



LAURI KOKKINEN

Työntekijät julkisten sairaaloiden
rakennemuutostarpeiden synnyttäjinä ja
rakennemuutosten seurausten kokijoina



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
terveystieteiden yksikön johtokunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi lääketieteen yksikön B-rakennuksen
pienessä luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,
11. päivänä tammikuuta 2013 klo 12.

English abstract

TAMPEREEN YLIOPISTO



TAMPEREEN
YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö

Työterveyslaitos

Kansanterveyden tutkijakoulu (DPPH)

Sosiaali- ja terveystieteiden, -hallinnon ja -talouden tutkijakoulu (SOTKA)

Ohjaajat

Professori Elina Viitanen

Tampereen yliopisto

Dosentti Anne Konu

Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Professori Leena Paasivaara

Oulun yliopisto

Dosentti Petri Virtanen

Helsingin yliopisto

Copyright ©2012 Tampere University Press ja tekijä

Myynti

Tiedekirjakauppa TAJU

PL 617

33014 Tampereen yliopisto

Puh. 040 190 9800

taju@uta.fi

www.uta.fi/taju

<http://granum.uta.fi>

Kannen suunnittelu

Mikko Reinikka

Acta Universitatis Tamperensis 1798

ISBN 978-951-44-9015-6 (nid.)

ISSN-L 1455-1616

ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1274

ISBN 978-951-44-9016-3 (pdf)

ISSN 1456-954X

<http://acta.uta.fi>

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2012

Sisällysluettelo

Tiivistelmä.....	5
Abstract	7
Luettelo osajulkaisuista	9
1 Johdanto.....	11
2 Tutkimuksen lähtökohdat aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa.....	14
2.1 Käsitteet työntekijä, julkinen sairaala, rakennemuutos	14
2.2 Sairaaloiden rakenteellinen muutos ja muuttumattomuus	21
2.3 Työntekijät sairaaloiden rakennemuutoksissa	24
3 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat	31
3.1 Rakennemuutoksia koskevien valintojen tekeminen.....	31
3.2 Työntekijöiden työkyky ja työkyvyttömyys.....	36
4 Tutkimuskysymykset, -aineistot ja -menetelmät.....	42
4.1 Tutkimuskysymykset.....	42
4.2 Tutkimusaineistot	43
4.3 Tutkimusmenetelmät.....	47
5 Osatutkimusten kuvaukset ja keskeiset tulokset	52
5.1 Työntekijät rakennemuutostarpeiden synnyttäjinä	52
5.2 Työntekijät rakennemuutosten seurausten kokijoina	63
6 Pohdintaa tutkimuksen tuloksista ja niiden tuottamisesta	72
6.1 Tutkimuksen välitön käytännön anti.....	72
6.2 Tutkimuksen rajoitteet	77
6.3 Tutkimuksen ymmärrystä lisäävä anti	82

Kiitokset	88
Lähteet	90
Osajulkaisut	101

Tiivistelmä

Julkisten sairaaloiden palvelutuotantorakenteita koskevat valinnat tehtiin Suomessa pala palalta tuhatyhdeksänsataaluvun jälkipuoliskolla. Kaksituhattaluvulla toisenlaisessa historiallisessa tilanteessa luodut rakenteet on koettu monilta osin ongelmallisiksi ja niitä on ryhdytty uudistamaan. Toistaiseksi rakennemuutoskeskustelua ja -politiikkaa ovat määrittäneet potilaan ja julkisen talouden näkökulmat. Tässä tutkimuksessa nostetaan esiin työntekijänäkökulma julkisten sairaaloiden rakennemuutoksiin, hyödyntämällä rekisteri-, kysely-, dokumentti-, haastattelu-, havainnointi- ja videoaineistoja.

Tutkimuksen tulosten mukaan rakennemuutokset ovat yhteydessä sairaalatyöntekijöiden puutteelliseen työkykyyn. Yhteys selittyi tutkimuksessa työn kuormitustekijöiden lisääntymisellä rakennemuutosten yhteydessä. Kaikkein suurimmassa puutteellisen työkyvyn riskissä olivat työntekijät, jotka eivät ymmärtäneet miksi rakennemuutoksia heidän työpaikoillaan toteutettiin, tai kokivat omat muutoksiin osallistumismahdollisuutensa riittämättömiksi. Erityisenä rakennemuutostyyppinä tutkimuksessa tarkasteltiin julkisten sairaaloiden toiminnallisten yksiköiden liikelaitostamista. Liikelaitostamisella ei todettu olevan yhteyttä työntekijöiden työkyvyttömyyteen, käytettäessä työkyvyttömyyden osoittimena vähintään kolmen kuukauden mittaisia sairaskorvauksjärjestelmästä korvattuja työkyvyttömyysjaksoja.

Tutkimuksen tulosten mukaan sairaalatyöntekijät voivat synnyttää organisaatioilleen laajamittaisiakin rakennemuutostarpeita ja nostaa esiin uudenlaisia palvelutuotantovaihtoehtoja. Etenkin sosiaali- ja terveystalouden ammattijärjestö Tehyn syksyn 2007 joukkokortisanoutumisuuhka näyttäytyi tutkimuksessa mahdollisuuksien ikkunana julkisten sairaaloiden palvelutuotantorakenteiden muutoksille. Hoitohenkilöstön joukkokortisanoutumisuuhka yhdisti kysymyksen työntekijöiden riittävydestä radikaaleihin rakennemuutosvaihtoehtoihin, paljastaen normaalioloissa lähes luonnonlakeina pidettyjen sairaanhoidon lukittuneimpien rakennevalintojen sopimuksenvaraisuuden. Tutkimuksen toinen tapausesimerkki työntekijöistä rakennemuutostarpeiden synnyttäjinä koskee suomalaista silmäsairanhoitoa, jossa julkisia sairaaloita on koko 2000-luvun

vaivannut rakenteellinen työntekijäpula. Tutkimus osoittaa, kuinka vaikeaa etenkin yksityisen ja julkisen sektorin välistä keskinäissuhdetta uudelleen määrittelevän muutoksen tekeminen sairaanhoidon sektorilla on, ja kuinka suuri merkitys myös yksittäisellä työntekijällä voi olla rakennemuutosta koskevan valinnan tekemisessä ja muutoksen läpiviemisessä.

Välittömästi käytäntöön sovellettavien tulosten ohella tutkimus vahvistaa sen teoreettisia lähtökohtia. Julkisten sairaaloiden rakennemuutoksia koskevia valintoja, sekä työntekijöiden työkyvyn määrittymistä rakennemuutoksissa on tutkimuksen tulosten valossa mielekästä tarkastella politiikan- ja hallinnontutkimuksen alalta, sekä työterveystutkimuksen piiristä omaksutuista lähtökohdista.

Abstract

Decisions concerning the service production structures of Finnish public hospitals were made gradually during the last half of the 20th century. In the 21st century, some of these structures, created under different historical circumstances, have been seen as problematic and in need of change. So far, the political debate and public outcry concerning the structural change has been from the perspectives of patient and public spending. This study examines the structural change of public hospitals from the perspective of employees, by using register, survey, document, interview, observation and video material.

The results of the study suggest an association between organizational change and the diminished work ability of hospital employees. The association was best explained by increased job strain following organizational change. The most severe risk of diminished work ability was among employees who did not understand why the changes were made in the first place, or who felt that their opportunities to be involved in the change process were poor. As a specific type of organizational change, the study examined the transformation of a public hospital unit into a commercial enterprise. This change did not associate with an increased risk of work disability among hospital employees, measured by new sick leave periods lasting at least three months.

According to the results of the study, employees of public hospitals are able to generate extensive demand for structural change and to place new kinds of service production alternatives on the decision-making agenda of their organizations. The threat of mass resignation of the Union of Health and Social Care Professionals (Tehy) in the autumn of 2007 appeared in the study as a particular window of opportunity for changing the service production structures of public hospitals. The threat of mass resignation of nursing staff connected the issue of manpower to radical service production alternatives, thus exposing the contractual nature of the most invariable decisions concerning hospital service production. Another case in this study that presented employees as generators of demand for structural change is that of Finnish ophthalmology services, an industry in which public hospitals have been suffering from a structural labour shortage throughout

the 21st century. The study shows just how challenging it is to execute changes that redefine the boundary between public and private sectors in the health care industry and how significant an individual employee's impact may be on decisions concerning organizational change and on implementing the change in a public hospital.

As well as producing results with direct policy relevance, the study also strengthens its theoretical basis. In the light of the results, it seems beneficial to examine decisions concerning structural change in public hospitals on the basis of political and administrative sciences, and to study the association between organizational change and the work ability of employees on the basis of occupational health science.

Luettelo osajulkaisuista

1. Kokkinen L. & Viitanen E. 2011. Threat of mass resignation as a window of opportunity for questioning hospital service production structures in Finland. *Journal of Risk Management and Healthcare Policy*, Vol 4; 81–87.
2. Kokkinen L. & Lehto J. 2011. Changing health care from inside out: Policy entrepreneur questioning ophthalmology service production in Finland. *International Journal of Public and Private Healthcare Management and Economics*, Vol 1 No 1; 16–27.
3. Kokkinen L. & Konu A. 2012. Work ability of employees in changing social services and health care organizations in Finland. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, Vol 25 No 2; 151–165.
4. Kokkinen L., Virtanen M., Pentti J., Vahtera J. & Kivimäki M. Does a change from a public-sector organization to a commercial enterprise increase risk of work disability among the staff? A cohort study of laboratory and radiology employees. *Occupational and Environmental Medicine*, submitted.

1 Johdanto

Vastineeksi käytetyille verorahoille julkisilta sairaaloilta odotetaan luonnollisesti mahdollisimman paljon ja mahdollisimman laadukkaita palveluja. Niihin kohdistuvia muutostarpeita argumentoidaan etenkin olemassa olevien palvelutuotantorakenteiden myötä hukkevalla tehokkuudella ja tuottavuudella. Useat tekijät, kuten teknologinen kehitys, muutokset poliittisissa suhdanteissa, sekä ajassa liikkuvat johtamisen ja organisoinnin opit taas määrittävät sen, millainen palvelutuotantorakenne milloinkin koetaan tehokkaaksi ja tuottavaksi. Viime vuosina erityisen muodikasta on Suomessa – kuten useissa muissakin OECD-maissa – ollut muutostarpeiden perusteleminen kansalaisten muutoksista saamalla terveyshyödyllä. Vähemmälle huomiolle tässä keskustelussa on haluttu jättää se, kuinka jatkuvat muutokset koskettavat sairaaloissa työskenteleviä ammattilaisia. Ja kuitenkin, myös suomalaisia julkisia sairaaloita koskevat tutkimukset antavat viitteitä siitä, etteivät rakennemuutokset välttämättä tuota terveyshyötyä palveluita tuottaville työntekijöille (Valtee 1999; Lindström ym. 2005a, 2005b). Kun rakennemuutoksia oli tuoreen tutkimuksen mukaan viimeisen kahden vuoden aikana kokenut useampi kuin kaksi kolmesta suomalaisesta sairaalatyöntekijästä (Laine ym. 2011), voidaan jopa kysyä, onko työntekijöiden edes mahdollista säilyttää omien voimavarojensa ja työn asettamien vaatimusten välinen hyvä tasapaino jatkuvasti muuttuvissa sairaaloissa. Lisäksi, jos suomalaisen työelämän aikalaisdiagnooseja on uskominen, muutoksissa on tänä päivänä poikkeuksetta kyse pyrkimyksestä työn voimaperäistämiseen (Siltala 2004; Julkunen 2008). Pahimmillaan jatkuvat muutokset, sekä palvelutuotantovaihtoehdot, jotka ulosmittaavat työntekijöistä liian paljon liian nopeasti, johtavat työntekijöiden työkyvyttömyyteen ja työelämän ulkopuolelle hakeutumiseen.

Julkisten sairaaloiden palvelutuotantorakenteita muutetaan jatkuvasti ja samaan aikaan ne eivät keskeisiltä piirteiltään muutu juuri lainkaan. Huolimatta esimerkiksi viime vuosikymmenten huomattavasta teknologisesta ja demografisesta kehityksestä, sekä tietoisista muutospolitiikoista ja kehittämishankkeista, myös suomalaisten julkisten sairaaloiden rakenteissa voi tunnistaa huomattavaa jatkuvuutta. Julkiset sairaalat

ovat sisäiseltä rakenteeltaan edelleen hierarkkisia sekä johtamishierarkialtaan että eri asiantuntijoiden välisiltä prestiisihierarkioiltaan ja ne antavat edelleen melko osuvan kuvan byrokraattisesta tavasta organisoida työn tekeminen (Wiili-Peltola 2005; Torppa 2007; Virtanen 2010). Lisäksi eri julkisten sairaaloiden väliset, sekä julkisten sairaaloiden ja terveystalvvelujärjestelmän muiden toimijoiden väliset keskinäissuhteet ja työnjako ovat säilyneet suhteellisen muuttumattomina (vrt. Vuorenkoski 2008; Teperi ym. 2009). Julkisissa sairaaloissa, tai niiden toimintaympäristössä, vaikuttaakin olevan näitä tiettyjä jatkuvuuksia ylläpitävää voimaa tilanteessa, jossa niiden historian saatossa syntyneitä palvelutuotantorakenteita pyritään jatkuvasti määrätietoisesti uudistamaan. Etenkin julkisten ja yksityisten sairaaloiden välille konstruoitujen raja-aitojen ylittäminen on vaikeaa nykytilanteessa, jossa hyvinvointivaltion ihannettaan vaaliva poliittinen vasemmisto vastustaa kaikkea yksityistä palvelutuotantoa jo sinänsä ja toisaalta poliittinen oikeisto pitää sitkeästi kiinni vapaiden markkinoiden ideaalistaan. Eri julkisten sairaaloiden välisen työnjaon muutokset taas törmäävät kuntapohjaisessa palvelujärjestelmässä toistuvasti aluepoliittisiin intressiristiriitoihin, ja viime kädessä oman arvonsa tuntevilla sairaanhoidon ammattikunnilla on usein painostusvoimaa tyrmätä liian radikaaleiksi kokemansa rakennemuutokset. Näin ollen murtautuminen sairaanhoidon palvelutuotantoa ylläpitävien perinteisten ajattelumallien ulkopuolelle on vaikeaa ja palvelutuotantoa päädytään kehittämään tiukasti rajatuissa institutionaalisissa kehyksissä.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan työntekijöitä julkisten sairaaloiden rakennemuutoksissa kahdesta eri näkökulmasta. Ensiksi, vuosina 2007–2009 kerättyjen haastattelujen, havainnointi- ja videoaineistojen avulla pureudutaan kahteen tapaukseen, joissa kysymys työntekijöiden riittävydestä synnyttää suomalaisille julkisille sairaaloille muutostarpeita ja nostaa organisaatioiden päätöksentekoagendalle niiden olemassa olevia rakenteita radikaalisti muuttavia palvelutuotannon vaihtoehtoja. Molemmissa tapauksissa uhka työvoiman riittävydestä pakottaa julkiset sairaalat tarkastelemaan myös palvelutuotantonsa kaikkein lukittuneimpia rakenteita. Toiseksi, hyödyntämällä sairaalatyöntekijöitä koskevia kysely- ja rekisteriaineistoja analysoidaan, ovatko suomalaisissa sairaaloissa 2000-luvun aikana läpiviedyt rakennemuutokset yhteydessä työntekijöiden itse arvioimaan työkykyyn tai työntekijöiden sairastuvakuutusjärjestelmästä korvatuille työkyvyttömyysjaksoille hakeutumiseen, ja jos ovat, niin miten. Molemmista näistä näkökulmista on tähän tutkimukseen otettu mukaan kaksi aiemmin julkaistua osatutkimusta.

Työntekijät eivät edellä mainituissa osatutkimuksissa luonnollisestikaan ole vain muutostarpeiden synnyttäjiä tai muutosten seurausten kokijoita, vaan myös muutosprosessien enemmän ja vähemmän aktiivisia osallistujia. Muutosprosesseihin osallistumista käsitellään tässä työssä kuitenkin vain osana kahta edellä mainittua näkökulmaa. Työntekijöiden osallistumismahdollisuuksia, henkilöstön johtamista, rakennemuutosten johtamista sekä rakennemuutosten ja johtamisen suhdetta on puolestaan käsitelty tarkemmin toisaalla (ks. Kokkinen ym. 2007; Kokkinen ym. 2011; Kokkinen & Viitanen 2011).

Tämä neljä erillistä osatutkimusta yhteen vetävä tutkimusraportti koostuu kuudesta luvusta. Johdannon jälkeen luvussa 2 esitellään käsitteet, joilla tutkittavista ilmiöistä otetaan kiinni, sekä käydään läpi aiempaa tutkimuskirjallisuutta. Luvussa 3 kuvataan tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat, jotka on omaksuttu politiikan- ja hallinnontutkimuksen alalta sekä työterveystutkimuksen piiristä. Luvussa 4 esitellään osatutkimusten tarkemmat tutkimuskysymykset, sekä niissä käytetyt aineistot ja menetelmät. Osatutkimusten tulokset kuvataan luvussa 5 ja luvussa 6 pohditaan, mitä annettavaa tutkimuksella voisi olla, sekä millaisia varauksia tutkimukseen liittyy.

2 Tutkimuksen lähtökohdat aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa

2.1 Käsitteet työntekijä, julkinen sairaala, rakennemuutos

Työntekijä

Työntekijällä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa henkilöä, joka luovuttaa työvoimaansa yrittäjän, yrityksen, yhteisön tai julkisen organisaation, eli työnantajan, käyttöön. Teollisen kapitalismin myötä vakiintuneessa käsityksessä (palkka)työntekijän ja työnantajan välisestä suhteesta oleellisena pidetään työntekijän luovuttamaa aikaa tai osaamista ja työnantajan maksamaa rahapalkkaa, sekä muunlaisia palkkioita, kuten työnantajan tarjoamaa asuntoa, terveydenhuoltoa ja kouluttautumismahdollisuuksia. Palkkiot, kuten muukin työnantajan ja työntekijän välinen suhde, on tapana määritellä kirjallisella sopimuksella. Tämän muodollisen työsopimuksen lisäksi osapuolten välistä suhdetta nähdään usein määrittävän jonkinlainen sanaton psykologinen sopimus, joka kuvaa niitä odotuksia, joita osapuolet työsuhteelle asettavat (Schein 1977; Rousseau 2001). Palkkatyön ehtoja sidotaan myös yhteiskuntatason toimenpiteillä, kuten lainsäädännöllä (esim. työaikalaki) ja yleissitovilla työehtosopimuksilla. Suomessa työntekijöiden järjestäytymisaste on 1960-luvun loppupuolelta lähtien ollut korkea ja ammattiliitoilla on nähty olevan huomattavaa voimaa neuvotella työehtosopimuksia työnantajapuolen kanssa (Kettunen 2006). Saman vuosikymmenen lopulta lähtien suomalaisen työelämän suurista linjoista – kuten tulonjaon raameista – on usein pyritty sopimaan kolmikannassa palkansaajakeskusjärjestöjen, työnantajakeskusjärjestöjen ja maan hallituksen kesken.

Sairaaloissa on monenlaisia töitä ja töillä monenlaisia tekijöitä. Ensiksi, hoitoapula-
lainen, keittiötyöntekijä, kylvettäjä, laitoshuoltaja, osastosihteeri, röntgenapulainen, toi-

minnanohjaaja, toimistotyöntekijä, vahtimestari ja vastaanottoavustaja ovat esimerkkejä sairaalan työtehtävistä, joiden suorittaminen ei välttämättä ole tiukasti sidottu tiettyyn tutkintonimikkeeseen. Toiseksi, sairaalassa on suuri joukko töitä, joiden suorittajalta edellytetään nimenomaan tietyllä tutkinnolla osoitettua ammattitaitoa. Näiden ammattien kirjoa edustavat sairaalassa esimerkiksi bioanalyttikko, ensihoitaja, fysioterapeutti, kätilö, lähihoitaja, ravitsemusterapeutti, sairaanhoitaja, sosionomi ja toimintaterapeutti. Sairaalassa työskentelevistä ammattiryhmistä ylivoimaisesti suurimman muodostavat lähi- ja sairaanhoitajat (Ailasmaa 2011). Kolmanneksi, lääkärin ammatti on tapana lukea niin kutsuttuihin professioammatteihin. Erona edellä mainittuihin ammatteihin, lääkärin ammatti on kehittynyt vahvan tieteenalan, länsimaisen lääketieteen osana. Lääkäriammattikunnalla on tänä päivänä lainsäädännöllä vahvistettu monopoliasema yhteiskunnallisesti arvostetun ja maallikolle abstraktin lääketieteellisen tiedon tuottajana ja tulkitsijana. Tämän monopoliaseman voi katsoa sulkevan ammatin professioksi (vrt. Freidson 1970). Käytännössä professioaseman voi havaita esimerkiksi lääkäriammattikunnan vahvana työmarkkina-asemana. Myös hoitotyön piirissä professionaalisuudesta on keskusteltu ainakin 1950-luvulta lähtien (Beach 2002). Tänä päivänä hoitajat luetaan usein muotoutumassa oleviin, tunnustusta hakeviin tai niin kutsuttuihin semi-professioihin (ks. esim. Wiili-Peltola 2005). Neljänneksi, sairaaloissa työskentelee esimiehiä ja johtajia. He ovat yleensä palkkatyösuhteessa organisaatioonsa ja voivat kuulua mihin vain kolmesta edellä mainitusta ryhmästä. Kuitenkin, esimiehet ja erityisesti johtajat luetaan tietyissä tilanteissa työntekijöiden sijaan työnantajan edustajiksi.

Sairaalassa tehtävä työ kiinnittyy aina jossain määrin potilaiden hoitamiseen liittyviin moraalisiin ja eettisiin lähtökohtiin. Sairaalan työntekijöiden onkin todettu pitävän korostuneen tärkeänä mahdollisuuksiaan tehdä työnsä hyvin (Harrison 2000; Ericsson-Piela 2003). Perinteisesti työt on sairaaloissa ja laajemminkin terveysalalla myös koettu jollain tavoin sisäisesti palkitseviksi (ks. esim. Suonsivu 2003). Tämä voi tarkoittaa ainakin kahta asiaa. Sairaalassa tehtävä työ voidaan kokea kutsumuksena, jolloin työlle uhraudutaan, koska se palvelee hyvää tarkoitusta. Kutsumustyöntekijälle sairaalan potilaat kaipaavat työntekijän aikaa aina enemmän, kuin hän itse omaan palautumiseensa. Etenkin hoito- ja hoivatyön tekijöiltä tällaista pyyteettömyyttä saatetaan edelleen myös odottaa työnantajan puolelta (Siltala 2004). Työn sisäinen palkitsevuus voi toisaalta tarkoittaa myös työntekijän mahdollisuutta itsensä toteuttamiseen. Tällöin työ saattaa

viedä mukanaan, eikä edes halua työajan erottamiseen vapaa-ajasta aina synny, koska nimenomaan työ on merkittävin itsen toteuttamisen projekti. Sisäisen palkitsevuuden lisäksi, tai sen sijaan, työ voi sairaalassakin olla ulkoisesti palkitsevaa. Sairaalassakin voidaan käydä ”vain töissä”, jolloin työt halutaan tehdä hyvin, mutta työnantajalle myydään vain ja ainoastaan työsopimuksessa määritelty aika ja työpanos. Lisäksi työntekijä voi suhtautua jopa sisäisesti täysin palkitsemattomaan työhön toisin, esimerkiksi pyrkinessään saavuttamaan työhön panostamalla korkeampia palkkioita tai lunastamaan työhön panostamalla lisääntyvää vapaa-aikaa tulevaisuudessa. Mahdollisuus töiden tekemiseen puhtaasti urakka-palkalla on sairaaloissa mahdollista harvoille, mutta erilaisia tulokseen perustuvia palkitsemisen muotoja pyritään useissa sairaaloissa hyödyntämään mahdollisuuksien mukaan.

Julkinen sairaala

Sairaalat ovat muiden kehittyneiden yhteiskuntien tavoin myös Suomessa keskeinen osa terveyspalvelujärjestelmää. Suomessa vastuu perusterveydenhuollon järjestämisestä kuuluu kunnille (kansanterveyslaki 66/1972). Kunnat voivat tuottaa perusterveydenhuollon palvelut itse, yhteistoiminnassa toisten kuntien kanssa, tai ostaa palvelut yksityisiltä palveluntuottajilta, kolmannen sektorin palveluntuottajilta tai toiselta kunnalta. Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) velvoittaa kunnat järjestämään asukkaalleen myös erikoissairaanhoitotasoiset palvelut. Lain mukaan jokaisen kunnan on kuuluttava sairaanhoitopiiriin. Suomessa on yhteensä 20 sairaanhoitopiiriä, jotka saavat rahoituksensa pääosin jäsenkunniltaan ja jotka kaikki ylläpitävät omaa keskussairaala. Keskussairaaloista viisi on yliopistollisia keskussairaaloita (Helsinki, Kuopio, Oulu, Tampere, Turku), joiden mukaisesti maa on jaettu viiteen erityisvastuualueeseen. Erityisen vaativan/erikoistuneen sairaanhoidon tarjoamisen lisäksi yliopistolliset sairaalat vastaavat erityisvastuualueensa lääketieteellisestä ja hoitotieteellisestä koulutuksesta. Tiettyiltä osin palvelutuotantoa on porrastettu myös yliopistollisten sairaaloiden välillä, keskittämällä esimerkiksi tiettyjen harvinaisten sairauksien hoitaminen vain yhteen niistä. Kunnallisen terveyspalvelujärjestelmän työnjaossa merkittävä asema on edelleen myös terveyskeskusten ja keskussairaaloitten väliin sijoittuvilla aluesairaaloilla. Aluesairaaloista suurimmat tuottavat lähes keskussairaالاتasoisien valikoiman palveluita ja pienimmät toimivat alueensa terveyskeskusten tuottamien palveluiden täydentäjinä. Koko kunnallinen terveyspalvelujärjestelmä – sisältäen terveyskeskukset ja sairaalat – toimii

pääasiassa verorahoitteisesti, joskin asiakkaille lankeavat omavastuuosuudet ovat kansainvälisesti vertaillen monen palvelun osalta suuria (OECD 2009).

Kunnallisen terveystalouden lisäksi Suomessa on vahva asema julkisella sairausvakuutusjärjestelmällä. Kaikki Suomessa vakinaisesti asuvat henkilöt ovat yksityisiltä ammatinharjoittajilta ja yrityksiltä terveystalouksia ostaessaan oikeutettuja Kansaneläkelaitoksen (KELA) määrittelemien korvaustaksojen mukaiseen subventioon. Kansaneläkelaitoksen kautta rahoitetaan veroluonteisilla maksuilla noin 15 prosenttia terveydenhuollon kokonaiskustannuksista (Matveinen & Knape 2012) ja huomattava osa myös julkisen erikoissairaanhoidon asiakkaista saa lähetteensä yksityiseltä palveluntuottajalta. Kunnallisen terveystalouden ja sairausvakuutusjärjestelmän lisäksi kolmas merkittävä tekijä on työnantajien työntekijöilleen järjestämä ja Kansaneläkelaitoksen subventoima työterveyshuolto. Työterveyshuoltojärjestelmän alkuperäinen tarkoitus oli huolehtia työväestön työkyvystä ennaltaehkäisevin ja työolosuhteisiin puuttavin toimenpitein (Mäkitalo 2006). Tänä päivänä työterveyshuoltoon sisältyy myös huomattava määrä sairaanhoitoa. Työntekijän näkökulmasta kunnallista terveyskeskusta halvempi (maksuton) ja usein myös nopeampi työterveyshuolto on rationaalinen valinta sairauksien hoidattamiseen sekä lähetteen hakemiseen julkiseen erikoissairaanhoidon.

Jokainen julkinen sairaala on sisäiseltä palvelutuotantorakenteeltaan jossain määrin erilainen, mutta kaikkiin sairaaloihin liittyy ainakin kaksi yhteneväisyyttä. Ensiksi, kaikki sairaalat ovat jossain määrin byrokraattisia. Byrokraattisina sairaaloita voidaan usein pitää erityisesti niiden suuren koon, hierarkkisen rakentumisen sekä niissä vallitsevan huomattavan pitkälle menevän työnjaon erikostumisasteen mukaan. Tutkimuskirjallisuudessa sairaaloiden toiminnassa tunnustetaan joitain toimivan byrokratian vahvuuksia, kuten niiden ennustettavuus, mutta yleensä byrokraattisuudella sairaaloiden – kuten muidenkin palvelutuotanto-organisaatioiden – kohdalla kuitenkin viitataan (toimimattoman) byrokratian aiheuttamiin häiriötekijöihin. Näitä häiriötekijöitä ovat esimerkiksi johtamisen pelkistyminen hallinnoimiseksi, organisaatioiden rakenteisiin liittyvä jähmeys, puutteet asiakaslähtöisyydessä, julkisten varojen harkitsematon käyttäminen, sekä edellisistä tekijöistä aiheutuva yleinen tehottomuus (Kjaer 2004; Wiili-Peltola 2005).

Toiseksi, kaikki sairaalat ovat asiantuntijaorganisaatioita. Perinteisesti sairaaloissa työskentelevien asiantuntijoiden työhön on omaa työtään koskevissa päätöksissä myös

kuulunut huomattavaa autonomiaa. Yksittäisen työntekijän kohdalla päätöksentekoaonomia ja laajemminkin asema sairaalaorganisaatiossa määrittyy pitkälti oman ammattiryhmän kautta, sillä sairaaloissa vallitsee ylhäältä–alas toimivan vertikaalisen hierarkian ohella eri asiantuntijoiden välisiä hierarkioita (Kitchener 2002; Surakka 2006). Asiantuntijoiden välisissä hierarkioissa ei ole kyse vain eri ammattiryhmien välisestä – kuten lääkärit, sairaanhoitajat, lähihoitajat, hoitoapulaiset – rakenteesta, vaan myös ammattiryhmien sisäisistä hierarkioista, kuten erikoisalojen välisistä auktoriteetti- ja arvostuseroista (Ericsson-Piela 2003; Wiili-Peltola 2005). Virtasen (2010) mukaan esimerkiksi operatiivista työtä tekevän lääkärin ja mielenterveyttä hoitavan lääkärin asema suomalaisessa keskussairaalassa saattaa poiketa huomattavasti toisistaan. Haettaessa käsitteellistä tarttumapintaa sairaaloiden rakenteesta onkin hyvä pitää mielessä, että sairaaloissa vallitsee virallisen organisaatorakenteen lisäksi jyrkkiä eri ammattikuntien sisäisiä ja välisiä prestiisihierarkioita. Tästä seuraa esimerkiksi se, että organisaatiokaavioista huolimatta asiantuntijaa voi käytännön työssä usein johtaa vain (saman alan) parempi asiantuntija ja etenkin eri ammattiryhmien välisiä työnjaollisia raja-aitoja on käytännössä äärimmäisen vaikea ylittää (Denis ym. 1999; Wiili-Peltola 2005; Virtanen & Kovalainen 2006; Torppa 2007). Kun sairaaloita tarkastellaan näiden kahden vahvan ja keskenään jännitteisen tradition – byrokraattisuuden ja asiantuntijuuden – läpitukenmana, voidaan kaikkia sairaaloita pitää jonkinasteisina asiantuntijabyrokratioina.

Rakennemuutos

Klassisessa rakenneteoriassa rakenne nähdään (organisaation) auktoriteettien hierarkiana, jonka tehtävänä on mahdollistaa työntekijöiden rationaalinen toiminta (organisaatiolle) asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi (Crozier 1973). Myöhemmin järjestelmäteoria ja teoria organisaatioiden ympäristöistä ovat laajentaneet rakennekäsittelyn sovellusalaan. Toisin kuin klassisessa rakenneteoriassa työorganisaatiot on alettu yleisesti hahmottaa osana laajempia järjestelmiä ja toimintaympäristöjä, joiden kanssa ne ovat vaihdanta- ja riippuvuussuhteessa. Terveystutkimuksen saralla Marc Roberts, William Hsiao, Peter Berman ja Michael Reich (2004) ovat tiivistäneet empiiristen tutkimustensa pohjalta neljä keskeisintä terveystutkimusorganisaatioiden toimintaan vaikuttavaa rakenteellista tekijää. Nämä ovat rahoitus (mistä saada rahat ja kenelle maksaa palveluiden tuottamisesta), maksaminen (miten organisaatioille ja työntekijöille maksetaan ja synnytetään heihin kohdistuvia insentiivejä), organisointi (eri palvelutuotanto-

organisaatioiden välinen ja sisäinen työnjako) sekä sääntely (eri organisaatioiden välisiä sekä työnantajien ja työntekijöiden välisiä keskinäissuhteita säätelevät sopimukset, lait ja ohjausmekanismit). Robertsinkin ja kollegoiden mukaan käyttäytyminen, eli se kuinka eri organisaatiot ja työntekijät toimivat, riippuu pitkälti näistä neljästä rakenteellisesta tekijästä.

Rahoitusrakennetta voi Robertsinkin ja kollegoiden (2004) mukaan pitää eräänlaisena terveydenhuollon superrakenteena, koska rahoitusrakenne määrittää mille organisaatioille ja ammattiryhmille terveyspalveluiden tuottamisesta maksetaan. Suomalainen perusvalinta terveydenhuollon rahoituksesta tehtiin kansainvälisestä perspektiivistä katsoen varsin myöhään, 1960- ja 1970-luvuilla. Monikanavaiseen rahoitusmalliin päätyminen oli alkujaan seurausta poliittisten voimasuhteiden muutoksista (Mattila 2011), mutta on ajan myötä institutionalisoitunut osaksi laajempaa suomalaista yhteiskuntamallia. Terveydenhuollon muutosta ja muuttumattomuutta koskevissa empiirisissä tutkimuksissa nimenomaan rahoitusrakenteen murtumattomuuden onkin myös Suomessa todettu tänä päivänä ylläpitävän eri organisaatioiden ja ammattikuntien sisäisiä toimintamalleja sekä välisiä raja-aitoja (Kokkinen ym. 2009).

Toteutuneissa rakennemuutoksissa on terveydenhuollon kohdalla yleensä kyse muutoksista työn organisoinnissa (Scott ym. 2000; Roberts ym. 2004). Sairaaloiden palvelutuotantorakenteet muodostuvat sekä niiden sisäisestä työnjaosta että sairaaloiden ja terveyspalvelujärjestelmän muiden toimijoiden välisestä työnjaosta. Sairaaloiden työn organisoinnin muutokset voivat siis koskettaa vain niitä itseään tai olla osa laajempaa terveyspalvelujärjestelmän, tai sen osan muutosta. Puhtaammin sairaaloiden sisäisetkin työn organisoinnin muutokset voivat olla suuruusluokaltaan erilaisia: kokonaisvaltaisia ja koskea organisaation kaikkia osia, hyvin eriytyneitä, tai kaikkea tältä väliltä.

Etenkin työn organisoinnin ja sääntelyn osalta on oleellista huomata se, että tässä tutkimuksessa rakenne-käsite kattaa sekä sairaaloiden juridis-hallinnollisen että normatiivisen rakenteen (rakennekäsitteen erittelystä ks. Giddens 1984). Juridis-hallinnollinen rakenne käsitetään tässä tutkimuksessa työorganisaation ”viralliseksi rakenteeksi”, johon esimerkiksi organisaatiokaavioissa viitataan. Se pitää sisällään käskyvaltasuhteet, lainsäädännölliset raamit, sekä ideaalikuvausten organisaation toiminnasta. Juridis-hallinnollinen rakenne sekä mahdollistaa että rajoittaa organisaation toimintaa, mutta se ei välttämättä tavoita organisaation rakennetta kokonaisuudessaan. Organisaation normatiivinen rakenne käsitetään tässä tutkimuksessa yleisesti hyväksytyiksi pelisään-

nöiksi, jotka tuotetaan päivittäisessä toiminnassa, ja joista osa ajan myötä institutionalisoituu organisaation toimintaa ohjaavaksi ”epäviralliseksi rakenteeksi”. Normatiiviset rakenteet eivät välttämättä rajoitu tietyn työorganisaation sisään, vaan esimerkiksi sairaanhoidon eri ammattikuntien välillä sovitut pelisäännöt läpileikkaavat usein koko yhteiskunnan ja lukittuvat osaksi monentasoisia yhteiskunnallisia käytänteitä. Vaikka tutkimuskirjallisuudessa työorganisaatioiden rakennemuutoksilla yleensä viitataan vain organisaatioiden juridis-hallinnollisen rakenteen muutokseen, on hyvä huomata, että etenkin sairaalan kaltaisissa elämän ja kuoleman organisaatioissa normatiiviseen rakenteeseen saattaa sitoutua huomattavaa voimaa. Näin ollen sairaalan normatiivinen rakenne saattaa rajoittaa juridis-hallinnollisen rakenteen uudistamista, ja toisaalta sairaalan juridis-hallinnollista rakennetta koskevat laajamittaisetkaan muutokset eivät välttämättä tarkoita sitä, että sairaalan toiminta juuri muuttuisi (Alexander ym. 2003; Solstad & Pettersen 2010).

Organisaatioteoreettisessa keskustelussa rakennemuutoksia on perinteisesti katsottu tapahtuvan kahdella tavalla: tarkoituksellisten valintojen tai ajautumisen kautta. Muutokset tarkoituksellisina valintoina nousevat esiin etenkin strategisen johtamisen teoriaa ja transaktiokustannusteoriaa terveyspalveluorganisaatioiden kehityksen analyysiin sovellettaessa (Shortell & Zajac 1990; Hurley & Fennell 1990). Tällöin oletetaan, että organisaatiolla on (aina) useampi kuin yksi vaihtoehto joista valita, tai että se kykenee luomaan itselleen valintavaihtoehtoja, ja että organisaatio aktiivisesti valitsee tietyn muutossuunnan toisen sijaan. Ikään kuin vastakohtana näille aktiivisen valinnan teorioille on terveyspalveluorganisaatioiden muutoksen analyysiin sovellettu organisaatioekologian teoriaa ja institutionaalista teoriaa, jotka kiinnittävät huomiota organisaatioiden ympäristötekijöiden voimaan suhteessa organisaatioihin (Meyer ym. 1990; Fennell & Alexander 1993).

Tämän tutkimuksen lähtökohtana on käsitys, että sairaalat ovat tiukasti sidoksissa niiden toimintaympäristöön. Sairaaloita haastavat rakenteellisiin muutoksiin useat niiden ulkopuoliset tekijät, joilla on todellista voimaa haastaa sairaaloita muuttumaan, sekä rajoittaa ja mahdollistaa niiden muutosvaihtoehtoja. Sairaalat eivät kuitenkaan ole vain niiden ulkopuolisen kehityksen passiivisia todistajia, joita muutosvoimat voisivat vapaasti muokata. Rakenteellisilla muutoksilla reagoidaan usein nimenomaan organisaation ulkopuolisten tekijöiden aiheuttamiin paineisiin, mutta muutoksia koskevat ratkaisut tehdään usein sairaaloiden (strategisina) valintoina. Lisäksi sairaaloissa ei vain

toteuteta muutoksia, vaan niitä myös tulkitaan, hallitaan, muokataan, vastustetaan ja haastetaan aktiivisesti. Näin ollen sairaalat eivät vain reagoi organisaation ulkopuoliin muutosvoimiin, vaan voivat vastavuoroisesti haastaa muutoksia vaativia toimijoita, kuten lainsäätäjiä, rahoittajia, kilpailijoita, yhteistyökumppaneita, teknologiatoimittajia, potilaita ja kansalaisia reagoimaan omiin valintoihinsa.

2.2 Sairaaloiden rakenteellinen muutos ja muuttumattomuus

Rakennemuutoksia ajavat tekijät

Tutkimuskirjallisuudessa tunnistetaan useita tekijöitä, jotka haastavat sairaaloita rakenteellisiin muutoksiin. Pitkällä aikavälillä sairaaloiden asiakaskunnassa (potilaat) voi tapahtua sekä määrällisiä että laadullisia muutoksia, jotka aiheuttavat sairaaloille paineita muuttaa palvelutuotantorakenteitaan. Etenkin julkisia sairaaloita kuvataan toisinaan kafkamaiseen tapaan suljettuina systeemeinä, jotka toimisivat varsin hyvin ilman asiakkaitakin. Kuitenkin, pitkällä aikavälillä myös julkiset sairaalat muuttuvat asiakkaiden odotusten, tarpeiden ja vaatimusten muuttuessa (Van de Ven & Grazman 1994). Sairaanhoidon organisoinnin taustalla on jo pitkään tunnistettu käytettyjen teknologioiden merkitys. Harppauksittain kehittyvät lääketieteellinen teknologia ja informaatioteknologia haastavat jatkuvasti sairaaloita muuttamaan palvelutuotantorakenteitaan (Djellal & Gallouj 2008; Garcia-Goni 2008; Christensen ym. 2009). Viimeisen vuosikymmenen aikana etenkin biolääketieteen ja diagnostiikan kehitys on mahdollistanut paitsi aiemmin täysin hoitamattomina pidettyjen tilojen hoitamista, myös aivan uudenlaisten tautitilojen tunnistamista. Kun tällaisen uuden lääketieteellisen teknologian käyttöönotto muuttaa asiakkaiden sairaalassa kulkemaa polkua, sekä organisaatiossa työskentelevien ammattilaisten työn luonnetta, saattaa se samalla ravistella myös olemassa olevia palvelutuotantorakenteita (Saranummi ym. 2005).

Sairaalat joutuvat sopeuttamaan toimintaansa myös poliittisessa, taloudellisessa ja kulttuurisessa ympäristössään tapahtuviin muutoksiin. Lainsäädäntöä ja organisaatioiden rahoitusta muuttamalla on sairaaloita kyetty ohjaamaan tai jopa pakottamaan muutoksiin (Hensher & Edwards 2002; Jakab ym. 2002; Roberts ym. 2004). Yhteiskuntatason kulttuuriset muutokset ovat sen sijaan hitaita ja vaikeita tavoittaa empiirisillä analyyseilla. Tutkimuskirjallisuudesta löytyy kuitenkin viitteitä siitä, että pitkällä aika-

välillä myös se, mitä yhteiskunnassa pidetään yleisesti hyväksyttävänä tai toivottavana asettaa muospaineita sairaaloiden palvelutuotannolle (Scott ym. 2000). Sairaalaorganisaatiot ovat riippuvaisia myös siinä alueellisessa tai kansallisessa terveystalvvelujärjestelmässä tapahtuvista muutoksista, jonka osana ne toimivat. Sairaaloitten rakenteet muuttuvat siis esimerkiksi niiden reagoissa eri palvelutuotanto-organisaatioiden välisissä suhteissa tapahtuviin muutoksiin (Alexander & Amburgey 1987; Scott ym. 2000). Kyse ei ole vain eri sairaaloitten välisestä yhteistyöstä ja kilpailusta, vaan sairaiden hoitamisen osalta työnjakoa tehdään myös ainakin perustasoisen ja erikoistasoisen hoidon, yksityisen ja julkisen palvelutuotannon, eri maantieteellisten alueiden (Suomessa kuntien) sekä hoito- ja hoivaorganisaatioiden välillä. Pitkällä aikaperspektiivillä yksittäisen sairaalan yhteiskunnallinen tehtävä saattaa näin ollen muuttua huomattavasti.

Palvelutuotantorakenteita haastavat tutkimuskirjallisuuden mukaan myös sairaaloihin – usein elinkeinoelämän muilta sektoreilta – omaksutut johtamisopit. Viimeiset 20 vuotta julkisten sairaaloitten johtamista onkin muun julkishallinnon johtamisen tavoin pyritty kaikissa OECD-maissa tietoisesti uudistamaan (Ferlie ym. 1996; Torppa 2007; Virtanen 2010). Uudistusten myötä sairaaloitten johtajapaikoille on haluttu ammattijohtajia, jotka olisivat poliittisten pelien sekä jäykäksi ja tuhlailevaksi kuvatus byrokratian ohella vapaita myös ammattikuntien oman edun tavoittelusta. Organisaatioiden johtajille on haluttu antaa enemmän todellisia mahdollisuuksia johtamiseen ja organisaatioiden muuttamiseen. Rakennemuutosten välttämättömyyden perusteluina muodikkaita ovat tässä yhteydessä olleet muun muassa sairaaloitten oletettuun tehottomuuteen ja koordinaation ongelmallisuuteen vetoavat argumentit (Bazzoli ym. 2002; Currie & Brown 2003). Viimeaikaisessa keskustelussa yhdeksi julkisten sairaaloitten palvelutuotannon organisoimisen malliksi on tarjottu toiminnallisten yksiköiden irrottamista perinteisistä ”sairaanhoidon tavarataloista” kohti ”sairaanhoidon erikoisliikkeitä” (vrt. Porter & Teisberg 2006; Teperi ym. 2009). Myös Suomessa joitain sairaaloitten toiminnallisia yksiköitä on liikelaitostamisen ja yhtiöittämissen keinoin pyritty irrottamaan sairaanhoitopiirien poliittisesta ohjauksesta ja suurten organisaatioiden byrokratiasta.

Rakennemuutoksia estävät tekijät

Sairaloitten palvelutuotantorakenteet muuttuvat sekä niiden ulkopuolelta tulevien muutosvoimien että sairaaloissa tehtävien valintojen myötä. Tästä huolimatta sairaaloitten palvelutuotantorakenteilla on taipumus säilyä keskeisiltä piirteiltään suhteelli-

sen muuttumattomina. Analysoitaessa sairaaloiden muuttumattomuuden syitä on tukea haettu usein polkuriippuvuuden teoriasta (esim. Bevan & Robinson 2005; Solstad & Pettersen 2010). Polkuriippuvuuden teoria kiinnittää huomiota siihen, että valintoja tehdessään organisaatiot sitovat itsensä niihin ainakin joksikin ajaksi. Kun sairaala valinnoillaan sitoo resurssiaan tietynlaiseen palvelutuotantorakenteeseen, saattaa sen olla vaikea luopua rakenteen käytöstä, vaikka toimintaympäristössä tapahtuisi radikaalejakin muutoksia. Polkuriippuvuuden teorian lähtökohtana onkin huomio, että jokainen organisaation tekemä valinta on ainakin jossain määrin riippuvainen edellisestä valinnasta. Organisaation aiemmat – mahdollisesti lukuisten eri vaihtoehtojen joukosta tekemät – valinnat mahdollistavat tiettyjä ja rajoittavat toisia myöhempiä valintoja. Historian saatossa tehty pienikin valinta saattaa näin ollen ajan kuluessa osoittautua merkittäväksi, sen vaikutettua organisaation seuraavaksi kohtaamaan valintaan. Muutosvaihtoehtoihin, jotka aiemmin jätettiin käyttämättä, on lukuisten väliin tulleiden valintojen vuoksi täten organisaation myöhemmissä valintatilanteissa vaikeaa, kallista tai jopa mahdotonta palata. Polkuriippuvuuden ohella sairaaloiden palvelutuotantorakenteiden muuttumattomuutta on usein selitetty myös vahvojen ammattikuntien kyvyllä vastustaa itseään koskevia muutoksia. Erityisesti lääkäriprofessiolla – jonka ympärille sairaalaorganisaatiot ovat suurelta osin rakentuneet – nähdään olevan erityistä voimaa vastustaa ammattikuntaansa ja omaa työtänsä koskevia muutoksia (Scott ym. 2000; Salter 2004; Gollop ym. 2004).

Sairaaloiden muuttumattomuutta ylläpitävien sisäisten tekijöiden ohella on hyvä huomata, että sairaaloihin saattaa kohdistua niiden ulkopuolelta paitsi muutosvaatimuksia, myös huomattavia muuttumattomuutta ylläpitäviä voimia. Sairaaloihin liittyvien poliittisten ja taloudellisten intressien vuoksi jollain yhteiskunnallisella toimijalla saattaa olla halua vastustaa etenkin olemassa olevan palvelutuotannon alasajoa, vaikka tarjolla olisi sairaanhoidollisesti optimaalisempiakin palvelutuotantovaihtoehtoja (Comtois ym. 2002; Shield ym. 2002; Fulop ym. 2008). Esimerkiksi suomalaisessa terveyspalvelujärjestelmässä, jossa kunnilla on velvollisuus järjestää asukkailleen myös erikoissairaanhoitotasoiset palvelut, on jokaisella kuntapäätäjällä ainakin teoreettinen insenttiivi ylläpitää oman alueensa sairaalassa mahdollisimman laajaa palvelutarjontaa (vrt. Teperi ym. 2009). Arvostavathan äänestäjät suuresti sairaanhoitopalveluiden läheisyyttä sekä helppoa saatavuutta, ja ennen kaikkea, työvoimaintensiiviset sairaalat ovat useissa kunnissa myös alueen suurimpia työllistäjiä. Lisäksi, edellä käsitellyn pol-

kuriippuvuuden teorian osalta on hyvä huomioida, että sen sairaaloiden sisäisiä muutosalintoja rajoittava mekanismi rajoittaa muutosten mahdollisuutta myös sairaaloiden institutionaalisessa ympäristössä. Sairaala ympäriöivien instituutioiden muuttumattomuus taas määrittää osaltaan sairaalaan kohdistuvia muutospaineita. Esimerkkinä käy Suomessa 1960- ja 1970-luvuilla tehdyt valinnat terveystalvelujärjestelmän monikanavaisesta rahoituksesta. Toisenlaisessa historiallisessa tilanteessa luotu rahoitusmalli on 2000-luvulle tultaessa koettu monilta osin epäoptimaaliseksi (THL 2010), mutta monikanavaisen ja -mutkaisen rahoitusmallin muuttaminen on käytännössä koettu vaikeaksi (Kokkinen ym. 2009).

2.3 Työntekijät sairaaloiden rakennemuutoksissa

Työntekijät muutosten kokijoina

Työntekijät reagoivat rakennemuutoksiin joko tietoisesti tai tiedostamattaan. Aiemmas- ta tutkimuskirjallisuudesta löytyy todistustaakkaa niin sairaaloissa, kuin muissakin työorganisaatioissa, tehtyjen suurten rakennemuutosten yhteydestä työntekijöiden työ- motivaatioon, hyvinvointiin ja terveyteen (Schweiger & Ivancevich 1985; Vahtera ym. 1997; Ferrie ym. 1998; Valtee 1999; Lindström ym. 2005a, 2005b; Hansson ym. 2008). Yhden mielenkiintoisen esimerkin työntekijöiden reagoimisesta rakennemuutokseen tarjoaa brittiläinen pitkittäistutkimus, jossa todettiin liikelaitostamismuutoksen yhteys virkamiesten työkyvyttömyyteen (Virtanen ym. 2010). Kyseisen liikelaitostamismuutoksen yhteys työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutumiseen vaikuttaa ymmärrettävältä esimerkiksi muutoksen työntekijöille aiheuttaman ”työmarkkinasiirtymän” kautta. Työ brittiläisessä julkishallinnossa oli perinteisesti tarjottu elämänmittaiseksi uraksi, ja sitä kautta 1990-luvun alussa toteutettu muutos yksityiseltä sektorilta omaksuttuun toimintarakenteeseen ja -logiikkaan saattoi näyttäytyä työntekijöille heidän työkykyään uhkaavana siirtymänä turvallisesta ei-turvalliseen. Kyseinen rakennemuutos saattoi tietysti myös muuttaa työlle asetettuja vaatimuksia. Niin sairaaloita, kuin muitakin työorganisaatioita, koskevissa rakennemuutostutkimuksissa työntekijöiden hyvinvoinnin ja terveyden alenemisen selittäjiksi on toistuvasti todettu muutokset työntekijöiden kokemissa työn hallinnan mahdollisuuksissa. Hallinnan mahdollisuudet näyttäisivät rakennemuutoksissa vähenevän erityisesti työn määrän ja työn aiheuttaman kuormi-

tuksen, sekä työn sisältöön liittyvien vaikutusmahdollisuuksien osalta (vrt. Kivimäki ym. 2000; Kivimäki ym. 2003b; Lindström ym. 2005b). Suomalaisen työelämän aikalaisdiagnoosit tarjoavat ilmiölle ainakin yhden mahdollisen selityksen: muutoksissa on tänä päivänä poikkeuksetta kyse pyrkimyksestä työn voimaperäistämiseen (Siltala 2004; Julkunen 2008).

Oireilun lisäksi tutkimuksissa on tarkasteltu rakennemuutosten yhteyttä työntekijöiden kokemuksiin. Suurten rakennemuutosten, kuten organisaatiofuusioiden, on todettu herättävän työntekijöissä voimakkaita negatiivisia pidettyjä tunteita, kuten pelkoa ja epäoikeudenmukaisuuden kokemuksia, sekä järkyttävän työntekijän ja työnantajan välistä psykologista sopimusta (Empson 2001; Citera & Stuhlmacher 2001; Folger & Skarlicki 1999). Toisaalta suuretkin rakenteelliset muutokset ovat herättäneet työntekijöissä myös positiivisia pidettyjä kokemuksia, esimerkiksi tuodessaan mahdollisuuksia oppia uutta tai vaihtelua työnkuvaan (Lindström 1994; Cavanagh 1996; Halford & Leonard 2006). Lisäksi on tietysti mahdollista, ettei suurikaan rakennemuutos aikaansaa työntekijöissä merkittäviä muutkokokemuksia. Tämän kaltaiset tutkimustulokset saattavat vain jäädä äärikokemuksia helpommin raportoimatta. Tutkimuskirjallisuudesta löytyy viitteitä myös siitä, että rakennemuutosten kokemisessa ei ole kyse puhtaasti yksilöllisestä kokemuksesta, vaan muutokset koetaan myös osana erilaisia yhteisöjä. Esimerkiksi Juha Kinnusen ja Kari Lindströmin (2005) tutkimusryhmänsä kanssa suomalaisessa erikoissairaanhoidon organisaatiossa toteuttama rakennemuutoksen tarkastelu osoitti, että työntekijän arvio hänen omasta muutkokokemuksestaan oli riippuvainen hänen ammattiryhmästään. Kinnusen ja kollegoiden tulos siis vahvistaa käsitystä siitä, että sairaaloissa nimenomaan oma ammattiryhmä on yhteisö, joka luo työntekijälle yhteenkuuluvuuden tunnetta ja toisaalta pitää sisällään tulkinta- ja käyttäytymismalleja erilaisten tilanteiden varalle. Toisaalta on osoitettu, etteivät sairaalan ammattiryhmät ole rakennemuutoksen kokijoina mikään yhtenäinen ryhmä, vaan samankin ammattiryhmän työntekijöillä on erilaisia tapoja suhtautua työnsä muutokseen (Doolin 2002; Morgan & Ogbonna 2008). Ammattiryhmien yhtenäisissä muutkokokemusten arvioissa voikin osaltaan olla kyse esimerkiksi siitä, että rakennemuutokset usein koskettavat saman ammattiryhmän jäsenten työtä, työehtoja ja organisatorista asemaa suhteellisen samalla tavalla, ja saman ammattiryhmän jäsenillä on usein suhteellisen samankaltaiset mahdollisuudet osallistua muutosten suunnittelemiseen sekä toteuttamiseen.

Vähemmän tutkimustietoa työntekijöiden kokemuksista on tarjolla siltä osin, kun kyseessä eivät ole vain kriisi-tyyppiset tai muutoin huomattavan suuret rakennemuutokset, kuten organisaatiofuusiot. Konsulttikirjallisuudessa esitetään paikoin, että työntekijät ovat tätä nykyä jo tottuneet jatkuviin ”pieniin” muutoksiin ja tekevät päivittäisen työnsä ikään kuin muutoksista välittämättä. Työntekijöiden kokemuksista saa kuitenkin rikkaamman kuvan perehtymällä myös niihin harvoihin laadullisen otteen tutkimusraportteihin, joissa kuvataan työntekijöiden kokemuksia jatkuvassa muutoksessa olevista organisaatioista, joissa pahimmillaan edellistäkään muutosta ei olla saatu loppuun, kun seuraavaa ajetaan jo sisään. Esimerkiksi Theodius (2006) maalaa tutkielmassaan raadollisen kuvan siitä, kuinka ammattietiikkansa mukaiseen työskentelyyn pyrkivä sairaanhoitaja jatkuvasti turhautuu tämän päivän menossa ja syyllistyy, koska hänellä ei ole mahdollisuutta tehdä työtään niin hyvin kuin hän haluaisi. Muutoksen intensiteetti ei yksinkertaisesti anna hoitajalle mahdollisuutta selvittää, kuinka hänen potilaansa voivat ja tuntevat, tai kuinka hän voisi heitä parhaiten auttaa.

Työntekijät muutoksiin osallistujina

Työntekijöiden muutoskokemuksissa ja muutoksiin reagoimisessa ei välttämättä ole kyse vain muutoksista sinänsä, vaan myös muutosten tekemisen tavasta. Muutosten johtamista käsittelevässä tutkimuskirjallisuudessa keskeiseen asemaan on viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana nostettu johtajan kyky saavuttaa työntekijöiden kanssa riittävässä määrin jaettu ymmärrys organisaation muutostarpeista, tavoitteista sekä niiden toteuttamisesta ja seurannasta. Keskustelun yhtenä esiin nostajana voidaan pitää politiikan tutkija James McGregor Burnsia, joka toi poliittisten johtajien analyysistä lähteneen johtamiskäsityksensä työorganisaatioiden tutkimukseen (Burns 1978). Burns toi esiin vaihtoehdon käsitykselle, jonka mukaan organisaation johtajiston ja työntekijöiden välisen suhteen tulee työorganisaatioissa perustua aina ja automaattisesti vain puhtasrajaiseen, mekaaniseen ja lyhyen aikahorisontin vaihtosuhteeseen. Hänen mukaansa muutosten johtamisessa oleellista oli johtajiston ja työntekijöiden välillä jaettu käsitys organisaation tulevaisuuden tavoitetilasta ja sen saavuttamisen keinoista. Myöhemmin Burnsin käsitys johtamisesta on hyväksytty laajalti, ja nämä alun perin poliittisten johtajien analyysistä lähteneet huomiot on nostettu myös työorganisaatioiden muutosten johtamisen keskiöön (ks. Bass 1985; Bryman 1992; Northouse 2004). Myös sairaaloita käsittelevästä tutkimuskirjallisuudesta löytyy viimeisen kahden vuosikymmenen ajal-

ta viitteitä siitä, että muutosten johtamisen tavalla on merkitystä sekä työntekijöiden motivaatiotekijöille, hyvinvoinnille että terveydelle. Tärkeäksi tekijäksi on osoitettu nimenomaan työntekijöiden riittävä ymmärrys niin muutosten ennakkosuunnittelun, toteuttamisen kuin jälkiseurannankin vaiheista (Sverke ym. 1999; Hakonen ym. 2000; Roald & Edgren 2001; Lindström ym. 2005b).

Viime vuosina ”ylhäältä alas” johdettujen rakennemuutosten ohessa esiin ovat nousseet niin kutsutut työntekijälähtöiset innovaatiot. Pohjoismaisessa kontekstissa työntekijälähtöiset innovaatiot voi nähdä eräänlaisena jatkumona 1960-luvulla Tayloristisen työn organisoinnin vastaliikkeeksi syntyneelle työn demokratisoinnin liikkeelle (vrt. Hasu ym. 2011). Työn demokratisoinnin liikkeen tuottaman alkusysäyksen myötä on tähän päivään mennessä tuotettu huomattava määrä tutkimuskirjallisuutta ruohonjuuritason työntekijöiden omaa työtä koskevien vaikuttamismahdollisuuksien yhteydestä heidän työviihtyvyyteensä, hyvinvointiinsa ja terveyteensä (Adler 1995; MacDuffie 1995; Anderzen & Arnetz 2005; Arnetz 2005). Kaiken luovuuden ei siis olla enää vuosikymmeniin kuviteltu sijaitsevan organisaatioiden huipulla ja konsulteilla. Kuitenkin, keskustelu työntekijälähtöisistä innovaatioista on viime vuosina laajentanut työntekijöiden roolia organisaatioidensa kehittäjinä ja ruohonjuuritason työntekijöitä on alettu haastaa innovoimaan myös omia työprosessejaan laajempia kokonaisuuksia organisaatioissaan (Kesting & Ulhoi 2010; Hasu ym. 2011). Voikin olla, että myös päivittäin organisaationsa asiakkaita kohtaavat sairaaloiden työntekijät on jatkossa hyödyllistä valjastaa entistä aktiivisemmin organisaationsa kehittämiseen pienemmän ja norsunluutorneistaan organisaatioitaan perinteisesti kehittäneiden johtajien ja konsulttien lisäksi. Innovaatiokirjallisuuden lisäksi tästä aihepiiristä voi lähitulevaisuudessa odottaa mielenkiintoisia tutkimustuloksia myös työn imua koskevan tutkimuksen ja laajemminkin positiivisen psykologian parista, jossa muutoksiin pyritään tarttumaan nimenomaan niihin sisältyvien mahdollisuuksien kautta (ks. esim. Hakonen & Perhoniemi 2008).

Toisaalta odotuksiin, joita työntekijöille uudessa tilanteessa rakennemuutosten aktiivisina toteuttajina asetetaan, on toistaiseksi kiinnitetty erittäin vähän huomiota. Sairaaloissa – kuten muissakin asiantuntijabyrokratioissa – työntekijöiden asema sekä valtuudet ovat perinteisesti määrittäneet tarkasti eri hierarkkisten organisaatiotasojen ja eri ammattikuntien välisen prestiisihierarkian mukaan. Tätä taustaa vasten työntekijälähtöisten innovaatioiden edellyttämän ”helikopteriperspektiivin” ottaminen saattaa käytännössä olla sairaaloiden työntekijöille vaikeaa ja raskasta. Lisäksi työntekijät koke-

vat suomalaisissa sairaaloissa rasittuvansa kiireen, asiakkaiden suuren määrän ja asiakkaista tuntemansa vastuun vuoksi (Laine ym. 2011). Ei siis olekaan aivan selvää, vaikuttaisivatko laajenevat muutoksiin osallistumismahdollisuudet työntekijöiden vointiin ja työkykyyn suoraviivaisen positiivisesti.

Työntekijät muutostarpeiden synnyttäjinä

Sairaaloiden rakennemuutosten taustalla tunnistetaan kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa usein kiristynyt kilpailutilanne (Topping & Hernandez 1991; Fennel & Alexander 1993; Lee & Alexander 1999). Suomalaisesta terveystaloustieteestä kilpailun on toisinaan katsottu puuttuvan kokonaan ja yhdeksi lähtökohdaksi kaivatun kilpailun synnyttämiseen on viime vuosina tarjottu strategiaguru Michael Porterin luomaa ”terveysarvon tuottamisella kilpailemisen” käsitteistöä (Teperi ym. 2009). Tässä kilpailun luomisesta käytävässä keskustelussa vähälle huomiolle on jäänyt se, että suomalaisessa terveystaloustieteessä on jo huomattavaa kilpailua, kilpailua osaavasta työvoimasta. Vaikka Suomessa on toistuvasti todettu olevan riittävästi sairaanhoidon – kuten muunkin terveystaloustieteen – työntekijöitä, on kokonaistyövoiman riittävyyden sijaan eri asia se, kuinka käytössä oleva työvoima jakautuu terveystaloustieteen sisällä. Juha Kinnusen ja kollegoiden (2008) mukaan työvoiman kysynnän ja tarjonnan epäsuhtainen jakautuminen aiheuttaa Suomessa työvoimapulaa etenkin tietyillä maantieteellisillä alueilla sekä tietyillä sairaanhoidon erikoisaloilla. On jopa esitetty, että suomalaisesta terveystaloustieteestä on tunnistettavissa sairaanhoidon erikoisaloja, joissa käytössä oleva palvelutuotantorakenne ylläpitää rakenteellista työntekijäpulaa julkisissa sairaaloissa ja terveyskeskuksissa (Tuulonen 2003a, 2003b, 2005; Widström 2004; Widström & Mikkola 2008).

Kokkinen ja kollegat (2009) ovat tarjonneet yhdeksi julkisten sairaaloiden näkökulmasta ongelmallisen tilanteen syyksi tapaa, jolla julkinen raha kanavoituu julkisille ja yksityisille palveluntuottajille, sekä tiettyjen työntekijäryhmien mahdollisuutta hyödyntää tätä rahoitusmallin piirrettä. Etenkin tietyillä sairaanhoidon erikoisaloilla työntekijöiden mahdollisuus kilpailuttaa työpanostaan yksityisten ja julkisten palveluntuottajien välillä on heidän mukaansa johtanut työntekijöiden erittäin korkeaan palkkatasoon, joka on paikoin osoittautunut liian korkeaksi julkisille sairaaloille, ja jonka on koettu olevan lähellä myös yksityissairaaloiden kipurajaa. Suomalaisesta sairaanhoidosta käsittelevästä tutkimuskirjallisuudesta ei kuitenkaan löydy analyysejä, joissa käsiteltä-

siin olemassa olevan rahoitusmekanismin ja palvelutuotantorakenteiden kyseenalaistamista työvoiman saatavuuteen liittyvien paineiden johdosta.

Kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa kilpailu työvoimasta tunnustetaan paikoin yhtenä – joskaan ei päällimmäisenä – rakennemuutoksiin kiristyvän kilpailun tilanteessa ajavista tekijöistä. Kansainvälisestä tutkimuskirjallisuudesta löytyy esimerkkejä, joissa kiristynyt työvoimakilpailu on voinut osaltaan olla johtamassa esimerkiksi eri palveluntuottajien välisen yhteistyörakenteen tiivistämiseen tilanteessa, jossa kaikki osapuolet tunnustavat kilpailusta aiheutuvat kustannukset tai riskit jollain tavalla yhteiseksi (Thomson 1999; Ho & Hamilton 2000). Tällöin kaikkien palveluntuottajien näkökulmasta jollain tavalla epäoptimaalista työvoimakilpailua on siis pyritty purkamaan toiminnan rakenteelliseen ympäristöön vaikuttamalla. Suomessa ainakin julkisten ja yksityisten palveluntuottajien välillä käytävässä työvoimakilpailussa saattaa tosin olla kin kyse suhteellisen tuoreesta ilmiöstä. Esimerkiksi väestön ikääntyminen ja vaatimustason kasvu, sekä lääketieteellisen teknologian kehitys on nimenomaan parin viimeisen vuosikymmenen aikana luonut aivan uudenlaisia liiketoiminnan mahdollisuuksia yksityisen sektorin palveluntuottajille myös Kela-korvattujen palvelujen tuotantoon (ks. Kuusi ym. 2006; Lammintakanen & Kinnunen 2006; Parpo & Kautto 2007). Yhden tulkinnan mukaan uusien liiketoimintamahdollisuuksien myötä kasvaneet ansaintamahdollisuudet ovat lisänneet yksityissairaaloiden houkuttavuutta työnantajina, josta aiheutuva työvoiman puute on pakottanut julkiset sairaalat ostamaan tietyn osan palvelutuotannostaan alihankintana yksityissairaaloilta, ja kasvattanut edelleen yksityissairaaloiden liikevaihtoa sekä houkuttavuutta työpaikkoina (vrt. Willberg 2006; Hyvärinen & Lith 2008).

Työntekijät muutosten vastustajina

Työ sekä elättää tekijänsä että luo merkitystä ihmisen elämälle, joten omaa työtä koskevia muutoksia on luonnollista vastustaa. Sairaanhoidon sektorilla yhtenä muutosten vastustamista synnyttävänä tekijänä tutkimuksissa nousee toistuvasti esiin myös sairaalan työntekijöiden humanien tarkoituserien ja rakennemuutosten taustalla vaikuttavien taloudellisten argumenttien ja tarkoituserien välillä esiintyvä ristiriita. Tutkimusten mukaan työntekijät usein vastustavat muutoksia, jos sairaalan pyrkimys kustannussäästöihin uhkaa heidän mahdollisuuttaan tehdä omaa työtään ammattietiikan edellyttämällä tavalla (Currie 1998; Harrison 2000). Esimerkiksi McNulty ja Ferlien (2004)

tutkimus Isossa-Britanniassa antaa hyvän esimerkin siitä, kuinka suuri voima sairaalan kliinistä työtä tekevillä asiantuntijoilla on vaikuttaa rakenteellisten muutosten etenemiseen ja lopputulokseen. Sairaalan johdon valta määrittellä palvelutuotannon organisointia osoittautui heidän tutkimuksessaan hyvinkin rajalliseksi.

Muutosprosesseissa, joissa myös suoranaisesti taloudellisiin säästöihin tähtäävät muutokset on osattu kliinistä työtä tekeville asiantuntijoille perustella hoidon laadun kehittämisen näkökulmasta, on työntekijöiden vastustus puolestaan kyetty johdon strategioilla usein murtamaan (Lopez-Casasnovas 2007). Tässä yhteydessä on kuitenkin hyvä huomata, että muutosvastarintaa tehdessään työntekijät eivät välttämättä vastusta muutoksia yleensä. Muutosten vastustus ei siis välttämättä kerro työntekijöiden halusta aiheuttaa johdolle tai organisaatiolleen hankaluuksia, vaan (myös) esimerkiksi siitä, että työntekijät ovat aidosti huolissaan juuri kyseisen muutoksen potilaiden saaman hoidon laadulle aiheuttamista häiriötekijöistä, kokevat juuri kyseisen muutoksen vaikeuttavan heidän omasta työstään selviytymistä, tai kokevat juuri kyseisen muutoksen myötä menettämänsä edut heille kuuluviksi ja arvokkaiksi (ks. esim. Turpeinen 2011).

3 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat

3.1 Rakennemuutoksia koskevien valintojen tekeminen

Julkisten sairaaloiden strateginen päätöksenteko poikkeaa useista muista palvelutuotanto-organisaatioista sen erityisen poliittisuuden vuoksi. Rahoituspohjan julkisuus aikaansaa sen, että päätöksenteossa korostuvat palveluiden tehokkaan tuottamisen lisäksi etenkin julkisen valvonnan tehtävät sekä palveluiden jakautuminen kansalaisten keskuudessa. Julkisissa sairaaloissa ylintä päätäntävaltaa käyttää poliittinen elin, Suomen kontekstissa sairaanhoitopiirin valtuusto ja hallitus. Perinteisesti julkisia sairaaloita koskevat strategiset valinnat on ajateltu tehtävän poliittisella tasolla, ja parhaaseen saatavilla olevaan tietoon perustuen (Norheim 2002; Arndt & Bigelow 2009). Sairaalaorganisaatiot taas on perinteisesti kuvattu palvelutuotantokoneina, jotka muuttavat annetut resurssit sairaanhoitopalveluiksi ja sairaaloiden johtajat johtavina viranhaltijoina, jotka toimivat poliittisten päätösten lojaleina valmistelijoina ja toteuttavat niitä kuin omia toiveitaan.

Käytännössä julkisten sairaaloiden strategisten valintojen tekemisen on kuitenkin esitetty tapahtuvan luottamushenkilöiden ja johtavien viranhaltijoiden muodostamissa päätöksentekoverkostoissa (Rissanen & Häkkinen 1999; Vuorenkoski 2008). Viimeisen 20 vuoden aikana julkisten sairaaloiden strategisten valintojen tekemiseen on lisäksi kohdistettu uudenlaisia odotuksia. Sairaaloiden johtaville viranhaltijoille on pyritty luomaan yhä enenevässä määrin mahdollisuuksia vaikuttaa organisaationsa strategisiin valintoihin antamalla heille tilaa vastata poliittisen tason peleistä aiheutuviin paineisiin, sekä valtaa suhteessa suuren klinisen autonomian omaaviin asiantuntijoihin (Torppa 2007). Johtavien viranhaltijoiden on odotettu muuttuvan tarkoitustaan kyselemättömistä yleisen hyvän palvelijoista yritysmaailman esimerkin mukaisiksi todellisiksi johtajiksi, joilla olisi pelkän hallinnoimisen sijaan mahdollisuuksia ja rohkeutta uudennais-

ten toimintamallien kokeilemiseen ja jopa riskien ottamiseen (Grazier & Metzler 2006; Paulus ym. 2008).

Yhtenä ongelmana sairaaloiden – kuten muidenkin julkisten palvelutuotanto-organisaatioiden – strategisessa päätöksenteossa onkin pidetty sitä, että niissä on perinteisesti keskitytty vain parempien valintojen tekemiseen olemassa olevien palvelutuotantovaihtoehtojen joukosta, jonkin uuden kokeilemisen kustannuksella (Nelson 2008). Uudenlaisten, olemassa olevia palvelutuotantorakenteita murtavien toimintamallien kehittämisen ja käyttöönottamisen taas on nähty edellyttävän nimenomaan johtajien toimintamahdollisuuksia rajoittavien raja-aitojen ja käytänteiden ylittämistä (FitzGerald ym. 2002; Godo 2008; Staranova & Malikova 2008). Julkisten sairaaloiden perinteistä poliittis-hallinnollista ohjausjärjestelmää ei tässä keskustelussa olla sinänsä vakavasti kyseenalaistettu, mutta luottamushenkilöiden rooliksi päätöksentekoprosessissa on haluttu jättää entistä puhtaammin valmiiden esitysten hyväksyminen vailta mahdollisuutta vaikuttaa niiden sisältöön. Vähälle huomiolle keskustelussa on haluttu jättää se, että johtaviin viranhaltijoihin kohdistetut uudet odotukset, kuten itsenäisyys, tilivelvollisuus ja etenkin riskien ottaminen ovat ristiriidassa julkisten sairaaloiden johtamiseen perinteisesti liitettyjen arvojen, kuten ehdottoman säännöille alisteisuuden, oikeellisuuden ja tasa-arvoisuuden kanssa.

Mahdollisuuksien ikkunan avautuminen

John Kingdonin (1984) esittämän mallin avulla voidaan pyrkiä ymmärtämään, miksi jotkin asiat ja ongelmat nousevat sairaalan muutostyön agendalle ja muuttuvat edelleen konkreettisiksi toimintapolitiikoiksi, ja miksi toiset eivät. Mallia on hyödynnetty ennen kaikkea vahvasti julkisen sektorin vaikutuspiirissä – kuten terveydenhuolto – olevien institutionaalisten muutosten ja muuttumattomuuksien analysoimiseen. Kingdonin mukaan muutos vaatii toteutuakseen edellytysten syntyminen kolmella eri alueella. Nämä ovat: 1. ratkaistavan ongelman määrittäminen, 2. ratkaisuvaihtoehtojen määrittäminen sekä 3. suotuisa poliittinen ilmapiiri. Edellytysten syntyessä kaikilla kolmella alueella samanaikaisesti muutokselle avautuu mahdollisuuksien ikkuna (window of opportunity). Tällöin tietty ongelmanasettelu saattaa muuntua konkreettiseksi toimintapolitiikaksi.

Kingdon ei rakentanut malliaan, tai hyödyntänyt sitä, yksittäisten työorganisaatioiden tutkimiseen, vaan hän analysoi terveydenhuollon ja kuljetusalan järjestelmäta-

son muutoksia ja muuttumattomuuksia Yhdysvalloissa. Hän viittaa mallinsa taustalla olevan kuitenkin Cohenin, Marchin ja Olsenin (1972) roskaämpäriteoria päätöksenteon rajoitetusta rationaalisuudesta työorganisaatioissa. Cohenin ja kollegoiden teoria sisältää kokonaisesityksen väitteestä, että ratkaisuvaihtoehtoja ei organisaatioissa aina tuoteta vastauksina tiettyihin ongelmiin, vaan ratkaisuvaihtoehdot usein pikemminkin ajelehtivat vapaasti etsimässä ongelmia, joihin ne voitaisiin kiinnittää. Väitteeseen sisältyvä käsitys päätöksenteosta eroaa perinteisestä tavasta, jossa työorganisaatioiden on ajateltu toimivan mahdollisuuksiensa mukaan niin kutsutun klassisen päätöksentekoteorian esittämällä tavalla. Pelkistäen oletuksena on tällöin se, että päätöksentekijöillä olisi valintoja tehdessään tiedossaan (kaikki) valintoja koskevat tavoitteet, (kaikki) käytettävissä olevat keinot sekä (kaikki) valinnoista aiheutuvat seuraukset, ja he toimisivat organisaation kannalta rationaalisesti näiden tietojen pohjalta (Dror 1968).

Käytännössä klassisen päätöksentekoteorian olettamaa täydellistä rationaalisuutta rajoittavat useat tekijät. Jo käsiteltävät ongelmat ja ratkaisuvaihtoehdot ovat työorganisaatioissa perusluonteeltaan usein niin monimutkaisia, etteivät päätöksentekijät kykene käsittelemään niiden kaikkia ulottuvuuksia heille asetettavissa aika- ja resurssipaineissa. Ehkä vielä olennaisempaa on se, että päätöksentekijät eivät aina välttämättä edes pyri organisaation kannalta optimaalisimpiin mahdollisiin ratkaisuihin huomioimalla valintojen kaikki tiedossaan olevat tavoitteet, keinot ja seuraukset. Päätöksentekijöille saattaa hyvinkin riittää tyydyttävän (osaoptimaalisen) ratkaisun löytäminen niihin kysymyksiin joista he ovat itse perillä, jotka tuottavat näkyvän tuloksen lyhyellä tai keskipitkällä aikavälillä, joiden ratkaisemisesta on heille itselleen tai heidän edustamilleen sidosryhmille hyötyä, tai joista on ylipäänsä mahdollista saavuttaa riittävä yksimielisyys muiden päätöksentekijöiden kanssa (vrt. Simon 1979). Päätöksentekijöiden näkökulmasta vaikeita ongelmia voi siis olla niiden ratkaisemisen yrittämistä rationaalisempaa pyrkiä sietämään ja siirtämään päätöksentekoagendan ulkopuolelle, ja ryhtyä toimimaan vasta sitten, kun ongelmien ratkaiseminen tulee välttämättömäksi tai helpommaksi.

Cohenin ja kollegoiden esittämä roskaämpäriteoria (1972) pyrkii ottamaan huomioon edellä mainittuja työorganisaatioiden päätöksenteon luonteen monimutkaisuuteen sekä päätöksentekijöiden moninaisiin intresseihin liittyviä päätöksenteon rationaalisuuden rajoitteita. He päätyvät esittämään päätöksentekotilanteen roskakorina, johon päätöksentekoon osallistuvat toimijat tuovat omia suosikkiongelmiaan ja -ratkaisujaan ja pitä-

vät yllä niihin liittyviä mahdollisuuksia. Roskakorissa ongelmat ja ratkaisuvaihtoehdot saattavat alkaa löytämään toisiaan ennakoimattomasti ja suunnittelematta. Klassisen päätöksentekoteorian esittämän – organisaation kannalta rationaalisen – prosessin sijaan, päätöksentekotilannetta voi heidän mukaansa luonnehtia paremminkin ”organisoitua anarkiaksi”, kun päätöksentekijät nostavat roskakorista ongelmia ja ratkaisuvaihtoehtoja omien intressiensä ja voimasuhteidensa mukaisesti. Oleellista teoriassa on huomion kiinnittäminen siihen, että ratkaistavat ongelmat voivat päätöksentekoprosessin aikana muuttua tai vaihtua kokonaan toisiksi. Joskus agendalle nostettu ongelma on tarpeen heittää takaisin roskakoriin ja toisaalta jonkin kyseistä ongelmaa ratkaisevan vaihtoehdon saadessa suosiota, se on mahdollista myös nostaa takaisin agendalle.

Julkisten sairaaloiden kohdalla strategisten valintojen tekemisessä on aina kyse myös politiikasta. Cohenin ja kollegoiden teoriaan on täten syytä sisällyttää Kingdonin (1984) huomio poliittisen ilmapiirin vaikutuksesta päätöksentekoon. Kingdonin mallissa poliittinen ulottuvuus on suhteellisen itsenäinen suhteessa kahteen muuhun ulottuvuuteen (ongelmat ja ratkaisut), mutta hänen mukaansa poliittisten voimasuhteiden muutosten ja muiden erityisten poliittisten tapahtumien synnyttämä dynamiikka ja erityistarpeet voivat kääntää päätöksentekoagendan ylösalaisin. Poliittiset tapahtumat voivat joko nostaa tiettyjä ongelmia ja ratkaisuvaihtoehtoja agendalle, tai pudottaa niitä agendan ulkopuolelle. Ongelmat, ratkaisuvaihtoehdot ja poliittinen ilmapiiri liikkuvat Kingdonin mallissa kukin oman logiikkansa mukaisesti, kunnes mahdollisuuksien ikkuna avautuu kaikkien kolmen kohdatessa samanaikaisesti. Tällöin tietty ongelmanasettelu saattaa muuntua konkreettiseksi toimintapolitiikaksi, kun ratkaisua vaativaksi koettu ongelma yhdistetään ratkaisuvaihtoehtoon, joka koetaan poliittisesti toteutettavissa olevaksi. Oleellista on huomion kiinnittäminen siihen, että mahdollisuuksien ikkuna muutosten tekemiselle avautuu ja sulkeutuu nimenomaan tiettyssä historiallisessa ajassa.

Muutoksen tekemisen vaihemalli

Marc Robertsin ja kollegoiden (2004) esittämä malli terveydenhuollon rakennemuutosprosessien analysoimiseen koostuu kuudesta eri muutoksen tekemisen vaiheesta, jotka voidaan esittää ympyrämallina (policy cycle). Klassisen päätöksentekoteorian mukaan muutos eteni järjestyksessä kaikkien kuuden heidän määrittelemänsä vaiheen läpi: 1. ongelmat määritellään, 2. niiden syyt etsitään, 3. ratkaisut kehitetään, 4. poliittiset päätökset muutoksen toteuttamisesta tehdään, 5. muutokset toteutetaan ja 6. niiden vaikutukset arvioidaan.

tuksia arvioidaan. Todellisuudessa muutokset eivät Robertsin ja kollegoiden mukaan juuri koskaan toteudu näin. Sen sijaan, muutosten toteuttaminen alkaa ympyrämallin eri kohdista, hyppää joidenkin vaiheiden ohi, tai mallin useat eri vaiheet toteutuvat samanaikaisesti.

Muutos voi lähteä liikkeelle esimerkiksi mallin viimeisestä vaiheesta, muutoksen vaikutusten arvioimisesta. Oman sairaalan vertaamista esimerkiksi toisella maantieteellisellä alueella sijaitsevaan sairaalaan, toisella toimialalla toimivaan organisaatioon tai tutkimuskirjallisuudesta löytyvään esimerkkiin hyödynnetään Robertsin ja kollegoiden mukaan usein tehokkaasti oman sairaalan muutostarpeiden osoittamiseen sekä uuden toimintamallin suhteen tehtävien ratkaisujen perustelemiseen, eli muutosprosessin synnyttämiseen. Etenkin numeerisessa muodossa esitetty vertailutieto on myös johtamiskirjallisuudessa tunnistettu erityisen tehokkaaksi ratkaisua vaativien ongelmien tunnistamisessa (Juran & Gyron 1980). Kirjassaan Roberts ja kollegat painottavat ratkaistavien ongelmien määrittämistä (vaihe 1), koska toimijalla tai toimijajoukolla, joka onnistuu saamaan oman ongelmanmäärittelynsä yleisesti hyväksytyksi, on heidän mukaansa yleensä valtaa myös ongelmaan liitettävän ratkaisun suhteen. Päätöksentekijöille on siis löydettävä tai luotava riittävän ongelmallisia, mutta silti ratkaistavissa oleviksi koettuja ongelmia. Toimijat voivat myös kehystää tarjoamiaan ongelmia, esimerkiksi liittämällä varsin tekniseenkin ongelmaan jonkin päätöksentekijöitä koskevan eettisen kysymyksen. Eettisen ongelman rakentaminen saattaa olla tehokasta, sillä muutoksissa ei suinkaan ole kyse vain tilastotiedoista ja järjestä, vaan myös henkilökohtaisista sitoumuksista ja tunteista (ks. esim. Fisher & Ury 1981). Toinen usein käytetty kehystämisen tekniikka on esittää huomattavan monimutkainen ongelma pelkistetyssä muodossa, koska päätöksentekijät ovat usein halukkaita hyväksymään heille selkeimmiltä vaikuttavista tulkintamalleja (vrt. Simon 1979).

Ongelmien syiden diagnoosiin (vaihe 2) Roberts ja kollegat osoittavat neljä terveyspalvelujärjestelmän rakenteisiin pureutuvaa elementtiä. Nämä ovat järjestelmän rahoitus, maksaminen, organisointi ja sääntely. Pelkästään yhteen elementtiin pureutuminen ei Robertsin ja kollegoiden mukaan yleensä riitä, vaan palvelutuotannon häiriötekijöitä aiheuttavien syiden löytyminen vaatii usein kaikkien neljän elementin tarkastelemista. Käytännössä ongelmien syiden määrittelyillä on kuitenkin Robertsin ja kollegoiden mukaan usein tapana jäädä pinnallisiksi, ja ratkaisujen kehittäminen (vaihe 3) tapahtuu ilman kunnollista analyysia ratkaistavien ongelmien syistä. Ongelmien syiden diagnoo-

sin kustannuksella muutosprosessissa korostuu esimerkiksi esikuvan hakeminen ratkaisumallille, koska ratkaisumalli kyetään usein jälkikäteenkin yhdistämään riittävän uskottavasti ratkaistavana olevan ongelman taustalta löytyviin syihin.

Julkisissa sairaaloissa rakennemuutokset edellyttävät yleensä poliittisia päätöksiä, joten pienetkin rakenteelliset muutokset saattavat vaatia huomattavan määrän aikaa ja vaivaa. Roberts ja kollegoiden (vaihe 4) mukaan sekä ratkaistavien ongelmien että ratkaisuvaihtoehtojen mahdollisuus edetä konkreettiseksi toimintapolitiikoiksi on suuresti riippuvainen siitä, kuinka hyvin ne kyetään sovittamaan tarjolla olevaan ”poliittiseen tilaan”. Ratkaisuvaihtoehtojen sovittamista poliittiseen tilaan voidaan edistää paitsi muokkaamalla itse ongelmanmäärittelyjä ja ratkaisuvaihtoehtoja, myös pyrkimällä luomaan edellytyksiä päätöksentekoaikojen enemmistön synnyttävän poliittisen koalition muodostamiseen. Muutosten toteuttamisen osalta (vaihe 5) Roberts ja kollegat korostavat, että kyse ei ole vain teknisestä prosessista, vaan muutosten toteuttamiseen vaaditaan johtamisosaamista. Teknisen prosessin lisäksi rakennemuutoksissa on keskeisesti kyse organisaation jäsenten edustamien arvojen mukaan toimimisesta tai niihin vaikuttamisesta, eivätkä sairaalassa potilastyötä tekevien asiantuntijoiden ja poliittishallinnollisia valintoja tekevien päätöksentekijöiden arvomaailmat ole aina kivuttomasti yhteen sovitettavissa (Currie 1998; Wiili-Peltola 2004). Lisäksi julkisten sairaaloiden rakennemuutokset koskettavat poikkeuksetta joitain vahvoja sairaalan ulkopuolisia intressiryhmiä, kuten rahoittajia ja potilasjärjestöjä, joiden vakuuttamisessa riittää usein johtamishaasteita (Shield ym. 2002; Fulop ym. 2008). Oleellista onkin huomion kiinnittäminen siihen, että rakennemuutosten toteuttamisessa ei ole kyse vain tehtyjen valintojen jälkeisestä käytäntöön viemisestä, vaan pohjatyön tekeminen muutosten toteuttamiseksi vie aikaa ja voi olla hyvä aloittaa jo ennen konkreettisia muutosehdotuksia. Kuten Roberts ja kumppaneiden mallissa yleisemminkin, muutosten toteuttamisessa ei siis ole oleellista vain tämän vaiheen oppikirjamainen toteutuminen, vaan pitkälti omaa logiikkaansa noudattavien muutosprosessin eri vaiheiden välinen ajoitus.

3.2 Työntekijöiden työkyky ja työkyvyttömyys

Työntekijät luovuttavat työvoimaansa työorganisaatioiden käyttöön, jotka puolestaan pyrkivät hyödyntämään työntekijöiden kykyjä eri tavoin työlle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Työorganisaatioiden on mahdollista saavuttaa niille asetetut tavoitteet

esimerkiksi erilaisia työnjaollisia vaihtoehtoja soveltaen, joista toiset tukevat työntekijöiden suoriutumista ja työssä jaksamista paremmin ja toiset huonommin. Esimerkiksi epäsuhta työntekijän valmiuksien sekä hänen työlleen asetettavien vaatimusten välillä saattaa heikentää työntekijän työpanosta, haitata työssä jaksamista ja pitkällä aikavälillä muodostua myös työntekijän terveyden riskitekijäksi (Karasek 1979, Karasek & Theorell 1990). Tällaiset työn hallintaan liittyvät ristiriidat saatetaan havaita vasta niiden ilmetessä työntekijän jaksamiseen liittyvinä ongelmina. Jos ongelmat tällöin tulkitaan automaattisesti työntekijän fyysisen tai psyykkisen tilan aiheuttamiksi, päädytään ratkaisua herkästi hakemaan lääketieteen tai psykologian keinovalikoimasta ilman työn hallittavuuden ja muiden ongelman taustalla vaikuttavien työhön liittyvien tekijöiden analyysia. Ja kuitenkin, työssä jaksamisen ongelmissa on laajan todistustaakan perusteella usein kyse nimenomaan työhön liittyvistä tekijöistä, kuten ylimitoitetusta työkuormasta, työprosessien huonosta organisoinnista tai työntekijöiden puutteellisista vaikutusmahdollisuuksista (Jurvansuu ym. 2000; Aittomäki ym. 2001; Pohjonen 2001).

Työkyvyn käsitteelliset ulottuvuudet ovatkin viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana laajentuneet vahvasti lääketieteellisesti painottuneesta yksilön ominaisuuksien tarkastelusta työn asettamien vaatimusten ja työntekijän voimavarojen välisen tasapainon tarkastelemiseen, sekä integroituihin malleihin, joissa huomiota kiinnitetään myös esimerkiksi työpaikan yhteisöllisiin tekijöihin (vrt. Tuomi ym. 1985; Mäkitalo & Palonen 1994). Sittemmin työkyvyn ulottuvuuksia on työorganisaatioiden ominaisuuksien tunnistamisesta pyritty edelleen laajentamaan yhteiskunnallisiin ja eri yhteiskunnallisten toimijoiden välisiä suhteita kuvaaviin tekijöihin (Launis ym. 2001). Hankkeessa ei ole päästy yhtä pitkälle kuin väestön terveyden taustalla vaikuttavien tekijöiden määrittämisessä, joiden osalta on paitsi löydetty yleisiä sosiaalisia tekijöitä (ks. koostetta WHO 2012), myös haettu poliittisia tekijöitä aina hyvinvointiregimien tasolta asti (Brennenstuhl ym. 2012). Huomiota on myös työkyvyn määrittymisen kohdalla kuitenkin kiinnitetty esimerkiksi sosiaaliturvan tarjoamiin mahdollisuuksiin työn ja perhe-elämän yhteensovittamisessa, sekä työmarkkinaosapuolten rooliin työelämän yleisten pelisääntöjen muotoutumisessa. Työkyky-käsitteen moderneissa määrittelyissä näyttääkin valitsevan ainakin jonkinasteinen yksimielisyys siitä, että puhtaasti yksilöllisen ominaisuuden sijaan työkyvyssä on kyse yksilön, hänen tekemänsä työn ja näitä ympäröivän yhteiskunnan jaetusta ominaisuudesta (ks. esim. Ilmarinen ym. 2006). Työterveystutkimuksen piirissä on siis alettu ottaa vakavasti käsitys työkyvyn yhteiskunnallisuudesta.

Se, kuka luokitellaan työkyvyttömäksi, tai kenen on tarpeen tai kannattavaa kokea itsensä työkyvyttömäksi, ei määrity irrallaan ympäröivästä yhteiskunnasta ja historiallisesta ajankohdasta.

Toisaalta on esitetty, etteivät työkykyä koskevat ratkaisut globaalien kilpailun aikakaudella ole enää aina edes kansallisvaltioiden tasolla määriteltävissä. Työtä, työn tekemistä ja työn teettämistä määrittävän politiikan tekeminen on nähty vaikeaksi tilanteessa, jossa suuri osa työorganisaatioista on monikansallisten (suur)yritysten omistuksessa ja yritysten neuvotteluvoima suhteessa kansallisiin poliittisiin instituutioihin on entistä vahvempi (Siltala 2004). Tässä yhteydessä voikin olla hyvä huomata, että myös suomalaisella sairaanhoidon sektorilla toimivat yksityiset yritykset ovat viime vuosina konsolidoituneet muutaman suuren tekijän kasvattaessa markkinaosuuttaan. Yksityisen sairaanhoidosektorin volyymin kasvaessa markkinan jakavien yritysten määrä on siis supistunut. Kuitenkaan mitään pitävää näyttöä ei ole olemassa siitä, että omistussuhteiden muutos olisi vaikuttanut ainakaan itse sairaanhoidon sektorilla työskentelevien työntekijöiden vointiin tai työkykyyn.

Työkyvyttömyyden asiantuntija-arvio

Tietyissä tilanteissa on tarpeen pystyä erottamaan suoriutuva yksilö suoriutumattomasta yksilöstä. Osalla väestöä terveys ja toimintakyky eivät vastaa työelämän vaatimuksia, ja niinpä kaikissa hyvinvointivaltioissa työkyvyttömäksi joutumisen riskiä tasataan jossain määrin kansalaisten kesken. Suomalaisessa mallissa alle vuoden mittainen työkyvyttömyyden aiheuttama ansionmenetys korvataan sairastuvuuskassajärjestelmästä ja tätä pidempi työhön kykenemättömyys työkyvyttömyyseläkejärjestelmästä. Molemmissa järjestelmissä etuuksien myöntäminen edellyttää työntekijän terveyden ja toimintakyvyn asiantuntija-arviota, joka tehdään erilaisia kliinisiä menetelmiä hyödyntäen. Työkyvyn perusta ovat tässä yhteydessä lääketieteellisesti määritellyt löydökset, sekä näiden merkitys työssä suoriutumiselle. Esimerkiksi yksilön osaamisen puutteet, työssä tapahtuvat muutokset tai työn puuttuminen eivät yksin riitä etuuksien perusteeksi, vaan etuuksien myöntämisen perusteena täytyy olla lääketieteellisesti määritellystä sairaudesta, iästä, tai vammasta aiheutuva työkyvyn alenema (Aro & Kivekäs 1999; Aro 2004).

Eläkevakuutuksen kohdalla työkyvyttömyyden määrittelyssä otetaan kuitenkin erityisesti vanhempien etuuksien hakijoiden, sekä työttömien kohdalla lääketieteel-

listen löydösten ohella jossain määrin huomioon myös sosiaalisia tekijöitä, kuten hakijan työnsaantimahdollisuudet (Eläketurvakeskus 1997). Eläkejärjestelmän pääosin lääketieteellisiin löydöksiin perustuvassa työkyvyn arvioinnissa on täten väistämättä kyse myös taloudellisissa suhdanteissa ja työllisyydessä tapahtuvista muutoksista. Näin ollen tutkittaessa jonkin intervention, kuten työpaikan rakennemuutoksen, yhteyttä työntekijöiden työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutumiseen, on hyvä huomata, että työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutuminen on aina jossain määrin riippuvainen myös siitä historiallisesta ajankohdasta, jossa interventio tapahtuu. Työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutumisen objektiivisuutta työkyvyttömyyden mittarina rajoittaa asiantuntijan tekemän kohtuullisuusharkinnan lisäksi joissain tapauksissa myös työntekijän tekemä tulkinta työelämän ulkopuolelle hakeutumisen kannattavuudesta. Työntekijän valintaan työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutumisesta saattaa hänen varsinaisen suoriutuvuutensa ohella jossain määrin vaikuttaa esimerkiksi hänen kokemuksensa omista työoloistaan ja työhön liittyvistä ihmissuhteistaan, sekä hänen mahdollisuutensa elättää itsensä (ja perheensä) työelämän ulkopuolella, eli työntekijän varallisuus ja työkyvyttömyyseläkkeen taso suhteessa elinkustannuksiin.

Itse arvioitu työkyky

Asiantuntija-arvion ohella toinen tapa mitata työkykyä on kysyä sitä työntekijältä itseltään. Tällainen työntekijän subjektiivinen arvio kertoo siitä, kokeeko hän itse mahdolliseksi selviytyä työstään mahdollisista sairauksistaan ja muista puutteistaan huolimatta. Työntekijän subjektiivisen arvion on myös todettu ennustavan varsin hyvin tulevaisuudessa ”objektiivisilla” mittareilla ilmenevää työkykyisyyttä ja työkyvyttömyyttä (Tuomi ym. 1995). Itse arvioidun työkyvyn osoittimiksi voidaan operationalisoida joko työkykyä kokonaisuudessaan tai työkykyyn vaikuttavia eri osatekijöitä mittaavia kysymyksiä. Yksi tapa yrittää tavoittaa työkykyyn vaikuttavia osatekijöitä on hyödyntää Juhani Ilmarisen ja kollegoiden (2003; ks myös Ilmarinen 2009) esittämää mallia. Ilmarisen ja kollegoiden mukaan työkyvyssä ja työkyvyttömyydessä ei ole suinkaan kyse vain sairauksien, vikojen ja vammojen puuttumisesta ja sitä kautta määrittyvästä toimintakykyisyydestä, vaan työkyvyn kokonaiskuva rakentuu 1) yksilön voimavareteijöistä, 2) työhön liittyvistä tekijöistä sekä 3) yksilön ja työn ulkopuolisesta ympäristöstä.

Mallissa ulkopuolinen ympäristö sisältää lähiympäristön, kuten perheen, ystävät ja työpaikan tukiorganisaatiot työterveyshuoltoineen, sekä makroympäristön, kuten yh-

teiskunnan infrastruktuurin ja harjoitetun sosiaali-, terveys- ja työpolitiikan. Ulkopuolisen ympäristön sisäinen dynamiikka jää mallin kuvauksessa kuitenkin vaille analyytistä kokonaiskuvaa. Myös ulkopuolisen ympäristön suhde yksilön voimavaratekijöihin ja työhön liittyviin tekijöihin sekä ympäristön osuus työkyvyn muodostumisen kokonaisuudessa jää mallissa vähälle huomiolle. Sen sijaan malli antaa eväitä yksilön voimavaratekijöiden ja työhön liittyvien tekijöiden jäsentämiseen.

Yksilön voimavarat muodostuvat Ilmarisen ja kollegoiden mukaan etenkin yksilön terveydestä, yksilön ammatillisesta osaamisesta, sekä yksilön arvoista ja asenteista. Työntekijän itse arvioima terveys onkin yksi useimmin käytetyistä terveyden mittareista, jossa esiintyvien poikkeamien on osoitettu olevan yhteydessä useisiin eri sairauksiin (Idler & Benyamini 1997; Kivimäki ym. 2003a). Ammatillisen osaamisen kohdalla mitariksi ei riitä pelkkä yksilön koulutustaustan osoitin, vaan olennaista on Ilmarisen ja kumppaneiden mukaan kiinnittää huomiota yksilön moninaiisiin tietoihin ja taitoihin, sekä etenkin niiden kehittämisen mahdollisuuksiin ja työelämävastaavuuteen. Yksilön arvomaailma ja asenteet kuvastavat heidän mukaansa esimerkiksi yleistä suhtautumista työelämään kohtaan, mutta kattavat toisaalta hyvinkin tiukasti yksilön tiettyyn elämäntaiheeseen liittyvät, esimerkiksi juuri sillä hetkellä työssä motivoivat tekijät. Empiirisesti yksilön arvomaailmasta ja asenteista voidaan pyrkiä ottamaan kiinni monin tavoin, esimerkiksi laatimalla abstraktisia, yleisiä kysymyksiä, tai konkreettisia kysymyksiä, jotka mittaavat asennoitumista juuri tietyssä tilanteessa, tai tietyssä tilanteessa ilmenevää asennenoitumista verrattuna esimerkiksi aiempaan tilanteeseen tai muihin samankaltaista työtä tekeviin.

Työ asettaa Ilmarisen ja kollegoiden mukaan vaatimukset yksilöiden voimavaratekijöille, ja hyvä työkyky syntyy yksilön voimavaratekijöiden ja työn tasapainoisesta suhteesta (ks. myös Mäkitalo & Palonen 1994). Työkyvyn kannalta olennaisimpina työn ulottuvuuksina Ilmarinen ja kollegat näkevät työolot, työn sisällön ja vaatimukset, työyhteisön ja organisaation, sekä esimiestyön ja johtamisen. Kullakin näillä työn eri ulottuvuuksilla voi heidän mukaansa esiintyä kuormitustekijöitä, jotka haastavat yksilöiden voimavaratekijöitä, ja työkyky voi laskea sekä ylikuormituksen että alikuormituksen tilassa.

Mallin kokonaisuuden kannalta olennaista on huomata se, että tietyt työntekijää ja/tai työpaikkaa koskettavat interventiot, kuten organisaation rakennemuutokset, saattavat näkyä eriaikaisesti sekä työn eri ulottuvuuksilla että yksilöiden voimavarojen eri

ulottuvuuksilla, joiden suhteesta työkyky muodostuu. Interventiolla saattaa ensiksikin olla välitön yhteys yksilön voimavaratekijöihin, omatessaan terveydellisiä vaikutuksia, tai esimerkiksi vaikuttamalla yksilön ammatillisen osaamisen riittävyteen tai työmotivaatioon. Toiseksi, interventiolla saattaa olla yhteys työhön liittyviin tekijöihin, vaikuttaessaan esimerkiksi työntekijän kokemukseen työssään esiintyvistä kiireestä, tehtävänkuvansa selkeydestä, työyhteisönsä toimivuudesta tai esimiestyön ja johtamisen hyvydestä. Kolmanneksi, vaikka interventiolla ei olisi lainkaan välitöntä vaikutusta tiettyyn työkykyyn vaikuttavaan osatekijään, voivat vaikutukset syntyä välillisesti toisen osatekijän kautta. Esimerkiksi tietyn intervention aiheuttama liiallisen kiireen kokemus voi pitkään jatkuessaan murtaa myös vaikkapa työntekijän terveyden. Työkyvyn kokonaisuuden näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että työntekijä saattaa voimavaratekijöidensä (kuten hyvän terveydentilan) avulla pystyä tietyn ajanjakson säilyttämään työkykyään työhön liittyvistä kuormitustekijöistä (kuten liialliseksi koetusta kiireestä) huolimatta, mutta pidemmällä aikavälillä vaaditaan yleensä myös työn kuormitustekijöihin vaikuttamista, jos työkyky halutaan säilyttää.

4 Tutkimuskysymykset, -aineistot ja -menetelmät

4.1 Tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella työntekijöitä julkisten sairaaloiden rakennemuutoksissa kahdesta eri näkökulmasta. Tutkimuskokonaisuuden kahdessa ensimmäisessä osatutkimuksessa työntekijät näyttäytyvät rakennemuutostarpeiden synnyttäjinä. Osatutkimuksissa pureudutaan kahteen tapaukseen, joissa kysymys työntekijöiden riittävydestä synnyttää suomalaisille julkisille sairaaloille muutostarpeita ja nostaa organisaatioiden päätöksentekoagendalle niiden olemassa olevia rakenteita radikaalisti muuttavia palvelutuotannon vaihtoehtoja. Näitä osatutkimuksia koskevat tarkemmat tutkimuskysymykset on esitetty alla kysymyksinä numero yksi ja kaksi. Tutkimuskokonaisuuden kahdessa jälkimmäisessä osatutkimuksessa työntekijät näyttäytyvät ensisijaisesti rakennemuutosten seurausten kokijoina. Osatutkimuksissa analysoidaan, ovatko suomalaisissa julkisissa sairaaloissa viime vuosina toteutetut rakennemuutokset yhteydessä työntekijöiden itse arvioimaan työkykyyn tai työntekijöiden työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutumiseen, ja jos ovat, niin miten. Näiden osatutkimusten tarkemmat tutkimuskysymykset on esitetty alla kysymyksinä numero kolme ja neljä. Lisäksi on hyvä huomata, että työntekijöitä ei edellä mainituissa osatutkimuksissa nähdä vain muutostarpeiden synnyttäjinä tai muutosten seurausten kokijoina. Kaikissa neljässä osatutkimuksessa työntekijät nähdään myös omaa työpaikkaansa koskevien rakennemuutosprosessien enemmän tai vähemmän aktiivisina osallistujina.

1. Voiko uhka työntekijöiden riittävydestä avata mahdollisuuksien ikkunan julkisten sairaaloiden palvelutuotannon lukkiutuneimpien rakenteiden kyseenalaistamiselle?
2. Kuinka julkisten sairaaloiden rakenteellinen työntekijäpula voidaan kokea ratkaisuksi ratkaisematta julkisten sairaaloiden rakenteellista työntekijäpulaa?
3. Ovatko julkisten sairaaloiden rakennemuutokset yhteydessä sairaalatyöntekijöiden arvioihin omasta työkyvystään, ja jos ovat, niin miten?
4. Onko julkisten sairaaloiden liikelaitostamismuutoksilla yhteyttä sairaalatyöntekijöiden sairausvakuutusjärjestelmästä korvatuille työkyvyttömyysjaksoille hakeutumiseen?

4.2 Tutkimusaineistot

Videoaineisto

Ensimmäisessä osatutkimuksessa käytettiin aineistona elokuun 2007 ja toukokuun 2008 välisenä aikana keskiuudessa suomalaisessa keskussairaalassa kokonaisuudessaan videoituja johtoryhmäkokouksia (=24). Keskussairaalasta kerätty aineisto koostuu 8 eri johtoryhmästä, joiden kunkin tapaamisia videoitiin kolme kertaa. Videoidut johtoryhmät edustivat kolmea hierarkkista tasoa: ylin johto, toimialue- ja toimintayksikkötaso. Organisaation ylimmän johdon kokouksissa olivat edustettuina ylin virkamiesjohto eduskuntineen, sekä organisaation kaikkien tulosalueiden johtajat. Tulosalue- ja yksikkötasolla videoitiin konservatiivisen, operatiivisen, sekä psykiatrisen tulosalueen johtoryhmien kokouksia. Tulostason johtoryhmäkokoukset sijoituivat lastentautien, keuhkosairauksien, kirurgian, sekä lastenpsykiatrian yksiköihin. Johtoryhmäkokousten kesto vaihteli yhden ja kolmen tunnin välillä, ja kaikkiaan videoaineistoa kertyi noin 40 tuntia. Jatkotyössä kerätty videomateriaali päätettiin litteroida kokonaisuudessaan, jolloin mahdollistui videoaineistosta tehtyjen havaintojen todentaminen myös kirjallisesti avustusta aineistosta.

Videoaineiston lisäksi ensimmäisessä osatutkimuksessa hyödynnettiin videoitaessa pidettyjä havainnointipäiväkirjoja, tutkimuskohteena olleista johtoryhmäkokouksista laadittuja sairaalan virallisia pöytäkirjoja, sekä Terveys- ja sosiaalialan ammattijärjes-

tön (Tehy) työaisteluaajankohtaan syksyllä 2007 liittyviä mielipidemittauksia, dokumentoituja keskusteluja ja kirjallisuutta.

Haastattelu- ja havainnointiaineisto

Toisessa osatutkimuksessa seurattiin silmäsairaanhoidon kehittämishanketta, jonka keskeisenä tavoitteena oli ratkaista julkisten sairaaloiden rakenteellista silmälääkäripulaa yhden suomalaisen yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueella. Hanke toteutui kolmena erotettavissa olevana vaiheena, joista ensimmäinen toteutui kesä–joulukuussa 2007, toinen vuonna 2008 ja kolmas vuonna 2009.

Hankkeen kahden ensimmäisen vaiheen aikana haastateltiin kaikki kehittämistä toteuttaneen projektiryhmän jäsenet, sekä muita hankkeen avaintoimijoita, jotta saatiin kuva heidän käsityksistään silmäsairaanhoidon palvelutuotantorakenteeseen liittyvistä keskeisistä ongelmista ja ongelmien ratkaisemiseen tarvittavista muutoksista. Haastateltavina oli toimijoita sekä erityisvastuualueen julkisista sairaaloista, perusterveydenhuollosta että yksityiseltä sektorilta (=24). Syksystä 2007 lähtien vuoden 2008 loppuun asti havainnointiin kaikki silmäsairaanhoidon kehittämishanketta toteuttaneen projektiryhmän kokoukset (=5), projektille perustetun ohjausryhmän kokous, sekä erityisvastuualueen sairaanhoitopiirin johtajien kokous, jossa käsiteltiin kehittämishankkeen suuntaviivoja. Hankkeen kahta ensimmäistä vaihetta koskevat havainnot perustuvat näihin aineistoihin.

Hankkeen kolmatta vaihetta koskevat havainnot perustuvat pääosin vuonna 2009 kerättyihin havainnointi- ja haastatteluaineistoihin. Aineistoa kerättiin havainnoimalla kehittämisen projektiryhmän tapaamisia (=8), kehittämisen ohjausryhmän tapaamisia (=3), silmäsairaanhoidon osaajille järjestettyjä keskustelutilaisuuksia (=4), kuntapäätäjien kanssa pidettyä kokousta, sekä muita hankkeen etenemisen kannalta tärkeitä tapahtumia (=3). Aineistoa kerättiin myös haastatteleamalla kehittämishankkeen johtajaa ja hänen apunaan toiminutta projektipäällikköä yhteensä viisi kertaa hankkeen kolmannen vaiheen edetessä. Näiden havainnointi- ja haastatteluaineistojen lisäksi analyysissa hyödynnettiin kehittämishankkeesta kirjoitettuja virallisia asiakirjoja, sekä hanketta koskeneita ratkaisuja tehneiden hankkeen ohjausryhmän ja poliittisten päättäjien käyttämiä tilastoja ja kirjallisuutta.

Kyselyaineisto

Kolmannessa osatutkimuksessa käytettiin poikkileikkauskyselytutkimusta. Pyysimme vastaajia tunnistamaan heidän työpaikoillaan viimeisen kahden vuoden aikana tapahtuneet rakennemuutokset ja arvioimaan muutosten ymmärrettävyyttä sekä omia muutokseen osallistumismahdollisuuksiaan. Lisäksi pyysimme vastaajia arvioimaan omaa työkykyään ja työkyvyn eri osatekijöihin liittyvien väittämien paikkaansa pitävyyttä kyselyhetkellä.

Tutkimukseen poimittiin 5 000 suomalaisella sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalla työskentelevän henkilön otos Tilastokeskuksen työssäkäyntirekisteristä. Aineistoa poimittaessa alkuvuonna 2010 käytössä olivat vuoden 2007 rekisteritiedot. Tästä syystä viimeisten reilun kahden vuoden aikana alalle tulleet eivät tulleet otokseen mukaan, joten kaikki aineistossa mukana olevat työntekijät olivat työskennelleet sosiaali- ja terveysalalla vähintään 2 vuotta. Käytimme ositettua satunnaisotantaa. Poimittu otos perustui työntekijän työpaikan toimialaan sekä maantieteelliseen sijaintiin. Vuonna 2010 käytössä oli vuonna 2008 voimaantullut yleiseurooppalainen toimialaluokitus (tol 3), jonka mukaisesti sosiaali- ja terveysala jaettiin 11 otossektoriin. Otossektorit olivat sosiaalipalvelut, lasten päivähoido, kotipalvelu, vanhainkodit, palvelutalot, vammaishuolto, mielenterveys- ja päihdetyö, avoterveydenhuolto, terveyskeskusten vuodeosastot, sairaalahoito ja muu sektori. Otokseen poimittiin mukaan henkilöitä niin, että pienimmistäkin otossektoreista tuli vähintään 200 henkilön otos. Lisäksi otokses- sa huomioitiin maantieteellinen edustavuus. Otokseen poimittiin henkilöitä siten, että kaikki Suomen maakunnat tulivat edustetuiksi kokonsa mukaisella osuudella. Kyselylomakkeet postitettiin vastaajille valmiiksi maksetun palautuskuoren kanssa.

Kyselyn vastausprosentti oli 61,8, eli kyselyyn vastasi yhteensä 3090 vastaajaa. Ennen analyysija aineistosta poistettiin rekisteripohjaisella otannalla mukaan tulleet 397 vastaajaa, jotka eivät kyselyhetkellä enää työskennelleet toimialalla. Lisäksi aineistosta poistettiin ne alalla edelleen työskentelevät 264 vastaajaa, jotka eivät olleet vastanneet muutoksia koskeviin kysymyksiin. Lopulliseen tutkimusaineistoon hyväksyttiin näin ollen 2 429 vastaajaa. Puuttuvia vastauksia aineistoon jäi edellä mainittujen toimenpiteiden jälkeen 0–1.5 prosenttia.

Rekisteriaineisto

Neljännessä osatutkimuksessa seurattiin suomalaisissa keskussairaaloissa liikelaitostettujen neljän toimintayksikön henkilöstön työkyvyttömyysjaksoja, ja verrattiin niitä työkyvyttömyysjaksojen määrään muiden keskussairaaloiden vastaavissa toimintayksiköissä, joita ei ole liikelaitostettu.

Kyseiset neljä liikelaitostamismuutosta olivat tapahtuneet kolmessa The Finnish Public Sector Study -tutkimushankkeeseen kuuluvassa sairaalassa. Liikelaitostamistieto poimittiin sairaaloiden virallisista dokumenteista. Ensimmäinen liikelaitoksista (n=381) oli aloittanut toimintansa vuoden 1999 alusta, toinen (n=325) ja kolmas (n=93) vuoden 2004 alusta ja neljäs (n=163) syyskuussa 2004. Seuranta-aika ulottui liikelaitostamishetkestä vuoden 2011 loppuun, ellei henkilö tullut työkyvyttömäksi, jäänyt vanhuuseläkkeelle tai kuollut. Kussakin neljässä liikelaitostetussa toimintayksikössä seuratut työntekijät (n=962) edustivat laboratorio- tai röntgentyöntekijöitä. Mukaanottokriteerinä työntekijöiden oli täytynyt olla työpaikoillaan 3 kuukautta ennen ja 3 kuukautta jälkeen liikelaitostamismuutoksen.

Verrokiksi liikelaitostamismuutoksen kokeneille työntekijöille otettiin muiden The Finnish Public Sector Study -tutkimushankkeeseen kuuluvien kolmen keskussairaalan toimintayksiköt, joissa työskenteli laboratorio- tai röntgentyöntekijöitä (n=1832), ja joita ei ollut liikelaitostettu. Verrokkiväestön mukaanotto tapahtui vuoden 1999 alun ja syyskuun 2004 välillä. Verrokkiväestön mukaanottokriteerit ja seurannassa säilymisen kriteerit olivat samat kuin liikelaitostamismuutoksen kokeneilla.

Työkyvyttömyydeksi määriteltiin vähintään kolmen kuukauden mittainen yhtäjaksoinen työhön kykenemättömyys. Tieto työkyvyttömyydestä saatiin linkittämällä työntekijät Kansaneläkelaitoksen ylläpitämään rekisteriin yksilöllisten tunnistenumeroiden avulla. Korvauksen saaminen Kansaneläkelaitoksen hallinnoimasta sairaskorvausjärjestelmästä edellyttää työntekijän terveyden ja toimintakyvyn asiantuntija-arviota, ja etuuden myöntämisen perusteena täytyy olla lääketieteellisesti määritellystä sairaudesta, viasta, tai vammasta aiheutuva työkyvyn alenema. Työkykyisiksi luokittelimme puolestaan seurannan loppuun asti työkykyisinä säilyneet, sekä henkilöt jotka jäivät vanhuuseläkkeelle tai kuolivat, heidän eläkkeelle jäämisen ajankohtaansa tai kuolinajankohtaansa saakka.

4.3 Tutkimusmenetelmät

Teoriajohtoinen sisällönanalyysi

Ensimmäisessä ja toisessa osatutkimuksessa tutkimusmenetelmänä käytettiin teoriajohtoista sisällönanalyysia. Molemmissa osatutkimuksissa analyysieja ohjaamaan valitut teorit auttoivat tutkijaa kohdistamaan huomionsa tiettyihin tutkimuskysymysten näkökulmasta olennaisiksi oletettuihin seikkoihin (ks. Strauss 1987; Silverman 2004). Toisin sanoen teorioita käytettiin siis apuvälineinä, jotka mahdollistivat havaintojen tekemistä kerätyistä video-, haastattelu- ja havainnointiaineistoista. Kyse oli näin ollen deduktiivisesta analyysistä, jossa siirryttiin yleisestä (teoreettisesta mallista) yksityiseen aineiston havaintomaailmaan (ks. Elo & Kyngäs 2008).

Ensimmäisen osatutkimuksen analyysia jäseni John Kingdonin (1984) esittämä teoria mahdollisuuksien ikkunan avautumisesta muutoksen tekemiselle. Analyysissa lähdettiin liikkeelle julkisen sairaalan johtoryhmäkokouksissa esitetyistä rakennemuutosvaihtoehdoista. Tarkemmin ottaen kysymys kuului, nouseeko aineistosta esiin sellaisia työn organisoimisen vaihtoehtoja, jotka ylittävät julkisten sairaaloiden palvelutuotantoa perinteisesti rajoittaneita aluepoliittisia, eri organisaatioyksiköiden välisiä tai eri työntekijäryhmien välisiä raja-aitoja. Analyysin aluksi videomateriaalista koodattiin näitä kolmenlaisia raja-aitoja ylittäviä ratkaisuehdotuksia, käyttäen analyysiyksikkönä ajatuskokonaisuutta. Ajatuskokonaisuudet sisälsivät usein pitkiäkin puheenvuoroja, mutta kattoivat toisinaan vain muutaman lauseen. Tämän jälkeen organisaation eri tason johtoryhmäkokouksista tehdyt analyysit asetettiin aikajanelle yhdeksi aikasarjaksi. Aikasarjan avulla oli mahdollista yhdistää analyysiin erilaisia aikaan sidottuja, ja siten kaikilla organisaation kolmella hierarkkisella tasolla toimivia johtoryhmiä koskettavia tapahtumia. Näin tuli mahdolliseksi verrata myös Tehyn joukkoirtisanoutumisuhkan (15.10.–19.11.2007) aikana esitettyjen rakennemuutosvaihtoehtojen suhdetta muina ajankohtina esitettyihin rakennemuutosvaihtoehtoihin.

Kingdonin teorian mukaisesti analyysissa kiinnitettiin huomiota myös ratkaistavan ongelman tunnistamiseen ja tulkittamiseen. Analyysissa lähdettiin liikkeelle hoitajien joukkoirtisanoutumisuhkan synnyttämän työvoiman riittävyysongelman muotoutumisesta kansallisella tasolla. Tässä kohtaa tutkimusaineistona hyödynnettiin Tehyn työtaisteluaikojen liittyviä mielipidemittauksia, dokumentoituja keskusteluja sekä kirjallisuutta, joiden kautta osoitettiin työvoimakysymyksen nouseminen kansallisen

tason poliittiseksi kysymykseksi, sekä sen eksplikoituminen ratkaisua vaativaksi ongelmaksi. Videoaineistosta puolestaan seurattiin ongelma-agendan muotoutumista tutkimuksessa julkisessa sairaalassa.

Valitun teoriakehyksen ohjaamana kiinnostus kohdistui myös poliittisen ilmapiiirin näyttäytymiseen joukkoirtisanoutumisuhkan aikana. Analyysin tässä osassa hyödynnettiin videoaineiston lisäksi videoissa pidettyjä havainnointipäiväkirjoja sekä kokouksista laadittuja sairaalan virallisia pöytäkirjoja. Aiemman tutkimuskirjallisuuden antamien johtolankojen mukaisesti huomiota kiinnitettiin etenkin aluepolitiikkaa, ammattijärjestöpolitiikkaa, sekä puoluepolitiikkaa koskeviin ilmauksiin aineistossa. Lisäksi huomiota kiinnitettiin näiden ilmausten puuttumisena näkyneeseen johtoryhmäkokousten epäpolitisoitumiseen joukkoirtisanoutumisuhkan aikana. Siis siihen, kuinka aineistossa ei noussut erilaisia raja-aitoja ylittävistä ratkaisuvaihtoehdoista keskusteltaessa esiin sellaisia alue-, ammattijärjestö- ja puoluepoliittisia esteitä, kuin olisi aiemman tutkimuskirjallisuuden perusteella voinut olettaa.

Toisen osatutkimuksen analyysia jäseni Robertsien ja kollegoiden (2004) esittämä muutoksen tekemisen vaihemalli. Tämän kuusiosaisen mallin avulla tarkasteltiin kolmessa erotettavissa olevassa vaiheessa toteutunutta silmäsairaanhoidon kehittämishanketta. Analyysissa lähdettiin Robertsien ja kollegoiden mallin mukaisesti liikkeelle ratkaistavan ongelman määrittelemisestä, vertaamalla silmäsairaanhoidon kehittämishankkeen ensimmäisessä, toisessa ja kolmannessa vaiheessa tehtyjä ongelmanmäärittelyjä keskenään. Analyysin toisessa vaiheessa tarkasteltiin syitä, jotka kehittämishankkeen eri vaiheissa tunnistettiin määriteltyjen ongelmien taustalta. Analyysin kolmannessa vaiheessa tarkasteltiin uuden toimintapolitiikan rakentamista erittelemällä, kuinka kehittämishankkeen kolmannessa vaiheessa uuden muutosjohtajan mukanaan tuomaa muutosvaihtoehtoa lähdettiin muokkaamaan hankkeen aiempien vaiheiden epäonnistumisten myötä syntyneeseen ”poliittiseen tilaan” sopivaksi. Lisäksi uuden toimintapolitiikan rakentamista koskien analysoitiin hankkeen kolmannessa vaiheessa esitetyn muutosvaihtoehdon ratkaisupotentiaalia suhteessa analyysissa aiemmin eriteltyihin ratkaistaviin ongelmiin ja ratkaistavien ongelmien syihin.

Analyysin neljännessä vaiheessa tarkasteltiin valitun teoriakehyksen ohjaamana poliittisten päätösten tekemistä. Silmäsairaanhoidon kehittämishankkeen kahdessa ensimmäisessä vaiheessa ei päästy varsinaisia poliittisia päätöksiä vaativalle suunnittelun tasolle asti, joten analyysissa keskityttiin hankkeen kolmannessa vaiheessa sisään aje-

tun muutosvaihtoehdon poliittisen toteutettavuuden erittelemiseen, sekä tässä vaiheessa tehtyjen poliittisten päätösten analyysiin. Analyysin viidennessä vaiheessa tarkasteltiin uuden toimintapolitiikan täytäntöön panemista erittelemällä, kuinka uusi muutosjohtaja vei sairaanhoitopiirin johdon tuen voitettuaan oman muutosvaihtoehdonsa läpi myös kuntapäätäjien, silmälääkäreiden ja muiden silmäsairaanhoidon ammattilaisten, sekä muiden saman erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien johtajien keskuudessa. Analyysin kuudennessa ja viimeisessä vaiheessa tarkasteltiin kehittämishankkeen etenemistä Robertsinkin ja kollegoiden esittämän muutoksen arviointivaiheen kautta. Analyysissa painottui tältäkin osin kehittämishankkeen kolmas vaihe, jossa muutoksen kohteena olleen sairaanhoitopiirin silmäsairaanhoidosta kerättiin kattavat tiedot, ja niitä verrattiin toiseen suomalaiseen sairaanhoitopiiriin muutostarpeiden osoittamiseksi, sekä uuden toimintamallin suhteen tehtävien ratkaisujen perustelemiseksi.

Logistinen regressioanalyysi

Kolmannessa osatutkimuksessa tarkasteltiin, kuinka suuri riski tiettyjä altisteita (rakennemuutos, muutosten huono ymmärrettävyys, huonot muutoksiin osallistumismahdollisuudet) kohdanneilla työntekijöillä on kuulua tiettyjen vasteiden (itse arvioitu työkyky ja sen eri osatekijät) mukaan luotuihin joukkoihin. Tehtävän suorittamiseksi muodostettiin logistiset regressiomallit analyysiin valittujen kahdeksan selitettävän muuttujan mukaisesti. Selitettävänä muuttujina analyysissa oli työkykyä kuvaava muuttuja, sekä Ilmarisen ja kollegoiden (2003) esittämän työkykyteorian mukaisesti muodostetut seitsemän työkyvyn eri osatekijöitä kuvaavaa muuttujaa. Muodostetut regressiomallit jakautuivat selittävien muuttujien mukaan kolmeen ryhmään. Ensimmäisessä ryhmässä tarkasteltiin rakennemuutoksia. Tällöin muutoksia kokeneiden vastaajien vertailuryhmänä olivat ne vastaajat, joiden työpaikalla muutoksia ei ollut tapahtunut. Toisessa ryhmässä tarkasteltiin vastaajien kokemaa muutosten ymmärrettävyyttä. Tällöin muutoksen ei-ymmärrettäväksi kokeneiden vertailuryhmänä olivat ne vastaajat, jotka olivat kokeneet muutokset ymmärrettäviksi. Kolmannessa ryhmässä tarkasteltiin vastaajien muutoksiin osallistumismahdollisuuksia, jolloin muutoksiin osallistumismahdollisuuksiaan huonoina pitäneiden vertailuryhmänä olivat muutoksiin osallistumismahdollisuuksiaan hyvinä pitäneet. Kaikkiaan kahdeksan selitettävän muuttujan tarkastelemiseksi kolmessa eri ryhmässä muodostettiin siis 24 logistista regressiomallia.

Analyysimenetelmänä käytettiin nimenomaan logistista regressioanalyysia, koska sillä voidaan tutkia yhtäaikaisesti dikotomisen, eli kahteen luokkaan luokitellun, selitettävän muuttujan riippuvuutta useammasta selittävästä muuttujasta. Logistinen regressioanalyysi ei selitä toteutuneita jakaumia, vaan pyrkii ennustamaan todennäköisyyttä (ks. Jokivuori & Hietala 2007; Nummenmaa 2007). Tässä tutkimuksessa analyysimenetelmällä tarkasteltiin, kuinka suuri riski tutkituilla (altisteiden mukaan luoduilla) ryhmillä oli kuulua tiettyihin (vasteiden mukaan luotuihin) joukkoihin, kun muita tekijöitä vakioitiin. Jokainen logistinen regressiomalli vakioitiin sukupuolen, iän, siviilisäädyn, ammatillisen koulutuksen sekä esimiesasemassa toimimisen suhteen.

Tässä yhteydessä on vielä hyvä huomata se, että tutkija on perehtynyt logistisen regressioanalyysin tuottaman suureen – odds ration – suomennosta ja käyttämistä koskevaan kotimaiseen keskusteluun (ks. Rita ym. 2008; Erola & Räsänen 2008). Tutkija on siten tietoinen siitä, että virallisin termin odds ratiolla on kyse vetojen suhteesta, eikä suoraan riskistä. Tässä tutkimuksessa puhutaan kuitenkin riskeistä, koska riskikäsite on tutkijan ymmärryksen mukaan tämän yhteenvedon lukijoille vetojen suhdetta ymmärrettävämpi tapa kuvata tutkimuksessa tarkasteltavaa ilmiötä. Lisäksi englanninkielisessä osajulkaisussa, jonka tulosten tuottamisessa logistista regressioanalyysia hyödynnettiin, käytettiin käsitettä risk.

Suhteellisten riskiteheyksien malli

Neljännessä osatutkimuksessa käytettiin suhteellisten riskiteheyksien mallia (Cox proportional hazards model) arvioimaan liikelaitostamismuutoksen ja työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutumisen välistä yhteyttä. Seurannan lähtöhetkeksi analyysissa valittiin päivä, jolloin liikelaitostamismuutos toteutettiin ja seurannan päättymishetkeksi päivä, jolloin henkilö jäi vähintään 3 kuukautta kestäväälle työkyvyttömyysjaksolle, jäi vanhuuseläkkeelle, kuoli, tai vuoden 2011 loppu. Tulokset ilmaistaan riskiteheyksinä (HR) ja 95 % luottamusväleinä. Mallit vakioitiin vuorotellen sukupuolen, iän, ammatin, sosioekonomisen statuksen, työsuhdemuodon, asunnon koon ja seuranta edeltäneiden kahden vuoden sairauspoissaolojen mukaan.

Eloonjäämisanalyysilla, kuten suhteellisten riskiteheyksien mallilla, voidaan tutkia ajan kuluessa tapahtuvaa havaintoyksikköjen liikkumista tilasta toiseen. Toisin sanoen niiden avulla kyetään tarkastelemaan tapahtumien todennäköisyyksiä ajan funktiona, eli tutkimaan kuinka kauan jokin kestää (ks. Elandt-Johnson & Johnson 1999; Sarna

2011). Eloonjäämisanalyyseista neljännen osatutkimuksen suorittamiseen valittiin nimenomaan suhteellisten riskitiheyksien malli, koska selittäviä muuttujia oli useampi kuin yksi ja koska analyysissa haluttiin käyttää jatkuvaluonteisia muuttujia. Suhteellisten riskitiheyksien malli perustuu olettamukseen, että selitettävän kaksiarvoisen muuttujan (tässä työkyvyttömyys/ei työkyvyttömyyttä) riskitiheyksien suhde on vertailtavana olevien ryhmien välillä vakio kaikissa seurantaan kuuluvissa aikapisteissä (Collett 2003). Olettamuksen paikkaansa pitävyys käytetyssä aineistossa testattiin muiden analyysien yhteydessä, koska työntekijöiden seuranta-aika (keskimäärin 9.2 vuotta) oli tässä tutkimuksessa huomattavan pitkä. Suhteellisten riskitiheyksien malli ei sisällä muita oletuksia elossaoloaikojen jakaumasta, joten se on tässä mielessä puolittain parametrinen menetelmä.

5 Osatutkimusten kuvaukset ja keskeiset tulokset

5.1 Työntekijät rakennemuutostarpeiden synnyttäjinä

Osatutkimus 1. Voiko uhka työntekijöiden riittävydestä avata mahdollisuuksien ikkunan julkisten sairaaloiden palvelutuotannon lukkiutuneimpien rakenteiden kyseenalaistamiselle?

Ensimmäisessä osatutkimuksessa tarkasteltiin keskisuuren suomalaisen keskussairaalan johtoryhmissä yhdeksän kuukauden aikana käytyä keskustelua. Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida, nostetaanko johtoryhmäkokouksissa esiin uudenlaisia ja radikaaleja työn organisoimiseen liittyviä rakenteellisia vaihtoehtoja. Lisäksi kiinnostus kohdistui mahdollisiin ongelmiin, joihin näitä ratkaisuvaihtoehtoja tarjotaan, sekä edellytysten syntymiseen ja sulkeutumiseen vaihtoehtojen toteuttamiselle. Tarkastelujaksolle sijoittuva hoitajien joukkoirtisanoutumisuhka muutti johtoryhmien agenda merkittävästi. Järjestäytyneen hoitajatyövoiman asettama paine nosti organisaation päätöksentekoagendalle radikaalisti olemassa olevia toiminnan rakenteita uudistavia vaihtoehtoja. Osatutkimuksen mukaan joukkoirtisanoutumisuhka toimi eräänlaisena mahdollisuuksien ikkunana, yhdistäen hoitajapulan rakenteellisiin muutoksiin.

Suomessa vuonna 1995 nähty hoitoalan edellinen työtaistelu osui keskelle talouslamaa ja menetti nopeasti kansan tukensa. Työtaistelulla saavutetut palkankorotukset yli yleisen tason jäivät noin prosenttiin, joka takasi, että keskustelua alan töiden vaativuuden ja palkkauksen välisestä suhteesta jatkettaisiin lähitulevaisuudessa. Syksyllä 2007 kysymys hoitoalan palkkauksesta nousi vahvasti kansalliselle agendalle. Sitä edelsivät vuoden 2007 eduskuntavaalit, joissa kaikkien pääpuolueiden vaalilupauksiin sisältyi niin kutsuttu tasa-arvotupo, jonka mukaan naisvaltaisten kunnallisten alojen palkka-

tasoa luvattiin nostaa hallituksen avulla. Työnantajajärjestöjen irtautuessa tuposta sopimusta ei kuitenkaan syntynyt, ja syksyllä 2007 oppositiossa olleet puolueet tekivät hallitukselle asiasta välikysymyksen. Oleellista ongelma-ajendan muotoutumisen suhteen oli tässä yhteydessä se, että oppositiopuolueiden ohella myös suuri osa hallituspuolueiden edustajista ilmaisi näkemyksensä sairaanhoitajien alipalkkauksen ongelmallisuudesta sekä eduskuntavaalien alla että niiden jälkeen. Vaikka toisen hoitoalan liiton Superin yhtyminen kunta-alan perussopimukseen jätti Tehyn taistelussaan yksin, oli Tehyn työtaistelulla jo prosessin alkaessa myös vankka kansalaisten tuki yli puoluerajojen. Työnantajapuolen tekemän tarjouksen hylättyään Tehy ilmoittikin 15. lokakuuta 2007 koventavansa otteitaan ja käyttävänsä painostuskeinonaan joukkoirtisanoutumista.

Tutkimuskohteena olleessa keskussairaalassa kysymys ammattitaitoisten hoitajien saatavuudesta oli jollain tasolla johtoryhmien agendalla jo tutkimushankkeen alkaessa elokuussa 2007. Keskusteluissa nousi esiin, että sairaanhoitopiirissä oli kuluneina vuosina tehty huomattavia ponnisteluja palkkausjärjestelmien ja yleisemmän henkilöstöpolitiikan kehittämiseksi. Joukkoirtisanoutumisuhkan realisoituessa mielenkiintoista olikin se, että hoitopuolen edustajat ilmaisivat systemaattisesti olevansa pahoillaan kovien työtaistelukeinojen aiheuttamasta sekasorrosta. Hoitajien sitoutuminen työtaisteluun oli kuitenkin vahvaa ja muun maan tavoin mittavimmat irtisanoutumiset kohdistuivat kriittisimpiin yksiköihin. Kriittisimmistä yksiköistä, kuten päivystyspoliklinikalta ja teho-osastolta, oli irtisanoutumassa jopa kaksi kolmasosaa hoitajista. Ongelma-ajendan rakentumisen kannalta huomionarvoista oli se, että koko työtaistelun ajan sairaanhoitopiirissä tiedettiin varsin vähän ongelmaa valtakunnan tasolla sovittelemaan asetetun lautakunnan neuvottelujen etenemisestä. Eräs johtoryhmän jäsen kuvasi asetelmaa näin: *”Meidän on elettävä niin kuin tämä (irtisanoutumisten realisoituminen) tulisi, eikä tässä voida näitä suunnitelmia enää viimeisessä hetkessä tehdä.”*

Joukkoirtisanoutumisuhkan aikana johtoryhmien agendalle nousi useita niin aluepoliittisia, organisaation sisäisiä hallinnollisia, kuin eri työntekijäryhmienkin välisiä raja-aitoja ylittäviä rakennemuutosvaihtoehtoja. Pääsääntöisesti aluepoliittisia raja-aitoja ylittävät vaihtoehdot viittasivat yhteistyöhön kahdessa viereisessä sairaanhoitopiirissä sijaitsevien keskussairaaloiden kanssa. Ratkaisuvaihtoehdon esittely saattoi alkaa esimerkiksi tähän tyyliin: *”Psykiatriassa sovittiin jo että (...) voi toistakymmentä potilasta tulla tänne meille. He jonkun verran psykiatria koettavat sielläkin ylläpitää,*

mutta siellä tulee selkeää supistus. Semmoisia jotka laitushoitoa tarvitsevat tulee tänne ja he koettavat lähinnä avotoimintojen kautta sitten pyörittää omaa psykiatriaansa.” Organisaation sisäisiä hallinnollisia raja-aitoja ylittävät vaihtoehdot sisälsivät aina ajatuksen keskussairaalan toimialueiden tai toimintayksiköiden välisten rajojen ylittämistä. Keskustelut alkoivat esimerkiksi tähän tyyliin: ”Se mikä tässä on hyvää on se, että useilta poliklinikoilta ei ole juurikaan irtisanoutuneita. Eli me voidaan polikliinista toimintaa olennaisesti kauttaaltaan supistaa ja siirtää sitä resurssia sitten niihin, joiden toimet pitää turvata, kuten esimerkiksi nyt tämä päivystys ja...”. Eri työntekijäryhmien välisiä raja-aitoja ylittävät muutosvaihtoehdot koskivat pääsääntöisesti uudenlaista työnjakoa akselilla lääkärit–sairaanhoitajat–lähihoitajat. Keskustelut alkoivat esimerkiksi näin: ”Perushoitajien käyttöä sitten katsotaan nyt tarkkaan. Mietitään tarkkaan, että perushoitajat koulutuksensa ja valtuuksiensa puitteissa pyritään hyödyntämään aivan täysimääräisesti. Meillä jää perushoitajaresurssia ikään kuin yli ja pitää vaan niitten pystyä sitten tekemään...”.

Ainoassa ennen joukkoirtisanoutumisuhkaa videoidussa kokouksessa näitä erilaisia raja-aitoja ylittäviä rakennemuutosvaihtoehtoja ei esitetty lainkaan, ja joukkoirtisanoutumisuhkan jälkeen niitä esitettiin huomattavasti uhka-aikaa harvemmin. Taulukkoon 1 on tiivistetty erilaisia raja-aitoja ylittävien rakennemuutosvaihtoehtojen esiintyvyyttä ennen joukkoirtisanoutumisuhkaa, uhkan aikana ja uhkan jälkeen. Oleellista joukkoirtisanoutumisuhkan aikana esitettyjen muutosvaihtoehtojen ja uhkan jälkeen esitettyjen muutosvaihtoehtojen suhteessa oli määrän ohella myös niiden tarkoitus. Uhkan aikana muutosvaihtoehdot yhdistettiin poikkeuksetta kysymykseen työvoiman riittävydestä, toisin kuin uhkan jälkeen.

Taulukko 1. Raja-aitoja ylittävien rakennemuutosvaihtoehtojen esiintyvyys johtoryhmäkokouksissa

	Ennen joukkoirtisanoutumisuuhkaa (kokousten määrä = 1)		Joukkoirtisanoutumisuuhkan aikana (kokousten määrä = 2)		Joukkoirtisanoutumisuuhkan jälkeen (kokousten määrä = 21)	
Aluepoliittisia raja-aitoja ylittävät muutosvaihtoehdot	esitetyt muutosvaihtoehdot	0 *	esitetyt muutosvaihtoehdot	12 *	esitetyt muutosvaihtoehdot	10 *
	esitetyt muutosvaihtoehdot per kokous	0	esitetyt muutosvaihtoehdot per kokous	6	esitetyt muutosvaihtoehdot per kokous	0,5
Organisaation sisäisiä hallinnollisia raja-aitoja ylittävät muutosvaihtoehdot	esitetyt muutosvaihtoehdot	0 *	esitetyt muutosvaihtoehdot	5 *	esitetyt muutosvaihtoehdot	7 *
	esitetyt muutosvaihtoehdot per kokous	0	esitetyt muutosvaihtoehdot per kokous	2,5	esitetyt muutosvaihtoehdot per kokous	0,3
Työntekijäryhmien välisiä raja-aitoja ylittävät muutosvaihtoehdot	esitetyt muutosvaihtoehdot	0 *	esitetyt muutosvaihtoehdot	5 *	esitetyt muutosvaihtoehdot	5 *
	esitetyt muutosvaihtoehdot per kokous	0	esitetyt muutosvaihtoehdot per kokous	2,5	esitetyt muutosvaihtoehdot per kokous	0,2

Joukkoirtisanoutumisuuhkan aikana kysymykset potilaiden hoitamisesta ja tarvittavien muutosten tekemisestä epäpoliitisoituivat tutkimassamme keskussairaalassa. Ensiksi, toisin kuin uhkaa edeltäneessä kokouksessa, sairaanhoitopiirien muodossa toteutuva aluepolitiikka ei irtisanoutumisuuhkan aikana sanellut palvelutuotannon rajoja. Kuten eräs johtava viranhaltija asian johtoryhmäkokouksessa muotoili: ”Tässä tapauksessa (joukkoirtisanoutumisuuhkan alla) priorisoidaan niin, että muittenkin piirien kiireelliset asiat halutaan hoitaa ennen kuin omaa vähemmän kiireellistä.” Eikä kysymys ollut vain potilaiden hoitamisesta sinänsä, vaan aluepolitiikka menetti merkitystään myös työvoimakysymysten suhteen. Toinen johtava viranhaltija johti keskustelua käytettävissä olevan työvoiman optimaalisesta hyödyntämisestä: ”Tämähän (työvoiman liikuttaminen yli piirirajojen) synnyttää aika paljon kaikkea hallinnollista ongelmaa. Mutta tässä on nyt kuitenkin ratkaisuja, ja varmasti sillä tavalla hyvässä hengessä, ettei tässä kukaan rupea senttejä laskemaan.” Toiseksi, väite muutosten tekemisen epäpoliitisoitumisesta todentui myös tarkastelemalla joukkoirtisanoutumisuuhkan aikana käydyissä johtoryhmäkokouksissa ammattijärjestöihin kiinnitettyä huomiota. Analysoitaessa terveydenhuollon muutoksia ja muuttumattomuuksia keskiöön ovat nimittäin toistuvasti nousseet

terveydenhuollon vahvinta työntekijäryhmää – lääkäreitä – edustavat ammattijärjestöt. Vahvoja ammattijärjestöjä ei normaalioloissa haluta ärsyttää liian radikaaleilla muutos-ehdotuksilla. Sen sijaan johtoryhmäkouksissa, joissa radikaalisti erilaisia – myös eri työntekijäryhmien välisiä – raja-aitoja ylittäviä ratkaisuvaihtoehtoja esitettiin, ei ammattijärjestöjen hyväksynnän saavuttamisesta keskusteltu lainkaan.

Järjestäytyneen työvoiman asettama paine näyttäytyi siis joukkoirtisanoutumisuhkan aikana voimana, joka pakotti julkisen sairaalaorganisaation päätöksentekoon osallistuvat toimijat nostamaan agendalle myös muita, kuin tiukasti rajatuissa institutionaalisissa kehitysissä toteutettavia muutosvaihtoehtoja. Tällaisia radikaaleja vaihtoehtoja esiin nostaneiden toimijoiden rationaliteetit tuntuivat kuitenkin poikkeavan huomattavasti toisistaan. Ensimmäisen ääripään perspektiivistä esiin nostetut vaihtoehdot näyttäytyivät viimesijaisina mahdollisuuksina kriisiin reagoimisessa. Esimerkiksi keskusteltaessa tiettyjen sairaanhoitajien töiden siirtämistä perushoitajille haluttiin pitää esillä tehtäväkuvien palauttamisen vaikeus tilanteen normalisoituessa: *”Jos me nyt ne tehtäväkuvat laaditaan, niin niitä ei sitten enää voi palauttaa toiseen suuntaan. Se on sitten se tie valittu, ja se tie tulee menemään täällä sairaanhoitopiirissä sitä rataa mikä nyt valitaan.”* Toimijat olivat valmiita kiinnittämään esiin nostettuja radikaaleja muutosvaihtoehtoja agendalla olleeseen ongelmaan, mutta vasta äärimmäisessä hätätilanteessa. Toisen ääripään perspektiivistä joukkoirtisanoutumisuhkan aikana agendalle nimenomaan onnistuttiin nostamaan olemassa olevia toiminnan rakenteita radikaalisti uudistavia vaihtoehtoja, joiden potentiaali ja tarve olivat kyllä aiemminkin tiedossa, mutta joihin liittyviä muutoksia ei oltu aiemmin onnistuttu käynnistämään. *”Mä oon nyt pari vuotta jo yrittänyt ottaa puheeksi sen, että on oikeastaan aika järjetöntä, että sekä ... että meillä on synnytystoimintaa. Nyt kokeillaan todella keskittämistä.”* Tästä perspektiivistä joukkoirtisanoutumisuhkan aiheuttama kriisi tarjosi nimenomaan mahdollisuuden lukkiutuneiden rakenteiden kyseenalaistamiselle.

Analyysin pohjalta voi sanoa, että mahdollisuuksien ikkuna tiettyjen sairaanhoidon lukittuneimpien rakenteiden kyseenalaistamiselle todella avautui tutkitun sairaalaorganisaation johtoryhmissä hoitajien joukkoirtisanoutumisuhkan ajaksi. Yleinen poliittinen ilmapiiri antoi joukkoirtisanoutumisuhkan ajaksi mahdollisuuden nostaa esiin uudenlaisia radikaaleja ratkaisuvaihtoehtoja ja kiinnittää ne agendalla olleeseen ongelmaan. Toisaalta kriisin aikana tietyt toimijat pyrkivät johtoryhmätyössä tietoisesti pitämään mahdollisuuksien ikkunaa kiinni, tai ainakin puoliksi suljettuna. Joukko-

irtisanoutumisuhkan päättyessä tämä mahdollisuuksien ikkuna sulkeutui välittömästi. Tällöin johtoryhmien agendalla ollut ongelma tuli jossain määrin ratkaistuksi Tehyn ja kuntatyönantajan sopimuksella, poliittinen ilmapiiri ei enää suosinut radikaalia raja-aitojen ylittämistä ja esiin nostetut ratkaisuvaihtoehdot heikettiin takaisin roskakoriin odottamaan uusia ongelmia, joihin ne voitaisiin kiinnittää. Näin ollen ikkuna joukkorirtisanoutumisuhkan aikana johtoryhmissä esiin nostettujen muutosvaihtoehtojen käytäntöön viemiselle ei ehtinyt aueta. Kriisin ajanjakso oli tähän liian lyhyt.

Osatutkimus 2. Kuinka julkisten sairaaloiden rakenteellinen työntekijäpula voidaan kokea ratkaistuksi ratkaisematta julkisten sairaaloiden rakenteellista työntekijäpulaa?

Toisessa osatutkimuksessa analysoitiin kehittämishanketta, jonka keskeisenä tavoitteena oli tuottaa ratkaisu julkisten sairaaloiden silmälääkäripulaan eteläisessä Suomessa sijaitsevan yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueella. Hanke ajautui kriisiin ensimmäisen puolentoista vuoden jälkeen, kun siihen osallistuvien toimijoiden parissa syntyi kaksi vaihtoehtoista tapaa hahmottaa silmälääkäripulaan liittyviä ongelmia, sekä vaihtoehtoja ongelmien ratkaisemiseksi. Osatutkimuksessa käsitellään erityisesti kriisiytymisen jälkeisiä tapahtumia, jolloin hanketta vetämään palkattiin ulkopuolinen muutosjohtaja. Muutosjohtaja ei kiinnittynyt kumpaankaan aiemmissä vaiheissa syntyneistä vastakkaisista todellisuuksista, vaan loi oman tulkintamallinsa sekä ongelmista että tarvittavista ratkaisuista. Osatutkimuksessa kiinnitetään huomiota ennen kaikkea prosessiin, jossa muutosjohtaja pyrki vakuuttamaan muita toimijoita tulkintojensa oikeellisuudesta. Analyysin mukaan uuden muutosvaihtoehdon läpiviemisessä oli kyse paitsi teknisesti toimivasta ja poliittisesti toteutettavissa olevasta ratkaisumallista ja siihen kiinnitettävissä olevista ongelmista, myös politiikan tekemisen taidosta ja oikeasta ajoituksesta.

Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa syksyllä 2007 kehittämistyötä tekemään perustettu projektiryhmä näki alueellisen silmäsairaanhoidon keskeiseksi ongelmaksi yliopistosairaalan leikkaustoiminnan tehottomuuden, sekä huonon kilpailukyvyn silmäsairaanhoidon erikoisosaajista suhteessa yksityisiin toimijoihin. Hankkeen toisessa vaiheessa, vuoden 2008 ajan, tätä ongelmanasettelua pidettiin liian suppeana. Erityisesti sitä asettuivat vastustamaan yliopistosairaalan erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien johtajat. Ongelmaksi he näkivät yliopistosairaalan silmälääkäripulan

ja tehottomuuden lisäksi myös yhteistyön ja koordinaation puutteen perus- ja erikoistasoisen hoidon, sekä julkisten ja yksityisten toimijoiden välillä, kuten myös puutteet vastuiden ja toimintojen jakamisessa erityisvastuualueen viiden eri sairaanhoitopiirin ja keskussairaalan välillä. Hankkeen kolmannessa vaiheessa ongelmaksi nähtiin yliopistosairaalan oma tehottomuus, sekä huono yhteistyö ja koordinaatio perusterveydenhuollon kanssa. Hankkeen kolmannen vaiheen ongelmanmäärittely oli siis näennäisesti lähellä ensimmäisen vaiheen taustalla ollutta, mutta erosi siitä ratkaisevasti kahdessa suhteessa. Ensiksi, ensimmäisestä vaiheesta poiketen yliopistosairaalassa ei nähty olevan pulaa työvoimasta, vaan olemassa olevaa työvoimaresursssia ei tämän tulokinnan mukaan vain osattu hyödyntää riittävän hyvin. Omaa palvelutuotantoa rationalisoiden yliopistosairaalan toimintaa voitiin uuden muutosjohtajan mukaan tehostaa merkittävästi, jolloin olemassa olevalla määrällä henkilöstöä kyetään jatkossa tekemään entistä enemmän, eikä työvoimasta ole pulaa. Toiseksi, hankkeen kolmannessa vaiheessa ongelma-agenda kehystettiin siten, että ratkaisemalla omaan tehottomuuteen liittyvät ongelmat voidaan jatkossa saada positiivisia vaikutuksia myös yliopistosairaalan toimintaympäristössä.

Silmäsairaanhoidon kehittämishankkeen ensimmäisessä vaiheessa ei pyritty diagnosoimaan tunnistettujen ongelmien syitä, mutta hankkeen toisessa vaiheessa agendalle nostettiin silmäsairaanhoidon rahoituskanavien segmentoitumisen vaikutus julkisten sairaaloiden työvoimapulaan. Tällöin julkisen vero- ja sairausvakuutusrahoituksen kohdistuminen erikoisalan kokonaisuuteen kuvattiin epäoptimaaliseksi ja maksamismekanismien nähtiin mahdollistavan silmälääkäreiden kilpailuttaa työpanoksensa julkisten ja yksityisten toimijoiden välillä, jolloin he kykenevät pitämään ansiotasonsa huomattavan korkealla – liian korkealla julkisille sairaaloille. Hankkeen kolmannessa vaiheessa tätä analyysia ei jatkettu, vaan rahoituskanavien jakautuneisuus ja olemassa olevat pelisäännöt otettiin annettuina. Ongelmien ei täten nähty johtuvan julkisten ja yksityisten organisaatioiden välisen kilpailutilanteen epäoptimaalisuudesta, tai yhteistyön puutteesta, vaan toiminnan huonosta organisoimisesta julkisten palvelutuotantoorganisaatioiden sisällä ja välillä.

Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa kehittämistyötä tehnyt projektiryhmä esitti ratkaisumalliksi kaikkein vaativimman silmäsairaanhoidollisen toiminnan huippuyksikön rakentamista yliopistosairaalaan, joka paitsi optimoisi tutkimusmahdollisuudet, myös houkuttelisi parhaat silmäsairaanhoidon osaajat, sekä kykenisi tarvittavilta

osin kilpailemaan yksityisten toimijoiden kanssa leikkaushinnoissa. Hankkeen toisessa vaiheessa yliopistosairaalan toiminnan optimointia ei koettu riittäväksi ratkaisuksi. Laajemman ongelmanasettelun myötä kehittämishankkeessa käytiin vuoden 2008 ajan keskustelua kaiken – perus- ja erikoistaso, yksityinen ja julkinen, viisi sairaanhoitopiiriä – kattavasta uudesta toimintamallista. Keskustelu kaiken kattavasta optimoinnista ei kuitenkaan tuottanut mitään konkreettista ratkaisumallia. Näin ollen hankkeessa oli kahden ensimmäisen vaiheen aikana noussut esiin kaksi ääripäätä, ja kolmannessa vaiheessa uuden muutosjohtajan mukanaan tuomaa muutosvaihtoehtoa lähdeittiinkin muokkaamaan tähän hankkeen aiemmissa vaiheissa syntyneeseen ”tilaan” sopivaksi. Muutosvaihtoehto sisälsi osittaisen, mutta riittävän, ratkaisun hankkeen toisessa vaiheessa esitettyyn vaatimukseen silmäsairaanhoidon kentän kokonaisuuden huomioimisesta määriteltessään uudelleen perus- ja erikoistasoisen toiminnan välistä rajapintaa yliopistosairaanhoitopiirin alueella. Varsinaisesti myös hankkeen toisessa vaiheessa laajempaa muutosvaihtoehtoa kannattaneet toimijat vakuuttanut ajatus sisältyi kuitenkin yliopistosairaalan oman toiminnan tehostamiseen. Uuden toimintapolitiikan myötä tehostomutta ratkaistaan yliopistosairaalassa ensiksikin työprosesseja standardoimalla, sekä siirtämällä joitain lääkäreille aiemmin kuuluneita tehtäviä hoitajille ja edelleen teknisille avustajille. Toiseksi, yliopistosairaalan tehokkuutta pyritään lisäämään keskittämällä aiemmin kuudessa eri toimipisteessä tapahtunutta silmäsairaanhoitoa yhteen uuteen, Silmäkeskus nimellä kulkevaan rakennukseen. Kolmanneksi, malliin sisältyy mahdollisuus organisaatiomuodon muuttamiseen kohti osakeyhtiö- tai osuuskuntamuotoa, ja siten suuren organisaation byrokratiasta ja sairaanhoitopiirin poliittisesta ohjauksesta irtautumiseen. Itse uusi silmäkeskusrakennus taas antaa mahdollisuuden volyymien lisäämiseen, jos yksikkö onnistuu tavoitteessaan yksityisen sektorin markkinoiden kaappaamisesta. Ja nimenomaan tämä, pyrkimys yksityisen sektorin tarpeettomaksi tekemiseen, oli myös laajempaa muutosvaihtoehtoa aiemmin kannattaneet toimijat vakuuttanut argumentti.

Hankkeen kahdessa ensimmäisessä vaiheessa pitäytymistä yhden sairaanhoitopiirin ja julkisen erikoissairaanhoidon sisällä argumentoitiin poliittisten päätösten tekemisen vaikeudella erilaisia rajapintoja ylittävien ratkaisujen kohdalla. Itse poliittisiin päätöksiin asti näissä vaiheissa ei kuitenkaan päästy. Hankkeen kolmannessa vaiheessa sisään ajettava ratkaisu vaikutti hyvin vallitsevaan poliittiseen ilmapiiriin sopivalta. Ratkaisu ei ylittänyt poliittisia päätöksiä vaativia, sairaanhoitopiirien tai julkisen ja yksityisen

sektorin välisiä rajoja, mutta hämärsi rajaa perus- ja erikoistasoisen hoidon väliltä, kuten tekeillä olleessa uudessa terveydenhuoltolaissa tiedettiin suositeltavan. Näin ollen ratkaisun poliittinen toteutettavuus ei noussut kehittämistyössä juurikaan agendalle. Ainoa varsinainen poliittinen päätös koski uuden Silmäkeskuksen rakennussuunnitelun aloittamista, ja myöhemmin vuonna 2009 rakennussuunnitelman hyväksyminen vaikutti itse asiassa rytmittävän koko muunkin hankkeen etenemistä.

Hankkeen ensimmäisen ja toisen vaiheen epäonnistumisissa oli niihin osallistuvien toimijoiden erilaisten tulkintojen lisäksi kyse myös puutteista hankkeen johtamisessa. Hankkeen kolmas vaihe erosi aiemmista siinä, että nyt eri hankkeeseen osallistuvien toimijoiden tehtävät ja vastuut oli määritelty selvästi. Uuden toimintapolitiikan rakentamisen ja läpiviemisen kokonaisuudesta vastasi sitä varten rekrytoitu muutosjohtaja. Apunaan hänellä oli 6 henkinen projektiryhmä. Sairaanhoidopiirin ylimmistä viranhaltijoista ja kahdesta alueen kuntajohtajasta koostuva ohjausryhmä taas vastasi hankkeen talouden ja suurten linjojen seuraamisesta, valvonnasta ja hyväksymisestä. Tämä eri johtamisen tasojen välinen yhteistyö auttoi etenkin laajemman kuntajohtajiston hyväksynnän saavuttamisessa uudelle toimintamallille. Kuntajohtajilla oli nimittäin aluksi huomattavia epäilyksiä uutta toimintamallia kohtaan. Kritiikkiä kohdistettiin etenkin uuteen toimintamalliin liittyvään McDonaldisaation, eli toimintaprosessien standardoimiseen ja erikoisosajien autonomian vähentämiseen. Tilanteissa, joissa uusi toimintapolitiikka kohtasi huomattavaa kritiikkiä, puolusti yliopistosairaanhoidopiirin ylin johto uuteen malliin siirtymiseen liittyviä mahdollisuuksia. Heidän hankkeen kolmannessa vaiheessa ottamansa kanta tulee hyvin esiin puheenvuorossa: ”*Tässä on nyt erittäin suuri terveystaloudellinen valinta. Hyvin toimivalla systeemillä, johon kunnat saadaan uskomaan, tehdään suuri terveystaloudellinen valinta vähentää yksityisen sektorin tarvetta ja toimintamahdollisuuksia. Hankkeen aikana esiin nousseet kokemukset Pohjois-Suomesta viittaavat siihen, että kun julkinen sektori toimii tehokkaasti, ei yksityisille palveluille ole saman lailla tarvetta. Tällöin julkisen puolen houkuttavuus saattaa työpaikkanakin lisääntyä.*” Muutosjohtajan voitettua sairaanhoidopiirin johdon luottamuksen omaa toimintapolitiikkaansa kohtaan, auttoi piirin johto siis kuntajohtajien vakuuttamisessa.

Kuntapäätäjien ohella haasteelliseksi osoittautui silmälääkäreiden hyväksynnän saavuttaminen. Kuten kuntapäätäjillä, myös lääkäreillä suurin kritiikki kohdistui alkuvaiheessa toimintojen standardoimiseen ja pyrkimykseen toiminnan tehostamisesta

niukkaa lääkäri työvoimaa tehokkaammin hyödyntämällä: ”*Musta tämä koko uusi malli vaikuttaa kyllä aika hurjalta. Tässä meidät korkeasti koulutetut asiantuntijat laitetaan juoksemaan usean salin väliä, eikä aikaa jää lainkaan tutkimukselle ja oman osaamisen kehittämiseksi... Tällainen käyttämissentraliteetti on kyllä jätettävä tästä pois, tai ei täällä kohta ole ketään töissä.*” Vaihtoehtoaan läpi viedessään muutosjohtaja kohtasi nyt tilanteen, jossa edes huolellisesti rakennetut vertailutiedot hänen ajamansa muutosvaihtoehdon hyvydestä eivät riittäneet vakuuttamaan silmälääkäreitä. Tässä tilanteessa hän nosti agendalle kysymykseen liittyvän eettisen valinnan, kehystämällä päätöksen jättää hänen ajamansa muutokset toteuttamatta päätökseksi jättää suuri osa hoitoa tarvitsevista potilaista hoitamatta. Käymällä eettiseen valintaan liittyviä, sekä kahdenkeskisiä että koko henkilöstön kattavia, keskusteluja alaistensa kanssa, muutosjohtaja onnistuikin saamaan kaikkein syvimmin julkisen sairaanhoidon kehittämiseen sitoutuneet osajat puolelleen. Näiden ensimmäisinä muutoksen toteuttamiseen sitoutuneiden osajien panosta hän hyödynsi jatkotyössä jakamalla kullekin vastuun jonkin potilasryhmän hoitamisen kehittämisestä. Muutostyön edetessä näiden ensimmäisten innostujien mukaan lähti sitten hitaasti osa muutakin lääkärikuntaa.

Muutosten arviointi-aspektin miettiminen oli mukana jo kehittämishankkeen ensimmäisessä vaiheessa. Tuolloin ei kuitenkaan ollut selvää käsitystä siitä, mitä tietojaa pitäisi kerätä, eikä siitä, mihin tietoja tulisi verrata. Hankkeen kolmannen vaiheen alussa yliopistosairaanhoitopiirin silmäsairanhoidosta kerättiin kattavat tiedot. Vertailutietoa kerättiin Pohjois-Suomesta, Intian ja Hollannin vierailuilta, sekä tutkimuskirjallisuudesta. Yliopistosairaanhoitopiirin tietojen benchmarkkaamista kaikkiin näihin vertailutiedon lähteisiin käytettiin sitten sekä muutostarpeiden osoittamiseen että uuden toimintamallin suhteen tehtävien ratkaisujen perustelemiseen. Ratkaisuagendan kehystämisen taustalla käytettiin erityisesti vertailutietoa Pohjois-Suomessa sijaitsevan sairaanhoitopiirin alueelta, jonka tilanteen uusi muutosjohtaja tunsi hyvin. Muutosjohtajan mukaan Pohjois-Suomen esimerkin mukaisesti tehokkaammin toimiva yliopistosairaala ajaisi lähitulevaisuudessa Etelä-Suomessakin yksityiset sairaalat ahtaalle, jolloin työvoimasta ei enää ylipäänsä tarvitsisi kilpailla. Edes muutoskriittikkiä kehittämishankkeen kolmannessa vaiheessa esittäneet kuntapäätäjät, tai yliopistosairaalan työntekijät eivät missään vaiheessa tarttuneet siihen, että Pohjois-Suomessa, josta muutosjohtajan vertailutiedot ja uusi toimintamalli olivat peräisin, ei ole missään vaiheessa

ollutkaan Etelä-Suomen kaltaisia markkinoita, eikä siten yksityissairaaloiden volyyymia, jonka kanssa silmälääkäreistä etelässä kilpaillaan.

Taulukko 2. Silmänsairaanhoidon kehittämishankkeen vaiheistus

Vaihe	Ongelma	Ongelman syyt	Ratkaisu- vaihtoehto	Poliittiset päätökset	Läpivienti	Arviointi
1	Yliopistosairaalan työntekijäpula ja tehottomuus	–	Huippuyksikön rakentaminen yliopistosairaalaan	–	–	–
2	Palvelutuotantorakenteen hajanaisuus ja julkisen sektorin työntekijäpula	Rahoitusjärjestelmän monikनावaisuus, Epäoptimaalinen työn- ja vastuunjako eri organisaatioiden välillä	Keskustelu kaiken kattavasta alueellisesta mallista: julkinen ja yksityinen, perus- ja erikoistaso, viisi sairaanhoitopiiriä	Päätös uudelleenorganisoida kehittämissä työtä tehnyt projektiryhmä	–	–
3	Yliopistosairaalan tehottomuus ja yhteistyön puute perusterveydenhuollon kanssa	Johtajuuden puute yliopistosairaalassa, Kuntien palveluostot yksityiseltä yliopistosairaalan sijaan	Yliopistosairaalan toiminnan ”McDonaldisaatio” ja yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa	Päätös rakentaa uusi Silmäkeskus	Eri johtamisen tasojen välinen yhteistyö, Muutosvaihtoehdon kehystäminen eettiseksi valinnaksi	Muutostarpeen sekä uuden muutosvaihtoehdon hyvyyden perusteleminen vertailutiedon avulla

Lähtötilaisuudessa on mielenkiintoista nähdä, kuinka muutosjohtajan julkisessa sairaalassa läpi ajamat ratkaisut käytännössä vaikuttavat alueellisen silmänsairaanhoidon rakenteelliseen toimintaympäristöön. Ennen kaikkea, nouseeko hankkeen käynnistämisen taustalla ollut, ja sen kolmannessa vaiheessa tarpeettomana hylätty ongelma julkisen sektorin silmälääkäripulasta taloudellisen nousukauden myötä uudestaan agendalle? Taloudellinen matalasuhdanne saattoi vuonna 2009 suurestikin vaikuttaa silmälääkäreiden halukkuuteen sitoutua ainakin jonkinasteisesti julkisessa sairaalassa työskentelemiseen.

5.2 Työntekijät rakennemuutosten seurausten kokijoina

Osatutkimus 3. Ovatko julkisten sairaaloiden rakennemuutokset yhteydessä sairaalatyöntekijöiden arvioihin omasta työkyvystään, ja jos ovat, niin miten?

Kolmannessa osatutkimuksessa tarkasteltiin rakennemuutosten yhteyttä työntekijöiden itse arvioimaan työkykyyn analysoimalla yhteyksiä kysymyspatteristojen välillä, joissa vastaajia pyydettiin: a) tunnistamaan omalla työpaikallaan viimeisen kahden vuoden aikana tapahtuneet rakennemuutokset, b) arvioimaan näiden muutosten ymmärrettävyyttä ja omia mahdollisuuksiaan osallistua muutosten suunnitteluun ja toteuttamiseen, sekä c) arvioimaan omaa työkykyään ja työkyvyn eri osatekijöihin liittyvien väittämien paikkaansa pitävyyttä kyselyhetkellä.

Kaikkiaan 2429 vastaajasta rakennemuutoksia oli viimeisen kahden vuoden aikana kohdannut 68,3 prosenttia, eli 1659 vastaajaa. Vastaajien taustatiedot suhteessa omalla työpaikalla tapahtuneeseen rakennemuutokseen on esitetty taulukossa 3. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa minkään tarkastellun taustamuuttujan suhteen.

Taulukko 3. Vastaajat taustamuuttujittain suhteessa viimeisen kahden vuoden aikana koettuun rakennemuutokseen

	Rakennemuutos viimeisen 2 vuoden aikana		
	Kaikki	Ei	Kyllä
Sukupuoli			
Mies	204 (8.5)	65 (8.4)	139 (8.4)
Nainen	2225 (91.6)	705 (91.6)	1520 (91.6)
Ikä			
Alle 45 vuotta	929 (38.2)	307 (39.9)	622 (37.5)
45–54 vuotta	841 (34.6)	251 (32.6)	590 (35.6)
Yli 55 vuotta	659 (27.1)	212 (27.5)	447 (26.9)
Siviilisäätö			
Naimaton	213 (8.8)	68 (8.8)	145 (8.7)
Avoliitto tai naimisissa	1887 (77.7)	605 (78.6)	1282 (77.3)
Eronnut, asumusero tai leski	328 (13.5)	97 (12.6)	231 (13.9)
Ammatillinen koulutus			
Ei koulutusta tai ammatillinen kurssi	201 (8.3)	76 (9.9)	125 (7.6)
Ammattikoulu tai muu keskiasteen tutkinto	1492 (61.7)	463 (60.5)	1029 (62.3)
Ammattikorkea- tai yliopistotutkinto	724 (30.0)	226 (29.5)	498 (30.1)
Esimiesasema			
Ei	2204 (92.1)	700 (92.6)	1504 (91.9)
Kyllä	189 (7.9)	56 (7.4)	133 (8.1)

Taulukossa 4 on esitetty rakennemuutoksen kokeneiden työntekijöiden riski kokea työkykynsä ja työkyvyn eri osatekijät puutteelliseksi, verrattuna niihin vastaajiin, joiden organisaatioissa muutoksia ei ollut tapahtunut. Taulukosta huomataan, että rakennemuutoksen viimeisen kahden vuoden aikana kokeneilla vastaajilla on lähes puolitoistakertainen riski kokea työkykynsä puutteelliseksi. Sen sijaan itse arvioidun terveydentilan kohdalla ryhmien välillä ei ole merkitsevää eroa. Riski sille, että vastaajien osaaminen ei vastaa työtehtäviä on muutoksen kokeneilla 1.27-kertainen, kuten on myös riski työkyvyn kannalta negatiivisiin asenteisiin ja sitoutumattomuuteen. Rakennemuutoksia kokemattomiin verrattuna muutoksia kokeneilla on suurempi riski kokea työhön liittyviä asioita negatiivisesti. Työpaikalla tehtävien päätösten epäoikeudenmukaisuuden kohdalla riski on 1.76-kertainen, työyhteisön puutteellisen toimivuuden kohdalla puolitoistakertainen, epäselvän tehtävänkuvan rasittavuuden kohdalla 1.42-kertainen ja kiireen rasittavuuden kohdalla yli kaksinkertainen.

Taulukko 4. Rakennemuutoksen kokeneiden vastaajien riski puutteelliseen itse arvioituun työkykyyn ja puutteellisen työkyvyn eri osatekijöihin

Selitettävät muuttujat	Muutoksen kokeneet (OR)
Itse arvioitu työkyky puutteellinen	1.49 ***
Itse arvioitu terveys keskinkertainen tai huono	1.18
Osaaminen ei vastaa työtehtäviä	1.27 **
Asenteet ja sitoutuminen eivät tue työkykyä	1.27 *
Työhön liittyvät tekijät	
Työpaikalla tehtävät päätökset epäoikeudenmukaisia	1.76 ***
Työyhteisön toimivuus puutteellinen	1.54 ***
Epäselvä tehtäväkuva rasittaa	1.42 ***
Kiire rasittaa	2.04 ***

Vertailuluokkana ovat vastaajat, jotka eivät olleet kokeneet organisatorista muutosta.

Jokaisessa logistisessa regressiomallissa on vakioitu sukupuoli, ikä, siviilisäätö, ammatillinen koulutus sekä esimiesasemassa toimiminen.

p * < .05, ** < .01, *** < .001

Kaikkiaan 1659 muutoksia kohdanneesta vastaajasta kokemansa muutoksen arvioi ei-ymmärrettäväksi 81,9 prosenttia, eli 1359 vastaajaa. Muutokseen vaikuttamismahdollisuutensa arvioi puutteellisiksi 90 prosenttia muutoksia kohdanneista, eli 1493 vastaajaa. Vastaajien taustatiedot suhteessa muutosten ymmärrettävyyteen ja muutoksiin osallistumismahdollisuuksiin on esitetty taulukossa 5. Muutokset ei-ymmärrettäviksi kokeneet olivat muutokset ymmärrettäviksi kokeneita useammin, ja muutoksiin osallistumismahdollisuutensa huonoiksi kokeneet muutoksiin osallistumismahdollisuutensa hyväksi kokeneita useammin, ei-esimiesasemassa olevia, ammattikoulun tai muun keskiasteen tutkinnon suorittaneita ja naisia.

Taulukko 5. Vastaajat taustamuuttujittain suhteessa rakennemuutosten ymmärrettävyyteen ja muutokseen osallistumismahdollisuuksiin

	Muutos ymmärrettävä		Muutokseen osallistumismahdollisuudet hyvät	
	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
Sukupuoli		*		***
Mies	35 (11.6)	107 (7.9)	30 (17.9)	112 (7.5)
Nainen	265 (88.4)	1252 (92.1)	136 (82.1)	1381 (92.5)
Ikä				
Alle 45 vuotta	113 (37.8)	514 (37.8)	56 (34)	575 (38.5)
45–54 vuotta	109 (36.4)	478 (35.2)	64 (38.3)	524 (35.1)
Yli 55 vuotta	78 (25.8)	367 (27.0)	46 (27.7)	394 (26.4)
Siviilisäät				
Naimaton	23 (7.8)	121 (8.9)	12 (7.4)	131 (8.8)
Avoliitto tai naimisissa	234 (77.9)	1051 (77.4)	123 (74.1)	1161 (77.8)
Eronnut, asumusero tai leski	43 (14.3)	186 (13.7)	31 (18.5)	200 (13.4)
Ammatillinen koulutus		**		***
Ei koulutusta tai ammatillinen kurssi	28 (9.2)	99 (7.3)	13 (8.1)	113 (7.6)
Ammattikoulu tai muu keskiasteen tutkinto	158 (52.9)	867 (64.1)	80 (48.4)	946 (63.6)
Ammattikorkea- tai yliopistotutkinto	113 (37.9)	387 (28.6)	72 (43.5)	428 (28.8)
Esimiesasema		***		***
Ei	246 (83.2)	1258 (93.8)	126 (76.7)	1376 (93.4)
Kyllä	50 (16.8)	83 (6.2)	38 (23.3)	97 (6.6)

p* < .05, ** < .01, *** < .001

Taulukossa 6 on esitetty muutoksen ei-ymmärrettäväksi kokeneiden vastaajien riski kokea työkykynsä ja työkyvyn eri osatekijät puutteelliseksi, verrattuna niihin vastaajiin, jotka pitivät kokemiaan muutoksia ymmärrettävinä. Taulukosta nähdään, että muutokset ei-ymmärrettäväksi kokeneilla on lähes kaksinkertainen riski kokea työkykynsä huonoksi verrattuna muutokset ymmärrettäväksi kokeneisiin. Itse arvioidun terveydentilan kohdalla riski on yli puolitoistakertainen. Riski sille, että osaaminen ei vastaa työtehtäviä ei ole ryhmien välillä merkitsevä. Sen sijaan muutokset ei-ymmärrettäväksi kokeneilla on lähes kaksinkertainen riski työkyvyn kannalta negatiivisiin asenteisiin ja sitoutumattomuuteen. Työpaikalla tehtävien päätösten epäoikeudenmukaisuuden kohdalla riski on yli nelinkertainen, työyhteisön puutteellisen toimivuuden sekä epäselvän tehtävän kuvan rasittavuuden kohdalla yli kaksinkertainen ja kiireen rasittavuuden kohdalla lähes kaksinkertainen.

Taulukossa 6 on esitetty myös muutokseen osallistumismahdollisuutensa huonoiksi kokeneiden vastaajien riski kokea työkykynsä ja työkyvyn eri osatekijät puutteelliseksi, verrattuna niihin vastaajiin, jotka pitivät muutokseen osallistumismahdollisuuksiinsa

hyvinä. Taulukosta huomataan, että muutoksiin osallistumismahdollisuutensa huonoiksi kokeneilla on yli kaksinkertainen riski kokea työkykynsä huonoksi verrattuna osallistumismahdollisuutensa hyväksi kokeneisiin. Itse arvioitun terveydentilan kohdalla ryhmien välillä ei ole merkitsevää eroa, kuten ei myöskään siinä, vastaako työntekijän osaaminen hänen työtehtäviään. Sen sijaan muutoksiin osallistumismahdollisuutensa huonoiksi kokeneilla on yli kaksinkertainen riski työkyvyn kannalta negatiivisiin asenteisiin ja sitoutumattomuuteen. Työpaikalla tehtävien päätösten epäoikeudenmukaisuuden kohdalla riski on lähes viisinkertainen, työyhteisön puutteellisen toimivuuden sekä kiireen rasittavuuden kohdalla yli kaksinkertainen ja epäselvän tehtävänkuvan rasittavuuden kohdalla puolitoistakertainen.

Taulukko 6. Muutokset ei-ymmärrettäviksi arvioineiden vastaajien ja muutokseen osallistumismahdollisuutensa huonoiksi arvioineiden vastaajien riski puutteelliseen itse arvioituun työkykyyn ja puutteellisen työkyvyn eri osatekijöihin

Selittävät muuttajat	Muutos ei ymmärrettävä (OR)	Muutokseen osallistumismahdollisuudet huonot (OR)
Itse arvioitu työkyky puutteellinen	1.99***	2.16***
Itse arvioitu terveys keskinkertainen tai huono	1.58**	1.35
Osaaminen ei vastaa työtehtäviä	1.13	0.90
Asenteet ja sitoutuminen eivät tue työkykyä	1.92***	2.07**
Työhön liittyvät tekijät		
Työpaikalla tehtävät päätökset epäoikeudenmukaisia	4.25***	4.88***
Työyhteisön toimivuus puutteellinen	2.35***	2.03***
Epäselvä tehtävänkuva rasittaa	2.19***	1.56*
Kiire rasittaa	1.89***	2.26***

Vertailuluokkina muutokset ymmärrettäviksi kokeneet ja muutokseen osallistumismahdollisuutensa hyväiksi kokeneet.

Jokaisessa logistisessa regressiomallissa on vakioitu sukupuoli, ikä, siviilisäätö, ammatillinen koulutus sekä esimiesasemassa toimiminen.

p * < .05, ** < .01, *** < .001

Osatutkimuksen tulokset siis osoittivat, että rakennemuutoksia viimeisen kahden vuoden aikana kohdanneilla työntekijöillä oli noin puolitoistakertainen riski kokea työkykynsä puutteelliseksi verrattuna niihin työntekijöihin, joiden työpaikalla muutoksia ei ollut tapahtunut. Toiseksi, muutokset ei-ymmärrettäviksi kokeneilla työntekijöillä oli muutokset ymmärrettäviksi kokeneisiin verrattuna lähes kaksinkertainen, ja muutok-

seen osallistumismahdollisuutensa huonoiksi kokeneilla osallistumismahdollisuutensa hyväksi kokeneisiin verrattuna yli kaksinkertainen, riski kokea työkykynsä puutteelliseksi. Kolmanneksi, alentunut työkyky selittyi muutoksia kohdanneilla, kuten myös muutokset ei-ymmärrettäviksi kokeneilla ja muutoksiin osallistumismahdollisuutensa huonoiksi kokeneilla työntekijöiden voimavaratekijöiden (kuten terveys) romahtamista paremmin työn kuormitustekijöiden (kuten kiireen rasittavuus) kasvulla. Sairaalahenkilöstön kohdalla tulokset eivät miltään osin poikenneet tilastollisesti merkitsevästi sosiaali- ja terveysalan muilla sektoreilla työskentelevien keskiarvoista.

Osatutkimus 4. Onko julkisten sairaaloiden liikelaitostamismuutoksilla yhteyttä sairaalatyöntekijöiden sairausvakuutusjärjestelmästä korvatuille työkyvyttömyysjaksoille hakeutumiseen?

Neljännessä osatutkimuksessa tutkittiin työkyvyttömyyden riskiä työntekijöillä, joista 962 oli kokenut liikelaitostamismuutoksen ja 1832 ei ollut kokenut liikelaitostamismuutosta. Vastajien taustatiedot suhteessa omalla työpaikalla tapahtuneeseen liikelaitostamismuutokseen on esitetty taulukossa 7. Muutoksen kokeneet työntekijät olivat muutosta kokemattomia vanhempia ja sukupuoleltaan useammin naisia. He olivat muutosta kokemattomia useammin ammatiltaan laboratoriohoitajia ja harvemmin röntgenhoitajia, edustivat useammin alempia toimihenkilöitä, työskentelivät useammin vakituisissa työsuhteissa, asuivat pienemmissä asunnoissa ja heillä oli ollut enemmän sairauslomia viimeksi kuluneiden kahden vuoden aikana.

Taulukko 7. Työntekijöiden lähtöpisteen statukset suhteessa liikelaitostamismuutokseen

Lähtöpisteen statukset	Liikelaitostamismuutos			p Arvo
	Kaikki (n=2794)	Ei (n=1832)	Kyllä (n=962)	
Ikä: ka (kh) *	43.3 (9.6)	42.1 (9.5)	45.5 (9.5)	<0.001
Sukupuoli				0.001
Mies	386 (13.8)	281 (15.3)	105 (10.9)	
Nainen	2408 (86.2)	1551 (84.7)	856 (89.1)	
Ammatti				<0.001
Laboratoriohoitaja	958 (34.3)	501 (27.3)	457 (47.5)	
Röntgenhoitaja	624 (22.3)	484 (26.4)	140 (14.6)	
Muu	1212 (43.4)	847 (46.3)	365 (37.9)	
Sosioekonominen asema				< 0.001
Ylempi toimihenkilö	613 (21.9)	438 (23.9)	175 (18.2)	
Alempi toimihenkilö	2117 (75.8)	1341 (73.2)	776 (80.7)	
Suorittava taso	64 (2.3)	53 (2.9)	11 (1.1)	
Työsuhde				< 0.001
Vakituisen	1901 (68.0)	1118 (61.0)	783 (81.4)	
Määräaikainen	893 (32.0)	714 (39.0)	179 (18.6)	
Asunnon koko: ka (kh) *	98.6 (41.2)	100.2 (42.7)	95.6 (38.0)	0.012
Sairaslomapäivät viimeisen 2 vuoden aikana: ka (kh) *	10.5 (32.3)	9.5 (31.5)	12.2 (33.6)	0.015

* ka = keskiarvo, kh = keskihajonta

Yhteensä 503 uutta työkyvyttömyystapausta ilmaantui 25,726 henkilövuotta kattaneessa seurannassa, eli 1.96 tapausta per 100 henkilövuotta. Työkyvyttömyys oli yleisempää vanhemmilla työntekijöillä, naisilla, alempia toimihenkilöitä ja suorittavaa tasoa edustavilla työntekijöillä, vakituisessa työsuhteessa olevilla, sekä viimeisen kahden vuoden aikana eniten sairauslomia viettäneillä. Ensimmäinen vähintään kolme kuukautta kestänyt työkyvyttömyysjakso alkoi 10 päivän kuluttua seurannan alkamisesta, keskimäärin työntekijät olivat seurannassa 9.2 vuotta ja pisimmillään 13.0 vuotta.

Taulukossa 8 on esitetty yhteys liikelaitostamismuutoksen ja sitä seuranneiden työkyvyttömyysjaksojen välillä. Ikä- ja sukupuolivakioidussa mallissa liikelaitostamismuutoksen kokeneiden työntekijöiden työkyvyttömyyden riski (riskitehyksien suhde 0.83, 95% luottamusväli 0.68–1.00) ei poikennut tilastollisesti merkitsevästi niistä työntekijöistä, joiden työpaikalla ei ollut tapahtunut liikelaitostamismuutosta. Ammatin, sosioekonomisen statuksen, työsuhteen muodon ja asunnon koon vakioiminen eivät juuri muuttaneet riskitehyksien suhdetta (HR), kuten ei muuttanut myöskään seuranta edeltävän kahden vuoden ajalta mitattujen sairauslomien vakioiminen.

Taulukko 8. Yhteys liikelaitostamismuutoksen ja työkyvyttömyyden välillä

Työkyvyttömyys							
Liikelaitostamis muutos	Määrä	Tapaukset	Hlövuodet	Tapaukset per 1000 hlövuotta	HR (95% LV) malli 1*	HR (95% LV) malli 2*	HR (95% LV) malli 3*
Ei	1832	348	17859	19.5	1.00	1.00	1.00
Kyllä	962	155	7867	19.7	0.83 (0.68–1.00)	0.82 (0.66–1.00)	0.83 (0.67–1.02)

* Malli 1 vakioitu iän ja sukupuolen suhteen

* Malli 2 lisäksi vakioitu ammatin, sosioekonomisen aseman, työsuhteen muodon ja asunnon koon suhteen

* Malli 3 lisäksi vakioitu ammatin, sosioekonomisen aseman, työsuhteen muodon, asunnon koon ja viimeisen 2 vuoden aikaisten sairauslomien suhteen

Taulukossa 9 on esitetty yhteys liikelaitostamismuutoksen ja sitä seuranneiden työkyvyttömyysjaksojen välillä laboratorio- ja röntgenhoitajilla. Ikä- ja sukupuolivakioidussa mallissa liikelaitostamismuutoksen kokeneiden laboratorio- ja röntgenhoitajien työkyvyttömyyden riski (riskitiheyksien suhde 0.90, 95% luottamusväli 0.70–1.15) ei poikennut tilastollisesti merkitsevästi niistä työntekijöistä, joiden työpaikalla ei ollut tapahtunut liikelaitostamismuutosta. Ammatin, työsuhteen muodon, asunnon koon ja seurantaa edeltävän kahden vuoden ajalta mitattujen sairauslomien vakioiminen eivät juuri muuttaneet riskitiheyksien suhdetta.

Taulukko 9. Yhteys liikelaitostamismuutoksen ja työkyvyttömyyden välillä laboratorio- ja röntgenhoitajilla

Työkyvyttömyys							
Liikelaitostamis muutos	Määrä	Tapaukset	Hlövuodet	Tapaukset per 1000 hlövuotta	HR (95% LV) malli 1*	HR (95% LV) malli 2*	HR (95% LV) malli 3*
Ei	985	183	9631	19.0	1.00	1.00	1.00
Kyllä	597	100	4935	20.3	0.90 (0.70–1.15)	0.93 (0.71–1.21)	0.92 (0.70–1.20)

* Malli 1 vakioitu iän ja sukupuolen suhteen

* Malli 2 lisäksi vakioitu ammatin, työsuhteen muodon ja asunnon koon suhteen

* Malli 3 lisäksi vakioitu ammatin, työsuhteen muodon, asunnon koon ja viimeisen 2 vuoden aikaisten sairauslomien suhteen

Tässä suomalaisia sairaalatyöntekijöitä koskeneessa tutkimuksessa emme löytäneet kohonnutta työkyvyttömyyden riskiä työntekijöiltä, jotka olivat aiemmin kokeneet liikelaitostamismuutoksen omalla työpaikallaan. Tulos on erisuuntainen aiemman ulkomaisen tutkimuksen kanssa, jossa tarkasteltiin muilla, kuin sairaanhoidon sektorilla toimivien julkisten organisaatioiden liikelaitostamista.

6 Pohdintaa tutkimuksen tuloksista ja niiden tuottamisesta

6.1 Tutkimuksen välitön käytännön anti

Työpaikallaan rakennemuutoksia kohdanneiden sairaalatyöntekijöiden riski kokea työkykynsä puutteelliseksi osoittautui tässä tutkimuksessa puolitoistakertaiseksi verrattuna niihin työntekijöihin, joiden työpaikoilla muutoksia ei ollut tapahtunut. Löydös laittaa ainakin tutkijan pohtimaan, ovatko muutoksilla pitkässä juoksussa saavutettavat hyödyt aina siinä määrin merkittäviä, että ne legitimoivat työntekijöiden työkyvyn heikkenemisenä tässä tutkimuksessa todetut haitat. Esimerkiksi talouden liikevoimat pitänevät lähitulevaisuudessakin huolen siitä, että palvelutuotannon rakenteita ja työn organisointia on painetta kehittää jatkuvasti myös julkisissa sairaaloissa. Tässä yhteydessä on hyvä huomata se, että jatkuvat rakennemuutokset eivät aiheuta kustannuksia vain työntekijöille, vaan myös työnantajille sekä suomalaiselle yhteiskunnalle laajemminkin.

Työntekijöillä, jotka kokivat kohtaamansa rakennemuutokset ei-ymmärrettäviksi tai muutoksiin osallistumismahdollisuutensa huonoiksi, riski itse arvioituun puutteelliseen työkykyyn todettiin noin kaksinkertaiseksi verrattuna niihin muutoksia kohdanneisiin, jotka kokivat muutokset ymmärrettäviksi, tai osallistumismahdollisuutensa hyväksi. Kun muutosten toteuttamisen tavalla on aiemmin todettu olevan merkitystä sairaalatyöntekijöiden motivaatiotekijöille, hyvinvoinnille sekä terveydelle (Schweiger & Ivancevich 1985; Valtee 1999; Lindström ym. 2005b; Hansson ym. 2008), ei tuloksessa ole sinänsä mitään ihmeellistä. Käytännön antia voi sen sijaan olla sillä, että tutkimukseen osallistuneista työntekijöistä alle viidennes arvioi kokemansa muutokset ymmärrettäviksi ja vain yksi työntekijä kymmenestä arvioi omat muutoksiin osallistumismahdollisuutensa hyväksi. Sairaalan työntekijät eivät siis yleisesti ymmärrä omaa

työpaikkaansa koskettavien rakennemuutosten syitä, eikä heillä ole omasta mielestään riittäviä mahdollisuuksia osallistua muutosten toteuttamiseen. Aivan erityisesti on jatkossa syytä kiinnittää huomiota lyhyemmän koulutuksen ammattiryhmien asemaan sairaaloiden rakennemuutosprosesseissa. Muutosten ymmärrettävyys, sekä muutoksiin osallistumismahdollisuudet näyttäytyivät sairaalan ammattihierarkian alapäässä vielä keskiarvolukujakin synkempinä.

Rakennemuutoksia kohdanneiden työntekijöiden kohonnut riski puutteelliseen itse arvioituun työkykyyn selittyi työntekijöiden voimavaratekijöiden (kuten terveyden) romahtamista paremmin työn kuormitustekijöiden kasvulla. Rakennemuutoksen kohdanneilla työntekijöillä oli kohonnut riski kokea omalla työpaikallaan tehtävät päätökset epäoikeudenmukaisiksi, työyhteisön toimivuus puutteelliseksi, tehtävänkuvansa epäselväksi, sekä liiallisessa määrin kiirettä. Rakennemuutosten vaikutuksia saattaakin jatkossa olla hedelmällistä seurata paitsi yleisesti käytössä olevilla terveyden ja sairastavuuden mittareilla, myös itse arvioidun työkyvyn ja työkykyyn vaikuttavien eri tekijöiden osoittimilla. Työntekijöiden terveys kun on vain rajallisessa määrin riippuvainen työhön liittyvistä tekijöistä, ja toisaalta työntekijöiden työkyky muodostuu tämänkin tutkimuksen tulosten mukaan yksilön terveyden lisäksi useista muista osatekijöistä ja näiden eri osatekijöiden välisestä keskinäisyydestä.

Eryyisenä rakennemuutostyyppinä tutkimuksessa tarkasteltiin julkisten sairaaloiden toiminnallisten yksiköiden liikelaitostamista. Käytettäessä työkyvyttömyyden osoittimena vähintään kolmen kuukauden mittaisia sairausvakuutusjärjestelmästä korvattuja työkyvyttömyysjaksoja, ei liikelaitostamismuutoksilla havaittu olevan yhteyttä sairaalatyöntekijöiden työkyvyttömyyteen. Tulos on erisuuntainen Whitehall II tutkimuksesta saatujen tulosten kanssa, jotka ovat osoittaneet liikelaitostamismuutoksen yhteyden brittiläisten virkamiesten huonoon itse arvioituun terveydentilaan, kohonneeseen verenpaineeseen ja painoon sekä työkyvyttömyyteen (Ferrie ym. 1998; Virtanen ym. 2010). Tuloksen mukaan liikelaitostaminen ei uhkaa sairaalatyöntekijöiden työkykyä. On kuitenkin hyvä huomata, että tutkimuksessa tarkastellut, 1990-luvun lopulla ja 2000-luvun alussa, liikelaitostetut toimintayksiköt eivät edusta suomalaisia julkisia sairaaloita kokonaisuudessaan, vaan ainoastaan laboratorio- ja kuvantamispalveluita. Toisaalta juuri se, että osatutkimuksessa seurattiin samankaltaista työtä viidessä eri sairaalassa tekeviä työntekijöitä, tekee tutkimuksesta metodologisesti Whitehall II -tutkimusta tarkemman. Metodologista tarkkuutta lisää edelleen osatutkimuksesta löytyvä

erillinen analyysi, jossa mukana ovat vain laboratoriohoitajat ja röntgenhoitajat. Nämä kaksi työntekijäryhmää muodostavat sekä koulutustaustaltaan että työnkuvaltaan hyvin homogeenisen joukon, toisin kuin laaja kirjo brittiläisiä virkamiehiä. Lisäksi on hyvä huomata, että osatutkimuksessa tieto liikelaitostamismuutoksista saatiin sairaalaorganisaatioiden virallisista asiakirjoista ja tieto työntekijöiden työkyvyttömyydestä Kansaneläkelaitoksen rekistereistä, kun taas Whitehall II -tutkimuksessa tiedot sekä muutoksista että työkyvyttömyydestä kerättiin kyselyllä.

Useampi kuin kaksi työntekijää kolmesta oli kohdannut rakennemuutoksia omalla työpaikallaan viimeisen kahden vuoden aikana (ks. myös Laine ym. 2011). Palvelutuotantorakenteita siis kehitetään sairaaloissa jatkuvasti. Tämä tutkimus kuitenkin vahvisti aiempaa käsitystä siitä, että sairaanhoidon palvelutuotantoa kehitetään tiukasti rajatuissa institutionaalisissa kehyksissä (Scott ym. 2000; Fulop ym. 2008). Silmäsairanhoidon kehittämishankkeessa agendalle nousi ajatus julkisten ja yksityisten sairaaloiden välisen yhteistyön tiivistämisestä tutkijoiden osoitettua, että suuri osa silmälääkäriytyövoimasta hukkuu optikkoliikkeisiin töihin joihin ei tarvittaisi lääkärin koulutusta, harvempi kuin yksi silmälääkäri kymmenestä työskentelee kokopäiväisesti julkisella sektorilla ja että tiiviitä yhteisöjä muodostavat silmälääkärit ovat eri sektoreita kilpailuttamalla kyenneet nostamaan ansiotasonsa niin korkeaksi, että se aiheuttaa muutospaineita myös yksityissairaaloille (Kokkinen ym. 2009). Ajatus julkisten ja yksityisten sairaaloiden välisen työnjaon rationalisoimisesta, tai edes eri sektoreita edustavien työnantajien neuvotteluvoiman kasvattamisesta yhteistyön kautta suhteessa silmälääkäriprofession, koettiin kuitenkin liian radikaaliksi muutokseksi. Silmäsairanhoidon osajien harjoittamassa eri organisaatioiden ja työnantajasektoreiden kilpailuttamisessa ymmärrettiin olevan kyse nimenomaan rakenteen tarjoamasta mahdollisuudesta työntekijöiden palkkatason nostamiseen, mutta etenkin julkisella sektorilla muutosta vastustettiin argumentilla hyvinvointivaltion puolustamisesta (Kokkinen ym. 2009). Paradoksaalisesti suomalaisen ”hyvinvointivaltion” kansalaiset, jotka optikkoliikkeiden tarjoamien palvelujen sijaan tarvitsevat sairaalatasoista hoitoa, maksavat sairaaloiden rakenteellisesta silmälääkäripulasta pahimmassa tapauksessa näkökyvyllään. Julkisten sairaaloiden krooninen silmälääkäri vajaus kun on Suomessa ollut keskimäärin 23 prosenttia 1980-luvun lopulta lähtien ja silmäsairanhoidon rakenteen on todettu ylläpitävän myös pitkiä leikkausjonoja (Tuulonen 2003a, 2003b).

Muutosmahdollisuutena tutkimus nosti esiin historiallisen ajankohdan merkityksen julkisten sairaaloiden palvelutuotantorakenteiden lukkiutuneisuudelle. Hoitotyöntekijöiden joukkoirtisanoutumisuhka näyttäytyi tutkimuksessa ajankohtana, jolloin julkisen sairaalan päätöksentekoagendalle onnistuttiin nostamaan palvelutuotantorakenteiden suuria linjoja voimakkaasti haastavia muutosvaihtoehtoja. Eri työntekijäryhmien, sairaalan eri toimintayksikköjen, sekä eri julkisten sairaaloiden välille historian saatossa syntyneet ja institutionalisoituneet raja-aidat avautuivat joukkoirtisanoutumisuhkan alkaessa päätöksentekoagendalla ylitettävissä oleviksi ja lukkiutuivat takaisin uhkan päättyessä. Silmänsairaanhoitoa koskevassa tapaustutkimuksessa seurantajaksolle sattunut talouslama puolestaan lisäsi perusteita olla tiivistämättä julkisen ja yksityisen sektorin välistä yhteistyötä silmälääkäreiden palkkatason alentamiseksi ja julkisten sairaaloiden työntekijäpulan helpottamiseksi. Taloustilanteen myötä heikentyneet yksityisen sektorin liiketoimintamahdollisuudet kun lisäsivät julkisten sairaaloiden houkuttavuutta työnantajina ja kohtuullistivat silmälääkäreiden palkkavaatimuksia. Näiden kahden tapaustutkimuksen pohjalta voidaan esittää, että se, mitä päätöksentekotilanteessa julkisessa sairaalassa tapahtuu, riippuu pitkälti siitä, milloin päätöksentekotilanne tapahtuu. Tiettyinä ajankohtina julkisten sairaaloiden palvelutuotantoa ohjaavat juridis-hallinnolliset sekä normatiiviset rakenteet näyttäytyivät tutkimuksessa hyvinkin sopimuksenvaraisina ja toisina ajankohtina täysin muuttamattomina, lähes luonnonlakeina. Pyrittäessä murtamaan sairaanhoitoon historian saatossa syntyneitä työnjakoa, organisaatorajoja sekä rahoitus- ja ohjausmekanismeja, voikin näin ollen olla hedelmällistä pyrkiä tunnistamaan ja hyödyntämään erilaisiin murrosajankohtiin liittyviä mahdollisuuksia (ks. myös Bevan & Robinson 2005).

Suomalaisessa terveydenhuoltotutkimuksessa ruohonjuuritason työntekijöitä ei yleensä ole mielletty rakennemuutostarpeiden synnyttäjiksi. Tässä tutkimuksessa tarkasteltu Tehyn joukkoirtisanoutumisuhka tarjosi havainnollisen esimerkin siitä, ettei sairaalaorganisaatio voisi ilman suurinta työntekijäryhmäänsä – hoitajia – toimia muuttumatta radikaalisti. Useat polkuriippuvuudet, joita ei esimerkiksi potilaan tai kuntatalouden näkökulmasta argumentoimalla ole pystytty suomalaisessa sairaanhoitojärjestelmässä purkamaan katkesivat, kun palvelutuotannon organisoimista ilman irtisanoutumisuhkan jättäneitä hoitajia suunniteltiin. Tehyn ja kuntatyönantajan sopimuksen myötä mahdollisuuksien ikkuna muutoksen tekemiselle kuitenkin sulkeutui noin kuukauden kuluttua sen avautumisesta. Tällöin sairaaloiden agendalla ollut työ-

voimaongelma tuli ratkaistuksi, poliittinen ilmapiiri ei enää suosinut radikaalia raja-aitojen ylittämistä ja joukkoirtisanoutumisuhkan aikana esiin nostetut palvelutuotantovaihtoehdot heitettiin ”mahdottomina toteuttaa” takaisin roskakoriin odottamaan uusia ongelmia, joihin ne voitaisiin kiinnittää. Esillä olleita rakennemuutoksia ei siis ehditty toteuttaa, mutta työvoimakysymys voi jatkossa avata mahdollisuuksien ikkunan myös muutosten toteuttamiselle. Terveysthuoltoa, kuten muitakin politiikan tuottamia järjestelmiä koskevissa tutkimuksissa on nimittäin havaittu, että laajamittaisten rakennemuutosten aikaansaaminen vaatii usein ongelmien kriisiytymisen toteutuakseen (Greenblatt ym. 2003; Harrington & Estes 2004), ja työvoimakilpailun kriisiytymistä suomalaisella terveydenhuoltoalalla on viime aikoina käsitelty paitsi alan ammattikirkjallisuudessa, myös julkisessa keskustelussa.

Tämä tutkimus osoitti myös, kuinka suuri merkitys yksittäisellä työntekijällä – silmäsairaanhoidon tapauksessa taitavalla muutosjohtajalla – voi olla julkisen sairaalan rakennemuutosta koskevan valinnan tekemisessä ja muutoksen läpiviemisessä. Tutkimuksen mukaan muutosjohtajan on kyettävä tunnistamaan ja perustelemaan, mitä rakennemuutosta haastavia ongelmia on ratkaistavissa välittömästi, ja minkä osan ongelmista voidaan olettaa ratkeavan ajan myötä, välittömästi ratkaistavien ongelmien poistumisen seurauksena. Lisäksi muutosjohtajan on kyettävä tunnistamaan myös tarvittavan rakennemuutoksen laajuus, sekä kyseisen muutoksen tekemisen kannalta oleelliset toimijat, ja vakuuttamaan nämä usein erilaisia intressiryhmiä edustavat toimijat ajamansa muutosvaihtoehdon hyvytydestä. Tutkimuksen tulokset alleviivaavat, että muutoksen tekemistä edesauttaa muutosjohtaja, joka ymmärtää riittävässä määrin julkista sairaalaa ympäröiviä poliittisia sekä taloudellisia realiteetteja ja kykenee muotoilemaan oman muutosvaihtoehdonsa tarjolla olevaan ”poliittiseen tilaan” sopivaksi. Muutoksen läpiviemisen tekniikoista tutkimuksessa osoittautuivat tehokkaiksi etenkin vertailutiedon hyödyntäminen, sekä eettisen valinnan rakentaminen muutoksen ja muuttamatta jättämisen välille (ks. myös Fisher & Ury 1981; Roberts ym. 2004). Osoittamalla ajamansa muutosvaihtoehdon toimivan toisella maantieteellisellä alueella muutosjohtaja onnistui silmäsairaanhoidon tapauksessa vakuuttamaan julkisen sairaalan poliittis-hallinnollisen päätöksentekokoneiston. Silmälääkäreiden vakuuttamisessa tilastotiedot muutosvaihtoehdon toimivuudesta eivät riittäneet, jolloin muutosjohtaja kehysti ajamansa muutosvaihtoehdon eettiseksi valinnaksi. Kun päätös jättää kyseinen muutos toteuttamatta kehystettiin päätökseksi jättää suuri osa hoitoa tarvitsevista po-

tilaista hoitamatta, oli työntekijöiden helpompaa sitoutua muutoksen toteuttamiseen. Tältä osin tutkimuksen tulokset viittaavat samaan ilmiöön kuin neurobiologiset laboratoriokokeet; ihminen tarvitsee valintojen tekemiseen ja niihin sitoutumiseen myös tunteita (Damasio 2001).

6.2 Tutkimuksen rajoitteet

Tieteellisellä tutkimuksella tutkimuskohdetta voidaan yleensä tarkastella vain tietyistä tarkoin rajatusta näkökulmasta ja tutkijan on tehtävä valintoja sen suhteen, millaisella tutkimusotteella tietoa pyritään tuottamaan. Tässä tutkimuksessa tutkijan oli suomalaisen silmäsairaanhoidon kehittämisen seuraamiseksi antoisinta jalkautua sinne missä kehittämishanketta toteutettiin, eikä myöskään julkisen sairaalan johtoryhmien päätöksentekoagendoista olisi saanut kiinni ilman havainnointiaineistoa. Molemmat näistä aineistoista koostuvat pääasiassa ajassa etenevästä elävien tilanteiden havainnoimisesta, eivätkä siten rajoitu vain esimerkiksi haastattelutilanteissa tuotettuun retoriikkaan. Rakenneuutosten yhteyttä sairaalatyöntekijöiden itse arvioimaan työkykyyn sekä työkyvyttömyysjaksoille hakeutumiseen oli puolestaan hedelmällistä tarkastella kysely- ja rekisteriaineistojen avulla, koska yhteyden (tai sen puuttumisen) osoittaminen vaati tilastollista voimaa ja nimenomaan näillä aineistonkeruumenetelmillä kyettiin tavoittamaan suuri joukko eri organisaatioissa työskenteleviä sairaalatyöntekijöitä.

Kaikkien tutkimuksessa hyödynnettyjen aineistojen työstämiseen ja analyysiin ei löytynyt aivan sellaisenaan sopivia menetelmiä. Etenkin johtoryhmistä kerätyn videoaineiston koodaaminen, sekä sairaaloiden virallisista dokumenteista kerättyjen liikelaitostamistietojen yhdistäminen työkyvyttömyysjaksoille siirtymistä koskevaan rekisteriaineistoon pakottivat tutkijan etsimään ratkaisumalleja oman mukavuusalueensa ulkopuolelta. Käytettyjen menetelmien moninaisuudesta johtuen tämän tutkimuksen yhteydessä ei ollut luontevaa syventyä minkään yksittäisen tutkimusmenetelmän saloihin syvällisesti, mutta tutkimuksen lähtökohtana ollut ajatus siitä, etteivät osaamisen puutteet saisi rajoittaa tutkijan mielenkiintoa ja tutkimuskohteen tarkastelemista toteutui pääpiirteissään. Työn lopputuloksen kannalta on oleellista huomata se, että erilaisia tutkimusmenetelmiä hyödyntämällä ei tässä tutkimuksessa pyritty saavuttamaan menetelmällistä triangulaatiota, vaan eri menetelmillä vastattiin eri tutkimuskysymyksiin. Triangulaation sijaan eri menetelmät auttoivat siis nimenomaan kuvaamaan ja ymmär-

tämään työntekijöitä julkisten sairaaloiden rakennemuutoksissa kahdesta eri näkökulmasta. Koska tutkijan eri osatutkimusten kohdalla tekemistä valinnoista seurasi erilaisia tutkimusasetelmia ja sitä kautta erilaisia tutkimustuloksia, on syytä tarkastella vielä tehtyihin valintoihin liittyviä keskeisiä rajoitteita.

Epidemiologisen tutkimusotteen rajoitteet

Liikelaitostamismuutoksia koskevassa osatutkimuksessa käytettiin epidemiologista tutkimusotetta, jonka avulla on mahdollista tuottaa tietoa sairauksien (kuten työkyvyttömyydenkin lääketieteellisesti määritellään) esiintyvyydestä ja niihin vaikuttavista tekijöistä (Hernberg 1998). Epidemiologisella tutkimusotteella kyetään tuottamaan eksaktia tietoa myös sairaaloiden rakennemuutosten ja työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutumisen välisestä yhteydestä, mutta se jättää aina jossain määrin katveeseen ilmiön paikallisen luonteen, sekä työntekijän toimijuuden.

Liikelaitostamismuutoksia koskevassa osatutkimuksessa työntekijät irrotettiin konkreettisesta työstään sekä työpaikastaan ja tutkija ikään kuin rakensi työntekijöille uuden keinotekoisen kontekstin. Liikelaitostamismuutoksen kohdanneet työntekijät niputettiin yhdeksi joukoksi ja heidät luokiteltiin erilaisiin ryhmiin esimerkiksi sukupuolen, iän ja työsuhteen muodon mukaan. Näin ollen kaikista tutkimuksen kohteena olleista liikelaitostamismuutoksista katosi muutoksen paikallinen luonne ja yksittäiset työntekijät irtosivat nimenomaan omilla työpaikoillaan kokemistaan muutosprosesseista ja niiden johtamisessa mahdollisesti ilmenneistä häiriötekijöistä, sekä oman työpaikkansa yhteistyösuhteista ja kulttuurisista toimintatavoista. Tutkimusasetelma jätti siis katveeseen sen arkisen todellisuuden, jossa muutokset toteutuivat ja työntekijöiden työkyky määrittyi.

Rekisteriaineiston lisäksi osatutkimuksessa olisi ollut mahdollista hyödyntää työntekijöiltä osana The Finnish Public Sector Study -tutkimushanketta kerättyjä kyselyaineistoja. Tarjolla olleet – lukuisia kertoja toisenlaisten tutkimuskysymysten yhteydessä tieteellisesti koetellut – kyselymittarit olisivat jopa saattaneet tavoittaa jotain siitä, mitä liikelaitostamismuutoksen kohdanneet työntekijät itse pitivät oman työkykynsä ja työkyvyttömyytensä osalta tärkeänä. Ennen muutosta, mahdollisesti muutosajan kohtana ja muutoksen jälkeen toistetut kyselyt olisivat kuitenkin väistämättä jättäneet katveeseen sen, kuinka yksittäiset työntekijät olivat osallisina kohtaamisissaan rakennemuutoksissa ja millaisia käännteitä heidän osallisuuteensa liittyi, sekä ne työntekijöiden

oivallukset ja muut ”laadulliset muutokset”, jotka työpaikan päivittäisessä toiminnassa syntyvät. Työntekijöiden toiminnassa syntyvää laadullista uutta, jonka pohjalta liikelaitostamismuutoksen kohdanneiden työntekijöiden työkyky luultavasti osaltaan rakentui, oli yksinkertaisesti liian vaikea tavoittaa määriä mittaavilla osoittimilla.

Poikkileikkauskyselyn ajallinen historiattomuus

Työntekijöiden itse arvioitua työkykyä koskevan osatutkimuksen kohdalta on edellä mainittujen rajoitteiden lisäksi syytä nostaa esiin joitain tutkimuksen ajalliseen historiattomuuteen liittyviä varauksia. Osatutkimuksessa käytettiin poikkileikkausasetelmalla kerättyä aineistoa, jossa sekä altisteita (rakennemuutos, muutosten ymmärrettävyys, muutoksiin osallistumismahdollisuudet) että vasteita (itse arvioitu työkyky ja sen eri osatekijät) koskeva tieto kerättiin samalla kertaa. Kun työntekijöiden itse arvioidun työkyvyn ja työkyvyn eri osatekijöiden statukset ennen rakennemuutoksen tai muuttumattomuuden ajankohtaa eivät näin ollen ole tiedossa, on päätelmiä altisteiden ja vasteiden välisistä syy-seuraus-suhteista syytä tehdä maltillisesti. Osatutkimuksessa tarkasteltiin nimenomaan riskejä (vetoa): kuinka suuri riski tutkituilla (altisteiden mukaan luoduilla) ryhmillä on kuulua tiettyihin (vasteiden mukaan luotuihin) joukkoihin, kun muita tekijöitä vakioidaan.

On myös hyvä pitää mielessä, että kyseisessä osatutkimuksessa vastaajia pyydettiin tunnistamaan heidän työpaikoillaan viimeisen kahden vuoden aikana tehdyt rakennemuutokset, mutta ei paikantamaan niiden ajankohtaa sen tarkemmin. Muutoksen ja kyselyhetken välisellä ajallisella etäisyydellä voi kuitenkin olla huomattava merkitys paitsi itse arvioidun työkyvyn kokonaisuuden, myös työkykyyn vaikuttavien eri osatekijöiden kohdalla. Voihan nimittäin olla jopa niin, että rakennemuutoksia kohdanneiden työntekijöiden riski puutteelliseksi koettuun työkykyyn ei tutkimuksessa ollut havaittua suurempi, koska työntekijät pystyivät hyvän terveydentilansa avulla säilyttämään työkykyään työhön liittyvistä kuormitustekijöistä huolimatta. Tässä tapauksessa rakennemuutoksia kohdanneiden työntekijöiden riski huonoon terveydentilaan voisi pidemmällä tarkastelujaksolla näyttää toisenlaiselta.

Lisäksi tuloksia tulkittaessa on syytä huomioida se historiallinen ajankohta, jossa tutkimus toteutettiin. Vuonna 2008 kansainvälisiltä rahoitusmarkkinoilta alkanut talouslama oli kyselyn toteutushetkellä, alkuvuodesta 2010, ehtinyt koskettaa kovalla kädellä myös suomalaisia palvelualoja ja maan julkistaloutta. Tässä yhteydessä on hyvä

palauttaa mieliin se, että edellisessä Suomessa koetussa talouslamassa kunnallisten terveyspalveluiden laatu ei leikkauksista huolimatta laskenut radikaalisti, vaan alan henkilöstö piti palvelut riittävinä ja laadukkaina pitkälti omalla venymisellään (Kiander 2001). Leikkaukset eivät siis 1990-luvun lamassa heijastuneet koko voimallaan kansalaisasiakkaiden saamiin palveluihin. Sen sijaan ne tuntuivat työntekijöiden selkänahassa. Siellä, missä leikkaukset olivat kaikkein rajuimpia, nousi kunnallisen sektorin työntekijöiden riski sydänperäiseen kuolemaan jopa 50 prosenttia (Vahtera ym. 1997). Onkin mahdollista, että myös tässä 2000-luvun talouslaman aikana tehdyssä tutkimuksessa osa muutoksia kohdanneiden työntekijöiden riskistä kokea työkykynsä ja työkyvyn eri osatekijöitä puutteelliseksi selittyä muutosten lama-aikaisuudella, esimerkiksi muutoksiin sisältyvillä henkilöstöleikkauksilla.

Tutkijan roolin läpinäkymättömyys sisällönanalyseissa

Silmäsairaanhoidon kehittämishanketta koskevasta osajulkaisusta ei löydy lainkaan kuvausta tutkijan roolista, jolloin artikkelin lukijalle piirtyy herkästi kuva tutkijasta kehittämishankkeen ulkopuolella pysytelleenä ja avoimin mielin havaintoja tehneenä tarkkailijana. Todellisuudessa tutkijalla oli kuitenkin jo hankkeessa tehtyjen alkuhaastattelujen jälkeen päässään yhdessä muun tutkimusryhmän kanssa luotu esiyymmärrys silmäsairaanhoidon palvelutuotantorakenteeseen liittyvistä ongelmista, sekä ongelmien ratkaisemiseen tarvittavista rakennemuutoksista. Hankkeen aikana tutkimusryhmä pyrki sitten aktiivisesti työntämään päätöksentekoagendalle esiyymmärrystään yksityisten ja julkisten palveluntuottajien välisen keskinäissuhteen ongelmallisuudesta ja muutostarpeista. Osajulkaisussa kehittämishankkeen ulkopuolisena näyttäytyvällä tutkimusryhmällä olikin luultavasti keskeinen rooli prosessissa, jossa kehittämishanke ajautui umpikujaan. Nimenomaan tutkimusryhmä oli se toimija, joka sai nostettua kehittämishankkeen suuria linjoja valvoneen ohjausryhmän agendalle vaateen yhtä organisaatiota laajemman rakennemuutoksen tarpeesta (vrt. Kivisaari ym. 2009). Ongelma-asettelun laajeneminen taas ajoi kehittämishanketta toteuttaneen – pääosin yhden julkisen sairaalan edustajista koostuneen – projektiryhmän umpikujaan.

Umpikujaan ajautumisen jälkeen kehittämishankkeeseen palkattiin ulkopuolinen muutosjohtaja, jonka toimintaa osajulkaisussa pääosin analysoidaan ja verrataan hankkeen aiempiin vaiheisiin. Osajulkaisussa ei kuvata lainkaan tutkijan ja uuden muutosjohtajan välistä suhdetta, jolloin lukija saattaa lähtökohtaisesti olettaa sen neutraaliksi.

Todellisuudessa tutkija ei kuitenkaan pyrkinyt vain kuvaamaan muutosjohtajan toimintaa uuden muutosvaihtoehdon synnyttämisessä ja läpiviemisessä, vaan kantoi edelleen mukanaan kilpailevaa, laajempaa rakennemuutosta ajavaa, muutosvaihtoehtoaan ja pyrki aktiivisesti vakuuttamaan muutosjohtajaa sen tarpeesta. Koko silmäsairaanhoidon kehittämistä koskevan muutosprosessin kuvaus saattaisikin näyttäytyä lukijalle uudessa valossa, jos dekkarimaiseen tyyliin kirjoitetussa osajulkaisussa mukana seikkailisivat myös omaa muutosvaihtoehtoaan agendalle työntävä tutkija, sekä hänen taustallaan vaikuttava tutkimusryhmä.

Myöskään joukkoirtisanoutumisuhkan vaikutuksia sairaalan johtoryhmien päätöksentekoaagendoihin käsitelty osajulkaisu ei sisällä minkäänlaista tutkijan roolin kuvausta. Osajulkaisussa olisi hyvä tulla esiin se, että tutkijan roolina oli videoida kokoukset, ei osallistua millään tavalla niiden kulkuun. Lisäksi artikkelista olisi syytä käydä ilmi, että videoaineisto kerättiin osana hanketta, jossa johtoryhmien jäsenille annettiin hankkeen myöhemmässä vaiheessa palautetta heidän edustamansa johtoryhmän päätöksentekokäytännöistä ja yleisestä toimivuudesta. Näin lukijalle avautuisi mahdollisuus pohtia tällaisen ”neutraalin havainnoinnin” mahdollisia vaikutuksia osatutkimuksen tuloksiin.

Teorian kirkkaus ja empirian hämäryys sisällönanalyseissa

Joukkoirtisanoutumisuhkan vaikutuksia sairaalan johtoryhmien päätöksentekoaagendaan analysoitaessa hyödynnettiin John Kingdonin (1984) teoriaa mahdollisuuksien ikkunan avautumisesta muutoksen tekemiselle. Silmäsairaanhoidon kehittämistä koskevan muutosprosessin analyysissa työteorian puolestaan käytettiin Marc Roberts ja kollegoiden (2004) luomaa muutoksen tekemisen vaihemallia. Molemmat toimivat apuvälineinä sekä osatutkimusten tutkimuskysymysten asettamisessa että vastausten etsimisessä. Teoriat siis toimivat, mutta toisaalta myös aikaansaivat näköisiä tutkimustuloksia (teoriajohtoisen sisällönanalyysin kritiikistä ks. Hsiu-Fang & Shannon 2005). Kingdonin teoria ei esimerkiksi ohjannut kiinnittämään huomiota siihen, millaisia olivat joukkoirtisanoutumisuhkan aikana suosiota saaneiden rakennemuutosvaihtoehtojen tarkemmat piirteet. Se ohjasi nimenomaan tunnistamaan mahdollisuuksien ikkunan avautumista ja sulkeutumista, suunnaten tutkijan huomion ratkaistavien ongelmien, ratkaisuvaihtoehtojen ja poliittisen ilmapiirin ulottuvuuksilla ajassa tapahtuviin muutoksiin. Roberts ja kumppanit puolestaan neuvoivat kiinnittämään huomiota

nimenomaan tutkimuskohteena olevan silmäsairaanhoidon kehittämishankkeen etenemiseen kuuden mallissaan määrittelemänsä muutoksen tekemisen vaiheen näkökulmista. Näin ollen silmäsairaanhoidon ulkopuolinen maailma uhkasi lukittua jo osatutkimuksen alkumetreillä, ja esimerkiksi talouslaman vaikutus hankkeessa tehtyihin valintoihin jäädä tutkijalta kokonaan tunnistamatta ja pohtimatta.

Teorian ylioheavuuteen liittyvissä ongelmissa oli kyse puhtaasti tutkijan omasta turvallisuushakuisuudesta. Neljän Harvardin professorin omien empiiristen tutkimustensa pohjalta laatima muutoksen tekemisen vaihemalli ja Kingdonin useilla yhteiskuntatieteen aloilla koeteltu teoria tarjosivat osatutkimuksille ehkä liiankin turvallisen selkänöjan. Jatkossa voisikin olla mielenkiintoista analysoida osatutkimuksissa käytetyt aineistot uudelleen, toisenlaisten työteorioiden ohjaamina. Tällainen teoreettinen triangulaatio voisi paitsi nostaa aineistosta esiin aivan uudenlaisia tutkimustuloksia, myös vahvistaa tai asettaa epäilyksen alaisiksi tässä tutkimuksessa saadut tulokset.

Tässä tutkimuksessa hyödynnetyn varsin suoraviivaisen teoriajohtoisen sisällönanalyysin sijaan tutkimuksessa käytetyt aineistot voisi jatkossa tietysti analysoida myös vähemmän teoriajohtoisella otteella (ks. esim. Elo & Kyngäs 2008; Hsiu-Fang & Shannon 2005). Tällöin tutkija voisi esimerkiksi antaa analyyseissa enemmän tilaa ihmisten muutkokokemuksille ja -tuntemuksille sekä eritellä ihmisten muutoksille antamia merkityksiä ja tulkintoja. Tällainen ymmärtävä ja kunkin tutkimuskohteen autenttisuutta korostava tutkimusote voisi tuoda aineistosta esiin jonkinlaista ”sisäpiirin tietoa” joka nyt jäi saavuttamatta sekä ankkuroida tutkimustulokset tiukemmin esimerkiksi julkisissa sairaaloissa vallitseviin arvoihin ja uskomusjärjestelmiin, kuin nyt oli mahdollista tehdä. Tämän sijaan tässä tutkimuksessa keskityttiin teoriajohtoisen sisällönanalyysin keinoin tuottamaan tutkijan ”objektiivinen” tulkinta siitä, mitä tapahtui.

6.3 Tutkimuksen ymmärrystä lisäävä anti

Yksittäisten tutkimustulosten sijaan tiedeyhteisöä kiinnostavat ja tieteessä voivat jäädä elämään teoreettiset sekä menetelmälliset oivallukset. Itse asiassa yksittäiset tutkimustulokset ovat harvoin edes poliittisen päättäjän, organisaation johtajan, konsultin, tai muun tuloksia käytäntöön soveltavan toimijan kannalta käyttökelpoisia, jos ne eivät sisällä tutkijan teoreettista ymmärrystä tarkasteltavista ilmiöistä. Tämän tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat on esitelty luvussa kolme ja myös tutkimuksen keskeiset teo-

reettiset oivallukset liittyivät kyseisessä luvussa käsiteltyihin rakennemuutoksia koskevien valintojen tekemiseen, sekä työntekijöiden työkyvyn määrittymiseen rakennemuutoksissa.

Tarkasteltaessa rakennemuutoksia koskevien valintojen tekemistä tutkimuksessa yhdistettiin ”järjestelmätasolla” liikkuvia politiikan ja hallinnon tutkimuksen teorioita yksittäisten työorganisaatioiden analyysiin. John Kingdonin (1984) teoria mahdollisuuksien ikkunan avautumisesta muutoksen tekemiselle tarjosi oivalluksen asettaa julkisen sairaalan johtoryhmäkokouksissa yhdeksän kuukauden aikana esitetyt rakennemuutosvaihtoehdot aikajanelle yhdeksi aikasarjaksi. Aikasarjan avulla oli mahdollista yhdistää analyysiin erilaisia aikaan sidottuja ja siten kaikilla organisaation kolmella hierarkkisella tasolla toimivia johtoryhmiä koskettavia tapahtumia. Näin tuli mahdolliseksi verrata hoitajien joukkoirtisanoutumisuhkan aikana esitettyjen muutosvaihtoehtojen suhdetta muina ajankohtina esitettyihin vaihtoehtoihin. Marc Robertsin ja kollegoiden (2004) rakentama muutoksen tekemisen vaihemalli puolestaan tarjosi teoreettisen apuvälineen seurata alueellisen silmäsairaanhoidon kehittämisen osalta pääosin yhdessä julkisessa sairaalassa ja suurelta osin yhden muutosjohtajan toimesta tehtyjä valintoja, sekä verrata niitä hankkeen aiemmissa vaiheissa suuremman toimijajoukon toimesta tehtyihin ja umpikujan johtaneisiin valintoihin. Malli tuntui tavoittavan suhteellisen hyvin muutosprosessin kriittiset vaiheet ja neuvoi kiinnittämään huomiota näiden pitkälti omaa logiikkaansa noudattavien eri vaiheiden väliseen ajoitukseen. Nimenomaan muutoksen tekemisen eri vaiheiden välisen dynamiikan oivaltaminen tarjosikin tutkijalle mahdollisuuden ymmärtää hankkeessa tehtyjä valintoja, sekä niiden läpiviemistä.

Edellä mainitut huomiot vahvistavat kahta tutkimuksen lähtökohtana ollutta käsitystä. Ensiksi, työorganisaatioiden rakennemuutoksia koskevia valintoja ei ole mielekäs-tä tutkia organisaatioiden toimintaympäristöstä irrallaan. Julkisten sairaaloiden strategisten valintojen ja valitsematta jättämisten ymmärtäminen edellyttää, että sairaaloita ei oleteta atomistiseksi suljetuiksi systeemeiksi, vaan osaksi laajempaa terveyspalvelujärjestelmää ja sen eri osajärjestelmiä. Julkisia sairaaloita koskettavat tutkimuskirjallisuudessa useimmin tunnistettujen tekijöiden – kuten teknologisen ja demografisen kehityksen – ohella ainakin välillisesti myös terveyspalvelujärjestelmään kohdistuvat ja usein moneen eri suuntaan vetävät taloudelliset ja poliittiset intressit. Tässä yhteydessä onkin hyvä palauttaa mieleen se, että julkisten sairaaloiden rakennemuutoksissa on lähes poikkeuksetta kyse paitsi sairaanhoidollisesta palvelutuotannosta, myös suuresta

määrästä työpaikkoja ja julkista rahaa (Comtois ym. 2002; Shield ym. 2002; Fulop ym. 2008). Kun suomalainenkin terveystalvvelujärjestelmä näyttätyy yhdestä näkökulmasta keskeisenä osana kansalaisten sosiaaliturvajärjestelmää, toisesta näkökulmasta potentiaalisesti kasvavana elinkeino- ja innovaatiosektorina ja kolmannesta perspektiivistä menoleikkauksia ja tuottavuuden lisäämistä vaativana pöhöttyneenä byrokratiana, määrittty myös julkisten sairaaloiden rooli terveystalvvelujärjestelmän osana kustakin näkökulmasta erilaisena ja kohtaa politiikkamuutosten myötä erilaisia muutospaineita.

Toiseksi, työorganisaatioiden rakennemuutoksia koskevia valintoja ei ole mielekästä tutkia historiallisesta ajankohdasta irrallaan. Julkisten sairaaloiden kaltaisia ”elämän ja kuoleman” organisaatioita on kyllä houkuttavaa pitää läpeensä rationaalisina koneina, joissa strategiset valinnat tehdään organisaation palvelutuotannon näkökulmasta optimaalisesti ajankohdasta riippumatta. Käytännössä työorganisaatioissa tehtävät valinnat ovat kuitenkin usein huomattavan monimutkaisia, eikä päätöksentekijöillä ole aina tiedossaan kaikkia valintoja koskevia tavoitteita, keinoja ja seurauksia (Cohen ym. 1972; Kingdon 1984). Lisäksi päätöksentekijät eivät aina välttämättä edes pyri organisaationsa kannalta optimaalisimpiin mahdollisiin ratkaisuihin (Simon 1979). Päätöksentekijöiden näkökulmasta vaikeita ongelmia voi olla niiden ratkaisemisen yrittämistä rationaalisempaa pyrkiä sietämään ja siirtämään päätöksentekoagendan ulkopuolelle, ja ryhtyä toimimaan vasta sitten, kun ongelmien ratkaiseminen tulee välttämättömäksi tai helpommaksi. Esimerkiksi Tehyn joukkoiirtisanoutumisuhkan aikana päätöksentekoagendalle onnistuttiin julkisessa sairaalassa nostamaan palvelutuotantorakenteita radikaalisti uudistavia muutosvaihtoehtoja, joiden potentiaali ja tarve olivat kyllä aiemminkin tiedossa, mutta joihin liittyvät muutokset olivat aiemmin vaikuttaneet mahdottomilta toteuttaa. Tapaustutkimuksen mukaan ajassa liikkuvat poliittisen ilmapiirin muutokset voivat siis myös yksittäisen työorganisaation kohdalla auttaa nostamaan tiettyjä ratkaisuvaihtoehtoja päätöksentekoagendalle ja pudottamaan toisia agendan ulkopuolelle.

Tarkasteltaessa rakennemuutosten ja työntekijöiden työkyvyn alenemisen välistä yhteyttä hyödynnettiin tutkimuksessa Juhani Ilmarisen ja kollegoiden (2003) mallia työkykyyn vaikuttavista osatekijöistä. Malli johti tutkijan huomamaan, että rakennemuutoksia kohdanneiden työntekijöiden kohonnut riski puutteelliseen työkykyyn selittyi työntekijöiden voimavaratekijöiden (kuten terveyden) romahtamista paremmin työn kuormitustekijöiden kasvulla. Tulos paitsi auttaa ymmärtämään työorganisaatioiden rakennemuutosten ja työkyvyttömyyden välistä yhteyttä, myös ylipäänsä vahvistaa tut-

kimuksen lähtökohtana ollutta käsitystä siitä, että työntekijän työkyvyssä ei ole kyse vain sairauksien, vikojen ja vammojen puuttumisesta ja sitä kautta määrittävästä yksilön toimintakykyisyydestä. Työkyvyn käsitteelliset ulottuvuudet ovat tutkitun tiedon lisääntymisen myötä viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana laajentuneet tällaisesta vahvasti lääketieteellisesti painottuneesta yksilön ominaisuuksien tarkastelusta työn asettamien vaatimusten ja työntekijän voimavarojen välisen tasapainon tärkeyden oivaltamiseen (vrt. Tuomi ym. 1985; Mäkitalo & Palonen 1994). Sittenkin työkyvyn ulottuvuuksia on työorganisaatioiden ominaisuuksien tunnistamisesta pyritty edelleen laajentamaan yhteiskunnallisiin ja eri yhteiskunnallisten toimijoiden välisiä suhteita kuvaaviin tekijöihin (Launis ym. 2001). On jopa esitetty, etteivät työkykyä koskevat ratkaisut ole tänä päivänä aina edes kansallisvaltioiden tasolla määriteltävissä (Benach ym. 2002; Delp & Muntaner 2010). Toisin sanoen myös työterveystutkimuksen piirissä on alettu ottamaan vakavasti yhteiskuntatieteellinen käsitys siitä, etteivät työorganisaatiot elä tyhjiössä, vaan osana niiden monitasoista ja muuttuvaa toimintaympäristöä.

Teoreettisen ymmärryksen laajeneminen työntekijän työkyvyn määrittämisen kokonaisuudesta, sekä tämän tutkimuksen tulokset mekanismeista, joilla työorganisaatioiden rakennemuutokset vaikuttavat työkykyyn, asettavat haasteen jatkotutkimukselle. Jatkossa on syytä pyrkiä aikaansaamaan parempaa ymmärrystä mekanismeista, joiden kautta työkyky määrittyy työntekijän, työorganisaation rakennemuutoksen, sekä näitä ympäröivän monitasoisen toimintaympäristön välillä. Esimerkiksi rakennemuutoksia ajavat teknologiset edistysaskeleet, johtamisen ja organisoimisen opit, tai taloudellisten suhdanteiden muutokset saattavat suurestikin vaikuttaa siihen, kuka on tarpeen luokitella työkyvyttömäksi, tai kenen on tarpeen tai kannattavaa kokea itsensä työkyvyttömäksi. Organisaatiotasoiset työkyvyn optimoimisen ratkaisukeinot eivät näin ollen välttämättä löydy yksilötasolla operoivien lääketieteen tai psykologian keinovalikoimasta, vaan myös työntekijöiden fyysisinä tai psyykkisinä ilmenevien oireiden taustalla vaikuttavan muuttuvan toimintaympäristön analyysistä. Tässä yhteydessä on jatkossakin syytä pitää mielessä myös työkykyä kuvaavien mittareiden kontekstisidonnaisuus. Esimerkiksi tässä tutkimuksessa käytetyt osoittimet – sairaskorvausjärjestelmästä korvatut pitkäkestoiset työkyvyttömyysjaksot sekä työntekijän itse arvioima työkyky – ovat väistämättä aina kontekstisidonnaisia mittareita, koska niissä on pohjimmiltaan kyse yksittäisten ihmisten (asiantuntijoiden tai maallikoiden) tekemistä tulkinnoista.

Rakennemuutosten ja työntekijöiden työkyvyttömyyden välisen yhteyden kontekstidonnaisuus tulee tässä tutkimuksessa ilmi myös yksityisen ja julkisen sektorin rajapinnassa tapahtuvia liikelaitostamismuutoksia koskevassa osatutkimuksessa. Osatutkimuksen mukaan Whitehall II -tutkimuksen usein siteeratut tulokset 1980-luvun lopulla ja 1990-luvun alussa toteutettujen liikelaitostamismuutosten ja brittiläisten virkamiesten työkyvyttömyyden välisestä yhteydestä eivät välttämättä päde 2000-luvun suomalaisessa terveydenhuollossa. Julkisen ja yksityisen sektorin välinen rajapinta ei tämän päivän suomalaisessa terveydenhuollossa näyttäydy ylipäänsä niin tarkkarajaisena kuin Whitehall II -tutkimuksen kontekstissa, eikä liikelaitostamismuutoksilla havaittu tässä tutkimuksessa yhteyttä sairaalatyöntekijöiden työkyvyttömyyteen. Kun liikettä julkisen ja yksityisen sektorin välillä tapahtuu ajan myötä suuntaan tai toiseen lähes kaikissa yhteiskunnissa ja ilmiöön liittyy huomattavaa poliittista sekä taloudellista latausta, on aihetta koskevalle tutkimusnäytölle myös jatkotilasta. Julkisen ja yksityisen sektorin rajapinnassa tapahtuvista rakennemuutoksista tuotetaankin terveydenhuollon saralla aktiivisesti hallintotieteellistä sekä taloustieteellistä tutkimuskirjallisuutta (ks. esim. tieteellinen erikoislehti *International Journal of Public and Private Healthcare Management and Economics*). Sen sijaan empiiristä tutkimusnäyttöä yksityisen ja julkisen sektorin rajapinnassa tapahtuvien rakennemuutosten yhteydestä työntekijöiden kokemukseen on toistaiseksi tarjolla niukasti. Näin ollen tutkimusnäyttö politiikkatoimenpiteille haetaan edelleen usein kahden vuosikymmenen takaisista brittiläisen julkishallinnon uudistuksista. Tältä osin ymmärrystä lisäävät jatkossa osaltaan tulokset tutkimuksesta, jossa seurataan liikelaitostamismuutosten yhteyttä sairaalatyöntekijöiden työorientaatioihin 2000-luvun Suomessa (Kokkinen ym. toistaiseksi julkaisematon artikkelikäsi- kirjoitus).

Lopuksi on vielä syytä palata lyhyesti tämän tutkimuksen ytimeen, rakennemuutuskäsitteeseen. Rakennemuutosten tutkiminen ei ole juuri tällä hetkellä erityisen muodikasta. Yksi syy tähän lienee se, että jälkimodernin organisaatiokäsityksen mukaan työelämän rakenteet eivät edusta mitään objektiivista todellisuutta, vaan rakenteet tuotetaan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja ne ovat pääosin olemassa vain ihmisten mielissä, kuvitelmissa, uskomuksissa ja tarinoissa (ks. esim. Cooper & Burrell 2006). Näin ollen työorganisaatiot ja laajemminkin työelämä on muodikasta ymmärtää ennen kaikkea kommunikaatioverkostoina, joiden tutkiminen edellyttää tulkinnallisia menetelmiä (ks. esim. Chia 2005). Tämän tutkimuksen tulokset todistavat osaltaan siitä, että

suomalaisten julkisten sairaaloidenkin muutoksissa ja etenkin muuttumattomuuksissa on suurelta osin kyse niiden ei-objektiivisista ulottuvuuksista. Julkisten sairaaloiden muuttumattomuutta ylläpitävät monelta osin eri toimijoiden mieliin piirtyneet normatiiviset rakenteet, joilla ei välttämättä ole paljoakaan tekemistä sairaaloiden juridis-hallinnollisen rakenteen kanssa. Tämän tutkimuksen tulokset eivät kuitenkaan ainkaan suoraan tue ajatusta siitä, että työorganisaatioiden objektiivisemmin havaittavissa olevat juridis-hallinnolliset rakenteet olisivat jälkimodernissa ajassa menettäneet merkityksensä. Pikemminkin päinvastoin, tutkimuksen tulosten mukaan sekä julkisten sairaaloiden että niissä työskentelevien työntekijöiden toiminta on pitkälti riippuvaista näistä rakenteellisista tekijöistä, kuten rahoituksesta, maksamisesta, organisoinnista ja sääntelystä.

Kiitokset

Väitöskirjojen kiitospuheissa yleistä matkavertausta käyttäen tämän opinnäytteen tekeminen ei ollut mikään pakettimatka. Päinvastoin, määränpää ja etenkin niihin kulke-
misen välineet vaihtuivat jatko-opintojen aikana tiuhaan.

Matkalle minut mukaan innostivat ohjaajani professori Elina Viitanen ja dosentti Anne Konu. Kiitos Elina ja Anne sekä kannustuksesta että yhteistyöstä. Matkan varrella useita ideoitani ja papereitani kommentoi professori Juhani Lehto. Kiitos Juhani huomioistasi. Väitöskirjan viimeisen osajulkaisun tein professori Mika Kivimäen johtaman tutkimushankkeen puitteissa. Kiitos tästä mahdollisuudesta. Väitöskirjani esitarkastajia professori Leena Paasivaaraa ja dosentti Petri Virtasta kiitän työn viimeistelyä koskeneista analyttisistä kommentista. Työn viimeistelyssä minua auttoivat myös tohtori Arttu Saarisen tekemät huomiot sekä Sirpa Randellin tekninen osaaminen.

Viimeisen viiden vuoden aikana on ennen kaikkea opiskeltu. Mielenkiintoisesta kurssitarjonnasta kiitän Kansanterveyden tutkijakoulua sekä Sosiaali- ja terveystieteiden, -hallinnon ja -talouden tutkijakoulua. Työnantajiani Tampereen yliopistoa ja Työterveyslaitosta kiitän myönteisestä suhtautumisesta jatko-opintoihini. Kaikkia Sotepo-seminaareihin osallistuneita haluan kiittää ajatusten vaihdostamme. Erityisen kiitoksen ansaitsevat seminaarin käytännön järjestelyistä vuorollaan vastanneet Jutta Pulkki ja Liina-Kaisa Tynkkynen. Toinen tärkeä oppimisympäristö minulle oli hallinnon ja johtamisen tutkijoiden Pöllö-ryhmä. Kiitos erityisesti ryhmässä alusta lähtien mukana olleille Outi Simoselle, Terhi Tevamerille ja Juha V. Virtaselle. Unohtaa ei sovi myöskään PD 12 -ryhmän kanssa kokemiani oppimisen hetkiä. Kiitos kaikille ryhmäläisille sekä ryhmäämme luotsanneelle Riitta Rantalalle. Lisäksi opintojani tukivat ratkaisevasti tutkimushankkeet, joita sain jatko-opiskeluaikana olla mukana toteuttamassa. Erityisen kiitoksen ansaitsevat näiden hankkeiden vetäjät Sirkku Kivisaari, Marjukka Laine ja Ari Väänänen.

Kavereitani haluan nimeltä mainitsematta kiittää kaikista niistä tempauksista ja hুলtuksista, joita jatko-opintovuosiini on mahtunut. Kummilapseni Eini, Ilona, Joonas ja

Ompu palauttivat kukin aika-ajoin taivaanrannan maalarin tehokkaasti maan pinnalle. Omiin lapsuudenmaisemiin, mökille ja sukulaisten hoteisiin oli tärkeää päästä silloin tällöin vetämään henkeä. Kiitos mukavista hetkistä koko laajalle ja tiiviille sukulaisten joukolle. Aivan erityisen kiitoksen vankkumattomasta tuestaan koko opintojeni ajalta ansaitsevat äitini Ritva, siskoni Katja sekä siskoni aviomies Sami. Ja vaimoni Jaana, öiden nukkuminen kasvatustieteilijä-sosiaalityöntekijän vieressä oli myös jatko-opiskelijan näkökulmasta katsoen elämäni paras valinta.

Tämän lähes viisivuotisen matkan ajan sain harjoitella useilla erilaisilla tutkimusaineistoilla ja -menetelmillä, ja harjoitusten myötä syntyi kolmisenkymmentä tieteellistä artikkelikäsitelmää tai muuta tutkimusraporttia. Opiskelija-alennukset jäävät nyt taa, mutta matka jatkuu. Älkää kysykö miten tai mihin, kysykää miksi.

Kotisatamassa Tampereen Pohtolassa, joulukuussa 2012

Lauri Kokkinen

Lähteet

- Adler, P. 1995. Democratic Taylorism: The Toyota production system at NUMMI. Teoksessa Babson, S. (toim.) *Lean work: Empowerment and exploitation in the global auto industry*. Wayne State University Press, Detroit; 207–219.
- Ailasmaa, R. 2011. Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2010. Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti 28/2011. https://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr28_11.pdf
- Aittomäki, A., Lahelma, E. & Roos, E. 2001. Helsingin kaupungin henkilöstön työkyky ja työkyvyn taustatekijät. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuskatsauksia 2/2001. Helsingin kaupunki, Helsinki.
- Alexander, J.A. & Amburgey, T.L. 1987. The Dynamics of Change in the American Hospital Industry: Transformation or Selection? *Medical Care Review* 44; 279–322.
- Alexander, J.A., Daunno, A. & Daunno, T. 2003. Alternative Perspectives on Institutional and Market Relationships in the U.S. Health Care Sector. Teoksessa Mick S. & Wyttenbach, M. (toim.) *Advances in Health Care Organization Theory*. Jossey-Bass, San Fransisco.
- Anderzen, I. & Arnetz, BB. 2005. The Impact of a Prospective Survey-Based Workplace Intervention Program on Employee Health, Biologic Stress Markers, and Organizational Productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 47; 671–682.
- Arndt, M. & Bigelow, B. 2009. Evidence-based management in health care organizations: A cautionary note. *Health Care Management Review* 34; 206–213.
- Arnetz, BB. 2005. Subjective indicators as a gauge for improving organizational well-being. An attempt to apply the cognitive activation theory to organizations. *Psychoneuroendocrinology* 30; 1022–1026.
- Aro, T. 2004. Toimintakyky työkyvyn arvion osana. Teoksessa Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. (toim.) *Toimintakyky. Duodecim*, Helsinki; 22–27.
- Aro, T. & Kivekäs, J. 1999. Työ- ja toimintakyvyn arviointi. Teoksessa Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Tola, S. & Torstila, I. (toim.) *Vakuutuslääketiede. Duodecim*, Helsinki; 85–92.
- Bass B: *Leadership and performance beyond expectations*. Free Press, New York; 1985.
- Bazzoli, G.J., LoSasso, A., Arnould, R. & Shalowitz, M. 2002. Hospital Reorganization and Restructuring Achieved Through Merger. *Health Care Management Review* 27; 7–20.

- Beach, D. 2002. Professional knowledge and its impact on nursing practice. *Nurse Education in Practise* 2; 80–96.
- Benach, J., Muntaner, C., Benavides, F.G., Amable, M. & Jodar, P. 2002. A new occupational health agenda for a new work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 28; 191–196.
- Bevan, G. & Robinson, R. 2005. The Interplay between Political and Economic Logics: Path Dependency in Health Care in England. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30; 53–78.
- Brennenstuhl, S., Quesnel-Vallee, A. & McDonough, P. 2012. Welfare regimes, population health and health inequalities: a research synthesis. *Journal of Epidemiology and Community Health* 66; 397–409.
- Bryman, A. 1992. *Charisma and Leadership in organizations*. Sage Publications, London.
- Burns, J.M. 1978. *Leadership*. Harper & Row, New York.
- Cavanagh, S.J. 1996. Mergers and acquisitions: some implications of cultural change. *Journal of Nursing Management* 4; 45–50.
- Chia, R. 2005. Organizational Theory as a Postmodern Science. Teoksessa Tsoukas, H. & Knudsen, C. (toim.) *The Oxford Handbook of Organizational Theory*. Oxford University Press, Oxford.
- Christensen, C., Grossman, J.H. & Hwang, J. 2009. *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*. McGraw-Hill, New York.
- Citera, M. & Stuhlmacher, A. 2001. A Policy-Modelling Approach to Examining Fairness Judgements in Organizational Acquisitions. *Journal of Behavioral Decision Making* 14; 309–327.
- Cohen, M.D., March, J.G. & Olsen, J.P. 1972. A Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly*, 17; 1–25.
- Collett, D. 2003. *Modelling Survival Data in Medical Research*. 2. painos. Chapman & Hall, Boca Raton.
- Comtois, E., Denis, J.-L. & Langley, A. 2004. Rhetorics of Efficiency, Fashion and Politics. Hospital Mergers in Quebec. *Management Learning* 35; 303–320.
- Cooper, R. & Burrell, G. 2006. Modernism, Postmodernism and Organizational Analysis. Teoksessa Czarniawska, B. (toim.) *Organizational Theory, Volume II. Current Trends and Disciplinary Reflection*. An Elgar Reference Collection, Cheltenham.
- Crozier, M. 1973. *The Bureaucratic Phenomenon*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Currie, G. 1998. Stakeholders' views of management development as a cultural change process in the health service. *Journal of Management in Medicine* 12; 44–62.
- Currie, G. & Brown, A.D. 2003. A narratological approach to understanding processes of organization in a UK hospital. *Human Relations* 56; 563–586.
- Damasio, A. 2001. Descartesin virhe. Emootio, järki ja ihmisen aivot. *Terra Cognita*, Helsinki.

- Delp, L. & Muntaner, C. 2010. The political and economic context of home care work in California. *New solutions: a journal of environmental and occupational health policy* 20; 441–464.
- Denis, J-L., Lamothe, L., Langley, A. & Valette, A. 1999. The Struggle to Redefine Boundaries in Health Care Systems. Teoksessa D. Brock, M. Powell & C.R. Hinings (toim.) *Restructuring the Professional Organization*. Routledge, London; 105–130.
- Djellal, F. & Gallouj, F. 2008. Survey of research on health sector innovation. Teoksessa Windrum, P. & Koch, P. (toim.) *Innovation in Public Sector Services: Entrepreneurship, Creativity and Management*. Edward Elgar, Cheltenham UK; 64–88.
- Doolin, B. 2002. Enterprise Discourse, Professional Identity and the Organizational Control of Hospital Clinicians. *Organization Studies* 23; 369–390.
- Dror, Y. 1968. *Public Policymaking Reexamined*. Chandler Publishing Company, Scranton Pennsylvania.
- Elandt-Johnson, R. & Johnson N. 1999. *Survival Models and Data Analysis*. John Wiley & Sons, New York.
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62; 107–115.
- Eläketurvakeskus. 1997. Työkyvyttömyyseläkkeet. Eläketurvakeskuksen uudistettu yleiskirje, A23/91.
- Empson, L. 2001. Fear of Exploitation and fear of contamination: Impediments to knowledge transfer in mergers between professional service firms. *Human Relations* 54; 839–862.
- Ericsson-Piela, S. 2003. Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 929. Tampere University Press, Tampere.
- Erola, J. & Räsänen, P. 2008. Termien uudelleen nimeäminen tieteellisenä innovaationa? Kommentti Ritan, Tötön ja Alastalon vastineeseen. *Janus* 16; 81–83.
- Fennell, M.L. & Alexander, J.A. 1993. Perspectives on Organizational Change in the US Medical Care Sector. *Annual Review of Sociology* 19; 89–112.
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L. & Pettigrew, A. 1996. *The New Public Management in Action*. Oxford University Press, Oxford.
- Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Marmot, M.G., Stansfeld, S. & Smith, G.D. 1998. The health effects of major organizational change and job insecurity. *Social Science and Medicine* 46; 243–254.
- Fisher, R. & Ury, W. 1981. *Getting to Yes: Negotiating Agreement Without Giving in*. Penguin Book, New York.
- FitzGerald, L., Ferlie, E., Wood, M. & Hawkins, C. 2002. Interlocking interactions, the diffusion of innovations in health care. *Human Relations* 55; 1429–49.
- Folger, R. & Skarlicki, D.P. 1999. Unfairness and resistance to change: hardship as mistreatment. *Journal of Organizational Change Management* 12; 35–50.
- Freidson, E. 1970. *Profession of Medicine*. Dodd, Mead & Company, New York.

- Fulop, N., Perri, G. & Spurgeon, P. 2008. Processes of Change in the Reconfiguration of Hospital Services: The Role of Stakeholder Involvement. Teoksessa McKee, L., Ferlie, E. & Hyde, P. (toim.) *Organizing and reorganizing: Power and Change in Health Care Organizations*. Palgrave Macmillan, Basingstoke UK.
- Garcia-Goni, M. 2008. The adoption and diffusion of technological and organizational innovations in a Spanish hospital. Teoksessa Windrum, P. & Koch, P. (toim.) *Innovation in Public Sector Services: Entrepreneurship, Creativity and Management*. Edward Elgar, Cheltenham UK; 89–117.
- Giddens, A. 1984. *The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration*. Polity Press, Cambridge UK.
- Gollop, R., Whitby, E., Buchanan, D. & Ketley, D. 2004. Influencing sceptical staff to become supporters of service improvement: a qualitative study of doctors' and managers' views. *Quality and Safety in Health Care* 13; 108–114.
- Godo, H. 2008. Providing care to the elderly: political advocacy, innovation models and entrepreneurship in Oslo. Teoksessa Windrum, P. & Koch, P. (toim.) *Innovation in Public Sector Services: Entrepreneurship, Creativity and Management*. Edward Elgar, Cheltenham UK; 186–207.
- Grazier, K.L. & Metzler, B. 2006. Health Care Entrepreneurship: Financing Innovation. *Journal of Health & Human Services Administration* 28; 485–503.
- Greenblatt, M., Myron, R., Sharaf, E. & Stone, M. 2003. *Dynamics of Institutional Change: The Hospital in Transition*. Beard Books, Washington DC.
- Hakanen, J. & Perhoniemi, R. 2008. Muutokset työssä, työn imu ja jatkamisaikkeit työelämässä – kolmen vuoden seurantatutkimus suomalaisilla hammaslääkäreillä. *Työelämän tutkimus* 6; 30–43.
- Hakonen, U-R., Kahanpää-Castren, A., Laamanen, R. & Brommels, M. 2000. Meltolan sairaalan lakkauttamisprosessi henkilökunnan kokemana. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 17; 64–69.
- Halford, S. & Leonard, P. 2006. Place, Space and Time. Contextualizing Workplace Subjectivities. *Organization Studies* 27; 657–676.
- Hansson, A-S., Vingård, E., Arnetz, B. & Anderzen, I. 2008. Organizational change, health, and sick leave among health care employees: A longitudinal study measuring stress markers, individual, and work site factors. *Work & Stress* 22; 69–80.
- Harrington, C. & Estes, C.L. 2004. *Health Policy: Crisis and Reform in the US Health Care Delivery System*. Neljäs painos. Jones and Bartlett, London UK.
- Harrison, J.D. 2000. Multiple Imaginings of Institutional Identity. A Case Study of a Large Psychiatric Research Hospital. *The Journal of Applied Behavioral Science* 36; 425–455.
- Hasu, M., Saari, E. & Mattelmäki, T. 2011. Bringing the employee back in: Integrating user-driven and Employee-driven innovation in public sector. Teoksessa Sundbo, J. & Toivonen, M. (toim.) *User based innovation in services*. Edward Elgar, Cheltenham UK; 251–280.

- Hensher, M. & Edwards, N. 2002. The hospital and the external environment: experience in the United Kingdom. Teoksessa McKee, M. & Healy, J. (toim.) *Hospitals in a Changing Europe*. Open University Press, UK.
- Hernberg, S. 1998. *Epidemiologia ja työterveys*. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Ho, V. & Hamilton, B.B. 2000. Hospital merger and acquisitions: does market consolidation harm patients? *Journal of Health Economics* 19; 767–791.
- Hsiu-Fang, H. & Shannon, S.E. 2005. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research* 15; 1277–1288.
- Hurley, R.E. & Fennell, M.L. 1990. *Managed-Care Systems as Governance Structures: A Transaction-cost Approach*. Teoksessa Mick, S.S. (toim.) *Innovations in Health Care Delivery: Insight for Organization Theory*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Hyvärinen, O. & Lith, P. 2008. *Kilpailuttamisen laajuus ja taustatekijät Suomen kunnissa. Kunnallisalalan kehittämissäätiön Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 10*. Vammalan kirjapaino Oy, Vammala.
- Idler, E.L. & Benyamini, Y. 1997. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 38; 21–37.
- Ilmarinen, J., Gould, R., Järviskoski, A. & Järvisalo, J. 2006. *Työkyvyn moninaisuus*. Teoksessa Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J. & Koskinen, S. (toim.) *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Hakapaino Oy, Helsinki; 17–34.
- Ilmarinen, J., Lähteenmäki, S. & Huuhtanen, P. (toim.) 2003. *Kyvvyistä kiinni. Ikäjohtaminen yritysstrategiana*. Enterprise Adviser-kirjasarja nro 28, Talentum, Helsinki.
- Ilmarinen, J. 2009. Work ability – a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 35; 1–5.
- Jakab, M., Preker, A., Harding, A. & Hawkins, L. 2002. *The introduction of market forces in the public hospital sector: from new public sector management to organizational reform*. HNP Discussion paper no 28883. The World Bank, Washington DC.
- Jokivuori, P. & Hietala, R. 2007. *Määrällisiä tarinoita. Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta*. WSOY, Helsinki.
- Julkunen, R. 2008. *Uuden työn paradoksit. Keskusteluja 2000-luvun työprosess(e)ista*. Vastapaino, Tampere.
- Juran, J.M. & Gyron, F.M. 1980. *Quality Planning and Analysis*. McGraw-Hill, New York.
- Jurvansuu, S., Tuomi, K., Seitsamo, J. & Vahtera, J. 2000. *Työn vaatimukset, organisaation toiminta ja henkilöstön hyvinvointi*. Teoksessa Tuomi, K. (toim.) *Yrityksen menestyminen ja henkilöstön hyvinvointi. Työ ja ihminen tutkimusraportti nro 15*, Työterveyslaitos, Helsinki; 21–39.
- Karasek, T. 1979. Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 24; 285–308.
- Karasek, T. & Theorell, T. 1990. *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Basic Books, New York.
- Kesting, P. & Ulhoi, J.P. 2010. Employee-driven innovation: extending the license to foster innovation. *Management Decision* 48; 65–84.

- Kettunen, P. 2006. Pohjoismainen hyvinvointivaltio yhteiskunnan käsittämisen historiana. Teoksessa Saari, J. (toim.) Historiallinen käänne. Gaudeamus, Helsinki; 217–256.
- Kiander, J. 2001. Laman opetukset: Suomen 1990-luvun kriisin syyt ja seuraukset. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki.
- Kingdon, J. 1984. *Agendas, alternatives and public policies*. Harper Collins, New York.
- Kinnunen, J., Kivinen, T., Lammintakanen, J. & Taskinen, H. 2008. Henkilöstövoimavarojen johtamisen merkitys terveydenhuollon kehittämisessä. Teoksessa Ashorn, U. & Lehto, J. (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä; 97–115.
- Kinnunen, J. & Lindström, K. (toim.) 2005. Rakenteellisen ja toiminnallisen muutoksen vaikutukset HUSin johtamiseen ja henkilöstön hyvinvointiin. Kopijyvä, Kuopio.
- Kitchener, M. 2002. Mobilizing the Logic of Managerialism in Professional Fields: The Case of Academic Health Centre Mergers. *Organization Studies* 23; 391–420.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Pentti, J. & Ferrie, J.E. 2000. Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. *British Medical Journal* 320; 971–975.
- Kivimäki, M., Head, J., Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Vahtera, J. & Marmot, M.G. 2003a. Sickness absence as a global measure of health: Evidence from mortality in the Whitehall 2 prospective cohort study. *British Medical Journal* 327:364.
- Kivimäki, M., Virtanen, M., Elovainio, M. & Vahtera, J. 2003b. Organisaation rakennemuutos ja työntekijän terveys. Teoksessa Lindström, K., & Leppänen, A. (toim.) *Työyhteisön terveys ja hyvinvointi*. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Kivisaari, S., Kokkinen, L., Lehto, J. & Saari, E. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon systeemisen innovaation johtaminen. Kahden tapaustutkimuksen opetuksia. VTT-tiedotteita: 2504, Espoo. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2009/T2504.pdf>
- Kjaer, A. M. 2004. *Governance (Key Concepts)*. Polity Press, Cambridge UK.
- Kokkinen, L., Kivisaari, S., Saari, E. & Lehto, J. 2011. Top-Down ja Bottom-up: Huomioita systeemisten innovaatioiden johtamisesta julkisessa terveydenhuollossa. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 39; 374–385.
- Kokkinen, L., Konu, A. & Viitanen, E. 2007. Personnel management in Finnish social and health care. *Leadership in Health Services* 20; 184–194.
- Kokkinen, L., Lehto, J., Kivisaari, S. & Saari, E. 2009. Uutta alueellista silmäsairaanhoidon mallia rakentamassa. VTT-tiedotteita: 2461, Espoo. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2009/T2461.pdf>
- Kokkinen, L. & Viitanen, E. 2011. Lääkärijohtajat eivät luota liiketoimintajohtosiin malleihin julkisessa terveydenhuollossa. *Suomen lääkärilehti* 66; 2261–2263.
- Kokkinen L., Virtanen M., Pentti J., Vahtera J. & Kivimäki M. Toistaiseksi julkaisematon artikkelikäsitelmäkirjoitus. Does a change from a public-sector organization to a commercial enterprise affect work orientations of employees? A cohort study of laboratory and radiology employees.

- Kuusi, O., Rynänen, O-P., Kinnunen, J., Myllykangas, M. & Lammintakanen, J. 2006. Terveysthuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Eduskunnan kanslian julkaisu 3/2006, Helsinki.
- Laine, M., Kokkinen, L., Kaarlela-Tuomaala, A., Valtanen, E., Elovainio, M., Suomi, R. & Keinänen, M. 2011. Sosiaali- ja terveystalouden työt 2010. Kahden vuosikymmenen kehityskulku. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Lammintakanen, J. & Kinnunen, J. 2006. Hoitotyön osaamisvaatimukset ja merkitys tulevaisuuden terveyspalveluissa. Teoksessa Miettinen, M., Hopia, H., Koponen, L. & Wilskanen, K. (toim.) Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja 2006. Sairaanhoidtajaliitto, Helsinki; 9–28.
- Launis, K., Lehto, A-M., Mäkitalo, J., Räsänen, K. & Ylikoski, M. 2001. Työkykytutkimuksen ja -tiedon katvealueet. Sosiaali- ja terveystministeriö, Kansaneläkelaitos, Työterveyslaitos, Helsinki.
- Lee, S-Y. & Alexander, J.A. 1999. Managing hospitals in turbulent times: do organizational changes improve hospital survival? *Health Services Research* 34; 923–946.
- Lindström, K. 1994. Työyhteisön kehittämisen suunnittelu ja toteutus. Teoksessa Lindström, K. (toim.) Terve työyhteisö – kehittämisen malleja ja menetelmiä. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Lindström, K., Turpeinen, M., Kinnunen, J. & Joensuu, M. 2005a. Organisaation muutoksen yhteys henkilöstön kokemuksiin työstään ja hyvinvoinnistaan. Teoksessa Kinnunen, J. & Lindström, K. (toim.) Rakenteellisen ja toiminnallisen muutoksen vaikutukset HUSin johtamiseen ja henkilöstön hyvinvointiin. *Kopijyvä, Kuopio*; 164–192.
- Lindström, K., Turpeinen, M. & Joensuu, M. 2005b. Osastonhoitajat ja hoitohenkilöstö organisaatiomuutoksessa. Teoksessa Kinnunen, J. & Lindström, K. (toim.) Rakenteellisen ja toiminnallisen muutoksen vaikutukset HUSin johtamiseen ja henkilöstön hyvinvointiin. *Kopijyvä, Kuopio*; 192–211.
- Lopez-Casasnovas, G. 2007. Organizational Innovations and Health Care Decentralization: A perspective from Spain. *Health Economics, Policy and Law* 2; 223–232.
- MacDuffie, J.P. 1995. Worker's roles in lean production: The implications for worker representation. Teoksessa Babson, S. (toim.) *Lean work: Empowerment and exploitation in the global auto industry*. Wayne State University Press, Detroit; 54–69.
- Mattila, Y. 2011. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116. Kela, Helsinki.
- Matveinen, P. & Knape, N. 2012. Terveysthuollon menot ja rahoitus 2010. Terveyst- ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti 5/2012. http://thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr05_12.pdf
- McNulty, T. & Ferlie, E. 2004. Process Transformation: Limitations to Radical Organizational Change with Public Service Organizations. *Organization Studies* 25; 1389–1412.
- Meyer, A.D., Brooks, G.R. & Goes, J.B. 1990. Environmental Jolts and Industry Revolutions: Organizational Responses to Discontinuous Change. *Strategic Management Journal* 11; 93–110.

- Morgan, P.I. & Ogbonna, E. 2008. Subcultural dynamics in transformation: A multi-perspective study of healthcare professionals. *Human Relations* 61; 39–65.
- Mäkitalo, J. 2006. Onko työterveyshuollon toimintakonsepti muuttumassa? *Konsepti* 3; 1–27.
- Mäkitalo, J. & Palonen, J. 1994. Mitä on työkyky: lääketieteellinen, tasapainomallin mukainen ja integroitu käsitystyyppi. *Työ ja ihminen* 8; 155–162.
- Nelson, R.R. 2008. Teoksessa Windrum, P. & Koch, P. (toim.) *Innovation in Public Sector Services: Entrepreneurship, Creativity and Management*. Edward Elgar, Cheltenham UK; foreword.
- Norheim, O.F. 2002. The Role of evidence in Health Policy making: A Normative Perspective. *Health Care Analysis* 10; 309–317.
- Northouse, P.G. 2004. *Leadership – Theory and Practice*. Sage Publications, London.
- Nummenmaa, L. 2007. *Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät*. 3. painos. Tammi, Helsinki.
- OECD. 2009. OECD health data 2009. Paris. http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html
- Parpo, A. & Kautto, M. 2007. Sosiaalipalvelujen ja terveydenhuollon taloudellinen kestävyys tulevaisuudessa. Teoksessa Heikkilä, M. & Lahti, T. (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus*. Stakes, Helsinki; 206–219.
- Paulus, R.A., Davis, K. & Steele, G.D. 2008. Continuous Innovation In Health Care: Implications Of Geisinger Experience. *Health affairs* 27; 1235–1245.
- Pohjonen, T. 2001. Perceived work ability of home care workers in relation to individual and work related factors in different age groups. *Occupational Medicine* 51; 209–217.
- Porter, M.E. & Teisberg, E.O. 2006. *Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Press, Boston.
- Rissanen, P. & Häkkinen, U. 1999. Priority-setting in Finnish healthcare. *Health Policy* 50; 143–153.
- Rita, H., Töttö, P. & Alastalo, M. 2008. Voiko turkulaisten kirjoittamista artikkeleista yli 100 % olla kvantitatiivisia? Vetosuhteen (odds ratio) ja vedon (odds) tulkintaa. *Janus* 16; 72–80.
- Roald, J. & Edgren, L. 2001. Employee experience of structural change in two Norwegian hospitals. *International Journal of Health Planning and Management* 16; 311–324.
- Roberts, J.R., Hsiao, W., Berman, P. & Reich, M.R. 2004. *Getting Health Reform Right. A Guide to Improving Performance and Equity*. Oxford University Press, New York.
- Rousseau, D.M. 2001. Schema, promise and mutuality: The building blocks of the psychological contract. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 74; 511–541.
- Salter, B. 2004. *The New Politics of Medicine*. Palgrave, Basingstoke UK.

- Saranummi, N., Kivisaari, S., Väyrynen, E., Hyppönen, H., Perälä, M-L. & Saalasti-Koskinen, U. 2005. Terveysthuollon uudistaminen. Systemiset innovaatiot ja asiantuntijapalvelut muutoksen ajureina. Tekesin teknologiakatsaus nro 180. Tekes, Helsinki.
- Sarna, S. 2011. Kliinisen biostatistiikan jatkokurssi. www.kttl.helsinki.fi/sarna/osa2.pdf
- Schein, E.H. 1977. Organisaatiopsykologia. Gummerrus Oy, Jyväskylä.
- Schweiger, D.M. & Ivancevich, J.M. 1985. Human resources: the forgotten factor in mergers and acquisitions. *Personnel Administrator* 30; 47–61.
- Scott, W.R., Ruef, M., Mendel, P.J. & Caronna, C.A. 2000. *Institutional Change and Health Care Organizations: from Professional Dominance to Managed Care*. University of Chicago Press, Chicago.
- Shield, R., Thorpe, R. & Nelson, A. 2002. Hospital mergers and psychological contracts. *Strategic Change* 11; 357–367.
- Shortell, S.M. & Zajac, E. 1990. Health Care Organizations and the Development of the Strategic Management Perspective. Teoksessa Mick, S.S. (toim.) *Innovations in Health Care Delivery: Insights for Organization Theory*. Jossey-Bass, San Francisco; 144–180.
- Siltala, J. 2004. Työelämän huonontumisen lyhyt historia. Otava, Helsinki.
- Silverman, D. 2004. *Doing Qualitative Research*. Sage Publications Ltd., Lontoo.
- Simon, H.A. 1979. Päätöksenteko ja hallinto. Weilin+Göös, Espoo.
- Solstad, E. & Pettersen, I.J. 2010. The role of path dependency in a hospital merger. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*. 5; 238–258.
- Staronova, K. & Malikova, L. 2008. Learning to innovate in a transition country: developing quality standards for elderly residential care in Slovakia. Teoksessa Windrum, P. & Koch, P. (toim.) *Innovation in Public Sector Services: Entrepreneurship, Creativity and Management*. Edward Elgar, Cheltenham UK; 208–227.
- Strauss, A.L. 1987. *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge University Press, Cambridge UK.
- Suonsivu, K. 2003. Kun mikään ei riitä. Hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemukset ja niiden yhteydet työyhteisötekijöihin. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 926, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Surakka, T. 2006. Osastonhoitajan työ erikoissairaanhoidossa 1990-luvulla ja 2000-luvulla. Toimivalta, vastuullisuus ja asiantuntijuus lähijohtajuudessa. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1172, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Sverke, M., Hellgren, J. & Öhrning, J. 1999. Organizational restructuring and health care work: A quasi-experimental study. Teoksessa LeBlank, P.M., Peters, M.C., Bussing, A. & Schaufeli, W.B. *Organizational psychology and health care*. Rainer Hampp Verlag, München & Mering; 15–32.
- Teperi, J., Porter, M.E., Vuorenkoski, L. & Baron, J. 2009. *The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective*. Sitra Reports 82. Sitra, Helsinki.

- Theodius, C. 2006. Recovering emotion from emotion management. *Sociology* 40; 893–910.
- THL. 2010. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä Markku Pekurinen, Marina Erhola, Unto Häkkinen, Pia Maria Jonsson, Ilmo Keskimäki, Simo Kokko, Jukka Kärkkäinen, Eeva Widström, Lauri Vuorenkoski. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0fde485f-a347-40de-96b7-7e77656276bb>
- Thomson, R.B. 1994. Competition among hospitals in the United States. *Health Policy* 27; 205–231.
- Topping, S. & Hernandez, S.R. 1991. Health Care Strategy Research, 1985–1990: A Critical Review. *Medical Care Review* 48; 47–89.
- Torppa, K. 2007. Managerialismi suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Tutkimus yksityissektorin johtamisoppien soveltamisesta neljässä yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä ja arvio managerialismin soveltuvuudesta julkisen erikoissairaanhoidon uudistamiseen. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis, Oulun yliopisto, Oulu.
- Tuomi, K., Wägar, G., Eskelinen, L., Järvinen, E., Huuhtanen, P., ym. 1985. Terveys, työkyky ja työolot kunnallisissa ammattiryhmissä. Teoksessa Ilmarinen, J. (toim.) Työ, terveys ja eläkeikä kunta-alalla. Työterveyslaitoksen tutkimuksia 3; 95–132.
- Turpeinen, M. 2011. Muutoksen ja arvioinnin paikka. Henkilöstö arvioi julkisen erikoissairaanhoidon organisaatiouusiota eri positioista. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tampereensis 1610, Tampereen yliopistopaino, Tampere.
- Tuulonen, A. 2003a. Voidaanko kaihihoito poistaa? Suomen silmäterveydenhuollon kehitys tilastojen valossa vuosina 1984–2000. *Suomen Lääkärilehti* 58; 2657–2663.
- Tuulonen, A. 2003b. Silmä lääkäri- ja hoitajatyötyytyväisyyteen ja motivaatioon vaikuttavat tekijät. *Suomen lääkäri-lehti* 58; 3801–3805.
- Tuulonen, A. 2005. The effects of structures on decision-making policies in health care. *Acta Ophthalmologica Scandinavica* 83; 611–618.
- Vahtera, J., Kivimäki, M. & Pentti, J. 1997. Effect of organizational downsizing on health of employees. *Lancet* 350; 1124–1128.
- Valtee, P. 1999. Organisaation muutos ja henkilöstö. Henkilöstön kokemuksia Uudenmaan erikoissairaanhoidon piirissä toteutetuista organisaatiomuutoksista. Kyselyyn perustuva analyysi. Tampere.
- Van de Ven, A.H. & Grazman, D.N. 1994. From Generation to Generation: A Genealogy of Twin Cities Health Care Organizations, 1853-1993. Discussion papers of Strategic Management Research Center. University of Minnesota, Minnesota.
- Virtanen, J.V. 2010. Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Turun Kauppakorkeakoulu, Uniprint, Turku.
- Virtanen, J.V. & Kovalainen, A. 2006. Lääkärien ja hoitajien linjaorganisaatiot käytännön johtamisen näkökulmasta. *Suomen Lääkärilehti* 61; 3247–3252.

- Virtanen, M., Kivimäki, M., Singh-Manoux, A., Gimeno, D., Shipley, M.J., Vahtera, J., Akbaraly, T.N., Marmot, M.G. & Ferrie, E. 2010. Work disability following major organizational change; the Whitehall 2 study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 64; 461–464.
- Vuorenkoski, L. 2008. Finland Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies. *Health Systems in Transition* 10; 1–168.
- WHO. 2012. World Health Organization Social determinants of health web page. http://www.who.int/social_determinants/en/
- Widström, E. 2004. Hammashoidon uudistus vaatii muutakin rahaa. *Dialogi* 3/2004; 22–25.
- Widström, E. & Mikkola, H. 2008. Mitä kertoo hammashoitouudistuksen arviointi? Teoksessa Ashorn, U. & Lehto, J. (toim.) *Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä; 146–165.
- Wiili-Peltola, E. 2004. Sairaaloiden hallinnan muutos lähiesimiesten näkökulmasta. *Hallinnon tutkimus* 23; 3–14.
- Wiili-Peltola, E. 2005. Sairaala muutosten ristipaineessa. Hallinnan kehittämisen haasteita sairaalaorganisaatiossa. Akateeminen väitöskirja. HAUS-julkaisuja 1/2005, Savion Kirjapaino Oy, Tampere.
- Willberg, M. 2006. Millä perusteella kilpailuttamaan? Tutkimus sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisen ja sen toimijoiden tietoperustasta ja preferensseistä. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet 139, Kopijyvä, Kuopio.

Osajulkaisut

Threat of mass resignation as a window of opportunity for questioning hospital service production structures in Finland

Lauri Kokkinen^{1,2}
Elina Viitanen¹

¹School of Health Sciences, University of Tampere, Tampere, ²Unit of Expertise for Work Organizations, Finnish Institute of Occupational Health, Turku, Finland

Background: Service production structures of public health care, once established, have proved extremely difficult to change. For this study, we reviewed discussions that took place in management teams at a Finnish central hospital over a period of nine months. The aim of the research was to analyze whether the management team meetings brought forth new and radical alternatives as to how service production could be reorganized. In addition to this, we were also interested in any possible problems that could be solved using these alternative models of service production, and also how preconditions to the application of different alternatives came about and how they eventually concluded.

Methods: Our data were derived from 24 management team meetings that took place between August 2007 and May 2008, and were fully videotaped. Data were collected from eight different management teams; the meetings of each were videotaped three times. The management teams reviewed represented three different hierarchical levels, ie, top management, division management, and operational unit management. Data were analyzed according to theory-based content analysis. As a theoretical framework, we utilized Kingdon's model to enable us to understand why some issues and problems are brought to the agenda of the change process and go on to become concrete policies while others fail to do so.

Results: During the study period, a threat of mass resignation of nursing staff caused a considerable change to the agenda of the management team meetings, introducing alternatives with the potential to renew the existing structures of operation in a radical manner.

Conclusion: According to our analysis, the threat of mass resignation acted as a window of opportunity, linking the lack of nursing staff (problem) to operational and structural changes (alternative solutions).

Keywords: hospital, nursing staff, mass resignation, change

Background

Service production structures of public health care, once established, have proved extremely difficult to change.¹⁻⁴ The outline provided by Ferlie et al states that the governing features of the operational structure of public health care and its management can be summarized into three main traditions: (1) political decision-making, (2) bureaucratic organization, and (3) strong professions.⁵ In reference to our earlier research, substantial discussion on professional management, ie, managerialism, has not succeeded in superseding these traditions in Finnish health care.⁶

From the viewpoint of Ferlie et al,⁵ we can maintain, first, that in addition to party and trade organizational political interest, health care organizations are also maintained by strong interests that relate to regional politics. In Finland, the municipalities are

Correspondence: Lauri Kokkinen
Sammonkatu 36 G 82, 33540 Tampere,
Finland
Tel +358 40 552 9559
Email lauri.kokkinen@uta.fi

responsible for providing health care (Figure 1), and thus every municipal decision-maker has at least a theoretical incentive to offer as wide a range of health care services as possible in the hospitals within their catchment area.⁷ After all, health care does produce services that are highly appreciated by voters, and the health care industry is also one of the largest employers in many Finnish municipalities.

Secondly, also from the viewpoint of Ferlie et al, we can say that health care organizations, and hospitals in particular, continue to set a good example on how work can be bureaucratically organized. Hospital organizations can be considered bureaucratic, as a result of their large size, hierarchical structure, and the highly specialized work distribution that prevails in many hospitals. The latest research on Finnish hospital organization supports the view that many dysfunctions commonly associated with bureaucracy continue to stigmatize hospital organizations.⁸

Thirdly, based again on the outline by Ferlie et al, we can maintain that in health care the professional identity of an individual employee, and also their position in the organization, is to a large extent determined by their socialization within their own professional group. The hierarchy of prestige between different professionals is invariably high within hospital organizations, and many researchers have paid special attention to the fact that crossing the barriers between different professional groups seems to be exceedingly difficult.^{9,10}

In this paper, we are interested in studying the prerequisites for crossing the barriers that these three traditions uphold inside and between hospital organizations. We point to new alternatives for service production that cross the barriers of regional politics, barriers between different organizational

units (bureaucratic barriers), and barriers between different professional groups (professional barriers).

In the research literature, the possibility, or necessity, of crossing the aforementioned institutionalized barriers has often been associated with a certain crisis or other such attention-drawing event that acts as a trigger.^{11,12} In the previous research literature, pressure caused by labor has seldom been recognized as this kind of a structural change-inducing factor. In studies where, for example, the adequacy of staff is viewed as one (but not crucial) factor to the implemented structural changes or as a background to future change alternatives, the labor involved have invariably been doctors, around whom health care organizations are built. In contrast, cases in which another professional health care group has collectively been able to tender its work contribution have not been connected to the analysis of factors behind the changes in health care service production structure, nor have they been analyzed as a factor leading to changes in health care structure.

The use of so-called hard measures of work action has been extremely rare in Finland during recent decades. The Union of Health and Social Care Professionals organized a work action in the fall and winter of 2007, and as such this was an exceptional event. Between October 15, 2007 and November 19, 2007, this trade organization used the threat of mass resignation to pressure employers into meeting their demands to increase the wage level for nursing staff. In this paper we ask whether the threat of mass resignation of nursing staff opened up a window of opportunity to question the main traditions (as described previously) that uphold service production within the public health care system.

Health care services in Finland are produced by the public, private, and so-called third sector organizations. The Finnish Public Health Act (66/1972) transferred responsibility for the arrangement of primary health care services to the municipalities. Municipalities may produce the services themselves or via purchase from other municipalities or private and third-sector service providers. Primary health care is mostly given in the country's 170 (March 2011) health centers. The Specialized Medical Care Act (1062/1989) required that the municipalities additionally provide special health care for their residents. There are 20 hospital districts in Finland, of which five are university hospital districts. Each municipality is associated with a hospital district that provides specialized medical care for the residents of its member municipalities. There is a central hospital in each of the 20 hospital districts. In addition, the country is divided into five expert catchment areas for the provision of expert-level medical care. Each catchment area includes a hospital district with a university hospital. Both of these service production organizations, ie, health centers and public hospitals, collect a client fee, but the majority of the services are paid for by the municipality, meaning they are tax-funded services. The highest decision-making power in both, ie, the municipalities and joint municipalities (hospital districts) is used by a political organ. In 2011, there were major revisions ongoing to the Finnish Health Care Act and the municipal and service structures.

Figure 1 Characteristics of the Finnish health care system.

Methods

Theory

We used Kingdon's model as a theoretical framework of analysis to enable us to understand why some issues and problems are able to appear on the agenda of change and go on to become concrete operational policies, while others fail to do so.¹³ This model has previously been used first and foremost to analyze institutional change, and the lack thereof, in the public sector, for example, health care. According to Kingdon's model, in order for a change to be implemented, prerequisites in three different areas need to occur. These prerequisites are: (1) a definition of the problem at hand, (2) determination of the possible solutions, and (3) the political atmosphere and decision-making. If the prerequisites of all three areas are met simultaneously, a window of opportunity occurs. This is what enables a certain solution to a problem to become a concrete operational policy.

Behind Kingdon's model lies the famous "garbage can" theory of organizational decision-making devised by Cohen et al.¹⁴ Their theory was the first to emphasize the notion that solutions are not always initially crafted to solve given problems but rather that they float free in search of problems to become attached to. From the point of view of this study, it seemed critically important also to include in the analysis the effect of political atmosphere on decision-making. In Kingdon's model, the stream of politics is relatively independent of the other two streams (problems and solutions), but the model states that dynamic and special needs caused by a political event can turn the agenda upside down. Political events can cause an issue and its solution to be put on the agenda, or to be taken off it. In Kingdon's model, these three streams act according to their own logic, until a window of opportunity occurs when all three streams coincide, and then a given issue may transform into a concrete policy. Thus, a pressing issue is attached to a plausible solution that meets the requirements of political feasibility.

From the point of view of this study, Kingdon's model developed in a very different context seemed to suit well the Finnish hospital decision-making process that our research was investigating.

Data

Our data were gleaned from 24 management team meetings that took place between August 2007 and May 2008 in a medium-sized Finnish central hospital. All meetings were videotaped in their entirety. This particular central hospital provides health care services to more than 200,000 inhabitants in the area and also acts as central government for a hospital

district owned by approximately 20 different municipalities. The data we collected from the central hospital came from eight different management groups, the meetings of which were videotaped three times each. The management teams videotaped represented three different hierarchical levels: top management, division management, and operational unit management. In the meetings of top management, the highest official management and its representatives were present together with all the leaders of the division areas. The meetings of the division management included meetings of the conservative, operational, and psychiatric divisions. The operational unit management team meetings took place in the units of pediatrics, pulmonary diseases, surgery, and child psychiatry. In addition to the authors of this paper, a third researcher took part in videotaping the meetings. The video data consisted of nearly 40 hours of taped material.

We collected and used the data with permission from top management of the studied hospital and with permission from every member of the management teams observed.

Analysis

The aim of this study was to analyze whether management team meetings bring forth new and radical alternatives related to the organization of service production. In addition to this, we were also interested in how the problems and issues associated with structural solution alternatives were produced, and also in how prerequisites to implementation of a solution were brought about and concluded. Instead of the usual more linguistic methods of study, we chose a more realistic way to implement our research.¹⁵ Our method was a theory-based content analysis, which was structured according to the phases introduced by Kingdon in his model.^{16,17}

First, our interest was focused on whether the data included solution alternatives as to how work can be organized, which would cross the barriers of regional politics, barriers between different organizational units (bureaucratic barriers), or barriers between different professional groups (professional barriers), as established by Ferlie et al.⁵ At the beginning of the analysis process, three different categories of solution alternatives were coded, each of which could be seen as barrier-crossing. The analysis unit in this process was the concept. These concepts were often longer statements but sometimes were as short as only a few sentences. The solution alternatives that could be seen as crossing regional political barriers mainly referred to a new kind of cooperation between the central hospitals of the two neighboring hospital districts. The solution alternatives that were summoned under the bureaucracy category always contained the idea of moving operations or resources across the borders

of either the area of operation or the different operation units inside the hospital organization. Professional solution alternatives referred almost without exception to a new division of labor between doctors, registered nurses, and practical nurses.

During the follow-up work, we decided to transcribe the video material in its entirety. This enabled us to verify our observations also through literal material. After this step, we placed the different analyses from the management meetings of each level into the same time line to form a time series. With the help of this time series, we were able to combine into our analysis different timebound events that had an impact on all three hierarchical levels of the management groups. Thus, it was possible to compare the solution alternatives suggested at the time of the threat of mass resignation of nursing staff to the solutions posed at other times. In the results section of this paper, we present the different barrier-crossing solution alternatives that occurred before, during, and after the threat of mass resignation.

Secondly, on the other hand, in accordance with the theoretical framework selected for this paper, we were also interested in the recognition of the problem to be solved, and how that problem was interpreted before and during the threat of mass resignation. The starting point of our analysis was how the problem was formed on a national level. The data for this part of the analysis were formed from opinion polls, documented discussions, and the literature at the time that the Union of Health and Social Care Professionals industrial action took place. These data enabled us to show that the labor question became a nationwide political dilemma, which was explicated into a problem that required a solution. From our video data, we observed how the problem agenda was formed in the hospital of interest. In the results section of this paper, the manifestation of the problem in the hospital of interest is depicted by narration and direct quotes.

Thirdly, in accordance with the selected theoretical framework, we were interested in how the political atmosphere manifested in our data during the threat of mass resignation. In addition to the videotaped material, this part of the analysis also drew on observation journals kept during the videotaping process, as well as the official hospital records of the meetings. As suggested in the previous research literature, we paid special attention to any references to regional politics, trade organization politics, and party politics while analyzing our data. We also observed some depoliticizing that could be read from between the lines, ie, when different barrier-crossing solution alternatives were discussed, there were no such obstacles related to regional, trade organizational, or party politics mentioned, as could have been expected based on the previous research literature.

Results

Problem formation on a national level

Previous job action in the health care industry in Finland took place in 1995 in the middle of an economic recession, and quickly lost the support of the public.¹⁸ The salary increases gained beyond the general level were as low as around 1%, and this guaranteed that discussion on how demanding the work is in the health care industry and how the wages correlate poorly with this, would be continued in the near future. In the fall of 2007, the question of wages in the health care industry again reached the national agenda. This was preceded by the 2007 parliamentary elections, after which the Finnish government was formed by the Centre Party, National Coalition Party, Green League, and the Swedish People's Party of Finland. The election promises of all of the major parties had included a wage increase in all the municipal industries dominated by women, such as health care, with the help of the government. However, resistance from the employers' organizations meant that the government was unable to deliver on this promise. In the fall of 2007, the parliamentary opposition, ie, the Social Democratic Party of Finland, Left Alliance, Christian Democrats of Finland, and True Finns, motioned the government on this matter.¹⁹

It was essential to formation of the problem agenda that, in addition to the opposition parties, most representatives of the government parties also expressed their concerns that the nursing staff was underpaid, both during and after the elections. According to opinion polls conducted by the Finnish Broadcasting Company, the Union of Health and Social Care Professionals' industrial action had strong support from the public, regardless of party politics, from the very beginning.²⁰ After the Union of Health and Social Care Professionals rejected the offer by the employer organizations on October 15, it announced that it was stepping up its game and would now put pressure on employer organizations, with the threat of mass resignation.

Hospital problem agenda

In the hospital we observed for this research, the question of availability of skilled staff was already on the agenda of the management teams when we first began our videotaping in August 2007. The discussion brought to the table the fact that, during the previous few years, the hospital district had struggled extensively to develop the payroll system and labor policy in general. What is really interesting is that when the threat of mass resignation was realized, many members of the nursing staff consistently stated that they were sorry for the disorder and confusion caused by the tough measures used in the course of their industrial action.

However, the nursing staff's commitment to industrial action was strong and, as in the rest of the country, the most prominent threats of resignations were aimed at the most critical units – for example, the emergency room and the intensive care unit, where up to one half of the nursing staff was threatening to resign. From the point of view of the problem agenda, it is also noteworthy that, throughout the industrial action, the hospital had very little information about the negotiations of the board to mediate the problem at the national level. One member of the top management team described the situation in the following manner: “We have to live like this [the realization of resignations] will happen, and we cannot make any plans at this late hour.”

Solution alternatives

There were no suggestions regarding the crossing of regional political, bureaucratic, or professional barriers in the only meeting that took place before the threat of mass resignation.

During the threat of mass resignation, solution alternatives regarding crossing of the aforementioned barriers were often on the agenda. The solutions containing regional political barrier-crossing referred mainly to cooperation among the central hospitals located in the two neighboring hospital districts. The presentation of this solution alternative could, for example, begin along these lines:

“At the psychiatric division we already agreed that from ... about twenty or so patients can come to us. They will try to maintain some psychiatry at their end, but they will have to make clear cuts. Those who need inpatient care will come to us, and they will try to maintain their psychiatry mainly through outpatient care.”

The alternatives summarized at the bureaucratic category always contained the idea of crossing the barriers between the different operational fields or units within the central hospital. Discussion typically began in this fashion:

“What is positive about this situation is that there are almost no resignations at many of the clinics. This means that we can make serious reductions at the clinical operations and then move resources from there into units that need to be secure, like for instance the ER and ...”

Professional alternatives concerned a new distribution of labor on the axis of doctors, registered nurses, and practical nurses. Discussions about the solution to this issue began, for example, in this way:

“Let's take a close look at the way we use practical nurses. We need to think hard to make sure that practical nurses are utilized to the absolute fullest, within the limits of their training

and qualifications. At the moment we have excess resources of practical nurses and they will have to be able to do ...”

After the threat of mass resignation was over, regional political, bureaucratic, and professional barrier-crossing alternatives were put on the agenda far less often. Table 1 summarizes the prevalence of different barrier-crossing solution alternatives before, during, and after the threat of mass resignation.

In addition to the number of solutions during and after the threat of mass resignation, it was important to assess the purpose of the solutions. During the threat, solutions were connected without exception to the question of adequacy of staffing but not always after the threat was withdrawn. After the threat of mass resignation was over, discussion on the adequacy of staff also came up before Christmas, long holidays, and before summer holidays, but during these times no radical solution alternatives to reorganize service production came up.

Political atmosphere

During the threat of mass resignation, questions on treating patients and making the necessary changes became depoliticized in the central hospital we observed. First – albeit this was in a meeting that took place before the threat of resignation – the prevailing regional boundaries of the hospital district did not dictate the limits of service production. As was stated by one of the leading officials of the hospital: “In this case [during the threat of mass resignation] we need to prioritize operations so that the urgent matters of other hospital districts will be taken care of before our own less urgent ones.” And the question was not only about treating patients as such, but regional politics also lost its grip on labor questions as well. Another official in a leading position led the discussion on optimizing the use of the available labor:

“This [moving staff across districts] brings a lot of administrative issues. But this is a possible solution and I'm sure it's one we can make in a good spirit. I mean nobody will start counting pennies in a situation like this.”

Secondly, the claim that decision-making became depoliticized was also verified when we reviewed the attention that was paid to trade organizations in management team meetings that took place during the threat of mass resignation. When analyzing the changes and continuities of the health care industry, usually the trade organizations representing the strongest employee group, ie, the doctors, take the center stage.^{1–3,21} Based on the research literature, it can justifiably be reasoned that under normal circumstances nobody wants to aggravate strong trade organizations by making reform suggestions that are too radical. Instead, in the management team meetings where solution alternatives that radically crossed the traditional

Table 1 The prevalence of barrier-crossing solution alternatives in management teams (number of solution alternatives and posed solution alternatives per meeting before, during, and after the threat of mass resignation)

	Before the threat of mass resignation (number of meetings = 1)	During the threat of mass resignation (number of meetings = 2)	After the threat of mass resignation (number of meetings = 21)
Solution alternatives crossing regional political barriers	Solution 0 alternatives per meeting	Solution 8 alternatives per meeting	Solution 10 alternatives per meeting
Solution alternatives crossing bureaucratic barriers	Solution 0 alternatives per meeting	Solution 2.5 alternatives per meeting	Solution 0.3 alternatives per meeting
Solution alternatives crossing professional barriers	Solution 0 alternatives per meeting	Solution 2.5 alternatives per meeting	Solution 0.2 alternatives per meeting

and also professional barriers were presented, the approval of trade organizations was not on the agenda at all.

Thirdly, it is possible that depoliticizing also took place in the form of party politics. Earlier research gives some indication that, in Finland, the cooperation among neighboring hospital districts that have opposing political compositions has also been hindered by party political tensions.²² However, during the threat of mass resignation, the question of whether the solution alternatives would be approved of in the political decision-making was not brought to the table at all.

Discussion

The pressure caused by organized labor manifested itself during the threat of mass resignation as a force that compelled the decision-makers of a public hospital organization to bring to the agenda other alternatives besides the ones that could be executed within a strictly limited institutional framework. However, the rationale of the participants who brought out such radical solutions seemed to deviate considerably. From the perspective of the first extreme, the solutions that were brought to the agenda were seen as the last possibility of reacting to a crisis. For example, when discussing the possibility of moving some of the duties of registered nurses to practical nurses, some were eager to maintain how difficult it would be to restore the job descriptions once the situation normalized: "If we now change the job descriptions, it will be impossible to change them back in the future. If we choose to take that path, that will be the path we in this hospital

district will need to follow." The participants were ready to pin the posed radical solution alternatives to the problem on the agenda, but only in an extreme emergency. From the perspective of the other extreme, the participants specifically managed to bring up the agenda alternatives that would renew the existing service production structures. The potential and need for these changes was recognized before the threat of mass resignation, but their implementation had failed to take place earlier: "I've been telling you for a couple of years now that it is actually pretty irrational that both our hospital and ... hospital take care of deliveries. Now we can really see if centralization will be the answer." From this view point, the crisis caused by the threat of mass resignation actually offered the opportunity to cross the traditions. Based on our analysis, it can be stated that the window of opportunity to question the traditions that maintain service production structures really opened up for the duration of the threat of mass resignation in the management teams of the hospital organization we observed. The general political atmosphere enabled, for the duration of the threat of mass resignation, the possibility of bringing forth new radical solution alternatives and pinning them to the problem on the agenda. On the other hand, during the crisis, some members of the management teams were consciously trying to keep the window of opportunity closed, or at least half shut.

When the threat of mass resignation concluded, the window of opportunity was closed. At this time the problem on the agenda of the management teams was, at least to a certain extent, solved by the contract between the Union

of Health and Social Care Professionals and the municipal employee. The political atmosphere was no longer favorable to radical crossing of the traditional barriers, and the solution alternatives posed were once again shelved to await new problems they could be attached to.

The window for implementing the alternatives suggested at the management team meetings had no time to open up during the threat of mass resignation. The duration of the crisis was too short for this to occur. It is also likely that all of the proposed solution alternatives could not have been implemented as such. It should be kept in mind that the video material for this study was collected from one Finnish central hospital only.

Conclusion

Making changes to health care service production structures, once set, has proven to be extremely difficult. This study focuses attention on the fact that without its largest employee group, nursing staff, a hospital organization could not operate without making some radical changes. The pressure caused by the organized industrial action of the nursing staff brought solution alternatives to the agenda of our research hospital that would have renewed the existing service production structures in a radical way. However, the solutions brought onto the agenda were never implemented because the crisis dissolved.

Acknowledgments

The authors would like to thank the hospital district of Etelä-Pohjanmaa for providing the financial support to carry out this research project. The authors would also like to thank Liina-Kaisa Tynkkynen for providing help with collecting data.

Disclosure

The authors declare that they have no competing interests in this work.

References

1. Ham C. *Health Policy in Britain*. Basingstoke, UK: Palgrave; 1999.
2. Scott WR, Ruef M, Mendel PJ, Caronna CA. *Institutional Change and Health Care Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago, IL: University of Chicago Press; 2000.
3. Salter B. *The New Politics of Medicine*. Basingstoke, UK: Palgrave; 2004.
4. McKee L, Ferlie E, Hyde P. *Organizing and Reorganizing: Power and Change in Health Care Organizations*. Basingstoke, UK: Palgrave MacMillan; 2008.
5. Ferlie E, Ashburner L, Fitzgerald L, Pettigrew A. *The New Public Management in Action*. Oxford, UK: Oxford University Press; 1996.
6. Viitanen E, Kokkinen L, Konu A, Simonen O, Virtanen JV, Lehto J. *Johtajana Sosiaali- ja Terveystieteiden alalla* [Leadership in Social Services and Health Care]. Vammala, Finland: Development Fund for Municipal Fields; 2007.
7. Teperi J, Porter ME, Vuorenkoski L, Baron J. *The Finnish Health Care System: A Value-based Perspective*. Helsinki, Finland: Sitra; 2009.
8. Virtanen JV. *Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta* [Leadership in hospital. The field of a manager in a specialized public hospital from the perspective of managers with a background in medicine or nursing]. PhD thesis. Turku School of Economics; 2010.
9. Denis J-L, Lamothe L, Langley A, Valette A. The struggle to redefine boundaries in health care systems. In: Brock D, Powell M, Hinings CR, editors. *Restructuring the Professional Organization*. London, UK: Routledge; 1999.
10. Ferlie E, Fitzgerald L, Wood M, Hawkins C. The nonspread of innovations: the mediating role of professionals. *Acad Manage J*. 2005; 48:117–134.
11. Greenblatt M, Myron R, Sharaf E, Stone M. *Dynamics of Institutional Change: The Hospital in Transition*. Washington, DC: Beard Books; 2003.
12. Harrington C, Estes CL. *Health Policy: Crisis and Reform in the US Health Care Delivery System*. 4th ed. London, UK: Jones and Bartlett; 2004.
13. Kingdon J. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. New York, NY: Harper Collins; 1984.
14. Cohen MD, March JG, Olsen JP. A garbage can model of organizational choice. *Admin Sci Q*. 1972;17:1–25.
15. Bortoff J. Using videotaped recordings in qualitative research. In: Morse JM, editor. *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. London, UK: Sage Publications; 1996.
16. Strauss AL. *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1987.
17. Silverman D. *Doing Qualitative Research*. 2nd ed. London, UK: Sage Publications; 2004.
18. Nummila H. Työtaistelut. [Job action]. In: Tilastokeskus, editor. *Suomen Vuosisata. [Finnish Century]*. Helsinki, Finland: Tilastokeskus; 1999.
19. Välikysymys 1/2007. Hoidon laadun ja ammattitaitoisen työvoiman turvaaminen [Motion 1/2007: ensuring the quality of care and adequacy of trained staff]. Available at: http://www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/vk_1_2007_p.shtml. Accessed April 10, 2011.
20. Suomen yleisradio. Kysely: Enemmistö hyväksyy Tehyn työtaistelun [Finnish Broadcasting Company: opinion poll; most people are behind the Tehy job action]. Available at: http://www.yle.fi/uutiset/kotimaa/2007/10/kysely_enemmisto_hyvaksyy_tehyn_tyotaistelun_254583.html. Accessed April 10, 2011.
21. Salter B. *The Politics of Change in the Health Service*. London, UK: MacMillan; 1998.
22. Kokkinen L, Lehto J. Changing health care from inside out: Policy entrepreneur questioning ophthalmology service production in Finland. *International Journal of Public and Private Health Care Management and Economics*. 2011;1(1):16–27.

Risk Management and Healthcare Policy

Publish your work in this journal

Risk Management and Healthcare Policy is an international, peer-reviewed, open access journal focusing on all aspects of public health, policy, and preventative measures to promote good health and improve morbidity and mortality in the population. The journal welcomes submitted papers covering original research, basic science, clinical & epidemio-

logical studies, reviews and evaluations, guidelines, expert opinion and commentary, case reports and extended reports. The manuscript management system is completely online and includes a very quick and fair peer-review system, which is all easy to use. Visit <http://www.dovepress.com/testimonials.php> to read real quotes from published authors.

Submit your manuscript here: <http://www.dovepress.com/risk-management-and-healthcare-policy-journal>

Dovepress

Changing Health Care from Inside Out: Policy Entrepreneur Questioning Ophthalmology Service Production in Finland

Lauri Kokkinen, The University of Tampere, Finland

Juhani Lehto, The University of Tampere, Finland

ABSTRACT

Finnish ophthalmology services have been criticized for being suboptimal and in this regard, the authors analyze a development project set up to reform these services. The project descended into crisis 18 months after its launch, when its actors mapped out two different ways in which they perceived the problems related to ophthalmology and came up with different solutions to these problems. This paper pays special attention to the events following the crisis, when an external policy entrepreneur was recruited to lead the project. This policy entrepreneur did not adhere to either of the realities mapped out in the earlier stages of the project, but created interpretation of the problems at hand and their solutions. This paper focuses on the process in which the policy entrepreneur strove to convince other actors of the validity perceived interpretations. According to the analyse, the implementation of the new policy alternative consisted not only of a technically and politically feasible solution, but it also involved skillful policy making and right timing.

Keywords: Change, Health Care, Management, Policy Entrepreneur, Public and Private

BACKGROUND

The ageing of the Finnish population creates a great pressure for change in the operational environment of ophthalmology services as ophthalmological diseases increase dramatically with age. At the systems level, the pressure for change mainly comes from the substantial technological developments in the field of

ophthalmology. The technology used to treat the front of the eye has been developed to enable easier and faster operations, and we are now able to treat conditions at the back of the eye that were considered incurable. Other considerable changes at the systems level are the ongoing revisions to the Finnish Health Care Act and the municipal and service structures, and the consequences these reforms will have on ophthalmology services. These changes will have effects especially on integrating

DOI: 10.4018/ijpphme.2011010102

primary and specialized care, and will lead to the redefinition of the boundaries between different municipalities and joint municipalities. A third cause for change at the systems level is the chronic shortage of ophthalmologists in the public sector. This shortage can be seen as a result of a health care system outdated by decades, as well as the increased business opportunities in the private sector that derive from technological development (Kokkinen et al., 2009).

In order to relieve the pressures described above, especially the shortage of professionals, a development project was launched in the summer of 2007 in the catchment area of the Tampere University Hospital. The project was launched by the top management of the Pirkanmaa Hospital District, while the other four Hospital Districts within the catchment area took part in it. During the first 18 months of the project, two alternative ways to interpret the problems related to ophthalmology emerged together with different solution alternatives. The view of those advocating the first interpretation was focused solely on the problems and solutions within the University Hospital, whereas the problems and solutions related to the second interpretation related to wider operational environments within regional ophthalmology (see Kokkinen & Lehto, 2009). When these two alternative interpretations collided in late 2008, the project came close to being canceled. The project was, however, continued and it was reorganized in late 2008 and early 2009. At this point an external policy entrepreneur was hired to lead the project. The management of the Pirkanmaa Hospital District recruited a top name of Finnish ophthalmology for the position. This person was perceived as capable of analyzing not only the operation within the University Hospital, but also regional ophthalmology services in a wider sense.

This policy entrepreneur recruited from outside of the organization brought into the project not only her specialist knowledge but also her own ethical choices and the ways in which she evaluates and furthers her policies. From our point of view reforming health care in-

volves a lot more than just the technical process. Acting in harmony with common values and influencing them are also vital, as is recognizing and justifying personal commitments (cf., Roberts et al., 2004). In other words, leaders often strive to execute changes that they believe will improve the system or society, and use both their policy making skills and the values they draw in to further these changes (Coles, 2000; Majone, 1989).

The right timing is often a key factor in executing changes (Kingdon, 1984). The situation in which the policy entrepreneur joined the project was a challenging one, but at the same time it opened a window of opportunity for the interference of an external actor. When reality appears to be complicated and involves contradictory interpretations, many people are inclined to accept simplified interpretations (Simon, 1957). In such a situation, a leader must be able to express his/her own interpretations and execute his/her suggestions for change. He/she is expected to dare to question and challenge the interpretations of other actors – including his/her superiors – even though this is seldom an easy task (Wildavsky, 1979).

This paper discusses the policy-making involved in the development project from the perspectives provided by the theoretical frame of reference chosen for the task. We analyze the third interpretation of reality, presented by the policy entrepreneur as a middle ground between the two interpretations presented earlier in the project. Moreover, we focus on the process in which she strove to convince the different actors that hers was the viable interpretation.

Theoretical Frame of Reference

The ophthalmology reform project initially focused on trying to create a systemic change in the field of regional ophthalmology services in which several service providers, both public and private, operate. Thus the change would not occur only within a certain organization, but the solutions of different actors would have impact on the entire field of regional ophthalmology. We shall call the actor pushing for the systemic

change *policy entrepreneur*, drawing on John Kingdon's (1984) work. As Kingdon puts it, "They could be in or out of government, in elected or appointed positions, in interest groups or research organizations. ... Their defining characteristic is their willingness to invest their resources, time, energy, reputation and sometimes money—in hope for a future return." This notion of policy entrepreneurs has also been compared to entrepreneurs operating in the markets (e.g., Mintrom, 2000). Discussion has especially focused on policy entrepreneurs' ability and objective to influence the choices of others to further the purpose they believe is worthwhile. According to Crosby and Bryson (2005): "The essential requirements of policy entrepreneurship are a systematic understanding of policy change and a focus on enacting the common good."

The theoretical instrument chosen to structure the stages of the development project is the model by Roberts et al. (2004) on how to analytically develop health care based on empirical studies. The theory comprises of six different levels of policy making that together constitute a policy cycle. In an ideal situation the change takes place in the order of the six levels defined by Roberts et al. (2004): 1. defining the problems, 2. identifying the causes of these problems, 3. deriving solutions, 4. making the political decisions to implement changes, 5. implementing changes, 6. evaluating their effects.

However, according to Roberts et al. (2004), in the real world changes rarely occur in such a simplified manner. Instead, implementing change can begin at a different level of the cycle, some levels may be skipped altogether, or different levels of the cycle can occur concurrently.

From our point of view, the reform of health care has to do essentially with the timing and the relations between the different levels (Kingdon, 1984). Our analysis concentrates on the process in which the policy entrepreneur strove to control and to connect the different levels of the policy cycle in order to manipulate the different actors involved in the development project. In

the results section of the paper, we discuss all the different levels of the policy cycle, in the order defined by Roberts et al. (2004), while making observations of the chronology of the development project we analyzed.

THE FINNISH OPHTHALMOLOGY SERVICES

Finnish ophthalmology can be viewed as a construction that is divided into four sections as shown below. In order to interpret the figure correctly, the reader should know that the Finnish health care services arranged by the public sector are mainly funded by tax revenues. The services of the private sector are subsidized by the obligatory universal health insurance. It is also noteworthy that the Finnish municipalities are responsible for arranging public health care services to their citizens. The municipalities are free to choose whether they provide health care services independently, join another municipality in joint municipality boards, or purchase health care services from the private sector. Each municipality must also belong to one of the twenty Hospital Districts in order to ensure specialized medical care for their citizens. Each Hospital District has a central hospital of its own; five of these hospitals are university hospitals (Figure 1).

The ophthalmology services of the public sector are provided almost exclusively by the central and university hospitals, owned by the joint municipality boards (upper left corner of the Figure). There are very few ophthalmologists working in primary health care (i.e., in the Finnish health centres), but many primary care physicians treat eye diseases to the best of their ability (lower left corner). Because of this, for most part the primary health level ophthalmology is provided by private optical stores either by an optician or a private practice ophthalmologist (lower right corner). In the private sector there are also chains of healthcare businesses that benefit from the large scale of services they provide (upper right corner). Over the last years, many municipalities have pur-

Figure 1.

	Public	Private
More focused and specialized	University hospitals and Central hospitals	Private hospitals
Basic level, more decentralized	Health centers	Optical stores

chased services, e.g., cataract surgery, from the private sector in order to cut waiting lists for surgery. When a Finnish citizen uses the ophthalmology services of the private sector, even if they have no referral from the public sector, they are entitled to reimbursement of a portion of the expense from the National Health Insurance, except for surgery to replace glasses; these operations are usually not reimbursed (Kokkinen et al., 2009; Kokkinen & Lehto, 2009).

DATA AND METHODS

The development project took place in three separate stages, the first of which took place between June and December of 2007, the second during 2008, and the third in 2009.

During the first two stages of the project, we conducted interviews with all the project group members, alongside with other key actors of the project, in order to gain an idea of how they define the essential problems and their solutions. The interviewees were actors from the public hospitals, primary health care, and the private sector of the catchment area (=24). From the autumn of 2007 to the end of 2008, we observed all of the meetings of the project group (5), a meeting of a steering group set for

the project, and a meeting of the management of the Hospital Districts within the catchment area. The observations of the two first stages of the project are based on these data.

The observations on the third stage of the project are largely based on observation and interview data collected during 2009. Data were collected by observing meetings of the development project group (=8), meetings of the steering group (=3), discussions among ophthalmology specialists (=4), a meeting with municipal policy makers, and other major events essential to the progress of the project (=3). Data were also collected via five in-depth interviews with the leader of the project group (policy entrepreneur) and a project manager assisting the leader. These interviews were conducted during the third stage of the project. Alongside the interview and observation data we used official documents formulated in the development project. The paper also employed statistical data and the literature used by the project group, its steering group and policy-makers.

We report the findings of theory-driven content analysis, drawing on the theoretical outline presented by Roberts et al. (2004) (Strauss, 1987; Silverman, 2004).

RESULTS

Problem Definition

In order to understand the problem definition of the policy entrepreneur, we need to compare it with those presented during the previous stages of the project. During the first stage in autumn 2007, the project group outlined a solution to optimize the research and the most demanding operations at the University Hospital. At this stage of the project it became apparent that besides drawbacks in research, problems requiring a solution were the ineffectiveness of the unit's operational activities and a poor ability to compete for workforce with the private sector.

During the second stage of the project, in 2008, the problem definition outlined earlier was viewed as too narrow. The Hospital District managers, in particular, were against this definition. They felt that the inefficiency and shortage of professionals at the University Hospital were not the only problems, but ophthalmology services throughout the catchment area were also fragmented. Firstly, the cooperation and coordination between primary and specialized care and private and public sectors were seen as inadequate. Secondly, the distribution of responsibilities and activities between the five Hospital Districts was considered flawed.

During the third stage of the project the policy entrepreneur made an attempt to return the problem definition back to the Pirkanmaa Hospital District. She saw that the problem stemmed from the ineffectiveness of the University Hospital as well as from poor cooperation and coordination with primary health care. The problem definition itself was substantially different from the previous one in that this time the representatives of primary care were allowed to participate in forming the basis of the project right from the beginning. Not taking into account the involvement of primary health care, the problem definition of the third stage was ostensibly close to the one formulated at the first stage. However, there were two major

differences between the two. Firstly, at the third stage the University Hospital was not considered to be lacking in labor force, but rather the human resources of the hospital were not utilized to the maximum. Thus, according to the policy entrepreneur, there was no need to attract more labor force into the public sector, but a simple increase in the effectiveness of existing staff would suffice. Secondly, during the third stage of the project the problem agenda was framed with the idea that solving the ineffectiveness of the University Hospital would also cause positive effects in its operational environment. This framework of the agenda was based on reference data from a hospital district in Northern Finland, which the policy entrepreneur knew well. These reference data were presented explicitly so that the current workings of the Pirkanmaa Hospital District gave a worse result than its reference. The operational environments of Northern and Southern Finland were thus not viewed as significantly different in any way.

FINDING THE CAUSES OF THE PROBLEMS

During the second stage of the project the discussion on public-private cooperation also put on the agenda the idea that the segmentation of the financing channels was affecting the entity of ophthalmology services. The way in which public tax and insurance reimbursement were directed at the entity of a special field was viewed as suboptimal. Also the payment mechanisms were perceived as problematic from the perspective of public producer organizations. Thus it was also believed that the shortage of ophthalmologists in the public sector was due to the fact that it was possible for ophthalmologists to have the two sectors competing for their work contribution. This, in turn, led to markedly high income levels among ophthalmologists – too high for the public sector. During the third stage of the project, this analysis was discontinued, and the segmentation of financing and the current set of rules were taken as given.

This meant that the policy entrepreneur did not think that the critical problems were stemming from the suboptimal competition between the two sectors or lack of cooperation, but rather from bad organization of operations within and between different public organizations.

As regards the operation of the University Hospital, the policy entrepreneur listed two main causes for problems: *“The current operational model leads to a result which I cannot say is good, and it pushes everyone to the limit. Essentially we are dealing with two things here. We are not working effectively in this hospital, and we are not even working amid the right things.”* When talking about not working amid the right things, the policy entrepreneur was referring to the over and under diagnostics that are involved in the decision-making process of treatment, as well as the high and low level of quality of the treatment itself. The ineffectiveness was referring to the dysfunction of work processes. This dysfunction was, according to the policy entrepreneur, due to lack of management within the hospital. The University Hospital lacked a definite leader in the field of ophthalmology, who would be in charge of the entity of operations, and responsible for seeing to it that the common set of rules was followed.

Together with the representatives of primary care, the policy entrepreneur set out to identify the cause for the lack of cooperation between primary and specialized care. The main cause of the suboptimal functioning of the public sector was seen to be the fact that municipalities purchase services from the private sector, and thus add to the problems of public specialized care, because the private sector has managed to keep its per-unit cost lower than the Hospital District. The problems of a production provided by several organizations, and not coordinated by anybody, are well defined by this city purchasing manager: *“When the whole field of ophthalmology, at least in Southern Finland, is completely market-driven, the direction and effectiveness*

of services cannot be in place, but operation as an entity is ineffective and bound to cause overproduction in some parts.”

CONSTRUCTION OF OPERATIONAL POLICY

In the first stage of the project the project group suggested that a top unit be set up to handle the most demanding care. This unit would not only optimize research potential, but also attract the top professionals in the field, and be able to compete with the private sector when it comes to the cost of operations.

During the second stage of the project optimizing the operations of the University Hospital was not seen as an adequate solution. Furthermore, setting up one top unit within the University Hospital was considered harmful to the other four Hospital Districts. Instead, a solution was sought to optimize the operations of the entire catchment area. In order to solve the problems caused by the fragmentation of the field, the boundaries between primary and specialized care and private and public sectors would have to be crossed. In other words, the problem was viewed from a wider perspective, and thus during 2008 the project group discussed the possibility of a new operational model that would cover it all: primary care and specialized treatment, private and public sectors and all five Hospital Districts.

Thus two opposites had emerged within the project. The first model that focused on optimizing research was viewed as too narrow a solution, but the following discussion on optimizing everything lead to no concrete solutions. In the third stage of the project, the policy alternative presented by a new project manager was shaped to match the space created in the previous two stages.

This model provided a partial solution to the demand set at the second stage that the entire field of regional ophthalmology should be better coordinated. It entailed reforming the boundary between primary and specialized

care within the Pirkanmaa Hospital District. It also included the notion of uniting all of the ophthalmologists of the city of Tampere into one building, a new Eye Center, and offering the other municipalities a circulating imaging service as well as consulting assistance related to purchasing ophthalmologic services. It was decided that the University Hospital should no longer purchase any services from the private sector. The argument was that this would improve the coordination within the operations of the Hospital District, and the funds used to purchase services from the private sector could rather be invested into the operation of the new Eye Center. This idea was backed by the same actors who in the second stage had called for a wider policy alternative; whereas setting up a new Eye Center was seemingly only a part of intensifying operations, which was originally viewed as too narrow a solution.

It was argued that the new operating policy would solve inefficiency by, first of all, standardizing work processes and by delegating some tasks from doctors to nurses and from nurses to technical assistants. In addition, in order to prevent the work contribution of staff members from drowning into information administration, entry policies will be eased and techniques such as voice recognition utilized. Study trips to India and the Netherlands helped in planning and justifying these operational changes. First and foremost, these trips gave faith and fighting attitude that it really is possible to handle operations in a more effective way. Secondly, the efficiency of the University Hospital will be improved by centralizing treatment of six different units into one building called the Eye Center. Thirdly, the policy includes the possibility to change the form of organization towards an incorporated company, or a cooperative association. This would entail the possibility of eliminating the bureaucracies of a large organization and from the political guidance of the Hospital District. This particular endeavor that would make the private sector dispensable also won a partial approval among those who had previously supported a wider policy alternative.

MAKING POLITICAL DECISIONS

During the first two stages of the project, the need to base solutions within one hospital district and public specialized care was justified by the fact that political decision-making becomes complicated when solutions demand crossing boundaries (Kokkinen & Lehto, 2009). These two stages, however, never got to the point of making actual political decisions.

The solution put forward by the third stage of the project seemed to conform well to the prevailing national mood. The solution did not cross any boundaries that would have demanded political decisions, such as the boundaries between different hospital districts or public and private sectors, but it did blur the boundary between primary and specialized care, as the upcoming Health Care Act is known to recommend. Thus the political feasibility of the solution did not really reach the agenda during the project.

The only political decision, but an important one, had to do with the construction planning of the new Eye Center building. Unlike in the first two stages of the project, two construction professionals from the Hospital District's Facility Center were admitted into the project group from the very beginning of its third stage. This investment turned out to be profitable as the political decision on construction planning came about without a hitch and in time. Later on, during the spring and autumn of 2009, the approval of the construction plan seemed to define the schedule of the whole project. When the political decision to start construction planning was taken, ready solutions concerning operational changes were needed and fast. And the policy entrepreneur had those solutions ready and waiting.

IMPLEMENTING THE OPERATIONAL POLICY

The first and second stages of the project failed, not only because of the different interpretations

of reality by the actors involved, but also because of a lack of management (Kivisaari et al., 2009a; Kivisaari et al., 2009b). The third stage differed significantly from the previous two in that the tasks and responsibilities of actors seemed to be more clearly defined. The policy entrepreneur in charge of the project was responsible for the entire assembly and implementation of the new operational policy. To help her complete the task, she had a project group of six actors, with more joining in as the project went along. A steering group consisting of high executives of the Pirkanmaa Hospital District and two municipal leaders was responsible for observing, controlling and approving the big picture of the project and its financing.

This cooperation between different levels of management made it possible to seek approval for the new operational policy, especially within wider municipal management. In the Pirkanmaa region, with the exception of the City of Tampere, the municipal leaders initially had grave doubts about the new operational policy. The first of these doubts was that they feared that when the ophthalmologists of Tampere moved into the new unit, Tampere would reap all the benefits, while the other municipalities would pick up the bill. The second criticism had to do with the fact that the project was led by specialists in the field. As one municipal leader summed up: *“The municipalities do not have the resources to fulfill the needs that every specialist sees in their special field.”* Thirdly, and perhaps most importantly, the “McDonaldization”, i.e., standardizing operational policies and reducing the autonomy of specialists, involved in the new operational policy ignited plenty of criticism. Also the representatives of the City of Tampere joined the chorus of this criticism. *“Sounds to me like nothing but assembly line work. Do we really believe that it is possible to get people to do this work without paying them huge amounts of money?”* *“You will never manage to retain staff on these terms when the private sector lets them do almost anything. At the end of the day, access to labor has to do with what the markets are like, meaning how many jobs are available.*

Here in the south we have zillions of patients, it's not like it is in the north.”

In two situations like this, where the new operational policy was faced with considerable criticism, the top management decided to defend the opportunities brought by the new policy. The stand they took in the third stage of the project is clear in this comment: *“Here we have a considerable health policy choice. If we get the municipalities to support a new, functional system, we will make a big health policy choice that will reduce the need for the private sector, and thus also their opportunities. The experiences from Northern Finland presented during the project show that when the public sector is working efficiently, there is less room for private operators. This could make the public sector a more tempting employer.”*

Gaining the approval of ophthalmologists proved to be a challenge equally great to convincing the municipal leaders. Much like the municipal leaders, the ophthalmologists initially heavily criticized the standardization of operations and the intention of making operations more effective by making better use of the meager number of physicians available. *“I think this whole new operational model is pretty absurd. You want to make us, highly educated professionals, run from one operating room into the next with no time for research or developing our potentials. You have to get rid of this mentality of over-extended surveillance, or you'll soon have nobody working for you.”* All and all the atmosphere at the first events presenting the new model was negative, to say the least. This, as such, was not a big surprise to the policy entrepreneur. She seemed to be well aware of the fact that even the smallest changes in policy concerning health care professionals often require a lot of time and energy (e.g., Salter, 1998; Ferlie et al., 2005).

As the policy entrepreneur prepared for resistance to change, she was ready to pilot the new work processes into practice at an early stage. Experiments were conducted in each of the major patient groups (cataract, glaucoma, diabetes and AMD) even before the plans were

laid for the new Eye Center building. At this point the policy entrepreneur, who until then had been solely concentrated on leading the development project, was appointed Clinical Director of Ophthalmology (senior physician). Leading her staff from the front, the policy entrepreneur endeavored to show via the pilot experiments that, thanks to the well functioning basic processes, there would now be more time for research and self development. With the standardized basic processes functioning more efficiently than ever, there was no more fuss and fumble. The superiority of the new operational model had now been marketed to the medical profession not only by showing them reference data from Northern Finland, but also by practically demonstrating how staff would benefit from the new system.

Some researchers, however, argue that change has as much to do with emotions as with statistics and common sense (e.g., Fisher & Ury, 1981). The policy entrepreneur now found herself in a situation in which not even statistics or personal observations were enough to convince the ophthalmologists. At this point the policy entrepreneur decided to put the question of ethical choice on the agenda. *"If we choose not to do anything to this situation, then, to put it plainly, we are accepting the fact that in the future some of our patients will receive no treatment whatsoever. If we do nothing about the current system and still want to treat all of our patients, we need to train 75 percent more ophthalmologists in the near future."* *"The new operational model is not supposed to be optimal from the point of view of any individual ophthalmologist but from that of the whole field of ophthalmology."* By thus openly revealing her agenda and having both one-on-one discussions and talks with the whole staff present, the policy entrepreneur managed to win over some professionals who were highly dedicated to the development of public health care. The policy entrepreneur then made use of the contribution of these people who were ready to commit to change by putting each of them in charge of developing the treatment process for one patient group. As the development process

progressed, these first committers were slowly followed by another small group of physicians. At the other extreme there was still substantial resistance, while most were contented to watch the change take place, maintaining a remarkably passive attitude.

While the new operational policy was implemented, the perspectives of nurses and assistants were consulted notably less than those of physicians. The policy entrepreneur assumed that the process would be easier for them, and indeed the resistance from these professionals was never severe. Especially the nursing staff seemed to be excited about gaining a greater responsibility for the whole process of care.

Resistance, however, occurred not only among ophthalmologists and the municipal leaders of Pirkanmaa, but also in some other hospital districts within the catchment area. One district in particular demonstrated great fears of the impacts that the decisions made in Pirkanmaa would have on their hospital. These fears were mostly centered on how they would manage to retain sufficient numbers of staff and patients to keep operations running. In other words, they feared that the new Eye Center would allure away all of the specialists of the field, and that the Center would also treat patients from other hospital districts, thus leaving them with no critical mass of patients needed to maintain certain operations. To prevent any serious conflicts over regional policy, all public actors within the catchment area had been contacted right at the beginning of the third stage of the development project. Thus the project could slowly move forward, even though there was some distrust in the air.

EVALUATING CHANGE

The aspect of evaluation was already present at the first stage of the project. At that time, however, it was not yet clear what information should be gathered or what these data should be compared with. At the beginning of the third stage of the project, extensive information was collected on ophthalmology services provided

by the Pirkanmaa Hospital District. Reference data were collected from Northern Finland, from visits to India and the Netherlands, and also from the literature. Benchmarking the data from the Pirkanmaa Hospital District against the reference data was used not only to demonstrate the need for change, but also to justify the solutions for the new model of operations. In the future the data collected from Pirkanmaa is going to be used for comparisons within the district to see what sort of change has occurred over time. The impacts of the new model can be seen by comparing data before and after the change.

Evaluation was utilized also while implementing the reforms. Throughout the third stage of the project, the policy entrepreneur worked in cooperation with the University of Tampere to identify how different actors – her own staff and management, the representatives of primary health care, the municipal leaders of Pirkanmaa, and the other eye units in the catchment area – interpreted the progress and management of the project. An internet-based questionnaire posted approximately quarterly included questions of how actors felt they were informed on issues, what sort of influence they felt they themselves had, did they feel the changes were disruptive, and whether or not they had confidence in the leader of the project.

CONCLUSIONS

Our analysis has focused on the process in which a policy entrepreneur recruited from outside brought her own policy alternatives into the space created earlier in the project and strove to influence others of the viability of her interpretations. We have attempted to show how the policy entrepreneur was able to at least in some sense, control and connect all of the levels of policy making presented by Roberts et al. (2004). The steps of our analysis are summarized in Table 1.

The new operational policy introduced by the policy entrepreneur did not radically cross

any of the boundaries between financing organizations or hospital districts. It did, however, include an idea of breaking the existing production relations and solving the dilemma of having too few ophthalmologists by adding to the competition potential and attractiveness of the University Hospital. There is no evidence of the solution potential of this operational model, at least not from outside its original context, even though the model does seem technically feasible as such. In Northern Finland, where the model was originally used, the ophthalmology market is not large, and thus not much labor competition between the public and the private sectors.

According to our analysis, the first important aspect of moving the new operational policy from Northern Finland into the South was the political decision to construct the new Eye Center. As the construction process of the Center moved on a tight schedule, it was also necessary to complete the planning of the new operational model quickly. Another important aspect was benchmarking. By comparing the operations of the University Hospital with those of Northern Finland, foreign countries and the literature, the policy entrepreneur was able to show the need for operational change and to justify the superiority of her policy alternative. Thus, reference data enabled the policy entrepreneur to pin proven problems into the new policy alternative. It also helped in identifying the roots of these problems in a reasonably plausible way. When statistics were not enough to convince especially the ophthalmologist community during the implementation of change, the policy entrepreneur endeavored to gain their approval by appealing to the ethical choice she had constructed.

In the long run, it is mostly the ophthalmologist community that will determine whether the change that is now undergoing fast will be a success or not. Both public and private sectors and different public hospitals are still competing for their work contribution.

Table 1.

Time	Problem	Causes of Problem	Solution Alternative	Political Decisions	Implementation	Evaluation
1 st Stage	Research and specialization of the University Hospital, shortage of ophthalmologists	-	Creating a top-level unit of specialized care into the University Hospital	-	-	-
2 nd Stage	Fragmentation of operations, shortage of ophthalmologists in the public sector	Segmentation of financing channels, Lack of distribution of responsibilities	Discussion on a comprehensive model including private and public sectors, primary and specialized care, all five Hospital Districts	Decision to reorganize the project group	-	-
3 rd Stage	Ineffectiveness of the University Hospital, lack of cooperation with primary health care	Lack of management and autonomy caused by it, municipalities purchasing treatments from the private sector instead of the Hospital District	“McDonaldization” of the University Hospital and cooperation with primary health care	Decision to construct the Eye Center	Cooperation with different levels of management, implementation of different operation processes at an early stage, utilizing ethic reasoning	Justification of the need for change and the superiority of the new model with several sources of reference data, identifying the views of different actors

DISCUSSION

We believe that our analysis will be an interesting empirical addition to the discussion on entrepreneurship in the public sector (e.g., Godo, 2008; Windrum, 2008). We look forward to seeing how the solutions implemented by a policy entrepreneur in a public organization will influence the structural environment of regional ophthalmology. Will the new model succeed in diminishing the need for the private sector and thus its business opportunities? Or will the underlying issue, the shortage of ophthalmologists disregarded in the third stage of the project, arise on the agenda again once the economic growth begins? The economic recession of 2009

may very well have played a major role in the willingness of ophthalmologists to commit, at least partially, to working in a public hospital.

REFERENCES

- Bryson, J. M., & Crosby, B. C. (2005). *Leadership for the Common Good: Tackling Public Problems in a Shared-Power World*. San Fransisco. Jossey-Bass.
- Coles, R. (2000). *Lives of Moral Leadership: Men and Woman Who Have Made a Difference*. New York: Random House.
- Ferlie, E., FitzGerald, L., Wood, M., & Hawkins, C. (2005). The nonspread of innovations: The mediating role of professionals. *Academy of Management Journal*, 48(1), 117–134.

- Fisher, R., & Ury, W. (1981). *Getting to Yes: Negotiating Agreement Without Giving in*. New York: Penguin Book.
- Godo, H. (2008). Providing care to the elderly: political advocacy, innovation models and entrepreneurship in Oslo. In Windrum, P., & Koch, P. (Eds.), *Innovation in Public Sector Services*. Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- Kingdon, J. (1984). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. New York: Harper Collins.
- Kivisaari, S., Kokkinen, L., Lehto, J., & Saari, E. (2009b). *Sosiaali- ja terveydenhuollon systemisen innovaationjohtaminen. Kahden tapaustutkimuksen opetuksia [Management of system innovation in welfare and health sector. Lessons learned from two case studies]* (Tech. Rep. No. 2504). Espoo, Finland: Technical Research Centre of Finland.
- Kivisaari, S., Saari, E., Lehto, J., Kokkinen, L., & Saranummi, N. (2009a, April). *System innovations in the making: hybrid actors and the challenge of up-scaling*. Paper presented at the seminar Improving Health Care Infrastructures through Innovation, Brighton, UK.
- Kokkinen, L., & Lehto, J. (2009). "Structures and Constructures": The Barriers in the Reforming of Ophthalmology Services in Finland. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, (submitted).
- Kokkinen, L., Lehto, J., Kivisaari, S., & Saari, E. (2009). *Uutta alueellista silmäsairaanhoidon mallia rakentamassa [The Building of New Regional Model for Ophthalmology Services]* (Tech. Rep. No. 2461). Espoo, Finland: Technical Research Centre of Finland.
- Majone, G. (1989). *Evidence, Argument and Persuasion in the Policy Process*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Mintrom, M. (2000). *Policy Entrepreneurs and Social Choice*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Roberts, M. J., Hsiao, W., Berman, P., & Reich, M. R. (2004). *Getting Health Reform Right. A Guide to Improving Performance and Equity*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Salter, B. (1998). *The Politics of Change in the Health Service*. London: MacMillan.
- Silverman, D. (2004). *Doing Qualitative Research* (2nd ed.). London: Sage Publications Ltd.
- Simon, A. (1957). *Models of Man: Social and Rational: Mathematical Essays on Rational Human Behaviour in a Social Setting*. New York: Wiley.
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511557842
- Wildavsky, A. (1979). *Speaking Truth to Power: The art and Craft of Policy Analysis*. Boston: Little Brown.
- Windrum, P. (2008). Innovation and entrepreneurship in public services. In Windrum, P., & Koch, P. (Eds.), *Innovation in Public Sector Services*. Cheltenham, UK: Edward Elgar.

WORK ABILITY OF EMPLOYEES IN CHANGING SOCIAL SERVICES AND HEALTH CARE ORGANIZATIONS IN FINLAND

LAURI KOKKINEN¹ and ANNE KONU²

¹ Finnish Institute of Occupational Health, Turku, Finland
Centre of Expertise for Work Organizations

² University of Tampere, Tampere, Finland
School of Health Sciences

Abstract

Objectives: In this study, we examined the connection between organizational changes and employees own evaluations of their work ability. **Materials and Methods:** In early 2010, we asked employees ($n = 2429$) working in the Finnish social services and health care industry to identify all the organizational changes that had occurred at their workplaces over the previous two years, and to evaluate their own work ability and whether different statements related to the elements of work ability were true or false at the time of the survey. For our method of analysis, we used logistical regression analysis. **Results:** In models adjusted for gender, age, marital status, professional education and managerial position, the respondents who had encountered organizational changes were at a higher risk of feeling that their work ability had decreased ($OR = 1.49$) than the respondents whose workplaces had not been affected by changes. Those respondents who had encountered organizational changes were also at a higher risk of feeling that several elements related to work ability had deteriorated. The risk of having decreased self-evaluated work ability was in turn higher among the respondents who stated they could not understand the changes than among those respondents who understood the changes ($OR = 1.99$). This was also the case among respondents who felt that their opportunities to be involved in the changes had been poor in comparison to those who felt that they had had good opportunities to be involved in the process ($OR = 2.16$). **Conclusions:** Our findings suggest that the organizational changes in social and health care may entail, especially when poorly executed, costs to which little attention has been paid until now. When implementing organizational changes, it is vital to ensure that the employees understand why the changes are being made, and that they are given the opportunity to take part in the implementation of these changes.

Key words:

Organizational change, Work ability, Social services, Health care

INTRODUCTION

The Finnish social and health care system was created mainly during the 1960s and 1970s, and its institutional structure has remained relatively unaltered until today. On the level of individual organizations, however, there have been rapid changes for quite some time now. Both the service production structures and the organization of labor have been

under constant development. On the organizational level, the changes implemented over the last few years have been either comprehensive and covered all activities, or have been differentiated and project-like in nature, or indeed anything between the two. The previous research literature shows evidence that certain radical changes, personnel cuts and privatization for instance, are connected to work

Received: November 12, 2011. Accepted: January 2, 2012.

Address reprint request to L. Kokkinen, Finnish Institute of Occupational Health, Lemminkäisenkatu 14-18, 20520 Turku, Finland (e-mail: lauri.kokkinen@uta.fi).

motivation and health of employees [1–4]. However, until now, there have been few studies on how organizational changes are connected to employees' experiences when the changes involved are not brought about by a crisis situation or are not otherwise radical in nature.

In this paper, we endeavor to take into account all the organizational changes that employees of the Finnish social and health care industry have encountered at their workplaces. Unlike most previous research on organizational change and employees' experiences, ours is not only focused on the connection between the change and employees' health or motivation. Firstly, we are interested in finding out whether employees feel they are able to cope with their work regardless of their potential illnesses and other defects. We examine the connection between the organizational changes that the employees encounter and their self-assessed work ability. Self-estimated work ability is in itself an important matter, but according to the previous research it also indicates the employee's likelihood of taking sick leave or retiring early due to health reasons [5]. Secondly, we examine the connection between organizational changes and work ability separately, through the different elements affecting work ability. As we see it, work ability and inability to work are not solely about the health and motivation of the individual. According to Juhani Ilmarinen's theory, work ability consists of a) the health of the individual, b) the professional competence of the individual, c) the values, attitudes and commitment of the individual, and d) elements related to work [6]. As we see it, work ability is created by a well-balanced relationship between these elements. In this paper, we aspire to look beyond work ability into these employees' personal resources and the elements related to work. As we analyze the connection between organizational changes and work ability, and the different elements related to work ability, we pay special attention to two factors in addition to the organizational changes themselves: the employee's understanding of why the changes were made, and the

opportunities employees had to be involved in the planning and implementation of these changes.

Employees' understanding of changes

In the discussion and research literature on leadership in organizational change, for the last three decades the center stage has been taken by the manager's ability to gain a shared understanding with his/her staff about the organization's need for change, its goals, and meeting these goals and following them up. Political researcher James McGregor Burns is one of the initiators of this discussion. Burns brought his view on leadership, derived from his analysis of political leaders, into the study of work organizations [7]. He challenged the idea that the relationship between the executives and the employees in a work organization must always be based on a clean-cut, mechanical and short time-horizon exchange relationship. According to him, the integral part of leadership in change was that the leaders and staff were able to share a common conception of the organization's future goals and the means to meet these goals. Burns' conception of leadership has been widely accepted, and these remarks, originally derived from the analysis of political leaders, have also been raised as the ideal of leadership in changing work organizations [8–10]. Research literature on social and health care from the last two decades also indicates that the way in which change is led is important for both the employees' work motivation and health. An especially important part of this is ensuring that employees are adequately aware of the advance planning, implementation and follow-up stages of change [11–15].

Employees' opportunities to be involved in changes

During the last few years, 'top-down' organizational changes have been giving way to the so-called employee-driven innovations [16]. In the Nordic context, employee-driven innovations can be viewed as a sort of a continuum to the movement that during the 1960s strove to democratize work, in opposition to the Tayloristic work organization. This change,

caused by the work democratization movement, has to this day continued to produce a considerable amount of research literature on the connection between the grassroots level employees' opportunities to influence their own work and work motivation, well-being, and health [17–21]. Thus, for decades now, we have not labored under the false pretence that all creativity lies at the top of organizations and among consultants. However, over the last years, the discussion on employee-driven innovations has further expanded the employee's role of developer of his/her organization. In the social and health care industry also, the grassroots level employees have recently been challenged to innovate spheres beyond their own work processes within their respective organizations [22]. It may very well be that the large group of grassroots level employees that daily meet the clients of their organization is an extremely useful tool for developing their organization in an increasingly active way. However, until now, little attention has been paid to the expectations that are placed on employees in their new roles as active participants in the change process. In social and health care, the employee's role and authority has been traditionally clearly marked by different organizational levels and the hierarchy existing between the different professionals of the industry. Against this background, taking the "helicopter perspective", which is the pre-requisite to employee-driven innovation, may in practice be very difficult and arduous for grassroots level employees. In addition, the employees of Finnish social and health care are under a great deal of strain caused by large numbers of clients and the responsibility they feel for them [23]. It is therefore also necessary to examine whether the opportunity to be involved in the change process affects the staff's work ability in a categorically positive way.

OBJECTIVE

In this paper we focus on the risk that employees who have experienced organizational change may feel that their work ability and the different elements related to it

have deteriorated, in comparison with employees whose workplaces have not undergone any organizational changes. In addition to this, we also ask whether the employees who felt that they did not understand the changes are at a higher risk of suffering from diminished work ability, or deterioration in the elements related to work ability, than those employees who felt that the changes were understandable. Thirdly, we ask whether the employees who felt that their opportunities to be involved in the change process had been poor are at a higher risk of feeling that their work ability and elements related to it have deteriorated than those employees who stated that their opportunities to be involved were good.

METHODS

Study design and participants

We employed a cross-sectional survey in order to carry out the research. We asked the respondents to identify the organizational changes that had transpired at their workplaces over the previous two years, and invited them to evaluate how well they understood these changes, as well as to tell us whether or not they had had the opportunity to be involved in the change process. In addition to this, we asked the respondents to evaluate their work ability and assess whether certain statements related to the different elements of work ability were true or false at the time of the survey.

A sample of 5000 Finnish social and health care workers was selected to take part in the study from the work registry of Statistics Finland. In early 2010, when the material was collected, the register available was from 2007. Thus, the people who entered the field during the last two years were left out of the sample, and all of the employees in the study had worked in the field of social and health care for at least two years. The method we employed was stratified random sampling. The sample chosen was based on the field of operation of the workplace and geographical

location. In 2010, we used the pan-European classification of field of operation (NACE), which was first introduced in 2008 and divides the field of social and health care into 11 different sample sectors. These sample sectors are: the social service sector, children's day care, home care, nursing homes, supported housing, services for the disabled, the mental health and drug abuse sector, outpatient care, health centers wards, hospitals, and others. The sample for this study was collected so that even from the smallest sample section we obtained a sample of at least 200 people. We also took geographical representation into consideration when collecting the sample. The sample was chosen so that all 19 provinces of Finland were represented in proportion to their relative sizes.

The survey forms were mailed to the respondents together with a pre-paid return envelope. The response rate for the survey was 61.8%, which means that a total of 3090 respondents answered the survey. Before conducting the analysis, 397 respondents who no longer worked in the field of operation during the time of the survey, but who were chosen in the register-based selection, were removed from the data. We also removed 264 respondents from the data who continued to work in the field, but had not answered the questions concerning organizational changes. Thus, 2429 respondents were accepted into the final research data. Out of these respondents, 76% worked in the public sector, 17% in private enterprises, 3% in non-profit organizations (the so-called third sector), and 3% were self-employed. This distribution corresponds well to the real situation in the Finnish social and health care industry [24].

MEASURES

Organizational change

We asked the respondents whether any organizational changes had occurred at their workplaces within the previous two years, or if their workplaces were

currently undergoing any changes related to organizational structure or operations. The answer alternatives were yes/no.

Understanding and participating in changes

For questions related to the understandability of the change and opportunities to be involved in the change process, we applied the research by Kinnunen and Lindström on the connection between structural and operational changes and the well-being of personnel [14]. We built our own battery of questions based on their questions, which were thus scientifically tested. To measure the understandability of change, we used a group of questions comprising four statements.

These statements were: a) I have received an adequate amount of information on how the changes will affect my work, b) The reasons for the change are not clear to me (in follow-up work this statement was revised to match the other statements), c) The goals of the change are clear to me, d) I have been well aware of the progress and different stages of the change process. The indicator we used to measure the opportunity to be involved in the change process comprised two statements: a) Staff have been sufficiently involved in the planning of the change, b) I have been able to influence the implementation of change at my workplace.

The different answers were given on a five-point Likert scale: (1 = fully agree, 2 = agree to a point, 3 = neither agree nor disagree, 4 = disagree to a point, 5 = fully disagree). The original six subquestions were united to form two sum variables: 'the understandability of the change' and 'the opportunity to be involved in the change'. The Cronbach's alpha coefficients measuring the internal consistency of the sum variables were 0.76 and 0.79. Prior to the analysis, both sum variables were dichotomized by combining alternative answers 1 and 2, and alternatives [3–5] to form their own categories.

Work ability and elements of work ability

We asked the respondents to evaluate their work ability. For the analysis of the question measuring the respondents' work ability, we utilized a work ability index developed by Finnish researchers [25]. We only used the first and most important question of the index. In the previous studies, this question had effectively predicted the outcome of the work ability index, which comprises seven subquestions [26]. The exact question posed to the respondents is as follows: Let's assume that your work ability at its best is worth 10 points. How many points would you give your current work ability? The respondents estimated their work ability on an 11-point scale (0 = entirely incapable of working, to 10 = at the height of work ability). The work ability estimations, as in the previous studies, were dichotomized by combining answer alternatives 0–7 and alternatives 8–10 to form their own categories [27].

For the elements that have an impact on work ability, we utilized Juhani Ilmarinen's work [6]. According to his model, work ability consists of a) the health of the individual, b) the professional competence of the individual, c) the values, attitudes and motivation of the individual, and d) elements related to work.

We measured the health of the respondents via their own estimations, on a five-point Likert scale (1 = good, 2 = fairly good, 3 = moderate, 4 = fairly poor, 5 = poor). Self-evaluation of health is one of the most often used measures of health, and low self-evaluated health has been shown to be connected to several illnesses [28,29]. Similarly to the previous studies, the indicator of self-evaluated state of health was dichotomized before the analysis by combining answer alternatives 1 and 2, and alternatives 3–5 to form their own categories [30,31].

To elicit the respondents' professional competence, we asked about their ability to perform their work tasks. The respondents were asked to evaluate their capabilities on a three-point scale (1 = I need further training to be able to cope well with my work tasks, 2 = My work

tasks correspond well to my current abilities, 3 = I can handle more complicated work tasks than the ones assigned to me at the moment). The previous studies had shown that work tasks that are appropriately challenging; not too easy, but not too demanding either, are connected to work ability [32]. Thus, the indicator was dichotomized by combining answer alternatives 1 and 3 to form the 'capabilities do not correspond with work tasks' category and alternative 2 became the 'capabilities correspond with work tasks' category.

We measured attitudes and commitment by presenting the respondents with four statements. These were: a) My work is rewarding and I work because I enjoy it, b) My current job is an essential part of my life, c) I regard my profession highly, d) I am personally committed to my current work. The respondents estimated their values, attitudes and commitment on a five-point Likert scale (1 = fully agree, 2 = agree to a point, 3 = neither agree nor disagree, 4 = disagree to a point, 5 = fully disagree). The original four subquestions were combined to form one sum variable: 'attitudes and commitment'. The Cronbach's alpha coefficient measuring the internal consistency of the sum variable was 0.79. Prior to the analysis, the sum variable was dichotomized by combining alternative answers 1 and 2, and alternatives 3–5 to form their own categories. We examined the elements related to work according to the Ilmarinen's model. He divides these elements into four subfactors: managerial work and leadership, work community and organization, work content and demands, and working conditions.

Firstly, managerial work and leadership were measured by asking the respondents to evaluate the justice of the decisions made at their workplaces. The previous studies had shown that the employees' view on how just decision-making is, is one of the most essential factors determining managerial work and leadership, and is associated not only with the well-being of staff, but also with the performance of the workplace in general [33,34]. For the questions

measuring justice, we utilized the work by Mooirman [35]. The statements were as follows: a) At our workplace, decisions are made based on real information, b) At our workplace, unsuccessful decisions can be retracted or changed, c) All parties concerned are represented in decision-making, d) All decisions made at our workplace are consistent, e) Everybody has the right to state their opinion on matters that concern them, f) The effects of decisions are followed up and are communicated to the staff, g) More information on the grounds of decisions is available to those who want it. The respondents estimated the justice of decision-making at their workplace on a five-point Likert scale (1 = fully agree, 2 = agree to a point, 3 = neither agree nor disagree, 4 = disagree to a point, 5 = fully disagree). The seven original subquestions were combined to form one sum variable: 'the justice of decision-making'. The Cronbach's alpha coefficient measuring the internal consistency of the sum variable was 0.91.

Secondly, we measured the functionality of work community through four statements: a) Our work community is flexible, b) Our work community operates efficiently, c) The co-operation between the different members of our work community works well, d) The division of labor in our work community is successful. The respondents estimated the functionality of their workplace on a five-point Likert scale (1 = fully agree, 2 = agree to a point, 3 = neither agree nor disagree, 4 = disagree to a point, 5 = fully disagree). The original four subquestions were combined to form one sum variable: 'functionality of work community'. The Cronbach's alpha coefficient measuring the internal consistency of the sum variable was 0.85.

Thirdly, we measured work contents and demands by asking the respondents how often within the previous 12 months they had been bothered, worried or stressed about obscurity in their job description. The respondents gave their estimation on a five-point Likert scale (1 = very rarely or never, 2 = quite seldom, 3 = every now and again, 4 = quite often, 5 = very often or continuously).

Fourthly, we measured working conditions through the occurrence of time pressure. The previous studies had shown that the prevalence of time pressure often proved to be a factor that strained the staff of the social and health care industry [24]. We asked the respondents how often within the previous 12 months they had been bothered, worried or stressed over the following issues: a) Constant rush and pressure caused by work that has not been done, b) Inadequate number of staff, c) Too little time to take breaks during the work day. The respondents gave their estimation on a five-point Likert scale (1 = very rarely or never, 2 = quite seldom, 3 = every now and again, 4 = quite often, 5 = very often or continuously). All subquestions were combined to form one sum variable: 'exposure to time pressure'. The Cronbach's alpha coefficient measuring the internal consistency of the sum variable was 0.84. Prior to the analysis, all three sum variables measuring work-related elements and the question measuring the stress factor related to obscurity of job description were dichotomized by combining answer alternatives 1 and 2, and alternatives 3–5 to form their own categories.

Background characteristics

We mapped our respondents' background characteristics by asking them about their gender, age, marital status, professional education and whether or not they worked in a managerial position.

Statistical Analysis

We formed logistical regression models of the eight previously described response variables defining self-evaluated work ability and the different elements related to it. We divided our regression models into three groups according to their explanatory variables.

In the first group, we examined organizational changes. In this case, the control group for the respondents who reported having undergone changes was formed by the respondents whose workplaces had encountered no

changes. In the second group, we studied the understandability of the changes reported by our respondents. In this case, the control group for the respondents who felt that they did not understand the changes was formed by those respondents who felt the changes were understandable. In the third group, we studied the respondents' opportunities to be involved in the change process, and here the control group for the respondents who felt their opportunities to participate had been poor were those respondents who felt that they had good opportunities to be involved in the change process.

Thus, we formed 24 logistical regression models to study the eight response variables in three different groups. For our method of analysis, we deployed logistical regression analysis, because it enabled us to simultaneously study the dependence of the dichotomized response variables on more than one explanatory variable. Logistical regression analysis does not explain the realized distributions, but rather aims at predicting probabilities. In this study, we used the analysis method to study the extent of the risk that the studied groups (that were formed based on exposure) belonged to certain other groups (formed based on response) when the other related factors were adjusted for. Values above one denote that the risk is higher than among the control group, and values below one indicate a risk that is lower than among the control group. In this paper, we adjusted for gender, age, marital status, professional education, and managerial position in each logistical regression model. A total of 0–1.5% of the answers per question was missing.

RESULTS

Out of all the 2429 respondents, 68.3%, that is 1659 respondents, had encountered organizational changes within the previous two years. Table 1 presents the respondents' background characteristics in relation to the organizational changes that had transpired at their workplaces. There

was no statistically significant difference between any of the groups in relation to any of the background variables we examined.

Table 2 demonstrates the risk that employees who have encountered organizational change may feel that their work ability and the different elements related to it have deteriorated in comparison to the respondents whose organizations have undergone no changes. This table shows that the respondents who had experienced organizational changes within the previous two years were almost one and a half times more likely to feel that their work ability was diminished. There is, however, no significant difference in terms of self-evaluated state of health. The risk that the respondents' abilities do not correspond with their work tasks was 1.27 times higher among the respondents who had experienced changes, as was the risk of them having negative attitudes and lack of commitment that affect work ability. In comparison to the respondents who had not experienced changes, the respondents who had been touched by changes were more likely to label work-related issues negatively. The risk that an employee felt that: (1) the decisions made had been unjust was 1.76 times higher; (2) the work community functioned inefficiently – 1.5 times higher; (3) job descriptions were obscure and caused strain – 1.42 higher, and (4) hurry caused stress – more than twice as high.

Out of 1659 respondents who had experienced changes, 81.9%, or 1359 respondents, stated that they did not understand the change. As much as 90%, i.e. 1493 respondents, estimated that their opportunities to be involved in the change process were lacking. The respondents' background characteristics in relation to how well they understood the changes and how highly they ranked their opportunities to be involved in the changes are presented in Table 3. The respondents who felt they did not understand the changes and the respondents who felt that their opportunities to be involved in the change process had been poor were more often not in a managerial position, had

Table 1. Respondents according to their background variables in relation to the organizational changes they had experienced over the previous two years

Response variables	Organizational change over the previous two years		
	all	no	yes
Gender			
male	204 (8.5)	65 (8.4)	139 (8.4)
female	2 225 (91.6)	705 (91.6)	1 520 (91.6)
Age (years)			
< 45	929 (38.2)	307 (39.9)	622 (37.5)
45–54	841 (34.6)	251 (32.6)	590 (35.6)
> 55	659 (27.1)	212 (27.5)	447 (26.9)
Marital status			
single	213 (8.8)	68 (8.8)	145 (8.7)
cohabitating or married	1 887 (77.7)	605 (78.6)	1 282 (77.3)
divorced, separated or widowed	328 (13.5)	97 (12.6)	231 (13.9)
Professional education			
no education or vocational course	201 (8.3)	76 (9.9)	125 (7.6)
vocational diploma or other intermediate degree	1 492 (61.7)	463 (60.5)	1 029 (62.3)
higher vocational diploma or university degree	724 (30.0)	226 (29.5)	498 (30.1)
Managerial position			
no	2 204 (92.1)	700 (92.6)	1 504 (91.9)
yes	189 (7.9)	56 (7.4)	133 (8.1)

Table 2. Risk of respondents who had experienced organizational changes having decreased self-evaluated work ability and elements related to work ability

Response variables	Respondents who had undergone changes (OR)
Decreased self-evaluated work ability	1.49***
Self-evaluated health average or poor	1.18
Ability does not correspond to work tasks	1.27**
Attitudes and commitment do not promote work ability	1.27*
Factors related to work	
decisions made at workplace are unjust	1.76***
functionality of work community deteriorated	1.54***
obscure job description strains	1.42***
time pressure causes stress	2.04***

Gender, age, marital status, professional education and managerial position were adjusted for in each logistic regression model.

OR – odds ratio.

p* < 0.05, ** < 0.01, *** < 0.001.

been educated in a vocational institute or in another intermediate school, and were women.

Table 4 presents the risk that the respondents who stated they did not understand the changes might also feel that their work ability and the different elements affecting it had deteriorated, in comparison to those respondents who felt that the changes they had encountered were understandable. The table shows that the respondents who felt that the changes were not understandable were almost twice as likely to feel that their work ability was poor in comparison to the respondents who stated that they understood the changes. The risk was more than 1.5 times higher as regards self-evaluated health. There was no significant difference between the two groups regarding the risk that the employee's ability does not correspond to

his/her work tasks. However, the group who did not understand the changes was almost twice as likely to have a negative attitude and lack of commitment that affects work ability. The risk that the respondents felt that: (1) the decisions made had been unjust was more than four times as high; (2) the work community functioned inefficiently and job descriptions were obscure and caused strain – more than twice as high; and (3) hurry caused stress – almost twice as high.

Table 4 also presents the risk that those respondents who felt that their opportunities to be involved had been poor would also feel that their work ability and its different elements had deteriorated, in comparison to the respondents who felt that their opportunities to be involved in the change process had been good. The table shows that those

Table 3. Respondents according to their background variables in relation to understandability of organizational changes and opportunities to be involved in them

Response variables	Change understandable		Good opportunities to be involved	
	yes	no	yes	no
Gender		*		***
male	35 (11.6)	107 (7.9)	30 (17.9)	112 (7.5)
female	265 (88.4)	1252 (92.1)	136 (82.1)	1,381 (92.5)
Age (years)				
< 45	113 (37.8)	514 (37.8)	56 (34)	575 (38.5)
45–54	109 (36.4)	478 (35.2)	64 (38.3)	524 (35.1)
> 55	78 (25.8)	367 (27.0)	46 (27.7)	394 (26.4)
Marital status				
single	23 (7.8)	121 (8.9)	12 (7.4)	131 (8.8)
cohabitating or married	234 (77.9)	1,051 (77.4)	123 (74.1)	1,161 (77.8)
divorced, separated or widowed	43 (14.3)	186 (13.7)	31 (18.5)	200 (13.4)
Professional education		**		***
no education or vocational course	28 (9.2)	99 (7.3)	13 (8.1)	113 (7.6)
vocational diploma or other intermediate degree	158 (52.9)	867 (64.1)	80 (48.4)	946 (63.6)
higher vocational diploma or university degree	113 (37.9)	87 (28.6)	72 (43.5)	428 (28.8)
Managerial position		***		***
no	246 (83.2)	1,258 (93.8)	126 (76.7)	1,376 (93.4)
yes	50 (16.8)	83 (6.2)	38 (23.3)	97 (6.6)

p * < 0.05, ** < 0.01, *** < 0.001.

Table 4. Risk of respondents who stated that changes were not understandable or who had had poor opportunities to be involved in them having decreased self-evaluated work ability and elements related to work ability.

Response variables	Change not understandable (OR)	Opportunity to be involved poor (OR)
Decreased self-evaluated work ability	1.99***	2.16***
Self-evaluated health average or poor	1.58**	1.35
Ability does not correspond to work tasks	1.13	0.90
Attitudes and commitment do not promote work ability	1.92***	2.07**
Factors related to work		
decisions made at the workplace are unjust	4.25***	4.88***
functionality of work community deteriorated	2.35***	2.03***
obscure job description strains	2.19***	1.56*
time pressure causes stress	1.89***	2.26***

Gender, age, marital status, professional education and managerial position were adjusted for in each logistic regression model.

OR – odds ratio.

p* < 0.05, ** < 0.01, *** < 0.001.

respondents who felt their opportunities to be involved in the changes had been poor were more than twice as likely to feel that their work ability was impaired in comparison to those respondents who stated that their opportunities to be involved had been good. There was no significant difference between these two groups as regards self-evaluated state of health, nor in whether the employees' abilities were in accordance with their work tasks. Instead, the group who felt that their opportunities to be involved in the changes had been poor was almost twice as likely to present a negative attitude and lack of commitment. The risk that the respondents felt that: (1) the decisions made had been unjust was almost five times as high; (2) the work community functioned inefficiently and hurry caused strain - more than twice as high; and (3) obscure job descriptions caused strain – 1.5 times as high.

DISCUSSION

This study showed that the risk that employees who had experienced organizational changes may feel that their work ability had decreased was almost 1.5 times higher than that

of those employees whose workplaces had undergone no changes. This result concurs with a British cohort-study that investigated the connection between privatization change and the public sector employees' work disability [36]. This organizational change understandably corresponds to defects in work ability due to e.g. the transition of the labor market position of employees. Work in British public administration was traditionally viewed as a life-long career, and thus the change implemented at the beginning of the 1990s, i.e. to operate according to operation logics adopted from the private sector, not only possibly altered the demands set for such work, but also posed a possible threat to the work ability of employees, as their jobs shifted from "secure to insecure". In this study, in early 2010, we asked professionals working in the Finnish social and health care industry to identify all the organizational changes that had occurred at their workplaces over the previous two years. Our sample, which embraced all of the 19 Finnish provinces, as well as the different operational sectors of social and health care, covers various organizational changes.

Thus, the higher risk that employees who have encountered changes may have diminished work ability cannot be

explained by only one specific change and its side-effects. Our findings inevitably challenge us to follow-up with a new question: is decreased work ability connected solely to the changes as such, or is there something particular about the organizational changes of Finnish social and health care that penetrates through the whole industry and weakens the work ability of its employees? The contemporary diagnoses of Finnish work life offer one explanation: The organizational changes of today invariably have to do with the intention to intensify labor [37,38]. Based on this study, we feel confident in stating that the connection between organizational changes and work ability go beyond the change as such; the way in which the changes are implemented play an important role. The employees who did not feel they comprehended the changes were, in comparison to those who felt they understood the changes, almost twice as likely to feel that their work ability was impaired. The risk that employees who felt that their opportunities to be involved in the change process had been poor may feel that their work ability had decreased was more than twice as high as that of the employees who felt that they had been allowed to take part in the changes.

We also looked beyond the self-evaluated work ability of the employees, to the resources of the individuals. In accordance with Ilmarinen's model, we paid attention to the self-evaluated state of health, the correlation between the abilities and work tasks, and the attitudes and commitment of employees. There was no statistical significance which could suggest that organizational changes increased the risk of weakened self-evaluated state of health. Although this result differs from the previous studies, it is not surprising [2-4]. In this study, we aimed at reaching a wide range of organizational changes, whereas the previously mentioned prior analyses were based on specific, crises-related or otherwise extremely radical changes. Because the health of employees is connected to elements related to work in only a limited sense, we have to assume that the changes related to work have to be major in order to affect

the health of employees. Our study, however, showed that the employees who had encountered organizational changes were at a higher risk of feeling that their abilities did not correspond to their current work tasks. What is interesting in this, is that feeling that the changes were not understandable, or that the opportunities to be involved in the change process had been poor, did not increase the risk. Those employees who had encountered organizational changes were also at a higher risk of displaying negative attitudes and lack of commitment to their work. In this respect, feeling that the changes were not understandable and that opportunities to be involved in the changes had been poor increased the risk.

As well as evaluating the resources of individuals, Ilmarinen's model guided us to look beyond work ability at the elements related to work. We, therefore, examined the connections between organizational changes and the unjustness of decisions that had been made at the workplace, the dysfunctionality of the work community, the strain caused by obscure job description, and stress caused by constant time pressure. The employees who had been faced with organizational changes during the previous two years were more likely to feel that all of these elements related to their work were negative than those employees who had experienced no changes. Furthermore, among those employees who stated that they did not understand the changes, the risk of feeling that the elements were negative was higher than among those who understood the changes, as was the case among the employees who felt that their opportunities to be involved in the change process had been poor, in comparison to those who stated that their opportunities had been good. All in all, it appears that the risk of employees who had been touched by organizational changes having weakened work ability is better explained in this study by the elements related to work than the collapse of employees' health and other personal resources. In fact, it might even be that the risk of employees who had experienced organizational changes

suffering from weakened work ability was no higher than this study showed because the employees were, thanks to their good state of health, able to maintain their work ability regardless of the stress factors related to their work. In this case, the risk that employees faced with organizational changes might suffer from poor health may, in a longer period of observation, manifest itself very differently.

When interpreting the results of this study, it is important to highlight certain characteristics. Firstly, the data we used in this study was collected using a cross-sectional method, in which data concerning both the exposure (organizational change, understandability of the changes, opportunities to be involved in the change process) and response (self-evaluated work ability and its elements) were collected simultaneously. Thus, one has to be very cautious when drawing conclusions about cause-and-effect relationships between exposure and response. After all, we have no knowledge of the original status of the employees' self-evaluated work ability, or the elements affecting it. In other words, we have no knowledge of the situation prior to the organizational changes. In this paper we studied risks: the extent of the risk of the studied groups (formed based on exposure) belonging to certain other groups (formed based on response) when other related factors were adjusted for.

Secondly, it is important to bear in mind that in this study the respondents were asked to identify the organizational changes that had occurred at their workplaces during the previous two years, but were not asked to specify the point of time of the changes more accurately. As previously mentioned, it is possible that the temporal distance between the change and the survey might play a considerable role, especially in self-evaluated state of health.

Thirdly, the sum variable measuring the respondents' opportunities to be involved in the changes consisted of two statements that measured the involvement from a positive angle. In hindsight, it might have been more productive to also measure the involvement with less positive phrasing.

The additional statements could have been formulated along the lines of: 'management required me to be involved with the planning/implementation of the change'. This kind of formulation might have caught on better than the indicator we used with those respondents who felt their opportunities to be involved were good, but who from the beginning did not want to be involved.

Fourthly, when interpreting the results, the historical point in time at which the study was conducted has to be considered. The economic recession that started spreading from the international finance markets in 2008 had, by the beginning of 2010 when the study was conducted, started to have serious effects on the Finnish service sector and public finances.

In this context, it is possible to deliberate the possible effects of economic recession on the organizational changes in the social and health care industry via the previous economic recession that had taken place in Finland in the 1990s. In contrast to what was publicly claimed, the financial cutbacks during the 1990s economic recession in Finland were not conducted evenly in all operational sectors. Instead, the cuts were especially severe on the care of the elderly and the sectors of mental health and substance abuse; heavy institutional services were shut down as planned, but the substitutive outpatient services did not materialize, due to the recession [39]. However, despite the cutbacks, the quality of social and health care services did not radically decrease in any sector, as the personnel of the industry ensured that the services were adequate by making personal compromises [40]. Thus, the cutbacks did not fully project themselves on the services provided to civic clients. Instead, they took their toll on the employees. Where the cuts were the toughest, the employee's risk of cardiac-related death increased as dramatically as by 50% [1]. Thus, during the previous economic recession in Finland, the employees working in the social and health care industry had maintained an adequate level of services for those client groups who had been the weakest

to survive the cuts, and they did this at the cost of their own health. It is also possible that in this study conducted during the economic recession of the 2000s, some of the risk of employees who had experienced organizational changes feeling that their work ability and its elements had deteriorated is explained by the co-existence of organizational changes due to the recession, e.g. the personnel cuts that were part of the changes.

CONCLUSIONS

Our findings suggest that organizational changes in social and health care, especially when poorly conducted, may result in costs to employees, employers and society at large. When implementing organizational changes, it is vital to ensure that the employees understand why the changes are being made, and that they are given the opportunity to take part in the planning and implementation of these changes.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors would like to thank Marjukka Laine for data collection and project management and Antti Vallaskangas for his valuable comments regarding the analysis.

REFERENCES

1. Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J. *Effect of organizational downsizing on health of employees*. *Lancet* 1997;350:1124–8.
2. Ferrie JE, Shipley MJ, Marmor MG, Stansfeld S, Smith GD. *The health effects of major organizational change and job insecurity*. *Soc Sci Med* 1998;46:243–54.
3. Hansson A-S, Vingård E, Arnetz B, Anderzen I. *Organizational change, health, and sick leave among health care employees: A longitudinal study measuring stress markers, individual, and work site factors*. *Work Stress* 2008;22:69–80.
4. Schweiger DM, Ivancevich JM. *Human resources: the forgotten factor in mergers and acquisitions*. *Pers Admin* 1985;30:47–61.
5. Tuomi K, Wägar G, Eskelinen L, Järvinen E, Huuhtanen P. *Health, work ability and working conditions in municipal occupations*. In: Ilmarinen J, editor. *Work, health and retirement age in municipal sector*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health series 1985;3:95–132 [in Finnish].
6. Ilmarinen J. *Work ability – a comprehensive concept for occupational health research and prevention*. *Scand J Work Environ Health* 2009;35:1–5.
7. Burns JM. *Leadership*. New York: Harper & Row; 1978.
8. Bass B. *Leadership and performance beyond expectations*. New York: Free Press; 1985.
9. Bryman A. *Charisma and Leadership in organizations*. London: Sage Publications; 1992.
10. Northouse PG. *Leadership – Theory and Practice*. London: Sage Publications 2004.
11. Schweiger DM, DeNisi AS. *Communication with employees following a merger: A longitudinal field experiment*. *Acad Manag J* 1991;34:110–35.
12. Sverke M, Hellgren J., Öhrning J. *Organizational restructuring and health care work: A quasi-experimental study*. In: LeBlank PM, Peters MCW, Bussing A, Schaufeli WB, editors. *Organizational psychology and health care*. Munchen and Mering: Rainer Hampp Verlag; 1999. p. 15–32.
13. Roald J., Edgren L. *Employee experience of structural change in two Norwegian hospitals*. *Int J Health Plan Manag* 2001;16:311–24.
14. Kinnunen J, Lindström K. *Effects of organizational changes in health care. Analysing management and welfare of personnel in Hospital District of Helsinki and Uusimaa*. Kuopio: Kopiojyvä; 2005 [in Finnish].
15. Laschinger HKS, Finegan J, Wilk P. *Situational and Dispositional Influences on Nurses' Workplace Well-being: The Role of Empowering Unit Leadership*. *Nurs Res* 2011;60:124–31.
16. Kesting P, Ulhoi JP. *Employee-driven innovation: extending the license to foster innovation*. *Manag Dec* 2010;48:65–84.
17. Adler P. *Democratic Taylorism: The Toyota production system at NUMMI*. In Babson S, editor. *Lean work: Empowerment*

- and exploitation in the global auto industry. Detroit: Wayne State University Press; 1995. p. 207–19.
18. MacDuffie JP. *Worker's roles in lean production: The implications for worker representation*. In Babson S, editor. *Lean work: Empowerment and exploitation in the global auto industry*. Detroit: Wayne State University Press; 1995. p. 54–69.
 19. Anderzen I, Arnetz BB. *The Impact of a Prospective Survey-Based Workplace Intervention Program on Employee Health, Biologic Stress Markers, and Organizational Productivity*. *J Occup Environ Med* 2005;47:671–82.
 20. Arnetz BB. *Subjective indicators as a gauge for improving organizational well-being. An attempt to apply the cognitive activation theory to organizations*. *Psychoneuroendocrinology* 2005;30:1022–6.
 21. Svensen E, Neset G, Eriksen HR. *Factors associated with a positive attitude towards change among employees during the early phase of a downsizing process*. *Scand J Psychol* 2007;48:153–9.
 22. Hasu M, Saari E, Mattelmäki T. *Bringing the employee back in: Integrating user-driven and Employee-driven innovation in public sector*. In: Sundbo J, Toivonen M, editors. *User based innovation in services*. Cheltenham UK: Edward Elgar; 2011. p. 251–81.
 23. Kokkinen L. *Underpaid, overworked and still happy. The paradox of nursing labor job satisfaction*. *J Healthcare Leadership*. In press 2012.
 24. Ailasmaa R. *Workforce in health and welfare services* [cited 2011 Dec 18]. Available from URL: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr13_11.pdf [in Finnish].
 25. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. *Work Ability Index*. Helsinki: Institute of Occupational Health; 1994.
 26. Ilmarinen J, Tuomi K. *Past, present and future of work ability*. In: Ilmarinen J, Lehtinen S, editors. *Past, Present and Future of Work Ability*. People and Work, Research Reports 65. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 2004. p. 1–25.
 27. Pensola T, Järvikoski A, Järvisalo J. *Unemployment and Work Ability*. In: Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S, editors. *Dimensions of Work Ability*. Helsinki: Finnish Centre for Pensions; 2008. p. 123–30.
 28. Idler EL, Benyamini Y. *Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies*. *J Health Soc Behav* 1997;38:21–37.
 29. Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG. *Sickness absence as a global measure of health: Evidence from mortality in the Whitehall 2 prospective cohort study*. *Brit Med J* 2003;327:364.
 30. Idler EL, Russell LB, Davis D. *Survival, Functional limitations, and self-rated health in the NHANES 1 epidemiologic follow-up study, 1992. First National Health and Nutrition Examination Survey*. *Am J Epidemiol* 2000;152:874–83.
 31. Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M, Virtanen M, Siegrist J. *Effort-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health: Complementary or redundant models?* *Occup Environ Med* 2007;64:659–65.
 32. Tuomi K, Vanhala S, Nykyri E, Janhonen M. *Organizational practices, work demands and the well-being of employees: a follow-up study in the metal industry and retail trade*. *Occup Med* 2004;54:115–21.
 33. Kivimäki M, Ferrie J, Head J, Shipley M, Vahtera J, Marmot M. *Organizational justice and change in justice as predictors of employee health: The Whitehall 2 study*. *J Epidemiol Commun Health* 2004;58:931–7.
 34. Simon SK, Lam J, SchauBroek SA. *Relationship between Organizational Justice and Employee Work Outcomes: A Cross-National Study*. *J Organiz Behav* 2002;23:1–18.
 35. Moorman RH. *The Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: Do fairness perceptions influence employee citizenship?* *J Appl Psychol* 1991;76:845–55.
 36. Virtanen M, Kivimäki M, Singh-Manoux A, Gimeno D, Shipley MJ, Vahtera J, et al. *Work disability following major*

- organizational change; the Whitehall 2 study.* J Epidemiol Commun Health 2010;64:461–4.
37. Siltala J. *A Short History of the Decline of Working Life.* Helsinki: Otava; 2004 [in Finnish].
38. Julkunen R. *Paradoxes of New Work.* Tampere: Vastapaino; 2008 [in Finnish].
39. Lehto J, Blomster P. *Recession in the 1990s and its policy influence on social and health care services.* Yhteiskuntapolitiikka 1999;64:207–21 [in Finnish].
40. Kiander J. *Lessons from the crisis: causes and consequences of the 1990s economic recession in Finland.* Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus; 2001 [in Finnish].

DOES A CHANGE FROM A PUBLIC-SECTOR ORGANIZATION TO A COMMERCIAL ENTERPRISE INCREASE RISK OF WORK DISABILITY AMONG THE STAFF? A COHORT STUDY OF LABORATORY AND RADIOLOGY EMPLOYEES

Lauri Kokkinen (Corresponding author)

Centre of Expertise for Work Organizations, Finnish Institute of Occupational Health, Tampere, Finland
Pohtolankatu 86 A 2, 33400 Tampere, Finland
lauri.kokkinen@ttl.fi
+358 40 552 9559

Marianna Virtanen

Centre of Expertise for Work Organizations, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, Finland

Jaana Pentti

Centre of Expertise for Work Organizations, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, Finland

Jussi Vahtera

Centre of Expertise for Work Organizations, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, Finland
Department of Public Health, University of Turku and Turku University Hospital, Turku, Finland

Mika Kivimäki

Centre of Expertise for Work Organizations, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, Finland
Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, UK
Department of Behavioral Sciences, University of Helsinki, Helsinki, Finland

Key words: **social epidemiology, workplace, disability**

Word count: 1657

Abstract

Background

Privatizations of public sector organizations are increasingly common, and some studies suggest that such an organizational change with staff reductions may adversely affect employees' health and work ability. In this study our aim is to investigate whether change of public sector hospital laboratory and radiology units to commercial enterprises without major staff reductions is associated with increased risk of work disability among employees.

Methods

We examined the risk of work disability among 962 employees of laboratory and radiology units after they were changed from public hospitals to commercial enterprises and among 1832 employees from similar units that did not undergo such organizational change. Work disability was defined by a new sick leave period lasting at least three months during a mean follow-up time of 9.2 years.

Results

The risk of work disability among employees whose workplace had undergone change from a public enterprise to a commercial one was 0.83 (95% confidence interval 0.68-1.00) compared to those employees whose workplaces had not undergone such change. Adjusting for occupation, socioeconomic status, type of job contract, size of apartment or sick leaves from two previous years had little impact on the observed association.

Conclusions

Workplace change from public to commercial enterprise, when not combined with major staff reductions, may not be associated with increased risk of work disability among employees.

INTRODUCTION

The Whitehall II study of British officials showed that the commercialization and privatization of organizational units during late 1980s and 1990s was associated with adverse changes in employees' self-evaluated state of health, blood pressure and weight, and work ability(1,2). This change was accompanied by staff reductions and the health effects were suggested to associate with increased stress and insecurity. Other studies have reported that large organizational changes, such as organization mergers and downsizing, contribute to poor health and work disability among employees(3-7). Given the continued trend for privatization, the question of potential harm caused to employees remains important. However, few studies have examined impacts of commercialization when not associated with major staff reductions.

In this study, we examined the risk of work disability among employees of four commercialized operational units in Finnish central hospitals and compared them with employees in similar units that did not undergo such organizational changes.

METHODS

Study context

After 2000, the number of people retiring early due to work disability increased in Finland(8). At the same time, significant changes took place in the Finnish working life. Since late 1990s one model of reorganizing in public hospitals was also in Finland the separation of organizational units from traditional all-round hospitals to 'special stores of health care' by commercialization and outsourcing(9,10).

Participants

The four commercialization changes in question were carried out in three hospitals taking part in the Finnish Public Sector Study. The first (involving n=381 employees) was in the beginning of 1999, the second (n=325) and third (n=93) in the beginning of 2004 and the fourth (n=163) in September 2004. All the employees (n=962) of each of the four operational units that had undergone change for commercial enterprise represented laboratory and radiology units. As participation criteria, employees had to have been in their job for at least three months before and after the commercialization change.

As a point of comparison to the employees who had undergone change for commercial enterprise, hospital-integrated operational units with laboratory and radiology employees (n=1832) from three other hospitals taking part in the Finnish Public Sector Study were included in the study. The operational units of the employees in comparison group had not been commercialized. The comparison group was included in the

study between the beginning of 1999 and September 2004. The participation criteria and the criteria of staying in the study were the same as for the groups who had undergone change for commercial enterprise.

Work disability

The participants were linked to data on sickness absences, drawn from the national register kept by the Social Insurance Institution of Finland. Linkage was performed using personal identification numbers. The register data were available up to 31 December 2011 and linkage data were available for all respondents. Finnish residents aged 16-67 years are legitimized to receive daily allowances due to medically certified sickness absence. After a qualifying period of the first 9 days after the day of falling ill, compensation is paid for a maximum of one year. All sickness absence periods are medically certified and they are encoded to the register with the beginning and end dates. We defined the employees who had been on sick leave for at least 90 consecutive days as cases of work disability and the employees with no or shorter periods of sickness absence as those having good workability. Also employees who retired due to their age or passed away were classified as having good workability until the time of their retirement or passing. On average, employees were monitored for 9.2 years (range 10 days to 13 years).

Covariates

The age, gender, occupation (laboratorian/radiographer/other) and socioeconomic status (upper-level non-manual worker/lower-level non-manual worker/manual worker) of employees, as well as their type of job contract (permanent/temporary), income (the size of their apartment), and their baseline health status were considered as covariates. The baseline health status was measured with the number of days the employees had been on sick leave over the previous two years.

Statistical Analysis

The Mann Whitney test was used to compare the baseline characteristics of the employees who had undergone change for commercial enterprise with those of employees who had not undergone such a change. We began the monitoring on the day when the commercialization was implemented and ended on the day when an employee either was granted a disability compensation lasting at least three months, retired due to old age or died, whichever came first. For the rest of the employees, we ended the monitoring at the end of 2011. The Cox proportional hazards model was used to estimate the association between the change for commercial enterprise and retiring due to work disability. The results were communicated as hazard ratios and as 95% confidence intervals. The models were adjusted one after another for gender, age, occupation, socioeconomic status, type of job contract, income, and number of sick leave days from the two years preceding the monitoring. The analyses were conducted with version 20 of the SPSS program.

RESULTS

The background information of the respondents in association with the change for commercial enterprise is shown in table 1. The employees who had undergone change for commercial enterprise were older and more commonly women than those who had not faced such changes. They were more commonly laboratorians than radiographers by occupation, represented lower-level non-manual workers, had permanent job contract, lived in smaller apartments and had had more sick leaves during past two years.

A total of 503 new cases of work disability emerged in our monitoring that cover 25,726 person years (incidence 1.96 per 100 person years). Work disability was more common among older employees, women, manual workers and lower-level non-manual workers, those with permanent job contracts and those who had had most sick leaves over the previous two years.

Table 1. Characteristics of the employees at baseline in relation to change for commercial enterprise. Figures are numbers (and percentages) unless otherwise noted.

Characteristics at baseline	Change for commercial enterprise			p Value
	All (n=2794)	No (n=1832)	Yes (n=962)	
Age: Mean (S.D.)	43.3 (9.6)	42.1 (9.5)	45.5 (9.5)	<0.001
Gender				0.001
Men	386 (13.8)	281 (15.3)	105 (10.9)	
Women	2408 (86.2)	1551 (84.7)	856 (89.1)	
Occupation				<0.001
Laboratorian	958 (34.3)	501 (27.3)	457 (47.5)	
Radiographer	624 (22.3)	484 (26.4)	140 (14.6)	
Other	1212 (43.4)	847 (46.3)	365 (37.9)	
Socioeconomic status				< 0.001
Upper-level non-manual	613 (21.9)	438 (23.9)	175 (18.2)	
Lower-level non-manual	2117 (75.8)	1341 (73.2)	776 (80.7)	
Manual worker	64 (2.3)	53 (2.9)	11 (1.1)	
Employment contract				< 0.001
Permanent	1901 (68.0)	1118 (61.0)	783 (81.4)	
Temporary	893 (32.0)	714 (39.0)	179 (18.6)	
Apartment size: Mean (S.D.)	98.6 (41.2)	100.2 (42.7)	95.6 (38.0)	0.012
Sick leaves during past 2 years: Mean (S.D.)	10.5 (32.3)	9.5 (31.5)	12.2 (33.6)	0.015

Table 2 shows the association between the change for commercial enterprise and the following work disability periods lasting for at least three months in length. In the model adjusted for age and gender, the risk of work disability among employees who had undergone change for commercial enterprise (hazard ratio 0.83, 95% confidence interval 0.68-1.00) did not differ significantly from the risk among employees who had

not faced such changes. Adjusting for occupation, socioeconomic status, type of job contract or the size of apartment had little impact on the hazard ratio and the same was true for adjusting for sick leaves from two previous years.

Table 2. Association between change for commercial enterprise and work disability in all employees

Work disability							
Change for commercial enterprise	No	No of events	Person years	Rate 1000/ person years	HR (95% CI) model 1 *	HR (95% CI) model 2 *	HR (95% CI) model 3*
No	1832	348	17859	19.5	1.00	1.00	1.00
Yes	962	155	7867	19.7	0.83 (0.68-1.00)	0.82 (0.66-1.00)	0.83 (0.67-1.02)

* Model 1 adjusted for age and gender

* Model 2 adjusted for age, gender, occupation, socioeconomic status, job contract and apartment size

* Model 3 adjusted for age, gender, occupation, socioeconomic status, job contract, apartment size and sick leaves during past 2 years

Table 3 shows the association between the change for commercial enterprise and the following work disability periods for laboratorians and radiographers. The risk of work disability among employees whose workplace had undergone change from public to commercial enterprise was 0.90 (95% confidence interval 0.70-1.15) compared to those employees whose workplaces had not undergone such change. Adjusting further had no significant impact on the observed association.

Table 3. Association between change for commercial enterprise and work disability for laboratorians and radiographers.

Work disability							
Change for commercial enterprise	No	No of events	Person years	Rate 1000/ person years	HR (95% CI) model 1 *	HR (95% CI) model 2 *	HR (95% CI) model 3*
No	985	183	9631	19.0	1.00	1.00	1.00
Yes	597	100	4935	20.3	0.90 (0.70-1.15)	0.93 (0.71-1.21)	0.92 (0.70-1.20)

* Model 1 adjusted for age and gender

* Model 2 adjusted for age, gender, occupation, job contract and apartment size

* Model 3 adjusted for age, gender, occupation, job contract, apartment size and sick leaves during past 2 years

DISCUSSION

In this study involving Finnish laboratory and radiology employees, we did not find an elevated risk of work disability among employees who had previously undergone a change for commercial enterprise without major staff reductions. Thus, our results deviate from those of the Whitehall II study that showed a twofold risk of future work disability among employees in commercialized units when commercialization was accompanied by staff reductions(2).

We obtained the information regarding change for commercial enterprise from the official documents of studied hospital organizations and linked these data to each participant, who were further linked to data on sickness absences, drawn from a national register. In the Whitehall II study self-reported data on organizational change and work disability was collected via surveys. In this study we also did separate analysis for two employee groups, representing similar educational background and doing similar work in all six different hospitals under study. This being the case, the employees in our sensitive analysis formed an even more homogenous group than the subjects of the Whitehall II study.

Work in the British Civil Service was traditionally seen as a secure career for life and the change from public to commercial enterprise that took place during late 1980s and the beginning of 1990s may well have been experienced as a change from secure to insecure jobs(11). In the Finnish public hospitals there most likely was no such ethos during late 1990s and the beginning of 2000s, as a growing proportion of Finnish health care workforce has during the past two decades been working part-time within both the public and private sectors(12). This kind of dual practice may even have softened the change from a public-sector organization to a commercial enterprise. However, the difference in the two studies may also reflect the role of staff reductions as the mechanism between organizational change and work disability.

On average, employees in this study were monitored for over 9 years, as it was previously found to be the latent time period to observe prospective work-related health effects(13). Nevertheless, with only a restricted number of cases, we acknowledge that the results of this study should be validated in further studies with larger samples and also on other sectors of working life.

CONCLUSIONS

Workplace change from public to commercial enterprise, when not combined with major staff reductions, may not be associated with increased risk of work disability among employees.

What is already known on this topic

- * Organizational changes, such as privatization, have been shown to be associated with impaired health and work disability among affected employees.
- * These studies often concern organizational changes accompanied by staff reductions and carried out before 2000.

What this study adds

- * Change from a public-sector organization to a commercial enterprise without major staff reductions was not associated with increased risk of work disability among employees.
- * This highlights the role of staff reductions as the mechanism between organizational change and work disability.
- * This may also mean that the line between public and private sector organizations has become more unclear than before.

Licence for Publication

The Corresponding Author has the right to grant on behalf of all authors and does grant on behalf of all authors, an exclusive licence (or non exclusive for government employees) on a worldwide basis to the BMJ Publishing Group Ltd and its Licensees to permit this article (if accepted) to be published in JECH editions and any other BMJ PGL products to exploit all subsidiary rights, as set out in our licence(<http://group.bmj.com/products/journals/instructions-for-authors/licence-forms/>).

Funding statement

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial or not-for-profit sectors.

Competing interests

None.

Ethics approval

The study was approved by the Ethics Committee of the Finnish Institute of Occupational Health.

Contributors

LK, guarantor for the paper, with JP, JV and MK designed the hypothesis, analysed the data, and wrote the paper.

References:

1. Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, et al. The health effects of major organisational change and job insecurity. *Soc Sci Med.* 1998;**46**:243-54.

2. Virtanen M, Kivimäki M, Singh-Manoux, et al. Work disability following major organisational change: the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*. 2010;**64**:461-64.
3. Ferrie JE, Westerlund H, Virtanen M, et al. Flexible labour markets and employee health. *Scand J Work Environ Health Suppl*. 2008;(no 6):98-110.
4. Hansson A-S, Vingård E, Arnetz B, et al. Organizational change, health, and sick leave among health care employees: A longitudinal study measuring stress markers, individual, and work site factors. *Work & Stress* 2008;**22**:69-80.
5. Kokkinen L, Konu A. Work ability of employees in changing social services and health care organizations in Finland. *Int J Occup Med Environ Health*. 2012;**25**:151-65.
6. Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J. Effect of organizational downsizing on health of employees. *Lancet* 1997;**350**:1124-28.
7. Vahtera J, Kivimäki M, Forma P, et al. Organisational downsizing as a predictor of disability pension: the 10-town prospective cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2005;**59**:238-42.
8. Blomgren J, Hytti H, Gould R. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden työttömyys- ja sairaustausta eri eläkejärjestelmissä. [The unemployment and medical history of employees retiring due to work disability in different pension schemes.] 26. Kela online documents 2011.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26640/Nettityopapereita26.pdf?sequence=2> Date accessed 19/08/2012.
9. Porter ME, Teisberg E. Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business School Press 2006.
10. Teperi J, Porter ME, Vuorenkoski L, et al. The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective. Helsinki: 82. Sitra Reports 2009.
11. Hartley J. Models of job insecurity and coping strategies of organizations. In: Ferrie JE, Griffiths J, Marmot M, et al., eds. Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion. 81. WHO Regional Publications, European Series 1999:127-49.
12. Vuorenkoski L, Mladovsky P, Mossialos E. Finland: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2008;**10**:1-168.
13. Eller NH, Netterstrom B, Gyntelberg F et al. Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Cardiol Rev*. 2009;**17**:83-97.