

Terveydenhuollon organisaatioiden valta- ja tilivelvollisuusrakenteet lähijohtamisen kautta tarkasteltuna

Ulla Isosaari

ABSTRACT

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 first-line management. What factors are connected to it and what is the relationship between organization accountability and power types? 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 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. The data was analysed statistically by building sum variables and examining their values in background variable groups.

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.

JOHDANTO

Julkinen terveydenhuolto on vakavien haasteiden edessä johtuen väestön ikääntymisestä, kalliista teknologiasta ja uhkaavasta työntekijäpulasta. 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.

Organisaatiot ovat monimutkaisia valtajärjestelmiä. Organisaatioiden valtarakenteita tarkastellaan tässä tutkimuksessa vallan lähteiden (päätoimialta, harkinta, resurssien hallinta ja tiedon ja verkostojen hallinta) ja Mintzbergin vallan jaottelun kautta. Tilivelvollisuus ja vastuu ovat vallan luonnollisia seurauksia. Vastuu nähdään tässä tutkimuksessa osana tilivelvollisuutta, sen sisäisenä ulottuvuutena.

Tilivelvollisuuden tarkastelun lähtökohtana on käytetty Romzekin, Dubnickin ja Ingrahamin jaottelea.

Tutkimuksen keskeiset kysymykset ovat mitä valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollossa tarkoittavat ja minkälaisia terveydenhuollon organisaatiot ovat valta- ja tilivelvollisuustyypiltään lähijohtamisen kautta tarkasteltuna? Tutkimuksen empiirinen osuus toteutettiin survey-tutkimuksena 10 sairaanhoitopiiriin alueella sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Kohderyhminä olivat kaikki lähijohtajat ja otos sisätautien, kirurgian ja psykiatrian sekä perusterveydenhuollon avo- ja laitoshoidon henkilökunnasta. Vastajien 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.

1. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

1.1. Taustaa

Suomessa terveydenhuolto nojaa vahvasti julkiseen verovaroin ylläpidettyyn järjestelmään. Vain pieni osa palveluista järjestetään yksityisen tai kolmannen sektorin organisaatioiden toimesta. Päällimmäisiä terveydenhuollon ongelmia ovat viime aikoina olleet palveluiden kysynnän ja tarjonnan epäsuhta. Palvelujen tarpeen lisääntymiseen ovat olleet syynä väestön ikääntyminen, uuden teknologian ja hoitomuotojen kehittyminen sekä entistä valveutuneemmat kansalaiset. (Ryynänen, Kinnunen, Myllykangas, Lammintakanen & Kuusi 2004, 14–15.)

Terveydenhuollon organisoituminen edustaa sekä vahvoja perinteitä että uutta ajattelua (ks. esim. Farrell & Morris 2003). Terveydenhuollon organisaatioissa on runsaasti yhtymäkohtia byrokraatian ideaalityypiin (ks. Salminen & Kuoppala 1985, 60). Henkilökunnan asema määräytyy ammattihierarkian mukaan, ammattiryhmillä on selkeä työnjako ja organisaatioiden toimintaa säädellään ja ohjataan kirjallisilla säännöillä ja määräyksillä. Byrokraattiselle organisaatiolle on tyypillistä pysyvyys ja turvallisuus, mutta toisaalta myös muutosten hitaus. (Telaranta 1997, 22.) Byrokraatia ja hierarkkisuus toisaalta toimiessaan takaavat organisaation mahdollisuuden toimia tehokkaasti, kunhan pide-

tään huolta riittävän matalasta organisaatorakenteesta (Jaques 1996, 245–246; Farrell & Morris 2003, 131–132).

Hierarkkisen organisaation pyramidirakenteeseen kuuluu aseman, kunnian, palkkioiden ja valtan asteittainen lisääntyminen ylöspäin mentäessä. Hierarkkisessa rakenteessa valta ei tarkoita ainoastaan implementointivaltaa vaan myös valtaa toimintapolitiikan muotoiluun. (Katz ja Kahn 1978, 327–329.)

Toinen terveydenhuollon organisaatioissa esiintuva rakenne on professionalismi. Terveydenhuollon organisaatioissa työskentelee korkeasti koulutettuja ammattilaisia, joilla on huomattava määrä erityisosaamista. Thylefors (1992, 11) on listannut professionalismin piirteitä seuraavasti:

- Monopoli muodollisen koulutuksen kautta saatuun erityiseen tutkimuspohjaiseen tietoon
- Legitimoinnilla taattu ammattimonopoli
- Tiedon tuotannon ja tutkimuksen hallinta
- Ammattietikka
- Vain koulutuksen saaneille avoin järjestötoiminta
- Itsenäisyys.

Terveydenhuollon organisaatiot voidaan nähdä lääkäreiden osalta varsinaisina, mutta hoitajien osalta puolittaisina professionaalisina organisaatioina aseman puutteellisen autonomian takia¹ (Etzioni 1975, 78–89). Professionaalisille organisaatioille on tyypillistä asiantuntijuuden korostuminen hallinnon roolin jäädessä vähäisemmäksi. Asiantuntijoiden valta on vahva ja perustuu sitoutumiseen. Professionaalisen organisaation ongelmat liittyvät vahvan autonomian ja demokratian aiheuttamiin koordinaatio-ongelmiin. Kun jokainen suorittaa tehtäviään omassa lokerossaan, yhteistyö kärsii. (Mintzberg 1989, 188–192.) Lisäksi ammattikuntaintressit voivat aiheuttaa valtataisteluita (Temmes 1992, 134).

Terveydenhuollossa tuoreempaa ajattelua edustaa managerialismin periaatteiden käyttöönotto. Managerialismin johtamisvaltaista strategista ajattelua ja tuloksellisuuden korostamista hierarkkisen tilivelvollisuuden sijaan on perusteltu säästöillä, palveluiden laadun parantamisella, hallinnon tehostamisella ja toimintapolitiikan vaikuttavuudella. (ks. Ojala 2003, 27; Pollit & Bouckaert 2004, 6.)

Terveydenhuollossa tulosjohtamisen periaatteiden käyttöönotto ajoittui taloudellisen laman aikoihin 1990-luvun puolivälissä. Tulosohjauksen il-

mentymiä ovat toimintojen hajautus ja autonomiisiin yksikköihin perustuva organisaatorakenne. Johtamisessa pyritään sopimukseen esimiesten ja alaisten välillä. Päätöksentekoa siirretään toimeenpanon yhteyteen ja kontrolliin perustuvaa keskusjohtoista rakennetta puretaan. (Lumijärvi & Salo 1996, 12–13; Möttönen 1999, 1117–1118.)

Tulosajattelu on lisännyt kustannustietoista ajattelua ja työtä johtavien arvojen selkiyttämistä. Pyrkimyksenä on myös ollut tiedonkulun tehostaminen, henkilöstön motivointi ottamalla käyttöön tulospalkkausmekanismeja, henkilöstön osallistaminen päätöksentekoon sekä muutenkin henkilöstön toimintavapauden lisääminen. (Mäkelä 1994, 178–179.)

Tulosajattelu näkyi terveydenhuollossa juuri tuloyksiköiden muodostamisena ja vastuun siirtämisellä hierarkiassa alaspäin. Tulosjohtamisen ehdoton etu myös terveydenhuollossa on huomion kiinnittäminen tulokseen. Haittana tosin voi olla sektoroituneisuus ja mitattavan tuloksen korostuminen ei-mitattavien hyötyjen sijaan. Kyse on tehokkuuden käytännön määrittelyn vaikeudesta. (Mintzberg 1989, 330–332.) Perinteisesti Suomessa toiminnan tuloksia on mitattu volyymillä, kustannuksilla ja tuottavuudella. Vaikuttavuuden tutkiminen on jäänyt vähemmälle. (Teperi, Porter, Vuorenkoski & Baron 2009, 91.)

Tämän tutkimuksen kannalta keskeinen lähtökohta on tulosajattelun seurauksena tapahtunut vastuun siirto terveydenhuollon yksiköihin. Tämä herättää kysymyksen niistä odotuksista, joita lähijohtamiseen kohdistuu. Koska toimintamahdollisuudet ovat riippuvaisia organisaation rakenteesta, tässä tutkimuksessa keskitytään tarkastelemaan valtaa ja tilivelvollisuutta erityisesti organisaation rakenteissa lähijohtamisen kautta.

1.2. Tutkimuksen tavoitteet

Tämä artikkeli perustuu vuonna 2008 valmistuneeseen väitöstutkimukseen. Tavoitteena on tuoda esiin tutkimuksen keskeiset näkökohdat ja tulokset. Keskeisiä kysymyksiä ovat mitä valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollossa tarkoittavat ja minkälaisia terveydenhuollon organisaatioiden valta ja tilivelvollisuusrakenteet ovat empirian kautta tarkasteltuna. Ensimmäiseen kysymyksen vastataan tarkastelemalla valta- ja tilivelvollisuustyyppisiä teoreettisesti eri organisaatorakenteissa. Toiseen kysymykseen vastataan kyselytutkimuksella kerätyn aineiston perusteella.

Valta-teeman tarkastelussa on käytetty Mintzbergin (1983) valtatyyppitystä. Tilivelvollisuuden tarkastelu on tehty Romzekin ja Dubnicin (1987) sekä Romzekin ja Ingrahamin (2000) tyyppityksen mukaan. Lisäksi Morganin (1990) vallan lähteiden luetteloa on käytetty valtatyyppien indikoimisessa.

1.3. Lähijohtamisen näkökulma

Lähijohtaminen on melko uusi käsite ja se on otettu käyttöön terveydenhuollossa viimeisen kymmenen vuoden aikana. Esimerkiksi lähijohtamisen erikoistumisopinnot ovat erikoistumiskoulutusohjelmaksi useassa ammattikorkeakoulussa Suomessa.

Lähijohtajat voidaan määrittellä Staehlen ja Shirmerin (1992, 70) mukaan työntekijöiksi, joiden alapuolella on yksi hierarkkinen taso. Terveydenhuollossa lähijohtaminen tarkoittaa johtamistoimintaa yksiköiden tasolla, ja käytännössä lähijohtajia ovat osastonhoitajat ja -lääkärit.

Lähijohtajan aseman erityispiirre on kuuluminen kahteen järjestelmään: organisaation johtamisjärjestelmään sen alimmalla portaalla sekä omaan yksikköönensä sen työntekijänä. Aseman kaksijakoisuus (asema sekä työnantajan edustajana että yksikön työntekijänä) saattaa synnyttää ristiriitaa. (Ks. Argyris 1990, 93, 96.) Kun pohditaan miten lähijohtaminen eroaa muusta johtamistoiminnasta, voidaan todeta, että siinä on sekä yhteisiä että erottavia piirteitä. Mintzbergin (1980, 55, 95) mukaan kaikki johtajan 10 roolia ovat yleisiä kaikilla johtamisen tasoilla, mutta painotus vain vaihtelee. Mitä lähemmäs suorittavaa tasoa mennään, sitä enemmän toiminta on yksityiskohtien menevää, reaaliaikaista, katkonaista ja sirpaloitunutta. Katz ja Kahn (1978, 536–537) puolestaan esittävät, että eri johtamisen tasoilla vaaditaan erilaista tyyliä, tietoa ja mielenlaatua. Olennaista on, että johtajalla on tasolleen sopivia kykyjä. Alimmalla tasolla on tärkeää organisaation ohjeiden ja määräysten tehokas toimeenpano.

Terveydenhuollossa hoitajalähijohtajan asema on perinteisesti selkeä. Lähijohtajina toimivat osastonhoitajat. Osastonhoitajien hallinnollinen rooli vaihtelee kokopäiväisestä hallinnollisesta työstä varsin merkittävään osallistamiseen yksikön operatiiviseen toimintaan (Surakka 2006, 36). Hakeutuminen tehtävään on osittain aktiivista, mutta usein myös passiivista joutumista tai ajautumista (Bondas 2006, 335–337).

Lääkärilähijohtajien asema on sitä vastoin pal-

jon epämääräisempi käsite, eikä virkanimike useinkaan kerro johtamisen tasosta. Lähijohtajina toimivat osastonlääkärit, osastonylilääkärit tai ylilääkärit. Lääkäreiden toiminnassa etusijalla on ammatillinen erityisosaaminen, ja johtajuus jää sivurooliin. Hallinnollinen ura ei ole suunniteltu, vaan se muotoutuu sattuman kautta ja osittain vastentahtoisesti. (Hermanson 1989, 154–156; Doolin 2001, 249; Viitanen, Willi-Peltola & Lehto 2002, 3757; Tuomiranta & Laippala 2003, 13.)

Terveydenhuollon lähijohtajille ei ole olemassa yhtenäistä koulutusta, ja pätevyysvaatimukset virkoihin vaihtelevat. Hoitajalähijohtajien koulutus on yleensä vanhamuotoinen sairaanhoitajan ja erikoissairaanhoitajan koulutus tai lähijohtamisen erikoistumisopinnot. Lääkäreillä erikoislääkäritutkintoon sisältyy hyvin lyhyt perehtyminen hallintoon. Varsinaisen hallinnon pätevyys hankitaan yleensä johtamisen ylemmillä tasoilla.

2. VALTA JA SEN TUTKIMINEN

Vallan tutkimuksessa voidaan keskittyä yksilöön, rakenteeseen tai yksilöiden väliseen suhteeseen. Yksilön valta on Hobbesin (1999, 92–93) mukaan ihmisen nykyinen mahdollisuus saavuttaa tuleva asia. Henkilöllä voi olla luonnollista, omiin ominaisuuksiin, perustuvaa tai instrumentaalista, ominaisuuksien avulla saavutettavaa, valtaa. Organisaatiossa valta ilmenee yksiköiden välisissä suhteissa. Organisaation toiminnan kannalta joidenkin yksiköiden toiminta on kriittisempää kuin toisten, ja näin ne saavat enemmän valtaa ja mahdollisuuden vaikuttaa organisaation tulokseen. (Pfeffer 1981, x.) Tässä tutkimuksessa huomion kohteena on valta organisaatiossa erityisesti organisaatiorakenteen kautta.

2.1. Vallan lähteet ja -järjestelmät

Vallan ilmenemiselle ja käytölle on olennaista sen lähde. Morgan (1990, 159) on koonnut erityisesti organisaatiokontekstiin liittyvät vallan lähteet luetteloksi, jotka on tässä ryhmitelty neljään kategoriaan (kategorisointi Isosaari 2008):

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 kontrollointi²
- Symboliikan ja merkitysten hallinta
- Sukupuoli ja sukupuolisuhteiden hallinta

Vallan lähde ei kuitenkaan yksin riitä, vaan on myös toimittava oikein. Vallan lähteiden ohella organisaatioissa toimii vallan järjestelmiä, jotka joko keskittävät vallan organisaation sisään tai hajottavat sitä. *Auktoriteettijärjestelmä* tarkoittaa asemaan sidottua valtaa, joka toimii byrokraattisen valvontajärjestelmän avulla. Keskeistä on työn standardisointi menettelytavoin ja toimintaohjein. (Mintzberg 1983, 26–27, 140–146.)

Organisaation *ideologinen* valtajärjestelmä on näkymätön. Se toimii tehokkaimmin uusissa organisaatioissa, joissa on voimakas tunne yhteisestä päämäärästä. Vahva ideologinen järjestelmä heikentää muita valtajärjestelmiä. *Ammattilaisjärjestelmä* tarkoittaa vahvaa autonomiaa, runsasta harkintavaltaa ja ammattilaisten epävirallista vaikutusvaltaa. Ideologisen järjestelmän ollessa organisaatiossa tasa-arvoistava voima, ammattilaisjärjestelmä on vallan erilaistumista ja jakoa asiantuntijakapasiteetin mukaan. Erityisesti ammatillista valtaa saavat ne, joiden tehtävä on organisaation kannalta kriittinen. (Mintzberg 1983, 151, 162–165.)

Organisaation *poliittinen* järjestelmä tarkoittaa käyttäytymistä, joka on suunniteltu hyödyttämään yksilöä tai ryhmää kokonaisuuden kustannuksella. Poliittinen järjestelmä sekä korjaa muiden järjestelmien puutteita että takaa kaikkien näkökohtien esiin tuleminen. Toisaalta se voi olla myös organisaatiota hajottava voima. (Mintzberg 1983, 172, 225.)

2.2. Mintzbergin vallan tyypit

Mintzberg (1983, 26–27) jakaa organisaation rakenteen sisäiseen valtarakenteeseen (ylin johto, työntekijät, linjajohtajat, suunnittelu- ja kehittämissyköt sekä tukiyksiköt) sekä ulkoihin vaikuttajiin (omistajat, kumppanit, työntekijäjärjestöt, kansalliset sekä organisaation ulkopuolelta tuleva johto). Yhdistämällä organisaation sisäiset valtarakenteet ja ulkoiset vaikuttajat Mintzberg on luonut kuusi organisaation valttyyppiä: instrumentti, suljettu systeemi, autokratia, missio-organisaatio, meritokratia ja poliittinen arena.

Instrumentti-organisaatio toimii nimensä mukaisesti ulkoisia tarpeita varten. Sillä on vahva ulkoinen vaikuttaja, joka keskittää vallan organisaatiossa huipulle. Organisaation rakenne on byrokraattinen ja hierarkkinen. Lähijohtajan toiminnassa tämä tarkoittaa ylhäältä tulevien sääntöjen ja määräysten noudattamista. Oma päätöksenteko on tarkkaan rajattu ja harkintavaltaa on vähän. (Mintzberg 1983, 323–325.)

Suljettu systeemi-organisaatio muistuttaa instrumenttia, mutta ulkoinen vaikutus puuttuu. Se saa aikaan vallan jakautumisen linjaan ja keskijohdolle. Lähijohtamisen tasolla se näkyy vahvempaan asemaksi. Vaikka asema on edelleen vahva vaikutusvallan lähde, päätöksenteko ei keskity yksinomaan ylimpään johtoon. (Mintzberg 1983, 336, 342.)

Meritokratia on hajautetun vallan asiantuntijajärjestelmä, jossa auktoriteettijärjestelmä on heikko. Valta jakautuu asiantuntemuksen kriittisyyden mukaan. Hallinnon valta liittyy lähinnä ammattilaisten välisten ristiriitojen selvittelyyn ja voimavarojen hankkimiseen. Lähijohtajan aseman kannalta meritokratia antaa valtaa kompetenssin suhteessa. Sekä resurssien jaossa että tiedotuksessa valta jakautuu asiantuntijoiden intressien mukaan. (Mintzberg 1983, 393, 397.)

Kun organisaatio on *poliittinen arena*, organisaation jäsenet ajavat omaa etuaan, mutta organisaatio ei aja mitään tavoitetta yhteisesti. Organisaation muuttuminen poliittiseksi areenaksi on todennäköisintä muutostilanteissa. Lähijohtajan kannalta organisaatioelämän politisoituminen antaa mahdollisuuden vaikuttaa toimivien verkostojen kautta. (Mintzberg 1983, 420, 435.)

Autokratia on järjestelmä, jossa johtaja on ainoa vallan keskus, joka valvoo organisaation sisäistä elämää henkilökohtaisesti. Missio-organisaatiossa toimijoita yhdistää vahva usko yhteiseen päämää-

rään. Organisaation kaikilla tehtävillä on sama arvo, eikä valtasuhteita ole määritelty. (Mintzberg 1983, 355, 368.) Nämä kaksi valttyyppiä jäävät tarkastelun ulkopuolelle, koska lähijohtajilla ei ole niissä mainittavaa roolia.

3. TILIVELVOLLISUUS

3.1. Tilivelvollisuuden määrittely

Vallan käyttöön liittyy aina luonnollisena seurauksena vastuu ja tilivelvollisuus. Termejä vastuu ja tilivelvollisuus käytetään usein rinnakkain, vaikka ne eivät tarkoita samaa asiaa. Termien suhde toisiinsa voidaan tulkita usealla tavalla. Tilivelvollisuus voidaan nähdä osana vastuuta sen ulkoisena ulottuvuutena tai vastuu osana tilivelvollisuutta sen sisäisenä ulottuvuutena tai käsitteet voidaan nähdä täysin erillisinä. (Harmon & Mayer 1986, 48–50; Mulgan 558, lainaus teoksesta Uhr 1993.) Tässä tutkimuksessa vastuu ymmärretään osana tilivelvollisuutta sen sisäisenä ulottuvuutena.

Selznikin (1992, 345) mukaan tilivelvollisuus tarkoittaa mukautumista ulkoihin vaatimuksiin, kun taas vastuussa oleminen tarkoittaa sitoumusta moraaliin. Jos tilivelvollisuudessa kysymys on kenelle, vastuun kohdalla huomio kiinnitetään siihen mitä tehdään tai jätetään tekemättä.

3.2. Tilivelvollisuuden tyypit

Tilivelvollisuuden tyyppien jaottelussa on tässä tutkimuksessa käytetty Romzekin ja Dubnicin (1987, 229) sekä Romzekin ja Ingrahamin (2000, 242) esityksiä. Taulukosta 1 voidaan nähdä miten eri tilivelvollisuustyypit sijaitsevat autonomian asteen ja kontrollin määrän suhteen.

Byrokraattinen/hierarkkinen tilivelvollisuus liittyy julkisissa organisaatioissa virka-aseman tuomiin virkavelvollisuuksiin. Osa niistä on määritelty laeilla (esimerkiksi Viranhaltijalaki 304/2003) tai sopimuksilla (työ- ja virkaehtosopimukset) ja osa organisaation omilla ohjesäännöillä (johto- ja ohjesäännöt). Lähijohtajan asemassa byrokraattinen tilivelvollisuus tarkoittaa organisaation ohjeiden ja toimintapolitiikan noudattamista ja sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin.

Oikeudellinen tilivelvollisuus muistuttaa byrokraattista tilivelvollisuutta, mutta eroaa kuitenkin sen ulkoapäin tulevan luonteen vuoksi. Byrokraattisessa

Taulukko 1. 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

tilivelvollisuudessa tilivelvollisuuden kohde on pääasiassa oma organisaatio, kun taas oikeudellisessa tilivelvollisuudessa suhde on lainsäätäjän ja implementoijan. (Romzek & Dubnick 1987, 229.) Terveystenhuollossa normit sääntelevät palvelujen tuottamista, ammattihenkilöiden toimintaa sekä potilaan asemaa ja oikeuksia (Lohiniva-Kerkelä 2004, 16–17). Lähijohtajan on noudatettava lakeja, asetuksia ja sopimuksia toiminnan raameina.

Ammatillinen tilivelvollisuus on moniulotteinen tilivelvollisuuden tyyppi. Se tarkoittaa ammattilaisten tilivelvollisuutta organisaation ulkopuolelle ammattikunnan kautta, mutta sillä on myös organisaation sisällä merkitystä ammattikunnan kollegiaalisuuden kautta. (Romzek & Dubnick 1987, 229.) Ammatilliseen tilivelvollisuuteen voidaan liittää myös tilivelvollisuuden sisäinen ulottuvuus, henkilökohtainen vastuu. Se on riippumaton organisaation valvonnasta ja tarkoittaa sisäisten, omien arvojen mukaisten toimien tekemistä. Siihen liittyvät käsitteet rehellisyys, hienotunteisuus ja oikeudenmukaisuus. (Mulgan 2000, 560.)

Poliittinen tilivelvollisuus on julkisten organisaatioiden ominaisuus ja se voidaan jakaa poliittiseen ja johtamisvastuuseen. Poliittinen vastuu tarkoittaa tilivelvollisuutta laajoista toimintapolitiikoista, kun taas johtamisvastuu koskee tiettyjä tehtäviä. (Pollit 1995, 149.) Terveystenhuollossa poliittinen tilivelvollisuus tarkoittaa responsiivisuutta kansalaisia ja heidän valitsemiaan demokraattisia elimiä kohtaan. Lähijohtajan kohdalla poliittinen tilivelvollisuus vaikuttaa organisaatioiden ylinteräisten päätävien elinten kautta, mutta myös suoraan asiakkaiden kautta. (Isosaari 2008, 88–90.)

4. EMPIIRINEN TUTKIMUS

4.1. Tutkimuksen aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen aineisto koottiin laajan kyselytutkimuksen avulla. Kysely tehtiin sekä nettilomakkeella että perinteisenä postikyselynä. Kysely suoritettiin vuoden 2005 lopussa ja vastaajina olivat 10 sairaanhoitopiiriin kaikki lähijohtajat sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta. Lisäksi kysely tehtiin otokselle (25) kirurgian, sisätautien ja psykiatrian sekä perusterveydenhuollon avo- ja laitoshoidon hoitohenkilökunnalle sekä kaikille esimiesasemassa oleville lääkäreille. Vastaajien määrä oli 1197 ja vastausprosentti 38. Sairaanhoitopiirien valinnassa otettiin huomioon koko, väestömäärän kehitys ja sijainti niin, että saavutettiin mahdollisimman hyvä kattavuus koko maan osalta.

Kerätty aineisto käsiteltiin tilastollisten menetelmien avulla muodostaen pääkomponenttianalyysin avulla summamuuttujia. Summamuuttujien arvoja ja yhteyksiä taustamuuttujiin tarkasteltiin keskiarvoina käyttäen yksisuuntaista nonparametrista varianssianalyysiä, korrelaatiota sekä taulukkolaboraatiota.

Terveystenhuollon organisaatioiden valtatyyppin selvityksessä käytettiin apuna neljää Morganin (ks. edellä) esityksen perusteella muodostettua kategoriaa. Tilivelvollisuuden osalta tavoitteena oli tarkastella, minkälaista tilivelvollisuutta yksiköissä koetaan ja missä määrin vastuuta tunnetaan eri asioista.

4.2. Keskeiset tutkimustulokset

Analysissä aineisto jaettiin pääosin kahteen, lähijohtajien ja henkilökunnan kyselyyn. Lähijohtajakyselyssä vastukset jakautuivat lähes tasan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Henkilökuntakyselyssä painottui erikoissairaanhoidon hoito. Vastausprosentit olivat kuitenkin samaa luokkaa. Valtaa koskevat tulokset esitetään vallan lähteiden kategorisoinnin mukaan.

4.2.1. Valta

Päätösvalta

Päätösvaltan osalta tarkasteltiin onko päätösvalta keskittynyttä vai hajautettua. Kyselyn perusteella tuli esiin, että toiminnan johtamisen alueella päätösvalta on yksiköissä, mutta henkilöstöhallinnon alueella vain osittain. Lääkärikunnan osalta on todettava, että päätösvalta keskittyy enemmän yksikön yläpuolelle. Resurssien suhteen päätösvalta jakautuu toisaalta organisaation ylemmälle tasolle tai organisaation ulkopuolelle.

Osastonhoitajalla on merkittävä rooli yksikön päätöksenteossa. Kuitenkin lähijohtajat itse näkevät myös yllälääkärillä olevan sanavaltaa. Henkilökunta uskoi osastonhoitajan päätösvaltaa enemmän kuin lähijohtajat itse. Sekä lähijohtajat että henkilökunta olivat melko tyytyväisiä lähijohtajan päätösvaltaa. Viidennes molemmista vastaajaryhmistä kaipasi enemmän päätösvaltaa koskien rekrytointia, yksikön taloudellisia resursseja, henkilöstön määrää ja yksikön tavoitteita.

Molempien vastaajaryhmien mielestä lähijohtajalla on kohtalaisesti vaikutusvaltaa organisaatiossa. Erityisesti vaikutusvaltaa oli perusterveydenhuollossa ja kooltaan suuremmissa yksiköissä. Lähijohtajat olivat omasta mielestään varsin joustavia henkilöstöasioissa. Erityisesti väestövoittosairaanhoidopiirien ja perusterveydenhuollon lähijohtajat ja lääkärilähijohtajat arvioitiin henkilöstömyönteisiksi.

Harkinta

Lähijohtajat käyttävät omasta mielestään runsaasti harkintaa päätöksenteossa. Henkilökunta näki harkinnan määrän hieman vähäisempänä. Runsa harkinta liittyi erityisesti naisiin ja hoitajiin sekä runsaaseen hallinnollisten tehtävien määrään. Tämä on mielenkiintoista, koska runsas harkinta yhdis-

tetään paremminkin lääkärin työhön. Näyttää kuitenkin siltä, että harkinta kliinisessä työssä ei tarkoita automaattisesti suurta harkinnan määrää hallinnollisessa työssä. Tämän ovat todenneet myös Farrell ja Morris (2003, 138). Lisäksi harkinnan käyttö lisääntyi iän, terveydenhuoltoalan työkokemuksen ja johtamiskokemuksen myötä. Harkinnan määrä oli yhteydessä lähijohtajan tehtävien kirjalliseen määrittelyyn.

Resurssien hallinta

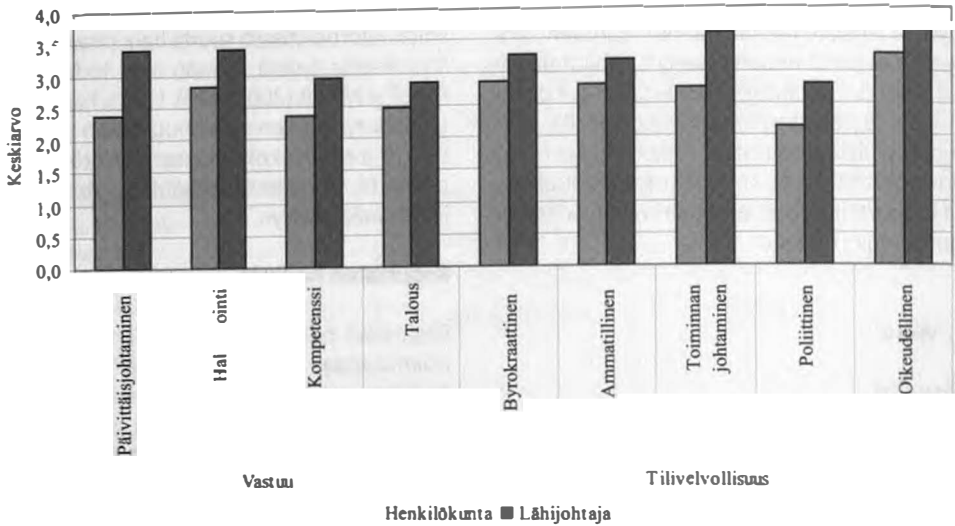
Resurssien hallinta kuvaa hyvää resurssien hallinnoimistapaa. Tässä lähijohtajat arvioivat itsensä paremmiksi kuin henkilökunta heidät arvioi. Kilpailua resursseista oli kohtalaisesti, ja sitä esiintyi erityisesti lääkäreiden ryhmässä. Myös pienet sairaanhoidopiirit tulivat tässä suhteessa esiin. Kilpailu ja kaupankäynti resurssien suhteen oli koko aineistossa vähäistä. Myös tässä mies ja lääkärivastaajat antoivat korkeampia arvioita.

Tiedon ja verkostojen hallinta

Vastaajat arvioivat verkostoitumisen olevan vahva tekijä vaikutusvallan synnyn takana. Verkostojen hallinnan merkitys korostui ei-ylöpistosairaanhoidopiireissä ja perusterveydenhuollossa. Tiedottaminen oli lähijohtajien mukaan kohtalaisen hyvin hoidettu, mutta henkilöstö antaa siitä alhaisemman arvioin. Osastonhoitajan tiedotustehtävä omassa yksikössään nähtiin erittäin keskeisenä. Myös osastonlääkäri osallistuu tiedottamiseen, mutta vaatimattomammin. Osastonlääkärin roolia pitivät jossain määrin merkittävänä lähijohtajat, miehet ja lääkärin. Osastonlääkärin tiedotusrooli korostui lisäksi suurissa ja yliopistosairaanhoidopiireissä.

4.2.2. Tilivelvollisuus

Tilivelvollisuuden osiossa selvitettiin eri tilivelvollisuustyyppien esiintymistä sekä vastuun ottamisen määrää eri johtamisen osa-alueilla. Summamuuuttujen arvot on nähtävissä kuviossa 3. Kun summamuuttajat muodostettiin pääkomponenttianalyysin perusteella Romzekin ja Dubnicin (1987, 229) sekä Romzekin ja Ingrahamin (2000: 242) jaottelu osoittautui liian karkeaksi. Uutena tilivelvollisuuden tyyppinä tuli esiin toiminnan johtamisen tilivelvollisuus.



Kuvio 1. Vastuun ja tilivelvollisuuden summamuuttujien keskiarvotarkastelu (Isosaari 2008, 189).

Yleisesti voidaan todeta, että lähijohtajat itse arvioivat kaikkien muuttujien kohdalla vastuu ottamisen ja tilivelvollisuuden korkeammalle tasolla kuin henkilökunta. On kuitenkin otettava huomioon, että henkilökunta joutui arvioimaan toisen henkilön vastuun- ja tilivelvollisuudentunnetta.

Lähijohtajat ottivat erityisesti vastuuta päivittäisjohtamisesta ja hallinnoinnista kompetenssin ja talouden jäädessä hieman matalampiin arvoihin. Kompetenssivastuu korostui suurissa ja yliopistosairaanhoidopiireissä. Erityisesti vastuuntuntoisia olivat nais- ja hoitajalähijohtajat ja naislääkärit. Talousvastuu korostui perusterveydenhuollossa.

Myös tilivelvollisuuden suhteen henkilökunnan arvio oli maltillisempi kuin lähijohtajien. Molemmissa vastaajaryhmissä oikeudellinen tilivelvollisuus oli vahvin ja poliittinen tilivelvollisuus heikoin. Byrokraattinen tilivelvollisuus korostui erityisesti naisten ja hoitajien vastauksissa. Ammatillinen tilivelvollisuus taas liittyi pieniin sairaanhoidopiireihin, vastaajan alhaiseen koulutustasoon sekä hallinnollisten tehtävien suureen osuuteen työajasta.

Toiminnan johtamisen tilivelvollisuus vahvistui kun lähijohtajan koulutustaso oli alhainen, johtamiskokemusta oli runsaasti ja hallinnollisten tehtävien määrä suuri. Lähijohtajan poliittisen tilivelvollisuuden arvioivat korkeammaksi vanhemmat ja kokeneemmat vastaajat. Muuttuja sai myös korkeam-

pia arvoja perusterveydenhuollossa kuin erikoissairanhoidossa.

4.2.3. Vallan ja tilivelvollisuuden suhde toisiinsa

Vallan ja tilivelvollisuuden suhteen tarkastelun perustana oli ajatus, että vallan luonnollinen seuraus on vastuu. Vallan ja tilivelvollisuuden muuttujien yhteyttä tarkasteltiin korrelaation (Pearson) ja osittaiskorrelaation avulla.

Tutkittaessa keskiarvoja vahvimpien korrelaatioiden avulla voidaan todeta, että instrumenttiorganisaatio synnyttää ensisijaisesti päivittäisjohtamisen ja hallinnoinnin vastuun. Lisäksi instrumenttiorganisaatio liittyy toiminnan johtamisen ja poliittiseen tilivelvollisuuteen. Suljettu systeemi-organisaatio vastaavasti näyttää liittyvän talousvastuuseen ja byrokraattiseen tilivelvollisuuteen. Vastoin olettamuksesta meritokratia ei liittynyt ammatillisen tilivelvollisuuteen vaan toiminnan johtamisen tilivelvollisuuteen sekä vastuuseen päivittäisjohtamisesta ja hallinnoinnista. Poliittinen arena synnytti vastuuta hallinnoinnista ja päivittäisjohtamisesta. Lähijohtajien aineistolla poliittinen arena liittyi ammatilliseen tilivelvollisuuteen ja vastuuseen kompetenssista kun taas henkilökunnan aineistossa yhteys oli poliittiseen ja byrokraattiseen tilivelvollisuuteen ja talousvastuuseen.

5. JOHTOPÄÄTÖKSET JA Keskustelua

Valtatyyppien ja tyypillisten terveydenhuollon organisaatorakenteiden teoreettisessa tarkastelussa voitiin havaita, että tietynlainen organisaatorakenne tukee tietyn valtatyyppien esiintymistä. Byrokraattiselle organisaatiolle on luonteenomaisin instrumentti tai suljettu systeemi -organisaatio. Meritokratia puolestaan liittyy professionaaliseen organisaatioon. Tulosorganisaatiossa huomio keskittyy tuloksen saavuttamiseen organisaation valtarakenteesta huolimatta. Tulosorganisaatio voidaan kuitenkin vahvimmin yhdistää poliittiseen areenaan.

Vastaavasti tilivelvollisuuden tyyppien tarkastelussa organisaatorakenteen mukaan byrokraatiaan liittyy byrokraattinen tilivelvollisuus. Bykratioissa ammatillisuus näkyy erikoistumisena ja työnjakona. Ammatillinen tilivelvollisuus kuitenkin ulottuu organisaation ulkopuolelle eikä näin ollen ole bykratioissa määräävä tekijä. Professionaaliossa organisaatiossa asiantuntijuus on keskeisessä asemassa, ja näin ollen ammatillinen tilivelvollisuus on vahva. Tulosorganisaatiossa sopimukset edellyttävät oikeudellista tilivelvollisuutta, tuloksen saavuttaminen laadun osalta ammatillista tilivelvollisuutta ja julkisen toiminnan responsiivisuuden vaatimus poliittista tilivelvollisuutta. Oikeudellinen tilivelvollisuus on terveydenhuollon organisaatioissa vahva riippumatta organisaation rakenteesta.

Terveydenhuollon organisaatioiden valta- ja tilivelvollisuustyyppien selvittämiseen käytettiin empiiristä aineistoa. Valtatyyppjä tutkittiin vallan lähteiden avulla. Analyysi tehtiin muodostamalla vallan lähteiden perusteella kriteeristö, johon saatuja tuloksia verrattiin.

Terveydenhuollon organisaatiot ovat henkilökuntakäytöksen mukaan meritokratiaa, mutta myös poliittisen areenan piirteitä oli havaittavissa. Lähijohtajat puolestaan näkivät organisaatiot instrumentteina. Tämä tarkoittaa, että lähijohtajat itse kokevat asemansa säännöillä ja määräyksillä rajatuksi, kun taas henkilökunta arvioi asemassa olevan runsaasti liikkumatilaa.

Organisaatiokohtaisessa tarkastelussa erikoissairaanhoidon organisaatiot edustivat instrumentti ja meritokratia -valtatyyppjä, kun taas perusterveydenhuollossa tulivat esiin suljettu systeemi ja poliittinen areena. Lisäksi pienet ei-yliopistosairaanhoidopiirit edustivat meritokratia tai suljettu systeemi -organisaatioita. Tarkasteltaessa yksilömuuttujia

lääkäreiden ryhmä toi esiin suljetun systeemin ja meritokratian valtatyyppin.

Tilivelvollisuuden osalta molemmissa vastaajaryhmissä painottui oikeudellinen tilivelvollisuus, mikä kertoo alan luonteesta. Tarkasteltaessa tuloksia suhteessa taustamuuttujiin huomataan kaikille muuttujille yhteisiä tekijöitä. Tämä tarkoittaa, että tulosten perusteella voitiin nähdä yksilöllisiltä ominaisuuksiltaan yleisesti tilivelvollisuutta kokeva tyyppi, joka oli hoitaja ja nainen, ja jonka työ oli hallinnollisesti painottunut. Lisäksi lähijohtajat kokivat talousvastuuta erityisesti perusterveydenhuollossa. Ammatillinen tilivelvollisuus korostui pienissä ja ei-yliopistosairaanhoidopiireissä.

Tutkimuksen tulos herättää miettimään lähijohtajan pätevyysvaatimuksia, koulutusta ja asemaa. Koska lähijohtajien pätevyysvaatimuksia ei ole valtakunnallisesti sovittu, organisaatiot määrittelevät ne itse. Jos tehtäviin pyrkiviltä edellytetään mahdollisimman korkeaa koulutusta ja innovatiivista työtettä, vaarana on turhautuminen, kun työn todellisuus ei vastaa kuviteltua. Myös organisaatioiden tulisi miettiä lähijohtajien asemaa ja pyrkiä muuttamaan sitä niin, että aktiivisilla ja innovatiivisilla lähijohtajilla olisi toimimisen mahdollisuus. Toisaalta henkilökunnan vastausten perusteella näyttäisi siltä, että lähijohtajilla on valtaa, mutta he eivät sitä havaitse tai osaa käyttää.

Lähijohtajat ottavat paljon vastuuta ja tuntevat tilivelvollisuutta toimistaan. Huomion kiinnittää tulosten perusteella vahvasti tilivelvollisuutta ja vastuuta kokeva tyyppi, joka on hoitaja ja nainen. Tämän ryhmän jaksamisesta olisi syytä huolehtia. Esimerkiksi toimenkuvien tarkemmalla määrittelyllä voitaisiin päästä työn ja vastuun selkiyttämiseen ja kuormittavuuden vähentämiseen.

Perusterveydenhuollossa esiin tulevat valtatyyppit suljettu systeemi ja poliittinen areena kuvaavat kuntaorganisaatioiden muutoksen aiheuttamaa toisaalta omien asemien puolustamista ja toisaalta poliittista peliä, joka kuuluu muutostilanteisiin.

VIITTEET

¹ Sairaanhoidajien professionalismi on tosin vahvistunut hoitotieteen myötä.

² Morgan tarkoittaa vastaorganisaatioilla esimerkiksi ammattiyhdistysliikettä.

LÄHTEET

- Argyris, Chris: *Integrating the Individual and the Organization*, Transaction Publishers, New Brunswick 1990 (1964).
- Bondas, Terese: Paths to Nursing Leadership. *Journal of Nursing Management* 14 (2006): s. 332–339.
- Doolin, Bill: Doctors as managers: New Public Management in a New Zealand Hospital. *Public Management Review* 3 (2001): 2, s. 231–254.
- Etzioni, Amitai: *A Comparative Analysis of Complex Organizations: On Power, Involvement, and Their Correlates*, Free Press, New York 1975.
- Farrell, Catherine & Jonathan Morris: The 'Neo-Bureaucratic' State: professionals, managers and Professional managers in Schools, General Practices and social Work. *Organization* 10 (2003): 1, s. 129–156.
- Harmon, Michael M. & Richard T. Mayer: *Organization Theory for Public Administration*, Scott, Foresman and Company, Glenview 1986.
- Hermanson, Terhi: *Lääkäri terveydenhuollon hallinnossa*, Lääkintöhallitus, Helsinki 1989.
- Hobbes, Thomas: *Leviathan eli kirkollisen ja valtiollisen yhteiskunnan aines, muoto ja valta*, Vastapaino, Tampere 1999.
- Isosaari, Ulla: *Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatioissa: Tarkastelu lähijohdantamisen näkökulmasta*, Acta Wasaensia no 188, Vaasan yliopisto, Vaasa 2008.
- Jaques, Elliot: *In Praise of Hierarchy*. Teoksessa: *Classics of Organization Theory*. 4. painos, 245–253. Toim. Jay M. Shafritz & J. Steven Ott, Harcourt Brace College Publishers, Fort Worth, 1996 (alkup. 1990).
- Katz, Daniel & Robert L. Kahn: *The Social Psychology of Organizations*. 2. painos, Wiley & Sons, New York 1978.
- Lohiniva-Kerkelä, Mirva: *Terveydenhuollon juridiikka*, Talentum, Helsinki 2004.
- Lumijärvi, Ismo & Sari Salo: *Valtionhallinnon tulosohtausjärjestelmä parlamentaarisen ohjauksen ja valvonnan näkökulmasta*, Selvityksiä ja raportteja 7, Vaasan yliopiston julkaisuja 1996.
- Mintzberg, Henry: *The Nature of Managerial Work*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs N. J. 1980.
- Mintzberg, Henry: *Power In and Around Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1983.
- Mintzberg, Henry: *Mintzberg on Management: Inside Our Strange World of Organizations*, Free Press, New York 1989.
- Morgan, Gareth: *Images of Organization*, Sage, London 1990, repr.
- Mulgan, Richard: 'Accountability': An Ever-expanding Concept? *Public Administration* 78 (2000): 3, s. 555–573.
- Mäkelä, Tapio: *Tulosjohdettu sairaala*, Hallintotiede A 6, Tampereen yliopisto, Tampere 1994.
- Möttönen, Sakari: Mitä tulosjohtamisesta on seurannut? *Suomen Lääkärilehti* 54 (1999): 9, s. 1117–1121.
- Ojala, Ilpo: *Managerialismi ja oppilaitosjohtaminen*, Acta Wasaensia no 119, Vaasan yliopisto, Vaasa 2003.
- Pfeffer, Jeffrey: *Power in Organizations*. Pitman Publishing Inc. Marshfield 1981.
- Pollitt, Christopher: *Improvement Strategies*. Teoksessa: *Quality Improvement in European Public Services: Concepts, Cases and Commentary*, 131–161. Toim. Christopher Pollitt & Geert Bouckaert, Sage, London 1995.
- Pollitt, Christopher & Geert Bouckaert: *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Oxford University Press, Oxford 2004.
- Romzek, Barbara S. & Patricia Wallace Ingraham: Cross Pressures of Accountability: Initiative, Command, and Failure in the Ron Brown Plane Crash* *Public Administration Review* 60 (2000): 3, s. 240–253.
- Romzek, Barbara S. & Melvin J. Dubnick: Accountability in the Public Sector: Lessons from the Challenger Tragedy, *Public Administration Review* 47 (1987): 3, s. 227–238.
- Ryynänen, Olli-Pekka, Juha Kinnunen, Markku Myllykangas, Johanna Lammintakanen & Osmo Kuusi: *Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet: Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi*. Eduskunnan kanslian julkaisuja 8. Kuopion yliopisto, FILHARY, Valtion Taloudellinen Tutkimuskeskus, Helsinki 2004.
- Salminen, Ari & Kari Kuoppala: *Julkisvalta byrokratia organisaatio*. Otava, Helsinki 1985.
- Selznick, Philip: *The Moral Commonwealth: Social Theory and the Promise of Community*, University of California Press, Berkeley 1992.
- Surakka, Tiina: *Osastonhoitajan työ erikoissairaanhoidossa 1990-luvulla ja 2000-luvulla: Toimivalta, vastuullisuus ja asiantuntijuus lähijohdajuudessa*. Tampereen yliopisto, Tampere 2006.
- Staele W. & Schirmer F.: Lower Level and Middle Level Managers as the Recipients and Actors of Human Resource Management, *International Studies of Management and Organisation* 22 (1992): 1, 67–69.
- Telaranta, Seija: *Hoitotyön hallinto*, Kirjayhtymä, Helsinki 1997.
- Teperi, Juha, Michael E. Porter, Lauri Vuorenkoski & Jennifer F. Baron: *The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective*. Sitra Reports B2. Sitra, Helsinki 2009.
- Tuomiranta, Mirja & Pekka Laippala: Lääkärijohtajilla näytön paikka. *Impakti* 1 (2003).
- Temmes, Markku: *Julkiset asiantuntijaorganisaatiot*. VAPK-kustannus, Helsinki 1992.
- Thylefors, Ingela: *Ledarskap i vård, omsorg och utbildning*, Natur och Kultur, Stockholm 1992.
- Uhr, J.: 'Redesigning Accountability'. *Australian Quarterly* 65 (1993): winter, s. 1–16.
- Viitanen, Elina, Erja Willi-Peltola & Juhani Lehto: Osastonlääkäri esimiehenä "Enemmän tammoinen seniorikonsultti". *Suomen Lääkärilehti* 57 (2002): 38, s. 3755–3757.