. Byrokratia näkyy lähinnä normeissa. Kaikilla organisaation tehtävillä on sama arvo, eikä vastuita ja tehtäviä ole määritelty. Organisaation jäsenten sitoutuminen on sitoutumista yhteiseen ideologiaan. Jos tätä uskoa yhteiseen asiaan ei ole, jäsenyys organisaatiossa päättyy. (Mintzberg 1983: 368–375.)

Meritokratia on asiantuntijajärjestelmä, jossa valta on hajautettu. Organisaation jäsenillä on eri määrä asiantuntijuutta ja näin eri määrä valtaa. Meritokratia voi olla luonteeltaan liittoutunut (professionaalinen byrokratia). Liittoutuneen meritokratian ympäristö on vakaa ja ennustettavissa. Asiantuntijat voivat käyttää taitojaan suoraan asiakkaan tarpeisiin ja työskennellä autonomisesti operatiivisella tasolla. Asiakkaan ilmaistessa tarpeensa hänet voidaan lokeroida ja lähettää sopivalle ammattilaiselle. Yhteistyötyyppinen meritokratia on ympäristöltään dynaaminen, ja asiakkaiden tarpeet ovat vaikeasti ennustettavissa tai vakioitavissa. Sen vuoksi asiantuntijoiden on työskenneltävä tiimeissä. (Mintzberg 1983: 388–390.)

Meritokratiassa auktoriteettijärjestelmä on heikko, koska sekä operatiiviset että strategiset päätökset tehdään asiantuntijoiden valvonnassa. Koska hallinnossa toimivat ovat itsekin asiantuntijoita, käytännössä ammattilaiset päättävät itse mitä haluavat. Valta jakautuu asiantuntijuuden kriittisyyden mukaan, ja seurauksena on nokkimisjärjestys. Vallan jako voi muuttua asiantuntijuuden alojen kriittisyyden muuttuessa. Ristiriitoja esiintyy etenkin marginaalialueella. (Mintzberg 1983: 397–398.)

Johtajat ovat meritokratiassa heikompia, mutta eivät toimintakyvyttömiä. Valta liittyy ammattilaisten välisten ristiriitojen selvittämiseen ja varojen hankkimiseen organisaation ulkopuolelta. Johtaja kuitenkin säilyttää valtansa vain niin kauan kuin säilyttää luottamuksen asiantuntijan silmissä. Meritokratiassa on helposti vallalla poliittinen peli, koska valtaa ei ole keskitetty. Keskittyminen omaan asiantuntijuuteen aiheuttaa, että toiminnasta itsestään tulee tavoite. Ammattilaisen sitoumus on ammattiin, ei organisaatioon. Jokaisella ammattilaisella on oma strategiansa, mutta vastuu yleisestä strategiasta ei ole selkeä. Toiminta suoraan asiakkaan kanssa aiheuttaa ylioptimointia ja pyrkimyksiä suoriin kontakteihin organisaation ulkopuolelle. (Mintzberg 1983: 399–301, 403.)

Meritokratian ulkoisia vaikuttajia ovat ammattiliitot, hallitus ja ministeriöt, asiakasjärjestöt sekä omistajat. Intressin syy ulkoisilla vaikuttajilla on, että meritokra-

tiaorganisaatiot ovat yhteiskunnalle elintärkeitä. Ammattijärjestöt säätelevät ketkä voivat liittyä organisaatioon ja millä kyvyillä. Ne säätelevät valmistumismääriä ja palkkoja. Koska ammattiryhmiä on useita, myös ulkoisia vaikuttajia on useita. Valtiovallan taholta vaikutus kanavoituu lähinnä lainsäädännön kautta. Asiakkaila on paljon valtaa, koska heillä on suora ja henkilökohtainen kontakti organisaatioon, mutta myös ulkoisiin vaikuttajiin. Vaikka edellä mainittujen ulkoisten vaikuttajien valta voisi olla huomattava, asiantuntijavalta kuitenkin rauhoittaa. Vain asiantuntijat pystyvät päättämään mitä organisaation tulee tehdä. Näin asiantuntijat kohtaavat useimmiten passiivisen ulkopuolisen vaikuttajajoukon. (Mintzberg 1983: 405–411.)

Kun organisaatio on *poliittinen areena*, mukana ovat kaikki organisaation jäsenet. Jokainen ajaa omaa asiaansa, ja organisaatio ei aja mitään tavoitetta yhteisesti, vaan useita tavoitteita tai ei mitään. Organisaation valtajärjestelmissä voi tapahtua muutoksia. Meritokratia syntyy aina, kun organisaatio on riippuvainen tiedosta ja taidosta, ja vallanjako asiantuntijoille on välttämätön. Meritokratia voi muuttua muuksi valtajärjestelmäksi, jos sen tarkoitusta muutetaan siten, että se ei tarvitse asiantuntijoita tai asiantuntijuus rationalisoidaan. Rationalisointi voidaan tehdä jakamalla työ helposti opetettaviin osiin, jolloin ammattilaisuuden pohja murenee. Organisaatiossa voidaan delegoida yksinkertaisempia tehtäviä avustavalle henkilökunnalle ja asiantuntijat keskittyvät vaativimpiin tehtäviin. (Mintzberg 1983: 420, 491–493.)

Meritokratia voi muuttua poliittiseksi areenaksi, jos ammattilaiset menevät liiallisuuksiin. Asiantuntija voi olla niin oman asiantuntijuutensa vallassa, että muulla ei ole merkitystä. Absoluuttinen valta korruptoi absoluuttisesti. Henkilökohtaiset intressit saattavat dominoida ammatillisia normeja. Seurauksena on paatuminen, ahneus, konfliktit ja poliittiset päätökset asiantuntijapäätösten sijaan. (Mintzberg 1983: 405–411.)

Pfefferin (1981: 77, 79, 81) mukaan liiketoimintaorganisaatiot ovat vähemmän poliittisia kuin *non-profit*-organisaatiot, koska niillä on selkeä tavoite: hyödyn maksimointi. Julkisten organisaatioiden prosessit ovat paljon monimutkaisempia, ja niissä on otettava huomioon lukuisia tekijöitä. Koska niiden resurssit ovat yleensä rajallisia, on tehtävä valintoja, jotka puolestaan johtavat ristiriitoihin. Näin valta tulee mukaan päätöksentekoon. Kilpailu valta-asemista alkaa. Tähän perustuu myös muodollisten organisaatioiden kasvupyrkimykset niiden pyrkiessä luomaan yhä enemmän asemia, joilla on merkitystä. Niukkuutta voidaan myös pyrkiä luomaan tarkoituksellisesti.

Vallankäytön politisoitumista voidaan myös pyrkiä estämään. Jos organisaatiossa on resurssien suhteen väljyyttä (*slack*), yksiköt eivät ole enää riippuvaisia toisis-

taan, ristiriitojen syntymisen todennäköisyys pienenee ja vallankäyttö vähenee. Resurssien lisääminen on kuitenkin huono tapa ratkaista koordinaatio-ongelmia. Valtataisteluja voidaan vähentää myös lisäämällä haluttuja virka-asemia tai titteleitä. Organisaation henkilöstövalinnoilla voidaan jo etukäteen ehkäistä mahdollisia ristiriitoja. Se onnistuu valitsemalla taustaltaan ja tavoitteiltaan hyvin samanlaisia henkilöitä ja sosialisoimalla heidät organisaatioon. Ongelma on kuitenkin tällaisen ryhmän tehottomuus. Lisäksi valtataisteluita voidaan välttää vähentämällä päätösten tärkeyttä. Se voi tapahtua viivyttämällä päätöksentekoa esimerkiksi erilaisilla selvityksillä, tai tärkeitä päätöksiä väitetään ei-tärkeiksi. Päätösten tärkeyttä voidaan tehokkaasti vähentää jakamalla se osiin. Ongelmana päätöksen tärkeyden vähentämiskeinoissa on, että tilanteissa ei toimita silloin kuin pitäisi, päätöksien pohdinta voi olla puutteellista tai vähättely johtaa vielä suurempaan konfliktiin. (Pfeffer 1981: 88–93.)

Organisaation auktoriteettihierarkia tarjoaa samalla tasolla oleville johtajille samat mahdollisuudet käyttää palkkioita ja rangaistuksia. Kuitenkin johtajat käyttävät legitiimiä valtaansa eri tavoin. Merkittäväksi nousevat muut vallan muodot, kuten samastumisvalta (valta joka perustuu mieltymykseen ja kunnioitukseen) ja asiantuntijavalta. Nämä vallan muodot eivät ole organisaatiosta suoranaisesti peräisin, mutta niillä on suuri merkitys työsuoritusten läpiviemisessä. Samastumis- ja asiantuntijavalta tuovat omistajalleen lisävaikutusvaltaa organisaatiosta peräisin olevien palkitsemisen ja rankaisemisen sekä organisaation toimintapolitiikan hyväksymisen tuoman vallan ohella. Samastumis- ja asiantuntijavallalla voidaan myös korvata muita vallan muotoja. Niiden etuna on se, että ne ovat saatavilla kaikilla organisaation jäsenillä. Samastumis- ja asiantuntijavalta riippuvat henkilökohtaisista ja ryhmän ominaisuuksista enemmän kuin organisaation virallisista rooleista. (Katz & Kahn 1978: 528–529.)

3.1.4 Lähijohtajan asema valtatyyppityksen valossa

Miten valta näkyy lähijohtajan asemassa? Yhteenveto vallan tyypeistä on esitetty taulukossa 3. Jos tarkastellaan instrumentti-organisaatiota, järjestelmä on vahvasti ulkoa ohjattu ja byrokraattinen. Organisaation rakenne on hierarkkinen, ja valta lisääntyy ylöspäin mentäessä. Mitä alemmalla portaalla organisaatiossa toimii, sen tarkemmin oma toiminta on ylhäältä valvottua. Lähijohtajan kohdalla tämä tarkoittaa ylhäältä tulevien sääntöjen ja määräysten noudattamista. Päätöksenteon rajat on tarkkaan määritelty. Vaikutusvallan syntymisen takana on vahvasti asema organisaatiossa. Oma päätöksentekovoimaa ja harkintaa on vähän. Vaikutusvallan puute saatetaan kostaa henkilökunnalle. Resurssien jaossa jokainen yksikkö pyrkii

varmistamaan oman asemansa, mutta sääntöjen rajoissa. Kilpailu tai pelaaminen ei tiukan valvonnan takia onnistu. Tieto välittyy instrumenttiorganisaatiossa hierarkian kautta ja verkostoituminen on vähäistä. Tiedon välittäminen yksikössä on kuitenkin yksi harvoista asioista, joihin lähijohtaja voi vaikuttaa. Näin ollen hän voi halutessaan hallita yksikön tiedonsaantia.

Taulukko 3. Vallan tyypit vallan lähteiden kautta tarkasteltuna

	Päätöksenteko	Harkinta	Resurssien hallinta	Verkostojen ja tiedon hallinta
Instrumentti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ keskitettyä ▪ ulkoa ohjattua ▪ byrokraattista 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vähän ▪ tavoitteet ▪ standardeja ▪ vahvat tilanteet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ oman edun tavoittelu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vähäistä
Suljettu systeemi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ organisaation sisällä tapahtuvaa ▪ tarkasti määritelty ▪ selkeät tavoitteet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rutiinotoimintaa ▪ vahvat tilanteet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ palkkiot sidottu menestykseen ▪ oma hyöty keskeistä 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ virallisen ja epävirallisen organisaation hallinta
Autokratia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ johtaja vallan keskus 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vain johtajalla ▪ vahvat tilanteet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ johtaja kontrolloi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ johtajalla langat käsissään
Missioorganisaatio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ tehtävä (missio) määrää ▪ ei määritelty 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ tehtävä (missio) määrää 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ tehtävä (missio) määrää 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ tehtävä (missio) määrää
Meritokratia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ asiantuntijat päättävät, ▪ johtaja sovittelijana 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ runsaasti harkintaa asiantuntijatehtävissä ▪ heikot tilanteet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ poliittinen peli ▪ taistelu resursseista 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ organisaation ulkopuolelta (ammattiliitot, hallitus)
Poliittinen areena	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kaikki mukana ▪ useita tavoitteita tai ei mitään ▪ poliittiset päätökset asiantuntijapäätösten sijaan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ äärimmilleen viety asiantuntijan harkinta ▪ heikot tilanteet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kilpailu, ahneus 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ manipulointi

Suljettu systeemi muistuttaa byrokraattisuudessaan instrumenttia, mutta on vailla ulkoista vaikutusvaltaa. Organisaatiolla on selvät operationaaliset tavoitteet. Lähijohtajan tasolla ero näkyy vahvempana valta-asemana. Päätöksenteko on osittain

muodollista, mutta siinä on myös poliittisia piirteitä. Päätöksenteko ei ole keskitynyt yksinomaan ylimpään johtoon, vaikkakin asema organisaatiossa on edelleen vahva vaikutusvallan lähde. Yksiköiden tasolla merkittäväksi tulee oman toiminnan korostaminen ja resurssien haaliminen kilpailemalla ja pelaamalla. Sen vuoksi verkostojen hallinta on tärkeää, ja lähijohtaja pyrkii hallitsemaan sekä virallisia että epävirallisia verkostoja.

Autokratiassa ja missio-organisaatiossa lähijohtajia ei ole ollenkaan tai heillä ei ole asemaa organisaation valtajärjestelmässä. Tämän vuoksi nämä organisaation valtatyyppit jätetään tässä tutkimuksessa käsittelemättä.

Meritokratiassa valta on hajautettu organisaatioon asiantuntijuuden perusteella. Päätöksenteossa tämä näkyy asiantuntijoiden roolin korostumisena. Kompetenssi on vaikutusvallan syntymiselle ehdoton edellytys, mutta myös verkostojen hallinnasta on etua. Meritokratiassa asiantuntijat toimivat myös hallinnossa. Erityisesti alemmilla johtajatasoilla sitoutuminen asiantuntijuuteen on vahva. (Mintzberg 1989: 179) Se antaa enemmän harkintavaltaa päätöksenteossa. Resurssien jaossa ei ole yhtenäistä perustaa, vaan kilpailu, pelaaminen ja kaupankäynti otetaan käyttöön. Tiedonvälitys ei ole lähijohtajan hallinnassa, vaan asiantuntijat hallitsevat sitä omien intressiensä mukaan.

Kun organisaatio on poliittinen areena, jokainen ajaa omaa asiaansa. Vaikutusvallan syntymisessä on keskeistä verkostoituminen, eikä päätösvalta keskity yhdelle tasolle, vaan kaikilla on mahdollisuus vaikuttaa. Näin lähiesimiehelläkin on harkinnan mahdollisuus päätöksenteossa, ja kilpailu, kaupankäynti ja pelaaminen kukoistavat. Organisaatiossa ei ole varsinaista palkitsemisjärjestelmää tai resurssienjakosäännöstöä, vaan jokainen pyrkii saavuttamaan omat tavoitteensa. Politiisoituneessa järjestelmässä tieto on valtaa ja sitä pyritään annostelevaan.

3.2 Tilivelvollisuus julkisissa terveydenhuollon organisaatioissa

Auktoriteetti ei voi syntyä irrallaan vastuusta, vaan vastuu on auktoriteetin ja myös vallan luonnollinen seuraus. Kun auktoriteetti tarkoittaa legitiimiä oikeutta saada aikaan mukautumista, vastuu sanelee työn legitiimit rajat (Grohar-Murray & DiCroce 1997: 136). Termejä tilivelvollisuus (*accountability*) ja vastuu (*responsibility*) käytetään usein rinnakkain, vaikka niiden sisältö ei ole täysin yhteneväinen. Tarkka käänös sanasta *responsibility* on vastuu, vastuunalaisuus, tehtävä, velvollisuus, vastuukykyisyys ja *responsible* on vastuunalainen, olla vastuussa jostakin, vastuullinen, luotettava, olla syyppää johonkin. *Accountable* taas

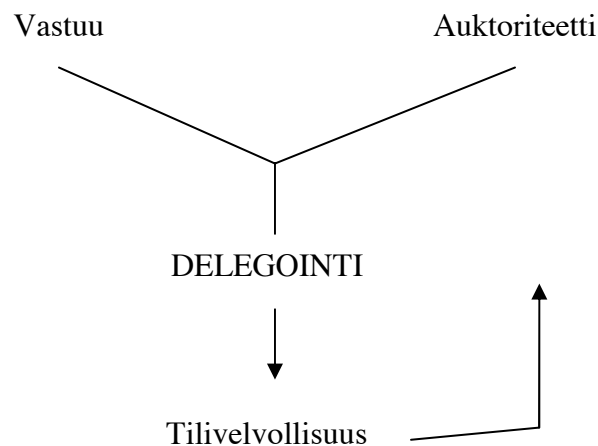
tarkoittaa olla vastuussa jostakin, syyntakeinen, tilivelvollinen, selitettävissä oleva. (Hurme & Pesonen 1978: 7, 832.) Käännöksistä näkee sanojen vivahde-eron. *Responsibility* on omaehtoisuuteen perustuvaa vastuuta, joka lähtee sisäisestä velvollisuuden tunteesta. *Accountability* on vastuuta tehdyistä toimista, ja vastuu muodostuu vasta toimeen ryhtymisen tai asemaan suostumisen perusteella.

Vastuun ja tilivelvollisuuden käsitteiden suhde toisiinsa on saanut useita tulkintoja. Tilivelvollisuus voidaan nähdä osana vastuuta vastuun ulkoisena ulottuvuutena tai vastuu nähdään osana tilivelvollisuutta sen sisäisenä ulottuvuutena (Harmon & Mayer 1986: 48–50; Mulgan 2000: 558, lainaus teoksesta Uhr 1993). Käsitteet voidaan nähdä myös täysin erillisinä. Tilivelvollisuus voi ilmaista vastuu/tilivelvollisuus-tarkastelussa asioita, jotka koskevat tilivelvollisuuden ydin-alueita, kuten vaatimista tilille, perusteluvollisuutta ja rankaisua. Vastuu taas puolestaan ilmaisee sisäisiä ulottuvuuksia, kuten henkilökohtaista syyllisyyttä, moraalisuutta ja ammatillista etiikkaa. (Mulgan 2000: 558, lainaus teoksesta Uhr 1993.) Tässä tutkimuksessa vastuu nähdään tilivelvollisuuden osana sen sisäisenä ulottuvuutena.

Selznickin (1992: 345) mukaan vastuu on jotain enemmän kuin tilivelvollisuus. Tilivelvollisuus tarkoittaa mukautumista ulkoisiin vaatimuksiin, eikä siinä näin ollen vaadita moraalista toimintaa. Kun henkilö on vastuullinen, hänellä on oltava sisäinen sitoumus moraaliin. Vastuu sisältää velvollisuuden, joka kohdistuu siihen mitä tehdään tai jätetään tekemättä, mitä pitäisi tehdä tai jättää tekemättä. Tilivelvollisuus taas nostaa esiin kysymyksen 'kenelle'. Organisaation jäsen voi olla tilivelvollinen esimiehilleen, työtovereilleen, alaisilleen tai asiakkaille. Toimintapolitiikan vajavainen muotoilu tuo tarpeen harkintavallan käytölle implementoinnissa. Tilivelvollisuus on ainoa tapa toiminnan arviointiin. (Burke 1990: 135, 147.)

Kun hallinto on vastuullista, sen valta ja vastuu realisoituvat ennalta tiedettävällä tavalla ja ennalta tiedetyissä tapauksissa. Vastuun kantamisen ja toteuttamisen välineitä ovat arvioinnit ja valinnat. (Valtioneuvoston kanslian asiantuntijaryhmä 1995: 17–18.) Kun henkilö on organisaation jäsen, hän on myös osallinen sen auktoriteettirakenteessa. Jäsenenä oleminen yleensä tarkoittaa organisaation legitimiin auktoriteetin hyväksymistä. Yksilön vastuun kannalta tilanne on kuitenkin mielenkiintoinen. Jos henkilön on mukauduttava ryhmän legitimeihin sääntöihin, voidaanko häntä pitää vastuullisena niiden mukaisten toimien tekemisestä. Yleisesti henkilöitä pidetään vastuullisina, jos he omasta tahdostaan ovat mukana, jos he eivät ole käyttäneet kaikkia mahdollisuuksiaan vaikuttaa tai kun heillä on merkittävästi valtaa ja toimintavapautta muodostaa ja implementoida toimintapolitiikkaa. (Selznick 1992: 346.)

Organisaatiossa vastuu tarkoittaa velvollisuutta toimia aseman vaatimusten mukaisesti. Se on sisäinen velvollisuus toimia koko organisaation hyväksi. Organisaatiossa vastuu liittyy kiinteästi delegointiin. Delegointi tarkoittaa auktoriteetin ja vastuun allokointia hierarkiassa alempana olevalle työntekijälle. Näin työntekijälle syntyy tilivelvollisuus suorittaa tehtävä kunnolla. (Ks. kuvio 9.) Delegoinnilla voidaan lisätä työntekijän motivaatiota ja rikastaa työtä. Delegointi on myös keino säästää aikaa ja kustannuksia, ja se voi toimia sekä työntekijän että esimiehen ammatillisen kasvun välineenä. (Grohar-Murray & DiCroce 1997: 138, 180–181, 183.)



Kuvio 9. Vastuun, auktoriteetin, delegoinnin ja tilivelvollisuuden suhde organisaatiossa (Grohar-Murray & DiCroce 1997: 181)

Laajemmin tarkasteltuna tilivelvollisuus on tila, jossa valtaa käyttäviä pidetään aisoissa ulkoisin keinoin ja sisäisin normein. Ulkoisia keinoja ovat lainsäädäntö ja moraaliset periaatteet. Parhaimmillaan tilivelvollisuus toteutuu julkisissa organisaatioissa johtajien, työntekijöiden, yhteisön ja yhteiskunnan ihanteellisessa suhteessa. Erityisesti ajatus asiakkaan tyydyttämisestä edustaa muutosta traditionaalisessa hierarkkisen kontrollin odotuksessa. (Koppell 2005: 94–95.)

3.2.1 Tilivelvollisuuden dimensiot

Tilivelvollisuudella voidaan nähdä viisi dimensiota. Avoimuuden vaatimus (*transparency*) edellyttää, että organisaatio tai toimija selvittää toimensa, ja väärinkäytökset ja epäonnistumiset tutkitaan. Erityisesti julkisissa organisaatioissa

yleisöllä ja intressiryhmillä on oikeus saada tietoa toiminnasta. Avoimuus on perusvaatimus muille tilivelvollisuuden dimensioille. (Koppell 2005: 96.)

Tilivelvollisuus on sidoksissa olemista toiminnan seurauksiin (*liability*). Työntekijä voi saada rangaistuksen virkavirheestä tai palkkion menestyksestä. Tilivelvollisuus voi toteutua rikosoikeudellisena vastuuna varojen tai auktoriteetin väärinkäytöstä tai laittomista toimista. Kun toiminta on sidoksissa seurauksiin, tuloksena voi olla lisätty tai vähennetty budjettivalta, harkintavalta tai monitorointi. (Koppell 2005: 96-97.)

Tilivelvollisuuteen liittyy aina valvottavuus (*controllability*), sillä valvonnan avulla varmistetaan, että organisaatio tai toimija suorittaa sille annettua tehtävää. Kyseessä on nimenomaan julkisiin organisaatioihin liittyvä demokratian vaatimus, jossa niiden on toteutettava kansan tahtoa. Näin kansalainen viime kädessä itse arvioi, mikä hänelle on parhaaksi (Gulick 1937a: 11). Hallinto on vastuussa edustajien ilmoittaman kansan tahdon noudattamisesta. (Koppell 2005: 97.)

Neljäs tilivelvollisuuden dimensio on vastuu sääntöjen noudattamisena. Organisaation ja sen toimijoiden on noudatettava lakia sekä muita virallisia ja epävirallisia sääntöjä. Tilivelvollisuus tässä mielessä ei tarkoita vain lain ja sääntöjen kirjaimen vaan myös hengen noudattamista. Se tarkoittaa sisäisiä käyttäytymis- ja suoritusstandardeja, joiden päämääränä on yhteisen hyvän puolustaminen. Vastuu velvoittaa käyttämään asiantuntemusta, jota rajoittavat ammatilliset ja moraaliset standardit. (Koppell 2005: 98.)

Tilivelvollisuus responsiivisuutena tarkoittaa huomion kiinnittämistä suoraan asiakkaiden toiveisiin ja tarpeisiin. Responsiivisuus liittyy valvottavuuteen, mutta enemmän kuitenkin sääntöjen noudattamiseen sitä kautta, saavuttiko organisaatio olennaisen tavoitteensa. Responsiivisuuden edellytys hierarkiassa on harkinnan mahdollisuus päätöksenteossa. Harkinnan rajojen on kuitenkin oltava selvillä. (Koppell 2005: 98–99.)

3.2.2 *Tilivelvollisuuden tyypit*

Perinteinen tilivelvollisuuden käsite tarkoittaa tilille joutumista jollekin auktoriteetille omista toimistaan tai käytöksestään. Olennaista on ulkoisen auktoriteetin olemassaolo, tilivelvollisen ja auktoriteetin välinen vuorovaikutus ja ulkoisen auktoriteetin legitimitetti. (Romzek & Dubnick 1987: 228; Mulgan 2000: 555). Julkisessa hallinnossa käsite saa kuitenkin laajemman sisällön. Julkisessa hallinnossa tilivelvollisuus tarkoittaa niitä keinoja, joilla julkiset organisaatiot ja niiden

työntekijät hallitsevat organisaatioiden sisältä ja ulkoa tulevia odotuksia. Kyseessä on siis odotusten hallinnan strategia. (Romzek & Dubnick 1987: 228.)

Taulukko 4. Tilivelvollisuusjärjestelmät (Romzek & Dubnick 1987: 229; Romzek & Ingraham 2000: 242)

Odotusten ja kontrollin lähteet		
	Sisäinen	Ulkoinen
Korkea kontrollin määrä, matala autonomia	Byrokraattinen Hierarkkinen	Oikeudellinen
Matala kontrollin määrä, korkea autonomia	Ammatillinen	Poliittinen

Julkisessa hallinnossa keskeiset toimijoiden väliset suhteet tilivelvollisuuden kannalta ovat yhtäältä kansalaisten ja viranomaisten välillä, toisaalta poliitikkojen ja byrokraattien välillä (Mulgan 2000: 556). Tarkasteltaessa tilivelvollisuutta kahdella ulottuvuudella: organisaatioon kohdistettujen odotusten ja kontrollin lähde (sisäinen/ulkoinen) sekä kontrollin määrä ja autonomian aste, tilivelvollisuus tai tilivelvollisuussuhteet voidaan jakaa byrokraattiseen, oikeudelliseen, ammatilliseen ja poliittiseen tilivelvollisuuteen (Romzek & Dubnick 1987; Romzek & Ingraham 2000). Tarkastelussa on otettava huomioon, että ulottuvuudet sisäinen ja ulkoinen ovat tässä organisaation, ei yksilön ominaisuuksia. (Ks. taulukko 4.)

Byrokraattinen tilivelvollisuus liittyy julkisissa organisaatioissa virka-asemaan. Toimiessaan organisaation palveluksessa julkisen terveydenhuollon johtajatasen työntekijöillä on virkavelvollisuuksia, ja he toimivat virkavastuun alaisena³⁸. Virkasuhde on viranhaltijan ja julkisyhteisön välinen julkisoikeudellinen palvelusuhde. Virkavelvollisuudet oli aikaisemmin yksilöity virkasäännössä, jonka nykyisin korvaa viranhaltijalaki (304/2003). Viranhaltijan asema työnantajaan näh-

³⁸ Kuntalain (365/1995) mukaan työntekijä on virkasuhteessa, jos tehtävään liittyy julkisen vallan käyttöä.

den on alisteinen, kun taas työsuhteessa olevaan työntekijään työnantaja voi käyttää valtaa vain työsopimuksen rajoissa. Viranhaltijoiden palvelussuhteen ehdot määräytyvät virkaehtosopimuksella. (Heuru 2001: 260.) Viranhaltijoiden erityistä, kansalaisten yleistä oikeudellista vastuuta tiukempaa, vastuuta kutsutaan virkavastuuksi. Se on erältä osiltaan ankarampi kuin yleinen oikeudellinen vastuu, ja sen toteuttamiskynnys on osittain alempi kuin yleisen oikeudellisen vastuun. (Koskinen & Kulla 1995: 8, 149.)

Virkasuhteen erottaa työsuhteesta lisäksi siihen liittyvät julkisoikeudelliset vaatimukset. Kyseessä on viranomaistehtäviin liittyvä hallinto-oikeudellinen virkavastuu, jossa korostuu objektiviteettiperiaate. Viran perustamispäätöksessä yleensä määritellään virkaan kuuluvat velvollisuudet. Viran voi ottaa vastaan vain siihen kelpoinen (yleiset kelpoisuusehdot: täysi-ikäisyys, ei viran hoitoa haittaavaa sairautta tai ruumiin vammaa, erityiset kelpoisuusehdot: virkakohtaiset, lain, asetuksen, kunnan johtosäännön tai viran perustamispäätöksen mukaan määräytyvät). Virkasuhde syntyy virantäyttöpäätöksellä, mutta virantoimitusvelvollisuus vasta silloin, kun virka otetaan vastaan. Vastaavasti velvollisuudet loppuvat virkasuhteen päättymiseen. (Heuru 2001: 261, 265–267.)

Viranhaltijan tehtävistä tulisi määrätä pääsääntöisesti johtosäännöllä, jossa määrätään myös esimies- ja alaisuhteista. Viranhaltija on kunnan määräys- ja käskyvallan alainen, ja hänen on noudatettava virkaa hoitaessaan lain ja asetuksen säännöksiä, johtosääntöjen määräyksiä sekä virkakäskyjä. Viranhaltijan tulee välttää kaikkea, mikä on ristiriidassa tasapuolisuuden ja asemassa olevalta vaadittavan menettelyn kanssa. Hänen tulee toimia kunnan edun mukaisesti ottaen huomioon tarkoituksenmukaisuus- ja taloudellisuusnäkökohdat. Olennaisinta on kuitenkin virkatehtävän hoitaminen, joka on henkilökohtainen velvollisuus. (Heuru 2001: 270–271.)

Virkavastuun perussäännös on Perustuslaissa (PeL 118 §), jonka mukaan virkamies vastaa toimenpiteestä, johon hän on ryhtynyt. Viranhaltijan oikeudellinen vastuu koostuu rikosoikeudellisesta vastuusta, vahingonkorvausvastuusta, yleisestä virkavastuusta, kurinpidollisesta vastuusta ja esittelijöiden kohdalla esittelijän vastuusta. Yleinen virkavastuu on rikosoikeudellisen, kurinpidollisen ja vahingonkorvausvastuun perusta. Sen peruslähtökohta on hallinnon lainalaisuuden periaate (ks. Tuori 2004: 120). Lisäksi yleiseen virkavastuuseen liittyy virkatehtävien suorittaminen yleisesti hyväksyttävällä, tarkoituksenmukaisuutta ja kohtuutta noudattavalla tavalla. Kurinpidollinen vastuu tarkoittaa mahdollisuutta kirjallisen varoituksen antamiseen viranhaltijalle, joka toimii vastoin virkavelvollisuuksiaan tai laiminlyö niitä. Kyseessä on hallintomenettely. Esittelijän vastuu taas tarkoit-

taa, että esittelijä on vastuussa siitä, mitä hänen esittelystään päätetään. (Heuru 2001: 272–273.)

Oikeudellisen vastuun ohella voidaan mainita tosiasiallinen vastuu, joka tarkoittaa toiminnalle asetettuja laadullisia vaatimuksia. Arvioinnin kohteena voi olla hyvä hallintotapa, virkamiesetiikka tai hallinto-oikeuden yleiset periaatteet sekä tarkoituksenmukaisuus. Vastuu voi toteutua huonona etenemisenä virkauralla tai huomautuksena. Myös tulosvastuu on yksi viranhaltijan työhön kuuluva tekijä. Sen virkamiesoikeudellinen sääntely on hajanaista. Lähinnä sitä säätelee viranhaltijan yleisistä virkavelvollisuuksista virantoimitusvelvollisuus. Seuraamukset heikosta tuloksesta voivat olla taloudellisia (palkan määrä) tai virkauralla etenemistä hidastavia. Äärimmäisissä tapauksissa jopa irtisanominen. (Koskinen & Kulla 2001: 150–151.)

Terveysthuolto-organisaatioissa vastuu ilmenee muodollisesti arvioinnin kautta. Vastuu liittyy laatuun. Jokainen työntekijä ja koko organisaatio ovat vastuussa hoidon laadusta. Vastuu on myös profession luonteeseen kuuluvaa kykyä ja halua ottaa vastuuta ammatissa. Vastuullinen henkilö erottaa oikean ja väärän. Vastuullisuus ammatissa varmistetaan koulutuksella ja lisensoinnilla. Koko laadunvarmistusprosessi on keino tunnustaa organisaation vastuu. (Tappen 1989: 464, 476, 486.)

Vastuu organisaatiossa syntyy myös suunnittelusta. Suunnitelma asettaa tavoitteen, jonka toteutumisen arvioinnissa ilmenee, missä määrin tavoitteisiin päästiin. Suunnitelma on vaatimus, jonka toteuttaminen on jonkun vastuulla. Ilman suunnitelmaa ei ole vaatimusta, ei arviointia, eikä näin ollen myöskään vastuuta. (Fayol 1923: 106.) Vaikutusvalta tuo lisäksi vastuuta, joka tekee osalliseksi menestymisestä tai epäonnistumisesta (Handy 1978: 112).

Oikeudellinen tilivelvollisuus muistuttaa byrokraattista tilivelvollisuutta. Erona on kuitenkin sen ulkoapäin tuleva luonne. Kyseessä on kahden autonomisen toimijan, lainsäätäjän ja implementoijan, suhde, joka vaatii välittäjäksi tuomioistuimen. (Romzek & Dubnick 1987: 228–229.)

Terveysthuollossa, kuten muillakin yhteiskunnan sektoreilla, lait antavat toiminnalle raamit. Ne eivät itsessään ole päätöksiä, vaan vaativat soveltamista käytännön toimintaan. Terveysthuollon toimintaa koskevat lait voidaan nähdä rajoituksina tai toimintavapautena. Lakien voidaan kokea estävän käytännössä havaittua tarpeellista puuttumista. Työntekijä voi selvästi nähdä henkilön avuntarpeen, mutta perusoikeudet estävät puuttumisen tilanteeseen. Toisaalta laki antaa monessa hankalassa tilanteessa selkeän ohjeen ja oikeutuksen, jopa velvollisuuden, toimintaan.

Lait vaikuttavat monella tapaa lähiesimiehen toimintaan. Laki antaa viranomaisille velvollisuuksia tai valtaa tuottaa palveluita ja kansalaisille kelpoisuuden niitä käyttäen. Säädökset antavat viranomaisille vallan puuttua ihmisten yksityiselämään. (McDonald & Henderson 2003: 77.) Terveystuotannon lainsäädäntö voidaan jakaa kolmeen ryhmään. Normistot säätelevät 1) palvelujen tuottamista³⁹, 2) terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa⁴⁰ ja 3) potilaan asemaa ja oikeuksia⁴¹. (Lohiniva-Kerkelä 2004: 16) Terveystuotannon johtamisessa on otettava huomioon myös tietosuojaa (henkilötieto L 523/1999), ihmisoikeuksia (kansainväliset ihmisoikeussopimukset), perusoikeuksia (PeL), julkista rahoitusta ja julkista toimintaa ohjaavat lait.

Terveystuotannon lainsäädännön yleinen perusta on perus- ja ihmisoikeuksissa. Tarkempi sääntely tapahtuu tavallisilla laeilla. Sääntely on funktioiltaan ja lähtökohdiltaan erilaista sen mukaan, onko sen kohteena julkinen vai yksityinen toiminta. Julkista terveydenhuoltoa säätelevien lakien lähtökohta on riittävien ja laadukkaiden palvelujen tuottaminen. Peruslähtökohtana on kuitenkin potilaan ja häntä hoitavan henkilön suhde (perussuhde). Ammattihenkilön asema määräytyy pitkälti potilaalle säädetyistä oikeuksista (potilaan itsemääräämisoikeus), jotka velvoittavat sekä palveluiden tuottamista että henkilökuntaa. (Lohiniva-Kerkelä 2004: 16–17; Tuori 2004: 120.)

Lähijohtajan työssä tulevat huomioonotettavaksi erityisesti ammatinharjoittamista ja potilaan asemaa ja oikeuksia koskevat lait. Niistä ainoastaan laki kunnallisesta viranhaltijasta (304/2003) ja työsopimuslaki (55/2001) säätelevät työnantajan ja henkilökunnan, näin ollen lähijohtajan ja hänen esimiestensä ja alaistensa, suhteita. Muissa laeissa säädellään perussuhdetta koskevia asioita. Uusi viranhaltijalaki (304/2003) korvaa kuntien entiset virkasäännöt ja on lähijohtajan kannalta kaksitahoinen. Toisaalta lähijohtajaa koskevat lain mainitsemat työnantajan velvollisuudet ja toisaalta viranhaltijan velvollisuudet.

Terveystuotannon ammattihenkilöistä annettu laki (559/1994) määrittelee, kenellä on oikeus harjoittaa terveydenhuollon ammattia ja käyttää tiettyjä ammatinimikkeitä (2 luku). Lisäksi laki mainitsee ammattihenkilön yleisiksi velvollisuuksiksi potilasasiakirjojen laatimisen, säilyttämisen ja niihin liittyvien tietojen salassapidon (16 §) sekä salassapito- ja täydennyskoulutusvelvollisuuden (17 §),

³⁹ Kansanterveyslaki (66/1972) ja -asetus (802/1992), erikoissairaanhoidonlaki (1062/1989) ja mielenterveyslaki (1116/1990).

⁴⁰ Laki (559/1994) ja asetus (564/1994) terveydenhuollon ammattihenkilöistä, laki kunnallisesta viranhaltijasta (304/2003).

⁴¹ Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), potilasvahinkolaki (585/1986).

18 §). Lääkäriin suhteen mainitaan erityisinä oikeuksina ja velvollisuuksina potilaan lääketieteellinen tutkiminen, taudinmääritys, siihen liittyvä hoito sekä lääkkeiden määrääminen (22 §).

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden velvollisuudet liittyvät joko potilaaseen tai häntä koskeviin tietoihin. Oikeudet potilaalle ovat velvollisuuksia hoitohenkilökunnalle. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säätää jokaiselle Suomessa pysyvästi asuvalle henkilölle oikeuden terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat käytettävissä. Laki takaa potilaalle oikeuden laadultaan hyvään hoitoon huomioon ottaen hänen äidinkieltensä, yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa. (3 §.) Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan siten, että hän sen ymmärtää (5 §). Hoidon on pääsääntöisesti tapahduttava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (6 §). Lisäksi laki antaa ohjeita potilasasiakirjojen laadinnasta, säilytyksestä ja niiden sisältämien tietojen salassapidosta (12 §, 13 §). Sekä potilas- että muiden asiakirjojen käsittelyn yhteydessä on huomioitava laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (621/1999). Julkisuuslaki määrittelee hyvän tiedonhallintatavan ja antaa myös määräyksiä salassapidosta ja vaitiolovelvollisuudesta viranomaistoiminnassa (18 §, 6 luku).

Julkista vallankäyttöä ja julkista toimintaa yleensäkin koskee laillisuusvaatimus, eli toiminnan on perustuttava lakiin. Ennakollinen oikeusturva tarkoittaa oikeusturvatakeita, joilla turvataan oikeusturvan toteutuminen jo ennen hallintotoimen tekemistä. Näitä ovat muun muassa esteellisyysäädökset ja kuuleminen. Jälkikäteinen oikeusturva tarkoittaa muutoksenhaku- ja kantelumahdollisuutta. Terveydenhuollon valvontajärjestelmät liittyvät potilasturvallisuuden takaamiseen, hoidon laadun varmistamiseen ja terveydenhuollon riittävään tuottamiseen. Lähijohtajan kohdalla tulevat kyseeseen lähinnä kaksi ensin mainittua. (Lohiniva-Kerkelä 2001: 101; Tuori 2004: 120, 303–304.)

Kunnallisen viranhaltijan asema määräytyy virkaehtosopimuksen, lain ja asetusten sekä kunnan ohje- ja johtosääntöjen määräysten mukaan. Lähijohtajan kannalta valvonnan sisältö on pääasiassa ammattitoiminta, jonka kohteena on potilas. Seuraamuksia voi kuitenkin tulla virkavelvollisuuksien laiminlyömisestä. Terveydenhuoltohenkilökunnan ammatillisen toiminnan valvonta kuuluu lähtökohteisesti oikeusturvakeskukselle tai lääninhallitukselle, ja virantoimitukseen kohdistetaan kunnallinen viranomaisvalvonta. (Lohiniva-Kerkelä 2004: 213–214.)

Terveydenhuollon ammattihenkilön toiminnassa virheellinen menettely synnyttää vastuun. Vastuu voi toteutua valvontaviranomaisten toimenpiteiden kautta, olla rikosoikeudellista tai vahingonkorvausvastuuta. Rikosoikeudelliset normit koskevat terveydenhuollon ammattihenkilöitä kuten muitakin. Lähinnä kyseessä ovat

henkeen ja terveyteen kohdistuvia rikoksia (RL 21 luku) sekä virkarikoksia koskevat normit (RL 40 luku).

Kunnallishallinnossa vahingonkorvausoikeudellinen vastuu voi tulla kysymykseen työssä aiheutetun vahingon, julkista valtaa käytettäessä syntyneen vahingon, sopimussuhteissa syntyneen vahingon tai ankaraan vahingonkorvausvastuuseen perustuvan vahingon kohdalla (Heuru 2001: 275). Potilasvahinkolaki (585/1986) säätelee terveyden- tai sairaanhoidon yhteydessä potilaalle aiheutuneen henkilövahingon korvaamisesta potilasvakuutuksesta. Mikäli vahinko on vähäinen, sen korvaa aiheuttaja. Muissa tapauksissa korvausta voidaan hakea vahingonkorvauslain (412/1974) perusteella. Pääsääntöisesti työnantaja on vastuussa työntekijöidensä virheestä tai laiminlyönnistä aiheutuneista vahingoista. Edellytyksenä on, että vahingon on tehnyt työntekijä työsuorituksen aikana joko tuottamuksellisesti tai tahallisesti. Korvausvastuun edellytyksenä ei ole työnantajan valvontavastuun rikkominen. (Lohiniva-Kerkelä 2004: 224–232.) Kunnalla on kuitenkin niin sanottu regressio-oikeus, jonka perusteella se voi saada korvausta vahingon aiheuttajalta (Heuru 2001: 276).

Ammatillinen tilivelvollisuus on monessa suhteessa moniselitteisempi kuin muut tilivelvollisuuden lajit. Sijoitettuna taulukkoon 4 syntyy mielikuva, että ammatillinen tilivelvollisuus on organisaation sisäistä laatua. Lähemmässä tarkastelussa voidaan kuitenkin todeta, että taulukon määreiden mukaan ammatillinen tilivelvollisuus täyttää ehdot: organisaation sisällä kontrollin määrä vähäinen ja autonomian aste korkea. Ammatillinen tilivelvollisuus kuitenkin ulottuu laajemmalle. Sillä on ulottuvuuksia sekä organisaation ulkopuolelle että yksilön näkökulmasta sisäiseen tilivelvollisuuteen, vastuuseen.

Tarkastelkaamme aluksi tilivelvollisuutta perinteisessä merkityksessä ulkoisena toimintana. Ammatillinen tilivelvollisuus organisaation ulkopuolelle ulottuessaan liittyy ammattikunnan asettamiin standardeihin ja käyttäytymissääntöihin. Ammatilaisen on noudatettava oman ammattikuntansa standardeja. Kollegan virheellinen tai huono käytös aiheuttaa muussa ammattikunnassa häpeää. Kollektiivinen syyllisyys on suuri erityisesti julkisen yleisen hyväksynnän saaneissa ammateissa. Ammatilaisen vastuulla on koko ammattikunnan imagon säilyttäminen. (Moore 1970: 240.) Lisäksi ammatilainen on vastuussa ajoittain myös muiden ammattikuntien edustajille (Bennion 1969: 99). Romzekin ja Dubnickin (1987: 229) mukaan ammattijärjestöjen vaikutus on epäsuora ja varsinainen auktoriteetin lähde on organisaation sisäinen. Organisaatio näyttää samalta kuin byrokraattinen organisaatio, mutta on perussuhteen kohdalla erilainen. Byrokraattisessa organisaatiossa perussuhde on tiivis työnjohto, kun taas ammatilaisorganisaatiossa ammatilaisen tilivelvollisuussuhde on maallikon ja asiantuntijan suhde.

Professionalismiin liittyy vastuu yleisen edun kunnioittamisesta, joka sisältää ammatin itsekontrollin ja velvollisuuden ojentaa tottelemattomia ammattikunnan jäseniä (kollegiaalisuussäännöt⁴²) (Moore 1970: 241). Kuitenkin esimerkiksi yhteiskunnan sertifioima lääkärinkunnan ammatillinen autonomia sisältää velvollisuuden toimia tietyllä erikoisalueella yhteiskunnan hyväksi tarjoamalla yleisölle pääsy kyvykkäälle ammattilaiselle. Sopimus ei kuitenkaan tarkoita yleisen hyvän tavoitetta. (Meaney 1999: 342.) Ammatilliseen tilivelvollisuuteen kuuluu velvollisuus oppia. Teknisen tiedon nopea kasvu vaatii erikoistumista. Ammattiin legitimointi saattaa toimia oppimisen vastaisesti. Taitamattomuus saattaa kasvaa iän ja työssäolon karttuessa, jos ammattitaitoa ei ylläpidetä. Lisensointi antaa immuniteettiaseman. (Moore 1970: 241.)

Ammatillinen tilivelvollisuus esiintyy sellaisissa tehtävissä, joissa ollaan tekemisissä teknisesti vaikeiden ja monimutkaisten ongelmien kanssa. Tällaisissa kysymyksissä organisaatio joutuu nojautumaan taitaviin erityisosaajiin, jotka vaativat työnantajaa luottamaan heidän osaamiseensa. Olennaista on ammattilaisuuden kunnioitus, ja tarkka ulkopuolinen valvonta katsotaan epäsopivaksi. Jos he epäonnistuvat, he saavat nuhteita tai heidät erotetaan. Muuten he odottavat saavansa täyden harkintavallan työssään. (Romzek & Dubnick 1987: 229.) Tässä kuitenkin ilmenee viime käden tilivelvollisuus hallinnolle ja poliittisille esimiehille. Se on julkisten organisaatioiden demokraattinen imperatiivi vastata poliitikkojen ja laajan yleisön vaatimuksiin. (Mulgan 2000: 59).

Ammatilaiden tilivelvollisuuden toteuttaminen saattaa olla ristiriitoja aiheuttava kysymys. Ammatilaisuuden piirteisiin kuuluu, että vain vertainen voi arvioida ammatilaiden työtä. Ollakseen luotettavaa ja tehokasta, ammatilaiden on oltava mukana ulkoisissa arviointiryhmissä. Tämä puolestaan voi aiheuttaa ristiriidan kahden tilivelvollisuuden välillä: ammattijärjestöä ja yleisöä kohtaan. (Mulgan 2000: 59.) Ristiriita voi syntyä myös tilanteessa, jossa vastakkain ovat velvollisuus työnantajaa kohtaan ja velvollisuus palvelun käyttäjää kohtaan. Punnittavaksi voi lisäksi tulla toiminnasta koituva haitta yksilölle vs. haitta yhteisölle. Yleisimmin ristiriita syntyy resurssienjakokysymyksissä. (Dawson & Butler 2003: 237, 240, 246–247.)

Ammatillisessa tilivelvollisuudessa voidaan myös nähdä toinen puoli, sisäinen tilivelvollisuus eli vastuu. Käyttäessään päätöksenteossa omaa harkintaa, joka on yhteydessä omiin sisäistettyihin standardeihin riippumatta ulkoisista tarkastuksista tai todellisista tai mahdollisista rangaistuksista, ammattilainen on henkilökoh-

⁴² Ks. Suomen Lääkäriliitto 2005b: 175–176.

taisessa vastuussa. Silloin velvollisuuden lähde on sisäinen, omien henkilökohtaisten arvojen mukainen. Näin myös rangaistus on sisäinen, yksilön oma tunne ammatillisesta syyllisyydestä tai väärinkäytöksestä. Toiminnan perusta ei tällöin ole niinkään yksilön ammatillisuus vaan hänen henkilökohtainen moraalisuutensa koskien yleisiä moraalisia arvoja, kuten rehellisyys, hienotunteisuus ja oikeudenmukaisuus. Jos tässä tilanteessa etsitään tilivelvollisuuden kohdetta, se on hypoteettinen sisäinen minä. (Mulgan 2000: 560.)

Henkilökohtainen vastuu viittaa julkisen toiminnan ohjenuorana oleviin henkilökohtaisiin arvoihin ja etiikkaan. Arvot ovat sidoksissa kulttuuriin ja vaihtelevat näin maiden ja organisaatioiden välillä. Organisaatioiden kohdalla on kuitenkin huomioitava, että organisaatioetiikka on eri asia kuin ammatillinen etiikka. Organisaatioetiikka sisältää sekä organisaation ja yksilön suhteen että johtajan ja alaisen välisen suhteen. (Meaney 1999: 333.) Perinteinen terveydenhuollon etiikka tarkoittaa pääasiassa edellistä, kun taas työelämän etiikka jälkimmäistä.

Eettistä päätöksentekoa hoitotyössä ohjaavat sosiaalisen käytöksen perinteiset säännöt, henkilön omat arvot sekä ammattikunnan arvot (Grohar-Murray & DiCroce 1997: 101). Etiikan luonteeseen kuuluu vastuu, sillä ellei ihmistä pidetä vastuullisena, häntä ei voida arvioida eettisesti. (Parviainen & Sarvimäki 1999: 73, 80.) Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattieettiset velvollisuudet on kirjattu lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Lain mukaan ”terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämäärä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen”. Laki velvoittaa käyttämään yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä, perusteltuja menettelytapoja koulutuksen mukaisesti, jota on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Toiminnassa on myös otettava huomioon siitä potilaille koituvat hyödyt ja sen mahdolliset haitat. (15 §.)

Terveydenhuollossa ammattiliitot ovat laatineet omia eettisiä ohjeistojaan. Ohjeissa esitetään velvollisuuksia, jotka liittyvät joko potilaaseen, ammattitaitoon, kollegoihin tai yhteiskuntaan. Sekä sairaanhoitajien että lääkäreiden eettisissä ohjeistoissa on yhteisiä periaatteita:

- ihmiselämän suojeleminen ja kärsimyksen lievittäminen
- lähimmäisenrakkaus ja potilaan/asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen
- salassapito ja luottamuksellisuus
- ammattitaidon ylläpito
- oman ja toisten ammattiryhmien edustajien asiantuntemuksen kunnioittaminen
- käyttäytyminen julkisesti ammatin vaatimalla tavalla

(World Medical Association 1983; Suomen Lääkäriliitto 2005b: 10–11; Suomen sairaanhoitajaliitto 1996.)

Lisäksi sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa todetaan, että sairaanhoitaja toimii oikeudenmukaisesti, ottaa huomioon potilaan arvot, vakaumuksen ja tavat, vastaa työstään henkilökohtaisesti ja tukee kollegaansa potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa, työssä jaksamisessa ja ammatillisessa kehittämisessä. Sairaanhoitajan tulee valvoa, etteivät oman ammattikunnan jäsenet toimi potilasta kohtaan epäeettisesti. Yhteiskunnassa sairaanhoitajan tulee osallistua hyvinvointia koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon. Hän tukee omaisten ja muiden läheisten osallistumista hoitoon. (Suomen sairaanhoitajaliitto 1996.)

Lääkäreiden eettisissä ohjeissa kehoitetaan kohtelevaan potilasta tasa-arvoisena. Potilaan tahdosta riippumattoman hoidon yhteydessä hoitopäätösten on aina perustuttava lääketieteellisiin syihin. Lääkärin ei saa tavoitella perusteetonta aineellista etua, vastaanottaa tai antaa maksua yksinomaan potilaan saamisesta hoitoon tai houkutellessa potilaita toiselta lääkäriltä. Lääkärin on annettava ensiapua tarvittaessa. Säännöissä on myös kristinuskon kultainen sääntö:

“a physician shall behave towards his colleagues as he would have them behave towards him”. (World Medical Association 1983; Suomen Lääkäriliitto 2005b: 175–176.)

Bennionin (1969: 98–99) mukaan vastuu (*responsibility*) on täydelliselle ammattilaisuudelle ominainen piirre. Hänen mukaansa terveydenhuollossa pääasiallinen vastuu on potilasta/asiakasta kohtaan. Ammatillaisen vastuu koostuu myös muista ulottuvuuksista.

Poliittinen tilivelvollisuus on julkisten organisaatioiden ominaisuus. Julkiset palvelut erottuvat yksityisistä nimenomaan tilivelvollisuuden kautta (Pollitt 1995: 149). Niissä vastuu liittyy sekä oikeudellisiin että moraalikysymyksiin. Vastuu voidaan jakaa myös poliittiseen ja johtamisvastuuseen. Poliittinen vastuu käsittää vastuun laajoista toimintapolitiikoista ja niiden takana olevista arvoista. Johtamisvastuu on kapeampi käsite, jossa vastuu koskee tiettyjä tehtäviä. Johtamisvastuussa henkilö ei voi vastata toimintapolitiikan virheistä. (Pollitt 1995: 149.) Voidaan pohtia, missä määrin julkisten organisaatioiden jäsenet ovat vastuussa kansalaisille. Julkiset organisaatiot ovat kokonaisuudessaan yhteiskunnallisessa vastuussa, mutta missä määrin vastuu kohdistuu esimerkiksi lähijohtajatasoon.

Poliittisessa tilivelvollisuudessa keskeisenä on julkisen hallinnon suhde avainintressiryhmiin. Kun ammatillista tilivelvollisuutta kuvaa asiantuntijuuden kunnioitus, poliittiselle tilivelvollisuudelle ominaista on responsiivisuus⁴³. Tämä tarkoittaa yhtäältä julkisen hallinnon responsiivisuutta poliittisen järjestelmän toimijoita kohtaan ja toisaalta palveluja tuottavien yksiköiden responsiivisuutta asiakkaitaan kohtaan (Mulgan 2000: 566). Potentiaalisia asianosaisia ovat siis yleisö, vaaleilla valitut toimijat, virastojen päälliköt, niiden asiakkaat, muut intressiryhmät ja tulevat sukupolvet. Kysymys onkin, ketä julkinen hallinto edustaa. (Romzek & Dubnick 1987: 229.)

Käytännössä julkisen hallinnon responsiivisuus poliittista järjestelmää kohtaan näkyy erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hallinnossa. Organisaatioiden ylin päättävä elin on poliittisin perustein valituista jäsenistä koostuva valtuusto tai yhtymäkokous. Organisaation viranhaltijoiden on oltava responsiivisia tälle päättävälle elimelle. Perusteet responsiivisuudelle ovat taas asia erikseen. Virkamies voi olla responsiivinen tilille joutumisen ja rangaistuksen pelosta tai pyrkinessään vaikuttamaan omaan urakehitykseensä (Mulgan 2000: 567).

Asiakaspalveluorientaatio ja responsiivisuus asiakkaan tarpeille kuvaavat poliittisen tilivelvollisuussuhteen toista puolta (Romzek & Ingraham 2000: 242). Näin mukaan tulevat markkinatyylliset ratkaisut ja johtamisjärjestelmät, joiden voidaan sanoa tuovan vaihtoehdoisen tilivelvollisuuskanavan tarjoamalla kannusteita toimijoille, jotka ottavat asiakkaan toiveen huomioon. Asiakasorientaatiomekanismeista osa käyttää tilivelvollisuuden toimintamalleja; esimerkkeinä asiamieskäytäntö ja hallintotuomioistuimet. Liiketaloudellisen kulttuurin tai kannusteiden aikaansaama responsiivisuus ei kuitenkaan välttämättä lisää tilivelvollisuutta. (Mulgan 2000: 568.)

Yksityisen sektorin asiakasorientaatio ja responsiivisuus johtaa erityyppiseen tilivelvollisuuteen kuin julkisella sektorilla. Yksityisen sektorin asiakkaalla ei ole oikeutta vaatia yrittäjää tarjoamaan hänen tarpeitaan vastaavaa palvelua. Markkinoiden kilpailutilanteessa responsiivisuusmekanismi on asiakkaan valinta, *exit*-mahdollisuus. Tilivelvollisuus on kuitenkin yleisesti mielletty *voice*-mahdollisuudeksi, joka yksityisessä toiminnassa tarkoittaa tilivelvollisuutta omistajille tai osakkaille. (Mulgan 2000: 568–569.)

⁴³ Nikkilän (1998: 7) mukaan terveydenhuollon asiakkuus voidaan ymmärtää kapea-alaisesti terveyspalveluja käyttävänä potilasasiakkaana tai laajemmin kuntalaisasiakkaana.

3.2.3 Tilivelvollisuus ja vastuu terveydenhuollon lähijohtamisessa

Tilivelvollisuuden tyyppien yhteenveto on tehty taulukossa 5. Terveydenhuollon lähijohtaminen tapahtuu byrokraattisissa, professionaalisissa ja tulosjohdetuissa organisaatioissa. Julkisissa terveydenhuollon organisaatioissa byrokraattinen tilivelvollisuus liittyy virka-asemaan ja sen mukanaan tuomiin virkavelvollisuuksiin. Julkinen virka tuo velvollisuuden toimia työnantajan (kunnan) edun mukaisesti, ja jo virkaan valintaan vaikuttaa henkilön kelpoisuus. Virkatehtävät on suoritettava yleisesti hyväksyttävällä tavalla ottaen huomioon tarkoituksenmukaisuus- ja taloudellisuuskohdat. Lähijohtajan virassa tosiasiallinen byrokraattinen tilivelvollisuus tarkoittaa toiminnan laadullisia vaatimuksia. Vaatimusten toteutuminen todetaan arvioinnin avulla. Käytännössä se tarkoittaa organisaation sääntöjen, määräysten ja toimintapolitiikan noudattamista ja sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin ja strategioihin.

Taulukko 5. Yhteenveto tilivelvollisuuden tyypeistä (Koppell 2005: 96–99; Romzek & Dubnick 1987: 230; Romzek & Ingraham 2000: 242)

Tilivelvollisuuden tyyppi	Arvopainotus/suhteen perusta	Tilivelvollisuuden dimensio (Koppell 2005)	Käyttäytymis-odotus	Analoginen suhde
Byrokraattinen Hierarkkinen	Tehokkuus/Valvonta	Sitoutuminen Valvottavuus Sääntöjen noudattaminen	Organisaation sääntöjen noudattaminen	esimies/alainen
Oikeudellinen	Lainkuuliaisuus/Luottamus	Valvottavuus Sääntöjen noudattaminen	Mukautuminen ulkoiseen valvontaan	lainsäätävä/lain toimeenpanija
Ammatillinen	Asiantuntijuus/asiantuntijuuden kunnioittaminen	Sitoutuminen Sääntöjen noudattaminen	Yksilön harkinnan ja erityisosaamisen kunnioitus	maallikko/asiantuntija
Poliittinen	Responsiivisuus	Responsiivisuus	Responsiivisuus toimeksiantajille	toimeksiantaja/edustaja

Oikeudellinen tilivelvollisuus on varsin lähellä byrokraattista tilivelvollisuutta, mutta tilivelvollisuuden kohde on organisaation ulkopuolella. Organisaation sisäisten sääntöjen ja määräysten lisäksi lähijohtajan on noudatettava lakeja ja asetuksia sekä kansainvälisiä että valtakunnallisia sopimuksia. Säästöjen ja sopimusten avulla määritellään raamit sekä henkilöstöjohtamiselle että yksikön muulle toiminnalle.

Ammatillinen tilivelvollisuus liittyy sekä organisaation sisäiseen toimintaan että organisaation ulkopuolelle, mutta myös henkilön sisäiseen tilivelvollisuuteen. Lähijohtaja on tilivelvollinen ammattikunnalleen omasta työskentelystään ja käyttäytymisestään. Ammatin harjoittamiseen on saatu legitimointi sekä ammattikunnalta että viralliselta legitimoijalta. Ammatillisuus näyttäytyy vahvana asiantuntijuutena suhteessa asiakkaaseen. Sisäinen tilivelvollisuus taas tarkoittaa ammattilaisen sisäistettyjä standardeja, moraalisia arvoja. Terveystieteissä eettiset periaatteet on kirjattu ammattikuntien laatimiin eettisiin ohjeistoihin.

Poliittinen tilivelvollisuus viittaa terveydenhuollon organisaatioiden julkiseen luonteeseen ja responsiivisuuteen. Poliittinen vastuu sisältää tilivelvollisuuden kansalaisille yleensä ja heidän valitsemilleen demokraattisille elimille. Terveystieteiden lähijohtamisessa poliittinen tilivelvollisuus näkyy organisaatioiden ylimpien päättävien elinten kautta. Toisaalta julkisissa tehtävissä olevien tulee olla responsiivisia asiakkaita kohtaan. Poliittiseen tilivelvollisuuteen liittyy johtamisvastuu, joka on kapeampi käsite.

4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN ASETELMA

4.1 Tutkimusasetelma

Tutkimuksen empiirisen aineiston avulla pyrittiin tarkastelemaan terveydenhuollon organisaatioiden valtarakenteita ja tilivelvollisuutta lähijohtamisen näkökulmasta. Tavoitteena oli selvittää, voidaanko Mintzbergin (1983, ks. taulukko 3) esittämien valtatyyppien piirteitä nähdä terveydenhuollon organisaatioissa, ja vaihteleeiko valtatyyppi taustamuuttujien luokissa. Perusteena Mintzbergin teorian valintaan on sen keskittyminen organisaation rakenteeseen. Mukana tarkastelussa ovat valtatyyppit instrumentti, suljettu systeemi, meritokratia ja poliittinen areena. Tämän lisäksi tarkastellaan minkä tyyppistä tilivelvollisuutta terveydenhuollon organisaatioissa on, ja vaihteleeiko tilivelvollisuus taustamuuttujien luokissa. Tarkasteltavat tilivelvollisuuden tyypit ovat byrokraattinen, oikeudellinen, ammatillinen ja poliittinen tilivelvollisuus Romzekin ja Dubnickin (1987) sekä Romzekin ja Ingrahamin (2000) jaottelun mukaan. Osana tilivelvollisuutta tarkastellaan vastuuta. Lisäksi tarkastellaan eri valtatyyppien yhteyttä tilivelvollisuuteen ja vastuun alueisiin.

Organisaation valtatyyppien piirteiden tutkiminen tapahtui vallan lähteiden kautta (ks. kuvio 10). Valta saa ilmenemismuotonsa päätöksenteossa, harkinnassa, resurssien hallinnassa sekä tiedon ja verkostojen hallinnassa. Päätöksenteossa henkilö tai ryhmä, joka viime kädessä tekee yksikköä koskevat päätökset, on valta-asemassa. Vallan tyyppityksen kannalta on olennaista, onko valta keskittynyttä vai hajautunutta, ja onko päätöksenteko tarkasti kirjallisesti ohjeistettua. Lisäksi vallan tyyppiä määrittää vaikutusvallan taustalla olevat tekijät, kuten asema tai kompetenssi. Osoitus vaikutusvallasta on myös kyky vaikuttaa organisaation ylempiin päättäviin elimiin tai henkilökunnan työskentelyedellytyksiin. Toinen vallan indikaattori on harkinta ja etenkin sen käyttö. Harkinta ilmentää lähijohtajan liikumavaraa.

Resurssien hallinnan osa-alueen kautta tavoitteena on tarkastella yksiköiden oman edun tavoittelua ja kilpailua resursseista. Tämä tehdään tarkastelemalla resurssien hallintaa, kilpailua ja kaupankäyntiä. Valtatyyppityksen kannalta on olennaista myös resurssien jakoperusteet ja niitä koskevat säännöt.

Tiedon ja verkostojen hallintaan liittyvien kysymysten avulla pyrittiin saamaan selville, onko verkostojen hallinta vaikutusvallan syntymisen takana, välittykö tieto yksikössä ja kenen tehtävä tiedonvälitys ensisijaisesti on. Kysymysten avulla kartoitettiin myös lähijohtajan tietoisuutta epävirallisesta organisaatiosta.

Tutkittava ilmiö	Ilmiön osatekijä	Osatekijöiden mittarit
VALTA	Päätösvalta	K8.2 Onko lähijohtajan tehtävät kirjallisesti määritelty
		K9 Kuka päättää yksikön asioista
		K10 Onko lähijohtajalla riittävästi päätösvaltaa
		K11 Vaikutusvallan syntymiseen vaikuttavat tekijät
		K16 Lähijohtajan vaikutusvalta organisaatiossa
	Harkinta	K12 Harkinta
	Resurssien hallinta	K14 Resurssien hallinta yksikössä
	Tiedon ja verkostojen hallinta	K13 Tiedottaminen yksikössä

Kuvio 10. Vallan käsitteen operationalisointi

Edellä mainitun Mintzbergin teorian (ks. taulukko 3) ja terveydenhuollon tyypillisten organisaatorakenteiden (ks. luku 2.3) perusteella hypoteesit koskien terveydenhuollon organisaatioiden valtatyyppiä asetetaan muotoon:

H_0 : Terveydenhuollon organisaatiot ovat lähijohtamisen näkökulmasta instrumentti- ja/tai meritokratiorganisaatioita.

H_1 : Terveydenhuollon organisaatioiden valtatyytit vaihtelevat vastajan organisaation, yksikön tai henkilökohtaisten ominaisuuksien mukaan.

Organisaation valtatyyppin määrittelemiseksi koottiin teorian perusteella kriteeristö, joka on esitetty taulukossa 6.

Tilivelvollisuuden tutkimisen lähtökohta oli selvittää byrokraattista, ammatillista, oikeudellista ja poliittista tilivelvollisuutta. Jos tilivelvollisuuden ja vastuun keskeiset kysymykset ovat 'tilivelvollinen kenelle' ja 'vastuu mistä', kyselyn kysymykset kartoittivat molempia alueita. Tavoitteena oli tarkastella, minkälaista tilivelvollisuutta terveydenhuollon organisaatioissa voidaan havaita, ja mistä ja missä määrin yksiköissä koetaan vastuuta. Tämän lisäksi tarkasteltiin vaihteeliko tilivelvollisuus tai vastuu taustamuuttujien luokissa. (Ks. kuvio 11.)

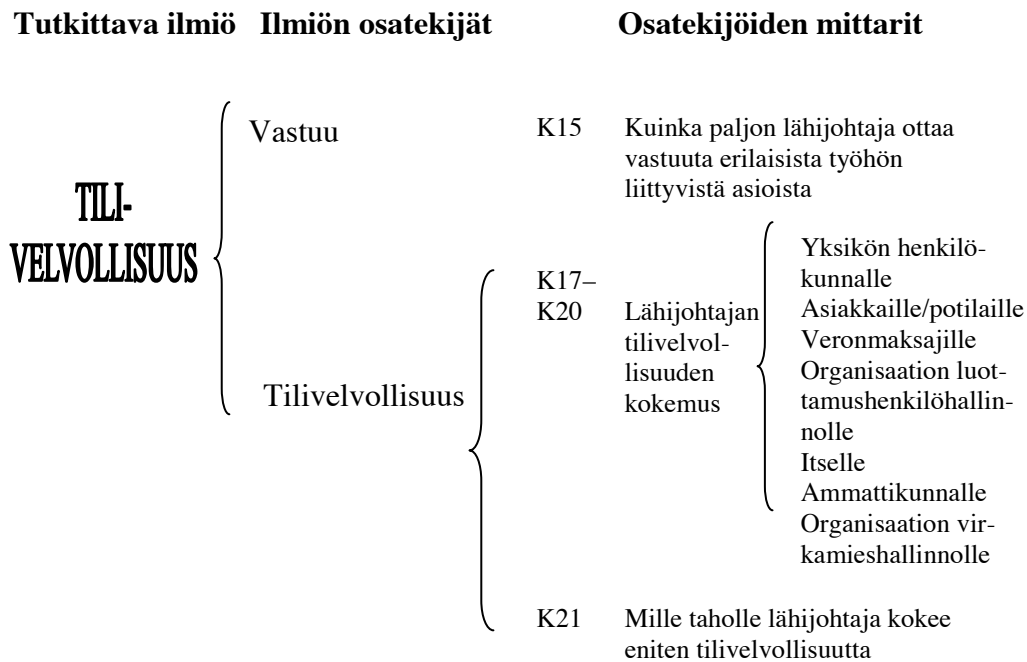
Taulukko 6. Organisaation valtatyyppien kriteerit empirian tarkastelussa

	Päätöksenteko	Harkinta	Resurssien hallinta	Verkostojen ja tiedon hallinta
Instrumentti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaikutusvalta syntyy aseman kautta ▪ Päätöksenteko keskittyy ylemmälle taholle ▪ Lähijohtajalla vähän itsenäistä päätösvaltaa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Harkintaa vähän 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resurssien hyvä hallinnoimistapa, vaikka omien resurssien varmistaminen tärkeää ▪ Ei kilpailua 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiedon välittäminen kohtalaisen tehokasta ▪ Vaikutusvalta ei perustu verkostojen hallintaan
Suljettu systeemi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaikutusvaltaa organisaation sisällä 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Harkintaa vähän 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kilpailu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Yksikön sisäinen tiedottaminen korostuu ▪ Tietoa myös epävirallisesta organisaatiosta
Meritokratia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaikutusvalta syntyy kompetenssin kautta, asemalla vähän merkitystä ▪ Lähijohtajan päätöksenteko itsenäistä ▪ Joustavuus 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Harkintaa runsaasti 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oman edun tavoittelu ▪ Kilpailu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verkostojen hallinnalla merkitystä vaikutusvallan syntymisessä ▪ Tiedottaminen puutteellista
Poliittinen areena	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Päätöksenteko ei keskity mihinkään ▪ Vaikutusvaltaa on organisaation sisällä 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Harkintaa runsaasti 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oman edun tavoittelu ▪ Kilpailu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaikutusvalta syntyy verkostojen hallinnan kautta ▪ Tiedottaminen puutteellista

Tilivelvollisuutta käsittelevän teorian (ks. taulukko 5) ja terveydenhuollon tyyppilisten organisaatorakenteiden (ks. luku 2.3) perusteella asetetaan hypoteesit koskien terveydenhuollon organisaatioiden tilivelvollisuustyyppiä muotoon:

H_0 : Terveydenhuollon organisaatiot ovat lähijohtamisen näkökulmasta tilivelvollisuuden tyyppiltään byrokraattisia ja/tai ammatillisia organisaatioita.

H₁: Terveysthuollon organisaatioiden tilivelvollisuuden tyypit vaihtelevat taustamuuttujista riippuen.



Kuvio 11. Tilivelvollisuuden käsitteen operationalisointi

Lopuksi tarkastellaan organisaatioiden valtatyyppien yhteyttä tilivelvollisuuden tyyppisiin korrelaation avulla. Lähtökohtana on ajatus, että organisaation tietynlainen valtatyyppi synnyttää tietynlaista tilivelvollisuuden tunnetta. Hypoteesit koskien terveydenhuollon organisaatioiden valtatyyppien suhdetta tilivelvollisuuden tyyppiin:

H₀: Instrumenttiorganisaatio synnyttää byrokraattista tilivelvollisuutta ja meritokratiaorganisaatio synnyttää ammatillista tilivelvollisuutta.

H₁: Organisaation valtatyypeillä ei ole yhteyttä tilivelvollisuuden tyyppiin.

4.2 Tutkimusaineisto

Tutkimus toteutettiin kymmenen sairaanhoitopiirin alueella sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Koska satunnaisotannalla kaikista sairaanhoitopiireistä vastaukset olisivat keskittyneet maantieteellisesti Etelä-Suomeen, sairaanhoitopiirit valittiin edustamaan mahdollisimman kattavasti koko maata. Valintaperusteina oli sairaanhoitopiirin koko (väestöpohja), väestömäärän kehitys ja sairaanhoitopiirin sijainti. Väestökehityksen suhteen valinta tehtiin vuosien 1990–2003 muutoksen perusteella. Uusimman tilaston 1990–2005 suunta on pysynyt jokaisen sairaanhoitopiirin kohdalla entisenlaisena: väestövoitto kasvaa ja -tappio syvenee. (Ks. taulukko 7.)

Taulukko 7. Tutkimuksessa mukana olleet sairaanhoitopiirit ja terveyskeskusten määrä sairaanhoitopiireittäin

Sairaanhoitopiiri	Väestön kehitys	Tutkimusluvut	Tutkimusluvut/ Terveyskeskukset (ei vastausta lupaanomukseen)	
< 100 000				
Ahvenanmaa	+	X	X	} Yhteinen organisaatio
Kainuu	–	X	X	
< 200 000				
Lappi	–	X	10/13	(2)
Kanta-Häme	+	X	5/5	
Etelä-Karjala	–	X	4/10	(4)
Etelä-Pohjanmaa	–	X	10/18	(6)
< 300 000				
Satakunta	+	–	8/14	(6)
Keski-Suomi	–	X	11/14	(1)
Pohjois-Savo*				
> 300 000	+	X	22/29	(5)
Pohjois-Pohjanmaa*				
Yhteensä	10	9	78/115	(25)

* yliopistosairaanhoitopiiri

Tutkimuksen aineisto kerättiin lomakkeilla netti- ja postikyselynä⁴⁴. Lähijohtajille tarkoitettu kysely lähti kaikille tutkimusalueen lähijohtajille, mikäli organisaatio oli antanut luvan tutkimuksen suorittamiseen. Henkilökunnan kysely lähetettiin erikoissairaanhoidossa otokselle (25) kolmen suurimman erikoisalalan, sisätaudit, kirurgia ja psykiatria, hoitajista ja kaikille kyseisten erikoisalojen ei-esimiesasemassa oleville lääkäreille. Perusterveydenhuollossa henkilökunnan kysely lähetettiin valittujen terveyskeskusten avoterveydenhuollon ja vuodeosaston henkilökunnalle sekä kaikille näiden terveyskeskusten ei-esimiesasemassa oleville lääkäreille. (Ks. tarkemmin sivu 102.)

Postikyselyt lähetettiin 11.10.2005 ja nettikysely 16.–20.10.2005. Vastausaikaa molemmissa annettiin 4.11.2005 saakka. Nettikyselyn muistutus lähetettiin 9.–14.11. ja vastausaikaa annettiin 25.11. saakka. Postikyselyt tallennettiin Excel-ohjelmaan marras-joulukuussa 2005 ja nettikyselyn tiedostot siirrettiin Excel-ohjelmaan vuoden 2006 alussa. Alkuvaiheessa kysely jakautui neljään aineistoon:

- | | |
|---|---------------|
| 1. Henkilökunnan lomakekysely | 457 vastausta |
| 2. Henkilökunnan nettikysely | 87 vastausta |
| 3. Lähijohtajien nettikysely Ahvenanmaa | 17 vastausta |
| 4. Lähijohtajien nettikysely | 754 vastausta |

Nettikyselyistä poistettiin päällekkäiset lähetykset⁴⁵ sekä vastaukset, joissa oli runsaasti täyttämättömiä kohtia. Lomakekyselyistä ei tallennettu puutteellisesti täytettyjä lomakkeita ja poistettiin kysymyksen 9 osalta vastaukset, joissa oli valittu useampi kuin yksi vastausvaihtoehto. Tämän jälkeen tiedostot siirrettiin SPSS⁴⁶-tilasto-ohjelmaan ja yhdistettiin. Lopullisessa yhdistetyssä aineistossa oli 1197 vastausta.

⁴⁴ Nettikyselyssä vastaajat saivat kyselyn nettiosoitteen, jonka voi kopioida internetin osoitekenttään tai avata suoraan linkistä. Netissä postikyselyä vastaava lomake oli mahdollista täyttää työpaikalla tai kotona. Lomakkeen lähetyksessä tallensivat tiedot suoraan tietokantaan. Lähettäjäs-tä dokumentoitui vain IP-osoite.

⁴⁵ Lomake lähetetty epähuomiossa kahteen kertaan. Tämä käy ilmi siitä, että samasta IP-osoitteesta on lähetetty peräkkäin useampia täysin identtisiä vastauksia.

⁴⁶ SPSS, Statistical Package for Social Science on kvantitatiivisen aineiston analysointiin soveltuva monipuolinen tilasto-ohjelma. Käytetty versio on SPSS 14.0 for Windows.

4.3 Tutkimusaineiston analyysi

4.3.1 Muuttujat

Taustamuuttujat

Organisaatiomuuttujat

Organisaatiomuuttujien valinnan perusteena oli saada mahdollisimman kattava edustus erikokoisista ja väestönkehitykseltään erilaisista sairaanhoitopiireistä eri puolilta Suomea.

1. **Sairaanhoitopiiri.** Tutkimuksessa mukana olevat 10 sairaanhoitopiiriä.
2. **Sairaanhoitopiirin koko.** Sairaanhoitopiirit on jaettu neljään luokkaan väestöpohjansa mukaan. 1) < 100 000 (n=130), 2) < 200 000 (n=507), 3) < 300 000 (n=206) ja 4) >300 000 (n=354).
3. **Väestön kehitys.** Sairaanhoitopiirit jakautuvat väestövoitto- ja väestötappiosairaanhoitopiireihin. Väestövoittosairaanhoitopiireissä (n=529) väestö on seurantajaksolla vuodesta 1990 lähtien lisääntynyt ja väestötappiosairaanhoitopiireissä (n=668) vähentynyt.
4. **Yliopisto-/ei-yliopistosairaanhoitopiiri.** Sairaanhoitopiireistä kaksi on yliopistosairaanhoitopiirejä (n=354), joissa on yliopistosairaala. Muut ovat keskussairaalapiirejä (n=843).
5. **Erikoissairaanhoito/perusterveydenhuolto.** Tutkimuksessa mukana olevat organisaatiot kuuluvat joko erikoissairaanhoitoon (n=694) tai perusterveydenhuoltoon (n=503). Sairaanhoitopiireistä kaksi, Ahvenanmaa ja Kainuu, ovat yhdistäneet erikois- ja perustason terveydenhuollon hallinnollisesti yhdeksi organisaatioksi, mutta kyselyssä vastaaja valitsi jomman kumman.

Yksikkömuuttujat/kaikki vastaajat

Yksikkömuuttujiksi valittiin erikoissairaanhoidossa vakiintuneet suuret erikoisalat ja perusterveydenhuollossa jako avoterveydenhuoltoon ja vuodeosastotoimintaan. Taustalla oli ajatus toiminnan substanssin tuomasta erilaisuudesta yksiköiden toiminnassa ja sen vaikutuksesta valtarakenteeseen ja tilivelvollisuuteen. Lisäksi lähijohtajilla yksikön koko kuvaa lähijohtajan toimintaympäristöä.

1. **Erikoisala.** 1) Sisätaudit/konservatiivinen (n=210), 2) kirurgia/operatiivinen (n=244), 3) psykiatria (n=209), 4) avoterveydenhuolto (pth) (n=175), 5) vuodeosasto (pth) (n=216), 6) toimenpide (röntgen, laboratorio, ensiapu/päivystys, lääkärinvastaanotto, fysiatría) (n=125), 7) perusterveydenhuollon sekä avoterveydenhuollossa että vuodeosastolla työskentelevät (pienissä terveyskeskuksissa varsinainen lähijohto puuttuu ja vastaajana ovat johtavat viranhaltijat) (n=11).

Yksikkömuuttajat/lähijohtajat

1. **Alaisten määrä** kuvaa lähijohtajan yksikön kokoa. Muuttuja luokiteltiin kuuteen luokkaan: 1) 0 (n=9), 2) 10 tai alle (n=130), 3) 11–25 (n=302), 4) 26–50 (n=148), 5) 51–100 (n=25), 6) yli 100 (n=11).

Yksilömuuttajat/kaikki vastaajat

Yksilömuuttujista ikä luokiteltiin viiteen luokkaan, joista ensimmäinen jäi vastaajamäärältään pieneksi. Tämä ryhmä koostuu pelkästään henkilökunnan vastaajista. Nuorin ikäluokka jätettiin kuitenkin erilliseksi, koska kaikkein nuorimman työntekijäjoukon vastaukset olisivat jääneet tulematta esiin.

Vastaajat luokiteltiin terveydenhuoltoalan työkokemuksen mukaan niin ikään viiteen luokkaan. Ensimmäinen luokka edustaa työkokemukseltaan noviiseja, jotka ovat vasta ottaneet tuntumaa alaan. Toisessa luokassa 6–10 vuotta alalla olleet ovat jo kokeneita työntekijöitä ja kolmannessa luokassa 11–20 vuotta alalla olleet ovat syventäneet taitojaan ja valmiuksiaan toimia alalla, mutta saattavat kokea uupumusta ja harkita jopa alan vaihtoa. Viimeiset kaksi pitkään alalla olleiden ryhmää ovat pitkän linjan ammattilaisia, jotka todennäköisesti työskentelevät alalla eläköitymiseensä asti. Yli 30 vuotta alalla olleilla on jo varsin laaja näkemys terveydenhuollon organisaatioiden toiminnasta ja alan muutoksista.

1. **Ikä.** Vastaajan ilmoittama ikä vastaushetkellä vuosissa. Luokiteltu viiteen luokkaan: 1) 24 vuotta tai alle (n=8), 2) 25–34 (n=102), 3) 35–44 (n=292), 4) 45–54 (n=506), 5) 55 tai yli (n=284).
2. **Sukupuoli.** 1) nainen (n=1026), 2) mies (n=167).
3. **Ammattikoulutus** kuvaa ylintä koulutustasoa. Muuttajat ovat: 1) vanha kouluasteen tutkinto (n=97), 2) ammattiopistotutkinto (n=14), 3) vanha opistoaste (n=127), 4) erikoistuminen (vanha opistoaste + erikoissairaanhoitajan tutkinto) (n=511), 5) ammattikorkeakoulututkinto (n=124), 6) yliopisto/korkeakoulututkinto (n=319).

4. **Työskentely terveydenhuoltoalalla.** Kuinka monta vuotta vastaaja on työskennellyt terveydenhuoltoalalla. Muuttuja luokiteltiin viiteen luokkaan: 1) 5 tai alle (n=80), 2) 6–10 (n=78), 3) 11–20 (n=290), 4) 21–30 (n=499), 5) yli 30 (n=219).
5. **Ammattinimike.** Vastaajaa pyydettiin ilmoittamaan ammattinimike, jossa hän parhaillaan toimii. Vastaukset jaettiin kolmeen luokkaan: 1) hoitaja/koulutaso (n=112), 2) hoitaja/opistotaso (n=862), 3) lääkäri (n=218). Osa tarkasteluista tehtiin yhdistäen luokat kahteen: 1) hoitaja (n=974), 2) lääkäri (n=218).

Yksilömuuttajat/lähijohtajat

Lähijohtajan kokemus johtotehtävissä luokiteltiin alan työkokemuksen tapaan viiteen luokkaan. Lähijohtajan hallinnollisiin tehtäviin käyttämä osuus työajasta luokiteltiin neljään tasaväliseen luokkaan.

1. **Työskentely johtotehtävissä.** Lähijohtajilta kysyttiin, kuinka monta vuotta he ovat toimineet esimiestehtävissä. Vastaukset luokiteltiin viiteen luokkaan: 1) 5 tai alle (n=199), 2) 6–10 (n=135), 3) 11–20 (n=184), 4) 21–30 (n=106), 5) yli 30 (n=12).
2. **Hallinnollisten tehtävien osuus työajasta.** Lähijohtajat osallistuvat vaihtelevan määrän kliiniseen työskentelyyn yksikössä. Muuttuja kuvaa hallinnollisen työn prosenttiosuutta koko työajasta. Muuttuja luokiteltiin neljään luokkaan: 1) 25 % tai alle (n=157), 2) 26–50 % (n=173), 3) 51–75 % (n=106), 4) 76 % tai yli (n=206).

Mielipide/asennemuuttajat

Tutkittavan ilmiön mittaamiseksi laadittiin kyselylomakkeeseen kysymyksiä ja väittämiä. Kysymyksissä vastaajat valitsivat omaa mielipidettään kuvaavan annetuista vaihtoehdoista tai kirjoittivat vastauksensa avoimeen kysymykseen. Vaihtoehdot oli laadittu Likert-asteikkoa⁴⁷ mukailleen asteikolla 1–6, jossa 1 tarkoitti, että kyseessä oleva asia ei vaikuttanut lainkaan tai vastaaja oli väitteestä täysin eri mieltä, ja 5 tarkoitti toista ääripäätä. Varsinaisen asteikon ulkopuolella 6 tarkoitti 'en osaa sanoa' vaihtoehtoa. Likert-asteikko on järjestysasteikko, mutta hyvällä järjestysasteikollisella muuttujalla saatuja numeroarvoja voidaan riittävällä tark-

47 Likert-asteikkoa käytetään erityisesti asenne-, motivaatio- ja vastaavissa mittareissa, jossa vastaaja arvioi omaa käsitystään väitteen tai kysymyksen sisällöstä (Metsämuuronen 2003: 39).

kuudella hyödyntää välimatka-asteikollisille muuttujille kehitetyillä analyysimenetelmillä⁴⁸.

Tässä tutkimuksessa asteikkojen käyttökelpoisuus varmistettiin ilmoittamalla sanallisesti ainoastaan asteikon ääripäät. Näin asteikko voidaan tulkita tasaväliseksi. Analyysivaiheessa poistettiin asteikosta 'en osaa sanoa' vaihtoehdot ja ne analysoitiin erikseen. Tulosten tulkinnan helpottamiseksi asteikko muutettiin 0–4:ksi. Näin nolla kuvaa mielipidettä ei lainkaan tai täysin eri mieltä.

4.3.2 *Analyysimenetelmät*

Tutkimusaineiston analyysissä on olennaista pyrkimys havaintoaineiston tiivistämiseen (Nummenmaa, Konttinen, Kuusinen & Leskinen 1997: 37). Tiivistäminen on tässä tutkimuksessa tehty muodostamalla summamuuttujia ja käyttämällä keskiarvoja. Summamuuttujien muodostamista varten on etsittävä muuttujajoukosta ne tekijät, jotka korreloivat keskenään muita enemmän. Muuttujien ryhmittely voidaan tehdä pääkomponenttianalyysin tai faktorianalyysin avulla. Tässä tutkimuksessa valittiin menetelmäksi pääkomponenttianalyysi (Principal Component Analysis), koska tarkasteltavat muuttujat eivät olleet normaalijakautuneita. (Nunnally 1978: 327; Metsämuuronen 2003: 517.)

Tutkimusaineiston analyysin aluksi muuttujat ryhmiteltiin pääkomponenttianalyysin avulla. Pääkomponenttianalyysi on faktorianalyysiin kuuluva menetelmä, jolla pyritään matemaattisesti löytämään sellaiset kombinaatiot, jotka parhaiten selittävät muuttujien välistä vaihtelua. Pyrkimyksenä on vähentää tutkittavan ilmiön hajanaisuutta ja tiivistää aineistoa jatkoanalyysijä varten. Pääkomponenttianalyysi on luonteeltaan eksploratiivinen eli muuttujia ei pyritä ryhmittelemään ennalta määritellyllä tavalla⁴⁹. Päämääränä on löytää jotain yhteistä muuttujien väliltä niin, että ne voidaan yhdistää toisiinsa sekä teoriassa että käytännössä toimivalla tavalla. (Nunnally 1978: 331; Kerlinger 1986: 576; Metsämuuronen 2003: 520–521.)

48 Valkonen (1981: 19) esittää, että tutkijat tietoisesti rikkovat sääntöjä käyttäessään välimatka-asteikkomenetelmiä järjestysasteikollisilla mittareilla. Etuna on menetelmien käytännöllisyys ja kätevyys. Lisäksi pitäytyminen tiukasti järjestysasteikollisille mittareille tarkoitetuissa menetelmissä merkitsee informaation häviämistä. Ongelmana voi olla tulosten vääristyminen. Empiiriset kokeilut ovat kuitenkin osoittaneet, että virheet ovat minimaalisia.

⁴⁹ Ajatuksena on latentin eli piilevän muuttujan löytäminen, koska lukuisilla mitoilla on tullut mitatuksi osittain samoja kohteita (Nummenmaa ym. 1997: 172).

Koska muuttujat eivät yleensä ole optimaalisessa asennossa pääkomponenttien muodostamaan avaruuteen nähden, suoritetaan rotaatio eli akseleita käännetään siten, että muuttujat latautuisivat mahdollisimman yksikäsitteisesti pääkomponenteille. Tässä tutkimuksessa käytettiin suorakulmaista Varimax-rotatiota. (Metsämuuronen 2003: 520–522.) Ennen pääkomponenttianalyysin suorittamista tutkittiin korrelaatiomatriisin soveltuvuus faktorianalyysiin Kaiser-Mayer-Olkinin⁵⁰ (KMO) testillä ja Bartlettin sfäärisyystestin⁵¹ avulla.

Pääkomponenttianalyysin perusteella muodostettiin summamuuttujia, joiden keskiarvoja tarkasteltiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimen (ρ)⁵², Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokertoimen (r), osittaiskorrelaation⁵³ ja parametrittoman Kruskal-Wallis (KW) keskiarvotestin avulla⁵⁴. Nominaaliasteikollisia muuttujia tarkasteltiin ristiintaulukoimalla ja vakioimalla taulukkoelaboraation avulla, ja merkitsevyyttä testattiin χ^2 -testillä⁵⁵. Kaikki jatkuvat muuttujat testattiin normaalijakaumaoletuksen suhteen Kolmogorov-Smirnov-testillä⁵⁶.

⁵⁰ KMO (Kaiser-Mayer-Olkin) eli Kaiserin testi laskee suhteen korrelaatio/korrelaation+osittaiskorrelaatio. Jos testi antaa arvon $\geq 0,6$, korrelaatiomatriisi on sovelias faktori- tai pääkomponenttianalyysiin (Metsämuuronen 2003: 538). KMO-testit kaikkien mittareiden osalta ovat nähtävissä liitteessä 4.

⁵¹ Bartlettin sfäärisyystesti tutkii hypoteesia korrelaatiomatriisin arvoista 0. Korrelaatioiden tulee erota nolasta merkitsevyydellä $p < 0,0001$ (Metsämuuronen 2003: 528). Bartlettin sfäärisyystesti kaikkien mittareiden osalta ovat nähtävissä liitteessä 4.

⁵² Muuttujien välistä riippuvuutta tutkittaessa korrelaation tutkiminen kohdistuu ilmiöiden yhteisvaihteluun. Järjestys- eli ordinaaliasteikollisia muuttujia voidaan tutkia Spearmanin korrelaatiokertoimen (ρ) avulla ja välimatka- ja suhdeasteikollisia muuttujia Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokertoimen (r) avulla. Korrelaatiokertoimen arvot vaihtelevat +1 ja -1 välillä. Korrelaation merkitsevyyteen vaikuttavat korrelaatio ja otoskoko. Suurilla otoksilla pienikin korrelaatio voi olla tilastollisesti merkitsevä, mutta ei välttämättä sisällön kannalta merkittävä. (Nummenmaa ym. 1997: 148; Metsämuuronen 2003: 299–311.)

⁵³ Osittaiskorrelaatiota käytetään, kun halutaan eliminoida kahden muuttujan välisestä yhteydestä kolmas tekijä (Metsämuuronen 2003: 312).

⁵⁴ Kruskal-Wallis-testiä voidaan käyttää yksisuuntaisen varianssianalyysin asemesta, jos normaalijakaumaoletus ei ole voimassa (Kanniainen & Kokkonen 1996: 51). Testillä tutkitaan ovatko otokset peräisin sijaintinsa suhteen samasta populaatiosta. Muuttujan tulee olla vähintään järjestysasteikollinen. (Gustafsson 2002: 74.)

⁵⁵ Ristiintaulukointi on alkeellinen tapa havainnoida yhteydet kahden muuttujan välillä. Havaitun eron sattumanvaraisuus voidaan testata Khiin neliö (χ^2) -testillä, joka mittaa kahden muuttujan välistä riippumattomuutta. Merkitsevyys raportoidaan yleisen tavan mukaan: erittäin merkitsevä ($p < 0,001$), merkitsevä ($p < 0,01$) ja melkein merkitsevä ($p < 0,05$). (Nummenmaa ym. 1997: 43; Metsämuuronen 2003: 293,369.)

⁵⁶ Kolmogorovin-Smirnovin testi vertaa jakauman muotoa teoreettiseen normaalijakauman muotoon. Testin avulla voidaan todeta, onko aineisto normaalijakautunut vai ei. (Kanniainen & Kokkonen 1996: 53–54; Metsämuuronen 2003: 513–514.) Normaalijakaumaoletuksesta tarkemmin Kerlinger 1986: 267.

4.4 Tutkimuksen luotettavuus

Kyselytutkimuksessa, kuten tutkimuksissa yleensäkin, on syytä miettiä tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä⁵⁷. Näin varmistetaan, että saadut tulokset eivät ole seurausta satunnaisista tai irrelevanteista tekijöistä, ja että mittareita on käytetty tieteellisesti kestäväällä tavalla. Luotettavuuden tarkastelussa ulkoinen validiteetti viittaa tutkimuksen yleistettävyyteen⁵⁸ ja sisäinen validiteetti ja reliabiliteetti sen sisäiseen luotettavuuteen (Valkonen 1981: 53; Nummenmaa ym. 1997: 201; Metsämuuronen 2003: 35).

Tarkastelemme aluksi tutkimuksen ulkoista luotettavuutta. Ulkoisen luotettavuuden arvioinnissa on otettava huomioon systemaattiset virheet⁵⁹ ja satunnaiset virheet⁶⁰. Tutkimusaineiston laajuus tässä tutkimuksessa minimoi satunnaisen virheen mahdollisuuden. Tutkimuksen sairaanhoitopiirit edustavat väestöltään 35:tä prosenttia koko maan väestöstä. Sairaanhoitopiirit sijaitsevat eri puolilla Suomea. Mukana on sekä yliopisto- että ei-yliopistosairaanhoitopiirejä, sekä väestötappio- että väestövoittosairaanhoitopiirejä, ja sairaanhoitopiirit ovat eri kokoluokista⁶¹.

Lähijohtajien osalta tutkimus oli kokonaistutkimus, joskaan mukana eivät olleet ne organisaatiot, jotka eivät antaneet tutkimuslupaa tai eivät vastanneet tutkimuslupahakemukseen (ks. taulukko 7). Kokonaisvastausprosentti oli 43 (hoitajat 55 % ja lääkärit 24 %). Lähijohtajien osalta voidaan kuitenkin todeta, että vastaajat edustavat varsin hyvin kokonaisjoukkoa (ks. tarkemmin luku 5.1.3.).

Hoitohenkilökunnan osalta erikoissairanhoidossa tutkimus oli systemaattisella otannalla poimittu näyte kolmelta erikoisalalta. Lisäksi mukaan tulivat erikoisalojen kaikki ei-lähijohtaja-asemassa olevat lääkärit⁶². Perusterveydenhuollossa systemaattinen otanta olisi ollut tutkimusteknisesti ja -taloudellisesti niin vaativa (mukana 80 terveyskeskusta), että osallistujat päädyttiin poimimaan ryväsotannalla siten, että mukaan tuli 25 hoitotyöntekijän ryhmä avoterveydenhuolto- ja vuo-

⁵⁷ Luotettavuudesta ovat kirjoittaneet Nunnally 1978: 86–113, Valkonen 1981: 53–79, Nummenmaa ym. 1997: 201–209, Metsämuuronen 2003: 35, 42–49, 86–93, 100–111, 439–446).

⁵⁸ Hieman ristiriitaisesti Nunnally (1978: 91–94, vrt. Metsämuuronen 2003: 35) puhuu sisällön validiteetin yhteydessä edustavuudesta.

⁵⁹ Otos on epäedustava, koska otoksen muodostamisessa ei ole käytetty satunnaisotantaa tai muut syyt (kato tms.) johtavat joidenkin ryhmien korostumiseen (Valkonen 1981: 78).

⁶⁰ Tutkittava otos on liian pieni.

⁶¹ Suurin sairaanhoitopiiri, Helsingin ja Uudenmaan, jätettiin pois suuren kokonsa vuoksi. HUS edustaa yksin 27 % väestöosuutta.

⁶² Syynä lääkäreiden kokonaisotantaan on lääkärinkunnan pienempi määrä ja yleisesti tiedossa oleva heikko vastaushalukkuus (ks. esim. Forma, ym.2004). Kokonaisotannalla pyrittiin varmistamaan riittävän suuri vastaajamäärä.

deostasoyksiköistä kahdeksan sairaanhoitopiirin alueelta⁶³ sekä näin valittujen terveystieteiden ei-lähijohtaja-asemassa olevat lääkärit. Henkilökuntakyselyn osalta kokonaisvastausprosentti oli 34 (hoitajat 42 % ja lääkärit 16 %).

Tarkasteltaessa edustavuutta henkilökunnan osalta erityisesti hoitajien kohdalla vastanneiden keski-ikäet ovat koko kunta-alan vastaavia arvoja korkeammat. Myös sukupuolijakaumassa on jonkin verran eroa. Näin ollen henkilökuntakyselyn edustavuus ei ole paras mahdollinen ja tuloksia on tarkasteltava pitäen tämä mielessä. (Ks. luku 5.1.3.)

Mitattaessa muuttujaa, jota ei käytetä minkään teoreettisen käsitteen mittaamiseen, kysymys käsitteen validiteetista ei ole relevantti (esimerkiksi mittaako muuttuja 'sairaanhoitopiiri' todella sairaanhoitopiiriä). Kun taas kyseessä on teoreettinen käsite, jonka määrittely on sopimuksenvarainen, tulee pohdittavaksi onko käsitteen operationaalinen mitta teorian kannalta järkevä. (Valkonen 1981: 68.) Validiteetti ei ole kertaluonteinen tutkimus, vaan vähitellen kertyvä näyttö tutkimuksen luotettavuudesta (Nummenmaa ym. 1997: 204).

Tutkimuksen sisäisen validiteetin jaottelussa on kirjoittajasta riippuen eri tapoja. Nunnally (1978: 87) jakaa käsitteen kolmeen: ennustevaliditeetti, sisällön validiteetti ja rakennevaliditeetti. Kerlinger (1986: 417, ks. myös Metsämuuronen 2003: 86) jakaa validiteetin myös kolmeen: kriteerivaliditeetti, sisällön validiteetti ja rakennevaliditeetti. Valkonen (1981: 69–70) puolestaan puhuu ennustevaliditeetista kriteerivaliditeetin yhteydessä ja yleisemmin teoreettisesta validiteetista. Nummenmaa ym. (1997: 203) puhuu sisältövaliditeetista, kriteeriviitteisestä validiteetista, ennustevaliditeetista, samanaikaisvaliditeetista ja konstruktiovaliditeetista, mutta toteaa myös, että validiteetissa ei ole lajeja, vaan erityyppistä empiiristä evidenssiä niiden päätelmien validiteetista, joita mittauksella tehdään. Lisäksi sisäiseen validiteettiin liittyy tutkimuksen reliabiliteetti.

Kriteerivaliditeetissa mittarilla saatua arvoa verrataan johonkin kriteerinä toimivaan arvoon⁶⁴. Tätä validiteetin lajia ei tässä tutkimuksessa voida tarkastella, koska kyseessä on yhdellä mittaristolla suoritettu mittaus eikä tarkoitus ole tehdä ennustetta. Rakennevaliditeetti on sisällön validiteetin pitemmälle viety, matemaattisesti tarkasteltava muoto. Sen avulla tarkastellaan ilmiön mallintamista ja

⁶³ Jokaisesta sairaanhoitopiirikokoryhmästä väestönkehityksen suhteen ääripäät. Poikkeuksena Pohjois-Savo, joka tuli mukaan yliopistosairaanhoitopiirinä pariksi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirille. Pois perusterveydenhuollon henkilökuntakyselystä jäivät Etelä-Karjalan ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit.

⁶⁴ Toisella mittarilla saatu arvo = yhtäaikaisvaliditeetti, tulevaisuuden arvo = ennustevaliditeetti. (Nunnally 1978: 87–90; Metsämuuronen 2003: 91).

sille tuen löytämistä aineistosta. Tämän tutkimuksen osalta tätä validiteetin muotoa ei tarkastella.

Sisällön validiteetti on enemmän käsitteellinen kuin laskennallinen ominaisuus. Se ei ole mittarin ominaisuus, vaan kuvaa sillä tehtyjä päätelmiä. Kyse on siitä, kuinka hyvin teoreettinen käsite on operationalisoitu, eli voidaanko jotain mittaa tai mittaria pitää jonkin käsitteen indikaattorina. Näin tulee pohdittavaksi, ovatko tutkimuksessa tai mittarissa käytetyt käsitteet teorian mukaiset, ja kattavatko ne riittävästi kyseisen ilmiön. Validiteetti on tässä tapauksessa sopimuksenvarainen. (Valkonen 1981: 70; Nummenmaa ym. 1997: 203; Metsämuuronen 2003: 87.)

Sisällön validiteetin kannalta on olennaista tutkimuksen toteutuksen suunnittelu ja suunnitelman toteutus. On pohdittava keneltä aineisto kerätään ja ovatko käytetyt menetelmät dataan nähden oikean tyyppisiä. Validiteettia parantaa, jos kutakin käsitettä mitataan useilla rinnakkaisilla operationaalisilla mitoilla (Curtis & Jackson 1962: 195–204; Valkonen 1981: 71). Yksittäisten muuttujien yhdistäminen tiivistää aineistoa ja yksinkertaistaa analyysiä. Summamuuuttujien käytöllä on merkitystä myös reliabiliteetin kannalta, sillä yhdistäminen kohottaa reliabiliteettia ja tekee järkevän analyysin mahdolliseksi. Erityisesti asenne-asteikkojen kohdalla yksittäisten kysymysten korrelaatiot⁶⁵ jäävät usein melko alhaisiksi ja niiden yksittäinen tutkiminen johtaa siihen, että riippuvuuksien olemassaoloa ei voida varmasti todeta.

Tämän kyselyn tarkoitus oli saada tietoa vallan ja tilivelvollisuuden käsitteistä organisaation lähijohtamisen näkökulmasta. Näin oli tarkoituksenmukaista kysyä asiaa lähijohtajilta. Henkilökunnan kyselyn tarkoituksena oli saada samasta asiasta tietoa mahdollisimman läheltä ilmiötä. Lisäksi vallan olemassaolo ilmenee käytössä tai vallan tunnustamisessa. Näin potentiaalisen kohderyhmän mielipide oli tärkeä. Kyselyssä muuttujat ryhmiteltiin ja summamuuuttujien reliabiliteetti testattiin Cronbachin alfan⁶⁶ avulla. Vallan ja tilivelvollisuuden käsitteitä mitattiin usealla eri mittarilla, jotka kehitettiin teorian pohjalta. (Ks. kuvio 10 ja kuvio 11.)

Sisällön validiteetin ongelmat tämän tutkimuksen osalta liittyvät henkilökunnan kyselyyn. Vastaajien tuli arvioida yksikkönsä lähijohtajan toimintaa. Useat vas-

⁶⁵ Korrelaatioita voidaan yksittäisten kysymysten kohdalla pitää reliabiliteettiarvoina (Valkonen 1981: 66–67).

⁶⁶ Cronbachin alfaa käytetään mittarin sisäisen konsistenssin mittana. Alfaan korkea arvo kertoo siitä, että mittarin osiot mittaavat samantyyppistä asiaa. Testin periaate on, että muuttujat jaetaan osiin ja α on niiden välisten korrelaatioiden keskiarvo. Yleisesti α :n alimpana hyväksyttävänä arvona pidetään 0.6. On otettava huomioon, että jos reliabiliteetti on alle .7, mittausvirheet selittävät yli puolet varianssista. (Nummenmaa ym. 1997: 223.)

taajat kokivat sen vaikeaksi. Tuloksia täytyy kuitenkin tarkastella nimenomaan henkilökunnan *arviona* kysytyistä asioista, ja näin ne ovat sinällään merkittäviä. Toinen huomionarvoinen asia sisällön validiteetista on itse laaditun mittarin käyttö. Mikäli teoria kuitenkin saa tukea tutkimuksesta, tutkimus on samalla antanut tukea oletukselle, että käytetyt operationalisoinnit ovat järkeviä teoreettisten käsitteiden mittoja (ks. Valkonen 1981: 70).

Reliabiliteetti viittaa tutkimuksen toistettavuuteen; onko uudella mittauksella mahdollista saada samansuuntaisia tuloksia, vai onko mittarissa tekijöitä, jotka tekevät tuloksista sattumanvaraisia. Tämä tarkoittaa virheitä mittarin yksityisissä havainnoissa. Tutkimuksen sisäistä luotettavuutta voidaan mitata rinnakkaismittauksella, toistomittauksella tai sisäisen konsistenssin avulla (Metsämuuronen 2003: 94, 439). Koska tässä tutkimuksessa on kyseessä poikkileikkaustutkimus, mittarin reliabelius oli selvitettävä sisäisen konsistenssin eli yhtenäisyyden avulla.

Kyse on siitä, onko saatu kuva tutkittavista luotettava. Virheellisen tuloksen syy voi olla se, että vastaaja ei ymmärrä kysymystä, lomakkeen täytön aikana on häiriöitä tai vastaaja ei ole rehellinen. (Nunnally 1978: 226.) Lisäksi virheitä voi tapahtua tietojen kirjaamisessa lomakkeilta tietokoneohjelmaan (satunnaisvirheet) tai laatimalla lomakkeen luokitus liian karkeaksi. (Valkonen 1981: 54, 77.)

Lomakkeen ymmärrettävyys pyrittiin varmistamaan koekyselyn avulla. Sekä lomake- että nettikysely testattiin lähijohtajaryhmälle ja henkilökuntaryhmälle tehdyllä koekyselyllä. Koekyselyn perusteella lomakkeeseen tehtiin vain vähäisiä täsmennyksiä. Kyselylomakkeet käännettiin ruotsinkielisiä vastaajia varten. Vastaamistilanteen häiriöttömyyteen pyrittiin vaikuttamaan ilmoittamalla nettivastaille mahdollisuudesta lähettää kysely henkilökohtaiseen sähköpostiin, jolloin lomakkeen täyttäminen oli mahdollista myös vapaa-ajalla. Postikyselylomakkeiden kohdallahan tämä vaihtoehto on aina mahdollinen.

Vastaajan rehellisyyteen ei kyselyn tekijä pysty juuri vaikuttamaan, mutta lupamalla ehdotonta luottamuksellisuutta on lupa odottaa totuudenmukaisia vastuksia. Erityisesti nettikyselytekniikan huono tuntemus aiheutti vastaajissa kuvitelman, että tutkija voi suoraan yhdistää vastauksen henkilöön. Näinhän ei asian laita ole. Luokituksen karkeus ei tässä kyselyssä tullut ongelmaksi, koska aineisto oli niin laaja.

Kyselyn lopussa vastaajat saivat kirjoittaa mielipiteitään kyselystä. Henkilökuntakyselyn (n=517) vastaajista 10 % piti kyselyä vaikeana ja 2 % mahdottomana ja turhana. Vaikka saatekirjeessä vastaajia oli rohkaistu oman mielipiteen kertomiseen siitä huolimatta, että osa kysymyksistä koskee lähijohtajan toimintaa, vastaa-

jat mainitsivat arvioinnin vaikeudesta. Osaltaan henkilökuntakyselyn alhainen vastausprosentti myös kertoo siitä, että aihepiiri oli vaikea. Lähijohtajista 6 % piti kyselyä vaikeana tai moniselitteisenä ja vain yksi vastaaja (0,1 %) totesi sen olevan mahdollon.

Lomakkeen kysymysten ymmärrettävyyttä voidaan pohtia myös 'en osaa sanoa' vastauksia analysoimalla⁶⁷. Kokonaisuutta tarkasteltaessa voidaan todeta, että pääosin lähijohtajien oli ymmärrettävästi helpompi vastata omaa toimintaansa koskeviin kysymyksiin kuin henkilökunnan. Poikkeuksina vain vaikutusvallan syntymisen osalta (K11) 'valikoiva tietojen välittäminen' (K11.7)⁶⁸, resurssikysymyksistä kysymys resurssien oikeudenmukaisesta jakamisesta organisaatiossa (K14.7) ja resurssien jakoa koskevista säännöistä (K14.6) sekä johtamistyön kohdalla kysymys alaisten suosimisesta (K16.3)⁶⁹.

Henkilökunnan osalta vastaamisen vaikeutta esiintyi enemmän, mikä oli ymmärrettävää, koska arvioitavaksi tuli lähijohtajan toiminta. Kysymys saattoi olla vaikeasti ymmärrettävä, tai vastaajalta puuttui mielestään tarvittava tieto vastauksen antamiseen. Vaikutusvallan syntymisen osalta (K11) 'valikoiva tietojen välittäminen' (K11.7) oli vaikein. Jonkin verran vaikeita olivat myös kysymykset koskien vaikutusvallan syntymistä yhteyksistä organisaation sisällä ja sen ulkopuolelle.⁷⁰

Kysymykseen harkinnasta (K12) henkilökunnan osalta vaikein vastattava osio oli harkinnan käyttö henkilökunnan rekrytoinnissa (K12.1) ja harkinnan käyttö organisaation määräysten noudattamisessa (K12.8). Tiedottamista koskevista kysymyksistä vaikein oli arvioida missä määrin lähijohtaja saa yksiköstä epävirallista tietoa (K13.7). Resursseja koskevien kysymysten vaikeudet liittyivät resurssien jaon sääntöihin (K14.6), pelaamiseen ja kaupankäyntiin resurssien varmistamiseksi (14.5) sekä resurssien oikeudenmukaiseen jakoon organisaatiossa (K14.7).⁷¹ Lähijohtajan johtamistyötä koskevista kysymyksistä vaikeimpia olivat vastaaminen koskien lähijohtajan vaikutusvaltaa luottamushenkilöhallintoon (K16.9) ja

67 'En osaa sanoa' -vastausten analysointi tarkoittaa niiden prosentuaalista osuutta kysymyksen vastauksista. Jos eos-vastausten osuus on suuri, kysymys on joko vaikeasti ymmärrettävissä tai siihen on jostain muusta syystä vaikea vastata. Vastaaja voi esimerkiksi kokea, ettei hänellä ole vastaamiseen tarvittavaa tietoa.

68 Kysymyksen tarkoituksena oli selvittää tiedon panttaamista ja tarkoituksellista annostelua. Lopullinen kysymyksen muoto valittiin sen neutraalisuuden takia.

69 Eos K11.7=14 %, K14.7=7 %, K14.6=6 %, K16.3=7 %

70 Eos K11.7=18 %, K11.8=7 %, K11.6=10 %, K11.5=8 %.

71 Eos K12.1=9 %, K12.8=7 %, K13.7=17 %, K14.6=17 %, K14.5=16 %, K14.7=12 %.

organisaation ylempään johtoon (K16.8) sekä lähijohtajan alaisten suosimista (K16.3)⁷².

Kokonaisuudessaan kysymyspatteristo, joka käsitteli lähijohtajan vastuunottamista (K15) oli henkilökunnalle helpompi vastata kuin lopun tilivelvollisuutta koskevat kysymykset (K17–20), vaikka molemmissa piti arvioida toisen henkilön kokemuksia. Hankala oli vastuun osalta kuitenkin kysymys yhteistyöstä organisaation ulkopuolisten kanssa (K15.18). Myös hoitopäätösten tekemistä koskeviin kysymyksiin vastausta oli vaikea antaa (K15.8 ja K15.9).⁷³

Tilivelvollisuutta koskevissa kysymyksissä eos-vastausten osuus riippui siitä, kenelle tilivelvollisuutta kysyttiin. Helpointa oli vastata tilivelvollisuuden kokemisesta asiakkaille/potilaille ja henkilökunnalle⁷⁴. Vaikeinta oli arvioida vastuun kokemista organisaation luottamusmiesshallinnolle ja veronmaksajille⁷⁵. Kysymys taloudellisesta tilivelvollisuudesta (K20) oli kuitenkin vaikea kaikkien tahojen suhteen, joskin helpoin oli tilivelvollisuus taloudesta henkilökunnalle.⁷⁶

Kokonaisuudessaan voidaan analyysin perusteella sanoa, että lähijohtajien oli kohtalaisen helppo vastata kysymyksiin, mikä kertoo niiden ymmärrettävyydestä. Henkilökunnan osalta vastaamisen vaikeus on otettava tulkinnessa huomioon.

'En osaa sanoa' -vastausvaihtoehdon valintaa voidaan tarkastella myös sairaanhoitopiireittäin. Eniten hajontaa sairaanhoitopiirien suhteen esiintyi harkintaa ja resursseja, erityisesti resurssien jakoa koskevia sääntöjä ja oikeudenmukaisuutta, koskevissa kysymyksissä. Vaikutusvallan lähettä, lähijohtajan vastuuta ja lähijohtajan johtamistoimintaa koskevissa kysymyspatteristoissa Ahvenanmaa erottuu korkeilla prosentilla joissain yksittäisissä kysymyksissä⁷⁷. Lisäksi resursseja, harkintaa ja tilivelvollisuutta koskevien kysymysten tarkastelussa kiinnittää huomiota Ahvenanmaan sairaanhoitopiirin kauttaaltaan korkeat 'en osaa sanoa' -vastausten prosentit. Yhteinen tekijä löytyy kysymysten liittymisestä luottamushenkilöhallintoon.

⁷² Eos K16.9=22 %, K16.8=10 %, K16.3=12 %.

⁷³ Eos K15.18=12 %, K15.8=10 % ja K15.9=9 %.

⁷⁴ Eos K17–19.1=5–7 %, K17–19.2=6–9 %.

⁷⁵ Eos K17–19.4=18–19 %, K17–19.3=18–21 %.

⁷⁶ Eos K20.1=7 %, K20.2=12 %, K20.3=18 %, K20.4=20 %, K20.5=13, K20.6=15, K20.7=15 %.

⁷⁷ K11: Suhteet luottamusmiesshallintoon, valikoiva tiedonvälitys, K15: henkilökunnan työhyvinvointi, K15: lähijohtajan vaikutusvalta luottamusmiesshallintoon.

Verrattaessa hoitajien ja lääkäreiden epätietoisuutta kysymyksiin vastaamisessa, lääkäreille lähijohtajan harkinnan arvioiminen oli vaikeampaa kuin hoitajille. Yksittäisistä muuttujista vastuun tunteminen hoitotieteellisistä päätöksenteoista koettiin sekä lääkäreiden että hoitajien piirissä yhtä vaikeana arvioida, mutta lääketieteellinen päätöksenteko ainoastaan hoitajien keskuudessa⁷⁸. Tämä selittyy osaksi sillä, että ammattikuntien on vaikea hahmottaa toistensa tieteellinen alue. Huomiota kuitenkin herättää, että hoitajille oli vaikea vastata myös hoitotieteelliseen vastuun kysymykseen. Lisäksi eroa syntyi kysymyksessä vastuusta yhteistyöhön organisaation ulkopuolisten tahojen kanssa. Tämä kysymys oli lääkäreille helpompi vastata⁷⁹.

Lähijohtajan johtamistoimintaa koskevista kysymyksistä lähijohtajan vaikutus luottamushenkilöhallintoon oli lääkäreille vaikeampi vastattava kuin hoitajille⁸⁰. Tilivelvollisuutta koskevissa kysymyksissä lääkäreiden eos-vastausten prosentit olivat kaikkien tahojen suhteen varsin tasaisesti kahden ja kuuden välillä. Hoitajilla vastaaminen koskien tilivelvollisuutta veronmaksajille ja luottamushenkilöhallinnolle olivat jokaisessa kohdassa vaikeita. Näin eos-vastausten kokonaistarkastelussa näiden kohtien korkeat prosentit selittyvät hoitajien epävarmuudella kyseisistä asioista.

⁷⁸ Eos K15.8: lääkärit 6 %, hoitajat 5 %, K15.9: lääkärit 1 %, hoitajat 5 %.

⁷⁹ Eos K15.18: lääkärit 3 %, hoitajat 7 %.

⁸⁰ Eos K16.9: lääkärit 8 %, hoitajat 0,1 %.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksen empiirisen osan tulosten alussa kuvataan vastaajien taustatiedot muuttujatyypeittäin. Tämän jälkeen tutkimuksen tulokset esitetään teemoittain. Jokaisen teeman alussa esitetään summamuuttujan muodostaminen pääkomponenttianalyysin avulla. Summamuuttujien ja muiden muuttujien tulokset esitetään pääosin keskiarvoina, jotka vaihtelevat välillä 0–4 niin, että luku 0 kuvaa muuttujan minimi- ja luku 4 muuttujan maksimiarvoa.

Tulosten tarkastelu on tehty kahden kyselyaineiston avulla: henkilökunnan ja lähijohtajien. Tulokset käsitellään yhdessä. Kuvioissa henkilökunnan vastaukset erottuvat kursivilla ja katkoviivalla⁸¹ tai rasteroinnilla. Analyysissä tarkastellaan aluksi selittävien (taustamuuttujien) ja selitettävien muuttujien korrelaatioita (korrelaatiotaulukot liitteessä 6). Tämän jälkeen tarkastellaan muuttujien keskiarvoja henkilökunnan ja lähijohtajien aineistoissa. Keskiarvotestin tulos on nähtävissä alaviitteissä. Tämän jälkeen suoritetaan keskiarvovertailu taustamuuttujien luokissa. Keskiarvotestien merkitsevät tulokset ovat nähtävissä liitteessä 7. Tulosten yhteenvedot ovat nähtävissä kappaleissa 5.2.5 ja 5.3.5, mutta varsinainen hypoteeseihin vastaaminen tapahtuu luvussa 6.2.

5.1 Taustatiedot

Kyselytutkimuksen lähetettyjen lomakkeiden kokonaismäärä oli 3099, joista 1119 lähetettiin postikyselynä ja 1980 nettikyselynä. Tutkimuksen vastausten lukumäärät ja vastausprosentit sairaanhoitopiireittäin ovat liitteessä 3 (ks. myös kuvio 12 ja kuvio 13). Kokonaisvastausprosentiksi muodostui 38. Postikyselyn vastausprosentti oli hieman nettikyselyä korkeampi. Osittain nettikyselyn alhaisempaan prosenttiin vaikuttaa lääkäreiden kauttaaltaan alhainen vastausprosentti, sillä lääkäreiden kyselyistä 86 % lähetettiin nettikyselynä ja vain 14 % lomakkeilla postissa.

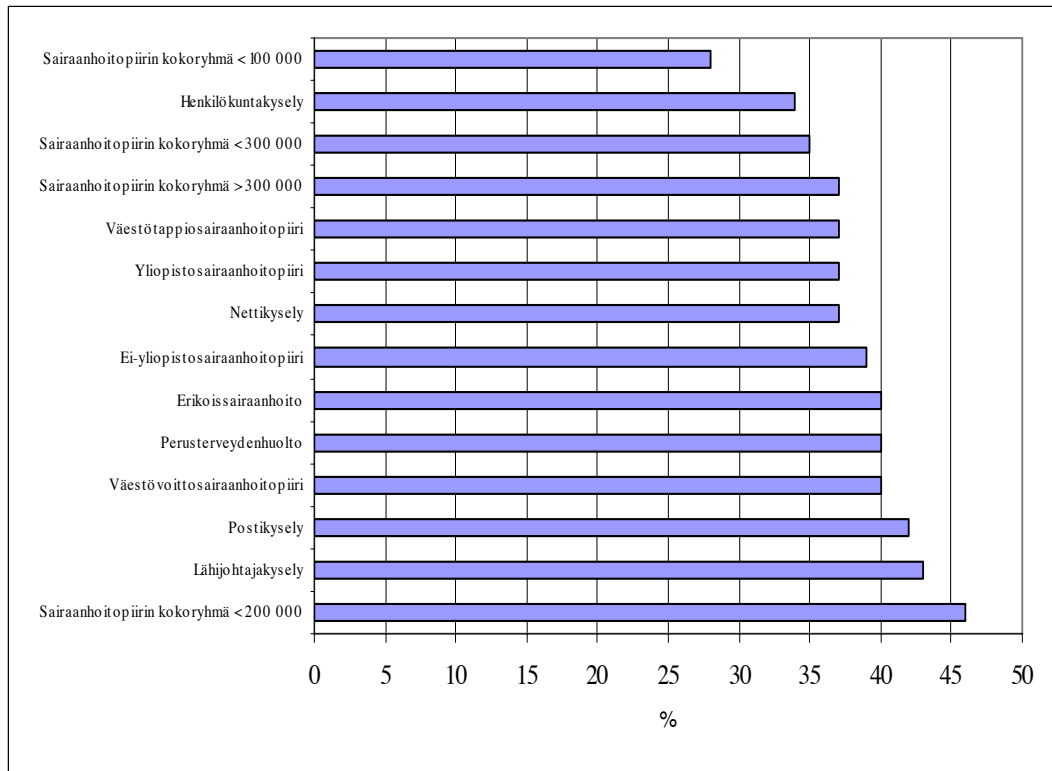
Hoitajien osalta vastanneiden määrä edustaa yhtä prosenttia tutkimussairaanhoitopiirien perus- ja lähihoitajista, kahta prosenttia sairaanhoitajista ja 27 % osastonhoitajista. Lääkäreiden osalta vastanneiden määrä edustaa 8,6 % tutkimussairaanhoitopiirien terveyskeskuslääkäreistä ja 14,5 % tutkimussairaanhoitopiirien osaston/erikoislääkäreistä.⁸²

⁸¹ Kuvioissa muuttujien arvot on yhdistetty viivalla, vaikka tiukasti ottaen näin voidaan tehdä vain aikasarjoissa. Viivat kuitenkin voidaan nähdä profiileina.

⁸² Keski-Suomen sairaanhoitopiirin osalta puuttuvat erikoissairaanhoidon työntekijät, koska sairaanhoitopiiri ei myöntänyt tutkimuslupaa.

5.1.1 Organisaatiomuuttajat

Sairaanhoitopiirien kokonaisvastausprosentit vaihtelevat Kainuun 26 %:n ja Etelä-Pohjanmaan 55 %:n välillä. Vastausten määrä jakautui lähijohtajakyselyssä lähes tasan erikoissairaanhoidon (50,3 %) ja perusterveydenhuollon (49,7 %) välillä. Henkilökunnan kyselyssä painottui erikoissairaanhoido (65,1 %).



Kuvio 12. Vastausprosentteja sairaanhoitopiiriin, vastaajan aseman ja kyselytavan mukaan tarkasteltuna

Vastausprosentit olivat kuitenkin samalla tasolla sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Yliopistosairaanhoitopiireissä vastausprosentti jäi kokonaisuudessaan hieman ei-yliopistosairaanhoitopiirejä pienemmäksi.

Tarkasteltaessa vastausprosentteja sairaanhoitopiirien kokoluokissa, pienimmäksi prosentit jäävät pienten sairaanhoitopiirien ryhmässä (28 %). Suurin vastausprosentti oli alle 200 000 väestöpohjan sairaanhoitopiireissä (46 %). Vastausinnok-

kuus oli väestötappiosairaanhoitopiireissä (37 %) hieman väestövoittosairaanhoitopiirejä (40 %) laimeampaa.

5.1.2 Yksikkömuuttajat

Yksikkömuuttajien kohdalla tarkastellaan eri yksiköiden vastausten prosentuaalista osuutta kaikista vastauksista. Taulukossa 8 nähdään, että molemmissa kyselyissä vastauksia on kohtalaisesti. Toimenpideosastolla ja perusterveydenhuollon sekä avoterveydenhuollossa että vuodeosastoilla työskenteleviä on niukemmin tai ainoastaan lähijohtajien ryhmässä.

Taulukko 8. Vastausten jakautuminen osastoittain

	Henkilökuntakysely		Lähijohtajakysely		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%
Sisätaudit/konservatiivinen	113	21,9	97	14,4	210	17,6
Operatiivinen	120	23,3	124	18,4	244	20,5 %
Psykiatria	116	22,5	93	13,8	209	17,6 %
Pth ⁸³ /avoterveydenhuolto	74	14,3	101	15,0	175	14,7 %
Pth/vuodeosasto	89	17,2	127	18,8	216	18,2 %
Toimenpideosastot	4	0,8	121	17,8	125	10,5 %
Pth/avo+vo			11	1,6	11	0,01 %
Yhteensä	516	100	674	100	1190	100
Puuttuu	1		6		7	
Yhteensä	517		680		1197	

Lähijohtajien osalta voidaan tarkastella myös yksikköjen kokoa, jota kuvaa alaisen määrä. Alaisten määrä vaihteli 0–450. Lähijohtajia, joilla ei ollut suoranaisia alaisia, oli 1,4 % vastanneista. Suuria, yli 100 alaisen yksikköjä oli 1,8 %. Eniten vastauksia oli ryhmässä alaisten määrä 11–25.

⁸³ Pth = perusterveydenhuolto.

5.1.3 Yksilömuuttajat

Ammattikunnittain ja vastaajan aseman mukaan tarkasteltuna korkein vastausprosentti oli hoitajalähijohtajilla. Muutenkin hoitajien vastausprosentti oli huomattavasti korkeampi kuin lääkäreiden, kuten oli odotettavissakin. (Ks. taulukko 9.) Kun edelleen tarkastellaan vastausprosentteja eri sairaanhoitopiiriluokissa, voidaan todeta, että henkilökunnan vastausprosentin osalta, verrattuna lähijohtajien vastausprosenttiin suurissa sairaanhoitopiireissä, vastausaktiivisuus on ollut korkeampaa. (Ks. kuvio 13.)

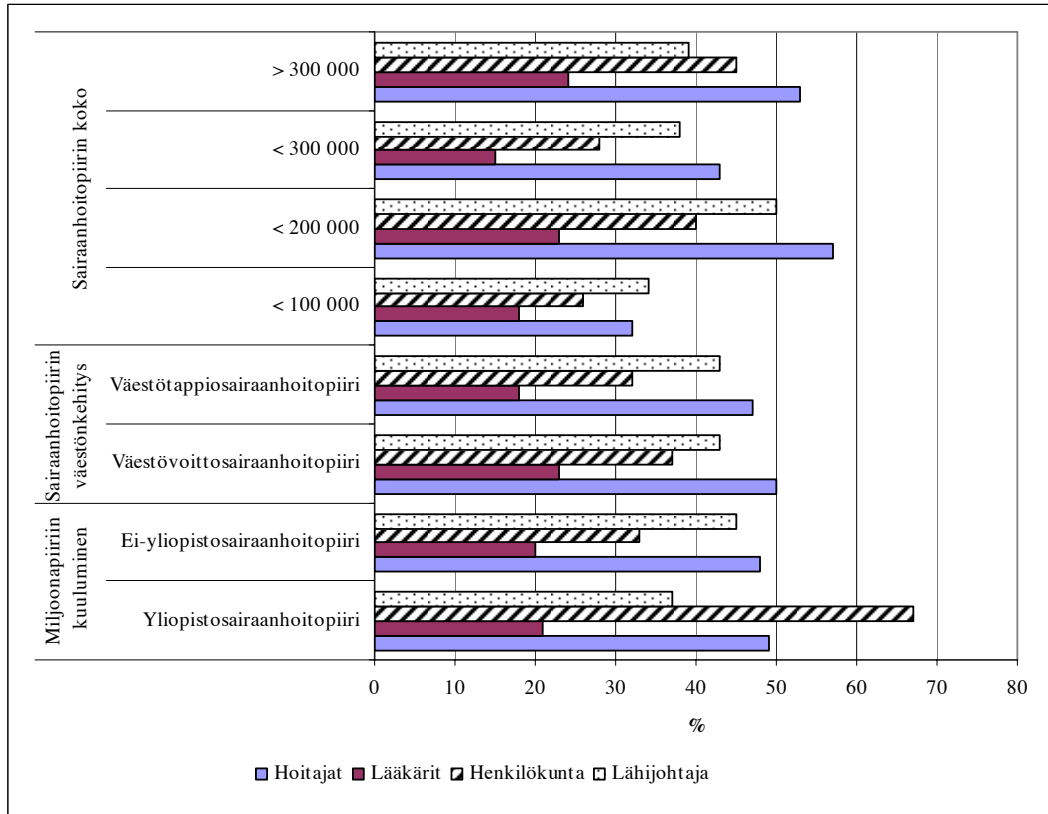
Taulukko 9. Vastausprosentit ammattikunnan ja aseman mukaan

	Hoitajat (%)	Lääkärit (%)	Yht.
Henkilökunta	42	16	34
Lähijohtajat	55	24	43
Yht.	48	20	

Kaikkien vastaajien yhteenlaskettu keski-ikä oli 47,3 vuotta. Keski-iat osastoittain on nähtävissä taulukossa 10. Henkilökuntakyselyn osalta koulutason hoitajien keski-ikä on muita ryhmiä korkeampi (48,3). Molemmissa hoitajien ryhmissä keski-ikä ei juuri vaihtelee osastojen välillä. Poikkeuksen tekevät osastot, joista vastauksia on vähän. Lääkäreillä vaihtelua on hieman enemmän. Nuorimpia olivat avoterveydenhuollossa työskentelevät ja vanhimpia sisätautiosastoilla työskentelevät lääkärit. Lähijohtajien kyselyn vastaajien keski-iat ovat sekä lääkäreillä että hoitajilla korkeammat kuin henkilökunnalla, ja vaihtelua osastoittain on vähän.

Vastanneiden hoitajien keski-ikää voidaan verrata Kuntien eläkevakuutuksen (2006) tilastoihin koko Suomen terveydenhuollon kunta-alan työntekijöistä⁸⁴. Tilastoisajankohta on 31.12.2005 ja vastaa näin hyvin kyselyn ajankohtaa. Kyselyn osastonhoitajien keski-ikä vastaa hyvin eläkevakuutuksen tilastoa sairaanhoitopiireittäin, perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa sekä miehillä että naisilla.

⁸⁴ Sairaanhoitopiirikohtaisessa tarkastelussa otettava huomioon, että tilasto on tehty maakunnittain ja vastaavuus sairaanhoitopiireihin ei ole aivan identtinen.



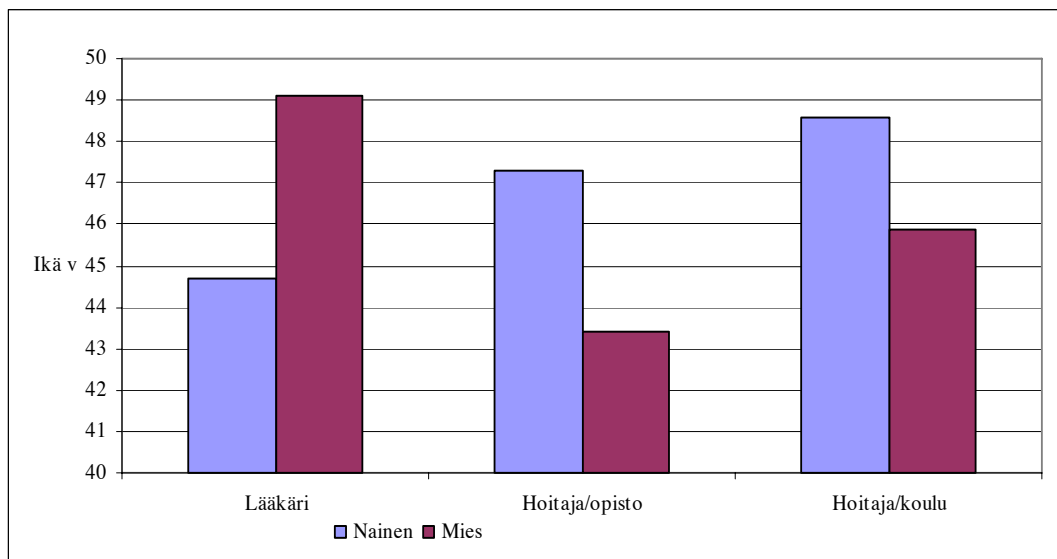
Kuvio 13. Vastausprosentteja sairaanhoitopiirin koon, väestönkehityksen ja miljoonapiirin kuulumisen mukaan sekä vastaajan ammattikunnan ja aseman mukaan jaoteltuna

Henkilökunnan osalta voidaan todeta, että kyselyyn vastanneiden keski-ikä on sekä koulutason että opistotason hoitajilla korkeampi kuin eläkevakuutuksen tilastoissa. Kyselyyn vastanneet opistotason hoitajat olivat noin kaksi vuotta ja koulutason hoitajat 5 vuotta vanhempia kuin kunta-alalla keskimäärin. Erityisesti poikkesi koulutason mieshoitajien ryhmä, jonka keski-ikä oli kahdeksan vuotta miesten keskimääräistä korkeampi. Kuitenkin erikoissairanhoidossa koulutason hoitajien keski-ikä oli vain 1,8 ja perusterveydenhuollossa 5,2 vuotta yli eläkevakuutuksen tilaston.

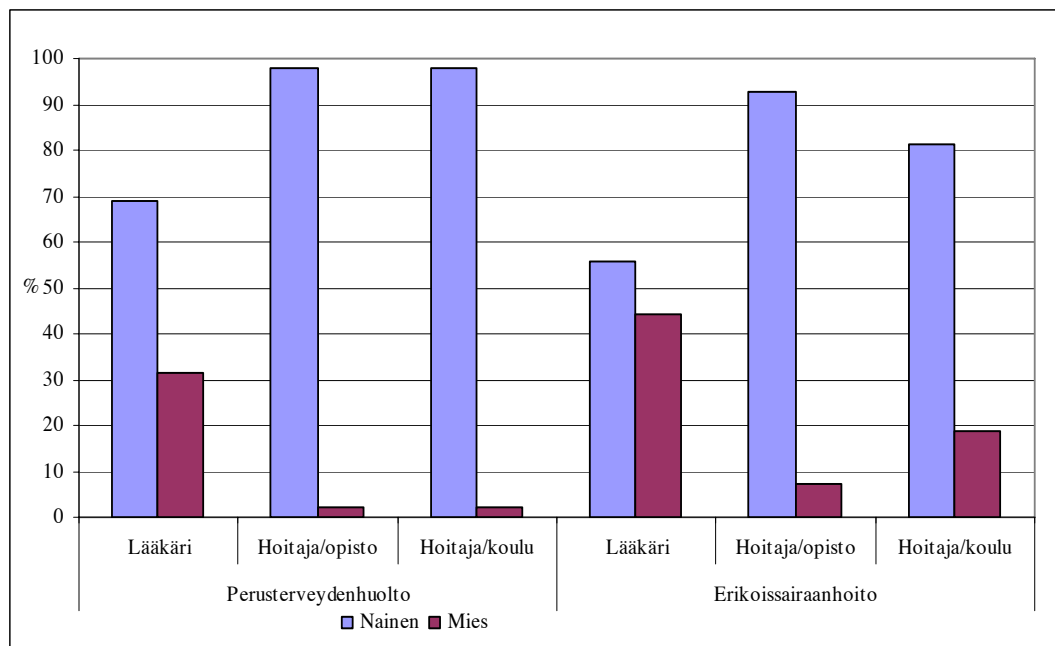
Tarkasteltaessa sairaanhoitopiirejä opistotason hoitajien kohdalla poikkeuksen tekevät Etelä-Karjalan ja Ahvenanmaan vastaajat; heidän keski-ikänsä on 4 vuotta alle alueen keski-arvon. Koulutason hoitajien kohdalla Etelä-Karjalan vastaajat ovat 10 vuotta vanhempia ja Kainuussa puolestaan kaksi vuotta alueen keskitasoa nuorempia.

Taulukko 10. Vastanneiden keski-ikä ja lukumäärät (suluissa) osastoittain

Osasto		Henkilökuntakysely			Lähijohtajakysely		Yht.
		Hoitaja/ koulu- taso	Hoitaja/ opisto- taso	Lääkäri	Hoitaja	Lääkäri	
Erikois- sairaan- hoito	Sisätaudit/ konservatiivinen	49,4 (17)	41,9 (81)	46,5 (13)	50 (74)	48,3 (23)	46,4 (209)
	Kirurgia/ operatiivinen	51 (20)	43,5 (78)	41,1 (22)	49,6 (78)	50,2 (45)	47,1 (244)
	Psykiatrinen	46 (29)	42,5 (70)	42,9 (17)	49,4 (71)	49 (20)	46,0 (207)
Perus- tervey- denhuol- to	Avoterveyden- huolto	43,8 (6)	43,6 (53)	39,7 (15)	50,6 (84)	47,3 (17)	47,0 (175)
	Vuodeosasto	48,9 (37)	43,8 (47)	50 (1)	49,3 (109)	46,6 (16)	47,8 (214)
	Avo+vuode- osasto				48 (2)	48,8 (9)	48,6 (11)
	Toimenpide- osastot		38 (4)		50,8 (104)	50,0 (17)	50,2 (125)
Yhteensä		48,3 (109)	42,9 (334)	42,4 (68)	49,9 (526)	49,0 (149)	47,3 (1186)

**Kuvio 14.** Kaikkien vastanneiden keski-ikä sukupuolen ja ammattiryhmän mukaan (v)

Lääkäreiden osalta vastanneiden keski-ikä voidaan verrata vuoden 2005 lääkärikyselyyn (Suomen Lääkäriliitto 2005a). Naislääkäreiden keski-ikä (44,7) on hie- man keskimääräistä (43,4) korkeampi, ja myös miesten keski-ikä (49,1) on hie- man keskimääräistä (47,4) korkeampi⁸⁵. (Ks. kuvio 14.) Erikoissairaanhoidon osalta vastanneiden keski-ikäet ovat sekä naisten (44,1) että miesten (49) ryhmässä lääkärikyselyn lukuja (41,9/46,4) pari vuotta korkeammat. Perusterveydenhuol- losta ei ollut käytettävissä vertailulukuja.

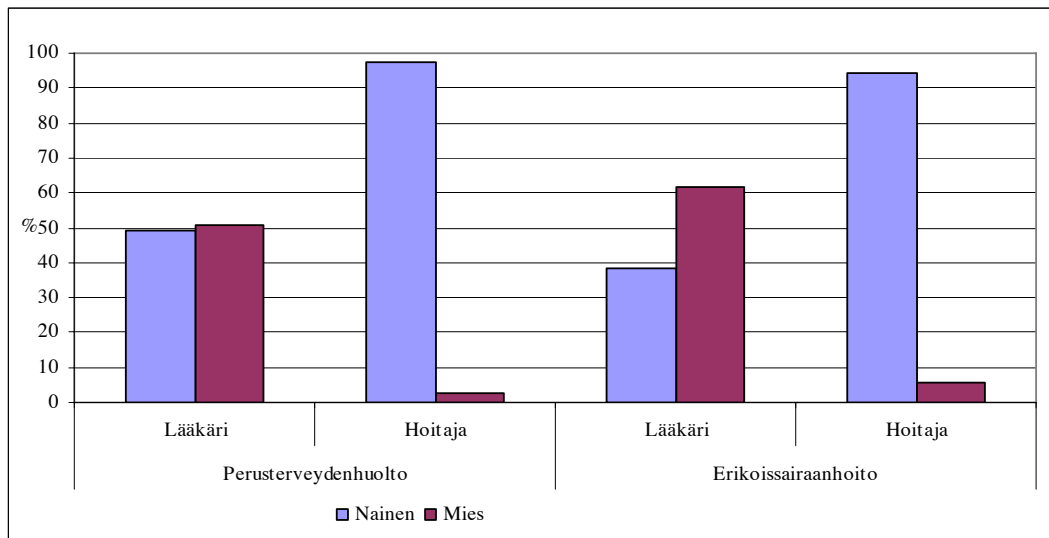


Kuvio 15. Henkilökuntakyselyyn vastanneiden sukupuolijakauma ammattiryh- mittäin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa

Vastaajista osastonhoitajien kohdalla sukupuolijakauma vastaa varsin hyvin koko kunta-alan tilastoa. Opistotason hoitajien kohdalla erikoissairaanhoidossa miesten ja naisten osuus oli kohtalaisen lähellä koko kunta-alan tilastoa, mutta perusterveydenhuollossa miesvastaajien osuus oli pienempi (koko maa 4,4 %, kysely 2 %). Erikoissairaanhoidossa koulutason mieshoitajien osuus oli huomattavasti ko-

⁸⁵ Vuoden 2006 Lääkärikyselyssä keski-ikäet: naiset 43,7 v ja miehet 47,6 v (Suomen Lääkäriliitto 2006: 6).

ko kuntatason tilastoa suurempi (koko maa 3.6 %, kysely 18,8 %), kun taas perusterveydenhuollossa sukupuolijakauma vastaa melko hyvin valtakunnallista tilastoa. Kyselyyn vastanneista ei-lähijohtaja-asemassa olevista terveyskeskuslääkäreistä $\frac{2}{3}$ oli naisia. Määrä on hieman lääkärikyselyn lukua (61,5 %) suurempi. Myös erikoissairaanhoidon ei-lähijohtaja-asemassa olevista naisten osuus (55,8 %) oli hieman keskimääräistä (53,3 %) suurempi. Lähijohtajalääkäreiden kohdalla jakauma vastaa lääkärikyselyä sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. (Ks. kuviot 15 ja 16.)



Kuvio 16. Lähijohtajakyselyyn vastanneiden sukupuolijakauma ammattiryhmittäin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa

Lääkärikyselyssä (Suomen Lääkäriliitto 2005a: 6; Suomen Lääkäriliitto 2006: 6) todettiin lääkärikunnan naisistuminen nuorempiin ikäluokkiin mentäessä. Koska tähän kyselyyn vastanneiden lääkäreiden keski-ikä on hieman tavallista korkeampi, tämän olisi pitänyt näkyä keskimääräistä suurempana miesten osuutena vastanneista. Naiset ovat kuitenkin olleet innokkaampia vastaajia lääkäreiden ryhmässä.

Henkilökuntakyselyyn vastanneet olivat joko koulutason/ammattiopiston tutkinnon suorittaneita, opistotason/ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita tai ylempään korkeakoulututkinnon suorittaneita. Hoitajista vastaajat olivat suurim-

maksi osaksi sairaanhoitajia (vanha opistotaso + erikoissairaanhoitaja + amk = 74,4 %). (Ks. taulukko 11.)

Lähijohtajakyselyssä hoitajista suurin ryhmä oli vanhan erikoissairaanhoitajan tutkinnon suorittaneita (68,9 %). Ammattikorkeakoulututkinnon oli suorittanut 4,9 % ja ylemmän korkeakoulututkinnon 18,4 %. Lääkäreiden kohdalla on itseltään selvää, että kaikki olivat ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneita. Tämän lisäksi 16,7 % oli lääketieteen tohtoreita ja 2,5 % ilmoitti suorittaneensa hallinnon pätevyyden.

Taulukko 11. Henkilökuntakyselyyn ja lähijohtajakyselyyn vastanneiden ammattikoulutus korkeimman ilmoitetun koulutuksen mukaan (%)

Korkein koulutus	Henkilökuntakysely n=513			Lähijohtajakysely n=674			Yht.
	Hoitajat	Lääkärit	Henkilökunnasta yhteensä	Hoitajat	Lääkärit	Lähijohtajista yhteensä	
Vanha koulusteen tutkinto	21	0	18	1	0	<1	8
Ammattiopistotutkinto	3	0	3	0	0	0	1
Vanha opistotason tutkinto	20	0	17	7	0	6	11
Erikoistumisopinnot	32	0	29	69	0	54	43
Ammattikorkeakoulututkinto	22	0	19	5	0	4	10
Ylempi korkeakoulu-/yliopistotutkinto	2	100	14	18	100	36	27
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100

Henkilökuntakyselyssä koulutason tutkinnon suorittaneet olivat toimineet alalla keskimäärin pidempään (22,7 v) kuin opistotason tutkinnon suorittaneet hoitajat tai lääkärit. Eniten terveydenhuoltoalan työkokemusta oli kirurgisella/operatiivisella osastolla työskentelevillä ja vähiten perusterveydenhuollon vuodeosastoilla työskentelevillä. (Ks. taulukko 12.)

Opistotason tutkinnon suorittaneista eniten terveydenhuoltoalan työkokemusta oli perusterveydenhuollon avoterveydenhuollossa työskentelevillä ja vähiten toimenpide- ja psykiatrisilla osastoilla työskentelevillä. Lääkäreiden ryhmässä pisimpään alalla olivat olleet sisätautiosastoilla työskentelevät ja lyhimmän aikaa perusterveydenhuollon avoterveydenhuollossa työskentelevät. (Ks. taulukko 12.)

Taulukko 12. Vastaajien työskentelyaika terveydenhuoltoalalla osaston ja koulutustason mukaan vuosissa (n)

	Osasto	Henkilökuntakysely			Lähijohtajakysely		Yhteensä
		Hoitaja/ koulu- taso	Hoitaja/ opisto- taso	Lääkäri	Hoitaja/ opisto- taso	Lääkäri	
Erikois- sairaan- hoito	Sisätaudit/ konservatiivinen	25,8 (17)	17,5 (82)	22,2 (12)	26,8 (73)	23,1 (22)	22,3 (206)
	Kirurgia/ operatiivinen	26,9 (20)	17,9 (78)	17,3 (22)	26,3 (72)	25,2 (45)	22,6 (238)
	Psykiatrinen	21,0 (28)	16,4 (70)	17,2 (15)	25 (69)	23,6 (20)	20,8 (202)
Perus- tervey- den- huolto	Avoterveyden- huolto	21,8 (6)	19,0 (53)	13,9 (15)	26,6 (83)	22,1 (17)	22,6 (174)
	Vuodeosasto	20,6 (39)	18 (46)	17 (1)	25 (105)	20,36 (16)	22,3 (210)
	Avo+vuodeosasto				21 (2)	23,0 (9)	22,6 (11)
	Toimenpideosas- tot		10,5 (4)		27,6 (101)	24,6 (17)	26,6 (122)
Yht.		22,7 (110)	17,6 (334)	17,4 (65)	26,1 (509)	23,7 (148)	22,6 (1166)

Hoitajalähijohtajat olivat työskennelleet alalla keskimäärin 26,1 vuotta. Pisimpään alalla olivat työskennelleet toimenpideosastojen lähijohtajat ja lyhimpään psykiatristen osastojen ja vuodeosastojen lähijohtajat. Lähijohtajalääkärit olivat työskennelleet alalla keskimäärin 23,7 vuotta. Pisimpään alalla olivat olleet kirurgian/operatiivisten osastojen lääkärit ja lyhimmän ajan perusterveydenhuollon vuodeosastojen lääkärit.

Yleisimmät ammatti-/virkanimikkeet henkilökunta- ja lähijohtajakyselyssä koulutustason mukaan ovat nähtävissä taulukossa 13. Eniten hajontaa oli lääkäreiden ryhmässä. Vastauksista on nähtävissä, että ammattinimike ei kerro lääkärin lähijohtaja- asemasta tai sen puutteesta, vaan on pikemminkin palkkaustekninen seikka. Olennaista on, että organisaatiot ovat määritelleet ketkä toimivat lähijohtaja- asemassa, ja vastaukset jakautuvat sen mukaan.

Taulukko 13. Yleisimmät ammatti-/virkanimikkeet henkilökunta- ja lähijohtajakyselyssä koulutustason mukaan, % (n)

Henkilökuntakysely		Lähijohtajakysely		
Hoitaja/ koulutaso	Hoitaja/ opistotaso	Lääkäri	Hoitaja/ opistotaso	Lääkäri
perushoitaja 64,9 (72)	sairaanhoidaja 79,7 (267)	erikoislääkäri 27,9 (19)	osastonhoitaja 84,8 (447)	ylilääkäri 26,7 (40)
mielenterveys- hoitaja 26,1 (29)	terveydenhoitaja 8,4 (28)	terveyskeskus- lääkäri 16,2 (11)	vastaava tervey- denhoitaja 2,8 (15)	osastonylilääkäri 19,3 (29)

Lähijohtajien osalta voidaan lisäksi tarkastella työkokemusta johtotehtävissä sekä hallinnollisten tehtävien osuutta työajasta (ks. taulukko 14). Hoitajalähijohtajat olivat toimineet johtotehtävissä keskimäärin 12,9 vuotta ja lääkärilähijohtajat 9,8 vuotta. Hoitajista sisätautien lähijohtajat olivat olleet johtotehtävissä pisimpään ja avoterveydenhuollon lähijohtajat lyhimmän ajan. Lääkäreistä vastaavasti toimenpideosastojen lähijohtajat olivat toimineet johtotehtävissä pisimpään ja vuodeosastoilla työskentelevät lyhimmän ajan.

Taulukko 14. Lähijohtajan työskentelyaika johtotehtävissä osaston ja ammattiryhmän mukaan jaoteltuna, vuotta (n)

	Osasto	Hoitaja	Lääkäri	Yhteensä
Erikois- sairaanhoido	Sisätaudit/ konservatiivinen	14,4 (71)	7,6 (21)	12,8 (92)
	Kirurgia/ operatiivinen	12,6 (71)	10 (44)	11,7 (116)
	Psykiatrinen	13,9 (66)	10 (20)	13,0 (86)
Perustervey- denhuolto	Avoterveydenhuolto	10,3 (80)	9,8 (15)	10,2 (95)
	Vuodeosasto	12,6 (100)	6,7 (14)	11,8 (116)
	Avo+vuodeosasto	18,5 (2)	11,1 (9)	12,5 (11)
	Toimenpideosastot	14,1 (100)	12,0 (16)	13,8 (116)
Yhteensä		12,9 (493)	9,8 (140)	12,3 (633)

Tarkasteltaessa hallinnollisiin tehtäviin käytettyä aikaa (ks. taulukko 15), voidaan todeta, että lääkäreillä työ painottuu vahvasti kliiniseen työhön ja hallinnolliset tehtävät ovat selvästi pienemmässä osassa. Toisaalta myös vaihtelua osastoittain on runsaasti. Hoitajat käyttivät hallinnollisiin tehtäviin noin $\frac{2}{3}$ työajasta, kun taas

lääkärit alle kolmanneksen. Molemmissa ryhmissä vastaajat, jotka toimivat perusterveydenhuollossa sekä avoterveydenhuollossa että vuodeosastolla, muodostavat poikkeuksen. Suuri hallinnollisten tehtävien määrä selittyy pienten terveyskeskusten organisaatorakenteella. Vastaajina tässä ryhmässä ovat olleet terveyskeskusten ylin johto, koska muuta johtavassa asemassa olevaa henkilöstöä ei ole. Näin hallinnollisen työn osuus on selvästi keskivertoa suurempi.

Taulukko 15. Hallinnollisten tehtävien osuus lähijohtajan työajasta osaston ja ammattiryhmän mukaan jaoteltuna, % (n)

	Osasto	Hoitaja	Lääkäri	Yhteensä
Erikois-sairaanhoito	Sisätaudit/ konservatiivinen	66,6 (69)	16,7 (22)	54,7 (91)
	Kirurgia/ operatiivinen	65,2 (77)	27,0 (43)	51,3 (121)
	Psykiatrinen	64,7 (69)	24,7 (21)	55,3 (90)
Perusterveydenhuolto	Avoterveydenhuolto	54,9 (81)	29,4 (16)	50,7 (97)
	Vuodeosasto	63,4 (102)	28,87 (15)	58,5 (119)
	Avo+vuodeosasto	100 (2)	57,2 (9)	65,0 (11)
	Toimenpideoasastot	61,8 (91)	32,1 (17)	57,1 (108)
Yhteensä		63,0 (494)	28,1 (143)	54,9 (637)

5.2 Valta

Vallan tarkastelu lähijohtamisen näkökulmasta tapahtui neljän osion avulla: päätösvalta, harkinta, resurssien hallinta sekä tiedon ja verkostojen hallinta. Kutakin osa-aluetta pyrittiin kartoittamaan kysymyspatteristojen avulla, joista muodostettiin pääkomponenttianalyysin perusteella summamuuttujia⁸⁶. Lisäksi summamuuttujien ulkopuolelle jäi yksittäisiä kysymyksiä, joiden vastauksia tarkastellaan lähinnä lisäinformaationa. Analyysin tavoitteena on vastata toisen päätutkimuskysymyksen ensimmäiseen alakysymykseen terveydenhuollon valtatyyppiä koskevan hypoteesin avulla.

⁸⁶ Analyysimenetelmät selvitetty tarkemmin kappaleessa 4.3.2.

5.2.1 Päätöksenteko

Ensimmäinen tutkittava osa-alue on päätöksenteko. Päätöksentekoa koskevia kysymyksiä oli useita, ja niiden tuoma informaatio pyrittiin tiivistämään pääkomponenttianalyysin avulla, mikäli se oli mahdollista. Varsinaisen tutkimustehtävän ulkopuolella tarkasteltiin kysymystä 'onko lähijohtajalla tarpeeksi päätösvaltaa'. Tavoitteena oli saada selville, kuka terveydenhuollon organisaatioissa päättää yksikön kannalta merkittävistä asioista, onko lähijohtajalla vaikutusvaltaa organisaation tasolla, mitkä tekijät vaikuttavat vaikutusvallan syntyyn, ja onko päätösvaltaa vastaajien mielestä tarpeeksi.

Kuka päättää yksikön asioista

Kysymyksen 9 avulla vastaajat määrittelivät, kuka heidän mielestään viime kädessä päättää yksikköä koskevista asioista. Kysymystä tarkasteltiin myöskin jakamalla päättävät tahot yksikön sisällä oleviin (osaston-/osatoiminnasta vastaava lääkäri, osastonhoitaja, henkilökunta) ja yksikön yläpuolella oleviin (ylilääkäri/johtava lääkäri, yli-/johtava hoitaja) päättäjiin. Organisaation valtarakenteesta riippuen päätöksenteko voi keskittyä organisaation ylimpään johtoon, yksikköön, organisaation ulkopuolelle tai jakautua kaikkien osapuolten kesken.

Taulukko 16. Yksikköä koskevien päätettävien asioiden ryhmittely

Toiminnan johtaminen		Henkilöstöhallinto		Resurssien johtaminen	
K9.1.	Työvuorot	K9.2.	Henkilökunnan koulutukseen osallistuminen	K9.1.	Yksikön toiminnan tavoitteet
K9.7.	Työnjako yksikön toiminnassa	K9.3.	Henkilökunnan lomata	K9.5.	Henkilökunnan palkan määräytyminen
K9.8.	Laitte- ja kalustohankinnat, kun hankinta on vähäinen	K9.4.	Henkilökunnan virkavapaat	K9.9.	Laitte- ja kalustohankinnat, kun hankinta on suurempi
K9.13.	Uusien työskentelymenetelmien käyttöönotto yksikössä	K9.10	Sijaisten ja tilapäisen henkilökunnan palkkaaminen	K9.11	Projekteihin osallistuminen organisaation sisällä
				K9.12	Projekteihin osallistuminen organisaation ulkopuolella

Mielipiteitä päätösvallan jakautumisesta tutkittiin ristiintaulukoinnin⁸⁷ ja elaboroinnin⁸⁸ avulla. Tarkastelun helpottamiseksi päätettävät asiat ryhmiteltiin kolmeen: toiminnan johtaminen, henkilöstöhallinto ja resurssien johtaminen (ks. taulukko 16).

Aluksi tarkastellaan päätösvallan jakautumista eri ulottuvuuksilla eri vastaajaryhmissä⁸⁹. Henkilökunnan ja lähijohtajien vastaukset ovat nähtävissä taulukoissa 17 ja 18. *Toiminnan johtamisen* ulottuvuudella todettiin päätösvallan keskittymisen osastonhoitajaan. Painotus on yhtä vahva, oli vastaaja henkilökuntaa tai lähijohtaja-asemassa⁹⁰, erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon organisaatiossa. Tarkasteltaessa hoitajien ja lääkäreiden ryhmiä voidaan kuitenkin huomata, että asetelma säilyy hoitajien ryhmässä, mutta muuttuu lääkäreiden ryhmässä siten, että päätösvallasta nousevat kilpailemaan ylilääkärit ja osastonlääkärit.

Henkilöstöhallinnon ulottuvuudella vastaavasti osastonhoitajan päätösvalta on koko aineistossa merkittävä. Ainoastaan virkavapaiden myöntämisen suhteen ylihoitajan päätösvalta ylittää osastonhoitajan. Kuten toiminnan johtamisen ulottuvuudella myös henkilöstöhallinnossa tilanne on sama sekä henkilökunnan ja lähijohtajien⁹¹ että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon vastauksissa. Lääkäreiden vastauksissa päätösvallan katsotaan olevan ylilääkäreillä ja osastonlääkäreillä.

Resurssien johtamisen ulottuvuudella päätösvalta hajoaa. Ylilääkäreillä on vahva asema suurista hankinnoista päätettäessä. Ylihoitajilla on valtaa organisaation ulkopuolisiin projekteihin osallistumisen ja henkilökunnan palkan määräytymisen suhteen. Varsin vahva vaikutus kuitenkin palkan määräytymisen suhteen on jol-

⁸⁷ Ristiintaulukointi on alkeellisin tapa havainnoida yhteydet kahden muuttujan välillä. Havaitun eron sattumanvaraisuus voidaan testata Khiin neliö (χ^2) -testillä, joka mittaa kahden muuttujan välistä riippumattomuutta. Merkitsevyys raportoidaan yleisen tavan mukaan: erittäin merkitsevä ($p < 0.001$), merkitsevä ($p < 0.01$) ja melkein merkitsevä ($p < 0.05$). (Nummenmaa ym. 1997: 43; Metsämuuronen 2003: 293,369.)

⁸⁸ Elaboroimalla tutkitaan kahden muuttujan välistä vaihtelua yksityiskohtaisesti kolmannen muuttujan luokissa. Menettelyä kutsutaan myös kolmannen muuttujan vakioimiseksi. (Eskola 1966: 305.)

⁸⁹ Ristiintaulukot testattu χ^2 -testillä, ja vain merkitsevät ja erittäin merkitsevät tulokset raportoidaan.

⁹⁰ Henkilökunnan ja lähijohtajien vastausten ero erittäin merkitsevä.

⁹¹ Henkilökunnan ja lähijohtajien vastausten ero on erittäin merkitsevä koskien päätöksiä koulutukseen osallistumisesta ja lomista, merkitsevä koskien päätöksiä virkavapaiden myöntämisestä ja ei-merkitsevä koskien sijaisten ja tilapäisen henkilökunnan palkkaamista.

lain muulla kuin vastausvaihtoehdoiksi nimetyillä henkilöillä⁹². Osastonhoitajien päätösvallan taas katsotaan olevan suurin organisaation sisäisiin projekteihin osallistumisen suhteen.

Taulukko 17. Henkilökunnan näkemys siitä, kuka viime kädessä päättää yksiköä koskevista asioista (%)

	Päätettävä asia	Päätöksentekijä					
		Yli- lääkäri/ Johtava lääkäri	Yli- hoitaja/ Johtava hoitaja	Osaston/ osatoim. vastaava lääkäri	Osas- ton- hoitaja	Henkilö- kunta	Joku muu
Toiminnan johtaminen	Työvuorot	4	4	5	70	12	7
	Työnjako yksikön toiminnassa	6	4	7	55	25	2
	Laite- ja kalustohan- kinnat, kun hankinta on vähäinen	5	8	5	66	12	3
	Uusien työskentely- menetelmien käyt- töönotto yksikössä	12	8	11	43	24	2
Henkilöstö- hallinto	Henkilökunnan koulu- tukseen osallistuminen	12	23	3	51	9	1
	Henkilökunnan lomat	8	24	4	50	12	2
	Henkilökunnan virkavapaat	11	47	3	35	2	2
	Sijaisten ja tilapäisen henkilökunnan palk- kaaminen	7	31	3	54	0,6	5
Resurssien johtaminen	Yksikön toiminnan tavoitteet	37	9	14	21	15	3
	Henkilökunnan palkan määräytyminen	15	37	4	8	0,2	41
	Laite- ja kalustohan- kinnat, kun hankinta on suurempi	30	26	9	19	1	15
	Projekteihin osallis- tuminen organisaation sisällä	8	24	6	51	6	5
	Projekteihin osallis- tuminen organisaation ulkopuolella	18	42	5	23	5	9

⁹² Lomakkeessa vastausvaihtoehto 6=joku muu. Vastaaajaa kehoitettiin täsmentämään kyselyn loppuun tarkoittamansa taho. Kaikista kysymyksen vastanneista 38 % valitsi vaihtoehdon 'joku muu'. Suurin osa ei kuitenkaan täsmentänyt, mitä tarkoitti.

Taulukko 18. Lähijohtajien näkemys siitä, kuka viime kädessä päättää yksikköä koskevista asioista (%)

	Päätettävä asia	Päätöksentekijä					Joku muu
		Yli-lääkäri/ Johtava lääkäri	Yli-hoitaja/ Johtava hoitaja	Osaston/ osatoim. vastaava lääkäri	Osaston-hoitaja	Henkilö-kunta	
Toiminnan johtaminen	Työvuorot	5	6	6	73	5	5
	Työnjako yksikön toiminnassa	10	4	10	60	12	4
	Laite- ja kalustohankinnat, kun hankinta on vähäinen	9	6	11	66	5	4
	Uusien työskentelymenetelmien käyttöönotto yksikössä	16	6	17	42	15	5
Henkilöstöhallinto	Henkilökunnan koulutukseen osallistuminen	13	28	6	47	2	5
	Henkilökunnan lomat	7	27	7	51	4	5
	Henkilökunnan virkavapaat	10	42	6	36	1	6
	Sijaisten ja tilapäisen henkilökunnan palkkaaminen	9	28	4	53	1	5
Resurssien johtaminen	Yksikön toiminnan tavoitteet	41	8	14	18	8	11
	Henkilökunnan palkan määräytyminen	15	43	2	4	0,1	36
	Laite- ja kalustohankinnat, kun hankinta on suurempi	48	14	8	8	1	21
	Projekteihin osallistuminen organisaation sisällä	17	32	7	31	5	7
	Projekteihin osallistuminen organisaation ulkopuolella	35	38	5	9	2	13

Tarkasteltaessa henkilökunnan ja lähijohtajien⁹³ mielipiteitä resurssiulottuvuuden suhteen, näkemys on pääosin samankaltainen, mutta organisaation sisäisiin projekteihin osallistumisessa lähijohtajat katsovat myös ylihoitajalla olevan päätösvaltaa. Suurien kalustohankintojen kohdalla henkilökunnan näkemykset jakautuvat ylilääkärin, ylihoitajan ja osastonhoitajan kesken, ja henkilökunnan palkan-

⁹³ Henkilökunnan ja lähijohtajien vastausten ero oli merkitsevä koskien päätöksiä henkilökunnan palkan määräytymisestä ja muilta osin erittäin merkitsevä.

määräytymisessä molemmat ryhmät katsovat muulla⁹⁴ kuin kysymyksessä mainituilla tahoilla olevan varsin merkittävä osuus. Perusterveydenhuollossa päätösvalta suurista hankinnoista jakautui vahvemmin ylilääkärin ja ylihoitajan kesken kuin erikoissairaanhoidossa, ja mukaan päätöksentekoon tuli myös muiden vaikuttajien ryhmä.

Palkan määräytymiseen vaikutti erikoissairaanhoidossa enemmän ylihoitaja, ja perusterveydenhuollossa puolestaan joku muu taho. Lääkäreiden mukaan palkan määräsi ylilääkäri ja hoitajien mukaan ylihoitaja. Sekä lääkäreiden että hoitajien mielestä joku muu taho oli vahvasti myös mukana. Projekteihin osallistumisesta organisaation sisällä hoitajien mielestä päätti ensisijaisesti osastonhoitaja ja vahvasti myös ylihoitaja. Lääkäreiden mielipiteissä päätösvalta projekteihin osallistumisesta jakaantui ylilääkärin ja osastonlääkärin kesken.

Vastauksia tarkasteltiin edelleen elaboroinnin avulla. Tavoitteena oli selvittää, mistä erot vastaajaryhmien välillä ensisijaisesti johtuvat. Vakioimalla kolmas muuttuja tarkasteltiin, johtuiko selitettävän muuttujan vaihtelu selittävästä muuttujasta vai täsmentääkö, selittääkö tai tulkitseeko kolmas muuttuja vaihtelua⁹⁵. Tarkastelun lähtökohtana oli henkilökunnan ja lähijohtajien vastausten vertailu. Vakiointi tapahtui muuttujilla erikoissairaanhoido/perusterveydenhuolto ja ammattikunta. Päätöksentekoa tarkastellaan päätöksentekijä kerrallaan.

Ennen tarkempaa erittelyä voidaan henkilökunnan päätösvallan osalta todeta, että henkilökunta arvioi oman roolinsa päätöksenteossa jokaisella muuttujalla suuremmaksi kuin mikä lähijohtajien arvio siitä oli.

Toiminnan johtamisen alueella lähijohtajat arvioivat yli-/johtavalla lääkäriillä ja osaston-/osatoiminnasta vastaavalla lääkäriillä olevan enemmän päätösvaltaa, kun taas henkilökunta arvioi ylihoitajan vallan suuremmaksi. Lisäksi lähijohtajat katsoivat osastonhoitajan päätösvallan suuremmaksi koskien työvuoroja ja työnja-

⁹⁴ Henkilökunnan vastuksissa mainintoja oli: luottamusmieselin (3 mainintaa), ylempi johtava virkamies (5), virkaehtosopimus (VES)/ammattiliitot (3) ja henkilöstöpäällikkö (2). Lähijohtajilla mainintoja oli seuraavasti: luottamusmieselin (7), ylempi viranhaltija (1), palkkatoimikunta/-neuvosto/-asiamies (11), johtoryhmä (2), virkaehtosopimus (VES)/ammattiliitot (6), talousjohtaja/-päällikkö (3).

⁹⁵ Kahden muuttujan yhteydestä ei voida suoraan päätellä kausaalisuutta, vaan on mahdollista, että yhteyteen vaikuttaa yksi tai useampi muu tekijä. Kolmannen muuttujan vakioimisen avulla selvitetään, säilyykö yhteys vai häviääkö se. Vakioimalla kahden muuttujan yhteys täsmenyy, yhteys katoaa ja kolmas tekijä selittää muuttujaa tai yhteys katoaa, mutta alkuperäinen yhteys on edelleen selittävä tekijä joka välittyy uuden selittävän tekijän kautta. (Eskola 1966: 305–308; Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994: 200–215.)

koa, kun taas henkilökunta arvioi osastonhoitajan sanovan viimeisen sanan pienien hankintojen ja uusien menetelmien käyttöönoton suhteen.

Vakiointi ammattikunta-muuttujalla säilytti yhteydet hoitajien ryhmässä. Osastonhoitajan päätösvalta uusien työskentelymenetelmien käyttöönotossa täsmentyi lähijohtajien mielipiteeksi. Lääkäreiden ryhmässä yhteydet täsmentyivät. Rivilääkäreiden⁹⁶ mielestä ylilääkäreiden⁹⁷ ja osastonlääkäreiden⁹⁸ päätösvalta on suurempi. Rivilääkärit uskoivat osastonhoitajan päätösvaltaan yksikön työnjaossa enemmän kuin lähijohtajalääkärit. Lähijohtajalääkärit puolestaan arvioivat ylihoitajan päätösvallan suuremmaksi yksikön työnjaossa ja uusien menetelmien käyttöönotossa ja osastonhoitajan päätösvallan suuremmaksi pienien hankintojen ja uusien työskentelymenetelmien käyttöönoton suhteen.

Vakiointi erikoissairaanhoito/perusterveydenhuolto-muuttujalla ei juurikaan tuonut muutosta henkilökunnan ja lähijohtajien mielipiteisiin. Vakiointi kuitenkin hävitti ylilääkäreiden kohdalla henkilökuntakyselyn ja lähijohtajakyselyn eron työvuorojen päätöksenteon kohdalla. Yhteys syntyi erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidossa lähijohtajat uskoivat ylihoitajan päätöksentekoon työnjakokysymyksissä. Perusterveydenhuollossa pienten hankintojen ja uusien työskentelymenetelmien käyttöönoton suhteen osastonhoitajan päätöksenteko täsmentyi lähijohtajien mielipiteissä vahvemmaksi kuin henkilökunnan mielestä.

Henkilöstöhallinnon muuttujien⁹⁹ osalta lähijohtajat arvioivat ylilääkärin päätösvallan suuremmaksi koulutukseen osallistumisen kohdalla, kun taas henkilöstö arvioi heillä olevan enemmän päätösvaltaa lomista ja virkavapaista päätettäessä. Lähijohtajat arvioivat ylihoitajilla olevan päätösvaltaa koulutukseen osallistumisen ja lomien kohdalla, kun taas henkilökunta arvioi ylihoitajan päätösvallan virkavapaista suuremmaksi. Lähijohtajien arvioissa osastonlääkärin päätösvalta näkyi voimakkaampana. Lähijohtajat arvioivat lisäksi osastonhoitajan päätösvallan suuremmaksi virkavapaista päätettäessä, mutta henkilökunta koulutukseen osallistumisesta päätettäessä.

Vakiointi ammattikunnalla lähinnä täsmentää havaittuja eroja lääkärikunnan osalta. Ainoastaan osastonlääkärin kohdalla lähijohtajien ja henkilökunnan vastausten ero häviää lääkärikunnan mielipiteissä kokonaan henkilökunnan lomista päätettä-

⁹⁶ Lääkärit ilman lähijohtaja-asemaa.

⁹⁷ Ei yksikön työnjaossa.

⁹⁸ Ei pienissä hankinnoissa.

⁹⁹ Muuttujista sijaisten ja tilapäisen henkilökunnan palkkausta koskeva kysymys jätetään tarkastelematta, koska tulokset eivät olleet merkitseviä.

essä. Näin ryhmien välinen ero on yksinomaan hoitajien mielipide. Ylilääkärin päätösvaltaan henkilökunnan koulutukseen osallistumisessa uskoivat rivilääkärit lähijohtajalääkäreitä enemmän. Lähijohtajalääkärit arvioivat puolestaan osastonhoitajan päätösvallan koulutukseen osallistumisesta ja ylihoitajan päätösvallan henkilökunnan virkavapaista suuremmaksi kuin rivilääkärit.

Vakiointi erikoissairaanhoidon/perusterveydenhuolto-muuttujalla lähinnä täsmentää havaittuja eroja. Perusterveydenhuollossa yli-/johtavan lääkärin ja yli-/johtavan hoitajan päätösvalta koulutukseen osallistumisesta ja lomista on henkilökunnan mukaan suurempi. Erikoissairaanhoidossa osastonhoitajan päätösvalta lomista on henkilökunnan mielestä suurempi. Perusterveydenhuollossa lähijohtajat pitivät osastonhoitajan päätösvaltaa suurempana koulutukseen osallistumisesta päätettäessä.

Resurssien johtamisen ulottuvuudella lähijohtajat uskoivat henkilöstöä vahvemmin yli-/johtavan lääkärin ja osastonlääkärin päätösvaltaan. Lähijohtajat arvioivat ylihoitajan päätösvallan tavoitteiden asettamisessa, organisaation ulkopuolisiin projekteihin osallistumisessa ja suurissa hankinnoissa suuremmaksi. Henkilökunta puolestaan arvioi päätösvaltaa olevan ylihoitajalla organisaation sisäisiin projekteihin osallistumisessa ja palkan määräytymisessä.

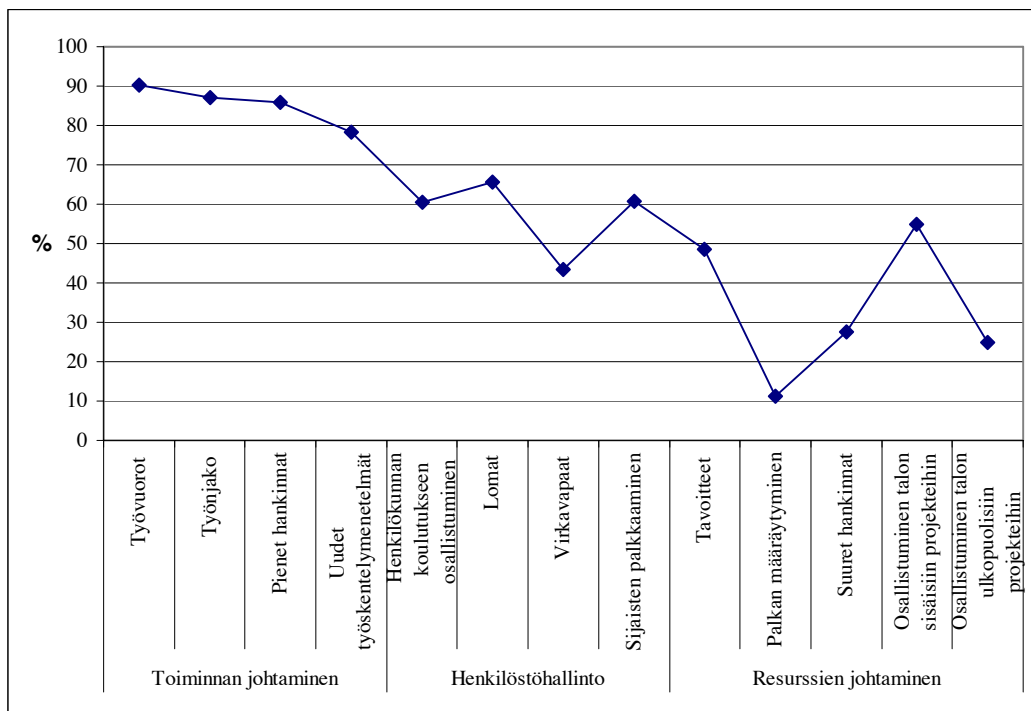
Osastonhoitajan päätösvaltaan uskoi henkilökunta lähijohtajia enemmän. Lähijohtajat arvioivat henkilökuntaa enemmän jollain muulla taholla olevan päätösvaltaa resursseista päätettäessä. Ainoastaan henkilökunnan palkan määräytymisessä henkilökunta uskoi lähijohtajia enemmän jonkun muun tahon vaikutukseen.

Vakiointi ammattikunta-muuttujalla ei muuttanut asetelmaa, mutta täsmensi erityisesti lääkäreiden ryhmässä. Hoitajien ryhmässä täsmentyi osastonlääkärin päätösvalta tavoitteista enemmän henkilökunnan mielipiteeksi ja suurista hankinnoista enemmän lähijohtajien mielipiteeksi. Lisäksi yli-/johtavan lääkärin päätösvalta henkilökunnan palkan määräytymisestä täsmentyi henkilökunnan mielipiteeksi. Lääkäreiden ryhmässä rivilääkärit näkivät ylilääkärin päätösvallan tavoitteista suurempana. Lähijohtajalääkärit puolestaan arvioivat ylihoitajan päätöksentekomahdollisuudet suuremmiksi tavoitteista päätettäessä sekä osastonhoitajan ja henkilökunnan suurista hankinnoista päätettäessä.

Vakiointi erikoissairaanhoidon/perusterveydenhuolto-muuttujalla hävitti yhteyden ylilääkärin kohdalla koskien päätöksentekoa henkilökunnan palkan määräytymisestä: ero syntyi perusterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidossa täsmentyi enemmän henkilökunnan mielipiteeksi, että osastonlääkäreillä on päätösvaltaa ulkoisiin projekteihin osallistumisesta päätettäessä, ja että jollain muulla taholla on päätösvaltaa suurista hankinnoista päätettäessä. Erikoissairaanhoidon lähijoh-

tajat puolestaan uskoivat enemmän henkilökunnan päätösvaltaan suurista hankinnoista päätettäessä.

Perusterveydenhuollossa henkilökunta uskoi enemmän osastonlääkärin päätösvaltaan tavoitteiden asettamisessa. Perusterveydenhuollon lähijohtajat puolestaan uskoivat enemmän osastonhoitajan päätösvaltaan tavoitteiden asettamisessa ja osastonlääkärin päätösvaltaan suurien hankintojen kohdalla.



Kuvio 17. Kuinka suuri osuus vastaajista arvioi päätösvaltan toiminnan johtamisen, henkilöstöhallinnon ja resurssien johtamisen osa-alueilla olevan yksikössä (%)

Kysymyksen 9 avulla voitiin tarkastella myös sitä, sijaitsiko vastaajien mielestä päätösvalta yksikössä¹⁰⁰ vai sen yläpuolella¹⁰¹. Kuvio 17 kuvaa prosenttiosuuksia siitä, kuinka moni vastaajista katsoi päätösvaltan olevan yksikössä. Kuvioista voi-

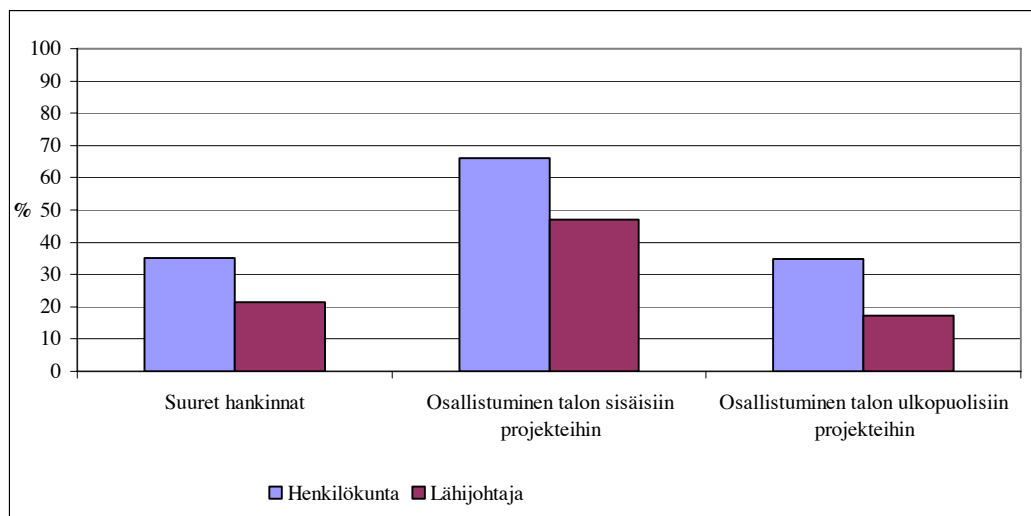
¹⁰⁰ Päätöksen tekee lähijohtaja tai henkilökunta.

¹⁰¹ Päätöksen tekee ylilääkäri tai ylihoitaja.

daan havaita, että toiminnan johtaminen nähdään olevan vahvasti yksikön päätöksenteon alaista. Henkilöstöhallinnon alueella arviot yksikön päätösvallasta putoavat, mutta edelleen yli puolet vastaajista arvioi päätösvallan olevan yksikössä. Ainoastaan virkavapauspäätösten kohdalla jäädytään alle 50 %:n.

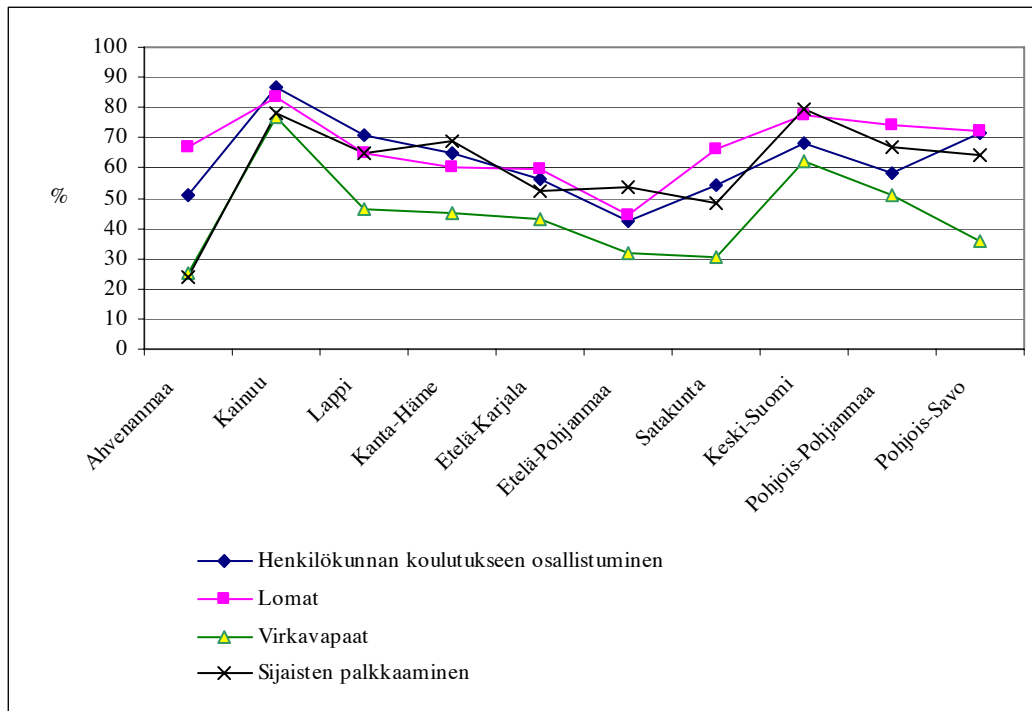
Resurssien osalta päätösvalta siirtyy ylemmälle taholle palkkauksen määräytymisen, suurten hankintojen ja ulkopuolisiin projekteihin osallistumisen suhteen. Tällä alueella syntyy myös eroa henkilökunnan ja lähijohtajien vastauksissa, kun tuloksia tarkastellaan ristiintaulukoinnin¹⁰² avulla. Henkilökunta arvioi yksikössä olevan enemmän päätösvaltaa, kun taas lähijohtajat arvioivat päätösvallan heikommaksi. Tavoitteiden ja palkan määräytymisen suhteen käsitykset olivat yhtenevät. (Ks. kuvio 18.)

Tutkimalla yksiköiden päätöksentekoa taustamuuttujien luokissa voitiin etsiä syytä vaihtelulle. Organisaatiotekijöiden kohdalla vastauksissa oli eroa sairaanhoitopiireittäin. Henkilöstöhallinnon alueella erottuivat Kainuu ja Keski-Suomi, joissa yksiköiden päätösvallan katsottiin olevan vahvempi kuin muissa sairaanhoitopiireissä (ks. kuvio 19).



Kuvio 18. Kuinka suuri osuus henkilökunnasta ja lähijohtajista arvioi päätösvallan resurssien johtamisen alueella olevan yksikössä (%)

¹⁰² Tuloksista raportoidaan vain χ^2 -testin merkitsevät tai erittäin merkitsevät erot.



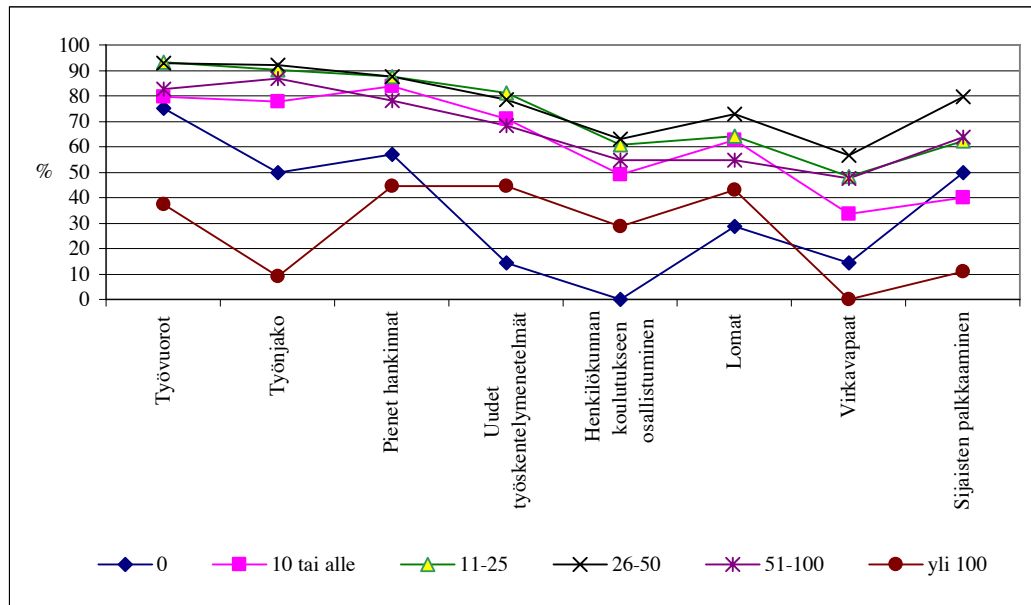
Kuvio 19. Kuinka suuri osuus vastaajista sairaanhoitopiireittäin arvioi päätösvalan henkilöstöhallinnon osa-alueella olevan yksikössä (%)

Sama suunta oli myös resurssien johtamisen alueella tavoitteiden, palkan määräytymisen ja suurten hankintojen kohdalla. Erikoissairaanhoito/perusterveydenhuolto-ulottuvuudella perusterveydenhuollossa katsottiin yksiköillä olevan enemmän päätösvaltaa yksittäisissä asioissa. Sairaanhoitopiirin koolla sekä yliopisto-/ei-yliopistosairaanhoitopiiri-ulottuvuudella oli vaikutusta myös yksittäisten osatekijöiden kohdalla. Väestötappiosairaanhoitopiirien vastaukset eivät eronneet merkittävästi väestövoittosairaanhoitopiirien vastauksista.

Osastokohtaisessa tarkastelussa voidaan todeta psykiatrian alueen vastaajien näkemys yksiköiden vähäisemmästä päätösvaltaasta, kun taas perusterveydenhuollon vuodeosastojen vastaajat katsoivat yksiköillä olevan enemmän päätösvaltaa¹⁰³. Lähijohtajien kohdalla voitiin tarkastella vastaajan yksikön koon merkitystä. Yksikön koko näytti vaikuttavan sekä toiminnan johtamisen että henkilöstöhallinnon

¹⁰³ Erot olivat merkittävät muuttujilla päätösvalta työnjaosta, päätösvalta uusiin työskentelymenetelmiin, päätösvalta virkavapaista, päätösvalta tavoitteista ja päätösvalta palkasta.

osa-alueella (ks. kuvio 20). Suurten yksiköiden ja vailla alaisia olevien lähijohtajien mielipiteet erottuivat. Valtaosa molempien ryhmien lähijohtajista arvioi molemmilla alueilla päätösvallan olevan yksikön yläpuolella.

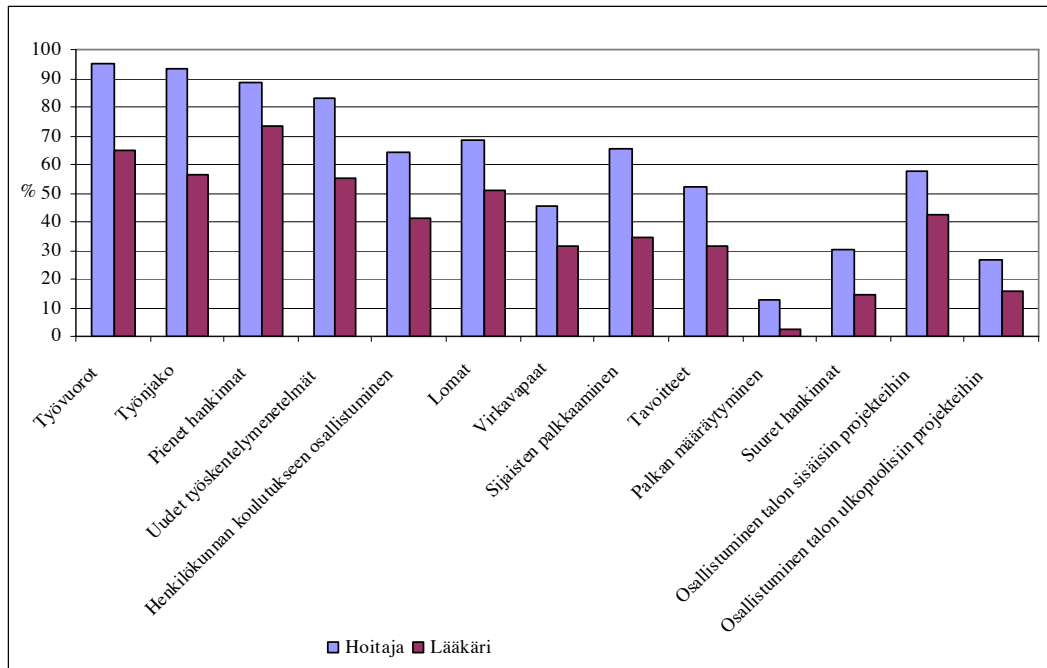


Kuvio 20. Kuinka suuri osuus lähijohtajista erikokoisissa yksiköissä arvioi päätösvallan toiminnan johtamisen ja henkilöstöhallinnon osa-alueella olevan yksikössä (%)

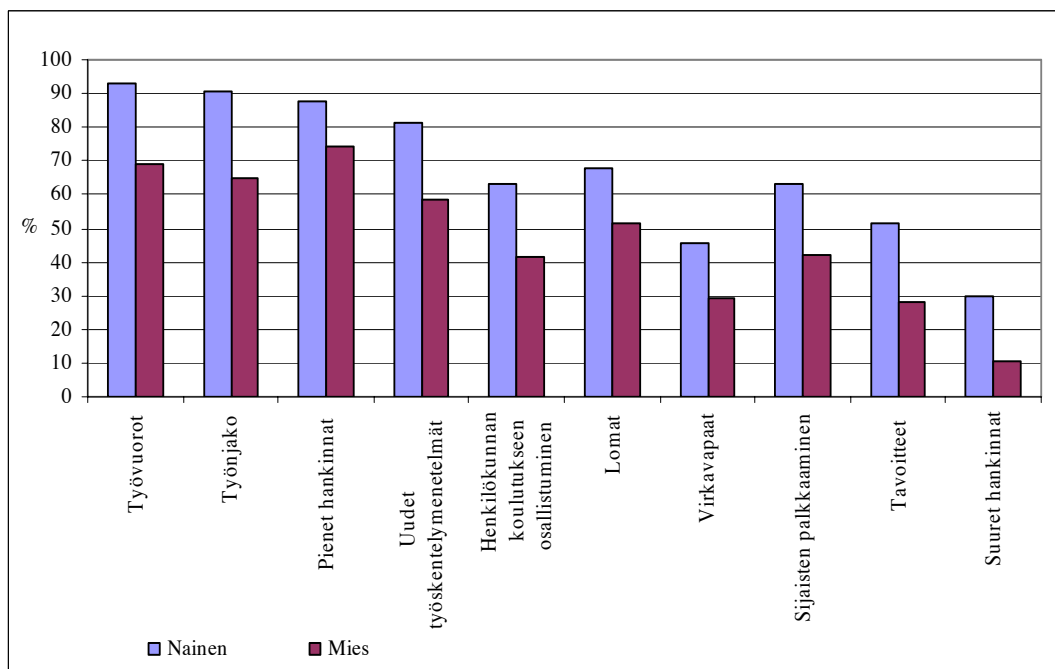
Yksilömuuttujilla tarkastelu ei tuonut lisäinformaatiota vastaajan iän, terveydenhuoltoalan kokemuksen tai johtamiskokemuksen suhteen. Hoitajien ja lääkäreiden mielipiteet erosivat kaikilla osa-alueilla erittäin merkittävästi (ks. kuvio 21).

Eroa mielipiteissä syntyi myös nais- ja miesvastaajien välille. Suurempi osa hoitajista ja naisista uskoi päätösvallan sijaitsevan yksikössä (ks. kuvio 22). Myös koulutuksella¹⁰⁴ näytti olevan vaikutusta mielipiteisiin. Suurempi osa ylemmän korkeakoulu- tai yliopistotutkinnon suorittaneista näki kaikilla alueilla yksiköllä olevan vähemmän päätösvaltaa. (Ks. kuvio 23.)

¹⁰⁴ Koulutus-taustamuuttujan kohdalla otettava huomioon, että se erottelee ainoastaan hoitajia. Kaikki lääkärit kuuluvat korkeakoulu-/yliopistotutkinnon suorittaneiden ryhmään.

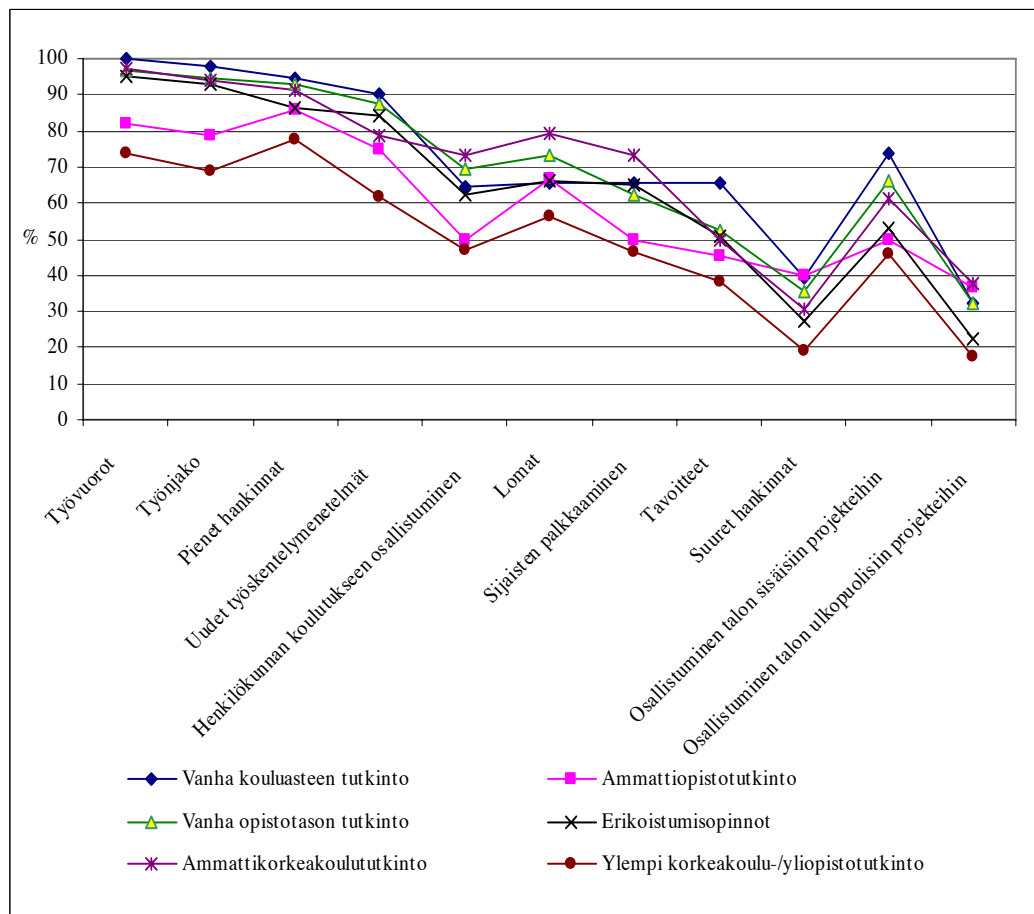


Kuvio 21. Kuinka suuri osuus hoitajista ja lääkäreistä arvioi päätösvallan mainituissa asioissa olevan yksikössä (%)



Kuvio 22. Kuinka suuri osuus vastaajista sukupuolen mukaan jaoteltuna arvioi päätösvallan mainituissa asioissa olevan yksikössä (%)

Vanhan kouluasteen tutkinnon suorittaneet uskoivat yksikön päätösvaltaan erityisesti toiminnan johtamisen alueella. Henkilöstöhallinnon alueen päätösvaltaan yksikössä uskoivat vahvimmin ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet. Sukupuolen vakioiminen ei aiheuttanut muutosta koulutuksen vaikutuksessa. Kun tarkastellaan ulottuvuuksia sukupuoli ja ammattikunta, voidaan hoitajien kohdalla todeta miesten vahvempi näkemys yksikön roolista toiminnan johtamisen alueella ja heikompi näkemys roolista resurssien johtamisen alueella. Henkilöstöhallinnossa suurempi osa miehistä näki päätösvallan olevan yksikössä lomista ja tilapäisistä sijaisuuksista päätettäessä ja suurempi osa naisista koulutukseen osallistumisesta ja virkavapaista päätettäessä. Lääkäreiden kohdalla ero oli selkeä mies- ja naislääkäreiden välillä. Miehet arvioivat kaikilla alueilla päätösvallan yksikössä heikommaksi.



Kuvio 23. Kuinka suuri osuus vastaajista vastaajan koulutuksen mukaan ryhmiteltyinä arvioi päätösvallan mainituissa asioissa olevan yksikössä (%)

Onko lähijohtajalla päätösvaltaa tarpeeksi

Vastaajat antoivat lisäksi arvionsa siitä, onko yksikön lähijohtajalla riittävästi päätösvaltaa. Kysymys oli henkilökunnalle vaikeampi arvioitavaksi, mikä näkyy runsaammassa en osaa sanoa -vastausten osuudessa. Kielteisten vastausten osuus tosin oli molemmissa ryhmissä samaa tasoa eli viidennes vastauksista. Lähijohtajista lähes $\frac{4}{5}$ oli tyytyväinen omaan päätösvaltaansa yksikön asioissa ja henkilökunnastakin $\frac{2}{3}$ uskoi näin olevan. (Ks. taulukko 19.)

Vastaajat saivat esittää, minkä asioiden suhteen lähijohtajalla pitäisi heidän mielestään olla enemmän päätösvaltaa. Henkilökunnan ja lähijohtajien näkemykset voidaan nähdä kuviossa 24. Eniten mainintoja sai molemmissa vastaajaryhmissä taloudelliset resurssit (hankinnat, palkka, taloussuunnittelu), toiseksi eniten rekrytointi (sijaisten palkkaus, vakituisen henkilökunnan rekrytointi) ja kolmanneksi eniten henkilökunnan vastauksissa henkilöstön määrä ja lähijohtajien vastauksissa yksikön tavoitteet ja toiminta. Kuviossa mainittujen lisäksi oli seuraavia mainintoja: lähijohtajan oman työn sääntely, projekteihin ja kehityshankkeisiin osallistuminen, yksikön potilasmateriaali, toimenkuvat ja yhteistyön lisääminen.

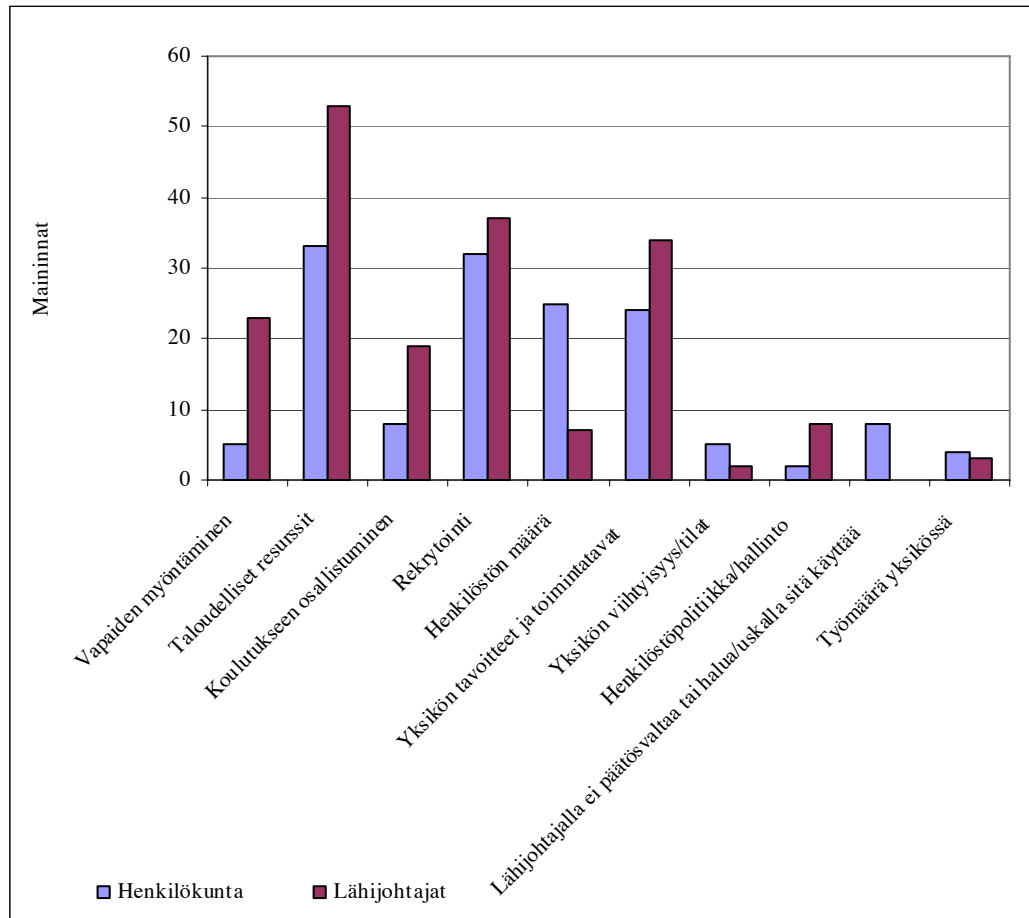
Taulukko 19. Henkilökunnan ja lähijohtajien käsitys lähijohtajan päätösvalan riittävyydestä (%)

Onko päätösvaltaa riittävästi ¹⁰⁵	Henkilökunta (n=512) %	Lähijohtajat (n=678) %
Kyllä	68	77
Ei	20	19
En osaa sanoa	12	4
	100	100

Lähijohtajien vastauksissa tuli esiin myös tyytymättömyys siihen, että lähijohtaja tekee kaiken valmistelevan työn päätösten perustaksi, mutta varsinainen allekirjoitus täytyy pyytää ylempää. Mainintoja oli yhteensä kahdeksan, joista esimerkiksi seuraava ote:

¹⁰⁵ χ^2 28,477, df 2, p=.000

”Kaikki kohdat missä yl. tai yh. päättää, menee niin että oh. esittää ja tekee valmistelevan työn, nimen kirjoitusoikeutta ei siis minulla ole vaan lähes joka paperiin haen yl:n tai yh:n nimen loppuksi, vaikka itse tekisin työn. Niin ja yksikön johtamisesta maksetaan yl:lle eli toimintayksikköjohtajalle, joten pitäähän ne nimet papereihin häneltä saada! Eli selkeämpi linjaus ketä kumarran ja kelle pyllistän (yl/yh) sekä jos minulla on päätösvalta laitan myös nimeni papereihin itse, se toisi selkeyden.” (LJ 6550)



Kuvio 24. Henkilökunnan ja lähijohtajien näkemyksiä siitä, missä asioissa lähijohtajalla tulisi olla enemmän päätösvaltaa¹⁰⁶

¹⁰⁶ Vapaiden myöntäminen = lomat ja virkavapaat, henkilöstöpolitiikka/hallinto = henkilöstöasiat yleisesti.

Päätösvalan syntymiseen vaikuttavat tekijät

Myös vaikutusvalan syntymisen taustalla olevat tekijät kertovat organisaation valtatyyppistä. Kysymyksessä 11 vastaajat arvioivat eri tekijöiden vaikutusta vaikutusvalan syntyyn¹⁰⁷. Vastaukset ryhmiteltiin pääkomponenttianalyysin pohjalta¹⁰⁸ ja nimettiin voimakkaimmin latautuneiden muuttujien mukaan. Muuttujista muodostuu kolme ulottuvuutta, joiden selitysosuus on 61 % eli varsin hyvä. Verkostojen hallinta kuvaa missä määrin vaikutusvalta yksikössä syntyy tehokkaan yhteistyön, kontaktien ja tiedon hallinnan avulla. Näin ollen ulottuvuudesta muodostettu summamuuttuja käsitellään tiedon ja verkostojen hallinta -kappaleessa. Asema-ulottuvuus kuvaa henkilön aseman ja viran tuomaa vaikutusvaltaa. Kompetenssi-ulottuvuus puolestaan kuvaa ammattitaidon ja koulutuksen tuomaa vaikutusvaltaa. (Ks. taulukko 20 ja taulukko 21.)

Taulukko 20. Vaikutusvalan syntyyn vaikuttavien tekijöiden pääkomponentti-ratkaisu

Ulottuvuus	Latauksien neliöiden rotatoidut summat		
	Ominaisarvo	Selitysosuus %	Kumula- tiivinen %
I Verkostojen hallinta	2,6	26,4	26,4
II Asema	1,9	18,5	44,9
III Kompetenssi	1,6	16,0	60,9

Summamuuttujien yhteyttä taustamuuttujiin tarkasteltiin aluksi korrelaation¹⁰⁹ avulla. Kompetenssi ei ollut yhteydessä taustamuuttujiin eli ajatus kompetenssista vaikutusvalan taustalla ei vaihdellut organisaation, yksikön tai yksilön ominaisuuksien mukaan. Asema vaikutusvalan takana puolestaan näytti jossain määrin liittyvän lähijohtajien vastauksissa sairaanhoitopiirin kokoon. Mitä suurempi sai-

¹⁰⁷ Vastauksissa asteikko 1=ei vaikuta lainkaan, 5=vaikuttaa erittäin paljon, analyysissä muutettu asteikolle 0–4.

¹⁰⁸ Pääkomponenttianalyysistä tarkemmin kappaleessa 4.3.2. Summamuuttujien osiot ja kelpoisuustestit liitteessä 4.

¹⁰⁹ Korrelaatiot liitteessä 6.

raanhoitopiiri, sitä vahvemmin lähijohtajat katsoivat aseman olevan vaikutusvallan syntymisen takana.

Taulukko 21. Vaikutusvallan syntyyn vaikuttavien tekijöiden pääkomponenttianalyysin rotatoitu matriisi¹¹⁰

Vaikutusvallan syntymiseen vaikuttavat tekijät	Ulottuvuus		
	1	2	3
K11.1 Henkilön ammattitaito			,89
K11.2 Henkilön koulutus		,31	,79
K11.3 Henkilön asema organisaatiossa		,82	
K11.4 Henkilön persoona	,61		
K11.5 Yhteydet organisaation ulkopuolisiin ryhmiin	,75		
K11.6 Hyvät suhteet luottamushenkilöhallintoon	,77		
K11.7 Valikoiva tietojen välittäminen	,72		
K11.8 Yhteydet organisaation sisällä	,73		
K11.9 Henkilön ammatti tai virkanimike		,84	
K11.10 Mahdollisuus vaikuttaa yksikön resursseihin		,54	

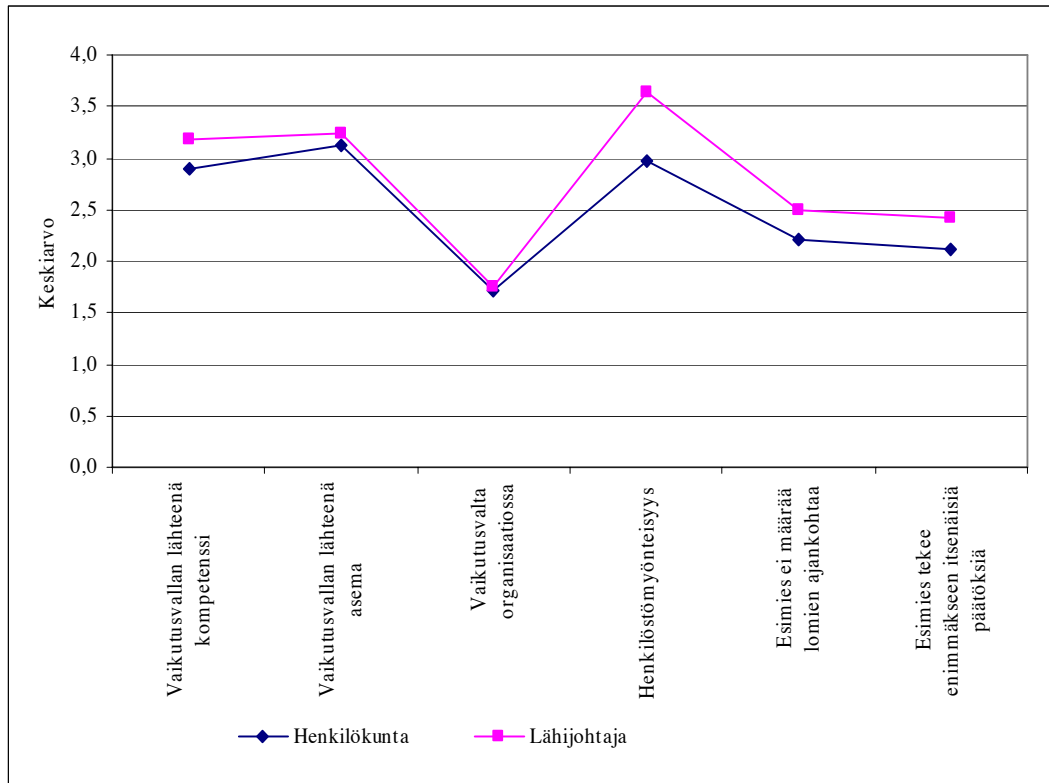
Tarkasteltaessa vastausten keskiarvoja¹¹¹ (ks. kuvio 25) voidaan todeta, että sekä kompetenssi että asema ovat vahvoja vaikutusvallan lähteitä. Erityisesti tämä näkyy lähijohtajien mielipiteissä¹¹². Molempien ryhmien vastauksia tarkasteltiin lisäksi taustamuuttujien luokissa. Kuvioissa henkilökunnan vastaukset on erotettu kursiiivilla ja katkoviivalla.

Kompetenssin suhteen eroja vastaajien välillä esiintyi yksilömuuttujassa koulutus. Henkilökunnasta vanhan koulutason koulutuksen saaneet pitivät vahvimmin ja ammattikorkeakoulun käyneet heikoimmin kompetenssia vaikutusvallan lähteenä. Lähijohtajista puolestaan erikoistumiskoulutuksen saaneet pitivät vahvimmin ja vanhan opistotason koulutuksen saaneet heikoimmin kompetenssia vaikutusvallan lähteenä.

¹¹⁰ Alle 0,3:n lataukset jätetty tässä ja jatkossa pois, koska ne ovat ns. sakkaa (Metsämuuronen 2003: 524, 527).

¹¹¹ Muuttujien asteikko on 0–4. Nolla vastaa mielipidettä ei lainkaan tai täysin eri mieltä, arvo neljä vastaa mielipidettä erittäin paljon tai täysin samaa mieltä. Keskiarvotestit liitteessä 7.

¹¹² Keskiarvojen ero henkilökunnan ja lähijohtajien vastauksissa: KW-testi kompetenssi 28.5, df1***, asema 6.5, df1*. Summamuuttujien keskiarvotestit liitteessä 7.



Kuvio 25. Henkilökunnan ja lähijohtajien vastausten keskiarvot päätösvallan osatekijöistä.

Kun tarkastellaan asemaa vaikutusvallan takana eri taustamuuttujien luokissa, eroa syntyy ei-yliopisto- (ka 3.1) ja yliopistosairaanhoitopiirien (ka 3.4) välille molemmissa vastaajaryhmissä. Asema on yliopistosairaanhoitopiireissä vahvempi vaikutusvallan lähde. Yksilömuuttujista eroa syntyi henkilökunnan vastauksissa iän ja terveydenhuoltoalalla työskentelyajan suhteen. Asemaan vaikutusvallan taustalla uskoivat eniten ikäryhmään 45–54 kuuluvat ja alalla 21–30 vuotta olleet.

Vaikutusvalta organisaatiossa ja henkilöstömyönteisyys

Kysymysosioista 16 muodostettiin kaksi summamuuttujaa pääkomponenttianalyysin mukaisesti. Ulottuvuus 'vaikutusvalta organisaatiossa' kuvaa arviota lähijohtajan mahdollisuudesta vaikuttaa organisaation päätöksentekoon eri tasoilla. Kysymys 16.10 jätettiin pois alhaisen latauksen ja reliabiliteetin parantamisen vuoksi. Ulottuvuus 'henkilöstömyönteisyys' kuvaa yksikön johtamistoiminnan joustavuutta. Kysymyksillä lähijohtajan ohjeiden noudattamisesta tarkasti tai soveltaen, päätöksenteon itsenäisyydestä ja lomien määräämisestä haettiin tietoa lähijohtajan

tavasta tehdä päätöksiä. Itsenäinen, soveltava päätöksenteko viittaa organisaation valtatyypeistä meritokratiaan ja poliittiseen areenaan. Ulottuvuudesta ei kuitenkaan sisältönsä puolesta muodostunut tämän tutkimuksen kannalta mielekästä summamuuttujaa. Kysymykset 16.1 ja 16.6 jätettiin pois analyysistä ja kysymykset 16.5 ja 16.10 jäivät yksittäin tarkasteltaviksi lisäinformaationa. (Ks. taulukot 22 ja 23.)

Taulukko 22. Kysymyksen 16 pääkomponenttiratkaisu

Ulottuvuus	Latauksien neliöiden rotatoidut summat		
	Ominaisarvo	Selitysosuus %	Kumulatiivinen %
I Vaikutusvalta organisaatiossa	2,0	20,0	20,0
II Henkilöstömyönteisyys	1,9	18,6	38,6
III Päätöksenteon joustavuus	1,2	12,1	50,6

Vaikutusvalta organisaatiossa oli yhteydessä lähijohtajakyselyssä yksikön koon. Vaikutusvaltaa koettiin olevan enemmän, mitä suuremmasta yksiköstä oli kyse. Lisäksi vaikutusvallalla oli yhteys hallinnollisiin tehtäviin käytettyyn aikaan: koettiin enemmän, mitä suurempi osuus työajasta kului hallinnollisiin tehtäviin. Tässä yhteydessä tulee kuitenkin mieleen mahdollinen yhteys yksikön koon ja hallinnollisiin tehtäviin käytetyn ajan välillä. Muuttujilla on yhteys toisiinsa: mitä suurempi yksikkö sitä enemmän lähijohtajan ajasta kuluu hallinnollisiin tehtäviin ($r=0.29^{***}$) Osittaiskorrelaatio kuitenkin kertoo, että eliminoitaessa hallinnollisten tehtävien määrän vaikutus, yksikön koko on edelleen yhteydessä vaikutusvallan lisääntymiseen. Kun eliminoidaan yksikön koon vaikutus, yhteys hallinnollisten tehtävien määrän ja vaikutusvallan välillä häviää. Vaikutusvallan lisääntymisen syynä on siis yksikön koko, ei hallinnollisten tehtävien osuuden suuruus.

Muuttujan 'vaikutusvalta organisaatiossa' keskiarvotarkastelussa (ks. kuvio 25) voidaan havaita sekä henkilökunnan (ka 1,7) että lähijohtajien vastausten alle keskitasoa olevat arvot (ka 1,8). Tulokset eivät eronneet merkitsevästi toisistaan. Henkilökunnan vastauksissa eroa syntyi erikoissairaanhoidon ja perusterveyden-

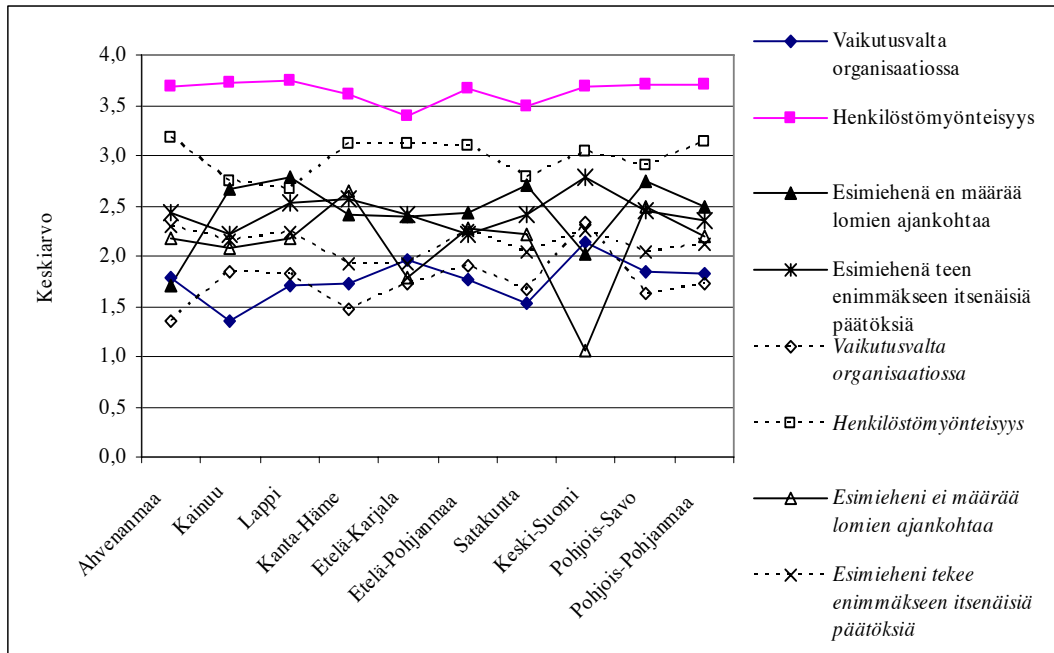
huollon välille. Lähijohtajalla katsottiin olevan enemmän valtaa perusterveydenhuollossa.

Taulukko 23. Kysymyksen 16 rotatoitu matriisi

Väittämiä yksikön johtamistyöstä	Ulottuvuus		
	1	2	3
K16.1 Esimies ei noudata organisaation ohjeita tarkasti		-,32	,46
K16.2 Yksikössä ei rankaista epämiellyttävillä työvuoroilla		,77	
K16.3 Esimies ei suosi perusteetta alaisia		,65	
K16.4 Työvuoroissa joustetaan tarvittaessa		,75	
K16.5 Esimies ei määrää lomien ajankohtaa		,34	,75
K16.6 Esimies soveltaa organisaation ohjeita tilanteen mukaan			-,33
K16.7 Esimies vaikuttaa henkilökunnan palkan määräytymiseen	,58		-,34
K16.8 Esimies pystyy vaikuttamaan organisaation ylempään päätöksentekoon	,87		
K16.9 Esimies pystyy vaikuttamaan organisaation luottamushenkilöhallintoon	,83		
K16.10 Esimies tekee enimmäkseen itsenäisiä päätöksiä	,45		-,42

Lähijohtajakyselyssä eroja syntyi useammissa taustamuuttujien luokkien tarkaste- luissa. Viitteitä lähijohtajan suuremmasta vaikutusvallasta arvioivat Keski- Suomen sairaanhoitopiirin vastaajat. Heikoin arvio oli Kainuun sairaanhoitopiirin vastaajilla. Keski-Suomen kohdalla on otettava huomioon, että mukana ovat aino- astaan perusterveydenhuollon työntekijät. (Ks. kuvio 26.) Lähijohtajien vastauk- sissa vaikutusvaltaa arveltiin olevan enemmän perusterveydenhuollossa kuin eri- koissairaanhoidossa.

Yksikön koon vaikutusta pohdittiin jo aiemmin. Vailla alaisia olevien lähijohtaji- en kokemus omasta vaikutusvallastaan oli varsin vähäinen (ka 0,9), kun taas suur- ten yksiköiden lähijohtajat pystyivät vaikuttamaan enemmän (ka 2,8). Osastojen välisessä tarkastelussa lähijohtajien vastauksista poikkeuksen tekevät peruster- veydenhuollon sekä avoterveydenhuollossa että vuodeosastolla työskentelevät. Ryhmä kuitenkin edustaa organisaatioita, joissa lähijohtajan tehtäviä hoitaa ylin johto. Näin ollen vaikutusvaltaa on, ja pitääkin olla, runsaasti. Kun tämä ryhmä poistetaan tarkastelusta, viitteitä osastojen välisestä erosta jää edelleen. Lähijohta- jan vaikutusvallan arvioivat suurimmaksi perusterveydenhuollon avoterveyden- huollon lähijohtajat (ka 2,1) ja heikoimmaksi psykiatristen osastojen lähijohtajat (ka 1,5).

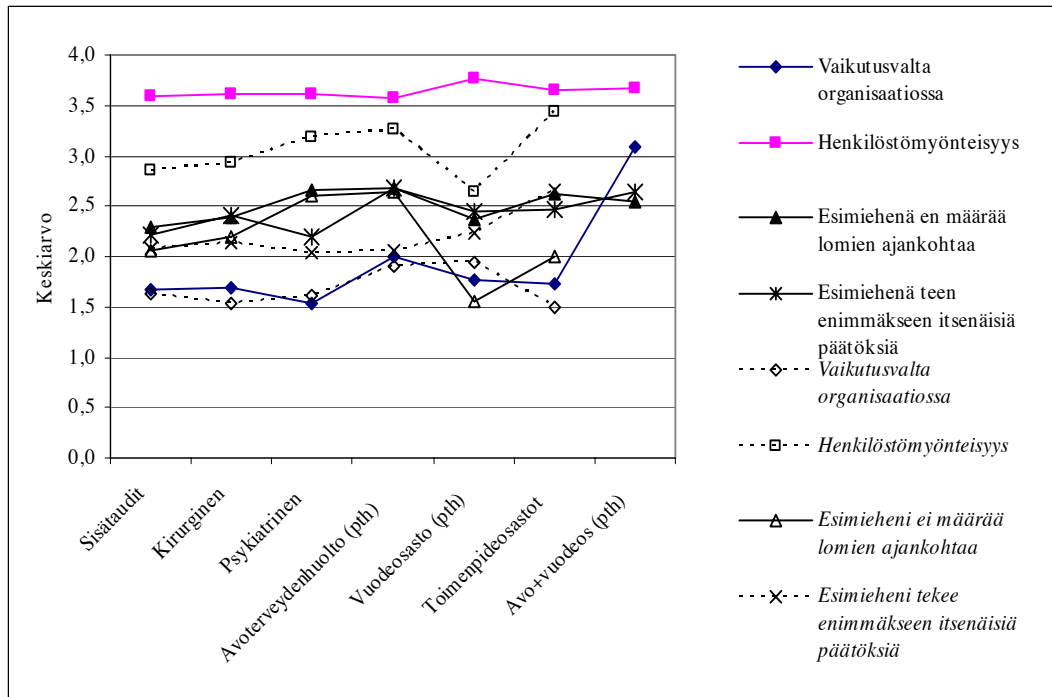


Kuvio 26. Päätöksentekoa kuvaavien summamuuttujien keskiarvojen tarkastelua sairaanhoitopiireittäin lähijohtajien ja henkilökunnan ryhmissä

Henkilöstömyönteisyys oli henkilökuntakyselyssä yhteydessä vastaajan koulutukseen ja ammattikuntaan. Henkilöstömyönteisyyden korkeampiin arvoihin olivat yhteydessä vastaajan korkeampi koulutus ja kuuluminen lääkärikuntaan.

Keskiarvotarkastelussa (ks. kuvio 25) voidaan huomata lähijohtajien varsin myönteinen käsitys omasta henkilöstömyönteisyydestään (ka 3,6). Henkilökunnan arviot olivat myös kohtalaisen hyvällä tasolla, mutta alhaisemmat (ka 3,0)¹¹³. Keskiarvotesteissä korrelaation tulokset vahvistuvat. Henkilökunnan arvio henkilöstömyönteisyydestä oli korkeampi väestövoittosairaanhoitopiireissä. Syy tähän voisi olla toiminnan laajuuden aiheuttama rekrytointitarve ja sen vaikutus henkilöstöjohtamisen kulttuuriin. Henkilöstömyönteisyys vaihteli myös osastoittain. Korkeimman arvon antaa toimenpideosastojen henkilökunta (ka 3,4) ja alhaisimman perusterveydenhuollon vuodeosastojen henkilökunta (ka 2,7) (ks. kuvio 27).

¹¹³ Keskiarvojen ero henkilökunnan ja lähijohtajien vastauksissa: KW-testi henkilöstömyönteisyys 178.0, df1***.

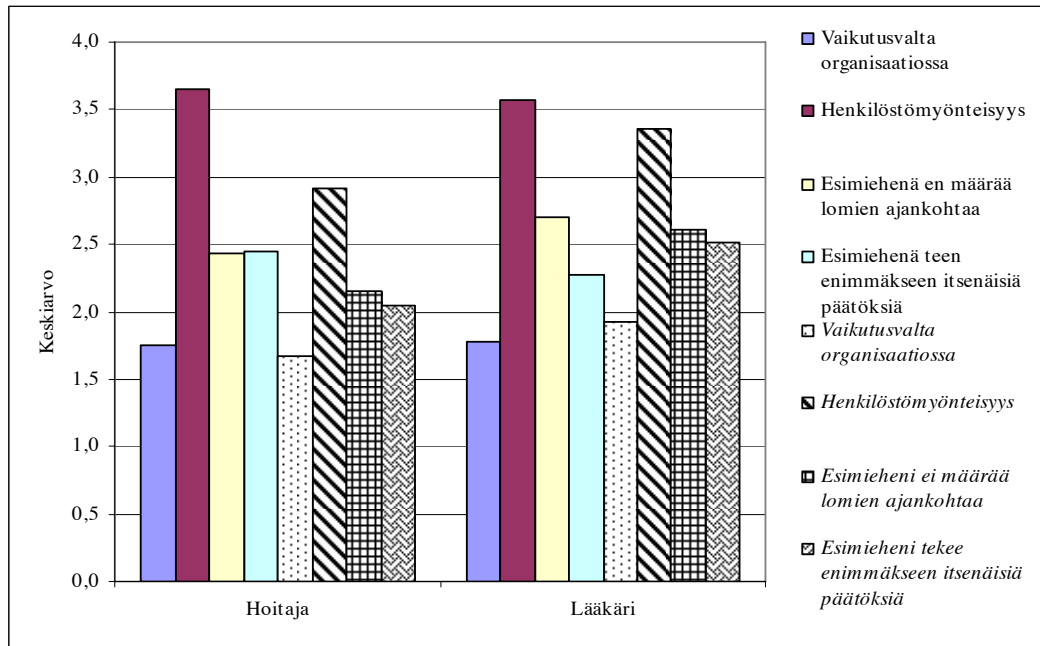


Kuvio 27. Päätöksentekoa kuvaavien summamuuttujien keskiarvojen tarkastelu osastoittain lähijohtajien ja henkilökunnan ryhmissä

Keskiarvot vaihtelivat vastaajan koulutustason mukaan. Mitä korkeampi koulutus sitä korkeamman arvon henkilöstömyönteisyys sai. Osittain saman asian kertoo vertailu hoitajat/lääkärit. Henkilökuntakyselyssä korkeimman koulutuksen saaneista 90 % kuuluu lääkärinkuntaan, ja hoitaja/lääkäri-vertailussa lääkärit antavat korkeamman arvion henkilöstömyönteisyydestä (ks. kuvio 28). Tämä viittaa meritokratiaan heikon auktoriteettijärjestelmän kautta (ks. kappale 3.1.3).

Lähijohtajien kyselyssä perusterveydenhuollon lähijohtajat arvioivat toimintansa henkilöstömyönteisemmäksi kuin erikoissairaanhoidon lähijohtajat. Eroa syntyy lisäksi sukupuolen ja ammattiryhmän mukaan. Naiset ja hoitajat arvioivat toimivansa henkilöstömyönteisemmin kuin miehet ja lääkärit. Tässä yhteydessä herää ajatus, että mittaaivatko muuttujat samaa asiaa, koska hoitajista valtaosa on naisia. Vakioimalla sukupuoli voidaan havaita, että ero ryhmien välillä on peräisin naisvastaajien mielipiteistä¹¹⁴. (Ks. kuvio 29.)

¹¹⁴ Naislähijohtajien ero lääkäreiden ja hoitajien ryhmien välillä KW 5,1, df1*.



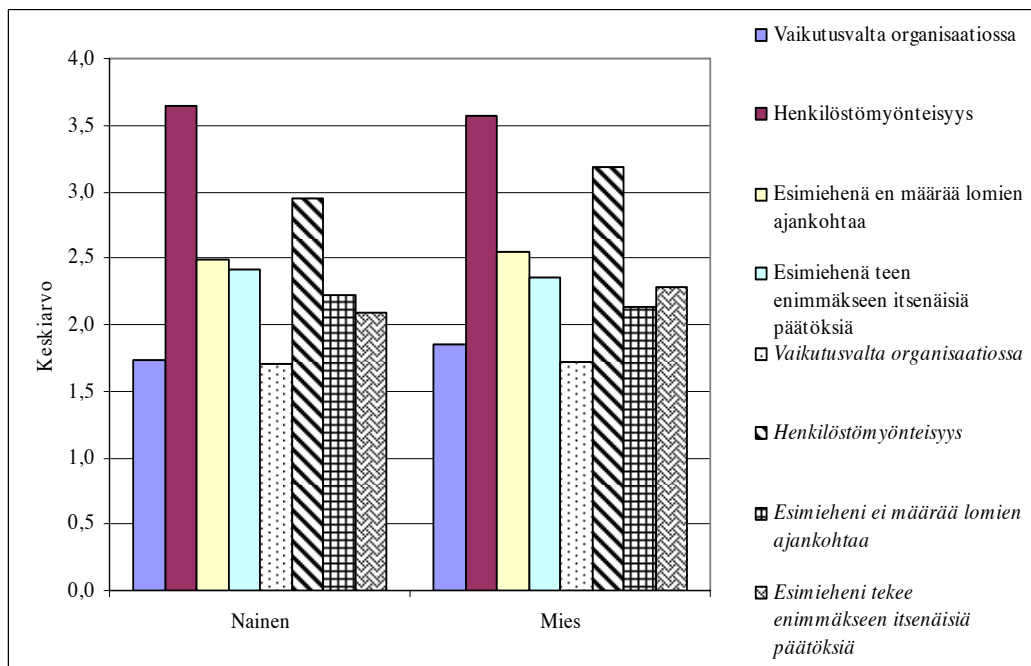
Kuvio 28. Päätöksentekoa kuvaavien summamuuttujien keskiarvojen tarkastelua ammattikunnittain lähijohtajien ja henkilökunnan ryhmissä

Tässä yhteydessä käsitellään myös yksittäinen kysymys lähijohtajan päätöksenteon itsenäisyydestä. Henkilökuntakyselyssä muuttujalla oli lievä yhteys vastaajan ikään. Iän lisääntyessä usko lähijohtajan itsenäiseen päätöksentekoon lisääntyi. Lähijohtajakyselyssä positiivinen korrelaatio oli havaittavissa muuttujiin alaisten määrä, työskentelyaika terveydenhuoltoalalla sekä hallinnollisten tehtävien osuus työajasta.

Keskiarvotarkastelussa nähdään, että vastaajat arvioivat päätöksenteon itsenäisyyden keskitasolle (ks. kuvio 25). Lähijohtajat uskoivat itsenäisyyteensä enemmän kuin henkilökunnan arvio oli¹¹⁵. Henkilökuntakyselyssä oli ero ammattikuntaryhmien välillä. Rivilääkärit (ka 2,5) uskoivat rivihoitajia (ka 2,1) enemmän lähijohtajan itsenäiseen päätöksentekoon. Lähijohtajien vastauksissa päätösvalta koettiin itsenäisempänä perusterveydenhuollossa (ka 2,6) kuin erikoissairaanhoidossa (ka 2,3). Suurempien yksiköiden lähijohtajat kokivat päätöksenteon itsenäisemmäksi kuin pienten yksiköiden. Osastojen kohdalla itsenäisintä päätösvaltaa

¹¹⁵ Keskiarvojen ero henkilökunnan ja lähijohtajien vastauksissa: KW-testi 23.3, df1***.

kokivat perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon lähijohtajat (ka 2,7). Vähiten itsenäistä päätösvaltaa käyttivät psykiatrian lähijohtajat (ka 2,2). Lähijohtajista vastaajaryhmät, jotka käyttivät yli puolet työajastaan hallinnollisiin tehtäviin, kokivat olevansa itsenäisempiä päätöksiä tehdessään. Perusterveydenhuollon ja erityisesti avoterveydenhuollon lähijohtajien päätöksenteon itsenäisyys johtuu toisaalta työn luonteesta ja toisaalta johtamisjärjestelmän rakenteesta. Johtamisen väliportaiden puuttuessa päätökset tehdään yksiköissä.



Kuvio 29. Päätöksentekoa kuvaavien summamuuttujien keskiarvot sukupuolen mukaan jaoteltuna lähijohtajien ja henkilökunnan ryhmissä

5.2.2 *Harkinta*

Lähijohtajan harkinnan käyttöä selvitettiin kysymysosiossa 12. Pääkomponenttianalyyssissä kaikki osion muuttujat latautuivat ensimmäiselle komponentille ja muodostavat näin yhden harkintaa kuvaavan summamuuttujan. Harkintaan liittyivät myös kysymykset 16.1 ja 16.5 Kysymysten tarkoituksena oli tarkentaa, noudattaako lähijohtaja organisaation ohjeita kirjaimellisesti vai soveltaen. Vastaukset eivät tuoneet lisäinformaatiota, ja näin ollen ne jätettiin huomioimatta.

Summamuuttujalla ei havaittu lineaarista yhteyttä organisaatio- tai yksikkömuuttujiin. Henkilökunnan vastauksissa harkinta-muuttuja oli yhteydessä koulutukseen. Koulutus ja harkinta korreloivat negatiivisesti: mitä vähemmän vastaajalla on koulutusta sitä enemmän uskottiin harkintaa olevan. Yhteys kuitenkin häviää osittaiskorrelaatiossa, kun ammattikunnan vaikutus eliminoidaan. Näin ollen yhteys syntyy ammattikuntaan kuulumisen, ei niinkään koulutuksen kautta.

Lähijohtajien vastauksissa on viitteitä positiivisesta korrelaatiosta ikään ja selvempi korrelaatio terveydenhuoltoalan ja johtamiskokemukseen sekä hallinnollisten tehtävien osuuteen työajasta. Lisäksi harkinnalla on yhteyttä vähäisempään koulutukseen. Kun tarkastellaan osittaiskorrelaation avulla ikää, kokemusta terveydenhuoltoalalta ja johtamiskokemusta, yhteys ei synny iän kautta niin kuin voisi ajatella¹¹⁶. Iän vaikutus kuitenkin välittyy terveydenhuoltoalan kokemuksen ja johtamiskokemuksen kautta.

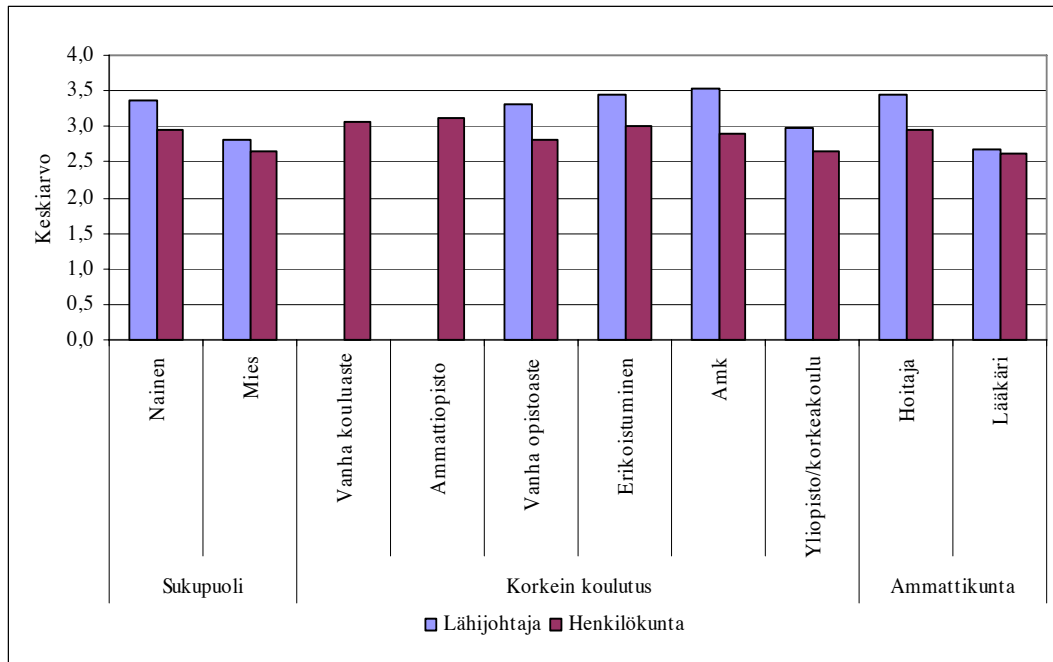
Harkinta-muuttuja saa keskiarvon 2,9 henkilökunnan vastauksissa ja 3,3 lähijohtajien vastauksissa¹¹⁷. Lähijohtajat arvioivat siis käyttävänsä harkintaa enemmän kuin henkilökunta arvioi heidän käyttävän. Henkilökunnan vastaajista naiset ja hoitajat arvioivat lähijohtajan käyttävän enemmän harkintaa. Usko harkinnan käyttöön oli vahvin lyhyen koulutuksen saaneilla. (Ks. kuvio 30.)

Lähijohtajien vastauksissa oli viitteitä eroista sairaanhoitopiirien välillä. Etelä-Karjalan ja Keski-Suomen¹¹⁸ lähijohtajat arvioivat käyttävänsä eniten harkintaa (ka 3,5), kun puolestaan vähiten harkintaa käyttivät Kainuun lähijohtajat (ka 3,0). Lähijohtajan yksikön koolla oli vaikutusta harkinnan käyttöön. Vailla alaisia olevien lähijohtajien harkinnan käyttö oli vähäistä (ka 1,3). Eniten harkintaa arvioivat käyttävänsä 25–100 työntekijän yksiköiden lähijohtajat (ka 3,5). Suurimpien, yli 100 alaisen yksiköiden lähijohtajien harkinnan käyttö oli edellistä ryhmää vähäisempää (ka 3,1). Vailla alaisia olevien yksiköiden lähijohtajien vähäinen harkinta johtuu osittain muuttujan sisällöstä. Osa summamuuttujaan kuuluvista kysymyksistä koski suoraan henkilöstöhallintoa. Tarkasteltaessa yksittäin mittarin muita kysymyksiä keskiarvot ovat keskitasoa (1,9–2,3), mutta edelleen matalampia kuin suuremmissa yksiköissä.

¹¹⁶ Iän vaikutuksen eliminoiminen ei poista korrelaatiota harkinnan, työkokemuksen ja johtamiskokemuksen välillä.

¹¹⁷ Keskiarvojen ero henkilökunnan ja lähijohtajien vastauksissa: KW-testi 93.1, df1 ***.

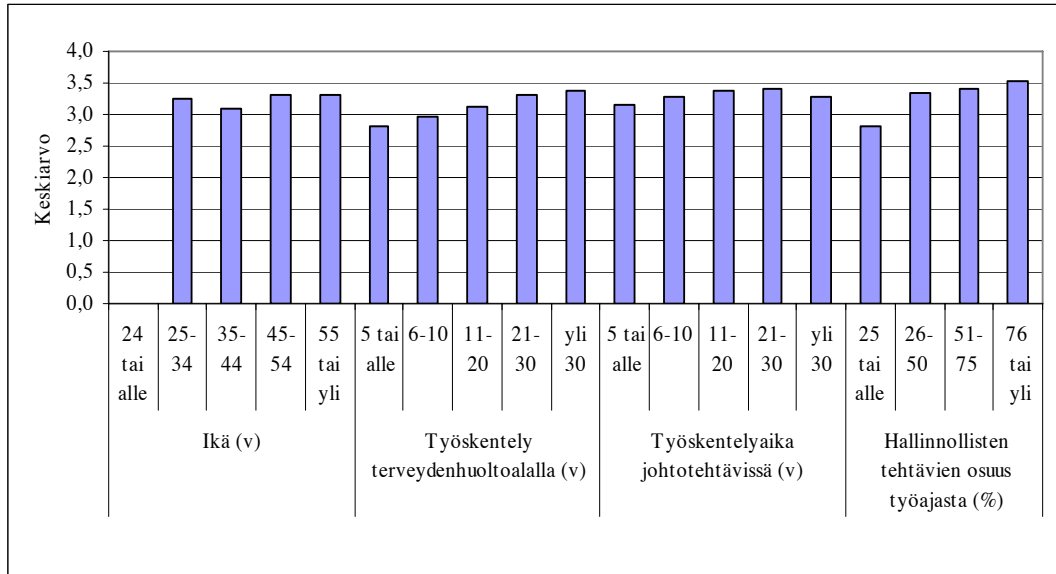
¹¹⁸ Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kohdalla tulos johtuu erikoissairaanhoidon vastausten puuttumisesta.



Kuvio 30. Lähijohtajien ja henkilökunnan arviot lähijohtajan harkinnan käytöstä vastaajien sukupuolen, korkeimman koulutustason ja ammattikunnan mukaan ryhmiteltynä

Ammattikuntien välinen tarkastelu osoittaa selkeän eron harkinnan määrässä. Yllättäen hoitajalähijohtajat käyttävät harkintaa enemmän kuin lähijohtajalääkärit. Eroa on myös miesten ja naisten välillä, naiset käyttävät harkintaa enemmän kuin miehet. Myös tässä yhteys syntyy ammattikuntaan kuulumisen kautta. Kun tarkastellaan vastauksia koulutusryhmissä, eniten harkintaa käyttivät ammattikorkeakoulun käyneet lähijohtajat ja vähiten korkeimmin koulutetut lähijohtajat. (Ks. kuvio 30.)

Korrelaatiotarkastelu osoitti, että lähijohtajien harkinnan määrä on yhteydessä ikään, alalla työskentelyaikaan, johtamiskokemukseen ja hallinnollisten tehtävien määrään. Kun tarkastellaan tilannetta taustamuuttujien ryhmissä, voidaan todeta, että ryhmien välinen ero on melkein merkitsevää tasoa. Työskentelyaika terveydenhuoltoalalla kuitenkin näyttää lisäävän harkintaa, kun taas johtamiskokemuksen suhteen erot ovat vain melkein merkitsevää tasoa. Kun lähijohtajan työstä hallinnollisten tehtävien osuus on neljäsnes, harkintaa on vähemmän (ka 2,8). Kun lähes koko työaika kuluu hallinnollisiin tehtäviin, myös harkinnan määrä on suurin (ka 3,5). (Ks. kuvio 31.)



Kuvio 31. Lähijohtajien harkinnan käyttö vastaajan iän, terveydenhuoltoalalla työskentelyajan, johtajakokemuksen ja hallinnollisten tehtävien määrän mukaan jaoteltuna, vastaajina lähijohtajat

Tehtävien kirjallinen määrittely

Tehtävien määrittely kirjallisesti ei kokonaan poista harkinnan mahdollisuutta, mutta antaa kuitenkin toiminnalle raamit. Sen vuoksi kysymys käsitellään tässä yhteydessä. Erityisesti delegointi lisää kirjaamisen vaatimusta (Ollila 2006: 223). Henkilökunnasta yli puolet ei osannut vastata kysymykseen, ja lähijohtajistakin pieni osa oli asiasta epätietoinen. Henkilökuntakyselyssä hoitajista runsas kolmannes ja lääkäreistä vajaa kolmannes arvioi, että lähijohtajan tehtävät on kokonaan tai osittain määritelty kirjallisesti. Hoitajalähijohtajista viidennes ja lääkäri-lähijohtajista runsas kolmannes ilmoitti, että tehtäviä ei ole kirjallisesti määritelty. (Ks. taulukko 24.)

Kun tarkastellaan lähijohtajien harkinnan yhteyttä tehtävien kirjalliseen määrittelyyn, ilmenee, että runsas harkinta onkin yhteydessä kirjalliseen tehtävien määrittelyyn¹¹⁹. Vaikka tulos tuntuu ensiajattelemalla ristiriitaiselta, se muuttuu kuitenkin

¹¹⁹ Harkinnan lisääntyminen on yhteydessä tehtävien kirjallisen määrittelyn yleisyyteen sekä henkilökunnan (rho .27***) että lähijohtajien (rho .15***) aineistossa.

kin ymmärrettäväksi, kun miettii asiaa tarkemmin. Kun toiminnalle on annettu näkyvät raamit, myös harkinnan alue on selkeämmin erotettavissa. Jos toiminta on vailla säännöstöä tai ohjeistoa, siitä on vaikea erottaa harkintaa erillisenä tapahtumana.

Taulukko 24. Tehtävien kirjallinen määrittely

Onko lähijohtajan tehtävät kirjallisesti määritelty	Henkilökunta ¹²⁰		Lähijohtajat ¹²¹	
	Hoitajat %	Lääkärit %	Hoitajat %	Lääkärit %
Kyllä	27,5	17,6	25,2	22,1
Osittain	7,9	13,2	49,0	34,9
Ei	12,2	13,2	20,5	34,9
En osaa sanoa	52,5	55,9	5,3	8,1
n	444	68	527	149

Kysymyksen yhteydessä vastaajat, joiden mielestä kirjallista määrittelyä on, saivat myös esittää asiakirjan tai asiakirjat, joissa heidän mielestään määrittely on tehty. Henkilökunnan kyselyssä eniten mainintoja saivat laatukäsikirja ja erilaiset säännöt¹²² (ks. kuvio 32).

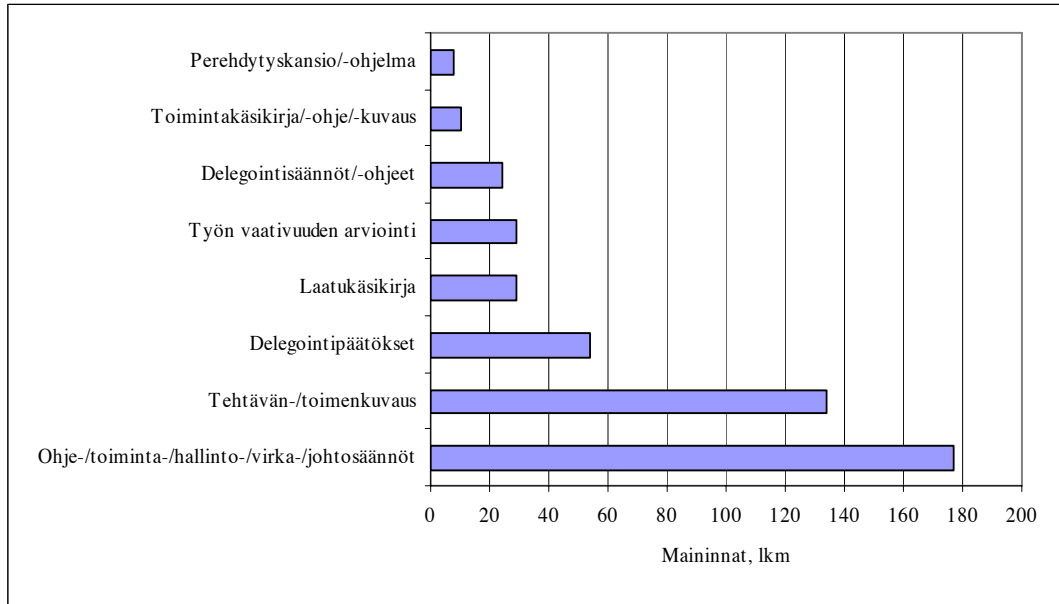
Lähijohtajien vastauksissa selvästi eniten mainintoja saivat säännöt, tehtävän-/toimenkuvaukset ja delegointipäätökset. Lisäksi runsaasti mainintoja saivat laatukäsikirja ja työn vaatavuuden arviointi.¹²³ (Ks. kuvio 33.) Muuttujaa olisi ollut mahdollista käyttää myös taustamuuttujana yksikköä kuvaavana muuttujana, mutta se jätetään tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

¹²⁰ Ristiintaulukon tulokset eivät χ^2 -testissä merkitsevällä tasolla.

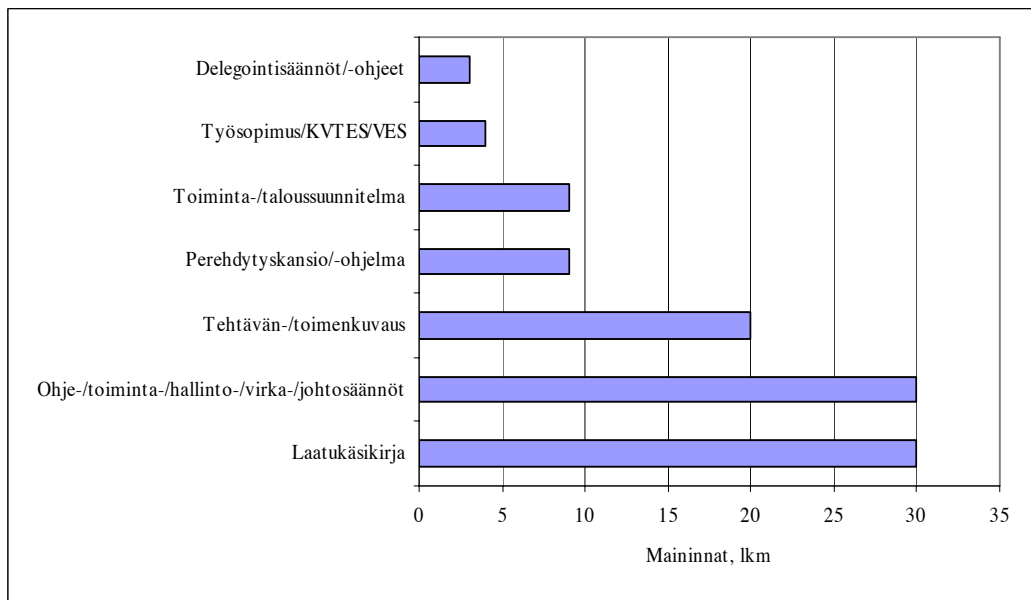
¹²¹ χ^2 17.1, df3**.

¹²² Yhdistetty maininnat ohje-, toiminta-, hallinto-, virka- ja johtosäännöt.

¹²³ Kuviossa mainittujen lisäksi mainintoja: työsopimus/KVTES/VES (7), työ kesken (7), organisaatiokaavio (6), talon sisäinen muistio/asiakirja (5), lautakunnan päätös (5), yksikön sisäinen kirjallinen työnjako (5).



Kuvio 32. Henkilökunnan mukaan lähijohtajan tehtäviä määrittelevät asiakirjat



Kuvio 33. Lähijohtajien mukaan lähijohtajan tehtäviä määrittelevät asiakirjat

5.2.3 *Resurssien hallinta*

Resurssien hallintaan liittyvillä kysymyksillä pyrittiin selvittämään resurssien hallintaan liittyvää säännöstöä, resurssien jakamiseen liittyviä asioita, kuten oikeudenmukaisuutta, kilpailua ja kaupankäyntiä sekä lähijohtajan roolia tässä. Lisäksi pyrittiin saamaan tietoa palkitsemiskäytännöstä yksiköissä ja organisaatioissa.

Taulukko 25. Resursseja koskevan osion pääkomponenttiratkaisu

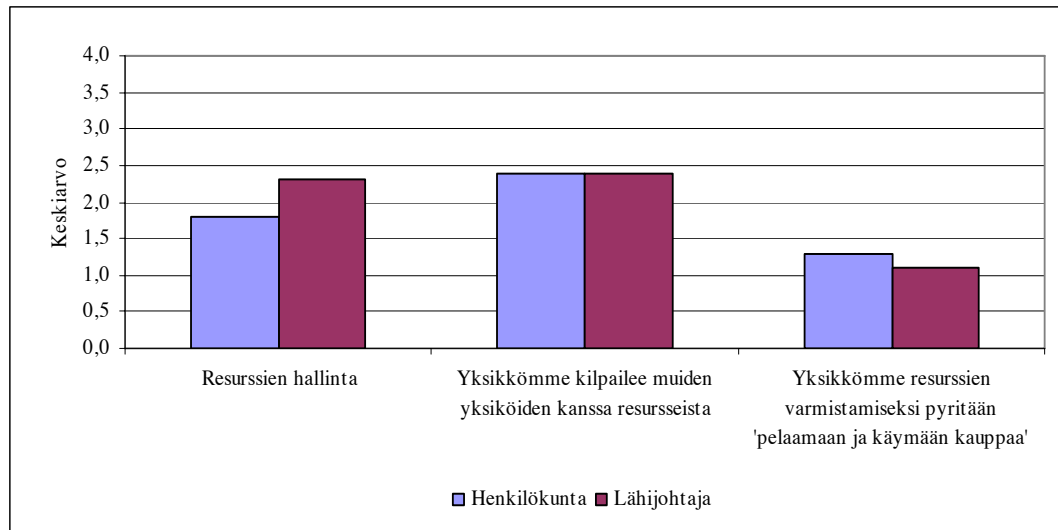
Ulottuvuus	Latauksien neliöiden rotatoidut summat		
	Ominaisarvo	Selitysosuus %	Kumulatiivinen %
I Resurssien hallinta	2,1	29,7	29,7
II Kilpailu	1,5	21,6	51,4

Kyselyssä resurssien hallintaan liittyivät kysymyksen 14 alakohdat. Pääkomponenttianalyysissä tuloksena oli kaksi ulottuvuutta, joista summamuuttuja muodostettiin vain ensimmäisestä. Toisen ulottuvuuden kohdalla kilpailu, pelaaminen ja kaupankäynti selvästi liittyivät toisiinsa, mutta muuttujat jätettiin yksittäin tarkasteltaviksi alhaisen reliabiliteetin takia. Summamuuttuja resurssien hallinta kuvaa missä määrin vastaajien mielestä yksikössä toteutetaan hyvää resurssien hallinnoimistapaa. Muuttujan osioista korostuvat palkitseminen ja oikeudenmukaisuus. (Ks. taulukko 25 ja taulukko 26.)

Taulukko 26. Resursseja koskevan osion rotatoitu matriisi

Yksikön resursseja koskevia väittämiä	Ulottuvuus	
	1	2
K14.1 Esimies pyrkii varmistamaan yksikkömme resurssit	,56	
K14.2 Yksikköämme palkitaan hyvästä menestyksestä	,74	
K14.3 Yksikkömme sisällä palkitaan hyvästä suorituksesta	,76	
K14.4 Yksikkömme kilpailee muiden yksiköiden kanssa resursseista		,83
K14.5 Yksikkömme resurssien varmistamiseksi pyritään pelaamaan ja käymään kauppaa		,82
K14.6 Organisaatiossamme on tietyt säännöt koskien resurssien jakoa	,49	
K14.7 Resurssien jako on organisaatiossamme oikeudenmukaista	,63	,35

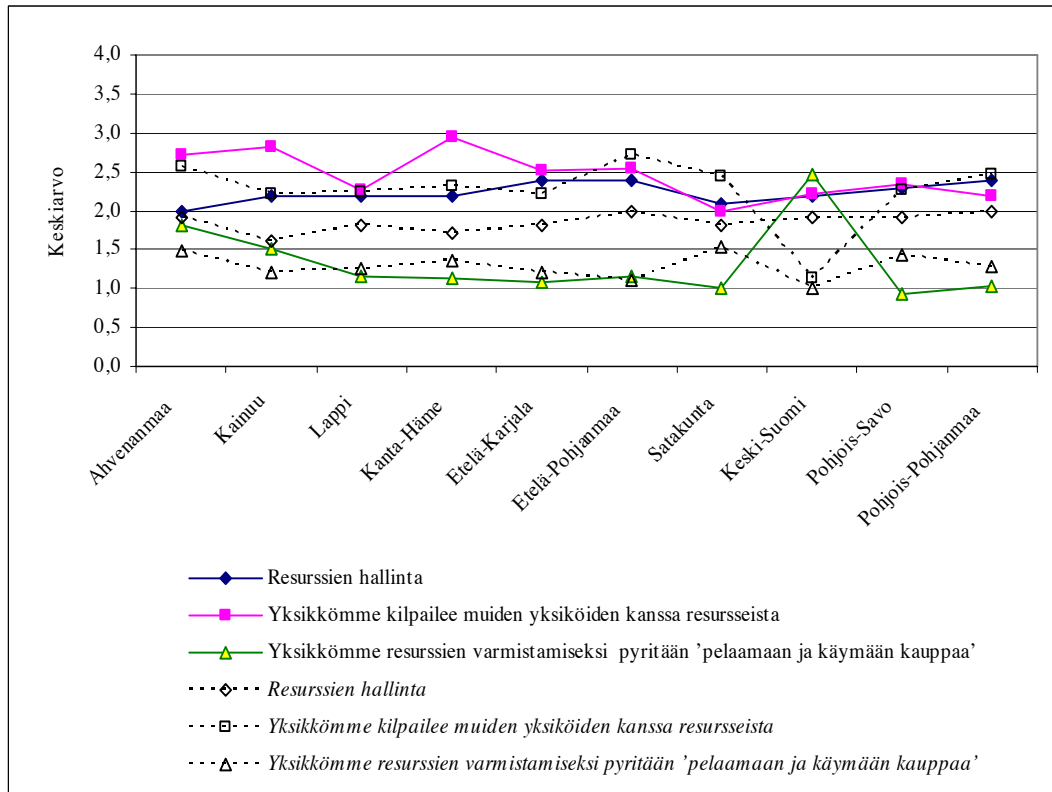
Resurssien hallinta -muuttujalla ei ollut lineaarista yhteyttä taustamuuttujiin henkilökunnan aineistossa. Lähijohtajakyselyssä muuttujalla oli heikko käänteinen yhteys lähijohtajan kokemukseen johtamistehtävissä. Mitä lyhyempi kokemus lähijohtajatehtävistä oli, sitä korkeamman arvon resurssien hallinta sai.



Kuvio 34. Resursseihin liittyvien muuttujien keskiarvoja henkilökunnan ja lähijohtajien vastauksissa.

Resurssien hallinta sai henkilökuntakyselyssä matalamman keskiarvon (1,8) kuin lähijohtajakyselyssä (2,3)¹²⁴ (ks. kuvio 34). Vastajaryhmien välisessä tarkastelussa muuttujan arvoissa oli eroa ainoastaan lähijohtajien vastauksissa organisaatiomuuttujien osalta. Erot olivat kuitenkin vain melkein merkitsevää tasoa. Viitteitä erosta havaittiin sairaanhoitopiirien välillä lähijohtajien vastauksissa. Matalin arvo oli Ahvenanmaalla (2,0) ja korkein Etelä-Pohjanmaalla, Etelä-Karjalassa ja Pohjois-Pohjanmaalla (2,4). (Ks. kuvio 35.) Lisäksi lähijohtajien vastaukset erosivat sairaanhoitopiirin koon mukaan. Pienimmissä ja toiseksi suurimmissä sairaanhoitopiireissä muuttuja sai matalampia arvoja kuin toiseksi pienemmissä ja suurimmissä sairaanhoitopiireissä.

¹²⁴ Keskiarvojen ero henkilökunnan ja lähijohtajien vastauksissa: KW-testi 79.25, df1***.



Kuvio 35. Resurssien hallinnan muuttujien keskiarvoja sairaanhoitopiireittäin lähijohtajien ja henkilökunnan aineistossa

Yksittäin tarkasteltavat kysymykset kilpailusta, pelaamisesta ja kaupankäynnistä tuovat esiin sen, missä määrin yksiköt kilpailevat ja pyrkivät asemansa varmistamiseen resurssien jaossa. Kilpailu on tyypillistä meritokratialle ja poliittiselle areenalle. Henkilökunnan vastauksissa oli nähtävissä viitteitä muuttujan yhteydestä vastaajan koulutukseen. Mitä korkeampi koulutus sitä enemmän uskottiin kilpailua olevan. Lähijohtajien vastauksissa positiivinen yhteys koulutukseen oli vahvempi. Lisäksi muuttujalla oli negatiivinen yhteys sairaanhoitopiirin kokoon. Kilpailua oli enemmän, mitä pienemmästä sairaanhoitopiiristä oli kysymys.

Kilpailua koskeva muuttuja saa saman keskiarvon (2,4) sekä henkilökunnan että lähijohtajien vastauksissa (ks. kuvio 34). Henkilökuntakyselyssä oli nähtävissä viitteitä vastauksien eroavaisuuksista sairaanhoitopiirien sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Muuttujan korkeimmat arvot olivat Etelä-Pohjanmaan ja matalimmat Keski-Suomen vastaajien arvioissa (ks. kuvio 35).

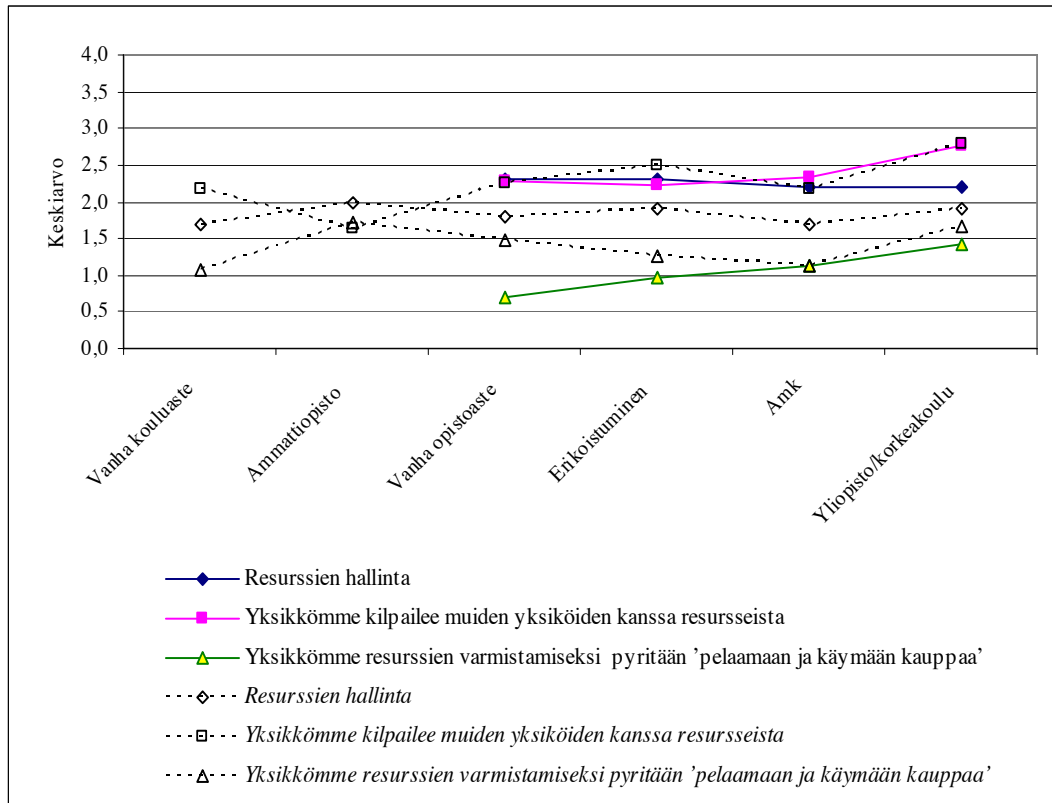
Erikoissairaanhoidossa kilpailua arvioitiin olevan enemmän (ka 2,5) kuin perusterveydenhuollossa (ka 2,1).

Henkilökunnan vastauksissa voimakkaimmat erot tulivat esiin muuttujilla ikä, koulutus ja ammattikunta. Eniten kilpailua arvioivat olevan ikäryhmän 45–54 vastaajat (ka 2,6). Vähiten kilpailua arvioivat olevan sekä nuorimpien (ka 1,6) että vanhimpien vastaajien (ka 1,9) ryhmät. Korrelaatiotarkastelu antoi viitteitä, että korkeammin koulutetut uskoivat kilpailua olevan enemmän (ks. kuvio 36). Korkeimman keskiarvon (2,8) saa yliopisto- tai korkeakoulututkinnon suorittaneiden vastaajien ryhmä. Vähiten kilpailua arvioi esiintyvän ammattiopistotutkinnon suorittaneet vastaajat (ka 1,6). Lisäksi henkilökunnan vastaukset erosivat ammattikunnan mukaan. Lääkärit arvioivat kilpailua olevan enemmän (ka 2,8/2,3). Ammattikunnan vakioiminen kuitenkin osoittaa, että yhteys koulutuksen ja muuttujan välille syntyy ammattikunnan kautta.

Lähijohtajien vastauksissa havaitaan lievää eroa yliopisto- ja ei-yliopistosairaanhoitopiirien välillä ja myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Kilpailua on enemmän ei-yliopistosairaanhoitopiireissä (ka 2,5/2,2) ja erikoissairaanhoidossa (ka 2,5/2,3). Voimakkaammat erot havaittiin sairaanhoitopiirien välillä (ks. kuvio 35). Eniten kilpailua arvioivat esiintyvän Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin lähijohtajat (ka 3,0) ja vähiten Satakunnan sairaanhoitopiirin lähijohtajat (ka 2,0). Muuttujan yhteys sairaanhoitopiirin kokoon näkyy myös ryhmien välisessä tarkastelussa. Pienissä sairaanhoitopiireissä kilpailua on eniten (ka 2,8). Vähiten kilpailua on toiseksi suurimpien sairaanhoitopiirien ryhmässä (ka 2,1).

Lisäksi lähijohtajien vastauksissa oli merkitseviä eroja sukupuolen, koulutuksen ja ammattikunnan ryhmissä (ks. kuviot 36 ja 37). Myös lähijohtajien kohdalla ammattikunnalla vakiointi poistaa eron merkitsevyyden koulutuksen osalta, mutta myös sukupuolten väliltä.

Toinen yksittäin tarkasteltava kysymys oli resurssien varmistaminen pelaamalla ja kaupankäynnillä. Henkilökunnan osalta muuttuja ei ollut lineaarisessa yhteydessä taustamuuttujiin. Lähijohtajien osalta yhteyttä löytyi sairaanhoitopiirin kokoon, vastaajan ikään, koulutukseen, kokemukseen terveydenhuoltoalalla ja johtotehtävissä. Heikoin yhteys oli negatiivinen korrelaatio sairaanhoitopiirin kokoon. Mitä pienempi sairaanhoitopiiri sitä enemmän vehkeilyä. Ikä sekä työ- ja johtamiskokemus korreloivat myös negatiivisesti muuttujaan, kun taas koulutuksen korrelaatio on positiivinen. Näkemys pelaamisesta ja kaupankäynnistä siis vahvistui, mitä nuorempi vastaaja oli, mitä vähemmän hänellä oli terveydenhuollon työkokemusta tai kokemusta johtamistehtävistä ja mitä korkeampi hänen koulutuksensa oli.



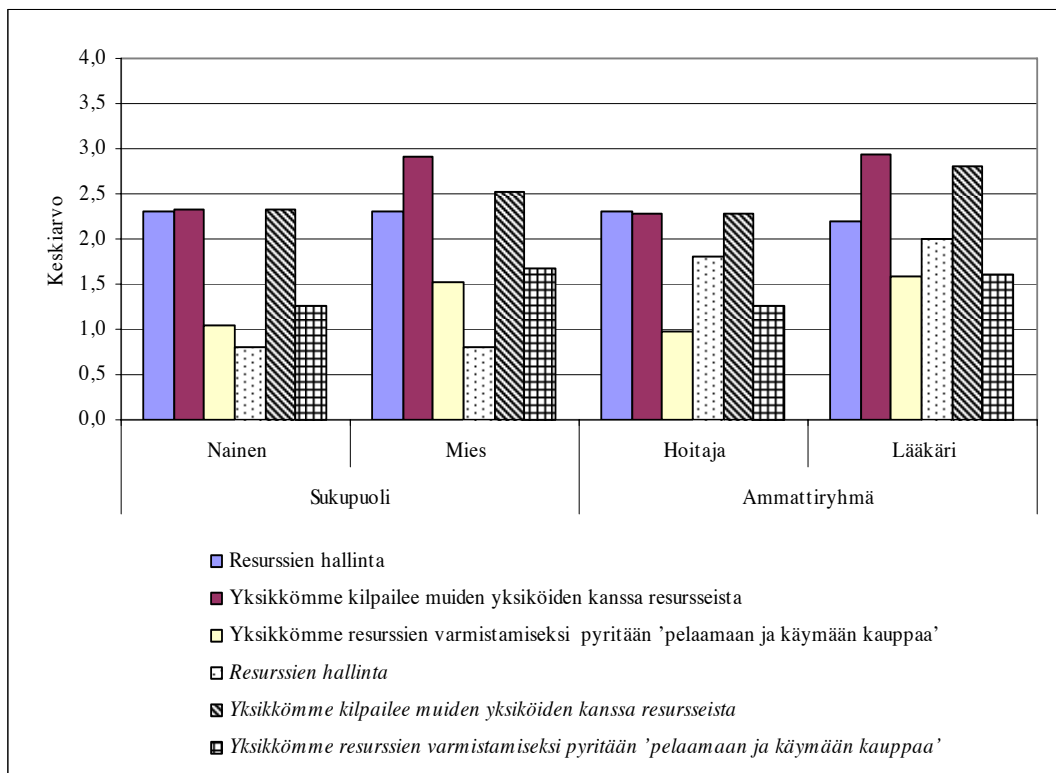
Kuvio 36. Resurssien hallinnan muuttujien keskiarvoja koulutuksen mukaan ryhmiteltynä lähijohtajien ja henkilökunnan aineistossa

Keskiarvotarkastelussa muuttuja saa melko matalia arvoja. Henkilökunta uskoi pelaamista ja kaupankäyntiä olevan enemmän (ka 1,3) kuin lähijohtajat (ka 1,1)¹²⁵ (ks. kuvio 34). Henkilökunnan vastausten ryhmittäisissä tarkasteluissa on eroja osastojen, sukupuolten ja koulutuksen suhteen, mutta erot ovat vain melkein merkitsevää tasoa. Muuttuja saa korkeimman arvon kirurgian osastoilla (ka 1,7) ja matalimman toimenpideosastoilla (ka 1,0). Miehet arvioivat pelaamista ja kaupankäyntiä olevan enemmän (ka 1,7/1,3). Ammattiopistotutkinnon suorittaneet arvioivat pelaamista ja kaupankäyntiä olevan eniten (ka 1,7) ja vanhan koulutason tutkinnon suorittaneet vähiten (ka 1,1) (ks. kuvio 36).

Lähijohtajien vastauksissa on havaittavissa viitteitä muuttujan korkeammista arvoista erikoissairaanhoidossa (1,2/1,0). Selvemmat erot ryhmien välillä olivat

¹²⁵ Keskiarvojen ero henkilökunnan ja lähijohtajien vastauksissa: KW-testi 9,9, df1**.

yksilömuuttujien kohdalla. Lähijohtajien vanhin ikäryhmä arvioi pelaamista ja kaupankäyntiä olevan vähiten (ka 0,8). Muuttuja saa korkeimmat arvot ikäryhmässä 35–44 (1,3). Sekä sukupuolten että ammattikuntien välillä on ero vastauskeskiarvoissa. Kuten edellisenkin kysymyksen kohdalla, ero syntyy kuitenkin ensisijaisesti naisvastaajien ryhmässä (ks. kuvio 37). Naiset (ka 1,0) ja hoitajat (ka 1,0) arvioivat pelaamista ja kaupankäyntiä olevan vähemmän. Arviot pelaamisesta ja kaupankäynnistä voimistuvat, mitä korkeamman koulutuksen saaneesta lähijohtajasta on kysymys (ka 0,7→1,4).



Kuvio 37. Resurssien hallintaan liittyvien muuttujien keskiarvoja lähijohtajien ja henkilökunnan vastaajaryhmissä sukupuolen ja ammattiryhmän mukaan jaoteltuna

Muuttujan arvot vaihtelivat lisäksi lähijohtajan terveydenhuoltoalan työkokemuksen ja johtamiskokemuksen pituuden mukaan. Eniten pelaamista ja kaupankäyntiä arvioi esiintyvän vastaajaryhmä, jolla alan työkokemusta oli 11–20 vuotta (ka 1,5) ja vähiten ryhmä, jolla työkokemusta oli yli 30 vuotta (ka 0,8). Johtamiskoke-

muksen suhteen tilanne on päinvastoin. Eniten pelaamista ja kaupankäyntiä arvioi esiintyvän vastaajaryhmä, jolla johtamiskokemusta oli yli 30 vuotta (ka 1,5) ja vähiten ryhmä, jolla johtamiskokemusta oli 21–30 vuotta (ka 0,9).

5.2.4 *Tiedon ja verkostojen hallinta*

Tiedon ja verkostojen hallinnan osa-alue kuvaa johtajan tapaa tehdä yhteistyötä ja välittää tietoa. Aihealueeseen liittyvät kysymykset ovat kyselyn osiossa 13. Lisäksi tässä yhteydessä käsitellään kysymyksen 11 vaikutusvallan syntymiseen vaikuttavista tekijöistä ulottuvuus verkostojen hallinta, joka kuvaa vaikutusvallan syntymistä tehokkaan verkostoitumisen tuloksena.

Kysymyksen 13 pääkomponenttianalyysissä osiosta muodostui kolme ulottuvuutta, mutta vain ensimmäinen oli mielekäs ja reliabeli tämän tutkimuksen kannalta. Toinen ulottuvuus kuvaa lähinnä tiedottamisen puutteiden korvautumista epävirallisella tiedonvälityksellä. Kolmas ulottuvuus kuvaa lähijohtajien roolia tiedottamisessa. Ensimmäisestä ulottuvuudesta muodostettiin summamuuttuja tiedottaminen, joka kuvaa missä määrin tiedotus yksikössä on hoidettu hyvin. Muuttuja 13.6 tiedon välittymisestä henkilökunnalle yhdistettiin ensimmäisen ulottuvuuden muuttujiin, koska se sopi sinne sisältönsä puolesta. Muut muuttujat jäivät yksitään tarkasteltaviksi. (Ks. taulukko 27 ja taulukko 28.)

Taulukko 27. Tiedon ja verkostojen hallintaa koskevan osion pääkomponenttiratkaisu

Ulottuvuus	Latauksien neliöiden rotatoidut summat		
	Ominaisarvo	Selitysosuus %	Kumulatiivinen %
I Tiedottaminen	2,3	32,9	32,9
II Tiedonvaihdon vastavuoroisuus	1,3	18,9	51,8
III Yksikön sisäinen tiedotus	1,1	16,1	67,9

Käsitys verkostojen hallinnasta vaikutusvallan taustalla ei ollut yhteydessä taustamuuttujiin henkilökunnan tai lähijohtajien aineistoissa. Keskiarvotarkastelussa voidaan havaita, että verkostojen hallinnan uskotaan olevan vaikutusvallan taustalla, mutta ei kuitenkaan kovin voimakkaasti. Henkilökunta arvioi verkostojen

hallinnalla olevan enemmän merkitystä vaikutusvallan syntymiseen kuin mitä lähijohtajat arvelivat¹²⁶. (Ks. kuvio 38.)

Taulukko 28. Tiedon ja verkostojen hallintaa koskevan osion rotatoitu matriisi

Yksikön tiedottamista koskevia väittämiä	Ulottuvuus		
	1	2	3
K13.1 Yksikkömmen sisäinen tiedotus on osastonhoitajan tehtävä		,357	,593
K13.2 Yksikkömmen sisäinen tiedotus on osastonlääkärin tehtävä			,756
K13.3 Tiedotus yksikössämme on hoidettu tehokkaasti	,748		
K13.4 Yksikössämme tiedotetaan organisaation sisäisestä koulutuksesta	,877		
K13.5 Yksikössämme tiedotetaan organisaation ulkopuolella tapahtuvasta koulutuksesta	,858		
K13.6 Yksikössämme kaikki tieto välittyy henkilökunnalle ¹²⁷	,536	-,602	
K13.7 Esimies saa yksiköstä myös epävirallista tietoa		,757	-,312

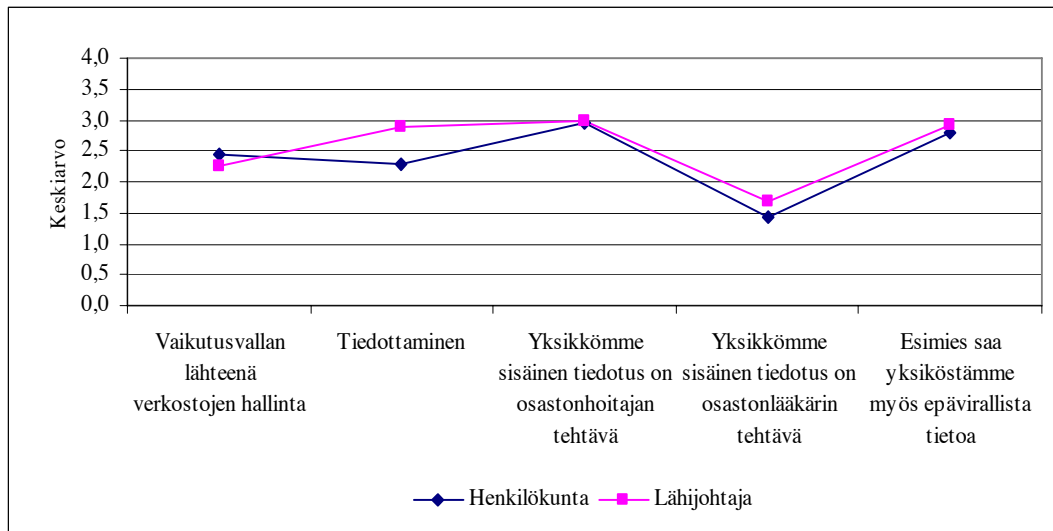
Keskiarvojen tarkastelu taustamuuttujien luokissa tuo esiin eroja henkilökunnan aineistossa organisaatiomuuttujien kohdalla. Verkostojen hallinnan merkitys vaikutusvallan syntymisessä arvioitiin suurimmaksi Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä (ka 3,0) ja vähäisimmäksi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (ka 2,2). Muuttujan arvo vaihteli sairaanhoitopiirin koon mukaan niin, että pienimpien sairaanhoitopiirien ryhmässä muuttuja sai keskiarvon 2,4. Muuttujan arvo nousi mentäessä kooltaan suurempien sairaanhoitopiirien ryhmiin, mutta laski kaikkein suurimpien sairaanhoitopiirien kohdalla (ka 2,3). Yliopistosairaanhoitopiireissä (ka 2,3) ja erikoissairaanhoitopiireissä (ka 2,4) verkostojen hallinnan merkitys oli pienempi kuin ei-yliopistosairaanhoitopiireissä (ka 2,6) ja perusterveydenhuollossa (ka 2,6). Lähijohtajien kyselyssä summamuuttujan keskiarvoerot taustamuuttujien luokissa eivät olleet merkitsevällä tasolla.

Tiedottaminen-muuttuja kuvaa tiedon välittämisen tehokkuutta yksiköissä. Henkilökuntakyselyssä tiedottamisella oli heikko positiivinen yhteys sairaanhoitopiirin kokoon. Tiedottaminen parani mitä suuremmasta sairaanhoitopiiristä oli kysymys. Lähijohtajakyselyssä tiedotuksella oli negatiivinen yhteys koulutukseen ja positiivinen hallinnollisten tehtävien osuuteen työajasta. Tämä tarkoittaa, että tiedottaminen koettiin olevan paremmalla tasolla, mitä alhaisemmassa koulutusluokassa

¹²⁶ Keskiarvojen ero henkilökunnan ja lähijohtajien vastauksissa: KW-testi 11.9, df1**.

¹²⁷ Muuttuja käännetty samansuuntaiseksi muiden kanssa.

vastaaja oli. Mitä suurempi osa lähijohtajan ajasta kului hallinnollisiin tehtäviin, sitä paremmalla tasolla myös tiedottaminen koettiin olevan. Runsas osallistuminen käytännön työhön siis esti tiedon välittymisen henkilökunnalle.



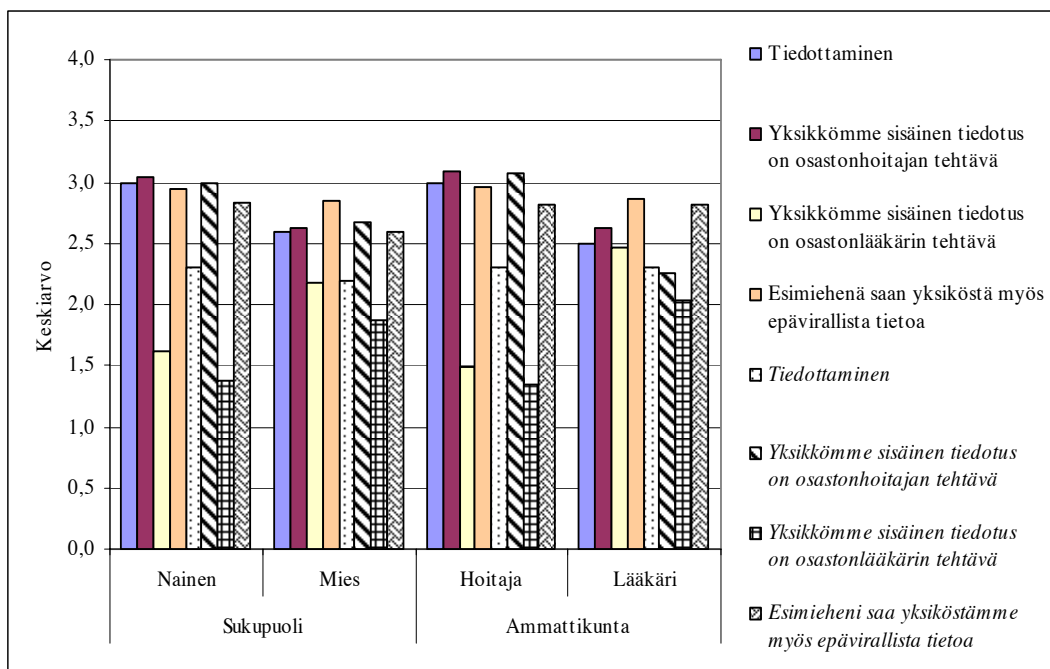
Kuvio 38. Tiedon ja verkostojen hallintaa koskevien muuttujien keskiarvoja henkilökunnan ja lähijohtajien ryhmissä

Summamuuttuja saa henkilökunnan vastauksissa selvästi matalamman keskiarvon (2,3) kuin lähijohtajien vastauksissa (2,9)¹²⁸. Tarkastelu taustamuuttujien luokissa henkilökuntakyselyssä osoittaa viitteitä ryhmien välisestä erosta erikokoisissa sairaanhoitopiireissä. Muuttuja saa suurimman arvon (ka 2,4) suurimpien sairaanhoitopiirien ryhmässä ja pienimmän arvon (ka 2,1) pienimpien sairaanhoitopiirien ryhmässä. Aineisto antoi viitteitä yliopistosairaanhoitopiirien paremmasta tiedottamisen tasosta yksiköissä (ka 2,4) kuin ei-yliopistosairaanhoitopiireissä (ka 2,2). Myös osastokohtaisessa tarkastelussa on havaittavissa viitteitä eroavaisuuksista. Perusterveydenhuollon avoterveydenhuollossa tiedottaminen saa korkeimman arvon (ka 2,5), ja kirurginen sekä perusterveydenhuollon vuodeosasto saavat matalimmat arvot (ka 2,1).

¹²⁸ Keskiarvojen ero henkilökunnan ja lähijohtajien vastauksissa: KW-testi 137,8, df1***.

Lähijohtajakyselyssä organisaatiomuuttujien suhteen ei ollut havaittavissa ryhmien välisiä eroja. Yksikkömuuttujissa viitteitä erosta oli havaittavissa yksikön koon mukaan. Kun yksikössä toimivien määrä oli yli 10 mutta alle 100, muuttujan arvo nousi lähelle 3,0:a. Lähijohtajat, joilla ei ollut suoraan alaisia, tai joiden yksiköiden koko oli huomattavan suuri (>100), antoivat tiedottamiselle alhaisempia arvoja (ka 2,3–2,5).

Selkeimmät erot oli havaittavissa lähijohtajien vastauksissa yksilömuuttujien osalta. Muuttuja sai korkeampia arvoja naisilla ja hoitajilla (ks. kuvio 39). Ammattikunnan vakioiminen kuitenkin hävittää eron merkitsevyyden naisten ja miesten välillä. Ero johtuu siis ammattikunnasta eikä niinkään sukupuolesta. Tämän lisäksi muuttujan arvo vaihteli koulutuksen luokissa. Korkeimmin koulutetut antoivat matalimman arvion (ka 2,7), kun muissa ryhmissä keskiarvo oli 2,9–3,0. Hallinnollisten tehtävien osuus näkyi tiedottamis-muuttujassa. Matalin muuttujan arvo oli ryhmässä, jossa hallinnollisiin tehtäviin aikaa kului neljännes työajasta. Suurimmat muuttujan arvot olivat ryhmässä, jonka työajasta valtaosa kului hallinnollisiin tehtäviin.



Kuvio 39. Tiedon ja verkostojen hallintaa koskevien muuttujien keskiarvoja sukupuolen ja ammattikunnan mukaan jaoteltuna lähijohtajien ja henkilökunnan ryhmissä.

Seuraavaksi tarkastellaan yksittäisiä kysymyksiä, joista ensin osastonhoitajan ja osastonlääkärin roolia tiedotuksessa. Henkilökunnan osalta aineistossa on viitteitä siitä, että näkemys tiedotuksesta osastonhoitajan tehtävänä korreloi negatiivisesti sairaanhoitopiirin koon ja positiivisesti vastaajan iän suhteen. Voimakkaampi oli negatiivinen yhteys vastaajan koulutuksen suhteen. Tämä tarkoittaa, että yksikön sisäinen tiedotus koettiin osastonhoitajan tehtäväksi vahvimmin pienemmissä sairaanhoitopiireissä, vanhemmissa ikäluokissa ja alemmissa koulutusryhmissä. Lähijohtajien ryhmässä havaittiin vain heikko negatiivinen yhteys koulutuksen ja muuttujan välillä.

Osastonlääkärin tiedotustehtävän tärkeys korostui henkilökunnan mielipiteissä, mitä suuremmista sairaanhoitopiireistä oli kysymys. Muuttujalla on myös yhteys koulutustasoon. Mitä korkeampi koulutus vastaajalla oli, sitä vahvemmin tiedotus miellettiin osastonlääkärin tehtäväksi. Lähijohtajien kohdalla muuttujalla oli yhteyttä yksilömuuttujiin. Vastausten perusteella oli nähtävissä muuttujan heikko negatiivinen yhteys iän ja terveydenhuoltoalan kokemuksen suhteen sekä vahvempi negatiivinen yhteys hallinnollisiin tehtäviin kuluvaan ajan suhteen. Lisäksi muuttujalla oli vahva positiivinen yhteys koulutustasoon. Tiedotuksen katsottiin olevan enemmän osastonlääkärin tehtävä, mitä nuorempi vastaaja oli, mitä vähemmän vastaajalla oli terveydenhuoltoalan kokemusta, mitä pienempi osuus häneltä kului hallinnollisten tehtävien hoitamiseen ja mitä korkeampi koulutus hänellä oli.

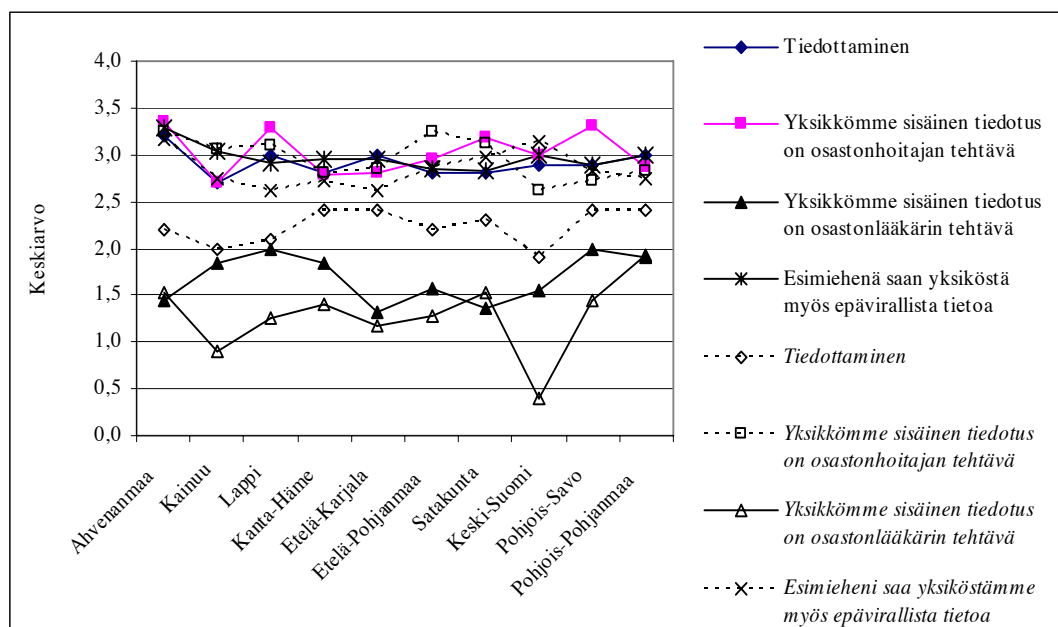
Muuttuja 'yksikkömme sisäinen tiedotus on osastonhoitajan tehtävä' sai molemmissa vastaajaryhmissä keskiarvon 3,0. Henkilökunnalla ja lähijohtajilla oli siis varsin yhteneväinen käsitys osastonhoitajan melko vahvasta roolista tiedotuksen suhteen. Osastonlääkärin tiedotusvastuun kohdalla mielipiteet erosivat. Muuttuja sai keskiarvon 1,4 henkilökunnan vastauksissa ja 1,7 lähijohtajien vastauksissa¹²⁹. (Ks. kuvio 38.)

Osastonhoitajan tiedotustehtävän tarkastelu taustamuuttujien luokissa henkilökuntakyselyssä osoittaa lievää eroa ei-yliopisto- ja yliopistosairaanhoitopiirien välillä. Ei-yliopistosairaanhoitopiireissä muuttuja saa keskiarvon 3,0 ja yliopistosairaanhoitopiireissä 2,8. Lievä ero on havaittavissa myös yksilömuuttujissa eri ikäluokien ja sukupuolten välillä. Matalia muuttujan arvoja on nuorimmassa ikäluokassa (ka 2,3) ja miesvastaajilla (ka 2,7). Korkeimmat arvot muuttuja saa vanhimmassa ikäluokassa (ka 3,2) ja naisvastaajilla (ka 3,0). Ryhmien väliset erot koulutuksen ja ammattikunnan suhteen olivat selvemmat. Tiedotusta osastonhoitajan tehtävänä

¹²⁹ Keskiarvojen ero henkilökunnan ja lähijohtajien vastauksissa: KW-testi 14.9, df1***.

korostivat lyhyemmän koulutuksen saaneet ryhmät (vanha koulutaso ka 3,2, ammattiopisto ka 3,5) ja hoitajien ammattikuntaan kuuluvat (ka 3,1). Matalimmat arvot muuttuja sai korkeammin koulutettujen (ka 2,3), miesten ja lääkäreiden (ka 2,3) ryhmissä.

Osastonhoitajan tiedotustehtävän tarkastelu taustamuuttujien luokissa lähijohtajakyselyssä tuo esiin muuttujan hieman korkeamman arvon väestötappiosairaanhoitopiireissä (ka 3,0/2,9). Lievää eroa on myös eri koulutusryhmien välillä. Korkeimman arvon saa erikoissairaanhoitajien ryhmä (ka 3,1) ja matalimman ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden ryhmä (ka 2,7). Selvemmin eroa on nähtävissä sairaanhoitopiirien välillä. Keskiarvot vaihtelevat Ahvenanmaan 3,4:stä Kainuun 2,7:ään. (Ks. kuvio 40.)



Kuvio 40. Tiedon ja verkostojen hallintaa koskevien muuttujien keskiarvoja sairaanhoitopiireittäin lähijohtajien ja henkilökunnan ryhmissä

Arviot osastonhoitajan tiedotustehtävästä vaihtelevat lähijohtajien vastauksissa myös osastoittain (ks. kuvio 41). Muuttuja saa korkeimman arvon psykiatrisilla osastoilla (ka 3,2) ja matalimman perusterveydenhuollon sekä avo- että laitoshoidossa työskenteleviltä (ka 2,3). Lähijohtajien kyselyssä sukupuoli erotteli vastaukset selvemmin. Naiset (ka 3,0) ja hoitajat (ka 3,1) arvioivat voimakkaammin

tiedotuksen kuuluvan osastonhoitajan tehtäviin kuin miehet (ka 2,6) ja lääkärit (ka 2,6). Vakioiminen ammattikunnalla kuitenkin poistaa eron merkitsevyyden hoitajien ja lääkäreiden välillä. Ero syntyy siis tässäkin ammattikunnan kautta. (Ks. kuvio 39.)

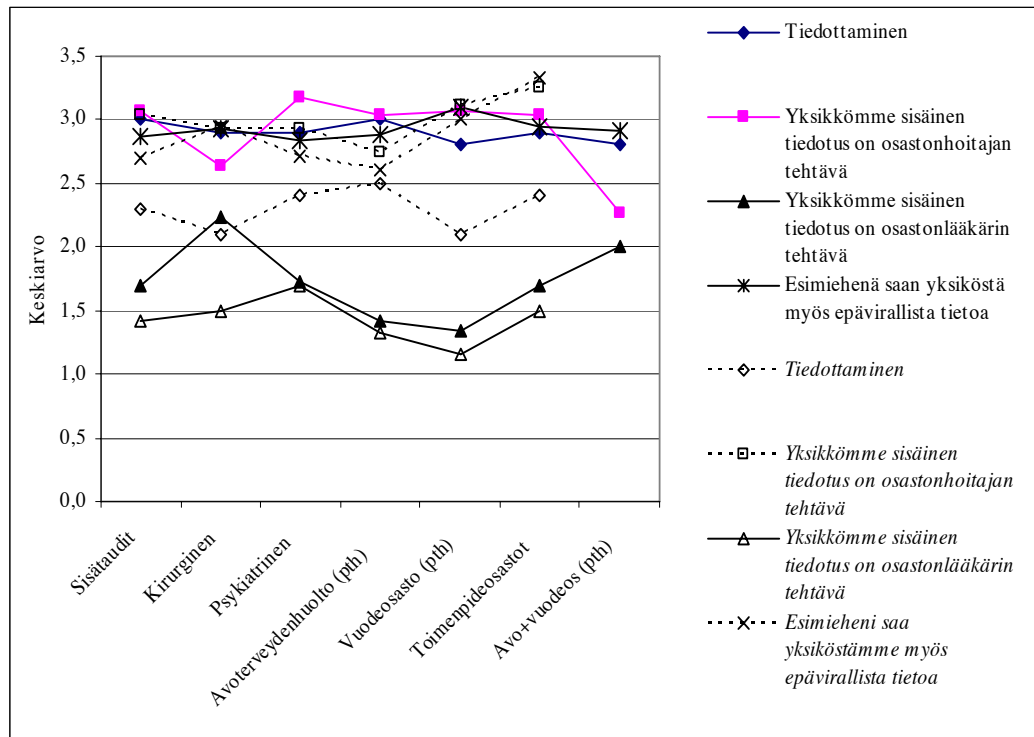
Henkilökunnan mielipiteet osastonlääkärin roolista yksikön tiedotuksessa vaihtelivat sekä organisaatio-, yksikkö- että yksilömuuttujien osalta. Sairaanhoidopiireittäin tarkasteltaessa matalin muuttujan arvo oli Keski-Suomen sairaanhoidopiirissä (ka 0,4), mutta matala arvo selittyy sillä, että erikoissairaanhoidon vastaukset puuttuvat. Myös Kainuun sairaanhoidopiirissä osastonlääkärin tiedotusvastuu arvioidaan vähäiseksi (ka 0,9). Voimakkaimmin osastonlääkärin tiedotustehtävää painotti Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoidopiirin henkilökunta (ka 1,9). (Ks. kuvio 40.) Osastonlääkärin tiedotustehtävä koettiin tärkeämmäksi väestömäärältään suurimmissa sairaanhoidopiireissä (ka 1,8), väestövoitto- (ka 1,6) ja yliopistosairaanhoidopiireissä (ka 1,8) sekä erikoissairaanhoidossa (ka 1,5).

Henkilökunnan vastauksissa oli nähtävissä lievää eroa myös osastojen välillä (ks. kuvio 41). Muuttuja sai korkeimman arvon psykiatriassa (ka 1,7) ja matalimman perusterveydenhuollon vuodeosastoilla (ka 1,2). Yksilömuuttujissa eroa syntyi sukupuolen, koulutuksen ja ammattikunnan mukaan. Miesten (ka 1,9) ja lääkäreiden (ka 2,0) mielestä tiedottaminen on vahvemmin osastonlääkärin tehtävä kuin naisten (ka 1,4) ja hoitajien (ka 1,4) mielestä. (Ks. kuvio 39.) Koulutustasojen vertailussa matalimman arvion antoivat vanhan kouluasteen tutkinnon suorittaneet (ka 1,2) ja korkeimman yliopistotutkinnon suorittaneet (ka 2,0).

Myös lähijohtajien vastauksissa osastonlääkärin tiedotustehtävä sai vaihtelevia arvioita taustamuuttujien luokissa. Mielipiteet erosivat jossain määrin sairaanhoidopiirin koon ja väestönkehityksen suhteen. Matalimman arvon muuttuja sai toiseksi suurimpien sairaanhoidopiirien ryhmässä (ka 1,4) ja korkeimman arvon suurimpien sairaanhoidopiirien ryhmässä (ka 1,9). Yliopistosairaanhoidopiireissä (ka 1,9) lääkärin tiedotustehtävää korostettiin enemmän kuin ei-yliopistosairaanhoidopiireissä (ka 1,6). Selvempiä ryhmittäisiä eroja oli havaittavissa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon, osastojen ja yksilömuuttujien välillä. Erikoissairaanhoidon (ka 1,9) lähijohtajat pitivät osastonlääkärin tiedotustehtävää tärkeämpänä kuin perusterveydenhuollon lähijohtajat (ka 1,5). Osastokohtaisessa tarkastelussa osastonlääkärin rooli arvioitiin merkittävimäksi kirurgisilla osastoilla (ka 2,2) ja vähäisimmäksi perusterveydenhuollon vuodeosastoilla (ka 1,3) (ks. kuvio 41).

Osastonlääkärin tiedotustehtävän näkivät merkittävämpänä mies- (ka 2,2) ja lääkärilähijohtajat (ka 2,5) kuin nais- (ka 1,6) ja hoitajalähijohtajat (ka 1,5) (ks. kuvio 39). Koulutuksen mukaan tarkasteltuna muuttuja sai korkeimman arvon yli-

opisto-/korkeakoulututkinnon suorittaneiden (ka 2,0) ja alimman arvon vanhan opistoasteen ja erikoistumiskoulutuksen suorittaneiden ryhmässä (ka 1,4). Lisäksi muuttujan arvo vaihteli lähijohtajan hallinnollisten tehtävien määrän mukaan. Merkittävimpänä osastonlääkärin roolin näki vastaajaryhmä, jolla hallinnollisten töiden tekemiseen kuluu korkeintaan neljäsosa työajasta (ka 2,0) ja vähiten merkittävänä ryhmä, jolla vastaava osuus oli 51–75 % (ka 1,5).



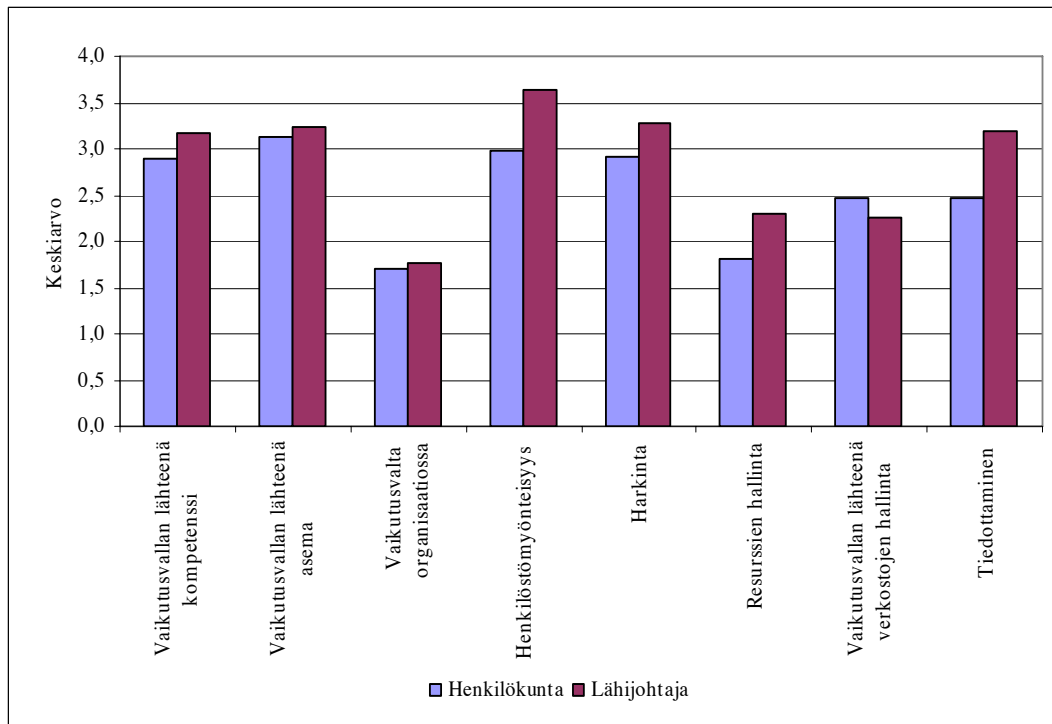
Kuvio 41. Tiedon ja verkostojen hallintaa koskevien muuttujien keskiarvoja osastoittain lähijohtajien ja henkilökunnan ryhmissä

Tiedon ja verkostojen hallinnan osa-alueen viimeinen yksittäin tarkasteltava kysymys koski lähijohtajan epävirallisen organisaation hallintaa. Muuttujalla ei havaittu lineaarista yhteyttä taustamuuttujiin. Muuttuja sai kohtalaisen korkean kokonaiskeskiarvon 2,8 henkilökuntakyselyssä ja lähijohtajien kyselyssä 2,9. Henkilökunnalla ja lähijohtajilla on siis varsin yhteneväinen käsitys asiasta. Muuttujan arvo ei vaihdellut henkilökuntakyselyssä taustamuuttujien luokissa, ja lähijohtajakyselyssäkin eroa syntyi ainoastaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välille, mutta vain melkein merkitsevällä tasolla. Perusterveydenhuollossa (ka

3,0) lähijohtajat arvioivat tietävänsä hieman paremmin yksikön epävirallisia asioita kuin erikoissairaanhoidon lähijohtajat (ka 2,9).

5.2.5 Yhteenveto

Terveydenhuollon toimintayksiköiden johtamistoiminnan tarkastelu vallan näkökulmasta kootaan seuraavassa yhteen teemoittain. Jokaisen teeman sisällä tarkastellaan aluksi terveydenhuollon yksiköitä pääasiassa henkilökunnan ja lähijohtajien vastausten perusteella. Sen jälkeen tarkastellaan taustamuuttujien vaikutusta eli onko tilanne erilainen eri vastaajaryhmissä. Summamuuttujien keskiarvot ovat nähtävissä kuviossa 42. Tavoitteena oli siis teorian perusteella asetetun hypoteesin vahvistaminen tai kumoaminen.



Kuvio 42. Lähijohtajan vallan osatekijöiden tarkastelu summamuuttujien keskiarvojen avulla henkilökunnan ja lähijohtajien aineistossa

Päätösvalta

Ensimmäinen päätösvaltaa koskeva kysymys on *onko päätösvalta keskitettyä vai hajautettua*, siis päätetäänkö asioista yksikössä, sen yläpuolella vai jossain muualla. Nollahypoteesin mukaan päätösvalta on joko vahvasti keskittynyttä organisaation ylemmälle taholle (instrumentti-organisaatio) tai asiantuntijat yksiköissä päättävät (meritokratia-organisaatio). Kyselyn perusteella voidaan sanoa, että toiminnan johtamisen alueella päätösvalta on hajautettu yksiköihin, ja erityisesti osastonhoitajilla on vahva rooli. Kuitenkin lääkärikunnan kohdalla ylilääkärin ja osastonlääkärin roolit nousevat vahvemmin esiin.

Henkilöstöhallinnon osa-alueella päätösvalta on jossain määrin hajautettua. Osastonhoitajilla on edelleen vahva rooli, mutta lääkärikunnan mukaan ylilääkäri ja osastonlääkäri ovat vahvassa päätöksentekoasemassa. Resurssien johtamisen alueella päätösvalta siirtyy yksiköistä toisaalta keskittyen ylemmälle tasolle ja toisaalta organisaation ulkopuolisten vaikutus kasvaa.

Päätösvallan suhteen esiin tulee siis toiminnan johtamisessa ja henkilöstöhallinnossa meritokratian piirteitä, tosin lääkäreiden kohdalla myös instrumentti-organisaation piirteitä. Resurssien hallinnan alueella näyttäisi vallitsevan poliittinen arena.

Päätösvallan hajauttamisen suhteen sairaanhoitopiireistä nousevat esiin Kainuun ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirit, joissa päätöksenteko on selvimmin siirretty yksiköihin. Perusterveydenhuollossa yksiköiden päätösvalta on vahva. Osastoitain tarkastellen voidaan todeta, että päätösvallan osalta vahvimpia yksiköitä ovat perusterveydenhuollon vuodeosastot ja heikoimpia psykiatrian osastot. Yksikön koko vaikutti päätösvaltaan lähijohtajien mukaan siten, että vailla alaisia olevien ja suurten (henkilökuntaa yli 100) yksiköiden päätösvalta oli heikompi. Koulutusryhmistä korkeimman koulutuksen saaneet uskoivat vähiten yksiköiden päätösvaltaan.

Kuka yksikön kannalta tärkeistä asioista organisaatiossa päättää? Koko aineistossa toiminnan johtamisen ja henkilöstöhallinnon alueilla osastonhoitajalla on erittäin vahva rooli päätöksenteossa. Kun tarkastellaan lisäksi eri vastaajaryhmiä, voidaan todeta, että lähijohtajien mukaan toiminnan johtamisesta päättävät ylilääkäri ja osastonlääkäri, henkilöstöhallinnosta osastonlääkäri ja resursseista ylilääkäri. Henkilöstön mukaan ylihoitaja päättää toiminnan johtamisesta. Lääkäreiden mielestä toiminnan johtamisesta ja henkilöstöhallinnosta päättävät ylilääkäri ja osastonlääkäri. Perusterveydenhuollon henkilökunnan mukaan yli-/johtavalääkäri päättää osasta henkilöstöhallinnon asioista (koulutukseen osallistuminen ja lomat) ja yli-/johtavalääkäri ja yli-/johtavahoitaja päättävät palkoista. Erikoissairaanhoidon

dossa nousi esiin osastonlääkärin merkittävä rooli organisaation ulkopuolisiin projekteihin osallistumisessa.

Miten henkilökunnan ja lähijohtajien painotukset yksikön sisällä tapahtuvan päätöksenteon kohdalla erosivat toisistaan? Henkilökunta uskoi osastonhoitajan päätösvaltaan lähijohtajia enemmän yksittäisissä asioissa toiminnan johtamisen (pienet hankinnat ja uudet menetelmät) ja henkilöstöhallinnon (koulutukseen osallistuminen) alueella mutta resurssien johtamisessa kokonaisuudessaan. Lähijohtajat puolestaan uskoivat osastonhoitajan päätösvaltaan työvuorojen ja työnjaon suhteen, ja henkilöstöhallinnon ja resurssien johtamisen suhteen osaston/osatoiminnasta vastaavan lääkärin päätösvaltaan.

Valtaosa sekä henkilökunnasta että lähijohtajista oli tyytyväinen lähijohtajan päätösvaltan määrään. Kuitenkin viidesosa molemmista ryhmistä kaipasi enemmän päätösvaltaa koskien taloudellisia resursseja, rekrytointia, henkilöstön määrää ja yksikön tavoitteita ja toimintaa.

Mikä vaikutti vaikutusvallan syntyymiseen? Nollahypoteesin mukaisesti henkilön asema ja kompetenssi olivat koko aineistossa melko vahvoja vaikutusvallan lähteitä erityisesti lähijohtajien mielestä. Kompetenssin erilainen arvostus näkyi sekä henkilökunnan että lähijohtajien vastauksissa koulutustason mukaan. Henkilökunnasta vanhan koulutason tutkinnon suorittaneet ja lähijohtajista erikoistumiskoulutuksen suorittaneet arvioivat vahvimmin kompetenssin vaikutusvallan taustatekijäksi.

Asema puolestaan oli vaikutusvallan syntymisen takana erityisesti yliopistosairaanhoidopiireissä. Lisäksi ikäryhmä 45–54-vuotiaat ja alalla 21–30 vuotta työskennelleet arvioivat vaikutusvallan syntyvän aseman perusteella.

Onko lähijohtajalla vaikutusvaltaa organisaatiossa? Sekä henkilökunta että lähijohtajat olivat yhtä mieltä siitä, että lähijohtajilla on vaikutusvaltaa kohtalaisesti. Vaikutusvaltaa oli enemmän suuremmissa yksiköissä, joissa myös hallinnollisiin tehtäviin käytettiin enemmän aikaa. Lähijohtajan vaikutusvalta arvioitiin perusterveydenhuollossa erikoissairaanhoidoa suuremmaksi sekä henkilökunnan että lähijohtajien ryhmissä.

Lähijohtajat ovat omasta mielestään varsin *henkilöstömyönteisiä*. Henkilökunta on samalla kannalla, mutta hieman maltillisemmin. Joustavuus liittyy erityisesti meritokratia-organisaatioihin. Henkilökunnan mielestä erityisen henkilöstömyönteisiä ovat väestövoittosairaanhoidopiirien lähijohtajat. Osastoista korkeimman arvion saavat toimenpideosastojen lähijohtajat. Lisäksi henkilöstömyönteisyys arvioitiin korkeammaksi korkeammin koulutettujen ja erityisesti lääkäreiden

ryhmässä. Perusterveydenhuollon lähijohtajat arvioivat olevansa henkilöstömyönteisempiä kuin erikoissairaanhoidon lähijohtajat. Lähijohtajista lisäksi naiset ja hoitajat arvioivat olevansa henkilöstömyönteisempiä.

Lähijohtajat arvioivat tekevänsä kohtalaisesti *itsenäisiä päätöksiä*. Henkilökunta ei tähän uskonut yhtä vahvasti, mutta rivilääkärit kuitenkin rivihoitajia enemmän. Perusterveydenhuollon ja suurten yksiköiden lähijohtajat kokivat päätöksenteon itsenäisemmäksi. Itsenäisintä päätösvaltaa käyttivät mielestään perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon lähijohtajat. Jos lähijohtajalla oli mahdollisuus tehdä yli puolet työajastaan hallinnollisia tehtäviä, tunne itsenäisestä päätöksenteosta kasvoi.

Harkinta

Harkinta-muuttuja kuvaa lähijohtajan päätöksentekoon liittyvän harkinnan käyttöä. Harkinnan käyttö kuvaa omien vaikutusmahdollisuuksien tunnistamista ja on osoitus vallasta. Runsas harkinnan käyttö liittyy meritokratia- ja poliittinen arena-organisaatioihin. Vähäinen harkinnan käyttö puolestaan kertoo määräysten kirjaimellisesta noudattamisesta, ja se liittyy instrumentti-organisaatioihin.

Muuttuja saa koko aineistossa melko korkean arvon. Lähijohtajat kuitenkin arvioivat käyttävänsä harkintaa enemmän kuin henkilökunta arvioi heidän sitä käyttävän. Henkilökunnasta naiset ja hoitajat arvioivat lähijohtajan harkinnan käytön suuremmaksi. Lähijohtajan harkinnan käyttöön uskoivat myös lyhyen koulutuksen saaneet.

Sairaanhoidopiireistä Etelä-Karjalan ja Keski-Suomen lähijohtajat arvioivat käyttävänsä harkintaa eniten. Yksikön koon ollessa kohtalaisen suuri (25–100) ja hallinnollisiin tehtäviin käytetyn ajan lisääntyessä harkintaa käytettiin eniten. Lähijohtajilla harkinnan käyttö lisääntyi iän, terveydenhuoltoalan työkokemuksen ja johtamiskokemuksen karttuessa. Hoitajat ja naiset käyttivät harkintaa enemmän kuin lääkärit ja miehet. Ero syntyi etupäässä ammattikuntaan kuulumisen kautta. Eniten harkintaa käyttivät ammattikorkeakoulun käyneet lähijohtajat ja vähiten korkeakoulun/yliopistotutkinnon suorittaneet lähijohtajat.

Lähijohtajan tehtävien kirjallinen määrittely antaa harkinnalle raamit. Tehtävien kirjallisesta määrittelystä ei tiennyt yli puolet henkilökunnasta ja noin kolmannes arvioi kirjallisen määrittelyn olevan olemassa. Lähijohtajistakin pieni vähemmistö oli epätietoinen oman tehtävänsä kirjallisesta määrittelystä. Hoitajalähijohtajien tehtävät oli kokonaan tai osittain määritelty 74 %:sti ja lääkärilähijohtajien 57 %:sti. Tehtävät oli henkilökunnan mukaan määritelty pääasiassa laatuksikirjassa

tai säännöissä, lähijohtajien mukaan pääasiassa säännöissä ja tehtävän/toimenkuvauksissa.

Resurssien hallinta

Resurssien hallinta -summamuuttujassa korostuvat palkitsemisen käytäntö ja oikeudenmukaisuus. Instrumentti-organisaatio edustaa hyvää resurssien hallinnoimistapaa, kun taas muissa organisaatiotyypeissä on kilpailua ja kaupankäyntiä. Muuttuja sai koko aineistossa kohtalaisen keskiarvon. Lähijohtajien mielestä resurssit olivat heillä paremmin hallinnassa kuin henkilökunnan mielestä. Lähijohtajien aineisto antoi viitteitä resurssien hallinnan heikkenemisestä johtajakokemuksen karttuessa. Sairaanhoidopiireistä Etelä-Pohjanmaan, Etelä-Karjalan ja Pohjois-Pohjanmaan lähijohtajat arvioivat resurssien olevan paremmin hallinnassa.

Sekä henkilökunta että lähijohtajat arvioivat kilpailua resursseista olevan kohtalaisesti. Henkilökunnan vastauksissa kilpailua arvioivat olevan eniten 45–54-vuotiaiden ja korkeimmin koulutettujen, lähinnä lääkäreiden, ryhmät. Lähijohtajien mielipiteet erosivat sairaanhoidopiireittäin. Eniten kilpailua oli Kanta-Hämeen sairaanhoidopiirissä ja yleisesti pienissä sairaanhoidopiireissä. Lähijohtajista korkeimmin koulutetut, miehet ja lääkärit arvioivat kilpailua olevan enemmän.

Yksikön resurssien varmistamiseksi pelaaminen ja kaupankäynti näytti olevan vähäistä. Henkilökunta uskoi pelaamista ja kaupankäyntiä olevan enemmän, mutta vastauksissa ei ollut henkilökuntaryhmien välisiä eroja. Lähijohtajien kohdalla ryhmät ikä 35–44 vuotta, 11–20 vuotta alan työkokemusta ja yli 30 vuotta johtamiskokemusta arvioivat pelaamista ja kaupankäyntiä olevan eniten. Lisäksi lääkäri- ja mieslähijohtajat arvioivat pelaamista ja kaupankäyntiä olevan enemmän. Vastaajan koulutustaso vaikutti arvioon. Korkeammilla koulutustasoilla arvioitiin pelaamista ja kaupankäyntiä olevan enemmän.

Tiedon ja verkostojen hallinta

Verkostoituminen on osa vaikutusvallan perustaa. Kyselyn perusteella verkostojen hallinta oli vaikutusvallan syntymisen yksi taustatekijä. Meritokratia- ja poliittinen areena -organisaatioissa vaikutusvallan syntyminen perustuu verkostojen hallintaan ja tiedottaminen voi olla puutteellista. Henkilökunta arvioi lähijohtajia enemmän verkostoitumisen olevan vaikutusvallan syntymisen takana. Erityisesti tämä näkyy Keski-Suomen sairaanhoidopiirin henkilökunnan vastauksissa ja kooltaan alle 300 000 asukkaan sairaanhoidopiirien ryhmässä. Lisäksi verkostojen hallinnan merkitys korostui ei-yliopistosairanhoidopiireissä ja perusterveydenhuollossa.

Tiedottaminen-muuttuja kuvaa yksiköiden tiedon välittämisen tehokkuutta. Lähijohtajien mukaan tiedottaminen on melko tehokasta, mutta henkilökunta antaa selvästi alhaisemman arvion. Yliopistosairaanhoitopiireissä tiedottaminen on kuitenkin henkilökunnan mukaan paremmin hoidettu kuin ei-yliopistosairaanhoitopiireissä. Lähijohtajista naiset ja hoitajat arvioivat tiedottamisen olevan tehokkaampaa. Kun lähijohtajan työstä valtaosa kului hallinnollisiin tehtäviin, myös tiedottaminen koettiin tehokkaaksi.

Osastonhoitaja ja osaston-/osatoiminnasta vastaava lääkäri osallistuvat molemmat yksikkönsä tiedottamiseen. Osastonhoitajan tiedotustehtävä nähtiin varsin merkittävänä sekä henkilökunnan että lähijohtajien mielipiteissä. Henkilökunnasta osastonhoitajan tiedotusroolia korostivat naiset, hoitajat, vanhemmat ikäluokat ja alemmat koulutusryhmät. Lähijohtajista osastonhoitajan roolia tiedottamisessa korostivat sairaanhoitopiireistä Ahvenanmaan sairaanhoitopiirin lähijohtajat ja osastoista psykiatristen osastojen lähijohtajat. Osastonhoitajan tiedottamistehtävää pitivät tärkeänä erityisesti naiset ja hoitajat.

Osastonlääkärin tiedotusrooli nähtiin koko aineistossa huomattavasti vaatimattomampana. Henkilökunnan ja lähijohtajien mielipiteet kuitenkin erosivat selvästi. Lähijohtajat pitivät osastonlääkärin roolia merkittävämpänä kuin henkilökunta. Henkilökunnan vastauksissa osastonlääkärin roolia tiedotuksessa pidettiin merkittävänä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä, suurimmissa ja yliopistosairaanhoitopiireissä sekä erikoissairaanhoidossa. Osastoista psykiatria arvioi osastonlääkärin tiedotusroolin vahvimmaksiksi. Lisäksi henkilökunnasta erityisesti miehet ja lääkärit näkivät tiedotusroolin merkittävänä.

Lähijohtajista erikoissairaanhoidon ja erityisesti kirurgisten osastojen lähijohtajat pitivät osastonlääkärin tiedotustehtävää merkittävänä. Lisäksi mies- ja lääkärilähijohtajat, yliopisto/korkeakoulututkinnon suorittaneet ja lähijohtajat, joilla hallinnollisiin tehtäviin kuuluu vain neljännes työajasta, pitivät osastonlääkärin tiedotustehtävää merkittävänä. Sekä henkilökunnan että lähijohtajien mielestä yksikön lähijohtaja on melko hyvin selvillä yksikkönsä epävirallisesta organisaatiosta.

5.3 Vastuu ja tilivelvollisuus

Seuraavassa luvussa pyritään vastaamaan toisen pääkysymyksen toiseen alakysymykseen tilivelvollisuuden tyypeistä ja vastuun ottamisen alueista terveydenhuollon organisaatioissa (ks. luku 3.2). Lähijohtajan vastuun aluetta kartoitettiin kyselyn osioissa 15 ja tilivelvollisuuskysymyksiä osioissa 17–21. Vastuuta koskevilla kysymyksillä pääasiallinen huomion kohde oli, missä määrin lähijohtaja

ottaa vastuuta eri asioista. Tilivelvollisuutta koskevissa kysymyksissä päähuomio kohdistui siihen tahoon, jolle tilivelvollisuutta koettiin. Molemmat aihealueet olivat henkilökunnalle haasteellisia vastata, kun arvioitavaksi tuli toisen ihmisen vastuuntunne. Erityisen vaikeaa henkilökunnan oli vastata vastuun ottamista koskevaan osioon. Tulosten tarkastelussa tämä on syytä ottaa huomioon.

Vastausten analyysin perusteella kysymysten sisältö ryhmittyi hieman ennako-asetelmasta poiketen. Tämän vuoksi pääkomponenttianalyysin avulla tarkastellaan aluksi henkilökunnan ja lähijohtajien aineistoa erikseen. Erillisen pääkomponenttianalyysin avulla voidaan tutkia, nousevatko taustalla olevat vastuun ja tilivelvollisuuden lajit eri tavoin vastaajaryhmissä esiin. Vertailtavuuden takia varsinaiset summamuuttujat muodostetaan kuitenkin yhdistetyn aineiston pääkomponenttianalyysin perusteella, eikä ulottuvuuksia tässä vaiheessa nimetä.

5.3.1 *Henkilökunnan ja lähijohtajien vastausten tarkastelua*

Vastuuta koskeva kysymyspatteristo latautui henkilökunnan aineistossa kolmeen ja lähijohtajien aineistossa neljään pääkomponenttiin. Henkilökunnan aineistossa lataukset kasautuivat melko voimakkaasti ensimmäiselle pääkomponentille. Myös lähijohtajien aineistossa lataukset kasautuvat ensimmäiselle pääkomponentille, mutta eivät yhtä voimakkaasti. Kummassakaan analyysissä ei päästä kovin yksinkertaiseen pääkomponenttirakenteeseen¹³⁰, mutta lähijohtajien kohdalla kuitenkin yksinkertaisempaan kuin henkilökunnan aineistossa. (Ks. taulukko 29.)

Pääkomponentit on nimetty taulukkoon 31 taulukon 30 avulla. Vertailussa voidaan huomata, että henkilökunnan näkemys lähijohtajan vastuun alueista poikkeaa lähijohtajan omasta käsityksestä. Ensimmäinen pääkomponentti kattaa laajasti yleisen johtamisvastuun, toinen pääkomponentti kuvaa hallinnollista ja laillista vastuuta ja kolmas keskittyy vastuuseen asiakkaan/potilaan hoitamisessa. Lähijohtajilla erottuu selvemmin päivittäisjohtamisen alue, johon kuuluu vastuu yksikön sisällä tapahtuvasta toiminnasta, kuten henkilöstöjohtamisesta, toiminnan johtamisesta ja yksikön ilmapiiristä. Toinen pääkomponentti kuvaa vastuuta yksi-

¹³⁰ Nunnally (1978: 377) käyttää Thurstonen (1947) termiä *simple structure*, joka tarkoittaa ihan-
netilannetta jokaisen muuttujan latautuessa vain yhdelle faktorille tai pääkomponentille. Näin
ei kuitenkaan aina ole, vaan on tyydyttävä tilanteeseen, joka on yksinkertaisin mahdollinen,
jolloin jokaiselle faktorille on suhteellisen puhtaita (*pure*) muuttujia. Kerlinger (1986: 571)
käyttää hieman samansuuntaisesti termiä *factorically pure*, jolla hän tarkoittaa tilannetta, jossa
tuloksena on vain yksi faktori (tai pääkomponentti). Kun faktoreita (tai pääkomponentteja) on
useampia, testi on *factorically complex* eli monitahoinen. Tosiasiassa muuttuja voi myös ai-
dosti latautua eri pääkomponenteille ominaisuuksiensa takia, tai se voi merkitä eri asiaa eri
pääkomponenteilla ja siksi latautua kahdelle ulottuvuudelle.

köstä organisaatioon päin ja kolmas vastuuta liittyen erilaisten sääntöjen noudattamiseen. Neljäs pääkomponentti sisältää vastuun yhteistyöstä organisaation sisällä ja sen ulkopuolelle sekä lääketieteellisen päätöksenteon.

Taulukko 29. Vastuuta koskevan osion pääkomponenttiratkaisu henkilökunnan ja lähijohtajien aineistossa

Latauksien neliöiden rotatoidut summat						
Ulottuvuus	Henkilökunta			Lähijohtajat		
	Ominaisarvo	Selitysosuus %	Kumulatiivinen %	Ominaisarvo	Selitysosuus %	Kumulatiivinen %
I	7,4	37,2	37,2	4,6	22,9	22,9
II	3,2	16,0	53,3	2,7	13,3	36,2
III	2,3	11,3	64,6	2,6	13,2	49,4
IV				1,8	8,9	58,3

Kun vielä vertaillaan latauksia kummassakin ryhmässä, henkilökunnan aineistossa ensimmäinen ulottuvuus näyttää vastaavan lähijohtajien aineistossa myös ensimmäistä ulottuvuutta (taulukkoon 31 nimetyt ulottuvuudet yleinen johtamisvastuu ja vastuu päivittäisjohtamisesta). Henkilökunnan aineiston toinen ulottuvuus (laillinen ja hallinnollinen vastuu) puolestaan vastaa lähijohtajien aineiston kolmatta ulottuvuutta (oikeudellinen vastuu). Henkilökunnan aineiston kolmas ulottuvuus (vastuu substanssista) puolestaan jakautuu lähijohtajien aineistossa kolmelle ulottuvuudelle: vastuu päivittäisjohtamisesta, hallinnollinen vastuu ja vastuu yhteistyöstä. Tämä ilmentää tehtävien ja aseman erilaisuutta, jota lähijohtajien osalta käsiteltiin luvussa 2.4.

Myös **tilivelvollisuuden** tarkastelu aineistoissa erikseen osoittaa henkilökunnan aineistossa latausten kasautumisen voimakkaammin ensimmäiselle pääkomponentille. Henkilökunnan aineistossa muuttajat muodostavat viisi (käytännössä neljä, koska viides ei tuo lisää informaatiota) ja lähijohtajien aineistossa kuusi pääkomponenttia. Kummassakin analyysissä pääkomponenttirakenne jää melko monitahoiseksi, mutta lähijohtajien aineistossa rakenne on kuitenkin yksinkertaisempi kuin henkilökunnan aineistossa. (Ks. taulukko 32 ja liite 8.)

Taulukko 30. Vastuuta koskevan osion rotatoitu matriisi henkilökunnan ja lähijohtajien aineistoissa

Lähijohtaja ottaa vastuuta	Ulottuvuudet henkilökunnan aineistossa			Ulottuvuudet lähijohtajien aineistossa			
	1	2	3	1	2	3	4
K15.1 Työn sujuvasta organisoinnista	,65		,36	,55		,33	
K15.2 Yksikköne taloudellisesta tilanteesta		,62			,72	,33	
K15.3 Ylemmän johdon määräysten noudattamisesta		,83				,67	
K15.4 Työ- ja virkaehtosopimusten noudattamisesta	,34	,68				,76	
K15.5 Terveystieteellisten toimintaa koskevien lakien noudattamisesta		,68				,69	
K15.6 Yksikköne toiminnan tuloksista	,42	,51	,48		,64		,35
K15.7 Yksikköne henkilökunnan työhyvinvoinnista	,84			,76			
K15.8 Hoitotieteellisistä hoitopäätöksistä	,37		,64	,44		,33	
K15.9 Lääketieteellisistä hoitopäätöksistä			,87			-,35	,63
K15.10 Ammattitaidon ylläpidosta	,51	,31	,41	,50			,44
K15.11 Yksikköne ilmapiiristä	,88			,75			
K15.12 Yksikköne toiminnan arvioinnista	,72	,32		,52	,58		
K15.13 Yksikköne toiminnan kehittämisestä	,75	,32		,62	,46		
K15.14 Johtamistaidoista	,79			,63		,41	
K15.15 Yksikköne resurssien hankkimisesta	,69	,33			,72		
K15.16 Tiedottamisesta yksikköne sisällä	,76			,59		,34	
K15.17 Yhteistyöstä organisaation muiden yksiköiden kanssa	,66	,37		,35		,33	,52
K15.18 Yhteistyöstä organisaation ulkopuolisten tahojen kanssa	,61						,70
K15.19 Ristiriitojen selvittämisestä yksikössänne	,83			,67		,33	
K15.20 Yksikköne toiminnan laadusta	,70		,37	,649			

Pääkomponentit on jälleen koottu yhteen taulukon 33 ja liitteen 8 avulla. Pääkomponenttien nimeämisen jälkeen voidaan nähdä henkilökunnan varsin selkeä

näkemyks lähijohtajan tilivelvollisuuden kohteista: oma itse, asiakas, hallinto ja henkilökunta. Lähijohtajien kohdalla pääkomponentit kuvaavat paremmin teoriasa esiintyviä tilivelvollisuuden lajeja.

Taulukko 31. Vastuuta koskevien pääkomponenttiratkaisujen vertailua henkilökunnan ja lähijohtajien aineistossa

Henkilökunta		Lähijohtaja	
I	Yleinen johtamisvastuu	I	Vastuu päivittäisjohtamisesta
II	Laillinen ja hallinnollinen vastuu	II	Hallinnollinen vastuu
III	Vastuu substanssista	III	Oikeudellinen vastuu
		IV	Vastuu yhteistyöstä

Latausten vertaaminen ulottuvuuksien välillä osoittaa, että ulottuvuudet vastaavat suurelta osin toisiaan. Kuitenkin henkilökunnan pääkomponenttianalyysin ensimmäinen ulottuvuus (henkilökohtainen tilivelvollisuus) jakautuu lähijohtajien aineistossa kahteen (ammattillinen ja henkilökohtainen tilivelvollisuus). Myös tässä näkyy vastaajan työn sisällön ja aseman erilaisuus.

Taulukko 32. Tilivelvollisuutta koskevan osion pääkomponenttiratkaisu henkilökunnan aineistossa

Latauksien neliöiden rotatoidut summat						
Henkilökunta				Lähijohtajat		
Ulot- tuvuus	Ominais- arvo	Selitys- osuus	Kumula- tiivinen %	Ominais- arvo	Selitys- osuus	Kumula- tiivinen %
I	5,3	19,1	19,1	4,6	16,5	16,5
II	5,0	17,9	37,0	3,8	13,5	30,0
III	5,0	17,9	54,9	2,9	10,2	40,2
IV	3,6	12,9	67,7	2,8	9,9	50,1
V	1,7	5,9	73,6	2,7	9,7	59,9
VI				2,7	9,5	69,4

Taulukko 33. Tilivelvollisuutta koskevien pääkomponenttiratkaisujen vertailua henkilökunnan ja lähijohtajien aineistossa

Henkilökunta	Lähijohtaja
Henkilökohtainen tilivelvollisuus	Poliittinen tilivelvollisuus
Asiakas/veronmaksaja =asiakas	Byrokraattinen tilivelvollisuus
Luottamus- ja virkamieshallinto =hallinto	Ammatillinen tilivelvollisuus
Henkilökunta	Henkilökohtainen tilivelvollisuus
	Organisaation sisäinen taloudellinen tilivelvollisuus
	Toiminnan johtamiseen liittyvä tilivel- vollisuus

5.3.2 *Summamuuttujien muodostaminen vastuun ja tilivelvollisuuden osioista*

Summamuuttujien muodostamiseksi pääkomponenttianalyysi tehtiin koko aineistosta. Kysymyspatteriston 15 kohdalla pääkomponenttianalyysissä muuttujien lataukset kasaantuvat ensimmäiselle pääkomponentille, ja sen ominaisarvo nousee varsin korkeaksi. Näin ollen päädytään jaottelemaan kysymys asiasisällön perusteella mahdollisimman korkea reliabiliteetti säilyttäen (ks. taulukko 34). Näin päädytään summamuuttujiin 'vastuu päivittäisjohtamisesta', 'vastuu hallinnoinnista' ja 'vastuu kompetenssista'. Lakien ja työ- ja virkaehtosopimusten noudattaminen yhdistetään oikeudellisen tilivelvollisuuden summamuuttujiksi, koska vaikka kysymys käsittelee vastuuta, tilivelvollisuuden kohde on näiden muuttujien kohdalla selvä.

Tilivelvollisuutta käsittelevien kysymyspatteristojen pääkomponenttianalyysissä muuttujien lataukset kasautuvat ensimmäiselle pääkomponentille, joka nimetään toiminnan johtamisen tilivelvollisuudeksi¹³¹. Muiden pääkomponenttien selitysosuudet ovat selvästi matalammat ja vähemmän yksiselitteiset. Tämä tekee tulkinnan vaikeammaksi, ja siksi tutkimuksen kannalta järkevien summuuttujien muodostamiseksi joitain yksittäisiä muuttujia sijoitetaan sivulatauksen mukaan.

¹³¹ Vrt. Pollit & Bouckaert 1995: 149: erityisesti julkisissa organisaatioissa erillisinä poliittinen ja johtamisvastuu.

Taulukko 34. Vastuuta koskevan osion pääkomponenttiratkaisu

Ulottuvuus	Latauksien neliöiden rotatoidut summat		
	Ominaisarvo	Selitysosuus %	Kumula- tiivinen %
I	8,0	40,0	40,0
II	3,4	17,2	57,1
III	1,4	7,1	64,2

Taulukko 35. Tilivelvollisuutta koskevan osion pääkomponenttiratkaisu

Ulottuvuus		Latauksien neliöiden rotatoidut summat		
		Ominaisarvo	Selitysosuus	Kumula- tiivinen %
I	Toiminnan johtamisen	5,9	21,1	21,1
II	Poliittinen	4,9	17,6	38,7
III	Byrokraattinen	4,3	15,3	54,0
IV	Ammatillinen	2,9	10,4	64,4
V	Talousvastuu ¹³²	2,2	7,9	72,4

Lisäksi erotetaan omaksi summamuuttujakseen talousvastuu, koska kysymyspatteristo, jossa tiedustellaan tilivelvollisuutta eri tahoille yksikön taloudesta, kassaa lataukset viidenneksi pääkomponentiksi¹³³. Näin saadaan toisen pääkomponentin pohjalta muodostettua summamuuttuja 'poliittinen tilivelvollisuus' ja kolmannen pääkomponentin pohjalta summamuuttuja 'byrokraattinen tilivelvollisuus'. Neljäs pääkomponentti kuvaa ammatillista tilivelvollisuutta. (Ks. taulukot 35 ja 36.)

¹³² Käsitellään vastuun yhteydessä.

¹³³ Lataukset ovat sekä pää- että sivulatauksia. Kysymyspatteristo kuitenkin erottuu selvästi muista tilivelvollisuutta koskevista kysymyspatteristoista. Pääasia ei enää olekaan kenelle tilivelvollisuutta tunnetaan vaan mistä.

Taulukko 36. Tilivelvollisuutta koskevan osion rotatoitu matriisi

	Ulottuvuus				
	1	2	3	4	5
K17.1 Toiminnan tuloksista yksikön henkilökunnalle	,71				
K17.2 Toiminnan tuloksista asiakkaille/potilaille	,64	,50			
K17.3 Toiminnan tuloksista veronmaksajille	,32	,74			
K17.4 Toiminnan tuloksista organisaation luottamushenkilöhallinnolle		,57	,58		
K17.5 Toiminnan tuloksista itselle	,73				
K17.6 Toiminnan tuloksista ammattikunnalle	,33			,70	
K17.7 Toiminnan tuloksista organisaation virkamieshallinnolle			,75		
K18.1 Ammattitaidosta yksikön henkilökunnalle	,77				
K18.2 Ammattitaidosta asiakkaille/potilaille	,70	,44			
K18.3 Ammattitaidosta veronmaksajille	,30	,74			
K18.4 Ammattitaidosta organisaation luottamushenkilöhallinnolle		,57	,55	,30	
K18.5 Ammattitaidosta itselle	,79				
K18.6 Ammattitaidosta ammattikunnalle	,40			,73	
K18.7 Ammattitaidosta organisaation virkamieshallinnolle			,75		
K19.1 Johtamistaidosta yksikön henkilökunnalle	,77				
K19.2 Johtamistaidosta asiakkaille/potilaille	,54	,50			
K19.3 Johtamistaidosta veronmaksajille		,77			
K19.4 Johtamistaidosta organisaation luottamushenkilöhallinnolle		,57	,61		
K19.5 Johtamistaidosta itselle	,75				
K19.6 Johtamistaidosta ammattikunnalle	,36			,75	
K19.7 Johtamistaidosta organisaation virkamieshallinnolle			,78		
K20.1 Taloudesta yksikön henkilökunnalle	,40				,67
K20.2 Taloudesta asiakkaille/potilaille		,60			,54
K20.3 Taloudesta veronmaksajille		,70			,39
K20.4 Taloudesta organisaation luottamushenkilöhallinnolle		,47	,55		,36
K20.5 Taloudesta itselle	,39		,39		,58
K20.6 Taloudesta ammattikunnalle				,66	,55
K20.7 Taloudesta organisaation virkamieshallinnolle			,66		,48

5.3.3 Vastuu

Summamuuttujien tarkastelussa otetaan ensin käsittelyyn vastuu ja sen osa-alueet. Lähijohtajan vastuun alueita tarkastellaan neljän summamuuttujan avulla: päivittäisjohtaminen, hallinnointi, kompetenssi ja talous. Henkilökunnan aineistossa summamuuttujien ja taustamuuttujien välillä oli jossain määrin yhteyttä. Vastuu hallinnoinnista ja kompetenssista olivat yhteydessä sairaanhoitopiirin kokoon¹³⁴. Mitä suurempi sairaanhoitopiiri sitä enemmän lähijohtajan arvioitiin ottavan vas-

¹³⁴ Korrelaatiot on esitetty liitteessä 6.

tuuta näistä asioista. Vastaajan iällä oli puolestaan lievä positiivinen yhteys vastuuseen hallinnoinnista ja voimakkaampi yhteys vastuuseen taloudesta. Talousvastuulla oli myös heikko yhteys vastaajan terveydenhuoltoalan kokemukseen.

Lähijohtajien aineistossa yhteydet taustamuuttujiin liittyvät yksilöön. Kompetensi-summamuuttujan kohdalla yhteyksiä taustamuuttujiin ei ollut havaittavissa. Lähijohtajan koulutuksella oli negatiivinen yhteys kaikkiin muihin vastuumuuttujiin. Vastuuntunne kasvoi, kun koulutusta oli vähemmän, ja toisaalta väheni, kun koulutusta oli enemmän. Terveydenhuoltoalan kokemuksella oli heikko positiivinen ja johtajakokemuksella voimakkaampi positiivinen yhteys hallinnoinnin ja talouden vastuumuuttujiin. Kun hallinnollisten tehtävien osuus työajasta kasvoi, lisääntyi myös vastuuntunne päivittäisjohtamisen, hallinnoinnin ja talouden alueella.

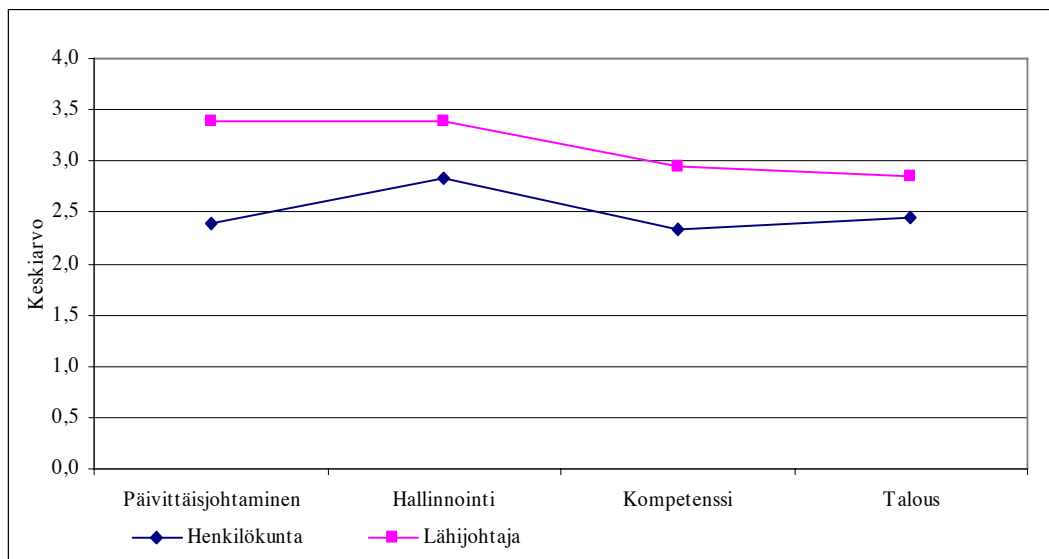
Henkilökunnalla ja lähijohtajilla oli varsin erilainen käsitys lähijohtajan vastuunotosta. Lähijohtajat arvioivat vastuun ottamisen kohtalaisen korkealle tasolle ja kaikilla summamuuttujilla korkeammalle kuin henkilökunta¹³⁵. Suurin ero näkyy päivittäisjohtamisen alueella, jossa lähijohtajien vastausten keskiarvo on 3,4 ja henkilökunnan 2,4. Myös henkilökunnan arviot ovat keskitasoa korkeammalla hallinnoinnin keskiarvon ollessa korkein (2,8). (Ks. kuvio 43.) Summamuuttujien tarkastelussa taustamuuttujien luokissa¹³⁶ voidaan yleisesti sanoa, että henkilökunnan kohdalla eroa syntyi etupäässä organisaatiomuuttujien kohdalla erityisesti kompetenssivastuun osalta, mutta taloudellisessa vastuussa myös yksilömuuttujissa. Lähijohtajien kohdalla eroa syntyi erityisesti yksilömuuttujissa.

Tarkastelemme ensin henkilökunnan arvioita organisaatiomuuttujien luokissa. Vastuun arviointi kompetenssista vaihteli sairaanhoitopiireittäin. Lähijohtajan arvioitiin ottavan vastuuta omasta osaamisestaan eniten Pohjois-Pohjanmaan, Pohjois-Savon ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä ja vähiten Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirissä. (Ks. kuvio 44.) Lisäksi sairaanhoitopiirin koko vaikutti arvioon. Suurimmissa sairaanhoitopiireissä vastaajien keskiarvo oli korkein (2,6) ja alle 200 000 asukkaan sairaanhoitopiireissä matalin (2,1). Sairanhoitopiirin koko vaikutti hieman myös hallinnointivastuuseen. Hallinnointivastuu arvioitiin korkeimmaksi suurimmissa sairaanhoitopiireissä muiden ryhmien keskiarvon ollessa matalampi.

¹³⁵ Keskiarvojen ero henkilökunnan ja lähijohtajien vastauksissa: KW-testi vastuu päivittäisjohtamisesta 339.2, $df1^{***}$, vastuu hallinnoinnista 164.8, $df1^{***}$, vastuu kompetenssista 125.2, $df1^{***}$, vastuu taloudesta 62.2, $df1^{***}$.

¹³⁶ Keskiarvotestit on esitetty liitteessä 7.

Yliopistosairaanhoidopiirien henkilökunnan arvioissa oli nähtävissä viitteitä lähi-johtajan vastuun korkeammista keskiarvoista päivittäisjohtamisen alueella, ja keskiarvot olivat merkitsevästi korkeammat hallinnoinnin ja kompetenssin alueilla. Talousvastuun osalta voitiin nähdä viitteitä korkeammista keskiarvoista perusterveydenhuollossa verrattuna erikoissairaanhoidon. Yksilömuuttujien 'koulutus' ja 'ammattiryhmä' kohdalla henkilökunnan aineistossa viitteitä muuttujaryhmien välisistä eroista oli kompetenssin ja talouden summamuuttujissa¹³⁷.

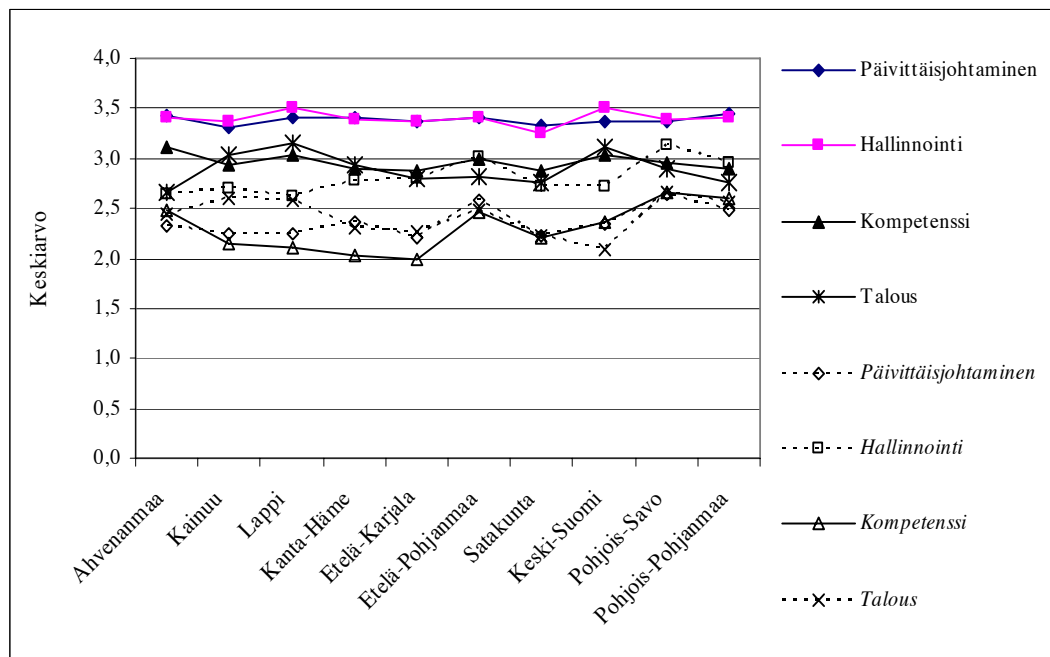


Kuvio 43. Henkilökunnan ja lähijohtajien arviot lähijohtajan vastuunotosta vastuun eri osa-alueilla, vastausten keskiarvot

Talousvastuun kohdalla oli nähtävissä selvemmin eroa ikäryhmien ja sukupuolten välillä. Lähijohtajan talousvastuun ottamiseen uskoivat vahvimmin nuorimman ikäluokan edustajat (ka 3,1). Keskiarvo kuitenkin putosi jyrkästi seuraavan ikäluokan kohdalla (ka 2,1) kohoten taas vanhimpiin ikäluokkiin mennessä (ka 2,6). Miehet (ka 2,2) arvioivat talousvastuun heikommaksi kuin naiset (ka 2,5).

¹³⁷ Lääkärit arvioivat lähijohtajan ottavan enemmän vastuuta kompetenssista ja vähemmän vastuuta taloudesta kuin hoitajat.

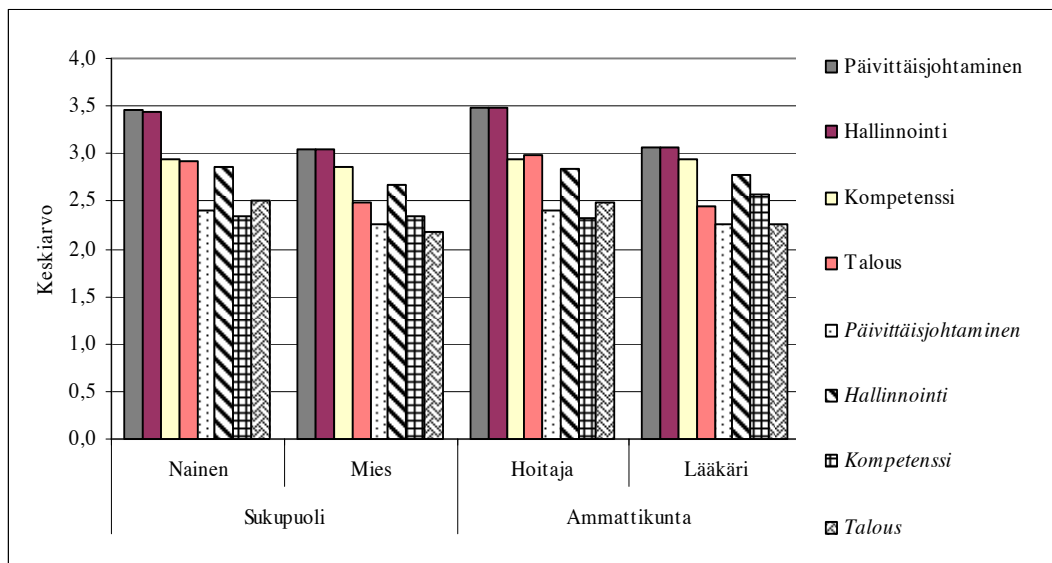
Lähijohtajien kohdalla organisaatiomuuttujien luokissa eroa syntyi ainoastaan talousvastuun kohdalla erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Perusterveydenhuollossa (ka 3,0) kokemus taloudellisen vastuun ottamisesta oli vahvempi kuin erikoissairaanhoidossa (ka 2,7). Myös viitteitä sairaanhoitopiirien välisistä eroista oli nähtävissä.



Kuvio 44. Vastuun summamuuttujien keskiarvojen tarkastelua sairaanhoitopiireittäin lähijohtajien ja henkilökunnan aineistoissa

Yksikkömuuttujissa eroa syntyi erikokoisten yksiköiden välille päivittäisjohtamisen, hallinnoinnin ja talouden alueilla. Summamuuttujien arvot ovat matalimmillaan lähijohtajilla, joilla ei ole suoranaisia alaisia. Keskiarvot kohoavat yksikön koon suurentuessa aina 100 alaiseen saakka. Suurimmissa yli 100 alaisen yksiköissä muuttujien arvot hieman laskevat. Vailla alaisia olevien lähijohtajien vastuun ottamisen matalammat arvot selittyvät ainakin päivittäisjohtamisen kohdalla muuttujan sisältämien henkilöstöhallinnollisten tehtävien puutteella. Lisäksi taloudellinen vastuu vaihteli osastoittain. Muuttuja sai korkeimman arvon perusterveydenhuollon vuodeosastoilla (ka 3,0) ja matalimman psykiatriassa (ka 2,6).

Yksilömuuttujien kohdalla summamuuttujien keskiarvot eivät merkitsevästi poikenneet iän, terveydenhuoltoalan työkokemuksen tai johtamiskokemuksen suhteen. Poikkeuksen tekee talousvastuu, jossa eri ikäryhmien vastauksissa oli eroja. Korkein keskiarvo 3,1 oli lähijohtajien nuorimmassa ikäluokassa 25–34-vuotiaat. Seuraavassa ikäluokassa vastuun ottaminen koettiin vähäisimmäksi keskiarvon ollessa 2,7. Keskiarvo nousi taas vanhempiin ikäluokkiin mentäessä. Lisäksi voidaan nähdä viitteitä, että terveydenhuoltoalan työkokemus ja johtamiskokemuksen karttuminen lisäsivät vastuunottoa hallinnoinnista ja taloudesta.



Kuvio 45. Vastuun summamuuttujien keskiarvoja ammattikunnan ja sukupuolen mukaan jaoteltuna lähijohtajien ja henkilökunnan aineistoissa

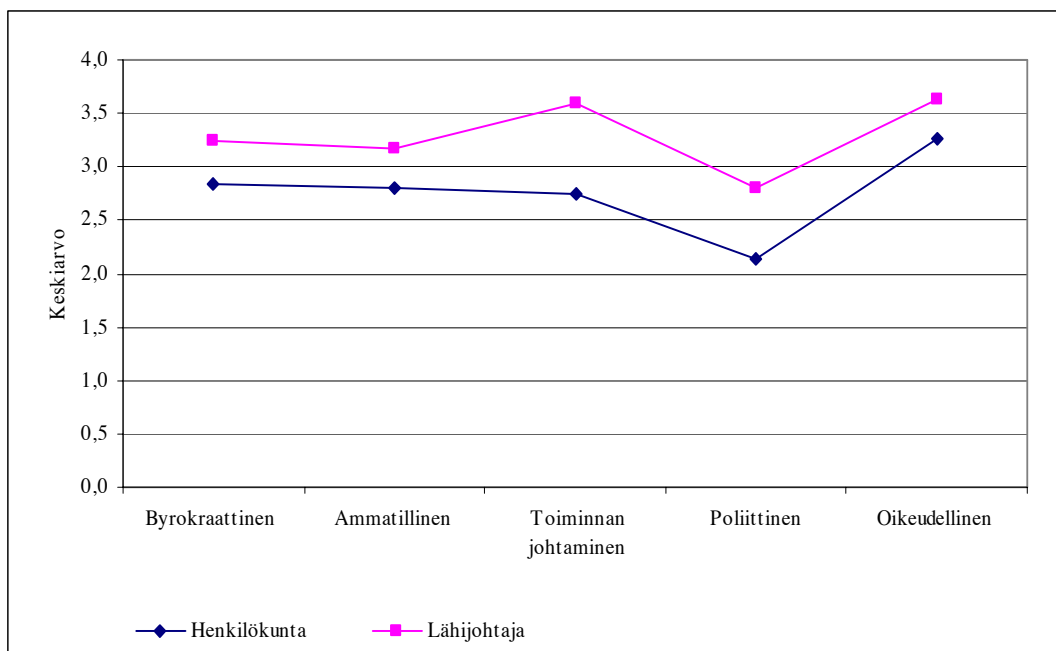
Selvemmät erot vastaajaryhmien välillä ilmenivät sukupuolen, koulutuksen, ammattikunnan ja hallinnollisten tehtävien osuuden kohdalla. Summamuuttujat päivittäisjohtaminen, hallinnointi ja talous saavat korkeammat keskiarvot naisilla ja hoitajilla kuin miehillä ja lääkäreillä. (Ks. kuvio 45.) Jälleen herää kysymys, kumpi muuttujista vaikuttaa ensisijaisesti. Vakioimalla ammattikunta voidaan todeta, että hoitajien kohdalla sukupuolten välinen ero häviää. Lääkäreiden kohdalla eroa kuitenkin on päivittäisjohtamisen ja kompetenssin alueilla. Naislääkärit ottavat enemmän vastuuta päivittäisjohtamisesta ja kompetenssista kuin mieslääkärit. Vakiointi sukupuolella säilyttää erot hoitajien ja lääkäreiden välillä etenkin naisten kohdalla. Miesten ryhmässä ero säilyy edelleen päivittäisjohtamisessa ja

jossain määrin myös hallinnoinnissa. Ero näyttäisi siis syntyvän etupäässä ammatikunnan kautta.

Koulutustason ja hallinnollisten tehtävien määrän vaikutuksesta nähtiin viitteitä jo korrelaatiotarkastelussa. Lähijohtajien vastuun ottaminen päivittäisjohtamisesta, hallinnoinnista ja taloudesta näyttää vähentyvän edettäessä vanhasta opistoasteen tutkinnosta korkeakoulututkintoon. Sitä vastoin hallinnollisten tehtävien osuuden lisääntyessä muuttujien keskiarvot nousevat.

5.3.4 Tilivelvollisuus

Lähijohtajan tilivelvollisuutta tarkastellaan viiden summamuuttujan avulla, jotka kuvaavat tilivelvollisuuden tyyppejä. Tarkasteltavat muuttujat ovat byrokraattinen, ammatillinen, toiminnan johtamisen, poliittinen ja oikeudellinen tilivelvollisuus. Henkilökunnan tehtävä oli siis arvioida, missä määrin lähijohtaja on toimistaan eri osa-alueilla tilivelvollinen kullekin taholle. Lähijohtajat puolestaan vastasivat oman kokemuksensa perusteella.



Kuvio 46. Tilivelvollisuuden summamuuttujien arvoja henkilökunnan ja lähijohtajien aineistossa, vastausten keskiarvot.

Summamuuttujien suhdetta taustamuuttujiin tarkastellaan jälleen aluksi korrelaation avulla, jotta saadaan selville muuttujien välinen lineaarinen yhteys. Tarkastelu osoittaa henkilökunnan osalta, että yhteyttä ei ole byrokraattisen, ammatillisen tai toiminnan johtamisen osa-alueilla havaittavissa. Poliittisen ja oikeudellisen tilivelvollisuuden kohdalla yhteyksiä löytyy yksikkömuuttujien alueella. Vastaaajan ikä ja terveydenhuoltoalan työkokemuksen pituus ovat yhteydessä arvioon lähijohtajan poliittisesta tilivelvollisuudesta. Myös oikeudellisen tilivelvollisuuden yhteydestä ikään ja työkokemuksen pituuteen on viitteitä. Mitä vanhempi vastaaja oli ja mitä pidempään hän oli toiminut terveydenhuoltoalalla, sitä suuremmaksi arvioitiin lähijohtajan tilivelvollisuus näillä alueilla.¹³⁸

Myös lähijohtajien kohdalla yhteydet löytyvät pääasiassa yksilömuuttujien kohdalta. Kuitenkin sairaanhoitopiirin koolla on negatiivinen yhteys ammatilliseen tilivelvollisuuteen. Mitä pienemmästä sairaanhoitopiiristä on kysymys, sitä enemmän koetaan ammatillista tilivelvollisuutta. Yksilömuuttujien osalta koulutustasolla ja hallinnollisten tehtävien osuudella on vahva yhteys kaikkiin tilivelvollisuuden lajeihin. Yhteys koulutustasoon on negatiivinen eli alemmissa koulutusluokissa summamuuttujien arvot nousevat. Mitä lyhyempi koulutus lähijohtajalla on, sitä enemmän hän kokee olevansa tilivelvollinen. Hallinnollisten tehtävien osuuden noustessa myös muuttujien arvot nousevat¹³⁹.

Lisäksi byrokraattisen ja poliittisen tilivelvollisuuden kohdalla on nähtävissä viitteitä positiivisesta yhteydestä vastaajan johtamiskokemuksen määrään. Toiminnan johtamisen tilivelvollisuuden kohdalla yhteys johtamiskokemuksen määrään on selvempi.

Summamuuttujien keskiarvotarkastelussa voidaan nähdä muuttujien arvojen asetuvan varsin korkealle tasolle molemmissa vastaajaryhmissä. Henkilökunnan ja lähijohtajien vastaukset eroavat kuitenkin kaikilla muuttujilla selvästi toisistaan¹⁴⁰. Henkilökunnan aineistossa korkein muuttujan arvo on oikeudellinen (ka 3,3) ja matalin poliittinen tilivelvollisuus (ka 2,1). Lähijohtajilla puolestaan korkeimmat

¹³⁸ Iän vakioiminen osittaiskorrelaatiossa hävittää muuttujien välisen yhteyden. Vastaaajan ikä ja työkokemus ovat yhteydessä toisiinsa, ja näin ikä selittää muuttujan vaihtelua välittyen työkokemuksen kautta.

¹³⁹ Ammatillisen tilivelvollisuuden kohdalla yhteys on heikko.

¹⁴⁰ Keskiarvojen ero henkilökunnan ja lähijohtajien vastauksissa: KW-testi byrokraattinen tilivelvollisuus 58.6, $df1^{***}$, ammatillinen tilivelvollisuus 49.9, $df1^{***}$, toiminnan johtamisen tilivelvollisuus 272.7, $df1^{***}$, poliittinen tilivelvollisuus 115.5, $df1^{***}$, oikeudellinen tilivelvollisuus 62.2, $df1^{***}$.

arvot saavat toiminnan johtamisen (ka 3,6) ja oikeudellinen tilivelvollisuus (ka 3,6) ja matalimman poliittinen tilivelvollisuus (ka 2,8). (Ks. kuvio 46.)

Keskiarvotarkastelussa taustamuuttujien luokissa henkilökunnan kohdalla ryhmien välisiä eroja oli melko vähän, ja pääasiassa erot olivat melkein merkitsevää tasoa. Selkeimmin eroa syntyi poliittisen tilivelvollisuuden suhteen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Erikoissairaanhoidossa lähijohtajien tilivelvollisuus arvioitiin matalammaksi (ka 2,0) kuin perusterveydenhuollossa (ka 2,4). Tuloksen voisi arvioida johtuvan perusterveydenhuollon työntekijöiden paikallisorientaatiosta. Työssä ollaan varsin usein omalla paikkakunnalla, tai ainakin työssäkäyntipaikkakunnan asukkaat ja päättäjät tulevat pienissä yksiköissä tutummiksi. Näin myös tilivelvollisuus konkretisoituu.

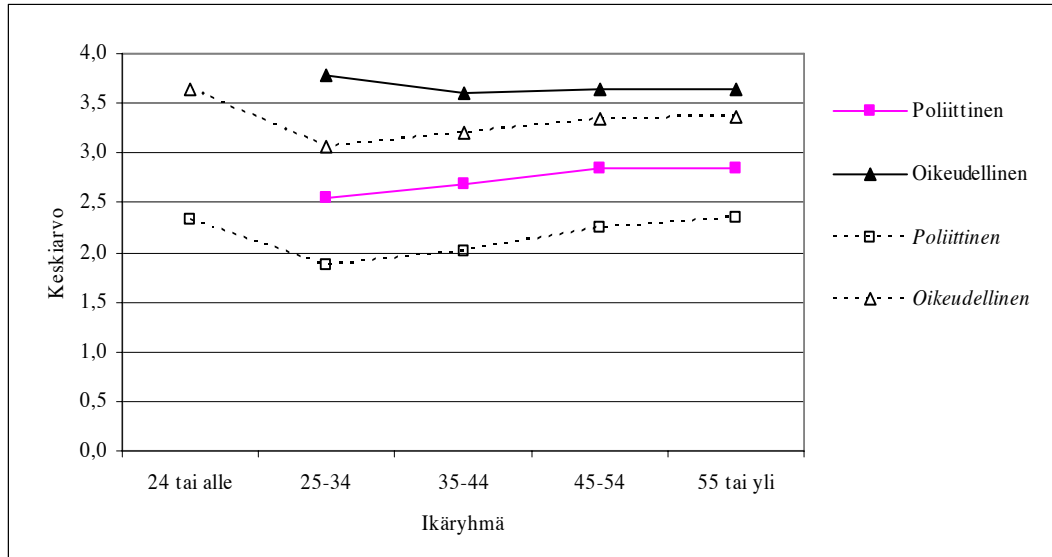
Toinen selvä ero oli havaittavissa byrokraattisen tilivelvollisuuden muuttujalla sukupuolten välillä. Naiset (ka 3,3) arvioivat lähijohtajan byrokraattisen tilivelvollisuuden korkeammalle tasolle kuin miehet (ka 2,8). Edellä mainittujen lisäksi oli nähtävissä viitteitä, että toiminnan johtamisen ja oikeudellinen tilivelvollisuus arvioitiin korkeammalle tasolle yliopistosairaanhoidopiireissä (ka 2,9 ja 3,4) kuin ei-yliopistosairaanhoidopiireissä (ka 2,5 ja 3,2). Pienimmissä ja suurimmissa sairaanhoidopiireissä oikeudellinen tilivelvollisuus arvioitiin korkeammaksi kuin kahdessa keskiryhmässä.

Henkilökunnan vastauksissa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ero poliittisen tilivelvollisuuden kohdalla näkyy jossain määrin myös osastokohtaisessa tarkastelussa. Perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon ja vuodeosaston keskiarvot ovat korkeimmat. Korrelaatiotarkastelussa oli näkyvissä iän epälineaarinen yhteys poliittiseen ja oikeudelliseen tilivelvollisuuteen. Ryhmien välisten erojen tarkastelussa paljastuu, että kaikkein nuorimpien vastaajien (alle 25 vuotta) ryhmässä keskiarvot ovat jopa korkeimmat kuin kaikkein vanhimpien ryhmässä. (Ks. kuvio 47.)

Lisäksi henkilökunnan arvioissa on nähtävissä viitteitä koulutusryhmien välisistä eroista ammatillisen ja poliittisen tilivelvollisuuden alueilla. Molemmilla muuttujilla alhaisimman arvion antavat vanhan opistoasteen tutkinnon suorittaneet (ka 2,6 ja 1,9) ja korkeimman arvion ammattiopiston tutkinnon suorittaneiden ryhmä (ka 3,0 ja 2,4).

Lähijohtajien vastauksissa keskiarvoerot taustamuuttujien luokissa ovat pääasiassa merkitsevää tai erittäin merkitsevää tasoa. Ryhmien välisiä eroja syntyi etupäässä yksilömuuttujien luokissa, mutta ammatillisen tilivelvollisuuden kohdalla eroja on myös organisaatio- ja yksikkömuuttujien luokissa. Ammatillinen tilivelvollisuus sai korkeimpia arvoja Lapin sairaanhoidopiirissä (ka 3,6) ja matalimpia

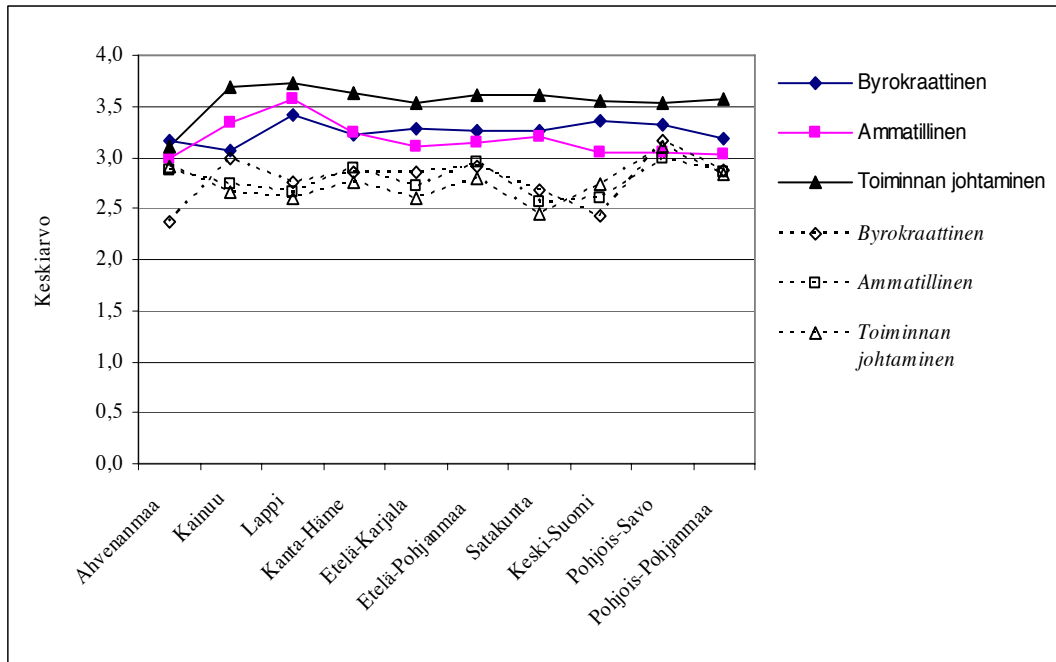
arvoja Ahvenanmaan, Keski-Suomen ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä (ka 3,0). (Ks. kuvio 48.)



Kuvio 47. Poliittinen ja oikeudellinen tilivelvollisuus ikäryhmittäin lähijohtajien ja henkilökunnan aineistoissa

Korrelaatiotarkastelu osoitti sairaanhoitopiirin koon vaikutuksen ammatilliseen tilivelvollisuuteen. Myös ryhmien välisessä keskiarvotarkastelussa näkyy muuttujan korkeat arvot pienten sairaanhoitopiirien ryhmässä (ka 3,5) keskiarvon pienentyessä suurimpien sairaanhoitopiirien ryhmään mentäessä (ka 3,0). Ammatillinen tilivelvollisuus sai korkeamman arvon ei-yliopistosairaanhoitopiireissä (ka 3,2) kuin yliopistosairaanhoitopiireissä (ka 3,0). Byrokraattinen ja poliittinen tilivelvollisuus olivat korkeammalla tasolla perusterveydenhuollossa (ka 3,4 ja 2,9) kuin erikoissairaanhoidossa (ka 3,1 ja 2,7).

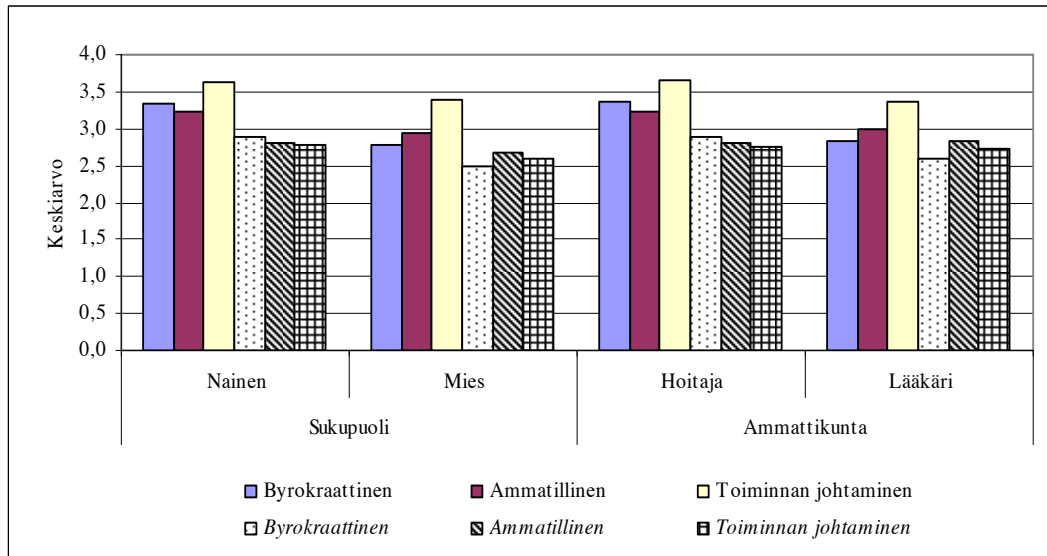
Lähijohtajan yksikön koolla oli vaikutusta toiminnan johtamisen ja oikeudelliseen tilivelvollisuuteen. Molempien summamuuttujien arvot ovat matalimmillaan vaila alaisia olevien esimiesten ryhmässä. Yksikön koon kasvaessa summamuuttujien arvot nousevat kääntyen taas laskuun kun yksikön henkilöstömäärä ylittää sadan. Myös poliittisen tilivelvollisuuden kohdalla on viitteitä vastaavasta ryhmien välisestä erosta.



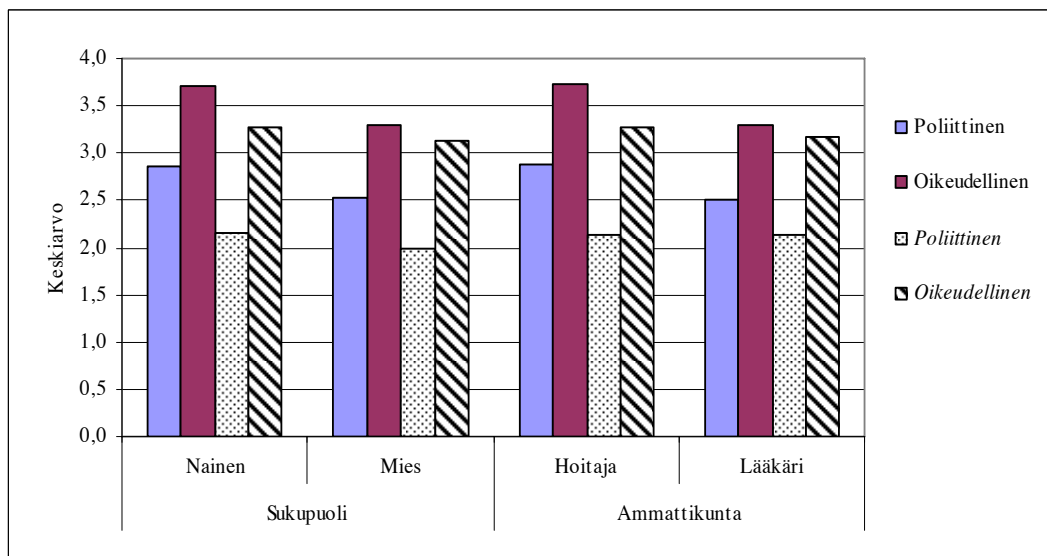
Kuvio 48. Tilivelvollisuuden alueen summamuuttujien arvoja sairaanhoitopiireittäin lähijohtajien ja henkilökunnan aineistoissa

Osastojen välillä syntyi eroa byrokraattisessa ja poliittisessä tilivelvollisuudessa. Byrokraattinen tilivelvollisuus oli samalla tasolla sisätautien, kirurgian ja psykiatrian alueilla (ka 3,1–3,2), mutta perusterveydenhuollossa sekä avoterveydenhuollossa että vuodeosastoilla muuttuja saa korkeampia arvoja (ka 3,4). Poliittinen tilivelvollisuus saa matalimmat arvot psykiatrian alueella (ka 2,5) ja korkeimmat perusterveydenhuollon vuodeosastoilla (ka 3,0). Toiminnan johtamisen tilivelvollisuuden kohdalla on havaittavissa viitteitä osastojen välisistä eroista. Muuttuja saa korkeita arvoja sisätautien ja perusterveydenhuollon vuodeosastoilla (ka 3,7) ja matalia perusterveydenhuollon avoterveydenhuollossa (ka 3,5).

Yksilömuuttujista sukupuoli, koulutus ja ammattikunta vaikuttivat kaikkiin tilivelvollisuuden alueen summamuuttujiin. Naiset ja hoitajat kokivat kaikilla alueilla enemmän tilivelvollisuutta kuin miehet ja lääkärit (ks. kuviot 49 ja 50). Summamuuttujien arvot vaihtelivat eri koulutustasoilla siten, että opistotason ja korkeakoulututkinnon suorittaneet kokivat vähemmän tilivelvollisuutta kuin erikoistumisen ja ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet.



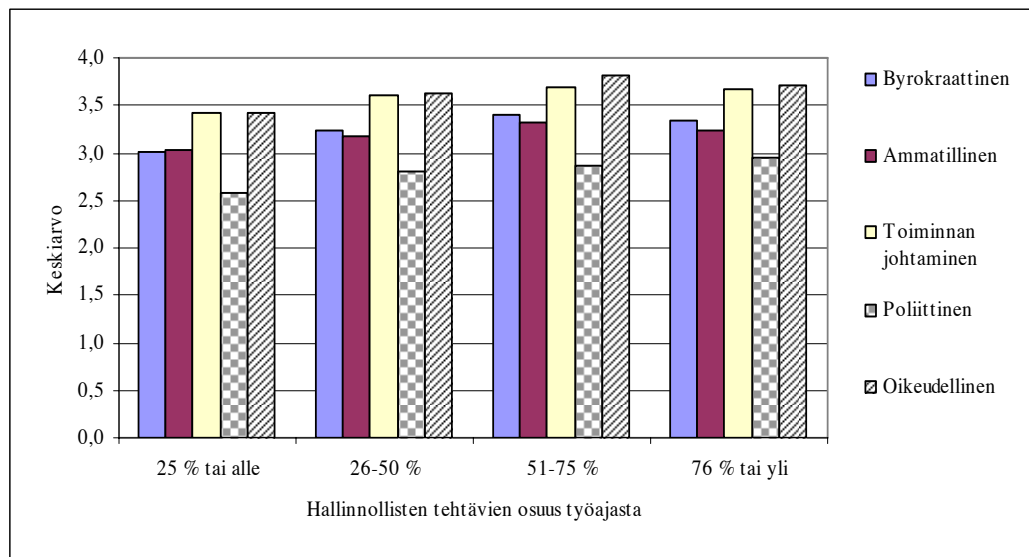
Kuvio 49. Byrokraattisen, ammatillisen ja toiminnan johtamisen tilivelvollisuuden keskiarvoja sukupuolen ja ammattikunnan mukaan jaoteltuna lähijohtajien ja henkilökunnan aineistoissa



Kuvio 50. Poliittisen ja oikeudellisen tilivelvollisuuden keskiarvoja sukupuolen ja ammattikunnan mukaan jaoteltuna lähijohtajien ja henkilökunnan aineistoissa

Myös hallinnollisiin tehtäviin käytetty aika vaikutti kaikkiin tilivelvollisuuden osa-alueisiin. Muuttujien arvot nousivat hallinnollisten tehtävien lisääntyessä. Kuitenkin hallinnollisiin tehtäviin yli 75 % käyttävien tilivelvollisuuden kokeminen ei enää lisääntynyt. (Ks. kuvio 51.)

Lisäksi oli nähtävissä viitteitä terveydenhuoltoalan kokemuksen vaikutuksesta ammatilliseen tilivelvollisuuteen. Lyhimmän aikaa alalla työskennelleitten ryhmä poikkesi muista alhaisemmilla arvoilla (ka 2,2), kun pidempään alalla työskennelleet arvioivat tilivelvollisuuden korkeammalle tasolle (ka 3,1–3,6). Poliittisen tilivelvollisuuden suhteen oli nähtävissä myös viitteitä johtamiskokemuksen vaikutuksesta. Lyhyimmän ja pisimmän ajan johtajina olleet antoivat alhaisempia arvioita kuin ryhmät, joilla johtamiskokemusta oli yli viisi, mutta alle 30 vuotta.

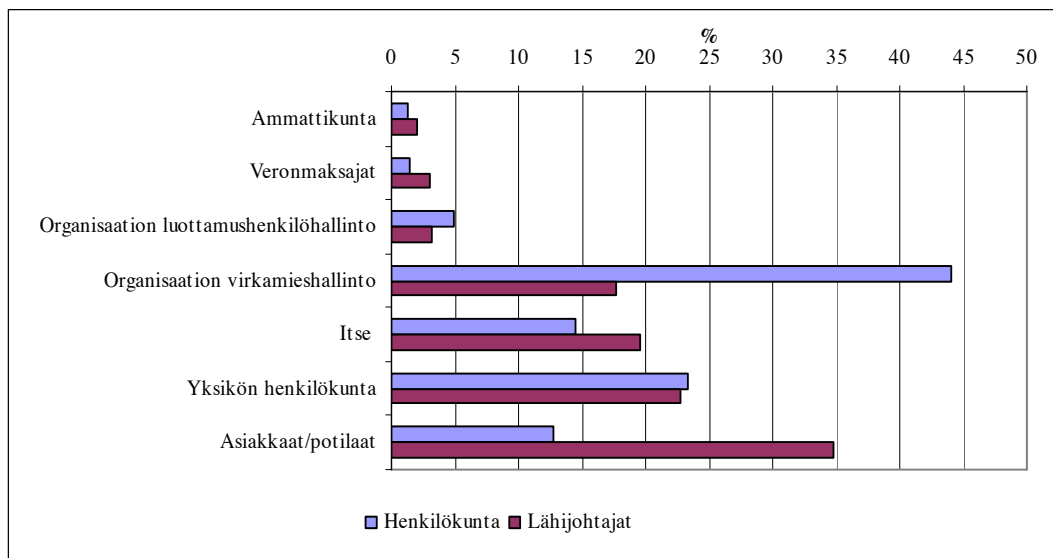


Kuvio 51. Tilivelvollisuuden keskiarvoja lähijohtajan hallinnollisten tehtävien määrän mukaan jaoteltuna, vastaajina lähijohtajat

Viimeisessä tilivelvollisuutta koskevassa kysymyksessä vastaajat arvioivat mille taholle lähijohtaja kokee eniten tilivelvollisuutta toimistaan (ks. kuvio 52). Henkilökunnasta vajaa puolet arvioi lähijohtajan kokevan eniten tilivelvollisuutta organisaation virkamiesjohdolle. Näin ollen byrokraattinen tilivelvollisuus nähtiin vahvana. Toinen merkittävä tilivelvollisuuden alue oli toiminnan johtamisen tilivelvollisuus eli tilivelvollisuus yksikön henkilökunnalle, asiakkaille/potilaille ja

lähijohtajalle itselleen. Poliittinen ja ammatillinen tilivelvollisuus jäivät merkitykseltään vähäisiksi. Lähijohtajat itse arvioivat tärkeimmäksi tilivelvollisuuden kohteeksi asiakkaat/potilaat. Toiminnan johtamisen tilivelvollisuuden alue koettiin tärkeimmäksi.

Kysymyksen vastausten tarkastelu keskiarvon avulla antaa pääpiirteissään saman vastauksen, mutta antaa myös mahdollisuuden tarkastella keskihajonnan (std. dev) avulla vastausten jakautumista. Henkilökunnan kohdalla vastausten keskihajonta on pienin (1,5) vastauksessa ammattikunnan merkityksestä tilivelvollisuuden kohteena, joka oli merkitykseltään vähäisin. Hajontaluku suurenee mentäessä merkittävämpiin tilivelvollisuuden tahoihin.



Kuvio 52. Lähijohtajan tärkeimmät tilivelvollisuuden kohteet henkilökunnan lähijohtajien ja henkilökunnan arvioimana (kuinka monta % vastaajista asetti tahon tärkeimmäksi)

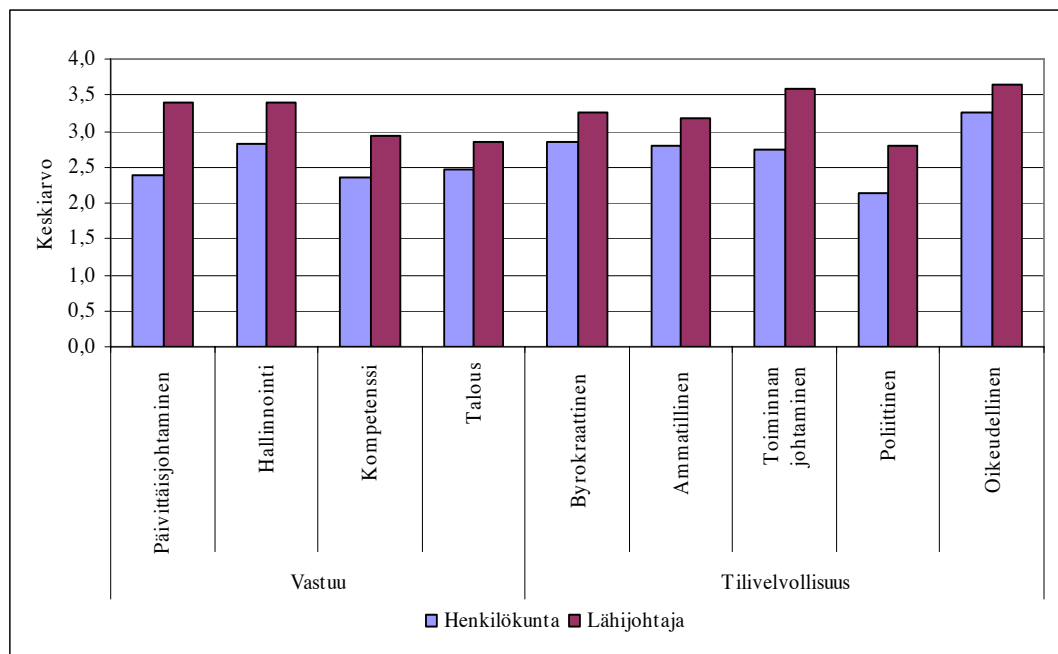
5.3.5 *Yhteenveto*

Terveysthuollon lähijohtajien vastuun ja tilivelvollisuuden tarkastelu kootaan seuraavassa yhteen teemoittain. Jokaisen teeman sisällä tarkastellaan aluksi tuloksia henkilökunnan ja lähijohtajien vastausten perusteella. Sen jälkeen tarkastel-

laan taustamuuttujien vaikutusta. Summamuuttujien keskiarvot on nähtävissä kuviossa 53.

Vastuu

Pääkomponenttianalyysin avulla tarkasteltiin henkilökunnan ja lähijohtajien näkemystä lähijohtajan vastuun alueista. Vastuun suhteen ei hypoteesia esitetty. Henkilökunnan vastauksien perusteella lähijohtajan vastuu jakautuu yleiseen johtamisvastuuseen, lailliseen ja hallinnolliseen vastuuseen sekä substanssivastuuseen. Lähijohtajien vastausten perusteella erottuu päivittäisjohtamisen alue, hallinnollinen vastuu (organisaation sisällä), oikeudellinen vastuu ja yhteistyövastuu.



Kuvio 53. Lähijohtajan vastuun ja tilivelvollisuuden tarkastelu summamuuttujien keskiarvojen avulla henkilökunnan ja lähijohtajien aineistoissa

Varsinainen tarkastelu vastuun alueista tapahtui muuttujien päivittäisjohtaminen, hallinnointi, kompetenssi ja talous kautta. Lähijohtajat arvioivat vastuun ottamisen kaikilla osa-alueilla varsin korkealle. Vastuuta otettiin päivittäisjohtamisesta ja hallinnoinnista vielä enemmän kuin kompetenssista ja taloudesta. Myös henki-

lökunta arvioi lähijohtajan ottavan vastuuta melko paljon, mutta selvästi vähemmän kuin lähijohtajien itsensä mielestä.

Päivittäisjohtamisen suhteen henkilökunnan kyselyn perusteella yhteyttä taustamuuttujiin ei ollut havaittavissa, mutta yliopistosairaanhoitopiirien henkilökunta arvioi lähijohtajan vastuun ottamisen hallinnoinnista korkeammalle tasolle kuin ei-yliopistosairaanhoitopiirien henkilökunta. Arvio lähijohtajan kompetenssivastuun ottamisesta vaihteli henkilökuntakyselyssä sairaanhoitopiireittäin. Eniten lähijohtajan arvioi ottavan vastuuta Pohjois-Pohjanmaa, Pohjois-Savon ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien henkilökunta. Kompetenssivastuun ottaminen arvioitiin korkeimmaksi suurimpien sairaanhoitopiirien ja yliopistosairaanhoitopiirien ryhmissä. Muilta osin ryhmien välisiä eroja ei ollut.

Henkilökunnan nuorin ikäluokka (24 vuotta tai alle) arvioi lähijohtajan talousvastuun ottamisen korkeimmalle tasolle. Kriittisimmin suhtautui ikäluokka 25–34-vuotiaat. Miehet arvioivat talousvastuun ottamisen heikommaksi kuin naiset. Lisäksi oli nähtävissä viitteitä perusterveydenhuollon korkeammasta vastuunotosta.

Lähijohtajien oma arvio vastuun ottamisesta oli siis melko korkea. Yhteyksiä taustamuuttujiinkin löytyi. Päivittäisjohtamisen, hallinnoinnin ja talouden kohdalla enemmän vastuuta ottivat henkilöstömäärältään 51–100 yksiköiden lähijohtajat, nais- ja hoitajalähijohtajat sekä naislääkärit. Vastuuta otettiin enemmän, jos lähijohtajalla oli alempi koulutustaso, ja aikaa hallinnollisiin tehtäviin käytettiin enemmän. Talousvastuun kohdalla lisäksi perusterveydenhuollon lähijohtajat ottivat enemmän vastuuta kuin erikoissairaanhoidon. Talousvastuussa myös lähijohtajan iällä oli merkitystä. Nuorin johtajaikäluokka (25–34-vuotiaat) otti vastuuta eniten. Kompetenssin kohdalla eroa syntyi nais- ja mieslääkäreiden välillä. Naislääkärilähijohtajat ottivat enemmän vastuuta kompetenssista.

Tilivelvollisuus

Myös tilivelvollisuuden kohdalla tarkasteltiin vastausten jakautumista ryhmien välillä. Henkilökunnan vastauksissa lähijohtajan tilivelvollisuuden kohteita olivat oma itse, asiakas, hallinto ja henkilökunta. Lähijohtajilla analyysi tuo esiin useampia tahoja, jotka selvemmin liittyvät teorian luokitteluun: poliittinen, byrokraattinen, ammatillinen, henkilökohtainen, organisaation sisäinen taloudellinen ja toiminnan johtamiseen liittyvä tilivelvollisuus.

Varsinainen tarkastelu tilivelvollisuuden lajeista tapahtui muuttujien byrokraattinen, ammatillinen, toiminnan johtamisen, poliittinen ja oikeudellinen tilivelvollisuus Romzekin ja Dubnickin (1987) sekä Romzekin ja Ingrahamin (2000) jaotteen perusteella. Kuten vastuun ottamisen myös tilivelvollisuuden kohdalla lähi-

johtajat itse arvioivat tilivelvollisuuden kaikilla summamuuttujilla suuremmaksi kuin henkilökunta arvioi sen olevan. Lähijohtajien vastauksissa korkeimman arvon saa toiminnan johtamisen ja oikeudellinen tilivelvollisuus ja matalimman poliittinen tilivelvollisuus. Henkilökunnan arvioissa korkeimman arvon saa oikeudellinen ja matalimman poliittinen tilivelvollisuus.

Tilivelvollisuuden lajien tarkastelu taustamuuttujien luokissa tuo esiin eroja vastaajaryhmien välillä. Henkilökunnan kyselyssä naiset arvioivat lähijohtajan byrokraattisen tilivelvollisuuden korkeammalle kuin miehet. Lähijohtajien vastauksissa byrokraattinen tilivelvollisuus lisääntyi alempiin koulutusryhmiin mentäessä ja hallinnollisten tehtävien osuuden kasvaessa. Byrokraattinen tilivelvollisuus koettiin suuremmaksi perusterveydenhuollossa ja osastokohtaisesti perusterveydenhuollon avoterveydenhuollossa ja vuodeosastoilla. Nais- ja hoitajalähijohtajat kokivat byrokraattista tilivelvollisuutta enemmän kuin mies- ja lääkärilähijohtajat.

Ammatillisen tilivelvollisuuden suhteen henkilökuntaryhmien mielipiteissä ei ollut eroa. Lähijohtajien vastauksissa ammatillinen tilivelvollisuus oli yhteydessä sairaanhoitopiirin kokoon, vastaajan koulutustasoon ja hallinnollisten tehtävien osuuteen työajasta. Mitä pienempi sairaanhoitopiiri, mitä alhaisempi vastaajan koulutustaso ja mitä suurempi osuus työajasta kului hallinnollisiin tehtäviin, sitä enemmän ammatillista tilivelvollisuutta arvioitiin olevan. Tarkemmassa ryhmien välisessä tarkastelussa ilmenee, että ammatillista tilivelvollisuutta esiintyy eniten Lapin sairaanhoitopiirin, ei-yliopistosairaanhoitopiirien yleensä, naislähijohtajien ja hoitajalähijohtajien vastausten mukaan. Koulutustasoista eniten tilivelvollisuutta kokivat erikoistumiskoulutuksen ja ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet lähijohtajat.

Toiminnan johtamisen tilivelvollisuuden suhteen henkilökuntaryhmien mielipiteissä ei ollut eroa. Lähijohtajien vastauksissa muuttuja oli yhteydessä vastaajan koulutustasoon, johtamiskokemuksen määrään ja hallinnollisten tehtävien osuuteen työajasta. Lähijohtajan tunne tilivelvollisuudesta kasvoi, mitä alempi vastaajan koulutustaso oli, mitä suurempi osuus työajasta kului hallinnollisten tehtävien hoitamiseen ja mitä pidempi johtamiskokemus vastaajalla oli. Yksikön koko vaikutti lähijohtajan toiminnan johtamisen tilivelvollisuuteen. Yksikön koon suuren tuessa myös tilivelvollisuuden tunne kasvoi. Kasvu taittui kuitenkin henkilöstömäärän ylittäessä 100. Myös toiminnan johtamisen tilivelvollisuutta tunsivat enemmän nais- ja hoitajalähijohtajat.

Poliittinen tilivelvollisuus sai molemmissa aineistoissa matalimman arvon tilivelvollisuuden lajeista. Muuttujan arvo kuitenkin vaihteli vastaajaryhmissä. Henkilökunnan aineistossa muuttujalla oli yhteyttä vastaajan ikään ja terveydenhuoltoalan työkokemuksen määrään. Mitä vanhempi vastaaja oli ja mitä pidempään hän

oli työskennellyt terveydenhuollossa, sitä vahvemmasi hän arvioi lähijohtajan poliittisen tilivelvollisuuden. Lisäksi perusterveydenhuollossa vastaajat arvioivat lähijohtajan poliittisen vastuun korkeammaksi kuin erikoissairaanhoidossa. Tämä näkyy myös osastokohtaisessa tarkastelussa perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon ja vuodeosaston vastaajien korkeampina arvioina.

Lähijohtajien aineistossa poliittinen tilivelvollisuus liittyi, kuten muidenkin tilivelvollisuuden lajien kohdalla, vastaajan koulutustasoon ja hallinnollisten tehtävien osuuteen työajasta. Lähijohtajan tunne tilivelvollisuudesta kasvoi, mitä alempi vastaajan koulutustaso oli ja mitä suurempi osuus työajasta kului hallinnollisten tehtävien hoitamiseen. Lisäksi poliittista tilivelvollisuutta koettiin enemmän perusterveydenhuollossa erityisesti vuodeosastoilla. Myös poliittisen tilivelvollisuuden kohdalla nais- ja hoitajalähijohtajat kokivat tilivelvollisuutta enemmän kuin mies- ja lääkärilähijohtajat.

Oikeudellisen tilivelvollisuuden muuttuja saa molemmissa aineistoissa korkeimman arvon. Henkilökuntakyselyssä näkyi muuttujan yhteys vastaajien ikään. Mitä vanhempi vastaaja oli, sitä korkeampi oli arvio lähijohtajan oikeudellisesta tilivelvollisuudesta. Lisäksi eroa oli sairaanhoitopiirin koon mukaan. Oikeudellinen tilivelvollisuus arvioitiin korkeimmaksi pienimpien ja suurimpien sairaanhoitopiirien ryhmissä.

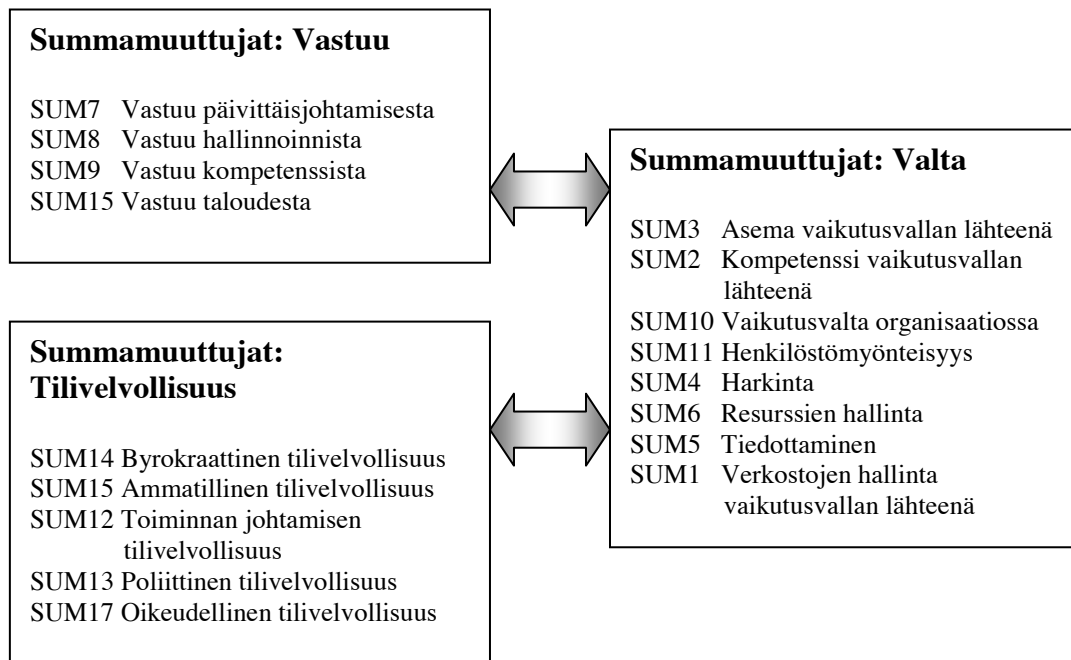
Lähijohtajien aineistossa vastaajan koulutustaso ja hallinnollisten tehtävien osuus vaikutti myös tähän muuttujaan. Oikeudellista tilivelvollisuutta tunnettiin enemmän, mitä alhaisempi vastaajan koulutustaso oli, ja mitä suurempi osuus työajasta kului hallinnollisten tehtävien hoitamiseen. Lisäksi oikeudellista tilivelvollisuutta koettiin enemmän yksikön koon kasvaessa. Kuitenkin muuttujan arvo lähti laskuun, kun henkilöstömäärä ylitti 100. Myös oikeudellisen tilivelvollisuuden kohdalla nais- ja hoitajalähijohtajat kokivat tilivelvollisuutta enemmän kuin mies- ja lääkärilähijohtajat.

5.4 Tilivelvollisuuden tyyppien suhde organisaation valtatyypeihin

Kappaleessa 3.2. todetaan, että vastuu on vallan luonnollinen seuraus. Niin on myös luonnollista tutkia vallan ja tilivelvollisuuden suhdetta, tavoitteena lähinnä selvittää, synnyttääkö tietty organisaation valtatyyppi tietynlaista tilivelvollisuutta ja vastuuta. Tilivelvollisuuden ja vallan suhdetta tarkastellaan summamuuttujien korrelaation (Pearson) avulla, ja tähän suhteeseen mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä osittaiskorrelaation avulla taustamuuttujia vakioimalla. (Ks. kuvio 54.)

Ensimmäinen vakiointi tapahtui aineistojen välillä, jotta saatiin selville eroavatko henkilökuntakyselyn korrelaatiot lähijohtajakyselyn korrelaatioista. Vakioinnin perusteella päädyttiin tarkastelemaan muuttujia asema vaikutusvallan lähteenä, henkilöstömyönteisyys ja verkostojen hallinta vaikutusvallan lähteenä aineistoissa erikseen. Muiden summamuuttujien osalta aineistot ovat tarkastelussa yhdessä.

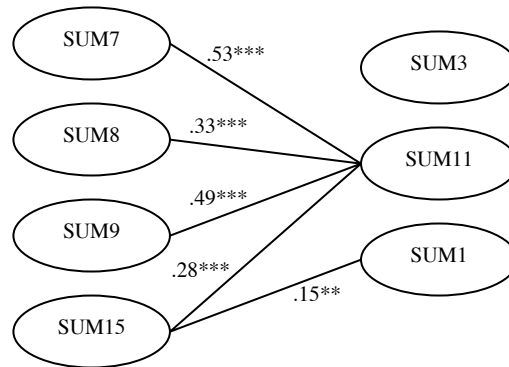
Summamuuttujien kompetenssi vaikutusvallan lähteenä, vaikutusvalta organisaatiossa, harkinta, resurssien hallinta ja tiedottaminen yhteys sekä vastuun että tilivelvollisuuden kaikkiin summamuuttujiin oli vahva¹⁴¹. Henkilökunnan ja lähijohdajien aineistoissa erikseen tarkasteltaviksi jäivät muuttujat asema vaikutusvallan lähteenä, henkilöstömyönteisyys ja verkostojen hallinta vaikutusvallan lähteenä.



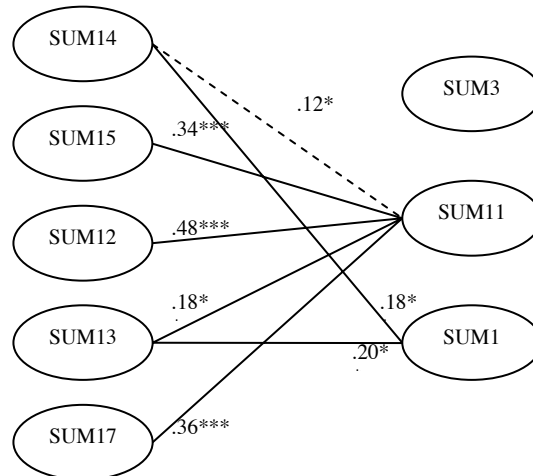
Kuvio 54. Valta- ja tilivelvollisuustyyppien korrelaatiotarkastelussa käytetyt summamuuttujat

¹⁴¹ Kaikissa korrelaatio erittäin merkitsevä. Korrelaation voimakkuus muuttujittain: kompetenssi vaikutusvallan lähteenä .21–.31, vaikutusvalta organisaatiossa .16–.31, harkinta .33–.64, resurssien hallinta .28–.50, tiedottaminen .31–.62.

Henkilökunnan kohdalla asema vaikutusvallan lähteenä ei ollut yhteydessä yhteenkään vastuun tai tilivelvollisuuden summamuuttujaan. Henkilöstömyönteisyys oli yhteydessä kaikkiin, tosin yhteys byrokraattiseen tilivelvollisuuteen oli heikko. Verkostojen hallinta vaikutusvallan lähteenä oli yhteydessä vastuuseen taloudesta sekä byrokraattiseen ja poliittiseen tilivelvollisuuteen. (Ks. kuviot 55 ja 56.)

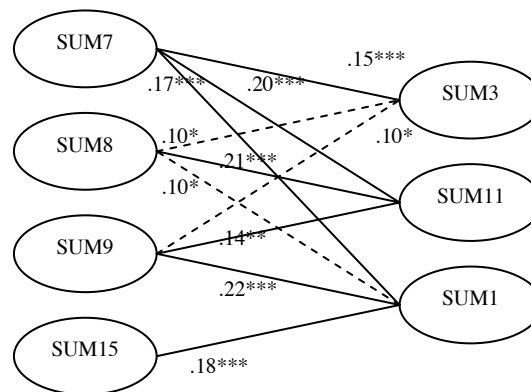


Kuvio 55. Valtaa kuvaavien summamuuttujien suhde vastuun summamuuttujiin henkilökunnan aineistossa

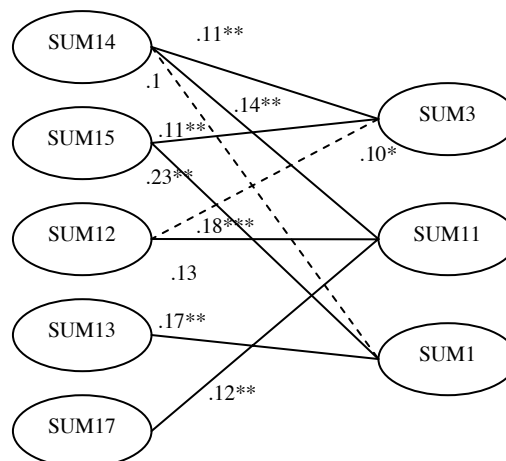


Kuvio 56. Valtaa kuvaavien summamuuttujien suhde tilivelvollisuuden summamuuttujiin henkilökunnan aineistossa

Lähijohtajien aineistossa yhteyksiä oli enemmän. Asema vaikutusvallan lähteenä oli yhteydessä vastuuseen päivittäisjohtamisesta sekä byrokraattiseen ja ammatilliseen tilivelvollisuuteen. Henkilöstömyönteisyys oli yhteydessä vastuuseen päivittäisjohtamisesta, hallinnoinnista ja kompetenssista sekä byrokraattiseen, toiminnan johtamisen ja oikeudelliseen tilivelvollisuuteen. Verkostojen hallinta vaikutusvallan lähteenä oli puolestaan yhteydessä vastuuseen päivittäisjohtamisesta, kompetenssista ja taloudesta sekä ammatilliseen, toiminnan johtamisen ja poliittiseen tilivelvollisuuteen. (Ks. kuviot 57 ja 58.)

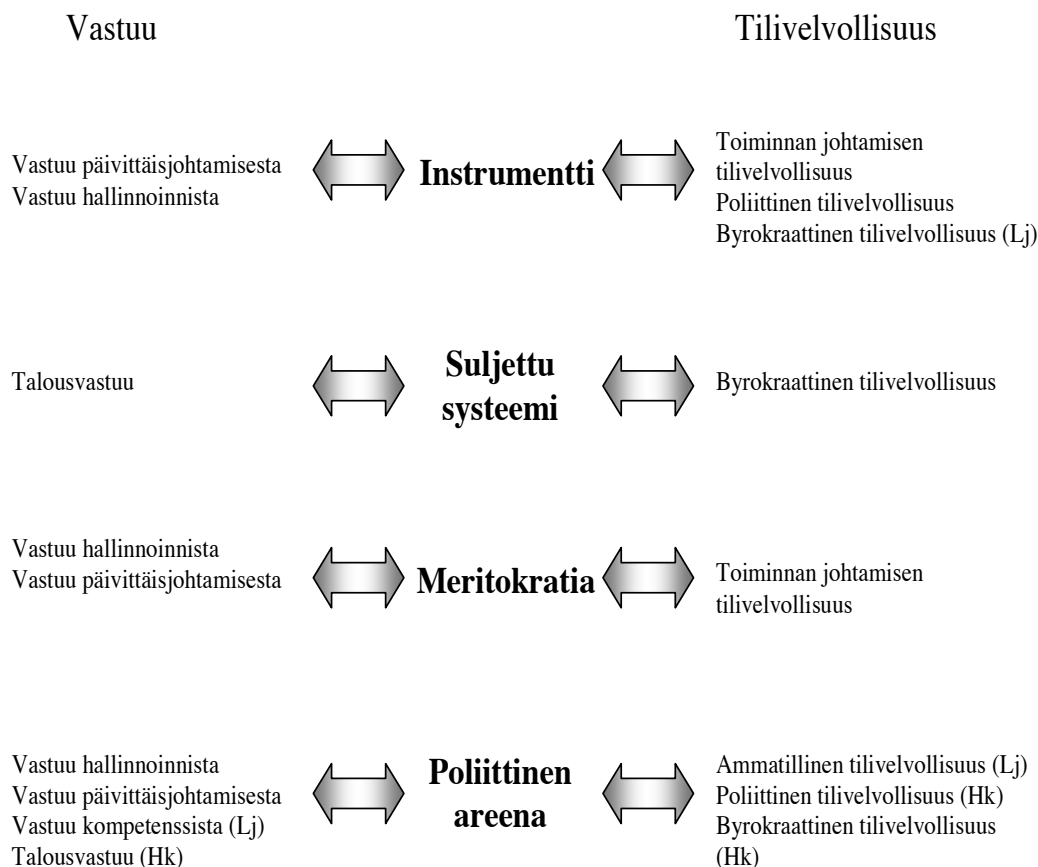


Kuvio 57. Valtaa kuvaavien summamuuttujien suhde vastuun summamuuttujiin lähijohtajien aineistossa



Kuvio 58. Valtaa kuvaavien summamuuttujien suhde tilivelvollisuuden summamuuttujiin lähijohtajien aineistossa

Kun yhteyksiä tulkitaan vahvimpien korrelaatioiden avulla, instrumentti-organisaatio synnyttää vastuun ensisijaisesti päivittäisjohtamisesta mutta myös hallinnoinnista. Instrumentti-organisaatio näyttäisi liittyvän toiminnan johtamisen ja poliittiseen tilivelvollisuuteen mutta lähijohtajien aineistossa myös byrokraattiseen tilivelvollisuuteen. Suljettu systeemi -organisaatio puolestaan liittyy talousvastuuseen ja byrokraattiseen tilivelvollisuuteen. Meritokratiaan liittyy vastuu päivittäisjohtamisesta ja hallinnoinnista sekä toiminnan johtamisen tilivelvollisuus. Poliittinen arena on yhteydessä ensisijaisesti vastuuseen hallinnoinnista mutta myös vastuuseen päivittäisjohtamisesta. Lisäksi lähijohtajien aineistossa poliittiseen areenaan liittyy ammatillinen tilivelvollisuus ja vastuu kompetenssista sekä henkilökunnan aineistossa poliittinen ja byrokraattinen tilivelvollisuus ja talousvastuu. (Ks. kuvio 59.)



Kuvio 59. Terveydenhuollon organisaatioiden valtatyyppien suhde vastuun ja tilivelvollisuuden tyypeihin

Vallan, vastuun ja tilivelvollisuuden tyyppien yhteyttä tarkasteltiin myös osittaiskorrelaation avulla eliminoimalla taustamuuttujien vaikutus. Dikotomisten taustamuuttujien kohdalla tarkasteltiin korrelaatioita ryhmien välillä. Näin on mahdollista saada selville taustatekijöitä, jotka vaikuttavat yhteyden syntymiseen tai kaotamiseen. Vakioiminen sairaanhoitopiirin koolla tai vastaajan iällä ei vaikuttanut yhteyksiin muuttujien välillä.

Instrumentti-organisaation kohdalla yhteydet vastuun ja tilivelvollisuuden organisaatiotyyppihin häviävät lähijohtajien aineistossa erikoissairaanhoidossa, yliopisto- ja väestövoittosairaanhoitopiireissä. Naislähijohtajilla yhteys vastuuseen hallinnoinnista ja toiminnan johtamisen tilivelvollisuuteen häviävät, mutta yhteys byrokraattiseen ja ammatilliseen vastuuseen vahvistuu. Mieslähijohtajilla tilanne on päinvastainen. Kun vakioidaan johtamiskokemus ja alaisten määrä, yhteys byrokraattiseen, ammatilliseen ja toiminnan johtamisen tilivelvollisuuteen heikkenee.

Suljettu systeemi -organisaation yhteys talousvastuuseen ja byrokraattiseen tilivelvollisuuteen säilyy vakiointien jälkeenkin. Tosin yliopistosairaanhoitopiireissä ja miesvastaajien ryhmässä yhteydet voimistuvat.

Meritokratia-organisaation havaitut yhteydet vastuun ja tilivelvollisuuden muuttujiin häviävät miesvastaajien ja lääkäreiden ryhmissä. Näissä vastaajaryhmissä korostuu meritokratian yhteys poliittiseen tilivelvollisuuteen ja vastuuseen kompetenssista. Lähijohtajien ryhmässä vakiointi terveydenhuoltoalan työkokemuksella ja koulutuksella hävittää yhteyden. Lisäksi yhteys häviää yliopistosairaanhoitopiireissä.

Poliittinen arena -organisaation yhteydet vastuun ja tilivelvollisuuden muuttujiin häviävät henkilökunnan aineistossa vakioitaessa terveydenhuoltoalan työkokemuksella ja koulutuksella. Lisäksi yhteys häviää yliopisto- ja väestövoittosairaanhoitopiireissä ja perusterveydenhuollossa. Miesvastaajien kohdalla yhteys byrokraattiseen ja poliittiseen tilivelvollisuuteen voimistuu. Lähijohtajien aineistossa poliittinen arena -organisaation yhteys vahvistuu yliopistosairaanhoitopiireissä ja miesvastaajien ryhmässä.

5.5 Yleisiä huomioita

Kyselyn lopussa vastaajat saivat tarkentaa esittämiään vastauksia ja esittää mielipiteitään kyselyn aihepiiristä yleisesti. Vaikka avoimen kysymyksen vastaukset eivät liitykään suoraan tutkimuskysymyksiin vastaamiseen, esitetään ne tässä kuitenkin vastaajien kannanottoina. Avoimen kysymyksen vastaukset kirjoitettiin

kyselylomakkeilta sanasta sanaan. Nettilomakkeiden osalta vastaajan kirjoittama teksti tallentui sellaisenaan tilasto-ohjelmaan. Kaikki kysymykset käytiin läpi ja ryhmiteltiin teemoittain. Niistä otetaan esiin yleisimmät.

Lähijohtajien kohdalla eniten mainintoja esiintyi päätöksentekoon liittyvästä yhteistyöstä (41 mainintaa). Henkilökunnan vastauksissa mainintoja yhteistyössä päättämisestä oli vain neljä ja yhteistyön toimimattomuudesta viisi. Seuraavassa lähijohtajien vastauksia lisätietona päätöksentekoa koskevaan kysymykseen:

”Monet asiat päätetään työyksikössä yhteisesti, ei yksin päättämällä.” (LJ 6503)

”Vaikka meillä johtava hoitaja (=hoitotyön johtaja-nimikkeellä) valitsee virkoihin työntekijät, päättää koulutukset, päättää virkavapaudet ja sijaiset, hän ei tee päätöksiä neuvottelematta lähiesimiehen kanssa, ottaa käytännössä huomioon osastonhoitajan mielipiteet.” (LJ 6621)

”Yksikön toimintatavoitteet laaditaan yhdessä henk.kunnan kanssa. Koulutuksiin osallistumisista keskustellaan ja ollaan tasapuolisia, vaikka ylilääkäri allekirjoittaa anomukset. Hankinnat tuumitaan porukalla, oh tekee esitykset ja isommissa hankinnoissa hakee ylilääkärin allekirjoituksen.” (LJ 6667)

”Monissa asioissa teemme yhdessä henkilökunnan (osittain myös vastuulääkärin) kanssa päätösesityksiä, jotka sitten toimivaltaa käyttävä viranhaltija allekirjoittaa.” (LJ 4756)

”Esimiestyö tänäpäivänä on enimmäkseen yhteistoiminnallista. Päätökset syntyvät yhteisten sopimisten, neuvottelujen yms. kautta.” (LJ 6885)

Vastauksista tulee esiin vahvasti yhteistyön henki. Asioista sovitaan ja keskustellaan yhteisesti, vaikka varsinaisen päätöksen allekirjoittaja on yksi henkilö. Myös asiakas on mainittu yhteistyökumppanina, mutta vain kahdesti:

”...osaston työryhmä (tiimi: henkilökunta, oh, lääkäri, sos.tt., psykologi jne) yhdessä määrittelevät tavoitteet. Ne käydään läpi ja arvioidaan vuosittain kehittämisspäivillä ja laaditaan uusia tavoitteet. Mm. potilaiden antama palaute vaikuttaa asiaan.” (LJ 6881)

”Jag försöker i mitt ledarskap tjäna mina medarbetare på bästa möjliga sätt så att de i sin tur kan ge god vård åt våra patienter, vård som grundar sig på vetenskap och beprövad erfarenhet.” (LJ 6544)

Toinen lähijohtajien vastauksissa yleisesti mainittu asia oli johtamisen ammattiryhmäkohtaisuus (21 mainintaa). Vastauksista tuli esiin johtamisjärjestelmien erillisuus, joka estää yksikön kokonaisuudesta lähtevän päätöksenteon.

”Lääketiede- ja hoitotiedepuoli on jo siten jakautunut, että vaikutusmahdollisuudet "toisten asioihin" on rajattu...” (LJ 6510)

”Kohdassa 17 jo toinkin esille esimiestyön hauskuuden erikoissairaanhoidossa. Yl ja yh. kilpailevat mihin nimensä laittavat ja ovat viralliset johtajat (siis 2 linjaa). Meikäläinen vaan pyörittää koko systeemiä. Eikö tähän todella saada selkeää kuviota?” (LJ 6550)

”Kaikkiaan esimiesroolini on hankalasti määriteltävissä, koska terveydenhuollossa on omat hallinnonlinjat taloudelle (tulosityksiköiden vastaavat), henkilöstöhallinnolle ja lääke-/hoitotieteellinen hierarkia. Muodollinen johtajuus näissä eri linjoissa ei useinkaan osu samalle henkilölle.” (LJ 6690)

Yhdessä vastauksessa esiintyi toive kokonaisvaltaisemmasta yksikkökohtaisesta ajattelusta:

”Työterveyshuollossa nähdäkseni korostuu tth:n erityisosaaminen, joka ei ole erikseen hoito- tai lääketiedettä eikä epämäär. terveystieteitä. Yksiköllä pitää olla yksi toiminn. johtaja, joka hallitsee substanssin. Vanhasta tsaarinaikaisesta 2-johtajajärjestelmästä tulisi luopua, vaikka sillä on työllistävä vaikutuksensa.” (LJ 7171)

Kolmas lähijohtajien yleisesti esiin ottama teema oli näennäinen päätösvalta (17 mainintaa). Vaikka vastuuta koetaan olevan paljon, virallista päätöksentekooikeutta on vähän.

”Osastonhoitajilla on yhä paljon näennäistä valtaa, kun saa tehdä rajoitettusti virallisia päätöksiä. Useimmiten ylemmän tahon päätökset ovat kuitenkin samat kuin oh on esittänyt” (LJ 6885)

”Osastonhoitaja PÄÄTTÄÄ hyvin harvoista asioista. Ehdottaa voi, mutta VARSINAINEN PÄÄTÖKSENTEKO JA HYVÄKSYMINENEN esim hankinnat, lomat tapahtuu yllämainitulla tasolla. ... Korostan, että vaikutusvaltaa toki on, mutta virallista päätäntävaltaa ja ja sitä myöten myöskään juridista vastuuta hyvin vähän. Moraalista ehkä sitäkin enemmän.” (LJ 6915)

”Terveydenhuollon lähiesimiehenä koen olevani haasteellisessa virassa, jossa vaikutusmahdollisuudet ovat kuitenkin todellisuudessa melko vähäiset ja itsenäiseen päätöksentekoon ei byrokraattisessa organisaatiossa anneta valtuuksia. Oman yksikön toiminnan tavoitteita suunnitellaan kyllä yhteistyössä koko henkilökunnan kanssa, ja saan esittää kantani, mutta lopullisen linjauksen toiminnan tavoitteista tekee ylläkäri. Voin esimerkiksi puoltaa koulutusanomuksia, esittää palkanlisää ja perustella lisätoimien/resurssien tarvetta, mutta lopulliset päätökset tehdään aina korkeammalla taholla. Johtoryhmä päättää hyväksytäänkö koulutukseen pääsy, ylihoitaja kontrolloi menevätkö lomat sopivasti yksin osaston lomien kanssa ja vahvistaa lomat, ylihoitajalta täytyy kysyä siunaus sijaisuuksille, virkavapauksille

jne., voin tehdä hankintaesityksen, jonka ylilääkäri allekirjoittaa, vastaanotan laskut ja ylilääkäri hyväksyy ne, palkkaneuvosto ratkaisee palkkausasiat ja sh-piirin valtuusto karsii pois budjettiin suunnitellut lisäresurssit jne. Eniten suututtaa se, että lopulliset päätökset tehdään yleensä siellä, missä asiasta vähiten tiedetään. Oikeastaan voisin lähiesimiehenä todeta, että tällä hetkellä pystyn käyttämään päätöksentekovaltaani ainoastaan yksittäisissä yksikköni sisäisissä asioissa.” (LJ 7045)

”Ristiriitaista on juuri se, että kokee olevansa vastuussa asioista, joihin ei itsellä kuitenkaan ole mahdollisuutta itsenäisesti vaikuttaa. On siis joku henkilö, joka määrittelee ja sanelee lopullisen päätöksen jostakin pienestäkin asiasta.” (LJ 6918)

Myös henkilökunnan vastauksissa tuli esiin lähijohtajan näennäinen päätöksenteko:

”Esimies on puun ja kuoren välissä, ei oikeastaan mistään itsenäistä päätösvaltaa (tai vähän). Liaksikin koulutettu (terveyd. huoll. maisteri). Turhautuvat ja hakeutuvat pois, eivät viihdy ankaran hierarkkisessa työympäristössä, joka sairaala edelleen on. ”Käskytyksipolitiikka” kukoistaa; johtava ylihoitaja päättää jopa osaston kaapeista...” (HK 1413)

”Organisaatiossamme esimieheni joutuu vastaamaan yksikkönsä kaikista asioista/toimintojen sujuvuudesta, mutta hänellä ei ole mahdollisuutta vaikuttaa esim. hallinnollisiin tai budjettiasioihin.” (HK 1592)

”Näin ”rivityöntekijän” näkökulmasta osastonhoitajan toimenkuva on erittäin hankala. ”Ylhäältä” painostetaan epärealistisiin tuloksiin (esim. pärjäämään pienemmällä miehityksellä työvuoroissa) ja kuitenkin pitäisi osaston ”loistaa” uusilla hoitotyön menetelmillä/projekteilla.

”Rivityöntekijät väsyvät ja osastonhoitaja on näin ollen ”puun ja kuoren välissä”. ” (HK 1422)

Kokonaisuudessaan henkilökunnan avoimen kysymyksen vastauksista ei voinut nähdä vahvoja linjoja. Eniten mainintoja saivat näkemys johtajuuden puutteesta (9 mainintaa), päätöksenteon kankeudesta ja moniportaisuudesta (5 mainintaa), lähijohtajan hankalasta asemasta ”puun ja kuoren välissä” (4 mainintaa) ja näennäisjohtajuudesta (4 mainintaa).

6 LOPPUTARKASTELU

6.1 Teorian suhde empiriaan

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella terveydenhuollon julkisten organisaatioiden valta- ja tilivelvollisuuskysymyksiä yksiköiden johtamistoiminnan kautta. Terveydenhuollon organisaatioissa vaikuttavat vahvasti vanhat perinteiset organisaatiomallit byrokratia ja professionaalinen organisaatio. Uutta ajattelua on tuonut huomion kiinnittäminen organisaation tulokseen. Organisaation rakenne vaikuttaa siellä tapahtuvaan johtamistyöhön johtamisjärjestelmän kaikilla tasoilla.

Organisaation sisäinen rakenne, toiminnan päämäärä ja suhde ympäröivään maailmaan muovaavat organisaation valta- ja tilivelvollisuusrakenteita. Tässä työssä organisaation valtarakennetta tutkittiin Mintzbergin valtatyyppityksen avulla. Tarkastelu tehtiin terveydenhuollon yksiköiden johtamistoiminnan, lähijohtamisen, kautta. Mintzbergin valtatyypeistä mukana olivat instrumentti, suljettu systeemi, meritokratia ja poliittinen areena. Autokratia ja missio-organisaatio jätettiin tarkastelun ulkopuolelle, koska niissä lähijohtamisella ei ole näkyvää roolia. Valtatyyppien esiintymistä tutkittiin vallan lähteiden, päätöksenteko, harkinta, resurssien hallinta ja tiedon ja verkostojen hallinta, kautta.

Tilivelvollisuus sisältää sekä ulkoisen (tilivelvollisuus kenelle?) että sisäisen (vastuu mistä?) ulottuvuuden. Tilivelvollisuutta tarkasteltiin Romzekin, Dubnickin ja Ingrahamin jaottelun avulla: byrokraattinen, oikeudellinen, ammatillinen ja poliittinen tilivelvollisuus. Lisäksi tutkittiin vastuun alueita lähijohtajan toiminnassa.

Tutkimuskysymyksiin pyrittiin vastaamaan keräämällä empiiristä aineistoa kyselyn avulla. Kysely laadittiin teorian pohjalta ja ryhmiteltiin summamuuttujiin pääkomponenttianalyysin avulla. Kyselyn kaksi päävastaajaryhmää olivat lähijohtajat itse ja henkilökunta. Kysely suoritettiin 10 sairaanhoitopiirin alueella sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa.

6.2 Johtopäätökset

Tutkimuskysymyksiin vastaaminen tapahtui ensimmäisen kysymyksen osalta teorian pohjalta. Muihin kysymyksiin vastattiin empiirisen aineiston avulla käyttäen apuna organisaation valtatyyppien kriteereitä (ks. taulukko 6) ja tilivelvollisuuden ryhmittelyä (ks. taulukko 5).

Mitä valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollossa tarkoittavat?

Tämän tutkimuksen teoreettisen osan tavoitteena oli hahmottaa terveydenhuollon organisaatioiden tyypilliset rakenteet, rakenteista johtuva vallan ilmeneminen ja vallankäytöstä luonnollisesti seuraava vastuu ja tilivelvollisuus. Tarkastelussa pyrittiin keskittymään erityisesti lähijohtamisen kannalta merkittäviin huomioihin.

Valta on johtamisen ja hallinnollisen toiminnan kannalta välttämätöntä. Valta-asetat syntyvät ja kuolevat organisaation erikoistumisen ja yksiköitymisen seurauksena. Valta tulee näkyväksi määräävien tekijöidensä, seuraustensa, symbolien tai suoran ilmaisun kautta. Koska tässä tutkimuksessa näkökulma valtaan on rakenteellinen, keskitytään tarkastelemaan vallan määrääviä tekijöitä ja seurauksia.

Taulukko 37. Terveydenhuollon organisaatioiden tyypillisten rakenteiden yhtymäkohdat vallan tyypeihin

Organisaation valtatyyppi	Organisaation rakenne		
	Byrokratia	Professionaalinen organisaatio	Tulosorganisaatio
Instrumentti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hierarkia ▪ Säännöt ▪ Päätösvalta rajattu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Professionaalinen byrokratia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toimiminen ulkoa asetettujen tavoitteiden mukaisesti
Suljettu systeemi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hierarkia ▪ Säännöt 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oman toiminnan korostaminen
Meritokratia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ammattien hierarkia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asiantuntijoiden roolin korostaminen ▪ Hallinnon rooli vähäinen ▪ Ammattijärjestöillä rooli 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kilpailu
Poliittinen areena		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Päätösvalta ei keskittynyttä ▪ Verkostoituminen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kilpailu ▪ Oman edun tavoittelu

Organisaation rakenteellisen vallan tutkimiseksi vallan lähteet jaoteltiin neljään: päätöksenteko, harkinta, resurssien hallinta sekä tiedon ja verkostojen hallinta. Varsinaiseen organisaation valtatyyppien tarkasteluun käytettiin Mintzbergin jaottelua. Taulukossa 37 on tarkasteltu eri organisaation valtatyyppien suhdetta tyyppillisiin terveydenhuollon organisaatioissa esiintyviin rakenteisiin.

Kuten taulukosta voidaan nähdä, tietynlainen organisaatorakenne tukee tietyn valtatyyppin syntymistä. Rakenteeltaan byrokraattiselle organisaatiolle luontevin valtatyyppi on instrumentti tai suljettu systeemi riippuen organisaation ulkopuolisesta vaikutuksesta. Professionaalinen organisaatio puolestaan liittyy luonnollisesti meritokraattiseen valtarakenteeseen. Professionaaliossa voi esiintyä myös poliittisen areenan tunnusmerkkejä, koska päätösvalta on hajaantunut asiantuntijoille. Kuitenkin byrokraattisen ja professionaalisen organisaatorakenteen ja meritokratian yhtymäkohtana voidaan nähdä professionaalinen byrokraatia.

Tulosorganisaatiossa puolestaan voidaan nähdä jossain määrin yhteistä kaikkien valtatyyppien kanssa. Tulosorganisaatiolta puuttuu ikään kuin syvempi organisaatorakenteen ja organisaation toiminnan päämäärän välinen yhteys, koska se voidaan valjastaa palvelemaan kulloinkin tavoiteltavaa tulosta. Luonteeltaan tulosorganisaatio kuitenkin etupäässä yhdistyy vahvimmin poliittisen areenan ja meritokratian kanssa.

Lähijohtajan asema organisaation johtamisjärjestelmän alimpana portaana on luonteeltaan välitöntä toimintaa yksikön tasolla. Tehtävässä on tärkeää osata muuttaa ylempien tahojen asettamat tavoitteet käytännön toiminnaksi. Byrokraattisessa organisaatiossa, jossa valtatyyppi on instrumentti, lähijohtaja noudattaa sääntöjä ja määräyksiä, ja omaa päätösvaltaa ja harkintaa on vähän. Lähijohtajan vaikutusvalta perustuu asemaan organisaatiossa. Tässä asemassa on mahdollista toteuttaa määräyksiä tehokkaasti tai tehottomasti, varmistaa tarvittavat resurssit, mutta sääntöjen puitteissa, ja välittää tietoa tehokkaasti tai tehottomasti.

Byrokraattisessa organisaatorakenteessa, jossa valtatyyppi on suljettu systeemi, lähijohtajan vaikutusvalta on hieman suurempi. Organisaatiolta puuttuu ulkoinen vaikuttaja. Julkisissa organisaatioissa tilanne on mahdollinen, kun organisaation sisäinen elämä on vahva, ja ulkoinen vaikutus pyritään eliminoimaan. Kun ulkoista ohjausta ei ole, organisaation sisällä jokainen yksikkö pyrkii korostamaan toimintaansa ja saamaan näin suuremman osan resursseista.

Professionaaliossa organisaatorakenteessa meritokratian vallitessa lähijohtajan roolissa asiantuntijuus korostuu. Vaikutusvalta perustuu tunnustettuun osaamiseen omalla erikoisalalla, ja harkintaa on päätöksenteossa runsaasti. Lähijohtajan

hallinnollinen rooli on vähäinen. Resursseista kilpaillaan, ja niillä pelataan ja käydään kauppaa. Oma ammattikunta on vahva vaikuttaja ja osallistuu tiedonvälitykseen.

Kuten edellä todettiin, tulosorganisaatiossa kaikkien valtatyyppien toiminta on mahdollista. Olennaista on, mikä parhaiten palvelee tuloksen saavuttamista. Tulostajatteluun lähtökohta on organisaation jakaminen tulosvastuullisiin yksiköihin ja päätösvallan hajauttaminen niihin. Tämä tarkoittaa lähijohtajan päätösvallan ja harkinnan lisääntymistä.

Taulukko 38. Terveydenhuollon organisaatioiden tyypillisten rakenteiden yhtymäkohdat tilivelvollisuuden tyyppeihin

Organisaation tilivelvollisuustyyppi	Organisaation rakenne		
	Byrokratia	Professionaalinen organisaatio	Tulosorganisaatio
Byrokraattinen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Virka-asema ▪ Virkavelvollisuudet ▪ Sitoutuminen yhteisiin tavoitteisiin 		
Oikeudellinen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Säännöt ja määräykset 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sopimukset 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sopimukset
Ammatillinen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erikoistuminen ja työnjako 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ammatinharjoittamisen edellytykset täytyttävä (legitimointi) ▪ Asiantuntijuus suhteessa asiakkaaseen ▪ Ammattikuntien eettiset ohjeistot 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asiantuntijuus suhteessa asiakkaaseen
Poliittinen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ylintä päätösvaltaa käyttää demokraattisesti valittu elin 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Responsiivisuus

Kun tarkastellaan tilivelvollisuutta organisaatorakenteissa (ks. taulukko 38), byrokraatiaan liittyy byrokraattinen tilivelvollisuus. Tilivelvollisuus liittyy virka-asemaan, virkavelvollisuuksiin ja organisaation sääntöjen ja määräysten noudat-

tamiseen. Toisaalta byrokraattiseen organisaatioon liittyy myös asiantuntijuus ja erityistehtävät, mutta tilivelvollisuus ammattikuntaa kohtaan ei ole määräävä tekijä. Poliittinen tilivelvollisuus tulee esiin julkisten terveydenhuollon organisaatioiden ylimpien päättävien elinten kokoonpanon edustuksellisuudessa. Poliittinen tilivelvollisuus kuitenkin näkyy organisaation sisällä vain siinä määrin, mitä sen jäsenet kokevat tilivelvollisuutta kansalaisia kohtaan.

Professionaalinen organisaatio liittyy ammatilliseen tilivelvollisuuteen. Professionaalisen organisaation ydin on asiantuntijuus ja näin tilivelvollisuus asiakasta ja ammattikuntaa kohtaan. Työtä ohjaa ammattikunnan eettinen ohjeisto mutta myös sisäinen sitoumus ammatilliseen moraaliin.

Tulosorganisaatiossa toiminnan päähuomio on kohdistunut tuloksen saavuttamiseen. Tuloksen saavuttaminen edellyttää tulossopimuksia ja siten oikeudellista tilivelvollisuutta. Julkisessa tulosorganisaatiossa tilivelvollisuus on veronmaksajia kohtaan, ja näin myös poliittinen tilivelvollisuus on vahva. Toisaalta voidaan ajatella, että myös välitön asiakastytyväisyys on osa tulosta, ja siksi myös ammatillinen tilivelvollisuus voi olla merkittävää toiminnan laadullisten vaatimusten kautta.

Oikeudellisen tilivelvollisuuden suhteen organisaatorakenteet ovat melko samassa asemassa. Määrääväksi tekijäksi tulee toiminnan sisältö. Terveydenhuollon toiminnassa on omat lainalaisuutensa riippumatta organisaation rakenteesta. Tiettyjä lakeja on noudatettava. Työsuhteita säätelevät virka- ja työehtosopimukset ja itse toimintaa joukko laintasoisia säädöksiä.

Julkisen terveydenhuollon lähijohtajan kohdalla tilivelvollisuus painottuu organisaation rakenteen ja tehtävän mukaan. Vahvaan hierarkiaan rakennettu toiminta synnyttää byrokraattista tilivelvollisuutta eli sääntöjen ja määräysten noudattamista. Asiantuntijatehtävien painottuminen puolestaan tuo esiin ammatillisen tilivelvollisuuden. Tärkeimmäksi muodostuu onnistuminen omassa ammatinharjoittamisessa sekä asiakkaan, ammattikunnan että omissa silmissä. Tulosorganisaatiossa lähijohtajalle syntyy velvollisuus saavuttaa organisaatiossa asetetut tavoitteet. Näin tilivelvollisuus voi olla byrokraattista mukautuen organisaation ylemmältä taholta saneltuihin tavoitteisiin, ammatillista sitoutuen toiminnan substanssiin tai poliittista responsiivisuutta kansalaisia kohtaan.

Tarkasteltaessa vallan ja tilivelvollisuuden käsitteiden välistä yhteyttä, aikaisemmin mainittiin tilivelvollisuuden olevan vallan luonnollinen seuraus. Valta ilman vastuuta ja tilivelvollisuutta on mielivaltaa. Toisaalta tilivelvollisuuden määrittely antaa vallankäytölle rajat. Näin vaikutus on molempiin suuntiin.

Minkälaisia terveydenhuollon organisaatiot ovat valta- ja tilivelvollisuustyyppiltään lähijohtamisen kautta tarkasteltuna?

Mitä valtatyyppiä terveydenhuollon yksiköt edustavat, ja mitkä tekijät ovat yhteydessä valtatyyppien esiintymiseen?

Ensimmäinen hypoteesi asetettiin muotoon *terveydenhuollon organisaatiot ovat lähijohtamisen näkökulmasta instrumentti- ja/tai meritokratiaorganisaatioita*. Kun tarkastellaan terveydenhuollon organisaatioita henkilökunnan kyselytutkimuksen perusteella, voidaan nähdä vahvasti meritokratian, mutta myös poliittisen areenan piirteitä. Nämä valtatyyppit näkyvät erityisesti harkinnan ja resurssien hallinnan alueella. Instrumenttiorganisaation piirteet tulevat esiin lähinnä lähijohtajan aseman merkityksessä vaikutusvallan synnyn lähteenä.

Lähijohtajien aineiston perusteella vahvimmin esiin tulevat instrumenttiorganisaation piirteet. Tämä näkyy erityisesti resurssien hallinnassa ja tiedon ja verkostojen hallinnassa mutta myös päätöksenteossa. Poliittinen arena ja meritokratia näkyvät jossain määrin päätöksenteossa ja harkinnassa.

Vertailu vastaajaryhmien välillä osoittaa selvän näkemyseron. Henkilökunta näkee lähijohtajan aseman sisältävän huomattavasti liikkumatilaa ja vaikutusmahdollisuuksia. Lähijohtajat puolestaan itse mieltävät asemansa säännöillä ja määräyksillä rajatuksi. Heidän näkemystensä kautta tulkittuna terveydenhuollon organisaatiot ovat ulkoa asetettujen tavoitteiden mukaan ohjautuvia hierarkioita. Ammatillisuus näkyy lähinnä päätöksenteossa ja harkinnassa. (Ks. taulukko 39.)

Kun tarkastellaan vastaajien mielipiteiden avulla, mitkä taustamuuttujista ovat yhteydessä tiettyihin valtatyyppisiin (ks. taulukko 40) voidaan organisaatiomuuttujien osalta todeta, että erikoissairaanhoidossa esiintyviä valtatyyppisiä ovat instrumentti ja meritokratia ja perusterveydenhuollossa vastaavasti suljettu systeemi ja poliittinen arena. Tuloksessa näkyy erikoissairaanhoidon vahva julkinen luonne ja toisaalta vankan ammattitaidon vaatimus. Perusterveydenhuollossa sitä vastoin näkyy mahdollisesti jo kuntien rakenneuudistuksen vaikutukset. Kunta tai sen terveydenhuolto voi toimia suljettuna systeeminä pyrkiessään taistelemaan olemassaolostaan. Toisaalta paineet rakenteelliseen muutokseen saattavat ajaa organisaatiot poliittiseksi areenaksi¹⁴².

¹⁴² Poliittista järjestelmää tarvitaan usein saamaan aikaan tarvittava muutos (Mintzberg 1983: 229).

Taulukko 39. Terveysthuollon yksiköiden valtatyytit vallan lähteiden kautta tarkasteltuna kyselyaineiston perusteella

	Henkilökunta	Lähijohtajat
Päätöksenteko	<ul style="list-style-type: none"> • Enimmäkseen meritokratian tunnusmerkkejä • Poliittisen areenan (päätökset resursseista) ja instrumentin piirteitä (asema vahvempi vaikutusvallan lähde kuin kompetenssi, vaikutusvaltaa organisaatiossa vähän) 	<ul style="list-style-type: none"> • Enimmäkseen instrumentin ja meritokratian piirteitä • Poliittisen areenan piirteitä (päätökset resursseista)
Harkinta	<ul style="list-style-type: none"> • Viittaa meritokratiaan tai poliittiseen areenaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Viittaa vahvimmin meritokratiaan tai poliittiseen areenaan
Resurssien hallinta	<ul style="list-style-type: none"> • Meritokratian ja poliittisen areenan piirteitä 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentti
Tiedon ja verkostojen hallinta	<ul style="list-style-type: none"> • Suljetun systeemin, meritokratian ja poliittisen areenan piirteitä 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentin piirteitä

Tämän lisäksi voidaan nähdä pienten ja ei-yliopistosairaanhoitopiirien taipumus muodostua suljetuksi systeemiksi tai meritokratiaksi. Sairaanhoitopiirin väestöpohjan pieni koko tarkoittaa yleensä myös organisaatioiden pientä kokoa. Pienen sairaanhoitopiirin muodostuminen suljetuksi systeemiksi on tuloksena hieman erikoinen. Pienen organisaation on yleensä kamppailtava olemassaolostaan, ja se joutuu ottamaan ulkopuoliset vaikuttajat huomioon. Toisaalta pienilläkin sairaanhoitopiireillä on ollut melko vakiintunut asema, joten keskittyminen organisaation sisäiseen elämään on sitä kautta mahdollista. Meritokratian korostuminen pienissä sairaanhoitopiireissä saattaa johtua asiantuntijoiden vähäisestä määrästä ja näin aseman merkityksen korostumisesta¹⁴³.

¹⁴³ Tehtävän oltava organisaation toiminnan kannalta kriittinen (Mintzberg 1983: 166).

Taulukko 40. Valtatyypin esiintymiseen yhteydessä olevat tekijät terveydenhuollon organisaatioissa

Organi- saation valta- tyyppi	Muuttajat	Henkilökunta	Lähijohtajat
Instrumentti	Organisaatiomuuttajat	Erikoissairaanhoito Väestötappiosairaanhoitopiiri	Suurin sairaanhoitopiiri Yliopistosairaanhoitopiiri Erikoissairaanhoito
	Yksikkömuuttajat	Perusterveydenhuollon vuodeosasto	Pieni yksikkö Psykiatria
	Yksilömuuttajat	Hoitajat	Johtajalla vähän hallinnollisia tehtäviä
Suljettu systeemi	Organisaatiomuuttajat	Pienet sairaanhoitopiirit Perusterveydenhuolto	Pienet sairaanhoitopiirit Perusterveydenhuolto
	Yksikkömuuttajat	Perusterveydenhuollon vuodeosasto Kirurgia	Psykiatria/kirurgia/perusterveydenhuollon avoterveydenhuolto
	Yksilömuuttajat	Lääkärit	Lääkärit Miehet Korkea koulutustaso
Meritokratia	Organisaatiomuuttajat	Pienet sairaanhoitopiirit Ei-yliopistosairaanhoitopiirit	Pienet sairaanhoitopiirit Ei-yliopistosairaanhoitopiirit Erikoissairaanhoito
	Yksikkömuuttajat	Kirurgia	
	Yksilömuuttajat	Lääkärit Korkea koulutustaso Vanhemmat työntekijät	Ikäryhmä 35–44 vuotta Runsaasti terveydenhuoltoalan kokemusta Runsaasti johtamiskokemusta Lääkärit Korkea koulutustaso Miehet Ei alaisia tai > 100
Poliittinen areena	Organisaatiomuuttajat	Ei-yliopistosairaanhoitopiirit Väestötappiosairaanhoitopiiri Perusterveydenhuolto	Pienet sairaanhoitopiirit Perusterveydenhuolto
	Yksikkömuuttajat	Kirurgia	Perusterveydenhuollon vuodeosasto ja avoterveydenhuolto Suuri yksikkö
	Yksilömuuttajat	Hoitajat ja lääkärit	Korkea koulutustaso Miehet Runsaasti hallinnollisia tehtäviä

Yksikkömuuttujien suhteen ei ole nähtävissä yhtenäistä linjaa. Henkilökunnan aineistossa erikoisaloista tulee esiin kirurgia. Kirurgisella erikoisalalla esiintyvät valtatyyppit suljettu systeemi, meritokratia ja poliittinen arena. Helpoimmin selitettävissä on kirurgian yhteys meritokratiaan, koska kirurgiassa vaaditaan vahvaa asiantuntemusta ja teknistä taitoa. Suljettu systeemi voi tulla näkyviin ammattikuntien pyrkimyksenä pitää huolta omista eduistaan, ja toisaalta poliittinen arena ammattilaisten välisen valtataistelun kautta.

Toinen henkilökunnan aineistossa esiin tulevista erikoisaloista on perusterveydenhuollon vuodeosasto, jossa esiintyvät valtatyyppit instrumentti ja suljettu systeemi. Tämä tarkoittaa valtarakenteeltaan varsin samanlaisia yksiköitä, joita erottaa ulkopuolinen vaikutus tai sen puute. Tämä tarkoittaa, että vuodeosastot saattavat toimia joko toteuttaen vahvasti koko organisaation tavoitteita, tai ne voivat muodostua omiksi maailmoikseen, joissa pätevät itse toiminnalle asetetut säännöt ja tavoitteet. Molemmat tilanteet lienevät mahdollisia.

Lähijohtajien osalta yksikkömuuttujista esiin tulee psykiatrian erikoisala, jossa valtatyyppi on joko instrumentti tai suljettu systeemi. Tämä lienee mahdollista edellä kuvatulla tavalla. Toinen esiin tuleva ala on perusterveydenhuollon avoterveydenhuolto, jossa valtatyyppi on suljettu systeemi tai poliittinen arena. Valtatyyppin muodostuminen riippunee käytännön olosuhteista. Toisistaan hajalleen sijoitetut yksikön työntekijät voivat helposti ajautua kohti poliittista areenaa, ellei toiminta sinänsä ole kiinteästi yhdistävä tekijä.

Yksilömuuttujien osalta molemmissa vastaajaryhmissä nousee esiin lääkäreiden ammattikunta, joka tuo esiin suljetun systeemin tai meritokratian valtatyyppin. Lääkärikunnan asiantuntijarooli huomioon ottaen meritokratian valtatyyppi on luonnollinen. Suljettu systeemi puolestaan kertoo keskittymisestä organisaation sisään, ja ammattiliittojen vaikutus jää vähäiseksi.

Lähijohtajien aineiston perusteella voidaan todeta, että meritokratiaan ovat yhteydessä alan pitkä työkokemus ja pitkä johtamiskokemus. Lisäksi voidaan todeta, että miessukupuoli liittyy suljettuun systeemiin, meritokratiaan ja poliittiseen areenaan, mutta ei instrumenttiorganisaatioon.

Vaikka tulosten perusteella terveydenhuollon organisaatioissa instrumentti ja meritokratia ovat valtatyyppinä vahvasti esillä, tulos ei ole kuitenkaan yksiselitteinen. Poliittinen arena -valtatyyppi on myös vahvasti esillä. Tarkastelu taustamuuttujien ryhmissä osoittaa lisäksi runsaasti vaihtelua, joten tukea nollahypoteesin hyväksymiselle on vain osittain.

Mitä tilivelvollisuuden tyyppiä terveydenhuollon organisaatiot edustavat, ja mitkä tekijät ovat yhteydessä vastuun ottamisen alueisiin ja tilivelvollisuuden tyyppeihin terveydenhuollon yksiköissä?

Terveydenhuollon toimintaan liitetään itsestään selvästi vastuu ja tilivelvollisuus. Empiirisen aineiston avulla selvitettiin henkilökunnan ja lähijohtajien mielipiteitä vastuun ottamisesta ja tilivelvollisuuden kokemisesta. Tavoitteena oli saada selville, mikä tilivelvollisuuden tyyppi on terveydenhuollon organisaatioissa vallitseva, ja missä määrin vastuuta tunnetaan eri osa-alueilla. Tarkastelun lähtökohtana oli lähijohtajan toiminta. Hypoteesi asetettiin muotoon *terveydenhuollon organisaatiot ovat lähijohtamisen näkökulmasta tilivelvollisuuden tyypiltään byrokraattisia ja/tai ammatillisia organisaatioita.*

Kokonaisuudessaan huomionarvoista oli henkilökunnan ja lähijohtajien eriävät näkemykset lähijohtajan vastuun ottamisesta ja tilivelvollisuudesta. Henkilökunta arvioi sekä lähijohtajan vastuun ottamisen että tilivelvollisuuden matalammaksi kuin lähijohtajat itse sen arvioivat. Tilivelvollisuuden osalta molemmissa vastaajaryhmissä painottui oikeudellinen tilivelvollisuus, mikä kuvanee enemmän alan yleistä luonnetta kuin yksittäisiä organisaatioita sinänsä. Poliittinen tilivelvollisuus katsottiin molemmissa vastaajaryhmissä heikoimmaksi, mutta keskitasolle kuitenkin. Henkilökunta näki lähijohtajan tilivelvollisuuden painottuvan byrokraattiseen tilivelvollisuuteen toiminnan johtamisen tilivelvollisuuden jäädessä heikommaksi. Lähijohtajat itse puolestaan kokivat toiminnan johtamisen tilivelvollisuuden vahvimaksi.

Lähijohtajan vastuun ottamisen alueista henkilökunnan arvioissa painottui hallinnollinen vastuu ja vastuu taloudesta päivittäisjohtamisen ja kompetenssivastuun jäädessä heikoimmiksi. Lähijohtajilla sitä vastoin painottui päivittäisjohtamisen vastuun ja myös hallinnollisen vastuun alue talousvastuun jäädessä heikoimmaksi.

Kun tarkastellaan vastuun ottamisen ja tilivelvollisuuden kokemiseen yhteydessä olevia tekijöitä, henkilökunnan ja lähijohtajien vastausten vertailussa näkyy henkilökunnan osalta selvästi vastaamisen vaikeus: ryhmien välisiä eroja on vähän. Lähijohtajien vastauksista voidaan huomata, että vastuun ottamisen alueisiin ja tilivelvollisuuden tyyppeihin yhteydessä olevat tekijät ovat kaikille voittopuolisesti yhteisiä. Tämä tarkoittaa sitä, että ne, jotka tuntevat vastuuta ja kokevat olevansa tilivelvollisia, ovat sitä kaikissa asioissa ja kaikille osapuolille. Sekä vastuun ottamisen että tilivelvollisuuden tyyppien yhteinen tekijä on erityisesti lähijohtajien aineistossa naissukupuoli, alempi koulutustaso ja hoitajien ammattikunta. (Ks. taulukko 41 ja taulukko 42.)

Henkilökunnan vastauksissa näkyy kompetenssivastuun korostuminen suurissa ja yliopistosairaanhoidopiireissä. Tämä on luonnollista toiminnan korkea vaatimustaso huomioon ottaen. Lähijohtajien ryhmässä tämä korostus puuttui. Lisäksi henkilökunnan iällä oli yhteys talousvastuuseen siten, että vastaajien iän lisääntyessä lähijohtajan talousvastuuta arveltiin olevan enemmän. Toisaalta erottui kaikkein nuorin vastaajaryhmä, joka myös arvioi taloudellista vastuuta olevan enemmän. Tämä kertonee yhtäältä vanhenevien ikäryhmien laajemmasta näemyksestä ja toisaalta vastavalmistuneiden epävarmuudesta.

Taulukko 41. Vastuun ottamisen määrään yhteydessä olevat tekijät terveydenhuollon organisaatioissa vastuun eri osa-alueilla

Vastuun ottamisen alue	Henkilökunta	Lähijohtajat
Päivittäisjohtaminen	Yliopistosairaanhoidopiiri	Suuri yksikkö Vähäisempi koulutus Hoitajat Naiset Runsaasti hallinnollisia tehtäviä
Hallinnointi		Suuri yksikkö Vähäisempi koulutus Hoitajat Naiset Runsaasti hallinnollisia tehtäviä
Kompetenssi	Suuri sairaanhoidopiiri Yliopistosairaanhoidopiiri	
Talous	Vanhemmat vastaajat Ikäluokista nuorin Naiset	Perusterveydenhuolto Suuri yksikkö Vähäisempi koulutus Hoitajat Naiset Ikäryhmä 25–34 vuotta Runsaasti hallinnollisia tehtäviä

Taulukko 42. Tilivelvollisuustyyppien esiintymiseen yhteydessä olevat tekijät terveydenhuollon organisaatioissa

Tilivelvollisuuden alue	Henkilökunta	Lähijohtajat
Byrokraattinen	Naiset	Perusterveydenhuolto (avoterveydenhuolto ja vuodeosasto) Vähäisempi koulutus Erikoissairaanhoidajan tai ammattikorkeakoulututkinto Hoitajat Naiset Runsaasti hallinnollisia tehtäviä
Ammatillinen		Pieni sairaanhoitopiiri Ei-yliopistosairaanhoitopiiri Vähäisempi koulutus Erikoissairaanhoidajan tai ammattikorkeakoulututkinto Hoitajat Naiset Runsaasti hallinnollisia tehtäviä
Toiminnan johtamisen		Vähäisempi koulutus Erikoissairaanhoidajan tai ammattikorkeakoulututkinto Runsaasti hallinnollisia tehtäviä Runsaasti johtamiskokemusta Hoitajat Naiset
Poliittinen	Perusterveydenhuolto Vanhemmat vastaajat Runsaasti alan työkokemusta	Perusterveydenhuolto (vuodeosasto) Vähäisempi koulutus Erikoissairaanhoidajan tai ammattikorkeakoulututkinto Hoitajat Naiset Ikäryhmä 25–34 vuotta Runsaasti hallinnollisia tehtäviä
Oikeudellinen		Vähäisempi koulutus Erikoissairaanhoidajan tai ammattikorkeakoulututkinto Hoitajat Naiset Runsaasti hallinnollisia tehtäviä

Lähijohtajat ottivat vastuuta päivittäisjohtamisesta, hallinnoinnista ja taloudesta erityisesti suurissa yksiköissä, joissa lähijohtajan työ painottui hallinnollisiin tehtäviin. Lisäksi talousvastuuta kokivat ottavansa erityisesti perusterveydenhuollon lähijohtajat ja nuorin lähijohtajaikäluokka. Perusterveydenhuollossa tämä saattaa selittyä organisaatorakenteella, jossa johtamistasoja on vähemmän, ja lähijohtaja joutuu ottamaan runsaammin taloudellista vastuuta yksiköstään. Nuorimman lähijohtajaryhmän vastuunottamisen kokemus liittyy vähäiseen työ- ja johtamiskokemukseen.

Tilivelvollisuuden tyyppien osalta henkilökunnan aineistossa oli varsin vähän ryhmien välistä eroa. Byrokraattinen tilivelvollisuus korostui erityisesti naisvas-
taajien mielipiteissä ja poliittinen tilivelvollisuus perusterveydenhuollossa ja vanhemmilla ja kokeneilla työntekijöillä. Tämä selittyy perusterveydenhuollon toiminnan luonteella. Perusterveydenhuollossa toimitaan lähellä ihmisten arkipäivää ja kuntien poliittista päätöksentekoa. Näin myös terveydenhuollon työntekijä tulee tietoisemmaksi toiminnan responsiivisuuden vaatimuksesta. Tämän tietoisuuden voisi olettaa kasvavan elämäkokemuksen myötä.

Kuten edellä todettiin, lähijohtajien kohdalla voidaan nähdä yksilöllisiltä ominaisuuksiltaan yleisesti tilivelvollisuutta kokeva tyyppi. Hän on hoitaja (vähäisempi koulutus, erikoissairaanhoidajan tai ammattikorkeakoulututkinto) ja nainen, jonka työ on hallinnollisesti painottunut. Tilivelvollisuuden suhteen erottavat tekijät liittyvät lähinnä organisaatioon. Byrokraattinen ja poliittinen tilivelvollisuus liittyvät perusterveydenhuoltoon. Poliittisen tilivelvollisuuden suhteen pätee edellä mainittu responsiivisuuden kokemus. Byrokraattisen tilivelvollisuuden puolestaan voisi ajatella liittyvän sairaalaorganisaatioihin läheisemmin kuin terveyskeskusorganisaatioihin.

Ammatillinen tilivelvollisuus näyttää korostuvan pienissä ja ei-yliopistosairaanhoidopiireissä. Ammatillinen tilivelvollisuus kuitenkin tuntuisi paremmin liittyvän suuriin ja yliopistosairaanhoidopiireihin. Voi olla, että niissä korkea ammattitaito on itsestäänselvyys ja ammattikunta niin suuri ja kasvoton, että tilivelvollisuuden kokemusta ei synny voimakkaana. Pienissä yksiköissä ammattitaidon ylläpito vaatii enemmän ponnisteluja ja piirit ovat pienet. Näin tilivelvollisuus konkreti-
soituu selvemmin.

Toiminnan johtamisen tilivelvollisuus korostuu, kun johtamiskokemusta on enemmän. Tämä osoittaa johtajana kehittymisen vaikutusta. Kun työn käytännön seikat ovat hallinnassa, lähijohtajalla on mahdollisuus ottaa paremmin huomioon henkilökunnan, asiakkaan ja henkilökohtaiset tavoitteet. Poliittisen tilivelvollisuuden suhteen erottuu vastaajien nuorin ikäryhmä. Tälle seikalle on vaikea löytää selitystä, sillä henkilökunnan kohdalla tilanne oli päinvastainen ja tuntui jär-

keen käyvältä. Miksi nuoret lähijohtajat tuntuivat erityisesti poliittista tilivelvollisuutta?

Tulosten perusteella voidaan esittää, että terveydenhuollon organisaatioiden tilivelvollisuus on moniulotteisempi kokonaisuus kuin byrokraattinen ja ammatillinen tilivelvollisuus. Näin ollen empiirinen aineisto ei tue nollahypoteesia.

Ovatko terveydenhuollon organisaatioiden valtatyytit yhteydessä vastuun alueisiin ja tilivelvollisuuden tyyppeihin?

Teorian perusteella ideaalityyppien maailmassa voidaan vallan tyyppjä yhdistää tilivelvollisuuden tyyppeihin. Vastuun alueiden suhteen ennakko-oletuksia ei tehdä. Hypoteesi asetettiin muotoon *instrumenttiorganisaatio synnyttää byrokraattista tilivelvollisuutta, ja meritokratiaorganisaatio synnyttää ammatillista tilivelvollisuutta.*

Instrumenttiorganisaatio on hierarkkinen järjestelmä, jossa päätösvalta on rajattu säännöin. Organisaation jäsenien tilivelvollisuus liittyy virka-asemaan ja virkavelvollisuuksiin, mutta myös ulkoisen vaikutuksen myötä responsiivisuus kansalaisia kohtaan tuo mukanaan poliittisen tilivelvollisuuden. Myös suljettu systeemi –valtatyyppi toimii instrumenttiorganisaation tapaan, ja myös siihen liittyy byrokraattinen tilivelvollisuus. Poliittinen aspekti kuitenkin puuttuu. Meritokratia on ammattilaisten erityisosaamiseen pohjautuva valtajärjestelmä, jossa ammatillinen tilivelvollisuus on vahva.

Poliittinen arena on teorian perusteella pulmallisempi valtatyyppi tilivelvollisuuden suhteen. Poliittinen arena on vallan tyhjiö, jossa kaikki mukana olevat pyrkivät ottamaan oman tilansa. Näin jokainen ryhmä kokee tilivelvollisuutta omaa intressiryhmäänsä kohtaan.

Tämän tutkimuksen empiirisen aineiston perusteella voidaan lähinnä tehdä suuntaa antavia johtopäätöksiä terveydenhuollon organisaatioiden valtatyyppien suhteesta tilivelvollisuuden tyyppeihin. Yleisesti voidaan todeta, että vastaajaryhmien välillä eroa oli vain muutamien muuttujien kohdalla, ja mielipiteet henkilökunnan ja lähijohtajien ryhmissä olivat varsin yhtenevät. Empiirinen aineisto vahvistaa teorian perusteella tehdyt päätelmät yhteyksistä instrumenttiorganisaation ja suljettu systeemi -organisaation kohdalla byrokraattiseen tilivelvollisuuteen, joskin instrumenttiorganisaatiossa lähinnä lähijohtajien kohdalla. Lisäksi instrumenttiorganisaatioon liittyy poliittinen tilivelvollisuus, kuten teorian perusteella pääteltiin. Lisänä kuitenkin havaitaan yhteys toiminnan johtamisen tilivelvollisuuteen. Eri vastaajaryhmien välisessä tarkastelussa erikoissairaanhoidossa, yliopisto- ja väes-

tövoittosairaanhoidopiireissä lähijohtajien kohdalla instrumenttiorganisaation yhteydet häviävät mutta suljettu systeemi -organisaation säilyvät.

Teorian perusteella päätelystä poiketen meritokratiaorganisaatio ei synnyttänyt ammatillista tilivelvollisuutta vaan toiminnan johtamisen tilivelvollisuuden ja vastuun päivittäisjohtamisesta. Yhteys tarkentuu kuitenkin koskemaan naisvastaajia ja hoitajien ryhmää. Miesvastaajilla ja lääkäreillä yhteys syntyykin poliittiseen tilivelvollisuuteen ja kompetenssivastuuseen.

Poliittinen arena sitä vastoin liittyi myös päivittäisjohtamisen tilivelvollisuuteen mutta lähijohtajien aineistossa myös ammatilliseen tilivelvollisuuteen ja vastuuseen kompetenssista. Henkilökunnan kohdalla poliittinen arena oli yhteydessä poliittiseen ja byrokraattiseen tilivelvollisuuteen.

Taulukkoon 43 on koottu hypoteesien toteutuminen.

Taulukko 43. Nollahypoteesien toteutuminen empiirisen aineiston perusteella

Nollahypoteesit	Hyväksytään	Hyväksytään osittain	Hylätään
Hypoteesi 1: <i>Terveydenhuollon organisaatiot ovat lähijohtamisen näkökulmasta instrumentti- ja/tai meritokratiaorganisaatioita.</i>		+	
Hypoteesi 2: <i>Terveydenhuollon organisaatiot ovat lähijohtamisen näkökulmasta tilivelvollisuuden tyypiltään byrokraattisia ja/tai ammatillisia organisaatioita.</i>			+
Hypoteesi 3: <i>Instrumenttiorganisaatio synnyttää byrokraattista tilivelvollisuutta, ja meritokratiaorganisaatio synnyttää ammatillista tilivelvollisuutta.</i>		+	

6.3 Pohdinta ja jatkotutkimusintressit

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella terveydenhuollon organisaatioiden valta- ja tilivelvollisuuskysymyksiä lähijohtamisen näkökulmasta. Tutkimuskysymykset olivat 1) *Mitä valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollossa tarkoitta-*

vat? ja 2) Minkälaisia terveydenhuollon organisaatiot ovat valta- ja tilivelvollisuustyypiltään lähijohtamisen kautta tarkasteltuna?

Tutkimuksessa tarkasteltiin terveydenhuollon organisaatioita erityisesti lähijohtamisen kautta, ja arvioijina olivat lähijohtajat itse sekä heidän alaisensa henkilökunta. Vaihtoehtoisia tapoja organisaation valta- ja tilivelvollisuustyyppien tutkimiseen olisivat olleet tarkastelu samasta näkökulmasta käyttäen arvioijina organisaation ylempää johtajatasoa¹⁴⁴ tai näkökulman vaihtaminen pelkästään henkilökunnan tai ylemmän johdon, ehkä jopa luottamushenkilöjohdon, näkökulmiin. Perusteluna näkökulman valinnalle oli erityinen kiinnostus juuri lähijohtajan toimintaan ja asemaan organisaatioissa. Toisaalta jokainen näkökulma on yhtä arvokas, mutta erilainen. Lähijohtajan toiminnan arvioijana lähijohtajat itse ovat luonnollinen valinta. Henkilökunnan valinta arvioijaksi puolestaan perustuu näkemykseen, että henkilöllä on valtaa ja tilivelvollisuutta vain silloin, kun ne tunnustetaan (ks. Handy 1978: 113; Pfeffer 1981: 3; Harmon & Mayer 1986: 402; Barnes 1988: 58). Lähijohtajan toiminnan lähimpänä havainnoijana toimii henkilökunta.

Terveydenhuollon organisaatiot ovat perinteiseltä rakenteeltaan professionaalisia byrokraatioita, joihin on pyritty tuomaan managerialismin piirteitä. Teorian perusteella saatu oletus rakenteeseen sopivasta valtatyyppistä pitääkin osittain paikkansa, mutta mukana on myös vallan tyhjiö, poliittinen arena. Tämän tutkimuksen avulla on mahdotonta sanoa, onko poliittinen arena ollut aina läsnä terveydenhuollon organisaatioissa, vai onko se uusi ilmiö. Poliittinen arena liittyy kuitenkin muutokseen, ja tässä mielessä sen esiintyminen aika-ajoin on todennäköistä. Terveydenhuollossa on kuitenkin eletty 90-luvun laman jälkeistä pysyvän muutoksen aikaa, ja on mahdollista, että poliittisesta arenasta on tullut pysyvämpi ilmiö.

Kokonaistarkastelussa havaittiin, että terveydenhuollon organisaatiot eivät ole suljettuja systeemejä. Tämä on tuloksena ymmärrettävä organisaatioiden julkinen luonne huomioon ottaen. Kuitenkin osa organisaatioista tai yksiköistä voi kehittyä suljetuiksi systeemeiksi, vaikka ulkoista ohjausta terveydenhuoltoalalla on aina. Erityisesti tämä tuli esiin perusterveydenhuollon kohdalla. Yksi vahva mahdollinen selitys on kuntakentän käymistila, jossa organisaatiot ovat vetäytyneet puolustusasemiin. Tämän tutkimuksen perusteella ei voida kuitenkaan sanoa, minkä ulkoisen vaikutuksen organisaatiot jättävät huomioimatta; kunnan sisällä demo-

¹⁴⁴ Esimerkiksi Narisen (2000) tutkimuksessa arvioijina toimivat osastonhoitajat ja heidän esimiehensä.

kraattisesti valittujen päättävien elinten, valtakunnallisen ohjeistuksen vai-
lemmat.

Terveydenhuollon toiminnassa painottuu oikeudellinen tilivelvollisuus. Ala on tarkasti säänneltyä toiminnan luonteen vuoksi. Lisäksi julkisessa terveydenhuollossa on otettava huomioon yleinen etu ja sen turvaamiseksi tehdyt sopimukset ja ohjeet. Toinen yleisesti esiin tuleva piirre on poliittisen tilivelvollisuuden jääminen vähimmälle huomiolle. Veronmaksaja tai hänen edustajansa päätöksenteoelimityksessä on kasvottomampi kuin terveydenhuollon asiakas.

Muiden tilivelvollisuuden tyyppien osalta henkilökunnan ja lähijohtajien näkemykset eroavat. Henkilökunnan arvioissa korostuu byrokraattinen tilivelvollisuus ja lähijohtajien arvioissa toiminnan johtamisen tilivelvollisuus. Tämä tarkoittaa, että henkilökunta arvioi lähijohtajan tilivelvollisuuden kohdistuvan pääasiassa organisaation virkamiesjohtoon, kun lähijohtajat itse tuntevat kohdistavansa tilivelvollisuuden henkilökuntaan, asiakkaisiin ja itseensä. Tämä osoittaa henkilökunnan mieltävän lähijohtajan selkeästi johtamisjärjestelmän osaksi, kun taas lähijohtajat itse mieltävät itsensä vahvasti osaksi omaa yksikköään. Sama asia näkyy vastuun ottamisen alueiden painotuksessa.

Lähijohtajien vastauksien perusteella voitiin erottaa erityisesti tilivelvollisuutta kokeva lähijohtajatyyppejä. Hän on naispuolinen hoitajalähijohtaja, jonka työ on hallinnollisesti painottunut. Hän on henkilö, joka tuntee olevansa vastuussa kaikista ja kaikille. Väistämättä tulee mieleen huoli tämän johtajaryhmän jaksamisesta. Tämän ryhmän tarkempi tutkiminen olisi jatkossa tarpeellista. Tilanteeseen voitaisiin vaikuttaa esimerkiksi koulutuksella ja toimenkuvien selkiyttämällä.

Kun tarkastellaan vallan ja tilivelvollisuuden suhdetta voidaan yleisesti todeta kahden vastaajaryhmän välinen ero. Lähijohtajat itse arvioivat oman valtansa pienemmäksi ja tilivelvollisuuden ja vastuunottonsa suuremmaksi kuin henkilökunnan arviot olivat. Tämä vastaa Thyleforsin (1992: 57) näkemystä, että vähäinen valta johtaa heikkoon vastuuntunteeseen ja päinvastoin. Vaikka lähijohtajat itse arvioivat valtansa heikommaksi, heillä on kuitenkin tunnustettua valtaa ja vahva tilivelvollisuuden ja vastuun kokemus.

Lähijohtajien ja henkilökunnan erilainen käsitys vallan suhteen näkyy lähijohtajien instrumenttivalta-tyypissä, kun taas henkilökunnan vastausten perusteella valta-tyyppi on meritokratia tai poliittinen arena. Lähijohtajat kokevat toteuttavansa ulkoa asetettuja tavoitteita ja toimintapolitiikkaa. Toisaalta tulos ilmentää oman aseman luonnetta. Lähijohtaja toimii yksikön parhaaksi, mutta toimintapiiri on

koko organisaatio. Henkilökunnan huomio keskittyy vahvasti oman yksikön sisälle ja lähijohtajan toimintaan suhteessa henkilöstöön ja toiminnan substanssiin.

Tilivelvollisuuden kohdalla näkyy lähijohtajien voimakas tilivelvollisuus ja vastuuntunne. Tämä ei kuitenkaan näy henkilökunnalle, vaikka juuri toiminnan johtamisen tilivelvollisuus on lähijohtajien omien vastausten perusteella voimakkain. Henkilöstölle vahvimmin näkyy byrokraattinen tilivelvollisuus eli instrumenttiorganisaatiolle luonnollinen tilivelvollisuuden tyyppi.

Tutkimuksessa käytetyt teoreettiset mallit osoittautuivat melko toimiviksi, vaikkakin tilivelvollisuuden kohdalla käytetty teoreettinen jaottelu oli karkeampi kuin empiria osoitti. Vallan ja tilivelvollisuuden tutkiminen kyselytutkimuksen avulla on haasteellista, sillä käsitteet ovat vaikeasti ymmärrettäviä. Tähän kiinnitettiin erityistä huomiota tutkimuksen luotettavuutta käsittelevässä luvussa 4.4. Tutkimusta voisi jatkossa täydentää esimerkiksi dokumenttianalyysillä päätöksenteosta. Toisaalta yksiköiden tasolla osallistuminen päätöksentekoon näytti olevan lähinnä valmistelua, ja todellinen vaikutusvalta jää kirjaamatta ja näkymättömäksi. Dokumenttianalyysillä olisi mahdollista saada myös kirjatut vastuut esiin, mutta vastuun ja tilivelvollisuuden tunne on kysyttävä henkilökohtaisesti.

Koska tässä tutkimuksessa keskityttiin organisaation valta- ja tilivelvollisuustyyppisiin, jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia vallankäyttöä terveydenhuollon yksiköiden sisällä tarkemmin. Kohteina voisivat olla lähijohtajan vallankäyttö suhteessa henkilökuntaan ja asiakkaisiin. Tämä vaatisi tarkempaa perehtymistä vallan tutkimiseen henkilöiden välisissä suhteissa ja näin tutustumista sosiologian ja psykologian teorioihin. Yhteys sosiaali- ja terveyshallintotieteeseen voisi löytyä palveluiden laadun käsitteistön kautta.

SUMMARY

Aim, method and data of the study

The aim of this study was to examine public health care organisations' power and accountability issues through unit level management. Old traditional organization models such as bureaucracy and professional organization still heavily influence health care organizations. An organization's structure moulds managerial work on every level. Focusing on results has brought up new ways of thinking and delegated tasks to unit level management. For this reason it is necessary to examine the position of manager at the unit level. The main questions were:

1. What do power and accountability mean in health care?
2. What types of power and accountability do health care organizations represent when looked at through first-line management?
 - a) What power configuration do health care organizations represent and what factors are connected to it?
 - b) What accountability type do health care organizations represent and what factors are connected to the detected responsibility areas and accountability types in health care units?
 - c) Are the configurations of power connected to the detected responsibility areas and accountability types in health care units?

The organization's power structure was examined through Mintzberg's power configurations called instrument, closed system, meritocracy and political arena. Power configurations were examined by means of sources of power: decision making, deliberation, control of resources and control of knowledge and networks.

Accountability and responsibility can be seen as separate concepts or responsibility can be seen as a part of accountability, its internal dimension. In this study, responsibility is seen as an internal dimension of accountability. Contemplation of the concept has been made with Romzek's, Dubnick's and Ingraham's categories of bureaucratic, legal, professional and political accountability.

The empirical study was executed with a survey in 10 Finnish hospital districts both in specialized and primary care. Respondents were all first-line managers and a sample of staff members from internal disease, surgical and psychiatric units and outpatient and primary care units. The number of respondents was 1197

and the response percentage was 38. The data was analysed statistically by building sum variables and examining their values in background variable groups. Connections between variables were studied with correlation analysis, Kruskal-Wallis test and table elaboration.

What do power and accountability mean in health care?

As a result, it can be seen that a certain kind of organization structure supports the generation of a certain power type. A bureaucratic organization generates instrument or closed system organization, a professional organization generates meritocracy, but also political arena and result based organization has a connection to political arena and meritocracy. For first-line managers in an instrument organization, the main target is to follow rules and instructions. Their own power of decision is limited and deliberation is minor. Power in the organization is based on the position where a manager can implement directions effectively or ineffectively. When the power type is a closed system, the first-line managers' influence is larger. When outside influence is missing, the organization has a strong inside life.

In meritocracy, the first-line manager's expert role is emphasised. Influence is based on established expertise in their own speciality and deliberation is great. It is usual to contend, gamble and play for resources. In a result based organisation, all power types are possible. The essential question is what serves best to reach the target. As a result-based organization divides organization to profit responsible units and decentralizes decision power to them, it means more decision power and deliberation to first-line managers.

When examining accountability and organization structure, bureaucracy is connected to bureaucratic accountability. Accountability is connected to official rank, official duties and following the organization's regulations and orders. On the other hand, a bureaucratic organization is connected to expertise and special tasks, but accountability to the profession is not the determinant. However, political accountability becomes evident in an organization as much as its members experience accountability towards the citizens.

A professional organization connects with professional accountability. Expertise is the core of a professional organization and as a consequence accountability towards the client and profession. The work is guided with the ethical codes of the profession, but also inner commitment to professional morals.

In a result-based organization, the main focus of the operation is to gain results. Gaining results requires result contracts and thereby legal accountability. In pub-

lic a result-based organization, accountability is towards the tax payers and thereby political accountability is strong. On the other hand, instant client satisfaction is one part of the result and thereby also professional accountability can be significant through quality requirements.

In legal accountability terms, the organization structures are in same position. The determining factor is the content of the operation. Health care has its own conformity to law regardless of the organization structure. Certain laws have to be obeyed.

What types of power and accountability do health care organizations represent when looked at through first-line management?

First-line managers regarded health care organizations as instruments when staff regarded them mainly as meritocracies having features of a political arena. Managers experienced their position to be limited by rules whereas staff members regarded their position to have lots of space and influence potential. In specialised medical care, the power types of instrument and meritocracy were found, whereas in primary care it was closed system and political arena.

In both respondent groups, legal accountability was emphasised and political accountability was regarded as less significant. Health care staff regarded bureaucratic accountability stronger in health care organizations whereas first-line managers regarded accountability of operative management stronger. In the first-line managers' data a generally accountable and responsible individual could be detected, who was female and nurse. When examining the connection between power and accountability types it becomes evident that an instrument and closed system was connected to bureaucratic accountability, but meritocracy does not create professional accountability.

Discussion

The theory based hypothesis about the power structure that fits health care organizations was partly verified, but there is also the power vacuum, political arena, present. It is impossible to say with this study if political arena has always been present in health care organizations or if it is a new phenomenon. Political arena is connected to change and in that sense its appearance every now and then is possible. Since the economic depression in the early 1990s, it's possible that political arena has become a more permanent phenomenon.

All in all, it became evident that health care organizations are not closed systems. That is understandable regarding their public nature. However, a part of an or-

ganization or unit can develop as a closed system, although external control is always present in health care. It became especially evident in primary care. One possible explanation is ongoing turbulence in the municipal sector, when organizations have pulled back to a defensive position.

In health care operations legal accountability is predominant. The sector is heavily legislated due to the nature of action. In addition, in public health care public interest has to be taken into consideration. Another unfolding feature is the lack of political accountability. The tax-payer or his representative in decision making bodies is more faceless than the health care client.

On the grounds of the first-line managers' responses a particular accountability experiencing type could be detected. She is a female nurse manager with heavy administrative duties. She experiences accountability for everybody and responsibility for everything. It brings up considerable concerns about how they cope. This group should be studied more closely. The situation could be affected with training and better definition of job descriptions.

First-line managers feel that they are fulfilling targets and policies which have been set from the outside. On the other hand, the results demonstrate the nature of their own position. A first-liner manager acts in the best interests of the unit, but the operation area is the whole organization. The staff's focus is strongly in its own unit and in the first-line manager's actions with relation to staff and substance of action.

The theoretical classifications used in the study appeared to be quite functional, although classification used with accountability was rougher than the data proved. Because examining power is especially challenging, this study could be improved for example with document analysis about decision making. On the other hand, on the unit level the contribution to decision making was merely preparation, and real influence was not documented and invisible.

Lähteet

Abbott, Andrew (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.

Aldgate, Jane & Brian Dimmock (2003). Managing to Care. Teoksessa: *Managing Care in Context*, 3–25. Toim. Jeanette Henderson & Dorothy Atkinson. London: Routledge, The Open University.

Alkula, Tapani, Seppo Pöntinen & Pekka Ylöstalo (1994). *Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät*. Helsinki: WSOY.

Appleby, Paul B. (1978, alkup. 1945). Government Is Different. Teoksessa: *Classics of Administration*, 101–106. Toim. Jay M. Shafritz & Albert C. Hyde. Oak Park: Moore Publishing Co.

Argyris, Chris (1990, alkup. 1964). *Integrating the Individual and the Organization*. New Brunswick: Transaction Publishers.

Baker, Paddy (2000). Managing to Change. *Works Management* 53: (Nov) 48–51.

Barnes, Barry (1988). *The Nature of Power*. Cambridge: Polity Press.

Bennion, F. A. R. (1969). *Professional Ethics: The Consultant Professions and Their Code*. London: Charles Knight & Co. Ltd.

Bondas, Terese (2006). Paths to Nursing Leadership. *Journal of Nursing Management* 14, 332–339.

Burke, John P. (1990). Policy Implementation and the Responsible Exercise of Discretion. Teoksessa: *Implementation and the Policy Process: Opening up the Black Box*, 133–148. Toim. Dennis J. Palumbo & Donald J. Calista. New York: Greenwood Press.

Caiden, Gerald E. (1991). *Administrative Reform Comes of Age*. Berlin: de Gruyter.

Carpenter, Mason A. & Brian R. Golden (1997). Perceived Managerial Discretion: A Study of Cause and Effect. *Strategic Management Journal* 18: 3, 187–206.

Carroll, Theresa L. & Betsy A. Adams (1994). The Work and Selection of First-Line Nurse Managers 1982 to 1992. *JONA* 24: 5, 16–21.

Causser, Gordon & Mark Exworthy (1999). Professionals as Managers Across the Public Sector. Teoksessa: *Professionals and the New Managerialism in the Public*

Sector, 83–101. Toim. Mark Exworthy & Susan Halford. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Chase, Linda. (1994). Nurse Manager Competencies. *JONA* 24: 4S, 56–64.

Cohen, Stanley (1985). *Visions of Social Control: Crime, Punishment and Classification*. Cambridge: Polity Press.

Connelly, Naomi & Janet Seden (2003). What Service Users Say About Services: The Implications for Managers. Teoksessa: *Managing Care in Context*, 27–47. Toim. Jeanette Henderson & Dorothy Atkinson. London: Routledge, The Open University.

Coulshed, Veronica (1990). *Management in Social Work*. Basingstoke: Macmillan.

Curtis, Richard F. & Elton F. Jackson (1962). Multiple Indicators in Survey Research. *The American Journal of Sociology* 68: 2, 195–204.

Dalton, Melville (1966). *Men Who Manage: Fusions of Feeling and Theory in Administration*. New York: John Wiley.

Davies, Celia (1995). *Gender and the Professional Predicament in Nursing*. Buckingham: Open University Press

Davies, Celia (2003). Worker, Professions and Identity. Teoksessa: *Managing Care in Context*, 189–210. Toim. Jeanette Henderson & Dorothy Atkinson. London: Routledge, The Open University.

Davies, Huw T. O. & Stephen Harrison (2003). Trends in Doctor-manager Relationships. *British Medical Journal* 326: 7390, 646–649.

Dawson, Angus & Ian Butler (2003). The Morally Active Manager. Teoksessa: *Managing Care in Context*, 237–256. Toim. Jeanette Henderson & Dorothy Atkinson. London: Routledge, The Open University.

Dearborn, DeWitt C. & Herbert A. Simon (1958). Selective Perception: A Note on the Departmental Identifications of Executives. *Sociometry* 21: 2, 140–144.

Degeling, Pieter, Sharyn Maxwell, John Kennedy & Barbara Coyle (2003). Medicine, Management, and Modernization: a “Dance Macabre”? *British Medical Journal* 326: 7390, 649–652.

Della Rocca, Giuseppe (1992). “Voice” and “Exit” in the Middle-Management Labor Market. *International Studies of Management and Organization* 22: 1, 54–66.

Doolin, Bill (2001). Doctors as managers: New Public Management in a New Zealand hospital. *Public Management Review* 3: 2, 231–254.

Drakenberg, Margareth (1997a). Från ledningsredskap till verksamhetens motor. Teoksessa: *Mellanchefer: Från ledningens redskap till verksamhetens motor*, 7–11. Toim. Margareth Drakenberg. Lund: Studentlitteratur.

Drakenberg, Margareth (1997b). Mellanscefsproblematiken i ett teoretiskt perspektiv. Teoksessa: *Mellanchefer: Från ledningens redskap till verksamhetens motor*, 122–128. Toim. Margareth Drakenberg. Lund: Studentlitteratur.

Duffield, Christine (1992). Role Competencies of First-Line managers. *Nursing management* 23: 6, 49–52.

Duffield, Christine & H. Franks (2001). The Role and Preparation of First-line Nurse Managers in Australia: Where Are We Going and How Do We Get There? *Journal of Nursing Management* 9, 87–91.

Edwards, Nigel, Mary Jane Kornacki & Jack Silversin (2002). Unhappy Doctors: What Are the Causes and What Can Be Done? *British Medical Journal* 324: 7341, 835–838.

Edwards, Nigel, Martin Marshall, Alastair McLelland & Kamran Abbasi (2003). Doctors and Managers: A Problem without Solution? *British Medical Journal* 326: 7390, 609–610.

Eriksson-Piela, Susan (2003). *Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa?: Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus*. Acta universitatis Tampereensis 929. Tampere: Tampereen yliopisto.

Eskola, Antti (1966). *Sosiologian tutkimusmenetelmät 2*. Helsinki: WSOY.

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri (2004). *Etelä-Savon sairaanhoitopiirin henkilöstön kelpoisuusrekisteri*. [Viitattu 26.3.2004]. Saatavissa: <http://www.esshp.fi/index.asp?tz=-3>.

Etzioni, Amitai (1964). *Modern Organizations*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Etzioni, Amitai (1975). *A Comparative Analysis of Complex Organizations: On Power, Involvement, and Their Correlates*. New York: Free Press.

Exworthy, Mark & Susan Halford (Toim.) (1999). *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Fayol, Henri (1923). The Administrative Theory in the State. Teoksessa: *Papers on the Science of Administration*, 100–195. Toim. Luther Gulick & L. Urwick. Institute of Public Administration.

Fayol, Henri (1996, alkup. 1916). General Principles of Management. Teoksessa: *Classics of Organization Theory*. 4. painos, 52–65. Toim. Jay M. Shafritz & J. Steven Ott. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.

Flynn, Rob (1999). Managerialism, Professionalism and Quasimarkets. Teoksessa: *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*, 18–36. Toim. Mark Exworthy & Susan Halford. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Forma, Leena, Elina Viitanen & Juhani Lehto (2004). *Lähiesimiehenä Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä*. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2. Tampere.

Forester, John (1989). *Planning in the Face of Power*. Berkeley: University of California Press.

Freidson, Eliot (1970). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Harper & Row.

French Jr., John R. P. & Bertram Raven (1996, alkup. 1959). The Basis of Social Power. Teoksessa: *Classics of Organization Theory*. 4. painos, 375–384. Toim. Jay M. Shafritz & J. Steven Ott. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.

Friedrich, Bonny (2001). Staying Power. *Nursing Management* 32: Jul, 26–28.

Galbraith, John Kenneth (1983). *The Anatomy of Power*. London: Hamish Hamilton.

Grohar-Murray, Mary Ellen & Helen R. DiCroce (1997). *Leadership and Management in Nursing*. Stamford: Appleton & Lange.

Gulick, Luther (1937a). Notes on the Theory of Organization. Teoksessa: *Papers on the Science of Administration*, 3–45. Toim. Luther Gulick & L. Urwick. New York: Institute of Public Administration.

Gulick, Luther (1937b). Science, Values and Public Administration. Teoksessa: *Papers on the Science of Administration*, 191–195. Toim. Luther Gulick & L. Urwick. New York: Institute of Public Administration.

Gustafsson, Christina (2002). *Tilastollinen tietojenkäsittely: SPSS 11,0 for Windows*. Luentomoniste. Vaasan yliopisto.

Hadley, Roger & Don Forster (1995). Where the Reforms Did Not Reach: Doctors as Front Line Managers. *Journal of Management in Medicine* 9: 5, 27–38.

Hallinnon pätevyys (2004). [Viitattu 16.3.2004]. Saatavissa: <http://www.ltdk.helsinki.fi/lomakkeet/lomakedl/opiskelu/erikoislaakari/hallinto2.doc>.

Ham, Chris, K. & G. M. M. Alberti (2002). The Medical Profession, the Public, and the Government. *British Medical Journal* 324: 7341, 838–842.

Handy, Charles B. (1978). *Understanding Organizations*. Harmondsworth: Penguin.

Harmon, Michael M. & Richard T. Mayer (1986). *Organization Theory for Public Administration*. Glenview: Scott, Foresman and Company.

Helsingin yliopisto (2004). *Opiskelu, erikoislääkärikoulutus*. [Viitattu 16.3.2004]. Saatavissa: <http://www.ltdk.helsinki.fi/opiskelu/erikoislaakari/>

Henderson, Jeanette & Dorothy Atkinson (Toim.) (2003). *Managing Care in Context*. London: Routledge, The Open University.

Hermanson, Terhi (1989). *Lääkäri terveydenhuollon hallinnossa*. Helsinki: Lääkintöhallitus.

Herrin, Donna M. & Susan M. Prince (1994). The new Nurse Manager: Partner in Managing Costs and Quality. *Hospital Materiel Management Quarterly* 16: 2, 4147.

Heuru, Kauko (2001). *Kuntalaki käytännössä*. Helsinki: Edita.

Hobbes, Thomas (1999). *Leviathan eli kirkollisen ja valtiollisen yhteiskunnan aines, muoto ja valta*. Tampere: Vastapaino.

Hurme, Raija & Maritta Pesonen (1978). *Englantilais-suomalainen suursanakirja*. Helsinki: Suuri Suomalainen Kirjakerho.

HUS (2007). *Kelpoisuusehdot ja palkkahinnoittelut*. [Viitattu 13.8.2007]. Saatavissa: <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,46,15173>

Isosaari, Ulla (2006). Vallankäyttö terveydenhuollon yksiköissä: Lähijohtaminen organisaation valtajärjestelmän näkökulmasta. *Premissi* 1:1, 45–49.

Jankola, Kirsti (1989). *Osastonhoitaja johtajana*. Helsinki: Suomen Kaupunkiliitto.

Jaques, Elliot (1996, alkup. 1990). In Praise of Hierarchy. Teoksessa: *Classics of Organization Theory*. 4. painos, 245–253. Toim. Jay M. Shafritz & J. Steven Ott. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.

Järvi, Ulla (2000). Selvitysmies Jouko Isolauri: Johtajuus on ansaittava. *Suomen Lääkärilehti* 55: 41, 4174–4175.

Järvi, Ulla (2001). Lääkärikin tarvitsee johtamisoppeja: Lääkäriliiton työryhmä esittää uudenlaista johtamiskoulutusta. *Suomen Lääkärilehti* 56: 37, 3677.

Kahneman, Daniel & Amos Tversky (1979). Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk. *Econometrica* 47: 2, 263–292.

Kakabadse, Andrew, Ron Ludlow & Susan Vinnicombe (1987). *Working in Organisations*. Aldershot: Gower.

Kangas, Riitta (1999). Hoitotyön johtaminen muutoksessa. Teoksessa: *Hoitotyötä johtamaan*, 92–107. Toim. Riitta Simoila, Riitta Kangas & Jouko Ranta. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kanniainen, Aila & Marianne Kokkonen (1996). *SPSS for Windows 6.1: Perusteet*. Oulu: Oulun yliopisto.

Kanter, Rosabeth Moss (1986, alkup. 1979). Power Failure in Management Circuits. Teoksessa: *Classics of Organization Theory*. 4. painos, 400–411. Toim. Jay M. Shafritz & J. Steven Ott. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.

Katz, Daniel & Robert L. Kahn (1978). *The Social Psychology of Organizations*. 2. painos. New York: Wiley & Sons.

Koppell, Jonathan G. S. (2005). Pathologies of Accountability: ICANN and the Challenge of “Multiple Accountabilities Disorder”. *Public Administration Review* 65: 1, 65–108.

Krause, George A. (2000). *A Positive Theory of Bureaucratic Discretion as Agency Choice*. [Viitattu 8.8.2007]. Saatavissa: http://www.isr.umich.edu/cps/pewpa/archive/archive_00/20000006.pdf

Kerlinger, Fred N. (1986). *Foundations of Behavioral Research*. 3th edition. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Killen, Kenneth H. (1977). *Management: A Middle-Management Approach*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Kinnunen, Juha & Jari Vuori (1999). Hoitotyön johtamisen peruslottuvuudet ja toimintamallien muutokset. Teoksessa: *Hoitotyötä johtamaan*, 26–52. Toim. Riitta Simoila, Riitta Kangas & Jouko Ranta. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Konttinen, Esa (1993). Johtavat säädöt ja professioiden kentän varhainen muotoutuminen Suomessa. Teoksessa: *Ammattikunnat, yhteiskunta ja valtio: Suomalaisen professioiden kehityskuvia*, 16–44. Toim. Esa Konttinen. Jyväskylän yliopiston sosiologian laitoksen julkaisuja 55.

Koskinen, Seppo & Heikki Kulla (1995). *Virkamiesoikeuden perusteet*. Helsinki: Lakimiesliiton kustannus.

Koskinen, Seppo & Heikki Kulla (2001). *Virkamiesoikeuden perusteet*. Helsinki: Kauppakaari.

Kuntien eläkevakuutus (2006). *Tilastoja terveydenhuollon kunta-alan työntekijöistä*. Excel-tiedosto kunta-alan palvelussuhteessa 31.12.2005 olleista sairaanhoitajista, perus- ja lähihoitajista sekä osastonhoitajista.

Laaksonen, Hannele, Jouni Niskanen, Seija Ollila & Aija Risku (2005). *Lähijohdattamisen perusteet terveydenhuollossa*. Helsinki: Edita.

Lehto, Juhani (2001). Henkilöstön hyvinvointi sosiaali- ja terveysjohtamisen haasteena. Teoksessa: *Hyvinvoinnin tekijät: Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöseminaarin esitykset, 22–27*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Monisteita 20.

Lehto, Juhani, Aulikki Kananoja, Simo Kokko & Vappu Taipale (2003). *Sosiaali- ja terveydenhuolto*. Helsinki: WSOY.

Lehto, Juhani, Elina Viitanen & Ville Autio (2003). Minkälaiset lääkärit nousevat johtaviin asemiin? *Suomen Lääkärilehti* 58: 51–52, 5209–5213.

LeTourneau, Barbara & Wesley Curry (2003). *In Search of Physician Leadership: Introduction*. [Viitattu 13.3.2003]. Saatavissa: <http://www.ache.org/pubs/CURYCHAP.cfm>

Lindqvist, Rafael (1997). Den professionella självregleringens gränser – om fel och misstag i vården. Teoksessa: *Medikalisering, professionalisering och hälsa: Ett sociologiskt perspektiv*, 84–107. Red. Rafael Lindqvist. Lund: Studentlitteratur.

Linkola, Antti (2002). Onko tulosityksikköjen aika ohi? *Suomen Lääkärilehti* 57: 34, 3295–3296.

Locke, John (1995). *Tutkielma hallitusvallasta: Tutkimus poliittisen vallan alkuperästä, laajuudesta ja tarkoituksesta*. Helsinki: Gaudeamus.

Lohiniva-Kerkelä, Mirva (2001). *Terveydenhuollon juridiikka*. Helsinki: Lakimiesliiton kustannus.

Lohiniva-Kerkelä, Mirva (2004). *Terveydenhuollon juridiikka*. Helsinki: Talentum.

Lumijärvi, Ismo & Sari Salo (1996). *Valtionhallinnon tulosohjausjärjestelmä parlamentaarisen ohjauksen ja valvonnan näkökulmasta*. Vaasan yliopiston julkaisuja. Selvityksiä ja raportteja 7.

Manninen, Kaija, Marjatta Mertokoski & Annikki Sarvikas (1998). *Terveydenhuollon koulutuksen vaiheita Etelä-Pohjanmaalla 1903–1995*. Seinäjoki: Seinäjoen terveydenhuolto-oppilaitos.

McDonald, Ann & Jeanette Henderson (2003). Managers and the Law. Teoksessa: *Managing Care in Context*, 75–104. Toim. Jeanette Henderson & Dorothy Atkinson. London: Routledge, The Open University.

Meaney, Mark E. (1999). Authority Relations in Corporate Medical Management: Toward an Organizational Ethic of Managed Care. *HEC Forum* 11: 4, 333–344.

Merasto, Merja (1997). *Valta, vastuu, velvollisuus – kysely hoitohenkilöstön johtajille*. Tutkimusraportteja 2. Helsinki: Tehy.

Metsämuuronen, Jari (1998). *Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala?: sosiaali- ja terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamistarpeet*. Helsinki: Työministeriö.

Metsämuuronen, Jari (2003). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Helsinki: International Methelp Ky.

Mettiäinen, Sari, Hilikka Laakso & Ritva Raatikainen (2003). *Terveydenhuollon osastonhoitajien pätevyys*. *Hallinnon tutkimus* 22: 1, 68–81.

Miettinen, Merja (1999). Hoitotyön kehittäminen ja sen johtaminen. Teoksessa: *Hoitotyötä johtamaan*, 84–91. Toim. Riitta Simoila, Riitta Kangas & Jouko Ranta. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Mintzberg, Henry (1980). *The Nature of Managerial Work*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.

Mintzberg, Henry (1983). *Power In and Around Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Mintzberg, Henry (1989). *Mintzberg on Management: Inside Our Strange World of Organizations*. New York: Free Press.

Mintzberg, Henry (1996, alkup. 1979). The Five Basic Parts of the Organization. Teoksessa: *Classics of Organization Theory*. 4. painos, 232–244. Toim. Jay M. Shafritz & J. Steven Ott. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.

Mishel, Walter (1986). *Introduction to Personality*. 4. painos. New York : Holt, Rinehart and Winston.

Moore, Wilbert E. (1970). *The Professions: Roles and Rules*. New York: Russel Sage Foundation.

Morgan, Gareth (1990, repr.). *Images of Organization*. London: Sage.

Mulgan, Richard (2000). 'Accountability': An Ever-expanding Concept? *Public Administration* 78: 3, 555–573.

Mäkelä, Tapio (1994). *Tulosjohdettu sairaala*. *Hallintotiede A* 6. Tampere: Tampereen yliopisto.

Mäntyranta, Taina (1993). Finland. Teoksessa: *Doctors as Managers of Clinical Resources*, 50–60. Toim. Jo Ivey Boufford. London: King's Fund Centre.

Möttönen, Sakari (1999). Mitä tulosjohtamisesta on seurannut? *Suomen Lääkärilehti* 54: 9, 1117–1121.

Möttönen, Sakari & Jorma Niemelä (2005). *Kunta ja kolmas sektori*. Jyväskylä: PS-kustannus.

- Nakari, Maija-Liisa (2003). *Työilmapiiri, työntekijöiden hyvinvointi ja muutoksen mahdollisuus*. Jyväskylä studies on education, Psychology and social research 226. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Nakari, Risto & Pasi Valtee (1995). *Menestyvä työyhteisö: Yhteistoiminnallisuuden näkökulmia työyhteisön kehittämiseen*. Helsinki: Helsingin kaupunki.
- Narinen, Arja (2000). *Terveydenhuollon osastonhoitajan työn sisältö tällä hetkellä ja tulevaisuudessa: Tutkimus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osastonhoitajien sekä ylihoitajien mielipiteistä*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Nash, David B. (2003). Doctors and Managers: Mind the Gap. *British Medical Journal* 326: 7390, 652–653.
- Nieminen, Marja (1995). Lama terveydenhuollon tasavertaisuuspyrkimysten tahtitajana. Teoksessa: *Sosiaalinen vastuu Suomen terveydenhuollossa: Teesejä huolestuneiden asiantuntijoiden seminaarista*, 50–52. Toim. Stakes, Aiheita 18. Helsinki.
- Nikkilä, Juhani (1992). *Hallintotyön ympäristö: Kohti tuloksellista ja palvelevaa hallintoa*. Helsinki: VAPK-kustannus.
- Nikkilä, Juhani (1998). *Terveydenhuollon kehittämisprojekti: Asiakkaan aseman terveydenhuollossa*. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1. Helsinki: STM.
- Nissinen-Paatsamala, Kaisa (2002). Lääkärijohtajuus. *Suomen Lääkärilehti* 57: 47, 4857.
- Nummenmaa, Tapio, Raimo Konttinen, Jorma Kuusinen & Esko Leskinen (1997). *Tutkimusaineiston analyysi*. Helsinki: WSOY.
- Nunnally, Jum C. (1978). *Psychometric Theory*. 2nd edition. McGraw-Hill Book Company.
- Ojala, Ilpo (2003). *Managerialismi ja oppilaitosjohtaminen*. Acta Wasaensia no 119. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Ollila, Seija (2006). *Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa: Johtamisosaamisen ulottuvuudet työnohjauksellisena näkökulmana*. Acta Wasaensia no 156. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- OPM (1990). *Terveydenhuollon osastonhoitajatoimikunnan mietintö*. Komiteamietintö no 8. Helsinki.
- OPM (2000). *Selvitys ammattikorkeakoulujen terveysalan jatkotutkinnoista*. Työryhmän raportti. Helsinki.

OPM (2004a). *Koulutus/ammattikorkeakoulut*. [Viitattu 16.3.2004]. Saatavissa <http://www.minedu.fi/opm/koulutus/ammattikorkeakoulut/opiskelu.html>

OPM (2004b). *Sosiaali- ja terveystieteen johtamiskoulutustyöryhmän muistio*. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä nro 30. Helsinki: OPM.

Oroviogioicochea, Cristina (1996). The Clinical Nurse Manager: A Literature Review. *Journal of Advanced Nursing* 24, 1273–1280.

Osborne, David & Ted Gaebler (1996, alkup. 1992). Reinventing Government. Teoksessa: *Classics of Organization Theory*. 4. painos, 523–537. Toim. Jay M. Shafritz & J. Steven Ott. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.

Ouchi, William G. (1981). *Theory Z: How American Business Can Meet the Japanese Challenge*. Reading, Melo Park: Addison-Wesley Publishing Company.

Pahkala, Sami, Aira Bragge, Pekka Laippala & Kimmo Pahkala (2000). *Esimies-toimintaa kuvaavien tekijöiden vertailu perusterveydenhuollossa ja erikoissai-raanhoidossa: Esimerkkiaineistona entisen Vaasan läänin 21 terveyskeskusta ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri*. Hallinnon tutkimus 19: 3, 263–277.

Pahkala, Kimmo, Sami Pahkala, Hannu Puolijoki & Pekka Laippala (2001). Tu-losjohtamisen toteutumista ennustavat tekijät: Esimerkkiaineistona Etelä-Pohjan-maan sairaanhoitopiirin lääkärit. *Suomen Lääkärilehti* 56: 3, 317–322.

Parviainen, Tuire & Anneli Sarvimäki (1999). Hoitotyön johtamisen eettiset läh-tökohdat. Teoksessa: *Hoitotyötä johtamaan*, 68–83. Toim. Riitta Simoila, Riitta Kangas & Jouko Ranta. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Peace, Sheila & Jill Reynolds (2003). Managing Environment. Teoksessa: *Mana-ging Care in Context*, 133–158. Toim. Jeanette Henderson & Dorothy Atkinson. London: Routledge, The Open University.

Pekurinen, Markku (2007). Terveystieteen menoihin vaikuttaminen rahoitus-järjestelmää kehittämällä. Teoksessa: *Terveystieteen menojen hillintä: rahoi-tusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys*, 9–70. Toim. Markku Pekurinen & Pekka Puska. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4. Helsinki.

Pelttari, Paula (1999). Osaamisen johtaminen tulevaisuuden hoitotyössä. Teokses-sa: *Hoitotyötä johtamaan*, 184–193. Toim. Riitta Simoila, Riitta Kangas & Jouko Ranta. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Perrow, Charles (1965). Hospitals: Technology, Structure, and Goals. Teoksessa: *Handbook of Organizations*, 910–971. Toim. James G. March. Chicago: Rand McNally & Company.

Pesonen, Niilo (1980). *Terveystieteen puolesta – sairautta vastaan: Terveystieteen- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvulla*. Porvoo: WSOY.

- Pfeffer, Jeffrey (1981). *Power in Organizations*. Marshfield: Pitman Publishing Inc.
- Pinnock, Mike & Brian Dimmock (2003). Managing for Outcomes. Teoksessa: *Managing Care in Context*, 257–282. Toim. Jeanette Henderson & Dorothy Atkinson. London: Routledge, The Open University.
- Pollitt, Christopher (1995). Improvement Strategies. Teoksessa: *Quality Improvement in European Public Services: Concepts, Cases and Commentary*, 131–161. Toim. Christopher Pollitt & Geert Bouckaert. London: Sage.
- Pollitt, Christopher & Geert Bouckaert (1995). *Quality Improvement in European Public Services: Concepts, Cases and Commentary*. London: Sage.
- Raatikainen, Panu (2004). *Ihmistieteet ja filosofia*. Helsinki : Gaudeamus.
- Rauste-von Wright, Maijaliisa & Johan von Wright (1994). *Oppiminen ja koulu-tus*. Porvoo-Helsinki-Juva:WSOY.
- Repo, Päivi (2007). Terveysthuollon kulut kasvavat nopeimmin kuntien käyttömenoista. *Helsingin Sanomat* 11.3.2007.
- Romzek, Barbara S. & Patricia Wallace Ingraham (2000). Cross Pressures of Accountability: Initiative, Command, and Failure in the Ron Brown Plane Crash* *Public Administration Review* 60: 3, 240–253.
- Romzek, Barbara S. & Melvin J. Dubnick (1987). Accountability in the Public Sector: Lessons from the Challenger Tragedy. *Public Administration Review* 47: 3, 227–238.
- Rourke, Francia E. (1984). *Bureaucracy, Politics, and Public policy*. 3. painos. Boston: Little, Brown and Company.
- Roth, William (1998). Middle Management: the Missing Link. *The TQM Magazine* 10: 1, 6–9.
- Rotter, Julian B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied* 80, 609–621.
- Salminen, Ari (1998). *Hallintotiede: Organisaatioiden hallinnolliset perusteet*. Helsinki: Edita.
- Salminen, Ari & Kari Kuoppala (1985). *Julkisvalta byrokratia organisaatio*. Helsinki: Otava.
- Sanders, Barbara H., Alice M. Davidson & Sylvia A. Price (1996). The Unit Nurse Executive: A Changing Perspective. *Nursing management* 27: 1, 42–45.

Schartau, Maj-Britt (1993). *The Public Sector Middle Manager: The Puppet Who Pulls the Strings?* Lund: National Board of Education.

Schartau, Maj-Britt (1997). Hemtjänstassistenttens roll – svårigheter och möjligheter. Teoksessa: *Mellanchefer: Från ledningens redskap till verksamhetens motor*, 12–25. Red. Margareth Drakenberg. Lund: Studentlitteratur.

Seden, Janet (2003). Managers and Their Organisations. Teoksessa: *Managing Care in Context*, 105–131. Toim. Jeanette Henderson & Dorothy Atkinson. London: Routledge, The Open University.

Selznick, Philip (1992). *The Moral Commonwealth: Social Theory and the Promise of Community*. Berkeley: University of California Press.

Shafritz, Jay M. & J. Steven Ott (1996). *Classics of Organization Theory*. 4. painos. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.

Silvennoinen, Markku (2002). Johtamisen haaste terveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 57: 11, 1294–1295.

Simoila, Riitta (1999). Terveydenhuolto johtamisen areenana. Teoksessa: *Hoitotyötä johtamaan*, 9–16. Toim. Riitta Simoila, Riitta Kangas & Jouko Ranta. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Simon, Herbert (1957). *Administrative Behaviour: A Study of Decision-making Process in Administrative Organization*. New York : Macmillan.

Sinkkonen, Merja (1994). *Tulosjohtaminen terveydenhuollossa ja erityisesti sen vaikutukset hoitohenkilökunnan asemaan*. Sarja B: Selvityksiä 3. Helsinki: Tehy.

Sinkkonen, Sirkka, Juha Kinnunen & Marita Paunonen (1986). *Osastonhoitajien johtamistyylit ja hoitohenkilöstön työtyytyvyys*. Helsinki: Suomen kaupunkiliitto.

Sinkkonen, Sirkka & Juhani Nikkilä (1988). *Suomen terveydenhuollon hallinto*. Helsinki: WSOY, SHKS.

Sinkkonen, Sirkka & Helena Taskinen (2002). Johtamisosaamisen vaatimukset ja taso perusterveydenhuollon hoitotyön johtajilla. *Hoitotiede* 14: 3, 129–141.

Sintonen, Harri & Markku Pekurinen (2006). *Terveystaloustiede*. Helsinki: WSOY.

Solovy, Alden (2002). Middle Managers Matter. *Hospitals & Health Networks* 76: 10, 32–33.

Sorvettula, Maija (1998). *Johdatus suomalaisen hoitotyön historiaan*. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.

Sovie, Margaret D. (1994). Nurse Manager: A Key Role in Clinical Outcomes. *Nursing Management* 25: 3, 30–34.

Skye, Emily, Sara Meddings & Brian Dimmock (2003). Theories Understanding People. Teoksessa: *Managing Care in Context*, 211–236. Toim. Jeanette Henderson & Dorothy Atkinson. London: Routledge, The Open University.

Stahle W. & Schirmer F. 1992. Lower Level and Middle Level Managers as the Recipients and Actors of Human Resource Management. *International Studies of Management and Organisation* 22: 1, 67–69.

Stakes (2001). *Sosiaali- ja terveydenhuollon TASKUTIETO 2001*. [Viitattu 3.8.2004]. Saatavissa: <http://info.stakes.fi/taskutieto/taskusuo.pdf>.

Stakes (2002). *Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattirakenne kunnissa muuttunut*. [Viitattu 3.8.2004]. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/tiedotteet/2002/51.htm>.

Stakes (2003). *Sosiaali- ja terveydenhuollon TASKUTIETO 2003*. [Viitattu 3.8.2004]. Saatavissa: http://www.stakes.info/files/pdf/Raportit/Taskutieto_2003_fin.pdf.

Stakes (2004). *Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2004*. Helsinki: Stakes.

STM (2002a). *Tavoitteiden ja tuloksellisuuden kuvaaminen tulosbudjetissa ja tulossopimuksissa*. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 21. Helsinki: STM.

STM (2002b). *Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi*. STM esitteitä nro 6. Helsinki: STM.

STM (2006). *Sosiaali- ja terveystietokertomus 2006*. STM julkaisuja nro 4. Helsinki: STM.

STM & Kuntaliitto (2007). *Sosiaali- ja terveydenhuolto kunta- ja palvelurakennemuutosten edellyttämien toimeenpanosuunnitelmien valmistelussa*. Kuntakirje. [Viitattu 13.3.2007]. Saatavissa: <http://www.kunnat.net/kperussivu.asp?path=1;29;60;41305;114215;118331;118533&voucher=53AE8B02-F419-4E13-A402-461CAF195CDD>.

Strömmer, Riitta (1999). *Henkilöstöjohtaminen*. Helsinki: Edita.

Suomen Lääkäriliitto (2003). *Lääkärikysely 2003: Tilastoja*. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.

Suomen Lääkäriliitto (2005a). *Lääkärikysely 2005: Tilastoja*. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.

Suomen Lääkäriliitto (2005b). *Lääkärietiikka*. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.

Suomen Lääkäriliitto (2006). *Lääkärikysely 2006: Tilastoja*. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.

Suomen sairaanhoitajaliitto (1996). *Sairaanhoitajan eettiset ohjeet*. [Viitattu 1.4.2004]. Saatavissa: <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/page.asp?Section=268&Item=672&SSL=True>.

Suonsivu, Kaija (2003). *Kun mikään ei riitä: Hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemukset ja niiden yhteydet työyhteisötekijöihin*. Acta Universitatis Tamperensis 926. Tampere: Tampereen yliopisto.

Surakka, Tiina (2006). *Osastonhoitajan työ erikoissairaanhoidossa 1990-luvulla ja 2000-luvulla: Toimivalta, vastuullisuus ja asiantuntijuus lähijohtajuudessa*. Tampere: Tampereen yliopisto.

Sveiby, Karl Erik (1990). *Kunskapsledning: 101 råd till ledare i kunskapsintensiva organisationer*. Stockholm: Affärsvärlden.

Tappen, Ruth M. (1989). *Nursing Leadership and Management: Concepts and Practice*. 2. painos. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Tehy (1994). *Osastonhoitajakoulutus valokeilassa*. Helsinki.

Telaranta, Seija (1997). *Hoitotyön hallinto*. Helsinki: Kirjayhtymä.

Temmes, Markku (1992). *Julkiset asiantuntijaorganisaatiot*. Helsinki: VAPK-kustannus.

Thurstone, L. L. (1947). *Multiple-factor Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.

Thylefors, Ingela (1992). *Ledarskap i vård, omsorg och utbildning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Tienari, Janne, Sigfrid Quack & Hildegard Theopald (1998). *Stuck!?: Organizational Reforms and Feminization of Middle Management?: The Common Mechanism and Societal Differences*. Helsinki: Helsinki School of Economics and Business Administration.

Tiilikkala, Liisa (2004). *Mestarista tuutoriksi: Suomalaisen ammatillisen opettajuuden muutos ja jatkuvuus*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Tuomiranta, Mirja (2002). *Lääkärijohtaja – lääkäri vai johtaja?: Tutkimus lääkärijohtajan roolijännitteistä ja johtamisroolin omaksumisesta erikoissairaanhoidossa*. Tampere: Tampere University Press

Tuori, Kaarlo (2004). *Sosiaalioikeus*. Helsinki: WSOY Lakitieto.

Työhallinto (2004). *Osastonhoitaja*. [Viitattu 18.3.2004]. Saatavissa: <http://www.mol.fi/webammatti.cgi?ammattinumero=10310&kieli=00>

Uhr, J (1993). 'Redesigning accountability'. *Australian Quarterly* 65: winter, 1–16.

Uotila, Eila (2004). *Terveyskeskuksissa työskentelevien työn järjestäminen, toiminnan ohjaaminen ja kehittäminen*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 3. Helsinki.

Urwick, L. (1937). The Function of Administration: With Special Reference to the Work of Henri Fayol. Teoksessa: *Papers on the Science of Administration*, 116–130. Toim. Luther Gulick & L. Urwick. New York: Institute of Public Administration.

Valkonen, Tapani (1981). *Haastattelu- ja kyselyaineiston analyysi sosiaalitutkimuksessa*. Helsinki: Gaudeamus.

Valtioneuvoston kanslian asiantuntijaryhmä (1995). *Luottamus, läheisyys, linjakuus: Vallan ja vastuun uusjakoon julkisessa hallinnossa*. Espoo.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (2006). *Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin virkojen ja toimien kelpoisuusehdot*.

Vartiainen, Pirkko (2004). *The Legitimacy of Evaluation*. Frankfurt am Main: P. Lang New York.

Viitanen, Elina, Erja Willi-Peltola & Juhani Lehto (2002). Osastonlääkäri esimiehenä ”Enemmän tämmöinen seniorikonsultti”. *Suomen Lääkärilehti* 57: 38, 3755–3757.

Viitanen, Elina & Juhani Lehto (2004). Lähiesimiehet haluaisivat enemmän tukea ja vaikutusvaltaa. *Sairaala* 1–2, 16–17.

Viitanen, Elina, Juhani Lehto, Tiina Tampusi-Jarvala, Kari Mattila, Irma Virjo, Mauri Isokoski, Harri Hyppölä, Esko Kumpusalo, Hannu Halila, Santero Kujala & Jukka Vänskä (2006). Doctor-managers as decision makers in hospitals and health centres. *Journal of Health Organization and Management* 20: 2, 85–94.

Vuori, Jari (2000). Sairaalojohtamisen haaste: miten lääkäri unohtaisi lääketieteen? *Suomen Lääkärilehti* 55: 8, 877–880.

Välimäki, Raija (1998). *Osastonhoitajan käsikirja*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Waine, Barbara & Jeanette Henderson (2003). Managers, Managing and Managerialism. Teoksessa: *Managing Care in Context*, 49–74. Toim. Jeanette Henderson & Dorothy Atkinson. London: Routledge, The Open University.

Weiner, Myron E. (1994). *Human Service Management: Analysis and Applications*. Storrs: University of Connecticut.

Wickström, Gustav, Marjukka Laine, Jaana Pentti, Marko Elovainio & Kari Lindström (2000). *Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – muutokset 1990-luvulla*. Helsinki: Työterveyslaitos.

Willmot, Madeleine (1998). The New Ward Manager: An Evaluation of the Changing Role of the Charge Nurse. *Journal of Advanced Nursing* 28: 2, 419–427.

World Medical Association (1983). *International Code of Medical Ethics*. [Cited 1.4.2004]. Available: <http://www.wma.net/e/policy/c8.htm>

Wrong, Dennis H. (1988). *Power: Its Forms, Bases, and Uses*. Oxford: Blackwell

Liitteet

Liite 1. Kyselylomake lähijohtaja
KYSELYLOMAKE

1. Sairaanhoidopiiri, jossa/jonka alueella työskentelet _____

2. 1. Organisaatiosi (sairaalan tai terveyskeskuksen) nimi _____

2.2. Organisaatiosi kuuluu

- erikoissairaanhoidon
- perusterveydenhuoltoon

2.3. Missä yksikössä (osasto) työskentelet?

yksikön/osaston nimi _____
yksikön/osaston erikoisala _____

3. Ikäsi _____ v.

4. Sukupuolesi

- nainen
- mies

5. Ammattinimike, jossa työskentelet tällä hetkellä _____

6. 1. Kuinka kauan olet työskennellyt terveydenhuoltoalalla? _____ v.

6.2. Kuinka kauan olet työskennellyt esimiestehtävissä? _____ v.

6.3. Alaistesi määrä _____.

7. Ammattikoulutuksesi (merkitse kaikki suorittamasi tutkinnot)

- vanha kouluasteen tutkinto (perushoitaja ym.)
- ammattiopistotutkinto (lähihoitaja ym.)
- vanha opistotason tutkinto
- erikoistumisopinnot
- ammattikorkeakoulututkinto
- ylempi korkeakoulu-/yliopistotutkinto

mikä? _____

8.1. Kuinka suuri osuus työstäsi kuluu hallinnollisten tehtävien hoitoon? _____ %

8.2. Ovatko esimiesrooliisi kuuluvat tehtävät määritelty kirjallisesti organisaatiossasi?

- kyllä, missä? _____
- osittain, missä? _____
- ei
- en osaa sanoa

9. Kuka mielestäsi päättää seuraavista yksikköäsi koskevista asioista (päättää joko yksin tai sanoo neuvottelutilanteessa 'viimeisen sanan')? Jos vastaat vaihtoehdon 6=joku muu, voit antaa lisätietoja kyselyn lopussa kohdassa 22.

Päätettävä asia	Yli- lääkäri/ Johtava lääkäri	Yli- hoitaja/ Johtava hoitaja	Osaston/ osatoim. vastaava lääkäri	Osaston- hoitaja	Henkilö- kunta	Joku muu
Yksikön toiminnan tavoitteet	1	2	3	4	5	6
Henkilökunnan koulutukseen osallistuminen	1	2	3	4	5	6
Henkilökunnan lomat	1	2	3	4	5	6
Henkilökunnan virkavapaat	1	2	3	4	5	6
Henkilökunnan palkan määräytyminen	1	2	3	4	5	6
Työvuorot	1	2	3	4	5	6
Työnjako yksikön toiminnassa	1	2	3	4	5	6
Laitte- ja kalustohankinnat, kun hankinta on vähäinen	1	2	3	4	5	6
Laitte- ja kalustohankinnat, kun hankinta on suurempi	1	2	3	4	5	6
Sijaisten ja tilapäisen henkilökunnan palkkaaminen	1	2	3	4	5	6
Projekteihin osallistuminen organisaation sisällä	1	2	3	4	5	6
Projekteihin osallistuminen organisaation ulkopuolella	1	2	3	4	5	6
Uusien työskentelymenetelmien käyttöönotto yksikössä	1	2	3	4	5	6

10.1. Saatto mielestäsi riittävästi päättää yksikkönne kannalta keskeisistä asioista?

- kyllä
- ei
- en osaa sanoa

10.2. Mikäli koet päätösvaltasi riittämättömäksi, minkä asian suhteen haluaisit lisätä päätösvaltasi?

11. Henkilöillä, jotka osallistuvat yksikköä koskevaan päätöksentekoon, on eri määrä vaikutusvaltaa. Arvioi missä määrin seuraavat tekijät vaikuttavat vaikutusvallan syntymiseen oman yksikkösi päätöksenteossa.

	Ei vaikuta lain- kaan				Vaikut- taa erittäin paljon	En osaa sanoa
Henkilön ammattitaito	1	2	3	4	5	6
Henkilön koulutus	1	2	3	4	5	6
Henkilön asema organisaatiossa	1	2	3	4	5	6
Henkilön persoona	1	2	3	4	5	6
Yhteydet organisaation ulkopuolisiin ryhmiin	1	2	3	4	5	6
Hyvät suhteet luottamushenkilöhallintoon	1	2	3	4	5	6
Valikoiva tietojen välittäminen	1	2	3	4	5	6
Yhteydet organisaation sisällä	1	2	3	4	5	6
Henkilön ammatti tai virkanimike	1	2	3	4	5	6
Mahdollisuus vaikuttaa yksikön resursseihin	1	2	3	4	5	6

12. Harkinta päätöksenteossa tarkoittaa mahdollisuutta valita eri vaihtoehtojen välillä tai tehdä päätös annettujen rajojen sisällä. Käytätkö esimiehenä harkintaa seuraavissa päätöksissä?

	En lain- kaan				Erittäin paljon	En osaa sanoa
Henkilökunnan rekrytointi	1	2	3	4	5	6
Vähäiset hankinnat	1	2	3	4	5	6
Suuremmat hankinnat	1	2	3	4	5	6
Lomien sijoittelu	1	2	3	4	5	6
Koulutukseen pääsyn myöntäminen	1	2	3	4	5	6
Sijaisten palkkaaminen	1	2	3	4	5	6
Työn organisointi	1	2	3	4	5	6
Organisaation määräysten noudattaminen	1	2	3	4	5	6

13. Seuraavassa väittämiä koskien yksikkönne tiedottamista.

	Täysin eri mieltä				Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
Yksikkömme sisäinen tiedotus on osastonhoitajan tehtävä	1	2	3	4	5	6
Yksikkömme sisäinen tiedotus on osastonlääkärin tehtävä	1	2	3	4	5	6
Tiedotus yksikössämme on hoidettu tehokkaasti	1	2	3	4	5	6
Tiedotan yksikössämme organisaation sisäisestä koulutuksesta	1	2	3	4	5	6
Tiedotan yksikössämme organisaation ulkopuolella tapahtuvasta koulutuksesta	1	2	3	4	5	6
Yksikössämme kaikki tieto ei välity henkilökunnalle	1	2	3	4	5	6
Esimiehenä saan yksiköstäni myös epävirallista tietoa	1	2	3	4	5	6

14. Seuraavassa väittämiä koskien yksikkönne resursseja (henkilökunta + koneet, laitteet ja tarvikkeet).

	Täysin eri mieltä				Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
Esimiehenä pyrin varmistamaan yksikkömme resurssit	1	2	3	4	5	6
Yksikköömme palkitaan hyvästä menestyksestä	1	2	3	4	5	6
Yksikkömme sisällä palkitaan hyvästä suorituksesta	1	2	3	4	5	6
Yksikkömme kilpailee muiden yksiköiden kanssa resursseista	1	2	3	4	5	6
Yksikkömme resurssien varmistamiseksi pyritään pelaamaan ja käymään kauppaa	1	2	3	4	5	6
Organisaatiossamme on tietyt säännöt koskien resurssien jakoa	1	2	3	4	5	6
Resurssien jako on organisaatiossamme oikeudenmukaista	1	2	3	4	5	6

15. Kuinka paljon katsot esimiehenä ottavasi vastuuta seuraavista asioista?

	En lain- kaan				Erittäin paljon	En osaa sanoa
Työn sujuvasta organisoin- nista	1	2	3	4	5	6
Yksikkönne taloudellisesta tilanteesta	1	2	3	4	5	6
Ylemmän johdon määräysten noudattamisesta	1	2	3	4	5	6
Työ- ja virkaehtosopimusten noudattamisesta	1	2	3	4	5	6
Terveystieteellisten toimintaa koskevien lakien noudatta- misesta	1	2	3	4	5	6
Yksikkönne toiminnan tuloksista	1	2	3	4	5	6
Yksikkönne henkilökunnan työhyvinvoinnista	1	2	3	4	5	6
Hoitotieteellisistä hoitopäätöksistä	1	2	3	4	5	6
Lääketieteellisistä hoitopäätöksistä	1	2	3	4	5	6
Ammattitaitosi ylläpidosta	1	2	3	4	5	6
Yksikkönne ilmapiiristä	1	2	3	4	5	6
Yksikkönne toiminnan arvioinnista	1	2	3	4	5	6
Yksikkönne toiminnan kehittämisestä	1	2	3	4	5	6
Johtamistaidoistasi	1	2	3	4	5	6
Yksikkönne resurssien hankkimisesta	1	2	3	4	5	6
Tiedottamisesta yksikkönne sisällä	1	2	3	4	5	6
Yhteistyöstä organisaation muiden yksiköiden kanssa	1	2	3	4	5	6
Yhteistyöstä organisaation ulkopuolisten tahojen kanssa	1	2	3	4	5	6
Ristiriitojen selvittämisestä yksikössänne	1	2	3	4	5	6
Yksikkönne toiminnan laadusta	1	2	3	4	5	6

16. Seuraavassa väittämiä koskien johtamistyötäsi.

	Täysin eri mieltä				Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
Esimiehenä noudatan organisaation ohjeita tarkasti	1	2	3	4	5	6
Yksikössäni rangaistaan epämiellyttävillä työvuoroilla	1	2	3	4	5	6
Esimiehenä en suosi perusteetta alaisiani	1	2	3	4	5	6
Työvuoroissa joustetaan tarvittaessa	1	2	3	4	5	6
Esimiehenä määrään lomien ajankohdan	1	2	3	4	5	6
Esimiehenä noudatan organisaation ohjeita tilanteen mukaan	1	2	3	4	5	6
Esimiehenä vaikutan henkilökunnan palkan määräytymiseen	1	2	3	4	5	6
Esimiehenä pystyn vaikuttamaan organisaation ylempään päätöksentekoon	1	2	3	4	5	6
Esimiehenä pystyn vaikuttamaan organisaation luottamushenkilöhallintoon	1	2	3	4	5	6
Esimiehenä teen enimmäkseen itsenäisiä päätöksiä	1	2	3	4	5	6

17. Missä määrin koet esimiehenä olevasi vastuussa (tilivelvollinen) yksikkönne toiminnan tuloksista seuraaville tahoille?

	En lainkaan				Erittäin paljon	En osaa sanoa
Yksikön henkilökunnalle	1	2	3	4	5	6
Asiakkaille/potilaille	1	2	3	4	5	6
Veronmaksajille	1	2	3	4	5	6
Organisaation luottamushenkilöhallinnolle	1	2	3	4	5	6
Itsellesi	1	2	3	4	5	6
Ammattikunnallesi	1	2	3	4	5	6
Organisaation virkamiesshallinnolle	1	2	3	4	5	6

18. Missä määrin koet esimiehenä olevasi vastuussa (tilivelvollinen) **omasta ammattitaidostasi** seuraaville tahoille?

	En lainkaan				Erittäin paljon	En osaa sanoa
Yksikön henkilökunnalle	1	2	3	4	5	6
Asiakkaille/potilaille	1	2	3	4	5	6
Veronmaksajille	1	2	3	4	5	6
Organisaation luottamushenkilöhallinnolle	1	2	3	4	5	6
Itsellesi	1	2	3	4	5	6
Ammattikunnallesi	1	2	3	4	5	6
Organisaation virkamieshallinnolle	1	2	3	4	5	6

19. Missä määrin koet esimiehenä olevasi vastuussa (tilivelvollinen) **johtamistaidoistasi** seuraaville tahoille?

	En lainkaan				Erittäin paljon	En osaa sanoa
Yksikön henkilökunnalle	1	2	3	4	5	6
Asiakkaille/potilaille	1	2	3	4	5	6
Veronmaksajille	1	2	3	4	5	6
Organisaation luottamushenkilöhallinnolle	1	2	3	4	5	6
Itsellesi	1	2	3	4	5	6
Ammattikunnallesi	1	2	3	4	5	6
Organisaation virkamieshallinnolle	1	2	3	4	5	6

20. Missä määrin koet esimiehenä olevasi vastuussa (tilivelvollinen) **yksikkönne taloudesta** seuraaville tahoille?

	En lainkaan				Erittäin paljon	En osaa sanoa
Yksikön henkilökunnalle	1	2	3	4	5	6
Asiakkaille/potilaille	1	2	3	4	5	6
Veronmaksajille	1	2	3	4	5	6
Organisaation luottamushenkilöhallinnolle	1	2	3	4	5	6
Itsellesi	1	2	3	4	5	6
Ammattikunnallesi	1	2	3	4	5	6
Organisaation virkamieshallinnolle	1	2	3	4	5	6

Liite 2. Kyselylomake henkilökunta

1. Sairaanhoidopiiri, jossa/jonka alueella työskentelet _____

2.1. Organisaatiosi (sairaalan tai terveystieteiden) nimi _____

2.2. Yksikkösi/osastosi:

Erikoissairaanhoito

- sisätaudit
- kirurgia
- psykiatria

Perusterveydenhuolto

- avoterveydenhuolto
- vuodeosasto

3. Ikäsi _____ v.

4. Sukupuolesi

- nainen
- mies

5. Ammattinimike, jossa työskentelet tällä hetkellä _____

6. Kuinka kauan olet työskennellyt terveydenhuoltoalalla? _____ v.

7. Ammattikoulutuksesi (merkitse kaikki suorittamasi tutkinnot)

- vanha kouluasteen tutkinto (perushoitaja ym.)
- ammattiopistotutkinto (lähihoitaja ym.)
- vanha opistotason tutkinto
- erikoistumisopinnot
- ammattikorkeakoulututkinto
- ylempi korkeakoulu-/yliopistotutkinto

mikä _____

8.1. Kuka on lähin esimiehesi?

- Osaston-/osastonyli-/osatoiminnasta vastaava lääkäri
- Osastonhoitaja
- Joku muu, kuka? _____

8.2. Ovatko esimiehesi rooliin kuuluvat tehtävät kirjallisesti määritelty organisaatiossasi?

- kyllä, missä asiakirjassa? _____
- osittain, missä asiakirjassa? _____
- ei
- en osaa sanoa

9. Kuka mielestäsi päättää seuraavista yksikköäsi koskevista asioista (päättää joko yksin tai sanoo neuvottelutilanteessa 'viimeisen sanan')? Jos vastaat vaihtoehdon 6=joku muu, voit antaa lisätietoja kyselyn lopussa kohdassa 22.

Päätettävä asia	Yli- lääkäri/ Johtava lääkäri	Yli- hoitaja/ Johtava hoitaja	Osaston/ osatoim. vastaava lääkäri	Osaston- hoitaja	Henkilö- kunta	Joku muu
Yksikön toiminnan tavoitteet	1	2	3	4	5	6
Henkilökunnan koulutukseen osallistuminen	1	2	3	4	5	6
Henkilökunnan lomat	1	2	3	4	5	6
Henkilökunnan virkavapaat	1	2	3	4	5	6
Henkilökunnan palkan määräytyminen	1	2	3	4	5	6
Työvuorot	1	2	3	4	5	6
Työnjako yksikön toiminnassa	1	2	3	4	5	6
Laitte- ja kalustohankinnat, kun hankinta on vähäinen	1	2	3	4	5	6
Laitte- ja kalustohankinnat, kun hankinta on suurempi	1	2	3	4	5	6
Sijaisten ja tilapäisen henkilökunnan palkkaaminen	1	2	3	4	5	6
Projekteihin osallistuminen organisaation sisällä	1	2	3	4	5	6
Projekteihin osallistuminen organisaation ulkopuolella	1	2	3	4	5	6
Uusien työskentelymenetelmien käyttöönotto yksikössä	1	2	3	4	5	6

10.1. Saako esimiehesi mielestäsi riittävästi päättää yksikkönne kannalta keskeisistä asioista?

- kyllä
- ei
- en osaa sanoa

10.2. Mikäli koet päätösvallan riittämättömäksi, minkä asian suhteen haluaisit esimiehelläsi olevan enemmän päätösvaltaa?

11. Henkilöillä, jotka osallistuvat yksikköä koskevaan päätöksentekoon, on eri määrä vaikutusvaltaa. Arvioi missä määrin seuraavat tekijät vaikuttavat vaikutusvallan syntymiseen oman yksikkösi päätöksenteossa.

	Ei vaikuta lainkaa n				Vaikut- taa erittäin paljon	En osaa sanoa
Henkilön ammattitaito	1	2	3	4	5	6
Henkilön koulutus	1	2	3	4	5	6
Henkilön asema organisaatiossa	1	2	3	4	5	6
Henkilön persoona	1	2	3	4	5	6
Yhteydet organisaation ulkopuolisiin ryhmiin	1	2	3	4	5	6
Hyvät suhteet luottamushenkilöhallintoon	1	2	3	4	5	6
Valikoiva tietojen välittäminen	1	2	3	4	5	6
Yhteydet organisaation sisällä	1	2	3	4	5	6
Henkilön ammatti tai virkanimike	1	2	3	4	5	6
Mahdollisuus vaikuttaa yksikön resursseihin	1	2	3	4	5	6

12. Harkinta päätöksenteossa tarkoittaa mahdollisuutta valita eri vaihtoehtojen välillä tai tehdä päätös annettujen rajojen sisällä. Käyttääkö esimiehesi mielestäsi harkintaa seuraavissa päätöksissä?

	Ei lainkaa n				Erittäin paljon	En osaa sanoa
Henkilökunnan rekrytointi	1	2	3	4	5	6
Vähäiset hankinnat	1	2	3	4	5	6
Suuremmat hankinnat	1	2	3	4	5	6
Lomien sijoittelu	1	2	3	4	5	6
Koulutukseen pääsyn myöntäminen	1	2	3	4	5	6
Sijaisten palkkaaminen	1	2	3	4	5	6
Työn organisointi	1	2	3	4	5	6
Organisaation määräysten noudattaminen	1	2	3	4	5	6

13. Seuraavassa väittämiä koskien yksikkönne tiedottamista.

	Täysin eri mieltä				Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
Yksikkömme sisäinen tiedotus on osastonhoitajan tehtävä	1	2	3	4	5	6
Yksikkömme sisäinen tiedotus on osastonlääkärin tehtävä	1	2	3	4	5	6
Tiedotus yksikössämme on hoidettu tehokkaasti	1	2	3	4	5	6
Saan tiedon organisaation sisäisestä koulutuksesta	1	2	3	4	5	6
Saan tiedon organisaation ulkopuolella tapahtuvasta koulutuksesta	1	2	3	4	5	6
Yksikössämme kaikki tieto ei välity henkilökunnalle	1	2	3	4	5	6
Esimieheni saa yksiköstämme myös epävirallista tietoa	1	2	3	4	5	6

14. Seuraavassa väittämiä koskien yksikkönne resursseja (henkilökunta + koneet, laitteet ja tarvikkeet)

	Täysin eri mieltä				Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
Esimies pyrkii varmistamaan yksikkömme resurssit	1	2	3	4	5	6
Yksikköömme palkitaan hyvästä menestyksestä	1	2	3	4	5	6
Yksikkömme sisällä palkitaan hyvästä suorituksesta	1	2	3	4	5	6
Yksikkömme kilpailee muiden yksiköiden kanssa resursseista	1	2	3	4	5	6
Yksikkömme resurssien varmistamiseksi pyritään 'pelaamaan ja käymään kauppaa'	1	2	3	4	5	6
Organisaatiossamme on tietyt säännöt koskien resurssien jakoa	1	2	3	4	5	6
Resurssien jako on organisaatiossamme	1	2	3	4	5	6

15. Kuinka paljon katsot esimiehesi ottavan vastuuta seuraavista asioista?

	Ei lain- kaan				Erittäin paljon	En osaa sanoa
Työn sujuvasta organisoinnista	1	2	3	4	5	6
Yksikkönne taloudellisesta tilanteesta	1	2	3	4	5	6
Ylemmän johdon määräysten noudattamisesta	1	2	3	4	5	6
Työ- ja virkaehtosopimusten noudattamisesta	1	2	3	4	5	6
Terveystieteellisten toimintaa koskevien lakien noudattamisesta	1	2	3	4	5	6
Yksikkönne toiminnan tuloksista	1	2	3	4	5	6
Yksikkönne henkilökunnan työhyvinvoinnista	1	2	3	4	5	6
Hoitotieteellisistä hoitopäätöksistä	1	2	3	4	5	6
Lääketieteellisistä hoitopäätöksistä	1	2	3	4	5	6
Ammattitaitonsa ylläpidosta	1	2	3	4	5	6
Yksikkönne ilmapiiristä	1	2	3	4	5	6
Yksikkönne toiminnan arvioinnista	1	2	3	4	5	6
Yksikkönne toiminnan kehittämisestä	1	2	3	4	5	6
Johtamistaidoistaan	1	2	3	4	5	6
Yksikkönne resurssien hankkimisesta	1	2	3	4	5	6
Tiedottamisesta yksikkönne sisällä	1	2	3	4	5	6
Yhteistyöstä organisaation muiden yksiköiden kanssa	1	2	3	4	5	6
Yhteistyöstä organisaation ulkopuolisten tahojen kanssa	1	2	3	4	5	6
Ristiriitojen selvittämisestä yksikössänne	1	2	3	4	5	6
Yksikkönne toiminnan laadusta	1	2	3	4	5	6

16. Seuraavassa väittämiä koskien yksikkönne johtamistyötä.

	Täysin eri mieltä				Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
Esimieheni noudattaa organisaation ohjeita tarkasti	1	2	3	4	5	6
Yksikössämme rangaistaan epämiellyttävillä työvuoroilla	1	2	3	4	5	6
Esimieheni ei suosi perusteetta alaisiaan	1	2	3	4	5	6
Työvuoroissa joustetaan tarvittaessa	1	2	3	4	5	6
Esimieheni määrää lomien ajankohdan	1	2	3	4	5	6
Esimieheni noudattaa organisaation ohjeita tilanteen mukaan	1	2	3	4	5	6
Esimieheni vaikuttaa henkilökunnan palkan määräytymiseen	1	2	3	4	5	6
Esimieheni pystyy vaikuttamaan organisaation ylempään päätöksentekoon	1	2	3	4	5	6
Esimieheni pystyy vaikuttamaan organisaation luottamushenkilöhallintoon	1	2	3	4	5	6
Esimieheni tekee enimmäkseen itsenäisiä päätöksiä	1	2	3	4	5	6

17. Missä määrin arvioit esimiehesi kokevan vastuuta (tilivelvollisuutta) yksikkönne toiminnan tuloksista seuraaville tahoille?

	Ei lainkaan				Erittäin paljon	En osaa sanoa
Yksikön henkilökunnalle	1	2	3	4	5	6
Asiakkaille/potilaille	1	2	3	4	5	6
Veronmaksajille	1	2	3	4	5	6
Organisaation luottamushenkilöhallinnolle	1	2	3	4	5	6
Itselleen	1	2	3	4	5	6
Ammattikunnalleen	1	2	3	4	5	6
Organisaation virkamieshallinnolle	1	2	3	4	5	6

18. Missä määrin arvioit esimiehesi kokevan vastuuta (tilivelvollisuutta) **omasta ammattitaidostaan** seuraaville tahoille?

	Ei lainkaan				Erittäin paljon	En osaa sanoa
Yksikön henkilökunnalle	1	2	3	4	5	6
Asiakkaille/potilaille	1	2	3	4	5	6
Veronmaksajille	1	2	3	4	5	6
Organisaation luottamushenkilöhallinnolle	1	2	3	4	5	6
Itselleen	1	2	3	4	5	6
Ammattikunnalleen	1	2	3	4	5	6
Organisaation virkamieshallinnolle	1	2	3	4	5	6

19. Missä määrin arvioit esimiehesi kokevan vastuuta (tilivelvollisuutta) **johtamistaidoistaan** seuraaville tahoille?

	Ei lainkaan				Erittäin paljon	En osaa sanoa
Yksikön henkilökunnalle	1	2	3	4	5	6
Asiakkaille/potilaille	1	2	3	4	5	6
Veronmaksajille	1	2	3	4	5	6
Organisaation luottamushenkilöhallinnolle	1	2	3	4	5	6
Itselleen	1	2	3	4	5	6
Ammattikunnalleen	1	2	3	4	5	6
Organisaation virkamieshallinnolle	1	2	3	4	5	6

20. Missä määrin arvioit esimiehesi kokevan vastuuta (tilivelvollisuutta) **yksikkönne taloudesta** seuraaville tahoille?

	Ei lainkaan				Erittäin paljon	En osaa sanoa
Yksikön henkilökunnalle	1	2	3	4	5	6
Asiakkaille/potilaille	1	2	3	4	5	6
Veronmaksajille	1	2	3	4	5	6
Organisaation luottamushenkilöhallinnolle	1	2	3	4	5	6
Itselleen	1	2	3	4	5	6
Ammattikunnalleen	1	2	3	4	5	6
Organisaation virkamieshallinnolle	1	2	3	4	5	6

Liite 3. Lähetyt ja palautetut kyselyt sekä vastausprosentit sairaanhoitopiireittäin

	Lomakkeet						Netti						Lähetyt yhteensä	Palautetut yhteensä	Palautusprosentti	
	Henkilökuunta			Henkilökuunta			Henkilökuunta			Esimiehet						
	Hoitajat	Palautetut	Lähetetyt	Läkärit	Palautetut	Lähetetyt	Hoitajat	Palautetut	Lähetetyt	Läkärit	Palautetut	Lähetetyt				Palautetut
Ahvenanmaa	125	39	25	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kainuu																
pth	25	10			25	7	55	1								
esh	75	22														
yht	100	32			25	7	55	1								
Lappi																
pth	25	12	0	0	5	4										
esh	75	44		2		1	8	1								
yht	100	56	0	2	5	5	8	2								
Kanta-Häme																
pth	53	17					28	2								
esh	75	37	25	2			6	1								
yht	128	54	25	2			34	3								
Etelä-Karjala																
pth																
esh	75	24					22	3								
yht	75	24					22	3								
Etelä-Pohjanmaa																
pth																
esh	75	36		1												
yht	75	36		1												
Satakunta																
pth	42	18			32	8	10	1								
esh	75	28					50	4								
yht	117	46	0		32	8	60	5								
Keski-Suomi																
pth	25	11			19	3	6	2								
Pohjois-Savo																
pth	20	12			21	5	16	1								
esh	75	26				1	69	9								
yht	95	38			21	6	85	10								
Pohjois-Pohjanmaa																
pth	54	21	13	7												
esh	75	60	37	12			68	12								
yht	129	81	50	19			68	12								
Kaikki yhteer	969	417	100	30	102	29	338	38	966	528	634	150	3109	1192	38 %	

Liite 4. Mittareiden (summamuuttujien) osiot, pääkomponenttianalyysin kelpoisuus ja mittarin reliabiliteetti

Liitetaulukko 4.1 Kysymyksen 11 mittareiden osiot, mittarin soveliaisuustestit pääkomponenttianalyysiin ja mittarien reliabiliteetit

Verkostojen hallinta SUM1 (0,773)	Kompetenssi SUM2 (0,701)	Asema SUM3 (0,649)
K11.4. Henkilön persoona	K11.1. Henkilön ammattitaito	K11.3. Henkilön asema organisaatiossa
K11.5. Yhteydet organisaation ulkopuolisiin ryhmiin	K11.2. Henkilön koulutus	K11.9. Henkilön ammatti tai virkanimike
K11.6. Hyvät suhteet luottamushenkilöhallintoon		K11.10. Mahdollisuus vaikuttaa yksikön resursseihin
K11.7. Valikoiva tietojen välittäminen		
K11.8. Yhteydet organisaation sisällä		
KMO 0,744, Bartlettin sfäärisyystesti 2149,9 (p<0.000)		

Liitetaulukko 4.2. Kysymysten 12, 13 ja 14 mittarien osiot, mittarien soveliaisuus testit pääkomponenttianalyysiin ja mittarien reliabiliteetit

Kysymys 12	Kysymys 13	Kysymys 14
Harkinta SUM4 (0,858)	Tiedottaminen SUM5 (0,76)	Resurssien hallinta SUM6 (0,66)
K12.1. Henkilökunnan rekrytointi	K13.3. Tiedotus yksikössämme on hoidettu tehokkaasti	K14.1. Esimies pyrkii varmistamaan yksikön resurssit
K12.2. Vähäiset hankinnat	K13.4. Yksikössä tiedotetaan organisaation sisäisestä koulutuksesta	K14.2. Yksikköämme palkitaan hyvästä menestyksestä
K12.3. Suuremmat hankinnat	K13.5. Yksikössä tiedotetaan organisaation ulkopuolella tapahtuvasta koulutuksesta	K14.3. Yksikkömme sisällä palkitaan hyvästä suorituksesta
K12.4. Lomien sijoittelu	K13.6. Yksikössämme kaikki tieto välittyy henkilökunnalle	K14.6. Organisaatiossamme on tietyt säännöt koskien resurssien jakoa
K12.5. Koulutukseen pääsyn myöntäminen		K14.7. Resurssien jako on organisaatiossamme oikeudenmukaista
K12.6. Sijaisten palkkaaminen		
K12.7. Työn organisointi		
K12.8. Organisaation määräysten noudattaminen		
KMO 0,879, Bartlettin sfäärisyystesti 3226,7 (p<0.000)	KMO 0,610, Bartlettin sfäärisyystesti 956,8 (p<0.000)	KMO 0,631, Bartlettin sfäärisyystesti 1822,7 (p<0.000)

Liitetaulukko 4.3. Kysymyksen 15 mittarin osiot, mittarin soveliaisuustestit pääkomponenttianalyysiin ja mittarien reliabiliteetit

Vastuu päivittäisjohtamisesta (0,920) SUM7	Vastuu hallinnoinnista (0,881) SUM8	Vastuu kompetenssista SUM9 (0,596)
K15.1. Työn sujuvasta organisoinnista	K15.2. Yksikköne taloudellisesta tilanteesta	K15.8. Hoitotieteellisistä hoitopäätöksistä
K15.7. Yksikköne henkilökunnan työhyvinvoinnista	K15.3. Ylemmän johdon määräysten noudattamisesta	K15.9. Lääketieteellisistä hoitopäätöksistä
K15.11. Yksikköne ilmapiiristä	K15.6. Yksikköne toiminnan tuloksista	K15.10. Ammattitaitonsa ylläpidosta
K15.16. Tiedottamisesta yksikköne sisällä	K15.12. Yksikköne toiminnan arvioinnista	K15.14. Johtamistaidoistaan
K15.17. Yhteistyöstä organisaation muiden yksiköiden kanssa	K15.13. Yksikköne toiminnan kehittämisestä	Oikeudellinen tilivelvollisuus SUM17 (0,728)
K15.18. Yhteistyöstä organisaation ulkopuolisten tahojen kanssa	K15.15. Yksikköne resurssien hankkimisesta	K15.4. Työ- ja virkaehtosopimusten noudattaminen
K15.19. Ristiriitojen selvittämisestä yksikössänne	K15.20. Yksikköne toiminnan laadusta	K15.5. Terveystieteiden toimintaa koskevien lakien noudattaminen
KMO 0,957, Bartlettin sfäärisyystesti 13716,7 (p<0.000)		

Liitetaulukko 4.4. Kysymyksen 16 mittarin osiot, mittarin soveliaisuustestit pääkomponenttianalyysiin ja mittarien reliabiliteetit

Vaikutusvalta organisaatiossa SUM10 (0,682)	Henkilöstömyönteisyys SUM11 (0,579)
K16.7. Esimies vaikuttaa henkilökunnan palkan määräytymiseen	K16.2. Yksikössämme ei rangaista epämiellyttävillä työvuoroilla
K16.8. Esimies pystyy vaikuttamaan organisaation ylempään päätöksentekoon	K16.3. Esimies ei suosi perusteetta alaisiaan
K16.9. Esimies pystyy vaikuttamaan organisaation luottamushenkilöhallintoon	K16.4. Työvuoroissa joustetaan tarvittaessa
KMO 0,659, Bartlettin sfäärisyystesti 1214,2 (p<0.000)	

Liitetaulukko 4.5. Tilivelvollisuutta koskevien kysymysten 17–20 mittareiden osiot, mittarin soveliaisuustestit pääkomponenttianalyysiin ja mittarien reliabiliteetit

Toiminnan johtaminen SUM12 (0,925)	Poliittinen SUM13 (0,914)	Byrokraattinen SUM14 (0,887)	Ammatillinen SUM15 (0,883)	Taloudellinen SUM16 (0,865)
K17.1. Tuloksista yksikön henkilökunnalle	K17.3. Tuloksista veronmaksajille	K17.7. Tuloksista organisaation virkamieshallinnolle	K17.6. Tuloksista ammattikunnalle	K20.1. Taloudesta yksikön henkilökunnalle
K17.2. Tuloksista asiakkaille/potilaille	K17.4. Tuloksista organisaation luottamushenkilöhallinnolle	K18.7. Ammattitaidosta organisaation virkamieshallinnolle	K18.6. Ammattitaidosta ammattikunnalle	K20.2. Taloudesta asiakkaille/potilaille
K17.5. Tuloksista itselleen	K18.3. Ammattitaidosta veronmaksajille	K19.7. Johtamistaidosta organisaation virkamieshallinnolle	K19.6. Johtamistaidosta ammattikunnalle	K20.3. Taloudesta veronmaksajille
K18.1. Ammattitaidosta yksikön henkilökunnalle	K18.4. Ammattitaidosta organisaation luottamushenkilöhallinnolle			K20.4. Taloudesta organisaation luottamushenkilöhallinnolle
K18.2. Ammattitaidosta asiakkaille/potilaille	K19.3. Johtamistaidosta veronmaksajille			K20.5. Taloudesta itselleen
K18.5. Ammattitaidosta itselleen	K19.4. Johtamistaidosta organisaation luottamushenkilöhallinnolle			K20.6. Taloudesta ammattikunnalle
K19.1. Johtamistaidosta yksikön henkilökunnalle				K20.7. Taloudesta organisaation virkamieshallinnolle
K19.2. Johtamistaidosta asiakkaille/potilaille				
K19.5. Johtamistaidosta itselleen				
KMO 0,934, Bartlettin sfäärisyystesti 21342,0 (p<0.000)				

Liite 5. Summamuuttujien reliabiliteetit

Valta			
Toiminnan johtaminen	Corrected Item-Total Correlation	Henkilöstömyönteisyys (SUM11)	Corrected Item-Total Correlation
K9.6.	,50	K16.2.	,43
K9.7.	,59	K16.3.	,38
K9.8.	,37	K16.4.	,45
K9.13.	,47		
	Cronbachin alfa 0,69		Cronbachin alfa 0,58
Henkilöstöhallinto	Corrected Item-Total Correlation	Harkinta (SUM4)	Corrected Item-Total Correlation
K9.2.	,66	K12.1.	,66
K9.3.	,72	K12.2.	,55
K9.4.	,71	K12.3.	,44
K9.10.	,49	K12.4.	,68
		K12.5.	,64
		K12.6.	,70
		K12.7.	,64
		K12.8.	,51
	Cronbachin alfa 0,82		Cronbachin alfa 0,86
Resurssien johtaminen	Corrected Item-Total Correlation	Resurssien hallinta (SUM6)	Corrected Item-Total Correlation
K9.1.	,34	K14.1.	,34
K9.5.	,33	K14.2.	,47
K9.9.	,45	K14.3.	,48
K9.11.	,46	K14.6.	,29
K9.12.	,55	K14.7.	,43
	Cronbachin alfa 0,66		Cronbachin alfa 0,66
Kompetenssi (SUM2)	Corrected Item-Total Correlation	Verkostojen hallinta (SUM1)	Corrected Item-Total Correlation
K11.1.	,54	K11.4.	,41
K11.2.	,54	K11.5.	,60
		K11.6.	,61
		K11.7.	,54
		K11.8.	,59
	Cronbachin alfa 0,70		Cronbachin alfa 0,77
Asema (SUM3)	Corrected Item-Total Correlation	Tiedottaminen (SUM5)	Corrected Item-Total Correlation
K11.3.	,53	K13.3.	,59
K11.9.	,50	K13.4.	,67
K11.10.	,38	K13.5.	,64
		K13.6.	,37
	Cronbachin alfa 0,65		Cronbachin alfa 0,76
Vaikutusvalta organisaatiossa (SUM10)	Corrected Item-Total Correlation		
K16.7.	,38		
K16.8.	,60		
K16.9.	,53		
	Cronbachin alfa 0,68		

Vastuu			
Vastuu päivittäisjohtamisesta (SUM7)	Corrected Item-Total Correlation	Vastuu hallinnoinnista (SUM8)	Corrected Item-Total Correlation
K15.1.	,74	K15.2.	,52
K15.7.	,83	K15.3.	,46
K15.11.	,83	K15.6.	,72
K15.16.	,77	K15.12.	,77
K15.17.	,73	K15.13.	,78
K15.18.	,57	K15.15.	,69
K15.19.	,81	K15.20.	,75
	Cronbachin alfa 0,92		Cronbachin alfa 0,88
Vastuu kompetenssista (SUM9)	Corrected Item-Total Correlation		
K15.8.	,41		
K15.9.	,14		
K15.10.	,58		
K15.14.	,50		
	Cronbachin alfa 0,60		
Tilivelvollisuus			
Toiminnan johtaminen (SUM12)	Corrected Item-Total Correlation	Poliittinen (SUM13)	Corrected Item-Total Correlation
K17.1.	,71	K17.3.	,72
K17.2.	,70	K17.4.	,71
K17.5.	,69	K18.3.	,77
K18.1.	,80	K18.4.	,77
K18.2.	,76	K19.3.	,80
K18.5.	,74	K19.4.	,78
K19.1.	,79		
K19.2.	,70		
K19.5.	,73		
	Cronbachin alfa 0,93		Cronbachin alfa 0,91
Byrokraattinen (SUM14)	Corrected Item-Total Correlation	Ammatillinen (SUM15)	Corrected Item-Total Correlation
K17.7.	,73	K17.6.	,73
K18.7.	,82	K18.6.	,81
K19.7.	,80	K19.6.	,79
	Cronbachin alfa 0,89		Cronbachin alfa 0,89
Taloudellinen (SUM16)	Corrected Item-Total Correlation	Oikeudellinen (SUM17)	Corrected Item-Total Correlation
K20.1.	,67	K15.4.	,58
K20.2.	,66	K15.5.	,58
K20.3.	,68		
K20.4.	,61		
K20.5.	,65		
K20.6.	,63		
K20.7.	,58		
	Cronbachin alfa 0,87		Cronbachin alfa 0,73

Liite 6. Korrelaatiot

Tausta- muuttuja	SUM2 Kompetenssi		SUM3 Asema		SUM10 Vaikutusvalta organisaatiossa		SUM11 Henkilöstömyönteis- syys	
	Henkilö- kunta	Esimies	Henkilö- kunta	Esimies	Henkilö- kunta	Esimies	Henkilö- kunta	Esimies
Organisaatio- muuttajat								
* shp koko (rho)				0,09* n=638				
Yksikkömuut- tajat								
* alaisten määrä (r)						0,21*** n=621		
Yksilömuut- tajat								
* ikä (r)								
* koulutus (rho)							0,11* n=440	
* aika th-alalla (r)								
* aika esimiehenä (r)								
* hallinnollisten tehtävien osuus työajasta (r)						0,12** n=615		

Tausta- muuttuja	K16.5 Esimies ei määrää lomien ajankohtaa		K16.10 Esimies tekee itsenäisiä päätöksiä		SUM4 Harkinta		SUM6 Resurssien hallinta	
	Henkilö- kunta	Esimies	Henkilö- kunta	Esimies	Henkilö- kunta	Esimies	Henkilö- kunta	Esimies
Organisaatio- muuttajat								
* shp koko (rho)								
Yksikkömuut- tajat								
* alaisten määrä (r)		-0,13*** n=621		0,10* n=619				
Yksilömuut- tajat								
* ikä (r)			0,09* n=470			0,09* n=636		
* koulutus (rho)					-0,13** n=429	-0,24*** n=631		
* aika th-alalla (r)				0,09* n=652		0,14** n=619		
* aika esimiehenä (r)						0,13** n=597		-0,10* n=618
* hallinnollisten tehtävien osuus työajasta (r)		-0,15*** n=636		0,21*** n=635		0,37*** n=601		

Taustamuuttuja	K13.1. Yksikköme sisäinen tiedotus on osastonhoitajan tehtävä		K13.2. Yksikköme sisäinen tiedotus on osastonlääkärin tehtävä		K13.7. Esimies saa yksiköstämme myös epävirallista tietoa		SUM7 Vastuu päivittäis- johtamisesta	
	Henkilö- kunta	Esimies	Henkilö- kunta	Esimies	Henkilö- kunta	Esimies	Henkilö- kunta	Esimies
Organisaatio- muuttajat								
* shp koko (rho)	-0,11* n=507		0,17*** n=498					
Yksikkömuut- tajat								
* alaisten määrä (r)								
Yksilömuut- tajat								
* ikä (r)	0,10* n=504			-0,08* n=650				
* koulutus (rho)	-0,19*** n=506	-0,09* n=656	0,16** n=497	0,24*** n=645				-0,21*** n=648
* aika th-alalla (r)				-0,08* n=633				
* aika esimiehenä (r)								
* hallinnollisten tehtävien osuus työajasta (r)				-0,13** n=619				0,28*** n=621

Taustamuuttuja	K14.4. Yksikköme kilpailee muiden yksiköiden kanssa resursseista		K14.5. Yksikköme resurssien varmistamiseksi pyritään 'pelaamaan ja käymään kauppaa'		SUM1 Verkostojen hallinta		SUM5 Tiedottaminen	
	Henkilö- kunta	Esimies	Henkilö- kunta	Esimies	Henkilö- kunta	Esimies	Henkilö- kunta	Esimies
Organisaatio- muuttajat								
* shp koko (rho)		-0,16*** n=671		-0,10* n=655			0,11* n=501	
Yksikkömuut- tajat								
* alaisten määrä (r)								
Yksilömuut- tajat								
* ikä (r)				-0,14** n=653				
* koulutus (rho)	0,12* n=479	-0,16*** n=667		0,22*** n=651				-0,17*** n=649
* aika th-alalla (r)				-0,12** n=636				
* aika esimiehenä (r)				-0,14*** n=613				
* hallinnollisten tehtävien osuus työajasta (r)								0,21*** n=620

Taustamuuttuja	SUM8 Vastuu hallinnonnista		SUM9 Vastuu kompetenssista		SUM16 Taloudellinen vastuu		SUM14 Byrokraattinen tilivelvollisuus	
	Henkilö- kunta	Esimies	Henkilö- kunta	Esimies	Henkilö- kunta	Esimies	Henkilö- kunta	Esimies
Organisaatio- muuttajat								
* shp koko (rho)	0,12** n=449		0,18*** n=435					
Yksikkömuut- tajat								
* alaisten määrä (r)								
Yksilömuut- tajat								
* ikä (r)	0,11* n=446				0,17** n=361			
* koulutus (rho)		-0,22*** n=649				-0,20*** n=617		-0,19*** n=636
* aika th-alalla (r)		0,10* n=638			0,12* n=358	0,08* n=608		
* aika esimiehe- nä (r)		0,13** n=615				0,12** n=586		0,08* n=603
* hallinnollisten tehtävien osuus työajasta (r)		0,27*** n=622				0,28*** n=589		0,19*** n=608

Taustamuuttuja	SUM15 Ammatillinen tilivelvollisuus		SUM12 Toiminnan johtamisen tilivelvollisuus		SUM13 Poliittinen tilivelvollisuus		SUM17 Oikeudellinen tilivelvollisuus	
	Henkilö- kunta	Esimies	Henkilö- kunta	Esimies	Henkilö- kunta	Esimies	Henkilö- kunta	Esimies
Organisaatio- muuttajat								
* shp koko (rho)		-0,13** n=639						
Yksikkömuut- tajat								
* alaisten määrä (r)								
Yksilömuut- tajat								
* ikä (r)					0,18** n=355		0,11* n=489	
* koulutus (rho)		-0,11** n=633		-0,19*** n=631		-0,14*** n=617		-0,21*** n=664
* aika th-alalla (r)					0,15** n=352		0,10* n=485	
* aika esimiehe- nä (r)				0,12** n=597		0,10* n=585		
* hallinnollisten tehtävien osuus työajasta (r)		0,10* n=604		0,21*** n=603		0,16*** n=589		0,23*** n=636

Taustamuuttuja	SUM1 Verkostojen hallinta		SUM5 Tiedottaminen		K13.1. Yksikköme sisäinen tiedotus on osastonhoitajan tehtävä		K13.2. Yksikköme sisäinen tiedotus on osastonlääkärim tehtävä		K13.7. Esimies saa yksiköstämme myös epävirallista tietoa	
	Henkilökunta	Esimies	Henkilökunta	Esimies	Henkilökunta	Esimies	Henkilökunta	Esimies	Henkilökunta	Esimies
Organisaatiomuuttujat										
*sairaanhoidopiiri	23.8, df9 **				22.2, df9**		39.2, df9***			
Ahvenanmaa	2.4				3.4		1.5			
Kainuu	2.4				2.7		0.9			
Lappi	2.7				3.3		1.3			
Kanta-Häme	2.5				2.8		1.4			
Etelä-Karjala	2.3				2.8		1.2			
Etelä-Pohjanmaa	2.5				3.0		1.3			
Satakunta	2.6				3.2		1.5			
Keski-Suomi	3.0				3.0		0.4			
Pohjois-Pohjanmaa	2.2				2.9		1.9			
Pohjois-Savo	2.4				3.3		1.4			
* shp koko	14.9, df3**		8.0, df3*				16.4, df3**		10.3, df3*	
<100 000	2.4		2.1				1.2		1.7	
<200 000	2.5		2.3				1.3		1.7	
<300 000	2.7		2.2				1.3		1.4	
<400 000	2.3		2.4				1.8		1.9	
* väestövoitto shp väestötappio shp							7.8, df1**			
					5.7, df1*		1.6			
					2.9		1.3			
					3.1		1.3			
* ei-ylöpistoshp ylöpisto shp	11.0, df1**		5.9, df1**		4.1, df1*		16.0, df1***		6.6, df1*	
	2.5		2.2		3.0		1.3		1.6	
	2.3		2.4		2.8		1.5		1.9	
* erikoissairaanhoido perusterveydenhuolto	4.3, df1*						7.9, df1**		12.1, df1***	
	2.4						1.5		1.9	
	2.6						1.2		1.5	
Yksikkömuuttujat	Henkilökunta	Esimies	Henkilökunta	Esimies	Henkilökunta	Esimies	Henkilökunta	Esimies	Henkilökunta	Esimies
* alusten määrä					13.7, df5*					
0					2.3					
10 tai alle					2.9					
11-25					3.0					
26-50					2.9					
51-100					3.0					
>100					2.6					
* osasto sisätaudit/konservatiivinen operatiivinen psykiatria pth/avoterveydenhuolto pth/vuodeosasto toimenpiteosastot			13.4, df5*		19.5, df7**		11.5, df5*		34.9, df7***	
			2.3		3.1		1.4		1.7	
			2.1		2.6		1.5		2.2	
			2.4		3.2		1.7		1.7	
			2.5		3.0		1.3		1.4	
			2.1		3.1		1.2		1.3	
			2.4		3.0		1.5		1.7	

Liite 8. Tilivelvollisuutta koskevan osion rotatoitu matriisi henkilökunnan ja lähijohtajien aineistossa

Lähijohtaja on tilivelvollinen	Uloottuvuudet henkilökunnan aineistossa					Uloottuvuudet lähijohtajien aineistossa					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6
Toiminnan tuloksista yksikön henkilökunnalle				,79					,61	,35	
Toiminnan tuloksista asiakkaille/potilaille		,56		,52		,54			,51		
Toiminnan tuloksista veronmaksajille		,79				,77					
Toiminnan tuloksista organisaation luottamushenkilöhallinnolle		,40	,71			,64	,49				
Toiminnan tuloksista itselle	,61			,33					,77		
Toiminnan tuloksista ammattikunnalle	,64	,37						,80			
Toiminnan tuloksista organisaation virkamieshallinnolle			,73				,67		,32		
Ammattitaidosta yksikön henkilökunnalle	,48			,72							,70
Ammattitaidosta asiakkaille/potilaille	,50	,47		,51		,40					,57
Ammattitaidosta veronmaksajille	,33	,76				,71		,31			
Ammattitaidosta organisaation luottamushenkilöhallinnolle		,34	,69			,56	,55				
Ammattitaidosta itselle	,76			,34					,70		
Ammattitaidosta ammattikunnalle	,77	,31						,79			
Ammattitaidosta organisaation virkamieshallinnolle	,47		,68				,82				,69
Johtamistaidosta yksikön henkilökunnalle	,37			,76							,64
Johtamistaidosta asiakkaille/potilaille	,34	,57		,48		,37					,34
Johtamistaidosta veronmaksajille		,81				,71	,32				
Johtamistaidosta organisaation luottamushenkilöhallinnolle		,37	,74			,56	,59				
Johtamistaidosta itselle	,72			,31					,59		,40
Johtamistaidosta ammattikunnalle	,77		,30					,73			,32
Johtamistaidosta organisaation virkamieshallinnolle	,38		,76				,80				
Taloudesta yksikön henkilökunnalle		,68		,56	,52					,77	
Taloudesta asiakkaille/potilaille		,76		,32	,40	,52				,53	
Taloudesta veronmaksajille						,71				,39	
Taloudesta organisaation luottamushenkilöhallinnolle	,55	,35	,72			,53	,42			,42	
Taloudesta itselle	,52	,32	,33		,56		,34	,62	,36	,60	
Taloudesta ammattikunnalle			,66		,45		,50			,57	
Taloudesta organisaation virkamieshallinnolle					,47					,54	